

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku  
Wydział Nauk o Zdrowiu

# W drodze do brzegu życia



Praca zbiorowa pod redakcją:

*Elżbiety Krajewskiej-Kułak i Cecylii Łukaszuk*

Tom VI

Białystok 2009



# **W drodze do brzegu życia**

**Tom VI**



**Uniwersytet Medyczny w Białymstoku**  
**Wydział Nauk o Zdrowiu**

# **W drodze do brzegu życia**

**Tom VI**

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

**Białystok 2009**

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

ISBN 978-83-89934-14-7  
Tom VI: ISBN 978-83-89934-45-1

Wydanie I  
Białystok 2009

Opracowanie graficzne:  
Agnieszka Kułak

Skład i łamanie:  
Stanisław Żukowski

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

*„Wybrańcy bogów umierają młodo” – rzekł starożytny mędrzec;  
dzięki temu unikają wielu innych śmierci:  
śmierci przyjaciół oraz, jeszcze bardziej złowieszczej,  
śmierci przyjaźni, miłości, młodości –  
wszystkiego, co nas otacza.  
Przedwczesna śmierć, jeśli jest opłakiwana,  
może być dobrodziejstwem*

Lord Byron, 1788–1824





Kolejny tom monografii *W drodze do brzegu życia* jest zbiorem prac przedstawicieli różnych dziedzin nauki i sztuki, zachęcających czytelnika do dialogu o umieraniu i śmierci.

Niech ten tom będzie okazją do pokazania, iż śmierć dotyczy nie tylko tych, którzy są ciężko chorzy, ale także chorych psychicznie, niepełnosprawnych, z upośledzeniami genetycznymi i tych, którzy są po prostu bezdomni i za życia już traktowani jako nieobecni, usunięci na margines, tak jakby nie żyli. Są tu prace lekarza, pielęgniarki, położnej, psychologa, socjologa, pedagoga, pacjenta, rodzica. Tych, którzy przeżyli śmierć swoich najbliższych lub wychowują dziecko niepełnosprawne.

Antoine De Saint-Exupéry pięknie napisał: „Byle podmuch wiatru może zgasić lampę – trzeba dobrze uważać”. Tak samo jest z naszym życiem. Śmierć przychodzi bowiem nieoczekiwanie i zawsze za wcześnie, bez względu na to, czy dotyczy osoby dorosłej, czy dziecka. Jest dla każdego przeżyciem ogromnie traumatycznym. Jest jednak faktem, który trzeba wliczyć w życie, jak każdy inny element ludzkiego bytowania. Nie powinna wprowadzać w stan przygnębienia i depresji, ale być bodźcem do rozmyślań nad sensem istnienia. Każdy człowiek przygotowuje się na śmierć, nawet zdrowy. Jest ona bowiem zjawiskiem naturalnym. Jest oczywistością, z którą powinniśmy się oswoić. Ilekroć jednak z nią się stykamy, staje się dla nas szokująca i paradoksalnie, zupełnie nieprzewidziana. Małgorzata Musierowicz twierdziła bowiem, iż „śmierć nadaje piękno życiu. Tylko sztuczne kwiaty nie umierają”.

Tales napisał kiedyś: „Śmierć niczym nie różni się od życia”. Czy tak jest naprawdę? Mamy nadzieję, że odpowiedź na to pytanie znajdzie czytelnik w tym tomie monografii, a jego lektura stworzy okazję do przeżywania szczególnych uczuć i refleksji nad życiem i przemijaniem. Przemijaniem, które ma wiele znaczeń. Jest przemijanie czasu, życia i świata. Zdarza się każdego dnia. Istnieje w każdej godzinie, minucie, sekundzie i chwili... Przemija wszystko: rzeczy, sprawy, idee, moda, ludzie... Nigdy nie powtórzy się coś, co zdarzyło się sekundę temu. Nie ma możliwości zmiany tego, co już zostało powiedziane, zrobione... Przemijanie życia,

ma jednak inny wymiar. „Życie przemija z czasem, ze światem, a świat z życiem”. To jedno pasmo wielu końców – koniec gaworzenia, koniec dzieciństwa, koniec szkoły, koniec pracy, koniec szczęścia, koniec rozpaczy, a wreszcie koniec życia... Prędzej czy później wszyscy odejdziemy z tego świata. Trzeba jednak pamiętać, iż w życiu ważne są wszystkie chwile, każde życie i każda śmierć...

Bo wszystko na świecie mija jak sen...

*Prof. dr hab. med. Elżbieta Krajewska-Kułak*  
*Dr n. med. Cecylia Łukaszuk*

## Recenzja wydawnicza tomu VI *W drodze do brzegu życia*

Postęp w naukach medycznych mobilizuje środowisko medyczne – pielęgniarki i położne do prowadzenia badań i rozpowszechniania ich wyników. Opracowanie to powstało dzięki zaangażowaniu osób, związanych z pielęgniarstwem bezpośrednio i pośrednio.

Prezentowane materiały do monografii mają uniwersalny aspekt poznawczy. Zostały wyodrębnione istotne zagadnienia związane ze śmiercią, cierpieniem, opieką sprawowaną przez zespół hospicjum domowego, z eutanazją, terapią bólu przewlekłego w chorobie nowotworowej, komunikację z osobami chorymi, posługę duszpasterską i żałobę.

Drugim bardzo istotnym zagadnieniem przedstawionym w monografii są czynniki ryzyka samobójstwa wśród dzieci i młodzieży, osób z zaburzeniami psychicznymi i w wieku podeszłym. Na uwagę zasługują zagadnienia z zakresu medycyny tropikalnej – malaria, epidemia, AIDS.

Z kolei bezdomność, jako zjawisko społeczne stanowiące nieodłączny element rzeczywistości spowodowany przyczynami natury ekonomicznej, prawnej, społecznej i psychologicznej znalazł również swoje odzwierciedlenie w niniejszej monografii.

Monografia skłania do refleksji i stanowi źródło informacji dla pracowników służby zdrowia, którzy już posiadają określone doświadczenie zawodowe, jak i dla studentów pielęgniarstwa wchodzących stopniowo do zawodów medycznych.

Przygotowana monografia pt. *W drodze do brzegu świata* pod red. Prof. dr hab. Elżbiety Krajewskiej-Kuśak oraz dr n. med. Cecylii Łukaszuk w pełni zasługuje na wydanie.

*Prof. zw. dr hab. Irena Wrońska  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

## Recenzja wydawnicza tomu VI *W drodze do brzegu życia*

To już po raz kolejny, jak zwykle w grudniu, w atmosferze zbliżających się najpiękniejszych, radosnych Świąt Bożego Narodzenia, zostają wydane kolejne tomy monografii *W drodze do brzegu życia*. Ten tak jednoznaczny dysonans, radość jaką przynosi nowe życie i smutek towarzyszący śmierci, nie tylko nie zniechęca, ale stał się wręcz magnesem zachęcającym autorów do współtworzenia VI i VII tomu monografii.

Wiemy o tym dobrze, że życie każdego człowieka, wypełnione inną treścią, barwne lub szare, krótkie lub długie, wesołe czy smutne, nieuchronnie zmierza ku śmierci. Życie kończy się wraz z ostatnim oddechem, ostatnim uderzeniem serca. Śmierć przychodzi czasami nagle, częściej jednak czujemy, że się zbliża, wiemy że nadejdzie nieuchronnie, wiemy że jest tuż obok. Pomimo bliskiej obecności, każe niekiedy czekać na siebie bardzo długo, zbyt długo, przerażająco długo. Czekać w cierpieniu, bólu, niemocy, w zawieszeniu między niechcianym już życiem a upragnioną śmiercią.

Właśnie temat opieki nad cierpiącymi pacjentami w stanie terminalnym, zdominował tegoroczną konferencję. Wiele prac poświęconych jest różnym aspektom opieki hospicyjnej i rozważaniom na temat eutanazji. Są to tematy niezwykle ważne, ponieważ nie jesteśmy w stanie w pełni zrozumieć tego, co przeżywa osoba umierająca w cierpieniu. Niosąc pomoc umierającym, powinniśmy „być” z nimi w najpełniejszym i najgłębszym tego słowa znaczeniu. Wspaniale jest jeśli posiadamy dar empatii, umiejętność zrozumienia innych ludzi, zdolność współodczuwania z nimi ich uczuć i emocji. Możemy wtedy najpiękniej towarzyszyć umierającym. Poszanowanie życia i jednocześnie akceptacja śmierci, uszanowanie słabości, leku i wątpliwości w cierpieniu, stanowią ogromne wsparcie w najtrudniejszych, ostatnich chwilach życia. Przecież każda śmierć, będąc przeżyciem niezwykłym, wzbogaca tych którzy pozostają.

Liczni autorzy wprowadzają czytelnika monografii, w świat własnych przeżyć, przemyśleń i refleksji. Dziela się rozterkami, wątpliwościami, dylematami natury ludzkiej, moralnej, etycznej, światopoglądowej, religijnej. Niektóre prace zawierają ogromny ładunek emocji, wynikający z przeżyć osobistych autorów. Ta różnorodność kierunków spojrzenia inspiruje czytelnika do własnych przemyśleń. Może on zgodzić się lub nie ze zdaniem autora, z całą pewnością nie zostanie obojętny.

*Dr hab. Marek Szczepański*  
*Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*



## *Życiodajna śmierć*

*Niebiańskiej ciszy głos.  
Dusze stają w obliczu Pana.  
Nie chcą uwierzyć, że...  
przed nimi chwila nieoczekiwana.  
Odchodzą po to, by żyć.  
Nieobecnych pojawiają się cienie.  
Puste miejsca zajmują wspomnienia.  
Woal zamyśleń spowija ziemię.  
Splątane myśli skołatanych serc.  
Wirry tęsknoty i osamotnienia.  
Odchodzą radości i smutki,  
szukając sensu w bezsensie istnienia.  
Z samym sobą ustało zmaganie.  
Nastał czas świętego wytchnienia.  
Nadzieja przygasająca w nas  
w Bogu oczekuje zbawienia.  
Odchodzą po to, by żyć.  
Życiodajna śmierć rodzi wieczne życie.  
Weź do ręki obumarłe ziarno  
i przez chwilę przypatrz mu się skrycie...  
Wszelkie pragnienia i nadzieje,  
to, co po nas pozostaje,  
niech zabłyśnie jak diament w popiele,  
skarbem dla potomnych się staje.*

\* \* \*

*Módl się o szczęśliwą, dobrą śmierć,  
taką życiodajną, świętą,  
dotykającą wieczności Bożej,  
a za życia będącą ...  
tajemnicą niepojętą.*

Iza Marciniak





# Humanistyczny wymiar śmierci

*Nie płacz*

*Nie płacz, jeśli mnie kochasz.*

*Do zobaczenia w*

*Bóg w Szej nieskończonej dobroci zaprosi  
nas kiedyś do Siebie.*

*Jako święci Aniołowie spotkamy się  
u tronu Najwyższego, więc nie  
wylewaj łez rozpachy lecz podaruj  
mi modlitwę -*

*na drogę życia wiecznego.*

*Iza Marciniak*





Ks. Józef Zabielski<sup>1</sup>

## Chrześcijańska nadzieja jako odkrywanie wieczności ludzkiej egzystencji

Celowość ludzkiej egzystencji wyraża się nie tylko w odkrywaniu i realizacji celów poszczególnych zamiarów i czynów. Intelktualne uzdolnienia człowieka dają mu możliwość poznawania ogólnego sensu swego życia i jego zadań. Nie jest to jednak i nigdy być nie może wiedza pełna, stąd zawsze pozostaje pewien „egzystencjalny niepokój”. Istota tego niepokoju tkwi nie tyle w braku wiedzy co do treści życiowego celu, ile w niepewności, czy ów rozpoznany cel człowiek osiągnie. Innymi słowy, człowiek niepokoi się zwłaszcza o to, żeby owego dobra, do jakiego w życiu dąży, nie utracić. Niepokój ten narasta z wiekiem, wraz ze zdobywanym doświadczeniem życia, które coraz bardziej ukazuje istotę życiowego celu, a równocześnie rodzi wątpliwość w możliwości jego osiągnięcia. Słabnące ludzkie siły w zakresie witalnym mają też swe przełożenie na osłabienie psychiczno-duchowe. Doświadczenie to bardzo trafnie w sposób literacki ukazał J. Conrad: „Idziesz przed siebie przyglądając się ciekawie drogowskazom wytkniętym przez poprzedników, idziesz w podnieceniu, przyjmując z jednakowym rozmachem złą i dobrą wolę – kułaki i miedziaki, jak mówi przysłowie – idziesz na spotkanie losu mieniającego się barwami, a kryjącego w zanadrzu nieprzebrany zasób możliwości. Komu dostaną się one w udziale? Czy tym, co na nie zasłużą, czy może szczęśliwym wybrańcom? Mniejsza. Postępujesz naprzód, a twoim śladem niedostępnie i niepostrzeżenie posuwa się czas. Aż przychodzi chwila, w której spostrzegasz przed sobą smugę cienia ostrzegającą cię, że dzień młodości dobiegł końca”<sup>2</sup>. Świadomość tej życiowej „smugi cienia” wymaga szczególnego wzmocnienia, motywacji i zewnętrznego wsparcia.

---

<sup>1</sup> Uniwersytet w Białymstoku

<sup>2</sup> J. Conrad, *Smuga cienia*, tłum. J. Sienkiewiczówna, Warszawa 1982, s. 7. Zob. M. Schreiber, *Was von uns bleibt. Über die Unsterblichkeit der Seele*, München 2008.

Taką podbudową w tych egzystencjalnych trudnościach, dającą motywację i duchowy impuls, jest nadzieja. Jej chrześcijańskie rozumienie i przeżywanie przyjmuje postać działania nadprzyrodzonego – Bożej łaski. Będąc działaniem Boga, jasno ukazuje człowiekowi cel jego egzystencji oraz stanowi szczególne wsparcie życiowe, zwłaszcza w różnorodnym cierpieniu oraz w starości. W niniejszej analitycznej refleksji chcemy ukazać chrześcijańską nadzieję jako pomoc w odkrywaniu wieczności ludzkiej egzystencji. W ramach tych analiz podjęte zostaną dwa wymiary tytułowego zagadnienia: 1) Teologiczno-etyczna interpretacja nadziei oraz 2) Sposoby i formy odkrywania wieczności poprzez nadzieję.

## 1. Teologiczno-etyczna interpretacja nadziei

Refleksja nad życiem, zastanawianie się nad jego sensem dość często wprowadza człowieka w aksjologiczny dualizm. W człowieku bowiem, w jego osobowej naturze tkwi potrzeba wieczności, która niekiedy przeraża się w swoistą pewność „wiecznego trwania”, przyjmując różne formy rozumienia i wyrazu. Ludzie niewierzący doświadczenie to ukierunkowują na trwałość własnych dokonań, które będą stanowiły pamięć o ich autorze. W tym względzie chyba najbardziej wymowne są słynne słowa Horacego: „Exegi monumentum aere perennius...” („Stawiłem sobie pomnik trwalszy niż ze spiżu. Od królewskich piramid sięgający wyżej...”)<sup>3</sup>. Wprawdzie żywi on tu przekonanie: „Non omnis moriar” (Nie wszystek umrę), ale jest to pragnienie „życia w poezji”. Nie przejawia wiary w nieśmiertelność, o czym świadczy inne znane z tego wiersza hasło: „Carpe diem” („Chwytaj dzień”)<sup>4</sup>. Inną zupełnie postawę prezentują ludzie wierzący, czego poetyckim przykładem jest nasz poeta Jan Kochanowski. Jego *Pieśń XXIV* jest chrześcijańską wersją myśli Horacego, ukazującą zupełnie inną perspektywę ludzkiej egzystencji. Jan Kochanowski swą wiarę w nieśmiertelność wyraża m.in. w słowach: „(...) nie umrę ani mię czarnymi / Styks niewesoła zamknie odnogami swymi”<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> Horacy, *Exegi monumentum*, w: Horacy, „Dzieła wszystkie”, tłum. A. Lam, Warszawa 1992, s. 103.

<sup>4</sup> „Nie pytaj próżno, bo nikt się nie dowie, / Jaki nam koniec gotują bogowie. (...) / Więc łap dzień każdy, a nie wierz ni trochę / W złudnej przyszłości obietnice płocze”. Horacy, *Pieśń I, 11*, tłum. H. Sienkiewicz.

<sup>5</sup> J. Kochanowski, *Pieśń XXIV*, w: J. Kochanowski, „Dzieła polskie”, t. 1, opr. J. Krzyżanowski, Warszawa 1953, s. 342. Już pierwsze słowa tej *Pieśni* ukazują wiarę J. Kochanow-

Ta zupełnie inna koncepcja życia prezentowana przez chrześcijan oparta jest na ich wierze, której pełnia wyraża się w „niewzruszonym wyznaniu nadziei” (por. Hbr 10, 22.23). W życiowej świadomości pierwszych chrześcijan decydujące było przekonanie, że w wierze otrzymali niezawodną nadzieję, która uzdalniała ich do odkrywania sensu ich *logosu*. Zauważa się to zwłaszcza tam, „gdzie chrześcijańska egzystencja jest zestawiona z ich życiem, zanim przyjęli wiarę lub z sytuacją wyznawców innych religii”<sup>6</sup>. Św. Paweł przypomina chrześcijanom z Efezu, że zanim uwierzyli w Chrystusa, byli jakby „nie mający nadziei ani Boga na tym świecie” (Ef 2,12). W ten sposób wyjaśnia im, że ich pogańscy bogowie okazali się wątpliwi, nie dawali im żadnej nadziei, co w konsekwencji prowadziło do życia bez przyszłości – „w mroku świata”. Natomiast „życie bez przyszłości” traci swój sens, tym bardziej, że natura świata niejako sama z siebie emanuje swój wieczny wymiar. „Gdyby świat widzialny – pisze H. Broch – nie znajdował się zarazem poza granicami widzialności, nie moglibyśmy go widzieć, gdyby życie nie było zarazem takie poza swoimi granicami, nie moglibyśmy go przeżyć”<sup>7</sup>. Przekroczenie owych „granic widzialności” wyróżnia chrześcijan, stąd też ich życie przepełnia radość, gdyż nadzieja nadaje mu optymistyczną przyszłość (por. 1 Tes 4,13). Papież Benedykt XVI wyjaśnia, że chrześcijanie jeszcze „nie wiedzą dokładnie, co ich czeka, ale ogólnie wiedzą, że ich życie nie kończy się pustką. Tylko wtedy, gdy przyszłość jest pewna jako rzeczywistość pozytywna, można żyć w terażniejszości. Tak więc możemy stwierdzić: chrześcijaństwo nie było jedynie »dobrą nowiną« – przekazem treści do tej pory nieznanych. Używając naszego języka, trzeba powiedzieć, że chrześcijańskie orędzie nie tylko »informuje«, ale również »sprawia«. Oznacza to: Ewangelia nie jest jedynie przekazem treści, które mogą być poznane, ale jest przesłaniem, które tworzy fakty i zmienia życie. Mroczne wrota czasu, przyszłości zo-

---

skiego w nieśmiertelność i w Bożą pomoc: „Dźwignąłem pomnik swój, nie trudem rąk ciosany...”. Wielu innych polskich poetów swoiście parafrazują Horacego podejmując ten problem w swoich wierszach i poematach, np. A. Mickiewicz, „Exegi monumentum aere perennius...”; J. Tuwim, „Exegi monumentum...”; J. Tuwim, „Aere perennius”; K. J. Gałczyński, „Non omnis moriar”.

<sup>6</sup> Benedykt XVI, Encyklika *Spe salvi*, nr 2.

<sup>7</sup> H. Broch, *Kusiciel*, tłum. E. Sicińska, Warszawa 1970, s. 105. Por. J.-L. Souletie, *L'espérance chrétienne dans les sociétés postmodernes*, „Nouvelle revue théologique” 2009, t. 131, nr 3, s. 589–590.

stały otwarte na oścież. Kto ma nadzieję, żyje inaczej; zostało mu dane nowe życie”<sup>8</sup>.

Uświadomienie sobie źródeł i faktu nadziei domaga się określenia jej istoty, odpowiedzi na pytanie: na czym polega nadzieja będąca „zba-wieniem? Odpowiadając na to pytanie w kontekście źródła – początku nadziei, Benedykt XVI stwierdza: „Poznać Boga – prawdziwego Boga – oznacza otrzymać nadzieję”, gdyż nadzieja „pochodzi z rzeczywistego spotkania z Bogiem”<sup>9</sup>. Spotkanie z Bogiem na płaszczyźnie wiary zmienia w człowieku całą koncepcję postrzegania świata i celu ludzkiego życia. Człowiek doświadcza wtedy, że to „nie prawa materii rządzą ostatecznie światem i człowiekiem, ale osobowy Bóg rządzi gwiazdami, czyli wszechświatem; prawa materii i ewolucji nie są ostateczną instancją, ale rozum, wola, miłość – osoba. A jeśli znamy tę Osobę, a Ona zna nas, wówczas niewzruszona moc elementów naturalnych nie jest ostateczną instancją; wówczas nie jesteśmy niewolnikami wszechświata i jego praw – jesteśmy wolni. (...) Życie nie jest zwyczajnym następstwem praw i przypadkowości materii, ale we wszystkim i równocześnie ponad wszystkim jest osobowa wiara, jest Duch, który w Jezusie objawił się jako Miłość”<sup>10</sup>. Początkiem nadziei jest wiara, która „jest gwarancją (*hypostasis*) tych dóbr, których się spodziewamy, dowodem tych rzeczywistości, których nie widzimy” (Hbr 11,1). Wiara bowiem jest stałym nastawieniem duszy (*habitus*), dzięki któremu w człowieku zapoczątkowane jest życie wieczne, na sposób inicjalny – „w zarodku” są już w nas obecne rzeczy, których się spodziewamy, co daje nam pewność, że ta dynamiczna rzeczywistość, która jest teraz „w nas w zarodku”, objawi w pełni w czasie ostatecznym. Na tej też podstawie człowiek wierzący ma już pewne pojęcie o tej „rzeczywistości”, która nie jest jeszcze widoczna w świecie zewnętrznym. Wiara bowiem jest nie tylko skłonnością ku rzeczom przyszłym, ale już w życiu ziemskim „daje nam coś z samej oczekiwanej rzeczywistości, a obecna rzeczywistość stanowi dla nas »dowód« rzeczy, których jeszcze nie widzimy. Włącza przyszłość w obecny czas do tego stopnia, że nie jest ona już czystym »jeszcze nie«. Fakt, że ta przyszłość istnieje, zmienia teraźniejszość; teraźniejszość styka się

---

<sup>8</sup> Benedykt XVI, Encyklika *Spe salvi*, nr 2. Por. J. Ratzinger, *Guardare Cristo: esercizi di fede, speranza e carità*, Milano 1989.

<sup>9</sup> Benedykt XVI, Encyklika *Spe salvi*, nr 3.

<sup>10</sup> Benedykt XVI, Encyklika *Spe salvi*, nr 5. Por. W. Słomka, *Nadzieja chrześcijańska*, „Chrześcijańskie” 1985, nr 12 (147), s. 51–64.

z przyszłą rzeczywistością i tak rzeczy przyszłe wpływają na obecne i obecne na przyszłe”<sup>11</sup>.

To źródłowo-egzystencjalne „umocowanie” nadziei w wierze pozwala podjąć próbę sprecyzowania jej istoty i „elementów składowych”. W refleksji chrześcijańskiej klasyczną teorię nadziei sformułował św. Tomasz z Akwinu<sup>12</sup>. Poszukując istoty ludzkiej nadziei, najpierw zastanawia się nad specyfiką ludzkich oczekiwań i dochodzi do wniosku, że na poziomie natury nadzieja jest to „gatunek uczucia zależny od przedmiotu”<sup>13</sup>. Na płaszczyźnie uczucia (*passio*) nadzieja niejako „oznajmia” człowiekowi, że ma on w sobie takie pokłady władz duchowych, które wywołują poruszenie woli, gdy w polu jego świadomości pojawia się jakieś dobro. Św. Tomasz wyjaśnia, że owo poruszenie następuje tylko w kontakcie z dobrem (*quod sit bonum*) i musi to być dobro przyszłe (*ut sit futurum*)<sup>14</sup>. Z tego wynika, że „przedmiotem nadziei może być tylko dobro wzniosłe, trudne do osiągnięcia. Nie mówi się bowiem, że się ma nadzieję zdobyć coś mało ważnego, co łatwo można osiągnąć”<sup>15</sup>. Chociaż owo „dobro będące przedmiotem nadziei jest trudne, ale możliwe do zdobycia, nikt bowiem nie ma nadziei osiągnąć tego, co uważa za niemożliwe do osiągnięcia i to różni nadzieję od rozpacz”<sup>16</sup>. Na płaszczyźnie analizy psychologicznej można powiedzieć, że nadzieja rodzi się z przeżycia ludzkiej duszy (*motus animae*), które jawi się jako silne i trwałe uczucie opanowujące ludzkie dążenia. Z punktu widzenia filozofii, nadzieja rodzi się z doświadczenia ontologicznej przygodności człowieka, który ma odwagę „zmierzyć się z własnym nienasyceciem. Mamy tu więc do czynienia z dążeniem każdej natury do możliwie najpełniejszego urzeczywistnienia samej siebie, do całkowitego rozwinięcia wszystkich tkwiących w niej możliwości i doprowadzenia ich do aktu, do pełni, do tego, by stać

---

<sup>11</sup> Benedykt XVI, Encyklika *Spe salvi*, nr 7. Por. E. Bloch, *Das Prinzip Hoffnung*, Frankfurt a. Main 1959.

<sup>12</sup> Swoją wykładnię filozofii i teologii nadziei św. Tomasz zawarł przede wszystkim w następujących pismach: *Summa Theologiae*, I-II, q. 40, II-II, q. 17-22; *Questiones disputatae de spe*, *Compendium theologiae*, pars II, *Scriptum super libros Sententiarum*, III, d. 26, *Summa contra Gentiles*, III, c. 153.

<sup>13</sup> „Species passionis ex objecto consideratur”. *Summa Theologiae* (dalej skrót: S. Th.), I-II, q. 40, a. 1c.

<sup>14</sup> Tamże.

<sup>15</sup> „Requiritur quod sit aliquid arduum cum difficultate adipiscibile: non enim aliquis dicitur aliquid sperare minimum, quod statim est in sua potestate ut habeat”. Tamże.

<sup>16</sup> „Quod illud arduum sit possibile adipisci: non enim aliquis sperat id quod omnino adipisci non potest. Et secundum hoc differt spes a desperatione”. Tamże.

się – zgodnie z terminologią arystotelesowską – *entelechią*, czyli pełnym zaktualizowaniem<sup>17</sup>.

Oprócz psychologiczno-filozoficznej interpretacji nadziei mamy także jej interpretację chrześcijańską – teologiczną, która ukazuje ją w wymiarze eschatologicznym. Według św. Tomasza nadzieja chrześcijańska zasadniczo ma tę samą strukturę, co nadzieja w znaczeniu ogólnoludzkim. Wyróżnia ją to, że „przenosi” człowieka poza granice życia ziemskiego, jest absolutnym darem Boga i nie może być rozumiana jedynie jako „przedłużenie” nadziei ludzkiej, gdyż jej przedmiot i cel są eschatologiczne. Precyzując określenie nadziei św. Tomasz stwierdza: „Nadzieja jest to nadprzyrodzone uzdolnienie, które dysponuje człowieka do oczekiwania chwały wiecznej i pewności środków do niej prowadzących”<sup>18</sup>. Tak pojmowana sprawność, będąca darem Bożym, „polega na tym, że człowiek nadzieją dosięga wymaganej normy, tj. Boga”<sup>19</sup>. Ludzie winni jednak pamiętać, że owa „sprawność nadziei, którą człowiek oczekuje szczęścia, nie jest owocem zasług, lecz samej tylko łaski”<sup>20</sup>. Tym szczęściem, które ukazuje nadzieja jest „szczęście wieczne”<sup>21</sup>. Potwierdzeniem takiego rozumienia nadziei w chrześcijaństwie są słowa Katechizmu Kościoła Katolickiego: „nadzieja jest cnotą teologalną, dzięki której pragniemy jako naszego szczęścia Królestwa niebieskiego i życia wiecznego, pokładając ufność w obietnicach Chrystusa i opierając się nie na naszych siłach, ale na pomocy łaski Ducha Świętego”<sup>22</sup>.

Zawarte w nadziei „spodziewanie się wiecznego szczęścia” nie oddala człowieka od przeżywanych uczuciowo potrzeb i aspiracji. „To jest prawidłowy porządek, że to co mniej znane, poznaje się za pośrednictwem tego, co bardziej znane; i podobnie, to co mniej dobre kochamy przez to, co bardziej dobre. Ponieważ więc Bóg jest pierwszą prawdą i najwyższą dobrocią, jest sam przez się najpełniej poznawalny i godzien miłości. Zatem, taki jest naturalny porządek, że wszystko jest poznawane

<sup>17</sup> M. Mróz, *Człowiek w dynamizmie cnoty. Aktualność aretologii św. Tomasza z Akwinu w świetle pytania o podstawy moralności chrześcijańskiej*, Toruń 2001, s. 549.

<sup>18</sup> „Spes ut vitrus (habitus supernaturalis) infusus, quo homo disponitur ad concreto exspectandum ex promissione Dei beatitudinem aeternam et media ad illam necessaria”. S. Th., II-II, q. 17, a. 22. Por. A. Drożdż, *Wiara – nadzieja – miłość*, Tarnów 1994, s. 80–81.

<sup>19</sup> In spe bonum virtutis accipitur secundum quod homo attingit sperando regulam debitam, scilicet Deum”. S. Th. II-II, q. 17, a.1, ad 1.

<sup>20</sup> Habitus spei, per quam aliquis expectat beatitudinem, non causatur ex meritis, sed pure ex gratia”. S. Th., II-II, q. 17, a. 1, ad 2.

<sup>21</sup> „Spes [...] respicit beatitudinem aeternam”. Tamże, a. 2, ad 2.

<sup>22</sup> *Katechizm Kościoła Katolickiego*, nr 1817.



i kochane przez Niego”<sup>23</sup>. Odnosząc się zaś do działania cnoty nadziei w sferze uczuć, św. Tomasz wyjaśnia: „Jeśli chodzi o uczucia, to umiar cnoty polega na podciągnięciu uczucia do wymagań rozumu”<sup>24</sup>. Potwierdzeniem tego są słowa *Katechizmu*: „Cnota nadziei odpowiada dążeniu do szczęścia, złożonemu przez Boga w sercu każdego człowieka”<sup>25</sup>. Odnosząc to do bardziej szczegółowych sytuacji ludzkiego życia, w *Katechizmie* przypomniano, że nadzieja „podejmuje te oczekiwania”, „oczyszcza je”, „ukierunkowuje na Królestwo niebieskie, „chroni przed zwątpieniem, „podtrzymuje w każdym opuszczeniu”, „poszerza serce w oczekiwaniu szczęścia wiecznego”, „chroni przed egoizmem” i „prowadzi do szczęścia miłości”<sup>26</sup>.

## 2. Sposoby i formy odkrywania wieczności przez nadzieję

Wymienione w *Katechizmie* egzystencjalne znaczenie nadziei ukazuje jej odniesienia do różnych sytuacji życiowych. W każdym przypadku chodzi o duchowe wzmocnienie i ukierunkowanie „ku górze”. Można więc w nadziei uznać swoiste działanie lecznicze, które pozwala przewyciężyć to, co trudne dzięki wewnętrznej mocy oraz perspektywie wyzwalającej i dającej poczucie „odgórnego” wsparcia. W naszej analizie skoncentrujemy się na znaczeniu nadziei w trzech sytuacjach ludzkiej egzystencji: choroby i cierpienia, starzenia się oraz umierania.

### Nadzieja jako *wyzwalanie* w chorobie i cierpieniu

Sytuacja cierpienia cielesnego czy duchowego jest stanem szczególnego osłabienia ludzkiego dynamizmu. Człowiek doświadcza wtedy słabości swojej ludzkiej natury, a równocześnie przeżywa potrzebę wyzwolenia z tego ograniczenia. Zderzenie tych dwóch doświadczeń jeszcze bardziej umacnia przekonanie o własnej niewystarczalności i potrzebie wsparcia „z góry”. Ta „egzystencjalna bezradność” znajduje swe wyzwolenie najpierw w odkryciu właściwego rozumienia samego człowieka oraz

<sup>23</sup> Św. Tomasz, *Compendium theologiae*, pars II, cap. 9.

<sup>24</sup> S. Th., II-II, q. 17. a. 1, ad 1.

<sup>25</sup> *Katechizm Kościoła Katolickiego*, nr 1818. Por. A. Gendera, *La speranza cristiana nell'insegnamento di Giovanni Paulo II. (L'unità tra l'aspetto trascendentale e orizzontale)*, Romae 1998, s. 39–52.

<sup>26</sup> Tamże. Por. M. Mróz, *Człowiek w dynamizmie cnoty*, dz. cyt., s. 552–553.

miejsca i znaczenia cierpienia w jego życiu. Człowiek, uznając prawdę o ontycznym dobru siebie jako osobowego bytu oraz istnienie Absolutu – Boga, który z miłości stworzył świat, rozpoznaje cierpienie jako akt osobowej reakcji na zło. Wtedy człowieka doświadcza, że „cierpienie ludzkie samo w sobie stanowi jakby swoisty »świat«, który bytuje wraz z człowiekiem”<sup>27</sup>. Doświadcza też tego, że rzeczywistość cierpienia nie tylko zewnętrznie otacza człowieka, ale też przenika wszystkie wymiary jego egzystencji. Człowiek cierpienia doświadcza, co ukazuje osobowy charakter jego natury, odróżniając go od zwierząt, gdyż człowiek „wie, że cierpi”<sup>28</sup>. W ten sposób człowiek ujawnia swoje „ja”, będące sferą nadrzędną wobec ciała i psychiki. W świadomości cierpienia człowiek doświadcza samego siebie, samej istoty swego bytu. Ta prawda najbardziej jest uświadamiana w doświadczeniu cierpienia moralnego, które ujawnia duchowy wymiar człowieka. Wtedy bowiem mamy do czynienia z „bólą duszy”, który jest o wiele głębszy od bólu ciała czy psychiki. W konsekwencji cierpienie objawia człowieka jako osobę, równocześnie mu ukazując, że on człowiek „przerasta” cierpienie. Jan Paweł II podkreśla, że cierpienie „właśnie przez to, że na swój sposób odsłania głębię właściwą człowiekowi, na swój sposób ją przerasta. Cierpienie zdaje się przynależeć do transcendencji człowieka: jest jednym z tych punktów, w których człowiek zostaje niejako »skazany« na to, ażeby przerastał samego siebie – i zostaje do tego w tajemniczy sposób wezwany”<sup>29</sup>.

Takie rozumienie cierpienia ma swe podstawy już w jego przeżywaniu. Doświadczenie bólu na płaszczyźnie fizyczno-psychicznej pozwala przeżyć świadomość jego „twórczego” sensu. Charakterystyczne świadectwo w tym względzie zostawił czołowy neopozytywista Moritz Schlick (1882–1936), który stwierdza, że „z nieznanых powodów raczej cierpieniu niż radości przysługuje moc poruszania psychiki aż do warstw najgłębszych, przy czym ból przeoruje ją, jak ostry lemiesz glebę. [...] To, że cierpieniu łatwiej się udaje wzburzyć psychikę aż do wielkiego wstrząsu, dzięki któremu jest potem zdolna do najwyższych rozkoszy, wiąże się zapewne z tym, że intensywna przykrość dostarcza w ogóle naj-

---

<sup>27</sup> Jan Paweł II, List Apostolski *Salvifici doloris*, nr 8.

<sup>28</sup> Tamże. Zob. J. Zabielski, *Tajemnica cierpienia w ujęciu Jana Pawła II*, w: „Ulga w cierpieniu”, t. 1, red. E. M. Lorek, Katowice 1993, s. 17–21.

<sup>29</sup> Jan Paweł II, List Apostolski *Salvifici doloris*, nr 9. Por. B. Mauer, *Über den Schmerz – Theologische Anmerkungen*, „Zeitschrift für medizinische Ethik” 40 (1994), nr 1, s. 23–24.

silniejszych impulsów w działaniach rozmyślnych<sup>30</sup>. Tego rodzaju świadomość przeżywa wielu ludzi, co wyrażają dobrze znane stwierdzenia, jak np. „nie żałuję mego trudu”, „moje cierpienie okazało się owocne”, itp. To niemal powszechne przekonanie znalazło swój wyraz w literaturze, czego szczególnym przykładem niech będą słowa poety: „Kto nie jadł we łzach swój chleb codzienny / Kto na swym łożu w długie noce / Nie siedział płacząc i bezsenny / Ten nie zna was, niebieskie moce” (J. W. Goethe). Zawarte w tym poetyckim wyznaniu odniesienie do „niebieskich mocy” w sposób jednoznaczny ukierunkowuje poszukiwanie źródła tego „wyzwalającego” charakteru cierpienia. Wprost jednoznacznie możemy poznać, że właściwy sens cierpieniu nadaje siła zewnętrzna, co więcej – pozaziemska. Stąd też tylko poprzez wiarę, odkrywającą moc Boga człowiek może zrozumieć sens cierpienia i je twórczo przeżyć. Dzieje się tak dlatego, że w Osobie Chrystusa ludzkie cierpienie weszło „w całkowicie nowy wymiar i porządek: zostało związane z miłością, [...] która tworzy dobro, wyprowadzając je również ze zła”<sup>31</sup>.

Zrozumienie i przyjęcie tej zbawczej mocy cierpienia możliwe jest tylko na płaszczyźnie wiary, która rodzi nadzieję, ukazującą inną perspektywę ludzkiej egzystencji. Człowiek, który przez wiarę odkrywa odkupieńcze cierpienie Chrystusa doświadcza nadziei, która owo cierpienie przenika „nową treścią i nowym znaczeniem”<sup>32</sup>. Tę „nową treść” chrześcijanie rozumieją jako moc zbawczą, wyzwalającą i wspomagającą człowieka w jego życiowych trudnościach. W konsekwencji, cierpienie przeżywane w perspektywie nadziei, staje się „miejscem” przemiany, gdyż zawiera w sobie „moc przybliżającą człowieka wewnątrz do Chrystusa”<sup>33</sup>. W tej kategorii, cierpienie staje się swoistym powołaniem do współdziałania człowieka w dziele Odkupienia i przyczynia się do uświęcenia człowieka cierpiącego i osób mu współtowarzyszących. Człowiekowi cierpiącemu przezwyteżyć poczucie bezużyteczności i doświadczyć przydatności, zachowując pragnienie życia, możliwość doznania pokoju, a nawet radości. Wyzwala też możliwość kształtowania duchowej dojrzałości oraz nowego postrzegania egzystencjalnej wielkości człowieka, stanowiąc swoistą lekcję człowieczeństwa. Z pewnością, takie przeżywa-

<sup>30</sup> M. Schlick, *Rozkosz cierpienia*, w: tenże, „Zagadnienia etyki”, Warszawa 1960, s. 168. Por. J.-L. Souletie, *L'espérance chrétienne dans les sociétés postmodernes*, art. cyt., s. 592–595.

<sup>31</sup> Jan Paweł II, List Apostolski *Salvifici doloris*, 18. Por. A. Kamińska, *Sens cierpienia*, „Inspiracje” 1993, nr 3–4, s. 31.

<sup>32</sup> Jan Paweł II, List Apostolski *Salvifici doloris*, nr 20.

<sup>33</sup> Tamże, nr 26.

nie i wartościowanie cierpienia jest bardzo trudne, zwłaszcza dla ludzi cierpiących. Są jednak heroiczne przykłady potwierdzające doświadczanie cierpienia w perspektywie nadziei. Niech świadczy o tym wypowiedź człowieka złożonego długoletnią chorobą: „Prosiłem o zdrowie, żeby móc więcej pracować, a otrzymałem chorobę, żeby czynić jeszcze lepsze sprawy. Prosiłem o bogactwo, żebym był szczęśliwy, otrzymałem ubóstwo, żebym zmądrzał. Jestem wśród najszcześniejszych. »Bądź wola twoja«”<sup>34</sup>.

Nadzieja nadaje sens i nową perspektywę nie tylko cierpieniu człowieka nim doświadczonego, ale też udziela się innym ludziom, zwłaszcza z najbliższego otoczenia. Gdyby bowiem osoby towarzyszące nie dostrzegały w cierpieniu sensu i perspektywy wyjścia z tej sytuacji, to wszelka pomoc cierpiącemu byłaby bezzasadna i bezsensowna. Nadzieja, ukazująca możliwość wyzwolenia ze stanu cierpienia, porusza najgłębsze pokłady ludzkiego ducha, rodząc egzystencjalną potrzebę zaangażowania się w pomoc cierpiącemu. Można więc powiedzieć, że nadzieja na wyjście ze stanu trudnego stanowi „zaproszenie do tworzenia wspólnoty wokół człowieka ciężko chorego i umierającego”<sup>35</sup>. Doświadczanie bowiem czyjegoś cierpienia w perspektywie nadziei wyzwala potrzebę solidarności, szczególnego współczucia w sytuacji cierpiącego. Treścią owego zaangażowania w pomoc jest przede wszystkim duchowa łączność, owo „bycie z drugim” przeobrażające się w „bycie dla drugiego”, który w tej sytuacji „bardziej jeszcze niż uzdrowienia potrzebuje on człowieka, ludzkiego serca, ludzkiej solidarności”<sup>36</sup>. Taką potrzebę niezwykle głęboko przeżywają osoby cierpiące. Owo „bycie dla drugiego” umacnia w nich wiarę w siebie, nadzieję na wyjście z tej trudnej sytuacji, dodaje im siły do jej przetrwania. Niezwykle czytelne i pouczające w tym względzie jest wyznanie młodej Ewy, bohaterki „Jesiennej Sonaty” I. Bergmana: „Gdyby ktoś kochał mnie taką, jaka jestem, to może odważyłabym się patrzeć sobie prosto w twarz”. Każdy bowiem cierpiący człowiek, a szczególnie dziecko, „chce byśmy – niezależnie od fizycznego wyglądu jego cielesnej powłoki – odkrywali, kim ono naprawdę jest. [...] Stajemy tu w rzeczy samej wobec wspaniałego, ale i straszliwego pytania stawianego każ-

<sup>34</sup> Cyt. za: J. Zabielski, *Chrześcijański etos cierpienia i śmierci*, „Studia Theologica Varsoviensia” 43 (2005), nr 2, s. 104.

<sup>35</sup> A. Bartoszek, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*, Katowice 2000, s. 168.

<sup>36</sup> Jan Paweł II, *Chrystus na posłudze cierpiących*, w: „Do końca ich umiłował”, Warszawa 1987, s. 161.

demu z nas: Czy potrafiłem osiągnąć i wydobyć na światło dzienne to bogactwo – małe albo wielkie – jakie tai się w każdej cierpiącej istocie? Czy pozwoliłem jej być czymś innym niż się pozornie wydaje? Czy umiałem wsączyć w nią pokusę stania się osobą, a nie pozostawiania nadal kaleką?”<sup>37</sup>.

### **Nadzieja jako perspektywa wiecznej szczęśliwości w starzeniu się i umieraniu**

Jeszcze bardziej niż w cierpieniu i chorobie egzystencjalne znaczenie nadziei jawi się w czasie ludzkiego starzenia się i umierania. Ta bowiem sytuacja dotyczy wszystkich i stanowi życiowy pewnik. Świadomość zbliżania się do śmierci oraz jej nieodwołalna pewność bez doświadczenia nadziei rodzi życiową pustkę i objawia się utratą sensu życia. Stanowi to najwyższą formę lęku, gdyż człowiek, który nie wie po co żyje, staje „przed utratą racji ostatecznych, przed utratą sensu nadającego znaczenie wszystkim znaczącym rzeczom. Lęk ten wypływa z utraty duchowego centrum, jakiejś odpowiedzi choćby symbolicznej i pośredniej na pytanie o znaczenie egzystencji”<sup>38</sup>. Taki lęk dochodzi do głosu szczególnie w czasie starzenia się, a zwłaszcza wobec poczucia zbliżania się śmierci. Ten egzystencjalny lęk bardzo dramatycznie prezentuje literacki bohater L. Tołstoja, Pierre Besuchow: „Co jest złem? Co dobrem? Co trzeba kochać, czego nienawidzić? Po co się żyje i czym jest to ja? Co to jest życie, co to jest śmierć? Jaka siła wszystkim rządzi? – zadawał sobie pytania. I nie było odpowiedzi na żadne z tych pytań, wyjąwszy jedną bynajmniej nie logiczną i bynajmniej nie na to pytanie. Odpowiedź zaś była taka: »Umrzesz – wszystko się skończy. Umrzesz – i wszystkiego się dowiesz albo przestanieś zadawać pytania«. Lecz i umierać było straszno”<sup>39</sup>.

Zupełnie inny sposób podejścia do życiowego kresu prezentują ludzie postrzegający swą egzystencję w kategoriach wiary i nadziei. „Albowiem życie – pisze G. Bernanos – jest gmatwaniną bez ładu tylko dla tych, którzy je z zewnątrz kontemplują. Natomiast człowiek nadprzyrodzony czuje

<sup>37</sup> F. G. Cambon, *Les enfants que l'on dit handicapés*, Malhouse 1979, s. 195.

<sup>38</sup> P. Góralczyk, *Dylematy życia ludzkiego*, w: „Życie godnie w zmieniającym się świecie”, red. Z. Sareło, Ząbki 2004, s. 180. Zob. H. Romanowska-Łakomy, *Droga do człowieczeństwa. Usłysz wewnętrzny nakaz bycia człowiekiem*, Kraków 2001, s. 45–76.

<sup>39</sup> L. Tołstoj, *Wojna i pokój*, t. 1, tłum. A. Stawar, Warszawa 1979, s. 421.

się swojo na każdej wyżynie, na jakąkolwiek go miłość wynosi; jego życie duchowe nie doznaje nawrotów, ponieważ otrzymał był dary wspaniałe, których nie sili się nawet określić ni nazwać<sup>40</sup>. Doświadczenie posiadania tych „wspaniałych darów” pozwala człowiekowi rozpoznać sens i pełny wymiar swej egzystencji. I chociaż w detalach człowiek „nie sili się nawet określić ni nazwać” owej pełni życia, to nadzieja dająca świadomość jego istnienia i możliwość osiągnięcia pozwala mu żyć *sub specie aeternitatis* („w wymiarze wieczności”)<sup>41</sup>. Takie wartościowanie życia nawet w ludziach niewierzących wyzwała charakterystyczne pragnienie: „Wydaje mi się – wyznaje Jean d’Ormesson – że gdybym był chrześcijaninem, żyłbym wyłącznie myślą o śmierci. Ale i tak, choć nim nie jestem i nie wiem nic o tych wrotach, które otwiera śmierć, a czasami wyobrażam sobie, że za nimi czeka tylko nicość, pragnę jedynie śmierci. Jakże więc mężczyzna czy kobieta wierzący w Galilejczyka i jego słowa, przekazane nam przez czterech ewangelistów, mogą nie oczekiwać niecierpliwie jedynej szczęśliwej godziny w tym nędznym życiu – jego kresu, kresu tych cierpień i przejścia w stan śmierci, która po udrękach – szczęściem chwilowych – egzystencji ziemskiej jest prawdziwym narodzeniem do życia wiecznego”<sup>42</sup>.

Podstawą rozumienia i oczekiwania śmierci jako „jedynej szczęśliwej godziny”, będącej „prawdziwym narodzeniem do życia wiecznego” jest zawierzenie Bogu i zespolenie z Nim co sprawia, że człowiek pojmuje siebie jako „obraz Chrystusa”. Do ludzi tak siebie pojmujących św. Paweł kieruje wezwanie: „Jeśli więc ktoś żyje w Chrystusie, żyje jako stworzenie nowe. Zniknął stary człowiek, a narodził się nowy” (2 Kor 5, 17). Rozpoznanie tej prawdy niesie w sobie wezwanie natury egzystencjalno-moralnej: „Jeśliście więc razem z Chrystusem powstałi z martwych, szukajcie tego, co w górze, gdzie przebywa Chrystus zasiadając po prawicy Boga. Dążcie do tego, co w górze, nie do tego, co na ziemi. Umarliście bowiem i wasze życie jest ukryte z Chrystusem w Bogu. Gdy ukaże się Chrystus, nasze życie, wtedy i wy razem z Nim ukażecie się w chwale” (Kol 3, 1–3). Przyjęcie tej prawdy i realizacja jej w życiu codziennym objawia się w człowieku przekraczaniem tego, co ziemskie i wchodzenie w rzeczywistość pełnego szczęścia. Czło-

<sup>40</sup> G. Bernanos, *Pod słońcem szatana*, tłum. A. Wat, Warszawa 1949, s. 160.

<sup>41</sup> Zob. B. Spinoza, *Etyka*, 2, 44 i 5, 31.

<sup>42</sup> J. d’Ormesson, *Historia Żyda Wiecznego Tułacza*, tłum. K. Szczyńska-Mačkowiak, Warszawa 1994, s. 369.

wiek faktycznie kierujący się w swym życiu tą prawdą „wyzwała się” z owego „starego człowieka” i staje się „nowym stworzeniem”. Taka perspektywa istnienia, zwłaszcza w obliczu kończącego się ziemskiego życia i śmierci ukazuje człowiekowi pełnię jego egzystencji oraz napawa witalnym dynamizmem.

Uwarunkowane jest to pewnością natury nadprzyrodzonej, którą dać może tylko Bóg. Tego doświadcza człowiek w swym istnieniu jako istota rozumna, która „potrzebuje miłości bezwarunkowej. [...]. Jeśli istnieje ta absolutna miłość, z jej absolutną pewnością, wówczas – i tylko wówczas – człowiek jest »odkupiony« niezależnie od tego, co wydarzyłoby się w jego szczególnym przypadku”<sup>43</sup>. Takiej pewności nie daje człowiekowi nikt z ludzi, ani nic w świecie. Człowiek bowiem jest przekonany o tym, że nic co ludzkie, nawet miłość, jakiej doświadcza od drugiego człowieka, nie są zdolne zapewnić mu wieczności istnienia i jego szczęśliwości. „W tym sensie prawdą jest, że kto nie zna Boga, chociaż miałby wielorakie nadzieje, w gruncie rzeczy nie ma nadziei, wielkiej nadziei, która podtrzymuje całe życie (por. Ef 2,m 12). Prawdziwą, wielką nadzieją człowieka, która przetrwa wszelkie zawody, może być tylko Bóg – Bóg, który nas umiłował i wciąż nas miłuje »aż do końca«, do ostatecznego »wykonało się!« (por. J 13, 1; 19, 30). Kogo dotyka miłość, ten zaczyna intuicyjnie pojmować, czym właściwie jest »życie«. Zaczyna przeczekać, co znaczy słowo nadziei, które napotkaliśmy w obrzędzie Chrztu: od wiary oczekują »życia wiecznego« – prawdziwego życia, które całkowicie i bez zagrożeń, w całej pełni, po prostu jest życiem”<sup>44</sup>.

Takie doświadczenie Boga i pewności życia jako wiecznej szczęśliwości w okresie starzenia się i umierania daje poczucie egzystencjalnego bezpieczeństwa. Człowiek przeniknięty taką nadzieją nie niepokoi się „upływem lat”, ani nie obawia się śmierci. Jest bowiem przekonany, że te wydarzenia, choć zmieniają zewnętrzną postać życia, to nie zmieniają jego zasadniczego sensu i nie zakończą jego trwania. Gwarantem tej pewności jest Bóg, który jest początkiem i celem ludzkiego istnienia. „Życia we właściwym znaczeniu – wyjaśnia Benedykt XVI – nie mamy dla siebie ani wyłącznie z samych siebie: jest ono relacją. Życie w swojej pełni jest relacją z tym, który jest źródłem życia. Jeśli pozostajemy w relacji z Tym,

<sup>43</sup> Benedykt XVI, Encyklika *Spe salvi*, nr 26.

<sup>44</sup> Tamże, nr 27. Por. K. Demmer, *Erfahrung der Sünde in der Hoffnung*, „Theologie und Glaube” 99(2009), nr 3, s. 291–309.

który nie umiera, który sam jest Życiem i Miłością, wówczas mamy życie. Wówczas »żyjemy«<sup>45</sup>.

Nabycie takiej „pewności jutra”, ukształtowanie w sobie nadziei dającej perspektywę wiecznej szczęśliwości, tak potrzebnej w zbliżaniu się i przeżywaniu śmierci, w znacznym stopniu dokonuje się poprzez dojrzałe przeżywanie starości i śmierci innych ludzi. Postawa taka jest znakiem i uczeniem się miłości drugiego człowieka, a także miłości siebie. „Kochać – stwierdza W. Pannenberg – znaczy dostrzegać pospołu z drugim człowiekiem wspólne ludzkie przeznaczenie. Jedynie tam, gdzie przeznaczenie człowieka jest pojmowane jako sprawa wspólna może miłość działać, a prawo kwitnąć. Przeznaczeniem człowieka zaś jest [...] jego otwartość ku Bogu”<sup>46</sup>. Takiej „otwartości ku Bogu” wielu ludzi doświadcza towarzysząc umieraniu innych, zwłaszcza swoich bliskich. Świadectwem takiego doświadczenia jest wyznanie kobiety, która towarzyszenie umierającemu ojcu porównuje do „modlitwy kontemplacyjnej, kiedy Pan Bóg porządkuje różne nasze sprawy, a my jesteśmy zupełnie bierni. Wtedy właśnie dzieje się najwięcej. [...] Przy łóżku mojego Ojca na nowo się narodziłam”<sup>47</sup>. Tego rodzaju „nowe narodzenie” oznacza dotarcie do źródła nadziei, otwarcie się na Boga – źródło i cel ludzkiej egzystencji. Staje się to możliwe i dokonuje się w człowieku poprzez towarzyszenie cierpieniu innych, poprzez owo „»bycie – razem« w samotności, która już nie jest samotnością”<sup>48</sup>. Ma to też miejsce w przeżywaniu śmierci osób najbliższych, choćby od ich śmierci dzielił już nawet długi czas. Takiego „nowego narodzenia” doświadczył młody Arkadiusz, który stojąc nad grobem rodziców i patrząc na topniejące świece „poczuł, że w nim też coś topnieje. Oczyma wyobraźni – jak promieniami Rentgena – przewiercił ziemię. I ujrzął ich oboje: ojca i matkę. Nagle zdawało mu się, że ich wzrok także przeszył ziemię i trafił aż do serca. Miał wrażenie, że stoi oko w oko z nimi. Potem – tak jak nieraz odzywa się w uszach dawno zasłyszana melodia – usłyszał ich słowa. Szept umierającej matki: »Synku, nie zapomnij nigdy o Bogu«. I słowa uczciwego ojca: »Żyj tak, abys mógł nam zawsze spojrzeć w oczy«. Zacisnął powieki, jakby w obawie, że trzeba będzie im teraz rzeczywiście spojrzeć w oczy. Poczuł się

---

<sup>45</sup> Benedykt XVI, Encyklika *Spe salvi*, nr 28. Zob. M. Mróz, *Człowiek w dynamizmie cnoty*, dz. cyt., s. 554–556.

<sup>46</sup> W. Pannenberg, *Kim jest człowiek*, tłum. G. Zwolski i D. Szumska, Paryż 1978, s. 117.

<sup>47</sup> M. Ebert, *Umieranie taty. Moje powtórne narodziny*, „Frona” 2004, nr 33, s. 91–92.

<sup>48</sup> Benedykt XVI, Encyklika *Spe salvi*, nr 38.



nieswojo. Tyle się zmieniło przez te lata od chwili ich śmierci! Coraz mocniej odczuwał na sobie wzrok tych z grobu. Oni chyba wiedzą o wszystkim! Jak na taśmie filmu ujrzął swe życie. W jednej chwili zrozumiał, jak bardzo daleko odszedł od drogi, na którą oni go wprowadzili z tak wielkim poświęceniem i głęboką miłością. Zawiódł ich nadzieje, zmarnował ich ofiary i modlitwy! Oczy miał nadal zamknięte, ale widział wszystko lepiej niż kiedykolwiek indziej<sup>49</sup>.

\* \* \*

Niniejsze refleksje i analizy pozwoliły raz jeszcze uświadomić fundamentalne znaczenie nadziei w życiu ludzkim. Zastanawiając się nad tym człowiek uświadamia, że brak nadziei właściwie deformuje człowieka i przekreśla sens jego egzystencji. Prawdę tę niezwykle trafnie i wyczerpująco ukazuje J. St. Pasierb: „Człowiek zbudowany jest z nadziei. Gdyby ją odebrać – cóż zostaje z człowieka? nasze życie jest zaczynaną każdego ranka nieustanną walką ze zniechęceniem, smutkiem i rozpaczą, które nabierają siły, w miarę jak słabniemy, jak posuwamy się w latach, gdy powoli opuszcza nas radość. Póki nadziei – póty życia. Ona jest jego siłą i motorem”<sup>50</sup>.

---

<sup>49</sup> Maszynopis, tekst w prywatnym archiwum autora artykułu.

<sup>50</sup> J. St. Pasierb, *Gałęzie i liście*, Pallottinum – Poznań 1985, s. 26.



Piotr Krakowiak<sup>1</sup>, Józef Binnebesel<sup>2</sup>, Agnieszka Paczkowska<sup>1</sup>

## **Przykłady pracy socjalnej w opiece paliatywno-hospicyjnej. Przeciwdziałania marginalizacji osób pogrążonych w żałobie, wsparcie dla dzieci po stracie i pomoc osobom zagrożonym wykluczeniem**

### **Wstęp**

W Stanach Zjednoczonych i Europie Zachodniej istnieje rozbudowany system pracy socjalnej o ugruntowanej pozycji. Inaczej przedstawia się status pomocy socjalnej w Europie środkowo-wschodniej. W naszym kraju praca socjalna jest niedocenianym i niedoinwestowanym sektorem wspierania jakości życia Polaków<sup>3</sup>. Trudna sytuacja pracowników socjalnych ma swoje odzwierciedlenie również w pracy zespołów opieki paliatywno-hospicyjnej. W świetle ostatnich decyzji NFZ z 2009 roku, stanowisko pracownika socjalnego wykreślono z profesji wymaganych w kontrakcie, co skutkuje już ograniczaniem pracy socjalnej lub nawet zwolnieniem pracowników socjalnych z zespołów. Niniejszy artykuł będzie próbą opisaną wagi i ogromu działań pracowników socjalnych na rzecz osób chorych, a także ich rodzin będących pod opieką paliatywno-hospicyjną. Przedstawienie jednak tych aspektów warto poprzedzić zapoznaniem się z ogólnymi definicjami pracy socjalnej, określających główne elementy tej działalności. Pozwoli to na głębsze zrozumienie misji pracownika socjalnego w ochronie zdrowia, a w szczególności w zespołach opieki paliatywno-hospicyjnej.

---

<sup>1</sup> Fundacja Hospicyjna, Gdańsk

<sup>2</sup> Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi, Katedra Pedagogiki Specjalnej

<sup>3</sup> Projekt Matra SIC!, W. M. J. Blok, Holandia, 2007

## Definicje pomocy socjalnej i pracy socjalnej

Polska definicja opisuje zagadnienie pracy socjalnej w następujący sposób: „Praca socjalna jest to działalność zawodowa, skierowana na pomoc osobom i rodzinom we wzmocnieniu lub odzyskaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie oraz na tworzeniu warunków sprzyjających temu celowi”<sup>4</sup>. Pracownik socjalny, celem realizacji powyższych funkcji, może więc występować w roli doradcy, mediatora czy rzecznika interesów klienta. Wypełnianie tych ról wymaga umiejętności komunikacyjnych, rozwiązywania problemów czy konfliktów w taki sposób, by stworzyć klientowi szansę rozwiązania swojego problemu<sup>5</sup>. Działania te wykraczają poza dostarczanie jedynie środków finansowych zaspokajających podstawowe potrzeby bytowe klienta. Wymagają od pracownika socjalnego podjęcia działań opiekuńczo-wychowawczych czy kulturalno-oświatowych, budując tym samym zainteresowanie światem i ludźmi. Te role są często zapomnianym w Polsce wymiarem działań pracy socjalnej, której celem jest aktywizowanie ludzi w różnorodny sposób<sup>6</sup>.

Ten szerszy obszar wspomagania klientów pomocy socjalnej jest mocno zakorzeniony w kulturze amerykańskiej i angielskiej. Ukazują to definicje pracy socjalnej w tych krajach, a także związane z nimi status i bogate tradycje pracy socjalnej. W angielskim rozumieniu „Praca socjalna jest odpowiedzialną działalnością zawodową, która umożliwia jednostkom, rodzinom i grupom rozpoznanie osobistych, społecznych i środowiskowych trudności oddziałujących na nie niekorzystnie. Praca socjalna umożliwia im radzenie sobie z tymi trudnościami poprzez działania wspierające, rehabilitacyjne, ochraniające lub korektywne”<sup>7</sup>. Natomiast w Ameryce przyjmuje się, że „Praca socjalna jest to profesjonalna działalność polegająca na pomaganiu jednostkom, grupom lub społecznościom we wzbogacaniu czy odtwarzaniu ich zdolności społecznego funkcjonowania i tworzeniu warunków społecznych sprzyjających osiągnięciu

---

<sup>4</sup> MPiPS, 1993, s. 4; także: Ustawa o pomocy społecznej z dnia 20 listopada 1990, dziennik ustaw nr 87, 1990, poz. 506, art. 8, ust. 5.

<sup>5</sup> Podstawowe umiejętności w pracy socjalnej i ich kształcenie. Nocuń A. W., J. Szmagalski J., Katowice 1998, s. 173.

<sup>6</sup> Por. Marynowicz-Hetka E.: Pomoc w rozwoju dziecka i rodzinie. Łódź 1986, 58–174.

<sup>7</sup> Central Council for Education and Training in Social Work (CCETSW), Londyn 1989, s. 8.

ich celów”<sup>8</sup>. W angielskim i amerykańskim podejściu do pracy socjalnej widać wyraźnie, że zakres społecznych zainteresowań tego zawodu jest znacznie bogatszy niż w Polsce. Praca socjalna służy ludziom potrzebującym ekonomicznego wsparcia, ale także wspomaga tych, którzy nie radzą sobie w społeczeństwie przez niską pozycję społeczną, deficyty psychologiczne, fizyczne czy uzależnienia. Podejmuje wobec nich działania terapeutyczne, rewalidacyjne, resocjalizacyjne oraz edukacyjne. Działania są realizowane w ramach organizacji zwanych służbami społecznymi (ang. social services) lub służbami dla ludzi (ang. human services)<sup>9</sup>.

Należy pamiętać, że praca socjalna wyrasta z nauk humanistycznych i społecznych, zwłaszcza ma silne powiązania z niektórymi teoriami socjologii i psychologii<sup>10</sup>. Polskie korzenie pracy socjalnej najsilniej jednak związane są z pedagogiką społeczną. Twórcy tej dziedziny podkreślają wychowawczą funkcję pracy socjalnej, ukazywaną jako pomoc we wspomaganie rozwoju jednostki czy grupy<sup>11</sup>. Takie szerokie ujęcie pracy socjalnej jako działań służących różnorodnemu aktywizowaniu potrzebujących próbuje realizować się w opiece paliatywno-hospicyjnej. Jednakże często są to działania spychane niejako na ręce pracowników medycznych czy rodzin pacjentów, a równie często nie są wypełniane w ogóle, bądź w małym stopniu. Trudno jest wobec tego faktu przejść obojętnie. Szczególnie właśnie w hospicjach powinien być realizowany szeroki wachlarz usług oferowany przez pracownika socjalnego. Istotnym elementem analizy jest umieszczenie owych usług w kontekście całości działań opiekuńczo-wychowawczych. Problem *opieki* poruszany w nauce zaistniał stosunkowo niedawno, gdyż był on przez długie lata utożsamiany z wychowaniem. Na przełomie ostatnich lat dość dynamicznie rozwija się w obrębie pedagogiki, jako jej subdyscyplina pedagogika opiekuńcza. Tacy badacze tego problemu, jak: I. Jundziłł<sup>12</sup>, Z. Dąbrowski<sup>13</sup>, J. Maciaszkowa<sup>14</sup>, A. Kelm<sup>15</sup>,

---

<sup>8</sup> Zastrow C.: The Practice of Social Work. Belmont 1992, s. 6.

<sup>9</sup> Szmagałski J.: Metoda grupowa w pracy socjalnej. [w]: Pilch T., Lepalczyk I. (red.): Pedagogika społeczna. Warszawa 1993, 224.

<sup>10</sup> Marynowicz-Hetka E.: Praca socjalna i jej aktualne wymiary. [w]: Marynowicz-Hetka E. (red.): Pedagogika społeczna i praca socjalna. Katowice 1998, 155.

<sup>11</sup> Marynowicz-Hetka E.: Istota pracy socjalnej. Praca Socjalna, 1986, 1, 14.

<sup>12</sup> Por. Jundziłł I.: Zarys pedagogiki opiekuńczej. Gdańsk 1984.

<sup>13</sup> Por. Dąbrowski Z.: Teoretyczne podstawy opieki i wychowania opiekuńczego. Toruń 1983.

<sup>14</sup> Por. Maciaszkowa J.: Z teorii i praktyki pedagogiki opiekuńczej. Warszawa 1990.

<sup>15</sup> Por. Kelm A.: O opiece nad dzieckiem w rodzinie. Warszawa 1976.

M. Jakubowski<sup>16</sup>, A. Maksymowicz<sup>17</sup>, czy M. Łopatkowa<sup>18</sup> rozpatrując to zagadnienie przyjmują szereg rozwiązań systematyzujących kwestię opieki.

Pojęcie *opieki* jest różnie definiowane w literaturze. W wielu wypadkach spotkać się można ze zbyt wąskim lub zbyt szerokim jej rozumieniem. Na przykład, w latach osiemdziesiątych w literaturze specjalistycznej pojawiło się pojęcie *pomocy psychologicznej* związanej z powstawaniem nowych form praktycznego działania psychologów, często utożsamianej z opieką. Pojęcie to obejmuje szeroki zakres konkretnych oddziaływań psychologicznych<sup>19</sup>. Strelau<sup>20</sup> i Bishop<sup>21</sup> analizując w swoich pracach pojęcie *pomocy* wskazują przede wszystkim na konkretny aspekt tych działań. Pojęcie *opieki* natomiast w swoim zakresie jest szersze i obejmuje wszelki, nie tylko konkretny, mający interpersonalny charakter rodzaj aktywności pomocowej (np. psycholog – pacjent, lekarz – pacjent) lecz również zinstytucjonalizowany zakres działań podejmowanych dla określonych celów terapeutyczno-opiekuńczych<sup>22</sup>. Choć w pojęciu *opieki* można rzeczywiście zauważyć „bierny”, by nie powiedzieć statyczny charakter tego określenia, w przeciwieństwie do bardziej aktywnego, dynamicznego pojęcia *pomocy*, w której obie strony znajdują się w relacji pomocowej wydaje się, iż użycie pojęcia *opieka* lepiej oddawać będzie charakter analizowanych kwestii. Różnice w zakresie pojęciowym *opieka*, jak i *pomoc* prześledzić można również w analizie językowej tych terminów. Termin *opieka* jest używany zarówno w mowie potocznej, jak i w języku naukowym. Najogólniej określa on różne formy działalności i odnosi się do różnych sytuacji oraz potrzeb psychofizycznych. Mówi się więc o opiece, jako działaniu zapewniającym dziecku poczucie bezpieczeństwa oraz o opiece, jako konieczności zapewnienia środków do życia i rozwoju. Natomiast pojęcie *pomocy* sprowadzane bywa zazwyczaj do konkretnych działań. Dąbrowski w swoich analizach zaprezentował stosunkowo pełny zakres i charakter działań opiekuńczych, ujmując ich wielowymiarowość oraz interdyscy-

<sup>16</sup> Por. Jakubowski M.: Węzłowe zagadnienia opieki nad dzieckiem w XX-leciu PRL. Warszawa 1966.

<sup>17</sup> Por. Pedagogika opiekuńcza wybrane zagadnienia. Maksymowicz A., Olsztyn 1990.

<sup>18</sup> Por. Samotność dziecka. Łopatkowa M., Warszawa 1983.

<sup>19</sup> Czabała J., Sęk H.: Pomoc psychologiczna. [w:] Strelau J. (red.): Psychologia. Podręcznik Akademicki, Gdańsk 2000, t. III, s. 605.

<sup>20</sup> Strelau J. (red.): Psychologia. Podręcznik Akademicki. Gdańsk 2000, t. III.

<sup>21</sup> Bishop G. D.: Psychologia zdrowia. Wrocław 2000.

<sup>22</sup> Dąbrowski Z.: Pedagogika opiekuńcza w zarysie. Olsztyn 1997, t. I.

plinarność. Dokonana przez Niego analiza wykazuje, iż wyróżnić można następujące formy opieki, przejawiające się w różnorodnym działaniu:

- *wyprzedzającym* (opieka profilaktyczna to działania, które wyprzedzają u podopiecznego stan niezaspokojenia jego potrzeb)
- *w sytuacjach zagrożenia* (opieka interwencyjna to działalność podejmowana w chwilach zagrożenia, niezaspokojenia potrzeb podopiecznego lub ujemnych skutków tego. Celem jest usuwanie zagrożenia i przywrócenie stanu równowagi).
- *zwykłym* (opieka zbieżna mieści się między profilaktyką i interwencją opiekuńczą. Jest działalnością zbliżoną do optymalnej. Zaspokaja potrzeby podopiecznych, które zbiegają się w miejscu i czasie z początkowym stanem ich niezaspokojenia).
- *na ujemne skutki* (opieka kompensacyjna polega na szeroko pojętym zastępstwie, w rezultacie którego następuje wyrównanie określonych niedostatków, spowodowanych utratą przez podopiecznego pewnych wartości opiekuńczych).
- *opieka rewalidacyjna* (odnosi się do tych podopiecznych, u których z różnych przyczyn zaznaczają się wyraźnie odchylenia od psychofizycznej normy, a których doprowadzenie do tej normy jest możliwe poprzez działalność opiekuńczą).
- *opieka lecznicza* (jest to działalność polegająca na zaspokajaniu potrzeb chorobowych podopiecznego, wynikających z faktu choroby. Celem tego zakresu działalności jest usunięcie choroby oraz jej ujemnych skutków)<sup>23</sup>.

Pomimo wielu form działań opiekuńczych opieka jest całokształtem działań zmierzających do zaspokojenia potrzeb podopiecznego. W tym kontekście stwierdzić za Dąbrowskim można, że proces opiekuńczy ma tendencję redukującą się, modyfikuje i częściowo znika pod wpływem wychowania, które usamodzielniając życiowo podopiecznego powoduje w pewnym zakresie zbędność, a nawet szkodliwość opieki<sup>24</sup>. Tak więc wywnioskować można, iż postawa opiekuna względem podopiecznego emuluje opiekę normalną, nadopiekuńczość i niedobór opieki.

• **Opieka normalna** to działania opiekuna względem podopiecznego uwzględniające jego możliwości względem zaspokojenia swoich potrzeb.

---

<sup>23</sup> Por. Dąbrowski Z.: Teoretyczne podstawy opieki i wychowania opiekuńczego. Toruń 1983.

<sup>24</sup> Dąbrowski Z.: por. Teoretyczne podstawy opieki i wychowania opiekuńczego. Toruń 1983, 157.

• **Nadopiekuńczość** charakteryzuje się nadmiernym działaniem opiekuna względem podopiecznego, prowadzącym do uniemożliwienia lub zminimalizowania samodzielnej realizacji potrzeb, które podopieczny jest w stanie samodzielnie zrealizować.

• **Niedobór opieki** to stan, gdzie opiekun zaniedbuje działania opiekuńcze względem podopiecznego, powodując niezaspokojenie potrzeb podopiecznego, których on nie jest w stanie sam sobie zaspokoić.

W literaturze psychologicznej, jak i pedagogicznej znaleźć można szereg różnych koncepcji potrzeb ludzkich, jednak wszyscy badacze tego problemu, również Z. Dąbrowski<sup>25</sup>, ustosunkowują się do rozwiązań zaproponowanych przez A. H. Masłowa, według którego istnieje pięć grup zasadniczych potrzeb człowieka:

1. Potrzeby fizjologiczne. Charakterystyczne dla tej grupy potrzeb jest to, że są od siebie izolowane i mają swoją określoną lokalizację w ciele.
2. Potrzeby bezpieczeństwa. Należą tu potrzeby bezpieczeństwa, zależności, opieki i oparcia, protekcji, wolności od lęku, niepokoju i chaosu itp.
3. Potrzeba przynależności i miłości.
4. Potrzeba prestiżu i uznania. Masłow wyróżnia tu dwie grupy dążeń ludzkich. Do pierwszej zalicza pragnienie potęgi, wyczynu, wolności. W drugiej umiejscawia takie potrzeby, jak potrzeby respektu i uznania ze strony innych ludzi, dobrego statusu społecznego itp.
5. Potrzeba samoaktualizacji. Jest to dążenie człowieka do rozwoju swoich potencjalnych możliwości.

Oprócz tych pięciu grup Masłow wylicza potrzebę poznawczą i estetyczną<sup>26</sup>. Uważa on również, że zaspokajanie coraz wyższych potrzeb wiąże się zarazem z osiągnięciem wyższego stopnia zdrowia psychicznego. „Człowiek mogący zaspokoić swoje potrzeby, czuje się bezpiecznie i nie odczuwa lęku, jest zdrowszy”<sup>27</sup>. Wykorzystując koncepcje Masłowa w pracy tej rozpatrywane będą potrzeby zdefiniowane przez Z. Dąbrowskiego jako potrzeby opiekuńcze, czyli takie, których człowiek sam nie potrafi zaspokoić<sup>28</sup>.

---

<sup>25</sup> Por. Dąbrowski Z.: Teoretyczne podstawy opieki i wychowania opiekuńczego. Toruń 1983.

<sup>26</sup> Struktura osobowości. Siek S., Warszawa 1986.

<sup>27</sup> Motywacje i osobowość. Masłow A. H., Warszawa 1990, s. 115.

<sup>28</sup> Por. Teoretyczne podstawy opieki i wychowania opiekuńczego. Dąbrowski Z., Toruń 1983.



Podkreślić należy również problem frustracji potrzeb, który jest niezwykle ważny w analizie dotyczącej kwestii opieki. Niezaspokojenie potrzeb ludzkich, jak również nadmierny rozrost niektórych potrzeb, stwarza szereg zagrożeń dla psychiki<sup>29</sup>. Celem opieki winno być obiektywne ocenienie przez opiekuna potrzeb podopiecznego i umożliwienie mu zaspokojenie ich. Tak więc zaspokajanie potrzeb jawi się jako szereg powiązanych ze sobą działań opiekuna i podopiecznego. Z. Dąbrowski wskazuje na swoisty zakres nasycenia opieki, gdzie w zależności od możliwości samodzielnego zaspokajania potrzeb przez podopiecznego występuje adekwatna do wieku i możliwości działalność opiekuńcza<sup>30</sup>.

Wstępnym etapem pracy opiekuna jest określenie potrzeb podopiecznego. Następnie musi on stwierdzić, jakie potrzeby należy wygasić, a jakie należy zaspokoić. Następnym krokiem jest przyjęcie dróg postępowania zmierzających do zaspokojenia potrzeb podopiecznego. W tym wypadku rola opiekuna przedstawia się trojako.

- Opiekun sam zaspokaja potrzeby podopiecznego.
- Umożliwia zaspokojenie podopiecznemu swoich potrzeb, czyli stwarza takie warunki materialne i psychiczne, które umożliwią podopiecznemu samodzielne zaspokojenie jego potrzeb.
- Nauczenie podopiecznego samodzielnego zaspokajania jego potrzeb.

Istotnym elementem tak rozumianej opieki jest dialog pomiędzy opiekunem a podopiecznym. Nawiazanie takiego dialogu umożliwi opiekunowi rzeczywiste scharakteryzowanie potrzeb podopiecznego i podjęcie racjonalnych działań. S. Kowalik<sup>31</sup> podkreśla fakt swoistej projekcji, będącej konsekwencją braku nawiazania dialogu pomiędzy opiekunem a podopiecznym. Efektem takiego stanu jest podjęcie działań zmierzających np. do zaspokajania mało istotnych potrzeb podopiecznego.

W języku potocznym spotkać można szereg różnych kategorii opieki: opieka rodzinna, prawna, Boska, szkolna, szpitalna, braterska, siostrzana itp. Z. Dąbrowski, podobnie jak inni badacze, przedstawia cztery pod-

---

<sup>29</sup> Por. Dynamika nerwic. Obuchowska I., Warszawa 1983; Psychoterapia. Kratochvil S., Warszawa 1978. Terapia behawioralna w psychiatrii klinicznej. Meyer V., Chesser E. S., Warszawa 1973.

<sup>30</sup> Por. Dąbrowski Z.: Teoretyczne podstawy opieki i wychowania opiekuńczego. Toruń 1983, Toruń, 1983, 78.

<sup>31</sup> Por. Kowalik S., Brzeziński J.: Społeczne aspekty rezultatu diagnozy klinicznej. [w]: Sęk H. (red.): Społeczna psychologia kliniczna, Warszawa 1993.

stawowe kategorie opieki, będące odzwierciedleniem istoty jej występowania w sferze moralności, prawa, rodziny i społeczeństwa<sup>32</sup>.

### **Opieka jako kategoria rodzinna**

- Rodzina w życiu każdego człowieka ma szczególne znaczenie, stanowi ona najbardziej pierwotny i naturalny element opieki międzyludzkiej. Istotnym jej elementem jest altruizm działania oparty na więziach emocjonalnych, u podstaw których leży miłość w stosunku do członków rodziny<sup>33</sup>.

### **Opieka jako kategoria moralna**

- U podstaw działań opiekuńczych podejmowanych przez człowieka leżą zazwyczaj motywy emocjonalne (np. opieka rodzinna) lub normy moralne, będące wyznacznikiem motywów podejmowania działań opiekuńczych, sposobów i celu zaspakajania potrzeb podopiecznego.

### **Opieka jako kategoria społeczna**

- Z. Dąbrowski definiuje ją jako „opiekę sprawowaną przez państwo, jego siłami i środkami, poprzez powoływanie do tego celu instytucji opiekuńczych”<sup>34</sup>. „Instytucjami opiekuńczymi są tu instytucje, które przez sam fakt istnienia i funkcjonowania doprowadzają do zaspokojenia potrzeb jednostek z nich korzystających i zawierają w swej strukturze działania pewne węższe i pochodne funkcje opiekuńcze”<sup>35</sup>.

### **Opieka jako kategoria prawna**

- Dokonana wcześniej analiza leksykalna pojęcia opieki pokazała, iż kategoria prawna bywa mocno podkreślana w definicjach hasła opieka. „Prawne regulacje opieki podlegały ciągłemu rozwojowi i różnicowaniu. Można je podzielić na trzy grupy:

- zobowiązania do świadczenia pomocy i opieki w prawie karnym,
- normy określające uprawnienia do korzystania ze świadczeń opiekuńczych oraz powinności instytucji społecznych w tym zakresie (w tym instytucji leczniczych),
- normy opiekuńcze zawarte w kodeksie rodzinnym i opiekuńczym”<sup>36</sup>.

---

<sup>32</sup> Dąbrowski Z., *Teoretyczne podstawy opieki i wychowania opiekuńczego*. Toruń 1983, s. 85.

<sup>33</sup> Por. Fromm E.: *O sztuce kochania*. Warszawa 1992.

<sup>34</sup> Dąbrowski Z.: *Teoretyczne podstawy opieki i wychowania opiekuńczego*. Toruń 1983, s. 102.

<sup>35</sup> Dąbrowski Z.: *Teoretyczne podstawy opieki i wychowania opiekuńczego*. Toruń 1983, Toruń, s. 71.

<sup>36</sup> Dąbrowski Z.: *Teoretyczne podstawy opieki i wychowania opiekuńczego*. Toruń 1983, s. 108.

### Opieka jako kategoria wychowawcza

- „Opieka zyskuje walory wychowawcze, jeżeli przede wszystkim uwzględni także wartości wychowania, kieruje się jego podstawowymi normami prakseologicznymi i wywołuje u podopiecznego korzystne, zgodne z uznawanymi celami wychowania zmiany osobowości. Inaczej mówiąc chodzi tu o traktowanie podopiecznego równocześnie jako wychowanka i czynne występowanie opiekuna w dwóch zintegrowanych rolach: opiekuna i wychowawcy”<sup>37</sup>.

Pomimo faktu, iż Z. Dąbrowski w swojej analizie nie uwzględnia opieki Boskiej, w tym miejscu należy przywołać Boski, religijny aspekt opieki. Istotą tak rozumianej opieki jest wiara, że człowiek podlega opiece siły większej, silniejszej niż on sam. „Podobnie, jak Boże poznanie musi rozciągać się aż po najmniejsze (szczegóły) rzeczy, tak Boża opatrzność musi obejmować swoją opieką wszystkie stworzenia”<sup>38</sup>. Rozważania dotyczące kwestii wiary w opiekę Bożą w swoich pracach poruszali, np. E. Fromm<sup>39</sup>, C. G. Jung<sup>40</sup>, A. H. Maslow<sup>41</sup>, A. Kępiński<sup>42</sup> i wielu innych. Podkreślali oni, iż wiara ta ma duże znaczenie dla rozwoju i stabilizacji psychiki ludzkiej. Przedstawione powyżej aspekty opieki w wielu sytuacjach uzupełniają się wzajemnie tworząc wspólnie rzeczywistość opiekuńczą. Opieka rodzinna w niektórych przypadkach bywa uzupełniana i wspierana opieką społeczną i prawną. Prawidłowo funkcjonująca rodzina zaspakaja większość potrzeb swoich członków. Niekiedy, np. w chorobie dziecka jej działania muszą być wsparte pomocą specjalistyczną zapewnianą przez szpital będący instytucją społeczną. Rodziny w tym wypadku winny, oprócz zaspokajania normalnych potrzeb dziecka, wspierać działania lecznicze. Uzupełnieniem tego jest opieka prawna zapewniająca, np. bezpłatne leczenie w naszym kraju osób ubezpieczonych. Istotnym elementem bywa również wiara dziecka i rodziców w opiekę Bożą, dającą siłę do przezwycięzania napotkanych trudności. Każda sytuacja opiekuńcza, bez względu na jej specyfikę, winna przybrać charakter

---

<sup>37</sup> Dąbrowski Z.: Teoretyczne podstawy opieki i wychowania opiekuńczego. Toruń 1983, s. 112–114.

<sup>38</sup> Dzieła wybrane. św. Tomasz z Akwinu, Poznań 1984, s. 325.

<sup>39</sup> Por. Ucieczka od wolności. Fromm E., Warszawa 1993. Ericha Fromma koncepcja życia po ludzku. Olubiński A., Toruń 1994.

<sup>40</sup> Archetypy i symbole. Jung C. G., Warszawa 1993. Psychologia C. G. Junga. Jacobi J., Warszawa 1993.

<sup>41</sup> Por. Motywacje i osobowość. Maslow A. H., Warszawa 1990.

<sup>42</sup> Por. Lęk. Kępiński A., Warszawa 1987.

opieki wychowującej, czyli takiej, która umożliwi dziecku dalszy maksymalnie pełny rozwój zgodny z przyjętymi przez rodzinę i społeczeństwo wzorcami wychowawczymi.

Wielowymiarowy aspekt cierpień osoby chorej wymaga opieki interdyscyplinarnej i nieszablonowego podejścia do zaspokajania jej potrzeb. Nawet najbardziej wykształcona i doświadczona pielęgniarka czy lekarz nie sprostają wymaganiom integralnej opieki nad chorym i jego rodziną. Dużą część potrzeb chorego i jego otoczenia zarówno w domowej opiece paliatywno-hospicyjnej nad dorosłymi i nad dziećmi, a także w opiece stacjonarnej zajmują problemy natury socjalno-bytowej. Definicją tych potrzeb i ich realizacją zajmują się najlepiej pracownicy socjalni, we współpracy z pracownikami i wolontariuszami z zespołu. Z tych powodów istotne jest miejsce pracownika socjalnego w zespole hospicyjnych specjalistów. Opis kilku z działań pracownika socjalnego w Hospicjum i Fundacji Hospicyjnej w Gdańsku zilustruje możliwości, jakie daje obecność pracownika socjalnego w wielodyscyplinarnym zespole.

### **Przykłady zaangażowania pracownika socjalnego w ośrodku hospicyjnym w Gdańsku**

Pracownik socjalny wspiera zespół hospicyjny w Gdańsku na zasadzie wolontariatu od 2003 roku. W 2005 roku, dzięki możliwościom związanym z kontraktem z NFZ został zatrudniony, wspierając swoimi kompetencjami zespół opiekuńczy. Od 2006 roku pracuje na pełnym etacie, którego dużą część zajmuje bieżąca praca na rzecz chorych w domowej i stacjonarnej opiece. Obok licznych problemów socjalno-bytowych pacjentów hospicyjnych i ich rodzin, jednym z kluczowych działań jest pomoc po stracie i towarzyszenie w żałobie, gdzie rolą pracownika socjalnego jest monitorowanie rodziny po stracie, organizowanie pomocy wśród rodzin, a także kierowanie potrzebujących do grup wsparcia w żałobie i do indywidualnej pomocy psychologicznej. Pracownik socjalny w zespole hospicyjnym w Gdańsku zajmuje się też zapobieganiem izolacji dzieci i młodzieży przez socjalną pomoc i wsparcie dla dzieci i młodzieży w ramach Funduszu Dzieci Osieroconych. Współpracuje również z Zakładem Karnym Gdańsk – Przeróbka, w przygotowaniu osób odosobnionych do powrotu na wolność i nauce zawodu poprzez wolontariat hospicyjny. Na podstawie działań związanych z towarzyszeniem w żałobie, organizacją pomocy dla dzieci po stracie, a także współpracy w procesie resocjaliza-

cyjnym zostaną ukazane elementy pracy socjalnej niezwiązane ze znanym powszechnie zakresem działania pracownika socjalnego, a istotnym dla całościowej opieki paliatywno-hospicyjnej.

**Wsparcie osób przeżywających stratę** osoby bliskiej jest jednym z działań podstawowych, jakie powinien oferować ośrodek paliatywno-hospicyjny rodzinom i przyjaciołom zmarłego pacjenta. Odpowiednia opieka hospicyjna i środowiska społecznego może przeciwdziałać rozwojowi chorób somatycznych, zaburzeń emocjonalnych i psychicznych osobom w żałobie. Może umożliwić dalsze pełnienie ról społecznych i efektywne życie po stracie. Pomoc pracownika jest tu nieodzowna. W gdańskim hospicjum pracownik socjalny pomaga w zidentyfikowaniu osób, którym wsparcie terapeutyczne może okazać się potrzebne. Wcześniejsze kontakty z rodziną dostarczają mu informacji na temat sposobów przeżywania trudnych sytuacji przez poszczególnych członków rodziny czy znajomych chorego. Pracownik socjalny jest świadkiem intymnego życia rodziny. Może rozpoznać potencjalne możliwości oraz wskazać procesy hamujące w rodzinie chorego. Pozwala to wychwycić z tego kręgu osoby bardziej wrażliwe czy nieradzące sobie. Ta grupa osób szczególnie narażona jest na patologiczne przeżywanie procesu żałoby. Efektem tego negatywnego procesu może być pojawienie się problemów natury społecznej, m.in.: niezdolność do pracy, przewlekłe korzystanie z zasiłków pomocy społecznej, różnego rodzaju uzależnienia, przemoc. Pracownik socjalny jest w stanie kierować problemy tych osób na zewnątrz. Dzięki swojej wiedzy może interweniować poprzez włączanie poszczególnych członków rodziny w system służb administracyjnych, socjalnych, sądowniczych czy psychologicznych. Ten etap pomocy stanowi realne wsparcie dla osób pogrążonych w kryzysie. Ułatwia on rodzinie czy bliskim osoby zmarłej rozpoznanie potencjalnych problemów i zajęcie się nimi. Pracownik socjalny jako pośrednik terapeutyczny<sup>43</sup> powinien zachęcać rodziny i osoby w żałobie do korzystania z opieki terapeutycznej, polegającej na indywidualnych lub grupowych spotkaniach o charakterze wzajemnego wsparcia, prowadzonych przez psychologów czy osoby odpowiednio przygotowane. Przeszkolony pod kątem psychologicznym pracownik socjalny może także prowadzić sam tego typu spotkania. Jego rola sprowadza się także do wspomagania osób w żałobie poprzez organi-

---

<sup>43</sup> Soulet M. H.: Działanie Społeczne i jego wymiar pedagogiczny na przykładzie pracy socjalnej z rodziną. [w:] Marynowicz-Hetka E. (red.): Pedagogika społeczna i praca socjalna. Katowice 1998, 111.

zaczę spotkań kulturalnych w hospicjum czy poza jego terenem, włączając tym samym je do społeczności zewnętrznej. Cel opiekuńczy czy socjalny jest tu celem wtórnym. Głównym jest tworzenie wspólnoty, przekraczanie izolacji i budowanie więzi międzyludzkich<sup>44</sup>. Dobrym pomysłem jest również tworzenie i aktywizacja grup wolontariuszy, którzy mogą z powodzeniem wspomagać działania pracownika socjalnego na rzecz osób w żałobie.

**Działania na rzecz dzieci osieroconych** są kolejnym zakresem zadań związanych ze wsparciem w żałobie stojących przed pracownikiem socjalnym. Fundacja Hospicyjna z Gdańska, w ramach ogólnopolskiego projektu pt. Fundusz Dzieci Osieroconych, pomogła 2338 dzieciom poprzez wycieczki i wsparcie socjalne. Zorganizowano, m.in. obóz letni dla 97 dzieci, których bliskimi opiekowało się 49 polskich hospicjów<sup>45</sup>. Dzieci osierocone poznały swoich rówieśników w podobnej sytuacji życiowej, co stwarzało możliwość przełamania procesu alienacji powszechnej po przeżyciu straty. Ważnym aspektem była również integracja z tymi dziećmi, które nie miały dotąd kontaktu z Hospicjum, a były uczestnikami obozu. Rola pracownika socjalnego w gdańskim hospicjum była kluczowa w przypadku wyboru dzieci najbardziej potrzebujących tego rodzaju wsparcia. Wskazanie spośród wielu dzieci osieroconych tych, którym potrzebne było szczególnie tego typu wsparcie oraz zorganizowanie im wyjazdu było wspólnym zadaniem pracownika socjalnego i innych członków zespołu Hospicjum i fundacji. Poprzez bieżące wspomaganie najuboższych rodzin będących pod opieką hospicyjną, a także przez organizację świadczeń socjalnych na rzecz dzieci w rodzinach pacjentów to oni mają największy wgląd w problemy socjalno-bytowe. Praca pracownika socjalnego przybiera często w tych działaniach wymiar socjalno-wychowawczy. Jego celem jest przeciwdziałanie marginalizacji społecznej dzieci zagrożonych w żałobie, a także edukacja rodzin we właściwym otaczaniu troską osieroconych dzieci i młodzieży. W sytuacjach wymagających dalszych interwencji pracownik socjalny kontaktuje z dziećmi psychologa hospicyjnego albo prosi o wsparcie inne osoby lub instytucje zajmujące się pomocą socjalną i interwencją kryzysową. Poprzez pracę socjalną obietnica związana z filozofią hospicyjną, że otaczamy opieką ciężko chorych,

---

<sup>44</sup> Pilch T.: Metoda organizowania środowiska. [w]: Pilch T., Lepalczyk I. (red.): Pedagogika społeczna. Warszawa 1993, 247.

<sup>45</sup> Informacje zebrane w ramach Funduszu Dzieci Osieroconych Fundacji Hospicyjnej, [www.hospicja.pl](http://www.hospicja.pl).

pamiętając o ich bliskich po ich śmierci jest jeszcze pełniej realizowana w zespole opieki paliatywno-hospicyjnej<sup>46</sup>.

**Resocjalizacja w hospicjum i przeciwdziałanie zagrożeniu wykluczeniem społecznym** odnosi się również do osób pozbawionych wolności, z którymi pracownik socjalny ma kontakt w wolontariacie hospicyjnym. Ten typ wolontariatu coraz bardziej obecny jest w strukturach hospicyjnych w całej Polsce. Wywodzi się on z doświadczenia zespołu hospicyjnego w Gdańsku, który od 2002 roku współpracuje z zakładem karnym w Gdańsku-Przeróbce. Na bazie tych doświadczeń powstał program Fundacji Hospicyjnej realizowany w 2008 roku pt. „WHAT – Wolontariat Hospicyjny jako narzędzie uczenia Akceptacji i Tolerancji dla osób opuszczających placówki penitencjarne”. W 2009 roku wraz z innymi działaniami resocjalizacyjnymi w obszarze pomocy charytatywnej został on nagrodzony prestiżową nagrodą Rady Europy Pt: „Kryształowa waga”<sup>47</sup>. Edukacyjny walor hospicjów został wykorzystany przez polski system penitencjarny w resocjalizacji osób pozbawionych wolności poprzez bezpośredni ich kontakt z osobami chorymi terminalnie. Nadrzędnym celem projektu jest reintegracja społeczna więźniów poprzez wolontariat hospicyjny. Program WHAT realizowany jest w 12 jednostkach penitencjarnych i ośrodkach paliatywno-hospicyjnych. Z wstępnych badań wynika, że włączenie penitencjariuszy do zespołu hospicyjnego, spotkanie z ludzkim cierpieniem wpływają na poprawę funkcjonowania psychospołecznego uczestników projektu<sup>48</sup>. Program skupia w sobie całą gamę możliwości resocjalizacyjnych dla więźniów<sup>49</sup>. Sprzyja ograniczeniu izolacji środowiskowej osób podlegających wykluczeniu społecznemu, stwarza możliwość zwiększenia u uczestników programu poziomu samoakceptacji i wiary we własne siły, akceptacji ze strony innych. Ważną rolę w działaniach resocjalizacyjnych może odgrywać pracownik socjalny. Poprzez spotkania indywidualne i grupowe ze skazanymi w ramach szkoleń przygotowujących do wolontariatu, pracownik socjalny może oferować poradnictwo z zakresu prawa, uprawnień wynikających z przepisów

---

<sup>46</sup> Krakowiak P.: Zdążyć z prawdą. O sztuce komunikacji w Hospicjum..., Gdańsk 2006, 78–79.

<sup>47</sup> Sobczak K.: Nagroda za więźniów pracujących w hospicjach. w: [www.lex.com.pl/?cmd=artykul,2418](http://www.lex.com.pl/?cmd=artykul,2418).

<sup>48</sup> Informacje zebrane w ramach projektu WHAT Fundacji Hospicyjnej, [www.hospicja.pl](http://www.hospicja.pl).

<sup>49</sup> Muskała M.: Więź osadzonych recydywistów ze środowiskiem. Poznań 2006.

o ubezpieczeniu społecznym, pomocy społecznej, prawa pracy, prawa rodzinnego i opiekuńczego, prawa cywilnego<sup>50</sup>. Uczestniczenie skazanych w grupie wsparcia dla wolontariuszy, którą może prowadzić także pracownik socjalny, wpływa na usprawnianie i kształtowanie relacji interpersonalnych oraz otwartości skazanych na osoby z tzw. wolnego świata. Dzielenie się własnymi emocjami związanymi z opieką nad chorym, opowiadanie o trudnościach, wspólne poszukiwanie rozwiązań problemów chorych, również tych socjalnych, stanowi przyczynek do rozwijania umiejętności niezbędnych w samodzielnym życiu po wyjściu na wolność. Metoda pracy grupowej (ang. groupwork) nie jest główną domeną pracy socjalnej, można jednak wykorzystywać doświadczenie socjologii czy psychologii społecznej w tym typie pracy z człowiekiem<sup>51</sup>. Metodę pracy grupowej stosuje się wówczas, gdy chce się wpływać na wiele osób i zaspokoić szerszą skalę potrzeb człowieka. Grupa znacząco oddziałuje na jej uczestników, utrwała zmiany rozwojowe w świadomości, wzmacnia więzi z innymi ludźmi<sup>52</sup>. Jest to o tyle cenne, że interwencje pracownika socjalnego mogą przyczynić się do przeciwdziałania procesom stygmatyzacji wewnętrznej i zewnętrznej. Spotkania grupowe czy praca przy chorym terminalnie służą rehabilitacji przed sobą samym, z drugiej strony minimalizują skutki nadawania skazanemu etykiet przez otoczenie. Może to znacząco wyhamować procesy wykluczenia społecznego, a rola pracownika socjalnego jest ważna również po opuszczeniu zakładu karnego i przy rozpoczęciu nowego etapu życia po odbywaniu kary. Współpraca pracownika socjalnego z osobami skazanymi w Hospicjum daje szansę na wzmocnienie poczucia sensu życia, podniesienia jego wartości czy szacunku do siebie i innych ludzi, odnowienia godności czy przerwania procesu stygmatyzacji<sup>53</sup>. Są to zadania stawiane pracownikowi socjalnemu we współpracy z innymi pracownikami i wolontariuszami zespołu opieki paliatywno-hospicyjnej w resocjalizacji poprzez pracę w Hospicjum.

---

<sup>50</sup> De Walden-Gałuszko K., Majkowicz M.: Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych.. s. 15.

<sup>51</sup> Psychologia społeczna. Mika M. S., Warszawa 1981.

<sup>52</sup> Konopka G.: Social Group Work. A Helping Process. New York 1963, 1–6.

<sup>53</sup> Soulet M. H.: Działanie Społeczne i jego wymiar pedagogiczny na przykładzie pracy socjalnej z rodziną. [w] Marynowicz-Hetka E. (red.): Pedagogika społeczna i praca socjalna. Katowice 1998, 121.



## Zakończenie

Bogaty obszar działań pracownika socjalnego w opiece paliatywno-hospicyjnej przedstawionej powyżej można dobrze ująć w koncepcji *help to self-help*<sup>54</sup>. Jest to forma pomagania, która ma pobudzać własną aktywność zainteresowanego i jego bliskich, bez uzależniania ich od zinstytucjonalizowanych form pomocy. Pracownik socjalny ma działać w taki sposób, aby jego podopieczni rozwiązywali trudne sytuacje własnym wysiłkiem. Stanie się to tylko wówczas, jeśli nie będzie się rozwiązywać problemów za osoby w potrzebie, tylko razem z nimi, wspólnie definiując i rozwiązując problemy socjalne. Pracownik socjalny w pierwszym rzędzie ma być oparciem dla klienta czy jego rodziny, w poszanowaniu jego godności, historii życiowej, budując poczucie wartości. W literaturze amerykańskiej określa się ten zawód nazwą „dodający sił”<sup>55</sup>. Zatem, optymalnym podejściem w pracy socjalnej jest pomoc dla samopomocy. Przeanalizowane powyżej wybrane role pracownika socjalnego w aspektach opieki paliatywno-hospicyjnej mają duże znaczenie wśród pozamedycznych działań zespołu opiekuńczego. Brak specjalisty z tej dziedziny narzuca na zespół konieczność zajmowania się trudnymi i czasochłonnymi zagadnieniami pomocy społecznej i wsparcia socjalnego. Działania pracownika socjalnego opisane przez pryzmat działalności Fundacji Hospicyjnej i Hospicjum im. Ks. E. Dutkiewicza SAC w Gdańsku nie wyczerpują oczywiście wystarczająco celów i sposobów działań pracownika socjalnego. Uwypuklono te, które są mniej oczywiste wśród aspektów przypisywanych do zadań pracownika socjalnego w placówkach hospicyjno-paliatywnych. Chodzi bowiem o dostrzeżenie ważnej roli pracownika socjalnego w wielodyscyplinarnym zespole opieki paliatywno-hospicyjnej. W związku z wielorakim zaangażowaniem specjalisty od pracy socjalnej w pomoc choremu, jego rodzinie, a także w towarzyszenie w żałobie dorosłym i dzieciom oraz w przeciwdziałanie wykluczeniu w woltontariacie hospicyjnym pracownik socjalny nie może być osobą pozostającą na zewnątrz zespołu. Działalność edukacyjno-wydawnicza Fundacji Hospicyjnej będzie w najbliższym czasie skoncentrowana na propagowaniu ważnej roli pracy socjalnej w opiece paliatywno-hospicyjnej. To opracowanie jest przyczynkiem do dyskusji i zachętą do zajęcia się tym ważnym tematem, od lat obecnym w światowym ruchu hospicyjnym, a zagrożonym w zespołowej opiece paliatywno-hospicyjnej w Polsce.

<sup>54</sup> Wódcz K.: Praca socjalna w środowisku zamieszkania. Warszawa 1996, 30.

<sup>55</sup> DuBois B., Krogsrud Miley K.: Praca socjalna. Warszawa 1996.



Hanna Rolka<sup>1</sup>, Krystyna Klimaszewska<sup>1</sup>, Katarzyna Ostapowicz Van Damme<sup>1</sup>,  
Katarzyna Krajewska<sup>1</sup>, Elżbieta Krajewska-Kuśak<sup>1</sup>, Beata Kowalewska<sup>1</sup>,  
Barbara Jankowiak<sup>1</sup>

## Gdy gaśnie wiara i nadzieja, a choroba jest źródłem klęski i cierpienia

*Pamiętaj, że nawet największe osiągnięcia rozpoczynają się od pierwszego kroku, czasami od potknięcia. Wstań i zrób go jeszcze raz! Bez tego pierwszego kroku żaden cel nie może być osiągnięty. Twoim celem jest życie w możliwie największym komforcie psychofizycznym.*

Choroba jest stanem, w którym dochodzi do zaburzeń w funkcjonowaniu narządów i układów, prowadząc do zmian w funkcjonowaniu człowieka, w tym również funkcjonowaniu psychospołecznym. Ze względu na swój początek nagły lub postępujący i przebieg: gwałtowny, długotrwały, postępujący, niepomysłny, prowadzący do niepełnosprawności i ograniczeń w życiu codziennym jest źródłem znacznego dyskomfortu [1]. Wywiera negatywny wpływ na psychikę człowieka, ponieważ zaburza lub uniemożliwia zapewnienie potrzeb, zamierzeń, wywołuje istotne zmiany w dotychczasowym życiu, przeżywanie negatywnych emocji, takich jak: lęk, strach, niepewność, przygnębienie, rozdrażnienie, niepokój, beznadziejność, pustkę [2]. Człowiek znajduje się i funkcjonuje w sytuacji, która jest dla niego szczególnie trudna i wpływa negatywnie na jego stan psychiczny i duchowy. Jako „sytuację trudną określa się taką sytuację, która wykazuje rozbieżność między potrzebami i zadaniami stojącymi przed człowiekiem a możliwościami zaspokajania potrzeby lub wykonania zadania” [3]. Obawy chorego i przykre stany emocjonalne związane są z wieloma aspektami, do których zalicza się samą chorobę, konieczność hospitalizacji, poddania się określonej formie tera-

---

<sup>1</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

pii, znaczeniu, jakie pacjent przypisuje chorobie i konsekwencjom leczenia. Szewczyk wskazuje na pięć sposobów patrzenia na chorobę przez osobę doświadczającą chorowania:

- „wyzwanie, wówczas człowiek postrzega chorobę jako trudność, którą należy rozwiązać,
- wróg, którego należy pokonać,
- karę, którą należy ponieść,
- ucieczkę, najczęściej od problemów i obowiązków życiowych,
- wartość, która może rozwijać i pogłębiać wewnętrznie” [3].

Według Osolińskiej choroba może stać się dla człowieka klęską, akceptowanym faktem bądź twórczym czynnikiem rozwojowym [1, 3]. Jarosz podkreśla, że choroba może być dla osoby chorej przeszkodą, stratą, ulgą, korzyścią lub wartością [4]. W sytuacji, gdy chory traktuje swój stan zdrowotny jako przeszkodę podejmuje walkę, przeciwstawia się chorobie, posiada silną motywację do pokonywania własnych słabości. Postrzeganie choroby jako straty powoduje, że pacjenci poddają się biernie biegowi wydarzeń, stosują postawę wycofywania, często rezygnują z terapii i nie wyrażają zgody na procedury diagnostyczne. Formański dokonuje podziału rezygnacji na wczesną – w momencie powstania pierwszego negatywnego obrazu własnej choroby oraz późniejszą związaną ze stopniowym brakiem nadziei w powodzenie podjętych działań terapeutycznych w trakcie trwania i postępowania procesu chorobowego [5]. Traktowanie choroby jako ulgi sprawia poczucie usprawiedliwienia wobec siebie samych i innych [5].

Istotne jest, że w sytuacji klęski osoba chora jest w rozpacz, przygnębieniu, apatii, towarzyszy jej pesymizm wyrażający się w biernej i nie przemyślanej rezygnacji lub też buncie w stosunku do konieczności takiego losu, jaki ją spotkał. Chorzy będący w takim stanie nie widzą sensu życia, czasami sensu podjęcia lub kontynuowania terapii, są w stanie rozpacz, czasami uważają, że śmierć jest jedyną metodą rozwiązania ich położenia życiowego [4, 6].

Apatia jest stanem definiowanym jako „brak czucia, pewna obojętność wobec świata otaczającego chorego, jak i samego siebie i łączy się z barakiem jakiegokolwiek aktywności” W stanie przygnębienia chory jest małomówny, spowolniały, unika kontaktu z innymi, sprawia wrażenie osoby nieobecnej, często płacze, ma zaburzenia snu i łaknienia [6].

Jak pomóc choremu? Pomóc w pozytywnej akceptacji, która wyrazi się w tzw. pozytywnej akceptacji pogodzenia się z chorobą i radzeniu sobie w nowej sytuacji życiowej dbając, aby nie doszło do stanu akcep-

tacji negatywnej, prowadzącej do ucieczki wycofywania się i pogrążania w chorobie.

Choroba poważnie rokująca, postępująca, związana z obciążającym różne sfery funkcjonowania człowieka leczeniem, która często wiąże się z bólem, cierpieniem i dyskomfortem zarówno tym fizycznym, jak i psychicznym jest źródłem ogromnego stresu. W sytuacji tej, aby przetrwać człowiek stosuje w praktyce różnorodne strategie pomocne w złagodzeniu stanu związanego z jego doświadczaniem [7, 8].

Strategie radzenia sobie ze stresem „obejmują różnego rodzaju działania i wysiłki, jakie podejmuje człowiek, aby sobie poradzić i stawić czoło zarówno wewnętrznym, jak i zewnętrznym wymaganiom, które za bardzo nas obciążają lub przekraczają nasze możliwości” [9]. Według Lazarusa radzenie sobie „to wciąż zmieniający się wysiłek poznawczy i behawioralny, skupiony na specyficznych zmaganiach zewnętrznych i wewnętrznych, ocenianych jako obciążające lub przekraczające możliwości człowieka” [9, 10].

Do dwóch podstawowych strategii radzenia sobie ze stresem Folkman i Lazarus zaliczają:

- **„strategie skoncentrowane na emocjach** (nazywane też radzeniem paliatywnym), czyli takie, które mają służyć uregulowaniu negatywnych emocji wywołanych przez stresujące wydarzenie, czyli chorobę. Kwalifikuje się do tej grupy wiele strategii, które na jakiś czas przynoszą ulgę i są pomocne, np. relaksację, a także psychiczne mechanizmy obronne, z których często nie zdajemy sobie sprawy, np. często pierwszą reakcją na rozpoznaną u nas chorobę jest zaprzeczanie jej. W początkowej fazie taka reakcja pozwala nam zaadaptować się do trudnej sytuacji, obniżając występujące negatywne emocje. Prócz zaprzeczania stosowanymi mechanizmami obronnymi są, m.in. wypieranie, racjonalizacja, kompensacja.

- **strategie skoncentrowane na problemie** – polegają na podjęciu konkretnego działania służącego uporaniu się z problemem lub rozwiązaniem go, a jeśli jest to niemożliwe na zaadaptowaniu się do nowej sytuacji” [11, 12].

Wśród strategii radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą za Lazarus i Folkman wymienia się: konfrontację, dystansowanie, samokontrolę, przejmowanie odpowiedzialności, unikanie, rozwiązywanie problemu, pozytywne przewartościowanie, wsparcie psychiczne [11].

Konfrontacja jest reakcją bezpośrednią na sytuację, w jakiej się znajdujemy. Wyraża się poprzez, np. okazanie złości, niezadowolenia, podej-

mowanie działań, co do których nie mamy pewności czy okażą się skuteczne, danie upustu swoim emocjom, robienie czegoś ryzykownego, itp. Dystansowanie polega na izolowanie się od problemu i niedopuszczanie do siebie myśli o istniejącym problemie, np. pogodzenie się z losem, uznanie, że czasami po prostu mam pecha, zachowywanie się tak, jakby nic się nie stało, widzenie tylko jasnych stron sytuacji, próba zapomnienia o całej sytuacji, itp. Samokontrola polega na kontrolowaniu przeżywanych emocji, zastanawianie się co można zrobić w danej sytuacji, np. zachowywanie swoich uczuć dla siebie, niepodejmowanie pochopnych i nieprzemysłanych działań, itp.

Przyjmowanie odpowiedzialności to baranie na siebie odpowiedzialności za sytuację, w jakiej się człowiek znajduje. Unikanie jest uciekaniem od problemu, podejmowanie działań i czynności zastępczych mających na celu poprawę samopoczucia, np. objadanie się, robienie zakupów, sięganie po używki, a także nadzieja na cud, przesypianie większej ilości godzin niż zwykle, unikanie przebywania z ludźmi, obwinianie innych, myślenie życzeniowe, itp.

Rozwiązywanie problemu polega na podejmowaniu konkretnych działań prowadzących do rozwiązania problemu. Pozytywne przewartościowanie, czyli dostrzeganie korzyści wynikających z przeżywanych trudności [13]. Bezpośrednią przyczyną uruchamiania mechanizmów obronnych i stosowania różnych strategii w sytuacji doświadczania stresu jest potrzeba zmiany aktualnie występującego stanu emocjonalnego, który jest źródłem cierpienia.

Cierpienie definiowane jest jako „subiektywnie dotkliwe i ciężkie doznanie zła fizycznego, psychicznego i duchowego spowodowane utratą istotnych wartości życiowych, poczucia sensu życia”. Ponieważ człowiek jest jednością bio-psycho-społeczną doznanie braku lub doznania znacznego dyskomfortu w jednej ze sfer funkcjonowania powoduje doznanie cierpienia o różnym stopniu nasilenia. Stąd naukowcy badający fenomen doznawania cierpienia wyróżniają cierpienie fizyczne, psychiczne, społeczne, moralne, duchowe, egzystencjalne, transcendentne [6].

Cierpienie fizyczne doznawane jest w sytuacji występowania objawów klinicznych o stopniu natężenia istotnym dla jednostki, często jest związane z występowaniem dolegliwości bólowych. Psychiczne doznawanie cierpienia jest związane z przeżywaniem stanów emocjonalnych, wpływających znacząco na funkcjonowanie psychiki i zazwyczaj związane jest z trudną sytuacją osobistą, rodzinną, rozwojową i egzystencjalną człowieka [6].

Cierpienie moralne pojawia się w sytuacji straty ważnych dla człowieka wartości, a społeczne doświadczane jest przez jednostkę w sytuacji występowania nieprawidłowych relacji z innymi ludźmi. W sytuacji, kiedy człowiek odczuwa brak sensu życia cierpi na płaszczyźnie egzystencjalnej, a w sytuacji doświadczania niemożności przekroczenia granic ludzkich możliwości, tak się dzieje często w przebiegu chorób rokujących źle, postępujących nieuleczalnych doświadcza cierpienia transcendentnego. Wielu badaczy wskazuje, że charakteryzując cierpienie należy uwzględnić trzy elementy: objawy, cechy i skutki cierpienia [6, 12].

Do objawów cierpienia zalicza się występowanie stanów, takich jak „smutek, bezradność, poczucie przegranej, zanik poczucia sensu życia, udrękę, bunt, niepewność, niepokój, lęk, przygnębienie, bezsilność i poczucie winy” [6]. Naukowcy wyraźnie wskazują, że cierpienie charakteryzują pewne cechy, do których zalicza się dynamikę, głębokość i intensywność, wieloraką genezę, podmiotową interpretację, odczytywanie jako sens lub bezsens, interpretowanie przez jednostkę jako czynnik rozwoju osobowości, duchowości. Cierpienie zawsze obejmuje całą egzystencję, jest wielowymiarowe i wieloaspektowe, jest istotnym doświadczeniem życiowym podlegającym podmiotowej interpretacji” [6].

W zależności od tego, który wymiar funkcjonowania aktualnie jest dla człowieka istotny i w jakim zakresie przekroczone zostały tolerowane aspekty związane z doświadczaniem cierpienia przez jednostkę, rozwijają się skutki doświadczania cierpienia. Badacze dokonują podziału skutków doświadczania cierpienia na pozytywne i negatywne. Człowiek cierpiący może „traktować cierpienie jako „wezwanie”. Wówczas obserwuje się proces dojrzewania osobowości, motywację, odkrywanie znaczenia sensu życia, dokonanie przewartościowania dotychczasowego życia, lepsze poznanie siebie” [16].

Natomiast destrukcyjnie na jednostkę działa sytuacja, w której cierpienie traktowane jest jako „pasma strat”, doświadczanie utraty wiary, sensowności i celu życia, utrata nadziei, wycofywanie się z życia, rezygnacja z zaangażowania się w wartości, stosowanie ucieczki od życia, co związane jest z doświadczaniem pustki egzystencjalnej” [6].

Kozielecki wskazuje na właściwości cierpienia, do których zalicza intensywność, czasowość i adekwatność. Według autora „intensywność doświadczanego cierpienia uzależniona jest od znaczenia, jakie człowiek przypisuje konkretnej sytuacji, będącej źródłem cierpienia” [6]. Czasowość cierpienia jest „właściwością bardzo istotną dla procesów radzenia sobie z nim i jest cechą indywidualną dla każdego czło-

wieka” [6, 12]. Adekwatność doznawanego cierpienia „związana jest natomiast z adekwatnym przeżywaniem sytuacji przez jednostkę. Na tą cechę składa się siła i intensywność doznawanego cierpienia oraz czas jego trwania” [6].

Obok cierpienia fizycznego, utożsamianego najczęściej z chorobą, psychicznego (odczuwanego dotkliwie w sferze emocjonalnej) istnieje również cierpienie duchowe, określane mianem bólu moralnego lub bólu istnienia (*dolor existientiae*). Według tradycji buddyjskiej źródeł cierpienia człowieka upatruje się w czterech rodzajach sytuacji: gdy nie dostajemy tego, czego pragniemy, gdy tracimy to, do czego się przywiązaliśmy i jest to dla nas cenne, gdy dostajemy to, czego nie chcemy i gdy przywiązujemy się do tego, co nam nie służy. Ta filozoficzno-religijna myśl wskazuje na te same zjawiska, co współczesna teoria stresu.

W sytuacji doświadczania cierpienia spowodowanego chorobą o niepomyślnym rokowaniu człowiek często w różnych sytuacjach związanych z terapią odczuwa lęk. Lęk jest definiowany jako „nieprzyjemny, niekomfortowy stan emocjonalny polegający na przewidywaniu pochodzącego z zewnątrz lub wewnątrz organizmu niebezpieczeństwa”. Nie należy mylić lęku ze strachem, który zawsze ma obiektywne zewnętrzne uzasadnienie, zewnętrzne niebezpieczeństwo. Lęk natomiast jest procesem wewnętrznym. Odczuwamy go niezależnie od tego, czy realne niebezpieczeństwo rzeczywiście istnieje czy też nie. Natężenie lęku u ludzi jest bardzo różne. Jest ono zależne zarówno od osobowości człowieka, od stanu tej osobowości, jak i od stanu psychofizycznego oraz od warunków środowiskowych. Lękowi towarzyszy zwykle obniżenie nastroju oraz spadek aktywności. Gorsze samopoczucie, smutek jest naturalnym zjawiskiem związanym z przykrym wydarzeniem, w którym dany człowiek się znajduje oraz uczuciem straty [12].

Mogą jednak występować takie rodzaje lęku, w których następuje proces integracji. Człowiek staje się wówczas bardziej aktywny, myśli szybciej i sprawniej. Chodzi tu głównie o takie sytuacje, które stają na pograniczu lęku i strachu przed jakimś rzeczywistym zagrożeniem. Niekiedy taki rodzaj lęku prowadzi do działań agresywnych, będących formą obrony.

Emocje aktualnie występujące są wskaźnikiem sytuacji, w jakiej się znajdujemy. Emocje są tymi „procesami, które podtrzymują lub przerywają relację między jednostką a środowiskiem w sprawach znaczących dla tej jednostki” Jeśli sytuacja, w jakiej się znajdujemy jest niekorzystna, problemowa, towarzyszą jej negatywne stany emocjonalne [14, 15, 16].



W sytuacji choroby o ciężkim przebiegu, postępującej, źle rokującej zmiana sytuacji jest skomplikowana i trudna. Teoria prezentowana przez Tomaszewskiego wyraźnie wskazuje, że sytuację człowieka chorego wyznaczają dwie wartości: aktualna choroba – wartość negatywna i potencjalne zdrowie – wartość pozytywna. Te wartości sprzeczne powodują, że człowiek pragnie uwolnić się od choroby lub jeśli jest to niemożliwe spowodować jej przebieg i dąży do odzyskania zdrowia i lepszego samopoczucia. Radzenie sobie w sytuacji choroby ulega zmianie i jest ono związane ze zmieniającą się sytuacją chorego. Naukowcy podkreślają, że istotnym elementem radzenia sobie z chorobą u pacjentów jest stosowanie radzenia sobie ukierunkowanego na emocje. Najczęściej stosowaną przez chorych metodą w sytuacji przeżywania negatywnych stanów emocjonalnych jest kontrola emocji poprzez mechanizmy poznawcze. W praktyce kontrola emocji polega na tworzeniu istotnych i ważnych uzasadnień. Inną formą, często stosowaną przez chorych, jest otwarte wyrażanie i ekspresja aktualnie przeżywanych negatywnych stanów emocjonalnych. W związku z tym co zrobić, aby chory nie wycofał się i nie „stał w miejscu” tylko pojął próbę aktywnego rozwiązania problemu? Poprawa stanu emocjonalnego jest możliwa poprzez racjonalną terapię zachowania. Jeśli jesteśmy przekonani, że terapia nie ma sensu, nie zmienia toku zdarzeń, nie akceptujemy tej sytuacji i twierdzimy, że życie z chorobą nikomu i niczemu nie służy, to utrwalone schematy myślenia ograniczają chorego i uniemożliwiają poprawę samopoczucia psychicznego. Nie można poprawić jakości życia osobie, która jest przekonana, że tylko śmierć jest wybawieniem i skutecznym rozwiązaniem problemu. Dlatego zaleca się myślenie racjonalne oparte na rzeczywistych faktach. Pozytywne, zdrowe myślenie wpływa na motywację jednostki do działania w zmienionej, czasami nieakceptowanej sytuacji życiowej. Jest dostrzeganiem pozytywnych aspektów wydarzeń i objawia się w pozytywnych oczekiwaniach w stosunku do wyników działania zarówno swojego, jak i innych. Idea pozytywnego myślenia sprowadza się do wyobrażania tego, co chcemy osiągnąć i do czego zmierzamy, a nie do tego, co się wydarzyło lub czego się obawiamy. Motywacja opiera się na następującym modelu: to my przez nasze myśli, przekonania i postawy wywołujemy emocje, które z kolei motywują nas do działania. Do tych emocji zalicza się wiarę, nadzieję, coś pozytywnego, lęk, obawę przed czymś, złość i kombinację wymienionych stanów. Najsilniej motywuje nadzieja. Jest ona definiowana jako „przekonanie (i wywołana przez to przekonanie pozytywna emocja), że pożądana wartość lub rzecz będzie osiągalna niezależnie od znikomości

prawdopodobieństwa jej osiągnięcia. To uczucie delikatne, dlatego nie należy pozwalać, by ktokolwiek nawet w sposób nieświadomy je niszczył, również pacjent przez stosowanie niezdrowej semantyki, do której zaliczane są stwierdzenia typu: „ja nie mogę”, „nie chcę, ale muszę... bo rodzina mnie prosi”, „to nie jest możliwe”, „muszę to zrobić, bo...”. Najgorsze jest, jeśli chory motywuje się strachem, przymusem. Traci wówczas zapał, energię do samodzielnych działań, pojawia się złość, przekora, agresja. Dlatego bezwzględnie należy zachęcać do oceny sytuacji pod kątem osiągniętych korzyści dla niego samego, zmiany sposobu myślenia na myślenie zdrowe, racjonalne oraz zachęcanie do nagradzania siebie za nawet niewielkie osiągnięcia [14, 15, 16]. To naprawdę motywuje. I przypominajmy pacjentom:

*Skoro nie można się cofnąć, trzeba znaleźć najlepszy sposób, by pójść naprzód.*

Paulo Coelho

*Nikt nie może tracić z oczu tego, czego pragnie, nawet kiedy przychodzą chwile, gdy zdaje się, że świat i inni są silniejsi. Sekret tkwi w tym, by się nie poddać.*

Paulo Coelho

*Kiedy się czegoś pragnie, wtedy cały wszechświat sprzysięga się, byśmy mogli spełnić nasze marzenie.*

Paulo Coelho

## Piśmiennictwo

1. Strelau J.: Psychologia. Podręcznik akademicki, t. III. GWP, Gdańsk 2000.
2. Heszen-Klemens I.: Psychologia medyczna. Główne kierunki badań. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1983.
3. Jarosz M.: Psychologia lekarska. PZWL, Warszawa 1978.
4. Wrześniewski K., Skuza B.: Wybrane zagadnienia medycyny psychosomatycznej i psychologii chorego somatycznie. Wydawnictwo Akademii Medycznej w Warszawie, Warszawa 2002.
5. Formański J.: Psychologia. PZWL, Warszawa 1996.
6. Suchocka L.: Psychologiczna analiza cierpienia w chorobie przewlekłej. Towarzystwo Naukowe KUL, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Lublin 2007.
7. Poprawa R.: Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. [W:] Dolińska-Zygmunt G. (red.) Elementy psychologii zdrowia. Wydawnictwo UW, Wrocław 2001.

8. Sheridan Ch. L., Radmacher S. A.: Psychologia zdrowia, IPZ PTP, Warszawa 1998.
9. Bishop G.: Psychologia zdrowia, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.
10. Trelak J. T.: Psychologia stresu. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2001.
11. Schwarzer R.: Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model. [W:] Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.): Psychologia zdrowia. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1997.
12. Jakubowska-Winecka A., Włodarczyk D.: Psychologiczne aspekty choroby i chorowania. [W:] Psychologia w praktyce medycznej (red.) A. Jakubowska-Winecka, D. Włodarczyk. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
13. Kraise M.: Życie z chorobą. Przewodnik dla pacjenta, rodziny oraz osób zajmujących się zawodowo udzielaniem im pomocy. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne Polwen, Radom 2007.
14. Krzemionka-Brózda D., Mariańczyk K., Świeboda-toborek L.: Siły, które pokonają raka: wiara, nadzieja, zdrowie. Wydawnictwo Charaktery, Kielce 2005.
15. Simonton O. C., Benson R., Hampton B.: Jak żyć z rakiem i go pokonać. Wydawnictwo Feeria, Łódź 2006.
16. Simonton O. C., Matthews-Simnton S., Creighton J. L.: Triumf życia, możesz mieć przewagę nad rakiem. Wydawnictwo Ravi, Łódź 2005.



Grzegorz Kazberuk<sup>1</sup>

## Umarłych pogrzebać...

Aksesoria śmiertelne i wynik procesu śmierci ludzkiego ciała, czyli trup, mimo całej swej makabry od zawsze były przedmiotem handlu. Ogromna popularność wszelkiego rodzaju relikwii, którymi charakteryzowało się średniowiecze, nie jest wyjątkiem, w dziejach europejskiej cywilizacji, obsesyjnego „oswajania” śmierci przez żyjących. Posiadanie doczesnych szczątków świętych Kościoła nobilitowało, mniej zamożnym niektóre przedmioty związane ze śmiercią mogły pomagać zmieniać życie. Zdarzało się, że w średniowieczu kat dorabiał do skromnej pensyjki sprzedając przynoszące szczęście kawałki sznura, na którym dyndał wisielec. Nawet w 1946 roku znalazł się chętny do kupienia jednego ze sznurów wykorzystanych do egzekucji skazanych w procesie norymberskim, proponując 2 500 dolarów. Makabryczne pamiątki kupowano zwykle po wielkich tego świata. Ciało George’a Byrona płynęło z Grecji do Anglii w kadzi z alkoholem. Po przybyciu na miejsce kapitan drogo sprzedawał alkohol, w którym konserwował się poeta. Przekazy milczą czy nabywcy zakrapiali nim obiad. Heloiza, kochanka Abelarda, miała najdroższe uzębienie w historii. Podczas przenoszenia jej ciała (przypuszczalnego) na cmentarz Pere-Lachaise w 1817 roku, za jej jeden ząb zaproponowano sto tysięcy franków. Nieco niżej wyceniano Newtona, za którego ząb lord Swaterborg wyłożył jedynie 16 500 franków. Kupowano tych, którzy byli znani i lubiani. Handlowano też fragmentami tych znienawidzonych. W ciągu kilku dni Paryżanie rozkupili to, co pozostało po Concini, który trząśł Ludwikiem XIII i siedemnastowiecznym Paryżem.

Spośród trupich części największym znaczeniem otaczano głowę lub czaszkę. Kat, który w 1535 roku pozbawił głowy Tomasza Morusa, sprze-

---

<sup>1</sup> TVP S.A. o/Białystok

dał ją córce tegoż Małgorzacie. Włosy rozstrzelanego w 1867 roku cesarza Meksyku Ferdynanda Józefa osiągały wartość rynkową osiemdziesięciu dolarów za kosmyk. Głowa kardynała Richelieu, wydarta z grobu w czasie Wielkiej Rewolucji Francuskiej, dostała się jednemu z tłumu, kapełusznikowi Chevalowi, który sprzedał ją z zyskiem za 50 tysięcy franków. Popyt na ludzkie czaszki rośnie w czasach romantycznych. W dobrym tonie było posiadanie jednej w domu<sup>2</sup>.

Epoka romantyczna, z całą swoją fascynacją i estetyzacją eschatologii, samobójczą śmiercią, ostatecznym odejściem, kończącym cierpienia młodych Werterów, dawała doskonały podkład do marketingowych działań, dotyczących ludzkich szczątków. Status, jaki w społeczeństwie posiadali poeci powodował, że nawet pozostałości po trumnach były obiektem ludzkiego pożądania. Obrzęd pogrzebu naszego wieszczka na cmentarzu w Montmorency, tak między innymi konstatuje zdająca z niego relację Maria Szeliga. „Pomiędzy tłumem krążyły szczątki metalowej trumny Mickiewicza, tej, w której złożony w Konstantynopolu, spoczywał aż do tej chwili. Wielka to była pamiątka i prawdziwe relikwie, o których szkoda, że wcześniej nie pomyślano. Wierzę, że mnóstwo rodaków odłamek podobny temu – jaki u mnie obok najdroższych pamiątek obecnie spoczywa – radzi by byli otrzymać. Żal, że komitet organizacyjny o tym nie pomyślał, że się o to nie postarał, że swoimi siłami i polskimi rękami nie połamał i nie rozdzielił... jak opłatka”<sup>3</sup>. Sentymentalne, polityczne lub patriotyczne rozgrywki przy użyciu resztek ciała i pogrzebowych imponderabiliów, w epoce niestabilności historycznej jest najwyższym stopniem merkantylizacji śmierci<sup>4</sup>.

Sprzedzić można wszystko, nawet widok na karawan. Pod koniec XIX wieku, gdy chowano prezydenta Republiki Francuskiej Sadi Carnota, ceny miejsc w domach wzdłuż trasy konduktu pogrzebowego osiągały cenę dwóch tysięcy franków. Zwłoki od zawsze były w obiegu handlowym. Stając się przedmiotem transakcji, tracą swoje symboliczne znaczenie. Dawniej spektakl śmierci był dramatem, dzisiaj staje się komedią, w której każdy udaje, że nic się nie dzieje.

---

<sup>2</sup> Zarembina J., *Temat niestosowny*. Magazyn Rzeczypospolitej Nr 44 z 02 listopada 2001, s. 25.

<sup>3</sup> Szeliga M., *Uroczystości pogrzebowe Adama Mickiewicza w Montmorency*. Świat Nr 14/1890, s. 341.

<sup>4</sup> Najpełniejszy obraz pośmiertnych „przygód” zwłok największego poety znajdziemy w nekrografii wieszczka: Rosiek S., *Zwłoki Mickiewicza, Próba nekrografii poety*. Gdańsk 1997.

Atrakcyjność spektaklu śmierci wyeliminowanego współcześnie z funkcjonowania społecznego, zamieniamy na fascynację zmumifikowanymi zwłokami przedstawicieli różnych nacji i narodów wystawianych na widok publiczny w muzeach i wystawach archeologicznych. Do krypty pod klasztorem kapucynów w Palermo od lat ciągną rzesze widzów, żądnych konfrontowania własnej wytrzymałości na grozę ze światem zmumifikowanych notabli i mnichów zamieszkujących w dawnych wiekach to włoskie miasteczko. Około 8 tysięcy nieboszczyków usytuowanych wzdłuż podziemnych korytarzy stoi dla uciechy, przerażenia i – jak twierdzą zakonnicy – ku zadumie turystów<sup>5</sup>. Niezwykła jest popularność, niektórych pozostawionych na wieczność w mumifikującym w naturalny sposób lochu, postaci, np. ciało małej dwuletniej Rosalii Lombardo, zamkniętej w szklanej trumnie i nazywanej przez zwiedzających „spiącą królową”. Ta również przerażająca, co niewinna mumia wydaje się być w świetle tego określenia, ulubienicą, niemal maskotką zwiedzających i stałych bywalców. Nie wiadomo do końca również czy cała marketingowa otoczka stworzona wokół tej metropolii zmarłych, przyczynia się w jakimkolwiek stopniu do głębszej refleksji nad rzeczami ostatecznymi. Parada strojnych mumii, eleganckich strojów, w które przyobleczono drogie zmarłych, aby i po śmierci nobilitować ich wyglądem, „wystawowy” sposób prezentacji, gwar tłumnie krążących po podziemiach obserwatorów, błyskające flesze i pamiątki z bohaterami tego niezwykłego miejsca, to nie są atrybuty świątyni ostateczności. Bliższa jest ta przestrzeń i atmosfera salom muzeum, niż miejscom ostatecznego spoczynku.

## Cmentarz

Desakralizacja zjawiska śmierci oraz coraz częstsze traktowanie cmentarzy jako muzeów rzeźby, nie tylko przez historyków sztuki<sup>6</sup>, sprowadza cały szereg nowych znaczeń na przestrzeń „miasta zmarłych”. Lokalizacja i wygląd cmentarza stanowiły odzwierciedlenie stosunku społeczeństw do śmierci. Wyrażały też stosunki wyznaniowe, społeczne, obyczajowe, sytuację materialną mieszkańców i ich przemiany w określonym czasie. W miarę rozrastania się miast, przykościelne cmentarze okazywały się

---

<sup>5</sup> Mikołajewski J. *Umizgi do śmierci*. Duży Format dodatek do Gazety Wyborczej z 30–31 listopada 2002, s. 20.

<sup>6</sup> Król A., *Cmentarz – muzeum* [w:] *Śmierć – przestrzeń – czas – tożsamość w Europie Środkowej około 1900*, Kraków 2002, s. 235–258.

za ciasne i ze względów sanitarnych w większości krajów Europy Zachodniej w drugiej połowie wieku XVIII, a później i w Polsce rozpoczął się proces ich przenoszenia poza obszar zabudowy miejskiej. Następuje również coraz większa stratyfikacja w zakresie miejsc i sposobów chowania zmarłych. Człowiekowi nigdy nie było obojętne, gdzie i jak jest pochowany. W okresie renesansu i reformacji zaczyna się zaznaczać wyraźne zróżnicowanie społeczne w miejscach ostatniego spoczynku. Rycerstwo, szlachta, mieszczaństwo, dobrodziejstwo kościoła grzebani są w kościelnych kryptach. Pospólstwo w chaotycznie rozmieszczanych grobach. Poza murami miejskimi chowano zwykle zmarłych na zarazę, przestępców, włóczęgów, kuglarzy i innych osobników wyrzuconych poza nawias społeczeństwa. Stąd przenoszenie cmentarzy miejskich poza mury napotykało na zrozumiałe opór społeczeństwa. Realizacja dekretów nakazujących przykościelne, parafialne i klasztorne cmentarze usuwać z obszaru miejscowości, a nowe nekropolie umiejscawiać na terenach niezamieszkałych<sup>7</sup>, doprowadza do pewnej unifikacji praw do grobu wszystkich zmarłych. Groby indywidualne przysługują wszystkim zmarłym. Nowe dekryty administracyjne zabraniają składania ciał jedne nad drugimi, co w efekcie doprowadza do odejścia od anonimowości pochówku. Dopiero jednak w XIX wieku cmentarz, mniej lub bardziej pełen anonimowych grobów, zyskuje nową rolę w widowisku umierania. Pojawia się nowe zjawisko społeczne – odwiedzanie cmentarza. Zgodnie z obowiązującymi prądami filozoficznymi cmentarz jest miejscem godnym widzenia i zwiedzania, z czasem miejscem pamięci narodowej. Staje się miejscem kultu nie tylko prywatnego, ale też publicznego. Obszarem harmonijnego połączenia natury, historii, refleksji i medytacji.

W przeciwieństwie do cmentarzy wielkomiejskich, cmentarze wiejskie do połowy wieku XX stanowiły naturalne otoczenie kościołów. Nowe miejsca pochówku lokowano na skrajach wsi bądź w pewnym oddaleniu od siedzib ludzkich. Stanowiły one skupiska mogił oznaczonych drewnianymi, metalowymi rzadko kamiennymi krzyżami. Nagrobki należały do rzadkości. Zarośnięte trawą, zaniedbane, odwiedzane były tylko w czasie Zaduszek, Bożego Narodzenia bądź w rocznicę śmierci najbliższych. Taki obraz wiejskich cmentarzyków, utrwalony w świadomości

---

<sup>7</sup> W tym czasie erylowane zostają największe nekropolie Polski: pierwszy cmentarz miejski w Warszawie otwarto w 1781, cmentarz Łyczakowski we Lwowie w 1786, cmentarz na Powązkach w Warszawie w 1790, cmentarz Rakowicki w Krakowie w 1803.



zbiorowej przez literaturę i sztukę wynikał ze światopoglądu ludowego<sup>8</sup>. Z pragnienia zabezpieczenia się przed niszczącą siłą śmierci. Tabu, ściśle przestrzegane, obejmowało wszystkie przedmioty związane ze światem zmarłych. Bogata symbolika roślin rosnących na cmentarzach i związane z nimi odnośniki duchowe i spirytystyczne przetrwały do współczesnych czasów. W tej przestrzeni sakralnej, jaką jest wiejski cmentarz, istniało również zróżnicowanie nasilenia świętości. Miejsce obok kaplicy, krzyża, aleja stanowiąca oś układu przestrzennego cmentarza stanowiły miejsca prestiżowe. Miejsca specjalnie wyznaczone przysługiwały dzieciom zmarłym już ochrzczonym. Pod murem odgradzającym cmentarz od świata żyjących lub zgoła poza nim chowano samobójców i innych niegodnie zmarłych bez oznaczania grobów. Z czasem troska o grób staje się coraz bardziej widoczna. Stanowiące najważniejszy element zdobiący groby, krzyże zaczynają przybierać ozdobniejszy charakter. Posiadające bogatą ornamentykę krzyże kute w żeliwie lub drewniane ozdobione snycerką są widowym znakiem rosnącej świadomości estetycznej potomków zmarłych przodków oraz poprawy materialnej chłopów. Kamienne krzyże pojawiające się również w artystycznym pejzażu cmentarza ewoluują w stronę pomników nagrobnych, zatracając urokliwy charakter świeckiej czy sakralnej rzeźby wyrastającej z ludowych tradycji artystycznych. Zmiany spowodowane unifikacją współczesnych pomników nagrobnych dotknęły również przestrzeń cmentarza wiejskich parafii. Coraz prężniej rozwijająca się w Polsce branża funeralna zdobywa sobie również rynek miasteczek i wsi degradując tożsamość wiejskich nekropolii i ich artystycznego i kulturowego zróżnicowania<sup>9</sup>.

Polskie cmentarze miejskie przybierają w połowie wieku XIX postać cmentarzy mieszczańskich legitymizując kulturową tożsamość mieszczaństwa i wyznawany przezeń system wartości. Zaciera się granica pomiędzy rzeczywistością potrzeb emocjonalnych a modą nakazującą na

---

<sup>8</sup> Spiss A., *Wiejskie cmentarze w Polsce* [w:] *Śmierć – przestrzeń – czas – tożsamość w Europie Środkowej około 1900*, Kraków 2002, s. 215–234. Szerszą perspektywę antropologiczno-kulturowych aspektów funkcjonowania cmentarza w społecznościach tradycyjnych przynosi tekst: Spiss A., *Cmentarz jako element pejzażu kulturowego*. Rocznik Muzeum Etnograficznego w Krakowie, T. XI, Kraków 1994, s. 89–100.

<sup>9</sup> Anna Spiss przytacza fakt nakłaniania przez Radę Parafialną dzieci zmarłego profesora krakowskiej uczelni do budowy ojcu nagrobka. Zmarły w 1994 r. profesor pragnął mieć mogiłę ziemną z drewnianym krzyżem na urokliwym, wiejskim cmentarzu pod Krakowem. Wolę jego spełniono. W mniemaniu parafian, ta jedyna mogiła zakłóca obraz „porządnego” cmentarza!

grobie postawić anioła, inną rzeźbę, umieścić portret zmarłego czy wyrycić stosowny, podniosły wiersz. Większe firmy kamieniarskie zatrudniać zaczynają specjalnych nagrobnych wierszopisów, a z końcem XIX wieku pojawiają się nawet pierwsze katalogi z wzorami nagrobków i zbiorami gotowych wierszy. Ziemiaństwo i arystokracja nie może sobie oczywiście pozwolić na stereotypizację nawet w tym aspekcie społecznego istnienia. Nagrobne artefakty: mauzolea, pomniki, grobowce i rzeźby wykonywane są nie tylko z importowanych kamieni i projektowane przez dobrych architektów<sup>10</sup>. Proces kulturowego zawłaszczania cmentarzy przez mieszczaństwo i mieszczańskość odreagowywano w przestrzeni kultury wysokiej stwarzając tendencje do sakralizacji i muzealizacji prochów jednostek wybitnych. Wzorem rzymskiego czy paryskiego Panteonu, w kościele na Skalce w Krakowie, w którego krypcie utworzono Groby Zasłużonych oraz w podziemiach katedry wawelskiej składano doczesne szczątki tych postaci, które naród uczcić chciał w szczególny sposób nawet po śmierci<sup>11</sup>.

Dominacja mieszczańskiego wizerunku pięknej śmierci, realizowanego w wystrojach grobów, przerodziła się we wszechobecną tendencję do łagodzenia jej obrazu i drastyczności, aż do „nie mówienia” o niej. XIX-wieczna emblematyka unika symboliki trupiej czaszki i piszczeli. Śmierć zaczynają symbolizować złamane kolumny, zwiędłe kwiaty, anioły wskazujące niebo. Im więcej zmarłych leżało na cmentarzach przełomu wieków, tym mniej owe cmentarze mówiły o śmierci *expresis verbis*. Zjawisku temu towarzyszyło stopniowe zmniejszanie się ostentacyjności żałoby<sup>12</sup>.

Proces bezpośredniego wpływu obowiązujących w sztuce i estetyce prądów i kierunków na sztukę cmentarną obecny w minionych wiekach obecnie nie ma istotnego związku. Współczesnymi cmentarzami – ich wyglądem, estetyczną treścią, ekspresją eschatologiczną – rządzi skonwencjonalizowana cmentarna subkultura. Jest ona jedną z odmian współczesnej kultury popularnej i z niej czerpie swoją estetykę, często będącą estetyką kiczu<sup>13</sup>. Wyglądem dzisiejszych cmentarzy rządzi dyktowana przez

<sup>10</sup> Kolbuszewski J., *Cmentarze*. Wrocław 1996, s. 230–235.

<sup>11</sup> W obecnych czasach podjęcie decyzji o pochówku w tych miejscach nie jest tak jednoznacznym dla wszystkich aktem jak niegdyś. Charakterystycznym przykładem współczesnych problemów z honorowaniem zmarłych w prestiżowych miejscach spoczynku jest casus Czesława Miłosa.

<sup>12</sup> W naszych czasach ta ewolucja doprowadziła nie tylko do całkowitego zaniku żałoby ostentacyjnej, ale nawet do całkowitej redukcji jej publicznych przejawów.

<sup>13</sup> Kolbuszewski J., *Cmentarze... op. cit.*, s. 237–245.

zakłady kamieniarskie zunifikowana bezstylowość. Identyczne tworzywo nagrobków (nieudolnie imitujących kamień lub marmury), podobieństwo grobów w kształcie i ozdobach, powtarzalność inskrypcji, to najważniejsze cechy cmentarnej standaryzacji<sup>14</sup>. Nie jest to jednak standaryzacja mająca uświadamiać odwzorowanie wybranego nadrzędnego porządku, ideologii, regulaminu instytucji społecznej<sup>15</sup> czy wiary<sup>16</sup>. Współczesnymi cmentarzami rządzą jednak odmienne prawa. Jednakowość grobów jest przejawem mody, „żeby było ładnie”. Semantyka współczesnych grobów niewiele mówi o treści życia, o istocie śmierci i stosunku do niej. W każdym razie niewiele więcej niż to, że problem śmierci omotany został splotem konwencji.

Dzisiejsza subkultura śmierci nie potrafiła wytworzyć współczesnego języka dla sposobów mówienia o śmierci. Śmierć jest czymś o czym się nie mówi. W miejsce zindywidualizowanych nagrobków wprowadziła schematyczne wytwory kamieniarskie, lansując wzory i mody na wytwory sztuki sepulkralnej, która przestała być sztuką, a stała się przemysłem. Przemysłem oferującym produkt nie wyrastający poza oczekiwania estetyczne odbiorcy. Kicz wszechobecny w cmentarnych artefaktach jest sposobem „nie mówienia” o śmierci. Poprzez swoje pseudosymboliczne upozowanie, kicz prezentuje prawdę obłąskawioną, uogólnioną. Najważniejszą cechą tego pocieszającego uogólnienia jest powtarzalność, szampa nadziei dla żywych<sup>17</sup>.

Próba odejścia od intuicyjnego, nieokiełznanego zdominowania przez schematyczną kiczowatość współczesnych cmentarzysk jest praca nad ich artystycznym i przestrzennym kształtem. Projekty kaplic cmentarnych oraz rozwiązania urbanistyczne powstających w miastach nekropoli, nawiązujące do światowych koncepcji w tej dziedzinie, coraz częściej goszczą na deskach kreślarskich architektów. Nagrody stowarzyszeń zawodowych przyznawane są również twórcom obiektów tego

---

<sup>14</sup> Kolbuszewski J., *Wiersze z cmentarza*. Wrocław 1985, s. 60–61.

<sup>15</sup> Jak w przypadku cmentarzy wojskowych.

<sup>16</sup> Ten sposób równego traktowania zmarłych jak elementów zbiorowości podlegającej jednemu prawu wyraża wygląd cmentarza w Ralbitz. Na wszystkich grobach stoją jednakowe krzyże, napisy mają jednakowe liternictwo, różne są jedynie nazwiska i daty.

<sup>17</sup> To, że kicz tak zawładną współczesnymi cmentarzami nie oznacza, że posługiwanie się nim miałyby świadczyć o nieprawdziwości przeżywania bólu po stracie bliskich. Paradoksalnie – kicz jest świadectwem pełnej prawdy psychologicznej w sposobie reagowania na śmierć, choćby poprzez ucieczkę przed nią w krainę iluzji niezawodnego piękna.

rodzaju<sup>18</sup>. Kurczące się zasoby wolnych terenów w gruntach miast – spowodowane ich rozwojem przestrzennym – zmuszają planistów i urbanistów do poszukiwania nowych form organizacji przestrzennej nekropolii uwzględniając nowe typy pochówku<sup>19</sup>. Zachowanie continuum ładu przestrzennego miasta z wpisany w nie istniejący cmentarz lub jego stworzenie w nowym miejscu – to podstawowe kryterium skuteczności działań urbanistycznych w tym zakresie. Przesłanki ekonomiczne, ekologia, jakość wyposażenia nekropolii (m.in. bezpieczeństwo i komfort użytkowania, dostępność dla osób niepełnosprawnych, infrastruktura techniczna), ergonomia, model zarządzania i założenia estetyczne – są podstawowymi czynnikami wpływającymi na sposób projektowania lub rewitalizacji istniejących cmentarzy. W Polsce dopiero zaczyna się powszechna dyskusja w kręgach profesjonalistów nad przyszłościowymi rozwiązaniami problemu pochówków i budową nekropolii nowego tysiąclecia.

Absolutnie nową perspektywę wobec zadań, jakie ma spełniać cmentarz, tak w sferze niwelowania prób wyróżniania się i licytowania żyjących sposobem upamiętniania zmarłych, jak i klasycznych form pochówkowych, przyjmuje realizowany w parafii Matki Boskiej Szkaplerznej w Karniowicach projekt kolosalnej podziemnej nekropolii<sup>20</sup>. Pomysł księdza Stanisława Fijałka, nawiązujący do tradycyjnych na ziemiach słowiańskich kurhanów<sup>21</sup>, totalny w swoim rozmachu, stanowi znakomity przykład rozwiązywania problemów stających przed zarządcami nekropolii. W żelbetowej, hermetycznej kopule, przykrytej zielenią w formie „świętej góry przodków”, znajdować się będzie wielochóralna świątynia. W swoich ścianach tworzyć ona będzie wspólnotę grobów rodzinnych i obecnych przy nich potomków zmarłych, a więc wspólnotę rodzin żywych.

---

<sup>18</sup> Nagrody SARP za projekty kaplic cmentarnych otrzymali niedawno jedni z najlepszych w Europie i w Polsce projektanci Romuald Loegler (cmentarz w Batowicach w Krakowie) i Piotr Saroszyk (Cmentarz Południowy w Warszawie).

<sup>19</sup> Lewandowski T., *Urbanistyczno-architektoniczne aspekty nekropolii zwłok* [w:] *Problemy współczesnej tanato-logii*, T. VIII, red. J. Kolbuszewski, Wrocław 2004, s. 539–546.

<sup>20</sup> Krzemiński J., *Cud proboszcza Fijałka*. Magazyn Rzeczpospolitej Nr 47 z 23 listopada 2001, s. 26–27.

<sup>21</sup> Zob. *Kurhan* [w:] *Mały słownik kultury dawnych Słowian*, red. L. Leciejewicz, Warszawa 1988, s. 203.

Przez zastosowanie balsamacji mineralizującej ciał zmarłych, tzw. tanatopraksji<sup>22</sup> w komorze pojedynczego grobowca, w której mieści się 10 trumien można zmieścić około 40 sproszkowanych ciał. Po sproszkowaniu zwłok odpowiednia gospodarka przestrzenna wewnątrz każdego grobowca pozwoli na zwielokrotnienie miejsc. Dzięki takiej wizji, ten nowoczesny cmentarz nie spowoduje zagrożenia procesami gnilnymi ziemi, zatrucia wody ani powietrza, nie oszpeci też krajobrazu, tylko go upiększy, a także nie będzie wymagał używania śmietnikowych kontenerów. Natomiast sama żelbetowa kopuła stanie się pancernym zabezpieczeniem przed klęskami atmosferycznymi, profanacją ciał i grobów. Każdy pogrzeb, niezależnie od przekonań filozoficzno-religijnych, gromadzi w miejscach pożegnania wielką ilość ludzi związanych różnymi niemi ze zmarłym. To zbliżenie do siebie ludzi na płaszczyźnie wspólnych wartości, wytwarza w nich szacunek do innych jednostek o odmiennych przekonaniach. Ze względu na rodzinny charakter grobowców, w których będą spoczywać ciała różnie myślących osób – te więzi zarówno pokrewieństwa, jak i środowiskowe, staną się mocne, że będą w stanie wytworzyć atmosferę ekumenizmu, tym bardziej, że śmierć bliskiej osoby zmusza do zgięcia kolan, a na zgiętych kolanach człowiek nie potrafi drugiego nienawidzić. Nie mniej ważna jest idea ekonomiczna przyszłej nekropolii. W obecnym czasie dla przeciętnej rodziny koszt pogrzebu na tradycyjnym cmentarzu przekracza jej ekonomiczne możliwości (zapłata za plac, wykopanie grobu, piwnicę, nagrobek, usługę związaną z tymi czynnościami). Ponadto coraz mniej jest ziemi na pochówek ludzkich ciał, a w miastach praktycznie jej prawie nie ma, stąd rosną wydatki. Natomiast w kurhanie, koszta są zawsze równe tak dla bogatych, jak i dla biednych, miejsca spoczynku ciał kształtują się w formie biblioteki umieszczonej na ścianie, w przeciwieństwie do tradycyjnego pochówku na cmentarzach, (układ grobów rodzinnych w nich – można porównać do książek rozrzuconych na podłodze). Poza tym na cmentarzu tradycyjnym groby rodzinne znajdują się w różnych, odległych nieraz od sie-

---

<sup>22</sup> Zabieg tanatopraksji polega na osuszaniu ciała, a następnie wypełnieniu układu krwionośnego i limfatycznego za pomocą pompy próżniowej roztworami chemicznymi, które przez kilka dni działają balsamująco. Do prawidłowego procesu mumifikacji w wyniku, którego dochodzi do sproszkowania ciała wymagane są odpowiednie warunki – temperatura 4°C i mała wilgotność powietrza. W potocznym znaczeniu tanatopraksja to cały zespół działań polegających na zajęciu się ciałem zmarłego w sensie ekonomiczno-techniczno-pragmatycznym. Zob. *Księga żałoby i śmierci*, red. M. Wańcowski, Opole 1993, s. 355.

bie miejscach, czyli rodzina zatracza świadomość wspólnoty. Pomysł powstania kurhanu powstał w czasie analizy różnych historycznych sposobów grzebania ciał ludzkich i jest jej synkretycznym wynikiem, począwszy od egipskich piramid, rzymskich katakumb, (z którymi niezwykle wiąże się chrześcijaństwo rzymskokatolickie), kryptałnych kaplic książęcych, słowiańskich kurhanów, rodzinnych grobowców, poprzez amerykańską balsamację do programów komputerowych. Dzięki idei takiego pochówku prochy ciał rodzin zgromadzone zostaną w jednym grobowcu (na odległość ok. 500 lat), na którym zostaną wygrawerowane kolejne imiona i nazwiska przodków z datą urodzenia i śmierci oraz kodem cyfrowym – będzie on potrzebny zarówno do identyfikacji prochów ciał, jak i uruchomienia programu komputerowego o danej rodzinie. Otworzenie pliku dotyczącego konkretnej rodziny pozwoli jej potomkom zapoznać się z udokumentowanym dobrem słów, czynów i dzieł danej osoby, celem inspirowania jej potomków ku dobremu. Według zasady: o zmarłych nie mówimy źle, niewłaściwe postęпки zmarłych nie będą dokumentowane, tylko zostaną one pobudką czy inspiracją do modlitwy o miłosierdzie Boże. Takie zgromadzenie informacji o losach i czynach przodków będzie wielką nauką dla potomnych, bo także życie bliskich zmarłych ma się stać psychologiczną szkołą życia w drodze ku mądrości i świętości. Choroba i śmierć dla każdej rodziny jest wielkim, bolesnym przeżywaniem zarówno dla tych, co odchodzą, jak i dla tych, co zostają. Z historii wielkich postaci i narodów wiemy, że ich cierpienia były największym wzlotem kulturotwórczym (niewola egipska, Rozbiory Polski, Jan Kochanowski, Adam Mickiewicz, itp.). Teren otaczający kurhan w projekcie ma być parkiem kultury i sztuki oraz przyrody; będzie ogrodzony żywopłotem, na którym znajdować się będą ceramiczne figury świętych przodków (ok. 100 szt.), wykonane przez rodziny zmarłych. Dokumentacja pamięci o zmarłych będzie tak tworzona i przechowywana, aby inspirować ku najwyższym wartościom religijnym, moralnym i kulturalnym.

Obecna epoka, wskutek rewolucji technicznej, zagraża osobowości człowieka i jego religijno-moralnym wartościom oraz tradycyjnym formom kulturotwórczym, opartym na światopoglądzie chrześcijańskim. Wobec takich niebezpiecznych procesów rodzina staje się najbardziej kompetentną komórką ocalenia człowieka, pod warunkiem jednak, że sama zostanie ocalona. Rodzina dwa razy w sposób niezwykle przeżywa tajemnicę swojej świadomości; gdy w niej rodzi się człowiek i gdy człowiek od niej, w momencie śmierci, odchodzi. Wtedy spontanicznie reaguje smutkiem wyrażonym we łzach i gestem ugięcia kolan, by otwo-

rzyć się na tajemniczą nieskończoność – czyli otwiera się na Boga, na wiarę w Boga, ale pod warunkiem, że rodzący się nowy człowiek będzie radosną wartością, a łączność duchowa z odchodzącymi tworzyć będzie wielką ponadczasową wspólnotę. Modląc się przy ołtarzu rodzina w pobliżu prochów przodków, ma okazję niezwykle siebie przeżywać, a zarazem ma zawsze potrzebę na to przeżywanie, bo ono jest wyjątkowym szczęściem, dlatego taka świątynia, w której będzie ołtarz, a przy nim wieczerza pańska, obok zgromadzone, modlące się rodziny, a w ścianach ze czcią i pamięcią przechowywane prochy ciał przodków, nie podda się kryzysowi pustych zachodnioeuropejskich kościołów. Nawet słaba wiara rodzina, nie czująca potrzeby uczestniczenia w niedzielnej eucharystii w kościele tradycyjnym, poczuje potrzebę odwiedzenia miejsca, gdzie leżą jej przodkowie.

Kurhan w wewnętrznej swojej części jest świątynią z ołtarzem, przy którym ma się odprawiać wieczerza pańska, czyli msza święta, a zgromadzeni wierni mają przeżywać duchową więź ze swymi przodkami, których prochy są w ścianach, w tajemnicy śmierci i zmartwychwstania Chrystusa. Natomiast naturalne światło lampek przy grobowcach, świec palących się w rękach rodzin, połączone ze światłem ołtarza ma symbolizować łączność pokoleń. Ta bliskość prochów zmarłych, światło i modlitwa – mają być pogładowym wyznaniem wiary w świętych obcowanie. Dokumentowanie dobra, słów, czynów i dzieł zmarłych przodków, z jednej strony jest realizacją drzewa genealogicznego rodu, a z drugiej strony żyjący dziadkowie, Rodzice świadomi, że po śmierci ich potomkowie nieustannie będą rozważać ich życie na ziemi pod względem dobra, będą wciąż pobudzani do życia wypełnionego dobrem. Rodzinna miłość jest najbardziej wiarygodna, to ona jest właściwie źródłem pozytywnej moralności. Realizowanie dobra przodków na ich potomków jest w świetle wiary „świętych obcowania” najsukuteczniejszą modlitwą o miłosierdzie Boże dla zmarłych, którzy znajdują się na drodze oczyszczenia do „Domu” swojego Ojca.

Centralnym punktem kompleksu jest kurhan świątynno-grobowy oraz wbudowane we wzgórze świątynne zabudowania socjalne. Plan zagospodarowania przestrzennego przewiduje stworzenie na terenie kompleksu parku wypoczynkowo-rekreacyjnego, zadrzewionego, z licznymi ścieżkami spacerowymi i ławeczkami. Jest to realizacja idei bliskiego kontaktu żywych z przodkami, pamięcią o nich i więzią z przeszłością – dzieci przyprowadzane na spacer do parku przez dziadków traktują kurhan – górę przodków bardzo naturalnie. Nic nie stoi na przeszkodzie

by kurhan ze względu na swoje ukształtowanie był miejscem zimowej radosnej zabawy dzieci. W celu zapewnienia właściwych warunków mumifikacji ciał należało połączyć zalety budowli ziemnych pozwalających na osiągnięcie stałej temperatury z zaletami budowli naziemnych o niskiej wilgotności – stąd idea wzniesienia kurhanu będącego zarazem nad i pod ziemią, odizolowanego od środowiska pancierzem betonowym i tkaninami izolacyjnymi, obsypanego ziemią i pokrytego specjalnymi roślinami chroniącymi przed wypłukiwaniem ziemi. Takie rozwiązanie pozwala na utrzymanie stałej temperatury  $+4^{\circ}\text{C}$ , wkomponowanie obiektu w otaczający krajobraz oraz nadanie kurhanowi symboliki „świętej góry przodków”.

Grobowce rozmieszczone są na planie koła, na trzech kondygnacjach (na trzeciej kondygnacji miejsca na urny kremacyjne). Wsparte na kolumnach galerie prowadzące do grobowców na drugiej i trzeciej kondygnacji pełnią rolę traktów komunikacyjnych oraz chórów podczas nabożeństw. Ze względów bezpieczeństwa z drugiej kondygnacji prowadzi poza kurhan wyjście bezpieczeństwa. Aby zapewnić bezpieczną ewakuację w przypadku awarii oświetlenia, w szczycie kurhanu umieszczono okno witrażowe, z którego centralnie wyprowadzono krzyż pełniący rolę kanału wentylacyjnego i odgromienia. Centralna część kurhanu przeznaczona jest do odprawiania nabożeństw. Aby zachować ekumeniczny charakter budowli nie umieszczono symboli religijnych mogących powodować konflikty – jedynym elementem wyznaczającym miejsce odprawiania obrządku jest ołtarz z połowy pnia czarnego dębu podparty dwiema metalowymi rybami – pierwotnym symbolem chrześcijaństwa. W skład zabudowań socjalnych wchodzi: gabinet zabiegowy (tanatopraktyjny), recepcja, damskie i męskie pomieszczenia sanitarne, magazyn odczynników chemicznych. W recepcji będzie można poznać historię swojej rodziny zapisaną w komputerowym rejestrze<sup>23</sup>.

Kurhan jest już gotowy. Podczas uroczystej mszy poświęcił go dzisiaj 19 lipca 2003 roku biskup Jan Szkodoń. Ksiądz Fijałek nazwał kopiec Rodzinnym Ośrodkiem Pamięci Zmarłych. Powołano także Stowarzyszenie Familia Memento, które będzie opiekować się kurhanem i pomoże rodzinom zmarłych zająć się organizacją pogrzebów. „Kurhan grzebalny powstał z kilku powodów. Chciałem skojarzyć przeszłość ze współczesnością. Jest to połączenie dotychczas nam znanych form kultu zmarłych:

---

<sup>23</sup> Za: <http://www.kurhan.suport.pl/start.htm>.



piramidy egipskiej, chrześcijańskich katakumb, księżących krypt i kaplic oraz rodzinnych grobowców. Poza tym ja nie lubię cmentarzy. Zmarłemu należy się pamięć rodziny, a nie lastrykowy pomnik. Gnijące ciało nie jest symbolem życia wiecznego. Zmarły podczas pochówku powinien wyglądać jak żywy człowiek” – tłumaczy ksiądz proboszcz<sup>24</sup>.

## Zakłady pogrzebowe

Pogląd wyrażony w ostatnim zdaniu odzwierciedla znamioną dla współczesności, choć nie wymyśloną obecnie, przemożną chęć zaprzeczenia śmierci, wraz z jej okropnym trupem. Współczesne profesjonalne zakłady pogrzebowe oferują rodzinie zmarłego kompleksową „obsługę” martwego ciała. Tanatoprakter zobowiązany jest zabezpieczyć wszelkie potrzeby higieniczne i estetyczne zwłok, w szczególności na czas, jaki będą one oczekiwać pochówku i na potencjalny czas ich eksponowania. Nowym obszarem działania tanatoprakterów jest rekonstrukcja zmienionych urazowo lub chorobowo ciał denatów<sup>25</sup>. Dla takiego postępowania używa się także określenia *tanatoplastyki*. Zabiegom tym poddawane są ciała, które uległy anatomicznemu uszkodzeniu. Zadaniem do spełnienia jest przywrócenie pierwotnej formy i kształtu ciała zmarłego. Celem ostatecznym zaś przedstawienie rodzinie zmarłego ciała bliskiej im osoby w wyglądzie możliwym do zaakceptowania dla ich wspomnień i pamięci. Zawsze najważniejszym elementem wizualizacji umierania jest grymas pojawiający się na twarzy konającego. We współczesnej idei estetyzacji zwłok korygowanie poprzez zabiegi kosmetyczne wyglądu twarzy zmarłego jest odpowiedzią na potrzebę właściwego postrzegania trupa przez otoczenie i uczestniczących w pogrzebie, którzy traktują zmarłych jako nadal żyjących<sup>26</sup>. I z pewnością nie chodzi tutaj o odbieranie śmierci jej autentyczności, ale o nadanie zmarłemu spokojnego oblicza. Z punktu widzenia psychologicznego, przywrócenie zmarłemu naturalnego wyglądu jest niezmiernie ważne, ponieważ pozwala w okresie poprzedzającym

<sup>24</sup> Zob.: <http://katowice.naszemiasto.pl/wydarzenia/286134.html>.

<sup>25</sup> Migdał I., Maksymowicz K., Kawecki J., *Tanatopraksja – praktyki postępowania ze zmarłymi, ze szczególnym uwzględnieniem metod rekonstrukcji wizerunku zwłok* [w:] *Problemy współczesnej tanatologii*, T. VII, red. J. Kolbuszewski, Wrocław 2003, s. 243–244.

<sup>26</sup> Migdał I., Maksymowicz K., Kawecki J., *Tanatokosmetyka zmarłych jako istotny element psychologicznego pozytywnego samopoczucia rodziny w pochówku jej bliskich*. [w:] *Problemy współczesnej tanatologii*, T. VIII, red. J. Kolbuszewski, Wrocław 2004, s. 285–287.

pogrzeb zmniejszyć rozpacz bliskich i ułatwia przygotowanie pogrzebu. Tanatokosmetyka pozwala lepiej przygotować się do żałoby, z mniejszym niepokojem i obrzydzeniem. Wzrastająca popularność tego typu zabiegów w ofertach polskich firm pogrzebowych wykazuje postępującą w mentalności społecznej zmianę postrzegania śmierci, osoby zmarłej i ceremonii pogrzebowej. A w rezultacie nadanie śmierci – *nomen omen* – ludzkiej twarzy. Podejmowane w zamierzonych czasach częste praktyki podejmowania prób, skutecznych czego dowodzą odkrycia archeologiczne, powstrzymania procesu rozkładu ciał poprzez balsamowanie zwłok, również współcześnie zaczynają pojawiać się w zestawie oferowanych przez zakłady pogrzebowe propozycji. Bagaż doświadczeń dawnych specjalistów od balsamowania zwłok od starożytnych Egipcjan po twórcę nowożytnej techniki balsamacji Jeana-Nicolasa Gannala<sup>27</sup>, sprzyjają renesansowi tego rodzaju zabiegów<sup>28</sup>. Coraz popularniejsze zaczyna być poddawanie ciał zmarłych procesom fizyko-chemicznym mającym na celu zredukowanie lub opóźnienie procesów rozkładu zwłok<sup>29</sup>. Naturalny proces mumifikacji jest możliwy jedynie w szczególnych przypadkach. Podlegają niemu jedynie ciała umieszczane w niektórych regionach klimatycznych lub zwłoki świętych i błogosławionych<sup>30</sup>. Chęć zapewnienia prestiżu zwłokom bliskich (i sobie jednocześnie) wyrasta z nie wystarczającej klasycznej oprawy pochówku. Jednocześnie ten rodzaj tanatycznych zabiegów pozwala przygotować ciało na konieczność transportowania go na znaczne odległości, chęć czuwania przy zwłokach przez kilka dni (mimo niezgodności na takie postępowanie z prawem<sup>31</sup>), opóźnienie pogrzebu z różnorodnych przyczyn. Postępująca w ostatnich latach zmiana postrzegania Polaków wobec śmierci oraz przełamywanie jej tabu, skłania do przypuszczenia, że balsamacja może stać się niebawem lub stałym elementem rytuałów pogrzebowych.

Jedynym elementem śmiertelnego wyposażenia zmarłych, który nie zmieniał się na przestrzeni ostatnich stuleci, jest strój trumienny. Stosowany w dawnych wiekach całun z prostego lnianego lub konopnego

<sup>27</sup> Ten oficer armii napoleońskiej w 1841 roku opublikował książkę *Historia balsamowania*, stanowiącą podwaliny dla nowożytnych technik balsamizacji.

<sup>28</sup> Maksymowicz J., Migdał I., Kawecki J., *Balsamowanie zwłok – renesans metod utrwalania zwłok* [w:] *Problemy współczesnej tanatologii*, T. VII, red. J. Kolbuszewski, Wrocław 2003, s. 245–247.

<sup>29</sup> Kwiatkowski B., *Mumie. Władcy, święci, tyrani*. Warszawa 2005, s. 32–50.

<sup>30</sup> Ten stan jest jednym z widocznych przejawów emanacji świętości zmarłych.

<sup>31</sup> Rudnicki S., *Prawo do grobu. Zagadnienia cywilistyczne*. Kraków 1999, s. 28–29.

płótna do chowania ciał bez trumien w późniejszych stuleciach został zastąpiony kompletnymi ubiorami. Stosowany jeszcze do połowy XIX wieku w pochówkach wiejskich zwyczaj ubierania zmarłych w śmiertelne koszule (jednakowe dla obu płci) był daleką pozostałością po rytualnych całunach pogrzebowych. Coraz bardziej popularne stawało się składanie zwłok do trumien w paradnych, odświętnych, nierzadko ludowych obowiązujących w danym regionie strojach<sup>32</sup>. Współcześnie obowiązujące zasady ubierania zmarłych zachowują te tradycje w przypadku osób duchownych (księży lub zakonników) oraz wykonujących niektóre zawody lub służby (np. górników lub oficerów wojska i marynarki). Zmarli nie należący do tych szczególnych grup społecznych składani są do trumny w odświętnych czarnych sukniach lub garniturach. Jedynym wyjątkiem są zmarłe dzieci, które ubiera się w białe, nawiązujące do ich niewinności stroje. Ekstrawagancja w strojach trumiennych nawet w bardzo liberalnych społeczeństwach jest niepożądana i spotyka się ze sprzeciwem najbliższych, nawet jeśli zmarły zażył sobie odmiennego od tradycyjnego stroju pogrzebowego.

Trumna, do której składa się zwłoki przed pochowaniem ich na cmentarzu, jako element śmiertelnego wyposażenia zmarłego na ostatnią drogę, przechodzi w ostatnich latach największe przeobrażenia. Bogactwo oferty producentów trumien pozwala spełnić nawet najbardziej wymyślne oczekiwania najbliższych sprawiających pochówek bliskiej osoby. Oczekiwania stawiane wobec tego przedmiotu sztuki sepulkralnej wymusza swego rodzaju specjalizację. Dawniejszy model zakładu pogrzebowego, który własnym sumptem organizował pochówek i przygotowywał potrzebne do tego elementy odszedł do historii. Konkurencja na rynku usług pogrzebowych wytworzyła zakłady produkujące trumny we wszystkich stylach, rozmiarach i gatunkach. Nawet upowszechniający się zabieg kremacji zwłok dokonywany jest w trumnach z taniej płyty pilśniowej lub tekturowych<sup>33</sup>. Nawet kwestie związane z metodami mocowania wieka trumien, okuć i całej drogerii stosowanej przy produkcji trumien, znajdują swoje wyspecjalizowane zakłady produkcyjne oferujące cały wachlarz modeli i typów<sup>34</sup>. Nawet asortyment urn przeznaczonych

---

<sup>32</sup> Bittner-Szewczykowa H., *Ubiory dla zmarłych oraz wiejskie ubiory żałobne*. Rocznik Muzeum Etnograficznego w Krakowie, T. XI, Kraków 1994, s. 109–116.

<sup>33</sup> Ćwieluch J., *Ludzie, którzy żyją z trumien*. Przekrój Nr 4 (3109)/2005, s. 44–46.

<sup>34</sup> *Funeralia 2003. Katalog pogrzebowy*, red. A. Dzierżanowski. Warszawa 2003, s. 93 i passim.

na prochy zwłok spopielenych powiększa się w ofertach producentów prezentujących swoje wyroby na Targach Sztuki Cmentarnej FUNERALIA organizowanych we Wrocławiu co dwa lata.

Tylko człowiek wszystkim zabiegom związanym ze śmiercią i pogrzebem przypisuje symboliczne uwarunkowane kulturowo znaczenia i symbole. W ciągu tysięcy lat obyczaje pogrzebowe zmieniały się i ewoluowały. Zawsze jednak pierwiastek *sacrum* był podstawą rytuału pogrzebowego. Wszystkie wielkie systemy religijne i drobne religie etniczne ludów pierwotnych głosiły wiarę w życie pozagrobowe. Wyrazem tych eschatologicznych wizji była, nie tylko prosta lub rozbudowana semiotyka wiary, ale przede wszystkim cała złożoność ceremonii pogrzebowych<sup>35</sup>.

Życie jednostki we wczesnonowożytnej Polsce rozgrywało się w cyklu religijnych ceremonii indywidualnych: chrztu, ślubu – wesela i pogrzebu. Stosunkowo dobrze jest znana i udokumentowana kwestia pochówków naszych antenatów. Chłopskie testamenty i dokumenty spadkowe przynoszą bardzo dokładne informacje na temat wysokości opłat ponoszonych przez mieszkańców wsi za pogrzebowe obrządki<sup>36</sup>. Wszelkie gorszące praktyki monopolistów lokalnych parafii w kwestii nadużyć wobec pogrążonych w żałobie bliskich zmarłego, choć bardzo częste w tym czasie, nie wykreślają jednoznacznie klarownego obrazu panujących w tych czasach obyczajów i praw grzebiących zwłoki i grzebanych. Wedle ustawodawstwa kościelnego wszelkie posługi pogrzebowe winny być spełniane bezpłatnie. Jednocześnie zaś dozwolone było przyjmowanie przez duchownych dobrowolnych gratyfikacji za sprawowane posługi. Skuteczność sprawowania tego rodzaju wdzięczności rodziny zmarłego wobec kleru był nierzadko umacniany poprzez zastosowanie środków przymusu, w postaci kar kościelnych, wobec opornych. W praktyce wysokość opłat za pogrzeb była uzależniona od lokalnych ustaleń indywidualnych z duchownym i miejscowych obyczajów. Zwyczajowo pogrzeb zamożniejszego chłopca realizowano za 9–11 złotych, zaś rytuał prostego pochówku (pogrzebanie ciała na cmentarzu i odśpiewanie przez duchownego psalmu *Miserere* i antyfony *Salve Regina*) opłacano w granicach 2–6 złotych. Koszt trumny to rząd wielkości od 1,18 złotego do 3,6 złotego. Oprócz wydatków za posługę duchownego, na koszty

<sup>35</sup> Bieliński T., *Ludzki monopol pogrzebowy*. Newsweek Nr 44/2002, s. 27.

<sup>36</sup> Wiślicz T., *Ile kosztował pogrzeb chłopca w Polsce XVII–XVIII wieku (I kto za to płacił?) [w:] Wesela, chrzciny i pogrzeby w XVI–XVIII wieku*, red. H. Suchojad, Warszawa 2001, s. 273–286.

pochówkowe składały się również kwoty przeznaczane na ucztę pogrzebową czy też obiad „za duszę” zmarłego. Niektórzy poświęcali na ten cel 8–10 złotych inni 20 i więcej. Całkowite koszty pogrzebu chłopskiego zależały od wielu czynników: od osobowości plebana regulującego wysokość kosztów rytuału katolickiego oraz od aspiracji i zamożności zmarłego i jego rodziny, wyznaczających maksymalne sumy przeznaczone na wydatki obrzędowe.

Szacunek, jakim otaczano stan rycerski w dawnej Polsce, pielęgnowany wzór „rycerza chrześcijańskiego, wojownika o wolność narodu i Ojczyzny, uczestnika kampanii wojennych i bitew wyjątkowe odzwierciedlenie znajdował w rozbudowanym rytuale pogrzebowym<sup>37</sup>. Zanim w podziemnych kryptach kościelnych spoczęło ciało wojownika, a na ścianach kościoła pojawiły się zdobne tablice inskrypcyjne, nagrobki i apoteozy w formie płaskorzeźb lub pomników, trumnę z martwym rycerzem wystawiano na ozdobnym katafalku, spowitym w czerwony aksamit (ten kolor przysługiwał poległym przelewającym krew za ojczyznę) i ekspozowano wszystkie atrybuty rycerskiego rzemiosła: buławy, szable, szyszaki, karwasze. Podczas ceremonii zwykle oddawano salwy armatnie i kruszono kopie<sup>38</sup>. Kultura śmierci inspirująca do poświęcenia wartości najcenniejszej dla dobra Ojczyzny, w rodowym i społeczno-kulturowym aspekcie wymagała przygotowania się na zgon poprzedzanego nierzadko fundowaniem kaplic obok parafialnych kościołów lub świątyń pełniących funkcję mauzoleum. Okazałość pogrzebów tego czasu, przysłowiowa *pompa funebris*, trwające kilka dni procesje z ciałem wielmoży po wszystkich kościołach miasta, msze z kazaniami panegirycznymi, w mniejszej lub większej skali były zjawiskiem wyjątkowym na tle europejskich obyczajów funeralnych<sup>39</sup>. Koszty takiej wystawnej celebracji, pochłaniające znaczne części majątków, znane dzięki księgom rachunkowym z pogrzebów szlachty, były niewyobrażalne. Przykładem

---

<sup>37</sup> Bernatowicz T., *Śmierć rycerza kresowego i jego sepulcrum*. Studia Muzealne Zeszyt XIX, Poznań 2000, s. 59–67.

<sup>38</sup> Jako znak widomego aktu śmierci rycerza i złamanie jego potęgi.

<sup>39</sup> Wydatki na pogrzeby mają w zasadzie podobną strukturę jak w innych krajach europejskich lecz wyjątek stanowią koszty wydatkowane na przyjęcie dla zaproszonych tłumów gości. Por.: Chrzanowski T., *Wędrówki po Sarmacji europejskiej*, Kraków 1988, s. 298. Podstawową pracą w zakresie problematyki pogrzebowej w dobie Rzeczypospolitej jest książka: Chrościcki J. A., *Pompa funebris. Studia z dziejów kultury staropolskiej*. Warszawa 1977.

niech będzie zestawienie niektórych kosztów pogrzebu Józefa P. Sanguszki w 1781 roku<sup>40</sup>:

za oświetlenie podczas pogrzebu	4974 zł
za wykonanie trumny	1536 zł
za dekorację kościoła	6557 zł
zapłata rzemieślnikom	1647 zł
ofiary mszalne i jałmużny	16555 zł
koszt wyżywienia gości i dworu	6072 zł
za ubiory żałobne dla dworu	4591 zł

Po podliczeniu innych wydatków, wypadło łącznie 47 762 zł 15 gr. Rytuał otaczający orszak żałobny w katolickim Zachodzie jest nie mniej zadziwiający niż osobliwe praktyki pogrzebowe w dawnych Chinach, współczesnych Indiach<sup>41</sup>, starożytnym Annamie. Obżarstwo i pijatyki towarzyszące stypom w prymitywnych społecznościach niewiele swymi opisami odbiegają od niedawnych jeszcze widoków częstych na naszych wsiach czy szokujących opisów poczęstunków kończących sarmackie obrzędy funeralne.

Wystawność widowiska konduktu pogrzebowego w mniejszej lub większej skali zawsze realizowało tak potrzeby afirmacji trupa w mniejszym stopniu, a żałobników w większym, jak i ciekawość obserwującego go tłumu gapiów<sup>42</sup>. Zamiłowanie do publicznego wykonywania wyroków śmierci oraz publicznego celebrowania pogrzebu i żałoby w cywilizacji europejskiej<sup>43</sup>, sprowadziło celebrowanie ostatniego pożegnania do spektaklu, w którym bardzo często główną rolę odgrywało wystawne zachowanie wizerunku samych żałobników niż eschatologiczny wymiar rozstania z najważniejszym aktorem wydarzenia: zmarłym<sup>44</sup>. Afirmacja uwolnienia się od śmierci sprowadziła akt pogrzebu do celebracji trupa

<sup>40</sup> Chróścicki J. A., *Od śmierci do egzekwii* [w:] *Vanitas. Portret trumienny na tle sarmackich obyczajów pogrzebowych*, red. J. Dziubkova, Poznań 1996, s. 28.

<sup>41</sup> Gdzie jeszcze nierzadko znajdziemy mężczyzn pracujących przez całe życia na dług u lichwiarza, który zaciągnął jego ojciec na pogrzeb dziadka.

<sup>42</sup> Ragon M., *Pogrzeb – widowisko* [w:] *Wymiary śmierci*, red. S. Rosiek, Gdańsk 2002, s. 329–340.

<sup>43</sup> Por. Tazbir J., *Okrucieństwo w nowożytnej Europie*. Warszawa 1993, s. 78–92.

<sup>44</sup> Szczególny wymiar osiąga to zjawisko w celebracji pochówków władców państw i osobistości ze sfery polityki. Por. np. specjalne wydanie Światowida Nr 21 z 25 maja 1935 relacjonujące przeniesienie ciała marszałka Józefa Piłsudskiego z Belwederu do kryp królewskich na Wawelu.

jako przedmiotu funeralnego<sup>45</sup>. Przedmiotu umieszczonego w przestrzeni bliższej wyuzdanemu *profanum*, niż porządkującemu świat *sacrum*. Przedmiot funeralny, jakim jest trup i jego materialna w obrębie przestrzeni świata widzialnego pozostałość, czyli grób jest wyrazem pragnienia kompensacji, powstałego wobec pogodzenia się z biologiczną śmiercią.

Postępująca w ostatnich czasach estetyzacja śmierci, sprowadzająca jej wymiar jedynie do obrazu medialnego powoduje, że jeszcze bardziej tracimy jej ludzki wymiar. Nieogarnialność śmierci niwelujemy do ukazywania przyczyn jej konkretnych przypadków. Śmierć jako coś nieprzyzwoitego, a jej fizyczny znak, czyli trup, jako coś makabrycznego zostaje wyłączone i zepchnięte w obręb specjalnej przestrzeni. Jest nią sieć nowoczesnych przedsięwzięć pogrzebowych. Amerykański *funeral-home* czy francuski *athanée* do modelu, których predestynują funkcjonujące w naszym kraju zakłady pogrzebowe, są współczesnymi miejscami gdzie marginalizuje się zjawisko śmierci<sup>46</sup>. Odpowiednie wyposażenie, profesjonalna obsługa, nawet odpowiednia stosowna do realizowanych zadań nazwa<sup>47</sup>, powinny zapewniać o tym, że jeśli przekażemy im trupa naszego bliskiego zmarłego, ich działania w efekcie pozwolą nam w ostatnich chwilach przed pogrzebem trwać w towarzystwie zmarłego, wyglądającego jakby spał.

Szczególny rodzaj funkcji, które spełniają zakłady pogrzebowe, wyjątkowość sytuacji, w której przychodzi pracownikom zakładu kontaktować się z klientami wymaga nie tylko profesjonalizmu w oferowanych usługach i zabiegach, ale przede wszystkim wyjątkowego systemu zachowań oraz szczególnego pietyzmu, jeśli chodzi o styl rozmowy i komunikowania się z klientami<sup>48</sup>. Konkurencja na rynku tego rodzaju usług, pojawiająca się również w naszym kraju, stawia przed właścicielami domów pogrzebowych wyzwania, których nie uregulują nawet wewnętrzne przepisy branżowe, tworzone przez stowarzyszenia skupiające ten rodzaj działalności. Kultura postępowania z klientem, jakiej wymaga się od współczesnych sprzedawców towarów i usług, w tej dziedzinie sta-

---

<sup>45</sup> Urbain J.-D., *W stronę historii Przedmiotu Funeralnego* [w:] *Wymiary śmierci*, red. S. Rosiek, Gdańsk 2002, s. 321–328.

<sup>46</sup> Lipiński W., *Śmierć zmienia swoje oblicze*. Wiedza i życie Nr 11/2002, s. 51–54.

<sup>47</sup> Mróz B., *Nazwy ze śmiercią w tle* [w:] *Funeralia 2003. Katalog pogrzebowy*, red. A. Dzierżanowski, Warszawa 2003, s. 185–187.

<sup>48</sup> Mróz B., *Trudne rozmowy. Odpowiednie dać rzeczy słowo* [w:] *Funeralia 2003. Katalog pogrzebowy*, red. A. Dzierżanowski, Warszawa 2003, s. 187–189.

wia wyjątkowo wysoki poziom wymagań wobec zachowań i jakości oraz sposobu wypowiedzi. Wstydlivość zdarzenia śmierci, coraz bardziej towarzysząca odchodzeniu ludzi z tego świata, poprzez działania zawodowców od pochówków powinna zostać zniwelowana i nie pozostawiać przykrego wrażenia. Afirmacja życia i śmierci we współczesnej cywilizacji, w wyglądzie trupa oraz wystroju domów pogrzebowych również ma swoje odzwierciedlenie. Pogrzeb też jest zadaniem dla profesjonalistów. Żadnych konduktów, pochodów i procesji z trumną po mieście. Żadnego zatrzymywania się przy krzyżu<sup>49</sup>. Nie rzucająca się w oczy limuzyna zawiezie trumnę na cmentarz, bez obawy, że zakłóci ta nieprzyzwoitość codzienną bieżącą miast. Przed psychiczną toksycznością obcowania z trupem może nas uchronić popularna coraz bardziej i w naszym kraju możliwość kremacji zwłok. Umiarkowany wzrost popularności tego rodzaju zabiegów można się dopatrywać raczej w braku świadomości faktu, iż Kościół Katolicki dopuszcza tego rodzaju praktyki<sup>50</sup>, niż kosztów tego procesu. Zdarzenie pogrzebu tak ujęte ogranicza tę ceremonię społeczną jedynie do *memorial service*, na której nie ma zwłok, a najbliżsi spotykają się, aby wygłosić mowę pożegnalną i wspierać otuchą rodzinę.

### Zakopać czy zachować?

Marzenie o nieśmiertelności, jaką może rozbudzać nadzieja na postęp medycyny, rodzi nawet tak zdumiewające przedsięwzięcia jak działalność Alcor Life Extension Foundation. W 1964 roku opublikowano książkę prof. C. W. Ettingera *Czy człowiek jest nieśmiertelny?* Wyłożona w niej teoria, że jeśli natychmiast po śmierci klinicznej pacjenta podda się go działaniu niskich temperatury, zapobiegając rozpadowi komórek ciała, to pewnego dnia można go będzie rozmrozić, reanimować ciało i wyleczyć

---

<sup>49</sup> Jak w ciągle jeszcze żywej w niektórych regionach kraju wiejskiej obyczajowości pogrzebowej.

<sup>50</sup> *Kodeks Prawa Kanonicznego* z 1917 roku definitywnie potępiał kremację zwłok (kan. 1203.1). Święte Oficjum w dokumencie opublikowanym w *Acta Apostolica Sedis* z 24 października 1964 dopuszczało kremację w bardzo ograniczonym zakresie. Dopiero nowelizacja *KPKan* z 1983 dopuściło tego rodzaju praktykę, „jeśli nie została wybrana z pobudek przeciwnych nauce chrześcijańskiej” (kan. 1176.3). Zob.: Kijas Z. J., *Odpowiedzi na 101 pytań o rzeczy ostateczne*. Kraków 2004, s. 42.



z chorób, i nie dopuścić do starości<sup>51</sup>. Pierwszy temu zabiegowi poddał się zmarły na raka w 1967 roku profesor psychologii J. Bedford. Jego ciało spoczywa do dziś w kapsule wypełnionej ciekłym azotem o temperaturze  $-196^{\circ}\text{C}$ . Wśród poddanych temu zabiegowi jest m.in. Walt Disney. Koszty związane z utrzymywaniem ciał w procesie kriogenicznym pokrywane są z ubezpieczeń „pacjentów”. Konserwacja całego ciała wymaga ubezpieczenia na minimalną kwotę 150,000 USD. Zamrożenie jedynie układu nerwowego pacjenta to koszt pokrywany z ubezpieczenia na min. 80,000 USD. Każdy z potencjalnych uczestników przedsięwzięcia może składać opłatę członkowską w wysokości 20,000 USD<sup>52</sup>, stanowiącą zaliczkę na poczet dalszych pośmiertnych zabiegów dokonywanych przez zespół Alcor’u. Jeśli nie stać nas na tak drogi proces oczekiwania na możliwość osiągnięcia nieśmiertelności, a nasze przywiązanie do najbliższych nie pozwala nam na rozstanie ze zmarłym w sukurs przychodzi oferta firmy LifeGem<sup>53</sup>. Zwłoki ukochanej osoby można, dzięki propozycji Grega Herro, nosić przy sobie codziennie w postaci biżuterii. Za kilkadziesiąt tysięcy USD szczątki zmarłego poddawane są kremacji, a następnie popioły są oczyszczane w skomplikowanym procesie przebiegającym w temperaturze  $3000^{\circ}\text{C}$ . W warunkach wysokiego ciśnienia i wysokiej temperatury powstaje diament, który po jubilerskiej obróbce może zostać umieszczony w pierścieniu lub naszyjniku (Tabela 1).

Powyższe, egzotyczne rozwiązania stanowią jedynie promil wszystkich pochówków. Jest i w dalszym ciągu pozostanie najpopularniejszą metodą grzebanie zmarłych w grobach na kwaterach cmentarnych. Podstawą *ratio legis* regulacji dotyczących metod i zasad pochówków były pierwsze przepisy prawne związane z ochroną sanitarną ludności. Zawsze jednak starały się one godzić te podstawy z powagą śmierci i szacunkiem dla zmarłego i uczuć najbliższej rodziny. Prawo do pochowania zwłok jest niezbywalną normą wynikającą z dóbr osobistych podlegających ochronie na podstawie art. 23 i 24 Kodeksu Cywilnego<sup>54</sup>. Chowanie osób zmarłych dokładnie i szczegółowo regulują dwie ustawy: z 28 marca

<sup>51</sup> Pełen zakres informacji dotyczących idei i metod proponowanych przez Alcor Life Extension Foundation na stronie: <http://www.alcor.org>.

<sup>52</sup> Płatną w całości lub rozłożoną na raty: miesięczne płatne przez 20 lat w wysokości 100 USD, kwartalne przez 20 lat w wysokości 285 USD lub roczne płatne przez 20 lat w wysokości 1100 USD.

<sup>53</sup> Oferta firmy znajduje się na stronie <http://www.mylifegem.com>.

<sup>54</sup> Rudnicki S., *Prawo do grobu...* op. cit., s. 28–30.

**Tabela 1. Oferta cenowa produktów firmy LifeGem**

opcja	wielkość w karatach	cena jednego diamentu	cena w wypadku dwóch i więcej diamentów
I	.20-.29	2,499 \$	2,199 \$/szt.
II	.30-.39	3,699 \$	3,149 \$/szt.
III	.40-.49	5,199 \$	4,449 \$/szt.
IV	.50-.59	6,699 \$	5,849 \$/szt.
V	.60-.69	8,299 \$	7,299 \$/szt.
VI	.70-.79	9,999 \$	9,099 \$/szt.
VII	.80-.89	11,899 \$	11,099 \$/szt.
VIII	.90-.99	13,999 \$	13,199 \$/szt.
ceny w tysiącach USD			

Źródło: <http://www.mylifegem.com>.

1933 o grobach i cmentarzach wojennych (Dz. U. Nr 39, poz. 311 ze zm.) oraz z 31 stycznia 1959 o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 1972 r. Nr 47, poz. 298 ze zm.). W myśl powyższego ustawodawstwa pochowaniem zwłok jest ich złożenie w grobach ziemnych, w grobach murowanych lub katakumbach albo zatopienie w morzu. Groby ziemne i murowane mogą się znajdować jedynie na cmentarzu. Niedopuszczalne jest grzebanie zmarłych na prywatnych posesjach<sup>55</sup>. Pochowanie zwłok odbyć się może jedynie po stwierdzeniu przez lekarza zgonu i jego przyczyny w karcie zgonu. W tradycji naszego kręgu kulturowego najbardziej rozpowszechnione jest grzebanie zwłok w ziemi<sup>56</sup>. W ostatnich latach kremacja zwłok, chociaż nie zakorzeniona w miejscowej tradycji i mająca negatywne konotacje wypływające z doświadczeń historycznych (krematoria działające na terenie Polski w czasie II Wojny Światowej), staje się coraz częstszym zwyczajem. Estetyzacja współczesnego życia, a co za tym idzie również jego zakończenia powoduje, że stopniowo rośnie liczba zwolenników kremacji zwłok w Polsce<sup>57</sup>. Zwykle jest wybierana przez osoby traktujące pogrzeb jako uroczystość świecką. Kościół katolicki oraz

<sup>55</sup> Art. 12 ust. 1 i 3 ustawy o cmentarzach.

<sup>56</sup> Co ma swoje odzwierciedlenie w słowie *pogrzeb*.

<sup>57</sup> Dudzik I., *Obłoczek*. Gazeta Wyborcza z 30 października 2002, s. 15.

Kościół ewangelicki w swoich stanowiskach dopuścił stosowanie kremacji przyznając pogrzebanie zwłok za priorytetowy sposób pochowania zmarłej osoby. Inne wyznania reprezentowane w naszym kraju pozostają konserwatywne, jeśli chodzi o przyzwolenie na ten sposób pochówku<sup>58</sup>. Koszt tego rodzaju formy pogrzebowej nie jest nawet bardzo wygórowany. Spopielnia Zwłok na Cmentarzu Północnym podlegającym Zarządowi Cmentarzy Komunalnych w Warszawie, tak wycenia tę usługę<sup>59</sup>:

za spopielenie zwłok osoby powyżej 6 lat:	650 PLN,
za spopielenie zwłok dziecka do lat 6:	260 PLN,
opłata uiszczana przez Gminny/Miejski/ Ośrodek Pomocy Społecznej:	300 PLN.

Kwestie generalne związane z obrzędem pogrzebu kościelnego regulują stosowne przepisy Prawa Kanonicznego<sup>60</sup>. Każdy wierny zmarły ma prawo do pogrzebu zgodnie z przepisami prawa. Każdemu wolno wybrać cmentarz pogrzebania. Wierni zmarli winni być również zrównani, jeśli chodzi o kwestię ofiar składanych z okazji pogrzebu<sup>61</sup>. Zaś szczególną uwagę winien zwracać duszpasterz na sytuację materialną rodziny zmarłego oraz nie dopuszczać do uzależniania obrzędów od wysokości złożonej ofiary<sup>62</sup>. Życie pokazuje niejednokrotnie, że tradycyjne *co łaska*, dokładnie ustalone, zmusza biednych wiernych do ponoszenia kosztów, podobnych do tych, składanych przez innych zamożniejszych parafian. Prawo Kanoniczne określa dokładnie kwestie związane z osobami, którym należy udzielić lub odmówić pogrzebu kościelnego. Do dyspozycji ordynariusza miejsca pozostawiono wyrażanie zgody na pogrzeb kościelny dzieci, których rodzice mieli zamiar je ochrzcić, a jednak zmarły przed chrztem<sup>63</sup>. Notorycznym apostatą, heretykiem, schizmatykiem, osobom, które wybrały spalenie swego ciała z motywów przeciwnych wierze chrześcijańskiej oraz innym jawnogrzesznikom, jeśli przed śmiercią nie dali żadnych oznak pokuty – należy odmówić pogrzebu

<sup>58</sup> *Obrządki pogrzebowe* [w:] *Funeralia 2003. Katalog pogrzebowy*, red. A. Dzierżanowski, Warszawa 2003, s. 181–184.

<sup>59</sup> Za: [http://www.cmentarzekomunalne.com.pl/pol\\_kremacja1.html](http://www.cmentarzekomunalne.com.pl/pol_kremacja1.html).

<sup>60</sup> *Kodeks Prawa Kanonicznego*, kan. 1176.1–1182. Poznań 1984.

<sup>61</sup> *KPKan*, kan. 1181. Kwestie związane z ustalaniem kwot za udzielone sakramenty i sakramentalia scedowane są na zebranie biskupów prowincji: kan. 1264<sup>o</sup>2.

<sup>62</sup> *Obrzędy pogrzebu dostosowane do zwyczajów diecezji polskich*. Katowice 1998, s. 24–25.

<sup>63</sup> *KPKan*, kan. 1183.2. Współczesną interpretację tych przypadków oraz perspektywę historyczną przybliżył tekst: Kracik J., *Śmiertelne skutki pewnej teologii*. Tygodnik Powszechny Nr 45 z 7 listopada 2004, s. 11.

katolickiego<sup>64</sup>. Ustalone zasady sprawowania katolickiego obrzędu pogrzebu, ujednolicone dla całej krajowej wspólnoty wiernych, pozostawiają spory margines zachowywania lokalnych zwyczajów i tradycji, jeśli nie pozostają one w sprzeczności z teologiczno-pastoralnym interpretowaniem śmierci, jako udziału w misterium paschalnym wynikającym z ducha ewangelicznego<sup>65</sup>.

Ukształtowane w procesie dziejowym obrzędy pogrzebowe w dominującym stopniu są determinowane przez powszechność religii katolickiej w naszym kraju. Naturalnym jest więc fakt przewagi sprawowanej liturgii pogrzebu w rycie Kościoła Rzymskokatolickiego<sup>66</sup>. Postulat opracowania i praktykowania świeckiej ceremonii pochówkowej, podnoszony przez obywateli indyferentnych pod względem religijnym lub niewierzących, realizującej ich potrzeby i pragnienia godnego pożegnania najbliższych<sup>67</sup>, przyjął się w narodowej obyczajowości w szcążkowej formie.

O ile zachowywanie zasady chowania zmarłych wiernych na parafialnych cmentarzach wyznaniowych stanowi pewną całość kulturowo-prawną, o tyle kwestia normatywnie związane z prawem cywilnym stanowiącym o organizowaniu i zarządzaniu cmentarzami wyznaniowymi w świetle Konkordatu między Stolicą Apostolską a Rzeczpospolitą Polską rodzą pewne kontrowersje prawne i wykonawcze. Deklaracja Rządu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 15 kwietnia 1997 roku w celu zapewnienia jasnej wykładni przepisów Konkordatu stanowi, że pojęcie nienaruszalności cmentarzy<sup>68</sup> nie może być rozumiane jako prawo do odmowy pochowania na cmentarzu katolickim osoby innego wyznania lub niewierzącej<sup>69</sup>. Wynikające z tego sformułowania, przesądzające kwestię dostępności katolickich cmentarzy dla niewierzących, ustalenia mimo swej jednoznaczności nie przesądzają istnienia częstych sporów wynikających z moralnej postawy lokalnych duszpasterzy i zarządców cmentarzysk<sup>70</sup>. Casus pośmiertnych losów Jerzego Waldorffa i istotny w nich udział Zarządu Cmentarza na Powązkach, jest jednym z bardziej bulwersujących

<sup>64</sup> *KPKan*, kan. 1184.

<sup>65</sup> *Obrzędy pogrzebu...*, op. cit., s. 10–11.

<sup>66</sup> Michalak A., *Tradycje i współczesność polskiej obrzędowości pogrzebowej*. Łódź 1987, s. 18–43.

<sup>67</sup> *Ibidem*, s. 47–60.

<sup>68</sup> *Konkordat między Stolicą Apostolską a Rzeczpospolitą Polską*, art. 8, ust. 3.

<sup>69</sup> Sobczak A., *Poradnik cmentarny*. Gniezno 2003, s. 21.

<sup>70</sup> Agnosiewicz M., *Cmentarne hiemy i niekatolickie trupy*. wersja elektroniczna: <http://www.racionalista.pl/kk.php/s,2533>.

epizodów w dowolnym realizowaniu zagwarantowanych przez prawo cywilne norm postępowania ze zmarłymi w naszym kraju.

Poruszona powyżej kwestia jasnych regulacji prawnych dotyczących pochówków oraz wysokości opłat za kwatery na cmentarzach wyznaniowych, przy niejawności tych zapisów bardzo często rodzi różnorodne nadużycia. Coraz popularniejsza praktyka publikowania zestawienia opłat wymaganych przy korzystaniu z cmentarzy komunalnych obecna nawet w Internecie<sup>71</sup>, nie dotyczy jeszcze cmentarzy wyznaniowych. Jawność kosztów związanych z korzystaniem z miejskich nekropoli, nawet bardzo dokładne wyszczególnienia oferowanych usług są wynikiem coraz większej konkurencji na tym rynku i dbałości o potencjalnych klientów. Racjonalne i pragmatyczne podejście do prozaiczności zobowiązań finansowych wobec zarządców cmentarzy wytwarza nową jakość w funkcjonowaniu społecznych wyobrażeń o stosunku do zmarłych. Nawet wychodzenie naprzeciw potrzebom osób, które przez dbałość o już istniejące groby, chcą dawać wyraz swojego szacunku wobec zmarłych, poprzez publikacje przenoszące prozaiczne rady ogrodnicze do rangi sztuki „ogrodnictwa cmentarnego” zdaje się być tworzeniem nowej wartości w pamięci o drogich zmarłych<sup>72</sup>.

### Żałoba – przykra konieczność

Nieprzyzwoitość i wstyd, które przyległy do współczesnego wizerunku śmierci znalazły również swoje odzwierciedlenie w ostatniej związanej w obrzędami funeralnymi tradycji. Powszechnie niegdyś praktykowana żałoba, stała się niestosowna i jest obecnie traktowana jako coś chorobliwego. Niehigieniczność śmierci w społeczeństwach zachodnich skutkuje zażenowaniem nie tylko samą tematyką zjawiska umierania, ale już sama starość staje się czymś obscenicznym<sup>73</sup>. Trywializacja ostatnich pożegnań i śmierci w dyskursach społecznych i usuwanie z przestrzeni naturalnych zachowań żałoby po bliskich skutkować może postawami, które w zderzeniu z nagłym doświadczeniem śmierci masowej, destrukują

---

<sup>71</sup> Zob. np.: cenniki dotyczące korzystania z cmentarzy komunalnych w Krakowie: <http://www.zck-krakow.pl/uslugi/index.php?id0=oferta&id=cennik>, lub w Jasle: <http://www.um.jaslo.pl/bip/uchwaly/3-30-326.htm>.

<sup>72</sup> Rak J., *Ogrody pamięci. Dekorowanie grobów roślinami*. Warszawa 1998, s. 7.

<sup>73</sup> Zachurski T., *Koniec happy endu*. Newsweek Nr 44/2002, s. 24–26.

świat wartości moralnych. Pokolenie Amerykanów, które doświadczyło zagrożenia terroryzmem, zmienia powoli swój stosunek do śmierci. Być może nawet bezlitosne procesy demograficzne (dziś żyje w USA 35 mln ludzi w wieku powyżej 65 lat, prognozuje się, że liczba ta do roku 2030 podwoi się) ugruntują tę postawę. To na rynku amerykańskim pojawiło się i pojawia najwięcej książek, często mających charakter poradników z cyklu *How to?* dotyczących śmierci i straty najbliższych i z miejsca stają się bestsellerami<sup>74</sup>. Poradniki te, często pisane przez ludzi odbudowujących swoje życie po stracie najbliższych, zawierają praktyczne wskazówki jak poradzić sobie w gąszczu prawnych, finansowych problemów po stracie członka najbliższej rodziny. Podobnej pomocy oraz duchowego wsparcia osób cierpiących po stracie bliskich udzielają psychiatry i psychologowie. Powstają nawet osobne specjalizacje, tzw. doradców w żałobie – *grief counselors*. Oferty takich profesjonalnych „pocieszycieli” osób w żałobie, nie są pokrywane z ubezpieczeń medycznych, więc są skierowane do zamożniejszych obywateli. Najczęściej jednak wsparcie przybiera najbardziej amerykański sposób, czyli spotkania tzw. grup wsparcia. Grupy takie mają szczególnie istotne zadanie w „nomadycznej” Ameryce, gdzie członkowie rodzin żyją z dala od siebie, a więzi towarzyskie nie są tak silne, jak w naszym kraju. Wśród członków grup wsparcia dominują kobiety: wdowy, córki po stracie rodziców, ponieważ kobiety są bardziej skłonne do uzewnętrzniania swoich przeżyć. Takie grupy powstają zwykle w dużych miastach, osobom zmagającym się ze swoimi uczuciami po stracie najbliższych, które mieszkają w małych miejscowościach w sukurs przychodzi Internet. To on staje się największym „pocieszycielem” Amerykanów. Obecność w sieci takich stron, jak *GriefShare* czy *GriefNet*<sup>75</sup>, na których można się dowiedzieć o najbliższych spotkaniach grup wsparcia, czatować z innymi użytkownikami portalu, znaleźć linki do organizacji medycznych, religijnych i naukowych, odsyłać do bogatej bibliografii czy założyć wirtualne mauzoleum dla swoich zmarłych, to odpowiedź na problem wyrugowania żałoby ze społecznego obiegu i systemu zachowań, i obyczajów. Z żałoby nie ma indywidualnej drogi ucieczki. Coraz częściej ludzie nie potrafią sobie poradzić ze śmiercią i przeżywaniem żałoby. Tradycyjne relacje pomiędzy żałobnikami i społecznością, traktujące żałobę jako naturalny sposób na odreagowywanie straty, ulegają

---

<sup>74</sup> Książka Elisabeth Kübler-Ross *Rozmowy o śmierci i umieraniu* sprzedała się w nakładzie ponad 2 mln 200 tys. egzemplarzy.

<sup>75</sup> Zob.: <http://www.griefshare.org> oraz <http://www.griefnet.org>.

coraz silniejszemu zatarciu. Skonwencjonalizowane zasady postępowania we współczesnych społecznościach, marginalizujące terapeutyczny i zblizniający rany proces żałoby<sup>76</sup> i powrotu najbliższych po śmierci członka rodziny do społeczności, i sfery *profanum*, stały się obowiązującym kanonem międzyludzkich relacji<sup>77</sup>. Możliwość ratunku i osobistego odrodzenia daje tylko wspólnota współczująca, nawet jeśli miejscem wzajemnych interakcji jest przestrzeń wirtualna lub grupa zawodowo predestynowana do pomagania i wspierania ludzi.

---

<sup>76</sup> Szerzej o psychologiczno-socjologicznych uwarunkowaniach żałoby w: Alexander H., *Doświadczenie żałoby*, Poznań 2001, s. 105–245.; Woydyłło E., *To, co przed nami, też jest ważne*. Newsweek Nr 44/2002, s. 8–10.

<sup>77</sup> Kość K., *Kulturowe i psychologiczne uwarunkowania żałoby* [w:] *Problemy współczesnej tanatologii*, T. VIII, red. J. Kolbuszewski, Wrocław 2004, s. 177–185.





Marek Olejniczak<sup>1</sup>

## Śmierć człowieka w perspektywie osobowego spełnienia

Na zagadnienie śmierci można patrzeć z wielu różnych perspektyw: medycznej, psychologicznej, filozoficznej... Stanowi ona nieodłączny element życia ludzkiego, ponieważ wyznacza jego horyzont. Można by rzec za Heideggerem, że życie ludzkie jest „byciem ku śmierci”, choć niekoniecznie trzeba się zgadzać z nihilistycznym wydźwiękiem jego słów. Prawdą jest, że jesteśmy „rzuceni” w świat, nie wiedząc skąd i dokąd zmierzamy, i wiemy, że nieuchronnie zmierzamy ku śmierci, lecz czym jest sama śmierć, jaki jest jej sens i co ze sobą niesie, tego nie wiadomo. Jak słusznie twierdzi Zygmunt Bauman: „Nie istnieje nic bardziej przykrego niż myśl o śmierci; lub raczej o jej nieuchronności; o krótkotrwałości naszego bycia-w-świecie. (...) Śmierć jest ostateczną porażką rozumu, gdyż rozum nie może »pomyśleć« śmierci – tego, czym, jak wiemy, śmierć jest; myśl o śmierci jest – i pozostanie – *contradictio in adiecto*” [1].

Chociaż śmierć jest niezrozumiała, nie oznacza to, że samo życie nie ma sensu. Przeciwnie, są przesłanki by twierdzić, że jest dokładnie odwrotnie. W obliczu nieuchronności i tragiczności śmierci życie, trwające życie (!), nabiera prawdziwej wartości, którą należy chronić. Na skutek niezwyklego postępu naukowo-technicznego, szczególnie w dziedzinie nauk medycznych, potrzebna jest jednak ponowna pogłębiona refleksja nad tą wartością i jej poszanowaniem. Zwłaszcza, że nihilistyczne tendencje epoki postmodernizmu każą uciekać przed cierpieniem, śmiercią i umieraniem, i wyrzucać je poza nawias życia społecznego, suponując niejako, że są to sprawy mało ważne. Śmierć zmedykalizowana, naukowo wyjaśniona i „oswojona”, zdaje się być mniej tragiczna i mniej ważna, dlatego właśnie świat współczesny, a zwłaszcza środowisko medyczne,

---

<sup>1</sup> Zakład Etyki, Gdański Uniwersytet Medyczny

potrzebuje prawdziwej troski o życie oraz pogłębionej refleksji nad jego wartością.

### **Przedmiotowe oraz podmiotowe podejście do zagadnień bioetycznych**

Bioetyczne rozważania na temat śmierci człowieka koncentrują się zasadniczo na problemie wartości życia ludzkiego (jego nienaruszalności lub świętości), wolności człowieka oraz relacji zachodzącej pomiędzy nimi. Jest to podejście o tyle słuszne, że faktycznie od bioetyki oczekuje się wyjaśnienia kwestii wartości życia ludzkiego w różnych okolicznościach praktyki biomedycznej oraz wyznaczenia możliwie jednoznacznych granic ingerencji w życie ludzkie, zwłaszcza gdy chodzi o jego przerywanie. Można powiedzieć, że bioetyka jako dział filozofii praktycznej ma za zadanie wyznaczanie granic ludzkiej wolności w zakresie ingerencji w życie ludzkie, a granice te muszą być racjonalnie uzasadnione i oparte na prawdziwych przesłankach.

Jeśli więc ktoś rozważa jakiś istotny dylemat moralny, np. problem moralnej dopuszczalności zapłodnienia *in vitro*, zwłaszcza w kontekście śmierci tzw. zarodków „nadliczbowych”, to od bioetyki oczekuje rozstrzygnięcia, czy taka procedura medyczna jest w ogóle moralnie dopuszczalna, a jeśli tak, to w jakich okolicznościach i w jakim zakresie. Rozwiązanie tego problemu opiera się zawsze na kluczowym założeniu odnośnie statusu ontycznego oraz statusu moralnego zarodka ludzkiego [2] – czy jest on człowiekiem, a jeżeli tak, to czy przysługują mu wszystkie prawa człowieka, które przysługują ludziom już narodzonym. Jak wiadomo, w tej i podobnych kwestiach toczą się niekończące się spory i etycy wskazują różnorodne argumenty na poparcie swoich odmiennych stanowisk [3, 4].

Bioetyka nie jest zatem nauką, która mówiłaby jednym i przekonującym głosem, na którym można by się odpowiedzialnie oprzeć w praktyce biomedycznej. Jeżeli ktoś staje przed poważnym dylematem bioetycznym, to ostatecznie i tak musi samodzielnie podjąć odpowiedzialną decyzję. Bioetyka bowiem w tym tylko sensie służy tu wsparciem, że ukazuje różnorodność stanowisk wraz z ich odpowiednią argumentacją, jednak ze względu na różnice w obrębie konkretnych stanowisk bioetycznych w przyjmowanych kluczowych założeniach natury głównie antropologicznej, nie jest ona w stanie podać jednego, słusznego i ostatecznego rozwiązania danego dylematu (oznaczałoby to *de facto* koniec dyskusji bioetycznych). Ponieważ bioetyka zawsze z konieczno-

ści opiera się na określonych założeniach filozofii człowieka [4], konstytutywna jest dla niej różnorodność stanowisk i konkretnych wskazań normatywnych.

Najczęściej spotykany rodzaj refleksji nad zagadnieniem relacji między ludzką wolnością a wartością życia ludzkiego, można określić jako przedmiotowy. Ocenia się wówczas wartość moralną czynu w oparciu o jego przedmiot, bierze się zaś zasadniczo w nawias podmiot moralny, jego postawę moralną oraz kierujące nim motywy. A postawa moralna podmiotu spełniającego czyn, jest przecież sprawą równie ważną, jak przedmiotowa wartość jego czynu. Należy pamiętać, że bioetyka jest wciąż etyką, tzn. że oprócz wyznaczania granic ludzkiej wolności w dziedzinie ingerencji w życie ludzkie, ma ona również czynić ludzi lepszymi, prowadzić ich do osobowego spełnienia i szczęścia. I na to właśnie zagadnienie spełnienia osobowego należy zwrócić szczególną uwagę.

### **Wpływ wartości moralnej czynu na osobę sprawcy czynu – zagadnienie spełnienia osobowego**

Dlaczego kategoria spełnienia osobowego miałaby być taka ważna również z bioetycznego punktu widzenia i czym w istocie jest owo „spełnienie” osobowe, zwłaszcza w obliczu śmierci człowieka? Otóż, etyka jest nauką o czynach ludzkich, o ich moralnej wartości. Czyny zaś, czyli świadome i wolne działania, spełniane są przez osobę i świadczą z jednej strony o tym, kim ona jest, co sobą reprezentuje, zaś z drugiej strony wywierają one również wpływ na samą tę osobę, czyniąc ją lepszą lub gorszą; z jednej strony czyny ukazują charakter człowieka, jego cnoty i wady oraz jego indywidualną hierarchię wartości, z drugiej zaś strony, spełniając w sposób wolny subiektywnie uwarunkowany czyn, osoba kształtuje samą siebie. Człowiek staje się lepszy i szlachetniejszy za sprawą czynów dobrych, zaś degraduje się moralnie czyniąc coś złego.

Kategoria spełnienia osobowego wiąże się ściśle właśnie z wartością moralną czynów. Szczególnie wyraźnie zostało ono ukazane i wyjaśnione w filozofii Karola Wojtyły, według którego spełnienie się osoby jako osoby (spełnienie aksjologiczne) zależne jest ściśle od jej stosunku do poznawanej przez nią prawdy: „Rozstrzygnięcia sumienia co krok ukazują, że człowiek jako osoba spełnia się przerastając samego siebie ku wartościom akceptowanym w prawdzie i urzeczywistnianym dlatego z głębokim poczuciem odpowiedzialności” [5].

W ujęciu Wojtyły spełnienie osobowe ma miejsce wtedy, kiedy osoba spełnia czyn dobry, tzn. spełnia czyn w zgodzie z poznaną przez siebie prawdą o dobru. Z przytoczonych wyżej słów wynika również, że spełnienie osobowe jest „przerastaniem siebie samego” w jakimś określonym kierunku, który wyznaczany jest przez wartości „akceptowane w prawdzie”. Co to jednak znaczy i jaki powinien być ten kierunek? „Wartości moralne bowiem – pisze Wojtyła – są tak istotne dla osoby, że prawdziwej jej *spełnienie* dokonuje się nie tyle przez sam czyn, ile przez *moralną dobroć* tego czynu. (...) Najgłębszą rzeczywistość moralności można przeto ująć jako spełnienie siebie w dobru, spełnienie siebie w złu jest natomiast nie-spełnieniem” [6].

Dzięki temu, że człowiek jest osobą duchową i zdolny jest do samo-stanowienia [6], może on stawać się dobrym lub złym, a tym samym spełniać się w swoich dobrych czynach lub nie-spełniać w czynach złych. Wojtyła stwierdza wyraźnie: „Chodzi więc o to, aby być dobrym – a nie być złym. Aby przez czyn stać się dobrym – a nie stać się złym” [6]. Między spełnieniem osobowym i związanym z tym poczuciem szczęścia a wartością moralną czynów ludzkich, a ściślej – ich zgodnością z poznaną prawdą o dobru – zachodzi związek istotowy. Oznacza to, że nie można osiągnąć spełnienia osobowego i szczęścia bez trwania poprzez czyny w prawdzie o dobru i nie może być osobowo spełniony i szczęśliwy ktoś, kto żyje w zakłamaniu lub ma poważne wątpliwości co do tego, czy jego czyny są naprawdę dobre.

Człowiek jest osobą duchową, tzn. jest istotą rozumną, wolną i zdolną do spełniania czynów, które mają wartość moralną. Jednak w kontekście spełnienia osobowego Wojtyła stwierdza, że wolność może być przez osobę „źle użyta”, co powoduje, że jej życie moralne wiąże się ze szczególnym napięciem [7] i jest sprawą nierzadko śmiertelnie wręcz poważną, wbrew rozpowszechnionej współcześnie postawie bagatelizowania moralności: „Możliwość bycia dobrym lub złym – pisze Wojtyła – czyli spełniania siebie poprzez dobro, a nie-spełniania poprzez zło moralne, świadczy o szczególnej przygodności osoby. Fakt, że może ona być dobra lub zła wynika z wolności, ujawnia też i potwierdza wolność. Ujawnia równocześnie, iż wolność ta może być dobrze lub źle użyta” [6].

W tym momencie uwidacznia się również cały dramatyzm dylematów bioetycznych, w których chodzi przecież o wyznaczenie słusznej, bo opartej na prawdzie o tym, co dobre, granicy ludzkiej wolności. Już nie chodzi wyłącznie o to, czy ingerencja w czyjeś życie jest obiektywnie

słuszna czy niesłuszna, lecz o to, że w przypadku złego wyboru sprawca czynu nie będzie moralnie spełniony, bo czyniąc coś złego sam stanie się zły. Wolność może być dobrze lub źle użyta – na tym polega moralny dramat każdego człowieka.

### O sytuacjach bez wyjścia w etyce – czy rzeczywiście istnieją? [8]

O tym, jak łatwo jest nadużyć wolności w kwestii życia i śmierci, można się przekonać, śledząc bioetyczne dyskusje na temat m.in. zapłodnienia *in vitro*, wykorzystywania embrionalnych komórek macierzystych, aborcji czy eutanazji. Jakże wiele tu kontrowersji, gorących dyskusji i niekończących się sporów [9, 10, 11]! Czy wolno dokonywać selekcji zarodków ludzkich, czy nie? Czy wolno pozbawiać życia nienarodzone dzieci, czy nie? Czy wolno pozbawiać życia nieuleczalnie chorych i głęboko cierpiących pacjentów, zwłaszcza kiedy sami o to proszą, czy nie wolno? W dyskusjach na te tematy rzadko zwraca się uwagę na to, jakie skutki moralne przyniosą te czyny ich sprawcom – bierze się pod uwagę raczej to, czy wartość życia ma charakter absolutny czy względny, jakie korzyści lub skutki negatywne mogłaby przynieść legalizacja zapłodnienia *in vitro*, aborcji czy eutanazji albo czy życie ludzkie o bardzo niskiej jakości jest rzeczywiście życiem godnym człowieka itp. Rzadziej natomiast zwraca się uwagę na świadomość moralną, prawdziwe motywacje oraz poczucie osobowego spełnienia ludzi, którzy tych czynów dokonują. A to jest tu sprawa najważniejsza – *jaką wiodącą wartość chcą oni poprzez takie, a nie inne czyny urzeczywistnić?*

Wartość, której urzeczywistnienie stanowi intencję sprawcy czynu, niekoniecznie musi się w pełni pokrywać z obiektywną wartością przedmiotową czynu. Jasnym jest, że w przypadku, np. zapłodnienia *in vitro* intencją przyszłych rodziców, jak i lekarza uczestniczącego w zabiegu jest powołanie do życia zdrowego dziecka, co samo w sobie należy ocenić pozytywnie niezależnie od tego, czy metodę zapłodnienia *in vitro* uznaje się za dobrą czy złą. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że wobec kontrowersji związanych z selekcją zarodków oraz odrzucaniem tzw. zarodków „nadliczbowych”, owo dążenie może mieć charakter bezwzględny, niezależny od potencjalnych wątpliwości moralnych. Innymi słowy: dążenie do powołania do życia zdrowego dziecka, które samo w sobie może być moralnie dobre, będzie miało charakter dążenia „za wszelką cenę”, co radykalnie zmienia jego ocenę moralną. Prawdą jest, że odpowiedź na pytanie, czy ową „cenę” można zapłacić, zależy głównie od przedmioto-

wej wartości czynu, tzn. od tego, czy życie ludzkie na tym etapie rozwoju ma taką samą wartość, jak życie każdego innego narodzonego już człowieka. Tutaj jednak nie ma zgody wśród bioetyków [12, 13, 14]. Czy jest to wobec tego sytuacja bez wyjścia?

Być może w rozwiązaniu tego dylematu pomoże ponowne przyjrzenie się intencjom osób zaangażowanych w zabieg zapłodnienia *in vitro* i ich postawom moralnym. Dlaczego przyszli rodzice nie liczą się z życiem pozostałych zarodków, które się w całej procedurze pojawiają? Czy mają oni pełną świadomość wątpliwości etycznych, jakie się z takim zabiegiem wiążą? Jakie są również motywacje lekarza, dokonującego selekcji zarodków ludzkich? Czy i on ma pełną świadomość wątpliwości etycznych, jakie się z takim działaniem wiążą? Jeżeli obie strony rzeczywiście mają pełną świadomość wątpliwości etycznych, ale szczerze i uczciwie ich nie dzielają oraz mają zupełnie czyste intencje, bo pragną wyłącznie powołania do życia zdrowego dziecka i utworzenia szczęśliwej rodziny, a nie zaspokojenia jakiegoś chwilowego kaprysu lub nie kierują się wyłącznie chęcią zysku, to takie działania należałoby moralnie usprawiedliwić. Jedynie bowiem czyste sumienie, otwarte na prawdę o dobru, daje podstawę do spełnienia się osoby w czynie. Nie zapominajmy, że – jak mówi Wojtyła – „człowiek jako osoba spełnia się przerastając samego siebie ku wartościom akceptowanym w prawdzie i urzeczywistnianym dlatego z głębokim poczuciem odpowiedzialności”. Stąd można uznać, że jedynie głębokie poczucie odpowiedzialności za prawdę o dobru uobecniającym się w czynach może być podstawą rozwiązywania najtrudniejszych dylematów etycznych.

### **Konieczność podmiotowego spojrzenia na problemy bioetyczne**

Jak już stwierdzono, na kwestie bioetyczne związane z życiem i śmiercią należy zawsze patrzeć z perspektywy osobowego spełnienia i należałoby to robić nawet w dwóch kontekstach: spełnienia osoby, która czyni coś, co ma realny wpływ na życie drugiej osoby – chodzi tu o osoby sprawujące opiekę nad pacjentami, osoby, które mają ewentualnie dokonać eutanazji, aborcji (zarówno lekarz, jak i matka) czy również wykonać karę śmierci oraz w kontekście spełnienia osoby, która bliska jest śmierci. Czyny ludzkie mają wartość nie tylko przedmiotową, ale i podmiotową, dlatego z personalistycznego punktu widzenia jest o wiele mniej istotne, czy dany czyn jest „użyteczny” z czysto ekonomicznego albo społecznego punktu widzenia – ważniejsze jest raczej, czy za jego sprawą osoba, która

go spełnia, staje się lepsza oraz czy jest on dobry dla osoby, której dany czyn dotyczy.

Ta podwójna perspektywa spełnienia osobowego jest bardzo ważna, ponieważ uwzględnia pełną wartość etyczną czynu również w jego odniesieniu podmiotowym. Jest ważna również dlatego, że pozwala rozwiązać szereg problemów, przed którymi staje współczesna bioetyka, a które wydają się być ostatecznie nierozwiązywalne na skutek odmienności przyjmowanych założeń antropologicznych. Pozwala je jednak rozwiązać w sposób inny niż poprzez nierzadko jałowe, bo niekonkluzywne dyskusje o charakterze przedmiotowym na temat tego, czy dany człowiek jest już/jeszcze osobą, albo w jakich okolicznościach wolno pozbawić życia drugiego człowieka.

Weźmy kolejny przykład. Jeżeli ktoś ma wątpliwość, czy czterotygodniowy płód jest już pełnoprawną osobą ludzką i w związku z tym zastanawia się, czy wolno dokonać aborcji, bo ciąża jest „niechciana”, a matka jest w trudnej sytuacji życiowej, to po przestudiowaniu dyskusji bioetycznych na ten temat prawdopodobnie nadal będzie miał podobną wątpliwość. Pod tym względem dyskusje te zwykle nie dają jednoznacznych rozwiązań, a przedstawiciele określonych stanowisk „okopali się” wręcz na swoich pozycjach, powtarzając ciągle te same argumenty [15]. Tymczasem należy spojrzeć na ten problem również z perspektywy podmiotowej i zapytać: dlaczego matka nie chce dziecka, które zostało poczęte? Czy dokonanie aborcji uczyni ją lepszym człowiekiem? Czy zapewni jej lepsze perspektywy osobowego rozwoju i spełnienia osobowego?... Z drugiej strony należy też zapytać o motywacje lekarza, który ma dokonać tego zabiegu – czy dokonanie danego zabiegu aborcji uczyni go lepszym człowiekiem? Czy sprawi, że będzie się czuł osobowo spełniony? I czy w kontekście swojego specyficznego zawodu i jego etyki zawodowej będzie lepszym lekarzem i będzie czuł satysfakcję z dobrze wykonanego obowiązku? Takie pytania trzeba stawiać, bo aborcja nie dotyczy wyłącznie płodu, któremu odbiera się prawo do życia oraz samo życie, lecz również osób, które tego dokonują. Bioetyka jako etyka szczegółowa ma również pokazywać, co należy czynić, aby stać się lepszym człowiekiem. Nie chodzi tu wyłącznie o wartość i nienaruszalność życia ludzkiego, lecz także o spełnienie osobowe tych wszystkich ludzi, którzy o jego trwaniu decydują.

Podobnie wygląda kwestia eutanazji i osób, których ona dotyczy. Z tym, że w przypadku eutanazji dobrowolnej chodzi także o spełnienie osobowe cierpiącego człowieka proszącego o śmierć. Tutaj również

należałoby się zastanowić, co jest prawdziwym motywem podjęcia takiej, a nie innej decyzji odnośnie własnego życia i śmierci. Czy jest to decyzja w pełni świadoma i dobrowolna, czy też jest to raczej, jak sugerują specjaliści w dziedzinie opieki paliatywnej [16], rozpaczliwe wołanie o pomoc, tzn. o troskliwą opiekę, a nie o samą śmierć? Ostatnie chwile życia terminalnie chorego pacjenta, mimo całej ich tragiczności, mogą być przecież dobrze przeżyte i ubogacić moralnie zarówno osobę umierającą, jak i osoby, które się nią bezpośrednio opiekują [17]. Spełnienie osobowe poprzez dobre czyny uwidacznia się tutaj szczególnie dobitnie, a jego ideę można dobrze wyrazić w następujących słowach: „Odpowiedzialność za Innego, która jest punktem wyjścia każdej moralności, nie jest odpowiedzialnością ani warunkową, ani kontraktową, czy też odpowiedzialnością »odtąd dotąd«, »od tej chwili do tamtej«. Jest to odpowiedzialność totalna, bez wyjątku i granic, w żadnym punkcie przestrzeni i czasu nie może spocząć i świętować jako dokonana i spełniona. Troska o Innego żyje tak długo, jak długo żyje Inny (...); nie umiera pierwsza, przeżywa swój przedmiot. Ta troska i tylko ona czyni życie wartościowym” [1].

Podsumowując niniejsze rozważania należy stwierdzić, że właściwym dopełnieniem przedmiotowych rozważań bioetycznych nad wartością moralną czynu, jest refleksja podmiotowa, tzn. pytanie o możliwość spełnienia osobowego tych ludzi, którzy stają przed dylematem bioetycznym. Pogłębiona refleksja nad podmiotem moralnym spełniającym czyn i jego intencjami może pomóc w rozwiązaniu szeregu trudnych dylematów bioetycznych. Bioetyka jest bowiem dyscypliną, która docieka prawdy o dobru, szukając granic ludzkiej wolności w zakresie ingerencji w życie ludzkie, jednak jest przeciwieństwem dyscypliny filozoficznej, opierającą się z konieczności na założeniach natury antropologicznej. Dlatego wobec rozbieżności stanowisk bioetycznych w konkretnych kwestiach, refleksja moralna nad podmiotem, spełniającym czyn, może tu służyć nieocenioną pomocą.

## Piśmiennictwo

1. Bauman Z.: *Śmierć i nieśmiertelność. O wielości strategii życia*. N. Leśniewski (tłum.), WN PWN, Warszawa 1998, 20, 248.
2. Biesaga T. SDB: *Antropologiczny status embrionu ludzkiego*. [W:] Biesaga T. SDB: *Podstawy i zastosowania bioetyki*. WN PAT, Kraków 2001, 101–112.
3. Pietrzykowski T.: *Spór o aborcję. Etyczne problemy prawa*. Wyd. Sonia Draga, Katowice 2007.



4. Chyrowicz B. SSpS: *Eutanazja i spór o argumenty*. [W:] Chyrowicz B. SSpS: *Eutanazja: prawo do życia – prawo do wolności*. TN KUL, Lublin 2005, 143–172.
5. Wojtyła K.: *Podmiotowość i „to, co nieredukowalne w człowieku”*. [W:] T. Styczeń i in.: *Człowiek i moralność*, tom IV: *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne*. TN KUL, Lublin 2000, 441.
6. Wojtyła K., *Osoba i czyn*. [W:] T. Styczeń i in.: *Człowiek i moralność*, tom IV: *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne*. TN KUL, Lublin 2000, 197, 151, 204, 198.
7. Wojtyła K. Kard.: *Elementarz etyczny*. Wyd. TUM, Wrocław 2000.
8. Chyrowicz B.: *O sytuacjach bez wyjścia w etyce. Dylematy moralne: ich natura, rodzaje i sposoby rozstrzygnięcia*. Znak, Kraków 2008.
9. Probučka D. (red.), *Etyka wobec sytuacji granicznych*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2007.
10. Mappes T. A., DeGrazia D. (red.), *Biomedical ethics*. McGraw-Hill, New York 2006.
11. Beauchamp T. L. i in. (red.), *Contemporary Issues in Bioethics*. Wadsworth 2008.
12. Przyłuska-Fiszler A.: *Klonowanie terapeutyczne. Moralne aspekty eksperymentów na pozaustrojowych zygotach ludzkich*. [W:] Alichniewicz A. i Szczęsna A.: *Dylematy bioetyki*. AM w Łodzi, Łódź 2001, 158–162.
13. Szawarski Z.: *Etyka i zapłodnienie pozaustrojowe*. [W:] Szawarski Z.: *Mądrość i sztuka leczenia*. Wyd. słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2005, 219–241.
14. Ślipko T. SJ: *Bioetyka. Najważniejsze problemy*. Wyd. Petrus, Kraków 2009.
15. Chyrowicz B.: *Bioetyka: powracające pytania...*, [http://www.ptb.org.pl/pdf/chyrowicz\\_preimplantacja\\_1.pdf](http://www.ptb.org.pl/pdf/chyrowicz_preimplantacja_1.pdf) (Polskie Towarzystwo Bioetyczne, Debata: *Wokół diagnostyki preimplantacyjnej*, 20.03–3.04.2009).
16. Aumonier N., Beignier B., Letellier P.: *Eutanazja*. Burska E. (tłum.), PAX, Warszawa 2003, 24.
17. Kübler-Ross E. (red.), *Śmierć. Ostatni etap rozwoju*. K. Sobiepanek-Szczęsna (tłum.), MT Biznes, Warszawa 2008.



Małgorzata Mirowska<sup>1</sup>

## Dlaczego śmierć mojego Taty była piękna?

Pracę tę, z powodu braku słów do nazwania Misterium Śmierci, można by zatytułować „Może to największe wypowiada się milczeniem?” [1] albo „Duchowy wymiar śmierci” lub „Edukacyjny wymiar śmierci”, albowiem taki jest wymierny efekt towarzyszenia w umieraniu mojego Taty.

Spotkania ze śmiercią, zwłaszcza bliskich osób, nie należą do łatwych, bo „śmierć to ciężka praca, może być wstrętna, okrutna, choć bywa też chwalebna” [2]. Dlaczego w otaczającym nas świecie tak trudno rozmawiać o śmierci? Profesor Kazimierz Dąbrowski dał odpowiedź na to pytanie w kilku znaczących słowach, bo „śmierć jest zakrytą kartą naszego bytu, w którą zaglądamy jednostronnie, powierzchownie, niewystarczająco” [3]. Wiarygodności tym słowom dodają liczby przedstawione w badaniach CBOS nt. „Stosunek Polaków do śmierci”. Tematyka tanatyczna zdecydowanie nie należy do kręgu codziennych zainteresowań Polaków: 29% respondentów nigdy nie myślało o śmierci, a prawie połowa (45%) robiła to rzadko lub bardzo rzadko. Do częstych refleksji na ten temat przyznaje się jedynie co czwarty badany (26%). W kwestii przygotowań do śmierci potrzebę taką wyraża ok. 47% respondentów [4].

Przygotowanie do śmierci może mieć wymiar ekonomiczny, prawny, ale również duchowy, jako doświadczenie dostępne nie tylko mistykom, świętym, ale zwykłemu człowiekowi. Anthony de Mello duchowość przyrównuje do „odnalezienia kopalni diamentów wewnątrz siebie”, do przebudzenia, do zatrzymania się ciałem i duszą w miejscu, na postoiu wyznaczonym przez życie” [5].

---

<sup>1</sup> Studio Edukacji i Terapii

Dla mnie takim „postojem” był czas choroby i umierania Taty. Z perspektywy upływu dwóch lat od Jego śmierci próbuję nazwać przeżycia, którymi zostałam obdarowana. Zapewne nie byłoby tych doświadczeń, gdyby nie umiejętność wsłuchiwania się w siebie i dzielenia się tymi refleksjami z Osobą, przy której „uważność” trenuję od kilkunastu lat. Wojtka Nyklewiczka znam od 1994 roku, gdy rozpoczęliśmy współpracę w Komisji Promocji Zdrowia w Łódzkiej Izbie Pielęgniarek i Położnych. Od tamtego czasu jesteśmy Przyjaciółmi, wiele ze sobą rozmawiamy, a codzienną praktyką od 5 lat, od kiedy Wojtek pojawił się w Białymstoku, jest pisanie listów drogą maili, za pośrednictwem których Wojtek uczestniczy w moim życiu. Tak powstał „Pamiętnik umierania mojego Taty”.

Nazywanie myśli i uczuć w listach, w trakcie spotkań pozwalało usłyszeć samą siebie i był to jeden z etapów przygotowań do oswojenia się z umieraniem Taty.

Właściwie do „szkoły umierania” zaczęłam chodzić wcześniej. Takimi „lekcjami umierania” była praca w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym, w którym przebywali ludzie starzy, do którego wielu przychodziło zakończyć swoje ziemskie życie. To były rozmowy o odchodzeniu z pacjentami i ich rodzinami, obserwowanie, jak ludzie oczekują śmierci, przeczuwają jej nadejście, a także uczestniczenie w ich pożegnaniu. W tym czasie również intensywnie poznawałam literaturę o starości, śmierci i umieraniu oraz uczestniczyłam w pierwszej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Życiodajna śmierć”. Myślę, że z perspektywy czasu mogę polecić spis literatury, który można by nazwać „Spisem lektur w Szkole Umierania”, pomocnych w kształtowaniu zdrowego podejścia do śmierci (wykaz literatury w załączeniu).

Już wtedy – nie wiedząc – przygotowywałam się do rozstania ziemskiego z Tatą. Przez siedem miesięcy, również Tato był moim nauczycielem umierania. Kolejne operacje neurochirurgiczne, obrzęki płuc, stany krytyczne to były nasze „generalne próby umierania” – „małe śmierci” [6], w trakcie których uczyłam się słów, zachowań, które pomogły mi pożegnać Tatę w dniu Jego śmierci.

Niedawno przeczytałam słowa Cicely Saunders: „Jeśli nie włączymy się w przygotowanie do śmierci bliskiej osoby, nigdy się z nią nie spotkamy, nigdy nie będziemy mieli okazji, by należycie się pożegnać. Oni muszą pozwolić nam odejść i my musimy pozwolić im odejść” [7]. Teraz rozumiem sens tych słów i mogę nazwać te wszystkie przygotowania jako „prowadzenie”, jakbym realizowała wcześniej napisany scenariusz przez Stwórcę Wszechświata.

O edukacyjnym wymiarze śmierci Taty mogę mówić w kilku aspektach: jeden z nich to przesłanie Taty, że w człowieku są siły i możliwości, których się nie spodziewamy – w czasie choroby często słyszałam pytanie: „skąd masz tyle siły?” Wtedy odpowiadałam: „z Kosmosu” (czymkolwiek by on nie był). Wspomnienie tych ekstremalnych możliwości psychicznych i fizycznych w sytuacjach kryzysowych pozwala mi wygenerować dodatkowe siły. To tak, jakby Tata mówił: „dasz radę, jesteś silna”.

Kolejny pedagogiczny aspekt, to przyjazne myślenie o własnej śmierci, psychiczne przygotowywanie się do niej i zwrócenie większej uwagi, aby żyć uważnie „na skrzyżowaniu tu i teraz, zwłaszcza, gdy miejsce, w którym jesteśmy niknie w obłoku zapomnienia” [8]. Innego sensu nabierają słowa, np. „do jutra”, które teraz nie znaczą tyle samo, co przed śmiercią Taty. Dzisiaj używam słów pożegnania z poczuciem, że jutra może nie być.

W „szkole umierania” przez 7 miesięcy był również mój Syn i personel ZOL, którzy poprzez obserwowanie „oswajania śmierci” zostali obdarzeni nowym doświadczeniem i mam nadzieję, że ich „świadomość, jak reflektor oświetliła nowe obszary wewnętrzne” [9], które „obudzą się”, gdy przyjdzie czas odprowadzania Bliskich na drugą stronę „tęczy”.

Tyle Dobra i Piękna zrodziło się ze śmierci Taty, ale „umarłym się nie dziękuje. Dziękuje się Bogu, że poprzez ludzi potrafi tyle dobrego zdziałać, tyle światła pozapalać” [10].

## Dziennik umierania mojego Taty

[...] znaleźć słowa skrzydła  
które by pozwoliły  
bodaj na milimetr  
unieść się nad  
tym wszystkim” [11].

Kilkumiesięczna korespondencja z Wojtkiem powstała dzięki Jego przyzwoleniu na wsłuchiwanie się w moje relacjonowanie Podróży do Nieba mojego Taty oraz słowom zachęty: „**Pisz dziennik...swojej duszy lubo na papierze. A potem wyrusz w świat, do ludzi. Im jest coś takiego cholernie potrzebne. Potwornie się tego boją, ale pragną oswoić się... z tym najważniejszym spotkaniem z Sobą**”.

Może refleksje z tego dziennika ubogacą kogoś, może ktoś doceni wartość aktualnej chwili...

[...] gdybym wiedział, że dzisiaj po raz ostatni zobaczę cię śpiącego, objąłbym cię mocno i modlił się do Pana, by pozwolił mi być twoim aniołem stróżem.

Gdybym wiedział, że są to ostatnie minuty, kiedy cię widzę powiedziałbym „kocham cię”, a nie zakładał głupio, że przecież o tym wiesz [12].

Od: MM 05.09.2006

Od wczoraj mój Tata leży na Neurochirurgii ze stłuczonym mózgiem – wczoraj przewrócił się na ulicy. Czy na pewno wybieramy sobie okoliczności śmierci – leży w 40-stopniowej gorączce, przywiązany, szarpie się... a tuż za Jego głową (III p.) tak pięknie zachodziło słońce i przelatywały klucze ptaków... Coś się Bogu pomyliło – Tata kocha las, grzyby... oj, nie tak...

Cały dzień trzymałam emocje, a teraz odpięłam wszystkie emocjonalne ekspresy i beczę, bo nie wiem, czy słowa „do jutra” dotyczą mojego spotkania z Tatą.

Od: WN 06.09.06

Nie wiem, co Ci powiedzieć.  
Po prostu posyłam ciepłe myśli.

Od: MM 10.09.06

Dzięki za wczorajszy chleb dla ciała i chmury dla duszy. A teraz trochę bieżących przemyśleń.

W nocy przed wypadkiem Taty, śniła mi się wielka, ciemna woda (wg wierzeń ludowych, to niedobry sen – na chorobę, śmierć), a na tej wodzie pływały przepiękne nenufary, takie jak na stawie w Supraślu.

Wiesz, w moich aktualnych przeżyciach jest dużo bólu i dzisiaj rozmawiałam z Bogiem, śląc do Niego petycję, żeby zmienił trochę Ustawy Niebiańskie i wrócił do dawnej tradycji, kiedy to starzy ludzie czując nadchodzącą Śmierć, zwoływali całą rodzinę – żegnali się, dawali ostatnie wytyczne i jak zamierzali, tak robili – umierali przy blasku płomieni świec.

A nenufary w moim śnie to może piękno śmierci, czyli dotykanie myślami Nieba, rozmowy z Bogiem, to otulanie puchem anielskim stłuczonego mózgu Taty, to trzymanie Go za rękę, to szeptanie na pożegnanie do ucha – „jak chcesz, to do jutra.”

Nenufary to również szukanie ciszy i spokoju. Taką matrycą ciszy i spokoju są wspomnienia pobytu na Podlasiu. Zobacz, jak Pan Bóg to wymyślił – posłał mnie Tam w odpowiednim czasie, żeby teraz było ciszej w mojej duszy.

Codziennie palę światełko, żeby oświetlać Tacie Drogę – nie wiem, w którą stronę ona prowadzi, ale przecież to jest ta sama Droga, tylko inny kierunek.

Czy mogę w dalszym ciągu dzielić się z Tobą takimi przemyśleniami? Zrozumiem, jeśli powiesz – nie.

Od: WN 10.09.06

Ależ oczywiście, pisz, przecież czekam. Z uwagą i z pokorą ucznia czytam Twoje listy. Milczę, by nie szumieć. Po prostu słucham.

Od kilku też dni czytam książki, które zostawiła mi do czytania Pani Profesor: „Twoje życie na ziemi jest twoim życiem w zaświatach” oraz „Skąd przyszedłem? Dokąd idę?”. Czuję, że przygotowuję się na własną śmierć. Twoje opowieści są dla mnie takim samym światłem, jak dla Twego Taty.

Od: MM 08.09.06

Wiesz, dałam Tacie i Bogu wolną rękę – nie dręczyłam żadnego z Nich, nie targowałam się z Ich decyzjami, ale trzymając wczoraj Tatę za rękę i patrząc w niebo, które zachwycało odcieniami błękitu, jakby zapraszało do wejścia – szepnęłam Tacie na ucho, niech decyduje, gdzie chce iść na grzyby – na te ziemskie, czy niebiańskie. A Tato kolejny dzień bardzo dzielnie walczył i na dzień dzisiejszy można powiedzieć, że jest w Niebie, bo po koszmarnym pobycie na Neurochirurgii, gdzie sku...syny lekarze nie podejmowali żadnych działań czekając, aż starszy pan ze mrze lub córka dokona przestępstwa w postaci sponsoringu ich cennej specjalizacji, dzisiaj jest po zabiegu usunięcia krwiaka i leży na Intensywnej Terapii. Jest zaintubowany, nie męczą Go kolejne ataki drgawek, nie spala gorączka i wreszcie może się wyspać (zawsze miał problem ze spaniem).

Nie przeszkadzałam Tacie w odchodzeniu, ale chciałam, żeby odchodził w godnych Jego warunkach, więc wczoraj „posłałam na całość” i interweniowałam u dyrektora szpitala, tak więc neurochirurdzy byli zmuszeni zająć się pacjentem.

Stan zdrowia Taty anestezjologów oceniają jako zagrażający życiu, więc nie wiem, na ile jeszcze na etacie Tata ma swojego Anioła Stróża

– niech się dogadają między sobą. A Tata wie, że Go będę zawsze kochać, gdziekolwiek będzie.

Kolejne wielkie doświadczenie, to reakcja Łukasza na chorobę Dziadka – Łukasz rozkleił się totalnie, równocześnie pomagając mi dzielnie w pielęgnowaniu Taty, ale chyba myślał, że Dziadek jest z gatunku nieśmiertelnych – „for ever” i nie wyłamie się tak szybko z „naszej paczki”. Dużo rozmawiamy. Mówię Mu o moich próbach radzenia sobie ze śmiercią, ale Łukasz nie jest jeszcze przygotowany.

Miałam wątpliwości, czy pisać Ci o moich aktualnych emocjach, ale przecież temat śmierci jest Ci bliski i gdybym zaczęła wybierać pod publiczkę tematy do pisania, to byłabym nieszczerą wobec siebie i Ciebie, a tak nie chcę.

Od: MM 13.09.06

Kolejny wgląd w siebie, to doświadczenie Innego kontaktu z bliskim człowiekiem. Dzisiaj, głaszcząc Tatę po głowie, uświadomiłam sobie, że coraz częściej kontaktuję się z Nim w innym wymiarze. Ach, jak kiedyś chłonełam informacje dotyczące werbalnych, niewerbalnych komunikatów (te tyle %, tamte ileś) i byłam pilną uczennicą w ich odczytywaniu. W ostatnim czasie stan mojego umysłu wskoczył na Inną Orbitę. Coraz częściej jest to rozmowa dusz, spotkanie Energii, nieraz uczucie „pacnięcia”, jakby zderzenia myśli – jednomyślność...

Ostatnie lata pracy w ZOL-u, towarzyszenie Rodzicom w ich starzeniu, rozmowy z Tobą, uważność na przepływające przeze mnie myśli pozwoliły mi sformułować taki wniosek – im ciało starsze, powolniejsze, bardziej ociężałe, tym dusza lotniejsza, jakby wychodziła ze znoszonego ubrania – ciała i chciała pofrunąć na spotkanie z Inną duszą.

Od: WN 13.09.06

Dzięki za tę lekcję.

Od: MM 15.09.06

Czuję się, „jak stara rzeka, która nie ma sił doczołgać się do morza” – słowa poetki Urszuli Koziol najtrafniej oddają mój dzisiejszy stan energetyczny.

Ot, wysiadło tymczasowo jakieś zasilanie w moim ciele. A nich się naładuje.



Od: MM 16.09.06

A dzisiaj pan Bóg leciutko przestawił Tacie zwrotnice na Drodze ku nam, ziemianom. Tata, w dalszym ciągu na respiratorze, ale otwiera oczy na mój głos. Może zobaczył światełko na parapecie? Czasowi potrzebny jest czas.

Od: MM 20.09.06

W grudniu na pewno będę w Białym, konferencja zawładnęła moim sercem i duszą (ciałem niekoniecznie), więc gdziekolwiek wtedy spojrzysz (oprócz lodówki), tam mnie zobaczysz – mój szczyry, pełen ciepła i zachwyty uśmiech.

Od tamtego roku dojrzałam do Śmierci (to już nie tylko teoria), dotykam Jej leciutko – mogłabym opowiedzieć o Anielskim puchu wyściełającym stłuczony mózg Taty, czy o świętym oburzeniu koleżanki na mój tekst, kiedy odpowiedziałam, że nie wiem, jak się Tata umówił z Panem Bogiem, nie chcę Im przeszkadzać... – „To, co nie walczysz o Tatę?!”. Oj, dużo pięknych, intymnych przemyśleń, dotyczących Śmierci, bo Ona rzeczywiście jest życiodajna.

Od: WN 20.09.06

Mam głębokie poczucie bycia prowadzonym i dziania się rzeczy świętych i bycia świadkiem rzeczy świętych.

Naprawdę dzieje się tak, jak ma się dziać.

Od: WN 21.09.06

Podążając z Tobą po różnych zakamarkach świata wiem, że miałabyś o czym opowiadać. Wiesz, że nie muszą być słupki i wykresy. Najwyższą wagę ma przeżyte doświadczenie z własnego życia. Jeśli ciało zostawisz w Łodzi, to jest jeszcze waria(n)t B – Birtualne uczestnictwo. Wiesz przecież, jak wysłała się głos i obraz za ocean w okolicę wysp japońskich. Tylko proszę Cię, chciej przemówić.

Od: MM 25.09.06

Wczoraj sąsiad spytał mnie, jak się czuje Tata? – „też chciałabym to wiedzieć” – odpowiedziałam! To grzecznościowe pytanie uruchomiło we mnie myśli o towarzyszeniu Tacie w zmedykalizowanym istnieniu: na ile Tata jest po Tej stronie, czy był po Tamtej, co czuje, czy mnie słyszy...

Na pytanie sąsiada mogę odpowiedzieć jedynie, co ja czuję, patrząc na Tatę. A powiem Ci, że mimo dramatycznych informacji medyków o stanie zdrowia Taty, nie mam przeczucia, że czas Taty Tutaj się skończył.

Od: WN 26.09.06

Popatrz, jaką straszliwą dezintegrację człowieka powoduje medycyna. Nie wiesz, co się dzieje z Twoim Tatą, nie wiesz, gdzie jest, gdzie był. I popatrz, nikogo z medyków ta sfera ludzkiej egzystencji – duchowość – nie obchodzi.

Zobacz, co dobrego mogą zrobić pielęgniarki. Mogą szeptem powiedzieć do Twojego Taty: „Podczas, gdy Pan będzie w podróży, my zapiekujemy się Pańskim Ciałem tak, by mógł Pan wygodnie do niego powrócić. Lecz jeśli zdecyduje Pan inaczej, to chcielibyśmy, żeby miał Pan poczucie, że było ono w dobrych rękach”.

Od: MM 26.09.06

Mój Tata stwierdził, że na Ziemi jest o niebo lepiej i zbliża się do nas – taki zwykły cud. Odłączony jest od respiratora – w dalszym ciągu ma fajkę intubacyjną z podłączonym tlenem, czujnie wodzi oczami, reaguje na odgłosy i lekko podnosi dłonie do góry, mocno ściska moją dłoń – jest kosmitą. Bycie teraz z Tatą jest dla mnie niesamowitym doświadczeniem, które obudziło wiele ważnych pytań. To już nie teoria, to praktyka intymnego Spotkania ze Śmiercią.

Od: WN 26.09.06

Pisz dziennik... swojej Duszy, lubo na papierze. A potem wyrusz w świat, do ludzi. Im jest coś takiego cholernie potrzebne. Potwornie się tego boją, ale pragną oswoić się... z tym najważniejszym spotkaniem z Sobą.

Od: MM 25.09.06

Przez ostatnie trzy tygodnie ścieżki mojego życia są wyznaczone np. przez rytm odwiedzin u Taty. I wyobraź sobie, że od trzech dni wracając od Taty, w tym samym miejscu, o tej samej prawie porze, moją drogę przetupują jeże.

Widzisz, jak się krzyżują ścieżki stworzeń dużych i małych, nie wspomnę już o naszych.

Od: WN 26.09.06

Ciekawe, co jeże myślą o Tobie? A może to Anioł wychodzi na spotkanie pod inną postacią?

Od: MM 26.09. 06

Nie myślę, co one myślą, ale wyobrażam sobie, że tata jeż o wyznaczonej porze spogląda na zegar (biologiczny :)) i wypuszcza rodzinę na spacer na moją drogę, coby uśmiechnąć mi duszę – no bo widzisz, w takim jeżu też jest trochu Pana Boga i on jest mocarny i wpływowy na stan mojej duszy. A kiedy nie będą już wychodziły mi na spotkanie kolczaste Janioły, to w tym miejscu pozostanie ślad – uśmiech mojej duszy.

Od: MM 30.12.06

Zamykając skrzynię w tym roku, chcę Ci podziękować za Twoją obecność w moich życiu. Dzięki Tobie słyszę lepiej swoje myśli, poznaję siebie, rozwijam (tylko nie każ mi płacić za To, bo byłbyś milionerem).

Od: WN 02.01.2007

Na stronie: Jak to dobrze, że Baba nie wie, że ja również rozwijam się i ubogacam, bo mogłaby mnie skasować i zostać milionerką.

Od: MM 02.01.07

Życie to perełki radości, jak „Oćta” z Tobą i łyzy żalu – dzisiaj zmarła moja Siostra. Odeszła po cichutku, (choć na OIOM), po pożegnaniu ze swoim mężem.

Chorowała bardzo długo. Była 4 lata starsza ode mnie. Moja Rodzina przenosi się pomaleńku na Drugą Stronę. Jeździłam kilka godzin ze szwagrem załatwiając formalności pogrzebowe i na koniec Janek powiedział – „komu ja o tym wszystkim opowiem?”. Byli małżeństwem od 12-tu lat i właściwie się nie rozstawali. Grażyna całe dni spędzała na wózku, a On przynosił Jej świat do domu i opowiadał.

Nie zdążyłam Jej tylu słów powiedzieć, najprostszego, niedługiego – kocham Cię. Wiem, że Ona kochała mnie.

Dzięki, że mnie wysłuchałeś.

Od: WN 02.01.07

A ja chciałem Ci napisać o ciągle trwającym (do 6 stycznia), starosłowiańskim święcie Szczodre Gody – odradzającym się słońcu, nowym życiu – jak wierzyli Słowianie.

Od: MM 03.01.07

Od 4-ech miesięcy (od 4-ego września) palę codziennie „Tatowe światełko”. Wczoraj paliło się też dla Grażyny. To bardzo ważny czas dla mnie, zwł. dla mojego umierania.

Porównałabym moją sytuację do skoku narciarskiego – 4 miesiące temu wyszłam z progu i jestem w locie – zawieszona między Niebem a Ziemią... Moim przeznaczeniem jest frunąć. Bycie uważną, wsłuchującą się w odgłosy Nieba i Ziemi. O lądowaniu zdecyduje Gospodarz Wszechświata.

Od: MM 09.01.07

Gdybym wiedziała, że dzisiaj będzie taki dzień jak był, to bym nie wychodziła z norki. Wczoraj wieczorem, kiedy wróciłam z konsultacji u neurochirurga z wynikiem TC głowy Taty byłam w euforii. Lekarz był zaskoczony, bo cechy wodogłowia prawie się wycofały i zakwalifikował Tatę na założenie zastawki mózgowo-otrzewnowej. A dzisiaj przed 6-tą rano zadzwoniły dziewczyny z ZOL, że Tata jest w potężnym obrzęku płuc, z częstoskurczem. Walczył niesamowicie, nie poddawał się, tzn. nie jest chyba gotów odejść – w południe został przewieziony na OIOM. Mój Tata jest kosmitą, jak Ci już pisałam, tylko dlaczego leży na tym samym łóżku, na którym kilka dni temu umarła moja Siostra?

Już nie czuję się jak narciarz w locie, czuję się jak bokser w ringu, który zamroczony ciosem podnosi się i walczy dalej.

Podsumowując, jak mam Ci pisać takie dołkowe teksty, to chyba w ogóle nie będę pisać, a gdybym miała napisać o jasnej stronie dzisiejszego dnia, to napisałabym o pięknej reakcji pielęgniarek zolowych, niesamowitej organizacji Ich pracy, a zarazem takcie oraz o wspaniałej pomocy mojego Dyrektora – czułam się z Nimi bezpieczna, jak w bliskiej Rodzinie.

Od: WN 10.01.07

Pisz, Babo, pisz, A niech Ci pióro lekkim będzie, a klawiatura aksamitną.

Od: MM 26.01.07

Im Tata jest bliżej Nieba, tym ja bardziej widzę Bożą Podszewkę. Towarzystwo Tacie – czujność w przeżywaniu Jego odchodzenia jest dla mnie bardzo energetyczna.

Najzwyczajniej jestem zmęczona, jakbym znała, odczuwała wszystkie komórki mojego ciała, ale codziennie tak wiele we mnie nowych przeżyć.

Czuję, jakbym była koralikiem w ręku Pana Boga przesuwany dzień po dniu, dzień po dniu...

Dobrego nocnego wypocznienia Tobie życzę, sobie też... Do spotkania myśli.

Od: WN 26.01.07

Jestem, cały czas, czuwam.

Od: MM 04.03.07

Dzisiaj mija pół roku od wypadku Taty. Dla Taty każdy kolejny dzień oddala Go od zdrowienia, a przybliża do... nie wiem, jak Tata wyobrażał sobie życie po życiu. Żałuję, że nigdy nie rozmawiałam z Nim na ten temat – z niewieloma zresztą ludźmi można poruszać się w tych klimatach.

Wiem natomiast, jak ja się czuję. Moja terażniejszość: jadę autostradą, na której wg przepisów o ruchu drogowym nie można zawracać. Starość Rodziców, Ich umieranie jest nieodwracalne. Droga, która mnie teraz prowadzi wyłożona jest po bokach dźwiękoszczelnymi obudowami. Moje życie zawarte jest teraz w przestrzeni do przodu, bez widocznego horyzontu, a po bokach ściany, za którym może coś się dzieje, ale za bardzo nie interesuje mnie to. Nie chce mi się odpowiadać na pytania ludzi o stan zdrowia Taty, bo byłoby to opowiadanie o moim widzeniu umierania Taty, a to jest bardzo osobiste. Mój smutek, zmęczenie jest moje – nie chcę pobieżnych, zdawkowych pytań i takich samo grzecznościowych odpowiedzi.

Jestem na innej orbicie, na której po jednej stronie jest twarda, fizyczna rzeczywistość związana z pielęgnacją ciała Taty, a po drugiej stronie – dla równowagi dzieje się Duchowy Teatr. Im dłużej opiekuję się Tata, tym bardziej porozumiewamy się przez dotyk, czy duchowo.

Natomiast Twoja korespondencja bywa głosem z sąsiedniej, zaprzyjaźnionej chmurki, na którą chce mi się reagować – to jeszcze jedna możliwość mego podróżowania.

Od: MM 27.03.07

Chcę mieć nadzieję, że dla mojego Taty śmierć będzie „przebudzeniem się, takim porankiem po trudach konania” (ks. J. Twardowski).

Wczoraj kolega przystał mi takie piękne słowa

„Między pierwszą jasnością

A zawarciem się powiek,

Jest ta chwila na dramat,

Co nie mieści się w słowie.

Między pierwszym oddechem

A ostatnim westchnieniem,

Jest ta chwila na dramat,

który bywa milczeniem”.

Kap, kap, coś małego, wzruszonego spada na klawiaturę.

Ps. O poranku Stwórca uśmiechnął moją duszę zakwitłymi przy wejściu do pracy fiołkami. Ich pojawienie zdumiewa mnie co roku, że już są, że takie małe, a taka w nich moc woni...

Od: WN 28.03.07

Pod Cerkwią Św. Mikołaja na trawniku Pan Bóg wypasa stokrotki. Te same, na które w styczniu chuchał dmuchał, by było im ciepło. Piękna jest Jego troskliwa miłość.

Od: MM 30.03.07

Dzisiaj Anielski Orszak Biały wyszedł Tacie na Spotkanie. O 8.20 kołysany w moich ramionach oddał ostatnie tchnienie (dosłownie). Po Tatę przyszła Piękna Śmierć, której na imię – Cisza... Bardzo chcę Ci opowiedzieć o tym spotkaniu.

Proszę o światełko.

Od: WN 30.03.07

Właśnie zapaliłem Światło.

Nie powiem Ci, że Ci współczuję, bo kojarzy mi się to z wyrazem żalu... To tak, jakbym Ci żałował Darów i tego szczególnego wyróżnienia, którego zaszczyt miałaś dostąpić. Powiem, że jestem zaciekawiony, jestem spokojny i jednocześnie podekscytowany. Mam poczucie, że Twój Tato otoczony jest Miłością.

A z Tobą teraz pobędę w Ciszy przy płomieniu świecy.

Od: MM 31.03.07

Dzięki, że pojawiłeś się w moim życiu i pomogłeś mi (nawet nie wiesz, jak bardzo) przygotować się do mistycznego stanu, w jakim jestem od wczoraj.

Tak, od wczoraj trwa Święto Tatywstąpienia i jestem szczęśliwa, bo czuję się jakbym w ramionach doniosła Tatę do Bram Nieba. Poprzez Śmierć Taty narodziłam się na nowo. Moja dusza jest Świątynią, z której czuję, że mogę czerpać moc i siłę na dalszą Drogę.

Dziękuję Stwórcy, że Jesteś.

Od: MM 03.04.07

Właśnie kilka godzin temu dziękowałam przy grobie Taty kilku osobom – Tobie także. Moje pożegnalne słowa o Tacie, dla Taty, w imieniu Taty były klamrą dopinająca Misterium. Dzisiaj zastąpiłam księdza i Jego uniwersalne, pasujące do każdego pożegnania. To było moje najważniejsze wystąpienie – bez tremy, jakbym była prowadzona. Odwagi, sił, użycia tylu pięknych słów dodał mi uśmiech Taty, którym powitał nas po otwarciu trumny. Jestem szczęśliwa.

Zapalam teraz Tacie światełko.

Od: WN 04.04.07

Hm, i na dodatek zrobiłaś mi reklamę:)

A dziś jest szczególnie świątecznie, taki podniosły, miły nastrój. Od kilku dni palę uroczystą świecę w latarni na parapecie. Nie wystawiam jej na zewnątrz, co mam w zwyczaju robić podczas Wielkich Świąt, żeby nie było wątpliwości, że nie palę jej Papieżowi. W Niebie jest radośnie, aż udziela się na ziemi.

Od: MM 04.04.07

Tak, w Niebie i w mojej duszy gra Świąteczna Orkiestra, ale ludzie wiedzą lepiej i łączą się ze mną w bólu...

Od: WN 04.04.07

No to się chyba nie połączą, ale będą pewni, że to uczynili.

Inną drogą – ciekawe, ile razy w życiu udaje się połączyć różnym ludziom tak, żeby było communio, a nie złudzenie, że mówimy o tym samym?

No to weselmy się z Aniołami...

Od: MM 07.04.07

Kiedy opowiadałam Ci dzisiaj o Tatywstąpieniu czułam, że Jesteś tą Najwłaściwszą Osobą, której powierzam Święte Tajemnice Umierania.

Wszystko dzieje się tak, jak ma się dziać i to, że wędrowałeś ze mną od kilku miesięcy do Bram Nieba Tatowego również.

Stwórca pięknie tka Wszechświat ze Spotkań. I zobacz, ile było potrzebnych „skrzynnych spotkań”, żeby dojrzeć do tematu Misterium Śmierci, Oświecenia...

Jeszcze wrócę do tematu komunii dusz. Powiedziałam Ci, że nie wierzę w jej istnienie, ale są ludzie, w obecności których jest miękkie powietrze, którzy potrafią stworzyć klimat, w którym słyszy się np. ciszę, której nie zakłócają, a ma się wrażenie, że zmierzają tą samą Drogą. Dziękuję, że potrafisz wyczarować takie chwile.

Od: WN 12.04.07

Odrabiam zaległości, a tu wpadają świętości.

Ja miałem taką posobotnią refleksję, że w zasadzie słowa mogłyby zastępnąć w powietrzu i bezszelstnie przysiąść w pobliżu. Czułem, że to najważniejsze, co chcesz powiedzieć, to Cisza. Ona oczywiście była, lecz troszkę przyprószona słowem. Może to i dobrze, bo dzięki temu miała bardziej wyrazisty smak. A co by się stało, gdyby słowa wywiało? Pewno byłoby wzruszenie, poczucie intymności i spełnienia – wszystko to, co znasz z ostatnich chwil Spotkania z Tatą, byłoby obecne w naszej Rozmowie... znacznie bardziej wyraziście.

Od: MM 30.04.07

Dzisiaj wyświetliło mi się kino z Tatą w roli głównej. Na ulicy zobaczyłam mężczyznę podobnego do Taty i dopadła mnie wielka tęsknota.

Porozumiewam się z Tatą na orbicie duchowej, ale tak bardzo chciałabym trzymać Go teraz w ramionach.

Od: MM 18.07.07

Dzisiaj myślałam, z kim Tato się TAM spotyka. Po tej stronie znał bardzo dużo ludzi i wielu znało Jego. Był pomysłowym, pracowitym, uczynnym człowiekiem i domyślałam się, że Święty Józef wziął Go do swojej Drużyny. Czuję, że po Tej i po Tamtej stronie tęczy znam Pięknych Ludzi.

Proszę o światełko dla Taty.



## Korespondencja z pielęgniarką ZOL Anetą

Od: MM 30.03.2007

Droga Pani Anetko.

Dwa razy w życiu doznałam tak pięknych i silnych przeżyć – kiedy tuliłam do piersi Łukasza tuż po urodzeniu i dzisiaj, kiedy kołysałam Tatę w ramionach w chwili Jego Śmierci. To tak, jakbym wносиła Go na rękach przez Bramy Nieba. Teraz zrozumiałam zamysł Stwórcy, że to ja musiałam dojrzeć do Śmierci Taty, żeby Go pięknie odprowadzić. To Tata był moim Nauczycielem uważności, cierpliwości – i te próby generalne, przez które przygotowywał mnie do odejścia...

Nie chcę, żeby ludzie składali mi wyrazy żalu po odejściu Taty, bo dla mnie Odprowadzanie Jego to był Dar, Wyróżnienie, stan łaski Stwórcy Kosmosu.

Śmierć, która przyszła do Taty była Piękna i po trudach konania miała na imię Ciszka...

Dziękuję Pani i pozostałym Zoluskom, że byłyście z Nami w tak ważnych momentach życia.

Kap, kap, ciężkie krople wzruszeń spadają na klawiaturę

Całuję MM

Od: Aneta 31.03.07

Najpiękniejsza w Świecie Córko Pana Tatusia.

Nie dane mi było wczoraj być w pobliżu ciałem, choć myślami, co dzień rano zastanawiałam się, co u Was.

Dobrze pamiętam tamten ranek, kiedy zostałam z Wami. Taki moment, kiedy weszłam na salę i zobaczyłam Panią tulącą Tatusia.

Piękno było wtedy na sali.

Piękno było w Pani.

Poczułam, że dotykam SACRUM. Dwoje Świętych, sobie najbliższych w świętej sytuacji – to chyba właśnie Piękno Życia.

Dzięki Pani przetrwałam najcięższy okres po śmierci mojego Taty. Chciałabym umieć oddać Pani to Dobro, ale nie umiem.

Natomiast tak wiele się od Pani nauczyłam. Bardzo na Te miesiące patrzyłam uważnie, bo cóż – mam jeszcze Mamę. Nadal mam w sobie żal, że nie było mnie przy Tacie (choć nie wiem, czy miałabym Pani siłę), ale może kiedyś, kiedy przyjdzie czas na... Żal i smutek będzie dłuuuugo, bo ten „nasz Dom” – ZOL bez Was już nigdy nie będzie taki sam!

Pięknie Pani odprowadziła Tatusia i piękne słonko Go z Pani rąk przyjęło. Wczoraj zapaliłam światełko i myślałam, że mężczyźni wcale nie powinni dążyć do posiadania syna, skoro mogą mieć taką Córkę. Pan Tatus był Szczęściarzem!

Jestem dumna, że mogę z Panią pracować i od Pani się uczyć!

Dziękuję, że znalazła Pani w TYM dniu jeszcze chwilkę dla mnie. Całodobowo jestem do Pani dyspozycji.

Całuję i cały czas jestem obok Pani. Aneta

Od: MM 31.03.07

Jestem wzruszona po przeczytaniu Pani listu – piękne słowa, które przytulałam do serca.

Ma Pani rację, od wczoraj uczestniczę w Świącie – Tatywstąpienia, a przeżycia ostatnich siedmiu miesięcy choroby Taty są Świątynią, z której mam nadzieję czerpać mądrość i siłę na dalszą Drogę. Wczorajszy Dzień był dla mnie tak mistyczny, że gotowa byłam przejść na Drugą Stronę z Tatą.

Pani Anetko, każdy z nas ma tyle sił, ile mu potrzeba. Przypominają mi się słowa Mistra Zen, który mówił – „nie wychodź z domu patrzeć na kwiaty, przyjacielu – kwiaty są w Tobie”. Tak samo jest z siłą w nas, której moc mogą zwiększyć spotkania w Drodze ludzie. Dziękuję za Spotkanie.

Całuję serdecznie. MM

Od: Aneta 03.04.07

Droga Pani Kierownik,  
pałę światełko naszym Chłopakom i wspominam dzisiejszy dzień pogrzebu.

Zaczarowała mnie Pani siłą, opanowaniem, słowem.

I oby to poczucie spełnienia zostało w Pani na te ciężkie chwile, kiedy wspomnienia uginają zniecka kolana.

To zaczarowanie dzisiejszą Panią odejmuje mi władzę w palcach, więc już za wiele nie napiszę. Chcę, aby wiedziała Pani, że nadal jestem blisko Was.

Jestem dumna i wdzięczna losowi, że Panią spotkałam.

Całuski na tę znów ciężką noc. Aneta

**Piśmiennictwo**

1. Kapuściński R.: *Prawa natury*. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2006.
2. Saunders C.: [w:] *ZNAK: Śmierć i medycyna*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2009, 649, 54.
3. Dąbrowski K.: *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996.
4. CBOS. *Stosunek Polaków do śmierci*. Warszawa, 2005. Pobrano dnia 30.08.2009 z sieci WWW: [www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2005/K\\_098\\_05.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2005/K_098_05.PDF).
5. de Mello A.: *Rozwiązać pęta*. Verbinum, Warszawa 1997.
6. Skowronek A.: *Czy żyjemy za długo?* Tygodnik Powszechny. Pobrano dnia 30.08.2009 z sieci WWW: <http://tygodnik.onet.pl/32,0,30003,artykul.html>.
7. Saunders C.: [w:] *ZNAK. Śmierć i medycyna*. Społeczny Instytut Wydawniczy, Kraków 2009, 649, 54.
8. Kabat-Zinn J.: *Gdziekolwiek jesteś BĄDŹ*. Instytut Psychoimmunologii, Warszawa 2007.
9. Mellibruda J.: *Poszukiwanie siebie*. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2001.
10. Twardowski J.: *Dłużej niż na zawsze*. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2001.
11. Kapuściński R.: *Notes*. Spółdzielnia Wydawnicza „Czytelnik”, Warszawa 2005.
12. Sokół-Jedlińska J.: *Duchowość na co dzień*. Wydawnictwo W.A.B., Warszawa 2004.



Jan Głodowski<sup>1</sup>, Katarzyna Beata Głodowska<sup>2</sup>

## **Cierpienie i śmierć w imię nauki jako motyw eksperymentów przeprowadzanych na bliźniętach przez nazistów w obozie koncentracyjnym Auschwitz-Birkenau**

### **Wstęp**

Dojście do władzy w Niemczech narodowych socjalistów głoszących hasła nacjonalizmu i rasizmu stało się podstawą i początkiem do rozwoju nieludzkiej medycyny. Medycyna ta wprowadzana według planu, systematycznie realizująca postawione jej cele mogła powstać tylko w państwie o zbrodniczych podstawach ideologicznych. Kierując się dobrem narodu i wpisując się w przyjętą ideologię przedstawiciele zawodów medycznych, „uwalniali” początkowo naród niemiecki, zaś po rozpoczęciu II wojny światowej również ludność całej Europy, od jednostek społecznie niepożądanych, w świetle obowiązującego prawa – zbędnych.

W dążeniu do realizacji przyjętych wytycznych starano się opracować różnorodne metody, które skutecznie wyeliminują wybrane grupy społeczne. Pod pozorem medycznych badań naukowych nad różnymi jednostkami chorobowymi wyniszczano przedstawicieli kolejnych narodów. Oprawcy w swoich poszukiwaniach kierowali się troską o postęp w dziedzinie medycyny – słusznie zakładając, iż jest on możliwy w toku obserwacji przebiegu chorób, weryfikacji etiologii, diagnostyce, opracowywaniu metod leczniczych i ich późniejszej ocenie. Przyjmowano, że skuteczność metod należy zweryfikować w oparciu o badania na ludziach, uzyskując tym samym wyniki pozwalające na decyzję dot. pow-

---

<sup>1</sup> Doktorant w Katedrze Nauk Społecznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup> Asystent w Katedrze Nauk Społecznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

szechnego zastosowania opracowanej metody. Problemem jednak stał się dobór grupy badanych osób. Z uwagi na fakt prowadzonych działań wojennych odkryto potencjał, jaki skrywały tworzone różne typy obozów koncentracyjnych i zagłady – byli to ich więźniowie. W myśl poglądów niemieckich naukowców, mieli oni absolutne prawo do eksperymentowania na ludziach. Doświadczenia na człowieku były dopuszczalne nawet bez jego zgody, czy wręcz przy sprzeciwie uczestnika, jeśli podyktowane było to interesami nauki lub państwa. Eksperyment przeprowadzony bez zgody badanego nie nosił znamion eksperymentu nieetycznego [1]. Nie liczono się również z cierpieniem i licznymi zgonami, jakie towarzyszyły więźniom obozu KL Auschwitz-Birkenau poddawanym wymyślnym „metodom naukowym”. Wynikiem prowadzonych eksperymentów były liczne doniesienia, artykuły, prace naukowe i wystąpienia na konferencjach, w tym również prace będące podstawą do zdobywania kolejnych stopni naukowych w dziedzinie medycyny. Rzetelna analiza naukowa powstałych materiałów pokazała brak jakiejkolwiek wartości naukowej.

Lekarze przebywający służbowo w obozie koncentracyjnym Auschwitz-Birkenau brali czynny udział we wszystkich etapach procesu uśmiercania więźniów. Całkowicie podporządkowani rozkazom Komisarza Rzeszy ds. Spraw Zdrowotnych, lekarze SS stanęli przed problemem wzięcia udziału w masowym zabijaniu przy jednoczesnej chęci zachowania poczucia, że własne czyny są zgodne z przysięgą Hipokratesa [2].

Jesienią roku 1939 na wielką skalę rozpoczęto proces przymusowej eutanazji jednostek niegodnych życia. Do tego zadania zostali wybrani lekarze, mając za zadanie masowe uśmiercanie „życia niegodnego życia”. Zadanie to zostało podniesione do rangi najwyższego obowiązku [3].

Jeden z czołowych hitlerowskich lekarzy Fritz Klein powiedział: „Oczywiście, że jestem lekarzem i chcę ratować ludzkie życie. Z szacunku dla ludzkiego życia wycinam ślepą kiszkę, Żydzi są ropiejącą ślepą kiszką na ciele Europy” [4].

Gdy w obozie koncentracyjnym Auschwitz-Birkenau została wprowadzona selekcja nowo przybyłych więźniów (rok 1942), to nazistowscy lekarze odegrali znaczącą rolę w procesie masowej zagłady. Do jednego z ich głównych zadań należała decyzja o tym, kto z przybyłego transportu ma żyć, a komu pisana jest śmierć. Aktywny udział medyków w selekcjach na rampie był dla nazistów ważny z dwóch powodów: praktycznego i filozoficznego. Powód praktyczny – dzięki lekarzom w ciągu kilku sekund można było wybrać ludzi, którzy nadawali się do ciężkiej nie-

wolniczej pracy w obozie. Powód filozoficzny był znacznie ważniejszy i miał głębsze znaczenie. Chodziło o stworzenie wrażenia, że uśmiercanie ludzi nie było wynikiem przesądów tylko naukowo udowodnioną koniecznością. Auschwitz-Birkenau nie miało być miejscem, gdzie ludzi wysyła się na rzeź, tylko miejscem, w którym planowo przyczyniano się do rozwoju państwa. Państwa, w którym zamieszkiwali obywatele o pożądanym cechach, zwłaszcza takich, które spełniają kryteria rasowej czystości.

Mimo przeprowadzanych wielu eksperymentów na rzecz niemieckiej nauki (sterylizacyjnych, laboratoryjnych, farmakologicznych i innych) nazwiskiem, które najczęściej kojarzone jest z obozowymi doświadczeniami brzmi: doktor Josef Mengele. Obiektem zainteresowania dr Mengele stały się między innymi bliźnięta, dzięki którym miał uzyskać odpowiedź dot. zagadnienia istnienia genetycznego uwarunkowania cech aryjskich i tym samym możliwość zwiększenia ilości cięż mnogich u kobiet niemieckich.

### Doświadczenia na bliźniętach

Mengele wyróżniał się spośród lekarzy SS w Oświęcimiu. Jako jedyny służył na froncie i posiadał wysokie odznaczenia. Na początku objął funkcję lekarza obozu kobiecego w Birkenau. Do jego głównych obowiązków należało dokonywanie selekcji na rampie wyładowniczej, oddzielając zdolnych do pracy od mających zginąć w komorach gazowych [5].

Aby zrozumieć motywy działania doktora Mengele należy na moment przenieść się myślami do nazistowskich Niemiec (staramy się poznać człowieka w jego naturalnym środowisku: rodzina, dom, praca). Klimat stanowiła ideologia nazistowska. Jej podstawowym założeniem było przekonanie świata o dziejowym posłannictwie Niemiec i rasowej wyższości. Wyższość rasowa pochodziła od modnej w tamtym czasie eugeniki.

Pojęcie (gr. eugenes = dobrze urodzony) – zostało ukute w 1883 roku przez sir Francis Galtona, dotyczyło zaś ono selektywnego rozmnażania zwierząt bądź ludzi. Ideą było ulepszanie gatunku z pokolenia na pokolenie, szczególnie pod kątem cech dziedziczonych. W ciągu następnych lat Galton zmodyfikował swoją definicję, uwzględniając specyfikę eugeniki „pozytywnej”, zachęcającej do reprodukcji tylko najlepszych osobników. Rozwinął również pojęcie eugeniki „negatywnej”,

zachęcając tym samym, by osobniki „mniej wartościowe” nie przekazywały swoich genów następnym pokoleniom. Współcześnie to bardziej neutralny ideowo system poglądów zakładający możliwość doskonalenia cech dziedzicznych człowieka, którego celem jest stworzenie warunków pozwalających na rozwój dodatnich cech dziedzicznych i ograniczenie cech ujemnych [6].

Josef Mengele należał do grupy gorliwych orędowników stworzenia „czystej” rasy germańskiej. Po zdaniu matury w roku 1930 został przyjęty na dwa wydziały: filozofii i medycyny Uniwersytetu Monachijskiego. Od pierwszego roku studiów stał się aktywnym działaczem młodzieżowej przybudówki Stalhelmu, organizacji byłych żołnierzy. W roku 1938 roku otrzymał legitymację NSDAP z numerem 5574974 [5]. Dzięki rekomendacji profesora Mollisona z dniem 1 stycznia 1937 roku został asystentem w Instytucie Dziedziczności, Biologii i Czystości Rasowej Trzeciej Rzeszy na Uniwersytecie Frankfurckim, gdzie pracował z jednym z najwybitniejszych europejskich genetyków – prof. Ottmar Freiherr von Verschuer [4].

Od lipca 1940 roku Mengele przebywał w jednostce wojskowej w Kassel, w której pełnił obowiązki oficera medycznego. W czerwcu 1941 roku został wysłany na wschód, gdzie po kilku dniach przyznano mu Krzyż Żelazny drugiej klasy. Od 1942 roku Mengele pracował w Biurze do Spraw Ras i Przesiedleń w Berlinie. Po kolejnym awansie do stopnia Hauptsturmführera SS (najprawdopodobniej za wstawiennictwem von Verschuera) został przeniesiony do obozu koncentracyjnego Auschwitz (maj 1943 roku). Na polecenie Instytutu Badań Antropologicznych i Biologiczno-Rasowych przy Instytucie Cesarza Wilhelma w Berlinie Dahlem J. Mengele prowadził badania antropologiczne na bliźniętach zwłaszcza jednojajowych (monozygotycznych) [4].

Swymi badaniami miał podbudować rasistowską tezę o wyższości rasy nordyckiej, dowodząc absolutnej nadrzędności podłoża dziedzicznego w stosunku do środowiska. Dodatkowo w zakresie jego zainteresowania znalazła się fizjologia i patologia skarlenia, a także przyczyna występowania różnego zabarwienia tęczówki oka (*heterochomia iridis*). Doświadczenia rozpoczął w obozie cygańskim KL Auschwitz-Birkenau. Badania te przeprowadzał na dzieciach i młodzieży, u której występowała niespotykana dotąd wśród więźniów choroba zwana rakiem wodnym (*noma faciem* – zgorzel policzka) [7]. Interesował go powód występowania tej choroby u Cyganów. W tym celu rozkazał umieścić chorych w oddzielnym baraku nr 22., który znajdował się na terenie szpitala cygańskiego



w KL Brzezinka. Tadeusz Śliwiński, który w obozie pełnił funkcję lekarza więźnia wspominał, iż mimo, że od około dwudziestu lat nieprzerwanie prowadził swoją praktykę jako lekarz po raz pierwszy z tą jednostką chorobową spotkał się na terenie obozu [8].

Noma powstawała na skutek niedożywienia. Na twarzy tkanki miękkie policzka zanikały, przez co ukazywały się zęby i kości szczęki. Dr Mengele rozkazał nie tylko zebrać opis jednostki chorobowej, ale również wykonać zdjęcia i rysunki, na których byłoby widać przypadki z nomą. Aby móc wykonać to zadanie do zespołu trafia czeski więzień Włodzimierz Zlamala, który pięknie malował akwarelami. Do jego obowiązków należało utrwalić każdy przypadek nomy występujący na terenie obozu [9].

Danuta Szymańska – jedna z więźniarek, która pracowała na bloku eksperymentalnym wspominała, iż chorzy z nomą otrzymywali specjalne pożywienie do momentu znacznej poprawy ich stanu zdrowia [10]. Jednak zaraz po wyzdrowieniu Mengele pozbawiał ich tego „przywileju”, co wiązało się z nawrotem choroby. Więźniarka Ella Lingens, która również była lekarzem zeznała, iż dowiedział się od innej więźniarki, że Mengele przez dłuższy czas leczył dzieci ze zgorzelą policzka sulfamidami, a także dużymi dawkami witamin. Jednak po kilku tygodniach takiej terapii rozkazał ją przerwać i usunąć wszystkie „obiekty badań” z bloku [4].

Badania były prowadzone do momentu likwidacji obozu cygańskiego (2 sierpień 1944 r.). Mimo bogatej dokumentacji zebranej na temat nomy, Mengele wciąż nie był usatysfakcjonowany z zebranego materiału badawczego, w związku z czym postanowił zająć się innym tematem, który interesował go dużo bardziej.

Badania nad bliźniętami na wielką skalę rozpoczął w 1944 roku, kiedy to w jego badawczym zespole znaleźli się już lekarze wszystkich niezbędnych specjalności. Ostatni specjalista z zakresu anatomii patologicznej trafił do obozu 29.05.1944 r., był nim Nikolas Nyiszli (lekarz – więzień), który wspominał, iż bezpośrednio na zlecenie Mengelego wykonywał: „Wycinałem mięso z ciał zdrowych dziewcząt dla hodowanych przez dra Mengelego bakterii. Kąpałem zwłoki kalek i karłów w roztworze chlorowanego wapna albo też gotowałem w kadziach, aby ich odpowiednio spreparowane szkielety trafiły do muzeów Trzeciej Rzeszy i tam służyły przyszłym pokoleniom jako dowód świadczący o słuszości występowania narodów »niższej rasy«” [11].

Bliźnięta były poddawane badaniom: antropologicznym, morfologicznym, rentgenowskim i psychiatrycznym [9]. Badania antropologiczne

zostały powierzone znanej w ówczesnym czasie doktor antropologii więźniarce Marcie Puzynie.

U badanych dzieci były wykonywane dokładne pomiary każdej części ich ciała. Uwzględniając przy tym, iż w przypadku bliźniąt należało dokonać pomiaru obojga dzieci dla celów porównawczych. W dokumentacji opisywano między innymi: wykrój ust, kształt nosa, małżowin usznych, barwy oczu, skóry poszczególnych części ciała. Pomiarów dokonywano przy pomocy precyzyjnych szwajcarskich instrumentów. Od maja 1944 r., kiedy to M. Puzyna została asystentką dr Mengelego, dokonała pomiarów ok. 250 par bliźniąt [12]. Pomiary często trwały wiele godzin, a badani stali nago w nieogrzewanym pomieszczeniu, co dodatkowo przysparzało im cierpień. Zwłaszcza, że bardzo często takim badaniom były poddawane małe dzieci.

Mengele lubił osobiście wykonywać niektóre czynności, jak np. fotografowanie „królików” (tak nazywane były w obozie ofiary eksperymentów dr Mengele). Ponadto zdjęcia również były wykonywane przez osoby pracujące w pracowni fotograficznej w obozie macierzystym Auschwitz I.

Oprócz M. Puzyny w jego laboratorium była zatrudniona dodatkowo maszynistka więźniarka, Polka Janina Prażmowska i malarka, Żydówka czeska, Dinah Gottlibova. Do jej zadań należało wykonywanie rysunków porównawczych poszczególnych części ciała badanych bliźniąt, karłów i innych osób poddawanych badaniom [13].

Badania typu morfologicznego, rentgenowskiego, chirurgicznego, badania wzroku, słuchu, uzębienia były wykonywane na bezpośrednie polecenie Mengelego przez lekarzy specjalistów z danej dziedziny. Miejscem eksperymentów był szpital męski w Brzezince, jedynie sporadycznie przewożono bliźnięta na badania do obozu macierzystego do bloku nr 10.

W baraku nr 15 na terenie szpitala męskiego w Brzezince znajdowały się również gabinety: rentgenowski, stomatologiczny i okulistyczny. W trakcie badań uzębienia wykonywano niektórym bliźniętom odlewy gipsowe szczęk, a podczas badań okulistycznych zakraplano oczy jakimś nieznanym więźniom płynem, po którym oczy ropiały, a nawet w skrajnych przypadkach dzieci traciły częściowo wzrok [5]. Krew pobierano w ambulatorium w szpitalu kobiecym lub w bloku nr 2 szpitala męskiego w Brzezince. Każdej parze bliźniąt pobierano około 20 cm<sup>3</sup> krwi. Ponadto pobierano także wydzieliny w postaci moczu, kału, śliny, które były przesyłane do analizy do laboratorium Instytutu Higieny SS w Rajsku. Laboratorium w swoim składzie posiadało pracownię: biologiczną, anatomii patologicznej, bakteriologiczną, chemiczną i serologiczną.

W archiwum Państwowego Muzeum Auschwitz-Birkenau zachowało się wiele dokumentów z podpisami dr Mengele, m.in. zlecenia na przeprowadzenie badań w Instytucie Higieny SS w Rajsku [5].

Więźniarka Hani Schich, która była matką dwójki bliźniąt poddanych eksperymentom Mengelego zeznała, że w dniu 4 lipca 1944 r. na polecenie „anioła śmierci” (określenie więźniów co do osoby Mengelego) w jej obecności pobrano jej rocznym dzieciom krew w takiej ilości, że oboje zmarli (córka i syn) [14].

W ramach badań morfologicznych dr Mengele dokonywał eksperymentów wymiennego przetaczania krwi między bliźniętami, obserwując reakcję organizmu na tego typu badanie. Próby takie w wielu przypadkach kończyły się ciężkimi komplikacjami u poddawanych doświadczeniom, albowiem dr Mengele nie przeprowadzał wcześniej tzw. „prób krzyżowych” [7].

Mengele często dokonywał na dzieciach przerażających eksperymentów, które nie miały żadnego medycznego uzasadnienia (podobnie, jak niemal wszystkie eksperymenty medyczne przeprowadzane w obozach Trzeciej Rzeszy). Jedną z więźniarek Żydówek, pełniących funkcję w baraku bliźniąt w obozie cygańskim, Vera Aleksander zeznała, iż dwoje dzieci Guido i Nino, które miały około 4 lat zostały poddane zabiegowi zszycia. W ranę wdało się zakażenie co spowodowało, iż z rany sączyła się ropa, a w pokoju roztaczał się straszny smród gangreny. Dzieci z bólu płakały całą noc. Ich matka nie chcąc patrzeć na cierpienie swoich dzieci zdobyła dawkę morfiny, która pozwoliła ukrócić ich cierpienie [15].

Inny był więzień Moshe Ofer, który przebywał w obozie w wieku lat 12 wraz z bratem bliźniakiem imieniem Tibim wspominał, iż Mengele odwiedzał ich w klinice często przynosząc coś słodkiego. Przed badaniem, do którego używał skalpela uspokajał ich mówiąc, iż nie muszą się go bać, ponieważ nic złego się im nie stanie. Po tych słowach wykonywał nacięcia na jądrach, a także wstrzykiwał chemikalia. Po każdym takim zabiegu bracia otrzymywali od dr Mengele podarunek [11].

Dokumentacja medyczna prowadzona na polecenie Mengelego była starannie przechowywana, a także odpowiednio opisana. Każdy z badanych posiadał swoją teczkę, w której znajdowały się fotografie, rysunki, opisy i analizy badań.

Ostatnim etapem badań niektórych par bliźniąt lub pojedynczych osób były analizy poszczególnych organów ciała w trakcie sekcji zwłok. W tym celu na polecenie dr Mengele lub osobiście przez niego osoby te były zabijane najczęściej dosercowym zastrzykiem z fenolu, a zwłoki

dostarczane do prosektorium. Mieściło się ono początkowo w obozie cygańskim.

W 1944 r. na terenie krematorium II w Brzezince dr Mengele polecił zorganizować specjalną nowoczesnie wyposażoną pracownię-prosektorium, gdzie z końcem czerwca 1944 r. zatrudnił więźnia Miklosza Nyiszlego, który nie tylko przeprowadzał dla niego sekcje zwłok, ale także badania porównawcze niektórych organów wewnętrznych. Każdy opis miał być przygotowany od strony naukowej. Do tego zadania dodatkowo zostali przydzieleni lekarze antropolog Denes Göröga i dr Józef Kornera z Nicei.

Zabezpieczone w trakcie sekcji organy były wysyłane do Instytutu Badań Antropologicznych i Biologiczno-Rasowych w Berlinie-Dahlem. Dr Miklós Nyiszli wspominał, iż po dokonaniu sekcji zwłok jego zadaniem było wyselekcjonowanie ciekawych z punktu medycznego organów i zakonserwowanie ich. Dopiero tak przygotowany materiał badawczy mógł być wysyłany do Instytutu w Berlinie-Dahlem [11].

Mengele nie tylko wydawał zlecenie likwidacji swoich „królików”, ale również osobiście dokonał ich uśmiercenia. Jeden z więźniów wspominał, jak jednej nocy dokonał uśmiercenia 14 par bliźniąt podając im dosercowe zastrzyki z chloroformu [15].

Kres tak dobrze zapowiadającej się kariery „anioła śmierci” położyła ofensywa Armii Czerwonej. Gdy tylko zdał sobie sprawę, że wojna dla Niemców jest przegrana Mengele postanowił się ukryć. W związku z tym, iż nie miał wytatuowanej grupy krwi na lewym ramieniu (jak większość członków SS) miał ogromne szanse, by nikt go nie znalazł. Udał się wraz z innymi lekarzami do Gross-Rosen [5].

Mengele opuścił obóz w dniu 18 stycznia 1945 roku zabierając ze sobą całą medyczną dokumentację, wyniki jego badań, fotografie, karty chorobowe. W obozie pozostawił bez opieki medycznej dzieci, które wcześniej były poddane przez niego eksperymentom medycznym. W tamtej chwili liczyło się tylko jego życie. Wiedział, że jeśli dostanie się do niewoli, czeka go kara śmierci.

## Podsumowanie

Doświadczenia medyczne przeprowadzone w obozach koncentracyjnych w czasie II wojny światowej dotknęły tysiący osób. Spośród 90 tysięcy lekarzy działających w hitlerowskich Niemczech w działal-

ność zbrodniczą i przestępczą zaangażowanych było około 350 lekarzy [16]. Większość z ofiar eksperymentów medycznych zmarła. Ci, którzy ocalili okupili to cierpieniem i okaleczeniem, nierzadko trwającym do końca życia.

Prowadzenie badań eksperymentalnych jest niezbędne dla dalszego rozwoju medycyny. Jednak, mimo chęci pozyskania niekiedy niezwykle ciekawych wyników działań nowych leków (testowanych na poziomie badań klinicznych), nie można zapomnieć o najważniejszym, iż warunkiem przeprowadzania jakichkolwiek badań na organizmie ludzkim jest uzyskanie świadomej i dobrowolnej zgody pacjenta poddawanego eksperymentowi medycznemu. Eksperymentator nie ma prawa bez żadnego medycznego uzasadnienia przeprowadzać badań, które są niejednokrotnie bolesne i upokarzające. Niezwykle istotnym elementem jest przeprowadzenie w/w badań w taki sposób, aby osoby biorące w nich udział nie cierpiały, jak również by było zapewnione pełne bezpieczeństwo pacjenta. Od czasu zakończenia II wojny światowej to właśnie przede wszystkim zgoda uczestnika eksperymentu przesądza o legalności takich działań. Jako pierwszy w tej sprawie stanowisko zajął Norymberski Trybunał Wojskowy, który w 1947 roku, jako priorytetową, sformułował zasadę udzielania zgody przez osobę poddawaną doświadczeniu. Ten sam element zawarto w największym dziś międzynarodowym dokumencie regulującym prowadzenie eksperymentów medycznych, w tzw. Deklaracji Helsińskiej opracowanej w 1964 roku przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy. Deklaracja ta stanowiła podstawę do opracowania zasad. Tzw. Dobrej Praktyki Badań Klinicznych. Są to międzynarodowe standardy medyczne, etyczne i naukowe w zakresie planowania, prowadzenia, dokumentowania i ogłaszania wyników badań prowadzonych z udziałem ludzi. Niezależnie od wszystkich aktów prawnych, nie należy zapominać o podstawowym obowiązku lekarza, poddającemu swego pacjenta procesowi leczenia – kierowaniu się zasadą *primum non nocere* – po pierwsze nie szkodzić.

## Piśmiennictwo

1. Kubiak R.: Zgoda uczestnika eksperymentu – cz. 1. Prawo i medycyna, 2000, 8, 44–58.
2. Sterkowicz S.: Lekarze mordercy pod znakiem swastyki. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1999.

3. Gryko K. B.: Eksperymenty medyczne w obozie koncentracyjnym w Oświęcimiu z perspektywy współczesnej bioetyki, Praca niepublikowana, napisana pod kier. dr. H. Lisiaka, Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2004.
4. Medycyna III Rzeszy i jej ofiary., Klee E. Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych UNIVERSITAS, Kraków 2001.
5. Kubica H.: Dr Mengele i jego zbrodnie w obozie koncentracyjnym Oświęcim-Brzezinka. [w:] W. Długoborski, B. Jarosz, J. Mateja, k. Oleksy, F. Piper, A. Strzelecki, T. Świebocka, H. Świebocki, T. Zbrzeska (red.), Zeszyty Oświęcimskie 20, Wydawnictwo Państwowego Muzeum w Oświęcimiu, Oświęcim 1993, 325–389.
6. Musielak M.: Sterylizacja ludzi ze względów eugenicznych w Stanach Zjednoczonych, Niemczech i w Polsce (1899–1945). Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2008.
7. Zeznanie Stoppelman M. z 20.10.1966., Materiały dowodowe do procesu Mengele, t. 27, k. 106., Archiwum Państwowego Muzeum Oświęcim (AMPO).
8. Zeznanie Śliwiński T. z 7.07.1967. Materiały dowodowe do procesu Mengele, t. 27, k. 159., Archiwum Państwowego Muzeum Oświęcim (AMPO).
9. Piekut-Warszawska E.: Dzieci w obozie oświęcimskim. Wspomnienia pielęgniarki. *Przeg. Lek.*, 1967, 1, 204.
10. Szymański T., Szymańska D., Śnieszko T.: O szpitalu w obozie rodzinnym dla cyganów w Oświęcimiu-Brzezince. *Przeg. Lek.*, 1985, 1, 90–99.
11. Byłem asystentem doktora Mengele, Nyiszli M., Oświęcim 2000.
12. Rössel L.: Auschwitz. Naziści i „ostateczne rozwiązanie”. Wyd. Prószyński i S-ka. Warszawa 2005.
13. Relacja b. więźniarki Gottliebovej D. Zespół Oświadczenia, t. 102, k. 74 Archiwum Państwowego Muzeum Oświęcim (AMPO).
14. Oświadczenie Schnick H., t. 95, k. 48, Archiwum Państwowego Muzeum Oświęcim (AMPO).
15. Posner G. L., Ware J.: Mengele.: Polowanie na anioła śmierci. Kraków 2000.
16. Sterkowicz S.: Nieludzka medycyna. Wydawnictwo Medyk, Warszawa 2007.
17. Walter M.: Badanie kliniczne leków w świetle wymagań stawianych w Unii Europejskiej (UE) i USA i Polsce oraz wobec uwarunkowań w skali globalnej. *Prawo i medycyna*, 1999, 3, 94–103.

Anna Buszka<sup>1</sup>, Anna Bednarek<sup>1</sup>,  
Kinga Błoszyk<sup>1</sup>, Katarzyna B. Głodowska<sup>2</sup>

## Ocalenie przez pielęgnowanie na przykładzie obozu koncentracyjnego Auschwitz-Birkenau i Dachau

### Wstęp

Na mocy „rozporządzenia wyjątkowego o ochronie narodu i państwa” z dnia 28 lutego 1933 r., które zezwalało na zawieszenie wolności osobistej, aresztowanie i osadzanie bez wyroku sądowego na czas nieograniczony wszystkich osób uznawanych za wrogów państwa i narodu niemieckiego zostały zorganizowane na terenie III Rzeszy pierwsze obozy koncentracyjne. W pierwszym okresie ich funkcjonowania były one wykorzystywane do przetrzymywania opozycji antyhitlerowskiej oraz do izolowania ludzi uznanych za niebezpiecznych lub „nieprzydatnych”. Później zaś przetrzymywano w nich inteligencję krajów podbitych, osoby duchowne i związane z ruchem oporu, a także ofiary łapanek ulicznych i jeńców wojennych [1].

W ramach przygotowanego projektu Generalnego Planu Wschodniego (Niem. Generalplan Ost, GPO), nazistowskiego planu osiedleńczego i germanizacyjnego terytoriów Europy Środkowo-Wschodniej i Wschodniej, położonych na wschód od granicy Trzeciej Rzeszy sprzed września 1939 r., nastąpiła eliminacja elit polskich oraz masowe mordy na zwykłej ludności [2]. Planem GPO zamierzano objąć ludność słowiańską ze wspomnianych wyżej terenów, którą nazistowska polityka rasowa, opierając się na założeniach niemieckiej eugeniki (gr. eugenes =

---

<sup>1</sup> Kierunek Pielęgniarstwo, III rok, Dzielne Studia Licencjackie, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Studenckie Koło Naukowe Etyki i Bioetyki

<sup>2</sup> Asystent, Katedra Nauk Społecznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu

dobrze urodzony) określała jako „niższe rasy słowiańskie – podludzi” (Niem. slawische Untermenschen). Zaś na ich miejsce zamierzano osiedlić rasę nordycką, uważaną za „rasę panów” (Niem. Herrenvolk, Herrenrasse).

Ten plan niósł jednak za sobą szereg problemów organizacyjnych, dlatego zaczęto instalować całe systemy komór gazowych (urządzenie do wykonywania wyroków śmierci przez uśmiercenie człowieka trującym gazem) i krematoriów, które miały służyć mordowaniu i paleniu tysięcy zwłok dziennie.

Ostateczne plany zakładały utworzenie „Wielkogermańskiej Rzeszy” (Niem. das Grossgermanische Reich) i ustanowienie tzw. „Nowego Ładu” (Niem. Neue Ordnung) oraz realizację głównego celu II wojny światowej – panowania Niemiec nad światem (Niem. Weltherrschaft).

### **Powstanie obozów koncentracyjnych**

Według programu eugenicznego Adolfa Hitlera ziemię Trzeciej Rzeszy miała zamieszkiwać czysta rasa Aryjska – „rasa doskonałych panów”. W związku z czym na terenach nazistowskich Niemiec zaczęto eliminować opozycję oraz mordować w specjalnych ośrodkach chorych psychicznie. Ideologia nazistowska oszczędzała życie osobom, które odpowiadały kryteriom ustalonym przez nazistowskich uczonych. Jeśli ktoś nie kwalifikował się do tej grupy osób, był zakwalifikowany do zabiegu sterylizacji, bądź też umierał w komorze gazowej. Poprzez dokładnie zaplanowaną propagandę dotyczącą unicestwienia i upodlenia jednostki, ludzkość zaczęła się dzielić na lepszych i gorszych [3].

Pierwotnie w szpitalach obozowych (Niem. Revier, Krankenrevier, Krankenhaus) mieli leczyć się tylko i wyłącznie Naziści. Jednakże obecność chorych więźniów w kacecie (Niem. Konzentrationslager (KL) – obóz koncentracyjny) wywołała obawę SS-manów przed zarażeniem się. Dla przetrzymywanych utworzono prowizoryczne szpitale HKB (Niem. Häftlingskrankenbau – obozowy szpital więźniarski). Nad nimi zaczął sprawować opiekę personel lekarski oraz pielęgniarski pochodzący z różnych narodowości. Jednakże nie był to personel wykwalifikowany. Pielęgniarem mógł zostać fryzjer, rzeźnik lub kowal. Do obsługi aparatu rentgenowskiego został oddelegowany stolarz (cieśla), mechanik lub maszynista [4]. Brak wykształcenia w zakresie dawek promieniowania pozwalał na realizację planu wymordowania więźniów w lagrze. Lekarzom-esesmanom zależało tylko na zniszczeniu jak największej liczby ludzi nie-



przydatnych dla III Rzeszy. Za zabicie osoby, która chciała zbliżyć się do drutów obozowych, esesmani otrzymywali dodatkowe dni urlopu. Funkcjonariusze SS wykonywali także eksperymenty medyczne oraz operacje chirurgiczne bez najmniejszych wskazań, tylko dla zaspokojenia własnych ambicji. Tym samym doprowadzili do śmierci setek tysięcy przetrzymywanych w lagrach.

Wraz z przybywającymi transportami pociągów do obozów koncentracyjnych, które przywoziły przeładowane wagony z ludźmi nastąpił rozwój chorób zakaźnych. Od tego czasu utworzono rewiry. Po 1941 roku w blokach szpitalnych zaczął pracę wyspecjalizowany personel pielęgniarski oraz sanitarny. Wtedy właśnie rozpoczęła się walka o współtowarzyszy niedoli. Rewiry stawały się miejscami spokojniejszego umierania, chroniły więźniów przed wyczerpującą pracą.

Natomiast od 1942 r. lekarze-więźniowie mogli zająć się leczeniem więźniów w kacetach. Przy minimalnej ilości wyposażenia rewirów w opatrunki i znikomej ilości lekarstw zaczęła się obrona życia istnienia ludzkiego. Niestety, samowola Nazistów zmniejszyła się dopiero w 1944 roku, kiedy zostali powołani na front i zaczęło brakować rąk do pracy w sektorze przemysłu ciężkiego [5].

## Opieka pielęgniarska w KL Auschwitz-Birkenau

Największym obozem koncentracyjnym na terenie okupowanej Polski był Oświęcim-Brzezinka (Konzentrationslager Auschwitz-Birkenau) [6]. Został on utworzony na bazie struktury obozu w Dachau oraz Sachsenhausen-Oranienburg.

Dokładnej liczby osób zgładzonych w tym kacecie od maja 1940 r. do stycznia 1945 r. nie da się oszacować ze względu na fakt, iż często całe transporty trafiały bezpośrednio do komór gazowych, a osoby te nigdzie nie były rejestrowane [7].

Pierwszym podobozem był Auschwitz I, czyli Stammlager (obóz macierzysty – Oświęcim I), następnie obóz rozbudowano o część Oświęcim II (tj. Brzezinkę) i Oświęcim III (Monowice).

W pierwszych latach działalności obozu lekarze SS wraz z sanitariuszami SS mieli za zadanie zniszczyć jak największą ilość przetrzymywanych więźniów. Jednak więźniowie postanowili przeszkodzić w ich planie. Na terenie obozu zaczęła działać konspiracyjna grupa więźniarska, której celem było utrzymanie przy życiu jak największej ilości ludzi.

Personel SS celowo doprowadzał do ograniczenia ilości i jakości posiłków przyjmowanych przez chorych, co było przyczyną przewlekłych biegunek, prowadzących do odwodnienia i śmierci. Utrudniało to także gojenie ran, mimo usilnych starań pielęgniarzy, którzy zaopatrywali je w dostępne środki opatrunkowe, z całej siły walcząc o zachowanie ich przy życiu.

Praca pielęgniarzy polegała na przygotowywaniu od wczesnych godzin porannych setek chorych do wizyty lekarza SS. Do ich zadań należało odwszawianie, kąpanie, mycie i golenie. Zamiast leczeniem i pielęgnowaniem personel służby zdrowia z przymusu zajmował się porządkami w barakach, czyszczeniem łaźni i myciem podłóg. Wykonywanie tych czynności miało na celu ograniczenie czasu poświęcanego pacjentom i ich zaniedbywanie. Absurdem był fakt, iż w obozie koncentracyjnym, gdzie często dochodziło do epidemii z powodu braku higieny, unosił się wszechogarniający smród od ropiejących ran, a pielęgniarze otrzymywali karę za niedociągnięcia związane z utrzymaniem czystości na salach chorych [7].

Terror w Auschwitz-Birkenau zmalał w latach 1942–1943 po klęsce stalingradzkiej, ponieważ zmniejszyła się liczba funkcjonariuszy SS w obozie, którzy zostali wysłani na front wschodni. W związku z tym Trzecia Rzesza zaczęła dotkliwie odczuwać brak rąk do pracy. Każda osoba, która przebywała w obozie koncentracyjnym była potrzebna, aby powiększać bogactwo nazistowskich Niemiec. Wyjątek stanowili jedynie Żydzi, którzy do końca funkcjonowania obozu byli gładzeni w komorach gazowych.

Lekarze i pielęgniarze dźwigali codziennie ciężkie kotły z zupą i kawą oraz kosze z chlebem [6]. Pełni poświęcenia dla bliźniego stawali się wzorem do naśladowania przez młodszych więźniów, których szkolili i wdrażali w techniki wykonywania zabiegów, aby pomóc swoim bliźnim w niedoli. Podsycając myśl o konspiracji przeciwko Nazistom starali się podnosić na duchu współwięźniów.

Pielęgniarze o dłuższym stażu pracy prowadzili kursy pielęgniarskie dla dziewcząt rekonwalescentek, aby tym samym podnieść jakość opieki medycznej. Każda nastolatka, która znalazła się na takim kursie zwiększała swoje szanse przeżycia. Dziewczęta przyswajały w trybie przyspieszonym obowiązki oraz zadania, które miały do nich należeć kiedy zaczną pełnić funkcję pielęgniarek w rewirze. W bardzo szybkim tempie musiały się nauczyć ściśle praktycznej wiedzy, jak np. pomiar tętna i wykonywania zastrzyków.

## Opieka pielęgniarska w KL Dachau

Pierwszy nazistowski obóz koncentracyjny został utworzony 22 marca 1933 roku. Władze KL (Niem. Konzentrationslager – obóz koncentracyjny) Dachau działały według zasady, która nakazywała więźniom pracować. Niezdolnych do pracy na rzecz Trzeciej Rzeszy czekała niechybna śmierć. Udokumentowano 148 000 zgonów więźniów przetrzymywanych w nieludzkich warunkach. Tak duża liczba wynikała z faktu zwalczania każdej choroby aspiryną [5]. Leki były przywilejem. Nie każdy mógł otrzymać leczniczą dawkę jakiegokolwiek medykamentu, ponieważ zawsze ich brakowało. Wszystkie środki lecznicze oraz pielęgnowanie kierowano do szpitali leczących funkcjonariuszy SS. Jednakże w porównaniu do innych obozów koncentracyjnych w KL Dachau było więcej leków.

Od początku funkcjonowania KL Dachau specjalistyczna opieka medyczna praktycznie nie istniała. Wzmacniano jedynie morale więźniów, pocieszano umierających współtowarzyszy. Przed 1942 r. pielęgniarkami były osoby bez litości i sumienia, działający dla własnych korzyści.

W późniejszym okresie pielęgowanie polegało na zdejmowaniu starych opatrunków z rany oraz obmyciu jej wodą, której często brakowało na bloku szpitalnym i nie zaspokajało potrzeb wszystkich chorych więźniów. Pomoc medyczna była udzielana także poprzez zakładanie sączków, drenów oraz szyn. Stosowano maści, które wytwarzano w tajemnicy przed SS-manami. Pielęgniarze, w miarę swoich możliwości wynikających z niedostatecznej ilości środków opatrunkowych, owijali papierowymi bandażami okaleczone ciała więźniów. Oprócz powyższych czynności do obowiązków pflegerów (pielęgniarskich) należało pranie, suszenie i zwijanie opatrunków. Pielęgniarze asystowali także przy zabiegach chirurgicznych, często z przymusu – będąc przy tym świadkami okrucieństw zadawanym więźniom przez lekarzy – SS.

Do pflegerów należała läusekontrolle (kontrola wesz). To uciążliwe robotwo w szybkim tempie zajęło wszystkie sienniki i koce więźniów. Tym samym nie dawało to wytchnienia więźniom po męczącym dniu katorżniczej pracy. Nawet, jeśli więźniom udało się zasnąć pomimo uciążliwego głodu, w czasie nocy budziły ich wielokrotnie krzyki pijanych blokowych. Pielęgniarską każdą znalezioną wesz musiał odnotować, ponieważ przeprowadzano generalną dezynfekcję bloku. Dzięki takim czynnościom personelowi medycznemu choć trochę udało się ulżyć w cierpieniach przetrzymywanych ludzi.

Pielęgowanie na bloku szpitalnym polegało także na podaniu wody i udzieleniu psychicznego wsparcia nieuleczalnie choremu współtowarzyszowi niedoli [7]. Podczas dyżurów zajmowali się przygotowaniem rewiru i setek więźniów do codziennej wizyty lekarza SS. Naziści fałszowali dokumentację medyczną wpisując w kartach zgonu nieprawdziwą przyczynę śmierci, po czym kierowali te osoby do komór gazowych, zaś najczęściej chorych zabijano dosercowymi zastrzykami z fenolu. Natomiast pielęgniarki podczas referowania stanu pacjentów lekarzowi SS starali się zataić zmiany chorobowe, które mogłyby skazać ich na niechybną śmierć.

Praca pflgera rozpoczynała się o 5 rano. Do ich obowiązków należało rozdzielenie skąpej ilości jedzenia, kąpanie i mycie chorych często w zimnej wodzie, a także golenie wszelkich owłosionych części ciała. Pielęgniarki wypisywali na piersiach więźniów numery obozowe co sprawiało, że człowiek stawał się kolejną nic nie znaczącą liczbą. Każdą wykonywaną czynność obowiązkowo odnotowywano w kartotekach, prowadząc tym samym szeroką dokumentację medyczną.

Do zadań pflgera należał również pomiar temperatury ciała i tętna oraz wybór najczęściej chorych z kolejki oczekujących na przyjęcie i leżących w błocie przed blokiem szpitalnym. Zajmowali się transportem chorych do rewiru, umierających i zmarłych do krematorium oraz żywności z kuchni obozowych do poszczególnych bloków i szpitali. A wszystko to odbywało się za pomocą jednego wozu ciągniętego przez kilku więźniów

W KL Dachau rozdawanie leków należało również do obowiązków pielęgniarki. Należy wspomnieć, iż na terenach obecnych Niemiec było lepsze wyposażenie w lekarstwa i środki opatrunkowe niż w obozach na terenie Polski, z tym faktem wiązała się większa liczba osób, którą udało się ocalić.

Obóz w Dachau zaopatrzony był także w większą ilość narzędzi chirurgicznych, które poddawano procesom sterylizacji, w przeciwieństwie do zasad stosowanych w nazistowskich blokach szpitalnych, położonych na terenie Polski. Tam narzędzia używane do operacji nie były czyszczone, zatem stanowiły źródło licznych zakażeń [8].

Jeśli pacjentowi udało się wyzdrowieć podczas 2–3-dniowego pobytu na bloku szpitala to powracał do ciężkiej pracy w lagrze. Czasami dzięki znajomościom kolegów rekonwalescenci pracowali w miejscach o mniejszym terrorze niż przed przybyciem na rewir.

Po 1943 roku starsi pielęgniarki dobierali pomocników spośród chorych po rekonwalescencji. Na bloku wykonywali pracę dużo lżejszą niż

poza rewirem. Nocami pełnili dyżury w łaźni obozowej. Uczyli się pielęgnowania od razu bezpośrednio na drugiej osobie.

Pod koniec istnienia obozów koncentracyjnych więźniowie zaczęli nawet wprowadzać pewne uproszczone procedury medyczne. Szpital zaczął stanowić miejsce spokojniejszego umierania, ochraniał przed terrorem i przypadkową śmiercią, o którą łatwo było w realiach życia obozowego. Rewir pozwalał dotrzeć do kolejnego dnia.

### **Wpływ warunków higieniczno-sanitarnych i zaplecza medycznego szpitali funkcjonujących na terenie obozów: KL Auschwitz i KL Dachau na proces pielęgnowania chorych więźniów**

Warunki, w jakich przebywali chorzy więźniowie w szpitalach obozowych były przerażające, urągające podstawowym wymogom higieny i zasadom opieki nad chorymi. Sposób ich funkcjonowania był odmienny od znanego nam szpitala. Brakowało wszystkiego: miejsca dla chorych, leków, bandaży i materiałów opatrunkowych, czystych narzędzi chirurgicznych, na pościeli, kocach i odpowiednim odzieniu kończąc. Sama konstrukcja szpitalnych bloków nie sprzyjała procesowi pielęgnowania: piętrowe, drewniane prycze, brak wody w blokach szpitalnych oraz słaba dostępność toalet i ustępów [9].

Dyscyplina narzucona przez funkcjonariuszy SS na bloku szpitalnym, na którym zawsze brakowało fachowej opieki stanowiła dodatkowy problem dla ciężko chorych, którzy nie mając nawet siły wstać, musieli utrzymywać nienaganny porządek wokół swojej pryczy. Więźniów okradano ze skąpego jedzenia, które chowali przy sobie. Pomieszczenia szpitalne były zapchlone i zawaszne, koce ruszały się od wszelakiego robactwa. W ustępach śmierdziało chlorem. Jedynym elementem, który przypominał szpital to prowadzone karty gorączkowe i historia choroby, która była wypełniana przez lekarzy-więźniów. Zjawienie się lekarza SS oznaczało jedynie niebezpieczeństwo – wybórkę na gaz lub śmiertelny zastrzyk z fenolu.

W warunkach obozu KL Auschwitz-Birkenau życie więźniów było z góry przesądzone. Więzień pozbawiony był wszystkiego, skazany na nieludzką egzystencję i upodlenie.

Wyposażenie budynków i baraków szpitalnych nie różniło się od pozostałych bloków mieszkalnych. W barakach w Birkenau więźniowie leżeli na trzypiętrowych kojach, które utrudniały dostęp do chorych leżących najwyżej, jak również były problemem dla wycieńczonych więź-

niów, którzy musieli się z nich wydostać. Przywilejem osób znajdujących się na najniższych pryzkach był ułatwiony i szybszy dostęp do toalet. Jednak ciężki stan zdrowia leżących na wyższych piętrach współtowarzyszy, którzy się zanieczyszczali powodował, iż fekalia spływały im na twarz. Chorzy leżeli na papierowych siennikach wypełnionych tzw. wełną drzewną, często zabrudzoną kałem lub innymi wydzielinami, z powodu powszechnie panującej wśród więźniów biegunki i licznych ran, z których sączyła się ropa.

Pielęgnowanie dodatkowo utrudniały szczury, które nocami obgryzały zwłoki zmarłych więźniarek, atakowały nieprzytomne i najbardziej osłabione chore. Pomimo wielu starań i rozmaitych prób zwalczania i odstraszania ich, zawsze powracały.

Przebywających w szpitalu pacjentów wciąż dręczyło pragnienie, szczególnie tych, którzy mieli wysoką temperaturę, a brak wody sprawiał, iż zmuszeni oni byli pić własny mocz. Całokształt warunków życia w obozie sprawił, że już od pierwszych miesięcy jego istnienia było w nim wielu chorych, a ich liczba w miarę upływu czasu stale się powiększała. Katastrofalne warunki higieniczne były przyczyną chorób skórnych, przede wszystkim świerzbu. Wielu więźniów nękała gruźlica, zimnica (malaria), zapalenie opon mózgowych, pęcherzyca, czerwotka oraz zaburzenia przewodu pokarmowego, wywołane nieodpowiednim i niewystarczającym wyżywieniem. Rezultatem fizycznego znęcania się nad więźniami były liczne złamania kończyn, ropowice pośladków (powstałe najczęściej po chłóście). W okresie zimowym, a także późną jesienią i wczesną wiosną mnożyły się przypadki przeziębień, zapalenia płuc oraz odmrożeń, prowadzące nierzadko do nekrozy kończyn. Lata 1942–1943 (zwłaszcza rok 1942) przeszły do historii obozu jako okres nasilenia różnych epidemii, zwłaszcza tyfusu płamistego, który pochłonął największą liczbę ofiar.

Charakterystycznym obozowym schorzeniem była choroba głodowa, której towarzyszyła biegunka (często krwawa), obrzęk nóg, osłabienie wzroku, słuchu, utrata pamięci, załamania psychiczne, a przede wszystkim ogólne skrajne wycieńczenie. Niejednokrotnie u większości więźniów można było zdiagnozować jednocześnie kilka jednostek chorobowych, które miały bardzo ostry przebieg [10].

Ubranie więźnia składało się z płóciennej bielizny, kurtki i spodni z cienkiego drelichu w biało-niebieskie pasy. Strój na zimę nie różnił się za bardzo od tego na lato, a jedynym dodatkiem była okrągła czapeczka, płaszcz, skarpetki oraz barchanowa bielizna, które podczas mro-

zów nie spełniały swoich funkcji. Obowiązkowym obuwiem były drewniaki. Miały one pewne zalety, m.in. nie przepuszczały wilgoci i były stosunkowo ciepłe, jednak chodzenie w nich sprawiało wiele trudności. Podczas marszu spadały raniąc tym samym nogi, zimą śnieg przyklejał się do podeszwy powodując, że więźniowie ślizgali się i upadali, zaś w czasie słoty buty topiły się w błocie [5].

Jednak wbrew wszystkiemu pacjenci mogli ciągle liczyć na wielką pomoc opiekujących się nimi pielęgnatorów. Bardzo często ryzykowali oni swoim własnym życiem, by ocalić choć jedną osobę. Pielęgniarki cywilne, które mieszkały poza obozem koncentracyjnym, pod ubraniem wносиły na teren Auschwitz lekarstwa, opatrunki i jedzenie zgromadzone i przygotowane przez mieszkańców okolicznych miejscowości. Poza tym dostarczały więźniom i ich rodzinom zaszyfrowane wiadomości oraz współdziałały w organizacjach konspiracyjnych.

Podobne warunki panowały w KL Dachau – na trzykondygnacyjnych pryzcach leżało często po sześciu lub więcej chorych. Na oddziale chirurgicznym powietrze przesycił odór ropy, gdyż powszechna była ropowica, flegmony i inne owrzodzenia. W KL Dachau chorych wykańczały nie tylko warunki sanitarne i uciążliwe jednostki chorobowe, ale także kary wyznaczane przez władze obozu. W Dachau czekano nieraz kilkanaście dni na przyjęcie do szpitala, gdyż zawsze był on przepełniony ciężkimi przypadkami. Niestety, stan większości więźniów nie pozwalał dotrzeć im do momentu przyjęcia na blok i wcześniej umierali [5].

Więzień eksploatowany ze swych sił, załamany psychicznie bezradnością sytuacji bardzo szybko stawał się mużułmanem (tak nazywano tych, którzy byli skrajnie wyczerpani), obojętniał na wszystko, łącznie ze śmiercią, którą przyjmował bez widocznego protestu.

## Podsumowanie

Mimo ciężkich warunków higieniczno-sanitarnych, panujących w szpitalach obozowych oraz okrutnego reżimu nakładanego przez funkcjonariuszy SS, pracującym w szpitalach pielęgniarce i pielęgniarzom udało się uratować wielu więźniów. Możliwe to było dzięki pełnej poświęcenia i zaangażowania pracy, która była bardzo ryzykowna i niosła za sobą wiele wyrzeczeń. Powinniśmy też pamiętać, iż zjawisko to ma wymiar ponadczasowy. Niesienie pomocy drugiemu człowiekowi, pacjentowi – na przekór wszystkiemu – jest wbudowane w trudny zawód, jakim jest pielęgniarstwo. Dlatego nie powinniśmy zapominać o tym, co

miało miejsce w rewirach i starać się bardziej doceniać rozwój współczesnej medycyny.

### **Piśmiennictwo**

1. Blumental N. (red.): Dokumenty i materiały do dziejów okupacji niemieckiej w Polsce. Obozy, t. 1, Łódź 1946.
2. Kaczorowski B. (red.): Nowa Encyklopedia Powszechna PWN. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2004.
3. Gretchen E. Schafft (red.): Od rasizmu do ludobójstwa Antropologia w Trzeciej Rzeszy. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
4. Musioł T.: Służba zdrowia w Dachau. *Przeegl. Lek.*, 1972, Tom I, 114–119.
5. Masłowski J. (red.): Pielęgniarki w drugiej wojnie światowej. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1976.
6. Obóz koncentracyjny Oświęcim-Brzezinka (Auschwitz-Birkenau). Sehn J. (red.), Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1964.
7. Wolny J.: Wspomnienia sanitariusza z obozów w Dachau, Oświęcimiu i Mauthausen. *Przeegl. Lek.*, 1966, Tom I, 201–202.
8. Klee E. (red.): Auschwitz medycyna III Rzeszy i jej ofiary. TAIWPN UNIWERSYTAS, Kraków 2001.
9. Strzelecka I. (red.): Głosy pamięci 3, Zbrodnicza medycyna. Szpitale w KL Auschwitz. Państwowe Muzeum Auschwitz-Birkenau, Oświęcim 2008.
10. Kłodziński S.: Wkład polskiej służby zdrowia w ratowanie życia więźniów w obozie koncentracyjnym Oświęcim. *Przeegl. Lek.*, 1961, Ia, 51–56.



Marta Anna Sałapata<sup>1</sup>

## Czy tylko śmierć ciała? Refleksje nad rodzajami śmierci bohaterów w twórczości Elizy Orzeszkowej

*Nic nie da się zmienić:  
statystycznie przypada jedna śmierć  
na jednego człowieka*

Krzysztof Mętrak

Michał Komar powiedział kiedyś, że „Pytanie o śmierć jest zawsze pytaniem o życie”. Właśnie w takim kontekście postanowiłam zanalizować kilka wybranych tekstów pozytywistycznej pisarki, której twórczość „wiązała się bezpośrednio z życiem, a źródła natchnień były pośród otaczającej rzeczywistości”<sup>2</sup>. Mowa o Elizie Orzeszkowej.

„Ale te rzeczywiste oddanie, jej pieczołowite najwierniejsze ujęcie w kształt słowa nie wyczerpuje znaczenia dzieł Orzeszkowej, nie stanowi jej całej pisarskiej zasługi. Eliza Orzeszkowa tworząc pragnęła zawsze na życie oddziaływać, usiłowała je na obraz swych wierzeń przekształcić (...)”<sup>3</sup>. Są to słowa zawarte w przedmowie do wydania zbiorowego jej pism z roku 1937 – autorstwa najprawdopodobniej redaktorów Drogoszewskiego i Świdierskiego. W podobnym tonie utrzymany został tekst Jarosława Iwaszkiewicza ze wstępu do owego wydania, choć pojawiają się w nim także inne akcenty. Pisarz zauważa bowiem, że „zanim zdobyła Orzeszkowa ów dojrzały i zrównoważony kształt dzieła sztuki,

---

<sup>1</sup> Instytut Pedagogiki, Akademia Pomorska w Słupsku

<sup>2</sup> *Słowo wstępne*, [w:] *Pierwsze utwory. Pisma Elizy Orzeszkowej* pod znakiem Polskiej Akademii Literatury, t. I. [red.] A. Drogoszewski, L. B. Świdierski, Kraków 1937.

<sup>3</sup> *Ibid.*

przeżyła wiele prób i pokus<sup>4</sup>. Szczerze ocenia początki jej pisarstwa (podobnie zresztą jak Piotr Chmielowski<sup>5</sup> czy Irena Krzywicka<sup>6</sup>), zauważając w nich wiele niedostatków. Z drugiej jednak strony zaznacza, że twórczość jej trwa na przestrzeni czterdziestu lat, co wiąże się z oczywistym wręcz rozwojem zarówno sposobu pisania, jak i samej myśli mu przyświecającej. Zauważyć należy również, że słowa te pisał Iwaszkiewicz w dwadzieścia siedem lat po śmierci pisarki, przywołując jej pragnienie „nowej, lepszej Polski”, jako źródło dla ówczesnych poglądów i pragnień patriotycznych, bowiem – jak powiedział – „ta idea kultury polskiej, która towarzyszy Orzeszkowej przez całe życie sprawia, że jest ona nam tak bliska i tak droga”<sup>7</sup>.

Autorka *Australczyka* powiedziała kiedyś, że „życie uchodzi czasem za olbrzyma, z którym trzeba się borykać, by wywalczyć krawędź ścieżki dla siebie”<sup>8</sup> i w swej twórczości ukazywała losy tych, którzy o taką krawędź walczyli. „W naturze swej miała wrażliwość na cierpienie bliźnich, zwłaszcza upośledzonych, nie znosiła myśli o krzywdzie i niesprawiedliwości”<sup>9</sup>. Obserwacje życia społecznego, jego bóle i ich przyczyny opisywała w swych dziełach, sugerując jednocześnie kierunki zmian i sposoby ich realizacji. Początkowo za najlepszy środek do wyrażania swych poglądów uznawała powieść tendencyjną<sup>10</sup>, wraz z rozwojem myśli i dalszym badaniem otaczającego świata przeszła do powieści społecznej i realistycznej. Określała zadania powieści – od „naiwnego dydaktyzmu” do „odkrywania treści najgłębszych”. Zdzisław Najder stwierdza, że była „najsilniej wpłątana w tryby obcych i niejasnych pojęć, obciążona sprzecznościami intelektualnymi epoki”<sup>11</sup> – stąd też wiele uwag krytycznych pod adresem jej „programu” i początkowych „sposobów jego realizacji”. Jednakże nie korzystała Orzeszkowa tylko z formy powieściowej.

<sup>4</sup> Iwaszkiewicz J.: *Eliza Orzeszkowa, Przedmowa*, [w:] *Ibid.*, s. 9.

<sup>5</sup> Chmielowski P.: *Powieści pani Elizy Orzeszko*, [w:] *Pisma krytycznoliterackie*, oprac. H. Markiewicz, Warszawa 1961.

<sup>6</sup> Mowa artykule *Młoda Orzeszkowa*, *Wiadomości Literackie*, 1936, 53/54.

<sup>7</sup> *Ibid.*, s. 16.

<sup>8</sup> Illg J.: *Księga aforyzmów*, Katowice 2002, 323.

<sup>9</sup> Drogoszewski A.: *Eliza Orzeszkowa 1841–1910*, Warszawa MCMXXXIII, 17.

<sup>10</sup> O poglądach Orzeszkowej na wzorec powieści tendencyjnej pisze min. Paczoska E.: *Krytyka literacka pozytywistów*, Wrocław 1988, Żmigrodzka M.: *Orzeszkowa – Młodość pozytywizmu*, Warszawa 1956.

<sup>11</sup> Najder Z.: *Posłowie do: Orzeszkowa, Sienkiewicz, Prus – o literaturze*, Warszawa 1956, 439.

Jeżeli powieść porównać można do słońca, którego płaszcz promienny pada na całą ziemię, oświecając ją wraz ze wszystkim, co się na niej znajduje, to nowela porównaną być może do błyskawicy, która przełotnie, lecz świetnie oświetla jeden kąt świata lub na nim jeden przedmiot.

Jeżeli powieść jest zwierciadłem, w którym człowiek, pokolenie, ludzkość przejrzeć się mogą z zewnątrz i wewnątrz, (...) to nowelę można poczytywać za taki ułamek zwierciadła, w którym odbija się jedno oko, jeden uśmiech, jedna łza (...) <sup>12</sup>.

Do słów pisarki dodać można, że odbijała się w tych zwierciadłach i okrucinach także Śmierć...

W trakcie lektury *Pamiętnika Wacławy Elizy Orzeszkowej* – powieści powstającej w latach 1869–1870 – odnalazłam obraz kilku postaci, które umierając – każda w sobie tylko właściwy sposób – wyznaczają niejako metodologię klasyfikacji\* śmierci w twórczości wspomnianej pisarki. Maria Żmigrodzka określiła tę powieść jako „ostateczne podsumowanie epoki romansu” <sup>13</sup> w twórczości autorki, i „monografię salonów” <sup>14</sup> – „Łowcy posagów, zręcznie tresowane światowe panny, niestrudzone mamy, kalkulacje finansowe, mariaże fortun, tytułów, graniczących ze sobą majątków – oto postacie i realia polskiego targowiska próżności” <sup>15</sup>. I właśnie owo łowienie posagów, kalkulowanie, obłuda i pozory tym zabiegom towarzyszące stanowią przyczynę wielu tragedii – śmierci – bohaterów *Pamiętnika*...

Śmierć kliniczna to medyczne określenie zejścia śmiertelnego – ustają czynności życiowe. W tym przypadku śmierć może być konsekwencją, czy

<sup>12</sup> Orzeszkowa E.: *Powieść a nowela*, [w:] *Pisma krytycznoliterackie*, Warszawa – Kraków 1959, 325.

\* Klasyfikacja ta dokonana została również w oparciu o przedstawiony przez Antoninę Ostrowską podział śmierci ze względu na jej biologiczny aspekt. Otóż autorka Śmierci i umierania, podzieliła ją na trzy rodzaje:

- 1) Śmierć kliniczna – ma miejsce wtedy, gdy ustaje spontaniczne oddychanie i bicie serca. W tej fazie mogą być podjęte działania reanimacyjne.
- 2) Śmierć mózgu – zachodzi wtedy, gdy rozpoczyna się proces obumierania komórek mózgowych. Jest on nieodwracalny (...), nie jest możliwa żadna forma interwencji mająca na celu odwrócenie tego procesu.
- 3) Śmierć komórkowa (biologiczna) – charakteryzuje się ustawianiem czynności i degeneracją różnych organów”.

A. Ostrowska, *Śmierć i umieranie*, Warszawa 1991, s. 31–32. W dalszej części pracy właśnie do tego podziału będę odwoływać.

<sup>13</sup> Żmigrodzka M.: *Orzeszkowa – Młodość pozytywizmu*, Warszawa 1956, 377.

<sup>14</sup> *Ibid.*, s. 379.

<sup>15</sup> *Ibid.*

naturalnym następstwem choroby, starości. Z oboma takimi przypadkami spotykamy się we wspomnianej powieści.

W ramach, utworzonych z pąsowej o złotych frędzlach firanki, stały dwie stare kobiety jednostajnego wzrostu, wysokie, szczupłe, wyprostowane, w długich sukniach z ciężkiej, czarnej materii i takich samych mantylkach, zdobnych w szerokie, czarne koronki. Na tych poważnych, sztywnych nieco postaciach były dwie głowy z bladymi, ściągłymi twarzami o delikatnych rysach, z czołami pooranymi mnóstwem zmarszczek, z bladymi, dumnymi ustami, z zupełnie prawie białymi włosami, które w regularnych lokach opadały na skronie spod czepców z prawdziwych, białych koronek<sup>16</sup>.

Tak opisuje Orzeszkowa pierwsze spotkanie Waclawy ze swoimi babkami w Rodowie – Hortensją i Ludgardą. „(...) jedna była od wielu lat wdową, a druga nigdy zamężną nie była, (...)”<sup>17</sup>. Były one siostrami, lecz bardzo się od siebie różniły. „Jedna z nich była dumna, zimna, z wąskimi, pogardliwymi ustami i surowym, przenikliwym, a twardym wzrokiem, (...) prowadziła rozmowę i wydawała się prawdziwą panią, a władczyńią wszystkiego, co ją otaczało, (...)”<sup>18</sup>. To ona właśnie – babka Hortensja – została określona przez Marię Żmigrodzką mianem „demonicznej staruchy”<sup>19</sup>, która łamała istnienia swych bliskich w imię interesów rodu. Postać ta nie zdobywa sympatii czytelnika właśnie poprzez swój upór i domniemaną nieomyślność. Cechuje ją pycha i arystokratyczna pogarda dla wszystkiego, z czym się nie zgadza. To ona – z racji starszeństwa i z powodu braku brata – po śmierci ojca stanęła „na straży sióstr młodszych i poświęciła wszystko dla przywrócenia żeńskim chociaż potomkom jego dawnej rodowej świetności”<sup>20</sup>. Sama mówi o sobie:

Wyrzuciłam z serca i głowy wszelkie romansowe mrzonki o osobistych uczuciach i sympatiach, a zostałam żoną człowieka, którego bogactwo dawało mi możliwość spełnienia posłannictwa złożonego na mnie przez ojca<sup>21</sup>.

Zadanie swoje niejako wypełniła. Nie pozwoliła na ślub siostry z „nieodpowiednim” człowiekiem. Jej siostra Ludgarda do końca swoich dni

<sup>16</sup> Orzeszkowa E.: *Pamiętnik Waclawy*, t. I. Warszawa 1988, 79–80.

<sup>17</sup> *Ibid.*, s. 80.

<sup>18</sup> *Ibid.*, s. 81.

<sup>19</sup> Żmigrodzka M.: *Orzeszkowa – Młodość...*, *op. cit.*, s. 383.

<sup>20</sup> Orzeszkowa E.: *Pamiętnik...*, *op. cit.*, t. I, s. 259.

<sup>21</sup> *Ibid.*

była samą, nieszczęśliwą i przez nikogo niekochaną, ale Hortensja obro- niła honor rodu. Niejednokrotnie ingerowała w życie członków rodziny, narzucając im swoje zdanie, choć często błagano ją o zmianę decyzji. Ale wolę miała nieugiętą. Uważała zapewne, że „lepiej umrzeć niż haniebnie żyć”<sup>22</sup>. Choć w imię swych zasad poświęcała innych, uważała, że tak być powinno.

Jednak – jak powiedział Ignacy Krasicki – „Ktokolwiek mówi, że się śmierci nie lęka, kłamie”. Pomimo swej pychy i nieugiętości babka Hor- tensja z trwogą patrzyła w oczy *Białej Pani*, choć

(...) podwładni – jak mówi Waława – babki mojej, przez wiele lat przywykł- szy widzieć ją wiecznie dumną, wyniosłą, wyprostowaną sądzą, że jest ona także nieśmiertelną i ze zdumieniem widzieli, iż śmierć taką nawet pyszną i nieugiętą dosięgła głowę<sup>23</sup>.

Śmierć dosięgła także Helenę – piękną blondynkę, jedną z przyjaciół- ków Waławy. Mimo młodego wieku – miała bowiem niespełna dwadzie- ścia dwa lata – potrafiła być bardzo ironiczną i szyderczą. Nabyła tych cech poprzez uważną obserwację i uczestniczenie w życiu salonów, gdzie rozgrywała się, wspomniana już walka o korzystne mariaże. W nabraniu dystansu i chłodnego spojrzenia na otaczający ją świat, dopomogła jej niejako choroba – Helena była bowiem suchotniczą<sup>24</sup>. Pomimo leczenia, na które udała się do Włoch – zmarła. Choć śmiała się ze wszystkiego, co ją otaczało, śmiech ten był smutniejszy od płaczu<sup>25</sup>.

Drugim rodzajem śmierci definiowanym przez Antoninę Ostrowską – w aspekcie biologicznym – jest śmierć mózgu. Wspomniałam, że charak- teryzuje się ona powolnym obumieraniem komórek mózgowych<sup>26</sup>. Czy to „powolne obumieranie komórek” można wyrazić innymi słowami? Oto, co mówiła Matylda – matka Waławy – w rozmowie z córką:

Gdy pożyjesz dłużej, powiędną te śliczne kwiatki, których masz teraz pełne serce. Posłuchaj! każda prawie z nas wchodzi w świat z takim won- nym bukietem naiwnych uczuć i idealnych wyobrażeń, aż w końcu zostaje nam pęk nagich łodyg, którymi po utracie kwiatów pocieszać się musimy.

<sup>22</sup> Hermann B., Syjud J.: *Księga przysłów*, Katowice 1988, 481.

<sup>23</sup> Orzeszkowa E.: *Pamiętnik...*, op. cit., t. II, s. 321.

<sup>24</sup> Suchoty (łac. *phthisis*) – dawna nazwa gruźlicy. Została wprowadzona przez Hipo- kratesa ze względu na wyniszczający („wysuszający”) przebieg choroby.

<sup>25</sup> Patrz: Orzeszkowa E.: *Pamiętnik...*, op. cit., t. I, s. 206.

<sup>26</sup> Por. \*.

Twoje naiwne pojęcie o prawości w stosunkach z ludźmi to jeden z kwiatów, składających się na twój świeży jeszcze bukiet (...)”<sup>27</sup>.

Fragment ten, zawarty w *Pamiętniku Waławy*, mówi nam o rodzaju śmierci, którą porównać można do biologicznej śmierci mózgu. Tak jak w tej pierwszej obumierają komórki, tak w duszy i umyśle człowieka mogą „opadać kolejne płatki idealnego kwiatu zasadzonego w sercu”<sup>28</sup> – czy to miłości, czy wyobrażenia o świecie i panujących w nim stosunkach, czy przyjaźni, pracy. Jest to śmierć ideałów, a jej powodem jest „życie i jego konieczności... świat i jego zwyczaje...”<sup>29</sup>. Ten proces można zaobserwować śledząc losy pary bohaterów: Zofii i Władysława. Władysław N.,

twarz miał prawdziwie męską, z rozumnym, otwartym czołem i wielkim, pogodnym i myślącym okiem. W całej postaci jego i wszystkich ruchach wyrażała się szlachetność, pewność siebie, a nawet łatwość układu, mogąca otworzyć mu drzwi najwykwintniejszych salonów<sup>30</sup>.

Tak określiła młodzieńca Waława, choć znała go tylko bardzo powierzchownie. Lecz nie tylko ona odkryła wewnętrzne dobro i przystojny wygląd Władysława. Zdobył on zainteresowanie Zosi, która pokochała go całym sercem. Była ona wcześniej osieroconą, oddaną pod opiekę wujostwa, śliczną, złotowłosą panienką.

(...) ciekawymi, lecz ufnymi oczami patrzyła na świat Boży, co niedawno otworzył się był przed nią; kochała kwiaty, muzykę, poezję i marzyła... w marzeniach zaś jej stała zawsze jedna postać męska, mało znana, lecz która wyobraźnię jej przykuła do siebie i wzbudziła w niej pierwszy poryw serdeczny<sup>31</sup>.

Zosia szczerze pokochała Władysława, zawierzyła mu tą pierwszą, najsilniejszą miłością. On także nie pozostał obojętny na to „śliczne, słodkie, potulne stworzenie (...), duszyczkę młodą, nieśmiałą, ale myślącą, ciekawą, pragnącą wszystkiego, co dobre, prawdziwe, idealne (...)”<sup>32</sup>. Dojrzał

<sup>27</sup> Orzeszkowa E.: *Pamiętnik...*, op. cit., t. I, s. 73.

<sup>28</sup> O sytuacji takiej mówiła Waława w słowach: „Ręce moje zsunęły się z klawiszów, z kwiatka mojej dla kuzynka sympatii odpadł drugi listek”. *Ibid.* s. 92.

<sup>29</sup> *Ibid.*, s. 73.

<sup>30</sup> *Ibid.*, s. 355.

<sup>31</sup> *Ibid.*, s. 346.

<sup>32</sup> *Ibid.*

„przebliski wewnętrznej jej najgłębszej natury”<sup>33</sup> i zapragnął, aby Zosia została jego żoną. Lecz był wyrobnikiem – człowiekiem godnym pogardy wśród sfer arystokratycznych, tylko dlatego, że na swój byt zarabiał pracą rąk własnych, „siedział nad książkami”. Był – jak określała ludzi uczących się i pracujących babka Hortensja – „człowiekiem z innego świata”<sup>34</sup> i niestety to, co było w nim dobre, wartościowe, nie miało znaczenia dla Lubomira. Był to brat Zosi, opiekun i jedyna naprawdę bliska jej osoba. To w nim Zofia pokładała wszelkie nadzieje na swoje przyszłe szczęście, on mógł zaakceptować ukochanego siostry i pozwolić na ślub. Obłudnie przyjmował Władysława, prowadził z nim długie rozmowy, rozbudził ufność w sercach obojga, lecz odmówił. Jednym krótkim słowem zniszczył życie tych dwojga.

Biedny mój aniele, nie chcą mi ciebie oddać! a byłabyś ze mną szczęśliwa... tak cię kocham! (...) Rzekłszy to przycisnął do ust moją rękę i wybiegł z salonu, bardziej jeszcze błądy, niż kiedy wchodził i z większym wyrazem cierpienia, a zarazem dumy na twarzy<sup>35</sup>

– tak, rozpaczając, mówiła Zosia do Waławy. Władysław przekonał się, że w świecie salonów nie liczy się prawdziwe uczucie, lecz „dobra partia”, a on taką dla Zosi, niestety, nie był. Z odmownej argumentacji Lubomira wynikało, że jedyną przeszkodę do zawarcia związku małżeńskiego z Zosią stanowiła pozycja społeczna młodego prawnika. „*Pardon, monsieur, vous êtes peuple*, a moja siostra jest *bien née*”<sup>36</sup>. Po tym zajściu Władysław wyjechał z miasta, a gdy spotykamy się z nim w dalszych rozdziałach powieści, obserwujemy, jakie zmiany zaszły w tym młodym, wrażliwym i dumnym człowieku. Podobnie jak Helena – doświadczony przez okrutny świat zasad i reguł – stał się sarkastyczny, ironiczny i niewierzący w siłę prawdziwej miłości.

Pomimo cierpienia Władysław okazał się silnym człowiekiem. Pogryzł się w głębokim i prawdziwym żalu, „nad którym jednak panowało poczucie obrażonej dumy i godności osobistej”<sup>37</sup>. Właśnie owa duma pozwoliła mu dalej żyć i pracować. Zrezygnował z poszukiwania szczęścia osobistego, nadal kochał Zofię, choć dla jej dobra postanowił wycofać się z jej życia:

<sup>33</sup> *Ibid.*

<sup>34</sup> *Ibid.*, s. 260.

<sup>35</sup> *Ibid.*, s. 364.

<sup>36</sup> (franc.) Przepraszam, pan jest z ludu, a moja siostra jest dobrze urodzona. *Ibid.*, s. 382.

<sup>37</sup> *Ibid.*, s. 381.

(...) nie chcę narażać cię na walkę z rodziną, ze światem, oddalę się... jeśli-  
byś kiedyś w życiu potrzebowała przyjaciela, obrońcy, oddanego ci całkiem  
człowieka – pomyśl o mnie...<sup>38</sup>

Inaczej to smutne zdarzenie wpłynęło na losy Zofii. Po odejściu Władysława pogрузzyła się w głębokiej rozpacz. Lubomir oczernił Władysława w jej oczach, usprawiedliwiał swą odmowę nieuczciwością ukochanego, zrobił to „dla jej dobra”. Młoda i niewinna Zosia nie umiała walczyć o swe uczucie. Była zależną od woli brata, a ponadto ufała mu bezgranicznie. Dlatego też, rozczarowana do świata i ludzi, zobojętniała na to, co dookoła niej się działo. Na wieść, że jej brat postanowił wydać ją za mąż za Henryka, zareagowała:

– Moja Helenko – powtórzyła raz jeszcze i chciała znać wyrzec energiczne słowo zaprzeczenia; ale nagle pobladła znowu, wzrok jej zagasł, usta zadrżały i nic nie powiedziała. Pochyliła tylko śliczną swą głowę, ręce skrzyżowała na piersi i znowu cała osoba jej zdawała się wyrażać: „Wszystko mi jedno! teraz wszystko mi już jedno”<sup>39</sup>.

A gdy żegnała wyjeżdżającą Wacławę powiedziała:

Przebac mi, Waciu, że od pewnego czasu byłam obojętną dla ciebie (...). Ale widzisz, od tego czasu, co wiesz... tak mi źle, pusto i chłodno na świecie i tak mi wszystko już jedno... i tak mię nic nie obchodzi... jeden tylko Lubomir i ty, moja droga...”, a w chwili wyjazdu „(...) patrzyła jeszcze na mnie, a w zamglonych jej źrenicach to ukazywały się, to znikwały drobne iskiarki gorącej i energicznej duszy, które obok biernego wyrazu twarzy wyglądały jak tragicznych przyszłych przeznaczeń zapowiedź<sup>40</sup>.

Zofia Mocarska-Tycowa w artykule *Temat śmierci w prozie realistów* stwierdziła, że: „(...) w twórczości Orzeszkowej, co może nawet nieco dziwić, problematyka śmierci tak naprawdę nie została podjęta. Pisarka częstokroć, wręcz obsesyjnie, wracała do problemu „melancholików”, kryzysu wartości, zagrożenia bezideowością”<sup>41</sup>. Wyżej przytoczyłam wypowiedź młodej przeciw dziewczyny, która mówi jednak, że jest jej wszystko obojętne. Jej idea życia – szczęśliwe życie u boku ukochanego

<sup>38</sup> *Ibid.*, s. 364.

<sup>39</sup> *Ibid.*, s. 450.

<sup>40</sup> *Ibid.*, s. 451.

<sup>41</sup> Mocarska-Tycowa Z.: *Temat śmierci w prozie realistów*, [w:] *Problematyka religijna w literaturze Pozytywizmu i Młodej Polski*, [red.] S. Fita, Lublin 1993, s. 141.



mężczyzny – została brutalnie zdeptana, zniszczona. Dla Zofii nic już nie ma wartości, nic nie stanowi celu, nie ma sensu. Ponadto Lubomir doprowadził do zawarcia przez Zofię „bardzo korzystnego” mariażu z panem Henrykiem, który okazuje się karierowiczem bez żadnych skrupułów. Niszczy on życie wszystkich swych bliskich, także żony. Zofia staje się zupełnie obojętną na otaczający ją świat. Jej wrodzona delikatność i serdeczność nie pozwala jej jednak na życie u boku znienawidzonego człowieka. Ta decyzja ma dla niej bardzo przykre konsekwencje. Zofia – bardzo młoda fizycznie i bardzo stara duchem – odcina się od świata. W ostatniej rozmowie z przyjaciółkami kieruje do nich następujące słowa:

Wasze drogi nie są moimi drogami, moja droga nigdy waszą nie będzie... Jesteście ostatnim echem, które doszło mię od tego świata, który przestał być moim światem... (...) zapomnijcie o mnie jak najprędzej<sup>42</sup>.

Bardziej wymowne od wszelkiego komentarza wydają nam się słowa Waławy:

Gdy przestąpiłyśmy próg mieszkania Zofii, miałyśmy takie poczucie w sercach, jak gdybyśmy za tymi drzwiami, które się za nami zamknęły, pozostawiły kogoś umarłego...<sup>43</sup>.

\* \* \*

Postawione zostało w tytule tej pracy pytanie, czy umrzeć znaczy przestać funkcjonować tylko w sensie biologicznym. Z omówionych pokrótce losów babki Hortensji, Heleny, Władysława czy Zofii wynika, że nie. Niech potwierdzeniem tego stwierdzenia będą również słowa Berka, starego Żyda z noweli *Ogniwa* (1895), zamykającej cykl *Melancholicy*:

Ja myślę, że ludzie różnie umierają: jedne przez chorobę, drugie przez oddalenie, trzecie przez to, że odmieniają się, czwarte...<sup>44</sup>.

Ramy tej pracy nie pozwalają na przedstawienie pozostałych bohaterów powieści, nowel i opowiadań Elizy Orzeszkowej, których losy, doznania czy przemyślenia stanowią potwierdzenie przedstawionej tu tezy. Na kartach jej twórczości śmierci ideałów, zgonu moralne, melancholie,

<sup>42</sup> Orzeszkowa E.: *Pamiętnik...*, op. cit., t. II, s. 259.

<sup>43</sup> *Ibid.*

<sup>44</sup> Orzeszkowa E.: *Ogniwa*, [w:] *Melancholicy*, t. I. Warszawa 1949, 201.

cierpienia dusz, ciał i kończące je śmierci fizyczne przenikają się wzajemnie. Spotkać można się ze śmiercią, która przyszła za wcześnie i taką, która przyszła za późno. Wspomnieć należy również o tej, która pomiędzy leśnymi mogiłami się przechadza – śmierci bohaterskiej... Czytelnik odnajdzie wśród galerii postaci autorki *Nad Niemnem* takie, które same zdecydowały o tym, w której chwili swego życia chcą je zakończyć oraz takie, których życie pozbawiło wszelkich złudzeń, dlatego pozostało im tylko oddać się w objęcia „księżnej tego świata”. Są tam również dzieci, skazane na doświadczanie trudów rzeczywistości, skazane – przez świat – na śmierć...

Nasuwa się więc w tym miejscu kolejne pytanie: czy można z całą pewnością stwierdzić, że „przypada jedna śmierć na jednego człowieka”?

Andrzej Podkowski<sup>1</sup>

## Odpowiedzialność oficera w obliczu śmierci podwładnego

Szanowni Państwo

Jestem emerytowanym oficerem WP i chciałbym podzielić się z Państwem refleksjami i przeżyciami, które związane są z moją służbą w wojsku, a w szczególności z przeżyciami powiązаныmi ze śmiercią młodego człowieka podczas służby wojskowej, w owych czasach obowiązkowej. Pomimo, że będę mówił o wydarzeniach sprzed wielu lat, to dotyczy to także obecnych czasów. **Śmierć młodego człowieka w mundurze zawsze jest taka sama, bez względu na miejsce i czas.**

Śmierć najbliższej, ukochanej osoby rodzi w każdym miejscu na świecie podobne, pełne cierpienia przeżycia i zachowania. W żaden sposób nie kwestionuję dramatu, cierpienia i traumy osób najbliższych, rodziców, żony, rodzeństwa czy dzieci. Jednakże w swoim wystąpieniu pragnę zwrócić uwagę, że w dramacie śmierci podczas służby wojskowej **od samego początku uczestniczy, jest obecna jeszcze jedna osoba – jest nią bezpośredni przełożony danego żołnierza.** Jego psychiczne i emocjonalne przeżycia są myślą przewodnią pierwszej części referatu.

Oddanie życia w walce z agresorem o niepodległość Ojczyzny zawsze było i nadal pozostaje dla Polaków najwyższą postacią patriotyzmu i bohaterstwa. Śmierć w warunkach służby wojskowej podczas pokoju jest odbierana przez społeczeństwo jednakże, jako absolutnie niepotrzebna, nawet bezsensowna, w opiniach społecznych nierzadko jako zawiniona przez armię, w domyśle przez przełożonych.

W wystąpieniu pragnę zwrócić uwagę na **dwa wymiary śmierci w mundurze.**

---

<sup>1</sup> Państwowa Wyższa Szkoła w Jarosławcu

**Pierwszy wymiar** dotyczy śmierci – określe ją jako śmierć „podaną”, śmierć niechcianą, nieoczekiwaną, przypadkową, ale z różnych przyczyn, zwinionych lub nie przez ofiarę, zaistniała; **drugi wymiar** to śmierć spowodowana, spowodowana świadomie przez żołnierza, czyli – brutalnie mówiąc – zabicie innego człowieka.

Z **pierwszym wymiarem** będziemy mieć do czynienia, np. w przypadku samobójczej śmierci żołnierza podczas pełnienia przez niego służby zasadniczej w koszarach, nieszczęśliwego wypadku przykładowo na poligonie, ale i także podczas wypełniania misji wojskowej poza granicami kraju, np. podczas wybuchu miny pod pojazdem na patrolu lub niespodziewanego ostrzału obozowiska przez przeciwnika. **Drugi wymiar śmierci** ma zupełnie inny charakter – jest związany z zabiciem drugiego człowieka podczas działań wojennych. Strzelanie do przeciwnika, który usiłuje nas zabić nie jest zbrodnią ani przestępstwem z punktu widzenia prawa cywilnego i wojskowego; ten problem choć niezgodny z V przykazaniem także przez kapelanów wojskowych jest tłumaczony i usprawiedliwiany wyższymi racjami. Problemem o charakterze społecznym i indywidualnym są skutki psychiczne, które pojawiają się później u niektórych osób.

*Proszę pozwolić mi na mały wstęp; Będąc po raz drugi na tej konferencji i wysłuchując referaty, pojawia się u mnie jedna refleksja, że najczęściej mówimy o śmierci fizycznej, pojawiającej się jako ostatni etap choroby, o śmierci człowieka, która kończy krótki lub długotrwały proces umierania. Mamy w tym przypadku do czynienia – umownie określając – z procesem uczuciowego i świadomego przygotowania siebie i innych do mającego nastąpić wkrótce lub odrobinę później smutnego wydarzenia.*

Śmierć żołnierza jest tragiczna z kilku względów: po pierwsze – jest to śmierć przeżywana z dala od najbliższych, od osób kochanych. Obok są jedynie koledzy, przyjaciele, bardzo rzadko brat, syn lub ojciec, jeśli służyliby razem. Nie ma kobiet, tak bardzo potrzebnych w momencie śmierci, są z reguły wyłącznie mężczyźni. Po drugie – z reguły bywa ta śmierć zaskoczeniem w stopniu maksymalnym, bez występowania przesłanek chorobowych, wręcz przeciwnie, dotyczy ludzi młodych, silnych, sprawnych fizycznie, przygotowanych do wszelkich trudów. Po trzecie – stałe posiadanie broni z amunicją bojową i dysponowanie najnowszymi osiągnięciami technicznymi stwarza poczucie bezpieczeństwa podczas misji zagranicznej i wojny. Im większe jest poczucie zabezpieczenia przed zagrożeniem zewnętrznym, tym bardziej śmierć z rąk przeciwnika, często nieuchwytnego, ukrytego w terenie i niewidzialnego, generować bę-

dzie stres, depresję, załamanie, względnie stany niepożądane, jak agresję, osłabienie zasad moralnych, nienawiść, żądzę odwetu u pozostałych. I po czwarte wreszcie – obok niekwestionowanego cierpienia i bólu osób związanych emocjonalnie ze zmarłym, rodziny, kolegów wystąpi cierpienie i ból dowódcy-przełożonego żołnierza zabitego, który zastanawiać się będzie nie jeden dzień, często do końca życia: dlaczego tego nie przewidziałem?, czy można było tego uniknąć?, co zrobiłem niewłaściwie? Ból i cierpienia są podobne, ale powiązane z poczuciem odpowiedzialności, z poczuciem wziętej na siebie opieki i troski za swoich podwładnych są dodatkowo trudne, bo z reguły są przeżywane samotnie.

### Szanowni Państwo

Na filmie „Cyrulik Syberyjski” car Rosji Mikołaj wznosząc toast na promocji kadetów wypowiada m.in. takie słowa: „bądźcie dobrymi oficerami, dbajcie o swoich żołnierzy”. Ilekroć oglądam tę scenę mam przyśłowiową gęsią skórę, gdyż słowa te bez względu na epokę mają wartość w każdej armii i dla każdego, kto z przekonania pełni obowiązki dowódcy i który poczuwa się jako przełożony i starszy stopniem do odpowiedzialności za swoich żołnierzy. Przyznaję, że to, co powiem w tej chwili zabrzmie może patetycznie dla jednych, może sztucznie dla innych, ale – proszę mi wierzyć – gdy kieruje się grupą 100, 200 czy 400 młodych 19- i 20-letnich mężczyzn, o zróżnicowanym stopniu przygotowania do życia, często nie potrafiących zaścielić sobie łóżka czy wykonać prostych czynności, myśli się o tym, by wszyscy, tak jak zameldowali się do koszar, powrócili po x miesiącach do swoich domów. Zwłaszcza, że wszystkich bez wyjątku żołnierzy trzeba było przygotować do działań obronnych na wypadek agresji i wojny, a więc proces szkolenia musiał zawierać wszystkie elementy bojowego przygotowania, często skrajnie niebezpiecznego, jak użycie materiałów wybuchowych, rzut granatem bojowym czy różnego rodzaju strzelania w dzień i w nocy.

W 1971 roku jako dowódca pododdziału przeżyłem śmierć żołnierza. 19-letni chłopak ze wsi koło Ciechanowa zastrzelił się podczas pełnienia służby wartowniczej, w środku nocy, na oczach 5 kolegów. Był to mój żołnierz. Dzisiaj w takiej sytuacji przełożony może liczyć na profesjonalną pomoc psychologów, na duchowe wsparcie ze strony kapelana. Mówię o tym z pewną zazdrością, ja wówczas miałem na głowie prokuratora, oficera politycznego i WSW, dzisiejszą żandarmerię oraz godziny rozmów i przesłuchań. Nie znaleziono zaniedbań szkoleniowych i wy-

chowawczych, co uchroniło mnie przed konsekwencjami prawnymi, lecz nie ukoilo w żadnym przypadku smutku, ani nie rozwiało wątpliwości, że można było tej śmierci zapobiec. Śmierć ta na początku mej drogi zawodowej była jednakże nie tylko raną, która choć zablizniona boli do dzisiaj, była najlepszą lekcją pokory wobec sytuacji nieprzewidywalnych, zwłaszcza gdy pozostawi się człowieka samego. Bez względu na różnicę wieku czy płci, gdy jest się przełożonym, należy utrzymywać równowagę między wymagalnością a opieką, między przepisami a życiem, między awansem i karierą a cierpieniem innych. Można pogodzić się ze śmiercią naturalną wraz z upływem wieku, można przeżyć ból w przypadku nieuleczalnej choroby osoby bliskiej, natomiast nie można zapomnieć płaczu matki i łez skrywanych ojca, gdy przywozi im się ciało syna, jeszcze kilka miesięcy temu odchodzącego do wojska. Pamiętam, że wówczas miałem żal do moich wyższych przełożonych, że ich brakowało w tym skromnym domu wiejskim, gdyż większa liczba doświadczonych oficerów i ich pojedyncze rozmowy z członkami rodziny mogłyby – jestem o tym dziś przekonany – w większym stopniu ukoić ich ból i cierpienie. Także wyczucia i taktu podczas pogrzebu trudno niektórym nauczyć, wówczas popełniono błąd nakazując mi oddać pododdziałem salwę honorową na cmentarzu – wszystkie moje komendy zebrani przyjmowali ze spokojem, ale już pierwsza salwa żołnierzy wywołała gwałtowny szloch i reakcje raczej przerażenia niż satysfakcji z oprawy wojskowej ceremonii pogrzebowej.

Czy można mówić w przypadku samobójczej śmierci 20-letniego żołnierza służby zasadniczej o życiodajnej śmierci? Na pierwszy rzut oka nie, ale wiele osób i cywilów, i tych w mundurze wówczas obok tej śmierci nie przeszła obojętnie. Nie wiem, ale wierzę, że musiała mieć wpływ na ich stosunek do życia, do innych ludzi, do dobra i zła.

## **Szanowni Państwo**

Do początku lat dziewięćdziesiątych żołnierze WP brali udział wyłącznie w misjach pokojowych ONZ, indywidualnie jako obserwatorzy wojskowi, względnie całymi pododdziałami. Tak było po wojnie w Korei, w Wietnamie czy na Bliskim Wschodzie. Zawsze w takich sytuacjach występują przeróżne zagrożenia, ale w okresie ponad 30 lat żaden żołnierz nie został zabity przez kogoś z zewnątrz, rebelianta, partyzanta, żołnierza innej armii. Udział żołnierzy w operacji bałkańskiej, w Bośni, następnie w Kosowie, później w Iraku, a obecnie w Afganistanie jest zupełnie inną kategorią. Polscy żołnierze dzisiaj biorą udział w wojnie tyle

tylko, że poza granicami kraju i w celu, jak to wyraził prezydent Kwaśniewski nad grobem pierwszej ofiary w Iraku, majora Hieronima Kupczyka: „...aby bronić najwyższych wartości – wolności i pokoju. Jadąc tam, mjr Kupczyk był przekonany, że bierze udział w wielkiej misji”.

Od niedawna zawodowi żołnierze wiedzą, że odmawiając wyjazdu do Afganistanu ze swoją jednostką będą zwolnieni z armii. Dziś nie ma już ochotniczych wyjazdów, bycie żołnierzem zawodowym wniosło w ich życie nowe akcenty, dla nich samych świadomość nie tylko dyspozycyjności, ale i konieczności profesjonalizmu wojskowego, który może uratować im życie, a dla najbliższych w dotychczas niespotykanym stopniu element wyczekiwania i przede wszystkim strachu, nieustannego lęku i stresu, czy mąż, narzeczony, syn, brat, i ojciec wróci do domu.

Życie codzienne żołnierzy w Iraku czy w Afganistanie tylko na pozór jest monotonne, bo z zewnątrz jest postrzegane jako wyjazd pojazdem na patrol, albo siedzenie w obozie oczekując kolejnego rozkazu wyjazdu. W różny sposób jest ten czas wykorzystywany, ale jego charakterystyczną cechą jest konieczność przebywania w jednym miejscu, zawsze tym samym i zawsze wśród tych samych osób. Stosunki międzyludzkie i atmosfera są poprawne nie dlatego, że nie ma napięć i nie występuje typowe zmęczenie drugą osobą, lecz tylko dlatego, że każdy wie, choć tego się nie mówi, jakie znaczenie w tych warunkach nieustannego zagrożenia utraty życia ma spokój, wzajemna współpraca, pomoc koleżeńska i przyjaźń.

Śmierć dobrego sąsiada w bloku czy kolegi w biurze przyjmujemy ze smutkiem, śmierć kolegi i przyjaciela z drużyny, współtowarzysza broni, podczas akcji bojowej na skutek ostrzelania czy na patrolu w wyniku wybuchu miny-pułapki wywołuje najróżniejsze myśli i działania. Obok takich myśli: dlaczego?, gdzie popełniono błąd?, czy można było tego uniknąć?, co należało zrobić?, będą i takie refleksje jak: ja miałem szczęście, ale co przyniesie dzień kolejny dla mnie, kogo pozostawił zabity w kraju, itd. A czy można mieć pretensje za pojawienie się w takiej sytuacji i takich myśli o chęci odwetu, nawet uczucia złości i nienawiści? Mało kto zapewne uwierzyłby, gdybym zapewniał, że takich myśli koleżki zabitego w danej chwili nie mają. Zwłaszcza, że taka sytuacja może się powtórzyć dla nich samych w każdym momencie.

6 listopada 2003 roku ppłk Hieronim Kupczyk, dowódca batalionu czołgów ze Szczecina wraca z 15 innymi polskimi żołnierzami do bazy amerykańskiej pod Bagdadem. Jadą samochodami, na wszystkich biało-czerwone chorągiewki. Gorąco, pustynne powietrze i piach zatykają dech. Żołnierze mają pootwierane okna w pojazdach, tylko w aucie do-

wódcy szyby są zamknięte. To go zgubiło – mówi jeden z uczestników tej misji. Zamknięte okno oznacza włączoną klimatyzację. To znak, że to pojazd oficerski. Cel nr 1 przy ataku. Ciężko ranny w głowę mjr Kupczyk umiera w połowym szpitalu w Karbali. Na mszy żałobnej kaplica wypełniona po brzegi, spuszczone głowy, przygnębienie, zaskoczenie i zarazem niedowierzanie, że jednak wydarzyło się to, co może przytrafić się innym, Amerykanom, Anglikom, ale może nam się nie zdarzy.

W przypadku śmierci żołnierza w Iraku tragedię rodziny potęgował fakt, że nie można było zobaczyć ciała zmarłego. Ciało, docierając przez Bagdad i Ramstein w Niemczech do kraju znajdowało się w takim stanie, że niewielką szybkość w metalowej trumnie trzeba zamalować. Żonie, dzieciom i rodzicom musiał pozostać obraz męża, ojca, syna w dniu pożegnania na lotnisku. Ich samotności i bólu nie są w stanie złagodzić słowa przełożonego na cmentarzu, że ich najbliższy poległ na „polu chwały”.

### Szanowni Państwo

Kolej na kilka refleksji dotyczących przeżyć oficerów i żołnierzy, którzy uczestniczyli w działaniach wojennych, byli uczestnikami operacji militarnych, w których z ich rąk ginęli obcy ludzie. Powszechnie uważa się, że pecha mieli jedynie ci żołnierze, którzy zginęli podczas misji, względnie zostali kalekami. To byłaby prawda, gdyby nie kategoria śmierci społecznej, o której chce powiedzieć parę słów. Nie uważam się za specjalistę tanatopsychologii, choć przedmiot badań tej nowej dziedziny nauki jest mi bliski. Psychiczne i emocjonalne skutki wojny jej uczestników nie są tematem atrakcyjnym dla mediów, a i dla instytucji, jaką jest wojsko także nie najważniejszą, zwłaszcza gdy dotyczy to już weteranów i emerytów. Zagadnienie to – mimo funkcjonowania w WP psychologów – traktowane jest marginalnie, niemal wstydliwie. Tłumaczę to sobie w ten sposób, że instytucja wojskowa czuje się zażenowana, gdy ma eksponować słabe strony wcześniejszych bohaterów w mundurze. Prawdą natomiast jest, że zarówno po Wietnamie u wielu amerykańskich, jak i po Afganistanie czy Czeczenii u rosyjskich żołnierzy ujawniły się negatywne skutki psychiczne, wyrażające się poczuciem zmarnowanego życia, koszmarami i natręctwami wspomnień i winy po poległych kolegach. Niejeden nie może sobie poradzić z obrazami okrucieństwa, na jakie się napatrzył. Trupy, bombardowania, strzelanie amunicją bojową do innych ludzi, śmierć na co dzień tak zdezintegrowała ich system wartości, że nie potrafią jako cywile normalnie żyć, nie potrafią, choć chcą, wrócić do spo-



łeczeństwa. Agresja wobec członków rodziny, wobec najbliższego otoczenia, inny rytuał spędzania czasu wolnego, apatia i zniechęcenie, izolacja społeczna i brak chęci podtrzymywania dotychczasowych kontaktów towarzyskich to tylko niektóre formy, które powodują, że otoczenie poddaje się i powoli wycofuje się z życia byłego żołnierza. A stąd tylko niewielki krok do izolacji i wykluczenia społecznego – do śmierci społecznej.

Jedni żołnierze, mogąc wyjechać ponownie, zrobią wszystko, by znaleźć się w terenie walki, drudzy będą powoli umierać społecznie nie chcąc lub nie wiedząc, gdzie szukać pomocy. Jeszcze inni zaliczą szeregi grup przestępczych i mafijnych. Jest oszukiwaniem się zapominając, że światowa potęga rosyjskiej mafii lat 90. została zbudowana w znacznej mierze na weteranach Afganistanu, zaś po Wietnamie czy Czeczenii żyją jeszcze osoby, które do dziś nie wiedzą, po co właściwie były te wojny i związane z nimi ofiary. Dzieje się tak zwłaszcza wówczas, gdy po jakimś czasie zamiast żałoby i szacunku społecznego dla zmarłych i żyjących uczestników misji czy wojny kolejne elity polityczne ogłaszają nowe opcje polityczne lub militarne.

Na zakończenie proszę pozwolić mi na jedną refleksję. Ma ona charakter uniwersalny i odnosi się do większości społeczeństw i armii świata: **Stanu wojny nikt rozsądnie myślący nie chce z prostego względu, prawdopodobnych strat i możliwości utraty życia. Armie, żołnierze, wszędzie na świecie, akceptację społeczną uzyskują dzięki spełnianej funkcji zapobiegania agresji i wojnie. Mogą ją jednakże wypełniać będąc profesjonalnie przygotowanym pod względem bojowym w kraju lub uczestnicząc w misjach pokojowych, lub militarnych poza granicami, zapobiegając zagrożeniom zewnętrznym. To już społecznie akceptowalne nie jest, bo nie można wykluczyć ofiar i śmierci, a często po czasie dane przedsięwzięcie okazuje się dla samych żołnierzy grą polityczną, na którą nie mieli wpływu. Sytuację taką określam jako „absurdalność i tragizm bycia nowoczesnym żołnierzem”.**



Halina Kulik<sup>1</sup>, Iwona Loska<sup>1</sup>, Stanisława Dutkiewicz<sup>1</sup>

## Oczekiwania chorych u kresu życia i ich rodzin wobec opieki duszpasterskiej

*Nie idź przede mną,  
mogę nie nadążyć.  
Nie idź za mną,  
nie umiem prowadzić.  
Idź przy moim boku,  
po prostu bądź moim  
przyjacielem.*

Albert Camus

W ostatnich czasach daje się zauważyć rosnące zainteresowanie problematyką śmierci i umierania. Podejmowane są wysiłki zmierzające do tego, aby człowiekowi umierającemu zapewnić możliwie najlepszą pomoc. Okres terminalny jest niezmiernie trudnym czasem rozstawania się z życiem, z wszystkim co było w nim ważne i znaczące, a nade wszystko jest to bolesny okres rozstania się z bliskimi<sup>2</sup>.

Gdy warunki zdrowotne pogarszają się w sposób nieodwracalny i śmiertelny, człowiek wchodzi w końcowe stadium swojego ziemskiego istnienia. Życie staje się dla niego szczególnie i stopniowo niepewne, i ciężkie. Do bólu i cierpienia dochodzi dramat psychologiczny oraz duchowy rozstania, jaki oznacza i zakłada umieranie<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa, Wydział Opieki Zdrowotnej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

<sup>2</sup> Barczyński M., Bogusz J.: *Okres terminalny* [w:] Medyczny słownik encyklopedyczny. Oficyna Wydawnicza, Kraków 1993, 279.

<sup>3</sup> Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995 [w:] Dokumenty Kościoła, *W trosce o życie*. Wydawnictwo diecezji Tarnowskiej, Tarnów 1998, 607.

W tym, bolesnym i trudnym dla człowieka chorego terminalnie okresie życia konieczna i niezbędna jest obecność kogoś „bliskiego”. Można więc powiedzieć, że specjalnego znaczenia nabiera ta pomoc w stosunku do ludzi, którzy umierają powoli, którzy cierpią. U podstaw podejmowanych wysiłków leży przekonanie, że każdy człowiek ma prawo do godnej śmierci, a społeczeństwo obowiązek moralny do zapewnienia koniecznej opieki i pomocy<sup>4</sup>.

Coraz powszechniej akcentuje się „[...] istnienie elementu duchowego, jako integrującej siły w wizji zdrowia, nie nazywanej już »irracjonalną«, lecz uznanej za czynnik unifikujący i harmonizujący wewnętrzny ład człowieka we wszystkich jego aspektach: fizycznym, psychicznym, intelektualnym i społecznym”<sup>5</sup>.

Nie ulega więc wątpliwości, że „[...] opieka paliatywna, podejmująca troskę o ciężko chorych i umierających jawi się jako prawdziwy znak nadziei, przede wszystkim dla tych, którzy zbliżają się ku śmierci, ale także dla świata medycznego oraz całego społeczeństwa”<sup>6</sup>.

W założeniach opieki paliatywnej podkreśla się, że w centrum zespołu znajduje się sam pacjent i jego rodzina. „[...] w opiece paliatywnej akcentuje się działanie zespołowe” i właśnie ono winno pomagać osobie umierającej w przeżywaniu śmierci jako ostatniego doświadczenia życia<sup>7</sup>. Powinno również być ostoją dla rodziny pacjenta.

W skład pełnego zespołu wchodzi: lekarz, pielęgniarki, duchowni, psycholog, pracownik socjalny, rehabilitant, terapeuta zajęciowy, dietetyk, farmaceuta, pracownik administracyjny, a także rodzina i wolontariusze. Uważa się, iż rozstrzygający charakter umierania i śmierci powinien motywować cały zespół opieki paliatywnej do nieustannie wzrastającej wrażliwości na los i potrzeby pacjenta. Tak bardzo ważne jest zatem, aby „[...] niosący pomoc i świadczący opiekę zbytnio nie »oswoili się« z sytuacją umierania i śmierci, a także – co byłoby naganne – nie stali się nieczuli na stan duchowy swoich pacjentów”<sup>8</sup>.

---

<sup>4</sup> Barczyński M., Bogusz J.: *Okres terminalny* [w:] Medyczny słownik encyklopedyczny, dz. cyt., 279.

<sup>5</sup> *Materiały z ogólnopolskich Warsztatów Kapelanów Duszpasterstwa Służby Zdrowia*. Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 1999, 22.

<sup>6</sup> Bartoszek A.: *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*. Księgarnia św. Jacka. Katowice 2000, 102.

<sup>7</sup> Tamże, s. 81.

<sup>8</sup> Chrostowski W.: *Zasady etyczne w opiece nad umierającym człowiekiem w nauczaniu Kościoła Katolickiego*, „Collectanea heologica”, 2000, 3, 96, 97.

U kresu życia, posługa kapłan – członka zespołu terapeutycznego – nabiera szczególnego wymiaru i znaczenia tak dla chorego, jak i jego rodziny, ale również dla pozostałych osób sprawujących opiekę nad chorym.

Duszpasterstwo chorych jest posługą indywidualną, przez co niweluje dystans: kapłan staje w niej najpierw jako człowiek o swej własnej niepowtarzalnej osobowości, a dopiero później jako szafarz sakramentów. Jeżeli tę kolejność odwróci, tzn. ukryje się za parawanem przynależnych mu instrumentów, nie ma mowy o spotkaniu – będzie to jedynie chwilowe zetknięcie się w ramach pełnionego zawodu. Nie ulega wątpliwości, iż duszpasterz posługujący umierającemu staje przeważnie wobec kryzysu wiary osoby dotkniętej cierpieniem<sup>9</sup>.

W obliczu śmierci człowiek uświadamia sobie problematyczność, złożoność i ułomność dotychczasowego życia, a to z kolei może prowadzić do potrzeby wewnętrznej przemiany i żywej więzi z Bogiem po to, by jeszcze u kresu życia móc nadać mu właściwy sens. Warto jeszcze dodać, że zachwianie równowagi w trudnych, kryzysowych sytuacjach życia może usunąć tylko wzajemna bliskość oraz intensywność obcowania z chorym i umierającym<sup>10</sup>.

Właśnie ze zrozumienia istoty „duchowego wymiaru umierania”, świętości i wagi tego wydarzenia wypływa obowiązek dla Kościoła. Jest nim zatroskanie się razem z rodziną – chorym i umierającym<sup>11</sup>.

Umierający oczekuje wsparcia duchowego i psychicznego, czeka na pomoc w zmierzaniu się z tym, co nieznanne, a nieuchronne.

Obecność Kościoła przy człowieku umierającym nie może zaznaczyć się tylko w samym namaszczeniu. Problem ten mieści się w trzech podstawowych funkcjach Kościoła: w przepowiadaniu, liturgii i w diakonii. Uważa się, że „[...] autentyczne towarzyszenie to pomoc w przejściu ostatniej drogi życia zgodnie z możliwościami i osobistymi wyobrażeniami umierającego, możliwie samodzielnie, na swój własny sposób tak, by umierał on swoją własną śmiercią wynikającą z jego własnego życia – inną, niż oczekują osoby otaczające chorego”<sup>12</sup>.

<sup>9</sup> Mikołajczak R.: *Towarzyszenie umierającym jako zadanie Kościoła*, „Ewangelizacja i nawrócenie”, Program duszpasterski na rok 1995/96, cz. I, Katowice 1995, 225.

<sup>10</sup> Mikołajczak R.: *Pomoc i towarzyszenie w umieraniu*, „Ewangelizacja i nawrócenie”. Program duszpasterski na rok 1995/96, cz. II, Katowice 1995, 111.

<sup>11</sup> Dutkiewicz E.: *Duszpasterska opieka nad ciężko chorymi i umierającymi*, „Ewangelizacja i nawrócenie”. Program duszpasterski na rok 1995/96, cz. I, Katowice 1995, 537.

<sup>12</sup> Mikołajczak R.: *Towarzyszenie umierającym jako zadanie kościoła*. „Ewangelizacja i nawrócenie”. Program duszpasterski na rok 1995/96, cz. II, Katowice 1995, 225.

Z analizy materiałów dotyczących zadań kapelanii hospicyjnej, zwracają uwagę następujące:

- „Niezmiernie ważnym zadaniem Kościoła w służbie chorym i cierpiącym jest ukształtowanie odpowiedniej świadomości śmierci.” Zjawisko umierania i śmierci jest bowiem dzisiaj postrzegane z lękiem i odrzuceniem.

- „Diakonia Kościoła wobec chorych i umierających obejmuje każde działanie, które po prostu otwiera się na potrzebę ludzką. Może ona przybierać różne formy: od informacyjnej współludzkiej postawy, po dobrze zorganizowane inicjatywy wspierające”<sup>13</sup>.

- Zadaniem kapłanów jest pomagać chorym tak przeżywać swoją chorobę, by posłużyła ona dla ich osobistego zbawienia, a nawet zbawienia innych. W tym celu istotne jest, aby przede wszystkim przypominali pacjentom oraz wyjaśniali Słowo Boże<sup>14</sup>. (...) Zadaniem duszpasterza będzie również nie tylko udzielanie sakramentów, ale i przygotowanie do ich przyjęcia. Obecność kapłana z posługą słowa i sakramentów, także z psychologicznego punktu widzenia jest wielce pożyteczna dla chorego. Świadczy bowiem, że ktoś o nim pamięta, że jest dla kogoś drogi i potrzebny. To również „[...] do duszpasterzy należy nauczenie i przyzwyczajanie chorych do modlitwy, tak indywidualnej, jak i we wspólnocie z domownikami lub osobami opiekującymi się chorymi oraz dostarczenie im odpowiednich pomocy do modlitwy...”<sup>15</sup>.

- Kościół razem z rodziną staje przy chorym ze Słowem i sakramentami, (...) są one wezwaniem do nadania sensu i przewyciężenia danej sytuacji życiowej.

Sakrament namaszczenia jest sakramentem udzielanym ludziom znajdującym się w różnej odległości od śmierci, jednocześnie jednak równym i solidarnym w przyjmowaniu swojej skończoności i bezsilności. Natomiast nadzieja w kontekście namaszczenia oznacza zawsze nadzieję na nowe życie – zarówno w uzdrowieniu, jak i w śmierci<sup>16</sup>.

<sup>13</sup> Dutkiewicz E.: *Duszpasterska opieka...*, dz. cyt., 225, 231, 534.

<sup>14</sup> Krakowiak Cz.: *Eklezjalny charakter troski o chorych*, „Ewangelizacja i nawrócenie”. Program duszpasterski na rok 1995/96, cz. I, Katowice 1995, 212.

<sup>15</sup> Tamże, s. 214, 218.

<sup>16</sup> Dutkiewicz E.: *Duszpasterska opieka...*, dz. cyt., s. 536, R. Mikołajczak, *Towarzystwo umierającym...*, dz. cyt., 228.

Niejednokrotnie umarli nie mogą przyjmować sakramentu namaszczenia ani Wiatyku, ale dotknięta śmiercią rodzina oczekuje pomocy ze strony Kościoła, by umieć się rozstać ze zmarłym.

• Duszpasterz winien przekazywać podopiecznym wiedzę na temat tego, iż człowiek może osiąść swoją godność i pełną wolność dopiero wtedy, kiedy potrafi w pełni, bez reszty zaakceptować całą rzeczywistość swojego życia – a więc wtedy, kiedy potrafi umieranie włączyć w życie<sup>17</sup>.

W opiece paliatywnej chodzi więc o wszechstronną troskę o „godność umierającego”. Przejawia się ona między innymi w rozeznawaniu potrzeb duchowych, do których zaliczyć możemy:

- potrzebę miłości i obcowania z ludźmi
- przebaczenia win – „czystego sumienia”
- potrzebę harmonii ze światem
- zrozumienia sensu życia, choroby i cierpienia
- potrzebę nadziei
- osobistego spotkania z Bogiem oraz,
- potrzebę ułożenia z Bogiem (nieraz od nowa) swoich spraw.

Odczytywanie i zaspokajanie wyżej przedstawionych potrzeb sfery duchowej ma uwrażliwić każdego opiekuna na to, że człowiek „[...] musi przeżyć swoją godność...”, a wówczas spokojnie odejdzie i pożegna rodzinę oraz najbliższych<sup>18</sup>.

Podobnie jak w życiu, tak w procesie umierania każdy człowiek jest inny. Ważną powinnością personelu sprawującego opiekę nad chorym, w tym także kapelana jest znalezienie własnej drogi do konkretnego cierpiącego człowieka<sup>19</sup>.

Fundamentalną rolą duszpasterza jest towarzyszenie choremu terminalnie, który jest nietykalną tajemnicą i mobilizuje nas do okazywania mu w ostatnich chwilach życia – naszej ku niemu miłości.

## Cel badań

Zakładanym głównym celem badań jest próba poznania oczekiwań chorych u kresu życia i ich rodzin wobec opieki duszpasterskiej. Wśród celów szczegółowych założono:

<sup>17</sup> Mikołajczak R.: *Towarzyszenie umierającym...*, dz. cyt., 231.

<sup>18</sup> Żytowiecki J.: *Godność osoby ludzkiej jako dziecka Bożego w nauczaniu Jana Pawła II, „Wierzę w Boga Ojca”*. Program duszpasterski na rok 1998/99, Katowice 1998, 166–175.

<sup>19</sup> Świeżyński A.: *Śmierć, której pragniemy*, „Collectanea Theologica”, 2000, 70, 3, 109–137.

1. Poznanie oczekiwań pacjenta i jego rodziny wobec kapelana;
2. Ukazanie sposobów odbierania posługi duszpasterskiej przez chorych i ich rodziny;
3. Wskazanie nowych zadań kapłanów w odpowiedzi na potrzeby chorych i ich rodzin;
4. Próba usystematyzowania cech duszpasterzy zgodnie z oczekiwaniami chorych.

### Material i metoda

Dla realizacji założonych celów badawczych posłużono się techniką wywiadu skategoryzowanego. Skonstruowano dwa rodzaje kwestionariuszy. Jeden został przygotowany dla chorych, drugi dla rodziny pacjentów będących pod opieką zakładów opieki hospicyjnej. Badania są kontynuowane. Prezentowany materiał pochodzi z badania pilotażowego, dotyczy 24 pacjentów oraz 11 krewnych pacjentów.

Badania prowadzone są w hospicjach stacjonarnych i domowych na terenie województwa śląskiego.

### Charakterystyka badanych zbiorowości

#### A. Grupa pacjentów u kresu życia

W badanej grupie znalazło się 16 kobiet (66,7%) oraz 8 mężczyzn (33,3%). Połowę badanych stanowili chorzy w wieku 60–80 lat (50%) (tabela 1). Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci cierpiący na nowotwory piersi, płuc i jelita grubego (tabela 2).

**Tabela 1. Wiek badanych**

Wiek badanych	Mężczyźni		Kobiety		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Poniżej 30 lat	1	12,5	–	–	1	4,2
30–45 lat	2	25,0	–	–	2	8,3
46–60 lat	2	25,0	4	25,0	6	25,0
61–80 lat	2	25,0	10	62,5	12	50,0
Powyżej 80 lat	1	12,5	2	12,5	3	12,5

Źródło: obliczenia własne



**Tabela 2. Diagnoza kliniczna badanych pacjentów**

Jednostki chorobowe	Mężczyźni		Kobiety		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Rak piersi	–	–	5	31,25	5	20,8
Rak płuc	3	37,5	–	–	3	12,5
Rak jelita grubego	–	–	2	12,50	2	8,3
Rak krtani	–	–	1	6,25	1	4,2
Rak trzustki	1	12,5	–	–	1	4,2
Rak kości	1	12,5	–	–	1	4,2
Rak prącia	1	12,5	–	–	1	4,2
Rak skóry twarzy	–	–	1	6,25	1	4,2
Szpiczak	1	12,5	–	–	1	4,2
Nowotwór złośliwy o niejasnym umiejscowieniu	–	–	1	6,25	1	4,2
Rak narz. rodnych	–	–	2	12,50	2	8,3
Rak ślinianki	–	–	1	6,25	1	4,2
Rak odbytu	–	–	2	12,50	2	8,3
Rak pęcherza mocz.	1	12,5	1	6,25	2	8,3

Źródło: obliczenia własne

**Tabela 3. Stopień pokrewieństwa osób odwiedzających**

Stopień pokrewieństwa	N	%
Córka	4	36,3
Syn	1	9,1
Siostrzenica	1	9,1
Bratowa	1	9,1
Ojciec	1	9,1
Żona	3	27,3

Źródło: obliczenia własne

**B. Grupa krewnych pacjentów**

Chorzy najczęściej byli odwiedzani przez własne dzieci oraz współmałżonków (tabela 3).

## Wyniki badań

W przebadanej grupie pacjentów siedemnaście osób otrzymało już pomoc duchową od kapelana hospicjum, siedmiu podopiecznych nie spotkało się jeszcze z posługą duszpasterską lub też nie miało żadnego kontaktu z kapłanem hospicjum. Brak kontaktu związany był niejednokrotnie z krótkim pobytem pacjenta w oddziale opieki paliatywnej.

Spośród pacjentów, którzy mieli już kontakt z kapłanem, pięć osób zgłaszało, że sami prosili o spotkanie z kapłanem, w związku z zaistniałą potrzebą przyjęcia Sakramentów św., natomiast do dwunastu pacjentów duszpasterz przyszedł sam.

Opinie respondentów na temat oceny kontaktu z kapłanem w 80% są pozytywne Oto wybrane wypowiedzi:

- *Kontakt z kapłanem oceniam bardzo dobrze. W skali do dziesięciu oceniam go na dziewięć. Zawsze przecież jest jeszcze coś do zrobienia.*
- *Muszę powiedzieć, że kontakt z kapłanem pomaga choremu... Nigdy nie stroniłem od księdza – w młodości i w szpitalu także. Mam nadzieję, że tak pozostanie.*

A oto przykład opinii mniej pozytywnych:

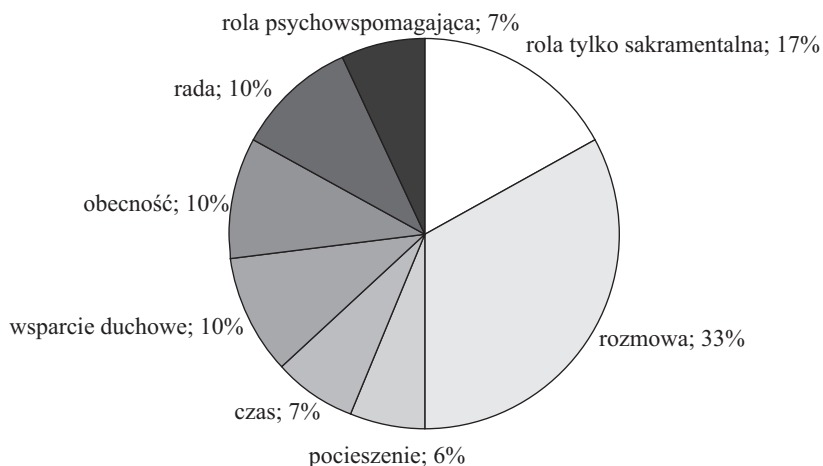
- *Udzielił mi tylko Komunii św. – i to było wszystko.*
- *Był pozytywny (w domyśle chodzi o kontakt z kapłanem). Każdy taki kontakt jest potrzebny. (Chora zaczęła płakać).*

W wypowiedziach chorych na temat roli kapelana w hospicjum zauważyć można, że większość pacjentów (18) dużą wagę przywiązywało do posługi nie tylko sakramentalnej. Podopieczni zwracali często uwagę na poświęcony im przez kapłana czas, rozmowę, radę. Oto charakterystyczne wypowiedzi:

- *Kapelan powinien też porozmawiać, naprowadzić na pewne myślenie, powinien coś odpowiedzieć, doradzić...*
- *Uważam, że powinien przyjść nie tylko z Sakramentami – choćby porozmawiać, na duchu podtrzymać, bo nie zawsze człowiek potrafi się wypowiedzieć czy Komunię przyjąć – usta zasychają...*
- *Nie tylko sakramentalną, duchową – w ogóle: psychicznie wspomagającą. Żeby po prostu był.*

Szczegółowe dane liczbowe dotyczące roli kapelana hospicjum zobrazowano na ryc. 1.

Prawie połowa pacjentów (11 osób) miało potrzebę rozmowy z duszpasterzem zarówno na tematy związane z Bogiem, jak i codziennym życiem. Sześciu pacjentów wyrażało chęć rozmowy tylko na temat Boga,

**Ryc. 1. Rola kapelana hospicjum**

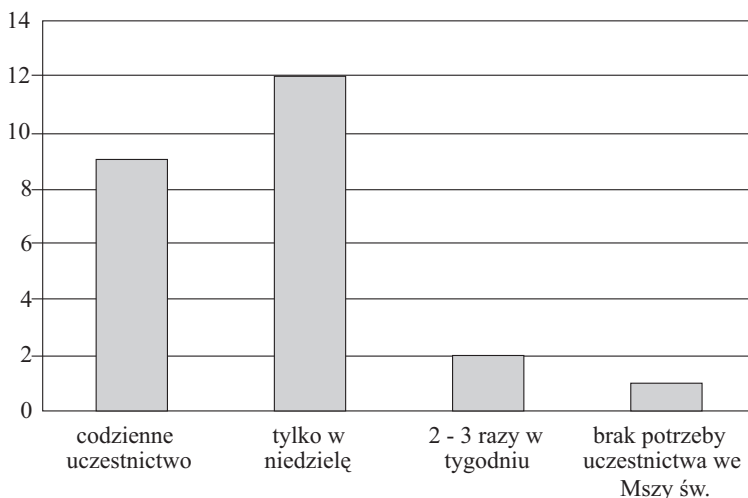
Źródło: obliczenia własne

a kolejnych sześciu podopiecznych wyłącznie na temat codzienności. Tylko jedna osoba nie chciała rozmawiać z kapłanem hospicjum. Chorzy w rozmowach z kapłanem hospicjum oczekują:

- pytań o samopoczucie,
- żartu,
- nauk związanych z zaufaniem Bogu, nie załamywaniem się w trudnych sytuacjach,
- podtrzymania na duchu,
- rad zachęcających do stałości w wierze.

Oto wybrane opinie respondentów:

- *Oczekuję słowa o Bogu, pocieszenia, podtrzymania na duchu chociaż w ostatnich chwilach... (pacjentka płacze).*
- *Nie mam pragnienia rozmawiać ani na jeden, ani na drugi temat. Na temat Boga jestem za mało oświetlona. Na temat codziennego życia? – Życie samo niesie niespodzianki.*
- *Żeby mi dodał otuchy, udzielił błogosławieństwa.*
- *Co chciałbym usłyszeć? Żeby człowiek był człowiekiem, żeby przez tę chorobę się nie zepsuł, by się trzymał wiary – by się nie odłączył od naszej wiary (...).*
- *No cóż mam dużo tematów: temat córki z mężem – tak się pogorszyło (...) nigdy Pan Bóg nie chce źle. Powiem jedno: wszystko byłoby dobrze, tylko byle mi nie dokuczało (...), by szło żyć (...). Boję się, by mnie nie zadusiło.*

**Ryc. 2. Potrzeba uczestnictwa w Eucharystii**

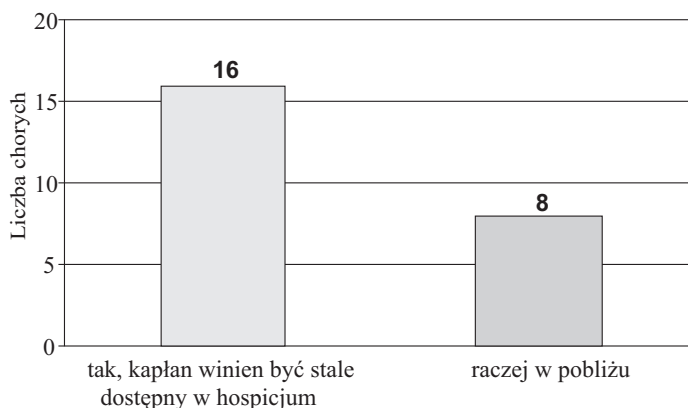
Źródło: obliczenia własne

Pacjenci mają potrzebę uczestnictwa we Mszy świętej. Aż 37,5% badanych odpowiadało, iż chcą codziennie uczestniczyć w Eucharystii, 50% – tylko w niedzielę, 8,3% – dwa, trzy razy w tygodniu, tylko jedna osoba nie wyraziła takiej potrzeby (ryc. 2). Warto przytoczyć niektóre bezpośrednie wypowiedzi:

- *Bardzo chętnie. (chora płacze). Wyspowiadałam się i byłam bardzo szczęśliwa. Wcześniej nie umiałam wstać, a później nawet Komunię przyjmowałam przez kilka dni na klęcząco. Po prostu dałam radę się skulić...*
- *Potrzeba ta jest dla mnie jak kromka chleba z masłem (...). Jeżeli jest taka okazja – to za każdym razem, a jeżeli nie (...) na przykład wczoraj byłam na Mszy św., a dzisiaj się pytałam czy czasem też nie ma.*
- *Czuję się okropnie dlatego, że chodziłem prawie codziennie, prawie codziennie do kościoła, a teraz tak się stało, że od czerwca nie byłam w kościele.*

W opinii 1/3 badanych kapłan mógłby im pomóc zrozumieć i wyjaśnić szereg wątpliwości, które zrodziły się w trakcie trwania choroby, a szczególnie w obecnym ich stanie. Oto przykład wypowiedzi:

- *Po prostu, gdybym dała radę powiedzieć to, co mam w sercu – to z miłą chęcią (płacz pacjentki). W życie pozagrobowe to wierzę na 100%.*
- *Czasami się nasuwają takie wątpliwości. Trudno jest w tej chwili określić, bo czytam Biblię tak po troszeczku i niekiedy mi jedno z drugim nie pasuje*

**Ryc. 3. Dostępność kapelana w hospicjum**

Źródło: obliczenia własne

– i są chwile, że człowiek by chciał wyjaśnienia w niektórych sprawach, ale to trudno określić.

- Ja mam wiele do wyjaśnienia, ale...

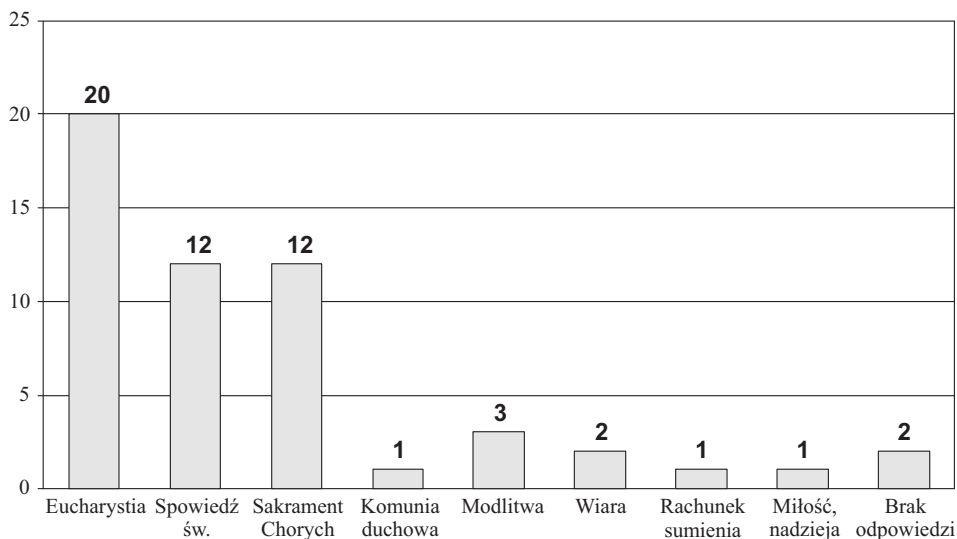
Na pytanie, czy duszpasterz winien być stale dostępny w hospicjum? – 66,7% przebadanej populacji odpowiadało twierdząco, zaś 33,3% uważało, iż raczej nie. Zwracano uwagę na to, że kapelan hospicjum powinien „dochodzić” z posługą duszpasterską z pobliskiej parafii i w ten sposób być z chorymi w stałym kontakcie. Oto niektóre opinie:

- Czy ja wiem? Ja bym na przykład z mojej strony – chciał. No, ale nie wiem, jakie są warunki księży (...), bo jeden by mógł, a nie chce, a drugi nie może, a chciałby (...). Ja bym chciał go mieć prawie dziennie. Dziennie, żeby posiedzieć, pogadać.
- No, nie wiem czy tu by było aż tyle pracy? Czy winien dodatkowo jakąś pracę też mieć? Na przykład, kapłani są też w szpitalu i nie mają tyle obowiązków, bo są przeznaczeni tylko do tych chorych, nie? Może by też to mogło być na tej zasadzie. Musiałby się ktoś o to postarać.
- Uważam, że jak chory tylko potrzebuje, jest konającym – nikomu nie powinno się odmawiać. Tak uważam.

Ponad 1/3 badanych – 37,5% słyszała o istnieniu ruchu Apostolstwa Chorych. Źródłem informacji byli najbliżsi lub kapłan.

Ponad 80% badanych wskazuje na Eucharystię (Komunię św.), jako sakrament podnoszący ich na duchu. Pozostali wskazywali na Sakrament Pojednania i Sakrament Chorych, jako istotnie wspierające w chorobie.

**Ryc. 4. Sakramenty i inne czynniki wpływające na wzmocnienie sił duchowych w cierpieniu**

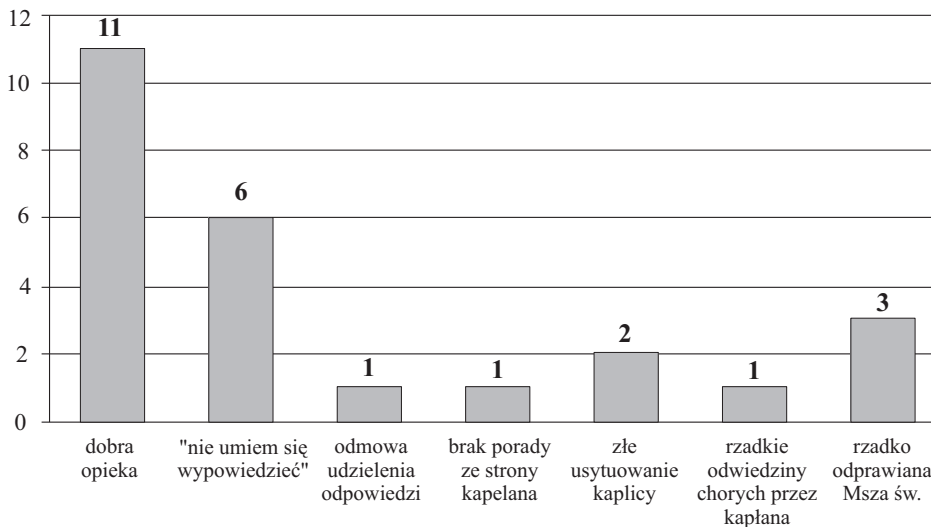


Źródło: obliczenia własne

Niektórzy respondenci wskazywali na inne czynniki, stanowiące umocnienie w cierpieniu, tj.: modlitwa – 12,5%, wiara – 8,4%, codzienny rachunek sumienia, miłość oraz nadzieję – 4,2%. Dane przedstawiono na ryc. 4. Oto wybrane opinie badanych:

- *Komunia św. przede wszystkim. Dlaczego? Nie wiem. Każdy odczuwa to inaczej. Ja przynajmniej odczuwam taką lekkość, jakby Komunia św. dodawała mi otuchy na dalsze życie. Namaszczenie chorych – bo gdyby się coś stało w tych dniach, to wiem, że nie pójdę w „butach nie umytych” – tam gdzie powinienam iść.*
- *Przyjmowanie Pana Jezusa – to po prostu umacnia. Przepraszam, że płacę... Bo ja już bardzo dawno nie byłam. Już w domu leżałam bardzo długo i ostatni raz na Mszy św. byłam w lipcu...*
- *Ja uważam, że najprzyjemniejsze co może być – to uczestnictwo we Mszy św. Po prostu Komunia św., a jak się nie da rady – to uważam, że nawet i Komunia duchowa pomaga.*
- *Spowiedź, Komunia, bo tam zawarte jest wszystko. I pokuta, i żal za grzechy, i poprawa – a to jest najbardziej ważne dla chorego.*

Na pytanie: Kim jest dla Pani/Pana kapłan? – respondenci udzielali odpowiedzi posługując się często określeniami: Ojciec, Pasterz, Nauczyciel

**Ryc. 5. Zadowolenie z opieki duszpasterskiej**

Źródło: obliczenia własne

ciel, Doradca, Posłaniec, wzór, bardzo ważna istota, wyższa sfera, pośrednik między Bogiem i człowiekiem. Warto przytoczyć kilka wypowiedzi:

- *To jest posłaniec Pana Boga.*
- *No, On jest tak, jakby moim Ojcem, bo są takie chwile, że mogę do Niego się udać (...), z Nim porozmawiać. To mnie wzmacnia.*
- *Przede wszystkim nauczycielem.*
- *Kim jest? Przede wszystkim człowiekiem takim samym jak i my – i tak samo ma prawo do chwil słabości.*

Ponad 45% badanych wyraziło swoje zadowolenie z posługi kapłańskiej, 29% respondentów stwierdzało, że błędy w kwestii opieki duszpasterskiej istnieją. Zwracano uwagę na następujące: częstsze odwiedziny kapelana, większa umiejętność porady z jego strony, niedogodne usytuowanie kaplicy, zbyt rzadko odprawianą Mszę św. w kaplicy hospicjum (ryc. 5). Oto niektóre wypowiedzi:

- *Żeby kapłan częściej przychodził do chorych. Tak mi się wydaje (...). Tu – niby hospicjum... hospicjum – to jest coś, co mi się kojarzyło z Kościołem. A tu naraz – to nie tak. Trzeba to jakoś przyjąć.*
- *Niedociągnięcia wszędzie są i nadgorliwość też jest wszędzie (...). Z młodymi (chodzi o kapłanów) – to nie pogadasz za specjalnie. W średnim wieku jest – to nie ma z kim pogadać – bo same babcie...*

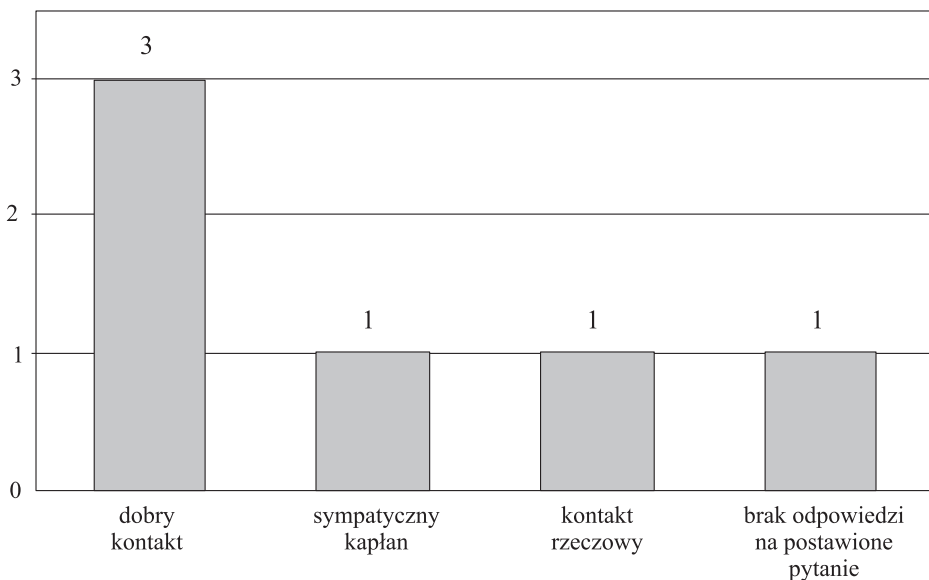
Pragnienie codziennej wspólnej modlitwy z kapłanem wyraziło ponad 90% badanych.

### Oczekiwania rodzin pacjentów wobec kapelana hospicjum

Prawie połowa badanych miała już możliwość spotkania z duszpasterzem hospicjum. Podkreślali oni, że kapłan przyszedł sam w związku z posługą sakramentalną spełnianą wobec ich krewnego: bądź to udzielając Komunii św., bądź sprawując Sakrament Eucharystii. Oceny kontaktu dokonano w kategoriach pozytywnych (ryc. 6). Badani podkreślali, że kontakt ten był dobry, kapłan sympatyczny, rzeczowy. Oto wybrane opinie:

- *To znaczy ja jako rodzina? (...) – nie miałam. Widzę tylko, że jest kaplica (...), bardzo chętnie tam zaglądam i modłę się, ale (...) nie wiem kto tu jest kapłanem, chociaż powiem szczerze, że bardzo bym chciała, bo nasz przypadek jest dosyć skomplikowany...*
- *Mało co rozmawialiśmy, ale był raz na Święta. Pytał o zdrowie męża, dał nam Komunię. Był.*

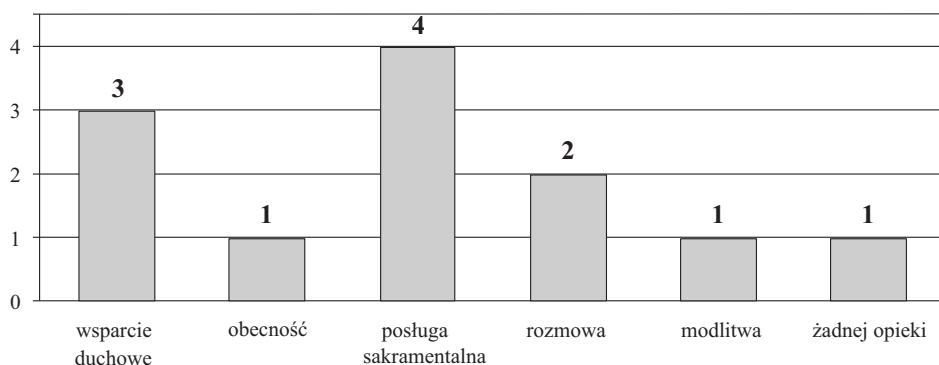
**Ryc. 6. Ocena kontaktu z kapłanem w opinii rodziny chorego**



Źródło: obliczenia własne



**Ryc. 7. Rodzaj opieki, jakiej oczekują krewni od kapelana wobec członka swojej rodziny**



Źródło: obliczenia własne

Z analizy zebranego materiału wynika, że dla rodzin bardzo istotne jest wsparcie duchowe, posługa sakramentalna, obecność przy ich bliskim, modlitwa oraz rozmowa. Tylko jedna osoba nie wykazywała oczekiwań wobec kapelana, uzasadniając to całkowitym brakiem świadomości swojego krewnego (ryc. 7). Oto kilka bezpośrednich wypowiedzi:

- *To znaczy nie tylko tej posługi chrześcijańskiej, ale też codziennej rozmowy.*
- *Tutaj żadnej, ponieważ syn jest nieprzytomny. Trudno, żeby kapelan udzielił jakiejś pomocy – nie ma szans, nie ma odbioru.*
- *Jakiej opieki? To znaczy, konkretnego przedstawienia prawdziwej Bożej miłości względem siebie, miłosierdzia – no powiem nawet przebaczenia...*
- *No – chyba tylko modlitwy za Niego.*
- *Przede wszystkim chodzi o takie wsparcie duchowe – wiadomo, że w takiej sytuacji to jest pomocne i istotne.*

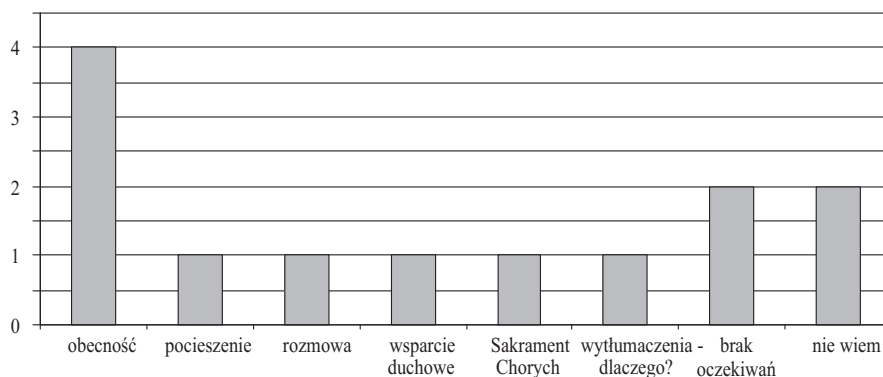
Badani wskazywali na następujące istotne dla nich zadania kapłana:

- psychiczne wspomaganie rodziny,
- przygotowanie na moment odejścia członka rodziny,
- szczerą rozmowę,
- zapewnienie posługi sakramentalnej oraz pocieszenie.

Zdaniem badanych rodzin, umocnienie w cierpieniu dla ich krewnego stanowi zdecydowanie Sakrament Chorych i Eucharystia. Tylko jedna osoba uważała, że żadne sakramenty nie wzmocnią sił duchowych członka ich rodziny.

Pytając badanych o oczekiwania wobec duszpasterza na moment śmierci członka rodziny otrzymano odpowiedzi, w których respondenci

Ryc. 8. Oczekiwania rodziny w momencie śmierci ich krewnego



Źródło: obliczenia własne

podkreślali znaczenie samej obecności kapelana, rozmowy z nim, wsparcia duchowego, jakiego może udzielić, pocieszenia oraz Sakramentu Chorych. Jedna osoba oczekiwała od kapłana wytłumaczenia i odpowiedzi na pytanie – „Dlaczego? Dlaczego? (to wszystko się dzieje – przyp. autora) (ryc. 8). Oto kilka opinii:

- *Chciałabym, żeby był przy cioci, żeby był blisko.*
- *Niczego nie mogę oczekiwać. Co ja mogę oczekiwać? Że mi powie: „Jest mi żal”, że modli się? Ja to wszystko wiem. Przeżyłem śmierć mojej żony i teraz prawdopodobnie spotka mnie śmierć syna (...). To nie zmieni faktu, nie zmieni tego bolesnego faktu. To trzeba przeżyć, trzeba przyjąć to uderzenie losu – ciężkie uderzenie. Na raty los mi daje, dawkuje to, co najgorsze.*
- *Nie wiem, nie zastanawiałem się jeszcze nad tym.*
- *To znaczy bardzo dużo siły – takiej duchowej siły (...) – to nas bardzo umocni. Byłoby to dla nas na dalsze życie zapewnieniem, że tak pięknie, że z Bogiem, że z kapłanem, pojednana...*
- *Hmm..., chyba najbardziej to (...) – rzeczy niemożliwej – wytłumaczenia dlaczego? Proszę mi wybaczyć, nie zwracać uwagi (płacz respondentki).*

Ponad połowa badanych przypisywała znaczącą rolę Sakramentu Pojednania, Komunii św. oraz Sakramentu Chorych w przygotowaniu na moment „odejścia” bliskiej osoby. Trzy osoby nie wiedziały, jak można pomóc ich bliskiemu w przygotowaniu do odejścia. Oto przykłady wypowiedzi:

- (...) *Tylko modlitwą. On jest już w takim stanie...*

- *Poprzez modlitwę i obecność.*
- *Wydaje mi się, że najlepsza by była taka bezpośrednia relacja – na zasadzie rozmowy.*
- *Trudno mi powiedzieć, bo to zależy od przekonań: tzn. Tato dosyć późno – że tak powiem – po latach wypowiedział się i przyjął Komunię. No, ale przedtem była rozmowa – i ta rozmowa pomogła. Przez rozmowę, bliższy kontakt.*
- *Mnie osobiście nie pomoże w ogóle. Mamie? No oczywiście modlitwa, Komunia św.*

Ponad połowa badanych wyraziła chęć przynależności do grupy wsparcia dla osób pozostających w żałobie. Oto przykładowe opinie:

- *Siedzą i płaczą? Człowiek jest samotny w swoim cierpieniu, ale to nie zmieni tego bolesnego faktu, że los mi zabiera syna. Powinno być odwrotnie – to on powinien mnie pochować.*
- *Nie, ponieważ ja mam dziecko niepełnosprawne i mam już dość oglądania cierpienia, chorób – i nie chcę mieć kontaktu z osobami, które mają dzieci niepełnosprawne lub Mamę i Tatę chorego. Nie chcę, bo za dużo tego naraz.*
- *Myślę, że tak. Szczerze powiedziawszy trudno mi jest w tej chwili o tym mówić. Inaczej będę reagować w momencie, kiedy to nastąpi. Myślę, że tak – że mogłabym być wsparciem dla innych.*

Dokonując oceny opieki duszpasterskiej, badani wyrażali pozytywne opinie. Sygnalizowano potrzebę częstszej Eucharystii oraz większe zaangażowanie w realizowanie posługi wobec chorych. Oto opinie kilku respondentów:

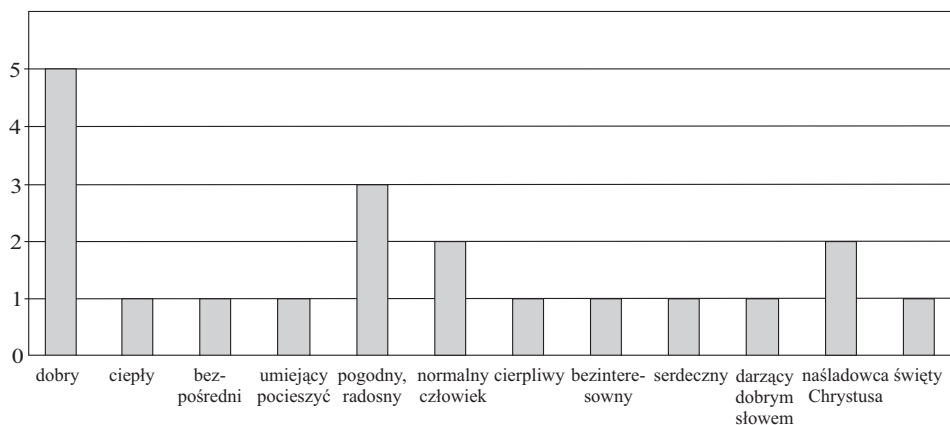
- *No, myślę, że jest właściwa, ale Msza św. powinna być częściej. Są ci klerycy – oni są bardziej bezpośredni od księdza, bo są często i są to młodzi ludzie (...). Oni mają w sobie jeszcze entuzjazm, siły życiowe, a one przechodzą z młodych na chorych.*
- *(...) będzie mi trudno powiedzieć, jako że zupełnie nie wiem jak to wygląda.*
- *Myślę, że jest właściwa (...). Wydaje mi się, że jest dobrze.*

Większość badanych stwierdziła, że posługa duszpasterska powinna być dodatkowym obowiązkiem do rozlicznych zajęć w parafii.

W opinii rodzin chorych kapłan powinien być „normalnym” człowiekiem, osobą, z którą można poartować, która umie pocieszyć, obdarować innych dobrym słowem. Winien być radosny, pogodny, dobry, ciepły, bezpośredni, cierpliwy, a jego posługa bezinteresowna (ryc. 9). Oto kilka charakterystycznych wypowiedzi:

- *Myślę, że powinien być po prostu normalnym człowiekiem.*

**Ryc. 9. Cechy, które winien posiadać kapłan hospicjum – w opinii rodziny**



Źródło: obliczenia własne

- *Mieć dobre słowo, potrzymać za rączkę, być serdecznym. Przy czym, jeśli jest chory, który specjalnie potrzebuje częstszego kontaktu z kapłanem – to powinien ten kontakt nawiązać.*
- *Dobrym, ciepłym człowiekiem, który potrafi przekonać, pocieszyć.*
- *Na pewno musi być bezpośredni, musi łatwo umieć nawiązać kontakt, musi być pogodny, umieć żartować – tak, jak osoba do towarzystwa plus jeszcze te zalety duchowe.*

## Wnioski

Z analizy zebranego materiału wynika, że:

- dla chorych u kresu życia, jak też ich rodzin, bardzo ważne jest wsparcie duchowe i przygotowanie duchowe na chwilę „odejścia”;
- w opinii badanych kapłan jest osobą będącą w stanie zaspokoić potrzeby duchowe człowieka u kresu życia, jak też jego rodziny;
- duże znaczenie dla chorych ma nie tylko Sakrament pokuty i Eucharystii, ale również wspólna z kapłanem modlitwa, a przede wszystkim sama jego obecność;
- w opinii chorych kapłan powinien być dostępny na każde życzenie chorego;
- chorzy i ich rodziny oceniają pozytywnie kontakt z kapłanem;

### **Zamiast zakończenia**

„Na mnie czas. Żegnajcie mi, bracia! Kłaniam się wam i odjeżdżam. Oto zwracam klucze od drzwi [...]. Proszę was tylko o dobre słowo na ostatek. Długo byliśmy sąsiadami, a ja otrzymałem więcej, niż mogłem dać. [...] Teraz nadszedł zmierzch [...]. Dostałem wezwanie i gotów jestem do drogi”<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> Kübler-Ross E.: *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Instytut Wydawniczy PAX 1979, 105.



Halina Kulik<sup>1</sup>, Monika Dyło<sup>1</sup>, Stanisława Dutkiewicz<sup>1</sup>

## Uwarunkowania posługi duszpasterskiej w opiece nad chorymi umierającymi

Cierpienie towarzyszy człowiekowi od zarania dziejów. „Choroba jest jedną z wielu przyczyn cierpienia, które ma szerszy zakres i dotyka najgłębszych warstw osoby ludzkiej” [1]. Choroba i cierpienie, jakie spotykają każdego człowieka poddają próbie jego życie. Człowiek doświadcza swojej niemocy, ograniczeń i skończoności.

Cierpienie chorych w terminalnym okresie choroby jest cierpieniem całej osoby ludzkiej w jej wymiarze cielesno-duchowym, bólem wszechogarniającym. Leczenie w tym okresie musi być działaniem wszechstronnym, dążącym do zwalczania wszystkich aspektów cierpienia. Chorzy znajdujący się w okresie terminalnym choroby nie są leczeni przyczynowo, czyli przeciw chorobie, ale są leczeni objawowo, czyli paliatywnie. Leczenie skierowane jest przeciw objawom, aby było ono skuteczne musi uwzględniać całego człowieka, pomagać mu wszechstronnie, a więc zwalczać wszelkie dolegliwości somatyczne, psychiczne i duchowe [2].

Do całościowego podjęcia opieki nad chorymi terminalnie potrzebny jest zespół wspólnie działający, a przede wszystkim towarzyszący chorym i ich rodzinom. Zespół ludzi tworzących jedną całość, uzupełniających nawzajem swoją posługę. Opieka nad chorymi terminalnie powinna być realizowana w kilku aspektach: medycznym, psychicznym, pielęgniarstwie i duchowym. Celem jej jest zapewnienie chorym i ich rodzinom jak najlepszej jakości życia [3].

Dr Cicely Saunders, rozważając elementy wszechogarniającego bólu, ukazała istnienie bólu duchowego, wynikającego z religijnych i duchowych potrzeb każdego człowieka, ukazując w ten sposób wagę ducho-

---

<sup>1</sup> Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa, Wydział Opieki Zdrowotnej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

wego aspektu opieki nad chorymi. Dlatego w pracę zespołu włączony jest kapłan lub osoba duchowna. Obecność kapłana w zespole jest konieczna i niezbędna.

Ks. Eugeniusz Dutkiewicz podkreśla, że kapłan potrzebny jest:

- Choremu – nie tylko w posłudze sakramentalnej, ale również w towarzyszeniu na drodze cierpienia i trwogi wobec zbliżającej się śmierci. Chodzi o roztoczenie nad chorym duchowej opieki w najważniejszym okresie jego życia, jakim jest umieranie i śmierć.
- Rodzinie – aby mogła jak najpełniej towarzyszyć umierającemu, a po jego odejściu potrafiła świadomie przeżyć cios żałoby.
- Zespołowi hospicyjnemu – w pracach zespołu posługa kapłańska jest niezbędna do dostrzegania i rozwiązywania duchowych aspektów bólu totalnego oraz do pomocy w emocjonalnym i religijnym towarzyszeniu w ostatnich momentach życia. Osoba kapłana stanowi również wsparcie dla pozostałych członków zespołu, na co dzień borykających się z tematyką umierania i śmierci, może być pomocą w odnajdywaniu sił i nadziei w perspektywie wiary w zmartwychwstanie Chrystusa.
- Wspólnocie – rodzinie hospicyjnej – wszystkim ludziom, którzy pracują i współpracują wokół hospicjum, jak również dla osamotnionych rodzin przeżywających żałobę, kapłan jest Pasterzem, który każdego dnia i nocy pomaga dźwigać dramat umierania i śmierci bliskiego człowieka [4].

Etymologia słowa „kapłan” oznacza pośrednika między Bogiem i człowiekiem [5]. Kapłaństwo jest powołaniem, na które człowiek odpowiada bezpośrednio, przez gotowość pójścia drogą powołania oraz stopniowo, całościowo, dając odpowiedź przez całe życie i całym życiem.

Do tej posługi kapłan jest przygotowywany przez sześć lat w wyższym seminarium duchownym. Na równi z przygotowaniem duchowym jest przygotowywany również intelektualnie. W trakcie seminarium ma możliwość zetknięcia się z różnymi aspektami niedoli ludzkiej: chorobą, osamotnieniem, ubóstwem i wszelką ludzką krzywdą i uczy się, jak nieść pomoc fizyczną i wsparcie duchowe. W Wyższym Śląskim Seminarium Duchownym klerycy odbywają praktyki w szpitalach. Często również można ich spotkać przy chorych w funkcjonujących w okolicy hospicjach [6].

Opieka w chorobie jest jedną z najtrudniejszych posług, jaką człowiek podejmuje wobec drugiego człowieka, staje się ona szczególnie trudna, gdy ma się do czynienia z człowiekiem nieuleczalnie chorym. Posługa ta wymaga nie tylko poświęcenia, ale także odwagi, jednak przede wszystkim



kim cierpliwości i wytrwałości. Brak cierpliwości wzmagą cierpienie, utrudnia dialog międzyosobowy, rodzi pokusę ucieczki od sytuacji, wobec których czujemy się bezradni. Cierpliwość jest potrzebna do stawiania czoła różnym przeciwnościom i trudnościom, wymaga jej codzienny trud związany z pracą i cierpieniem [7].

Bezpośrednie przygotowanie do niesienia pomocy chorym terminalnie przez kapłanów rozpoczyna się najczęściej po podjęciu tej posługi. Czasami jednak w niektórych diecezjach alumni seminariów duchownych mają możliwość zetknięcia się z chorym terminalnie posługując jako wolontariusze w hospicjum lub szpitalu. Również niektórzy lekarze opiekujący się chorymi terminalnie prowadzą wykłady w wyższych seminariach duchownych starając się przybliżyć stan, w jakim znajdują się ci chorzy i przedstawić ich potrzeby. W 1994 roku po raz pierwszy po wojnie zorganizowano sesję przybliżającą kapelanom szpitalnym „Dekret o posłudze i życiu kapłanów”. Podczas tej sesji zrodziła się myśl, aby każdego roku organizować rekolekcje dla księży kapelanów.

Jest to zasługa przyjętych wskazań duszpasterstwa krajowego. Kapłani posługujący chorym na terenach swoich diecezji mają obowiązek uczestniczyć w specjalnie dla nich przygotowanych spotkaniach, na których są poruszane problemy dotyczące tejże posługi [8].

W trakcie tych spotkań poruszane są m.in. problemy dotyczące duchowego wymiaru zdrowia, potrzeb duchowych, znaczenia religijności w przeżywaniu choroby, posługi kapłańskiej, kontaktu z chorymi i rodziną oraz kontaktu z zespołem terapeutycznym.

Często motywem podjęcia pracy z ludźmi terminalnie chorymi są osobiste doświadczenia kapłana, zdarza się, że zetknął się on już z chorobą i śmiercią w gronie swoich bliskich, przeżył śmierć członka rodziny lub przyjaciela. Ten wcześniejszy kontakt pozostawia w jego psychice niezatarty ślad. Jako kapłan postanowił pomagać ludziom terminalnie chorym, w tym tak ważnym, ale trudnym okresie życia. Czasem bywa, że kapłan wezwany przez rodzinę do umierającego człowieka, styka się z jego strony z agresją skierowaną przeciw Bogu, z odrzuceniem wiary i sakramentów. Taka sytuacja budzi w kapłanie częstokroć potrzebę pomocy chorym, by w ostatnich chwilach swojego życia nie byli sami, pozbawieni chrześcijańskiej nadziei na życie wieczne.

Czynnikiem wpływającym na pomyślność posługi kapłana jest potrzeba współpracy z zespołem medycznym nie tylko w ośrodkach i oddziałach opieki paliatywnej, ale wszędzie tam, gdzie chory się znajduje. Stała bliskość kapelana w ciągu całego przebiegu choroby ma zasadnicze

znaczenie. Personel powinien poznać kapłana ze zwyczajami panującymi na oddziale, do których ma on obowiązek się dostosować. Cennymi wskazówkami są informacje o stanie zdrowia, a także problemach, jakie przeżywają jego podopieczni. Jeżeli chory terminalnie znajduje się na oddziale w szpitalu kapłan powinien być o tym poinformowany, aby niosąc pociechę duchową nie dawał złudnej nadziei na powrót do zdrowia. W dużym stopniu powodzenie posługi duszpasterskiej zależy od życzliwości opiekunów medycznych i sposobu psychicznego przygotowania chorych do niej [9].

Z badań przeprowadzonych przez J. Binnebesela na temat opieki pozamedycznej nad dziećmi hospitalizowanymi z powodu choroby nowotworowej wynika, że 57% ankietowanego personelu podkreśliło konieczność częstych wizyt duchownych w oddziale.

Rzadkie wizyty uniemożliwiają współpracę, a także nie pozwalają na orientację w problemach podopiecznych. Przez małych pacjentów odbierane są w kontekście udzielania przez kapłana ostatniej posługi umierającym dzieciom. Połowa ankietowanych stwierdziła, że duchowni nie chcą z nimi współpracować, co objawia się w niestosowaniu się kapłanów do zaleceń i zwyczajów panujących na oddziale. Także kapłani prowadzący zajęcia religii nie chcą nawiązać bliższej współpracy z nauczycielami. Wyniki tych badań budzą obawy i zastrzeżenia.

Kapłan, jak każdy człowiek może mieć obawy dotyczące spotkania z ciężko chorymi. Tak jak innych, ogarnia ich onieśmielenie, lęk a nawet strach przynaglający do ucieczki, obawiają się ciszy, chwil milczenia, trudnych pytań, na które nikt nie ma gotowych odpowiedzi. Te obawy mogą zaburzać prawidłowy kontakt chorym, dlatego ważną sprawą jest opanowanie przez kapłana własnych emocji, zachowanie pogody ducha i okazywanie przyjaznej naturalności. Musi być nastawiony na uważne słuchanie, a także liczyć się z postawą buntu, a nawet bluźnieniem przeciw Bogu, musi być przygotowany na zetknięcie się z różnymi reakcjami ze strony chorego. Nie powinien też spieszyć się z odpowiedzią na pytania zadawane przez chorych, bowiem wymagają one wcześniejszego zapoznania się z problemami, jakie niesie choroba szczególnie nieuleczalna, a także wytworzenia właściwej osobowości, wrażliwej i otwartej na drugiego człowieka [10].

Do czynników mających wpływ na posługę kapłana, wypływających ze strony chorych, można zaliczyć przede wszystkim:

- czy są oni osobami wierzącymi i praktykującymi;
- ich stan zdrowia, natężenie dolegliwości fizycznych i psychicznych;

- postawy wobec choroby;
- miejsce, w którym chorzy się znajdują (szpital, hospicjum, dom).

Najczęściej długotrwałe leczenie, które poprzedza okres terminalny choroby, wywołuje zmęczenie, wyczerpanie psychiczne, fizyczne i duchowe chorych. Od ujawnienia choroby nieuleczalnej rozpoczyna się walka o życie. W świadomości chorych pojawia się widmo śmierci i cierpienia. Nieraz można spotkać się z określeniem „ Jest to początek końca. Nie wiadomo tylko kiedy nastąpi ten koniec” [11].

Każdy człowiek choruje inaczej, ta sama choroba u każdego przebiega w inny sposób, każdy ją inaczej przeżywa. Choroba dotyka ludzi (w przypadku osób dorosłych), którzy mają już określone cechy, zalety, wady, uzdolnienia, zainteresowania, dążenia, doświadczenia, zwycięstwa, klęski życiowe i są w trakcie kształtowania swojej osobowości. Choroba stawia przed każdym chorym określone zadanie, staje się sytuacją graniczną. Chorzy przechodzą przez trudne i niebezpieczne etapy chorowania.

K. Osińska wyróżnia trzy etapy chorowania.

- Jako pierwszy podaje etap zaskoczenia, który jest związany z faktem zachorowania, oczekiwaniem na diagnozę i leczenie oraz niepewnością leczenia. Jest to okres dużego napięcia emocjonalnego, który cechuje niepokój, rozdrażnienie, obfituje on w elementy stresujące i nerwicorodne. Chorzy mają liczne obawy, są skłonni do pochopnych, nieprzemyślanych decyzji, są często zażenowani, zawstydzeni, załamani, posiadają chęć ucieczki.

- Kolejny etap to poszukiwanie równowagi. Może on mieć cechy negatywne, obojętne lub pozytywne. Jest związany z dążeniem do znalezienia wyjścia z trudnej sytuacji. Dochodzi do głosu rozumowanie, rozsądek, myśl, refleksja.

- Ostatni etap to uwolnienie się od uzależnień chorobowych. Charakterystyczną cechą tego etapu jest osiągnięcie umiejętności chorowania. Tacy chorzy wykazują wielką wszechstronną aktywność, myślą twórczo i samodzielnie, w głównej dziedzinie swoich uzdolnień stają się wybitni. Ten etap cechuje również stopniowe pozbywanie się zależności ludzi chorych od własnych egoizmów. Cechą charakterystyczną działania ludzi znajdujących się na tym etapie jest silne oddziaływanie na innych [12].

Bardzo trudno jest opisać przeżycia duchowe ludzi świadomie zbliżających się ku śmierci. Na czoło doznań wybijają się trzy podstawowe: poczucie osamotnienia, poczucie bezsensu i pustki oraz poczucie niepokoju. Poczucie osamotnienia wyzwala w chorych wrażenie odseparowania od

społeczności ludzi zdrowych, aktywnych, spotykane się ze współczuciem lub unikaniem, nieporadnością ze strony rodziny, przyjaciół, znajomych. W terminalnej fazie choroby poczucie osamotnienia potęguje się. Chorzy terminalnie i umierający „wybierają” sobie osoby, które mogą im towarzyszyć, czy nawet tylko odwiedzać. Chorzy zazwyczaj wskazują na tych, których obecność jest im pomocna i miła, gdyż stan, w którym się znajdują jest dla nich intymnym przeżyciem. Poczucie osamotnienia, dla osób nawet wierzących, jest czasem tak głębokie i dramatyczne, że wydaje się im, że nawet Bóg ich opuścił. Poczucie pustki i bezsensu rodzi się na podłożu pytań o sens losu ludzkiego, które w fazie choroby terminalnej i w obliczu śmierci stają się szczególnie nasilone i ostre. Najczęstsze pytania, które rodzą się w smutku dotyczą sensu życia i sensu śmierci. Są to pytania o Boga i Jego miłość, o to, co jest po śmierci. Ciągłe myśli egzystencjalne, pytania, na które brak odpowiedzi stanowią podkład do cierpień duchowych. Poczucie niepokoju u chorych powstaje najczęściej na podłożu moralnym i wiąże się z poczuciem odpowiedzialności za dokonane życie. To, co kiedyś łatwo można było wytłumaczyć stwierdzeniem „żyje się tylko raz”, w obliczu śmierci staje się wątpliwe, nabiera powagi i wymaga weryfikacji. Nie raz chorzy czują, że nie można dłużej odkładać tego, czego do tej pory nie uporządkowali, a stan, w którym się znajdują utrudnia im to jeszcze bardziej. W obliczu śmierci ich życie nabiera innych wartości. Jest to nie tylko problem ludzi wierzących, o czym możemy się przekonać na podstawie tego, co napisał Umberto Eco ateista: „Niewierzący nie ma nikogo, kto by mógł przebaczyć. Jeśli wie, że uczynił zło, jego samotność będzie bezgraniczna, a śmierć pełna rozpaczy, wyrzuty sumienia to uczucie również znane niewierzącym” [cyt. za 13].

Ludzie wierzący mają świadomość odpowiedzialności za życie przed Bogiem, ale również świadomość Miłosierdzia Bożego, co skłania ich do pokuty i budzi nadzieję na uzyskanie pokoju.

W 1977 roku we Włoszech powstała „Fundacja Floriani”, której głównym celem jest rozwijanie inicjatyw prowadzących do polepszenia jakości życia osób chorych terminalnie; rozwój badań naukowych odnośnie nowych środków i technik dotyczących opieki paliatywnej; przygotowanie i organizowanie struktur działających na polu opieki domowej oraz wewnątrz struktur publicznych i we współpracy z nimi; informowanie i uwrażliwianie opinii publicznej na problemy chorych terminalnie. W ramach Fundacji od 1991 roku działa Komitet Etyczny, który 15 maja 1997 roku wydał „Kartę praw umierających”, dokument dotyczący etycznych założeń opieki nad umierającymi, w której czytamy:

Umierający ma prawo:

- 1) Do uznawania w nim osoby aż do śmierci,
- 2) Do informowania go o jego stanie, jeśli tego chce,
- 3) Do niebycia oszukiwanym i otrzymywania prawdziwych odpowiedzi na swoje pytania,
- 4) Do uczestniczenia w decyzjach, które go dotyczą i poszanowania jego woli,
- 5) Do zmniejszenia bólu i cierpienia,
- 6) Do ciągłej troski i opieki w środowisku przez niego wybranym,
- 7) Do niepoddawania go interwencjom przedłużającym jego umieranie,
- 8) Do wyrażania swoich uczuć,
- 9) Do pomocy psychologicznej i duchowego wsparcia, zgodnie ze swym przekonaniem i swoją wiarą,
- 10) Do bliskiej obecności swoich krewnych,
- 11) Do umierania w izolacji samotności,
- 12) Do umierania w pokoju i z godnością [14].

Gdy warunki zdrowotne pogarszają się w sposób nieodwracalny i śmiertelny, życie staje się stopniowo niepewne i ciężkie. Śmiertelnie chorzy potrzebują ludzkiej i chrześcijańskiej opieki, uznawania i traktowania ich, jak żyjących. „Nigdzie, jak w bliskości śmierci i w samej śmierci należy celebrować i wywyższać życie. Powinno ono być w pełni szanowane, chronione i wspomagane także w tym, kto przeżywa jego naturalne zakończenie... [15].

J. Binnebesel na podstawie przeprowadzonych badań stwierdza, że 47% ankietowanego personelu medycznego uważa, że kapłan jest najbardziej powołaną osobą, by być przy chorym w jego ostatnich chwilach. Także Papieska Rada „Cor Unum” stwierdza, że misja kapłana wyznacza mu rolę uprzywilejowaną w stopniowym przygotowaniu chorego na śmierć. Wymaga to stałej bliskości kapłana w ciągu całego przebiegu choroby. Pojawienie się kapłana dopiero w ostatnim momencie znacznie utrudnia, a niekiedy uniemożliwia wypełnienie jego posługi [16].

Zadaniem kapłana jest kształtowanie właściwej postawy wobec śmierci to znaczy takiej, która wynika z właściwej postawy wobec życia, wypracowanie w chorym uznania, że nasze życie jest nam dane – jest więc od początku życiem i umieraniem. Ważne jest, aby kapłan umiał dostrzec, co przytłacza chorych, inaczej będą się czuli niezrozumiani i nie będą potrafili się włączyć w modlitwę, a tym samym pozostaną w ostatniej fazie swego życia osamotnieni i pozbawieni pomocy w wierze. Kapłan trwający w miłości przy umierających powinien modlić się wraz z nimi z wyczuciem i troską. Dłuższa obecność przy umierających prowadzi do

doświadczenia przemiany, jaka następuje w umierających. Po przejściu przez kolejne fazy procesu umierania, umierający swoją śmierć przyjmują spokojnie bez napięcia, stając się dla osób towarzyszących świadkami wiary. Bycie przy umierających prowadzi do autentycznego porozumienia z nimi. Nawet, jeśli chorzy nie są w stanie przyjmować głoszonych przez kapłana treści o obecności Boga, można im tej obecności pozwolić doświadczyć przez dotyk ręki, otarcie czoła, zwilżenie warg, po prostu przez bycie przy nich, słuchanie i podtrzymywanie ich godności w momencie, gdy dla społeczeństwa wydają się już nic nie znaczyć [17].

Opieka lekarzy i pielęgniarów łączona z opieką kapłanów, opiekunów społecznych, wolontariuszy, członków rodziny i przyjaciół pozwala umierającemu zaakceptować śmierć i przeżywać ją. Pomagać osobie umierającej oznacza pomagać jej w przeżyciu śmierci jako ostatniego doświadczenia życia. Pomaganie to polega przede wszystkim na pełnej miłości, obecności pełnionej przy umierającym. Jest to obecność, która nie budząc u niego złudzeń, pozwala mu czuć się żywym, osobą pośród osób, ponieważ jest adresatem, jak każda potrzebująca istota, uwagi i troski. Ta obecność pobudza ufność i nadzieję w chorym oraz pojednuje go ze śmiercią, jest jedynym w swoim rodzaju wkładem, by w miejsce odrzucenia weszła akceptacja, a nad strachem przeważała nadzieja. Chroni się w ten sposób śmierć ludzką przed ujmowaniem jej w kategoriach wyłącznie medycznych [18].

## **Cel badań**

Celem podjętych badań jest poznanie czynników warunkujących posługę duszpasterską w opiece nad chorymi u kresu życia, z uwzględnieniem dwóch grup czynników:

- związanych z osobą kapłana
- wpływających ze stanu zdrowia i potrzeb chorego.

## **Materiał i metoda**

W badaniach posłużono się metodą sondażową, wykorzystując kwestionariusz wywiadu skategoryzowanego, jako narzędzie badawcze. Badaniami objęto księży – kapłanów prawujących opiekę nad chorymi w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych na terenie Polski. Badania są kontynuowane, a prezentowany materiał pochodzi z badań pilotażowych. Obejmuje grupę 36 kapłanów.

## Charakterystyka badanej zbiorowości

Wiek kapłanów jest zróżnicowany:

- do 30 lat – 3 osoby
- 31–40 lat – 11 osób
- 41–50 lat – 11 osób
- 51–60 lat – 4 osoby (1 osoba nie podała swojego wieku)
- 61–70 lat – 6 osób

Średnia wieku badanych kapłanów wynosi 42 lata.

Zróżnicowany jest również staż posługi kapłańskiej: od roku do 45 lat. Średnia stażu posługi kapłańskiej wynosi 19 lat.

Większość badanych (24 osoby – 66,7%) podało, że ich czas pracy z chorymi w terminalnym okresie choroby wynosi od 0–5 lat. Tylko 5 badanych określiło swój czas pracy w przedziale od 6–10 lat, a 4 w przedziale od 11–20 lat. Jeden z badanych kapłanów podał, że od 30 lat pracuje z ludźmi chorymi.

20 kapłanów świadczy posługę kapłańską w dwóch miejscach zatrudnienia, 7 w trzech, kolejnych 7 w jednym miejscu, a 2 aż w czterech miejscach.

Połowa kapłanów pracuje na stanowiskach kapelana hospicyjnego. Szesnastu badanych to kapelani szpitalni, pozostali to duszpasterze parafialni, którzy posługują chorym w ich domach rodzinnych.

## Wyniki badań

### *Motywy i okoliczności wyboru posługi kapłańskiej*

Na pytanie: *Dlaczego ksiądz podjął pracę z chorymi u kresu życia?* – prawie 39% (14 osób) stwierdziło, że wynikało to z wewnętrznej potrzeby niesienia pomocy i wsparcia chorym. Badani przyznali jednocześnie, że była to samodzielna decyzja, podjęta pod wpływem szczerych przemyśleń i refleksji, przy pełnej świadomości specyfiki tej pracy. Dla zobrazowania problemu warto przytoczyć bezpośrednie wypowiedzi:

- *Jest to bardzo osobista decyzja. Podjęta pod wpływem szczerych refleksji i świadectw osób pracujących w hospicjum. Jeśli chodzi o mnie, to praca ta jest realizacją mojej osobowości. Także wrażliwość na cierpienie u kresu i chęć towarzyszenia chorym do końca.*
- *W pierwszej mojej parafii poszliśmy z Księdzem Proboszczem do szpitala i tak się zaczęło. Praca mi się podobała. Odczułem wartość pracy kapłana z ludźmi umierającymi i ich rodzinami.*

- *Jestem kapelanem szpitala. Z chwilą otwarcia Oddziału Paliatywnego troska o tych ludzi podyktowała mi, by więcej serca i czasu im poświęcić.*

Ponad 1/3 badanych przyznała, że na ich decyzję wpłynęła nominacja biskupa lub decyzja przełożonych zakonnych. Wśród wypowiedzi padały stwierdzenia typu:

- *Była to decyzja przełożonych, choć wiązało się to z ostatecznym podjęciem decyzji przeze mnie – po czasie wiem, że dobrze się odnajduję wśród takich ludzi.*

Część badanych 25% (tj. 9 osób) stwierdziło, że zostali oni przydzieleni do parafii, na terenie której znajduje się placówka lecznicza lub hospicyjna. Prowadząc pracę duszpasterską w parafii są oni jednocześnie kapelanami szpitalnymi bądź hospicyjnymi:

- *(...) Byłem kapelanem 5 lat w Szczecinie, pracując w parafii, jak również w Nowogardzie – 2 lata. Obecnie jestem proboszczem i kapelanem szpitala.*

Jeden z badanych napisał, że do pracy z chorymi w terminalnym okresie choroby skłoniło go doświadczenie osobiste. Przeżył śmierć przyjaciela:

- *Będąc jeszcze w seminarium w Krakowie, umierał na raka mój przyjaciel. Każda sekunda życia ważną jest dla takich ludzi. Oni są najbardziej potrzebujący.*

### ***Przygotowanie kapłanów do posługi kapłańskiej chorym u kresu życia***

Duszpasterz tak, jak każdy człowiek obecny przy ciężko chorym lub umierającym doświadcza ludzkiej bezsilności wobec tych tajemnic. Pomocą w radzeniu sobie ze swymi słabościami, może być wcześniejsze przygotowanie kapłana do niesienia wsparcia chorym, podczas którego zapozna się ze specyfiką pracy wśród terminalnie chorych, ich potrzebami, problemami, które w tym okresie życia się rodzą. Specyficzny dla idei hospicyjnej radykalizm miłości bliźniego wymaga czegoś więcej niż świadczenia usług.

Na pytanie: *Jakie było Księdza przygotowanie do pracy z chorymi terminalnie?* – prawie 39% wskazało, że przygotowani byli tylko w ramach seminarium duchownego. Dziesięciu ankietowanych (co stanowi 27,8%) wskazało na szkolenia organizowane w ramach hospicjum. Pięć osób jako formę przygotowania podało – kursy. Siedmiu ankietowanych (19,4%) podało – wcześniejszą pracę z chorymi, rekolekcje.

Zdecydowana większość kapłanów – (86%) wskazała na konieczność szczególnego przygotowania do posługi chorym u kresu życia. Ta grupa



kapłanów wskazała na następujące, najważniejsze ich zdaniem, formy przygotowania:

- 30% (11 osób) wskazało na przygotowanie w seminarium w formie praktyk i wykładów;
- tyle samo (30% – 11 osób) sądziło, że najlepszą formą przygotowania są kursy;
- 22,2% – (8 osób) sądziło, że dobre przygotowanie osiągnąć można poprzez udział w wykładach, konferencjach, sympozjach, spotkaniach dla kapłanów;
- pięciu badanych wskazało na praktyki w szpitalach lub hospicjach bądź bezpośrednią pracę z chorymi.

Badani wskazywali również na istotne, ich zdaniem, problemy, jakie należy uwzględnić w programach kształcenia kapłanów szpitalnych. Warto zacytować ich wypowiedzi:

- *zwrócenie uwagi na duchowo – psychologiczne aspekty towarzyszenia chorym;*
- *spotkania z kapłanami, psychologami, lekarzami – wskazanie specyfiki pracy wśród terminalnie chorych;*
- *problemy dotyczące postaw wobec chorych i postaw chorych;*
- *umiejętność rozmowy i podnoszenia na duchu terminalnie chorych wymaga przygotowania.*

Większość respondentów (23 osoby – 63,9%) stwierdziło, że zawsze są do dyspozycji chorych terminalnie. Jedna czwarta badanych (9 osób) wskazała, że są dostępni kilka godzin w ciągu dnia, tylko 3 badanych odpowiedziało, że pracy z chorymi w terminalnym okresie choroby poświęcają kilka godzin w ciągu tygodnia.

W związku ze specyfiką pracy, zapytano kapłanów o ewentualne szczególne cechy charakteru lub predyspozycje, jakie powinna posiadać osoba sprawująca opiekę duchową nad terminalnie chorymi. Zdecydowana większość kapłanów (ponad 94%) wskazała na konieczność posiadania odpowiednich predyspozycji. Tylko jeden kapłan stwierdził, że nie są wymagane szczególne predyspozycje.

Po analizie materiału empirycznego wskazane cechy pogrupowano w dwie kategorie. Do pierwszej kategorii zaliczono cechy o charakterze osobowościowym. W tej kategorii najczęściej wybierane były:

- cierpliwość (17),
- dyspozycyjność (11),
- dobroć i wyrozumiałość (6),
- umiejętność słuchania (5),

- wewnętrzny spokój i pogodne usposobienie (4),
- odporność na cierpienie, łagodność, szacunek i tolerancja (3),
- serdeczność i wrażliwość (2).

Druga kategoria to cechy o charakterze duchowym. Wśród nich wymienione były:

- wiara i pobożność (7),
- pokora (5),
- miłość bliźniego (3),
- dojrzała duchowość (2).

Utworzono również trzecią kategorię nazwaną – „inne cechy”. Znalazły się tu pojedyncze odpowiedzi respondentów, które również warto zacytować, np.: duch, poszanowanie godności, modlitwy, umiejętność stawiania wobec własnej bezsilności, dyspozycyjność, opanowanie.

### ***Zapotrzebowanie na posługę duszpasterską***

Poszanowanie wolności religijnej chorych w terminalnej fazie choroby jest niezwykle ważne, ponieważ w obliczu zbliżającej się nieuchronnie śmierci wymiar religijny nabiera szczególnego znaczenia: odniesienie do Boga staje się intensywniejsze, z jednej strony może dochodzić do kryzysów i załamania, z drugiej do wielkich nawróceń, a wszystko to dokonuje się niejednokrotnie w atmosferze wielkiego, wielowymiarowego cierpienia [19].

Dla wielu chorych religia jest sprawą realną i żywotną, a jej znaczenie pogłębia się w czasie choroby i zbliżającej się śmierci. Wiara daje człowiekowi nadzieję, dlatego często pragną kontaktu z kapłanem, a także religijnego umocnienia przez sakramenty.

Aż 27 respondentów (75%) uważa, że stosunek chorych do ich posługi kapłańskiej jest zawsze pozytywny. Warto w tym miejscu zacytować ich wypowiedzi:

- *Bardzo dobry, ciągła obecność wprowadza klimat rodzinny i bliski;*
- *Oczekują i wyrażają jasno swoje potrzeby, czasami widzą w księdzu najpierw człowieka, brata, przyjaciela, a potem dopiero księdza;*
- *Chorzy potrzebują kontaktu. Nawet ci, którzy wcześniej nie byli blisko Boga i Kościoła.*

Jedynie 6 badanych stwierdziło, że stosunek ten zależy od sytuacji i bywa różnicowany w zależności od nastawienia chorego do spraw wiary, religii i Kościoła.

Ponad połowa badanych (24 osoby – 66,7%) stwierdziło, że chorzy w okresie terminalnym choroby chętnie korzystają z sakramen-

tów uzdrowienia. Zdaniem 6 kapłanów chęć przyjęcia tych sakramentów zależy od wcześniejszego przygotowania chorych do ich przyjęcia. Jednocześnie pięciu respondentów zaobserwowało, że chorzy terminalnie obawiają się przyjmowania sakramentów uzdrowienia. Oto wybrane wypowiedzi:

- *Przeważnie przyjmują z wielką ulgą i radością w różny sposób wyrażaną;*
- *Część boi się kojarząc udzielanie Sakramentu Namaszczenia Chorych z bliską śmiercią, trzeba im najpierw wytłumaczyć;*
- *Brak zrozumienia i sensu sakramentów, co stwarza pewną barierę ich przyjęcia, a szczególnie Sakramentu Chorych.*

### ***Pomoc duszpasterska wobec umierających***

Jak narodził się, tak i śmierć należy do życia. Często jednak ludzie wciąż od nowa próbują ukształtować swe życie bez śmierci, nie przewidując na nią miejsca. Ostatnie dziesięciolecia przeniosły śmierć z domu rodzinnego do instytucji państwowych i kościelnych. Coraz częściej ludzie umierają z dala od bliskich, nie przygotowani na jej przyjęcie. Każdy człowiek dąży do materialnego dobrobytu, ale zawsze nadchodzi moment, w którym wbrew swojej woli musi poznać nieprzekraczalną granicę cierpienia i śmierci. Wobec tajemnicy śmierci każdy jest bezsilny, doświadcza wówczas niepewności i samotności, niepokoju i rozterki. W takiej sytuacji bezsilności, wiara chrześcijańska staje się dla umierających źródłem duchowej pogody i spokoju [20].

Na pytanie: *W jaki sposób przygotowuje Ksiądz chorych na nadejście śmierci?* – prawie wszyscy badani (94,4%) wskazali na – posługę sakramentalną, 27 badanych stwierdziło, że dodatkowym sposobem jest – rozmowa z chorym na temat zbliżającej się śmierci. Tylko jeden badany stwierdził, że nie prowadzi takiego przygotowania

Na pytanie: *Czy przygotowuje Ksiądz rodzinę na odejście bliskiej im osoby?* – ponad 80% respondentów stwierdziło, że „tak”, jednak 6 badanych stwierdziło, że nie bierze udziału w przygotowaniu rodziny do odejścia bliskiej im osoby.

W badanej grupie – 13 kapłanów (36,1%) stwierdziło, że są obecni przy śmierci chorych, którymi się opiekują. Dziewięciu badanych odpowiedziało, że nie są obecni w chwili śmierci podopiecznych. Trzynastu badanych wskazało, że zdarza się, że są obecni, ale nie zawsze.

W opinii ponad 90% (33 osoby) badanych kapłanów ich obecność niesie ulgę umierającym.

### ***Współpraca kapłana z zespołem opieki paliatywnej i hospicyjnej***

Cały zespół powinien czuć się wewnętrznie zobowiązany do duchowego wspomagania chorego w jego cierpieniu. Wszyscy, którzy w jakikolwiek sposób zajmują się chorymi powinni pamiętać, że obowiązkiem ich jest uczynić i wypróbować wszystko, co może przynieść ulgę ciału i duszy chorego. Wśród chorych znajdują się ludzie niewierzący, agnostycy, niepraktykujący, ludzie o powikłanym sumieniu, którzy obawiają się spotkania z kapłanem. Również obecność kapłana niektórym kojarzy się z nadejściem śmierci. Często chorzy mają przez siebie wybrane osoby, które darzą większym zaufaniem. W atmosferze przyjaźni jest szansa na to, że chorzy otworzą się, opowiedzą o trapiących ich problemach. To prowadzi do możliwości wspólnego rozwiązywania problemów, usunięcia uprzedzeń i zahamowań, przygotowania na sakramentalne spotkanie z kapłanem. Największe możliwości do nawiązania osobistego kontaktu z chorymi stoją przed pielęgniarkami i wolontariuszami. Powinni oni wzbudzać w chorych pragnienie przyjęcia sakramentu pokuty i namaszczenia chorych, kształtując w nich należyte usposobienie i pomagając w dobrym przygotowaniu się do indywidualnej spowiedzi sakramentalnej oraz przyjęcia sakramentu chorych. Obecność przy łóżku chorego zarówno pracowników służby zdrowia, jak i osoby duchownej tworzy płaszczyznę współpracy między medycyną a duszpasterstwem, której celem jest dobro chorego. Wiele aspektów duszpasterstwa wiąże się z problemami i zagadnieniami pełnionej przez medycynę służby na rzecz życia. Człowiek w terminalnym okresie choroby i umierający wymaga całościowej troski, dlatego współpraca kapłana z całym zespołem opieki paliatywnej i hospicyjnej ma szczególne znaczenie [21].

Tylko 2 badanych stwierdziło, że nie współpracuje z zespołem terapeutycznym. Trzydziestu trzech wskazało na współpracę z zespołem. Współpraca ta polega między innymi na rozmowach personelu szpitala czy hospicjum z chorymi i przygotowywaniu ich do posługi kapłana, wzywaniu kapłana do potrzebujących, informowaniu chorych o godzinie sprawowania Eucharystii, modlitwie przy chorych, a przede wszystkim informowaniu kapłana o stanie zdrowia chorego. Jeden badany nie udzielił odpowiedzi na to pytanie. Warto i w tym miejscu zacytować wybrane wypowiedzi:

- *Czuła posługa zespołu otwiera często drogę do posługi duszpasterskiej;*
- *Naświetla sytuację danego pacjenta, co jest ważne w dobrym kontakcie z nim;*

- *To wspaniali ludzie, podpowiadają mi pewne rzeczy, czasem rozmawiają z chorym o wierze zachęcając ich do rozmowy ze mną;*
- *Tworzymy z całym zespołem bardzo dobry klimat wzajemnego zrozumienia i otwartości;*
- *Stworzenie wspólnoty wraz z chorym to pierwszy krok do obecności przy chorym;*
- *Dobra współpraca pomaga chorym;*
- *Personel ogromnie pomaga w tej pracy. To są moi przyjaciele. Mówią o trudnych chwilach chorego, czasem nawet przygotowują chorych do moich odwiedzin.*

## Wnioski

Analiza zgromadzonego materiału empirycznego skłania do następujących wniosków:

- Najczęstszym podawanym motywem podjęcia decyzji o pracy wśród chorych umierających była wewnętrzna potrzeba posługi chorym. Dwunastu spośród ankietowanych podało, że na ich decyzję wpłynęła nominacja biskupa lub przełożonych zakonnych.
- Praca z chorymi umierającymi wymaga odpowiednich predyspozycji i cech osobowościowych kapłana.
- Konieczne wydaje się profesjonalne przygotowanie kapłanów do niesienia wsparcia duchowego chorym w terminalnym okresie choroby.
- W opinii kapłanów większość chorych terminalnie deklaruje postawę akceptacji posługi kapłana i wyraża potrzebę tej posługi.
- Zdecydowana większość badanych przygotowuje chorych na nadejście śmierci przez udzielanie sakramentów. Poza przygotowaniem sakramentalnym pomagają umierającym przez rozmowę z nimi i obecność przy chorym.
- Również zdecydowana większość kapłanów przygotowuje rodzinę na odejście chorego.
- Ponad 90% badanych zaobserwowało, że obecność kapłana niesie ulgę chorym w ostatnich chwilach ich życia.
- Współpraca z zespołem opieki paliatywnej i hospicyjnej ma korzystny wpływ na posługę duszpasterską chorym terminalnie.

Ze względu na niezbyt liczną grupę badawczą trudno o uogólnianie wniosków. Uzyskane wyniki zadecydowały jednak o konieczności kontynuowania badań.

## Piśmiennictwo

1. Przygoda W.: Teologia cierpienia i choroby. [w:] Myszor J. (red.) XXXIII Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne, 33 (2000), Księgarnia św. Jacka, Katowice 2000, 257.
2. Dutkiewicz E.: Hospicjum. [w:] Chmielewski M. (red.), Leksykon duchowości katolickiej, Wydawnictwo „M”, Lublin – Kraków 2002, 340.
3. Bartoszek A.: człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Księgarnia św. Jacka, Katowice 2000, 64.
4. Dutkiewicz E.: Krajowe Duszpasterstwo Hospicjum. [w:] Duszpasterstwo Służby Zdrowia w Polsce: Osiągnięcia i wyzwania, Materiały z Ogólnopolskich Warsztatów Kapelanów Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Apostolstwa Chorych i Hospicjów, Gdańsk 15–17 kwietnia 1999 r., Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk, 45.
5. ŁK 4, 21.
6. Muszyński H.: Istotne wymiary formacji kapłańskiej. [w:] Komisja Episkopatu Polski Duszpasterstwa Ogólnego, Ewangelizacja w tajemnicy i misji Kościoła. Program duszpasterski na rok 1994/95, Drukarnia Archidiecezjalna w Katowicach, Katowice 1994, 149.
7. Suchoń A.: Cierpliwa wytrwałość jako dar bezinteresownej miłości. [w:] Myszor J. (red.), XXXIII Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne, 33 (2000), Księgarnia św. Jacka, Katowice 2000, 326–328.
8. Jachmiczak J.: Krajowe duszpasterstwo służby zdrowia. [w:] Myszor J. (red.) XXXIII Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne, 33 (2000), Księgarnia św. Jacka, Katowice 2000, 313.
9. Szczepaniak L.: Moralne problemy związane ze szpitalną opieką służby medycznej. Wydawnictwo Księży Sercanów DEHON, Kraków 2003, 252–253.
10. Binnebesel J.: Kapelan na oddziale pediatryczno-onkologicznym. [w:] Przegląd powszechny, 11/96312001, Wydawnictwo WAM, Warszawa 2001, 236–239.
11. Pawlak Z.: Opieka duchowa w terminalnej fazie choroby. [w:] Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych Hospicjum im. Matki Teresy w Zabrze, Holistyczna opieka paliatywna w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej, 13–16 czerwca 2000 r. Zabrze, Wydawca Zabrzeński Informator Samorządowy, Zabrze 2000, 49–50.
12. Wandrasz M.: Religijność a postawa wobec choroby. Redakcja Wydawnictwa Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1998, 30–32.
13. Pawlak Z.: Opieka duchowa w terminalnej fazie choroby. [w:] Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych Hospicjum im. Matki Teresy w Zabrze, Holistyczna opieka paliatywna w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej, 13–16 czerwca 2000 r. Zabrze, Wydawca Zabrzeński Informator Samorządowy, Zabrze 2000, 47.

14. Zasiura W.: Współczesna opieka hospicyjna we Włoszech. Papieska Akademia Teologiczna w Krakowie Wydział Teologiczny, Kraków 2000, (maszynopis) 16–17.
15. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Karta Pracowników Służby Zdrowia. Watykan 1995, nr 115, s. 95.
16. Szczepaniak L.: Moralne problemy związane ze szpitalną opieką służby medycznej, Wydawnictwo Księży Sercanów DEHON, Kraków 2003, 252–253.
17. Mikołajczak R.: Towarzystwo umierającym jako zadanie Kościoła [w:] Komisja Episkopatu Polski Duszpasterstwa Ogólnego, Ewangelizacja i nawrócenie. Program duszpasterski na rok 1995/96, Drukarnia Archidiecezjalna w Katowicach, Katowice 1995, 227–228.
18. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Karta Pracowników Służby Zdrowia. Watykan 1995, nr 116–117, s. 96–97.
19. Bartoszek A.: Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Dz. cyt. s. 240.
20. Por. Jan Paweł II: Człowiek wobec tajemnicy śmierci. Przemówienie na spotkaniu z uczestnikami sympozjum zorganizowanego przez Ośrodek Bioetyki Katolickiego Uniwersytetu „Sacro Cuore” nt. Opieka nad umierającym. Aspekty społeczno-kulturowe, medyczne, pielęgniarstwa i duszpasterskie. Rzym 17.03.1992., *L'Osservatore Romano*, wyd. Pol. 1992, 7, 38–39.
21. Por. Pawlak Z.: Opieka duchowa w terminalnej fazie choroby. [w:] Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych Hospicjum im. Matki Teresy w Zabrze, Holistyczna opieka paliatywna w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej, 13–16 czerwca 2000 r. Zabrze, Wydawca Zabrzeński Informator Samorządowy, Zabrze 2000, 48–49.





Emilia Rozwadowska<sup>1</sup>, Elżbieta Krajewska-Kułak<sup>1</sup>,  
Katarzyna Van Damme-Ostapowicz<sup>1</sup>, Agnieszka Bielemuk<sup>1</sup>,  
Marta Trypuć<sup>2</sup>, Magdalena Anna Chilicka<sup>3</sup>, Helena Tołoczko<sup>4</sup>,  
Anna Wiśniewska<sup>5</sup>, Grażyna Wiśniewska<sup>6</sup>, Robert Terlikowski<sup>7</sup>,  
Bogumiła Kraszyńska<sup>1</sup>, Anna Kraszyńska<sup>1</sup>

## Postrzeganie śmierci w literaturze średniowiecza

*Śmierć jest potężnym mocarzem, dlatego chce,  
żeby na jej przyjęcie wszyscy byli gotowi i drżeli*  
(św. Efrem) [1]

Z biologicznego punktu widzenia na śmierć należy patrzeć jako na nieodwracalne ustanie wszystkich czynności życiowych. W przeciwieństwie do biologii literatura ujmuje zjawisko śmierci jako znaczący element ludzkiej egzystencji, powód cierpienia i strachu ludzkiego, a także jako wielką tajemnicę [2].

Ludzkość od początku swojego istnienia próbowała sobie wyobrazić śmierć, przy tej okazji tworząc jej zantropomorfizowane wizerunki (np. kobieta o skrzydłach nietoperza ze szponami zamiast palców). Najpopularniejszy jednak wizerunek śmierci przedstawia kościotrupa z kosą w ręku, zapoczątkowany w średniowiecznej ikonografii. Epokami, które często sięgały do tego motywu i przedstawiały śmierć, jako żywe zjawisko, były średniowiecze i barok [2].

Wizerunek śmierci od stuleci znany był w literaturze pod kilkoma postaciami – jako:

1. apokaliptyczny jeździec galopujący po stosach leżących na ziemi ciał,

---

<sup>1</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

<sup>2</sup> Zakład Radiologii UMB

<sup>3</sup> Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka UMB

<sup>4</sup> Wydział Nauk o Zdrowiu UMB

<sup>5</sup> Studenckie Koło Naukowe działające przy Klinice Onkologii UMB

<sup>6</sup> Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie

<sup>7</sup> Klinika Rehabilitacji UMB

2. magiera zlatująca w dół na skrzydłach nietoperza,
3. szkielet z kosą lub łukiem i strzałą, czasem jadący w wozie ciągniętym przez woły, niekiedy wierzchem na wole lub krowie [3].

## Wprowadzenie do epoki

Średniowiecze jest specyficznym okresem w kulturze europejskiej, gdyż od lat wzbudza zainteresowanie i, jak dotąd, wymyka się jednoznacznym ocenom i klasyfikacjom [4]. Ludzie średniowiecza nie znali nazwy, którą współcześni określają ich epokę. Podobnie my nie wiemy, jak zostanie nazwany czas i typ współczesnej nam kultury [5]. Nazwa epoki *media aetas* lub *medium aevum* oznaczająca „wieki średnie” po raz pierwszy pojawiła się w okresie odroczenia w pismach włoskich humanistów [4].

Średniowiecze jest okresem, w którym Europa, nie zapominając o tradycji antyku, próbuje tworzyć nową kulturę [6]. Wizerunek „ciemnego”, odwróconego od kultury średniowiecza już od dawna jest uznawany za konstrukcję propagandową, nie znajdującą potwierdzenia w rzeczywistości [6]. Verdon podkreśla, że średniowieczne społeczeństwo kochało książki i traktowało je, prawdopodobnie, nie tylko z uwagi na ich wartość handlową, znacznie lepiej niż czytelnicy nowożytni. Ceniło także nie tylko lekturę, ale również recytacje, a za publiczną prezentację utworu na dworze, autor mógł liczyć na stosowne wynagrodzenie [6].

Wedlu Huzinga istniały trzy zasadnicze tematy, które tworzyły melodię, tej nigdy do końca nie wyśpiewanej skargi na kres wszelkich wspaniałości ziemskich [3]. Były to:

1. motyw pytania: gdzie podziiali się ci wszyscy, którzy kiedyś napełniali świat swym przepychem?
2. motyw przejmującego grozą przedstawienia rozkładu całej piękności ludzkiej,
3. motyw tańca śmierci: oto śmierć porywa za sobą ludzi każdego wieku i stanu [3].

## Periodyzacja

Za ramy czasowe średniowiecza zwykło się przyjmować lata 476 (upadek cesarstwa zachodniorzymskiego) i 1492 (odkrycie Ameryki przez Krzysztofa Kolumba). Dokonując prostego rachunku można stwierdzić,

że średniowiecze w Europie trwało ponad jedenaście stuleci, natomiast w Polsce miało miejsce od X do XV w., tzn. ok. 500 lat [5].

*Bóg zataił przed nami godzinę naszej śmierci, abyśmy się każdego dnia jej spodziewali.*

(św. Augustyn) [1]

### ***Memento mori* (łac. pamiętaj, że umrzesz)**

Człowiek średniowieczny był oswojony ze śmiercią. Publicznie bądź w otoczeniu dworzan umierali władcy, rodzina towarzyszyła ostatnim chwilom zamożnego kupca, natomiast na oczach wszystkich konali na ulicy żebracy [6]. Do znieczulenia ludzi na upiorne widoki agonii i pośmiertnego rozkładu przyczyniły się również wielkie zarazy, które kilkakrotnie przeszły przez średniowieczną Europę. Kaznodzieje szerzący ascezę nieustannie przypominali o nędzy ciała, które musi umrzeć i rozsypać się w proch, bowiem dla chrześcijanina śmierć miała być wyzwoleniem uwięzionej duszy, bramą do prawdziwego, wiecznego życia. W związku z powyższym przerażeniu wciąż towarzyszyła osobliwa fascynacja, a nawet niezdrowe zainteresowanie śmiercią [6].

Wspomniane zafascynowanie miało swój wyraz zarówno w literaturze (wiersze, pieśni i rozprawy określane mianem „sztuk dobrego umierania”, łac. *ars bene moriendi*), jak i w sztuce – motyw tańca śmierci (*danse macabre*) [6]. W myśl zasady *mors omnia aequat* („śmierć wszystkim jednaka”) śmierć prowadziła w korowodzie ludzi różnych stanów i zawodów [2]. Jest tam papież w wysokiej tiarze, biskup z zagiętym pastorałem, król w złotej koronie i ciężkim, podbitym gronostajami płaszczu, rycerz w błyszczącej zbroi, tłusty mnich w prostym, przepasanym sznurem habicie, wreszcie śmierzdzący żebrak, w brudnych, poszarpanych łachmanach [6].

Mówiąc o tańcu śmierci nie ma możliwości stwierdzenia, czy w tym przypadku widowisko wyprzedziło malarstwo i drzeworyt, czy wręcz przeciwnie – widowiska powstały w wyniku fascynacji sztukami plastycznymi [3].

Najsłynniejsze artystyczne wyobrażenie tańca śmierci znajdowało się na krużganku paryskiego Cmentarza Niewiniątek [2]. Można tam było doznać prawdziwego dreszczyku makabry – wszystkie elementy współdziałały ze sobą, aby nadać temu miejscu surową świętość, aby ozdobić je barwną grozą, której tak namiętnie pożądało późne średniowiecze [3].

Śmierć kojarzyła się również z pocieszeniem. W świecie feudalnego porządku, w którym hierarchia i poddaństwo były prawami kardynalnymi, tylko ona zrównywała wszystkich, ponieważ w końcu nawet najwięksi, najbogatsi i najslawniejsi muszą umrzeć [6]. Widoczne to było zwłaszcza w tańcu śmierci, który przedstawiał ludzi wszystkich stanów w objęciach szkieletów [8].

Przestroga przed przemijaniem nie ograniczała się tylko do obrazu zwłok bliźniego, żyjącym stale przypominano, iż ich własne ciało – teraz jeszcze piękne – jest skazane na pastwę robactwa [3]. Przykładem *memento mori* jest alegoryczny poemat o ubiorze kobiecym Oliviera de LaMarche kończący się obrazem śmierci trzymającej zwierciadło przed wszelkim pięknem i próżnością:

Słodkie spojrzenia, cudowne oczy  
Pamiętaj o tym, blask swój utracą  
Nos, brwi i usta, co tak wymowne,  
W proch się obróć...

Zupełnie przeciwnym wyrazem, nieustannie powtarzanej premii będzie fragment *Wielkiego Testamentu* Villona [3]:

Czoło zmarszczone, włosy siwe  
Brwi oszedziałe, oczy szkliste...

W średniowieczu przypominano codziennie człowiekowi, że jest prochem i w proch się obróci. Wskazywano chwilową ułudę życia doczesnego, nakazywano myśleć o wieczności i za sumienne wypełnianie przykazań boskich obiecywano ewentualną nagrodę po śmierci. Ludzie bali się jednak śmierci, a ponadto napawała ich ona obrzydzeniem. Odrażę wobec rozkładu ludzkiego ciała trawionego przez robaki wyjaśnia przekonanie, że ciała świętych, jak np. świętej Róży z Viterbo, jakoby niegniły [3].

Charakterystyczne dla średniowiecza były również traktaty na temat tego, jak godnie odejść z tego świata, w literaturze znane jako *ars moriendi* [2]. Zainteresowanie tym motywem można również dostrzec w ikonografii, czego przykładem mogą być ryciny z cyklu *Taniec śmierci* Hansa Holbeina młodszego [6].

*Ars moriendi*, wytwór XV stulecia, który podobnie jak *Taniec Śmierci*, dzięki drukowi i drzeworytowi zyskała szerszy zakres oddziaływania, niż dane to było przedtem jakiegokolwiek pobożnej idei [3]. Sztuka umierania



*Danse macabre*  
– Hans Holbein [11]

omawia pięć pokus, na które naraża umierającego znajdujący się obok niego diabeł:

1. zwątpienie w wierze,
2. rozpacz z powodu grzechów,
3. przywiązanie do dóbr ziemskich,
4. rozpacz z powodu osobistych cierpień,
5. pycha z powodu własnej cnoty.

Za każdym razem przybywa jednak anioł, aby swą pociechą wybronić ofiarę od siideł szatańskich [3].



Bernt Notke, Taniec śmierci Fragment Tańca Śmierci z kościoła św. Mikołaja w Tallinie [12]

*Kto umiera w miłości cnoty, ten otrzymuje szczęście nieskończone*

(św. Katarzyna ze Sieny) [1]

## Epika rycerska – *Pieśń o Rolandzie*

Najznakomitszy z bohaterskich poematów średniowiecza to, pochodząca z XI w., *Pieśń o Rolandzie*. Tematem utworu jest niewielki epizod z wojennej wyprawy Karola Wielkiego przeciwko arabskim władcom dzisiejszej Hiszpanii, która zakończyła się klęską Ranków, natomiast Karol stracił swojego największego lennika – hrabiego Rolanda [6].



Śmierć Rolanda  
w bitwie pod  
Roncevaux,  
ilustracja  
z manuskryptu,  
ok. 1455–1460 [13]

Opisywany etos normuje godne przedśmiertne zachowanie się męznego Rolanda, przezwyciężającego słabość ciała po to, aby świadomie i ceremonialnie, a także po chrześcijańsku, przeżyć ostatni akt [5]:

(...) Obrócił głowę ku zgrai pogan; tak czyni chcąc, aby Karol powiedział i wszyscy jego ludzie, że umarł jako zwycięzca i zacny hrabia. Raz po raz słabnącą ręką uderza się w pierś. (...) Ale nie chce przypomnieć siebie samego; bije się w piersi i prosi Boga o przebaczenie: „prawdziwy Ojczy, któryś nigdy nie skłamał, ty, któryś przywołał świętego Łazarza spośród umarłych, ty, któryś ocalił Daniela spomiędzy lwów, ocal moją duszę od wszystkich niebezpieczeństw za grzechy, którem popełnił w życiu”. (...) Opuść głowę na ramię; doszedł, ze złożonymi rękami, swego końca [5].

Przytoczony opis śmierci Rolanda jest wzorcową wręcz ilustracją aktu godnego umierania, sposobu, w jaki człowiek wierny obowiązkowi swego stanu (rycerskiego) i światopoglądu (chrześcijaństwo) spotyka się z nieuniknioną ostatecznością – umierać można chwalebnie bądź tchórzliwie [5]. Śmierć w bitwie – szczególnie w świętym boju z niewiernymi – była w średniowieczu powodem do chwały, zapewniała rycerzom miejsce w niebie [6].

Według tradycji mistrz Wilhelma Zdobywcy, Taillefer, śpiewał wczesną wersję *Pieśni o Rolandzie* w czasie bitwy pod Hastings 1066 [9].

*Postępuj tak człowiecze, abyś życia się nie wstydził, a śmierci nie bał*

(św. Ignacy Loyola) [1]

### **Rozmowy Mistrza Polikarpa ze śmiercią**

*Rozmowy Mistrza Polikarpa ze śmiercią* są średniowiecznym polskim wierszem, stanowiącym połączenie dwóch charakterystycznych dla średniowiecza wizerunków śmierci: rozkładu zwłok i *danse macabre* [2]. Utwór nie został zachowanym w całości (urywa się na 498 wersie), a 80% jego treści zapisane została ośmioletkosłowem [5].

Anonimowy autor opowiada w tym utworze straszną przygodę uczonego męża, który chciał koniecznie ujrzeć śmierć. Gdy jednak jego życzenie się spełnia, mistrz pada na ziemię ze strachu. Po upływie chwili odzyskuje panowanie nad sobą i zadaje sześć, niezwykle naiwnych pytań [6]. Śmierć odpowiadając na pytania Polikarpa rozciąga przed nim obraz swej potęgi i bezwyjątkowego panowania nad wszelkim ziemskim życiem (ludzi i zwierząt). Siejąca powszechny postrach i grozę, nieprzejednana i nieprzekupna, jednako mrożąca grzeszników i cnotliwych. Śmierć jawi się jako wielka znawczyni człowieka i jego obyczajów charakterystycznych dla każdego zawodu i stanu (od papieża do żebraka) [5]. Całość opowiedziana jest z niezwykłą dbałością o plastykę utworu, co widać nawet w wizerunku samej śmierci, która przedstawiana jest nie jako szkielet, lecz jako rozkładający się trup płci żeńskiej [6].

Pochodzenie śmierci kultura chrześcijańska przepisowała grzechowi pierwszych ludzi, co ma również swój wydzwitek w *Rozmowach...* [5]:

W ten czas ja się poczęła,  
Gdy Ewa jabłko ruszyła;  
Adamowi jabłka dała,  
A ja w onem jabłku była.

*...umrzesz wkrótce, kiedy się nie będziesz spodziewał, i pójdiesz na drugi świat sam i nagi*

(św. Maksymilian Maria Kolbe) [1]

### *Wielki Testament*

Niepokoje jesieni, czyli schyłku średniowiecza, idealnie odzwierciedla *Wielki Testament* Franciszka Villona. Do refleksji na temat śmierci skłania pisarza obraz ciał w kostnicy [2]. Zauważa on przede wszystkim, że śmierć kładzie kres bogactwu i godnościom ziemskim.

Świat Villona to Paryż biedaków tęskniących za lepszym życiem, w którym nie ma miejsca na heroizm, pompatyczne rycerskie gesty i sztuczną, dworską miłość. Ludzie kupują wszystko – życie, wino i uczucia [6].



Drzeworyt z domniemanym wizerunkiem  
François Villona z wydania  
*Wielkiego testamentu* z 1489 [14]

„Śmieję się płacząc” – powiada Villon prezentując odmienne stany ducha i różne strony swej dwoistej natury rozpiętej pomiędzy złem a poczuciem skruchy, między szpetotą życia a urodą sztuki [5]. To, co nad wyraz fascynuje autora to nieuchronność śmierci i przemijanie urody świata [6].



Myśl kościelna późnego średniowiecza zna tylko dwie krańcowości: z jednej strony skargę na przemijanie, na nieuchronny kres wszelkiej potęgi, sławy i użycia, na rozkład piękna – a z drugiej radość, jaką budzi uratowanie duszy dla stanu wiecznego błogosławieństwa [3].

*Czy słuszne jest pojmowanie śmierci jako pokuty za grzechy? Wedle mego odczucia śmierć jest końcem tej wielkiej pokuty, jaką jest życie.*

(Bł. Urszula Ledóchowska) [1]

## Podsumowanie

Wieloaspektowość kultury średniowiecza ciągle intryguje współczesnych badaczy i prowokuje do odkrywania coraz nowszych kart wiedzy. Pozostaje mieć nadzieję, że kiedyś dotrze się do wszystkich tajemnic tej epoki [4].

Średniowiecze to epoka, w której mentalność ludzka była diametralnie różna od myślenia współczesnego człowieka. Z jednej strony mówimy o okresie, w którym nie wynaleziono jeszcze druku, więc wiele utworów nie przetrwało do naszych czasów. Z drugiej jednak strony to czas, w którym rozróżnienie postępowania moralnie słusznego od naganego wydawało się wręcz oczywiste. Zarówno hierarchie kościelne, jak i świeckie, nieustannie podkreślały wagę cnót.

Czas wojen i epidemii oraz wszechobecnej śmierci sprawił, iż społeczeństwo wieków średnich nie obawiało się kresu ziemskiej wędrówki. Wręcz przeciwnie – niejednokrotnie upatrywano w nim pocieszenie – gdyż będzie to jedyny czas, w których społeczny podział na panów i walsali przestanie obowiązywać. Moment, który spotka każdego.

Jacques Le Goff napisał w *Czasie Kościoła i czasie kupca*: „czas był w średniowieczu czasem przede wszystkim teologicznym. Człowiek zaczynał życie wraz z Bogiem, który całkowicie panował nad czasem, był z nim całkowicie i nieodwołalnie związany. Czas był rzeczą naturalną, będącą tylko na ziemi, w niebie go nie było. Czas był tylko formą przejściową dążącą do wieczności w niebie. Posiadał »sens i kierunek, zmierzający ku Bogu«. W czasie, który człowiek otrzymał od Boga, powinien się wykazać, pokazać Stwórcy, że zasługuje na zbawienie i spotkanie się z Nim. Czas był jedną z wielu form pomagających człowiekowi w drodze do zbawienia” [10].

Czy więc społeczność okresu, który zwykło się określać „wieki ciemne”, odznaczała się heroizmem w swoim podejściu do śmierci, czy

wręcz przeciwnie – to my, ludzie współcześni, charakteryzujemy się tchórzostwem?

## Piśmiennictwo

1. Nitecki J. (opr.): Ku zbawieniu. Myśli świętych i błogosławionych, Wydawnictwo Salezjańskie, Warszawa 2002, 249–254.
2. Drabarek B., Falkowski J., Rowińska I.: Szkolny słownik motywów literackich. Wydawnictwo KRAM, Warszawa 1998, 434–447.
3. Huizinga J.: Jesień średniowiecza. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1961, 168–183.
4. Skoczek A. (red.): Historia literatury polskiej w dziesięciu tomach, Tom I – Średniowiecze. Prowincjonalna Oficyna Wydawnicza, Bochnia – Kraków – Warszawa 2002, 7–26.
5. Adamczyk M., Chrzęstowska B., Pokrzywiak J. T.: Starożytność – Oświecenie. Podręcznik literatury dla klasy pierwszej szkoły średniej. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1996, 134–176.
6. Tomkowski J.: Dzieje literatury powszechnej. Świat Książki, Warszawa 2008, 58–113.
7. Mrowcewicz K.: Starożytność – Oświecenie. Podręcznik dla szkół ponadpodstawowych. Wydawnictwo Piotra Marciszuka STENOR, Warszawa 1996, 38–54.
8. Knaflewska J.: Encyklopedia POLSKA 2000. Literatura. Wydawnictwo Podsieli – Aniowski i spółka, Poznań 1999, 8–9.
9. Crofton Ian (red.): Encyklopedia Guinnessa, Guinness Publishing Ltd. 1991, 618–621.
10. Goff J. L.: Czas Kościoła i czas kupca [w:] Zajączkowski Andrzej [red.], Czas w kulturze [wybór], PIW, Biblioteka Myśli Współczesnej, Warszawa 1987, 342–344.
11. [http://pl.wikipedia.org/wiki/Totentanz\\_\(utw%C3%B3r\\_Ferenca\\_Liszta\)](http://pl.wikipedia.org/wiki/Totentanz_(utw%C3%B3r_Ferenca_Liszta)), data pobrania 13.11.2009.
12. [http://pl.wikipedia.org/wiki/Bernt\\_Notke](http://pl.wikipedia.org/wiki/Bernt_Notke), data pobrania 13.11.2009.
13. <http://expositions.bnf.fr/fouquet/grand/f011.htm>, data pobrania 13.11.2009.
14. [http://pl.wikipedia.org/wiki/Fran%C3%A7ois\\_Villon](http://pl.wikipedia.org/wiki/Fran%C3%A7ois_Villon), data pobrania 13.11.2009.

Katarzyna Snarska<sup>1</sup>, Katarzyna Łagoda<sup>1</sup>, Julia Sawicka<sup>1</sup>,  
Grażyna Kobus<sup>1</sup>, Hanna Bachórzewska-Gajewska<sup>1,2</sup>

## Rola baśni Andersena w przekazie obrazu śmierci dzieciom

*Jak ci mam powiedzieć, czym jest śmierć,  
jeśli nie wiem, czym jest życie?*

(Michel Quoist)

### Wstęp

Żyjemy w świecie, w którym wymagania, oczekiwania nie tylko wobec dorosłych, ale i wobec dzieci szybko się zmieniają. Zdarza się coraz częściej, że rodzina nie daje poczucia bezpieczeństwa, a dziecko jest osamotnione i bezradne. Żyjemy w świecie komputerów i telewizji, które przez całą dobę oferują i nam, i dzieciom dostęp nie tylko do programów edukacyjnych i encyklopedii, ale także do świata fantazji, w którym przemoc i okrucieństwo stają się łatwiej przyswajalne. Nie sposób w takim świecie nie dostrzec szansy, jaką jest kontakt rodzica z dzieckiem poprzez książkę, która wzmacnia zaufanie, zrozumienie i poczucie bezpieczeństwa dziecka, uwrażliwia go na dobro i piękno, daje mu wsparcie, stymuluje rozwój oraz umożliwia poznanie nie tylko rzeczy cudownych, ale także uczy rozumienia własnych motywów działania [1].

Baśń to gatunek literacki, który najbardziej upodobały sobie dzieci. Prawie wszystkie z nich przechodzą okres zafascynowania baśniami, które są wytworem fantazji człowieka, jego doświadczeń społecznych i prymitywnej wiedzy o otaczającym świecie, tęsknoty za pięknem i dobrem [2]. Ukazują one dzieje bohaterów, którzy swobodnie przekraczają granice między światem realistycznym a siłami nadnaturalnymi. Utrwa-

---

<sup>1</sup> Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>2</sup> Klinika Kardiologii Inwazyjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

lają również wiarę w nieustającą ingerencję mocy pozaziemskich, antropomorficzną wizję przyrody, swoiste normy społeczne, ideały więzi społecznych. Charakterystyczną cechą tego gatunku literackiego jest również bogaty i zróżnicowany repertuar wątków i motywów [3]. Do takiego właśnie gatunku, pełnego emocji, magii i mądrości prawdziwej od wieków należą baśnie Hansa Christiana Andersena.

### **Sytuacje trudne w życiu dziecka**

Dziecko w toku swojego rozwoju musi rozwiązywać sytuacje, o których jest mu trudno mówić tym bardziej, że nie potrafi zwerbalizować swoich lęków i niepokojów, a często nawet ich rozpoznać. Jest małe, niesamodzielne i nie potrafi się obronić. Dla każdej grupy wiekowej charakterystyczne są określone lęki. Większości z tych obaw możemy zaradzić, ale są takie, które latami będą przeszkadzały normalnie funkcjonować – ograniczając możliwości życiowe czy też obniżając dobre samopoczucie i zaufanie do samego siebie [4, 5]. W redukowaniu lęków u dzieci stosuje się różnorodne techniki terapeutyczne. Jedną z nich jest czytanie bajek. Bajki wspierają dziecko w rozwoju, a także mogą służyć terapii, modyfikacji obrazu siebie, świata i redukcji przykrego napięcia emocjonalnego. Wiele dzieci ma poczucie winy lub wstydu się swoich zmartwień. Trudno jest im otwarcie o tym rozmawiać. Rozmowa bezpośrednia o kłopotach dziecka powoduje wycofanie i zamknięcie się we własnym świecie. Słuchanie opowiadań i bajek jest innym rodzajem komunikowania. Dziecko nie jest strofowane, oskarżane, czy zmuszane do opowiadania o swoich problemach. Przysłuchuje się i swobodnie uczy się, łączy fakty, jednocześnie czując się bezpieczne. Oznacza to, że jest w stanie słuchać i myśleć o treściach, które w innych okolicznościach mogłyby być dla niego zbyt niepokojące [1, 4].

### **Postrzeganie śmierci w różnych etapach życia dziecka**

Dzieci w zależności od wieku różnie postrzegają, rozumieją śmierć. Wiąże się to przede wszystkim z etapem rozwoju poznawczego, na jakim aktualnie znajduje się dziecko. Pojęcie śmierci w świadomości dziecka kształtuje się podczas rozwoju psychicznego w podobny sposób, jak inne pojęcia. Postrzeganie przez dzieci zjawisk, takich jak: choroba, czy śmierć nie jest zależne jedynie od czynników poznawczych. Należy uwzględnić także czynniki emocjonalne oraz fizyczne i ich rozwój w zależności

od wieku dziecka [3, 6, 7]. Do pełnego zrozumienia, czym jest śmierć, dziecko potrzebuje pewnej emocjonalnej i intelektualnej dojrzałości – powinno rozróżniać między sobą a innymi, między żyjącymi a nieżyjącymi, między tym, co jest wyobraźnią, a co rzeczywistością, a także posługiwać się ze zrozumieniem pojęciem czasu. Reakcje dziecka mogą znacznie różnić się od typowych reakcji osoby dorosłej, są one uwarunkowane wiekiem, temperamentem, osobowością i wcześniejszymi doświadczeniami dziecka [8].

### **Baśń w życiu dziecka – terapeutyczne oddziaływanie bajki**

Bajki odgrywają ogromną rolę w życiu dzieci. Pomagają im radzić sobie z różnorodnymi niepokojami i konfliktami. Wspieranie przez bajki polega na wzbogacaniu wiedzy dziecka o siebie i świecie [9]. Użycie metafor i symboli pozwala na samodzielne odkrywanie i odnoszenie do własnych doświadczeń. Bajki pozwalają konkretyzować emocje, przypisując je określonym zdarzeniom, stymulują empatię, obrazują, jak ważne są właściwe relacje z innymi [5].

Wielką sztuką jest odpowiednio wprowadzić dziecko w świat dorosłych, ale i niełatwo dorosłym funkcjonować w świecie dziecka. Książki mogą wiele pomóc i nauczyć. Mądrze wykorzystane dają dostęp do głębszej mądrości, przekazują ważne wskazówki, wzory myślenia, przeżywania i zachowania [10]. Dorośli, posiadając zdolność czytania i analizowania materiału, werbalizacji myśli i pojęć i komunikacji mają wiele możliwości, aby się czegoś dowiedzieć i nauczyć. Dziecko wszystkie te umiejętności musi dopiero zdobyć, nauczyć się wiele o świecie i, co bardzo istotne, nauczyć się w tym świecie funkcjonować, odnaleźć w nim swoje miejsce. Nie jest to łatwe, a w dzisiejszych czasach ogromnego przyspieszenia, zmian i dynamiki życia – coraz trudniejsze. Rodzą się lęki, zahamowania i nerwice. Pojawiają się nieumiejętność radzenia sobie w grupie, problemy w nauce, wreszcie „samotność w tłumie” [4]. Tekst literacki może być ważnym narzędziem wspierania rozwoju dziecka-odbiorcy. Jest to szczególnie ważne w pracy z dziećmi z różnego typu dysfunkcjami, jak i potrzebującymi szeroko rozumianego wsparcia psychicznego [9]. Baśń, jako gatunek literacki, umożliwia łatwy i naturalny dostęp do świata wizualnego, który może utworzyć pomost pomiędzy przeszłością a teraźniejszością [11].

To, czy będziemy rozmawiać z dziećmi na trudne tematy zależy w dużej mierze od naszej gotowości i otwartości na rozmowę. Goto-

wość ta wiąże się na ogół z naszymi doświadczeniami. Wbrew pozorom codzienne życie dostarcza nam wielu okazji do poruszania tematu przemijania, śmierci. Jednak tylko od nas – dorosłych – zależy czy podejmiemy te tematy i tym samym damy szansę dzieciom w sposób naturalny zdobyć wiedzę. Warto wspomnieć, że to, co dla nas jest trudne, będzie sprawiało też trudność naszym dzieciom, to, co dla nas jest naturalne – w sposób naturalny będzie przychodzić dzieciom [4, 11]. Jednym ze sposobów pomocy dziecku jest odkrywanie roli literatury, która pomaga zmniejszyć strach, uspokaja, redukuje lęki i smutki. Pomaga zaakceptować swoją „inność” i ułatwia poszukiwanie sposobu realizacji siebie. Niesie ulgę w cierpieniu, koryguje emocjonalnie zaburzone zachowania, pomaga nieśmiałym, samotnym i zakompleksionym, dodaje otuchy i siły do radzenia sobie w trudnych sytuacjach, do odnajdywania swojej drogi. Nie przynosi odpowiedzi na wszystkie problemy, ale obdarza magiczną siłą i oferuje drogowskazy na różnych ścieżkach życia [8].

W psychoanalitycznej koncepcji baśnie są wręcz ideałem literatury dla dzieci: „(...) bo ofiarują dziecku takie obszary wyobraźni, których nie odkryłyby same. A jeszcze ważniejszą rzeczą jest, że forma i struktura baśni podają dziecku obrazy, z których może korzystać, kształtując własne fantazje na jawie, przez co może nadawać lepszy kierunek swemu życiu” [5, 8].

Bajka jest doskonałą metodą do omawiania trudnych emocji. Jest szczególnie wartościowym narzędziem dla dzieci, które mają trudności z otworzeniem się i ekspresją werbalną lub niewerbalną doświadczanych stanów emocjonalnych. Możemy wybrać jakąś bajkę, w której pojawia się motyw śmierci i żałoby, i czytać ją lub opowiadać dziecku – początkowo nawet bez rozmowy na ten temat [3]. Dziecko ma szansę identyfikacji z bohaterami bajki, poznaje ich uczucia, emocje, sposoby radzenia sobie z trudną sytuacją analogiczną do jego własnej. Dzieje się to znacznie bezpieczniej, bo dziecko nie musi ujawniać swoich uczuć. Często jedna i ta sama bajka czytana dzień w dzień tak długo, jak jest ona dziecku potrzebna, pozwala nabrać gotowości do zmierzenia się z tematem i ono samo podejmuje rozmowę z dorosłym lub zagadnięte nawiązuje dialog [12]. Słuchając baśni dziecko identyfikuje się z postaciami, a przede wszystkim z postacią głównego bohatera. Identyfikacja ta sprawia, że dziecko angażuje się silnie uczuciowo we wszystkie zdarzenia i perypetie, jakie on przeżywa – wchodzi w świat literackiej fikcji. Dziecko przeżywa w ten sposób wzruszenia odpowiednie do zdarzeń zachodzących w tym świecie [4, 7].

## Motyw śmierci w baśniach H. Ch. Andersena

Baśnie należą do najstarszych form literatury dziecięcej. Hansa Christiana Andersena uważa się na gruncie europejskim za twórcę prawdziwie artystycznej baśni. Jego utwory przekazują elementarny zasób wiedzy o świecie, jak również określony system wartości i wciąż aktualne normy moralne [13]. Akcja baśni rozgrywa się wszędzie i nigdzie, nigdy i zawsze, dawno, dawno temu za lasami, za morzami, za wysokimi górami, owego czasu, w siedemdziesiątej siódmej krainie, ostatniego dnia starego roku, tak bardzo dawno temu, że nie pamiętają tego najstarsi ludzie [1, 10]. Wspólną cechą baśni Andersena jest głęboki humanitaryzm i wrażliwość na krzywdę, a nawet współczucie dla przedmiotów martwych, którym bajkopisarz nadał cechy człowiecze. Baśniowi bohaterowie pokonują wiele trudności, walczą z przeszkodami, ostatecznie zwyciężają siłą charakteru, wytrwałością, pomysłowością i dobrocią serca. Pierwszy szereg wartości stanowią: prawda, dobro, piękno, drugi zaś – miłość, sprawiedliwość, wiara, nadzieja, przyjaźń, solidarność. I chociaż nie wszystkie baśnie mają optymistyczne zakończenie (np. Dziewczynka z zapawkami), to jest ono dominujące [13]. Baśnie H. Ch. Andersena są epickimi tekstami wielowymiarowymi; stanowią one dla dziecięcych czytelników pierwszą szkołę filozoficznego myślenia. Stawiają pytania o sens ludzkiego życia, o zasady moralne, o świat wartości, dążenia i aspiracje. Podkreślają, że postawione sobie cele i sukcesy osiągamy tylko wówczas, gdy jesteśmy aktywni, podejmujemy kolejne próby realizacji zamierzeń, nie godzimy się na bierność, cierpienie, a w swoich dążeniach do osiągnięcia założonych celów i sprostania życiowym wyzwaniom szukamy sprzymierzeńców [14]. Literatura baśni Andersena uzmysławia dzieciom problemy, z którymi przyjdzie im się zmierzyć w codziennym życiu; będą doznawać przyjaźni (i jej braku), trudu istnienia, życzliwości, sympatii, miłości, bólu, cierpienia, przemijania i śmierci [6].

Do najbardziej znanych baśni Andersena należą: Dziewczynka z zapawkami, Brzydkie kaczątko, Świniopas, Księżniczka na ziarnku grochu, Stokrotka, Calineczka, Dzielny ołowiany żołnierz, Nowe szaty króla. Jego baśnie skierowane są zarówno do czytelników dorosłych, jak i dzieci. Często spotykamy się z opinią, że utwory autora Calineczki to lektura trudna w odbiorze dla małego czytelnika, jednakże pamiętać należy, że baśnie, jak każda wielka literatura, są tekstami wielowarstwowymi, że sygnalizowane w nich problemy mogą i powinny być odbierane na wielu poziomach [13]. Małe dzieci zwrócą uwagę na zawartość fabularną ba-

śni i towarzyszące im ilustracje, starsze będą próbować dostrzec przebieg zdarzeń, sytuacje, bohaterów i towarzyszące im przeżycia, z kolei dojrzały wyrobiony czytelnik odbierze całe bogactwo wartości poznawczych i wychowawczych, uwarunkowania społeczne, psychologiczne, wymowę filozoficzną i moralną baśniowych utworów. W niezwykły, magiczny sposób baśnie opowiadają o najważniejszych dla człowieka sprawach, o dylematach życia, wdzięczności, niegodziwości, przyjaźni i miłości, ludzkich tęsknotach i marzeniach, o pięknie świata, przemijaniu i nieuchronności śmierci [14]. Fragmenty baśni o Małej syrence to pytania o sens życia i śmierci, i w sposób prosty, ale i prawdziwy opisują chwilę umierania: „...Dlaczego my nie mamy nieśmiertelnej duszy? – spytała zmartwiona syrenka. Dlaczego mam po śmierci być tylko pianą morską unoszoną przez fale? Czy nic nie mogę uczynić, żeby zdobyć nieśmiertelną duszę?...” „...Słońce weszło nad morzem, jego promienie padały łagodnie na śmiertelnie zimną morską pianę. Syrenka nie czuła, że umiera. Ujrzała jasne słońce i unoszące się nad nią tysiące pięknych, przezroczystych istot...” „...Syrenka zobaczyła, że ma ciało podobne do nich i wznosi się coraz wyżej i wyżej, zostawiając pianę w wodzie...” „...Syrenka wzniosła ku słońcu ręce i po raz pierwszy poczuła w oczach łzy” [15].

W bajce „Dziewczynka z zapawkami” przedstawiona jest historia małego dziecka – tytułowej dziewczynki z zapawkami, która w ostatni wieczór starego roku bosa, głodna i zmarznięta wędruje po ulicach swojego miasta, daremnie próbując sprzedać choćby jedną wiązkę zapawek. Jednak nikt z przechodniów spieszących się do swych domów na noworoczne przyjęcia nie zwraca uwagi na małą wynędzniałą postać. W tamtych czasach był to zresztą widok niemal powszechny, tak jak i fakt, że powszechna bieda zmuszała do ciężkiej pracy już małe, kilkuletnie dzieci. Zmęczona i zniechęcona dziewczynka przysiadła wreszcie w cichym kącie, zapala jedną z zapawek, potem następną, i kolejną. I za każdym razem widzi coś, o czym podświadomie marzy. Na samym końcu dziewczynce ukazuje się jej zmarła babcia, jedyna życzliwa dziecku osoba, aby zabrać ją ze sobą do nieba. Umierając dziewczynka nie czuje już chłodu ani głodu, nie jest już smutna ani nieszczęśliwa [14]. „...babuniu – zawołała dziewczynka... Och, zabierz mnie ze sobą! Kiedy zapawka zgaśnie, znikniesz jak ciepły piec, jak gąska pieczona i wspaniała olbrzymia choinka...” „...Babunia chwyciła dziewczynkę w ramiona i poleciały w blasku i radości wysoko, wysoko. A tam już nie było ani chłodu, ani głodu, ani strachu – były, bowiem u Boga.” „...A kiedy nastał ranek, w kąciку przy domu siedziała dziewczynka z czerwonymi policzkami, z uśmiechem na twarzy



– nieżywa: zamarzyła na śmierć...” „...ale nikt nie miał pojęcia o tym, jakie piękne rzeczy widziała dziewczynka...” [15].

Jest to jedno z najbardziej przejmujących przedstawień śmierci człowieka. Śmierci smutnej, bo odchodzi małe, niewinne dziecko. Śmierci niepotrzebnej i niezrozumiałej, bo przecież to dziecko mogło żyć wiele lat. Jakby rozumiejąc bezsensowność i okrucieństwo takiego końca, autor próbuje nadać samemu faktowi śmierci nowe znaczenie. Oswoić, znaleźć w nim sens i piękno, uwznioślić, ułatwić niejako jego pojmowanie [12].

Inną znaną i lubianą baśnią Andersena jest wspomniana już „Mała Syrenka”. Należy też do jednej z piękniejszych historii miłości w literaturze. W bajce tej tragizm miłości nabiera szczególnego wymiaru: uczucie nigdy nie zostało wypowiedziane przez syrenkę, księżę nie przeczył nawet jej miłości. Mała Syrenka jest nie tyle opowieścią o miłości, lecz o tym, co w niej najważniejsze: o poświęceniu i przewycięzeniu egoizmu [11]. Współczesne adaptacje teatralne i filmowe, na czele z adaptacją zrealizowaną w wytwórni Walta Disneya zmieniają jej zakończenie, ze smutnego na happy end, w którym księżę poślubia syrenkę. Jednakże w głębszej warstwie baśni ma bardzo optymistyczny wydźwięk, przekazuje myśl, że nie ma nic ostatecznego i zawsze istnieje inny poziom samorealizacji. Nie tylko w wymiarze religijnym. Córy powietrza zabierają syrenkę tam, gdzie mieszkają małe dzieci, pomagają ich rodzicom w wychowywaniu [10, 12].

Prawdziwa i najbardziej fascynująca część akcji tych baśni H.Ch. Andersena ma miejsce nie wokół motywu śmierci, przez co jest pozbawiona swojej rzeczywistej grozy i nie wywołuje u czytelnika nadmiernego odczuwania bólu, ale rozgrywa się w wyniku śmierci jakiegoś bohatera, z którym dziecko nie zdążyło jeszcze wejść w relację emocjonalną, więc nie cierpi [9]. Jakość użytego języka literackiego w baśniach H. Ch. Andersena, subtelność narracji, a co za tym idzie, emocjonalna celowość opisu powoduje, że ich bohaterowie wrastają w uczuciową świadomość dziecka. Zmienionej w pianę morską Syrenki nie zapomnimy do końca życia i jesteśmy wdzięczni Andersowi, że wymyślił dla niej jakiś rodzaj nieba. Śmierć dziewczynki z zapałkami oplakuje każdy, kto Boga się boi. Czy coś z tymi baśniami jest, więc nie tak? Wręcz przeciwnie! Łzy po ich przeczytaniu mają charakter oczyszczający, edukacyjny. To łzy człowieczeństwa, miłości [14].

Baśnie i dzisiaj stanowią część wyobrażonego świata, który nosimy w sobie. Jej bohaterowie są wszechobecni; są w pieśniach, filmach, reklamach... Baśnie stanowią kulturowe dziedzictwo, ale i one ulegają trans-

formacji, bo były i są odbiciem czasów, w jakich powstają. Współczesne baśnie często nawiązują do tematów związanych z aktualnymi wydarzeniami, odnoszą się do ekologii, feminizmu itp. [2]. Pojawiają się nowi bohaterowie, wyposażeni w inne cechy; jak Batman, Robokop czy Spidermen, bo inne są oczekiwania społeczne, inne wartości są szczególnie cenione, już nie posłuszeństwo jest tak ważne, ale indywidualizm i autonomia. Jednak mimo tych zewnętrznych różnic, baśnie zawsze mówią o uniwersalnych problemach egzystencji człowieka: o miłości, bezpieczeństwie, akceptacji, śmierci... I dlatego są ważne i obecne dzisiaj. Przemawiają poprzez symbole i metafory, są wieloznaczne, zatem ich adresatem mogą być nie tylko dzieci, ale i dorośli. Ich czarodziejskość stanowi remedium na racjonalizm i redukcjonizm współczesnej cywilizacji [10].

Przydatność baśni w rozwoju człowieka współczesnego zależy będzie od możliwości realizowania jej podstawowych funkcji. Baśń, choć może być zastępowana przez nowsze techniki fantazjowania zachowała cechę najważniejszą, potrafi unosić czytelnika ponad powierzchnią egzystencjalną. Zmienia się jednak percepcja baśni, ulega przesunięciu jej charakter – od interpretacji tekstu do interakcji z tekstem autorskim [9].

## Podsumowanie

Teksty literackie od dawna stanowiły bardzo istotną formę przekazu informacji, potrafiły poruszać serca, wywoływały emocje, tłumaczyły to, co niewytłumaczalne, stanowiły formę komunikacji. Jedną z takich form literackich była i jest baśń, pełna magii, niesamowitości i cudów. Słuchając baśni dziecko budzi wiarę w siebie i swoją przyszłość, uczy się sposobów wyjścia z opresji, rozwija zasoby języka, poznaje metafory, wzbogaca swoje życie wewnętrzne i atmosferę, zaczyna rozumieć, że pomyślne życie jest dostępne każdemu mimo wielu przeszkód, ale tylko wtedy, gdy nie ucieka się od życiowych zmaganiań, ale stawia im czoło. Dlatego też warto czytać dziecku baśnie Hansa Christiana Andersena, w których wskazane są drogi postępowania, rozstrzygnięte dylematy wciąż aktualne w dzisiejszych czasach. Dzięki baśniom, takim jak *Dziewczyna z zapałkami*, dziecko łagodniej i piękniej przejdzie etap rozumienia i akceptacji śmierci. Motywy Andersena stanowiąc mogą dla rodziców gotowe instrumenty do rozmowy z dzieckiem o sprawach najtrudniejszych – przemijaniu i nieuchronności końca życia. Wyobrażenia dziecka chłonie piękne obrazy, ale domaga się także prawdziwych odpowiedzi. Baśnie Andersena łączą te dwie cechy, przygotowują dziecko do rozumienia spraw, zdawałoby się,

niepojętych. Wprowadzone do kontaktu z dzieckiem w odpowiednim czasie i we właściwy sposób stają się bardzo pomocne w wytłumaczeniu smutnych zdarzeń i trudnych emocji.

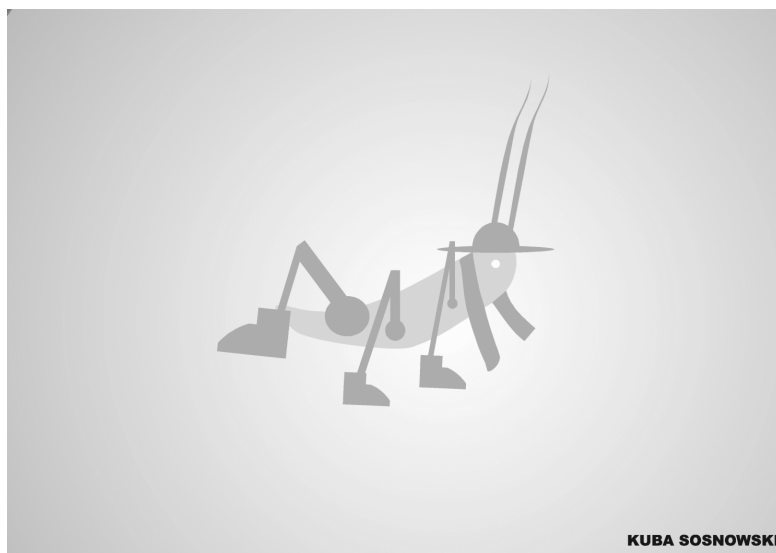
## Piśmiennictwo

1. Walczewska-Klimczak G.: Co baśnie mogą dać współczesnemu dziecku? Grupa i Zabawa, 1999, 2, 2–6.
2. Bettelheim B.: Cudowne i pożyteczne. O znaczeniach i wartościach baśni. Warszawa 1996.
3. Baran Z.: Terapeutyczna funkcja sztuki a osobowość dziecka. Wychowanie w Przedszkolu, 1996, 4, 195–198.
4. Runberg M.: Zastosowanie baśni w prowadzeniu i leczeniu dzieci poddanych emocjonalnej deprivacji, [W:] Braun B., Pedersen E., Runberg M. (red.), *Symbole duszy*. Warszawa 1995.
5. Modlicka M.: Bajki terapeutyczne dla dzieci. Media Rodzina, Poznań 1999.
6. Braun B.: Zastosowanie baśni w psychoterapii, [W:] B. Braun, E., Pedersen W., Runberg M. (red.), *Symbole duszy*. Warszawa 1995.
7. Kubler-Rose E.: Rozmowa o śmierci i umieraniu. Media Rodzina of Poznań. Poznań 1998.
8. Mazurek J., Maksymowicz K.: Lęk przed śmiercią w przeżyciu dziecka. *Onkol. Pol.*, 2005, 8, 3, 54–157.
9. Ślusarek B.: Wartości edukacyjne baśni. Wychowanie w Przedszkolu, 2000, 1, 19–21.
10. Krasoń K.: Rozumienie i wyjaśnianie przeżywanego tekstu a komunikacja metaforyczna w pracy z dzieckiem potrzebującym wsparcia, [w:] Kaja B. (red.): *Wspomaganie rozwoju. Psychokorekcja i psychostymulacja*, Bydgoszcz 2000.
11. Molicka M.: Bajka jako metoda redukcji lęku u dzieci. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 2001, 1, 40–44.
12. Capińska E.: Bajka stymuluje rozwój moralny dziecka. *Edukacja i Dialog*, 2003, 7, 65–71.
13. Sikucińska D.: O baśniach Andersena. *Życie szkoły*, 2003, 3, 5–8.
14. Żebrowska D.: Hans Chrystian Andersen i jego świat wartości. Refleksje nie tylko rocznicowe. [w:] Wasilewska A. (red.): *Dziecko – teksty – znaczenia. Konteksty edukacyjne i rozwojowe*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2007.



Olga Koper<sup>1</sup>, Jakub Sosnowski<sup>2</sup>

## Bajka o Koniku Polnym

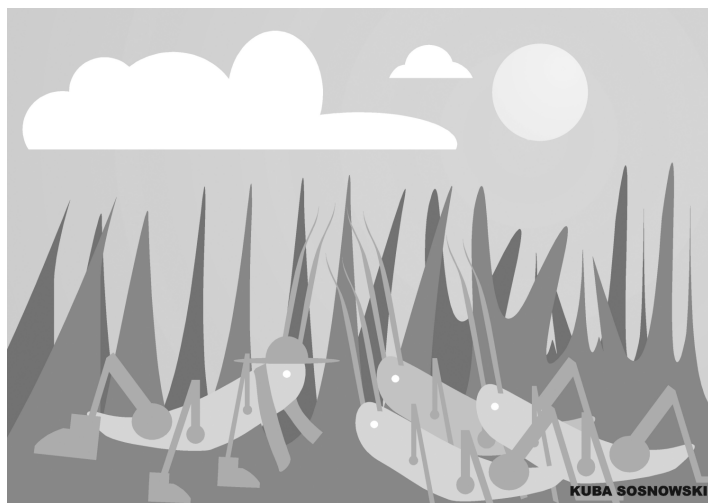


Był sobie Konik Polny. Ale to nie był zwykły Konik Polny. Miał na imię Fryderyk, zaś wszyscy wołali na niego po prostu Fredzio. Fredzio od stóp do głów był zielony, miał też zielone buciki, sznurowane na zielone sznurówki, zielony kapelusik oraz zielony szaliczek na chłodniejsze dni. Całymi dniami hasał po zielonej łące, razem z innymi Konikami, także zielonymi. Wszystkie Koniki wiodły sobie spokojne, życie pełne zabaw i wolne od trosk. Skakały z kwiatka na kwiatek, to tu to tam. Chowały się pod zielonymi źdźbłami trawy. Było im razem wesoło i radośnie.

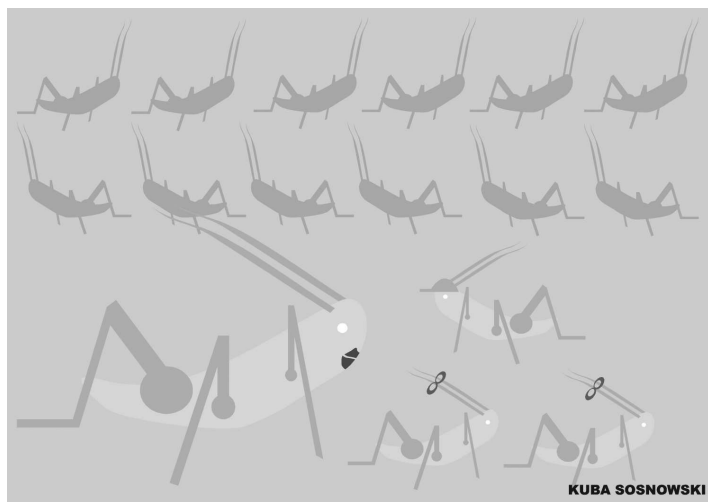
---

<sup>1</sup> Zakład Laboratoryjnej Diagnostyki Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>2</sup> Agencja Reklamowa Kuba Sosnowski



Fredzio miał też Mamę Konikową, Dwie Konikowe Siostry, Konikowego Brata oraz całe mnóstwo Kuzynów Konikowych. Tata Konik, niestety, zginął śmiercią tragiczną, kiedy Fredzio był jeszcze malutki. Tatę Fredzia, kiedy to poszedł daleko na spacer, któregoś dnia złapała ludzka ręka i więcej już go nie zobaczyli. Fredziowi do tej pory gdzieś głęboko w jego Konikowym, zielonym serduszku tliła się tęsknota za Tatą Konikowym. Ale cóż mógł na to poradzić? Przecież życie toczy się dalej. Dlatego tak często skakał z kolegami Konikami po zielonej trawce i nie myślał, że jego może spotkać podobny los jak Tatę Konika.



Pewnego razu nasz Konik Polny zagubił się na łące i „zaskakał” w nieznane dotąd sobie okolice. Zawędrował daleko, bo aż na obrzeża mrocznego i ciemnego boru. W te rejony do tej pory nie zapuścił się jeszcze żaden inny Konik. A przynajmniej Fredzio nie słyszał, żeby jakikolwiek Konik powrócił żywy z tego przeerażającego lasu. Mama przestrzegła go, żeby nigdy tam nie wchodził. Do tej pory pamiętał strach w jej oczach, kiedy wspominała mrozące krew w żyłach historie babci o przepadających nagle bez wieści Konikach, o znajdowanych potem gdzieś ich bucikach, o porzuconych zielonych szaliczkach. Fredziowi Mama opowiadająca o tych okropnościach stała przed oczami jak żywa. Cóż z tego, skoro Fredzio był jeszcze młody i jedyne, o czym teraz pomyślał, to fakt zaimponowania swoim Konikowym kolegom. Oczywiście wyobraźni widział ich zazdrosne miny i podziw.



KUBA SOSNOWSKI

Tak więc w swoich zielonych bucikach z zielonymi sznurówkami, w swoim zielonym szaliczku, gdyż było już chłodno, Fredzio skierował swe skoki w gęstwiny ciemnego boru. Z każdym Fredziowym „zaskokiem” drzewa zbliżały się coraz bardziej. Nagle Fredzia ogarnęły ciemności. W borze było naprawdę mroczno, ponuro i nieprzyjemnie. Skoki Fredzia stały się teraz wolniejsze. Już nie myślał o minach kolegów Konikowych, ani o przestrożach Mamy Konikowej. Teraz Fredzia pchała do przodu ciekawość pomieszana ze strachem. Chyba tego strachu nasz Konik czuł nawet więcej niż ciekawości, ale pomimo tego skakał dalej. Oczom Fredzia ukazał się skarbiec przeróżności, jakich jeszcze nie spotkał

w swoim Konikowym życiu. Pierwszy raz na oczy widział szyszki, mech i grzyby... Pierwszy raz zobaczył tyle różnorodnych pajaków... muszek... owadów, których nazw nawet nie znał. Pierwszy raz zobaczył też jaszczurkę i jej ogromne, gadzie oczy. I Fredzio Konik zobaczył to wszystko ostatni raz.



**Koniec**



# Dylematy z eutanazją

*Powrót*

*Na istnienie niedokończone  
śmierć rzuca cień złowrogi.  
Moment ciszy, refleksja mała  
-Boga przybliża chwila trwogi.*

*Na nowo budzisz się w Nim cały,  
ręce składając ku Niebiosom.  
Znowu życie na Ziemi wiedziesz  
ku Panu dążąc...  
ale już szerszą drogą.*

*Iza Marciniak*





Krystyna Klimaszewska<sup>1</sup>, Dorota Kondzior<sup>1</sup>, Beata Kowalewska<sup>1</sup>,  
Elżbieta Krajewska-Kułak<sup>1</sup>, Halina Doroszkiewicz<sup>2</sup>,  
Krystyna Kowalczyk<sup>1</sup>, Barbara Jankowiak<sup>1</sup>, Hanna Rolka<sup>1</sup>,  
Anna Baranowska<sup>1</sup>, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz<sup>1</sup>

## Eutanazja – zagrożenie współczesności

Życie i śmierć wpisane są w egzystencję człowieka. Każde istnienie ludzkie zawiera w sobie trud i ciągle doświadczanie nowych nieznanymi sytuacjami. Każde „nieznane” budzi lęk, chęć ucieczki, chęć uwolnienia się.

Eutanazja jest to przyspieszenie śmierci osoby nieuleczalnie chorej, które umotywowane jest skróceniem jej cierpienia. Eutanazja, z greckiego „dobra śmierć”, jest de facto zabójstwem człowieka, dokonywanym zazwyczaj na prośbę pacjenta, który dowiaduje się, że jest nieuleczalnie chory. Została ona wprowadzona instytucjonalnie w Trzeciej Rzeszy Niemieckiej, a po upadku nazizmu w tym kraju – zdelegalizowana.

Dopuszczalność eutanazji jest trudnym zagadnieniem etycznym. Ma ona zarówno zwolenników, jak i przeciwników. Konflikt racji bierze się z różnych systemów wartości, jakimi kierują się obie strony sporu. Przeciwnicy eutanazji uważają życie za święty dar od Boga albo uznają je za najwyższą wartość. Zwolennicy natomiast twierdzą, iż ważniejsze są uszanowanie woli chorego, uchronienie go od cierpienia oraz jego prawo do zachowania godności w rozumieniu, jakie on przyjmuje [1].

Po raz pierwszy o eutanazji zaczął pisać Franciszek Bacon w roku 1605 w odniesieniu do chorych umierających, którzy bali się śmierci i chcieli ją przyspieszyć [1]. Na początku XVIII wieku, Karol Moore w dziele potępiającym samobójstwo pisał, że motywem, który ma usprawiedliwiać akt eutanazji jest wyniszczone ciało chorego, który żyjąc w męczarniach i nie mając szans na wyleczenie, staje się nieznośnym ciężarem dla siebie samego, swojej rodziny i przyjaciół [2].

---

<sup>1</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

<sup>2</sup> Klinika Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Od 1936 r. czasopismo niemieckie, *Das Schwarze Korps*, rozpoczęło działania mające na celu rozpowszechnianie stosowania bezbolesnej, jak zapewniano, śmierci osób szkodliwych dla zdrowia rasy niemieckiej oraz starano się o zapewnienie podłoża prawnego tym praktykom [3]. W Wielkiej Brytanii Gillana Tindall, podpierając się prawem jednostki do decydowania o własnym losie, nawołuje każdego człowieka do dobrowolnej eutanazji, jeżeli tylko tego chce lub potrzebuje, a przymusowej eutanazji wbrew woli jednostki domaga się dla ludzi niedołączonych i starych [3].

Podobnie jest w Stanach Zjednoczonych – propagatorzy dobrowolnej eutanazji domagają się, by uśmiercać chorych w przewlekłej śpiączce, a także chcą znacznie ograniczyć lub odebrać pomoc lekarską osobom starszym, a więc siłą rzeczy bardziej zależnym od innych. Amerykański autorytet w sprawach eutanazji, niedawno zmarły Joseph Fletcher, zaleca też stosowanie eutanazji „bezpośredniej i niedobrowolnej” wobec osób psychicznie chorych [3].

W roku 1993 parlament holenderski przyjął ustawę legalizującą eutanazję na życzenie osób śmiertelnie chorych, która następnie została poszerzona w 1995 roku o osoby cierpiące psychicznie lub fizycznie [3].

Głównym argumentem, jaki wysuwają zwolennicy eutanazji broniąc swych poglądów jest godność osoby ludzkiej zarówno, gdy mówią oni o wartości ludzkiego życia, jak również o godnej śmierci. Z pojęcia godnej śmierci wyprowadzają prawo do godnego umierania. Po raz pierwszy termin ten został sformułowany w Deklaracji Praw Chorego, zredagowanej przez Zrzeszenie Szpitali Amerykańskich w roku 1973 [4].

W oparciu o te przesłanki zwolennicy eutanazji uważają, że każdy człowiek ma prawo do takiej śmierci, jaką sam sobie wybierze i dlatego może żądać od lekarza, aby skrócił jego cierpienia i wypełnił wolę pacjenta lub jego rodziny, a nie kierował się własnymi przekonaniem [1]. Uważają też, że odstawienie przedłużających życie terapii można porównać z eutanazją [5]. W obecnych czasach medycyna ma ogromne możliwości. Dzięki skomplikowanej aparaturze oraz środkom farmakologicznym można dzisiaj przedłużyć życie człowieka chorego krytycznie, co według zwolenników eutanazji, jest nieludzkie i odbiera pacjentom prawo do godnej śmierci, a przysparza niepotrzebnych cierpień [6].

## Uregulowania prawne na świecie

Eutanazja jest obecnie zalegalizowana w Holandii, Belgii i amerykańskim stanie Oregon, a do niedawna także w australijskim Terytorium

Północnym. Szczególna forma dozwolonej eutanazji występuje w Szwajcarii, gdzie można przepisać lek nasenny w śmiertelnej dawce, jednak chory musi go przyjąć samodzielnie.

W pozostałych krajach eutanazja jest niedozwolona i karana, jak zwykle zabójstwo lub w sposób łagodniejszy.

## **Prawo a eutanazja**

Według obowiązującego obecnie prawa, dobrowolna eutanazja, z wyjątkiem krajów, gdzie została zalegalizowana, uważana jest za „samobójstwo w odniesieniu do chorego, który wyraża na nią zgodę i za morderstwo w odniesieniu do lekarza, który ją stosuje” [2]. Potwierdza to prawna definicja eutanazji, zawarta w Kodeksie Karnym PRL z 1969 r., którą podaje ks. M. Graczyk w *Ateneum Kapłańskim*. W artykule 150 czytamy, „że jest to zabicie człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego. Wszelkie inne działania, które dokonywane są bez zgody drugiego człowieka lub ze względów innych niż współczucie, polskie prawo umieszcza na płaszczyźnie zabójstwa uprzywilejowanego” [7].

Zabójstwo uprzywilejowane wymaga, by sprawca działał pod wpływem współczucia oraz na żądanie ofiary. Oba warunki zająć muszą łącznie.

W art. 29 kodeksu czytamy, m. in., że „lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia” [6]. Zaś z drugiej strony prawo do umierania w spokoju i godności zapewnia pacjentowi Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. art. 19 [8]. Inaczej jednak patrzy się na ten problem w innych krajach.

Trzydzieści lat temu debata w sprawie eutanazji odbywająca się w Stanach Zjednoczonych koncentrowała się na problemie, jakim było łagodzenie bólu. Dzisiaj, gdy opieka paliatywna jest praktycznie skuteczna w stu procentach, dyskutuje się nad tym, jak pozbawić życia ludzi nie tyle nieuleczalnie chorych, co po prostu starszych, którzy przeszkadzają żyjącym [9]. Jak widać akceptacja i praktyka eutanazji nadal się rozszerzają, i w konsekwencji zaczynają uzyskiwać podłoże w prawie stanowionym.

## **Religie wobec eutanazji**

**Buddyzm.** Stosunek do eutanazji opiera się na uniwersalnym prawie dharmy, które w porządku moralnym objawia się w karmie (prawo). Z za-

kazu zabijania oraz z zasady niekrzywdzenia wypływa zakaz eutanazji aktywnej. Wyzwolenie o cierpienia winno się dokonywać nie poprzez zadanie śmierci, ale dzięki usunięciu pragnień i osiągnięciu stanu nirwany. Dopuszcza się eutanazję bierną, choć istnieją trudności w wyznaczeniu jej granic. Obowiązują zasady: unikania przerywania życia (jako formy przemocy, podobnie jak intensywna terapia), zmniejszania cierpienia, nie nadużywania środków terapeutycznych i pomoc w spokojnej śmierci, gdy wyczerpano wszelkie metody (eutanazja bierna; myśli umierającego mają istotne znaczenie dla jego przyszłego życia).

**Hinduizm.** Eutanazja jest postrzegana jako śmierć z wyboru i aprobowana jako ucieczka od przywiązania do własnego „ja”, które cierpi (np. z powodu starości), daje możliwość uwolnienia się od niewygodnej formy życia i przejścia do następnego życia (reinkarnacja). Ci, którzy podejmują decyzję samobójczą, jak i ci, którzy dokonują eutanazji, winni się uwolnić od złych zamierzeń, namiętności i egoizmu.

**Judaizm.** Zarówno eutanazja aktywna, jak i eutanazja bierna są kwalifikowane jako zabójstwo lub samobójstwo. Człowiekowi nie wolno samowolnie decydować o czasie trwania swego życia (odrzućenie autonomii moralnej). Tora i tradycja żydowska (Talmud wraz z komentarzami) wskazują na zobowiązanie do wyboru życia, o czasie umierania może decydować jedynie Bóg jako stwórca życia. Lekarz podejmujący decyzję o śmierci pacjenta przywłaszczyłby sobie prawa Boga. Życia nie wolno skracać, ani też przedłużać umierania przy pomocy specjalnych środków – leczenie uznaje się za ingerencję w konieczny bieg rzeczy. Dopuszczalna jest wszelka terapia eliminująca cierpienie, o ile nie powoduje śmierci, nakazuje się też udzielenie konającym duchowego wsparcia.

**Chrześcijaństwo.** We wczesnym chrześcijaństwie eutanazję odrzucono jako formę samobójstwa naruszającego zakaz zabijania (św. Augustyn). Kościół rzymskokatolicki uznaje eutanazję za targnięcie się na nienaruszalne życie ludzkie i traktuje ją jako zabójstwo lub samobójstwo. Odrzuca prawną legalizację, jako sprzeczną z prawem naturalnym i objawieniem zapisanym w Piśmie Świętym. Nienaruszalność i godność życia ludzkiego wynika z biblijnej prawdy o stworzeniu człowieka przez Boga „na Jego obraz i podobieństwo”, a wcielenie Jezusa Chrystusa i odkupienie stanowi potwierdzenie jego fundamentalnej i najwyższej w porządku doczesnym (lecz nie absolutnej) wartości. Od pontyfikatu Piusa XII (1939–1958) dopuszcza się zaprzestanie tzw. uporczywej terapii (przyzwolenie na naturalną śmierć) oraz stosowanie środków przeciw-

bólowych, nawet jeśli zwiększają one ryzyko śmierci. Bezwzględny zakaz eutanazji obowiązuje również w prawosławiu.

**Islam.** Z Koranu („Kto zabije człowieka..., ten odpowie za krew jego przed całym rodem ludzkim; kto zaś uratuje życie człowieka, będzie nagrodzonym, jakby uratował życie całego rodu ludzkiego”) wyprowadza się zakaz eutanazji jako czynu niemoralnego, pod żadnym pozorem, nawet w przypadku nieuleczalnej choroby, nie wolno skracać życia własnego lub cudzego.

### Medycyna a eutanazja

Etyka lekarska ukształtowała się samodzielnie na pięćset lat przed etyką chrześcijańską. Jak pisze R. Fenigsen, wpływu na jej kształt, niezmienny od 2,5 tysiąca lat, nie miało prawo Starego Testamentu, ale etyka starożytnej Grecji i „wewnętrzna logika zawodu lekarskiego”. Siłę swą i znaczenie etyka lekarska zawdzięcza temu, że opiera się na prawie naturalnym i ściśle określa obowiązki lekarza jako strażnika i obrońcę życia. Normy swe etyka zawsze stanowiła poza normami przyjętymi przez społeczeństwo i odrzucała wszystko, co było niezgodne z prawem naturalnym [3].

W kodeksie etyki lekarskiej zaznaczono, że dobro pacjenta, jego życie i zdrowie jest najwyższym nakazem etycznym lekarza i jego podstawowym działaniem [10].

Na przestrzeni wieków wiele razy zdarzało się, że lekarze porzucali etykę zawodową i przyjmowali panujące ówczesnie zasady etyczne, co dawało katastrofalne skutki, zawsze bowiem służyło celom partykularnym, które już w swojej definicji są niegodne. Przykładem mogą być lekarze hitlerowscy, którzy wymordowali w Niemczech osoby kalekie i chorych psychicznie, w obozach zaś przeprowadzali wiele doświadczeń i badań na więźniach [3].

Eutanazja nie może być traktowana jako jedna z form pomocy choremu znajdującemu się w stanie krytycznym [11]. Najwyższym prawem lekarskiego działania jest ratowanie życia, a nie odbieranie go. To życie nie śmierć stanowi podstawę etyki lekarskiej.

Chorzy, którzy mają zapewnioną odpowiednią opiekę mogą ze spokojem, godnością przygotować się do odejścia. Strach, opuszczenie, samotność są im obce, bo mają przy sobie troskliwych opiekunów, nie czują się niechciani i niepotrzebni. „Eutanazja nie jest w żadnym wypadku aktem litości; jest indywidualnym i społecznym aktem samolitości

i uciezki z sytuacji uznanej za nieznośną” [12]. Eutanazja, jako akt przestępczy nie może być wykonywana przez personel medyczny, którego zadaniem jest służba życiu aż do końca. Poza tym chęć przyspieszenia śmierci pacjenta zniszczy zaufanie chorego do lekarza, którego podstawowym działaniem jest ratowanie życia i pomoc w cierpieniu. Odpowiedzialność dobrej opieki nad chorym spoczywa nie tylko na lekarzach, ale także, a może przede wszystkim na pielęgniarkach i rodzinach chorych, którzy z racji swego zawodu i pokrewieństwa przebywają z chorym najczęściej. Tylko złożone wspólne działanie zespołu medycznego przeszkolonej pielęgniarki, lekarza, przy znacznym udziale rodziny mogą zapewnić odpowiednią opiekę umierającemu, który ma swoją godność, głęboką duchowość i jest źródłem niezniszczalnych wartości [5].

Umieranie z godnością to najczęściej stosowany przez zwolenników eutanazji slogan obejmujący swoim zasięgiem także problem uporczywej terapii. Z drugiej zaś strony godna śmierć to przejście z tego świata do innego, w otoczeniu bliskich osób w domu, jeżeli jest to możliwe lub w otoczeniu życzliwego personelu medycznego, hospicyjnego w szpitalu czy domu opieki, przejście muszę dodać bezbolesne dzięki dzisiejszym osiągnięciom medycyny.

Ratowanie życia jest zasadniczym i podstawowym celem dzisiejszej medycyny i medycyny w ogóle. Dlatego pozwolenie na spokojną śmierć terminalnie choremu człowiekowi i otoczenie go odpowiednią opieką aż do końca jest tak samo podstawowym zadaniem i obowiązkiem lekarza jak aktywna, intensywna terapia w stanach, gdy życie ludzkie jest zagrożone i istnieje choć najmniejsza możliwość uratowania chorego.

Nasza cywilizacja rozwija się bardzo dynamicznie, niesie ze sobą wiele dobrodziejstw, super nowoczesnych rozwiązań. Z jednej strony bardzo ułatwia nam życie, które w porównaniu do lat i wieków poprzednich jest wygodne, ciepłe, dostatnie, łatwiejsze, ale z drugiej strony promując pewne idee, jak eutanazja, aborcja cofa nas do starożytnej Sparty, gdzie jednostki chore, słabe, stare eliminowano bezlitośnie ze społeczeństwa. Nie bez powodu Papież Jan Paweł II nazwał nasze czasy „cywilizacją śmierci”.

Zdecydowanym, szeroko pojętym argumentem popierającym legalizację eutanazji jest człowiek, który ma prawo decydować o własnym życiu. Któż z nas chciałby mieć świadomość, że jest ciężarem dla swoich bliskich, a przy tym jest tak zwaną „rośliną”. Oczywiście takiej decyzji nie powinno się podejmować pod wpływem jakichkolwiek nacisków, impulsów czy w afekcie. Z jednej strony mamy prawo do decydowania



o swoim życiu i śmierci, z drugiej – ochronę ludzi najsłabszych. Trzeba się dokładnie zastanowić, czy prawo byłoby równe dla wszystkich i przede wszystkim, czy nie byłoby nadużywane.

Dzisiaj ogromną wagę przywiązuje się do wyglądu, wykształcenia, robi się karierę, każdy chce osiągnąć jak najwyższy status społeczny i dobrobyt materialny. Nie ma więc miejsca dla choroby i cierpienia, a także starości. Nie ma czasu dla drugiego człowieka, tym bardziej chorego i w konsekwencji nie umiera się już w domu, wśród bliskich. Jesteśmy gotowi zrobić wszystko, aby uniknąć śmierci i aby na nią nie patrzeć.

Poprzez legalizację eutanazji zabijamy w sobie człowieczeństwo, niszczymy ten głęboki jego wymiar, bez którego stajemy się bezwartościowi.

Gdy choroba nieuleczalna staje się faktem dotyka człowieka jako całości. Przewlekła choroba organizmu może prowadzić do zmian w ośrodkowym układzie nerwowym i do następstw psychoorganicznych – otępienie i charakteropatii. Zmienia się psychika chorego. Po latach cierpień bardzo często u takich pacjentów występuje nerwica, a czasem psychoza. Łatwiej więc osoby zmęczone życiem, zniechęcone przekonać do eutanazji, zachęcić wizją zakończenia męki, wegetacji. Jest to chwyt psychologiczny.

Wielki lekarz i etyk profesor Kępiński mówił, że człowiek chory czuje się, a często także zachowuje się jak dziecko. I tak jak dziecko potrzebuje opieki, ciepła, poczucia bezpieczeństwa, a mówiąc inaczej macierzyńskiego środowiska. Można powiedzieć, że lekarz spełnia zasadniczą rolę ojca, a pielęgniarka – rolę matki. Cechą charakterystyczną środowiska macierzyńskiego jest atmosfera miłości. Miłość jest najlepszym lekarstwem na uczucie lęku, dlatego tak ważną rolę odgrywa w relacjach pielęgniarka – pacjent – lekarz. Jest to jedyna w swoim rodzaju forma miłości jednego człowieka do drugiego i przejawia się w zrozumieniu, współczuciu i uczciwości zawodowej.

Życie człowieka wiąże się z trudem, cierpieniem, nie jest do końca szczęśliwe. Staramy się pokonywać trudności, łagodzić siłę ciosów, jednak nasze działania są skuteczne tylko częściowo.

Proces umierania, który poprzedza samą śmierć jest najtrudniejszym etapem do przejścia. Nie tylko dlatego, że wiąże się z bólem, chorobą, ale dlatego, że stanowi tajemnicę, jest „wyprawą w nieznane”. Musimy zostawić wszystko, co znaliśmy, kochaliśmy, dokonać bilansu życia – naszych zysków i strat. Zawsze wiąże się to z utratą dotychczas posiadanych wartości i strachem.

Według P. Sporkena możemy wyróżnić kilka etapów wspomagania umierającego w jego śmierci:

- rozmowa obejmująca uczucia chorego: niepewność, lęk, bunt, opuszczenie, z którymi sam nie może sobie poradzić, co jeszcze potęguje jego osamotnienie [13, 14];
- uczciwa rozmowa, która uświadomi choremu jego stan, przebieg choroby i odkryje przed nim możliwości pomocy, zwalczania bólu zarówno fizycznego, jak i duchowego, a personelowi pokaże co jeszcze może zrobić dla chorego [13, 14];
- nawiązanie bliskiej i szczerej relacji z pacjentem, która doda odwagi choremu, pozwoli na otwartość i w rezultacie ułatwi mu śmierć [13, 14].

Wszystkie te zabiegi musi cechować ze strony opiekuna ogromny takt, dyskrecja, wyczucie potrzeb, czasu i stanów pacjenta.

Ten sam autor w dalszej części swoich rozważań mówi, że pomoc ta winna być realizowana przez cały zespół terapeutyczny, bo dopiero wtedy jest pełna i skuteczna oraz przynosi oczekiwany efekt [13, 14]. Czas trwania przy chorym to czas, w którym świadomie nic się nie bierze dla siebie. Konieczna dla lekarza, pielęgniarki czy też kapłana delikatność wobec chorego jest tym doskonalsza, im pełniejsza jest autentyczna akceptacja tego, co się dzieje i tego, co się robi.

Pomoc w pełni fachowa zakłada znajomość etapów, jakie przechodzi w czasie choroby każdy z pacjentów. Personel medyczny musi więc znać przebieg procesu umierania, jego aspekty fizyczne i psychiczne, a także samą jednostkę chorobową i związane z nią objawy i dolegliwości [14].

Dla personelu medycznego życie jest wartością najwyższą, nie podlegającą żadnej dyskusji. Jest to równoznaczne z uznaniem godności każdego człowieka i poszanowaniem jego życia. Nie może więc być mowy o eutanazji. Niełatwo jest trwać przy pacjentach umierających. Personel musi widzieć sens tego, co robi. Wiele osób przeżywa obawy, że nie będzie w stanie we właściwym momencie znaleźć odpowiednich słów, które wzbudzą pokój i nadzieję w chorym lub, że nie zapanują nad własnymi uczuciami. Rozmowy z pacjentem nie powinny polegać na dostarczaniu rozwiązań. Mogą i powinny być prowadzone podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych tak, aby nie zmęczyć i nie przestraszyć chorego. Osoby sprawujące opiekę w pełni zdają sobie sprawę, że nie tylko słowa mówią, ale cała postawa, jednak ten rodzaj obaw świadczy, że chciałyby wykonywać swoją pracę i pomagać chorym jeszcze lepiej, jak najlepiej.

Według K. de Walden-Gałuszko [15], jest to zjawisko naturalne. Personel medyczny to ludzie, nie nadludzie i tak jak sam pacjent musi się odnaleźć i zaakceptować chorobę, tak samo muszą to zrobić osoby mu najbliższe i opiekujące się nim czy to w domu, szpitalu czy w hospicjum.

To, jak człowiek umiera, zależy od bardzo wielu czynników i jednocześnie jest sprawą bardzo indywidualną. Sposób umierania zależy między innymi od głębi życia duchowego, od tego, jak chory żył dotychczas, od rodzaju choroby i jakości świadczonej opieki, tylko ta ostatnia zależy od personelu medycznego.

Pacjent ma prawo prosić o eutanazję w chwili ogromnego bólu, ale personel medyczny nie ma prawa do niej dopuścić. Jego zadaniem jest sprawowanie opieki, ochrona życia do końca. Jest to postawa prosta i jasna. Alternatywą dla eutanazji jest więc prawidłowo prowadzona opieka terminalna, przeciwbólowa, tzw. paliatywna, czyli „okrywająca płaszczem” chorego, chroniąca go aż do końca.

Ruch na rzecz eutanazji nie rozpowszechnił się jeszcze w Polsce. Problem ten faktycznie u nas nie występuje.

W innych krajach sprawa ta nie jest już tak oczywista. Jak podaje R. Fenigsen od wielu lat w krajach anglosaskich trwają działania zmierzające do legalizacji eutanazji. Jednak etycy nie chcą dopuścić takiej możliwości uważając, że lekarz i pielęgniarka mają ratować życie i zdrowie ludzkie, nie zaś je niszczyć. Legalizacja eutanazji zniszczy zaufanie ludzi do medyków. Chory nieuleczalnie nie będzie mógł spokojnie poddać się leczeniu w obawie, że z pobudek pseudohumanitarnych skrócone zostanie jego życie z jego zgodą lub bez (częste przypadki kryptanazji w Holandii).

Nasuwa się tu pytanie, czy czynić dobrze, miłować życie, drugiego człowieka to umiejętność, którą można nabyć z dnia na dzień? Kiedy przychodzi moment kształtowania w nas prawidłowych, dobrych postaw? Czy taki moment jest uchwytny, czy jest to proces kształtowania osobowości przez całe życie?

Niewątpliwie o postawie osób stanowiących personel medyczny, jak i członków rodzin decyduje osobowość – czyli charakter, a więc wrażliwość, delikatność, krytycyzm, intelekt. Jest to jakby cecha zadana ludziom. Natomiast czynnikiem określającym jakość postawy jest dojrzałość osobowości, czyli ugruntowany system wartości, oparty na prawdzie i prawidłowo rozumianym dobru. Dojrzałość osobowości nie jest tylko prostą funkcją czasu i zdobywanego doświadczenia, ale przede wszystkim odpowiedniej formacji intelektualnej i duchowej, którą każdy

otrzymuje w procesie edukacji i wychowania, czyli bardzo wcześnie. Na tym polu jawi się ogromna odpowiedzialność – rodziny, systemu edukacji, Kościoła. Brak fundamentów wcześniej czy później nie wytrzyma próby czasu.

Ciągle musimy wsłuchiwać się w drugiego człowieka. Każda czynność, każdy gest musi być pozytywną odpowiedzią na pytanie, czy jest to zgodne z poszanowaniem życia oraz godności i praw człowieka, czy jest to zgodne z naszą wiarą, która od dziecka nas kształtuje? Nie jest to zadanie łatwe, szczególnie w dzisiejszych zmaterializowanych czasach, gdzie liczy się siła, tężyzna, moc, a neguje się to, co słabsze i gorsze. Cierpienie traktuje się jak niepotrzebny balast, którego jak najszybciej trzeba się pozbyć. Jak uniknąć takich postaw? Na to pytanie każdy musi odpowiedzieć sobie sam. Wybory moralne stają się częścią życia każdego człowieka.

Eutanazja niesłusznie nazywana „dobrą śmiercią”, pomimo wielu zwolenników w dzisiejszym świecie zachodnim nie może mieć miejsca. Jest to ucieczka od cierpienia i zaprzeczenie daru, jakim jest życie.

Opieka paliatywna stanowi alternatywę dla eutanazji, oparta jest na akceptacji chorego i jego cierpienia oraz zakłada nieuchronność śmierci, a więc nie podtrzymuje sztucznie życia, ale chroni je do końca. Nie można więc porównywać przerwania przedłużających życie terapii z eutanazją, jak to próbują czynić zwolennicy eutanazji. Człowiek walczy tak długo, jak długo ma nadzieję. Boimy się śmierci, nie umiemy obcować z osobami umierającymi. Ludzie, którzy z racji swego zawodu czy z innych względów zetknęli się ze śmiercią wiedzą jak wielką wolę życia mają w sobie w ostatnich chwilach życia umierający. Uruchamiają w sobie siły, które przekraczają nasze najśmielsze oczekiwania.

Jeżeli chory prosi o śmierć to może to być wołanie: o zrozumienie, miłość, pomoc lub zmianę traktowania go w trakcie choroby, jeżeli rodzina domaga się eutanazji, to jest to zmęczenie, zniecierpliwienie, brak finansów lub zwykłe wygodnictwo, jeżeli proponują to lekarze to może być to chęć pozbycia się źle rokującego pacjenta, który niepotrzebnie zajmuje szpitalne łóżko. Gdy zaspokoimy wszystkie te aspekty nasz pacjent nie poprosi o eutanazję.

Patrząc na sprawę eutanazji od strony czysto teoretycznej wszystko wydaje się bardzo proste: moje życie i moja śmierć, indywidualna sprawa każdego człowieka. W praktyce nie wygląda to jednak tak jednobarwnie. Mimo najlepszego prawa chroniącego pacjentów przed nadużyciami, będzie do nich dochodzić. Nie ma bowiem dziedziny ludzkiego życia całkowicie wolnej od nadużyć.

Życie, obok prawdy i wolności, należy do najważniejszych wartości etycznych naszego kręgu kulturowego. Dzięki tym wartościom nasze społeczeństwa funkcjonują. Jeżeli wartość życia, poprzez legalizację eutanazji, zostanie naruszona, pociągnie to za sobą wiele niekorzystnych następstw. Jeżeli dopuścimy eutanazję nawet w bardzo ograniczonym zakresie to tak, jakbyśmy wychodzili z założenia, że istnieje pewna kategoria osób, których życie jest nic niewarte. Doprowadzi to do erozji naszego systemu wartości. I nigdy nie przebrzmi pytanie, gdzie się zatrzymać?

### Piśmiennictwo

1. Bołoz W.: Życie w ludzkich rękach – podstawowe zagadnienia bioetyczne. Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna Adam, Warszawa 1997, 194–199.
2. Williams G.: Świątość życia a prawo karne. PZWL, Warszawa 1960, 299–352.
3. Fenigsen R.: Eutanazja – Śmierć z wyboru? Wyd. W drodze, Poznań 2002, 42–132.
4. Vidal M.: Eutanazja wyzwaniem dla sumienia. [W:] Nadzieje i zagrożenia współczesnej rodziny, (red.) W. Kawecki, Wyd. Momo Dei, Kraków 1995, 196.
5. Praca zbiorowa, Eutanazja: perspektywa religijno-medyczno-prawna, etyka kresu życia. KUL, Lublin, 22–23 marca 1996, 15–22.
6. Bartnowska D.: Problemy etyczno-deontologiczne w pielęgniarstwie. Biuletyn Komisji Etyki Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1995, 52.
7. Graczyk M.: Deklaracje o eutanazji. [W:] Kontrowersje wokół eutanazji. Ate-neum Kapłańskie, WSD, Włocławek, 1996, t. 131, zeszyt 1, 20–21.
8. Dziennik Ustaw 1991, nr 91, poz. 48, USTAWA z dnia 30 sierpnia 1991 r. o Zakładach Opieki Zdrowotnej, art. 19.
9. Eareckson Tada J.: Kiedy można umrzeć? Samobójstwo, eutanazja, cierpienie, litość. Wyd. Pojednanie, Lublin 1993, 147.
10. Szeroszyńska M.: Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie. Universitas, Kraków 2004, 20–54.
11. Katechizm Kościoła Katolickiego, Wyd. Pallottinum, Poznań 1994, 2277, 517.
12. Jan Paweł II: Przemówienie do uczestników Międzynarodowego Sympozjum na temat opieki nad umierającymi. 17 marca 1992, 3–5, Insegnamenti XVI, 1 (1992), 622–624.
13. Sporcken P.: Postępowanie z umierającymi. H. Nikelski, Instytut Wydaw. Pax, Warszawa 1989, 15–55.
14. Zaorska B.: Nadejdzie ten dzień... – o godnym umieraniu. Wydaw. Ojców Franciszkanów, Niepokalanów 1992, 8–11.
15. De Walden-Gałuszko K.: U kresu. Wydaw. Med. Mak Med, Gdańsk 1996, 13, 128–29.



Tadeusz Kaczmarek<sup>1</sup>, Jerzy T. Marcinkowski<sup>2</sup>

## „Komplikacje” z eutanazją?

Non mortem timemus, sed cogitationem mortis.  
[Nie śmierci się boimy, ale myśli o śmierci].

Seneka, *Listy moralne* 30,17

„Komplikacje” – to tytuł książki, opatrzonej podtytułem „Zapiski chirurga o niedoskonałej nauce”, wydanej w 2009 roku przez Wydawnictwo „Znak” w Krakowie [1]. Autorem książki jest *Atul Gawande*, chirurg ogólny i endokrynolog pracujący w *Brigham and Women’s Hospital* oraz w *Dana Farber Cancer Institute* w Bostonie, w stanie Massachusetts. Jest on ponadto profesorem chirurgii oraz profesorem w Szkole Zdrowia Publicznego na Uniwersytecie Harvard’a. W latach 1992–1993 *Gawande* był doradcą do spraw ochrony zdrowia w kampanii prezydenckiej *Billa Clintona*. W 2006 roku *Atul Gawande* za dokonania zarówno w dziedzinie literatury, jak i medycyny został uhonorowany niezwykle prestiżowym Stypendium *Mc Arthura*, zwanym „grantem geniuszy” [1, 2].

Książka „Komplikacje” została zaliczona w rankingu „The New York Times” do stu najlepszych książek wydanych w USA w 2002 roku. W recenzji książki napisano m.in.: „*Gawande* fascynująco opisuje przypadki, z którymi zetknął się podczas swojej pracy chirurga. [...] »Komplikacje« to przejmująco autentyczny i wiarygodny obraz współczesnej medycyny” [1].

*Atul Gawande* w przedmowie do książki („Słowo od autora”) pisze: „Zdarzenia opisane w niniejszej książce są prawdziwe” [1].

---

<sup>1</sup> Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Oddział w Pile

<sup>2</sup> Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

A oto jedno z opisywanych przez Autora „prawdziwych” zdarzeń, mogących jednak budzić poważne wątpliwości zarówno co do prawidłowości postępowania lekarskiego, jak i jego zgodności z obowiązującym prawem [1].

Historia dotyczy mężczyzny „...po sześćdziesiątce” o pseudonimie „Lazaroff”, pracującego w administracji miasta, który poza początkami cukrzycy oraz okresowymi problemami z sercem, uprzednio zasadniczo nie chorował. Osiem miesięcy wcześniej zgłosił się on do lekarza rodzinnego z powodu bólu pleców. W badaniu przedmiotowym nie znaleziono istotnych odchyśleń, ale z powodu nasilania się dolegliwości bólowych po kolejnych 3 miesiącach wykonano tomografię komputerową – badanie wykazało zaawansowane zmiany nowotworowe kręgosłupa z licznymi przerzutami do wątroby i jelit. Biopsja potwierdziła złośliwy charakter zmian. W ciągu następnych kilku miesięcy stan jego zdrowia pogarszał się gwałtownie, schudł ponad dwadzieścia kilogramów, pojawiły się obrzęki ciała, narastała puchlina brzuszna. Bóle i osłabienie organizmu uniemożliwiały mu samodzielną egzystencję, stąd pozostawał pod stałą opieką syna, przez całą dobę podawano mu morfinę. Nieco później wystąpiło porażenie obu kończyn dolnych oraz zaburzenia zwieraczy. Wykonana ponownie tomografia wykazała znaczny ucisk jednego z guzów kręgosłupa na rdzeń kręgowy w odcinku piersiowym. I chociaż lekarze tłumaczyli pacjentowi, że być może zostało mu zaledwie kilka tygodni życia, on jednak wierzył w możliwość wyleczenia i powrotu do zdrowia wraz z podjęciem ponownie pracy zawodowej.

W istocie pozostawały mu – według Autora książki – dwa wyjścia.

Jednym z nich była operacja kręgosłupa. Nie spowolniłaby ona postępu choroby nowotworowej i nie przedłużyłaby życia, którego pacjentowi zostało zaledwie kilka miesięcy, ale dawała ostatnią szansę na zatrzymanie zmian w kręgosłupie oraz przywrócenie chociaż częściowej władzy w kończynach dolnych i kontroli nad zwieraczami. Ryzyko związane z operacją było jednak bardzo wysokie. Jeśli zabieg zakończyłby się sukcesem, pacjenta i tak czekałaby długa i bolesna rekonwalescencja, a biorąc pod uwagę jego aktualny stan zdrowia oraz wcześniejszą chorobę serca, szanse przeżycia operacji i powrotu do domu były i tak bardzo nikłe.

Drugim wyjściem było niepodejmowanie jakichkolwiek działań, wypisanie pacjenta do domu z zapewnieniem opieki hospicyjnej. Porażenie kończyn dolnych i zaburzenia zwieraczy nasilałyby się, ale pacjent jeszcze przez pewien czas utrzymałby choćby częściową kontrolę nad



własnym życiem i zyskałby szansę na spokojne odejście w otoczeniu najbliższych.

Mimo perswazji onkologa i neurochirurga, wskazujących na niewielkie korzyści, jakie mogą wynikać z udanego nawet zabiegu, a równocześnie związane z nim poważne, śmiertelne wręcz ryzyko, pacjent zdecydował o przeprowadzeniu operacji kręgosłupa.

W obecności syna, któremu powiedział: „Nie każ mi rezygnować z siebie. Mam prawo wykorzystać tę szansę”, podpisał zgodę na operację.

Kilka lat wcześniej z powodu rozedmy płuc zmarła jego żona. Według relacji syna pacjenta, przed śmiercią przebywała ona bardzo długo na oddziale intensywnej terapii podłączona do respiratora i od tego czasu – jak podawał syn – „...ojciec zawsze powtarzał, że nie chce umierać w podobny sposób”.

Operacja trwała ponad cztery godziny, ale guz uciskający rdzeń został usunięty i operacja pod względem technicznym zakończyła się sukcesem. Okazało się jednak, że płuca pacjenta nie zaczęły funkcjonować normalnie i nie można było odłączyć go od respiratora.

W ciągu następnych kilku dni płuca stopniowo sztywniały. Wskutek zwiększającego ciśnienia w respiratorze wystąpiła odma opłucnowa z koniecznością drenażu klatki piersiowej, pojawiły się zmiany zakrzepowe i krwotoczne. Przez kolejne dni pacjent był utrzymywany przy życiu „...ogromnym nakładem sił i kosztów, ale efekty były przygnębiające. Po pewnym czasie wiedzieliśmy, że trudzimy się na próżno. Właśnie w taki sposób pacjent nie chciał umierać – przykuty do łóżka, [...] podłączony do respiratora”.

Czternastego dnia po zabiegu syn pacjenta przekazał lekarzom, by zaprzestali dalszej terapii. Oto jak opisuje tę sytuację Autor książki: „Ruszyłem więc w stronę sali. [...] Wślizgnąłem się do pomieszczenia wraz z dyżurującą siostrą. Sprawdziłem, czy kroplówka z morfiną była ustawiona na najwyższym poziomie, po czym zbliżyłem się do łóżka, pochyliłem nad *Lazaroffem* i na wypadek, gdyby mnie słyszał, powiedziałem, że za chwilę wyjmę mu rurkę intubacyjną z ust. Przeciąłem plastry mocujące i spuściłem powietrze z balonika, który przytrzymywał rurkę w tchawicy. Na koniec wyciągnąłem rurkę. Pacjent kilkakrotnie odkaslnął, na krótko otworzył oczy, ale po chwili znów je zamknął. Pielęgniarka odessała zgromadzoną w ustach flegmę. Wyłączyłem respirator i nagle na sali zapanowała cisza, w której słychać było jedynie ciężki, urywany oddech *Lazaroffa*. Patrzyliśmy, jak gaśnie. Oddychał coraz rzadziej i płycej,

w końcu wciągnął powietrze po raz ostatni i ucichł. Przyłożyłem stetoskop do piersi i słyszałem, jak jego serce przestaje bić. Minęło trzynaście minut od momentu, w którym odłączyłem go od respiratora. Powiedziałem pielęgniarce, żeby zanotowała czas zgonu *Josepha Lazaroffa*”.

Warto zacytować jeszcze dwie różne, osobiste refleksje Autora, dotyczące tego przypadku. „Uważałem, że Lazaroff dokonał błędnego wyboru, ponieważ zdecydował się na coś, co nie leżało w jego interesie i to nie zdaniem postronnego obserwatora, ale według niego samego. On chciał przede wszystkim żyć, to było jasne. Gotów był podjąć wszelkie ryzyko – nawet ryzyko śmierci – by przeżyć. Tłumaczyliśmy mu, że nie jesteśmy w stanie dać mu tego, czego najbardziej pragnie. Mogliśmy jedynie zaoferować szansę na utrzymanie względnej sprawności dolnych partii ciała przez ten krótki czas, który mu pozostał, a i to kosztem bardzo ciężkiej operacji, mogącej doprowadzić do wcześniejszego zgonu.

Ale Lazaroff nas nie słuchał: wydawało mu się, że oddalając widmo paraliżu, oddali śmierć. Niektórzy ludzie godzą się podjąć najwyższe ryzyko w pełni świadomie, nie wierzą jednak, że Lazaroff do nich należał – zbyt mocno obawiał się konania w taki sposób, w jaki odeszła jego żona”.

I druga refleksja Autora: „W takim razie może błędem z naszej strony było to, że w ogóle zaproponowano mu operację. We współczesnej medycynie od lekarzy wymaga się podporządkowania niepisanej zasadzie autonomii pacjenta. [...] Jednak dobry lekarz nie może stać z boku i przyglądać się w milczeniu, gdy pacjent podejmuje chybioną decyzję – decyzję, która da skutek przeciwny do zamierzonego i w gruncie rzeczy będzie wymierzona przeciwko pragnieniom pacjenta”.

Nieodparcie nasuwa się jednak i trzecia refleksja: brak jakiegokolwiek komentarza ze strony Autora odnośnie podjętych przez niego czynności związanych z odłączeniem od respiratora pacjenta, co do którego nie miał nawet pewności, czy jest pacjentem nieprzytomnym, czy też może ma na tyle zachowaną świadomość, że byłby w stanie w jakiegokolwiek formie wyrazić swoją wolę odnośnie tego aktu. Nie wydaje się, by wystarczającym uzasadnieniem opisanego postępowania lekarza były zwierzenia syna pacjenta, że ojciec nie chciał umierać podłączony do respiratora ani też bezpośrednio żądanie wyrażone przez syna pacjenta, by lekarze odłączyli jego ojca od respiratora.

Rodzą się zatem pytania: jak zakwalifikować opisanie postępowanie lekarskie? czy jest to przypadek eutanazji, ortotanazji? czy też należy

opisane zdarzenie zakwalifikować jako tzw. kryptoeutanazję (*non voluntary euthanasia*), mającą miejsce wówczas, kiedy lekarz podejmuje decyzję o „uśmierceniu” pacjenta, gdyż skłania go do tego rodzina lub opiekun chorego? [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9].

## Piśmiennictwo

1. Gawande A.: Komplikacje. Zapiski chirurga o niedoskonałej nauce. Wyd. Znak, Kraków 2009, 227–229, 231–236.
2. [http://en.wikipedia.org/wiki/Atul\\_Gawande](http://en.wikipedia.org/wiki/Atul_Gawande)
3. <http://www.google.pl/search?hl=pl&source=hp&q=kryptotanazja&lr=&aq=f&oq=>
4. <http://polityka.e-magnes.pl/news.php?extend.298&co=3&id=298>
5. [www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/overview/keywords.shtml](http://www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/overview/keywords.shtml)
6. [http://www.kms.cm-uj.krakow.pl/ArchMedSadKrym/1999/3\\_1999/3\\_99.pdf](http://www.kms.cm-uj.krakow.pl/ArchMedSadKrym/1999/3_1999/3_99.pdf)
7. <http://polityka.e-magnes.pl/news.php?extend.298&co=3&id=298>
8. <http://www.czytelniamedyczna.pl/ait20010311.php>
9. <http://www.pro-life.pl/?a=articles&id=15>



Tadeusz Kaczmarek<sup>1</sup>, Jerzy T. Marcinkowski<sup>2</sup>

## Kryptoeutanazja – jaka jest skala tego problemu?

*Śmierć nas nie dotyczy, bo gdy my istniejemy,  
śmierć jest nieobecna,  
a gdy tylko śmierć się pojawi,  
wtedy nas już nie ma.*

Epikur z Samos<sup>3</sup>

Uważa się, że pojęcie „eutanazja” (gr. „euthanatos”) po raz pierwszy zostało użyte w literaturze najprawdopodobniej już w V wieku p.n.e. w komedii niejakiego Kratinosa, który w ten sposób określił osobę mającą szczęście mieć „dobrą śmierć”. Po raz drugi pojęcie „łatwej śmierci” występuje w twórczości innego greckiego poety – Meandera (pod koniec IV w. p.n.e.).

Rzymski historyk Swetoniusz (II wiek n.e.) w „Żywotach cesarów” użył pojęcia „eutanazja”, opisując śmierć cesarza Oktawiana Augusta, „...który chciał umrzeć w spokoju, bezboleśnie i szybko, a nade wszystko świadomie, tak by móc uporządkować swoje sprawy, co było mu dane”. Tak więc od najdawniejszych czasów eutanazja – z założenia – miała oznaczać dającą ulgę w cierpieniu, łagodną, dobrą śmierć – a wśród przyczyn jej dokonywania wymieniano się zwykle motywy litości i współczucia dla chorego oraz chęć ulżenia mu w cierpieniu w obliczu nieuchronnie zbliżającej się śmierci. Starożytni przez eutanazję rozumieli zatem możliwość umierania w pokoju i z godnością [1, 2, 8].

Obecnie, gdy współczesna medycyna rozwija się niezwykle dynamicznie, po raz kolejny pojawia się problem eutanazji – i to coraz wyraź-

---

<sup>1</sup> Zakład Ubezpieczeń Społecznych – Oddział w Pile

<sup>2</sup> Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>3</sup> Aduszkiewicz A. (red.): Słownik filozofii. Świat Książki, Warszawa 2004, s. 155.

niejszym nagłaśnianiem w środkach masowego przekazu. „Agresywne” działania medyczne z zastosowaniem wyrafinowanych technologicznie procedur terapeutycznych często wprawdzie przedłużają życie pacjenta, ale nie zawsze oznacza to uwolnienie go od bólu i innych cierpień związanych z doświadczaną chorobą – czyli taki pacjent ma bardzo niską jakość życia. Rodzi się w związku z tym pytanie: czy przedłużone zostaje życie pacjenta, czy też tylko jego umieranie? Można przeto postawić dwa równie uprawnione twierdzenia, że: 1) medycyna wprawdzie doprowadziła do niewątpliwej poprawy jakości życia i jego wydłużenia wielu chorym, jak i to, iż 2) w wielu przypadkach zwiększyła i przedłużyła cierpienie pacjentów [1, 3, 22].

Eutanazja bywa obecnie rozmaicie definiowana i brak jest jednej powszechnie przyjętej definicji; dokonuje się jej klasyfikacji według różnych kryteriów i ocen etycznych.

Główny podział – na eutanazję 1) czynną i 2) bierną – pojawił się pod koniec XX wieku wraz z możliwością długotrwałego utrzymywania pacjenta na skraju życia i śmierci. Do niedawna, niejako tradycyjnie, rozróżniało się: eutanazję 1) czynną (śmierć była spowodowana określonym działaniem) i 2) bierną (śmierć następowała na skutek zaniechania terapii podtrzymującej życie) oraz a) eutanazję dobrowolną (kiedy występowała świadoma prośba o spowodowanie śmierci) i b) niedobrowolną (gdy chory nie był w stanie wyrazić takiej prośby, np. był nieprzytomny).

Obecnie odchodzi się od używania podziału na eutanazję czynną i bierną (zwaną też ortotanazją) twierdząc, że nie istnieje eutanazja bierna – należy bowiem przyjąć, że jakakolwiek interwencja w biologiczne funkcjonowanie pacjenta, nawet odległa i niebezpośrednia, jest eutanazją w pełnym tego słowa znaczeniu; natomiast, jeśli nie wchodzi w grę celowe wstrzymanie leczenia tak, aby pacjent umarł, ale tylko wstrzymanie pewnego postępowania, które jedynie przedłużałoby agonię – to takie postępowanie nie jest już eutanazją. Termin „ortotanazja” należy zatem rezerwować wyłącznie do tych przypadków śmierci, do której dochodzi pomimo dobrze sprawowanej opieki paliatywnej i różni się ona zasadniczo od jakiegokolwiek formy eutanazji. Nie należy też określać mianem eutanazji zaniechania tzw. uporczywej terapii lub też zaprzestania stosowania „środków nadzwyczajnych” [1, 2, 3, 4, 18, 19, 22].

Jedna z cytowanych w literaturze klasyfikacji eutanazji, zaproponowana przez Wichrowskiego i Jacórzyńskiego, uwzględnia zarówno jej „aktywność” i „pasywność”, jak i wolę pacjenta. Wyróżniają oni [1]:

- eutanazję bierną dobrowolną (powstrzymanie się od działań mających na celu przedłużenie życia, kiedy osoba jest świadoma, że na niej zostanie dokonana eutanazja),
- bierną niedobrowolną (powstrzymanie się od działań, kiedy osoba nie jest świadoma, że na niej zostanie dokonana eutanazja),
- czynną dobrowolną (podjęcie działania mającego na celu uśmiercenie pacjenta świadomego podjęcia tych działań) oraz
- czynną niedobrowolną (kiedy pacjent nie jest świadomy podjęcia tych działań).

Przy czym eutanazja niedobrowolna może z kolei mieć dwa podtypy:

- wbrew woli pacjenta (zabójstwo) i
- bez woli pacjenta [1].

Inny podział proponuje Franciszek Kokot. Rozróżnia on eutanazję [1]:

- bierną (rezygnacja z procedur podtrzymujących życie),
- pośrednią (śmierć następuje jako skutek uboczny podania leków przeciwbólowych) i
- aktywną (podanie pacjentowi środka zabójczego).

Każdy z tych trzech typów eutanazji może być z kolei wykonany:

- albo na żądanie pacjenta (*voluntary euthanasia*),
- albo bez jego zgody (*non-voluntary euthanasia*) lub
- wbrew jego woli (*involuntary euthanasia*); taką sytuację należy określić jako zabójstwo.

Eutanazję aktywną wraz z samobójstwem wspomaganym (PAS – *physician assisted suicide*) nazywa Kokot „asystą przy umieraniu”. Samobójstwo wspomagane ma miejsce wtedy, gdy pragnący śmierci uzyskuje od lekarza wszystkie środki potrzebne do popełnienia samobójstwa poprzez wypisanie recepty, przygotowanie tych substancji lub informacje na ten temat. Pacjent sam podejmuje decyzję o zakończeniu życia, ale może prosić lekarza o asystowanie mu podczas przyjmowania toksyn [1, 25].

Oprócz przytoczonych wyżej najczęściej cytowanych, a więc „typowych” klasyfikacji eutanazji, w literaturze znaleźć można jeszcze wiele innych pojęć, bądź to określających różne typy eutanazji, bądź też zdarzenia (zjawiska) z nią spokrewnione.

Terminem „dystanazja” określa się walkę o życie pacjenta za wszelką cenę, nie bacząc na jego cierpienie i beznadziejną sytuację (na przykład działania reanimacyjne w czasie agonii w terminalnym okresie choroby); innym terminem używanym w odniesieniu do eutanazji jest „matanazja”, mająca oznaczać śmierć niespodziewaną, bez przyzwolenia pacjenta,

która wszakże może być jednocześnie „eutanazją legalną”, czyli dopuszczalną w świetle prawa.

Jako „neologizmy” stosowane są również pojęcia „adystanazja” lub „antydystanazja” na określenie sytuacji, w której przerywa się „wysiłki lecznicze” w celu przedłużenia biologicznego funkcjonowania pacjenta pozwalając, by trwająca choroba spowodowała „naturalną śmierć” pacjenta (jest w pewnym sensie odpowiednikiem pojęcia eutanazji pasywnej). Innym terminem jest „kakotanazja” (*cacothanasia*) na określenie sytuacji, w której rozmyślnie przyspiesza się śmierć pacjenta – opisywana też jako eutanazja dokonana bez wyrażonej przez pacjenta woli (*involuntary euthanasia*) [1, 5, 22].

Oprócz przytoczonych wyżej klasyfikacji eutanazji, w literaturze znaleźć można również termin „kryptanazja” lub „kryptoeutanazja” (gr. „kryptos” – tajny, ukryty, „thanatos” – śmierć) na określenie eutanazji ukrytej, niejawnej. Występuje wtedy, gdy lekarz sam podejmuje decyzję o uśmierceniu pacjenta lub gdy skłania go do tego rodzina lub opiekun chorego, bez wyrażonej zgody pacjenta [1, 5, 14, 19].

Dopuszczalność eutanazji jest trudnym zagadnieniem moralno-etycznym i prawnym. Zdecydowana większość religii nakazuje swoim wyznawcom całkowite odrzucenie eutanazji – odnosi się to, m.in., do trzech największych religii monoteistycznych: Chrześcijan, Żydów i Muzułmanów [3, 6, 8].

Eutanazja jest obecnie zalegalizowana w Holandii (2002), Belgii, Luksemburgu, Albanii, Japonii i amerykańskich stanach Teksas i Oregon, a do niedawna także w australijskim Terytorium Północnym (Sąd australijski orzekł, że ta kwestia należy do spraw wyłącznie federalnych i uchylił legalność eutanazji). Szczególna forma dozwolonej eutanazji występuje w Szwajcarii, gdzie można przepisać lek nasenny w śmiertelnej dawce, jednak chory musi go przyjąć samodzielnie. W pozostałych krajach eutanazja jest niedozwolona i karana jak zwykle zabójstwo lub w sposób łagodniejszy [2, 7].

W polskim prawie eutanazja jest nielegalna i traktowana jako przestępstwo przeciwko życiu. Eutanazja, jako zabicie człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, opisana jest w art. 150. § 1 i § 2 Kodeksu karnego (k.k.) i podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat. Kontrowersje wzbudza § 2 mówiący o możliwości złagodzenia kary lub odstąpieniu od jej wymierzenia.

O samobójstwie wspomaganym, które według polskiego prawa polega na namowie człowieka do targnięcia się na własne życie lub dostar-



czeniu mu do tego środków, mówi art. 151 n. k.k. – jest to również objęte karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat. Przepis ten nie jest precyzyjny i według niego odpowiedzialności prawnej mógłby podlegać każdy, kto nawet nieświadomie przyczynił się do samobójczej śmierci innej osoby.

Kodeks Etyki Lekarskiej (KEL) jest regulacją prawną niższego rzędu, nie pociągającą za sobą odpowiedzialności prawnej, tylko dyscyplinarną. Jednak wraz z normami prawa stanowi podstawę uregulowań z zakresu prawa medycznego. Artykuł 31. KEL zawiera bezwzględny zakaz eutanazji. Zgodnie z art. 32., lekarz powinien zachować najwyższą ostrożność w decyzjach związanych z zaprzestaniem terapii, odłączeniem pacjenta od aparatury podtrzymującej życie czy przerwaniem reanimacji [1, 9, 13, 19].

**Ryc. 1. Dopuszczalność eutanazji na świecie [2]**



kolor czarny – eutanazja jest legalna, ciemnoszary – planowana legalizacja i szary – eutanazja była dawniej legalna

Z przedstawionych danych wynika, że eutanazja lub jej odmiany dopuszczalne są zaledwie w kilku krajach świata, a i tak mimo wielu obowiązujących tam obwarowań dotyczących praktykowania eutanazji, dochodzi do wielu nadużyć w tym zakresie.

Rodzi się zatem pytanie: jak często do takich „nadużyć” dochodzi w krajach, w których eutanazja jest nielegalna?

Zjawiskiem szczególnie niepokojącym i bardzo trudnym do oszacowania jest problem kryptoeutanazji (czyli eutanazji dokonywanej bez woli

i wiedzy chorego) – uważa się, że lekarze praktykujący kryptoeutanzję wręcz tworzą „szarą strefę” we wszystkich krajach, a ich czyny są praktycznie niewykrywalne, zwłaszcza jeśli pacjent był osobą samotną lub nie utrzymywał kontaktu z rodziną. Kryptoeutanzja pozostaje z reguły przemilczana również z powodu wiary w szlachetne pobudki lekarzy. Warte podkreślenia są motywy powodujące lekarzy czy bliskich chorego do podania mu śmiertelnie działającego leku. Chęć zysku materialnego (spadek, stosowna zapłata), czy frustracja lekarza z powodu niepowodzenia w leczeniu są zwykle pomijane w rozważaniach na ten temat, a jednak w praktyce bywają przyczynami dokonania eutanazji. Bywa i tak, że rodzina chorego oczekująca na spadek bądź osoby czerpiące korzyści finansowe ze śmierci (np. właściciele zakładów pogrzebowych) proponują lekarzowi przeprowadzenie eutanazji bez zgody chorego. Ale opisywane są też sytuacje, w których lekarze stosują bardziej „humanitarny” sposób kryptoeutanzji – tzw. sedację terminalną. Pacjentowi podaje się zwiększoną dawkę środków nasennych lub uspokajających, a jednocześnie przestaje się go karmić i poić. Najczęściej po trzech dniach człowiek umiera z głodu lub odwodnienia, ale podobno nie czuje tego odurzony morfiną [1, 12, 14, 15, 21].

Aktualne dane statystyczne wskazują, że w Holandii aż blisko 1/3 corocznych zgonów jest rezultatem eutanazji lub kryptotanzji. W sponzorowanym przez rząd Holandii badaniu przeprowadzonym w 1990 roku stwierdzono, że 8% wszystkich zgonów w Holandii nastąpiło wskutek kryptoeutanzji bez stosownego wyrażenia woli przez pacjenta. Zgodnie z Raportem Holenderskiej Rządowej Komisji ds. Badania Praktyk Medycznych Dotyczących Eutanazji z 1991 r. na 20 500 przypadków zarejestrowanej eutanazji tylko 2300 spełniało urzędowe kryteria jej dopuszczalności; 1040 osób zmarło wskutek niedobrowolnej eutanazji, a 8100 przypadków śmierci zaistniało na skutek przedawkowania leków uśmierzających ból.

Jak, z kolei, wynika z raportu opublikowanego 2 grudnia 1998 r. w *British Medical Journal*, w roku 1995 odnotowano w Holandii 948 wypadków tzw. niedobrowolnej eutanazji, przy czym ok. 25% z uśmierconych było przytomnych, świadomych i nigdy nie prosiło o przyśpieszenie śmierci. Badania przeprowadzone w 2002 roku przez Zespół Prawa Ochrony Zdrowia Uniwersytetu Limburskiego w Maastricht wykazały, że 41% ankietowanych lekarzy holenderskich dokonało eutanazji nie na prośbę chorego [7, 12, 14].

W Belgii w 1998 r. (jeszcze przed legalizacją eutanazji) ponad 3% ta-

kich przypadków było przeprowadzonych bez wyrażenia takowej prośby przez chorego – warto zaznaczyć, że eutanazja bez zgody chorego była praktykowana głównie na pacjentach rozwiedzionych. Wśród zbadanych belgijskich przypadków eutanazji bez zgody chorego w 47% przypadków decyzja nie była konsultowana z jego krewnymi, a w 18% przypadków z nikim innym (ani rodziną zmarłego, ani kolegami, ani pielęgniarzami) [12].

Dane z Australii z roku 1995 mówią o 3,5% takich przypadków kryptoeutanazji [12].

W Stanach Zjednoczonych przez ostatnie pięćdziesiąt lat odbyło się niewiele procesów przeciwko lekarzom o eutanazję. Tylko w sześciu z nich przedstawiono akt oskarżenia. Nie świadczy to bynajmniej o niewystępowaniu czynnej eutanazji w tym kraju. Prawdopodobnie nie są one ujawniane ani przez sprawców, ani przez „odciążone” rodziny denatów – szacuje się bowiem, że w USA liczba przypadków kryptoeutanazji może wynosić około 20 tys. rocznie. Powyższe liczby mogą niedokładnie odzwierciedlać rzeczywistość, skoro w anonimowych badaniach ankietowych przeprowadzonych wśród członków Amerykańskiego Towarzystwa Lekarskiego 80% lekarzy przyznało, że w pewnych sytuacjach stosuje w praktyce eutanazję bierną [10, 11, 12, 16].

Problem eutanazji ciągle wzbudza gorące dyskusje i nieustanne kontrowersje. Praktykujący w Holandii przez wiele lat polski lekarz Ryszard Fenigsen tak napisał w swojej książce o eutanazji: „Zwolennicy eutanazji wskazują Holandię jako kraj, gdzie współczucie dla ludzkiego cierpienia ważniejsze jest od przestarzałych praw i wszelkich tabu; gdzie uznano wolność wyboru, prawo człowieka do dysponowania własnym życiem i decydowania o własnej śmierci. W Holandii – powiadają zwolennicy eutanazji – uprawia się od lat dwudziestu eutanazję uregulowaną, odpowiedzialną, humanitarną i dobroczynną”.

Zwraca uwagę, że jeżeli tak bezkrytycznie bierze się pod uwagę w taki sposób przedstawione bezinteresowne, czyste i szczytne intencje – eutanazja wydaje się być w miarę klarownym rozwiązaniem, niemal koniecznym sposobem wyrażania człowieczeństwa otwartego na specyficzne potrzeby innych ludzi [16]. Ale to właśnie w Holandii zdarzają się ucieczki pacjentów ze szpitali i hospicjów w obawie przed niechcianą eutanazją; wielu pacjentów wyjeżdża na leczenie do Niemiec w obawie przed eutanazją – a często bywa i tak, że sędziwi pacjenci rezygnują z leczenia w formie kroplówek, gdyż obawiają się tego, co mogą one zawierać. Równocześnie z holenderskich badań wynika, że 80–90% ludzi,

którzy trafiają do hospicjum z zamiarem poddania się eutanazji odstępuje od tego. Oznacza to, że eliminacja bólu i okazanie zainteresowania choremu likwiduje potrzebę eutanazji. Uważa się przy tym, że depresja w większym stopniu niż ból jest powodem pragnienia eutanazji. Depresję uważa się za najistotniejszą przyczynę popełniania samobójstw przez ludzi – szacuje się, że na świecie około miliona osób rocznie popełnia samobójstwo, przy czym samobójstwo jest jedną z trzech głównych przyczyn zgonów wśród osób w wieku 15–34 lat. W USA – gdzie odnotowuje się około 32 tys. samobójstw rocznie (samobójstw jest 1,6 razy więcej niż zabójstw) – badania przeprowadzone przez Biuro ds. Narkomanii i Zdrowia Psychicznego (SAMHSA) na grupie prawie 50 tys. osób wykazały, że corocznie ponad 8 milionów Amerykanów myśli o samobójstwie. Należy jednak podkreślić, że tendencje samobójcze są najwyższe w grupie osób pomiędzy 18. i 25. rokiem życia (prawie 7%), a najniższe w grupie osób powyżej 50. roku życia (nieco ponad 2%). Inne amerykańskie badania wykazały, że spośród 886 osób odratowanych z zamachów samobójczych w ciągu następnych 5 lat tylko 3,84% kontynuowało próby samobójcze. Przedstawione dane dotyczące przypadków samobójstw nakazują bardzo ostrożnie i krytycznie oceniać poglądy zwolenników eutanazji, mającej być wyrazem wolnej woli człowieka, zdecydowanego zakończyć swoje życie wobec perspektywy dalszego znoszenia bólu i cierpienia [7, 12, 14, 23].

Mówiąc o eutanazji często wskazuje się na humanitarne aspekty jej stosowania. Ciągłe akcentuje się niesienie ulgi cierpiącym. Przytacza się przykłady ogromnych cierpień znoszonych przez chorych i konających. Z roku na rok daje się słyszeć coraz więcej głosów opowiadających się za eutanazją, czy deklarujących gotowość do poddania się zabiegowi, w przypadku, gdy pojawi się taka „konieczność”. Paradoksem jest fakt, że to głównie w krajach z najlepiej rozwiniętą opieką medyczną stosowanych jest najwięcej takich „zabiegów” [17].

Pod koniec lat 60. XX wieku dr Elizabeth Kübler-Ross przedstawia w książce *Rozmowy o śmierci i umieraniu* klasyfikacje i opisuje przystosowywania się pacjentów i ich najbliższych do zbliżającej się śmierci, stwarzając podstawy psychologii paliatywnej. Mniej więcej w tym samym czasie zaczęły też powstawać pierwsze specjalistyczne ośrodki opieki nad nieuleczalnie chorymi – były to hospicja, szpitale i domowe oddziały opieki paliatywnej. Paradoksalnie – w tym samym czasie powstają coraz liczniejsze stowarzyszenia optujące za „wspomagana śmiercią”. Pierwsza taka organizacja, *Voluntary Euthanasia Legalisation Society*, powstała

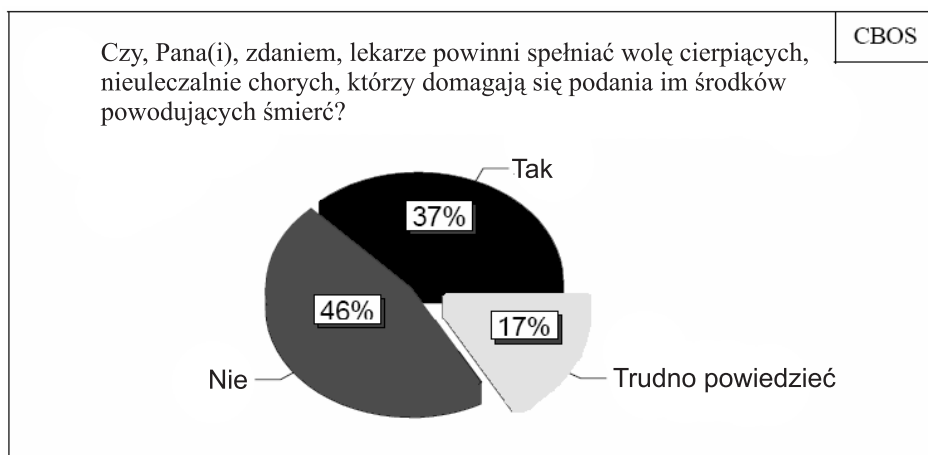
już w latach 30. XX wieku w Wielkiej Brytanii, kolejne założone zostały w Holandii, Francji, Niemczech, a w 1980 roku powstała światowa federacja łącząca 28 stowarzyszeń z 18 krajów (*World Federation of Right to Die Societies*). Wszystkie te organizacje prowadzą liczne kampanie promujące „prawo do godnego umierania”, wnoszą do parlamentów narodowych wnioski ustaw legalizujących eutanazję [20]. Najnowszym przykładem takich działań była debata we wrześniu 2009 roku w brytyjskiej Izbie Lordów zakończona przyjęciem poprawki, zakazującej karania osób, które pomagają bliskim w dokonaniu eutanazji (dotąd zagrażało to karą do 14 lat więzienia). Wprowadzenie takiej poprawki miałoby być pierwszym krokiem do powstania w Wielkiej Brytanii organizacji takich, jak szwajcarski „Dignitas”. Jak ujawnił angielski „The Observer”, na liście oczekujących na śmierć w prywatnej klinice w Szwajcarii jest zarejestrowanych ponad 800 Brytyjczyków, jako członków stowarzyszenia „Dignitas” opłacających regularnie składki w zamian za zapewnienie przez „Dignitas” odejścia w „jak najlepszych warunkach” (ten proceder określono mianem tzw. „turystyki śmierci”). Należy tutaj jednak dodać, że już 24 stycznia 2007 roku „The Times” informował, iż zgodnie z wynikami sondażu opinii społecznej w Anglii aż 80% ankietowanych wypowiedziało się za taką zmianą regulacji prawnych, która dopuszczałaby możliwość eutanazji z udziałem lekarza w przypadku osób nieuleczalnie chorych [24, 26].

Opinia publiczna dotycząca problematyki związanej z eutanazją jest w dużej mierze kształtowana przez środki masowego przekazu. Zwraca się w związku z tym uwagę na związane z tym niebezpieczeństwo generowania przez massmedia tzw. „efektu Wertera” polegającego na tym, że pod wpływem głośnych publikacji prasowych na temat jakiegoś samobójstwa wzrasta znacząco liczba popełnianych samobójstw. Zjawisko to wzięło swoją nazwę stąd, że w XIX wieku, pod wpływem powieści Goethego „Cierpienia młodego Wertera”, zaobserwowano wyjątkowy wzrost liczby samobójstw młodych chłopców. Sugeruje się, że podobny efekt może wywoływać silna propaganda proeutanatyczna. Pod jej wpływem może się zwiększać liczba próśb o eutanazję, a co za tym idzie, liczba wykonywanych eutanazji. Potwierdzeniem zasadności takiego rozumowania mają być przypadki prób samobójczych u pacjentek nieuleczalnie chorych, podjętych pod silnym wpływem lokalnego programu telewizyjnego o eutanazji [1].

Badania przeprowadzone przez CBOS w czerwcu 2007 roku wykazały, że około 37% dorosłych Polaków jest zdania, że lekarze powinni

spełniać wolę cierpiących nieuleczalnie chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć, natomiast sprzeciw wobec takiego postępowania wyraziło 46% ankietowanych [20].

**Ryc. 2. Opinie Polaków odnośnie dopuszczalności eutanazji w Polsce – wg badania CBOS z 2007 roku [20]**



Zwraca się uwagę, że obecnie, kiedy coraz częściej – również w Polsce – pojawiają się głosy postulujące „dobroczynne uśmiercanie”, powinniśmy nie dopuścić, by zostało ono zalegalizowane, ponieważ skutki wprowadzenia eutanazji będą katastrofalne dla naszej cywilizacji. Ostrzega się, że utrwalenie się praktyk eutanastycznych doprowadzi do dehumanizacji medycyny i masowego pozbywania się osób beznadziejnie chorych, nie wspominając o zerwaniu więzi wewnątrzrodzinnych i międzypokoleniowych [15]. Podkreśla się w związku z tym, że obserwowane współcześnie powszechne zjawiska, takie jak: zmiana obyczajów, myślenia, odwrót od tradycji, spłylenie religijności – to wyzwanie do wypracowania w obliczu śmierci nowych postaw i zachowań, dostosowanych do współczesności tak, aby stały się nośnikami ponadczasowych wartości współgrających z istotnymi potrzebami umierającego i jego bliskich [19].

Paradoksem bowiem czasów niebywałego tryumfu nauki, techniki i medycyny stała się ucieczka części społeczeństwa przed ludźmi starymi i zniedołężniałymi, przed ludźmi schorowanymi i kalekami, a jej wyrazem stała się eutanazja, której renesans nadszedł w ostatnich trzech dekadach XX w. w Holandii. „Śmierć z litości” okazuje się jednak drogą do dehumanizacji medycyny, powoduje zmianę nastawienia społecznego

do ludzi chorych i upośledzonych, do drastycznej dyskryminacji ludzi na „użytecznych społecznie” i „bezużytecznych”, „niezdalnych do życia” stwarzając ryzyko eutanazji „dyskryminacyjnej”, a w konsekwencji do eliminacji chorych, a nie walki z ich cierpieniem. Prawne dopuszczenie eutanazji, w tym także samobójstwa w asyście lekarza, narusza podstawowe standardy postępowania lekarskiego: zasadę ochrony życia, zasadę zaufania w relacji pacjent–lekarz, zaciera granicę pomiędzy leczeniem i zabijaniem [12, 15].

Poruszając temat „godnej śmierci” – jak to często określają zwolennicy „leczenia cierpienia przez eliminację pacjenta” – ma się zazwyczaj na uwadze ludzi dotkniętych ogromnym bólem i cierpieniem, którzy nie są w stanie dłużej znieść swojej choroby. Jednak nowoczesne, skuteczne metody leczenia bólu sprawiają, że medycyna jest w stanie zniwelować nawet największy ból pacjenta dotkniętego nieuleczalną chorobą, zachowując przy tym jego świadomość, dlatego też argument związany z bólem przestaje mieć jakąkolwiek rację bytu w rozważaniach o eutanazji. To właśnie rozwijanie medycyny paliatywnej, której zadaniem jest udoskonalanie leków znieczulających, pozwolenie choremu na godną śmierć w gronie rodzinnym lub – jeżeli nie jest to możliwe – w hospicjum.

Dobrze sprawowana opieka paliatywna to – według definicji Światowej Organizacji Zdrowia z roku 1990 – „...całościowa, czynna opieka nad chorymi, których choroba nie poddaje się skutecznemu leczeniu przy czynowemu. Obejmuje ona zwalczanie bólu i innych objawów oraz opowywanie problemów psychicznych, socjalnych i duchowych chorego. Celem opieki paliatywnej jest osiągnięcie jak najlepszej możliwej do uzyskania jakości życia chorych i ich rodzin”. Tak też o opiece paliatywnej mówił Papież Jan Paweł II: „We współczesnej medycynie coraz większe znaczenie zyskują tak zwane »terapię paliatywne«, których celem jest złagodzenie cierpienia w końcowym stadium choroby i zapewnienie pacjentowi potrzebnego mu ludzkiego wsparcia. Istotnym elementem tego wsparcia jest solidarność z chorym i pomoc w odnajdywaniu sensu choroby i umierania” [14, 18].

## Piśmiennictwo

1. [http://www.geocities.com/seria\\_eukrasia/P8/P8\\_14](http://www.geocities.com/seria_eukrasia/P8/P8_14)
2. <http://en.wikipedia.org/wiki/Euthanasia>
3. <http://www.pro-life.pl/?a=articles&id=15>
4. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Ortotanzja>

5. Ethics and Death with Dignity <http://www.easp.es/web/areas/.%5Cdocumentos%5CLibroeticaymuertedigna.pdf>
6. <http://www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/religion.shtml>
7. <http://www/internationaltaskforce.org>
8. <http://ptta.pl/pef/pdf/e/eutanazja.pdf>
9. <http://www.pro-life.pl/?a=articles&id=17>
10. <http://www.pro-life.pl/?a=articles&id=18&cr=2>
11. [http://books.google.pl/books?id=XBbACU6Wn\\_IC&pg=PA165&lpg=PA165&dq=cryptoeuthanasia&source=bl&ots=N7JDr1nH8x&sig=iLcbcDGDnCvS8HII2l3K2ZpsJSU&hl=pl&ei=pMC7SvcH4iqnAO0lIS9DQ&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=2#v=onepage&q=cryptoeuthanasia&f=true](http://books.google.pl/books?id=XBbACU6Wn_IC&pg=PA165&lpg=PA165&dq=cryptoeuthanasia&source=bl&ots=N7JDr1nH8x&sig=iLcbcDGDnCvS8HII2l3K2ZpsJSU&hl=pl&ei=pMC7SvcH4iqnAO0lIS9DQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2#v=onepage&q=cryptoeuthanasia&f=true)
12. <http://www.pro-life.pl/?a=articles&id=19&cr=5>
13. <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=175&PHPSESSID=28110c71704ca4550a>
14. <http://www.culturis.art.pl/385/>
15. <http://www.google.pl/search?hl=pl&source=hp&q=kryptotanzja&lr=&aq=f&oq=>
16. [http://biotechnologia.pl/info/biotechnologia/30\\_bioetyka/4078\\_filozoficzne\\_aspekty\\_smierci\\_w\\_medycynie\\_wspolczesnej.html](http://biotechnologia.pl/info/biotechnologia/30_bioetyka/4078_filozoficzne_aspekty_smierci_w_medycynie_wspolczesnej.html)
17. <http://polityka.e-magnes.pl/news.php?extend.298&co=3&id=298>
18. [http://www.cecib.uksw.edu.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=100&Itemid=42&limit=1&limitstart=3](http://www.cecib.uksw.edu.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=100&Itemid=42&limit=1&limitstart=3)
19. [http://www.hospicja.pl/opieka\\_psych/article/274/94.html](http://www.hospicja.pl/opieka_psych/article/274/94.html)
20. <http://www.wnps.uz.zgora.pl/s/prace/eutanazja.pdf>
21. <http://www.czytelniamedyczna.pl/ait20010311.php>
22. [http://www.kms.cm-uj.krakow.pl/ArchMedSadKrym/1999/3\\_1999/3\\_99.pdf](http://www.kms.cm-uj.krakow.pl/ArchMedSadKrym/1999/3_1999/3_99.pdf)
23. <http://niewiarygodne.pl/kat,1017181,title,8-milionow-Amerykanow-powaznie-mysli-o-samobojstwie,wid,11510587,wiadomosc.html>
24. <http://www.mojawyspa.co.uk/artykuly/24376/Wielka-Brytania-zalegalizuje-eutanazje>
25. [www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/overview/keywords.shtml](http://www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/overview/keywords.shtml)
26. <http://www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/overview/problems.shtml>



Magda Koc<sup>1</sup>, Małgorzata Rogowska<sup>1</sup>, Justyna Tworkowska<sup>1</sup>,  
Izabela Żukowska<sup>1</sup>, Regina Sierżantowicz<sup>2</sup>

## Eutanazja w Internecie

Eutanazja, nazywana także „świadomym samobójstwem” lub „godną śmiercią”, to zjawisko stające się bardzo popularne w dzisiejszych czasach. Szczególnie w krajach, które zalegalizowały tę formę zakończenia życia. Eutanazja to nadal kontrowersyjny temat, mający tak wielu zwolenników, jak i przeciwników. Opinie i argumenty dotyczące „śmierci na życzenie” są bardzo skrajne, a ludzie, którzy się na nią decydują postrzegani są nie tylko jako odważni, mający dość cierpienia – bohaterowie, ale również jako tchórzliwi, znudzeni życiem desperaci. Określenie własnego stanowiska na temat eutanazji jest niezwykle trudne, dlatego bardzo ważne jest przedstawienie zjawiska w dogłębnym oraz obiektywnym sposób [1].

### Historia Craiga Ewerta

We wrześniu 2006 roku w szwajcarskiej klinice Dignitas, 59-letni emerytowany profesor amerykańskiej uczelni, Craig Ewert, ojciec dwójki dzieci, zdecydował zakończyć swoje życie poddając się eutanazji. Nie byłoby w tym nic niezwykłego, gdyby nie fakt, iż podczas jego ostatnich chwil, oprócz żony, Mary Ewert, towarzyszyły mu również kamery [1, 2].

Film dokumentalny „Prawo by umrzeć. Samobójczy Turysta”, wyreżyserowany przez Johna Zaritsky’ego pokazuje ostatnie dni życia Craig’a i jego rodziny oraz bezpośrednią chwilę śmierci – wypicie trucizny, pożegnanie z żoną, odłączenie od aparatury, a także stwierdzenie zgonu. Poprzez ten film Ewert chciał nakłonić ludzi do zastanowienia się nad

---

<sup>1</sup> Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego UM

<sup>2</sup> Opiekun Koła przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego UM

pojęciem śmierci i przemijania. Dokument zdecydowała się wyemitować brytyjska telewizja Sky Real Lives, a oglądalność filmu była zniewalająca. Wywołało to skandal i ogólne zamieszanie wokół tematu eutanazji [3].

Craig Ewert cierpiał na Chorobę Neuronu Ruchowego (Motor Neuron Disease) występującą z częstotliwością około 4–5 przypadków/100 tys. Częściej chorują na nią mężczyźni w wieku około 50–60 lat. Etiologia choroby jest nieznana, chociaż uważa się, że wpływ mają czynniki, takie jak:

- infekcyjne np. wirusy,
- toksyczne – metale ciężkie,
- zaburzenia metaboliczne, nieprawidłowa synteza białek,
- zaburzenia metabolizmu DNA i RNA,
- immunologiczne,
- genetyczne [3].

Choroba powoduje uszkodzenie ośrodkowego i obwodowego neuronu ruchowego, ma ciągły, postępujący przebieg, bez okresów remisji. Zachodzi uogólniony zanik komórek ruchowych przednich rdzenia kręgowego, w szczególności zgrubienia szyjnego i lędźwiowego. Obserwuje się zanik komórek ruchowych Betza w korze mózgu, występujących w V warstwie kory motorycznej oraz zanik jąder ruchowych nerwów czaszkowych pnia mózgu. Często zmiany pojawiają się asymetrycznie. W miarę trwania choroby w ciągu kilku/kilkunastu miesięcy zaniki i niedowładności obejmują kończyny górne. Zanikowi mięśni kończyn dolnych towarzyszy drżenie pęczkowe, które najłatwiej jest zaobserwować w mięśniach pozornie zdrowych [2, 3].

Niedowładności mają charakter mieszany (wiotko-spastyczny) i wynikają z jednoczesnego uszkodzenia obwodowego oraz ośrodkowego neuronu ruchowego. Jednocześnie stwierdza się zaniki mięśniowe i wygórowanie odruchów w kończynach dolnych. Stwierdza się zespół opuszkowy, gdzie mowa jest nosowa i dyzartryczna (zamazana), czasem przechodząca w anartrię (dźwięki niezrozumiałe, nieartykułowane). Objawy występują w postaci zaburzenia mowy, połykania, wzmożonego odruchu podniebiennego, gardłowego i zuchwowego, labilności emocjonalnej (napadowy śmiech lub płacz), bez zaniku mięśni.

Choroba może przybrać postać klasyczną, charakteryzującą się uszkodzeniem ośrodkowego i obwodowego neuronu nerwowego, postępującym porażeniem opuszkowym, gdzie początkowo występują objawy uszkodzenia nerwów opuszki, a po pewnym czasie dołączają się objawy

kończynowe i postępujący zanik mięśni (rdzeniowy zanik mięśni początkowo odcinków kończyn górnych, następnie o charakterze rozlanym). W postaci piramidowej stwierdza się przewagę objawów ośrodkowych, a w postaci strzałkowej choroba zaczyna się opadaniem stopy lub obu stóp i niedowładem kończyn dolnych.

Na dzień dzisiejszy nie ma skutecznej terapii. Bez powodzenia podejmowano próby leczenia glikokortykosteroidami, TRH, TSH, witaminą E, selegiliną (działanie przeciwdepresyjne), riluzolem (związek o działaniu p/glutaminowym) w związku z czym leczenie jest tylko objawowe, polegające na pielęgnacji chorego, rehabilitacji, fizjoterapii oraz zapobieganiu odleżynom.

Choroba wiąże się z powikłaniami, takimi jak: zapalenie płuc, infekcje układu moczowego, porażenie mięśni oddechowych. Postęp jest szybki i po 2–3 latach doprowadza do całkowitego unieruchomienia, a po 3–10 latach nieuchronnie prowadzi do zgonu, najczęściej w wyniku niewydolności oddechowej [4].

Instytucja, która zajmuje się wspomaganymi samobójstwami to Dignitas (łac. godność), została założona 18 maja 1998 roku przez adwokata Ludwiga Minelli. Siedziba organizacji mieści się na przedmieściach Zurychu. Wspomagane samobójstwo wymaga obecności trzech świadków, w tym jedna osoba nie może mieć powiązań spadkowych, przeważnie jest to pielęgniarka. Warunkiem przystąpienia do „zabiegu” jest zdiagnozowana terminalna choroba, oświadczenie pacjenta, że wyraża zgodę na przyjęcie środka oraz wpłata pieniędzy. Media publikują, że wspomagane samobójstwo za pośrednictwem Dignitas kosztuje od 4 do 7 tys. euro. Szwajcarska organizacja przyciąga ludzi z całego świata, szczególnie z krajów, w których eutanazja jest nielegalna. Ludwig Minelli podczas wywiadu oświadczył, że organizacja pomogła popełnić samobójstwo 840 osobom, z których 60% stanowili obywatele Niemiec.

Wokół Kliniki krąży wiele nieudomówień, a prowadzony przez nią program wzbudza wiele kontrowersji. Przez wielu ludzi Minelli uważany jest za szaleńca, jednak to nie zmniejsza zainteresowania jego instytucją. Zawsze chętni są ludzie, których cierpienie przekracza wytrzymałość i chcą na skrócenie cierpienia w sposób „humanitarny i godny” [2, 3, 4].

Craig Ewert zażył pentobarbital sodu – składnik wszystkich leków na epilepsję powodujący śpiączkę i zatrzymanie akcji oddechowej. Pacjent umiera najpóźniej po godzinie od zażycia środka. W przypadku

Craiga Ewerta trwało to 45 minut. Środek ten zalicza się do barbituranów, wykazujących działanie nasenne.

Oprócz Craiga Ewerta z pomocy Dignitas skorzystali: 23-letni Daniel James, sparaliżowany zawodnik rugby czy 80-letni milioner Peter Duff i jego żona Penelopa, co za każdym razem wzburzyło opinię publiczną.

### **Eutanazja w różnych religiach**

Stosunek do eutanazji jest odmienny w różnych religiach. Etyka chrześcijańska stanowczo odrzuca eutanazję, gdyż jest ona moralnie niedopuszczalna. W 1995 roku papież Jan Paweł II odrzucił eutanazję, lecz oddzielił od niej rezygnację z uporczywej terapii. Teza 2280 Katechizmu Kościoła Katolickiego głosi: „Jesteśmy tylko zarządcami, a nie właścicielami życia, które Bóg nam powierzył. Nie rozporządzamy nim”. Judaizm odrzuca wszelkie środki, które zmierzają do skrócenia ludzkiego życia. Mimo to w religii tej dyskutuje się nad pewnymi wyjątkami, np. gdy ludzie są nieuleczalnie chorzy i dzięki eutanazji mogą uniknąć nadmiernych cierpień. Islam jest radykalny i potępia eutanazję oraz metody sztucznego podtrzymywania życia.

W hinduizmie eutanazja postrzegana jest jako śmierć z wyboru i aprobowana jako ucieczka od własnego „ja”, które cierpi z powodu starości. Daje ona możliwość uwolnienia się od niewygodnej formy życia i przejścia do następnego życia za sprawą reinkarnacji. Ci, którzy podejmują decyzje o eutanazji mogą uwolnić się od złych zamierzeń, namiętności i egoizmu [5].

### **Argumenty za lub przeciw eutanazji**

Eutanazja – za czy przeciw? Pytanie to stawia sobie dzisiaj wielu ludzi zarówno wierzących, jak i niewierzących. Legalizacja eutanazji jest jednym z trudniejszych zagadnień etycznych i ma zarówno zwolenników, jak przeciwników. Ów konflikt bierze się z różnych systemów wartości, jakimi kierują się obie strony sporu, jak również z tego, że sprawa dotyczy każdego człowieka. Przeciwnicy eutanazji uważają życie za najwyższą wartość albo święty dar od Boga. Zwolennicy natomiast twierdzą, iż ważniejsze jest uszanowanie woli chorego, gdyż ma on prawo do zachowania godności i państwo nie może zabronić mu popełnienia samobójstwa.

Do argumentów przeciwników prawnej dopuszczalności eutanazji należą:

1) litość i współczucie nie mogą być podstawą racjonalnych decyzji moralnych, powinny mobilizować do konstruktywnego działania w celu pomocy nieuleczalnie chorym (np. medycyna paliatywna, ruch hospicyjny, rozwój medycyny)

2) wolność człowieka ma charakter ograniczony; nie istnieje bezwzględna autonomia uprawniająca do swobodnego decydowania o własnym życiu, co wynika m.in. ze społecznego charakteru wolności.

3) pragmatyzm i względy ekonomiczne, nie mogą być podstawą moralnej decyzji dotyczącej życia. Życie nie jest własnością czyjąkolwiek, wobec tego nie mamy prawa ani tego życia skracać, ani komukolwiek odbierać. Odebranie życia drugiej osobie zawsze pozostanie świadomym zabójstwem człowieka, tym straszniejszym w swej wymowie od pospolicitych, kryminalnych morderstw, że dokonywanym przez osobę, której powołaniem jest niesienie pomocy cierpiącym.

Alternatywą dla praktyk eutanastycznych jest:

- rozwijanie medycyny paliatywnej;
- pozwolenie chorym (w stanach terminalnych) doczekać spokojnego, godnego kresu życia w domu, w gronie najbliższych;
- rozwijanie sieci hospicjów.

Przeciwnicy eutanazji wskazują także na fakt, że eutanazja jako legalny zabieg medyczny wydaje się sprzeczny z fundamentalną dla zawodu lekarskiego powinnością ochrony życia i zdrowia. Prawo stanowione, jako służebne wobec człowieka, nie jest władne zalegalizować podstawowego i przyrodzonego prawa człowieka do życia. Prawo międzynarodowe, zabraniając eutanazji aktywnej, nie rozstrzyga jednoznacznie konfliktu między prawem do życia (przywilej czy obowiązek) i prawem o wolności (może z niego wynikać prawo do śmierci). Zwolennicy eutanazji odrzucają religijne argumenty przeciw eutanazji, które ich zdaniem nie mogą być wprowadzone mocą prawa stanowionego, gdyż byłoby to sprzeczne z obowiązującą w demokracji zasadą możliwości wyboru. Przedstawiają swoje racje, gdzie zwolennicy eutanazji powiadają, że każdy człowiek jest wolny i ma naturalne prawo do dysponowania własnym życiem. Ma więc prawo do decydowania o własnej śmierci, co więcej ma prawo do jej zadawania sobie, w szczególnie ciężkich stanach skrócenia cierpień [6].

Argumenty zwolenników eutanazji, to m.in.:

1. Pragnienie umożliwienia człowiekowi choremu i cierpiącemu podjęcia świadomej decyzji rozstania się z życiem. Eutanazja umożliwiłaby skracanie życia ludziom nieuleczalnie chorym, cierpiącym, przeżywają-

cym stale silny ból fizyczny. Człowiek miałby więc pewność, że będzie miał możliwość prosić o skrócenie jego życia, jeśli nie będzie mógł dalej znosić cierpienie, a jego życie stanowiłoby jedynie wegetację.

2. Każdy człowiek jest wolny i ma naturalne prawo do dysponowania własnym życiem. Ma więc prawo do decydowania o własnej śmierci, co więcej ma prawo do jej zadawania sobie. W szczególnie ciężkich stanach skrócenie cierpienia pacjenta ma dla niego większą wartość niż medycznie podtrzymywana egzystencja. Jednak nie zawsze pacjent jest w stanie sam zadać sobie śmierć, czasem z różnych powodów samobójstwo nie jest możliwe. Dlatego ma prawo żądać śmierci z rąk lekarza, a ten powinien uszanować jego wybór.

3. Godność człowieka. Człowiek ma prawo nie tylko do godnej śmierci, ale przede wszystkim do godnego życia. A czy godnym życiem można nazwać wegetację, ogromne cierpienie i całkowite uzależnienie od opieki i pomocy innych ludzi? [6].

## **Eutanazja w Polsce**

W Polsce pozbawienie pacjenta życia przez lekarza (zarówno w wyniku działania, jak i zaniechania) stanowi przestępstwo podlegające odpowiedzialności karnej. Zgodnie z kodeksem karnym, eutanazja może stanowić albo przestępstwo zwykłego zabójstwa (art. 148 k.k.), albo jego uprzywilejowanego typu – tzw. zabójstwa z litości (nazywanego także zabójstwem eutanatycznym), o którym mowa w art. 150 k.k. W myśl tego przepisu, kto zabija człowieka „na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego”, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat (w wypadku zwykłego zabójstwa zagrożenie karą wynosi od 8 lat do kary dożywotniego pozbawienia wolności). W „wyjątkowych wypadkach” sąd może ponadto dokonać nadzwyczajnego złagodzenia kary lub nawet odstąpić od jej wymierzenia. Aby zabójstwo miało charakter eutanatyczny, zgodnie z art. 150 k.k. muszą być spełnione równocześnie dwie przesłanki: zabójstwo musi być dokonane „na żądanie” ofiary i „pod wpływem współczucia”. W razie braku jednej z nich pozbawienie życia będzie traktowane jako zwykłe zabójstwo człowieka.

Karana jest także pomoc przy popełnieniu samobójstwa (art. 151 k.k.). Artykuł mówi o samobójstwie wspomaganym, które według polskiego prawa polega na namowie człowieka do targnięcia się na własne życie lub dostarczeniu mu do tego środków. Jest to karane pozbawieniem wolności od 3 miesięcy do 5 lat.

Art. 30 kodeksu etyki lekarskiej z 1993 roku mówi, że lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania, a także do końca łagodzić cierpienia chorego i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia. Następny zapis, czyli art. 31 wprost zakazuje lekarzom stosowania eutanazji. Ale art. 32 zaznacza, że w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych. Dla jednych to zaprzestanie leczenia, dla innych – eutanazja bierna [9].

W Polsce pojawiły się prośby o eutanazję. Hieronim Sadłowski jako 21-latek wracał z bratem motocyklem z pracy, na skutek uderzenia został sparaliżowany od pasa w dół. Mimo intensywnego leczenia jego stan cały czas się pogarszał. Nie mógł nawet poruszać się na wózku inwalidzkim. Nie chciał być ciężarem dla rodziny. Napisał do prezydenta prośbę o eutanazję.

W dniu 18 maja 1993r. Janusz Świtaj uległ wypadkowi komunikacyjnemu, doznając urazu z porażeniem czterokończynowym. Przy pomocy jednej z fundacji udało się kupić respirator. Świtaj w jastrzębskim sądzie rejonowym złożył pismo, w którym domaga się, aby po śmierci jednego z rodziców, odłączono go od aparatury utrzymującej przy życiu. Argumentował, że nie chodzi mu o eutanazję, ale o „przerwanie uporczywej terapii” wtedy, gdy jego rodzice nie będą się już mogli nim zajmować [6].

### **Reakcje internautów na śmierć Craig’a Ewerta w internecie**

Dokument „Prawo by umrzeć. Samobójczy turysta” po pojawieniu się w Internecie spowodował tysiące komentarzy. Sprawa Craig’a Ewerta obiegła media, a na forach internetowych toczyły się burzliwe dyskusje. Zdania bardzo się od siebie różnią, tak samo jak ludzie, którzy je wypowiadają. Ukształtowanie opinii uzależnione jest od indywidualnego systemu wartości, doświadczeń życiowych, wyznania, kultury, wykształcenia itp. Większość wypowiadających się podkreślała, iż każdy ma prawo do decydowania o swoim życiu i może zakończyć je w sposób humanitarny i bezbolesny oraz, że nie powinniśmy potępiać Craiga Ewerta, ani innych ludzi korzystających z usług takich instytucji, ponieważ prawdopodobnie nie jesteśmy w stanie wyobrazić sobie ich codziennego cierpienia. Znaczna część komentarzy dotyczyła wartości religijnych przypominając, że życie to dar od Boga. Niemniej pozwolimy sobie na przytoczenie

kilku wypowiedzi internautów, które odzwierciedlają, jak bardzo decyzja Craig'a wpłynęła na przemyślenia ludzi:

„Wstrząsające jest to, że człowiek umiera i męczy się wiele tygodni lub miesięcy, to jego wybór i jego życie. Jakim prawem ktoś mu zabrania?”

~ jacek

„Oburzające jest określenie samobójstwo. Ten człowiek chciał godnie umrzeć i miał do tego prawo, jego ostatnie dni to nie było życie tylko walka z bólem i to tak koszmarnym, że tylko ci, którzy coś takiego przeszli mogą cokolwiek o tym powiedzieć, a i tak nigdy nie jest to samo”

~ Gall Anonim

„Można by na ten temat dużo dyskutować i wysłuchiwać wielu opinii, ale moim zdaniem, życie daje nam Bóg i tylko on ma prawo do tego, by nam je odebrać.”

~ Zyzia

„Czy po prostu nie szybciej wziąć tabletki na sen i już nie wstać, tylko hieny oferują śmierć za pieniądze. ... Godnie umrzeć to znaczy w spokoju, bez uporczywej terapii, zabiegów, a nie na życzenie z trucizną. To eksterminacja.”

~ Skawa

„Ja myślę, że człowiek powinien mieć prawo do odejścia w godności. Człowieka boli głowa czy ząb, a już wariuje. Co dopiero takie poważne i śmiertelne choroby i cierpienia z nimi. A co to jest godna śmierć? Na godne życie i godną śmierć trzeba zapracować. Śmierć przynależy do życia, a sam rodzaj śmierci, cierpienie z nią związane jest być może odkupieniem i zadośćuczynieniem za życie, jakie odziedziczyliśmy i w jakim przyszło nam żyć.”

~ Konsekwentny

„Na temat eutanazji trzeba rozmawiać, trzeba pokazywać filmy, trzeba uświadamiać. Wiem, że ludzie wierzący nie zgadzają się na eutanazję. Szanuje ich wybory. Ale ja chciałabym mieć zapewnione prawo do skrócenia cierpienia. Chciałabym też ulżyć osobom, które kocham. Nie wyobrażam sobie, jak musi cierpieć matka/ojciec słysząc od dziecka: »zabij mnie, bo nie znośę więcej bólu«...”

~ blondynka

## Opieka paliatywna „alternatywą” dla eutanazji

Eutanazja a opieka paliatywna. Obydwie praktyki mają na celu łagodzenie bólu i cierpienia nieuleczalnie chorych pacjentów. Podczas, gdy



eutanazja łączy się z rozmyślnym zadaniem śmierci choremu przez lekarza, to opieka paliatywna jest całościową, czynną opieką nad chorymi, których choroba nie poddaje się skutecznemu leczeniu przyczynowym. Obejmuje ona zwalczanie bólu i innych objawów oraz opanowywanie problemów psychicznych, socjalnych i duchowych chorego. Celem opieki paliatywnej jest osiągnięcie jak najlepszej, możliwej do uzyskania jakości życia chorego. Ceni ona życie, uznając umieranie za proces naturalny. Ani nie przyspiesza, ani nie opóźnia zgonu. Łagodzi ból i inne bolesne objawy. Integruje psychologiczne i duchowe aspekty opieki nad chorym [6, 7].

### Podsumowanie

Często jednak opieka paliatywna nie wystarcza, aby zmniejszyć ból chorego. Brak perspektyw na polepszenie stanu zdrowia także powoduje podjęcie decyzji o eutanazji. Całodobowa opieka bliskich, ich trud wkładany w poprawę bytowania chorego sprawia, że nieuleczalnie chory bądź sparaliżowany człowiek decyduje się na zakończenie swojego życia, aby skrócić cierpienie osobom z otoczenia oraz odbarczyć ich z ciężkiej, codziennej pracy.

### Piśmiennictwo

1. [http://www.dziennik.pl/swiat/article279447/W\\_telewizji\\_pokazali\\_smierc\\_na\\_zyczenie.html](http://www.dziennik.pl/swiat/article279447/W_telewizji_pokazali_smierc_na_zyczenie.html)
2. <http://fakty.interia.pl/news/film-o-smierci-wstrzasnal-swiatem,1226393#skipAdnews>
3. <http://www.youtube.com/watch?v=kW5vz6zCj3k>
4. <http://www.youtube.com/watch?v=MeZvM34H5so>
5. Kośmicki M.: Eutanazja – spojrzenie lekarza praktyka. Nowy Przegląd Wszepolski, 1996, 8–9 (15, 16), 29.
6. Fenigsen R.: Eutanazja. Śmierć z wyboru?, Wydawnictwo „W drodze”, Poznań, 1994.
7. 13. Leppert W., Łuczak J., Góralski P.: Wybrane problemy opieki paliatywnej i eutanazji w opiniach lekarzy i studentów medycyny. Polska Medycyna Paliatywna, 2005, 2 (4).



Jan Iwaszczyszyn<sup>1</sup>, Anna Kliś-Kalinowska<sup>2</sup>, Janusz Czekaj<sup>2</sup>

## Prośba chorego o eutanazję jako wyraz tzw. „filozofii braku lub odmowy nadziei”

Spór o eutanazję nie jest, jak się powszechnie może wydawać, tylko sporem o sposób zakończenia życia nieuleczalnie chorych, ale może odzwierciedlać różnice postaw etyczno-filozoficznych na istotne aspekty życia ludzkiego, takie jak: godność osoby, podejście do cierpienia, poczucie winy oraz zagadnienia nadziei u chorego cierpiącego.

Wpisana w strukturę osobowości człowieka **nadzieja jest impulsem rozwoju**. Jej utrata lub odmowa może mieć groźne następstwa, gdyż niekiedy prowadzi do rozpaczki na skutek przeżywania bezsensu życia, przemijania i cierpienia.

Istnieją jednakże **trudności w ocenie nadziei**, gdyż często jest ona różnie rozumiana. W znaczeniu potocznym nadzieja, to oczekiwanie na spełnienie się czegoś. Najczęściej jednak w kontaktach interpersonalnych **mówi się o niej ogólnikowo i wieloznacznie**, nie precyzując, co przez nią rozumiemy i co konkretnie jest celem naszego oczekiwania [1]. Naukowe opracowania analizują ją pod różnymi aspektami i proponują różne jej definicje, zawsze jednak akceptując jej doniosłą rolę w życiu człowieka [2].

Etyczna analiza nadziei w aspekcie ogólnego, codziennego jej znaczenia, może w zasadzie narzucać w uproszczeniu dwa rodzaje nadziei, tj.:

- Nadzieję „świecką”, zależną od człowieka i rzeczywistości społecznej, a kończącą się ze śmiercią osoby.
- Nadzieję transcendentálną (eschatologiczną), przekraczającą granice śmierci, będącą najczęściej, ale niekoniecznie, wyrazem funkcji religijnej człowieka.

---

<sup>1</sup> Zakład Opiekuńczo-Lecznicy z Krakowską Poradnią Opieki Paliatywnej

<sup>2</sup> Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum UJ

Częstym zjawiskiem codziennego kontaktu z chorymi na nieuleczalne, śmiertelne choroby jest tzw. „zafałszowanie nadziei”, kiedy w rozmowach z chorym o jego przyszłości, terapeuta celowo lub przypadkowo wywołuje oczekiwanie spełnienia rzeczy, które, niestety, nie mogą u pacjenta się spełnić. Mamy na myśli przede wszystkim spowodowanie oczekiwania na wyleczenie. Zawód, jaki potem spotyka chorego, może mieć groźne następstwa. Chodzi przede wszystkim o ból duchowy, jaki spotyka chorego, który może być przyczyną prośby o eutanazję [1].

Nadzieja tylko świecka, kończąca się ze śmiercią człowieka, jest domeną etyki i filozofii przede wszystkim materialistycznej. Mimo demonstracji tej ideologii, osoby ją wyznające często nie potrafią wyzwolić się od problematyki kontaktu człowieka z Absolutem (Transcendencją, Bogiem). Może też wywoływać **negatywne przeżycia natury duchowej**, takie jak np. **pustka egzystencjalna**. Może ona uzewnętrzniać się w **namiastkach duchowości transcendentalnej**, takich jak kultywowanie ideałów, akceptacji pewnych systemów, a nawet paradoksalnie, np. w tzw. „kulcie jednostki”.

Eliminacja nadziei transcendentalnej, którą powszechnie można zaobserwować w czasach współczesnych, może również spowodować negatywne skutki. Prowadzić może między innymi do **wyobcowania człowieka** z jego zakotwiczenia w przeszłości i przyszłości oraz pozostawić go **ludzkiej zawodności**, nie mówiąc o jakże ważnych **aspektach duchowości religijnej i areligijnej** osoby.

Historia etyki i filozofii daje liczne przykłady różnego podejścia do sytuacji krytycznych w życiu ludzkim (takich jak: nieszczęście, cierpienie, przemijanie, śmierć), jak też związanym z nimi problemem interpretacji nadziei. Tematyka ta wydaje się być odwiecznym problemem nauki, jak też codziennego naszego życia.

Aby przybliżyć nieco problem, chcielibyśmy krótko wspomnieć o niektórych kierunkach i poglądach filozofów XIX i XX wieku.

Problematyka losu ludzkiego, obciążonego pasmem udręek, cierpienia i frustracji, była przedmiotem analizy między innymi **Artura Schopenhauera** (1788–1860), wybitnego przedstawiciela **irracjonalizmu i pesymizmu**. Szukając rozwiązania problematyki cierpienia, zwrócił on uwagę na rolę religii Dalekiego Wschodu, w których cierpienie jest koniecznym elementem życiowej drogi, przez który się przechodzi i od którego się wyzwala. Mowa tu przede wszystkim o „czterech szlachetnych prawdach Buddy – czyli prawdach o cierpieniu [3]. Filozofia A. Schopenhauera miała duży wpływ, między innymi, na poglądy **F. Nietzschego**

(1844–1900), skrajnego krytyka kultury europejskiej, podkreślającego rze-  
komą destrukcyjną funkcję chrześcijaństwa, próbującego przewartościo-  
wać wszelkie wartości i wyeksponować tzw. „wolę mocy”, jako warto-  
ści nadrzędnej. Warto przypomnieć, że jego poglądy miały duży wpływ  
na powstanie i rozwój nazizmu w Niemczech, z groźnymi jego następ-  
stwami, takimi jak: „pojęcie nadczłowieka” i „czystość rasy”. Ich następ-  
stwem była, jak powszechnie wiadomo, propagacja między innymi **eu-  
geniki** przez wprowadzenie eutanazji [4]. Wydaje się, że pesymizm, ni-  
hilizm i odrzucenie Boga z pokładaną w Nim nadzieją, nie powinny być  
polecane w rozwiązywaniu problemów egzystencjalnych ciężko chorych  
i umierających.

**Egzystencjalizm** jako doktryna uważająca, że istnienie człowieka  
w całej jego złożoności jest centralnym problemem filozofii, odegrał  
ogromną rolę w analizie sytuacji krytycznych, takich jak cierpienie, sa-  
motność i śmierć człowieka. W jego nurcie **ateistycznym** wymiar egzy-  
stencji ludzkiej przedstawiany jest pesymistycznie, a nawet tragicznie,  
z osamotnieniem człowieka w czasie jego cierpienia i śmierci, z brakiem  
wszelkiej nadziei.

Głównymi przedstawicielami tego pesymistycznego nurtu byli:  
**M. Heidegger** (jego twórca), jak też jego czołowy ideolog **P. Sarte** i nobli-  
sta **A. Camus**. Tragizm i pesymizm człowieka w spotkaniu z cierpieniem  
i zbliżającą się śmiercią może wywoływać u chorych prośby o dokonanie  
eutanazji.

Inne prądy filozoficzne należące do szerokiego nurtu materialistycz-  
nego i utylitarystycznego również sprowadzają nadzieję człowieka do wy-  
miaru doczesnego. Wystarczy wspomnieć tu marksistę **E. Blocha**, „ency-  
klopedystę nadziei”, szukającego różnych jej przejawów w codziennym  
życiu człowieka (oczekiwania, marzenia, utopie, projektowanie przyszło-  
ści), który równocześnie chce ukazać, że ostateczny sens wszelkiej nadziei  
zostaje ucieleśniony w konkretnej rzeczywistości społecznej i kosmicznej  
(bez Absolutu, czyli tzw. „transcendowanie bez Transcendencji”). Zawiera  
to jego ciekawa sentencja: *jestem, ale nie posiadam siebie, dlatego staniemy się  
dopiero* [5].

Wracając do egzystencjalizmu, jego drugi nurt tzw. **egzystencjalizm  
optymistyczny**, inspirowany głównie religią, zwraca uwagę na nadzieję  
z jej metafizyką w życiu ludzkim. Jej czołowy przedstawiciel **G. Marcel**  
podkreśla „dar naszego istnienia” przy tajemnicy ludzkiego bytu. Cier-  
pienie człowieka nie musi być pozbawione sensu. Jego „człowiek piel-  
grzym” („homo viator”) może odnaleźć w chaosie współczesnej cywi-

lizacji drogę ku wartościom transcendentnym i ku Absolutowi [6]. Podobnie jego poprzednik S. Kierkegard, poleca życie etyczne wg zadań i celów, bo to one czynią z człowieka bohatera zwłaszcza, gdy uwzględnia się cel ostateczny, stykający go z wiecznością. Spośród innych przedstawicieli takich poglądów można tu wymienić wielu filozofów chrześcijańskich różnych epok (Tertulian, św. Boecjusz, św. Augustyn, Pascal, Frankl i wielu innych).

To krótkie i znacznie uproszczone porównanie niektórych przeciwstawnych nurtów filozoficznych dotyczących nadziei ludzkiej, odsłoni może między innymi podłoże stanowisk akceptujących lub zakazujących eutanazję. Jej dopuszczalność najczęściej mogą warunkować poglądy raczej materialistyczne z nadzieją ograniczoną tylko do doczesności, przy samorealizacji człowieka. Przeciwnicy eutanazji w większości uznają ogromne znaczenie nadziei transcendentalnej, najczęściej oparte na wspólnych wykładniach różnych religii.

Trafne podsumowanie tego zjawiska podał prof. Fenigsen twierdząc, że odwieczny, **wielokierunkowy** spór o eutanazję jest właściwie sporem między wykładnią etyki, godności i świętości życia a etyką materialistyczną (czy utylitarystyczną). Również nie jest pozbawione słuszności jego twierdzenie, że spór ten jest sporem o zrozumienie życia, cierpienia, nadziei i śmierci człowieka [7].

## Piśmiennictwo

1. Iwaszczyszyn J.: Zafałszowanie nadziei jako przyczyna bólu duchowego chorych w terminalnym okresie choroby. *Ból i cierpienie* – w druku.
2. Snyder C. R.: Conceptualizing, Measuring and Nurturing Hope. *J. Cons. Devel.*, 1995, 73, 355.
3. Schopenhauer A.: *Świat jako wola i przedstawienie*. Warszawa 1994, t. 1.
4. Nietzsche F. : *Tako rzecze Zaratusta*. Warszawa 1901.
5. Bloch E.: *Das prinzip Hoffnung* t. II. Frankfurt 1959.
6. Marcel G.: „Homo viator”. *Introduction to a metaphysic of hope*. London 1951, 30–6.
7. Fenigsen R.: *Eutanazja śmierć z wyboru*. W drodze 1994.

Jan Iwaszczyszyn<sup>1</sup>, Anna Kliś-Kalinowska<sup>2</sup>,  
Janusz Czekaj<sup>2</sup>, Izabela Chmiel<sup>2</sup>

## Próby wywołania akceptacji dopuszczalności zabójstwa, zwanego osobiwie eutanazją

Mimo powszechnego przekonania o nieporównywalnej z niczym wartością życia człowieka, wbrew Kodeksowi Karnemu (art. 50) [1] i Kodeksowi Etyki Lekarskiej (art. 31) [2], walka o legalizację eutanazji w ostatnim okresie ulega nasileniu.

Aktywni zwolennicy tej tzw. „dobrej śmierci” coraz głośniejsze domagają się zerwania z rzekomą hipokryzją dotyczącą śmierci twierdząc, że mimo zakazu eutanazji dokonuje się jej w tajemnicy lub pod osłoną działań, które również mają się sprowadzać do skrócenia przeżycia. Wymienia się tu przede wszystkim terapię przy użyciu opioidów i leków sedatywnych, szeroko stosowanych w okresie terminalnym u nieuleczalnie chorych. Innym argumentem ma być prowadzenie u takich chorych leczenia z pominięciem tzw. „nadzwyczajnych (nieproporcjonalnych) metod diagnostyczno-terapeutycznych” – (diagnostyka inwazyjna, chemioterapia, resuscytacja, itp.), jako rzekome przykłady tzw. „eutanazji biernej”. Nie uwzględnia się przy tym faktów, że celem tego postępowania jest podniesienie jakości życia chorego, a nie doprowadzenie do śmierci pacjenta. Przemilczany jest często pozytywny efekt końcowy takiego postępowania, w postaci właśnie wydłużenia przeżycia, przy poprawie jego jakości. W obliczu tych coraz częstszych postulatów, zwłaszcza z **kręgów niespecjalistów**, pragniemy przeanalizować niektóre z nich oraz przypomnieć naukowo potwierdzone fakty, w świetle założeń medycyny paliatywno-hospicyjnej oraz etyki i filozofii personalistycznej.

---

<sup>1</sup> Zakład Opiekuńczo-Lecznicy z Krakowską Poradnią Opieki Paliatywnej

<sup>2</sup> Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum UJ

Najczęstsze przykłady, jakimi posługują się zwolennicy eutanazji, aby przygotować społeczeństwo do jej ewentualnej legalizacji, to:

- Uaktywnienie polityków, głównie o poglądach lewicowych i liberalnych z wykorzystaniem mass-mediów.

- Wprowadzenia tej problematyki do edukacji, jak też propagowanie głównie utylitarystycznego kierunku etyki i filozofii na niektórych wyższych uczelniach, w publikacjach, pracach magisterskich, doktorskich i habilitacyjnych.

- Ekspozowanie działania ubocznego niektórych leków, jako czynników skracających przeżycie.

- Propagowanie rzekomo sprawdzonych wzorców legislacyjnych dotyczących eutanazji i wspomaganego samobójstwa w innych krajach.

- Środki masowego przekazu związane ze środowiskami lewicowymi lub liberalnymi często przedstawiają osoby cierpiące, w podeszłym wieku lub w przetrwałym stanie wegetatywnym niekiedy odrażająco, aby między innymi w ten **drastyczny** sposób przekonać odbiorców, że prośby niektórych chorych o eutanazję są uzasadnione. Rzeczywistość tych chorych najczęściej jednak jest inna. Pomijane są fakty, że chorzy tacy, **po uzyskaniu właściwej pomocy i opieki, natychmiast wycofują się z próśb o skrócenie przeżycia**. Dyskusje i komentarze po takich przekazach medialnych bardzo często są ściśle wyreżyserowane przez dobór dyskutantów (w większości propagujących eutanazję), aby podsumowanie było przemawiające za koniecznością jej legislacji. Głosy przeciwne eutanazji nie są ekspozowane, wypowiedzi takie często są skręcane lub przerywane w najistotniejszych momentach. Prawda obiektywna jest jednak inna. Terapeuci medycyny paliatywno-hospicyjnej są głęboko przekonani, że większość próśb chorych o eutanazję wynika najczęściej z zawodu, jakiego doznaje chory od rodziny i personelu medycznego, z braku szacunku, poniżenia godności, braku zrozumienia i izolacji. Chorzy tacy wcale nie chcą umierać, **ale wołają o eutanazję, aby w ten sposób zwrócić na siebie uwagę**, domagając się lepszego kontaktu z personelem, zrozumienia i pomocy w rozwiązaniu ich problemów psychiczno-duchowych, dylematów egzystencjalnych, itp. [5, 8, 9, 10].

Ból fizyczny rzadziej jest przyczyną domagania się eutanazji, niż jak wyżej wspomniano, uzależnienie chorego od innych osób, bezradność, utrata godności i zeszpecenie [3].

Mimo demokratycznych przemian w kraju zapoczątkowanych w 1989 r., związanych z upadkiem systemu totalitarnego, spotykamy się z opiniami, że w niektórych uczelniach medycznych nastąpiło zmniej-



szenie ważności, a nawet niekiedy pojawia się otwarta krytyka etyki hipokratesowskiej (jak wiadomo zakazującej eutanazji). Dużą rolę odegrał tu tzw. **pryncypializm**, jako nowy model relacji lekarz-chory, zaproponowanej przez T. L. Beauchampa i J. F. Childresa w 1979 r. [4]. Z czterech głównych zasad tego modelu najwięcej kontrowersji może budzić tzw. „**pryncypium autonomii**”, gdyż **nie zawiera on zakresu wolności chorego w domaganiu się jego praw**, przez co pacjent może narzucać lekarzowi metody postępowania, niezgodne z etyką hipokratesowską (np. domaganie się eutanazji) [5, 6].

Pojawiają się ponadto liczne opracowania z pogranicza medycyny, etyki i filozofii na temat ewentualnej dopuszczalności eutanazji, jako rozwiązania problemu bólu, cierpienia i niemożności wyleczenia chorego [6, 11]. Przykładem mogą być niektóre analizy poglądów na temat eutanazji u ludzi młodych i zdrowych (np. studenci, pracownicy nauki) wskazujące na znaczny procent osób dopuszczających możliwości eutanazji. W interpretacji wyników nie wspomina się najczęściej, że osąd takich respondentów w tej kwestii może **nie być obiektywny**, gdyż życie tej grupy osób nie jest zagrożone śmiercią, a jej wizje są inne niż u osób w podeszłym wieku, kiedy to, jak np. twierdzi **C. G. Jung**, śmierć jest centralnym problemem człowieka, tym bardziej u osób z poważnym zagrożeniem życia [7]. Dla osób młodych i zdrowych temat eutanazji, wbrew pozorom często jest **tematem bardzo teoretycznym i abstrakcyjnym**, gdyż nie odnosi się do nich bezpośrednio. Łatwo jest podejmować decyzje, gdy nas one nie dotyczą. Problem ten całkiem inaczej oceniany jest w grupach osób posuniętych wiekowo, ciężko chorych lub umierających, gdyż zwiększa się wtedy przywiązanie do życia, mimo doznawanego cierpienia, a prośby o eutanazję należą tu do wyjątków [8, 10]. Zatem częste przytaczanie opinii osób młodych na temat eutanazji, jako nowych i postępowych poglądów, może niekiedy być nadużyciem, mającym na celu przygotowanie społeczeństwa do przyszłej jej legalizacji.

**Dominacja etyki utylitarystycznej** (wydziałów filozoficznych) z monolitem filozofii materialistycznej ubiegłego czasu zdaje się nadal wywierać olbrzymi wpływ na świadomość znacznej części studentów, pracowników nauki i społeczeństwa. Panuje powszechna opinia, że odkrywana na nowo etyka i **filozofia personalistyczna**, (marginalizowana w okresie PRL-u przez dominującą etykę utylitarystyczną, obcą nam kulturowo), **dalej jest krytykowana i pomijana**. Można więc przypuszczać, że dominacja etyki utylitarystycznej będzie oddziaływać na różne aspekty na-

sze go życia jeszcze przez wiele lat, choćby przez tworzenie młodej kadry naukowej, niekiedy biorącej wzorce ze swoich „mistrzów”, często nadal oddanych ideologii przeszłego okresu. Również trudno zaprzeczyć pojawiającym się opiniom, że publikacje na stopień naukowy oparte o etykę personalistyczną napotykaają przeszkody na niektórych wydziałach filozoficznych lub innych [9].

Łatwo zauważyć, że utylitarystyczna wizja etyki może zawierać **ukryte zagrożenia dla osoby ludzkiej**. Przykładem mogą być próby tzw. „**destrukcji pojęcia osoby**”, np. przez wprowadzanie nowych określeń dla ciężko chorych, nieprzytomnych, w stanach wegetatywnych i umierających, i zastąpienie ich określeniami takimi jak „przedmioty moralne”, „byłe osoby” itp., aby w odpowiedniej sytuacji można było wykluczyć je z grona osób, którym przysługują szczególne prawa zagwarantowane, jak wiadomo w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka z 1948 r. i przez to usunąć bariery zakazujące eutanazję [6].

Inną próbą „**oswajania**” z **poglądami proeutanatycznymi** jest wyszukiwanie w postępowaniu medycznym czynności mogących budzić wątpliwości co do obowiązującego zakazu eutanazji w etyce hipokratesowskiej (czy personalistycznej). Przykładem mogą być wcześniej wspomniane zarzuty dotyczące tzw. „sedacji terminalnej”, mającej na celu, jak wiadomo, złagodzenie bardzo uciążliwych objawów chorobowych (ból, duszność), a nie skrócenie przeżycia [10]. Innym przykładem są próby obarczenia w prawidłowy sposób prowadzonego leczenia opioidami rzekomymi działaniami skracającymi przeżycie chorych [11, 12, 13]. Niektórzy powołują się nawet na historyczne opisy leczenia, np. Zygmunta Freuda, umierającego, jak wiadomo, z powodu zaawansowanego nowotworu, u którego podanie morfiny miało rzekomo wywołać jego śmierć, czyli po prostu eutanazję. Każdy lekarz medycyny paliatywno-hospicyjnej, nawet przy braku danych dotyczących funkcji wątroby, nerek, układu krążenia itp. może stwierdzić, że morfina w postaci jaką zastosowano u Z. Freuda działała tylko przez 4–6 godzin, a zatem należy raczej sądzić, że śmierć Z. Freuda, która wystąpiła po kilkunastu godzinach po podaniu morfiny, nastąpiła z powodu następstw zaawansowanego procesu nowotworowego, a nie leczenia [11, 12, 13]. Inne krytyczne opinie dotyczące leczenia wygłaszane przez nielekarzy muszą także budzić zastrzeżenia. Osoby te często opierają się na prywatnych informacjach uzyskanych od przygodnych lekarzy, najczęściej nie obeznanych z problematyką medycyny paliatywnej [11]. Wyżej wspomniane przykłady, tzw. „zasady podwójnego skutku”, ubocznego działania leków są powszechnie znane

specjalistom medycyny paliatywnej. Również wiadomo, że ich znaczenie jest najczęściej przesadzone [12, 13]. Istotnym faktem w takich przypadkach to **cel, jakiemu przyświeca** stosowanie sedacji, czy opioidów. Jest nim zawsze złagodzenie bólu, cierpienia, duszności, czy innych objawów. Chory umiera z powodu zaawansowania choroby nawet przy zbieżności czasowej z zastosowaniem tych metod, a nie z powodu sedacji lub podawania opioidów. Nie może zatem tu być mowy o żadnym rodzaju eutanazji.

Po legalizacji eutanazji, w niektórych krajach (Holandia, Belgia) pojawiły się próby jej propagacji jako dobrego rozwiązania kwestii bólu, cierpienia i umierania. Zwolennicy takiego postępowania powołują się na dobrowolną decyzję chorego w myśl zasad autonomii, zawartej we wspomnianym wyżej tzw. pryncypializmie. Pragniemy jednak powtórzyć za prof. R. Feningsem i na podstawie długiego własnego doświadczenia, że prośba o eutanazję to, jak wspomniano, najczęściej odpowiedź na zawód, jaki spotyka chorego ze strony bliskich i personelu, niewłaściwego leczenia, brak szacunku i izolację. Chorym, którym udziela się właściwej pomocy w placówkach paliatywno-hospicyjnych, nie proszą o eutanazję ani o wspomaganie samobójstwo. Znane są niestety również fakty licznych nadużyć w tym zakresie po wprowadzeniu ustaw legislacyjnych, dotyczących eutanazji [3, 9, 10].

Na koniec należy również zwrócić uwagę na niebezpieczeństwa związane z propagowanym ostatnio tzw. „**testamentem życia**”. Każdy człowiek, w tym przede wszystkim chory, musi mieć **prawo do zmiany swojej decyzji, co do swej przyszłości i leczenia w każdej chwili**. Przyjęcie za wiążącą jednej decyzji o niepodejmowaniu leczenia w określonych stanach chorobowych przez człowieka zdrowego, może być wielkim **uławianiem dla prawa i służby zdrowia**. Ale czy mamy pewność, że ciężko chory, bez kontaktu słownego nie myśli, a tym samym czy nie pragnie zmienić wcześniej zgłoszonej decyzji, co do swego leczenia? Niestety, wtedy nie jest w stanie jej wyrazić. Warto przypomnieć, że człowiek nie jest istotą statyczną, lecz dynamiczną, nie jest bez reszty zdefiniowanym metafizycznie. Może, i ciągle zmienia swoje poglądy na różne kwestie, zwłaszcza dotyczące jego życia i śmierci. Również jego rodzina, bliscy i opiekunowie nie mogą być pewni, czy pacjent nie zmienił swojej woli w ostatniej chwili, odnośnie zakresu leczenia. Sądzimy, że najważniejsza jest **aktualna wola chorego** w określonych warunkach, a nie często abstrakcyjne, czasem nonszalanckie stwierdzenia o swej przyszłości z okresu młodości i zdrowia!

Podsumowując, pragniemy zwrócić uwagę na próby różnorakiego nacisku i propagacji, aby zaakceptować przyszłe rozwiązania proeutaniczne w naszym kraju. **Pomijane w tej kwestii są istniejące optymalne rozwiązania**, jakimi jest opieka paliatywno-hospicyjna, która zajmuje się chorym cierpiącym i umierającym, a jest ona przeciwna eutanazji i wspomaganemu samobójstwu, które są marginalnym problemem u tych chorych. Sądzimy, że trudne problemy związane z ciężkimi chorobami, cierpieniem i umieraniem powinni rozwiązywać przede wszystkim **wyszukani i doświadczeni lekarze specjaliści z tego zakresu**, a nie osoby nie związane z medycyną, zafascynowane rzekomym postępem nauki i osobliwie pojętą nowoczesnością.

Sądzimy, że wypowiedzi osób mało zapoznanych z tym złożonym i trudnym zagadnieniem, mimo wolności wypowiedzi i przekonań, niestety, nie mogą być wiążące. Przestrzegamy przede wszystkim przed **manipulacjami faktami i półprawdami** w tym zakresie, wykorzystywanymi przez niektórych polityków, redaktorów, czy filozofów narzucających medycynie klinicznej nowe obowiązki zaprzeczające jej podstawowemu celowi, jakim jest leczenie i przynoszenie ulgi w bólu i cierpieniu, a nie rozwiązywanie tych problemów w osobliwy i przewrotny sposób, przez **zabicie cierpiącego, bezbronного człowieka**, rzekomo w imię jego dobra.

## Piśmiennictwo

1. Kodeks Etyki Lekarskiej. Warszawa 2004, 15.
2. Kodeks Karny 2002.
3. Trojanowski P.: Eutanazja aktem wolności. Głos dla życia 3, 95, 2, 15.
4. Beauchamp T. L., Childres J. F.: Principles of biomedical Ethics. N. I. Oxford University press 1979.
5. Iwaszczyszyn J., Kwiecińska A.: Cele medycyny klinicznej na tle zagrożeń związanych z propagowaniem eutanazji. [w:] Ból i cierpienie, red. Gajda Z. Kraków 2004.
6. Iwaszczyszyn J., Kwiecińska A.: Próby destrukcji tradycyjnego pojęcia osoby i wynikające stąd zagrożenia etosu medycyny klinicznej. [w:] red. Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W., Łukaszyk C.: W drodze do brzegu życia, tom III, Białystok 2007.
7. Jung C. G.: Über psychische Energetic und das Wesen der Traüme, Zürich 1948.
8. Fenigsen R.: Eutanazja śmierć z wyboru. W drodze 1994.
9. Iwaszczyszyn J.: Etyczna ocena eutanazji, Arch. PAT, 2003.

10. Iwaszczyszyn J.: Opieka paliatywna jako optymalne postępowanie w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Przegląd Lekarski* 1999, 56, 7–8, 501.
11. Szawarski Z.: *Mądrość i sztuka leczenia. Słowo obraz terytoria*, 2005.
12. Twycross R.: Czy morfina powoduje skrócenie życia. *Morfina w leczeniu bólu nowotworowego Polfa Kutno* 2004, 4.
13. Żylicz Z., Balcerska A., Skoczylas-Stoba B., Koper P.: *Leki stosowane w bólach nowotworowych. Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych*. PZWL, 1998.
14. Jones E., Freud S.: *Live and Work*, vol. III, London 1957, 262–3.



Marta Szabat<sup>1</sup>

## Czy hospicjum w Polsce może być alternatywą dla eutanazji?

Hospicjum w Polsce, z jednej strony, kojarzy się z czymś dobrym i pozytywnym, z pomocą, życzliwością, poświęceniem, z drugiej zaś, budzi strach przed cierpieniem, uświadamia jego ogrom i konieczność śmierci. Jest to jednak miejsce społecznie akceptowalne, w którym respektowane są prawa człowieka umierającego i gdzie ma on zapewnione godne warunki, potrzebne do właściwego przebycia swojej ostatniej drogi. W przeciwieństwie do hospicjum, eutanazja jest w Polsce przeważnie słabo akceptowana lub w ogóle potępiana jako wynaturzona, straszliwa, okrutna, prowadząca człowieka do roli zużytego narzędzia, którego trzeba się pozbyć<sup>2</sup>. Czy akceptowalność hospicjów pod względem prawnym i społecznym oraz brak takowej w odniesieniu do eutanazji nie są swoistym wyrazem strachu, wynikającego z niewiedzy, braku ochoty do badania zagadnienia śmierci, czy przyzwyczajenia do „zamykania oczu” na to, wobec czego moralność naszej społeczności jest bezradna, co wymyka się utrwalonym obyczajom, temu, co zgodnie z tradycją, uznane zostaje za niemoralne? O to właśnie chciałabym zapytać w poniższym tekście.

Etymologia słowa hospicjum sięga czasów starożytnych, konkretnie rzymskich, związana jest ze słowami *hospes*, czyli gość oraz *domus hospitalis* (dom gościnny)<sup>3</sup>. Już w samym pochodzeniu tego słowa zawarta jest idea miejsca, mającego służyć, na pewien określony czas, ludziom

---

<sup>1</sup> Collegium Medicum UJ

<sup>2</sup> Por.: Górecki M.: Hospicjum w służbie umierających. Wydawnictwa Akademickie „Żak”, Warszawa 2000, 207–215.

<sup>3</sup> Por.: De Walden-Gałaszko K.: Opieka hospicyjna wczoraj i dziś. W: (red.) W. Falkowski, E. Lewandowska-Tarasiuk, J. W. Sienkiewicz. Hospicja nadziei. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa 2004, 35–36; Dangel T.: Domowa opieka paliatywna nad dziećmi w Polsce. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2001, 8–9.

mającym się w nim zatrzymywać, przy czym idea gościnności miałyby zaprzeczać instytucjonalizacji, kładąc nacisk na odpowiednie dla gościny traktowanie tego, kto w takim miejscu się znalazł. Respektowanie zasad gościnności, takich jak: życzliwość, pomoc, dobroczynienie itp. oraz praw człowieka, szczególnie godności człowieka umierającego, miałyby być podstawą dla organizacji hospicyjnych. Czy jednak nie jest to tylko ideał, który w praktyce, z różnych względów, o których poniżej, nie może być realizowany bądź realizowany jest tylko częściowo?

Ideą hospicjum jest zapewnienie możliwości spokojnej śmierci, czemu towarzyszy „(...) leczenie objawowe (ang. *symptom relief*), wsparcie psychosocjalne (ang. *psychosocial support*) i praca zespołowa (ang. *team work*) (...)”<sup>4</sup>. Przy czym, miejsce to zarówno ze wspomnianych względów etymologicznych, jak i ideologicznych, według niektórych opinii, nie powinno być instytucją. W informatorze *Jak założyć hospicjum*<sup>5</sup> czytamy:

**Hospicjum** nie powinno być instytucją, choć pracuje w oparciu o zorganizowane struktury:

- hospicjum stacjonarne,
- hospicjum domowe,
- oddział opieki dziecięcej,
- poradnia medycyny paliatywnej.

**Hospicjum** powinno być:

- typem kompleksowej opieki, dostosowanej do wielorakich potrzeb ludzi terminalnie chorych i umierających, obejmujących także rodzinę chorego,
- zespołem współpracujących ze sobą ludzi, którzy pragną służyć drugiemu człowiekowi i towarzyszyć mu w ostatnim okresie życia<sup>6</sup>.

**Ruch hospicyjny**, to ruch społeczny, którego celem jest działanie na rzecz człowieka terminalnie chorego, głównie na chorobę nowotworową. Skupiał i nadal skupia ludzi, którzy bezinteresownie starają się uczynić wszystko, aby chory mógł mieć zapewnioną opiekę w ostatnich tygodniach i dniach życia. Ich działania na rzecz chorego są różnego rodzaju: posługa choremu, organizowanie promocji opieki, organizowanie pozyskiwania środków, wsparcie finansowe<sup>7</sup>.

<sup>4</sup> Dangel T.: Domowa opieka paliatywna nad dziećmi w Polsce, dz. cyt., 32.

<sup>5</sup> Jak założyć hospicjum. Informator. Opr. J. Stokłosa, A. Węglarz, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie, Kraków 2005, 5.

<sup>6</sup> Tamże. Za: Smolak K.: Podstawy etyczne opieki hospicyjnej. Materiały dla wolontariuszy. Cz. I wyd. TPCh Hospicjum św. Łazarza w Krakowie, Kraków 2005.

<sup>7</sup> Jak założyć hospicjum. Informator, dz. cyt., s. 5. Za: Stokłosa J.: „Quo vadis Samarytaninie?” Kierunki rozwoju opieki nad umierającymi. Biuletyn nr 30, OFRH 2005.



W przywołanej charakterystyce wyraźnie widać chęć spojrzenia na hospicjum jako na miejsce przyjazne, w którym personel pełni funkcję służebną w stosunku do chorych, co więcej towarzyszy w umieraniu, a więc nawiązuje z chorymi więź, jakiej personel szpitala nie może oraz nie ma obowiązku nawiązywać.

Czy jednak idea takiego właśnie miejsca nie jest zbyt wymagająca dla personelu pracującego w hospicjum, którego struktury częściowo oparte są na szpitalnych formach organizacji pracy? Czy ideał hospicjum jako miejsca przyjaznego, przytulnego i spokojnego nie zaciera nieco prawdziwego jego obrazu?

W Polsce, mimo tego, że hospicjum jest organizacją świecką, respektującą prawa człowieka, a w szczególności i przede wszystkim prawa człowieka umierającego, są to przede wszystkim założenia etyki chrześcijańskiej, opierające się na fakcie, że chory jest osobą, z czym związana jest jego godność, a śmierć nie jest utożsamiana z chorobą, lecz uważana jest za zjawisko naturalne, przy czym okres terminalny traktowany jest jako część życia, pewien etap, którego nie można od życia oddzielić<sup>8</sup>. Z tych, między innymi, powodów umieranie w hospicjum w społeczeństwie polskim uważane jest za moralnie dobre w przeciwieństwie do eutanazji, nawet biernej, *de facto* mającej miejsce, która jest niedopuszczalna<sup>9</sup>. Czy jednak we współczesnym świecie, szczególnie w odniesieniu do osób chorych na nowotwór, czy chorych terminalnie możliwe jest jeszcze stosowanie terminu „śmierci naturalnej”? Czy opieka paliatywna zapewnia taką, „naturalną śmierć”?

Termin „naturalna śmierć” niewątpliwie oznacza, po pierwsze, nieingerowanie w sam proces umierania, które miałyby prowadzić do śmierci „ze starości”. Naturalny, to przede wszystkim poddany naturalnemu biegowi rzeczy, zgodny z ich ustalonym porządkiem, w którym człowiek zajmuje określone naturalnie miejsce. Wszelkie odstępstwa, naruszenie naturalnych procesów mogą być traktowane jako nienaturalne. Dlatego zarówno choroba, jak i leczenie, szczególnie leczenie farmakologiczne, w pewnym sensie są naturalne, to znaczy odpowiadają ludzkim potrzebom bronienia się przed chorobami i śmiercią, z drugiej jednak strony, hamowanie naturalnego przebiegu choroby, farmakologiczna ingerencja, wspomagająca funkcjonowanie organizmu są jak najbardziej nienaturalne. Problem szczególnie jaskrawo ujawnia się w przy-

<sup>8</sup> Zob.: Jak założyć hospicjum. Informator, dz. cyt., 5–6.

<sup>9</sup> Por.: M. Górecki: Hospicjum w służbie umierających, dz. cyt., 207.

padku stosowania środków technicznych oraz farmakologicznych podtrzymujących życie.

Kodeks Etyki Lekarskiej zawiera zalecenia dotyczące podejmowania lub niepodejmowania leczenia. W artykule 29 stoi napisane: „lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia.” I nie ma tutaj mowy o „naturalnej śmierci”. Faktem natomiast jest, że podjęcie leczenia objawowego jest źródłem wielu dramatycznych problemów moralnych, związanych właśnie z tym, co „naturalne” oraz „nienaturalne”. Jednym z pierwszych dylematów związanych z leczeniem objawowym jest niepodjęcie leczenia lub, w wypadku zdecydowania się na nie, wycofanie się z niego, polegające najczęściej na odłączeniu specjalistycznej aparatury w celu uniknięcia tak zwanej uporczywej terapii.

Niechęć lekarzy do wycofywania środków podtrzymujących życie wypływa z przekonania, że takie działanie obarcza ich większą odpowiedzialnością za śmierć pacjenta, połączoną z poczuciem winy. Odpowiedzialności takiej we własnym mniemaniu nie ponoszą, gdy nie robią nic. Innym powodem owej niechęci jest przekonanie, że w chwili rozpoczęcia interwencji zakładamy, iż będzie ona kontynuowana, podczas gdy jej zaprzestanie niweczy nadzieje, obietnice i zobowiązania, jakie lekarz złożył choremu i jego rodzinie. Jednakże z budzenia płonnych nadziei i składania nierealnych obietnic lepiej zrezygnować już w punkcie wyjścia. Najlepszą obietnicą, jaką lekarz może złożyć rodzinie jest zapewnienie, że zawsze będzie postępował zgodnie z interesami pacjenta i jego wolą (ograniczoną co najwyżej istniejącym systemem dystrybucji środków medycznych oraz powszechnymi regułami zakazującymi zabijania). Wycofanie jakichś środków, w tym środków podtrzymujących życie, nie musi oznaczać pozostawienia pacjenta na pastwę losu, gdyż decyzji takiej mógł on sam sobie życzyć. Nawet po odstawieniu środków lekarz może opiekować się pacjentem na wiele innych sposobów<sup>10</sup>.

Odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta zależy jednak od tego, czy w danej sytuacji lekarz ma obowiązek podjęcia leczenia, czy też go nie ma. Jeśli lekarz miał taki obowiązek, to wówczas uchylenie się od podjęcia leczenia będzie przestępstwem. Wskazując jednak na dylematy koncentrujemy się na sytuacjach, w których lekarz wykonuje

---

<sup>10</sup> Beauchamp T. L., Childress J. F.: Zasady etyki medycznej, przeł. W. Jacórzyński. Wydawnictwo „Książka i Wiedza”, Warszawa 1996, 209–210.

swoje obowiązki, mimo tego jednak dylematy nie znikają i nie rozwiązują się<sup>11</sup>.

Przywołane słowo „naturalny” można połączyć z tym, co „zwyyczajne”, „zwykłe”, „zwykle używane”, „tradycyjne”<sup>12</sup>. „Śmierć naturalna” to zatem taka, która nie wymaga zastosowania środków „nienormalnych”, „dziwnych”, „nietradycyjnych” itp.

Przyjmuje się, że jeśli leczenie jest proste, naturalne, nieinwazyjne, tanie i rutynowe zachodzi większe prawdopodobieństwo, że zostanie uznane za zwyczajne, a co za tym idzie – za obowiązkowe. Jeśli z kolei charakteryzuje się złożonością, sztucznością, inwazyjnością i wysoką ceną to jest nadzwyczajne i heroiczne, a co za tym idzie – nieobowiązkowe. (...)

Jak wynika z badań, prawie wszyscy lekarze uważają respiratory, maszyny do dializowania i przyrządy do reanimacji za urządzenia „sztuczne”. Niestety, mniejsza jednomysłność panuje na temat innych akcesoriów: połowa uważa za sztuczne kroplówki, ale insulinę, antybiotyki i chemioterapię aż dwie trzecie zalicza do środków naturalnych<sup>13</sup>.

W kontekście tego, co zostało powiedziane powyżej, nie można nie uwzględnić faktu, że pomiędzy sedacją a działaniami eutanatycznymi, to znaczy pomagającymi pacjentowi w godnej, możliwie bezbolesnej śmierci granice nie są ostre i wyraziste<sup>14</sup>. Wynika to, transparentnie, z samego leczenia objawowego, którego celem jest uśmierzanie bólu pacjenta chorego

---

<sup>11</sup> Jako przykład można podać Wady Rozwojowe Wrodzone, Zniekształcenia i Aberracje Chromosomowe (WRWZAC) u noworodków. W artykule *Wady letalne u noworodków* T. Dangel stwierdza: „Można przyjąć z pewnym przybliżeniem, że częstość występowania wszystkich wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych (WRWZAC) w naszej populacji to ok. 3%, tzn. że rocznie rodzi się ok. 9500 noworodków z tymi schorzeniami. (...) Należy zwrócić uwagę, że aż 78% zgonów z powodu wad letalnych występuje w pierwszym roku życia, zaś tylko 9% u starszych dzieci i 13% u dorosłych. Większość zgonów ma miejsce w szpitalu (...). Sugeruje to, że dzieci z wadami letalnymi przed śmiercią poddawane są intensywnej terapii i zabiegom chirurgicznym (...). Postępowanie takie może być określone jako uporczywa terapia, która narusza godność dziecka (...)” Dangel T.: *Wady letalne u noworodków. Opieka paliatywna jako alternatywa wobec aborcji i uporczywej terapii*. W: (red.) E. Krajewska-Kułał, W. Nyklewicz, C. Łukaszuk. *W drodze do brzoğu życia*, MKDruk, Białystok 2007, t. III, 187–188.

<sup>12</sup> Beauchamp T. L., Childress J. F.: *Zasady etyki medycznej*, dz. cyt., 212.

<sup>13</sup> Tamże, s. 213.

<sup>14</sup> „W przypadku opisywanych w prasie praktycznych prób zastosowania eutanazji mamy również do czynienia z istotnym czynnikiem upływu czasu. Forsowane stanowiska i argumentacje zmieniają się w zależności od czasu trwania stanu terminalnego pacjenta. Przykładami krańcowymi są przytaczany wielokrotnie przypadek Karen Ann Quinlan, która żyła przez 10 lat w stanie wegetatywnym, oraz losy nieuleczalnie chorego, sparaliżowanego od 30 lat Hiszpana Romano Sanpedro, walczącego o skrócenie życia

terminalnie. Przy czym, wydaje się też, że nie zawsze moment śmierci, to znaczy owo „kiedy”, czy „jak długo?” są tymi najważniejszymi problemami, przed jakimi staje człowiek umierający. Z drugiej strony, chęć życia, można powiedzieć instynktowne zaprzeczanie, z wyjątkami oczywiście, własnemu nie-byciu na rzecz przyszłości, nawet niedługiej, zawsze będzie stanowić źródło niepokoju, od którego chyba nie sposób się uwolnić.

Warto może czasem zgodzić się na to, że ból może być racją dla pewnych dramatycznych i niełatwych decyzji. Tym bardziej, że jeżeli przedłuża się, to w istotny sposób wpływa na nastrój chorego – przebieg choroby, w szczególności nowotworowej, może powodować nieodwracalne zmiany w zachowaniu pacjenta – częstokroć uniemożliwiając kontakt nie tylko z bliskimi, lecz jakąkolwiek formę komunikacji, w tym samoświadomość. Dlatego w sytuacji krytycznej, gdy ból się nasila, utrzymywanie chorego w płytkiej sedacji jako jedynej alternatywie stanowi problem moralny ze względu na sytuacje, w których natężenie bólu nie może być zniwelowane w stopniu na tyle wystarczającym, by chory nie cierpiał lub by mógł znosić ból, jakiego doświadcza. Zdarza się, że bólu nie można wystarczająco zminimalizować.

Paradoksalnie (...) postęp medycyny prowadzi do wydłużenia procesu choroby i umierania co oznacza, że coraz więcej pacjentów dożywa dramatycznych, schyłkowych stadiów choroby (zwłaszcza nowotworowej), cierpiąc nieznośnie męki. Wprawdzie uśmierzenie cierpień takich pacjentów jest również coraz skuteczniejsze, niemniej jednak wciąż spotykamy bóle i inne dolegliwości o takim natężeniu, że nie poddają się leczeniu, a w niektórych przypadkach nawet pacjenci poddani sedacji, a więc pozbawieni przytomności, zdają się wykazywać objawy cierpienia<sup>15</sup>.

Teoretycznie, umierający człowiek ma prawo do godnej śmierci<sup>16</sup> i w praktyce, jeżeli ból chorego możliwy jest do uśmierzenia, to życie

---

w majestacie prawa. Takie krańcowe przykłady mają wskazywać na zasadność przyjęcia wariantu zastosowania eutanazji”. Gałuszka M.: *Bioetyka kulturowa wobec eutanazji: analiza wypowiedzi medialnych i badań opinii społecznej*. W: (red.) M. Gałuszka, K. Szewczyk. *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa – Łódź 2002, 240–241; por. też: Hartman J.: *Bioetyka dla lekarzy*. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009, 119–126, Szeroczyńska M.: *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*. Universitas, Kraków 2004, 50–51.

<sup>15</sup> Beauchamp T. L., Childress J. F.: *Zasady etyki medycznej*, dz. cyt., 125.

<sup>16</sup> Godna śmierć jest pojęciem subiektywnym, zależnym od różnorodnych czynników kulturowych. W tekście kładziemy nacisk na aspekt możliwości uśmierzenia bólu na tyle, by chory mógł go tolerować, by nie był przekroczony jego próg wytrzymałości.

w fazie terminalnej może w dużym stopniu realizować powyższe prawo. Jeśli jednak przypadek chorego jest wyjątkowy, to znaczy taki wobec którego leczenie objawowe się nie sprawdza, chory poddany pozostaje leczeniu, które, w jego wypadku, jest nieskuteczne i nikt nie może nic na to poradzić: ani lekarz, ani rodzina, ani tym bardziej sam pacjent. Na tym przede wszystkim polega nienaturalność śmierci w hospicjum – utrzymuje się i wierzy, że opieka paliatywna raz na zawsze załatwi problem chorych terminalnie. Jednakże „szczególne przypadki”, chorzy których nie obejmuje główny cel opieki paliatywnej, jakim jest poprawa jakości życia w fazie terminalnej, nie mają właściwie prawa głosu, które jest przecież jednym z podstawowych praw człowieka w zachodnich demokracjach. Z tego także powodu niektórzy chorzy, ich rodziny bądź pełnomocnicy domagają się czasami prawa do eutanazji przed sądem. Hospicjum bowiem nie gwarantuje lub częściowo tylko możliwe jest w nim zagwarantowanie śmierci naturalnej, godnej i świadomej, przy czym te trzy czynniki są niemożliwe do precyzyjnego oraz obiektywnego, powszechnie obowiązującego, jednoznacznego ustalenia i powinny zależeć od indywidualnego stanu pacjenta. Wiadomym jest także fakt, że tego typu leczenie w szczególnie ciężkich oraz trudnych wypadkach lub wycofanie się z niego, uzasadnione oczywistością szybkiego zgonu, może być o wiele bardziej problematyczne pod względem moralnym niż zastosowanie biernej eutanazji.

W niektórych wypadkach zastosowanie środków podtrzymujących życie może nie być w interesie pacjenta, to znaczy może uczynić umiarkowanie nieznośnym i uciążliwym. W przypadku bowiem, kiedy ból zagłusza nie tylko świadomość, ale narusza godność pacjenta, idea poszanowania życia staje się swoistą odmianą tortury. Wymienione postulaty „dobrego umierania” muszą więc zawsze być rozpatrywane w odniesieniu do konkretnych jednostek, stających czasami w sytuacjach wymagających interwencji oraz pomocy ze strony świadomego, respektującego ich godność personelu medycznego, co jest związane z *przyzwoleniem na śmierć* w przypadkach, w których niemożliwe jest dłuższe leczenie objawowe, ponieważ nie przynosi ono spodziewanych efektów. Oczywistym przy tym jest brak, w niektórych sytuacjach, ostrego rozgraniczenia pomiędzy zabójstwem a *przyzwoleniem na śmierć*, które w związku z dopuszczeniem nieinterwencji lub zaprzestania interwencji w naturalny przebieg procesu umierania, miałyby chronić przed uporczywą terapią.

Zabójstwo kojarzone jest z celowym, świadomym działaniem mającym na celu pozbawienie życia określonej osoby lub osób. Często w dys-

kusjach na temat eutanazji pojawia się jako chwyt retoryczny, mający uświadomić grozę działań eutanatycznych. Warto podkreślić także, że zabójstwo nie wyklucza *przyzwolenia na śmierć* ponieważ w zakresie znaczeniowym terminu zabójstwo zawarte jest już intencjonalne przyzwolenie na śmierć. Również powstrzymanie się od działania może, w niektórych przypadkach, być zabójstwem bądź do niego prowadzić. Medyczny sens *przyzwolenia na śmierć* oznacza przede wszystkim wykorzystanie zaleceń medycznych w interesie pacjenta:

pełnomocnicy osób niekompetentnych i lekarze nie zabijają pacjentów, gdy w sposób usprawiedliwiony odłączają aparaturę podtrzymującą życie, (...) sami pacjenci nie popełniają samobójstwa rezygnując z dalszej walki o życie. Jeśli jednak ci pierwsi powstrzymują się od leczenia w sposób nie usprawiedliwiony, dopuszczają się zabójstwa<sup>17</sup>.

Nie można leczyć bólu dopóki nie zostanie on określony, zdiagnozowany. Jednak kiedy diagnoza klasyfikuje chorego jako pacjenta chorego terminalnie wówczas można powiedzieć, że cel przekracza kompetencje każdego lekarza, stawiając go w sytuacji, w której musi on uznać nie tylko bezsilność medycyny, ale czasem musi zdobyć się na towarzyszenie choremu oraz pogodzeniu się z własną niemocą i bezsilnością.

Jedynie nieznaczny procent pacjentów narażony jest na intensywne cierpienie i inne uciążliwości związane z umieraniem. Medycyna szła daleko na drodze kontrolowania bólu; warunki umierania uległy poprawie i są na ogół znośne dla większości pacjentów, a hospicja zapewniają odpowiedni standard opieki. Prawo do odmowy przyjmowania pożywienia i wody daje pacjentom możliwość wybrania momentu własnej śmierci. Wszystko to jednak nie stanowi jeszcze uzasadnienia do zakazywania lekarzom czynnej asysty przy umieraniu. Czasami bólu nie sposób uśmierzyć. Na rzecz eutanazji silnie przemawiają także przywileje pacjenta wypływające z autonomii. Jeśli chory ma prawo zatrzymać maszynę podtrzymującą życie na mocy wcześniejszego porozumienia z lekarzem, dlaczego nie ma prawa, na mocy takiego samego porozumienia, zatrzymać innej maszyny – własnego organizmu?<sup>18</sup>

Tego typu pytania narzucają się właściwie same. Można powiedzieć, że zarówno umieranie w hospicjum, jak i zagadnienie eutanazji oraz dyskusja tocząca się wokół niej są wyrazem prób zarówno racjonalizacji trudnego zagadnienia, jakim jest śmierć, jak i usiłowania kontrolowania procesu umierania, co ma pomóc w minimalizacji bądź likwidacji cierpienia.

<sup>17</sup> Beauchamp T. L., Childress J. F.: *Zasady etyki medycznej*, dz. cyt., 237.

<sup>18</sup> Tamże, 240.

Mechanizmy kontroli zatem, oprócz tego, że raczej źle się nam kojarzą, jako zabijające indywidualność, ograniczające wolność itp., pozwalają na kontrolowanie podstawowego zjawiska, utrudniającego życie współczesnego człowieka: bólu<sup>19</sup>. Nie jest to jednak możliwe na skalę totalną, powszechną, obowiązującą wszystkich bez wyjątku.

W Polsce hospicjum właściwie musi, ze względu na obowiązujący stan prawny oraz przyzwolenie społeczne, być alternatywą dla eutanazji w tym sensie, że umieranie w hospicjum, sposób, w jaki się ono odbywa, przez większość społeczeństwa uznawany jest za dobry, mimo tego, że wszelkie wysiłki podejmowane przez zespoły działające w ramach opieki hospicyjnej mają jeden, nadrzędny, cel, jakim jest pomoc w dobrej śmierci. Zwolennicy eutanazji jednak mają takie same cele, to znaczy twierdzą, że w momencie kiedy jakość życia pacjenta jest tak zła, że dalsze leczenie byłoby niepotrzebnym utrzymywaniem stanu, w którym chory nie toleruje już bólu, jakiego doświadcza, można pomóc pacjentowi godnie umrzeć tylko w jeden sposób. Wiadomo także, że u podstaw owych „dwóch rozwiązań” stoją nieco odmienne systemy wartości, które jednak powinny, jako że w obu wypadkach chodzi o dobro człowieka, znaleźć ze sobą jakąś płaszczyznę porozumienia. W obecnej sytuacji bowiem, czy nie mamy do czynienia z pewnymi kulturowymi przekonaniem, zakorzenionymi tak mocno, że wszelka możliwość zmian wywołuje strach i panikę, które jak wiadomo nie są najlepszymi doradcami? Czy w takim razie mamy do czynienia z rzeczywistą ochroną oraz respektowaniem praw ludzi umierających, czy też może zwyczajnie „zamykamy oczy i uszy” na to, co wymyka się kontroli, a nad czym można jednak zapanować tylko przekraczając owo „święte” prawo? Francuski filozof, Paul Ricoeur, wypowiedział w rozmowie następującą myśl:

Etyka to nie wszystko. Dążenie do dobrego życia powinno stanowić test dla obowiązku wykonywanego w imieniu moralności, gdzie spotyka ono w równym stopniu zakazy, jak i powinności (...) te ostatnie zaś powinny być weryfikowane w decyzji mądrej, roztropnej, w obliczu konkretnych, jednostkowych sytuacji<sup>20</sup>.

---

<sup>19</sup> Por. m.in.: Chmiel I., Kliś-Kalinowska A.: Metody psychologicznego oddziaływania wykorzystywane przez pielęgniarki w leczeniu totalnego bólu nowotworowego. W: (red.) E. Krajewska-Kułak, W. Nyklewicz, C. Łukaszuk. W drodze do brzegu życia, dz. cyt., 273–279.

<sup>20</sup> L'Éthique entre le Mal et le Pire: une échange de vues entre Paul Ricoeur et Yves Péllicier. W: (red.) Ch. Hervé. Éthique Médicale ou Bioéthique? L'Harmattan, Paryż 1997, 21.

Może, w kontekście postawionych pytań, warto się nad nią zastanowić i przyznać, że sytuacja chorych terminalnie, których jakość życia systematycznie się pogarsza, mimo stosowanej kompleksowej opieki paliatywnej, powinna być prawnie uregulowana, to znaczy powinny zostać wypracowane takie procedury, które gwarantowałyby poszanowanie autonomii każdego pacjenta, znajdującego się w stanie terminalnym.



Agata Janaszczyk<sup>1</sup>

## Kwestia nierozstrzygalności problemu eutanazji w kontekście racji społecznych

Nierozstrzygalność problemu eutanazji należy rozpatrywać przynajmniej na kilku poziomach, a mianowicie: pojęciowo-legislacyjnym, fenomenologicznym oraz spekulatywnym. Na pierwszym z wymienionych poziomów, nierozstrzygalność zagadnienia eutanazji odnosi się do braku ujednoczenia zakresu oraz treści terminu „eutanazja” i w związku z tym również do problemów związanych z ewentualną koniecznością wprowadzania przepisów prawnych, które miałyby regulować sferę praktyk związanych z działaniami eutanatycznymi. Fenomenologiczny zaś poziom rozważań dotyczących aporetyczności problemu eutanazji odwołuje się do procesów przebiegających w szeroko rozumianej świadomości społecznej, które związane są z negowaniem naturalnego wymiaru, marginalizacją, dehumanizacją i „zdziczeniem” śmierci [7]. Owe procesy oraz występujące w ich ramach zjawiska, takie chociażby jak pornografizacja śmierci, polaryzacja życia i śmierci czy sekularyzacja śmierci stanowią dla zwolenników i przeciwników eutanazji swego rodzaju podstawę światopoglądową [7]. Zatem, nierozstrzygalność problemu eutanazji polega tu na zakorzenieniu sposobu argumentowania bez względu na opcję, w tym samym punkcie wyjścia, a mianowicie w społecznych przejawach deprecjonowania fenomenu śmierci.

Natomiast poziom spekulatywny związany jest z podstawowymi rodzajami dyskursów, w ramach których stosunek do zagadnienia eutanazji określany jest w kategoriach, po pierwsze, dylematu etycznego i racji moralnych przemawiających za takim ujęciem kwestii eutanazji; po drugie, dyskusji dialektycznej wspartej na racjach społecznych; po trzecie, sporu erystycznego odwołującego się do racji publicznych; po czwarte wreszcie,

---

<sup>1</sup> Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

wypowiedzi retorycznej odnoszącej się do racji aksjomatyczno-emotyw-nych. Spekulatywny namysł nad problemem eutanazji dotyczący trakto-wania go jako dylematu, sporu oraz swoistej, bo alternatywnie sformuło-wanej wypowiedzi na temat działań w stosunku do nieuleczalnie chorego człowieka, został omówiony w artykule *Między dylematem etycznym a reto-ryczną wypowiedzią: kwestia nierozstrzygalności problemu eutanazji* [6]. Dość zaznaczyć, iż nierozstrzygalność kwestii eutanazji w przypadku owych trzech rodzajów dyskursów związana jest z charakterystycznym dla każ-dego ujmowaniem owego problemu. Otóż, w odniesieniu do eutanazji traktowanej jako dylemat etyczny zarówno wybór życia pomimo „cier-pienia na granicy wytrzymałości”, jak i śmierci ze względu na „cierpienie na granicy wytrzymałości” [4], pozostawiają swego rodzaju niedostatek moralny w postaci odpowiednio czy to moralnego rezyduum, czy też moralnego zła [2, 6]. Nierozstrzygalność problemu eutanazji w odniesie-niu do traktowania go w kategoriach sporu zwraca uwagę, iż posiada on cechy sporu etycznego, tzn. opartego nie na wiedzy lecz na posta-wach, czyli swego rodzaju dyspozycjach psychicznych [10, 12]. Oznacza to więc, że pomimo przytaczania argumentów publicznych, bo odwo-lujących się chociażby do wspólnych ludziom interesów, to jednak spór ten należy określić jako heurystyczny. Należy przez to rozumieć, iż argu-menty w sporze mają za zadanie nie tyle przekonać, ile „nawrócić” do przyjęcia tej właściwej – według którejś ze stron sporu – postawy, przy czym owe argumenty wykorzystują przynajmniej niektóre z chwytów erystycznych [6, 10, 12]. Ostatecznie natomiast nierozstrzygalność zagad-nienia eutanazji zostaje dobitnie zobrazowana w dyskursie retorycznym. Aporetyczność w tym względzie dotyczy tego, iż zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy eutanazji odwołują się do tego samego toposu, którym jest traktowanie życia w kategoriach wartości [6]. Różnica jednak między nimi polega na tym, że pierwsi odwołując się do uczuć czy wyobraźni, przekonują o ważkości pojęcia jakości życia, drudzy zaś o niezbywalności pojmowania życia jako świętości.

Niemniej w analizie dotyczącej próby spekulatywnego ujęcia kwestii nierozstrzygalności problemu eutanazji, nie można pominąć toczącej się dyskusji wspartej o racje społeczne, która nosi znamiona dyskursu dialek-tycznego. Analiza tego spekulatywnego aspektu wydaje się o tyle istotna, o ile będzie się pamiętać, iż stanowi on swego rodzaju etap przejściowy między traktowaniem problemu eutanazji jako dylematu a sporu. Racje społeczne bowiem, jak się wydaje, umożliwiają przekształcenie czy raczej odwzorowanie sfery zasad moralnych w sferę dążeń publicznych.

## 1. Argument równi pochyłej a problem eutanazji

Wpisanie argumentacji przeciwników eutanazji w swoisty schemat argumentu równi pochyłej wydaje się zabiegiem częstym i stosowanym jako niemalże ostateczne oręż w dyskusji ze zwolennikami czynów eutanatycznych. Dlatego też należy rozpatrzyć nie tylko poprawność, ale sensowność czy raczej zasadność stosowania owego argumentu. Wstępnym zabiegiem musi być w takiej sytuacji podanie definicji eutanazji, w drugiej zaś kolejności pewnych cech konstytutywnych dla argumentu, który można określić jako argument równi pochyłej. Przez eutanazję rozumie się „czyn, którego intencją jest spowodowanie śmierci nieuleczalnie chorego człowieka w celu oszczędzenia mu cierpień”, a czyn ten podejmowany jest „na żądanie chorego, zdolnego do świadomego wyrażania woli lub motywowany współczuciem dla pacjenta niezdolnego do podejmowania decyzji” [1]. Jeśli zaś chodzi o wyszczególnienie danych cech argumentu równi pochyłej to należy wymienić: (1) niepewny punkt wyjścia dla sekwencji zdarzeń z wolna prowadzących do niepożądanych skutków; (2) punkt wyjścia stanowi pierwszy krok, który sam w sobie nie jest zły i często ma charakter na pozór niewinny (powoduje niepożądane skutki), a także nosi znamiona działania pionierskiego; (3) sekwencja zdarzeń może być trudnym lub wręcz niemożliwym do zatrzymania procesem; (4) w efekcie pierwszego kroku pojawiają się złe, niebezpieczne, drastyczne, katastroficzne, a nawet apokaliptyczne skutki; (5) skutki wynikają z jednej przyczyny; (6) w perspektywie podjęcia działania pojawiają się potencjalne korzyści; (7) sedno dotyczy działania o „ryzykownym potencjale”, odnoszącym się do przyszłościowego, prawdopodobnego rezultatu, którego nie można zaaprobować; (8) „ryzykowny potencjał” musi jednak odznaczać się stosunkowo realnym, a nie wyolbrzymionym czy wręcz urojonym zagrożeniem [3].

Uwzględniając powyższe uwagi oraz akceptując na tym etapie rozważań fakt, iż przeciwnicy eutanazji stosują argument równi pochyłej, tzn. wykazują sekwencje prawdopodobnych zdarzeń trudnych do powstrzymania, które z kolei prowadzą do niepożądanych skutków, należy stwierdzić, że problem eutanazji ujęty w kategoriach działania o „ryzykownym potencjale” spełnia prawie wszystkie cechy umożliwiające nazwanie argumentu równią pochyłą. Niemniej, pomimo, iż cecha (6) dotycząca płynących z takiego działania potencjalnych korzyści może być uznana za dyskusyjną, chociaż uwolnienie osoby nieuleczalnie chorej od „cierpienia na granicy wytrzymałości” jest swego rodzaju korzyścią, nie

sposób nie zauważyć, iż problem eutanazji nie spełnia, jak się wydaje, cechy (2) w zasadzie podstawowej dla argumentu równi pochyłej. Otóż, uśmiercenie osoby jest przekroczeniem jednej z fundamentalnych norm „nie zabijaj”, i w związku z tym działanie eutanatyczne stanowi czyn zły sam w sobie. Powstaje zatem kwestia: czy w takiej sytuacji stosowanie argumentu równi pochyłej, w odniesieniu do zagadnienia eutanazji jest w ogóle uprawnione?

Jeśli odpowiedź na powyższe pytanie jest negatywna, to należy zastanowić się, jak określić zabiegi przeciwników eutanazji. W pierwszym momencie najbardziej adekwatne wydaje się powołanie na tzw. argument przeciw przypadkowi wyjściowemu [3]. Taki rodzaj argumentu oznacza, iż co prawda „wskazuje się na moralną niedopuszczalność [działania, przypadku wyjściowego – A.J.]”, ale przy jednoczesnym „nie odwoływaniu się do niedopuszczalności ewentualnych skutków powodowanych przez akceptację przypadku wyjściowego” [3]. W związku z tym ów argument nie jest odpowiedni dla określenia taktyki przeciwników eutanazji. Z całą pewnością nie pasuje również przywołanie tzw. argumentu ze zbyt szerokiego sformułowania [3], gdyż nie można, zdaniem oponentów czynów eutanazyjnych, dopracować definicji eutanazji tak, aby wykluczyć możliwość dopuszczenia niebezpiecznych skutków, sama bowiem reguła wyjściowa jest niedopuszczalna. Skorelowane jest to, po pierwsze, ze twierdzeniem, że obostrzenia, które miałyby towarzyszyć legalizacji eutanazji będą po prostu nieskuteczne, tzn. nie będą gwarantować szczelnego systemu kontroli [1]. Po drugie zaś, konstatuje się, iż podobne przypadki są z reguły traktowane podobnie, tj. jeśli dopuści się do działań eutanazyjnych, to tego typu przyzwolenie grozi zaakceptowaniem innych form zabójstwa [1].

Jak się wydaje, powyższe stwierdzenia wskazują na dwie wersje stosowanego przez przeciwników eutanazji argumentu równi pochyłej. Pierwszą z nich można określić mianem wąskiej i dotyczy ona działań eutanazyjnych jako takich, tzn. ich dopuszczalności. Druga natomiast szeroka wersja omawianego argumentu, stanowiąca swego rodzaju kontynuację pierwszej, koncentruje się na legalizacji eutanazji. Wąska wersja argumentu równi pochyłej dotyczy kontekstu *stricte* etycznego i tym samym stanowi punkt łączności między wspomnianym we wstępie poziomem etycznej dyskursywności, na którym problem eutanazji ujmowany jest jako dylemat niedostatku moralnego, a dyskusją wspartą na racjach społecznych, odnoszącą się do szerokiej wersji argumentu równi pochyłej.

Wąską wersję argumentu należy dookreślić jako precedensową, tzn. dotyczącą możliwych wyjątków od obowiązującej reguły [3]. Oznacza to w konsekwencji, iż przyzwolenie na pierwszy wyjątek tworzy możliwość powstania ciągu kolejnych, porównywalnych z pierwszym. W takim przypadku, co należy podkreślić, niepożądany charakter skutku można, ze względu na odstępowanie od obowiązującej reguły, określić jako katastrofalny. Ów rodzaj argumentu równi pochyłej opiera się zatem na „logice wyjątków” [3], która związana jest z podjęciem decyzji o działaniu przekraczającym uznaną przez podmiot normę moralną, co w konsekwencji wywołuje ciąg wyjątków również nie spełniających owej normy. Innymi słowy chodzi tu o „przełamanie bariery pierwszego kroku”, co oznacza, iż każdy kolejny przypadek odchylenia od akceptowanej reguły moralnej związany będzie z o wiele prostszym podjęciem kolejnych decyzji [3]. Precedensowy rodzaj argumentu równi pochyłej daje w pewnym sensie możliwość stosowania omawianego argumentu pomimo, iż w takim przypadku punkt wyjścia nie spełnia warunku (2) konstytutywnego dla argumentu, to znaczy jest sam w sobie moralnie zły, a więc nie jest pozornie niewinnym krokiem oraz nie stanowi działania pionierskiego. Niektórzy autorzy podkreślają jednak, jak zaznacza B. Chyrowicz, że działanie wyjściowe powinno mimo wszystko „stanowić dopuszczalny wyjątek od reguły” [3]. Problem w tym, jak rozumieć ową dopuszczalność, czy poprzez bezpośrednią słuszość, użyteczność, które w odniesieniu do czynów eutanatycznych będą dotyczyły niedopuszczenia do niepotrzebnego „cierpienia na granicy wytrzymałości”?

B. Chyrowicz podkreśla, iż precedensowy rodzaj argumentu równi pochyłej, określany jest czasami mianem psychologicznego. Autorka odnosi ów rodzaj argumentu albo do „utruty wrażliwości sumienia”, albo konformizmu społecznego co oznacza, iż decyzja, przez którą zostaje dopuszczona możliwość przekroczenia normy, związana jest z przyjmowaniem „standardów moralnych zachowań” funkcjonujących w społeczeństwie [3]. Niemniej, w przypadku eutanazji ową regułą jest, bądź co bądź powszechnie obowiązującą normą „nie zabijaj”, którą respektują ponowoczesne społeczeństwa, przy czym w niektórych z nich działania eutanatyczne stanowią właśnie specyficzny wyjątek.

Należy również zaznaczyć, iż określenie tego rodzaju argumentu równi pochyłej w kontekście psychologicznym, nie zwalnia z przestrzegania podstawowych cech charakteryzujących argument równi pochyłej w ogóle, w tym cechy oznaczonej numerem (2). Niemniej, powoływanie się na równię pochyłą przez przeciwników eutanazji jest zasadne tylko, je-

śli będzie się rozumieć ów argument równi pochyłej w kategoriach precedensowych. W innym przypadku stosowanie tego argumentu z przyczyn merytorycznych jest po prostu nieuprawnione, o ile oczywiście uwzględnia się jako konstytutywną, cechę wymienioną w punkcie (2).

Jaką zatem postać egzemplifikującą ma ów precedensowy argument równi pochyłej? Przyjmując jako punkt wyjścia akceptowanie działań eutanatycznych, w sensie podanym powyżej, ukazuje się, pod postacią tzw. subargumentów kolejne wyjątki od reguły, a mianowicie: dzieci z wadami genetycznymi – niepełnosprawni i przewlekłe chorzy – społecznie nieużyteczni – ideologicznie odmienni, z czego ma wynikać konkluzja: przyzwolenie i akceptacja zabijania ludzi. Dodatkowo przeciwnicy eutanazji stosujący argument równi pochyłej posługują się również jego ilustratywną postacią, tzn. odwołują się do nazistowskich praktyk eksterminacyjnych, prowadzących do ludobójstwa [11]. Pozostawiając chwilowo kwestię poprawności tego typu argumentowania i ewentualnych kontrargumentów zwolenników eutanazji, poza nurtem rozważań, należy stwierdzić, iż wąska, moralna i precedensowa wersja argumentu równi pochyłej stanowi najczęściej, jak się wydaje, stosowaną opcję argumentacyjną, która w zasadzie jest swoistym przygotowaniem gruntu dla jego szerokiej i społecznej wersji.

## **2. Społeczne racje argumentu równi pochyłej a zagadnienie eutanazji**

Szeroka wersja argumentu równi pochyłej w odniesieniu do problemu eutanazji, która w zasadzie bazuje na wąskiej jego wersji, dotyczy społecznego aspektu legalizacji działań eutanatycznych. Ów społeczny kontekst dotyczy dwóch typów problemów, po pierwsze, statyki oraz dynamiki społecznej, po drugie zaś, typu subargumentów stosowanych przy powoływaniu się na równię pochyłą, które charakteryzują się społecznymi komponentami. Oba typy problemów należy traktować w kategoriach racji społecznych, przemawiających w dyskusji na temat eutanazji, przeciwko jej legalizacji.

Pierwszy typ problemów związany jest, po pierwsze, z tradycyjnemu, bo nawiązującą do terminologii A. Comte'a, ujmowaną architekturą społeczną. Przez statykę społeczną rozumie się tu ład społeczny, który konstytuuje się poprzez wzajemne związki poszczególnych części, wchodzących w skład społeczeństwa, a także warunki formowania

się konsensu społecznego. Dynamika społeczna natomiast, dotyczy prawidłowego i ukierunkowanego rozwoju co oznacza, iż zmiany świadomości społecznej są ściśle związane z przemianami, jakie dokonują się w poszczególnych dziedzinach życia społecznego. W takim kontekście argument równi pochyłej oscyluje w kierunku trzech podstawowych sfer, a mianowicie: norm społecznych, społecznej stratyfikacji oraz społecznych więzi. W odniesieniu do sfery norm społecznych przeciwnicy eutanazji zdają się podkreślać, iż ład społeczny ufundowany jest na określonych zasadach moralnych i w związku z tym rozwój społeczny jest po prostu zgodny i dostosowany do moralnych wytycznych. Sfera społecznej stratyfikacji dotyczy natomiast, niepogłębiania różnic w szansach życiowych, tzn. w dostępie do pożądaných i cenionych dóbr [13], co wydaje się istotne dla stabilności architektury społecznej. Ostatnia zaś sfera skorelowana z więziami społecznymi, związana jest ściśle z zachowywaniem najważniejszych konformizmów grupowych, kultem wspólnych wartości oraz gotowością czy przekonaniem o przedkładaniu interesów wspólnoty nad indywidualnymi [9], co z kolei gwarantuje architektonice społecznej fundament.

W omówione w skrócie sfery związane z architekturą społeczną zostaje wpisany mechanizm argumentu równi pochyłej, tworząc tym samym płaszczyznę dla trzech głównych schematów jego egzemplifikacji, w których stosuje się odpowiednio do scharakteryzowanych sfer określone subargumenty. I tak, przy wyjściowym punkcie dotyczącym aprobaty legalizacji eutanazji, do sfery związanej z normami społecznymi, stosuje się następujące społecznie zdeterminowane subargumenty: „życie moralne jest balansowaniem na krawędzi” [1], więc jeśli zakwestionuje się normę „nie zabijaj”, to inne normy ulegną również dezawuacji – „życie ulegnie spotwornieniu” [1] – zaczniesz obowiązywać kultura śmierci, a konkluzja z tego płynąca to: nastąpi maskowanie zwykłych morderstw [14]. Kolejna egzemplifikacja, przy takim samym punkcie wyjściowym, dotyczy sfery związanej ze stratyfikacją, a subargumenty to: obniżenie szacunku życia chorych i cierpiących – niebezpieczeństwo dla niepełnosprawnych i chorych – osoby niepełnosprawne i chore będą czuły się w obowiązku wybierania eutanazji, zaś konstatacja to: władza jednych (zdrowych, profesjonalistów) nad drugimi (chorymi, niepełnosprawnymi) [1]. Ostatni schemat egzemplifikacyjny, znów przy niezmiennym punkcie wyjścia, to: suwerenne wybory będą szkodą wyrządzaną innym – jako ludzie będziemy jedynie jednostkami, a nie częściami społeczeństwa [1] – niewłaściwy wpływ na życie społeczne, zaś ostateczny skutek to: roz-

szerzenie kręgu osób, którzy będą mieli prawa do podejmowania działań eutanatycznych [14]. Należy zaznaczyć, iż podobnie jak w przypadku wąskiej wersji argumentu równi pochyłej, również w jego szerokiej wersji, przeciwnicy eutanazji powołują się na swego rodzaju ilustratywną formę argumentacji, przywołując po prostu jako niepożądany skutek wkroczenia zwolenników eutanazji na równię pochyłą, darwinizm społeczny [5]. W odróżnieniu natomiast od wąskiej wersji argumentu równi pochyłej, jej szeroka opcja nie stanowi precedensowego rodzaju, a raczej przyczynowy. Oznacza to, że argument równi pochyłej odnosi się do unikania działań, które mogą spowodować serię niepożądanych wypadków [3] i jest często określany jako „droga małych kroków”. W tym razie nie chodzi więc o wyjątek od reguły i sekwencję kolejnych, coraz to szerzej zakrojonych wyjątków, prowadzących do katastrofalnego skutku, ale o to, iż z jednej przyczyny projektuje się prawdopodobieństwo wystąpienia złych skutków działania, „przy założeniu, że pomiędzy punktem wyjściowym a pierwszą z konsekwencji istnieje związek warunkowy” [3].

B Chyrowicz zaznacza jednak, iż ów punkt wyjściowy jest akceptowalny *prima facie* [3]. Oznaczałoby to, iż w odniesieniu do przyczynowego rodzaju argumentu równi pochyłej istnieje taki sam problem, jak z precedensowym, tzn. nie spełniałby cechy (2), konstytutywnej w ogóle dla argumentu równi pochyłej. Aby jednak móc mówić o zasadności stosowania przez przeciwników eutanazji tego argumentu należy uwzględnić to, iż opiera się on na węższej wersji precedensowej, co do której wątpliwości w tej kwestii zostały omówione powyżej. Należy zatem jeszcze raz podkreślić, iż wąska, moralna i precedensowa wersja argumentu dotyczącej akceptacji samego aktu eutanazji warunkuje możliwość powoływania się na szeroką, społeczną i przyczynową wersję równi pochyłej związanej z legalizacją eutanazji.

### **Zakończenie: dialektyczność dyskusji jako źródło społecznej nierozstrzygalności kwestii eutanazji**

Rodzaj dyskursu, w ramach którego problem eutanazji wpisuje się w argument równi pochyłej, w ramach którego stosuje się racje społeczne należy określić jako dyskusję dialektyczną. B. Chyrowicz niejednokrotnie podkreśla, iż „właściwym miejscem” czy „miejscem odwoływania” się do argumentu równi pochyłej jest dialog, dyskusja. Dlaczego jednak dyskusję – odnoszącą się do kontekstu społecznego, prowadzoną między



zwolennikami i przeciwnikami eutanazji, została określona jako nosząca znamiona dialektyczne? Posługując się argumentem równi pochyłej oponenti czynów eutanatycznych, wydają się pełnić o wiele ważniejszą rolę niż ich adwersarze, co przypomina funkcję pytającego w klasycznej rozmowie dialektycznej. Owo pierwszeństwo związane jest z wysuwaniem prawdopodobnych zdarzeń jako konsekwencji, spowodowanych wyborem przez oponenta wyjściowego punktu, którym jest opcja opowiadająca się „za” działaniami eutanatycznymi. Zwolennicy eutanazji nie tylko odpierają kolejne subargumenty w przywoływanych sekwencjach argumentacyjnych oraz negatywne skutki, ale przede wszystkim wykazują, iż przytaczane rodzaje argumentu równi pochyłej nie mają wiążącej mocy logicznej. Przyczynową wersję argumentu można bowiem określić mianem empirycznej, gdyż wykorzystuje ona „krok indukcyjny” [3], a domniemane związki przyczynowe między działaniem wyjściowym a ostatecznym skutkiem nie mają charakteru koniecznego. Należy przy tym zaznaczyć, iż sami zwolennicy eutanazji zwykli się jednak posługiwać przy odpieraniu argumentów swych adwersarzy, empirycznymi przykładami społeczeństw, które pomimo legalizacji eutanazji, nie wkroczyły na równię pochyłą. Precedensowa zaś wersja argumentu równi pochyłej również nie opiera się na dedukcyjnym modelu rozumowania i w zasadzie jest swego rodzaju techniką wręcz demagogiczną, bo „nie ma logicznych podstaw, dla których powody usprawiedliwiające eutanazję (...) powinny także logicznie usprawiedliwiać zabijanie” ludzi w ogóle [8]. W zastosowaniu problemu eutanazji do argumentu równi pochyłej, zwolennicy eutanazji podkreślają „nieproporcjonalny w stosunku do podanych racji stan zagrożeń”, czasem niemerytoryczność podejścia, np. utożsamianie terminu eutanazji w podanym powyżej rozumieniu z pojęciem eksterminacji oraz „brakiem oczywistości empirycznej” [3].

Na podstawie powyższych analiz argumentu równi pochyłej w odniesieniu do zagadnienia eutanazji oraz skrótowo nadmienionych uwag krytycznych można stwierdzić, iż nierozstrzygalność dyskusji opartej na racjach społecznych tkwi, z jednej strony, w zachowywaniu przez przeciwników eutanazji pozorów dialektycznej rozmowy, w której chodziło o wykazanie na drodze dedukcji, sprzeczności twierdzenia oponenta. W przypadku argumentu równi pochyłej natomiast, przedstawia się prawdopodobne niepożądane skutki, co nie prowadzi do wykazania niesłuszności ewentualnego podjęcia lub zalegalizowania eutanazji. Z drugiej zaś strony zwolennicy eutanazji, zgłaszając wątpliwości, co do niemożliwości weryfikacji empirycznej owych skutków nie uwzględniają, iż zjawiska

społeczne, o które *de facto* chodzi w szerszej, przyczynowej wersji argumentu równi pochyłej, która jest głównym przedmiotem niniejszego artykułu, zachodzą w świadomości społecznej stopniowo i nie stanowią „czystych faktów”.

## Piśmiennictwo

1. Alichniewicz A.: Eutanazja a etyczne podstawy medycyny stanów terminalnych [w:] *Narodziny i śmierć*, M. Gałuszka, K. Szewczyk (red.), Warszawa – Łódź 2001.
2. Chyrowicz B.: *Sytuacjach bez wyjścia w etyce*. Kraków 2008.
3. Chyrowicz B.: *Bioetyka i ryzyko: argument „równi pochyłej” w dyskusji wokół osiągnięć współczesnej genetyki*. Lublin 2002.
4. Gałuszko M., K. Szewczyk (red.): *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*. Warszawa – Łódź 1996.
5. Hołówka J.: *Pochwała eutanazji*. [w:] *Eutanazja. Prawo do życia, prawo do wolności*, pod red. B. Chyrowicz, Lublin 2005.
6. Banaszczyk A.: *Między dylematem etycznym a retoryczną wypowiedzią: kwestia nierozstrzygalności problemu eutanazji*. [w:] *Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna – antropologia – humanistyka*, (red.) J. Kolbuszewski, Wrocław 2009.
7. Janaszczyk A.: *Przyczynek do aporematicznego ujęcia fenomenu śmierci w wybranych elementach dyskursu etyczno-społecznego na przykładzie problematyki eutanatycznej*, [w:] *W drodze do brzegu życia*, (red.) E. Krajewska-Kułak, C. Łukaszuk, B. Jankowiak, T. 4, Białystok 2008.
8. Kuhse H.: *Eutanazja*. [w:] *Przewodnik po etyce*, (red.) P. Singer, Warszawa, 2002.
9. Ossowski S.: *Wielogłowy Lewiatan i grupa społeczna. O perypetiach pojęciowych w socjologii*, *Dzieła*, t. 4., Warszawa 1967.
10. Ross A.: *Argumentacja i perswazja*. [w:] *Metaetyka*, (red.) I. Lazari-Pawłowska, Warszawa 1975.
11. Singer P.: *Etyka praktyczna*, przeł. Agata Sagan. Warszawa 2007.
12. Stevenson Ch. L.: *Istota sporów etycznych*. [w:] *Metaetyka*, (red.) I. Lazari-Pawłowska, Warszawa 1975.
13. Sztompka, *Socjologia*, Kraków 2004.
14. Tejchman J.: *Etyka społeczna*. Warszawa 2002.

Marta Wiska<sup>1</sup>, Iwona Kluczek<sup>2</sup>, Andrzej Krupienicz<sup>2</sup>

## Postawy studentów pielęgniarstwa i prawa wobec eutanazji na podstawie badań własnych

*Nikommu, nawet na życzenie nie dam śmiercionośnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał... [1]*

### Wstęp

Najcenniejsze spośród wszystkich praw człowieka, czyli prawo do życia, nie jest już zagwarantowane we wszystkich państwach na świecie. W wielu krajach społeczeństwo ubiega się o legalizację eutanazji. Mimo, iż jest ona jeszcze niezbyt powszechna i w wielu rejonach na świecie ludzie zgłaszają wobec niej wyraźny sprzeciw, głosy ludzi będących jej zwolennikami nasilają się.

Człowiek nowoczesny ceni sobie ponad wszystko możliwość decydowania o swoim życiu w każdym jego aspekcie. Zaczęto silnie eksponować zagadnienie jakości życia, stąd też istnieje coraz większe przyzwolenie na eutanazję.

Obecnie zainteresowanie eutanazją w naszym kraju również wzrasta. Dzieje się tak z powodu starzenia się środowiska oraz wzrostu zapadalności na choroby nieuleczalne, niosące ze sobą ogrom cierpienia.

Z powodu licznych kontrowersji wokół problemu eutanazji należy ją traktować bardzo poważnie, szczególnie rozważać aspekt medyczny, etyczny i prawny, by nie popełnić błędu, którego efektem może być zaakceptowanie przyzwolenia na eutanazję, a tym samym łatwość stosowania, oczywiście w majestacie prawa „dobrej śmierci”.

---

<sup>1</sup> Absolwentka Wydziału Nauki o Zdrowiu kierunku pielęgniarstwo Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup> Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Podstawą zaufania do człowieka, który wykonuje zawód medyczny (lekarz, pielęgniarka) jest niezachwiana wiara w to, że w momencie gdy poprosimy o pomoc i radę niezwłocznie uczyni wszystko, co będzie tylko w stanie wykonać by ratować nasze życie i zdrowie.

Ogromna liczba osób chorych uważa, że ratowanie życia i przywracanie zdrowia jest podstawowym działaniem służb medycznych. Tylko nieliczna część chorych pragnie, by lekarze skrócili ich cierpienia i dokonali na nich aktu eutanazji. Trzeba jednak pamiętać o tym, że prośba o eutanazję nie zawsze jest decyzją przemyślaną, może być ona jedynie aktem desperacji, który wynika z depresji wywołanej chorobą i cierpieniem czy trudnością pogodzenia się ze schorzeniem, które niszczy wszystkie marzenia człowieka.

Ideałem czasów przeszłych i dzisiejszych jest przywrócenie zdrowia i ulgi w cierpieniu. Przy obecnym stanie wiedzy medycznej możliwe jest przyniesienie ukojenia i kontynuowanie życia z cierpieniem czy niepełnosprawnością, zachowując przy tym odpowiedni poziom komfortu psychicznego i fizycznego.

Nie zawsze jednak przywrócenie zdrowia jest możliwe, czasami jest wręcz nierealne. Prawie każdy człowiek choć raz w życiu cierpi na nieuleczalną chorobę, każdy z nas umiera. Tu właśnie należy zadać pytanie, czy w przypadkach chorób, przy których nie ma szans na wyleczenie, istnieje sens przedłużania współistniejącego ze schorzeniem cierpienia i bólu?

Odpowiedź na to pytanie nie jest prosta. Najczęściej zależy ona od wyznawanej przez większość społeczeństwa filozofii, religii czy światopoglądu, która kształtuje i kieruje opinią publiczną w kraju.

Motywy podjęcia decyzji o przeprowadzeniu badań w tym zakresie jest fakt, iż problem eutanazji stał się w ostatnich czasach niezwykle aktualny i ważny dla naszego społeczeństwa.

W oparciu o przeprowadzone badania autorskie podjęto próbę porównania opinii na temat eutanazji wśród studentów pielęgniarstwa i prawa, ponieważ to w szpitalach i na salach sądowych dochodzi do podejmowania decyzji na temat życia i śmierci. Zawsze są one dramatyczne, konfliktowe i osobliwe dla tych, którzy w nich uczestniczą.

### **Cel pracy, materiały, metody, charakterystyka badanej populacji**

Celem pracy było dokonanie analizy i porównanie opinii studentów pielęgniarstwa i prawa wobec dylematu etycznego, jakim jest eutanazja. Główny problem badawczy pracy to pytanie: „W jakim stopniu studenci

prawa i pielęgniarstwa wykazują akceptację dla eutanazji?” W poszukiwaniu odpowiedzi na tak skonstruowane pytanie miały pomóc problemy szczegółowe obejmujące następujące zagadnienia: Czy badani są za legalizacją eutanazji? Czy są osobami wierzącymi? Czy wyznawana przez nich wiara wpływa na opinię dotyczącą eutanazji? Czy zalegalizowanie eutanazji może doprowadzić do nadużyć? Kto powinien decydować o eutanazji? Czy istnieje sens cierpienia? Czy badani podjęliby decyzję o dokonaniu eutanazji na własnej osobie?

Ustalenie odpowiedzi na zdefiniowane powyżej problemy pozwoliło na sprawdzenie wiarygodności podstawowej hipotezy pracy: „Studenci prawa częściej opowiadają się za legalizacją eutanazji niż studenci pielęgniarstwa”.

Badania zostały przeprowadzone na przełomie listopada i grudnia 2008 roku na 75-osobowych grupach studentów pielęgniarstwa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz studentach prawa Uniwersytetu Warszawskiego. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Posłużono się techniką ankietową, użyto autorskich kwestionariuszy ankiet. Ankieta składała się z 20 pytań. 3 pytania charakteryzowały grupę badawczą, pozostałych 17 dotyczyło głównego problemu pracy.

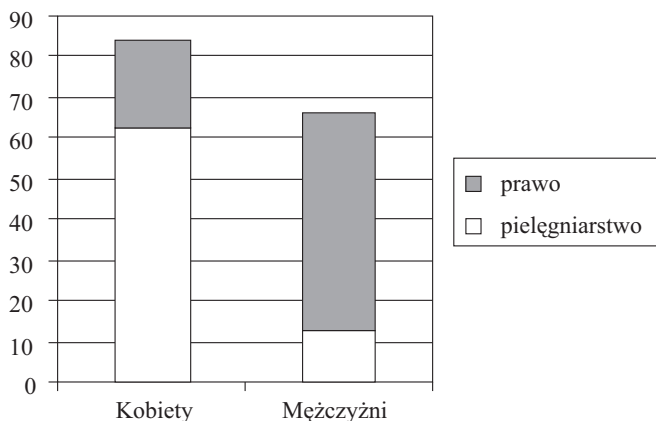
Wyniki uzyskane w badaniu poddano analizie ilościowej i statystycznej z wykorzystaniem programu komputerowego MS Excel 2007.

Na podstawie uzyskanych danych dokonano charakterystyki demograficzno-społecznej badanej populacji.

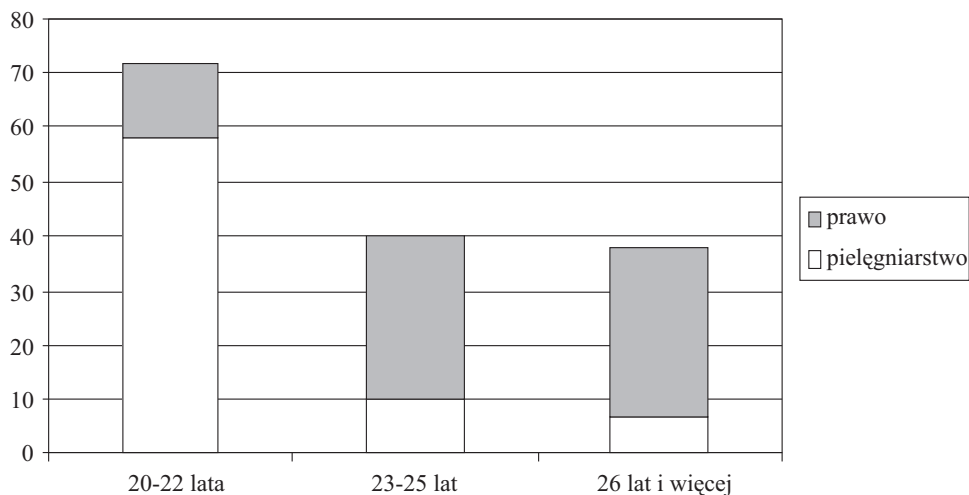
W badaniu wzięło udział 150 respondentów. Wśród nich 84 kobiety i 66 mężczyzn. W grupie kobiet: 62 osoby reprezentowało studia pielęgniarstwa, a 22 studia prawnicze. Mężczyźni biorący udział w badaniu to w 70,7% studenci prawa, studenci pielęgniarstwa stanowią 17,4% (ryc. 1).

Analiza wieku badanej populacji przedstawia się następująco: najliczniejsza grupa respondentów to studenci w wieku 20–22 lat (70 osób); w tym studenci prawa stanowią 18,6% badanych, a pielęgniarstwa 77,3%. 40 osób badanych legitymuje się wiekiem z przedziału 23–25 lat. W tej grupie wiekowej studenci prawa stanowią 40%, a studenci pielęgniarstwa 13,3%. W przedziale wieku 26 lat i więcej jest 38 badanych; studenci pielęgniarstwa w tej grupie stanowią 9,4%, studenci prawa 41,4% (ryc. 2).

Badani wywodzili się z różnych środowisk: największa liczba respondentów, tj. 60 osób wywodzi się z miast do 50 tys. mieszkańców, w tym studenci pielęgniarstwa to 33 osoby a studenci prawa stanowią 27 osób.

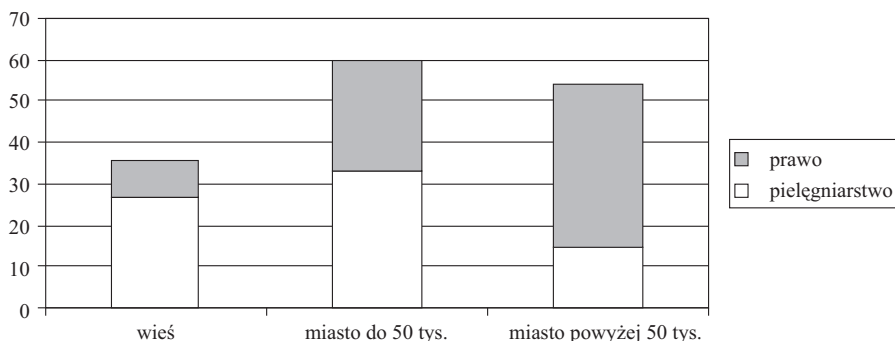
**Ryc. 1. Badani wg płci**

Źródło: badania własne

**Ryc. 2. Badani wg wieku**

Źródło: badania własne

Pochodzeniem ze środowiska wielkomiejskiego legitymuje się 54 badanych, wśród których największą liczbę, bo 39 stanowią studenci prawa, studenci pielęgniarstwa w tej grupie to 15 osób. Ze środowiska wiejskiego pochodzi 36 badanych – studenci pielęgniarstwa stanowią 27 osób, studenci prawa to 9 badanych (ryc. 3).

**Ryc. 3. Badani wg miejsca zamieszkania**

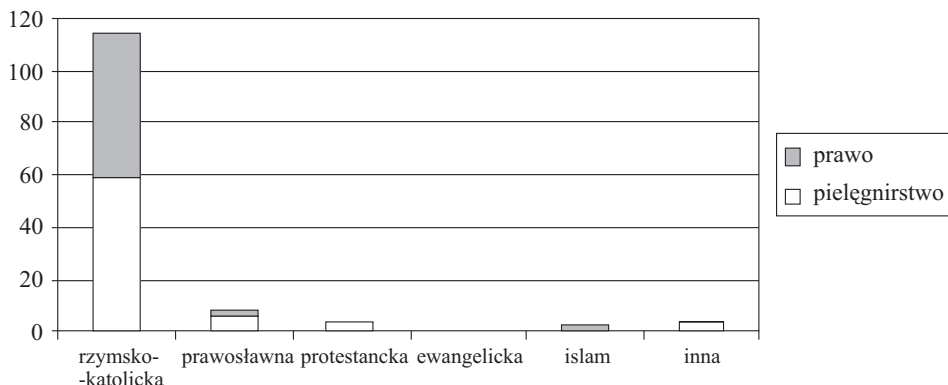
Źródło: badania własne

## Wyniki badań

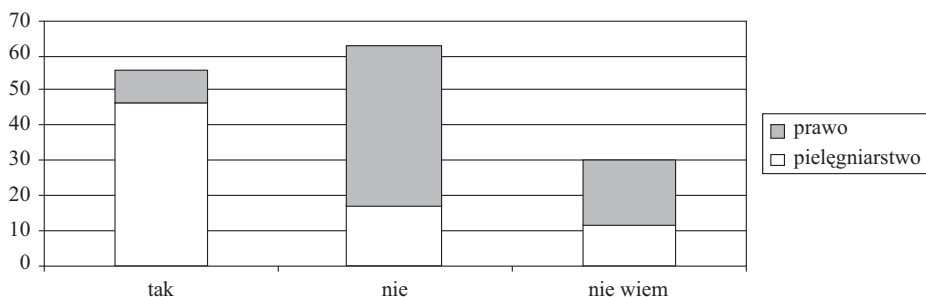
W części właściwej kwestionariusza ankiety uczestnicy badań zostali poproszeni o określenie swojego stosunku do wiary. Z analizy otrzymanego od respondentów materiału wynika, że 87,3% badanych to osoby wierzące (w tym 47,3% to studenci pielęgniarstwa, a 40% to studenci prawa). Osoby niewierzące stanowią 12,6% badanej populacji, gdzie 12,4% to studenci prawa, a 0,2% to studenci pielęgniarstwa.

Osoby wierzące zapytano, jakiej religii są wyznawcami. Uzyskane odpowiedzi przedstawiają się następująco: najliczniejszą grupę stanowią wyznawcy religii rzymsko-katolickiej – 76% (w tym: studenci prawa – 39,3%, studenci pielęgniarstwa – 36,7%), wyznawcy prawosławia stanowią 5,3.% (pielęgniarki w tej grupie to 4%, prawnicy – 1,3%). Protestantów w badanej populacji reprezentuje 2%, są to studenci pielęgniarstwa. Islam reprezentuje 1,3% badanych, wszyscy są studentami prawa, 2,6% nie potrafi jednoznacznie określić wiary, którą wyznaje (ryc. 4).

Osobom wierzącym wśród badanych postawiono również pytanie, dotyczące wpływu wiary na kształtowanie się ich opinii dotyczącej eutanazji. Uzyskane dane wskazują, że w życiu 61,3% studentów pielęgniarstwa i 13,3% studentów prawa wiara ma wpływ na stanowisko wobec eutanazji. Osoby, dla których wiara nie ma wpływu na kształtowanie się tej opinii to w 22,6% studenci pielęgniarstwa i w 61,3% studenci prawa. 20% badanych nie potrafi ustosunkować się do tego pytania (w tym 7,3% studenci pielęgniarstwa i 12,7% studenci prawa) (ryc. 5).

**Ryc. 4. Religie wyznawane przez badanych**

Źródło: badania własne

**Ryc. 5. Wpływ wiary na kształtowanie się opinii na temat eutanazji wg badanych**

Źródło: badania własne

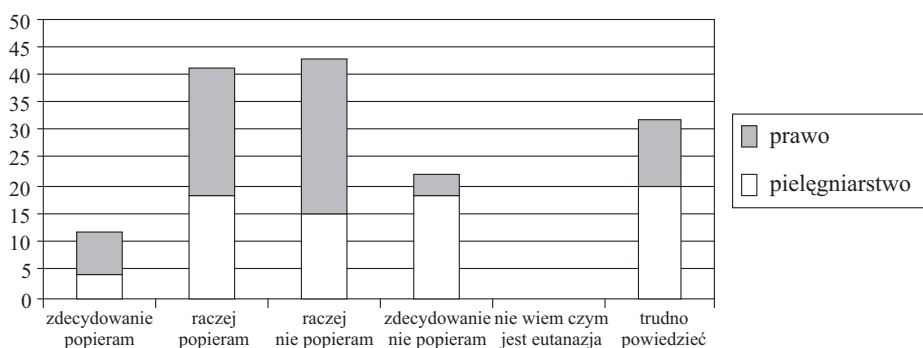
W trakcie badania respondenci mieli możliwość sformułowania i podania własnej definicji eutanazji. Wyniki przedstawiają się następująco: dla 42,6% studentów pielęgniarstwa i 68% studentów prawa eutanazja jest zaprzestaniem terapii podtrzymującej życie. Inne pojęcia eutanazji ma 16% studentów pielęgniarstwa i 12% studentów prawa. Dla nich eutanazja to podanie środków przeciwbólowych w ilościach, które doprowadzą do śmierci. 41,4% studentów pielęgniarstwa i 20% studentów prawa jest zdania, że eutanazja to pomoc w samobójstwie.

Postawione respondentom pytanie mające na celu określenie ich stosunku do eutanazji przyniosło następujące wyniki: 8% studentów zdecydowanie ją popiera (z czego 2,6% to studenci pielęgniarstwa, a 5,4%



to studenci prawa), 27,3% respondentów odpowiedziało, że „raczej popieram”, gdzie 10% to studenci pielęgniarstwa. Negatywne nastawienie do eutanazji ma 28,6% osób, które odpowiedziały „raczej nie popieram” (10% studenci pielęgniarstwa, 18,6% studenci prawa). 14,6% badanych jest zdecydowanie przeciw eutanazji (gdzie 12% to studenci pielęgniarstwa, a 2,6% to studenci prawa). 21,3% nie ma ukształtowanej opinii na ten temat. Wśród tej grupy jest 13,3% studentów pielęgniarstwa i 8% studentów prawa (ryc. 6).

Ryc. 6. Stosunek badanych do eutanazji



Źródło: badania własne

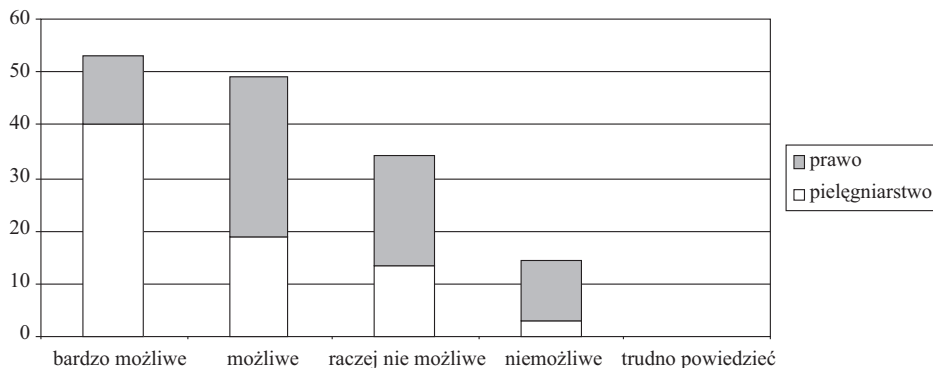
Za legalizacją eutanazji jest 38,6% badanych (w tym 16,6% studentów pielęgniarstwa i 22% studentów prawa), przeciwko 38%, z czego 15,3% to studenci pielęgniarstwa, a 22,6% to studenci prawa. 23,3% badanej populacji nie ma zdania na ten temat, gdzie 18% to studenci pielęgniarstwa, a 5,3% to studenci prawa.

Na postawione badanym pytanie, jakie korzyści przyniesie legalizacja eutanazji respondenci udzielili następujących odpowiedzi: 2,6% studentów pielęgniarstwa i 8,6% studentów prawa odpowiedziało, że nie przyniesie nic nowego. 25,3% studentów pielęgniarstwa i 40% studentów prawa, że więcej złego niż dobrego. Przeciwnego zdania było 22,6% respondentów z czego 8,6% to studenci pielęgniarstwa, a 14% to studenci prawa. 52,1% studentów pielęgniarstwa i 14,7% studentów prawa zaznażyło odpowiedź „trudno powiedzieć”.

W odpowiedzi na pytanie „czy po wprowadzeniu eutanazji może dochodzić do nadużyć?” 53,3% studentów pielęgniarstwa i 17,3% studentów prawa odpowiedziało, że jest to bardzo możliwe, 25,3% studen-

tów pielęgniarstwa i 40% studentów prawa odpowiedziało możliwe. Przeciwnego zdania było 32% badanej populacji, z czego 22,6% respondentów uznało, iż jest to niemożliwe (w grupie tej było 8,6% studentów pielęgniarstwa i 14% studentów prawa), a 9,3% odpowiedziało „raczej niemożliwe” (w tym 2,6% studentów pielęgniarstwa i 7,6% studentów prawa) (ryc. 7).

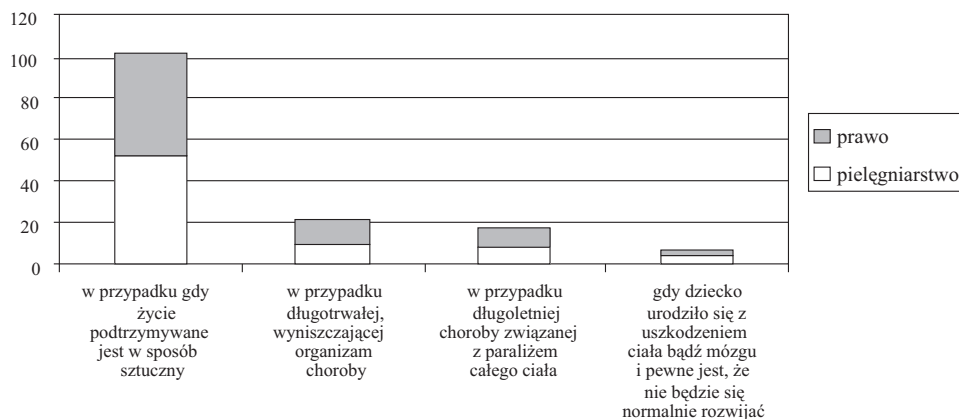
**Ryc. 7. Opinie badanych dotyczące nadużyć po legalizacji eutanazji**



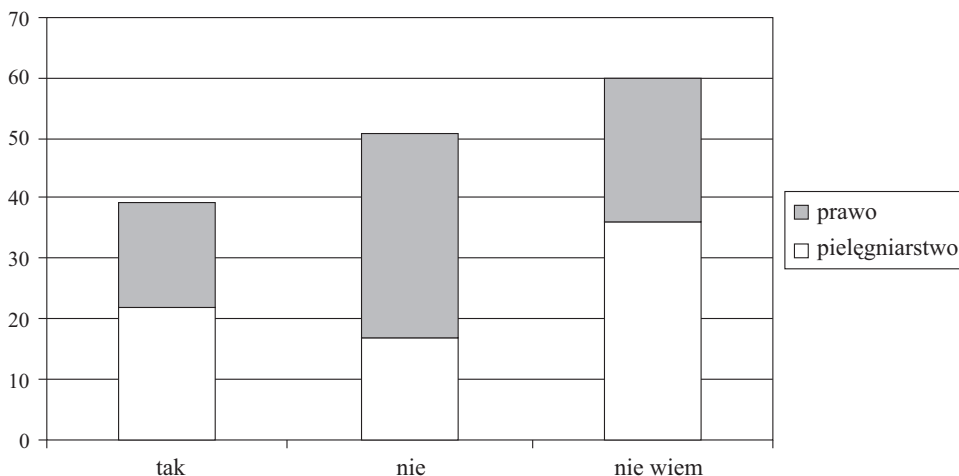
Źródło: badania własne

Kolejne pytanie zadane respondentom dotyczyło opisu sytuacji, które przemawiałyby za zgodą badanych na eutanazję, 70,6% studentów pielęgniarstwa i 65,2% studentów prawa zgodziłyby się na eutanazję w przypadku, gdy życie podtrzymywane jest w sposób sztuczny. Kolejna część respondentów zgodziłaby się na eutanazję w przypadku długotrwałej, wyniszczającej organizm choroby – 13,3% studentów pielęgniarstwa i 16% studentów prawa. 10,6% studentów pielęgniarstwa i 13,4% studentów prawa podjęłoby decyzję o dokonaniu eutanazji w przypadku długoletniej choroby związanej z paraliżem całego ciała. 4,6% respondentów jest zdania, że na eutanazję zgodziłoby się w przypadku, gdy dziecko urodziło się z uszkodzeniem ciała bądź mózgu i pewne jest, że nie będzie się normalnie rozwijać (w tym 2,6% studentów pielęgniarstwa i 2% studentów prawa) (ryc. 8).

Zgodę na własną eutanazję w przypadku stwierdzenia nieuleczalnej choroby wyraziłoby 29,3% studentów pielęgniarstwa i 22,6% studentów prawa; przeciwnego zdania było 22,6% studentów pielęgniarstwa i 45,3% studentów prawa. Pozostała część respondentów (48,1% studentów pielęgniarstwa i 32,1% studentów prawa) nie wie, jak by się w takiej sytuacji zachowała (ryc. 9).

**Ryc. 8. Sytuacja przemawiająca za zgodą badanych na eutanazję**

Źródło: badania własne

**Ryc. 9. Zgoda na własną eutanazję w przypadku stwierdzenie nieuleczalnej choroby**

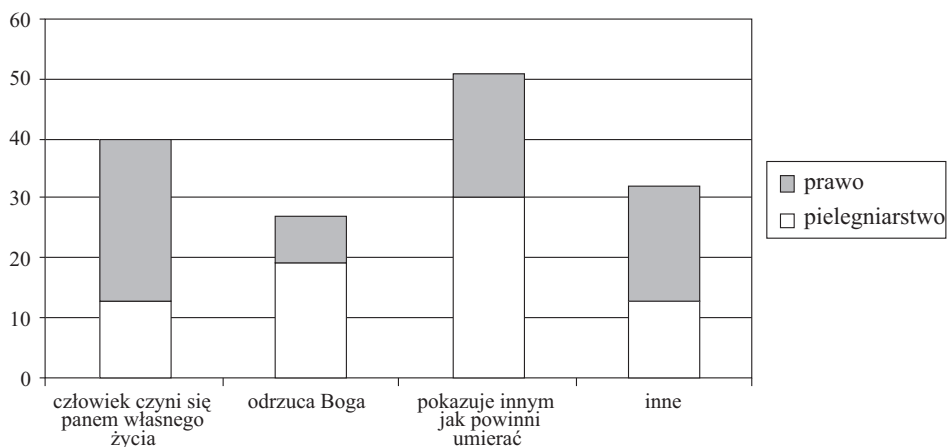
Źródło: badania własne

Według badanych o eutanazji powinien decydować pacjent (89,3% studentów pielęgniarstwa i 84% studentów prawa). Dla 9,3% studentów pielęgniarstwa i 14,6% studentów prawa decyzja ta należy do rodziny pacjenta. Po jednej osobie z badanych grup uważa, że podjęcie takiej decyzji leży w kompetencjach lekarza.

Kolejne pytanie postawione badanej populacji dotyczyło istnienia sensu cierpienia. 34,6% studentów pielęgniarstwa i 26,6% studentów prawa wierzy w to niezachwianie, natomiast 20% przyszłych pielęgniarek i 5,3% przyszłych prawników jest skłonnych w to uwierzyć. 22,6% respondentów raczej nie wierzy w sens cierpienia, z czego 9,3% to studenci pielęgniarstwa, a 13,3% to studenci prawa. Niewierzących w sens istnienia jest 26,8% studentów pielęgniarstwa i 41,5% studentów prawa.

Uczestniczący w badaniu respondenci wyrażali różne opinie dotyczące prośby: „o skrócenie życia...” 17,3% studentów pielęgniarstwa i 36% studentów prawa jest zdania, że człowiek czyni się panem własnego życia, natomiast 25,3% osób studiujących pielęgniarstwo i 10,6% osób studiujących prawo sądzi, że chory pokazuje innym jak powinni umierać. Odpowiedź „odrzuca Boga” zaznaczyło 34% respondentów, z czego 20% to studenci pielęgniarstwa, a 10% to studenci prawa. Pozostała część respondentów – 21,3% udzieliła innej odpowiedzi (ryc. 10, tab. 1).

Ryc. 10. Opinie badanych na temat prośby o skrócenie życia



Źródło: badania własne

Z analizy badań wynika, że kontakt badanych z osobą bliską nieuleczalnie chorą miało 51,3% respondentów, w tym 28,6% studentów pielęgniarstwa i 22,6% studentów prawa. Brak kontaktu z osobą cierpiącą na chorobę nieuleczalną potwierdziło 48,7% badanych, w tym 21,4% studentów prawa i 27,3% studentów pielęgniarstwa.

Opiekę nad osobą nieuleczalnie chorą sprawowało 66% badanych, gdzie studenci pielęgniarstwa stanowili 46%, a studenci prawa 20% bada-

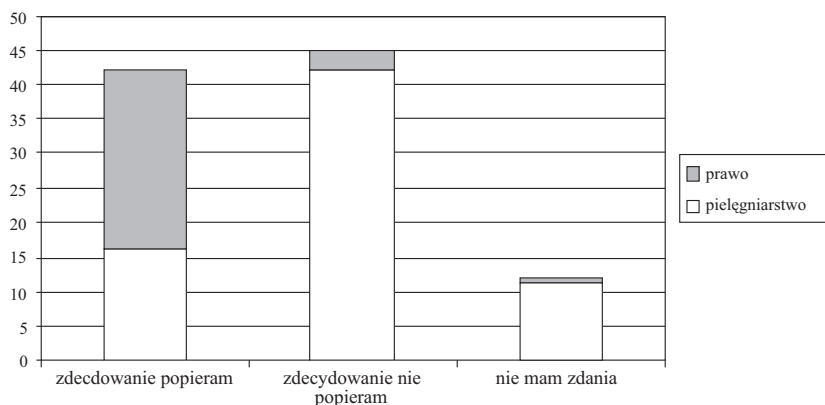
**Tabela 1. Inne opinie badanych na temat prośby o skrócenie życia**

Studenci pielęgniarstwa	Studenci prawa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• człowiek pragnie uwolnić się od cierpienia</li> <li>• człowiek skraca swoje bezsensowne cierpienie</li> <li>• człowiek nie chce cierpieć dokonuje wyboru, który uważa za słuszny i najlepszy dla siebie</li> <li>• nie może znieść bólu</li> <li>• nie chce już walczyć o siebie</li> <li>• idzie na „łatwiznę”</li> <li>• bawi się w Boga</li> <li>• nie chce przedłużać bólu</li> <li>• przestaje być ciężarem dla innych</li> <li>• poddaje się</li> <li>• odcina się od cierpienia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• jest w dramatycznie złej sytuacji</li> <li>• przerywa cierpienie</li> <li>• umierający wie najlepiej czy i jak chce żyć</li> <li>• robi to z bólu, słabości i strachu</li> <li>• decyduje zamiast Boga</li> <li>• nie ma już żadnej nadziei</li> <li>• człowiek decyduje sam o sobie</li> <li>• prosi o pomoc</li> <li>• poddaje się</li> <li>• decyduje o własnym losie</li> <li>• przyspiesza to co nieuchronne</li> <li>• ciężko powiedzieć</li> <li>• odrzuca wolę Boską</li> <li>• przestaje męczyć siebie i bliskich</li> <li>• pokazuje, że jego cierpienie jest nie do zniesienia</li> <li>• człowiek decyduje o tym co jest dla niego i jego rodziny najlepsze</li> <li>• skraca swoje cierpienie</li> <li>• życie w cierpieniu nie ma dla niego sensu</li> </ul>

Źródło: badania własne

nych. Roli opiekuna osoby nieuleczalnie chorej nie pełniło 34% badanych (4% studentów pielęgniarstwa i 30% studentów prawa).

Na postawione respondentom pytanie dotyczące wyrażenia własnej opinii o eutanazji, jako metodzie uwolnienia od cierpienia uzyskano następujące odpowiedzi: 23,1% studentów pielęgniarstwa i 86,6% studentów prawa popiera stwierdzenie, że eutanazja jest uwolnieniem od cierpienia”. 45,4% respondentów ma inne zdanie na temat powyższej kwestii, z czego 42,4% to studenci pielęgniarstwa, a 3% to studenci prawa. Brak własnego zdania w tej kwestii deklaruje 12% badanych (w tym 11,1% studentów pielęgniarstwa i 0,9% studentów prawa) (ryc. 11).

**Ryc. 11. Eutanazja jako uwolnienie od cierpienia w opinii badanych**

Źródło: badania własne

W oparciu o uzyskane dane z badań własnych można stwierdzić, że:

1. Za legalizacją eutanazji jest 33,3% studentów pielęgniarstwa i 44% studentów prawa.
2. Za osoby wierzące uważa się 94,6% studentów pielęgniarstwa i 80% studentów prawa.
3. Dominującą religią w badanej populacji jest wyznanie rzymsko-katolickie.
4. Wiara wpływa na kształtowanie się opinii na temat eutanazji 3 razy częściej u studentów pielęgniarstwa niż u studentów prawa.
5. Studenci pielęgniarstwa są zdania, że po legalizacji eutanazji może dochodzić do nadużyć (78,6%).
6. Respondenci obu badanych grup uważają, że aktu eutanazji powinno dokonywać się jedynie na osobach, których życie podtrzymywane jest w sposób sztuczny.
7. Nie każda osoba będąca za legalizacją eutanazji, zgodziłaby się na dokonanie jej na sobie w przypadku wystąpienia nieuleczalnej choroby.
8. Eutanazji poddałoby się 88% zwolenników eutanazji na pielęgniarstwie i 51,5% na prawie.
9. 86,6% respondentów uważa, że o eutanazji powinien decydować pacjent.
10. W sens cierpienia wierzy więcej studentów pielęgniarstwa (34,6%) niż prawa (26,6%).

11. Studenci pielęgniarstwa są zdania, że człowiek prosząc o skrócenie życia pokazuje innym jak powinni umierać, natomiast studenci prawa uważają, że w takim przypadku człowiek czyni się panem własnego życia.
12. Opiekę nad osobą chorą sprawowało dwa razy więcej studentów pielęgniarstwa (69 osób) niż prawa (30 osób).

## Dyskusja

Wyniki przeprowadzonych badań własnych wykazują, że za legalizacją eutanazji jest 33,35% studentów pielęgniarstwa i 44% studentów prawa.

Podobne badania przeprowadził Kamil Raczyński „Eutanazja w opinii studentów prawa i medycyny”. Do zbadania problemu użył standaryzowanego kwestionariusza ankiety. Badaniem objęto studentów czwartego roku Wydziału Prawa Uniwersytetu Rzeszowskiego (75 osób) oraz studentów piątego roku Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (50 osób). Badania te wykazały, że 48% studentów medycyny i 40% studentów prawa jest za legalizacją eutanazji [2].

Badania przeprowadzone przez Iwonę Wilk „Eutanazja w opinii studentów pielęgniarstwa studiów licencjackich” objęły studentów Wydziału Ochrony Zdrowia CMUJ w Krakowie. Do badań wykorzystano kwestionariusz ankiety. Badania zostały przeprowadzone w dwóch etapach – na pierwszym (103 osoby) i trzecim (78 osób) roku kształcenia. Badania wykazały, że w toku kształcenia poparcie dla eutanazji maleje, tj. na początku kształcenia eutanazję popierało 23% badanych, natomiast na trzecim roku za eutanazją było już tylko 12% respondentów [3] (tab. 2).

**Tabela 2. Akceptacja legalizacji eutanazji**

	badania Raczyńskiego*	badania własne**	badania Wilk***	
studenci prawa	40%	44%	—	
studenci medycyny / pielęgniarstwa	48%	33,3%	I rok* 23%	III rok* 12%

Źródło: \* [2], \*\* badania własne, \*\*\* [3]

Porównanie badań własnych z badaniami Kamila Raczyńskiego pokazuje, że otrzymane wyniki są różne. W badaniach własnych poparcie dla eutanazji jest większe na prawie (44%) niż na pielęgniarstwie (33,3), natomiast w pracy Kamila Raczyńskiego za legalizacją eutanazji opowiada się więcej studentów medycyny (48%) niż prawa (40%), badania Wilk wskazują, że wraz ze zdobywaniem wiedzy medycznej akceptacja legalizacji eutanazji maleje.

Podsumowując uzyskane wyniki z badań własnych można stwierdzić, iż za legalizacją eutanazji było 33,3% studentów pielęgniarstwa i 44% studentów prawa. Za osoby wierzące uważało się 94,6% studentów pielęgniarstwa i 80% studentów prawa, a dominującą religią w badanej populacji było wyznanie rzymsko-katolickie. Wiara wpływała na kształtowanie się opinii na temat eutanazji 3-krotnie częściej u studentów pielęgniarstwa, niż u studentów prawa. Studenci pielęgniarstwa, w 78,6%, byli zdania, że po legalizacji eutanazji może dochodzić do nadużyć i że aktu eutanazji powinno dokonywać się jedynie na osobach, których życie podtrzymywane jest w sposób sztuczny. Respondenci uważali także, iż nie każda osoba będąca za legalizacją eutanazji, zgodziłaby się na dokonanie jej na sobie w przypadku wystąpienia nieuleczalnej choroby. Eutanazji bowiem poddałoby się 88% jej zwolenników będących studentami pielęgniarstwa i 51,5% prawa. O tym, iż o eutanazji powinien decydować pacjent, było przekonanych 86,6% respondentów. W sens cierpienia wierzyło więcej studentów pielęgniarstwa (34,6%), niż prawa.(26,6%). Ci pierwsi byli zdania, że człowiek prosząc o skrócenie życia pokazuje innym, jak powinni umierać, natomiast studenci prawa uważają, że w takim przypadku człowiek czyni się panem własnego życia.

## Zakończenie

Eutanazja jest zagadnieniem wieloaspektowym. Na postawę każdego człowieka wobec niej ma wpływ wiele czynników. Zaliczamy do nich: wychowanie, wpływ środowiska, w którym żyjemy; system moralny i wiara, którą wyznajemy. Jest znacznie więcej czynników, ale nie sposób ich wszystkich wyliczyć.

Chęć poszerzania wiedzy i posiadanie wszechstronnych zainteresowań są czynnikami sprzyjającymi procesowi kształtowania się opinii i postaw wobec eutanazji. Jest to bardzo ważne przede wszystkim w zawodzie pielęgniarki i prawnika.



W praktyce zawodowej pielęgniarki spotykają się z wieloma dylematami, które związane są z opieką nad cierpiącymi, niepełnosprawnymi i nieuleczalnie chorymi. Natomiast prawnicy i sędziowie, z racji wykonywanego zawodu zmuszeni są do stwierdzenia czy dokonanie aktu eutanazji jest pomocą człowiekowi cierpiącemu, czy też zbrodnią dokonaną na istocie ludzkiej.

Ludzie chorzy, bez szans na życie, które wiedli przed utratą zdrowia często popadają w depresję. Potrzeba im osoby, z którą mogliby porozmawiać na tematy nurtujące, otrzymać potrzebne wsparcie i pomoc, ale nie taką, która na zawsze pozbawi ich wolności wyboru – śmierci.

Po wejściu do Unii Europejskiej poszerzył się widnokrąg poglądów, przekonań i nowych ideologii. Istnieje tylko niepokój czy nowoczesny świat nie przekreśli osób przebywających samotnie w szpitalnych salach, czy ludzie nie dojdą do wniosku, że osób kołyszanych do snu odgłosami monitorów i kroplówek łatwiej będzie cicho i bezszelestnie ograbić z życia.

Z tego właśnie powodu bardzo ważne jest, by w odpowiedni sposób przysłużyć się procesowi kształtowania nastawienia młodych ludzi – studentów pielęgniarstwa i prawa, wobec zagadnień, takich jak życie czy śmierć, nauczenie by bez względu na wszystko wybierać dobro zgodnie z kodeksem etyki zawodowej i wrażliwości ludzkiej na innego człowieka.

Znaczące jest, by podczas całego cyklu edukacji zawodowej pielęgniarek i prawników przedstawiano zagadnienie eutanazji na różnych płaszczyznach. Jednocześnie istnieje potrzeba, by w toku studiów nauczać, że życie ludzkie ma taką samą wartość bez względu na to, czy człowiek jest zdrowy czy chory.

## Piśmiennictwo

A) Cytowane w pracy:

<http://www.bibl.amwaw.edu.pl/hipokrates.htm>, Listopad 2008

<http://www.racjonalista.pl/kk.php/s,5492>,

[http://www.neurocentrum.pl/biblioteka/promocja\\_zdrowia/tom6/wilk\\_i.doc](http://www.neurocentrum.pl/biblioteka/promocja_zdrowia/tom6/wilk_i.doc),  
maj 2009

B) Pozostałe źródła:

1. Aumonier N., Beignier B., Letellier P.: Eutanazja. Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 2003.

2. Błaszczuk J.: Świadoma zgoda pacjenta a eutanazja. [w:] W drodze do brzegu życia, tom III, red. Krajewska-Kułał E., Nyklewicz W., Łukaszuk C., Białystok 2007, 219–224.
3. [http://pl.wikipedia.org/wiki/Akcja\\_T4](http://pl.wikipedia.org/wiki/Akcja_T4), Maj 2009.
4. [http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str\\_zl/zjazd7/kel](http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_zl/zjazd7/kel).
5. [http://www.opoka.org.pl/biblioteka/F/FE/eutanazja\\_alternat\\_02.html](http://www.opoka.org.pl/biblioteka/F/FE/eutanazja_alternat_02.html), Listopad 2008.
6. Jan Paweł II: Encyklika *Evangelium Vitae*. Wyd. Pallottinum, Poznań 2003 118–127.
7. Kodeks karny, stan prawny na 1 czerwca 2008 roku, uwzględnia zmiany wchodzące w życie w październiku 2008, wyd. literat, str. 80–81.
8. Kuhse H.: Eutanazja. [w:] Przewodnik po etyce, red. Singer P. Wyd. Książka i Wiedza Warszawa 2002, 57.
9. Majewicz A., Marcinkowski J. T., Jakubowski K.: Eutanazja w Holandii i Belgii. [w:] W drodze do brzegu życia, tom III, red. Krajewska-Kułał E., Nyklewicz W., Łukaszuk C., Białystok 2007, 123–126.
10. Pietrzykowski T., Spór o eutanazję, wyd. SONIA DRAGA, Katowice 2007.
11. Staciwa M.: Problem eutanazji. [w:] W drodze do brzegu życia, tom III, red. Krajewska-Kułał E., Nyklewicz W., Łukaszuk C., Białystok 2007, 105–115.
13. Szeroczyńska M.: Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie. Wyd. UNIVERSITAS Kraków 2004, 57.
14. Turczak B.: Ból, cierpienie, eutanazja. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2008, 11, 31.
15. Walden-Gałaszko K.: Problemy psychiczne, duchowe i etyczne. *Pielęgniarstwo opiece paliatywnej i hospicyjnej*. Wyd. PZWL, Warszawa 2005, 217–219.

# Wielokulturowe postrzeganie śmierci

Czas odchodzenia.

Gdy przybywa lat i ubywa życia,  
gdy ciało chyli się ku ziemi,  
duch unosi się nad ciałem,  
śmierć włosa srebrem się mieni.

Obumierający człowiek  
i wieczność, która nie ma końca...  
kres niedokończonego istnienia  
i duch pragnący nadziei jak słońca ...

Na dalekim horyzoncie śmierć,  
dziś wyraźniejsza, odczuwalna.  
Chłodem pocałunku miłuje ciało.  
Rzeczywistość życia duszy,  
staje się realna.

Pokochaj starość z jej trudami.  
Uwierz w sens ziemskiego odchodzenia.  
Ciesz się jej darem kruchy człowieku.  
Nie każdy ma łaskę doczekać  
długiego istnienia.

Iza Marciniak





Antygona Chadzopulu<sup>1</sup>, Agnieszka Kułak<sup>2</sup>,  
Elżbieta Krajewska-Kułak<sup>3</sup>

## Uzdrowiająca moc ikon

*Ty  
Boski Mistrzu  
Wszystkiego, co istnieje  
Oświeć i kieruj  
Duszą i ciałem sług Twoich  
Prowadź ich ręce,  
Aby mogli  
Godnie  
I doskonale  
Przedstawić Twój Obraz,  
Obraz świętej Twojej Matki  
I wszystkich Twoich Świętych  
Ku chwale,  
Radości  
I upiększaniu  
Świętego Twego Kościoła.  
Amen.*

Modlitwa ikonopisania

### Kult ikon

Ikony (po grecku – *sikcov, eikon*) towarzyszą wiernym przez całe ich życie [1]. Są obecne we wszystkich ważnych zdarzeniach w życiu człowieka: gdy wierny wchodzi do cerkwi i zapala świece, na cześć świętych całuje ikonę [2]. Wierny prawosławny, po raz pierwszy, już przy chrzcinach otrzymuje ikonę ze świętym, którego imię mu nadadzą. Także w czasie ceremonii sakramentu małżeńskiego rodzice błogosławią swoje dzieci, dając im ikonę [1].

---

<sup>1</sup> Szpital Kawala, Grecja

<sup>2</sup> Studenckie Koło Naukowe Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>3</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Ojczyzną ikon jest wschodnie chrześcijaństwo, ale nie są obce też kościołowi zachodniemu [3]. W prawosławiu ikona jest ubóstwiana, ponieważ ikonopisarz korzysta z wizerunku Chrystusa odcisniętego bezpośrednio na jego całunie [2]. W katolicyzmie ikona (obraz święty) jest szanowana, ale nie poddaje się jej kultowi, chyba że udowodni się, że ma moc czynienia cudów [2].

Ikona pojawiła się prawdopodobnie w Bizancjum w pierwszej połowie V wieku [4, 5, 6, 7]. W opinii Ojca Wacława Hryniewicza, ikona ukazuje pełne światłości oblicze Boga [3]. Budzi ufność i nadzieję. Ukazuje piękno przyszłego świata i pojednanej ludzkości. Staje się przejmującym wołaniem o lepszy świat już tu, na ziemi. Uczy troski o innych, o ich dobro i zbawienie oraz może być szkołą ekumenicznej wrażliwości na los ludzi i wszelkiego stworzenia. Stanowi bowiem znak nadziei na odrodzenie człowieka i ostateczną przemianę świata [3].

Postacie „pisane” na ikonach przemawiają do ludzi obliczami rozjaśnionymi, promieniującymi, przeobrażonymi boską światłością, pełnymi spokoju, tkliwości i serdecznej uwagi [3]. Mają wydłużone proporcje, ich ciała sprawiają wrażenie bezcielesności i lekkości, sprawiając wrażenie, iż unoszą się wręcz w przestrzeni wyrażając tym samym stan uduchowienia człowieka [3]. W związku z tym klasyczne ikony mają charakter radosny i są wyrazem radości paschalnej, symbolem zwycięstwa piękna i dobra [3]. W opinii Ojca Wacława Hryniewicza ikonę poznaje się nie tylko umysłem, ale również sercem [3].

Wschodni mistycy radzą: „Skieruj swój umysł do serca, a wtedy módl się” [3]. Ikonę określa się także, jako „okno ku wieczności i niewidzialnemu światu” [3].

Sens ikonograficznej wizji świata uchwycił Dostojewski w sławnym powiedzeniu, iż „piękno zbawi świat”, a Jan Paweł II, w liście do artystów z 4 kwietnia 1999 r., nazwał te słowa „proroczą intuicją” [3].

W Rosji ikona nazywana jest *Bog*, dlatego gdy jest wynoszona z cerkwi, ludzie mówią: „Bogowie idą” [4]. Lis podaje, iż początków tej terminologii oraz związków ikony z wróżbami można doszukać się w wierzeniach pogańskich [8]. Według nich wierzy się, iż właściwą ikonę znajduje odpowiedni człowiek lub grupa ludzi, w określonym miejscu, np. na drzewie, najczęściej dębie, które rośnie nad wodą albo w górach, czy też ruinach starej cerkwi [8].

Kult ikon ściśle wiąże się z kultem przedstawianych na nich świętych (Bóg, Święta Bogurodzica, anioły i inni święci) [1, 4–6, 7, 8]. Od dawien dawna, świętemu obrazowi przypisywane są także różne cuda.

Jednym z przykładów jest fakt, że podczas przenoszenia relikwii Gavrila Lesnowskiego „drzewa w lesie ustępowały – robiąc drogę do przejścia” [1, 4–6, 7, 8]. Cud ten stał się przestrożą: „gdy cud jest przed nami nie wolno odwracać głowy, lecz należy patrzeć przed siebie. Jeżeli tego nakazu się nie przestrzega, cud znika” [1, 4–6, 7, 8].

Wśród wyznawców prawosławia powszechna jest wiara, że święci przedstawieni na ikonach chronią miejsce, w którym się znajdują przed klęskami i innymi nieszczęściami [1, 4–6, 7, 8]. Przykładem może być podanie, mówiące o zdarzeniu związanym z wtargnięciem Sinana Pasy do klasztoru, któremu gdy otwierał drzwi do monasteru sparaliżowało ręce lub legenda o Gavrilu Lesnowskim. Podczas włamania Turków do klasztoru, po ich zaśnieściu, przywódca przyśnił się święty, który ostrzegł go i poradził, aby opuścili klasztor, w przeciwnym razie ześle na nich nieszczęście. Wystraszeni Turcy uczynili to zostawiając, jako przestrożę symbol półksiężyca. Dzisiaj każdy, kto odwiedza klasztor Joakima Osogovskiego musi pokłonić się przed tym symbolem i wspomnieć legendę nieudanej próby zamiany cerkwi w meczet [1, 4–6, 7, 8].

W teologii są wyznaczone reguły postępowania z ikoną, a dowodem cudowności jest: jasność-światłość, które promieniuje z obrazu oraz pocenie się. Treść, znak, symbol ikony są zapisane w ludowej twórczości. Niezwykłość ikony kryje się w jej cudownej, uzdrawiającej mocy. Każdemu, kto prosi Matkę Boską o zdrowie, ukazuje się ona w snach, w których daje wskazówki dla chorego, jak wyzdrowieć [1, 4–6, 7, 8].

## **Ikony i monastycyzm w Grecji**

Oblicze Grecji współczesnej kształtowała Grecja antyczna. Grecja bizantyńska, Grecja chrześcijańska, Grecja prawosławna, Grecja ikon, cerkwi, monastyrów.

Starożytni Grecy znali techniki ćwiczeń duchowych, stosowanych do dziś. Epopeteia – patrzenie? kontemplacja? błogość? – wielkie wtajemniczenie. Według Stobaeusa, dopiero wtedy mist (wtajemniczony), nagle spostrzegął przed sobą cudowne światło i „przenosił się do innej rzeczywistości”. Epopeteia dawał stan odczuwalny, jako „wyzwolenie się z ciała”, a ludzie którzy go doznawali, tracili obawę przed śmiercią [cyt. za 9].

Sztuka sakralna, artystycznie i teologicznie, rozwinęła się w mistycznym miejscu modlitwy – w klasztorze. Ikona w oczach wierzących jest jak otwarta księga. Artyści, zanim przystąpią do pisania Ikony, muszą odbyć post i długo modlić się – „Jeżeli rozpoczynasz ikonę to po pierwsze

módl się do Boga żeby Cię oświecił w twoim dziele, w którym miejscu krzyża...” [10].

Monastycyzm w Bizancjum jest obszernie udokumentowany. Zrodził się w Egipcie i musiał dotrzeć do Syrii, Palestyny i Mezopotamii. Od zawsze mnisi zajmowali szczególną pozycję wśród ludu. Stali się naturalnymi orędownikami tradycyjnego obrządku religijnego [11].

Jednym z obyczajów natury religijnej, pochodzącym z czasów przedchrześcijańskich, jest w Grecji składanie ofiar wotywnych. Ludzie chorzy, bądź zagrożeni, ślubują złożyć w ofierze wybranym przez siebie świętym, symbol swojej wdzięczności za wysłuchanie prośby. Takich wotów jest cała różnorodność: od ufundowania kaplicy, po złożenie w darze lampki oliwnej. Składane są również tama, czyli cienkie plakietki ze srebra, na których w miniaturze wytłoczono to, od czego ma zostać oddalone niebezpieczeństwo. Wytłacza się więc np. uszy, serca, oczy, ręce, tak jak to było kiedyś w Asklepiach. Wszystkimi tymi wotami przyozdabia się ramy ikon, które same są postrzegane jako przedmioty święte.

15 sierpnia to data, na którą czekają wszyscy Grecy. Powody tego są rozmaite, od szczytu letnich urlopów, po imieniny. W tym dniu świętują Maria, Marios, Panajotis, Panajota. 15 sierpnia każdy z Greków składa życzenia przynajmniej dwa razy, ale nie obejmuje to małych dziewczynek i młodych niezamężnych kobiet. Najważniejsza jednak przyczyna, dla której 15-ty sierpnia wzbudza tyle emocji, to uroczystość Zaśnięcia Najświętszej Marii Panny, dzień, kiedy w Kościele Prawosławnym odbywa się bardzo ważna liturgia. Swoje święto połączone z ceremonialnym odpustem ma wówczas wiele greckich świątyń, posiadających w swojej nazwie słowo Panagia. Owe festyny o podłożu religijnym przemieniają się w ogólnospołeczną zabawę z tańcami, jedzeniem, piciem, sztucznymi ogniami i podobnymi atrakcjami [12].

W Grecji tysiące pielgrzymów płynie na wyspę Tinos złożyć hołd Najświętszej Niepokalanej Maryi w tińskim klasztorze. W promieniu kilku kilometrów od klasztoru zalegają tłumy, którzy przybywają w tym szczególnym dniu pochylić głowę przed Maryją [12].

Drugą Świętą Wyspą w Grecji jest Patmos, wyspa Św. Jana. Tam właśnie napisano Apokalipsę. W roku 1823 Maryja objawiała się trzykrotnie zakonnicy Pelagi, prosząc ją, aby jej ikona została umieszczona na wyspie Tinos. W tym czasie podczas święcenia miejsca w celu budowy kościoła na szczątkach starej świątyni Dionizosa, w wyschniętym korycie wytrysnęła woda. Był 1 styczeń 1923 roku. Uznano to za cud,



a wieść o nim szybko się rozeszła. Szybko zaczęto budować świątynię. W tym czasie jeden z robotników ugodził motyką drewnianą ikonę, ale tak, że nie zostały naruszone postacie: Matki Boskiej i Anioła. Dla Greków Tinos jest miejscem cudów i uzdrowienia, a dzień 15 sierpnia Wielkim Świętem [12].

Są osoby, które pokonują trasę od portu do świątyni na kolanach, kupując na straganach świece, kadzidła, ikony, talizmany i małe plastikowe butelki na święconą wodę. Wnętrze kościoła ozdobione jest wykonanymi z cennych kruszców wotami ofiarnymi. Są drzewka pomarańczowe ze złota i srebra złożone przez pielgrzymów, których modlitwy zostały wysłuchane. Również prawie cała cudowna ikona przyozdobiona jest złoto-srebrną sztukaterią, obrazującą dary wiernych. W przeddzień Wniebowzięcia przygotowuje się uroczystą procesję. Zwyczaj ten jest również kontynuowany na wyspach Kimolos i Ikaria [12].

#### TINOS

Płynął prom przez morze Egejskie.  
Mijał małe wyspy  
piękne słoneczne wzgórza  
oklejone białymi domkami odbijały  
blask zachodzącego słońca.

Długie godziny spędziłam na morzu.  
Przybyłam nocą, była druga godzina.

Z daleka płonęła łuna światła.  
Biała wieżyczka  
klasztoru przyzywała  
zmęczonych pielgrzymów.

A były tu niezliczone tłumy.  
Nikt nie spał mimo późnej godziny,  
podążali wszyscy w jedno miejsce,  
oczy patrzyły w biały klasztor.

Co to za miejsce?  
Przywiodło tu tyle ludu!  
Co to za dzień?  
Pamiętają go wszyscy!  
Porzucają swoją pracę,  
wszystkie obowiązki,  
z najdalszych regionów Grecji  
na tą wyspę ciągną.

Jedni idą, inni patrzą.  
Zobaczyłam jeszcze inny widok,  
na kolanach do krwi obdartych,  
czołgali się ludzie.  
Złączone ręce, oczy łez pełne,  
usta powtarzające modlitwy.  
Każda z tych twarzy  
pełna wiary i nadziei.

Tinos,  
piętnastego sierpnia!  
Co roku spotkasz tu  
ten sam widok.

Wszyscy Grecy znają to święto,  
ale nie tylko oni,  
bo ja Polka, a obok grupa cyganów  
w kolorowych świątecznych szatach,  
i tam dalej też jacyś kolorowi.

Lecz tutaj, w tym dniu,  
wszyscy złączeni swoimi sercami,  
spojeni łańcuchem modlitwy.  
Ta sama wiara, chociaż kościół inny,  
ta sama misja,  
hołd składamy,

Nasza Droga Maryjo,  
Ty nas tu wezwałaś!  
Znamy cię wszyscy,  
bez względu na kolor skóry  
i na tym dalekim morzu,  
składamy ci pokłony,  
w Twoje ręce wkładamy  
nasze prośby.

Maryjo,  
dotarłaś nawet tutaj,  
aby obetrzeć łzy ludzkich cierpień,  
na tą daleką grecką wyspę,  
nie pozostawiłaś na pastwę losu.

Zobacz,  
jak oni Cię kochają  
tak mocno wierzą,  
że im pomagasz,  
i ja wierzę.

Bo sama,  
doświadczyłam już nieraz  
niejednego cudu od Ciebie!

Moja kochana,  
Przenajświętsza Maryjo z Tinos,  
prowadzisz mnie  
od tamtej pory już zawsze,  
z Twoją małą ikoną  
wędruję po całym świecie.

Wybrałam taką malutką,  
aby zmieściła się w każdą kieszeń,  
ale ta maleńka ikonka  
czyni w moim życiu,  
cuda wielkie.

Dziękuję Ci Boże i Tobie Maryjo,  
że poznałam Tinos.  
Doświadczyłam tam  
cudownej przemiany  
patrząc tylko na te wielkie tłumy.

Patrz,  
wszyscy pamiętają Twoje Święto.  
i tak mocno Ciebie wielbią...  
o gliko mou Panagijo  
apo Tinos!

Wiesława Vancouver, 2 Oct. 2005

Podobnie, jak na Tinos, dzień 15 sierpnia jest również ważnym świętem dla mieszkańców Paros. W tutejszym kościele Panagia czczona jest odnaleziona w XVII wieku ikona, której autorem miał być św. Jan Ewangelista. Świątynia została wybudowana dzięki hojności jednego z miejscowych kapitanów. Wierzył on, że podczas burzy morskiej Dziewica Maryja ocaliła mu życie. Macedońską miejscowość Katania, gdzie znajduje się cerkiew Panagia Soumela, w tym dniu odwiedza tysiące Greków, których korzenie znajdują się nad morzem Czarnym. Tutejszy kościół jest ich najważniejszą świątynią. Legenda mówi, że niewytłumaczalne światło zaprowadziło wyspiarzy do pobliskiej jaskini, gdzie znaleźli oni cudowny obraz. Panagia i Paetiani, to dwie nazwy tej samej ikony, po odnalezieniu której wzniesiono na wyspie Lesvos imponujący kościół. Przybywający

na Lesbos pielgrzymi pokonują drogę do kościoła boszo i przynoszą Dziewicy Maryi oliwne gałązki [12].

Z kolei na Samos, wyspie, gdzie istnieje kilka kościołów Panagia, parafianie gromadzą rozmaite pożywienie, a następnie zapraszają całą społeczność osady na uroczysty posiłek.

W każdym greckim mieście, czy na wsi, znajdziemy świątynię oddaną w opiekę Dziewicy Maryi.

### **Rola ikon podczas sprawowania opieki nad chorym**

*Uzdrowić człowieka oznacza  
dać mu ponownie utraconą wiarę*

Phil Bosmans

W opinii wyznawców prawosławia podstawą ich stosunku do osób chorych i cierpiących powinien być fragment zapisany w Ewangelii Św. Mateusza (25, 31–46): „Pan sądzić nas będzie nie za naruszenie przykazań, a za stosunek wobec bliźniego, a pomoc i posługa chorym traktowane są, jako część ich drogi ku zbawieniu” [2].

Wyznawcy prawosławia uważają, że podczas udzielania pomocy medycznej, dopuszczalne są wszystkie metody znane w nauce, za wyjątkiem sytuacji, w której pomoc choremu ma się odbywać kosztem innej osoby, np. pobranie od dawcy jedynej czynnej nerki, aby ją wszczepić innemu choremu [2]. W czasie choroby chorzy prawosławni oczekują umożliwienia im dostępu do szpitalnej kaplicy bądź też możliwości posiadania przy łóżku ikonki, krucyfiks, wody święconej, artosa (chleb poświęcony na Wielkanoc) lub prosfory (małej przasanej bułeczki używanej do komunii świętej) [2]. Osoby bliskie choremu (rodzina, przyjaciele) bardzo często modlą się za chorego, nie tylko indywidualnie, w domu, ale także w świątyniach [2].

W przypadku śmierci chorego jego rodzina dostarcza rzeczy potrzebne do pogrzebu: ikonkę wkładaną w ręce zmarłego, krzyżyk na szyję itp. Przed pogrzebem ciało zmarłego jest myte i odświętnie ubierane. Troska o duszę zmarłego nie kończy się w momencie pogrzebu [2].

## Wybrane uzdrawiające ikony

*Cud jest najukochańszym dzieckiem wiary*

Johann Wolfgang Goethe

### *Ikona Matki Bożej w Starym Korninie*

Okoliczności objawienia się ikony Matki Bożej w Starym Korninie nie są do końca znane [7, 13]. Spisane w Księdze cudów zeznania duchownych i wiernych pozwalają jedynie fragmentarycznie odtworzyć wydarzenia towarzyszące powstaniu tego sanktuarium. Z opowieści proboszcza parafii Jana Simonowicza wynika, iż ikona znajdowała się na kamiennym głównym ołtarzu cerkwi św. Michała Archanioła i św. Anny [13, cyt. za 14]. Zapalona świeca, która została zostawiona przed ikoną spowodowała pożar, który uszkodził podstawę ołtarza, a obraz tylko okurzony został. Obudzony szczekaniem psa ówczesny proboszcz Jan Simonowicz pożar ugasił, a ikonę przeniósł na ołtarz boczny [13, cyt. za 14]. Po tym wydarzeniu kilkakrotnie znajdowano przed ikoną palącą się świecę. Po pożarze cerkwi w 1704 roku, proboszcz korniński przekazał duchownemu dubickiemu Ignacemu Michniakiewiczowi dziada, który wraz ze wspomnianą ikoną miał zbierać pieniądze na odbudowę spalonej świątyni, niestety ten często był spotykany z ikoną pijany [13, cyt. za 14]. Około roku 1706, Stefan Roman, wójt korniński, jadąc z Bielska przez Orłę zobaczył jasność bijącą z ikony i śpiącego dziada. Zabrał mu ikonę i zawiózł ją do cerkwi kornińskiej [13, cyt. za 14]. Tam ustawiono ją na głównym ołtarzu świątyni, przy której ponownie znajdowano gorejące świece. Uznając niezwykłość tej ikony wójtowa kornińska Kurdwanowska, żona Jana Kurdwanowskiego, około 1709 roku ufundowała do niej ramki, a Ikona Matki Bożej z Dzieciątkiem została ustawiona w specjalnym kiocku [13, cyt. za 14]. Od tego roku, w okresie morowego powietrza, ikona promieniowała niezwykłą światłością i łaskami, uzdrawiając chorych i cierpiących [13, cyt. za 14]. Od tego wydarzenia cerkiew św. Michała Archanioła i św. Anny stała się obiektem pielgrzymek tysięcy wiernych z Grodzieńszczyzny, Wołynia, Podlasia i Mazowsza [13, cyt. za 14]. Liczne uzdrowienia uzyskane przez wiernych przed ikoną Matki Bożej Kornińskiej znane były w Koronie i Wielkim Księstwie Litewskim [13, cyt. za 14]. Wśród osób przybywających do Starego Kornina byli mieszkańcy z Brześcia, Grodna, Kamieńca, Pińska, Wilna, Wysokiego Mazowieckiego, Lublina, Lwowa i innych miejscowości [13, cyt. za 14].

Nie znamy dokładnego opisu ikony Matki Bożej Korniańskiej, bowiem nie zachowały się jej wizerunki i kopie. Sam oryginał został wywieziony do Rosji w 1915 roku i nie znamy miejsca jego przechowywania [13, cyt. za 14].

### *Ikona Matki Bożej Nieustającej Pomocy*

Data i miejsce powstania ikony nie jest znane. Niektórzy określają czas powstania ikony już na XII wiek [15]. Jednak badanie deski ikony wskazuje na okres czasu między 1325 a 1480 rokiem [15]. Prawdopodobnie ikona mogła zostać namalowana w klasztorze na świętej górze Athos albo w Bizancjum, a stamtąd trafić na Kretę [15]. Potwierdzają to przekazy z 1495 roku mówiące, że na Krecie oddawano cześć cudownemu wizerunkowi Matki Bożej [15]. Pojawiają się także informacje o tym, iż wkrótce ukażą się przekazy o żyjącym w wieku XV kupcu kreteńskim, który wykupił lub wykradł ikonę z jednego ze wschodnich kościołów [15]. Wracając drogą morską do Rzymu w cudowny sposób uratował się z burzy, co przypisywał opatrnościowej interwencji Madonny z ikony. Na krótko przed śmiercią pozostawił obraz swojemu przyjacielowi z poleceniem oddania go do kościoła. Ten jednak nie wypełnił ostatniej woli zmarłego, gdyż ikona bardzo spodobała się jego żonie. Po pewnym czasie sześćioletniej dziewczynce z tej rodziny przyśniła się Matka Boża z życzeniem, by ikonę umieścić w kościele św. Mateusza Apostoła [15]. Cud związany z ikoną dokonał się 27 marca 1499 roku. W uroczystej procesji obraz przeniesiono do kościoła św. Mateusza. W momencie, kiedy ikona mijała dom sparaliżowanego człowieka doznał on natychmiastowego uzdrowienia [15]. Ten, jak i wiele kolejnych cudów, zapoczątkowały szeroko rozpowszechniony, blisko trzystuletni kult Matki Bożej Nieustającej Pomocy [15].

### *Żyrowicka Ikona Bogarodzicy*

Objawienie ikony miało miejsce prawdopodobnie w 1470 roku w okolicach miejscowości Żydowice, nieopodal Słonima na południowej Grodzieńszczyźnie, ale nie ma jednak oficjalnego potwierdzenia tej daty [cyt. za 16]. Wśród gałęzi gruszy, w lesie należącym do prawosławnego marszałka litewskiego Aleksandra Sułtana, pasterze ujrzeli niezwykle jasne światło, które pochodziło od niewielkiej ikonki Matki Bożej, wyrzeźbionej w kamieniu o wymiarach około 6 na 5 cm [cyt. za 16]. Zdjęli ją z drzewa i odnieśli Sułtanowi, który ją zamknął w szkatule [cyt. za 16]. Następnego dnia, gdy chciał pokazać ją przybyłym gościom okazało się,

iż w szkatułce jej nie ma [cyt. za 16]. Upłynęło niewiele czasu, gdy ci sami pasterze ponownie znaleźli tę samą ikonkę na tej samej gruszy, ponownie zanieśli ją do Sołtana, który tym razem potraktował ją z należnym szacunkiem, a na miejscu odnalezienia postanowił zbudować cerkiew Bogarodzicy [cyt. za 16]. Około 1520 r. cerkiew spłonęła i podejrzewano, iż ogień strawił również ikonę. Jednak pewnego razu dzieci ujrzały stojącą na kamieniu „pannę niezwyklej urody” trzymającą w dłoniach zaginioną ikonę [cyt. za 16]. Na tym miejscu zbudowano murowaną cerkiew Zaśnięcia Matki Bożej, która stała się centralną świątynią powstałego w 1549 r. Monasteru Żyrowickiego. Ikona zaś stała się źródłem niezliczonych cudów [cyt. za 16].

### *Leśniańska Ikona Matki Bożej*

Jej historia sięga końca XVII wieku, kiedy to objawiła się w cudowny sposób w niedzielę 14 września 1683 r. nie opodal wsi Leśna na południowym Podlasiu [cyt. za 17]. W samo południe pasący krowy chłop Aleksander Stelmaszczuk wszedł do gęstego zagajnika, a tam nieoczekiwanie, na starej gruszy, ujrzał blask pochodzący od ikony [cyt. za 17]. Pobiegł po swego brata Mirona Makaruka i razem poinformowali miejscowego prawosławnego kapłana o cudzie, jaki widzieli. Ikona była swego rodzaju płaskorzeźbą wizerunku Matki Bożej z Chrystusem na lewej ręce, wyżłobionym w jasnym owalnym kamieniu [cyt. za 17]. Ikonę umieszczono w domu Mirona Makaryka. Ikonę zabrał jemu pewien polski szlachcic pragnący mieć tę świętość na własność. Po krótkim czasie, pod wpływem nieszczęść, które spadły na niego za owy postępek, oddał ją do cerkwi prawosławnej we wsi Bukowice [cyt. za 17]. Od roku 1713, przed ikoną zaczęły mnożyć się cudowne uzdrowienia, których do 1713 r. zanotowano ponad 500 [cyt. za 17]. W 1752 r. rzymscy katolicy odebrali cudowną ikonę prawosławnym i umieścili ją w kościele w Leśnej [cyt. za 17]. Po upadku powstania 1863 r. władze carskie zamieniły kościół na cerkiew, która w 1885 r. została główną świątynią prawosławnego Monasteru Leśniańskiego. Ikonę pozostawiono w ołtarzu i wzniesiono tylko niewysoki ikonostas, który nie zasłaniał jej, co pozwalało ujrzeć świętość każdemu przybywającemu pielgrzymowi [cyt. za 17]. W 1915 r. w wyniku działań wojennych monaster ewakuował się w głąb Rosji, a mniszki zabrały także ikonę. Poprzez Petersburg, diecezję kiszyniowską, Serbię i Triest w 1950 r. przybyły do Francji, gdzie cudowna Leśniańska Ikona znajduje się do dziś w Monasterze Provement [cyt. za 17].

### *Achtyrska Ikona Bogurodzicy*

Jej objawienie sięga połowy XVIII wieku [cyt. za 18]. W tym czasie we wsi Achtyrka Guberni Charkowskiej mieszkał duchowny Bazyli Daniłow. Był to człowiek bardzo bogobojny i pracowity. 2 lipca 1739 r. poszedł do ogrodu, aby nakosić trochę trawy. Już po pierwszym zamachnięciu kosą ujrzał leżącą przed nim w trawie jaśniejącą blaskiem ikonę Bogurodzicy. Duchowny padł przed nią na kolana, gorliwie pomodlił się, a następnie odniósł znalezisko do domu. Po trzech latach o. Bazyli miał sen, w którym objawiła się Bogurodzica i poleciła, aby oczyścić znalezioną niegdyś ikonę od kurzu, obmył ją wodą i przyozdobił. Przykazała również, aby wody po umyciu nie wylewać, bowiem będzie ona miała właściwości uzdrawiające [cyt. za 18].

Pierwszą uzdrowioną osobą była chora na febrę córka duchownego. Kapłan z czcią umieścił ikonę w cerkwi parafialnej, gdzie liczne były przypadki uzdrowień osób omywających się wodą od ikony. W 1751 r. Achtyrska Ikona Bogurodzicy została uznana przez Święty Synod Rosyjskiej Cerkwi Prawosławnej za cudotwórczą. Szczególną czcią ikonę darzyła caryca Elżbieta, która poleciła zbudować dla niej nową, dużą kamienną świątynię, według projektu Włocha Rastrellego, jednego z najznakomitszych architektów tamtych czasów. Nowa cerkiew, dedykowana Opiece Bogurodzicy, została poświęcona w 1768 roku [cyt. za 18].

Obecnie Achtyrska Ikona Bogurodzicy znajduje się w cmentarnej cerkwi w mieście Achtyrka.

### *Ikona z Tuluzy*

W 1983 r. Paul de Soos ustawił w swoim mieszkaniu reprodukcję znanej ikony Matki Boskiej Bramy Niebios, która po grecku nosi nazwę Portaisa, czyli Odźwierna – Ta, która stoi u bram Nieba. Ks. Trojanowski, cud związany z ikoną opisuje w ten sposób: „11 lutego 1990, w rocznicę pierwszego objawienia się Matki Bożej w Lourdes, ikona zaczęła wydziełać oleistą ciecz o intensywnym, a zarazem delikatnym i kojącym zapachu. Ciecz spływała obficie na obrus i otwartą Biblię, nie pozostawiając po sobie tłustych plam. Paul zastał ten widok po powrocie z wieczornego nabożeństwa, w którym uczestniczyły także jego trzy znajome z grupy modlitewnej. Zaproszone na poczęstunek kobiety pierwsze zwróciły uwagę na ociekający obraz” [19].

Dla Paula, jedną z największych łask związanych z ikoną było nawrócenie młodszego brata, który od wielu lat nie przystępował do sakramentów [19]. Paul odbył około 200 podróży z ikoną, przemierzając pra-



wie wszystkie kontynenty. Był nawet w Mołdawii i na Ukrainie (nigdy w Polsce). Przy okazji niezliczonych nabożeństw i czuwań modlitewnych dokonywały się fizyczne i duchowe uzdrowienia [19].

Jedno z uzdrowień dotyczyło czteroletniego chłopca chorego na raka krwi [19]. W obecności setek uczestników spotkania, niesiona przez niego ikona zajaśniała niezwykłym blaskiem, a chłopak został cudownie uzdrowiony z nieuleczalnej choroby [19]. Niezwykłego uzdrowienia duchowego doświadczył także niewierzący dotąd Christian, cierpiący od urodzenia na dziwną chorobę, która zmuszała go do leżenia na brzuchu powodując nieskoordynowane ruchy [19]. Łaska nawrócenia zaowocowała w nim ogromnym zaufaniem do Boga i wiarą w sens własnego życia, pomimo dotkliwego kalectwa. Uderzając nieprecyzyjnie dwoma palcami w klawiaturę komputera, napisał niedawno doktorat z filozofii. Już drugi, bo pierwszy, z teologii, obronił kilka lat wcześniej. Chociaż kompletnie zdany na pomoc innych, prowadzi zajęcia na uczelni [19].

### *„Płacząca” ikona św. Mikołaja w Belgii*

16 lipca 2006 roku, w cerkwi Narodzenia Chrystusa w Antwerpii w Belgii, z ikony św. Mikołaja Cudotwórcy zaczęło samoistnie wypływać mirro [cyt. za 20]. Pierwsze ślady tego cudu wierni zauważyli podczas niedzielnej Boskiej Liturgii. Na prawym oku świętego pojawiły się wówczas pierwsze krople tej nieziemskiej wonności, wyglądem swym przypominające łzy [cyt. za 20]. Po zakończonej liturgii, proboszcz parafii osobiście upewnił się, iż mirro zaobserwowana na ikonie św. Mikołaja nie jest olejem wylanym przypadkowo z lampki, ani inną, zwykłą cieczą [cyt. za 20]. Zapach, który wydzielala ikona, jak i kolor mirra były dowodem, iż niewątpliwie jest to cud. W cerkwi natychmiast odsłużono akatyst do św. Mikołaja Cudotwórcy. Mirro wciąż wypływało [cyt. za 20]. Tego samego dnia cerkiew odwiedził arcybiskup Brukseli i Belgii Szymon, by oddać cześć Świętemu. W ciągu następnego tygodnia wiele osób, które borykały się z chorobami i trudnościami życiowymi, po modlitwie przed ikoną Świętego, doznało uzdrowienia [cyt. za 20].

### *Ikona z Veles*

Właścicielką wizerunku Bogurodzicy była kobieta (nie klasztor czy cerkiew). Uważa się, iż obraz ma moc leczenia chorych. Jeżeli chory zostanie wyleczony twarz Bogurodzicy jest uśmiechnięta, jeżeli chory umrze, wtedy twarz Matki Boskiej poci się [7].

Ikona uosabia fakt zrównania słowa i obrazu, nawiązania więzi między Bogiem a człowiekiem. Najbardziej znane ikony macedońskie przedstawiają postać Bogurodzicy [7].

### *Ikona Kosmas i Damian*

Kosma i Damian, rodzeni bracia, pochodzili z Azji. Ich ojciec był poganinem, a matka chrześcijanką. Po śmierci męża Teodozja czyniła wszystko, by podobać się Bogu. Była jako ta wdowa, którą chwalał Apostoł: „[...] samotna, pokłada ufność w Bogu i nie szczędzi czasu na błagalne modlitwy we dnie i w nocy” [Tm 5,5]. Sama żyjąc pobożnie, wychowywała również swe dzieci w duchu chrześcijańskim. Wszczepiła w nie umiłowanie Pisma Świętego i ukierunkowała na życie w cnotcie. Po osiągnięciu wieku dojrzałego i utwierdzeniu w Prawie Pańskim, Kosma i Damian byli niczym dwie lampy na Ziemi, świecące dobrymi czynami. Otrzymali od Boga dar uzdrawiania tak dusz, jak i ciał. Leczyli z wszelkich chorób i wypędzali złe duchy [22]. Pomagali nie tylko ludziom, ale również zwierzętom i nigdy niczego nie brali dla siebie. Wszystko czynili nie z chęci wzbogacenia się w złoto i srebro, ale ze względu na Boga, pragnąc przez swą miłość do bliźnich wyrazić, jak bardzo Go kochają. Uzdrawiali nie tyle za pomocą ziół, co mocą Imienia Pana, bez zapłaty i nagrody, wypełniając przykazanie Chrystusowe: „Darmoście wzięli, darmo dawajcie”. Z tego powodu ludzie nazwali ich bezpłatnymi lekarzami, nie chciwymi na pieniądze. Tak żyjąc w pokoju odeszli do Pana. Również po śmierci liczne cuda działały się za ich wstawiennictwem [22].

### *Ikona Matki Boskiej – Trójręcznej (Panagija Triherusa)*

Dzięką niej doszło do złożenia i odzycia odciętej reki. Znajduje się w Agion Oros świętej górze „Republice Mnichów”. Klasztor Atosu stały się dla prawosławia „nową Jerozolimą”, kultywując sztukę i tradycje bizantyjskie. Obok greckich są tam klasztory rosyjskie, bułgarski, serbski i gruziński, które były założone przez mnichów przybyłych z tych krajów. Legenda mówi, iż nigdy na Ajon Oron nie postanie noga kobiety, ani żadnej innej istoty o gładkim obliczu. Nie będzie tam też hodowane żadne zwierzę płci żeńskiej. Ten rozkaz cesarza Konstantyna IX Monomachosa z XI w. obowiązuje do dziś. Trudności w zwiedzaniu Atosu przyczyniają się do tym większej popularności i rozgłosu Meteorów, czyli klasztorów zawieszonych w niebie. Klasztory Atosu zachowały swój średnio-wieczny charakter, podczas gdy Meteory przekształciły się w ośrodek,

głównie atrakcji turystycznych. Nie sposób wyobrazić sobie, z jakim fanatycznym wysiłkiem te gniazda mnichów-ascetów budowano. Dostęp do Meteorów odbywał się przy pomocy wspinaczki, drabin drewnianych i sznurów [12, 13].

### *Inne ikony z mocą uzdrawiania*

- **Ikony Święty Rafail, Święty Nikolaos** – moc uzdrawiania nieuleczalnie chorych;
- **Ikona Agios Lawrentios** – uzdrawianie z bólu reumatycznego oraz oparzeń;
- **Ikona Święty Antipas** – święty Antipas żył w Pergamonie. Był przyjacielem Galena. Chroni ludzi dotkniętych bólem zębów. Jest patronem lekarzy stomatologów;
- **Ikona Święty Wlasios** – opiekun, terapeuta ludzi dotkniętych schorzeniami szyi;
- **Ikona Święty Eydokimos** – uzdrawia z bólu jamy brzusznej;
- **Ikona Święty Mauro (Mauros)** – uzdrawia z podagry;
- **Ikona Stylianos Osios** – uzdrawia chore noworodki i dzieci;
- **Ikona Ermogenis Ieromartis** – uzdrawia ze schorzeń związanych z bólem głowy;
- **Ikona Awwakum Kiprios** – uzdrawia ze schorzeń uszu;
- **Ikony Ioannis Theologos, Apostolos, Ignatios Theoforos, Apostolos** – uzdrawiająca moc w chorobach serca [22].

### **Podsumowanie**

Wszelkie cudowne zjawiska związane z naszym istnieniem można opisać pojęciami naukowymi. Każdy jednak, kto po prostu jest w stanie zadumać się, stanie kiedyś w obliczu rzeczy zadziwiających i tajemniczych [23, 24].

Podsumowaniem tej pracy niech będą słowa, które kiedyś wypowiedział Albert Einstein: „Najpiękniejszą rzeczą, jakiej możemy doświadczyć jest oczarowanie tajemnicą. Jest to uczucie, które stoi u kolebki prawdziwej sztuki i prawdziwej nauki. Ten, kto go nie zna i nie potrafi się dziwić, nie potrafi doznawać zachwyty, jest martwy, niczym zdmuchnięta świeczka”.

## Piśmiennictwo

1. Bułganow S.: *Prawosławie. Zarys nauki kościoła prawosławnego*. Warszawa 1992.
2. Pruszyński J. J., Grabowska-Grzyb A.: *Potrzeby i oczekiwania prawosławnych chrześcijan w czasie choroby i schyłkowego okresu życia*. *Gerontol. Pol*, 2007, 4, 128–136
3. O. Waclaw Hryniewicz OMI: *Usprawiedliwienie, ikona i piękno*. *Misyjne drogi*, 200, 79, 1, <http://www.misyjnedrogi.pl/artykuly.php?tresc,486>
4. Bastiaanseu L.: *Ikony Wielkiego Tygodnia. Teologia i symbolika ikon*. Kraków 2003.
5. Forest J.: *Modlitwa z ikon*. Bydgoszcz 1999.
6. Quenot M.: *Ikona. Okno ku wieczności*. Białystok 1997.
7. Dimewski S.: *Istorija na makedonskata pravoslavna crkva*. Skopje, 1989.
8. Lis I.: *Siweta w kulturze duchowej i ideologii Słowian prawosławnych w średniowieczu (do XV wieku)*. Poznań 2004.
9. Świtkowski J.: *Okoltyzm i magia w Świetle parapsychologii POLCZEK Reprint książki*. Lwów, 1939, 56.
10. Kiriakidis Grigoris.: *Oikonomou Michail Euthimiou: Thia ekfrasiw Leukosia, Kipros* 2001.
11. Mango C.: *Historia Bizancjum*. Marabut, Gdansk 1997.
12. <http://www.vismaya-maitreya.pl>, Źródło „Kurier Ateński” nr 166, [http://www.os3.gr/arhive\\_taxidi/gr\\_taxidi\\_eksplahnon.html](http://www.os3.gr/arhive_taxidi/gr_taxidi_eksplahnon.html), data pobrania 3.11.2009.
13. Mironowicz A.: *O parafii kornińskiej, ikonie łaskami słynącej i księdze cudów*. Białoruskie Towarzystwo Historyczne, Białystok 1997.
14. Dewiałtowski: *Po prichodam gajnowskiego błagoczinija*. *Cerkownyj Wiestnik*, 1996, 12, 17.
15. <http://www.mbkp.info/lit/mbnp.html>, data pobrania 3.11.2009,
16. Charkiewicz J.: *Żyrowicka Ikona Bogarodzicy*, [http://www.lublin.cerkiew.pl/ikony.php?id=167&id\\_n=61](http://www.lublin.cerkiew.pl/ikony.php?id=167&id_n=61), data pobrania 3.11.2009.
17. <http://eliasz.superhost.pl/cerkiew/ikony/text/pol/b123.htm>, data pobrania 3.11.2009.
18. <http://www.ikony.cerkiew.com.pl/text/pol/b008.htm>, data pobrania 3.11.2009.
19. Ks. Trojanowski A. T Chr: *Cudowna ikona z Tuluzy, Milujcie się*, 2001, 5–8, <http://adonai.pl/cuda/?id=11>, data pobrania 3.11.2009.
20. Korch M.: *„Płacząca” ikona św. Mikołaja w Belgii*, *Cerkiew.pl*, <http://www.kosciol.pl/article.php/20060801155042645>, data pobrania 3.11.2009.
21. [www.212.33.66.217/media/books/ZywotySwietych3.pdf](http://www.212.33.66.217/media/books/ZywotySwietych3.pdf), data pobrania 3.11.2009.

- 
22. Rigatos G. A.: O Ponos ston Politismo & Istoría tis Iatrikis, BHTA, Athina, 2009, 40–41.
  23. Krauss L. M.: Tajemnice kosmosu, czyli od latających talerzy do końca świata. Prószyński i Sp., Warszawa 1999.
  24. Kaku M.: Hiperprzestrzeń wszechświata równoległe. Pętle czasowe i dziesiąty wymiar. Prószyński i Sp., Warszawa 1996.



## Zjawisko kultury śmierci

Śmierć (exitus letalis) jest to stan, w którym brak jest oznak życia, spowodowany jest nieodwracalnym zachwianiem równowagi funkcjonalnej i załamaniem się wewnętrznej organizacji ustroju.

Przez wiele lat obowiązywała tradycyjna definicja śmierci, według której śmierć każdego człowieka następowała w chwili ustania wszelkich czynności oddechowych.

Wraz z rozwojem technik reanimacyjnych i anestezyjologicznych stało się możliwe podtrzymywanie wentylacji płuc i krążenia metodami sztucznymi. Wskutek czego powstała nowa definicja śmierci. Podstawę do uznania śmierci człowieka stanowiła śmierć całego mózgu (mors biologica cerebri).

W dalszych latach stwierdzono, iż śmierć komórek mózgu nie następuje jednocześnie i podjęto decyzję, aby zmodyfikować definicję śmierci. Owa definicja stwierdza, że śmierć pnia mózgu implikuje śmierć mózgu jako całość, choć nie oznacza, że w chwili stwierdzenia śmierci pnia martwe są również wszystkie komórki mózgu.

Definicja ta stwierdza, iż śmierć pnia mózgu jest niezbędnym i wystarczającym warunkiem do uznania osoby za zmarłą.

Śmierć powoduje kilka czynników:

- proces starzenia się organizmu (śmierć fizjologiczna),
- choroba ostra lub przewlekła (śmierć z przyczyny),
- w następstwie urazów (śmierć gwałtowna).

Śmierć na ogół nie pojawia się bez ostrzeżenia, jej przyjście zapowiada szereg zjawisk.

---

<sup>1</sup> Klinika i Katedra Otolaryngologii w Warszawie

Wyróżniamy znamiona śmierci (stigmata mortis):

- a) znamiona niepewne
  - brak oddechu
  - brak tętna
  - oziębienie powłok skórnych
- b) znamiona pewne
  - plamy opadowe
  - zmiany w oku
  - stężenie pośmiertne
  - autoliza
  - gnicie
  - strupieszenie
  - przeobrażenie tłuszczowo-woskowe
  - przeobrażenie torfowe
  - zeszkieletowanie.

Zwiastuny śmierci zapowiadają, że stanie się coś złego, że być może ktoś umrze. Niejednokrotnie zwiastuny mogą być lekceważone, co w konsekwencji prowadzi do biernego czekania na śmierć lub ich wystąpienie prowadzi do podjęcia czynności mających na celu zapobieganiu nieszczęściu.

Śmierć jest częstym elementem symboliki religijnej.

### 1. Śmierć w wierzeniach egipskich

W Egipcie dużą wagę przywiązywano do przetrwania ciała po śmierci. Egipcjanie uważali, że w momencie śmierci człowiek rozpada się na dwa pierwiastki. Jeden to sobowtór ziemskiego ciała i duchowa osobowość. Dlatego też mumifikowano zwłoki, budowano grobowce i malowano sceny z życia zmarłego na ścianach.

### 2. Śmierć w mitologii greckiej

Według mitologii greckiej zmarły trafia do Hadesu. Najgorsi ludzie trafiali do Tartaru, natomiast dobrzy obywatele za życia trafiali na Pola Elizejskie.

### 3. Śmierć w wierzeniach wikingów

Wikingowie wierzyli w istnienie 2 krain, do których mogą udać się po śmierci. Pierwsza z nich jest pełna przyjemności i spokoju. Druga lodowata, gdzie idą osoby zmarłe w wyniku choroby.



#### 4. Śmierć w wierzeniach słowian

Słowianie uważali, iż człowiek posiada kilka elementów duchowych, a losy pośmiertne są różne. Wyodrębniano 2 formy składowe ducha – duszę jaźni i życia.

#### 5. Śmierć w wierzeniach Majów i Azteków

W państwach tych były składane ofiary z ludzi, których śmierć była konieczna, aby zadowolić bogów. Zaszczycem było złożenie się w ofierze dla bogów.

#### 6. Śmierć w hinduizmie

W tej religii śmierć nie stanowi kresu życia. Jest w niej wiara w reinkarnację, czyli ponowne wcielanie się duszy.

#### 7. Śmierć w buddyzmie

Buddyzm odrzuca koncepcję duszy nieśmiertelnej. Po śmierci człowiek rozpada się na 5 składników: formę materialną, uczucia, rozum, wolę i świadomość. Jedynie karma człowieka przeniesie się do przyszłego wcielenia.

#### 8. Śmierć w judaizmie

Żydzi wierzą w życie pośmiertne i uważają, że dusza nazywa się nefesz. W czasach biblijnych Żydzi wierzyli, że dusza umiera.

#### 9. Śmierć w chrześcijaństwie

Chrześcijanie wierzą, iż śmierć jest przejściem z doczesności do wieczności, a dusza człowieka zostaje zbawiona lub potępiona. Śmierć jest stanem rozłączenia duszy i ciała.

#### 10. Współczesne chrześcijaństwo

We współczesnym chrześcijaństwie jest prawo do godnej śmierci, odmawia się jednostce prawa do decydowania o życiu innych, a także swoim (eutanazja). Życie daje Bóg i tylko Bóg ma prawo je odebrać, nikt inny nie ma tego prawa. Śmierć dla bliskich jest faktem bolesnym, zachowują jednak wiarę w to, iż śmierć ciała nie oznacza śmierci duszy i jest początkiem nowego niebieskiego życia.

Kultura śmierci nie należy do nowych wynalazków. W Polsce w XVII wieku uczuciowość śmierci ujawnia się głównie w obrzędach religijnych, które są mocno podporządkowane memento Mori, a więc pamiętaniu

o śmierci, strachowi przed nią oraz strachowi przed kłopotami na tamtym świecie, do których śmierć była tylko małym wstępem. W obrębie całej cywilizacji chrześcijańskiej widzimy dość często odpływ i przyptyw uczuć religijnych. Bardzo podobny w nastrojach do wieku XVII był wiek XIV, nazwany okresem „wielkiego strachu” ze względu na wiarę w złe duchy. Był to trudny okres ze względu na psychiczne napięcie i częste występowanie zbiorowych szaleństw. Następną epoką, Renesansu była kulturą życia i korzystania z jego powabów. W chrześcijańskiej tradycji śmierć powinna być dobra, pytanie tylko, czy jest to możliwe. Na pewno powinna taka być. Dobra śmierć to śmierć przygotowana, wydarzenie, które zastaje człowieka gotowym. Człowiek powinien być na nią gotowy, ale jest to element całego życia. Śmierć w chrześcijaństwie jest spotkaniem z tym, co ostateczne, z samym Chrystusem. Śmierć, która jest spełnieniem życia człowieka nie jest tylko ostatnim wydarzeniem, ale dopełnieniem całej osobistej historii. Moment śmierci to oddanie się w ręce Chrystusa. Na pewno pozostaje ona niechciana lecz jest nieunikniona.

Swoisty kulturowy pragmatyzm wobec wydarzenia śmierci w ciągu minionych wieków był tego wyrazem.

To wszystko było dawno, dawno temu. W dzisiejszych czasach walka ze śmiercią trwa na wielu płaszczyznach i frontach. Na pewno jedną z nich jest kultura. Tu trwa zmaganie ze śmiercią. Polega ono na specjalnej strategii, czyli przemilczaniu problemu. Przed tematem o śmierci człowiek się wzdraga, obawia. Jest to wszystko naturalne, kochamy życie i chcemy długo żyć. Jednak śmierć jest częścią życia człowieka, jest nieuchronna, powszechna i niekiedy niesprawiedliwa.

Kultura dzisiejsza próbuje o śmierci zapomnieć. I nie chodzi tu o odsunięcie problemu na inny czas, ale chęci zapomnienia o śmierci. Taka postawa jest nowa, liczy kilkadziesiąt lat. Wcześniej świat taki nie był, od pewnego czasu w krajach wysoko rozwiniętych to zjawisko w kulturze jest nowe. Każda kultura jest integralna, czyli obejmuje całe życie każdego człowieka i wszystkie wydarzenia z nim związane. Zauważmy, np. jak znikają w małych miasteczkach procesje pogrzebowe, dźwięk sygnarka (kościelnego dzwonu), który obwieszczał mieszkańcom śmierć kogoś ze społeczności. Zanika bardzo ważny element kulturowy z naszej codzienności – żałoba w ubiorze. Nie była to moda, ale forma wyrazu swojego bólu i straty bliskiej osoby. Utrata bliskiej osoby nie była tylko wydarzeniem prywatnym, miała często charakter społeczny, szczególnie gdy dotyczyła małej społeczności.

Cmentarze również oddaliły się trochę od nas. Urbanizacja posiada swoje nieubłagane konsekwencje. Kultura, która wyrosła na bazie chrześcijaństwa starała się śmierć „oswoić”.

Święty Franciszek z Asyżu tak mówił o śmierci:

Bądź pochwalony Panie mój  
Przez siostrę naszą śmierć cielesną,  
Przed którą żaden żyjący człowiek  
Uciec nie może

*(Pieśń Stworzeń)*

Dzisiaj ze śmiercią mamy do czynienia zupełnie inaczej. Nie jest ona częścią życia, wydarzeniem dotyczącym każdego bez wyjątku. Śmierć indywidualnego człowieka stała się ukryta. Nie mówimy o niej głośno, niewiele wiemy o niej, spotykamy się natomiast ze śmiercią medialną i to bardzo często. Wystarczy włączyć radio, telewizor, film jest to jednak śmierć obca, nie nasza, nie naszych bliskich. Takie wydarzenie nie angażuje nas do głębokich przemyśleń i zastanawiania się nad sensem śmierci.

Kultura współczesnego świata chce być kulturą bezpieczeństwa. Czy jednak czujemy się bezpieczni? Uciekamy od problemu, a nie rozwiązujemy go. Problemu śmierci nie można rozwiązać, trzeba z nim żyć, ale człowiek współczesny przestał sobie z tym radzić.

Mądrością Platona było, iż przygotowanie się do śmierci było prawdziwą filozofią. Ukazywała ona świat i człowieka w jego ostatecznym odniesieniu do sensu życia. Współczesny świat nie ma odpowiedzi na ostateczny sens życia, ale samo pytanie spycha na margines zainteresowania. Niewielka odwaga mówienia dotyczy tylko tak naprawdę przeszłości, przyszłość to pustka, strach i ciemność. Współczesna kultura przyjęła pojęcie śmierci jako „śmierć mnie nie dotyczy, ponieważ gdy ona jest mnie już nie ma, a dokąd ja jestem, jej jeszcze nie ma”.

Jednak czy tego chcemy czy nie, śmierć bezpośrednio czy pośrednio ma wpływ na nas wszystkich. I nie ma żadnego wpływu, gdzie żyjemy: w Europie czy w Azji, w Ameryce czy na Antarktydzie. Nie ma też znaczenia, czy w kraju rozdartym wiecznymi walkami, czy w kraju gdzie panuje pokój. Przejawem kultury śmierci jest powstanie i ogromne nasilenie złych zjawisk, takich jak: depresja, narkomania, samobójstwa i morderstwa.

W chwili obecnej śmierć zaczyna być traktowana jako siła napędowa życia i rozwoju człowieka. Staje się natchnieniem dla ideologii politycz-

nych, filozofii i sztuki współczesnego świata. To na śmierci zarabiają gazety i agencje ubezpieczeniowe, śmierć urozmaica filmy, reportaże i publikacje książkowe. Przeanalizujmy pewne aspekty kultury śmierci we współczesnym świecie.

### 1. Broń

Do przejawów kultury śmierci możemy zaliczyć handel bronią. Jak wiemy teoretycznie używana jest przeciwko żołnierzom, ale praktycznie często zabija niewinnych cywili, dzieci i kobiety. W wielu krajach na świecie broń można nabyć bez trudu, przyczynia się to do wzrostu zabójstw masowych, jak i indywidualnych. Często dochodzi do wielu tragedii w szkołach, wskutek noszenia i używania broni przez młodocianych.

### 2. Rozrywka

Często temat śmierci wykorzystywany jest w kinie. W wielu filmach przemoc, handel narkotykami i zorganizowana przestępczość jest na porządku dziennym. Obniża to wartość życia i zasady moralne. Dość często filmy pokazują śmierć w sposób romantyczny, ukazują historie oparte na micie o życiu pozagrobowym, o odwiedzaniu żyjących przez zmarłych, co niestety trywializuje śmierć.

Podobnie dzieje się na gruncie programów telewizyjnych i muzyki. Ogromna przemoc w środkach przekazu, produkcje przedstawiające krwawe rzezie oraz gry komputerowe pozwalające zabijać w sposób wirtualny, przyczyniają się do braku zasad moralnych w społeczeństwie i w rodzinach.

Zjawiska te doprowadzają do pewnej subkultury, źle oddziałują na ludzi, nie wychowują, a na pewno uczą zabijać. Współczesne pokolenia są mniej wrażliwe na przemoc.

### 3. Styl życia

Współczesne pokolenie prowadzi szkodliwy styl życia dla siebie samych. Szerzy się narkomania i palenie tytoniu, alkoholizm jest bardzo poważnym problemem w rodzinie. Aby zwiększać zyski przemysł i handlarze narkotyków bazują na ludzkim lęku, poczuciu beznadziejności i często duchowej pustce.

We współczesnym świecie, najwięcej do czynienia ze śmiercią ma służba zdrowia (lekarze, pielęgniarki). To oni widzą pierwsze zwiastuny śmierci u pacjenta. To lekarz osobiście stwierdza zgon, informuje rodzinę

o śmierci. Dzięki wiedzy i pewnym umiejętnościom jakby pośredniczy pomiędzy światem życia i śmierci.

Wydaje się, że we współczesnym życiu pewne obyczaje „dziczeją”, kurczy się pewna przestrzeń świętości, zrozumienie cierpienia i szacunku do godnej śmierci. W obecnych czasach model śmierci niesie ze sobą niepokój, lęk, strach. Wiele osób chce umrzeć jak najszybciej, bez bólu, cierpienia, najlepiej we śnie. W związku z takim podejściem wiąże się problem eutanazji. Eutanazja to przecież śmierć na życzenie, szybka, bezbolesna, skracająca cierpienie śmierć.

Eutanazja wywołuje wiele dyskusji w świecie medycyny, a także wśród współcześnie żyjących ludzi. Jan Paweł II w encyklice „*Evangelium vitae*” definiuje eutanazję jako czyn lub zaniechanie, które powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia.

Ojciec Święty powołuje się na Pismo Święte oraz tradycje kościoła, uważał, że eutanazja jest naruszeniem prawa Bożego jako moralnie niedopuszczalne, dobrowolne zabójstwo osoby ludzkiej.

Prawo do życia wymaga od każdego człowieka poznania prawdy o sobie i swoim życiu. Słowa Jezusa pozwalają człowiekowi poznać pełną prawdę o wartości ludzkiego życia. Człowiek jest powołany do życia, aby żyć, czerpać z niego wszystko, co wartościowe. Życie ludzkie powinno być przedmiotem troski człowieka i całego społeczeństwa.

Problem eutanazji, podobnie jak aborcji oraz innych kontrowersyjnych dylematów naszych czasów, dzieli społeczeństwo na całym świecie, na gorących przeciwników, jak i zwolenników. Eutanazja to świadomy wybór śmierci, spowodowany różnymi czynnikami.

Największe kontrowersje budzi eutanazja u osób, które nie są w stanie same wyrazić swojej decyzji, wskutek pozbawienia funkcji życiowych.

Główne aspekty, jakie się pojawiają to kwestia metafizyczna. Mówimy, że człowiek nie ma prawa decydować o sobie, o swojej śmierci. Każdemu człowiekowi został wyznaczony jego własny czas do przeżycia, jeśli przyjmujemy, że to Bóg decyduje o tym. Bóg jest dawcą życia to on może również decydować o naszej śmierci.

Współczesne czasy niosą szybkie tempo życia, brak czasu na prawdziwą kulturę duszy. Człowiek współczesny prosty czy wykształcony, biedny czy bogaty, duży czy mały nie potrafi cierpieć, boi się cierpienia i ucieka przed świadomością śmierci. Dlatego też ten temat jest bardzo często pomijany i przemilczany. Postawa taka jest wynikiem upadku kultury, w której żyjemy na co dzień. Powstał konsumpcyjny model życia, w którym śmierć naturalna jest niepożądana.

Brak pozytywnego myślenia o śmierci powoduje, iż w naszej świadomości powstają pewne wzorce negatywne. Człowiek często staje się samotny, izoluje się od społeczeństwa, przeważa u niego strach. Ucieczka przed różnymi problemami, nieumiejętność wyładowania złych emocji, napięcie sprawia, że boimy się wielu rzeczy, a na pewno śmierci. Lęk śmiertelny towarzyszył zjawisku umierania zawsze. Jednak na jego natężenie mają wpływ takie rzeczy, jak: postawa człowieka wobec śmierci, sensu życia, osobowość danego człowieka.

### **Postawa człowieka wobec śmierci w świetle badań psychologicznych**

O śmierci nie będziemy wiedzieć wszystkiego nigdy. Osoby, które otarły się o śmierć, np. śmierć kliniczną, mogą cokolwiek powiedzieć o przeżyciach umierania i to też nie do końca. Wszyscy pozostali mogą tylko wysuwać pewne wnioski o umieraniu. Dlatego też śmierć jest trudnym problemem. Liczne przeprowadzone badania wykazały, że na postawę wobec śmierci wpływ ma religijność, płeć, poczucie sensu życia.

#### **1. Poczucie sensu życia a lęk śmiertelny**

Osoby z niskim poczuciem sensu własnego życia bardziej się lękają procesu umierania, kontaktu ze zmarłymi oraz przedwczesnej śmierci. Osoby o wysokim poczuciu sensu życia posiadają lęk o żyjących osobach.

#### **2. Poczucie osamotnienia a lęk wobec śmierci**

Osoby z wyższym poczuciem osamotnienia posiadają lęk przed umieraniem, przed nieznanym, martwią się o wygląd i przedwczesną śmierć. To wszystko jest spowodowane osiągnięciem u tak już osamotnionych osób apogeum samotności w śmierci.

#### **3. Percepcja czasu a zaniepokojenie śmiercią**

Osoby preferujące przyszłość lub teraźniejszość podobnie przeżywają lęk śmiertelny. Osoby żyjące czasem przeszłym w większym stopniu obawiają się powolnego umierania, cierpienia czy raka.

#### **4. Stosunek do Sacrum a lęk wobec śmierci**

Osoby o dużej religijności nie posiadają obaw co do istnienia wiecznego, nie boją się spotkania z Bogiem, są na to spotkanie przygotowane, a śmierć nie jest kresem egzystencji dla nich. Osoby o niskiej

skali religijności bardzo obawiają się śmierci. Nikt nie może postawić jasnej hipotezy, czy wiara w życie pozagrobowe obniża lęk przed śmiercią czy nie. O śmierci myślimy niechętnie, spychamy ją na krańce naszej świadomości, staramy się zwalczać ją i po cichu mamy nadzieję wygrać z nią.

Nie ulega wątpliwości, iż śmierć czeka na każdego z nas. Każdemu jest przypisana, komu dane było się narodzić. Wszyscy zdajemy sobie sprawę z naszej śmiertelności, to jednak niewielu w pełni to akceptuje. Ideałem współczesnego życia jest długie, dosadne życie w bogactwie oraz długa młodość i sprawne ciało. Niestety, to nie trwa wiecznie. Nadchodzi moment trudny dla każdego, moment osvajania się ze śmiercią, z myślą o niej. W normalnych warunkach ten moment pojawia się u każdego w chwili, gdy jakość życia przestaje być źródłem satysfakcji. Cierpienie fizyczne, duchowe, zniedołężnienie, kalectwo... Każdy z tych stanów przybliży nas do niej.

Nad oswojeniem śmierci „pracowano” od zarania dziejów. Przygotowywano wyznawców na to doświadczenie, obiecując lepsze życie, bardziej wartościowsze w poza-fizycznym świecie. Śmierć przedstawiana była jako moment przejścia, jako brama i początek innego bytu. W pewnym stopniu współczesny człowiek stara się być gotów na to, jednak deklaracje te maskują lęk przed śmiercią. Co zrobić, aby zaprzyjaźnić się ze śmiercią, czy jest to możliwe? Można próbować śmierć oswajać lub raczej oswajać się z myślą, że ona i tak kiedyś nadejdzie. Zaakceptować upływ czasu, nie liczyć na to, że się zatrzyma, bo ona i tak nadejdzie. Dbać o siebie, o swoje zdrowie, ale tylko po to, by możliwie długo żyć i cieszyć się życiem, a nie po to, by to życie uczynić wiecznym. Może wtedy ta śmierć tak nas przerażająca przestanie być tym strasznym złem. Być może przestanie być naszym wrogiem. Ja przynajmniej mam taką nadzieję.

## Wiersze

1. Kot w pustym mieszkaniu  
Umrzeć – tego nie robi się kotu.  
Bo co ma począć kot  
w pustym mieszkaniu.  
Wdrapywać się na ściany.  
Ocierać między meblami.  
Nic niby tu nie zmienione  
A jednak pozamieniane.  
Niby nie przesunięte

A jednak porozsuwane  
I wieczorami lampa już nie świeci.

Słyszać kroki na schodach,  
Ale to nie te.  
Ręka co kładzie rybę na talerz  
Także nie ta, co kładzie

Coś się tu nie zaczyna  
W swojej zwykłej porze  
Coś się tu nie odbywa  
Jak powinno  
Ktoś tutaj był i był  
A potem nagle zniknął  
I uporczywie go nie .ma.

Do wszystkich szaf się zajrzało  
Przez półki przebiegło  
Wcisnęło się pod dywan i sprawdziło  
Nawet złamało zakaz  
I rozrzuciło papiery  
Co więcej jest do zrobienia  
Spać i czekać.

Niech no on tylko wróci  
Niech no się pokaże  
Już on się dowie  
Że tak z kotem nie można  
Będzie się szło w jego stronę  
Jakby się wcale nie chciało  
Pomalutku.  
Na bardzo obrażonych łapach  
I żadnych skoków pisków na początek

(Wisława Szymborska, *Widok z ziarnkiem piasku*)

2. Ucz się śmierci. Na pamięć  
Zgodnie z zasadami pisowni  
Wyrazów martwych  
Pisz ją łącznie  
Jak Rzeczpospolita  
Nie dziel jej  
Pomiędzy umarłych  
  
Jesteś wybrańcem bogów  
Ucz się śmierci wcześniej  
Miłość do ojczyzny  
Też bywa śmiertelna.



Ucz się śmierci  
W miłości.  
Ucz się śmierci nie tylko  
Dla zabicia czasu.

Czas bywa samobójczy  
I wisi godzinami na drzewach  
Przepytaj siebie  
Przepytaj na żywo

(Ewa Lipska, *Ucz się śmierci*)

3. Myślę o śmierci  
Lecz boję się jej  
Zimnego spojrzenia  
Kiedy to ona i ja  
Staniemy sobie naprzeciw  
Zginą wszelkie złudzenia  
Ostatni oddech  
Ciało zwiędnie  
Mszę odprawia w Kościele  
Na pogrzeb przyjdą  
Starzy przyjaciele

Oswajam się z tą myślą  
Tkwi ona w głowie  
Nie daje spokoju  
„Żeby odejść  
Świece zgasić  
Umrzeć samotnie w pokoju

(Autor nieznany)

4. A kiedy będę pyłem, będę piachem  
Będę tańczyć z Wiatrem ponad światem  
Będę rodzić kwiaty, karmić drzewa  
Aby ptak, co noc wśród drzew mógł śpiewać.

Kiedy będę pyłem, będę światem  
Moje włosy będą babim latem  
Usta twoje deszczem rozcałuję  
Choć bez ciała i krwi.

5. Gdy śmierć przyjdzie  
Czy przyjdzie cicho  
Może będzie się skradać  
Tak jak po ciężkim

I męczącym dniu ktoś kładzie się  
I pragnie snu  
Kończąc Życie i smutek  
Lub młodość i ból?  
Kto umiera w Chrystusie  
Może zyskać wszystko  
Nawet jutro.  
Dlaczego płakać?  
Śmierć może być okrutna  
Nie możemy być pewni  
Mężowie Boży mogą być mordowani  
A zli się ostaną,  
Kiedykolwiek śmierć uderzy  
Lub kogokolwiek  
Ten kto zna zmartwychwstałego Pana  
Zna też pusty grób.

(Ruth Bell Graham)

6. Patrzy przez okno dzień chory,  
Trupio nabrzękły i siny  
Po korytarzu szpitalnym  
Wolno chodzą godziny.

Szaro. I cicho. I pusto  
Nie ma radości ni smutku  
Chmury się snują po niebie  
Jak chorzy w ciasnym ogródku.

Palce, jak martwe pająki  
Nad czymś się trują, mozolą  
W szklanym wazonie  
Powędły kwiaty pachnące.

Myśli, jak muchy jesienne  
Łażą, czepiają się sprzętów  
Po raz ostatni skrzydłami biją  
O okna zamknięte.

Ktoś się zaczął pod drzwiami  
Ktoś podsłuchuje i czeka  
Cicho, na palcach podchodzą  
Śmierć zakonnica i lekarz.

(Władysław Broniewski)

7. Kto potrafi  
Pomiędzy miłość i śmierć

Wpleść anegdotę o istnieniu  
Zgarniam brunatne plastry książek  
Nadśłuchuję brzęczenia słów  
Pomiędzy miłość i śmierć  
Wpleść nikt nie potrafi.

I tylko czasem  
Naprzeciw słońca  
W zmrużonych oczach błysk  
Chwila roztrącona na tęczę  
Twarzą w twarz  
Naprzeciw słońca  
W oślepiłych oczach  
Treść niknąca  
Na krańcach  
Miłość i śmierć

(Halina Poświatowska)

## Piśmiennictwo

1. Adamkiewicz M.: Oblicza śmierci. ECE Toruń 2004.
2. Aries F.: Człowiek i śmierć. PIW, Warszawa 1992.
3. Dolto F.: Rozmowy z dzieckiem o śmierci. Universitas, Warszawa 2002.
4. Ostrowska A.: Śmierć w doświadczeniach jednostki. IFiS, Warszawa 2005.
5. Singer P.: O życiu i śmierci: PIW, Warszawa 1997.
6. Encyklika Jana Pawła II.



Jerzy T. Marcinkowski<sup>1</sup>, Anna Bajek<sup>2,3</sup>,  
Irena Galewska<sup>3</sup>

## Nowe obrzędy pogrzebu katolickiego – aspekty teologiczne i wymowa symboli

Śmierć człowieka może być analizowana w wielu aspektach. Można ją, przykładowo, rozpatrywać w wymiarach: medycznym, psychologicznym, socjologicznym. Aby poznać śmierć w pełnym wymiarze, należy spojrzeć na nią także w aspekcie teologicznym.

Sobór Watykański II dokonał w modlitwach i obrzędach pogrzebowych istotnych zmian, uwzględniając doświadczenie całego chrześcijaństwa oraz na nowo odczytując Ewangelię w świetle znaków czasu, jakie są udziałem ludzi współczesnych. „Obrzęd pogrzebowy powinien jaśniej wyrażać paschalny charakter śmierci chrześcijanina i lepiej odpowiadać warunkom i tradycjom poszczególnych regionów, również co do barwy liturgicznej” [1]. Dekretem wydanym przez Kongregację Kultu Bożego zostało ogłoszone nowe *Ordo Exsequiarum*, które zaczęło obowiązywać od czerwca 1970 roku. Polski przekład nowej księgi zatwierdziła 152. Konferencja Episkopatu Polski 29 kwietnia 1976 roku. Obrzędy pogrzebu dostosowane do zwyczajów polskich ukazały się nakładem Księgarni św. Jacka w Katowicach i weszły w życie w kościołach polskich [2].

Mówiąc o teologii nowych obrzędów pogrzebu stajemy wobec dwóch rzeczywistości, tj. teologii i liturgii. Obie wyrażają wiarę Kościoła. **Teologia** – to wiedza i nauka, która pragnie przede wszystkim znać swój przedmiot, tzn. treści wiary; chce ją możliwie najlepiej wyjaśnić i prowadzi nad nią refleksje. **Liturgia** natomiast jest przede wszystkim życiem; jest przyjmowaniem wiary i wyrażaniem przeżywanej wiary w modlitwie [3].

---

<sup>1</sup> Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra Medycyny Społecznej, Zakład Higieny

<sup>2</sup> Wojewódzki Szpital Zespolony w Kaliszu

<sup>3</sup> Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Kaliszu

## Poszczególne etapy obrzędu pogrzebowego

### 1. Modlitwa w domu zmarłego lub w kaplicy pogrzebowej

Do przeszłości należą już czasy, kiedy człowiek umierał we własnym domu, otoczony najbliższą rodziną. Domownicy, rodzina, sąsiedzi, mieszkańcy wsi bądź ulicy zbierali się codziennie na wspólnej modlitwie za zmarłego, śpiewali pieśni i wspierali się wzajemnie w przeżywaniu żałoby. Wtedy to obrzęd pogrzebu rozpoczynał się w domu zmarłego, do którego przybywał kapłan w stroju liturgicznym koloru fioletowego lub czarnego. Obecnie większość ludzi umiera w szpitalu, z którego ciało zmarłego zostaje przewiezione do kaplicy pogrzebowej. Gdy człowiek umiera w domu, również jego ciało jest transportowane do takiej kaplicy. Obecnie prawie wszędzie, z małymi wyjątkami, obrzęd pogrzebu rozpoczyna się w kaplicy pogrzebowej. Po przybyciu kapłan kreśli znak krzyża, pozdrowia zebranych i składa wyrazy współczucia najbliższym. Słowo współczucie ma dwa znaczenia:

- odczuwać współczucie z cierpiącym,
- mieć udział w cierpieniu innych.

W Nowym Testamencie współczucie jest wyrazem wspólnoty z Chrystusem, oznaczającej udział w Jego życiu i drodze do chwały. Zrozumienie Chrystusa dla ludzi cierpiących przynagła nas do współczucia i współodczuwania cierpień innych. W drugiej części formuły modlitwy ukazana jest nadzieja na lepsze życie, którego początkiem jest śmierć [4]. Celem ostatecznym chrześcijanina jest życie wieczne z Chrystusem. On pierwszy pokonał śmierć i dał nadzieję wierzącym. Po słowach współczucia kapłan kropi wodą święconą ciało zmarłego i śpiewa Psalm 130 [5]. Autor psalmu ukazuje swoją trudną sytuację i wzywa wszystkich, aby oczekiwali na pomoc Pana. W szczególnej sytuacji znajduje się zmarły, który potrzebuje właśnie takiej pomocy. Po śpiewie psalmu następuje modlitwa za zmarłego, która rozpoczyna się poleceniem zmarłego Bogu [6]. Jest tu nawiązanie do jego życia i relacji z Nim [7]. W modlitwie tej kierowana jest prośba o uwolnienie od zła i grzechu. Po tej prośbie następuje kolejna – o wieczny pokój dla zmarłego. Tekst modlitwy podkreśla, że życie przeminęło, ale chrześcijanie są przeznaczeni do życia wiecznego z Bogiem w Jego Królestwie, w którym nie ma bólu, smutku, narzekania, ale panuje radość, pokój. Po modlitwie za zmarłego można odmówić modlitwę za pogrążonych w żałobie [8].

Bóg nazywany jest Ojcem, dawcą pociechy. W trudnych chwilach człowiek właśnie potrzebuje pociechy. Źródłem wszelkiej pociechy, szczególnie dla tych, którzy cierpią z powodu śmierci bliskich, jest Chrystus zmartwychwstały. On to pierwszy zmartwychwstał, abyśmy i my mogli zmartwychwstać.

Prośba o dobre życie jest formą katechezy dla żyjących i przypomnieniem ostatecznego przeznaczenia człowieka. Wyraża też nadzieję na spotkanie w Domu Ojca, z tymi którzy uprzedzili nas do wieczności.

Po tych modlitwach rozpoczyna się procesja do kościoła, w czasie której śpiewany jest Psalm 51 [9]. Trumna z ciałem zmarłego umieszczona zostaje na katafalku. Obok stoi zapalony paschał.

### *Paschał*

Paschał – to świeca, która zostaje poświęcona w Wigilię Paschalną. Rozprasza on mroki ciemności i obwieszcza zmartwychwstanie Chrystusa. W okresie wielkanocnym umieszczony jest w widocznym miejscu w świątyni – w prezbiterium, a w innych okresach liturgicznych przy chrzcielnicy. Paschał przypomina wiernym, że całe ich życie jest przechodzeniem ze śmierci grzechowej do życia w łasce. Podczas chrztu światło paschału oznacza zanurzenie w paschalnym misterium Chrystusa. Podczas liturgii pogrzebu paschał ustawiony przy trumnie wyraża dokonanie się paschy chrześcijanina, czyli przejście z tego świata do Ojca. Paschał oznacza też Chrystusa, który jest obecny w zgromadzeniu liturgicznym, jest też symbolem, który wyraża wiarę w nadzieję życia wiecznego [30].

## **2. Modlitwy w kościele**

Centrum modlitw w kościele stanowi Eucharystia, ofiarowana za duszę zmarłego. Eucharystia jest dla niego mocą, dzięki której wskrzeszony do życia w pokoju z Chrystusem, uczestniczy bez końca w radości zmartwychwstania [10].

Do tej pory zmarły uczestniczył we Mszy Świętej, posilał się Ciałem Chrystusa, siebie składał w ofierze, a podczas pogrzebu oddał siebie w ręce Ojca i zasiadł do uczy niebieskiej. W śmierci i przez śmierć dopełnił tajemnicy Mszy Świętej. Uczestnicy pogrzebu, przynosząc ciało zmarłego do świątyni, przynoszą całe jego życie, przeżywane w duchu ofiary dla Boga [3].

**Teksty modlitw w czasie Mszy Świętej mówią o tym, że:**

- tylko Bóg może dać nowe życie po śmierci,

- przez chrzest człowiek zostaje włączony w paschalne misterium Jezusa, czyli w mękę, śmierć i Jego zmartwychwstanie, w Nim współumierają, są współpogrzebani z Nim i współzmartwychwstają [11],
  - Bóg jest miłosierny, lituje się nad grzesznikiem,
  - przemija postać tego świata, ale w Jezusie jest trwałość życia,
  - śmierć jest dopełnieniem nowych narodzin,
  - nadzieja, która towarzyszy śmierci jest skierowana ku życiu,
  - nadzieja ma swoje korzenie w śmierci i zmartwychwstaniu Chrystusa.
- Teksty modlitw w czasie Mszy Świętej zawierają prośby:**
- o przebaczenie grzechów zmarłemu,
  - o zjednoczenie z Chrystusem w wieczności, które miało swój początek w chrzcie,
  - o obmycie zmarłego z własnych grzechów we krwi Chrystusa, którą składają wierzący w Eucharystycznej Ofierze,
  - aby odprawione misterium przyniosło owoce,
  - aby zmarły mocą ofiary Mszy Świętej osiągnął udział w eschatologicznej uczcie w Królestwie Bożym [12].

### *Czytania mszalne*

Odnowiona liturgia pogrzebu podaje zestaw 42 perykop biblijnych, które mogą być wykorzystane w mszach za zmarłych [10]. Rytuał podaje też 18 perykop ewangelicznych. Najbardziej dostosowane do tematu śmierci są teksty ze **Starego Testamentu**: Hi 19, 23–27 – nadzieja Hioba [13]; Iz 25, 6–9 – Bóg niszczy śmierć [14]; Dn 12, 1–3 – powszechne zmartwychwstanie [15]; **Nowy Testament**: Rz 5, 5–11 – Chrystus zachowa od kary [16]; Rz 6, 3–9 – Jeżeli umarliśmy z Chrystusem, z Nim też żyć będziemy; Rz 8, 14–23 – oczekujemy odkupienia naszego ciała [17]; 2 Kor 5, 1–10 – mamy wieczne mieszkanie w niebie [18]; Flp 3, 20–21 – zmartwychwstanie ciał [19]. **Ewangelie**: Łk 12, 35–40 – gotowość na przyjście Pana [20]; J 5, 24–29 – zmarli żyć będą [21]; J 6, 37–40 – kto wierzy w Chrystusa ma życie wieczne [22]; J 11, 21–27 – Ja jestem zmartwychwstanie i życie [23]; J 14, 1–6 – w domu Ojca jest mieszkań wiele [24].

Jezus daje zapewnienie „kto spożywa moje Ciało i pije moją Krew ma życie wieczne, a ja go wskrzeszę w dniu ostatecznym”. W Eucharystii wierzący otrzymują gwarancje zmartwychwstania ciał, które nastąpi na koniec czasów.

Po zakończeniu Mszy Świętej, następuje śpiew pożegnalny [25] „Przybądźcie z nieba”. W nim zaakcentowany jest paschalny charakter śmierci chrześcijanina. Żyjący przekazują zmarłego tym, którzy już uprze-



dzili nas do wieczności, aby oni zaprowadzili go przed oblicze Boga. Szczególną wymowę ma ostania strofa pieśni:

„Promienny Chryste, Boski Zbawicielu,  
jedyne światło, które nie zna zmierzchu,  
bądź dla tej duszy wiecznym odpoczynieniem,  
pozwól oglądać chwały Twej majestat” [26].

Słowa te nawiązują do Orędzia Wielkanocnego. Chrystus nazywany jest Słońcem, które nie zachodzi. Słowa te są ważne w czasie obrzędów pogrzebu, podobnie jak Orzędzie Wielkanocne podczas Wigilii Paschalnej.

Po śpiewie pieśni następuje pokropienie trumny wodą święconą drugi raz [27], które nawiązuje do sakramentu chrztu, a następnie ma miejsce okadzenie ciała, które jest oddaniem zmarłemu czci, którego ciało było świątynią Ducha Świętego oraz przypomina modlitwę Kościoła, „która wznosi się, jak woń kadzidła przez oblicze Boga” [28]. Po tych czynnościach kapłan odmawia ostatnią modlitwę za zmarłego w kościele. Trumna zostaje wyniesiona z kościoła i rozpoczyna się procesja na cmentarz. W tym czasie śpiewa się Psalm 116 [29] oraz antyfony przewidziane rytuałem. Procesja jest symbolem ostatniej paschy chrześcijanina, która dokonała się w śmierci, ale też wędrówką jeszcze żyjących do Domu Ojca. Na czele procesji niesiony jest krzyż, który ukazuje Chrystusa zmarłychwstałego.

### 3. Modlitwy na cmentarzu

Modlitwy na cmentarzu obejmują: modlitwę powszechną, Modlitwę Pańską, ciche modlitwy prywatne, modlitwę końcową, błogosławieństwo wiernych, zamknięcie grobu, pieśń do Matki Bożej. Przy grobie ma miejsce pokropienie trzeci raz trumny wodą święconą, która jest nawiązaniem do chrztu. Słowa, które wtedy wypowiada kapłan, brzmią: „Niech Bóg da Tobie pić ze źródła wody życia”. Woda umożliwia podtrzymanie życia. Woda żywa w Biblii symbolizuje duchowe odrodzenie i życie udzielone przez Boga, Dawcę. Źródłem wody życia jest Chrystus (J 4, 10). Symbolika wody i światła jest motywem paschalnym odnowionej liturgii zmarłych. Obrzędy pogrzebu są więc przedłużeniem liturgii Wigilii Paschalnej. Po poświęceniu kapłan rzuca grudkę ziemi na trumnę – gest ten nawiązuje do zmarłychwstania, po czym ma miejsce złożenie trumny do grobu. Zmarły otrzymując jako dar ostatni od bliskich grób, pomnik, napis, chcą powiedzieć „Człowiek nie wszystek umiera”. Grób jest śladem danego

człowieka na ziemi [31]. Po zakończeniu obrzędów pogrzebu następuje rozesłanie.

Wielu uważa śmierć za unicestwienie i definitywny koniec człowieka. Można to zauważyć niekiedy na pogrzebach. Gdy trumna zostaje złożona do grobu, można usłyszeć takie słowa: „już mu się wszystko skończyło”. Tak naprawdę to dopiero wszystko się zaczęło. Zakończył się tylko etap ziemskiego życia, a zaczęła się wieczność, która nie ma końca. Kościół w swoim nauczaniu pragnie ukazać śmierć jako wydarzenie w dziejach zbawienia, w których on osobiście też ma swój udział [7].

### Piśmiennictwo

1. Konstytucja o Liturgii (=KL) 81.
2. Obrzędy pogrzebu dostosowane do zwyczajów diecezji polskich, wyd. II uzupełnione, Księgarnia św. Jacka, Katowice 1978, 6 (=OP).
3. Miazek J.: Teologia nowych obrzędów pogrzebu. *Ateneum Kapłańskie* z. 430, t. 95, 185, Seminarium Duchowne, Włocławek 1980.
4. OP 43.
5. OP 44, 45.
6. OP 46a.
7. Hęciak P.: Śmierć dopełnieniem nowych narodzin rozpoczętych w sakramencie chrztu, praca magisterska napisana na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wydział Teologiczny, Poznań 2005.
8. OP 47.
9. OP 49.
10. Konecki K.: Teologia liturgii Mszy Świętej za zmarłych. [w:] B. Nadolski (red.), *Mszał księgą życia chrześcijańskiego*. Księgarnia św. Wojciecha, Poznań 1986, 219–220.
11. KL 6.
12. Nadolski B.: *Liturgika, T. IV, Eucharystia*, Pallotinum, Poznań 1992, 262–263.
13. OP 257.
14. OP 261.
15. OP 263.
16. OP 267.
17. OP 271.
18. OP 277.
19. OP 278.
20. OP 307.

21. OP 317.
22. OP 319.
23. OP 323.
24. OP 329.
25. OP 64.
26. Mszał Rzymski dla diecezji polskich, Poznań 1986, 161, 166–167.
27. OP 65.
28. Decyk J.: Ludzki i Boży wymiar śmierci. Warszawa 2000, 155.
29. OP 68.
30. Konecki K.: Paschalna wymowa odnowionych obrzędów pogrzebu. *Ateneum Kapłańskie*, 430, 95., 199–206. Seminarium Duchowne, Włocławek 1980.
31. Błachowicz M.: Śmierć w dawnym Kaliszu. Dzieje chrześcijańskich pochówków, grobów, cmentarzy kaliskich od czasów najdawniejszych do 1914 roku, praca magisterska napisana na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wydział Historyczny, Poznań 2003.



Jerzy T. Marcinkowski<sup>1</sup>, Anna Bajek<sup>2,3</sup>,  
Irena Galewska<sup>3</sup>

## Formy pochówku w Kaliszu i okolicach – w ujęciu historycznym

*Śmierci tak trzeba uczyć się, jak życia.*

Leopold Staff

### 1. Jak historyk patrzy na śmierć?

Opisując przeszłość, historycy od dawna wiele uwagi poświęcali śmierci. Przypominając życie sławnych ludzi, przypominano okoliczności zgonu i pogrzebu. Opisywano też obrzędy i wierzenia minionych cywilizacji. Archeologia dawne groby zaczęła traktować jako źródło cennych informacji i przeszłości. Jak historyk patrzy na śmierć?

Historyka nie interesuje biologiczny wymiar umierania i zgonu, nie próbuje on dociec, jaka jest egzystencja człowieka po śmierci. Zadaniem badawczym są różnorodne formy reagowania na śmierć, ponieważ dotyczy ona wszystkich ludzi różnych kultur i czasu. Do tych różnych form reagowania na śmierć należy zaliczyć zachowania i czynności umiarkowanego, a także tych osób, które mu towarzyszą i zajmują się nim po zgonie [1].

### 2. Dawne wierzenia związane ze śmiercią i pogrzebem

Dawniej śmierć naturalną traktowano jako zjawisko nieuchronne, bo każdy, gdy się już urodzi, musi umrzeć. Zarówno wtedy, jak i teraz odczuwano lęk przed śmiercią. Wśród mieszkańców miast i wsi było takie

---

<sup>1</sup> Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra Medycyny Społecznej, Zakład Higieny

<sup>2</sup> Wojewódzki Szpital Zespolony w Kaliszu

<sup>3</sup> Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Kaliszu

przekonanie, że nadejście śmierci obwieszczały znaki. Niektóre z nich jeszcze dzisiaj są przekazywane z pokolenia na pokolenie. Oto niektóre z nich:

- gdy pies miał spuszczone ku dołowi pysk i przeraźliwie wył, wyczuwał zbliżającą się śmierć,
- źle wróżyło pojawienie się sowy w zabudowaniach; nawet powstało przysłowie „sowa na dachu kwili, komuś umrzeć po chwili”, a gdy wydawała głos to wołała „pójdź w dołek, pod kościołek”,
- gdy zgasła świeca w czasie kolędy, była to zapowiedź śmierci członka najbliższej rodziny,
- rychły zgon kogoś z domowników mógł nadejść, gdy w czasie pogrzebu koń ciągnący wóz z trumną oglądał się do tyłu albo grzebał kopytem w ziemi,
- groźne było również grzebanie konia kopytem w czasie wizyty księdza u chorego z namaszczeniem; uznawano, że zwierzę przeczusza bliską śmierć kogoś i kopie mu już grób [2].

Wierzenia ludzi wiązały się także ze snami. Nadejście śmierci poprzedzały tajemnicze dźwięki w domu, obejściu. Mogło to być pukanie, rozbicie lustra, wycie wiatru w kominie. Gdy ktoś długo umierał, sądzono, że czeka na kogoś, komu zrobił krzywdę lub komuś winien jest pieniądze. Panicznie bano się spojrzenia zmarłego, dlatego po zgonie na oczy kładziono monety, bo bano się, by sobie kogoś nie wypatrzył. Monety te zaś dawano żebrakom, siedzącym przy drzwiach kościoła, ponieważ sądzono, że oni mają kontakt z zaświatami i dlatego ich modlitwy są szczególnie skuteczne. Powszechnie uważano też, że przemawiając po imieniu do zmarłego, łatwiej się go ubiera. Po wyprowadzeniu trumny z domu, krzesła i stoły przewracano, aby więcej w tym domu nie stała trumna [2].

W południowo-wschodnim rejonie Polski jest też taki zwyczaj, że podczas wynoszenia trumny z domu, trzy razy opuszcza się ją do progu. Jest to gest pożegnania zmarłego z domem.

### 3. Odkrycia archeologiczne w Kaliszu i Wesólkach

Między rozlewiskami Proсны, gdzie dziś znajduje się miasto Kalisz, były liczne osady. Źródła podają, że pierwsi ludzie mieszkali tu od około 8 tys. lat przed naszą erą. Tu ludzie rodzili się i umierali. Dziś archeolodzy odkrywają pozostałości ich domów i grobów. Szczególnie cenne informacje na temat pochówku tamtych ludzi uzyskano z wykopalisk

na Zawodziu i w miejscowości Wesółki, położonej ok. 20 km od Kalisza. W miejscowości tej odkryto cmentarzysko typowe dla okresu późnolateńskiego<sup>4</sup> i wpływów rzymskich. Znaleziono 70 grobów (jamowe i popielnicowe) oraz 2 paleniska, które najprawdopodobniej nie służyły do kremacji zwłok, ale mogły być używane podczas uroczystości pogrzebowych do stypy.

W obrębie grobów jamowych odkryto dużą liczbę całych naczyń lub ich fragmentów oraz metalowe przedmioty. Były to: noże, groty, miecze, tarcze, narzędzia kowalskie, garbarskie, zapinki z okresu późnolateńskiego.

Groby popielnicowe, obok popielnicy, zawierały również naczynia. Popielnice przykrywano niekiedy misami albo dużymi naczyniami. W jednym z grobów odkryto dwa komplety brązowych okuć rogów do picia wraz z łańcuszkami. Takie akcesoria wkładano do grobów osobom zajmującym szczególną pozycję w hierarchii społecznej. Najstarszy grób określono na początek I wieku przed naszą erą, który wyznacza początek użytkowania cmentarzyska. Inne groby wyznaczają koniec jego użytkowania, przypadający na II połowę II wieku naszej ery.

Groby w Wesółkach to groby jednostkowe, ale też i zbiorowe, np. pochówek kobiety i dziecka – co można tłumaczyć śmiercią okołoporodową oraz mężczyzny, kobiety i dziecka – co świadczy o śmierci rodzinnej. Nie można tylko ustalić, z jakiego powodu. Na podstawie badań archeologicznych można ustalić wiek zmarłych. Najczęściej do zgonów dochodziło w wieku 20–40 lat. Kobiety umierały przeważnie w młodszym wieku (25–30 lat), niż mężczyźni (35 lat).

Analizując wyposażenie tych grobów, można wnioskować o dużym zróżnicowaniu majątkowym grupy ludzi wówczas tam mieszkających. Swoich zmarłych rodziny mogły chować w określonych partiach cmentarzyska, zaznaczając je na powierzchni kamieniem lub kopczykiem [3]. Odkrycia w tej i innych miejscowościach pozwalają wnioskować, na ile jest to możliwe do ustalenia, o sposobie pochówku zmarłych.

---

<sup>4</sup> Okres lateński – okres w pradziejach Europy Środkowej i Zachodniej trwający od 400 p.n.e. do początku naszej ery. Nazwa okresu pochodzi od stanowiska archeologicznego w La Tène. Dzieli się on na: okres wczesnolateński (480 l. p.n.e. – 300 l. p.n.e.), środkowolateński (300 l. p.n.e. do 100 l. p.n.e. (regionalnie do ok. 150 l. p.n.e.)) i późnolateński (150/100 l. p.n.e. do pocz. I w. n.e.).

#### 4. Zwyczaje i obrzędy pogrzebowe w Kaliszu i okolicach

Plemienny gród Calisia powstał w II połowie IX wieku naszej ery (jest to teren obecnego Zawodzia) i szybko się rozwijał. Wraz z przyjęciem chrześcijaństwa następowały zmiany również w sposobie grzebania zmarłych. Kościół wprowadza i zmienia obrzędy ważne dla życia rodzinnego, jak śluby, ale też i pogrzeby. Kościół nie znosił dawnego zwyczaju chowania na polach i rozdrożach, ale wymagał ziemi poświęconej. Nie udało się w tym czasie usunąć jeszcze „pustego wieczoru” (czuwanie przy zmarłym) i strawy „stypy” [4].

Od tego czasu narzuconą formą stało się grzebanie zmarłych na cmentarzach lokowanych przy kościołach. Podczas badań archeologicznych na jednym z cmentarzy kaliskich odkryto, że zmarłych układano z nogami zwróconymi w kierunku wschodzącego słońca. Skąd się wziął ten zwyczaj? Sięga on czasów pogańskich i kultu solarnego. Być może tak układano zmarłego, aby mógł patrzeć na wschodzącą, promienistą tarczę słońca. Wierzono, że przyniesie to mu szczęśliwą egzystencję pozagrobową. Inne tłumaczenie takiego postępowania należy upatrywać w wierzeniach, że tak jak budzące się codziennie do życia słońce i oni przebudzą się do nowego życia [5].

Dla chrześcijan ważny był nakaz papieski przy budowie świątyni, aby absyda kościoła była skierowana na wschód i w ten sposób wskazywała na Grób Jezusa w Jerozolimie [6].

Takie układanie zmarłych nawiązywało do nakazu papieskiego i wyrażało wiarę oraz oczekiwanie na zmartwychwstanie ciała. Zwyczaj ten znalazł również odzwierciedlenie w układaniu zmarłego w kościele nogami w kierunku ołtarza. Nie dotyczy on tylko duchownych [7].

Ręce zmarłych układano wzdłuż ciała. Być może nie znano jeszcze zwyczaju składania rąk w geście wiecznej modlitwy. Matki i niemowlęta zmarłe podczas porodu chowano razem. W ten sposób pochowano królową Polski Jadwigę w 1399 r. W grobach, które odkryto zauważono, że ciała składano bezpośrednio do ziemi. Niektórych natomiast, zapewne bogatszych i najbardziej znaczących dla grodu Kalisz/Calisia, pochowano w czymś co swym kształtem przypominało trumnę [5]. Wewnątrz znajdowała się biżuteria. Pochówkom towarzyszyły ceremonie religijne. Pierwsza wzmianka o pogrzebie kościelnym pochodzi z XI wieku [5].



## 5. Ceremonia pogrzebowa w dawnych czasach

W dokumentach pisanych można znaleźć dokładny opis postępowania ze zmarłym. Aby pomóc „dobrej śmierci” domownicy modlili się i powstrzymywali od płaczu. Dopiero po śmierci członka rodziny wybuchał płacz. Budzono nawet małe dzieci. Zaprzestawano słuchania muzyki, zakładano strój żałobny. Zmarłego myto, a następnie wkładano do trumny, którą ustawiano tak, by zmarły ułożony był nogami w stronę drzwi wejściowych. Dorosłych zmarłych ubierano na czarno lub w to, w czym chciał być pochowany. Panny ubierano jak do ślubu, dzieci na biało. Trumnę ze zwłokami dziecka niosły 4 dziewczynki, ubrane w białe sukienki. Do rąk wkładano: książeczkę, różaniec, święty obrazek, chusteczkę do nosa. Ta forma przetrwała praktycznie do dziś [1].

Po zgonie, modlitwach, przygotowaniu ciała i całonocnym czuwaniu przy zmarłym, do kościoła udawała się procesja z ciałem zmarłego. W tym czasie śpiewano psalmy i recytowano responsoria, czyli teksty składające się z dwóch zdań. Pierwsze zdanie intonował kapłan, drugie wierni. Następnie miała miejsce Msza Święta. Po jej zakończeniu wszyscy udawali się procesyjnie na cmentarz ze świecami i kadzidłami. Śpiewano psalmy. Obrzęd pogrzebu kończył się złożeniem ciała do grobu, modlitwą kapłana i zamknięciem grobu [8]. Ta forma pogrzebu przetrwała i została podtrzymana przez Sobór Trydencki w 1614 r.

W XVIII wieku cmentarz przykościelny stał się miejscem spoczynku ubogich; pozostałych chowano w kościelnych wnętrzach. Ponieważ na cmentarzu kopano groby płytko, roznosił się stamtąd niemiły zapach. Na mogiłach nie było żadnych roślin, gdyż w społeczeństwie istniał przesąd, iż ich obecność sprzyja intensyfikacji trupich zapachów. Na cmentarzu przy kościele św. Mikołaja – dzisiejszej katedrze – znajdowała się murowana kostnica, krzyż misyjny i figura św. Jana Nepomucena. W oddzielnym miejscu na cmentarzu grzebano dzieci. Na murach kościoła zawieszano obrazy Chrystusa Ukrzyżowanego i Matki Bożej Bolesnej. Na cmentarzu był też tzw. dzwonek loretański. Wzywał on wiernych na pogrzeb lub przypominał o modlitwie za konających [9]. Cmentarze były małe, stąd mogiły nie miały trwałego charakteru. Odnalezione szczątki ludzkie, w czasie przekopywania cmentarzy, miały być uroczyście pochowane w jednym miejscu [10]. Krzyże pojawiły się na dużą skalę na przełomie XVIII i XIX wieku.

## 6. Pochówki w obrzędku kościoła łacińskiego

Uroczystości pogrzebowe rozpoczynały się w domu zmarłego. Zwłoki w asyście duchowieństwa przenoszono do kościoła śpiewając modlitwy i psalmy. Następnie miała miejsce msza w języku łacińskim. Ciało zmarłego stawiano na katafalku zwanym „castrum doloris” – co oznacza zamek lub twierdzę bóleści [1].

Im osoba była bogatsza lub bardziej zasłużona, tym bardziej okazały miała pogrzeb, więcej było duchowieństwa i więcej było wygłaszanych kazań i mów pogrzebowych. Obok katafalku umieszczano świece. Ostatnią mowę pogrzebową spisywano na droгим materiale, najczęściej atłasie. Były to „konkluzje”, które ofiarowywano rodzinie zmarłego. Te zaś wieszano w pokojach stołowych czy kaplicach [11]. W czasie kazania opisywano życie zmarłego, wyliczano jego godności, zasługi i cnoty. Teksty kazań pogrzebowych często ogłaszano drukiem [12]. Zamożni po obrzędach pogrzebowych zapraszali na tzw. obiad pogrzebowy (dzisiejsza stypa) [13].

Czasami organizowano powtórne pogrzeby, ale to już symboliczne. Zamawiano też Msze Święte za duszę zmarłego. W przypadku pochówku w kościele grób powinien znajdować się pod posadzką kościoła, w specjalnym obmurowanym wgłębieniu, przykrytym kamienną płytą lub w kryptach [9]. Wyjątek czyniono jedynie dla świętych. Kości ich były obiektem kultu publicznego (relikwie), które rozdzielano między kościoły. Na ścianach kościołów umieszczano „epitafium” – często z portretem zmarłego; wieszano też chorągwie nagrobne. Epitafium mogło być:

- inskrypcyjne – główną rolę odgrywa tekst,
- obrazowe – tekst był uzupełniony obrazem przedstawiającym osobę zmarłą.

Na nich były różne zdania i zwroty, np. „zatrzymaj się przechodniu” lub „tu leży grzesznik”. Zdania te pisane były w języku łacińskim, rzadziej w polskim. Epitafium wmurowane w ścianę kościoła uwieczniało pamięć zmarłego wśród żywych i przypominało o modlitwie za niego. W Kaliszu najstarsze epitafium pochodzi z 1600 r.; upamiętnia ono śmierć 8-letniego dziecka poznańskiego kupca: „Tu leży Piotr Bolecki, który w ośmiu lat umarł roku 1600, miesiąca octobra, dnia 15., Poznańczyk”. Śmiercią niemowląt zbytnio się nie przejmowano i jej nie uwieczniano. Skoro zrobił to Ojciec, musiał go bardzo kochać, o czym przykładowo świadczą następujące słowa: „Tu nadzieję, tu syna swego grzebie Jan Bolecki, ducha Bóg przyjął do siebie” [1].

Druga połowa XVIII wieku – to czas przemian. Zaczęto głosić tezę o tzw. „śmierci z grobów”. Uznawano, że gnijące ciała mogą być przyczyną zgonów, chorób, epidemii. W miastach miejsca na pochówki nie wystarczało. Trzeba było przenieść cmentarze poza mury miejskie. W 1787 r. Komisja Dobrego Porządku w Kaliszu zakazała pochówków na cmentarzach przykościelnych, znajdujących się wewnątrz murów miasta [14]. Tych, których było na to stać, grzebano wewnątrz kościołów lub w kryptach; kogo nie było stać na tego rodzaju pochówek, chowano na cmentarzach poza murami miasta. Trudno jednak było zaakceptować mieszkańcom miasta nowe zarządzenia w sprawie pochówku.

W Kaliszu od 1807 r. cmentarz położony był poza miastem. Stopniowo powstawały nowe cmentarze. Obecnie w Kaliszu są: Cmentarz Miejski na tzw. Rogatce, Cmentarz Prawosławny, Cmentarz Ewangelicko-Augsburski, Cmentarz na Tyńcu, Cmentarz na Majkowie, Cmentarz na Zagorzynku, Cmentarz w Dobrzeczu, Cmentarz Żołnierzy Radzieckich, Cmentarz Żydowski, Cmentarz Ukraiński w Szczypiornie.

Jeśli chodzi o trumny, to były one metalowe lub z cyny – z ozdobianymi uchwytami w kształcie ludzkich głów, lwich pysków lub główek anielskich. Wieko ozdabiano metalowym krzyżem i motywem liści palmowych, które są symbolem zwycięstwa. Trumny wyposażone były w tabliczki informujące, kto w nich spoczywa. Wykonane były z metalu i ozdabiane. Swoim stylem nawiązywały do trumny. W Kaliszu zachowało się ich 20.

W XIX wieku upowszechnił się zwyczaj rozwieszania na mieście drukowanych klepsydr informujących o śmierci i planowanym pogrzebie. Najstarsza kaliska klepsydra pochodzi z 1843 roku. Wraz z powstaniem w 1880 roku nowoczesnej prasy, na łamach miejscowych gazet pojawiły się nekrologi. Kaliskie drukarnie oferowały też zawiadomienia, które można było kupić gotowe lub napisać na specjalnym papierze żałobnym, ale żadne z nich się nie zachowały. Powiadomiony powinien odpisać w celu pokrzepienia żywych [1].

Kreacje żałobne obowiązywały członków rodziny od chwili śmierci bliskiej osoby. Kolor żałobny – to czerni. Żałobę nosiły zarówno kobiety, jak i mężczyźni, którzy nosili czarną opaskę na rękawie; nieco później zakładano ją na klapę marynarki. Czas żałoby był ściśle określany przypisami zwyczajowymi, np. po rodzicach obowiązywała żałoba przez okres 1 roku [5]. W XIX wieku upowszechnił się zwyczaj składania wieńców. Najpierw były małe, z czasem stawały się coraz bardziej okazałe. Miały również szarfę, na której pisano, kto jest ofiarodawcą.

## 7. Jak wyglądał pogrzeb?

Trumna z ciałem była wieziona czarnym karawanem, zaprzężonym w cztery kare (czyli czarne) konie, niekiedy pięknie przyozdobione. Kopyta koni pokrywano czarną pastą, zakładano im ozdobną uprząż, natomiast głowy koni przysłaniano czarnymi ozdobami ze strusimi piórami. Były trzy klasy karawanów. Karawan pierwszej klasy był najparadniejszy, najdroższy, w kolorze hebanu, przybrany złożonymi ozdobami. Z czterech boków spływały żałobne pióropusze, a dopiero za kryształowymi szybami stała trumna. Wiele tańsze były karawany klasy drugiej i trzeciej. Karawan ozdobiony był zielenią i kwiatami. Gdy była to osoba zacna, w ceremonii pogrzebu uczestniczyła orkiestra. Za trumną szła najbliższa rodzina; z reguły mężczyźni, gdyż kobiety wyczerpane przeżyciami związanymi z żałobą zazwyczaj nie miały dość siły, by iść i jechały w powozach. W drodze zmarłemu towarzyszyła muzyka i śpiew. W drugiej połowie XIX wieku nie były to tylko utwory religijne, ale także zamawiane przez rodzinę. W Kaliszu śpiewy religijne wykonywali członkowie Kaliskiego Towarzystwa Muzycznego założonego w 1882 roku. Czasami dochodziło do scysji podczas obrzędu pogrzebowego – i aby takich sytuacji uniknąć, trzeba było wcześniej wszystko uzgodnić [1].

W kościele czekał katafalk, a obok stały lichtarze ze świecami. Tu żegnano zmarłego w modlitwie. Następnie miała miejsce procesja z trumną na cmentarz, po czym składano ją do grobu zmarłego. Za dobry obyczaj uznawano składanie przez rodzinę podziękowań dla osób i instytucji, które pomogły rodzinie zmarłego w tych trudnych dla niej chwilach. Czyniono to także za pośrednictwem prasy. W prasie umieszczano też wspomnienia o zmarłym, aby uczcić jego pamięć. Treść miała raczej charakter świecki. Wspominano zasługi zmarłego.

O zmarłym mówiono tylko dobrze. Zamawiano także msze święte za spokój duszy. W czasie tych mszy świętych stawiano na katafalku pustą trumnę, która symbolizowała obecność zmarłego. Trumnę tę zwano egzekwialną [1]. Taką trumnę wykorzystywano podczas nabożeństw jeszcze niedawno w Dzień Zaduszny. O zmarłym pamiętano przez odwiedzanie jego grobu i troskę o jego wygląd. Obecnie również w dniach 1 („Wszystkich Świętych”; łac. *festum omnium sanctorum*) i 2 listopada („Dzień Zaduszny”) gromadzą się przy grobach swoich bliskich rodzina i znajomi, by uczcić ich pamięć.

Niektórzy zmarli Kaliszanie mieszkający poza Kaliszem chcieli być pochowani na cmentarzu w Kaliszu. Stało się to możliwe po uruchomie-

niu linii kolejowej przechodzącej przez to miasto. W specjalnym, opieczętowanym wagonie przewożono trumnę z ciałem zmarłego. Z Dworca Kolejowego odbierano trumnę i w kondukcie pogrzebowym udawano się do kościoła i na cmentarz [1].

Pod koniec XIX wieku na kaliskich cmentarzach zaczęły pojawiać się murowane grobowce, kaplice grobowe, nagrobki. Produkowały je firmy budowlane i kamieniarskie.

## 8. Współczesne formy pochówku

Obecnie prawie wszystko – co związane jest z umieraniem i pochówkami – uległo zmianie. Kiedyś człowiek najczęściej umierał w domu, w obecności bliskich. Dziś umieranie ma miejsce przeważnie w szpitalu, z dala od bliskich, często w samotności. Pojawiły się też wyspecjalizowane firmy usługowe, które organizują całe uroczystości pogrzebowe, łącznie ze stypą. W końcu XX wieku pojawiły się zawody zajmujące się „profesjonalną kosmetyką zwłok”. Pieszne konduktory pogrzebowe też przeszły do historii. Do bram cmentarzy uczestników pogrzebu dowożą autokary. W ostatnich latach zauważa się także coraz mniejsze przestrzeganie obyczaju noszenia żałoby po zmarłym [2].

## Piśmiennictwo

1. Błachowicz M.: Śmierć w dawnym Kaliszu. Dzieje chrześcijańskich pochówków, grobów, cmentarzy kaliskich od czasów najdawniejszych do 1914 roku, praca magisterska napisana na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wydział Historyczny, Poznań 2003.
2. Małyszko S.: Zabytkowe cmentarze przy Rogatce w Kaliszu. Kaliskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk, Kalisz 2003.
3. Dąbrowscy I., K.: Cmentarzysko z okresu późnolateńskiego i wpływów rzymskich w Wesółkach., Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk, Wrocław – Warszawa – Kraków 1967.
4. Kolbuszewski J.: Cmentarze. Wydawnictwo Dolnośląskie, Wrocław 1996.
5. Dębowska J.: Grodzisko na Zawodziu. [w:] Osiemnaście wieków Kalisza, T. I, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 1960.
6. Miłobęcki A.: Zarys dziejów architektury w Polsce, Warszawa 1989, 19.
7. Encyklopedia Kościelna, T. XXI–XXIII, Warszawa 1910, 442.
8. Nadolski B.: Liturgika. T. III. Sakramenty, sakramentalia, błogosławieństwa. Poznań 1989, 278.

9. Raciborski J.: Kościoły kaliskie. [w:] Kronika diecezji kujawsko-kaliskiej, 1925, 65.
10. Rok B.: Człowiek wobec śmierci w kulturze staropolskiej, Wrocław 1995, 62.
11. Bystron J.: Dzieje obyczajów w dawnej Polsce, w. XVI–XVIII, t. II. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1976.
12. Bielska K.: Bibliografia starych druków kaliskich. Poznań 1980.
13. Nowaczyk H.: Pogrzeb, cz. 2. nr 10.
14. Chodyński A.: Kieszonkowa kronika miasta Kalisza. Nakładem księgarni M. Hofmańskiego, Kalisz 1985, 48.

Anna Edbom-Kolarz<sup>1</sup>, Jerzy T. Marcinkowski<sup>2</sup>

## Różnorodność pochówków i miejsc z nimi związanych na terenie Szwecji – z perspektywy historycznej

Czy jest ktoś, kto potrafi wytłumaczyć miłość?  
A kto wytłumaczy żal i smutek po śmierci ukochanej osoby?  
Tylko ten z nas, któremu dane było doświadczyć tych uczuć  
może postarać się je opisać, z różnym wszelako skutkiem!

### Punktem wyjścia była śmierć...

Człowiek od zarania swego człowieczeństwa zawsze grzebał swoich bliskich z szacunkiem. Wkładał wiele pracy w pochówek – i był to sposób na „przepracowanie” wewnętrznego żalu, rozpacz i pustki po stracie ukochanej osoby. Oczywiście w różnych kulturach i okresach historycznych obraz ten przedstawiał się odmiennie. Współczesna Szwecja wyróżnia się tym, że aż około 75% zmarłych jest kremowanych, a popioły grzebane są anonimowo, zbiorowo lub rozsypywane. Najbliżsi zmarłym nie mają więc tradycyjnego grobu, do którego tak bardzo przyzwyczajeni jesteśmy w naszej, polskiej kulturze. Ale nie zawsze tak bywało. Szwecja ukrywa w swych bezbrzeżnych lasach tysiące grobowców i grobów, z których najstarsze dorównują swoim wiekiem piramidom i są zwierciadłem prastarej kultury oraz dowodem na to, że śmierć niosła zawsze ze sobą ból, z którym człowiek starał się walczyć, by móc żyć, tworzyć i kochać dalej.

---

<sup>1</sup> Vrinnevisjukhuset, Ögonkliniken, Norrköping, Szwecja

<sup>2</sup> Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra Medycyny Społecznej

## Żałoba jest ceną za miłość

Niewielu Szwedów uzyskało taką popularność w świecie, jak ta wiecznie uśmiechnięta, urocza choć niepiękna, drobniutka kobieta, która w ostatnich latach swego życia zaczynała swój dzień w równie niesamowity sposób, jak niesamowita była jej osobowość. Otóż, każdego ranka wykręcała numer telefonu do swej siostry i niskim, mrocznym głosem mówiła: „Döden<sup>3</sup>, döden, śmierć, śmierć, ja żyję jeszcze, a Ty?” Kto nie zna Astrid Lindgren, wspaniałej pisarki, która wzbogaciła świat o tyle dziecięcych opowieści. Miała proste podejście do życia, potrafiła się nim cieszyć, mimo mrocznych dni, których nie szczędził jej los. Tak samo, z autoironią i humorem, przyglądała się swemu procesowi starzenia i oczekiwała śmierci. Gdy nagradzano ją kolejnymi zaszczytami, pytała ze zdziwieniem: „Jak można półgłuchą, półślepią i półwariatką tak wychwalać?” Błyszczała inteligencją jak brylant, mimo niedowidzenia i aparatu słuchowego w uszach, nie traciła humoru i tak oczekiwała, a nawet wyglądała czy śmierć już zawitała by ją zabrać, czy też przeżyje jeszcze jeden dzień. Telefon do siostry potwierdzał tylko, że to jeszcze nie nastąpiło, więc mogły sobie uciąć pogawędkę.

Ja pragnę opowiedzieć, jak to śmierć utorowała mi drogę do nowego życia, nowego dla mnie kraju, języka i kultury. Jak starałam się zrozumieć tych obcych mi ludzi, wędrując po cmentarzach i zaglądając do kościołów, które kształtując przez wieki mieszkańców Szwecji, wpływały na ich odmierność. Jak z każdym dniem odkrywałam coś fascynującego, a łatwiej byłoby mi odsłaniać zagadki zmarłych niż żywych i poprzez nie zrozumieć tok myślenia i postępowania ludzi, wśród których przyszło mi żyć. Nienaruszona, dziewicza przyroda przykryła swym płaszczem zieleni i uchroniła przed dewastacją przeszło 600 000 pomników przeszłości – i przy odrobinie dobrej woli i zainteresowania one same opowiadają nam o ludziach z przeszłości. Nieodłączną częścią ludzkich osad były cmentarzyska, a często całe pola cmentarne, będące miejscami pochówków przez tysiące lat.

Zanim opowiem o pogrzebach w dzisiejszej Szwecji, chciałabym zaprosić na krótką wędrowkę po tych prastarych i rzadkich w Europie miejscach pochówków, świadczących o bytowej kulturze narodów zamieszkujących chłodną, ale jakże piękną Skandynawię.

---

<sup>3</sup> döden – w języku szwedzkim śmierć.





Kamienna trumna z epoki kamienia licząca 4000 lat (długość od 3–10 m, szerokość 1–2 m). Fot. Wikipedia

Do najstarszych i najciekawszych obiektów opowiadających nam dziś historię nie tylko zwyczajów pogrzebowych, ale będących w wielu przypadkach jedynym źródłem wiedzy o ludziach wówczas żyjących, jest 1500 grobowców kamiennych, rozrzuconych na wybrzeżach całej Szwecji z wyjątkiem jej południowego krańca. W tych olbrzymich trumnach chowano wiele osób, a wraz z nimi przedmioty codziennego użytku i biżuterię.

Cmentarzysko, w dosłownym tłumaczeniu pole pogrzebowe, to rozpowszechniona forma cmentarzy sprzed około 3000 lat. Składało się ono z wielu wzgórz i umiejscowionych w ich pobliżu łodzi.

Jednym z najczęściej odwiedzanych przez turystów jest pole pogrzebowe w Gettlinge na wyspie Öland. Rozciąga się ono na długości około 2 km. Granitowe głązy ułożono wokół miejsc pochówków tak, że tworzą one zarys łodzi. Jedna z największych ma długość 30 m i zbudowana jest z 23 granitów.

W kwadratowych i okrągłych obramowaniach grobów odnaleziono szczątki szkieletów pogrzebanych w kamiennych trumnach. Cmentarzysko było miejscem pochówku na przestrzeni 2000 lat, od około X wieku przed naszą erą do roku 1050 naszej ery.

Takich pól pogrzebowych spotykamy wiele, nie tylko na całej wyspie Öland, ale i w całej Skandynawii. Regułą było, że umiejscawiano je z dala od osad ludzkich. W grobach tych składano często obok ciał wojowników także ich zbroje i towarzyszące im za życia zwierzęta, np. psy [1].

Wzgórze to otoczone jest przez 5 takich łodzi. Te typowe dla Skandynawii pomniki przeszłości uważane, po przyjęciu chrześcijaństwa, za symbol pogaństwa, obalano i nierzadko, niestety, dewastowano.



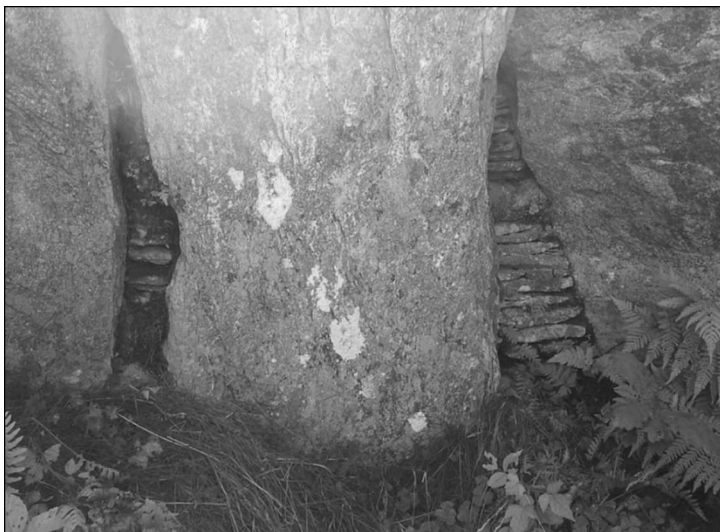
Gettlinge – Öland. Fot. P. Nils Nilsson



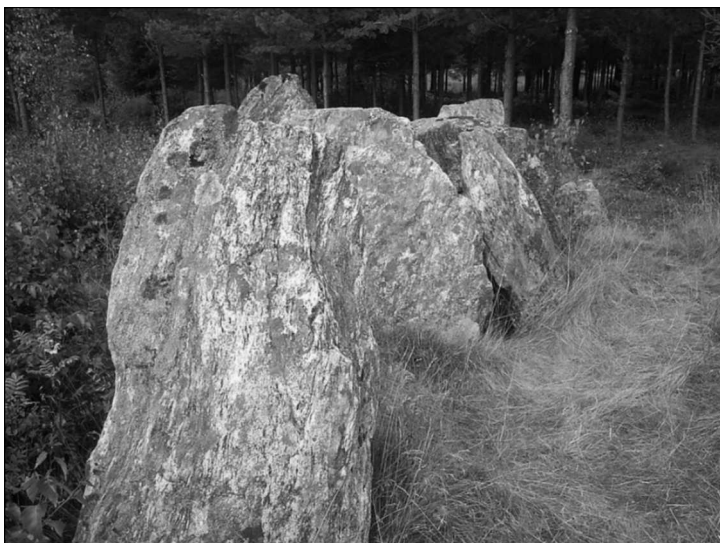
Do ciekawszych pól, również w kształcie łodzi, należy pole pogrzebowe w okolicy Anundshög; największa z form ma aż 53 m długości i 16 m szerokości [2]



Grobowce przykrywano wielką płytą nagrobną. Fot. Wikipedia



Grobowiec murowany bez użycia zaprawy z okresu żelaza.  
Fot. Wikipedia



Wybudowanie grobowca otoczonego wielkimi granitami kosztowało wiele pracy.  
Fot. Wikipedia

W pobliżu zachodniego wybrzeża Szwecji w Brattås odkryto groby z okresu żelaza, wspaniale zachowane, z ułożonych bez użycia zaprawy kamieni i otoczone wielkimi stojącymi głazami, stanowiącymi ściany nośne dla płyt przykrywających grobowce [1].

## Prastare miejsca pochówków w okolicach Uppsali

Cała okolica zawiera około 2000–3000 grobów, a największe z nich trzy wzgórza zwane Królewskimi, mają średnicę od 55–70 m i od 7–11 m wysokości. Oprócz, w większości skremowanych popiołów, znaleziono w nich również przedmioty codziennego użytku, szczątki zwierzęce, a nawet ofiary z ludzi, co pozwoliło na określenie wieku ich pochodzenia na lata 475 do 550 naszej ery. W pobliżu wzgórza odnaleziono pola cmentarne z młodszej epoki żelaza, a nawet groby Wikingów. Cała okolica była więc miejscem służącym do pochówków przez okres blisko 2000 lat [1].



Wzgórza i pola cmentarne w pobliżu Uppsali. Fot. Wikipedia

## Kamienie runiczne

Z 6000 kamieni runicznych na świecie niemal połowa znajduje się na terenie Szwecji. Pierwsze pochodzą z IV wieku naszej ery, a większość z X w. Nie były one nagrobkami, ale raczej pomnikami wystawianymi tym, którzy odeszli. Opłakujący ich bliscy wyrażali tak swój żal po ich stracie, a równocześnie pragnęli zachować pamięć o drogich ich sercu zmarłych. Ponieważ znamy i umiemy odczytać alfabet runiczny, nie trudno odczytać te ciekawe nekrologi.

Kamienie umieszczano więc w miejscach na te czasy „publicznych”, przy drogach, rozdrożach czy też w pobliżu mostów, a czasem nawet w formie mostu. Znalazłam, ukryty w lesie, taki mały most, wzniesiony ku pamięci męża przez opłakującą i wciąż kochającą go żonę. Była więc to forma nie tylko wyrażenia żalu po stracie najbliższej sercu osoby, ale

Kamień runiczny opowiadający  
o zmarłym rybaku.  
Fot. B. A. Lunberg



Kamień runiczny z Östergötland.  
Fot. B. A. Lunberg, RAÄ



również proces wewnętrznego „przepracowania” żałoby. Przekazywane przez te kamienie wiadomości i mądrości przetrwały do dziś i odczytując je próbujemy przywołać w naszej wyobraźni ludzi, którzy już dawno odeszli.

Kamienie runiczne zawierały nie tylko nazwiska zmarłych, ale i tych, którzy je wystawili. Opowiadały o życiu zmarłego, jego przygodach, podróżach czy walkach, w których brał udział. Teksty nawiązywały do wydarzeń historycznych. Pewien pogrążony w żałobie mężczyzna wyrył historię swej rodziny. Ojciec jego doczekał się pięciu synów. Walczyli w wielu miejscach: jeden zginął w Grecji, drugi na północy Skandynawii, trzeci w miejscowych walkach, a czwarty na morzu; przy życiu został tylko ten, który kazał wyryć tekst i opłakiwał swoich zmarłych braci [3].

### Współczesne pogrzeby i miejsca pochówków

Pamiętam ten wietrzny, listopadowy poranek, kiedy opowiadałam koleżance ze szpitala, jak to pracowałam nad kompozycją z suszonych jagód i kwiatów, którą dekorowałam grób mojej mamy, popłakując cicho. Ze zdziwieniem przyjąłam wiadomość, że ona nie musi nic robić, gdyż chodzi czasem na cmentarz i siada na ławeczce w pobliżu miejsca, gdzie zakopane są anonimowe prochy wielu ludzi, tam gdzieś, w bliżej nieokreślonym miejscu, leżą prochy jej mamy.



Jeden z przykładów anonimowych miejsc pochowku prochów [4].

Fot. A-B. Sörensen

Miejsce porządkowane jest przez służbę cmentarną i kwiaty sadzone przez tą samą. Nie wolno naruszać ładu i ustalonego porządku, kładąc swoje własne wiązanki. Zaciekawiona przeczytałam również notatki z kursu dla pracowników muzeów i personelu zajmującego się studiami nad obrządkami pogrzebowymi i związanymi z tym zwyczajami, który odbył się w 2003 r. Nie ukrywam, że był to dla mnie szok. Prochy po spalonych ciałach ustawiane są przez okres jesieni i zimy w papierowych workach z nazwiskami, po czym, gdy ziemia odmarznie, przeważnie w kwietniu, pracownik cmentarza układa te woreczki na taczce, wiezie do miejsca zwanego *minneslund* – co na język polski można przetłumaczyć: „park – miejsce pamięci”, robi małe dołeczki, w odległości 5 cm jeden od drugiego, po czym napełnia je prochami i zakłada kawałkami uprzednio wyciętej trawy, anonimowo, bez udziału rodziny czy ludzi bliskich [4].



Pracownik cmentarza zakopuje popioły zmarłych – w sposób anonimowy w miejscu zbiorowym [4]

Pytanie Ernesta Hemingwaya w jego powieści *Komu bije dzwon?* – będzie wkrótce niezrozumiałe, bo dzwon milczy... Celem takiego pochówku jest odciążenie bliskich od pracy przy grobie. Nie mają oni żadnych obowiązków, nie muszą porządkować i obsadzać grobu, nie wiedzą gdzie dokładnie spoczywają prochy najbliższego im człowieka i nie ponoszą dodatkowych kosztów. Choć kremacja była dopuszczalna w Szwecji już od końca XVIII wieku, historia tych miejsc zaczęła się w 1958 roku. Wówczas właśnie podjęto decyzję o akceptacji pochówku skremowanych ciał na terenach cmentarnych, kolektywnie i anonimowo. Miejsca te zagospodarowywano w różny, bardzo indywidualny sposób. Dopiero w latach 80-tych XX w. jeden ze znanych architektów zieleni, Inger Berglund, po-

stanowił głębiej przestudiować temat uformowania tych miejsc, zwanych często miejscami medytacji. Wziął pod uwagę takie czynniki, jak: socjalny, architektoniczny i kulturowy. Rezultatem jego pracy była wydana drukiem, w 1994 roku, książka pt. *Cmentarne miejsca medytacji* z przykładami miejsc pochówku popiołów już nie tak anonimowych jak dotąd. W miejscach medytacji wbudowano bowiem zbiorowe tablice z nazwiskami pochowanych tam osób, których bliscy wyrazili wolę udziału w pochówku. Zaplanowano również rabatki, na których dopuszczalna jest dekoracja kwiatami i dozwolone palenie zniczy. Dbalność o te miejsce pozostawiono jednak służbom cmentarnym. W ten sposób powstały formy przejściowe lub mieszane, pomiędzy parkiem pamięci a grobem [4]. Dla ujednolicenia pojęć sformułowano ściśle definicje opublikowane w czasopiśmie „Zielone Fakty” – i tak pod pojęciem:

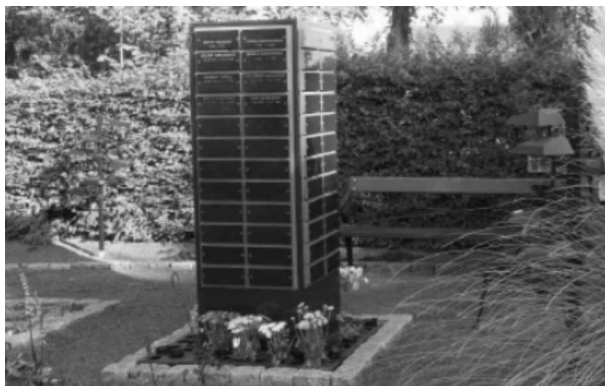
- **„park pamięci”** (*minneslund*) rozumie się teren cmentarny przeznaczony do rozsypywania prochów; jest to anonimowe i kolektywne miejsce, w którym nie ma miejsca na nazwiska zmarłych. W centrum tych placyków znajdują się miejsca dekorowane w różny sposób. Najbliżsi powinni sprawować opiekę nad całością wyglądu tego miejsca.



Różne uformowanie miejsc pochówku pozwala na chwilę zadumy i medytacji.  
Fot. L. Angselius [4]



- „**park pamięci pochowania popiołów**” (*askgravlund*) – to takie miejsce pochówku popiołów, w którego centrum stoi również wspólne miejsce na nazwiska tych, których popioły zakopano gdzieś w pobliżu i są tu również wspólne miejsce na kwiaty i znicze. Opiekę nad tymi miejscami sprawuje służba cmentarna; tylko w dniu zakopania popiołów wolno złożyć indywidualnie kwiaty na trawie i przebywać na niej. W innych przypadkach jest to zabronione.



Kolumna z nazwiskami zmarłych, których prochy pogrzebano w tym miejscu.

Fot. A-B. Sörensen [4]

- w **grobach pochówku popiołów** (*askgravplats*) – możliwe jest wspólne pochowanie małżonków. Za opiekę nad tymi miejscami płacą najbliżsi i tam dopuszczalne są tablice pamiątkowe.



Tablice ułożone w miejscu pogrzebania prochów. Fot. A-B. Sörensen [4]

Pochówek może więc mieć różne formy: groby z zachowaniem prawa prywatnego grobu, urny z prochami albo trumna – i tu trumna może spoczywać w grobie indywidualnym lub rodzinnym. Popioł po spaleniu może być zakopany w urnie w grobowcu rodzinnym lub w miejscu pochówku popiołów [4].

- Istnieje jeszcze jedna dopuszczalna forma – **rozsypywanie popiołów** w: morzu, jeziorze, przyrodzie czy lesie. Na te formę należy uzyskać pozwolenie władz lokalnych [5].

Astrid pamiętała inne pożegnania zmarłych. W małych, cichych szwedzkich wsiach i miasteczkach odprowadzano ciało zmarłego z wielkim szacunkiem i nie zostawiano ani ciała, ani rodziny zmarłego od chwili śmierci do chwili pochówku ani na chwilę w samotności. W rzadko zaludnionej Szwecji nikt nie był anonimowy. Po śmierci myto i ubierano ciało, pokój w którym spoczywał zmarły przystrajano jałowcem i wrzosami. Do domu zmarłego przychodzili wszyscy mieszkańcy wsi oddając szacunek zmarłemu i jego rodzinie. Cała wieś brała udział w dekorowaniu ostatniej drogi, prowadzącej od domu zmarłego do kościoła, a za zaszczyt uważano odprowadzenie trumny. A niesiona ona była przez sześciu odświętnie ubranych mężczyzn.



Pogrzeb ziemny należy już do rzadkości; tylko 25% zmarłych otrzymuje taki pochówek.  
Fot. autorki

Na stypę zapraszano wszystkich mieszkańców niezbyt licznych wsi. Oczywiście zwyczaj ten podtrzymywany jest w małych, północnych społecznościach nadal, ale zmiany ekonomiczno-społeczne, jakie zaszły w ostatnich 50 latach, wpłynęły również na zmiany obyczajów w Szwecji, co natychmiast znalazło odzwierciedlenie i w usługach pogrzebowych. Szwecja, mająca czterokrotnie mniejsze zaludnienie niż Polska na powierzchni sporo większej, cierpi z powodu wielkich odległości i rozbicia

rodzin. Trudno jest złożyć kwiaty na grobie leżącym ponad 1600 km od miejsca zamieszkania; ta geograficzna odległość to tylko jedna z przyczyn pojawienia się nowych form pogrzebowych, ale są i inne przyczyny...

### **Dlaczego przez długie lata śmierć była tematem tabu?**

Złożyło się na to wiele czynników historyczno-religijnych. Wiek XVII przyniósł ze sobą pojęcie „brudnego ciała i czystej duszy”, a następane stulecie tylko potwierdziło ten pogląd. Pogrzeb – był pożegnaniem z duszą, a nie z grzesznym ciałem. Więc gdy dozwolono je palić, w centrum ceremonii pogrzebowej stało właśnie pożegnanie duszy. Unikano oglądania i obcowania z ciałem zmarłego. W następnych stuleciach zmniejszono spotkanie ze śmiercią do minimum. Większość osób dorosłych bywała coraz rzadziej na pogrzebach i nigdy nie widywała zmarłych. Otwierano szpitale – i to w nich najczęściej umierano. Społeczeństwo rolników, jakim była Szwecja, szybko przekształcało się w bogate społeczeństwo dobrobytu, tracono też kontakt z kościołem, który nadal traci na znaczeniu. Lekarze – traktowani jak półbogowie – mieli tylko jeden cel: przedłużyć życie za wszelką cenę. Tak się właśnie działo. Rola szpitala – to ratować, a śmierć kojarzono z klęską. Jednak w ostatnich dziesięciu latach zanotowano pewien kierunek zmian. Społeczeństwo zaczyna dojrzywać do uznania śmierci, jako części składowej życia. Lekarze walczą o utrzymanie życia każdego pacjenta tylko do pewnej granicy; zaprzestaje się medycznych procesów, gdy już nie mają one sensu. Pyta się również o zdanie najbliższą rodzinę – i ona też bierze udział w dyskusji o dalszym leczeniu lub jego zaniechaniu, w przypadkach skrajnych, gdy te działania przedłużają tylko męczarnie chorego. Coraz częściej zdarza się, że beznadziejnie chory spędza ostatnie chwile swego życia w domu, w otoczeniu kochających osób, ale przy wsparciu i udziale specjalistów, którzy często odwiedzają chorego i jego bliskich w domu i poprzez rozmowy przygotowują ich do śmierci, dyskutują nad wyborem obrządku pogrzebowego [6].

Religia luterska dopuszcza wiele dowolności, również jeśli chodzi o ostatnie pożegnanie. Ale to nie tylko religia nadaje tym chwilom ostateczny kształt; nie można tu bowiem przemilczeć względów ekonomicznych. Anonimowe pochówki są praktycznie bezpłatne, bo finansowane z podatków. Inne wybrane dodatkowe punkty pogrzebu (jak: kapłan innego kościoła, indywidualnie dobrana muzyka, trumna) są opłacane przez najbliższych [6]. Większość Szwedów przeżywa swój smutek w cichości, samotności i nie lubi okazywać bólu, i żalu. Ten, kto nie

płacze na pogrzebie jest uważany za silnego człowieka. Szwedzi nie lubią okazywać swoich uczuć publicznie, boją się tego robić, co utrudnia proces wyjścia z kryzysu związanego ze śmiercią najbliższych [6]. I tu zauważam zmianę. Coraz częściej podejmuje się temat godnej śmierci, a zetknięcie się ze zmarłym wszystkimi zmysłami staje się coraz popularniejsze. Pożegnania, dotknięcia i małe podarunki dawane zmarłemu są już na porządku dziennym. Jeśli śmierć następuje w szpitalu, personel zapala świece, kładzie świeże kwiaty i wzywa rodzinę na ostatnie spotkanie ze zmarłym. W szpitalu jest też **pokój medytacji**, gdzie można zadumać się, popłakać, no i spotkać księdza, który wysłucha i pocieszy każdego, bez względu na wyznanie. Prasa zaczyna podejmować debatę o śmierci, głośno mówi się, że ból po stracie najbliższych to nie wstyd i by skrócić ten stan cierpienia potrzebna jest fachowa pomoc. Tworzą się **grupy pomocy** tym, którzy nagle stracili bliskich – i to oni właśnie apelują do społeczeństwa, by nagłośnić stan kryzysu, by mówić o bólu, który niesie ze sobą śmierć i utworzyć centra przyszpitalne; celem ich byłoby niesienie fachowej pomocy i tym samym łagodzenie tych trudnych, życiowych chwil. Ból, tęsknota i pustka po stracie ukochanych osób była, jest i będzie, ale by skrócić drogę powrotu do życia trzeba mówić o śmierci i nie pozostawiać ludzi pogrążonych w tym stanie samym sobie. Postuluje się nawet, by Instytut Zdrowia Publicznego i Urząd Kierujący Służbą Zdrowia wydały odgórne zarządzenia i nakreśliły linie opieki nad tymi, których dotknęła śmierć [7]. Żal po stracie najbliższych na zawsze pozostaje w sercu, ale trzeba się z nim nauczyć żyć, by z czasem stał się częścią naszej duszy i był częścią naszych życiowych doświadczeń.

### Fakty:

- Wszystkie wykopaliska wskazujące na ślady osad ludzkich posiadały trzy łączące je elementy: *miejsce na ognisko, miejsce ofiarne i miejsce pochówku – groby*. Oblicza się, że człowiek chował swoich bliskich już około 300 000–400 000 lat temu. Mało tego, pochówek odbywał się w bardzo podobny sposób w różnych miejscach na świecie [6].
- W *Księżce Śmierci* prowadzonej od 1947 roku, znajdziemy 5 mln nazwisk zmarłych mieszkańców Szwecji w latach 1947–2009 [8].
- 80% pogrzebów dokonuje się z udziałem Kościoła Szwedzkiego, który otrzymuje od państwa zasiłek pogrzebowy płacony przez mieszkańców tego kraju w formie podatku. Dlatego nie pobiera się opłaty za usługi pochówku, tzn. za księdza, muzykę i lokale, w których odbywa

się pogrzeb, jak i opiekę nad cmentarzami. Do Kościoła Szwedzkiego należy około 73% mieszkańców tego kraju. Liczba ta ulega zmniejszeniu o około 1% rocznie.

- Rocznie dokonuje się w Szwecji około 90 000 pogrzebów, z czego tylko 25% to pogrzeby tzw. ziemne, reszta (czyli 75% zmarłych) zostaje skremowana, a prochy zakopane lub rozsypane. W innych krajach skandynawskich, np. Finlandii i Norwegii, pochówki ziemne dominują w dalszym ciągu [5].

## Zakończenie

Polskę dzieli od Szwecji zaledwie około 200 km w linii prostej. Jakże mało, a zarazem dużo. Losy naszych krajów spletały się i w wojnach, i we wspólnej historii, a tak odmienne są nasze poglądy i sposoby myślenia. Globalizacja zbliża nas do siebie, a nowe sposoby komunikacji powodują, że odległość się kurczy. Na pewno więc warto wiedzieć o sobie jak najwięcej, by łatwiej zrozumieć przemiany w społeczeństwie szwedzkim – wytłumaczyć nieco hedonistyczną postawę Szwedów: „mam jedno życie, a w nim nie ma czasu na opiekę nad grobami, a pieniędzy na groby, grobowce”. Oczekuje się, że państwo musi pomóc, przejmując te obowiązki. Staruszkowie w Szwecji mówią: „ja jestem sam, sama, ale przecież nie mogę wymagać, żeby moje dzieci się we mnie angażowały: one mają swoje życie”!

## Piśmiennictwo

1. [www.nordiskamuseet.se](http://www.nordiskamuseet.se)
2. [www.anundshog.se](http://www.anundshog.se)
3. Svensson L. (red.): *Vårt att se i Sverige*. Bergamo, Italien 2001.
4. Nilsson C.: *Askgravolund ett efterfrågat komplement till minneslund*. Gröna Fakta 1/2007.
5. [www.svenskakyrkan.se](http://www.svenskakyrkan.se)
6. von Malmborg I., Silfving T. (red.): *Att levandegöra döden. En antologi*. Verbum Förlag AB, 2007.
7. Blidmo C.: *När döden oväntat slår till måste de sörjande få hjälp*. Debatt, Dagens Nyheter den 27/ 09 2009.
8. [www.nemo.se](http://www.nemo.se)



# Śmierć społeczna

## Ofiara cierpienia

Łóżko człowieka chorego,  
przybitego do krzyża cierpienia,  
jest swoistym obrazem miłości,  
przed którym otwiera się niebo  
zapraszając do udziału w świętości.

Spoza chmur spoglądają Aniołowie.  
Widzą więcej, niżby się zdawało,  
Najsłodsza i najkrótsza drogę,  
Którą podąża dusza -  
gdy opuści chore, cierpiące ciało.

Iza Marciniak







Alina T. Midro<sup>1</sup>

## **Od Lejeune'a do Kandela – refleksje w związku z 50. rocznicą opisanie zmian w kariotypie u osób z zespołem Downa**

Rodzice zwykle nie lubią mówić o genetyce i nie znoszą tego dodatkowego chromosomu 21, którego czynią odpowiedzialnym za ograniczenia możliwości rozwojowych ich pociech. My genetycy, z kolei, bardzo lubimy chromosomy. Nie tylko dlatego, że niektórym z nas dają przysłowiowy chleb i środki na życie. Lubimy je oglądać pod mikroskopem, poznawać ich tajemnice, dociekać, dlaczego ich zmiany w wielkości, kształcie i we wzorze poprzecznych prążków mogą powodować poważne problemy osób, które poddają się badaniu kariotypu. Jeśli chromosomy nie są takie, jak byśmy marzyli, aby były u każdego z naszych badanych, to wiemy, że nasze skrupulatne notatki o ich wyglądzie i kształcie w powiązaniu z danymi badania lekarskiego otwierają drogę do dalszych odkryć funkcji naszego organizmu, do uzyskania wiedzy o nas samych, o każdym człowieku. Wiedza, z kolei, o nas samych, o funkcjach poszczególnych składników organizmu otwiera możliwości reagowania w sytuacjach, kiedy coś się popsuje, kiedy organizm funkcjonuje odmiennie. Taka wiedza potrzebna jest też w przypadku pojawienia się w komórce dodatkowego chromosomu, nawet tego najmniejszego, opatrzonego przez międzynarodowe gremium specjalistów numerem 21.

Obecność dodatkowego chromosomu pary 21 tworzącego trisomię chromosomu 21 w kariotypie dzieci z zespołem Downa po raz pierwszy została zaobserwowana w Paryżu w 1958 r. i opublikowana w 1959 r. w rocznikach Francuskiej Akademii Nauk (C.R. Acad. Sci. 1959; 248: 602–603) [1]. Był to początek drogi nad badaniami przyczyn odmienności morfologicznych i umysłowych obecnych u dzieci i osób takich, jakie zostały po raz pierwsze opisane w 1866 roku przez angielskiego

---

<sup>1</sup> Zakład Genetyki Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

lekarza Langdona Downa, choć znane od czasów Starożytnych. W grupie pensjonariuszy zakładu dla umysłowo chorych wyróżniały się one swoim zachowaniem i wyglądem. Langdon Down pierwszy zauważył ich podobieństwo do siebie, pomimo że nie były to osoby spokrewnione i opisał 12 wspólnych cech. Ta obserwacja była nie tylko opisem współwystępowania podobnych cech fenotypu zarówno cech morfologicznych, jak i klinicznych u osób z podobnie zmienionym zapisem informacji genetycznej, co określa się słowem zespół z ang. *syndrome*, a tak naprawdę to z greckiego *syndrom* oznaczające współwystępowanie. To były jednocześnie narodziny dysmorfologii, nauki określającej podobieństwo cech morfologicznych, najczęściej na twarzy (facial gestalt jak by określili Niemcy), występujących w wyniku podobnych zmian podłoża genetycznego. Obecnie znanych jest kilkanaście tysięcy różnych zespołów „genetycznych” i coraz częściej można ich diagnozę kliniczną, podejmowaną na bazie dysmorfologii, weryfikować za pomocą odpowiednich testów genetycznych.

Jérôme Lejeune francuski lekarz pediatra dokonał wielu odkryć w dziedzinie genetyki. Jego publikacja wraz z Marthe Gautier i prof. R. Turpinem wykazująca, że dodatkowy chromosom 21 jest odpowiedzialny za zespół Downa, zapoczątkowała rozwój cytogenetyki człowieka i na tej bazie całej genetyki klinicznej [1, 2]. Należy też do grupy autorów, która pierwsza zaobserwowała skrócenie chromosomu 5 w obrębie jego ramienia krótkiego, co prowadzi do zespołu nazywanego dawniej zespołem Krzyku Kocięgo, a obecnie zespołem Lejeune’a [3]. Jako pierwszy stwierdził, że autyzm nie jest chorobą psychiczną wywołaną złym postępowaniem matki, ale prawdopodobnie też ma przyczyny organiczne. Brał udział w badaniach wskazujących, że niedobór kwasu foliowego w diecie kobiet ciężarnych jest związany z powstawaniem otwartych wad cewy nerwowej (bezmózgowie, przepuklina mózgowo-rdzeniowa). Najbardziej znane są jego badania nad związkami pomiędzy zaburzeniami rozwojowymi a chromosomami. Zwrócił też uwagę na możliwość tzw. efektu interchromosomowego, gdy jednej aberracji chromosomowej, np. translokacji części towarzyszy dodatkowy chromosom 21. Jego marzeniem było odnaleźć lek, który poprawi sprawność poznawczą dzieci z zespołem Downa i temu zadaniu poświęcił całe życie [3]. Uznawał, że niepełnosprawność umysłowa to „niewątpliwie najbardziej dramatyczny objaw zaburzeń rozwojowych, ponieważ jedynie człowiek może nań cierpieć, ale i najbardziej dehumanizujący, gdyż nie pozwala choremu być w pełni sobą – jakim jest. Dotyka ona blisko trzech procent populacji. A przy-

najmniej połowa tych chorych ponosi – na ciele i na umyśle – skutki mutacji genu lub aberracji chromosomu” – jak podaje jego córka Clara Lejeune w książce „Życie jest szczęściem. Jérôme Lejeune – mój ojciec” i dalej – „Żył z rakiem, który odbierał mu cenny czas – tak mu potrzebny do znalezienia lekarstwa na tę niedająca mu spokoju chorobę umysłową, wpisaną w niedoskonałe dziedzictwo genetyczne, które człowiek powinien nauczyć się naprawiać (...)”. Pod koniec życia wyznawał, że to powinno kosztować ludzkość o wiele mniej wysiłku niż wyprawa człowieka na księżyc [3].

Zakres i formy osłabienia zdolności poznawczych u osób z z. D. mogą być różne. Do istotnych należą zaburzenia pamięci. Szczególnie uwidacznia się to w okresie szkolnym, kiedy szczególnie ważne są: myślenie abstrakcyjne i umiejętności zapamiętywania. Wysoka inteligencja emocjonalna, pamięć fotograficzna czy upodobania do wykonywania powtarzalnych czynności – zwykle nużące osoby bez dodatkowego chromosomu, są atutami w okresie podejmowania decyzji dotyczących wyboru zawodu [5].

Uogólniając, w osobowości osób z z. D. możemy dostrzec elementy wybujałej sfery emocjonalnej kosztem niektórych elementów sfery poznawczej (myślenie abstrakcyjne). Kiedy rozlega się muzyka Mozarta w „Czarodziejskim flecie” mało kto sobie uzmysławia, że jeden z bohaterów opery ptasznik Papageno może być muzycznym obrazem takiej osoby. W osobowości ptasznika Papageno możemy odnaleźć formę tzw. inteligencji konkretnej z bardzo dobrze rozwiniętą sferą emocjonalną i nieprzeciętną zdolnością wyrażania empatii. Ptasznik nie rozumiał, co to znaczy rządzić krajem jak księżę, ale umiał w sposób alternatywny komunikować się z otoczeniem, także poprzez grę na flecie i też tym sposobem wyrażać swoje emocje. Odpowiedź na pytanie, czy w ten sposób Mozart oddał hołd ludziom odmiennym żyjącym pośród nas, ludziom naznaczonym piętnem odmienności pozostawiam muzykologom [6].

Stres odczuwany przez rodziców, gdy pada złowrogie słowo „Down” jako diagnoza i jego konsekwencje mogą rzutować na późniejszy rozwój umysłowy ich dziecka. Zamiast ludzkiej istoty widzi się – zespół Downa, zamiast uśmiechu i rączek wyciągniętych do mamy – dodatkowy chromosom, zamiast ojcowskiej dumy – łzy żony i matki... Nieprawidłowe kształtowanie się więzi psychicznych pomiędzy dzieckiem a jego najbliższym otoczeniem może prowadzić do nieodwracalnych zmian wtórnych, traktowanych często mylnie jako wynik działania odmiennego wyposażenia genetycznego [7].

Prawie 10 lat temu, w roku 2000, nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny i fizjologii przyznano lekarzowi psychiatrze z Nowego Jorku, Ericowi Kandelowi, za badania nad genetycznymi uwarunkowaniami procesu zapamiętywania. Moim zdaniem, rewolucyjność jego badań przeprowadzanych na ślimakach polegała na udowodnieniu, że geny nie tylko nas determinują, ale że uczestniczą w procesie zapamiętywania, w funkcjonowaniu tzw. plastyczności nerwowej. Nazwę tę wprowadził Hebb w 1949 r. na określenie zdolności układu nerwowego do jego przebudowy pod wpływem napływu informacji zewnętrznych. Geny są stymulowane do działania w procesie uczenia się. Z tego wynika, że w przeciwnym wypadku określone geny byłyby ciche i nie zostałyby nigdy wykorzystane [8].

Matki mówią nieraz o swoim dziecku z zespołem Downa: „Jest ono nieukończone czy też niedoskonałe w detalach tak, jakby muzykę życia zapisano na porysowanej płycie”. Dziecko z zespołem Downa, tak jak każde inne dziecko, jest wyposażone w cechy odziedziczone po rodzicach, dziadkach czy innych przodkach oraz posiada własne cechy indywidualne. Są one wytworem swoistej gry wpływów czynników natury genetycznej i wpływu szeroko rozumianego środowiska (organizm, dieta, środowisko społeczne i rodzinne, czynniki wychowawcze itd.), które wspólnie wszystkie te cechy kształtują. Pojawienie się dodatkowego chromosomu pary 21 modyfikuje naturalną grę zależności genów od środowiska i odwrotnie. Ta modyfikacja sprawia, że obserwujemy niektóre cechy powtarzające się częściej w grupie osób z zespołem Downa, które je wyróżniają spośród innych. Są to wyróżniki, które nie mogą być ani zaletami ani wadami. Do takich wspólnych cech należą: skośnie w górę ustawione szpary powiekowe, zmarszczka nakątna, gwiazdziście, regularnie ułożone jasne plamki na tęczęwce oka, krótki grzbiet nosa, nisko położone, małe, hipoplastyczne małżowiny uszu, zwężony przewód słuchowy zewnętrzny i inne. Można jeszcze dodać: krótkie dłonie i stopy, poprzeczny przebieg linii głównej we wzorze dermatoglifów na dłoniach, duży odstęp pomiędzy paluchem i drugim palcem obustronnie u stóp, czy obecność tzw. bruzdy sandałowej na podszwach. Cech tych jest znacznie więcej, ale nie u wszystkich musi każda wystąpić. Ktoś policzył, że może być ich około 300. U każdego ich liczba, rodzaj i ich współwystępowanie może być nieco inne. Ich obecność, to jednocześnie sygnał, że serduszko może obciążać wada wrodzona, że tarczyca wymaga „sprawdzenia na niedoczynność”. Mogą to być wady wzroku i słuchu, wady zgryzu, nieprawidłowości szczytowo-obrotowe kręgosłupa szyjnego albo choroba

Hirshprunga w jelicie. Jest szereg problemów medycznych wymagających konsultacji, ale ich częstość jest indywidualnie zmienna. Nie wszystkie są obecne, ale sprawdzać warto [9].

„Urodzenie się dziecka z zespołem Downa jest naturalnym zjawiskiem zmienności biologicznej człowieka. Nie jest temu winien ani tata, ani mama” – tłumaczył już dawno prof. Lejeune [3]. Nie można w zasadzie przewidzieć, czy i u kogo urodzi się dziecko odmienne. Nie można zapobiec wystąpieniu nierozdzielenia się chromosomów 21 w komórce macierzynej lub ojcowskiej, które zazwyczaj prowadzi do wykształcenia się fenotypu z. Downa. Moja koleżanka z Monachium, cytogenetyk Gabi Lederer, narysowała piękną historyjkę o zachowaniu się chromosomów w cyklu komórkowym. Chromosomy porównała do maluchów, które nie chciały przerwać wspólnej zabawy i trzymając się za rączki razem nieroztropnie wskoczyły do komórki potomnej. W tym czasie inne pary chromosomów ustawione na płycie równikowej komórki macierzystej zajęte były procesem pożegnania przez ostatecznym rozstaniem i nie zauważyły, kiedy maluchy przebiegały razem trzymając się za rączki przed karkołomnym, wydawałoby się, skokiem. Komórka z dodatkowym chromosomem 21 potem pracowała wolniej, ale nastrój był tam jak w przedszkolu – pełen radości i ufności, jaką dać nam mogą tylko bawiące się dzieci. Ta historyjka świetnie nadaje się do opowiedzenia dzieciom, zwłaszcza tym, którym trzeba wyjaśnić, dlaczego o siostrzyczce czy braciszku mówi się, że jest z zespołem Downa, że ma trisomię 21 chromosomu. Opublikowana ona została w szczególach w języku polskim przez czasopismo *Bardziej Kochani* w 2005 r. [10].

W każdym organizmie ludzkim zazwyczaj jest 46 chromosomów, mówiąc dokładniej prawie w każdej jego komórce. Jak więc funkcjonuje organizm w warunkach zmiany liczby chromosomów [11]? Które elementy zawodzą? Które reakcje czekają na potrzebne bodźce, które warunkują dalsze funkcje, dalszy łańcuszek przemian? Chociaż na chromosomie 21 leży około 500 genów [12], to tylko nieliczne są położone w tzw. regionie krytycznym, czyli najmniejszym segmencie (odcinku) chromosomów, który, jeśli jest podwojony to wywołuje cechy z. Downa [13]. Położony jest w drugim podprążku drugiego prążka drugiego regionu długich ramion chromosomu 21 (tj. 21q22.2-q22.3) [14, 15]. Poznanie jego zawartości genowej i funkcji produktów tych genów wyznaczają horyzonty działań farmakoterapeutycznych wspomagających rozwój i funkcje poznawcze. Jednym z kierunków badań są eksperymenty na myszach. Najczęściej używane są myszki trisomiczne Ts65Dn, u których podwojony

jest segment od Gabpa to Mx1 chromosomu16, który zawiera kopie genów odpowiadających 140 genom ludzkiego chromosomu 21. Okazało się, że taka mysz wykazuje zaburzenia funkcji hipokampa. U noworodków mysich wykazano też zmniejszoną objętość mózdzku. Mniej było komórek Purkiniego istotnych w uczeniu się, mniej ziarnistości w neuronach. Słabe było rozkrzewienie dendrytów, nieprawidłowa gęstość synaps oraz zanikanie neuronów wraz z wiekiem. Winowajcą okazało się białko wzrostowe szlaku sygnałowego SHH (Hedgehog), którego mniejsza ekspresja została udowodniona w jednej ze stref mózdzku. Poprawa efektywności działania tego szlaku była jedną z propozycji farmakoterapeutycznych. Zastosowanie leczenia noworodków mysich małymi molekułami – agonistami szlaku sygnałowego SHH pozwoliło na zwiększenie aktywności mitotycznej i odnowę komórek prekursorowych z ziarnistościami w mózdzku i osłabienie procesów poznawczych w modelu mysim. Z innych badań wiadomo, że osłabienie procesów poznawczych w z. Downa jest spowodowane nadmierną blokadą sygnałów, które hamują przepływ informacji przez hipokamp [14]. Niedawno uzyskano odblokowanie tego u myszy za pomocą leków antagonistów GABA, takich jak picrotoxin (PTX), bilobalide (BB), pentylenetetrazol (PTZ), stosowanych niegdyś u ludzi starszych w celu poprawienia pamięci. Ponieważ nie uzyskano pożądanego skutku u ludzi dorosłych z osłabieniem pamięci, leki te zostały wycofane z użytku. Być może będą pomocne w poprawieniu pamięci osobom z zespołem Downa [16]. Odblokowanie hamowania synaptycznego na poziomie hipokampa za pomocą leków wpływających na sygnały chemiczne, które uzyskano w eksperymentach na myszach, jest szansą na poprawienie nabywania pamięci u osób z zespołem Downa, u których już wiemy, że jej magazynowanie jest utrudnione. Do zastosowania wyników badań nad lekami poprawiającymi magazynowanie pamięci muszą być podjęte badania kliniczne sprawdzające ich korzystne działanie i wykluczające działania niepożądane u osób z z. Downa [17, 18].

Odmienność genetyczną tworzą całe układy powiązań, działania poszczególnych genów, których aktywność jest indukowana różnymi czynnikami wewnętrznymi i zewnętrznymi organizmu. Organizm człowieka nie jest prostym produktem genów i środowiska, ale raczej skutkiem bardzo subtelnych interakcji – współdziałania między nimi i dlatego same leki nie zastąpią oddziaływań wychowawczych, choć je mogą uzupełniać.

Nasz świat, a dokładniej, świat ludzi bez dodatkowego chromosomu 21, jest owładnięty ideałem perfekcyjnej urody i sprawności umysłowej. Z tego powodu stosując nasze kryteria, czyli kryteria większości

genetycznej ferujemy wyroki o wadach i o chorobie, która jest wyrazem ludzkiej odmienności. Na szczęście coraz częściej mamy wątpliwości czy to jest słuszne i jakie są tego dramatyczne konsekwencje. Padają pytania na spotkaniach z osobami z zespołem Downa, jak ostatnio podczas projektu DOWNTOWN. Czy na pewno to są ludzie chorzy? Czy na pewno z wadą? Dla kogo i z jakiej perspektywy poddawane są one ocenie zakończonej werdyktem??? [19].

Odmienność budzi lęk, ale jego pokonywanie otwiera trudno dostępny, fantastyczny świat miłości i czułości, do której są zdolne osoby z odmiennością. **„Każde życie ma swoją bezcenną wartość”** – uczył nas prof. Lejeune. W 1994 r. na Międzynarodowym Kongresie Rodziny w Warszawie przemawiał z ekranu: „Każde życie, nawet upośledzone w oczach świata, zasługuje na to, aby je przeżyć; (...) w oczach zranionego dziecka możemy odnaleźć wielką miłość, jeśli odważymy się je pokochać; (...) mimo choroby dziecko jest zdolne do miłości i czułości i – dlaczegoż by nie!? – do odczuwania szczęścia”. Było to trzynaście dni po jego śmierci, a jego żona zastępowała profesora, prezentując licznie zebrany na kongresie wcześniej nagrany jego wykład. Tego samego dnia przysłała na świat jego wnuczka i przejęta pani Lejeune podzieliła się od razu tą wiadomością z uczestnikami kongresu. Ma szczęście nosić imię Faustyna, które znaczy „szczęśliwa”. Prof. Lejeune zmarł w Niedzielę Wielkanocną 3 kwietnia 1994 r. Następnego dnia w „Le Monde” ukazał się apel, podpisany przez trzy tysiące lekarzy, w którym domagano się uznania tego, że embriion jest istotą ludzką i nie może służyć on do jakichkolwiek manipulacji. To był ostatni akt walki prof. Lejeune'a o uznanie godności każdej osoby ludzkiej i walki o szacunek dla niej, niezależnie od etapu jej rozwoju, wieku, rasy czy wyznawanej przez nią religii. Zapamiętałam z Kongresu Rodziny słowa prof. Lejeune'a wyeksponowane przez tłumacza tak, jakby były skierowane specjalnie do mnie: „Dla genetyka godny uwagi jest fakt, że posługujemy się tym samym słowem, aby określić zarówno nową ideę, która przychodzi nam na myśl, jak i powołanie do życia nowej istoty ludzkiej. Jest to słowo: koncepcja (...). Nie popełnimy błędu używając tego słowa w genetyce. Bo czym więc jest koncepcja, czyli zapłodnienie? Tak naprawdę wpisaniem informacji w materię, chociaż ta nie jest już wtedy zwykłą materią tylko staje się nowym człowiekiem (...). Dzięki genetyce wiadomo, iż wszelka potrzebna do rozwoju człowieka informacja znajduje się w zygocie i że nie ma najmniejszej wątpliwości, iż chodzi tu o istoty ludzkie – bardzo młode. Skrajnie młode. Niewiarygodnie młode. A zdefiniowanie ich dziedzictwa genetycznego pozwoliło

stwierdzić, że są to istoty ludzkie. Istota pochodząca od ludzi jest ludzką istotą (...). Ponieważ każda istota ludzka jest niepowtarzalna, ponieważ jej tożsamość istnieje od pierwszego dnia, ponieważ należy do rodzaju ludzkiego – ma prawo do życia (...). Każda istota ludzka ma prawo do życia i do godności, a jeśli jest chora, to ma prawo do pomocy ze strony społeczeństwa. Ale nie do śmierci (...). Powiedzcie, że ten mały człowiek wam przeszkadza i wolicie go zabić, ale powiedzcie prawdę. Chodzi naprawdę o małego człowieka; to nie jest masa komórek, to nie jest mały szympan, to nie jest potencjalna osoba. Nie usuwajcie go, ponieważ to jest człowiek”.

Prof. Lejeune zmarł w Niedzielę Wielkanocną 3 kwietnia 1994 r. W Internecie do dzisiaj jest dostępna informacja o wypowiedzi naszego Ojca Św. Jana Pawła II, którego był przyjacielem: „We find ourselves today faced with the death of a great Christian of the twentieth century, a man for whom the defense of life had become an apostolate. It is clear that, in the situation of the world today, this form of apostolate among the laity is particularly necessary” co w tłumaczeniu na język polski oznacza: „Staaliśmy dzisiaj w obliczu śmierci wielkiego Chrześcijanina dwudziestego wieku, człowieka dla którego obrona życia ludzkiego stała się apostołatem. To jest jasne, że w sytuacji świata dzisiaj, ta forma apostołatu wśród świeckich jest szczególnie potrzebna” (Internet).

Jak podkreślał prof. Jean-Francois Mathieu w 10-tą rocznicę śmierci prof. Lejeune’a – **„Jérôme Lejeune était un visionnaire. Avec l’arrivée et la banalisation du diagnostic prénatal, il avait senti qu’une course allait commencer entre la recherche pour la guérison des patients trisomiques et leur élimination. La vocation du médecin reste de soigner”** (Jean-François Mattéi, *Journées Internationales Jérôme Lejeune 2004*), co w wolnym tłumaczeniu oznacza „był on wizjonerem i przewidział, że odkrycie dodatkowego chromosomu 21 może być wykorzystywane do denuncjacji tej nieprawidłowości w okresie prenatalnym. Podjął więc bezwarunkową walkę o uznanie godności człowieka w okresie prenatalnym udowadniając, że życie człowieka zaczyna się od momentu jego poczęcia”. Opowiadał się przeciwko jego eliminacji w okresie prenatalnym, brutalnej eliminacji tylko z tego powodu, że dziecko ma dodatkowy chromosom 21. Praktyczną realizacją takiej postawy są obecnie kliniki imienia prof. Lejeune w Paryżu do opieki nad ciężarnymi noszącymi dziecko ze zdiagnozowanym prenatalnie z. Downa lub innymi zespołami genetycznymi. Coraz częściej problemy te podejmuje także opieka hospicyjna w Polsce.



Kiedy Hitlerowcy, w listopadzie 1938 r. urządzili w Wiedniu tzw. noc kryształową skierowaną przeciwko Żydom, prof. Eryk Kandel obchodził swoje 9 urodziny. Z otrzymaną wtedy od rodziców urodzinową zabawką ukrywał się potem przez dwa tygodnie w schronie. Ta trauma zdefiniowała jego przyszłość. Po otrzymaniu nagrody Nobla w swojej autobiografii napisał: Nurtowało mnie przez całe życie pytanie nawiązujące do tamtych dramatycznych wydarzeń. Jak to się stało, że w Wiedniu, w mieście rozkwitającej wówczas kultury i sztuki, możliwa była taka akcja, że nikt nie odważył się zaprotestować ani nie stanął w obronie maltretowanych Żydów? Jaka jest kondycja umysłu człowieka, jego uczuć i jego woli w sytuacjach ekstremalnych? Odpowiedzi na te pytania poszukiwał przez całe życie zostając lekarzem psychiatrą i zajmując się neurobiologią.

Pozwalam sobie zacytować oryginalne wypowiedzi prof. Kandela: „I remember Kristallnacht even today, more than 60 years later, almost as if it were yesterday. It fell two days after my ninth birthday, on which I was showered with toys from my father's shop. When we returned to our apartment a week or so after having been evicted, everything of value was gone, including my toys (...)”. *The experiences of my last year in Vienna helped to determine my later interests in the mind, in how people behave, the unpredictability of motivation, and the persistence of memory. Over the years I have returned to these subjects repeatedly as my professional interests evolved from a youthful interest in European intellectual history at Harvard, where I studied the motivation of German intellectuals during the Nazi era, to an interest in psychoanalysis with its more systematic approach to mental processes, and finally to my interests in the biology of conscious and unconscious memory.*

*My early experiences in Vienna almost certainly contributed to my curiosity about the contradictions and complexities of human behavior. How are we to understand the sudden release of such great viciousness in so many people? How could a highly educated and cultured society, a society that at one historical moment nourished the music of Haydn, Mozart, and Beethoven, in the next historical moment sink into barbarism? (...)*

*My last year in Vienna was likely also an important factor in my more specific later interest in the mechanisms of memory. I am struck, as others have been, at how deeply these traumatic events of my childhood became burned into memory – and I would emphasize that my experiences were trivial compared to those of so many who were seriously harmed or killed. For me, the frightening experiences of my last year in Vienna are certainly the most powerful of my „flashbulb memories,” the emotionally charged and vivid memory of significant events that came to fascinate me (Nobelprize.org. E. Kandel Autobiography) [20].*

Mam dzisiaj pełną świadomość, że na bazie odkryć prof. Kandela, torowana jest droga realnej pomocy ludziom z osłabionymi zdolnościami poznawczymi, a walka o ich godność od poczęcia aż do śmierci podjęta przez prof. Lejeune'a powinna nas wszystkich obchodzić.

## Piśmiennictwo

1. Lejeune J., Gauthier M., Turpin R.: Human chromosomes in tissue cultures. *C. R. Hebd. Seances Acad. Sci.* 1959, 248 (4), 602–603.
2. Gautier M., Harper P. S.: Fiftieth anniversary of trisomy 21, returning to a discovery *Hum. Genet.* 2009, 126, 317–324.
3. Lejeune J., Lafourcade J., Berger R., Vialatta J., Boeswillwald M., Seringe P., Turpin R.: Trois ca de deletion partielle du bras court d'un chromosome 5. *C. R. Acad. Sci.* 1963, 257, 3098.
4. Lejeune C.: Życie jest szczęściem. Jérôme Lejeune – mój ojciec. Kraków 2005.
5. Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka. [w:] B. B. Kaczmarek. Impuls, wyd. I, Kraków 2008, 21–36.
6. Midro A. T.: Genetyczne podstawy zespołu Downa. *Światło i cienie* 2003, 4, 2–4.
7. Stengel-Rutkowski S.: Phenotype analysis in children with chromosomal dysmorphic syndromem. *Gin. Pol.* 1997, 67 (2), 14–23.
8. Midro A. T., Midro H.: Czy dialog genów ze środowiskiem może kształtować fenotyp zachowania w zespole Retta i innych zaburzeniach? *Psychiatria Polska* 2006, 5 (40), 949–967.
9. Midro A. T.: Zespół Downa. Przyczyny powstawania, diagnoza i elementy poradnictwa genetycznego. [w:] B. B. Kaczmarek. Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka. Makaton, wyd. I, Kraków 2008, 21–36.
10. Midro A. T.: Zespół Downa i gwiazdy. *Bardziej Kochani* 2005, 2, 53–55.
11. Midro A. T.: Figle chromosomów. *Medyk Białostocki* 2009, 1–2 (72), 18–20.
12. Gardiner K.: Memory and learning – using mouse to model neurobiological and behavioural aspects of Down syndrome and assess pharmacotherapeutics. 2008 <http://www.downsed.org/research-directions/>
13. Korenberg J. R., Chen X. N., Schipper R., Sun Z., Gonsky R., Gerwehr S., Carpenter N., Daumer C., Dignan P., Disteche C., et al.: Down syndrome phenotypes, the consequences of chromosomal imbalance. *Proc. Natl. Acad. Sci. U S A.* 1994, 91 (11), 4997–5001.
14. Roper R. J., Baxter L. L., Saran G., Klinedinst D. K., Beachy P. A., Reeves R. H.: Defective cerebellar response to mitogenic Hedgehog signaling in Down's syndrome mice. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 2006, 103, 1452–1456.
15. OMIM – Online Mendelian Inheritance in Man – <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/>

16. Fernandez F., Morishita W., Zuniga E., Nguyen J., Blank M., Malenka R. C., Garner C. C.: Pharmacotherapy for cognitive impairment in a mouse model of Down syndrome. *Nat. Neurosci.* 2007, 10 (4), 411–413.
17. Midro A. T.: Dialog genów ze środowiskiem w rozwoju osób z zespołem Downa. [w] B. B. Kaczmarek. *Trudna dorosłość osób z zespołem Downa. Czy możemy wspomóc?* Makaton, wyd. II, Kraków 2009 (w druku).
18. Midro A. T.: Dialog genów ze środowiskiem w z. Downa. *Pediatrics Polska* 2008, 5 (83), 503–506.
19. *Bardziej Kochani* 2009, 2 (50).
20. <http://nobelprize.org>



Wojciech Kułak<sup>1</sup>, Elżbieta Krajewska-Kułak<sup>2</sup>,  
Agnieszka Kułak<sup>3</sup>, Piotr Kułak<sup>3</sup>,  
Bernadetta Blecharczyk<sup>3</sup>, Łukasz Bienias<sup>3</sup>

## **Choroba – to nie przekreślenie życia, na przykładzie znanych osobistości i ich dolegliwości**

*Choroba jest klasztorem, który ma swoją  
regulę, swoją ascezę, swoją ciszę i swoje  
natchnienie*

Albert Camus

Od dawnych czasów znany jest związek pomiędzy stanem psychicznym i somatycznym. Już w Starym Testamencie, w *Księdze Hioba*, zawarty został pogląd, że zdrowie ciała jest powiązane ze zdrowiem umysłu [1]. Hipokrates, w starożytnej Grecji głosił poglądy o sposobie zachowania człowieka zależnym od przewagi płynu cielesnego – czarnej żółci, żółtej żółci, krwi, śluzu podkreślając znaczenie równowagi cielesnej dla zdrowia psychicznego [1]. Platon twierdził, że człowiek powinien być traktowany jako jedność psychofizyczna, ponieważ zjawiska psychiczne to reakcje całego organizmu, odzwierciedlające jego stan wewnętrzny [1]. Spinoza (XVII wiek) był przekonany, iż to, co dzieje się w ciele jest odzwierciedlone w umyśle, a Kartezjusz – iż istnieje korelacja między światem materialnym a świadomością duszy [1].

Badacze przypuszczają, iż w chorobie afektywnej dwubiegunowej w trakcie epizodów manii, a także w schizofrenii w fazie przedurojenkowej, dochodzi do nadmiernego wydzielania dopaminy, a jednocześnie do pobudzenia ośrodka nagrody w mózgu. Może to prowadzić do wzmożonej aktywności, intensywnego odczuwania wszelkich doznań i myśli

---

<sup>1</sup> Klinika Rehabilitacji Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>2</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>3</sup> Studenckie Koło Naukowe Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

i tłumaczyć, dlaczego ludzie na krawędzi choroby psychicznej rzucają się w wir kreatywnej pracy [2].

Choroby, z którymi borykają się zarówno chorzy, jak i lekarze, to przede wszystkim choroby przewlekłe trwające nawet kilkadziesiąt lat [3]. W wyniku właściwego leczenia zwykle dochodzi do opanowania choroby. Nie wyklucza to jednak czasowych pogorszeń, kolejnych zmian terapii, coraz to nowych zakłóceń realizacji życiowych celów i zadań, zmuszając często do ich modyfikacji, czy porzucenia [3]. Nowa sytuacja zdrowotna upośledza możliwości funkcjonowania w rolach zawodowych, często spowalniając lub udaremniając rozwój zawodowy czy awans lub komplikując życie osobiste. Choroba nie zawsze jednak oznacza zmiany życiowych planów, pozbawienie ambicji, niemożności spełnienia marzeń, zdobycia sławy, sukcesu i życia pełnią życia. Svend Andersen, psycholog, a zarazem pacjent w jednej osobie, w artykule pt. *Choroba jako wyzwanie: pacjent w nowej roli*, napisał: „Gdy zaakceptujesz wszystkie wymagania, jakie niesie ze sobą przewlekła i poważna choroba, powstaje potencjalna możliwość transformacji wewnętrznej i stałego rozwoju duchowego. Wyzwanie to można przetworzyć w doświadczenia pozytywne, chorzy jednak muszą nauczyć się żyć i współżyć z chorobą. Dla ludzi z przewlekłą chorobą utrzymanie wewnętrznej równowagi i pogody ducha może oznaczać „wielkie TAK dla życia”. To TAK zawiera zgodę zarówno na jasne, jak i na ciemne strony życia. Zawiera też pokorę i szacunek dla życia, szczęścia oraz chęci życia. Ludzie, którzy muszą stanąć twarzą w twarz z trudnościami i kłopotami, jakie niesie przewlekła choroba, widzą je realniej i jaśniej, i coraz lepiej rozumieją. To właśnie daje im jakościowo lepsze życie” [4].

W jego opinii doświadczenia każdego chorego są odmienne, z reguły jednak dominują odczucia negatywne. Nieliczni jednak (15–20% wszystkich chorych), którzy szukają rozwiązań, traktują trudności i problemy jako okazję do nauki, są wytrwali i uparci w przystosowywaniu się do zmiennych warunków, mają coraz więcej wiary w siebie oraz zachowują pozytywny stosunek do życia, do siebie i innych ludzi [4].

## Sawantyzm

**Sawant** (z franc. *savant*: uczoney), *genialny głupiec*, *genialny idiota*, to określenie osoby, z jednej strony upośledzonej (np. autyzm), z drugiej posiadającej zdolności w stopniu genialnym, ale w każdym przypadku

odznaczającą się doskonałą pamięcią [5]. Sawantyzm jest szczególną postacią zaburzeń rozwojowych ze spektrum zaburzeń autystycznych, które stwierdza się zaledwie u kilku procent chorych, częściej u mężczyzn niż u kobiet [5–8].

Przypadki sawantyzmu, po raz pierwszy naukowo opisał w roku 1789 pionier amerykańskiej psychiatrii, Benjamin Rush, w wyniku analizy niezwykłych zdolności **Thomasa Fullera** [5, 6]. Thomas miał znikomą znajomość matematyki – ograniczoną do prostego liczenia, jednakże zapytany o liczbę sekund, które przeżył przykładowy człowiek w ciągu 70 lat, 17 dni i 12 godzin udzielił w ciągu kilkadziesiątu sekund bezbłędnej odpowiedzi, iż jest to 2 210 500 800 (uwzględniając w wyliczeniach 17 lat przestępnych) [5].

W 1887 podobne przypadki związane ze współistnieniem nieprzejętnych zdolności i upośledzenia opisał, w oparciu o 10 przypadków zespołu sawanta, John Langdon-Down (odkrywca zespołu Downa) [5]. Byli to głównie jego pacjenci ze szpitala psychiatrycznego Earswood Asylum w Londynie, w którym pełnił funkcję dyrektora przez ponad 30 lat. Down był autorem określenia „idiota-sawant”, dzisiaj już nieużywanego i zastąpionego innymi określeniami, opisującego osobnika o ilorazie inteligencji niższym od 25 i jednocześnie dysponującego niezwykleymi zdolnościami umysłowymi [5].

Najsłynniejszym przypadkiem sawantycznego talentu był prawdopodobnie żyjący w XIX wieku **Thomas Greene Bethune**, zwany Ślepym Tomem. Ten niedorozwinięty umysłowo, ślepy Murzyn, syn niewolnicy, w wieku 4 lat posadzony przy pianinie grał melodie poprzednio usłyszane. Poza tym nauczył się późno chodzić i znał tylko 100 słów. Ślepy Tom w wieku 11 lat zagrał w Białym Domu, a mając lat 16 odbył światowe tournée [5, 6].

Do dnia dzisiejszego opisano ok. 100 przypadków sawantyzmu, charakterystyczne cechy większości z nich to IQ w zakresie 40–70, choć nierzadko ponad 114. Zwykle sawantyzm kojarzony jest z autyzmem (1 osoba na 10) lub z niedorozwojem umysłowym (1 na 2 tys. przypadków) [5]. Wśród „genialnych głupców” jest też ok. 75% chłopców i tylko 25% dziewcząt. Mimo, że większość przypadków zespołu sawanta ma charakter wrodzony, to może się on ujawnić także jako efekt uszkodzenia lub choroby mózgu, lub stosunkowo rzadko u osób całkiem zdrowych, które popadły w różne rodzaje otępienia umysłowego. Uzdolnienia większości sawantów związane są z funkcjami typowymi dla prawej półkuli mózgowej i mają charakter artystyczny (np. zdolności plastyczne – ma-

larstwo i rzeźba), wizualny lub motoryczny (np. zręczność manualna lub orientacja przestrzenna) [5, 6]. Rzadziej mają zdolności językowe i potrafią w krótkim czasie opanować niezwykłą ilość słów i zagadnień gramatycznych z obcego języka, zwykle bez zrozumienia go (tzw. *pamięć bez pojmowania* lub określenie nadane przez Downa, tzw. *adhezja werbalna*) [5, 6]. Częściej pojawiają się zdolności muzyczne (głównie gra na fortepianie) i rachunkowe (w ciągu kilku sekund są w stanie podać dzień tygodnia sprzed 4000 lat lub odtworzyć bardzo długi ciąg cyfr) [5, 6].

U niektórych sawantów pojawia się zdolność precyzyjnego odmierzania czasu z dokładnością porównywalną do zwykłych zegarów [5, 6].

Sawantem był między innymi Stephen Wiltshire, określany mianem „człowiek kamera”, ponieważ potrafił odtworzyć z pamięci obraz całego miasta po jednym locie helikopterem nad metropolią – Londynem, Rzymem, Frankfurtem czy Tokio. Na swoich rysunkach odtworzył wszystkie budynki centrum miasta z najdrobniejszymi szczegółami, łącznie z liczbą okien w każdym z nich [9]. W dzieciństwie zdiagnozowano u niego także autyzm, a umiejętność mowy wykształcił dopiero w 9. roku życia [9].

Inni słynni sawantyści to:

- **Leslie Lemke** – chory na porażenie mózgowe, z niedorozwojem, niewidomy i wybitnie uzdolniony muzycznie. Jego zdolności ujawniły się po usłyszeniu w telewizji koncertu fortepianowego Piotra Czajkowskiego, w wieku 14 lat. Choć nigdy wcześniej nie grał na pianinie, zagrał następnie ten koncert z pamięci od początku do końca. Potrafi zagrać bezbłędnie kilka tysięcy utworów, a także te, które usłyszał po raz pierwszy [5].

- **Kim Peek** – zna na pamięć 12 000 książek, mimo ogólnych zaburzeń rozwoju. Potrafi wymienić nazwy wszystkich miast, autostrad przechodzących przez każde amerykańskie miasto, miasteczko i okręg – a także wszystkie numery kierunkowe, kody pocztowe oraz przypisane do nich sieci telekomunikacyjne i telewizyjne. Zna historię każdego kraju, każdego władcy, jego daty panowania, małżonka i historię. Na podstawie podanej daty urodzenia, w ciągu kilku sekund oblicza dzień tygodnia, w którym dana osoba skończy 65 lat. Rozpoznaje ze słuchu większość utworów muzycznych, podając jednocześnie datę i miejsce ich powstania oraz datę urodzenia i śmierci kompozytora [5].

- **Richard Wawro** – artysta, malarz szkocki. Tworzył niezwykle poetyckie i odznaczające się niezwykłą precyzją dzieła malarskie. Wystawiał swoje prace w największych galeriach na całym świecie, a jego obrazy trafiły do kolekcji, między innymi, Margaret Thatcher i Jana Pawła II [5].



- **Alonzo Clemons** – rzeźbiarz amerykański, niepełnosprawny i cierpiący na zaburzenia rozwojowe, który w ciągu 20 minut potrafi uformować z wosku wierną podobiznę każdego zwierzęcia, które widział przez kilka lub kilkanaście sekund. Jego rzeźby ukazują każdy szczegół anatomiczny i doskonałe proporcje, i wystawiane w galeriach sztuki w Kalifornii i całym USA [5].

Ostatnie badania naukowe sugerują, iż **aż jedna trzecia osób z autyzmem przejawia wyjątkowe zdolności sawantów** [10]. Specjaliści z Instytutu Psychiatrii Królewskiego College'u w Londynie, którymi kierowała Patricia Howlin, zbadali ok. 100 dorosłych z autyzmem i wykazali, że u 1/3 chorych (28,5%) występowały zdolności odstające zarówno od poziomu populacji generalnej, jak i własnego [10]. Naukowcy badali też osoby z autyzmem za pomocą standardowej skali inteligencji, w których skale bezsłowna i słowna są podzielone na testy, np. arytmetyka, słownik, układanki itp., co pozwala stosunkowo łatwo ocenić poszczególne funkcje. W ten sposób odkryto, że u 23 chorych w przynajmniej 2 testach wyniki znacznie wykraczały poza średnią wyznaczoną dla populacji generalnej (8 z nich uznano za sawantów matematycznych lub kalendarzowych) [10].

## Synestezja

**Synestezja** (gr. *synatsthesis* – równoczesne postrzeganie od *sýn* – razem' i *aísthesis* – poznanie poprzez zmysły) [11, 12]. W psychologii termin ten oznacza stan lub zdolność, w której doświadczenia jednego zmysłu (np. wzroku) wywołują również doświadczenia, charakterystyczne dla innych zmysłów, np. odbieranie niskich dźwięków wywołuje wrażenie miękkości, barwa niebieska odczuwana jest jako chłodna, obraz litery lub cyfry budzi skojarzenia kolorystyczne itp. W taki sposób synestetyk może postrzegać niektóre litery i cyfry [11, 12].

Istnieją dwie teorie tłumaczące owo zjawisko. Jedna mówi, że istnieje więcej połączeń synaptycznych pomiędzy neuronami przenoszącymi „zmysłowe informacje”, a druga – że ilość połączeń synaptycznych jest taka sama, a mieszanie się odbieranych doświadczeń wynika z tego, iż zachwiana jest równowaga pomiędzy hamowaniem i wyciszaniem docierających impulsów w mózgu [11, 12].

W piśmiennictwie fachowym najczęściej opisuje się tzw. „barwne słyszenie”, które polega na tym, że dźwięki lub współbrzmienia wywołują wrażenia barwne, bądź barwy – dźwięki.

Znani synesteci to m.in.:

- **Nikołaj Rimski-Korsakow**, rosyjski kompozytor, samouk. Pochodził z rodziny arystokratycznej. Gdy miał sześć lat, rozpoczął lekcje gry na fortepianie. Wkrótce potem grał w orkiestrze nadwornej domu Rimskich-Korsakowów. W roku 1856, w wieku dwunastu lat, wstąpił do Carskiej Szkoły Marynarki Wojennej w St. Petersburgu i został oficerem marynarki wojennej. W międzyczasie odkrył swe zdolności kompozytorskie i jeszcze będąc w służbie wojskowej skomponował swe pierwsze dzieła: symfonię op. 1, poemat symfoniczny *Sadko* 1867 oraz swą pierwszą operę *Pskowianka* 1872 [11]. W jego przypadku synestezja związana była ze skojarzeniami dźwięków lub tonacji z barwami np. C-dur: kolor biały, G-dur: brązowożółty, jasny, D-dur: żółty, słoneczny, A-dur: jasnoróżowy, E-dur: szafirowy, błyszczący, H-dur: granatowy, ponury, Fis-dur: szaro-zielony, Des-dur: mroczny, gorący, As-dur: siwofioletowy, Es-dur: mroczny, błękitno-szary, a F-dur: zielony [11].

- **Daniel Tammet** – wykazuje także objawy zespołu Aspergera [11]. Potrafi dokonywać w pamięci skomplikowanych obliczeń oraz wymienić 22 514 cyfr po przecinku w liczbie pi. Dzięki genialnej pamięci wzrokowej bardzo szybko uczy się języków obcych. Cztery dni pobytu w Reykjavíku pozwoliły mu na opanowanie angielskiego, niemieckiego, hiszpańskiego, esperanto, francuskiego, galijskiego, litewskiego, rumuńskiego, estońskiego, walijskiego i islandzkiego. Stworzył też własny język, który nazwał Manti (z fińskiego „sosna”). Wydał swoją autobiografię pt. „Urodziłem się w niebieski dzień” [11].

- **Solomon Szereszewski** – rosyjski dziennikarz, reporter litewskiego dziennika, osoba obdarzona fenomenalną pamięcią, czego efektem jest umiejętność zapamiętania w krótkim czasie niezwykle dużej ilości informacji (mnemonista) [11]. Potrafił bezbłędnie powtarzać dowolnie długie listy słów i liczb. Mógł je odtwarzać potem w dowolnej kolejności – od przodu równie łatwo, jak od tyłu, jeśli powiedziano mu jakąś liczbę z listy, potrafił od razu przypomnieć sobie wszystkie sąsiadujące z nią. Nie popełniał przy tym żadnych błędów [11]. Także po wielu latach – np. 15 czy 20 – odtwarzał dowolną, wcześniej zapamiętaną listę bezbłędnie. Przypominał sobie również moment, w którym zapamiętywał dany ciąg liczb, pozycje i ubiór badacza itp. Podobnie było z ciągami słów, a także np. tekstami w obcych językach. Prawie 30 lat temu jego przypadek opisał Łuria w książce „Umysł mnemonisty” [11].

Inni to **Vladimir Nabokov** – pisarz rosyjski, zajmujący się lepidopterologią (liczne artykuły w czasopismach specjalistycznych, praca w har-

wardzkim muzeum), hobbystycznie układający zadania szachowe [11]; **Wassily Kandinsky** – rosyjski malarz, grafik i teoretyk sztuki. Współtwórca i jeden z przedstawicieli abstrakcjonizmu [11]; **Paul Klee** – malarz szwajcarsko-niemiecki [11]; **Franciszek Liszt** – kompozytor i pianista węgierski epoki romantyzmu, który stworzył nowy gatunek muzyczny: poemat symfoniczny [11]; **Olivier Messiaen** – francuski kompozytor, organista, nauczyciel [11]; **Marta Ptaszyńska** – polska kompozytorka, perkusistka i pedagog; **Chris Urbanowicz** – gitarzysta brytyjskiej, rockowej kapeli [11]; **John Mayer** – amerykański kompozytor, wokalista i gitarzysta [11].

## Autyzm

Autyzm intryguje badaczy od ponad 50 lat. Termin wprowadzony został przez Kanner, który w roku 1953 opisał charakterystyczne cechy tego zaburzenia, a wśród nich obsesyjne, a niekiedy lękowe pragnienie utrzymania stałości środowiska, częste i automatyczne powtarzanie tej samej czynności, całkowity brak akceptacji dla zmian, monotonne powtarzanie ruchów ciałem, zaburzenia mowy w postaci mutyzmu lub wypowiedzi niekomunikatywnych, a u 20–40% dzieci występują napady padaczkowe [13]. Szacuje się, iż autyzm jest coraz powszechniej diagnozowaną przypadłością wśród dzieci i swym zasięgiem występowania obejmuje 1,5 miliona przypadków w samych Stanach Zjednoczonych, głównie chłopców (ok. 0,5 mln.) W Polsce, szacuje się występowanie autyzmu u ponad 30 tys. osób (w tym ok. 20 tysięcy dzieci i 10 tysięcy dorosłych) [cyt. za 13]. W ostatnich latach wzrasta też liczba przypadków zaburzeń, które zazwyczaj przebiegają nieco bardziej łagodnie. Są to zaburzenia z tzw. spektrum autystycznego, a jednym z tych zaburzeń jest zespół Aspergera – postać autyzmu, którym upośledzenie funkcjonowania społecznego jest łagodniejsze [cyt. za 13].

W opinii prof. Fitzgeralda z Trinity College w Dublinie, specjalisty od autyzmu, cechy zespołu Aspergera można przypisać wielu sławnym osobistościom [14]. Podobnego zdania są Simon Baron-Cohen, Ioan James [15].

Zespół Aspergera podejrzewany jest między innymi u **Alberta Einsteina** – jeden z największych fizyków-teoretyków XX wieku, twórcy ogólnej i szczególnej teorii względności, współtwórca korpuskularno-falowej teorii światła, laureata Nagrody Nobla za wyjaśnienie efektu fotoelektrycz-

nego. Rozpoznanie sugerują takie cechy, jak: znaczne opóźnienie mowy, odizolowanie od rówieśników w dzieciństwie, gwałtowne i nieoczekiwane zmiany nastrojów, wielokrotne powtarzanie zdań, które uważał za słuszne, oczekiwanie od partnerek (żon) zachowania rodzicielskiego, kiedy sam był już dorosły [14, 15].

Inni słynni ludzie z podejrzeniem zespołu to między innymi [14, 15]: **Karol Darwin** – biolog, geolog i filozof brytyjski, **Izaak Newton** – angielski fizyk, matematyk, astronom, filozof, historyk, badacz Biblii i alchemik, **Wolfgang Amadeusz Mozart** – kompozytor austriacki, **Ludwik van Beethoven** – niemiecki kompozytor, **William Hamilton** – matematyk, fizyk i astronom irlandzki, **Bela Bartok** – kompozytor węgierski, **Bob Dylan** – piosenkarz amerykański, **Glenn Gould** – pianista kanadyjski, **Erik Satie** – kompozytor i pianista francuski, **Blind Tom Wiggins** – muzyk i pianista brytyjski, **Hans Christian Andersen** – baśniopisarz, **Michał Aniol Buonarroti** – malarz, rzeźbiarz, poeta i architekt włoski, **Lawrence Stephen Lowry** – malarz angielski, **Vincent van Gogh** – malarz holenderski, **Jack Butler Yeats** – malarz irlandzki, **Andy Warhol** – malarz amerykański, **Vernon Smith** – ekonomista amerykański, laureat nagrody Nobla z 2002 roku, **Daisy Bates** – polityk i publicystka amerykańska, **George Orwell** – pisarz angielski, **Lewis Carroll** – brytyjski pisarz, fotograf, matematyk, **Artur Conan Doyle** – pisarz szkocki, **Bruce Chatwin** – angielski pisarz i podróżnik, **Herman Melville** – amerykański powieściopisarz, poeta i eseista, **Jonathan Swift** – pisarz irlandzki, **William Butler Yeats** – irlandzki poeta i dramaturg, **Samuel Beckett** – pisarz, poeta i dramaturg irlandzki, **James Joyce** – pisarz irlandzki, **Patrick Pearse** – pisarz, poeta, polityk i nacjonalista brytyjski, **Robert Boyle** – filozof, fizyk i chemik brytyjski, **Baruch Spinoza** – filozof holenderski, **Immanuel Kant** – filozof niemiecki, **Simone Weil** – filozofka francuska, **Michael Ventris** – architekt, lingwista angielski, **Karol XII** – Król Szwecji, **Thomas Jefferson** – prezydent USA, **Charles de Gaulle** – prezydent Francji, **Eamon de Valera** – prezydent Irlandii, **Dan Aykroyd** – aktor, **Dustin Hoffman** – aktor, **Gary Numan** – brytyjski wokalista i kompozytor, **Syd Barrett** – członek zespołu Pink Floyd, **Craig Nicholls** – wokalista The Vines, **David Byrne** – wokalista Talking Heads, **Moe Norman** – golfista kanadyjski, **Heinrich Schliemann** – archeolog amator odkrywca Troi, Myken i Tirynsu, **Bill Gates** – założyciel i szef największej na świecie korporacji komputerowej „Microsoft” [14, 15].

## Zespół ADHD

Jest jednym z najczęstszych zaburzeń wieku rozwojowego. Statystyki podają, że ADHD dotyczy 3–10% dzieci, tzn., że w 27-osobowej klasie przynajmniej jedno dziecko objęte jest tą dysfunkcją. Szacuje się, że na całym świecie zaburzeniem tym dotkniętych jest od 2 do 9,5% dzieci w wieku szkolnym [16]. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej może występować w 3 formach: z przewagą zaburzeń koncentracji uwagi – dzieci tzw. marzycielskie, nie mogą się skupić, nie potrafią pozostać w bezruchu, jeśli wymaga tego sytuacja; częściej występuje u dziewczynek; z przewagą nadpobudliwości psychoruchowej – dzieci tzw. „żywe srebra”, biegają w kółko bez obiektywnej przyczyny, odpowiednio zmotywowane potrafią się skupić na dłużej; częściej występuje u chłopców; typ mieszany – nasilone objawy nadruchliwości i zaburzeń koncentracji uwagi; częściej u chłopców [16].

W literaturze znajdują się sugestie, iż zespół ADHD mogli mieć [17]: **Agatha Christie** – angielska autorka powieści kryminalnych, **Albert Einstein**, **Alberto Tomba** – włoski narciarz alpejczyk, **Alexander Bell** – szkocki wynalazca telefonu, **Benjamin Franklin** – drukarz, uczonec, filozof, wolnomularz i polityk amerykański. **Cher** – amerykańska piosenkarka i aktorka filmowa, **Dustin Hoffman** – amerykański aktor, producent, reżyser filmowy, **Ernest Hemingway**, **Hans Chrystian Andersen**, **John F. Kennedy** – prezydent USA, **John Lennon** – brytyjski muzyk, wokalista, kompozytor, autor tekstów, jeden z Beatlesów, **Kirk Douglas** – amerykański aktor, producent, reżyser filmowy, **Leonardo da Vinci** – włoski, renesansowy malarz, architekt, filozof, muzyk, poeta, odkrywca, matematyk, mechanik, anatom, wynalazca, geolog, **Lewis Carroll** – brytyjski pisarz, poeta, fotograf, matematyk, **Madonna** – amerykańska piosenkarka i aktorka, **Michael Jordan** – amerykański koszykarz, **Pablo Picasso** – hiszpański malarz, rzeźbiarz, grafik, ceramik, **Salvador Dali** – hiszpański grafik i malarz, **Steven Spielberg** – reżyser, scenarzysta, producent filmowy, **Steve Wander** – amerykański wokalista popowy, kompozytor, **Sylwester Stallone** – amerykański aktor, reżyser, producent filmowy i scenarzysta, **Thomas Edison** – wynalazca, **Tom Cruise** – amerykański aktor filmowy i producent, **Walt Disney** – amerykański reżyser, aktor, scenarzysta, wizjoner, filantrop, twórca Disneylandu, **Whoopi Goldberg** – amerykańska aktorka, komediantka, **Werner von Braun** – niemiecki konstruktor raket, **Winston Churchill**, **Orville i Wilber Wright** – konstruktorzy pierwszego udanego samolotu [17].

Spośród znanych Polaków uważa się, że na ADHD cierpi **Joanna Szczepkowska** – aktorka, **Szymon Majewski** – dziennikarz, showman, prezenter radiowy i telewizyjny, satyryk i aktor czy **Krzysztof Skiba** – muzyk, autor tekstów, satyryk, publicysta, aktor, konferansjer [17].

## Schizofrenia

Nazwa schizofrenia oznacza dosłownie rozpad umysłu lub serca, a sama schizofrenia, nazywana jest często „siostrą geniuszu” [7]. Pierwsze próby dokładniejszego poznania i klasyfikacji schizofrenii zostały podjęte w drugiej połowie XIX wieku. W 1911 roku Eugeniusz Bleuer stworzył pojęcie schizofrenii od greckiego *schizo* – rozszczepiam i *fren* – umysł, wola [18]. Choroba występuje mniej więcej u 1 osoby na 100 we wszystkich kulturach, religiach i rasach. Pojawia się między 16. a 30. rokiem życia, a pierwszymi objawami są zazwyczaj wycofanie się z kontaktów międzyludzkich oraz zaniedbywanie codziennych obowiązków. Tak samo często chorują mężczyźni i kobiety. Pierwszy epizod u mężczyzn występuje najczęściej pomiędzy 15.–25. r.ż., natomiast u kobiet odpowiednio: 25.–35. r.ż.

Wiele znanych osób cierpiało z powodu schizofrenii, a między innymi:

**Wacław Niżyński** (1890–1950) – tancerz i choreograf rosyjski, pochodzenia polskiego, uznawany za jednego z najwybitniejszych tancerzy baletowych wszechczasów, o doskonałej technice i niespotykanej ekspresyjności. Pozostał po nim mit tancerza baletowego, któremu udało się osiągnąć doskonałość i całkowitą identyfikację z wykonywaną rolą. Do tej pory pozostaje wzorem dla wielu tancerzy baletowych [19]. Po rozpoznaniu choroby wycofał się z występów i poświęcił się malarstwu oraz pracy nad nowym baletem. Pierwszy po przerwie, a zarazem ostatni występ publiczny, dający świadectwo jego chorobie, odbył się 19 stycznia 1919 [19]. Tancerz napisał również dzienniki, w dwóch częściach zatytułowanych „O życiu” i „O śmierci”, które po raz pierwszy opublikowane zostały w okrojonej przez żonę wersji w 1936 r., a w wersji pełnej dopiero w 1995 r. [19].

**Edmund Monsiel** (1897–1962), artysta-samouk polskiego pochodzenia, chorujący od 1943 roku na schizofrenię. Pozostawił po sobie dorobek 533 rysunków i szkiców opatrzonych inskrypcjami o treści religijno-pośłanniczej [20]. Uważa się, iż jego twórczość jest rodzajem albumu ilu-

strującego plastycznie obraz schizofrenii. Po jego śmierci okazało się, że ostatnie 20 lat swojego życia poświęcił rysowaniu, o czym nikt z otoczenia nie wiedział, ponieważ przed zachorowaniem Monsiel nigdy nie rysował, ani nie interesował się sztuką [20].

**John Forbes Nash** – wybitny matematyk, badacz gier, autor przełomowej pracy doktorskiej na temat równowagi w grach niekooperacyjnych, którą napisał w wieku 21 lat, a która miała zaledwie 27 stron, i za którą 45 lat później otrzymał Nagrodę Nobla w dziedzinie ekonomii [21]. Według literatury, zmagął się on z wieloma objawami schizofrenii paranoidalnej, m.in. z występowaniem głosów, a także urojeniami prześladowczymi i wielkościowymi. Był przekonany, iż kosmici kontaktują się z nim poprzez szyfr umieszczany w artykułach prasowych. Opowiadał o tym, m.in. kolegom i przyjaciółom z uczelni. Twierdził, iż „Racjonalne myślenie wyznacza granicę kontaktów człowieka z kosmosem” [cyt za 7, 9]. Twierdzi się, że miał obsesję na punkcie liczby 23. Podejrzenie jego choroby psychicznej zaczęło się w momencie, gdy twierdził, że fotografia papieża Jana XXIII na okładce magazynu Life przedstawiała w rzeczywistości jego samego, na co dowodem miało być to, że 23 jest jego ulubioną liczbą. Interesujące jest także to, iż matematyk ten opublikował 23 artykuły naukowe [cyt. za 22].

Na schizofrenię cierpiał także **Vincent van Gogh**, Słynny portret z obcięтым uchem powstał w fazie zaostrzenia schizofrenii, kiedy to artysta sam siebie pozbawił małżowiny usznej [23].

Według niektórych źródeł na schizofrenię chorował także **Izaak Newton** [24]. Przypadłość tę przypisuje się także **Albertowi Einsteinowi** [24]. O jego schizotypicznych skłonnościach może świadczyć nienawiązywanie osobistych więzów, zachowywanie obojętności wobec spraw o charakterze osobistym, brak zainteresowania własnym ubraniem i codziennymi wygodami [24].

Inni słynni, u których podejrzewa się schizofrenię, to między innymi: **Adam Chmielowski**, czyli święty Brat Albert, **Buddy Bolden** – amerykański muzyk znany jazzman, **Fryderyk Nietzsche** – filozof niemiecki, **Jonathan Swift** – irlandzki pisarz, autor „Podróży Gliwera”, **Philip Kindred Dick** – pisarz amerykański nurtu science fiction, **Vivien Leigh** – brytyjska aktorka, niezapomniana Scarlett z „Przeminęło z wiatrem”, **Georg Hegel** – filozof niemiecki, **Fryderyk Hölderin** – poeta niemiecki, **Alfred Kubin** – austriacki rysownik, grafik, **Gerard de Neval** – francuski poeta, eseista, krytyk teatralny i tłumacz, **Sylwia Plath** – amerykańska poetka, pisarka i eseistka, **August Strindberg** – pisarz szwedzki, **Emanuel Swe-**

**denborg** – szwedzki naukowiec, mistyk, **Witkacy** – polski filozof, pisarz, malarz [25].

## Choroba afektywna dwubiegunowa

Choroba dwubiegunowa, choć w jej przebiegu występują stany depresyjne – jest czymś odrębnym od zaburzeń depresyjnych nawracających (nawracającej depresji). Choroba afektywna dwubiegunowa przejawia się głównie występującymi naprzemiennie okresami depresji i manii (lub hipomanii). Dawne nazwy tej choroby, to choroba maniakalno-depresyjna i cyklofrenia. Występuje ona w czterech odmianach: zaburzenie afektywne typ I, zaburzenie afektywne typ II, rapid cycling, zaburzenie afektywne typ sezonowy [26].

Powszechnie za typowy okres początku choroby uważa się okres: 20.–30. r.ż., częste są jednak początki przed 20. r.ż. Ocenia się nawet, że u 53–60% chorych choroba ujawnia się w dzieciństwie i okresie dorastania, a zwłaszcza w okresie między 15. a 19. r.ż. [26].

Klasyczna postać CHAD dotyczy około 1–1,5% populacji. Jeżeli jednak uwzględnia się zaburzenia w istocie podobne, nie spełniające jednak ostrych kryteriów CHAD, otrzymamy wartość sięgającą w niektórych badaniach 8–10% [27].

U **Roberta Schumanna**, wielkiego kompozytora okresu romantyzmu, pianisty, krytyka muzycznego, wydawcy gazety muzycznej i felietonisty, choroba afektywna dwubiegunowa ujawniła się w czasie, kiedy był on dyrektorem muzycznym w Düsseldorfie, a Symfonię B-dur „Wiosenną” skomponował w niecałe dwa tygodnie w epizodzie manii [23].

Choroba afektywna dwubiegunowa często była i jest stwierdzana wśród wybitnych artystów, zwłaszcza związanych z muzyką i literaturą [2]. Cierpieli na nią, m.in.: **Piotr Czajkowski** (rosyjski kompozytor), **Siergiej Rachmaninow** (rosyjski kompozytor, pianista, dyrygent), **Virginia Woolf** (angielska pisarka, feministka), **Samuel Clemens** (Mark Twain – pisarz amerykański), **Hermann Hesse** (prozaik, poeta, eseista niemiecki), **Tennessee Williams** (pisarz, nowelista, poeta amerykański), **Ernest Hemingway** (pisarz, prozaik amerykański), **Edgar Allan Poe** (poeta, nowelista amerykański) i **Paul Gauguin** (malarz francuski) [2]. Feliks Post, psychiatra z Uniwersytetu Oksfordzkiego, po dokonaniu analizy biografii stu znanych pisarzy i poetów doszedł do wniosku, iż ok. 80% z nich miało zaburzenia nastroju i emocji [2].



## Choroba Parkinsona

Nazwę choroby wprowadził londyński lekarz James Parkinson, który jako pierwszy rozpoznał i opisał w 1817 roku symptomy tej choroby. Jest to schorzenie ośrodkowego układu nerwowego przejawiające się spowolnieniem ruchowym, drżeniem kończyn i sztywnością mięśni. Częstość występowania choroby w populacji generalnej wynosi ok. 0,15% i zwiększa się wraz z wiekiem. Wśród osób > 65. r.ż. – wynosi ok. 1,8%, natomiast w grupie osób > 85. r.ż. – 2,6% [28, 29]. Zachorowalność wynosi 13–19/100 tys./rok [30, 31]. Szacuje się, że w Polsce rocznie na chorobę Parkinsona zapada ok. 8 tys. osób, a schorzenie to rozpoznano już u ok. 70 tys. mieszkańców naszego kraju [32], dotkniętych chorobą jest około 60 tysięcy osób [33]. Średni wiek zachorowania wynosi ok. 58 lat, a mężczyźni chorują nieco częściej niż kobiety [30].

Sławne osoby, u których rozpoznano chorobę Parkinsona to między innymi: **Papież Jan Paweł II**, **Salwador Dali**, **Michael J. Fox** – amerykański aktor, znany z filmu „Powrót do przyszłości”, **Muhammad Ali** – amerykański mistrz świata w boksie, **Ray Kennedy**, **Johnny Cash** – piosenkarz country, **Stanisław Barańczak**, wybitny poeta, tłumacz i krytyk literacki, **Wilhelm von Humboldt** – niemiecki uczyony, **Mao Tse Tung** – przywódca chiński, **Jaser Arafat** – palestyński polityk, **Janet Reno** – prokurator generalny USA w administracji prezydenta Clintona, **Andrzej Krzysztof Wróblewski** – dziennikarz [34–36].

## Choroba Alzheimerera

Pierwszy przypadek 51-letniej chorej z postępującymi zaburzeniami pamięci opisał Alois Alzheimer na początku XX wieku. Wydawało się wtedy, iż jest to rzadka choroba, dotycząca ludzi w okresie przed 65. rokiem życia. Później okazało się, że tzw. starcza demencja (czyli inaczej starcze otępienie) pod względem obrazu klinicznego oraz występujących zmian w mózgu nie różni się od postaci opisanej przez Alzheimerera i obecnie wszystkie przypadki określamy mianem choroby Alzheimerera, i jest to najczęściej występująca postać otępienia, obejmująca 50–80% jego przypadków [37, 38]. Szacuje się, iż dotyczy około 5–10% populacji powyżej 65. i prawie połowy powyżej 80. roku życia. Obecnie na świecie z powodu otępienia choruje 18 mln ludzi, a do 2025 r. będzie ich 34 mln. W Polsce takich chorych jest ponad 400 tysięcy, a połowa z nich cierpi na najczęstszą postać otępienia [37, 38].

Chorobę Alzheimerera rozpoznano u **Terre'go Pratchetta**, brytyjskiego pisarza książek fantastycznych. Pisarz o swej chorobie mówi – „gdybym zdjął koszulkę, rzucił na podłogę, byłbym w stanie podnieść ją i założyć, ale wtedy wszyscy zobaczyliby, jak wielu wysiłków to wymaga. Mój wzrok jest doskonały. Tylko *mózg nie radzi sobie z tym, co widzą moje oczy*. Na przykład mogę zrzucić filiżankę na podłogę i nie widzieć jej. Kiedy ktoś mi powie, że ona tam jest, zobaczę ją. Jednakże mózg wypełnia tę przestrzeń czymś innym. Dlatego, że wymawiam poprawnie wyrazy, nawet te skomplikowane, inni uważają, że wszystko ze mną w porządku” [39].

Cierpi na nią także **Peter Falk** – amerykański aktor, znany przede wszystkim z roli tytułowego porucznika w serialu Columbo [40], **Elizabeth Taylor** – aktorka wyróżniana wieloma nagrodami, w tym dwoma Oskarami [41], **Nora Ney** – polska aktorka [42].

## Padaczka

Uważa się ją za najczęstszą chorobą układu nerwowego u dzieci i jedną z najczęstszych u dorosłych. Statystycznie w krajach rozwiniętych cierpi na padaczkę 1% populacji, w krajach rozwijających się – do 9%. Szacuje się, że występuje aż u 1,0% osób w wieku rozwojowym. 50–60% wszystkich padaczek rozpoczyna się przed 16. r.ż. Około 80% przypadków ujawnia się do 20. roku życia. Po 65. roku życia znów rośnie liczba chorych. Jest więc to choroba o wymiarze społecznym [43].

Na padaczkę cierpiał między innymi **Vincent van Gogh** [23]. W jego czasach uważano, że dobrym lekarstwem na padaczkę jest wywar z naparstnicy. Biorąc pod uwagę efekty uboczne przedawkowania digoksyny pod postacią, m.in. widzenia przedmiotów w kolorze zielono-żółtym, nie trudno zrozumieć podstawowe barwy, jakich ten malarz używał. Żółty był autoportret z fajką, elewacja budynków, sprzęty i wnętrza pokoju, pole kukurydzy z cyprysem, złote pole pszenicy, słoneczniki, nocna kawiarnia i gwiaździste niebo [23].

Inni słynni chorzy na padaczkę to: **Aleksander Macedoński** – wybitny wódz, król Macedonii, **Fiodor Dostojewski** – pisarz rosyjski, **Juliusz Cezar** – rzymski wódz, polityk, cesarz, **Molier** – pisarz francuski, **Napoleon Bonaparte** – cesarz, pierwszy konsul Republiki Francuskiej, **papież Pius IX**, **Flaubert Gustaw** – pisarz francuski [44].

## Depresja

Depresja, według WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) jest czwartym najpoważniejszym problemem zdrowotnym na świecie [45]. Na całym świecie ponad sto milionów ludzi choruje na depresję. W Polsce przez ostatnie cztery lata liczba zarejestrowanych przypadków depresji i nerwic wzrosła o 235 procent. Szacuje się, że ok. 15% pacjentów lekarzy ogólnych to chorzy z depresją z nasileniem objawów kwalifikującym ich do leczenia [46]. Stwierdzono, że choroba ta od 1,5 do 3 razy częściej występuje wśród kobiet [47]. W Polsce, z powodu depresji kobiety są prawie dwukrotnie częściej hospitalizowane niż mężczyźni, dotyczy to głównie osób w wieku 30–59 lat. W Stanach Zjednoczonych na depresję zapada rocznie ponad 17 mln Amerykanów, w Polsce co najmniej kilkaset tysięcy ludzi [47].

Sławne osoby chorujące na depresję to: **John Wesley** – angielski teolog, współtwórca kościoła metodystów, **Charles Spurgeon** – brytyjski kaznodzieja reformowanych baptystów, teolog, **Abraham Lincoln** – prezydent Stanów Zjednoczonych, **Winston Churchill**, **Nelson Mandela** – były prezydent RPA, **Goethe** – niemiecki poeta, **Otto von Bismarck** – kanclerz Rzeszy, **Lew Tołstoj** – rosyjski powieściopisarz, **Wolfgang Amadeusz Mozart**, **Franz Kafka** – niemieckojęzyczny pisarz pochodzenia żydowskiego, **Mark Twain**, **Franklin Delano Roosevelt** – amerykański polityk, prezydent USA, **Wilson Churchill**, **Ernest Hemingway**, **Marilyn Monroe** – amerykańska aktorka [48].

## Cukrzyca

Cukrzyca towarzyszy człowiekowi od zawsze. W papirusie Ebersa z 1550 r. p.n.e. znajdujemy wzmiankę o chorobie cechującej się wielomoczem. Hipokrates zauważył, że roje much zlatują się do moczu niektórych chorych i odkrył, że mocz tych chorych jest słodki, a choroba szybko, poprzez fazę śpiączki, doprowadza do śmierci chorego. Chorobę tę nazwano w roku 270 p.n.e. – diabetes. Słowo „diabetes” – obecnie pierwszy człon nazwy choroby oznacza „syfon” (Caelius Aurelianus), drugi człon nazwy: „mellitus” – „słodki” dodano dopiero w XVIII wieku (William Gullem). Szacuje się, iż w roku 2025 liczba chorych na świecie wynosić będzie 380 mln. Obecnie choruje 246 mln osób, w tym 53 mln w Europie i 2 mln w Polsce [49].

Cukrzyca stanowi problem zdrowotny wielu znanych osób, między innymi [50, 51]: **Michaiła Siergiejewicza Gorbaczowa** – polityka radzieckiego; pierwszego i zarazem ostatniego prezydenta Związku Radzieckiego, **Nikity Siergiejewicza Chruszczowa** – komunisty radzieckiego, działacza partyjnego i państwowego, **Jurija Władimirowicza Andropowa** – działacza partii komunistycznej, dyplomaty i polityka radzieckiego, **Winni Mandela** – byłej żony Nelsona Mandeli, **Tito (Josipa Brozo)**, polityka jugosłowiańskiego, **Todora Żiwkowa** – bułgarskiego działacza politycznego, członka Bułgarskiej Partii Komunistycznej (BPK), przewodniczącego Rady Państwa, **Eldy Bani** – działaczki politycznej, bojowniczką przeciwko apartheidowi w Południowej Afryce, **Ralph Buncha** – amerykańskiego socjologa i dyplomaty, współautora karty ONZ, aktywnego działacza ruchu murzyńskiego w Stanach Zjednoczonych; w 1950 r., pierwszego Afro-Amerykanina zdobywcy pokojowej Nagrody Nobla, **Oscara Mpetha** – działacza politycznego Południowej Afryki, **Kakuei Tanaki** – polityka japońskiego, premiera w powojennej Japonii, **Gamala Nassera** – prezydent Egiptu. Ostatnio o swojej chorobie dowiedział się także piętnastoletni **Nick Jonas** z zespołu The Jonas Brothers [51]. **Will Cross** chorował na cukrzycę już 26 lat, gdy w 2003 zdobył biegun południowy. Wcześniej zdobył biegun północny, najwyższe szczyty obu Ameryk (McKinley i Aconcagua) i przeszedł Saharę. Medale olimpijskie, chorując na cukrzycę zdobywali – brytyjski wioślarz **Steve Redgrave**, amerykański pływak **Gary Hall**, polski wioślarz, czterokrotny mistrz świata, mistrz olimpijski z IO w Pekinie – **Michał Jeliński**. Diabetykami są także: były prezydent **Lech Wałęsa**, **Zbigniew Hołdys** – polski wokalista, muzyk, kompozytor i instrumentalista, poeta, dziennikarz, grafik oraz autor scenariuszy filmowych, lider, kompozytor i gitarzysta grupy muzycznej Perfect, której był współzałożycielem, **Maria Fołtyn** – polska śpiewaczka i reżyser operowy, założycielka Towarzystwa Miłośników Muzyki Moniuszki, **Andrzej Zaorski** – polski aktor i artysta kabaretowy. **Kornel Makuszyński** – polski prozaik, poeta, felietonista, krytyk teatralny i publicysta, członek Polskiej Akademii Literatury, **Kazimierz Przerwa-Tetmajer** – polski poeta, nowelista, powieściopisarz, przedstawiciel Młodej Polski, **Ernest Hemingway** (1899–1961) – wybitny amerykański pisarz, **Thomas Alva Edison** – genialny wynalazca amerykański, **Giacomo Puccini** – kompozytor włoski, **H. G. Wells** (1866–1946) – powieściopisarz angielski, **Spencer Tracy** (1900–1967) – amerykański aktor filmowy, **Halle Berry** – amerykańska aktorka i modelka, **George Lucas** – reżyser, producent, właściciel firmy

LucasFilm i twórca Gwiezdných Wojen, **Elizabeth Taylor** – amerykańska aktorka [50].

## Fobie

Fobia jest określeniem pochodzenia greckiego używanym w znaczeniu strachu, lęku lub przerażenia, zgodnie z etymologicznymi przesłankami. Specyficzne fobie definiuje się dodając stosowny przedrostek (także najczęściej pochodzący z greckiego), np. pyrofobia – chorobliwy lęk przed ogniem, nyktofobia – przed nocą, ciemnością, aerofobia – lęk przed powietrzem (np. wiatrem, przeciągiem, zawianiem) lub przed ruchem w powietrzu (np. przed podróżą samolotem czy koleją napowietrzną), aichmofobia – lęk przed ostrymi przedmiotami, brontofobia – lęk przed piorunami, klaustrofobia – lęk przed zamkniętymi pomieszczeniami, gefyrofobia – lęk przed przejściem przez most, ksenofobia – lęk przed obcymi, nekrofobia – lęk przed umarłymi, nosofobia – lęk przed zachorowaniem, ochlofobia – lęk przed tłokiem, triskaidekafobia – lęk przed liczbami feralnymi [52, 53]. W Polsce pierwsza publikacja poświęcona fobii społecznej ukazała się dopiero w 1996 r. [54]. Badania epidemiologiczne wskazują, że objawy fobii uogólnionej mogą wystąpić u ok. 3–5% populacji i najczęściej rozpoczynają się w okresie dziecięcym lub młodzieńczym, a na wszelkie postaci fobii cierpi 60% Europejczyków [54, 55].

Sławne osoby także cierpiały lub cierpią z powodu fobii, między innymi: **Pablo Picasso** – panicznie bał się ścinania włosów i fryzjera, a **Pascal** – otwartej przestrzeni [55]. **Bolesław Prus** – cierpiał na agrofobię (chodził zawsze blisko ścian, a namówiony na wycieczkę w góry, kazał się stamtąd natychmiast sprowadzić z przewiązanymi opaską oczyma) oraz brontofobię, lęk przed piorunami (chował się przed nimi w domowych zakamarkach, nakrywał głowę poduszką i jęczał ze strachu). **Jan Matejko** bał się ciemności i nie mógł spać bez palącej się świecy. **Hans Christian Andersen** cierpiał na fobię pożarową i zawsze nosił ze sobą sznur, żeby móc się po nim spuścić z okna płonącego domu. Fobie nie ominęły też gwiazd filmu i estrady. **Michael Jackson** miał fobię na zarazki, a **Eddie Murphy** na brud [55]. **Alfred Hitchcock** unikał jajek, **Nicole Kidman** chorobliwe boi się... motyli. **Johnny'ego Deep'a** paraliżuje lęk przed pajakami oraz... klaunami. **Anne Hathaway** przyznaje się do dziwacznej fobii związanej z tym, iż nie może znieść, kiedy ktoś dotyka jej bielizny. Przerazają ją zwłaszcza sytuacje, kiedy obsługa hotelowa rozpakowuje za

nią jej bagaż. **Whoopi Goldberg**, **Billy Bob Thornton**, **Jennifer Aniston**, **Cher** i **Elisha Cuthbert** cierpią na aerofobię, paniczny lęk przed lataniem. Producent muzyczny i raper **Timbaland** panicznie boi się wszelkich zarazków i przeziębień, dlatego wszędzie podróżuje prywatnymi liniami, podobnie jak **Mandy Moore**, która wszędzie zabiera ze sobą antybakteryjne chusteczki. **Teri Hatcher** nigdy nie pójdzie na salę gimnastyczną z obawy przed zarazkami. **Woody Allen** boi się insektów, psów, wysokości, tłumy, raka i małych, zamkniętych przestrzeni. **Drew Barrymore** i **Uma Thurman** cierpią na klaustrofobię. **Orlando Bloom** bardzo boi się świń. **Scarlett Johansson** ma fobię na punkcie karaluchów. **Pamela Anderson** boi się luster. **Madonna** ma fobię na punkcie piorunów, burz i grzmotów, a **Christina Ricci** cierpi na botanofobię, czyli lęk przed roślinami. **David Beckham** odczuwa lęk przed bałaganem i chaosem. Z powodu ideofobii (lęk przed nowymi ideami, zasadami, światopoglądem) cierpieli: **Kopernik**, **Giordano Bruno**, **Galileusz**, **Albert Einstein**, **Nicola Tesla** [55].

## Niewidomi

Najwięcej informacji o otaczającym nas świecie dostajemy przez narząd wzroku, jakim są oczy. Naukowcy stwierdzili, że około 80% zdobytych informacji uzyskujemy przez obserwacje otoczenia, a więc nasze oczy dostarczają nam wiele ważnych informacji, np. o odległości, kształcie, barwach i ruchu. Szacuje się, iż na całym świecie żyje co najmniej kilkanaście milionów osób, które według międzynarodowych norm kwalifikowane są jako praktycznie i prawie niewidome. Są to osoby niewidome i słabo widzące [56].

Znane niewidome postacie to między innymi [57]: **Louis Braille** – wynalazca pisma dla niewidomych, **Homer** – grecki epik, **Amor Eros** – grecki – rzymski bóg miłości, **Horus** – egipski bóg, **Tiresias** – mitologiczny, grecki prorok, **Odin** – norweski bóg, **Edyp** – mitologiczny król grecki, **Samson** – biblijny bohater, **Święty Paweł** – apostoł, **Ludwik III z Prowansji** – król Prowansji, **Bela II Węgierski** – król Węgier, **Bolesław III z Czech** – książę Czech, **Magnus IV z Norwegii** – król Norwegii, **Paleolog z Bizancjum**, **Amagano-Mikoto** – książę japoński, **Didymus z Aleksandrii** – teolog chrześcijański, znawca Starego i Nowego Testamentu, **Mikołaj Sannderson** – angielski profesor matematyki, **Franciszek Huber** – polski aktor teatralny i filmowy, **Taha Husajn** – arabski pisarz i uczony,

**Stanisław Bukowiecki** – polski adwokat, ekonomista, publicysta, działacz polityczny i społeczny, **Michał Kaziów** – polski pisarz i publicysta, dziennikarz radiowy, **Jerzy Szczygieł** – polski pisarz, **Andrzej Bartyński** – polski poeta, **Jan Grabowski** – pedagog, pisarz, znawca sztuki, autor podręczników geometrii, **Stanisław Leon Wachowiak** – polski ekonomista i polityk, działacz gospodarczy, **Napoleon Mitraszewski** – polski prozaik, pedagog oraz animator, **Zbigniew Przyrowski** – polski dziennikarz, popularyzator tematyki naukowo-technicznej, **Takehashi Takeshi** – japoński pianista, **Ray Charles** – amerykański wokalista, muzyk i pianista, **Steve Wander** – amerykański wokalista popowy, kompozytor, **Andrea Bocelli** – śpiewak klasyczny (tenor), kompozytor i producent muzyczny, **Mieczysław Kosz** – polski pianista i kompozytor jazzowy, **David Blunkett** – poseł w parlamencie, **Ray Charles** – amerykański piosenkarz i kompozytor, **Eduard Degas** – francuski malarz, **Henry Fawcett** – niewidomy polityk, **Helen Keller** – amerykańska pisarka i filantropka, **John Milton** – angielski poeta, **Claude Monet** – francuski malarz, **Horatio Nelson** – brytyjski admirał [57].

## Głuchota

Badania przeprowadzone przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, badania epidemiologiczne, kłopoty ze słuchem ma co trzeci dorosły Polak. Według badań problem niedosłuchu (głuchoty starczej) dotyczy ponad 20 proc. mieszkańców naszego globu, który skończyli 55. rok życia, około 25 proc. ludzi w wieku ponad 65 lat oraz 33 proc. tych, którzy skończyli 75. rok życia. Statystycznie częściej dotyka mężczyzn niż kobiet [58]. **Głuchota** to niezdolność ucha do odbierania fal dźwiękowych i przetwarzania ich na impulsy nerwowe. Jak to bywa w przypadku innych, może ona mieć charakter dziedziczny, rozwijać się jako wada wrodzona, powstawać w okresie okołoporodowym lub być nabyta później. Można określić ją jako dziedziczną, jeśli występuje również u innych członków tej samej rodziny [58].

Wielu sławnych ludzi zmagало się lub zmagა z powyższym problemem, w tym między innymi: **Lotte Romer** – znana w Skandynawii śpiewaczka estradowa, **Franciszek Pieczka** – aktor, **Ludwik van Beethoven** – kompozytor, **Cyprian Kamil Norwid** – polski poeta, dramatopisarz, prozaik, artysta plastyk, **Marlee Matlin** – aktorka, zdobywczyni Oscara, **Edison Thomas Alva** – amerykański wynalazca, **Tamika Catchings** – światowej sławy gwiazda koszykówki [59, 60].

## Podsumowanie

W Stanach Zjednoczonych i w Europie Zachodniej wielu znanych ludzi przyznaje się do zmagania z poważną chorobą, mówiąc o swoich lękach, obawach, problemach, z jakimi zmagają się na co dzień. Jest to nawet wykorzystywane, jako jeden z bardzo istotnych elementów profilaktyki zdrowotnej, w podnoszeniu innych chorych na duchu, w uświadamianiu im, że z chorobą też można odnosić sukcesy, być idolem, wzorem do naśladowania. W Polsce tylko nieliczni mają odwagę powiedzieć o swoich przeżyciach i wspierać w ten sposób zdesperowanych chorych, a ich wypowiedzi stanowią sensację na pierwsze strony niektórych gazet.

Amerykańska pisarka, eseistka, Susan Sontag napisała kiedyś: „Mit choroby jest czasem gorszy od samej choroby”.

Ktoś, kiedyś napisał: „To, że ktoś jest niewidomy nie zawsze oznacza, że kompletnie nic nie widzi! To, że ktoś jest niepełnosprawny nie oznacza, że jest głupi! To, że ktoś jest niesłyszący nie oznacza, że jest głuchy jak pień! To, że ktoś jest niepełnosprawny intelektualnie nie umniejsza jego godności! To, że ktoś jeździ na wózku nie oznacza, że jest nieporadny życiowo!”

Choroba może się więc stać wyzwaniem, które ma nauczyć odkrywania własnych sił zdrowienia, wiary w swoje możliwości. Bowiem, jak radzi pacjentom z SM Wojciechowska „Nigdy nie trać nadziei. Z wypracowanej drogi do zdrowia nigdy nie pozwól się zepchnąć” [61].

## Piśmiennictwo

1. Kraszewska-Orzechowska A.: Problemy somatyzacji w przebiegu depresji i jej wpływ na zachowania się osób dorosłych. *Annales UMCS Sectio J*, 2007, 20, 151–162.
2. Portal Muzyka Mistrzów w Internecie; dostępne na: <http://www.mozart.toya.net.pl/>, data pobrania 16.02.2009.
3. Heszen-Klemens I.: *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 1983, 1–156.
4. <http://www.zdrowie.med.pl/parkinson/zycie/rola.html>, data pobrania 16.02.2009.
5. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Sawant>, data pobrania 16.02.2009.
6. Darold A. Treffert, Gregory L. Wallace; tł. z ang. Krzysztof Kwaśniewicz: *Wyspy geniuszu*, Świat Nauki. 2002, 8, 56–65.
7. Steciwko A., Siejko E.: wielcy twórcy i ich choroby, *Przew. Lek*, 2009, 11–13.



8. Treffert D. A., Wallace G. L. Islands of genius. Artistic brilliance and a dazzling memory can sometimes accompany autism and other developmental disorders. *Sci Am* 2002; 286: 76–85.
9. Gracz J. Geniusz czy szaleniec? Dlaczego niektórzy potrafią więcej niż inni. *Wróżka* 2008, 6.
10. <http://www.newscientist.com/>, data pobrania 16.02.2009.
11. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Synestezja>, data pobrania 16.02.2009.
12. <http://synestezja.pl/>, data pobrania 16.02.2009.
13. Bodych R.: Zespół Aspergera, a autyzm wczesnodziecięcy: <http://www.psychologia.net.pl/artykul.php?level=255>, data pobrania 16.02.2009.
14. <http://www.dzieci.org.pl/pap/nauka/2004011019.html>, data pobrania 16.02.2009.
15. <http://www.dwgm.pl/znani%20aspie.htm>, data pobrania 16.02.2009.
16. Hallowell E., Ratey J.: *W świecie ADHD. Nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami uwagi u dzieci i dorosłych*. Media Rodzina, Poznań, 2004, 1–350.
17. [http://bez-recepty.pgf.com.pl/index.php?co=artyk&id\\_artyk=1289](http://bez-recepty.pgf.com.pl/index.php?co=artyk&id_artyk=1289), data pobrania 16.02.2009.
18. <http://www.zgapa.pl/zgapedia/Schizofrenia.html>, data pobrania 16.02.2009.
19. [http://www.zgapa.pl/zgapedia/Wacław\\_Niżyński.html](http://www.zgapa.pl/zgapedia/Wacław_Niżyński.html), data pobrania 16.02.2009.
20. [http://www.zgapa.pl/zgapedia/Edmund\\_Monsiel.html](http://www.zgapa.pl/zgapedia/Edmund_Monsiel.html), data pobrania 16.02.2009.
21. <http://pl.walorska.net/index.php?/archives/12-Pikny-umys-John-Forbes-Nash.html>.
22. [http://pl.wikipedia.org/wiki/23\\_\(liczba\)](http://pl.wikipedia.org/wiki/23_(liczba)), data pobrania 16.02.2009.
23. Kossobudzka M.: Choroby, które zrodziły mistrzów. *Duży Format*, 2007, 43 (dodatek do *Gazety Wyborczej* nr 264, wydanie warszawskie z dnia 12/11/2007, s. 9).
24. Chyłkiewicz J. Szaleństwo i geniusz. *Newsweek Polska Nauka* 2008; 19: 62.
25. [http://nonsensopedia.wikia.com/wiki/Fryderyk\\_Nietzsche](http://nonsensopedia.wikia.com/wiki/Fryderyk_Nietzsche), data pobrania 16.02.2009.
26. <http://online.synapsis.pl/Choroba-afektywna-dwubiegunowa-ChAD-podstawowe-informacje/>, data pobrania 16.02.2009.
27. <http://chad.mam-efke.pl>, data pobrania 16.02.2009.
28. de Rijk M. C., Launer L. J., Berger K. et al. Prevalence of Parkinson's disease in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology*, 2000, 54, S21–S23.
29. Koller W. C., O'Hara R., Weiner W. et al. Relationship of aging to Parkinson's disease. *Adv Neurol*, 1987, 45, 317–321.

30. Twelves D., Perkins K. S., Counsell C. Systematic review of incidence studies of Parkinson's disease. *Mov. Disord.*, 2003, 18, 19–31.
31. Marioka S., Sakata K., Yoshida S. et al. Incidence of Parkinson's disease in Wakayama, Japan. *J Epidemiol* 2002, 12, 403–407.
32. Friedman A. *Epidemiologia*. [W:] Friedman A., red. *Choroba Parkinsona, mechanizmy, rozpoznawanie, leczenie*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2005, 1–5.
33. Kuran W.; *Żyję z chorobą Parkinsona*, PZWL, Warszawa, 2005, 1–144.
34. liverpoolfc.tv
35. Woźniak O.: *Sława Leczy, Przekrój*, 2008, 14.
36. Nowakowski W.: Dokąd idziesz Parkinsonie, czyli co dalej ze stowarzyszeniami, <http://www.parkinson.sos.pl/index.php?pid=3&id=64&fpid=10>.
37. Magierski R., Kłoszewska I., Sowbów T.: Farmakoterapia otępienia w chorobie Alzheimer'a i otępienia mieszanego w chorobie Alzheimer'a, *Aktualn. Neurol.*, 2004, 4, 171–179.
38. <http://www.alzheimer.pl/pl>, data pobrania 16.02.2009.
39. Telegraph.co.uk.
40. <http://film.interia.pl/wiadomosci/film/news/cierpi-na-chorobe-alzheimera,1230027>, data pobrania 16.02.2009.
41. <http://film.wp.pl/id,68642,title,Elizabeth-Taylor-chora-na-Alzheimera,wiadomosc.html?ticaid=18f0b>, data pobrania 16.02.2009.
42. [http://miasta.gazeta.pl/bialystok/1,78942,6192222,Nora\\_Ney\\_\\_\\_Pierwsze\\_Nogi\\_Drugiej\\_RP.html](http://miasta.gazeta.pl/bialystok/1,78942,6192222,Nora_Ney___Pierwsze_Nogi_Drugiej_RP.html), data pobrania 16.02.2009.
43. Cockerell O. C., Shorvon S. D. *Epilepsy current concepts*. Current Medical Literature, London, 1996, 55–67.
44. Hodor J.: Stygmatyzacja chorych na padaczkę, *Postępy w medycynie*, 2002, 1, 72.
45. <http://www.depresja.net.pl/>, data pobrania 16.02.2009.
46. Rymaszewska J., Adamowski T., Pawłowski T., Kiejna T.: Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych. Przegląd ważniejszych badań epidemiologicznych, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2005, 14, 195–200.
47. Supranowicz M.: Sygnały – depresja w Polsce i na świecie, *Wiedza i Życie*, 2001, 11, <http://archiwum.wiz.pl/2001/01111100.asp>, data pobrania 16.02.2009.
48. <http://www.psychologia.net.pl/arttykul.php?level=374>, data pobrania 16.02.2009.
49. [http://www.ccel.pl/var/media/file/cukrzyca\\_choroba\\_XXI-wieku.pdf](http://www.ccel.pl/var/media/file/cukrzyca_choroba_XXI-wieku.pdf), data pobrania 16.02.2009.
50. <http://www.mojacukrzyca.org/?a=text&id=159>, data pobrania 16.02.2009.
51. [www.cukrzyca.akcjasos.pl](http://www.cukrzyca.akcjasos.pl).
52. Reber A. S.: *Dictionary of Psychology*. Penguin Books, London 1985.

53. Dharim P.: Neofobie i ksenofobie – obawy przed nowym i innymi, [http://www.eioba.pl/a77088/neofobie\\_i\\_ksenofobie\\_obawy\\_i\\_leki\\_przed\\_nowym\\_i\\_innymi](http://www.eioba.pl/a77088/neofobie_i_ksenofobie_obawy_i_leki_przed_nowym_i_innymi).
54. Rybakowski J.: Współczesne poglądy na patogenezę i leczenie zaburzeń lękowych, *Przew. Lek.*, 2002, 4, 22–32.
55. <http://www.medserwis.pl/?p=4097,209,10>, data pobrania 16.02.2009.
56. <http://bez-slow.pl/wzrok/pojecie-niewidomy.html>, data pobrania 16.02.2009.
57. <http://pedagogikaspecjalna.tripod.com/notes/famousblindpeopleRNIB.html>, data pobrania 16.02.2009.
58. Papiernik J.: Niedosłuch – głuchota starcza, *Senior.pl*.
59. [www.marleonline.com](http://www.marleonline.com).
60. [http://www.paryz.freehost.pl/slowne\\_osoby.html](http://www.paryz.freehost.pl/slowne_osoby.html), data pobrania 16.02.2009.
61. Pachecka R.: Życ mimo wszystko, *Zielony Ocean*, Nr 2 specjalny, [www.zielonyocean.pl](http://www.zielonyocean.pl).



Małgorzata Sacharko<sup>1</sup>

## Jestem taki sam – nie umarłem

Temat konferencji niejako sam nasuwa w moim przypadku refleksje natury mistycznej. Nieustannie naszej odwiecznej egzystencji towarzyszy fakt śmierci. W dobie nieokiełznanego postępu cywilizacji zaskakują nas, wstrząsają choroby właśnie owej cywilizacji, katastrofy, siły przyrody wreszcie. Jak w tym wszystkim się mamy nie pogubić, nie zatracić człowieczeństwa, a co najważniejsze, wiary, nadziei i miłości?

Jestem matką autystycznego 18-letniego Przemysława. Każdy nasz wspólnie przeżyty dzień jest wielkim darem. Każdy następny jest wielką niewiadomą. Każdego dnia doświadczamy ogromu ludzkiego serca, a jednocześnie jakże bolesnych skutków ludzkiego odtrącenia, marginalizacji, napiętnowania począwszy od instytucji deklarujących wsparcie, kończąc na indywidualnym przechodniu.

Wszelkie ustawy, rozporządzenia zawierające w swojej deklaracji pełne uczestnictwo osób niepełnosprawnych w życiu społecznym, śmiem twierdzić, temu zaprzeczają. Ubiegając się np. o dofinansowanie pomocy rehabilitacyjnych autystycznemu synowi zmuszeni jesteśmy przedkładać i wypełniać szereg absurdalnych dokumentów, które po pierwsze pochłaniają niepotrzebny czas, po wtóre – spychają człowieka niepełnosprawnego do szeregu osób ubezwłasnowolnionych, przykłady: uzasadnić, po co kupuję telefon komórkowy i do czego będę go wykorzystywać, do czego osobie niewidomej potrzebny jest tester do odczytu kolorów, komputer z synteizatorem mowy? Czy osoba zdrowa zakupując jakikolwiek sprzęt musi to uzasadniać? Czy nie wystarczy wyłącznie orzeczenie stanowiące o rodzaju i stopniu niepełnosprawności? Proszę mi uwierzyć, aby pokonać te procedury, zdrowie takiego człowieka z pewnością nie ulegnie poprawie, a wręcz przeciwnie.

---

<sup>1</sup> Matka 18-letniego autysty

Reprezentując poglądy oraz propozycje innych rodziców i swoje uważamy, iż osoby pracujące w PFRON, MOPR, PCPR i innych pokrewnych instytucjach zamiast wypełniać stopy zbędnych arkuszy, mogłyby przekwalifikowując się, pracować w charakterze trenerów pośredników osób niepełnosprawnych pomiędzy domem i placówkami edukacyjnymi, w miejscach pracy, gdzie to człowiek dotknięty doświadczeniami potrzebuje mniej lub więcej czasu na zaadaptowanie się w nowym środowisku, odnalezienie swego miejsca. Wówczas funkcje wymienionych przeze mnie instytucji miałyby rzeczywiste odniesienie w egzystencji osób niepełnosprawnych.

Następnym problemem jest przyznawanie dotacji na turnusy rehabilitacyjne i na wszelką rehabilitację. Najczęściej tak jest, iż to matka z dzieckiem uczestniczy w tych zabiegach, natomiast reszta rodziny, mówiąc kolokwialnie, spychana jest na plan dalszy. W konsekwencji następuje oziębienie relacji lub w ogóle rozłam w rodzinie. Podsumowując pokrótce opisaną instytucjonalną sferę „uśmiercania” tych osób uważamy, iż fundusze powinny być ustawowo skierowane do niepełnosprawnych w takiej wysokości – idąc za pozytywnymi przykładami innych państw – by człowiek dotknięty jakąkolwiek niepełnosprawnością mógł sam lub z rodziną dokonywać wyboru potrzebnego sprzętu, a nie urzędnik lub wspólnie z najbliższą rodziną korzystać z odpowiedniej rehabilitacji.

Bardziej smutnym doświadczeniem jest marginalizacja społeczna w życiu codziennym. Od momentu przyjścia na świat dziecka dotkniętego chorobą pojawia się współczucie, a następnie po ustaleniu diagnozy część społeczeństwa taką jednostkę skazuje na izolację – śmierć społeczną. Bardzo szumnie i głośno mówi się o tolerancji, ale gdy chodzimy z naszym synem na koncerty do filharmonii, do teatru, do kina to pomimo, iż zachowuje się podobnie jak osoby mające kłopoty z gardłem, zagrożono mi pewnego razu, że zostanie wezwana straż porządkowa do usunięcia z koncertu. Chciałabym zapytać, gdzie ma czerpać pozytywne wzorce zachowań i czy nie jest takim samym obywatelem, że nie ma prawa siedzieć na sali obok wrażliwej „kulturalnej melomanki”? To jest właśnie urywek codzienności. Myślę, że nie do końca jesteśmy gotowi na obecność takich osób w naszym życiu. Akceptujemy to tylko przy wielkich akcjach, jak się wydaje. Dostrzegamy problem wówczas, gdy dotyka nas osobiście

Osoby autystyczne w ogólnej opinii u mniej lub bardziej zorientowanego człowieka uważane są za ludzi zamkniętych, egzystujących w swoim

odrębnym świecie. Takie stanowisko prezentują również niektórzy pedagodzy, lekarze, a także media. Jest to stereotyp nie do każdego przystający i w dużej mierze krzywdzący.

Autysta dużo głębiej czuje ten świat, nasze nastroje, emocje. Całą głębią swego człowieczeństwa próbuje się w niego wpasować, sprostać wymaganiom mu stawianym. Każdego dnia usilnie walczy o to, by być zrozumianym, zaakceptowanym. Cierpienie towarzyszące tej sferze życia dopiero można po części poczuć, gdy się z takim człowiekiem obcuje. Ale poczuć też można nieopisaną radość z najdrobniejszego sukcesu, osiągnięcia, bycia z drugim człowiekiem. Czy to nie jest jeden i ten sam świat?

My, rodzice, skazani wyłącznie na siebie, często bez żadnych doświadczeń nie potrafilibyśmy pomóc sobie i dotkniętemu chorobą dziecku. Na naszej drodze spotykamy wielu wrażliwych ludzi dobrej woli wspierających nas duchowo, merytorycznie i finansowo.

Co prawda jestem matką i na pewno nasze relacje nacechowane są wielką dozą emocji, ale jeżeli ktoś pragnie zobaczyć miłość Bożą, niech spojrzy w oczy naszego syna, kiedy jest radosny. Zapraszam.





Agnieszka Kułak<sup>1</sup>, Wojciech Kułak<sup>2</sup>, Piotr Kułak<sup>1</sup>,  
Bernadetta Blecharczyk<sup>1</sup>, Łukasz Bienias<sup>1</sup>

## Rola wsparcia w funkcjonowaniu chorego niepełnosprawnego i jego rodziny

*...stało się moralnym i społecznym obowiązkiem przy-  
czyniać się do zbiorowego poczucia szczęścia, unikając  
wszystkiego, co mogłoby wywołać uczucie smutku...*

Filip Aries

W funkcjonowaniu człowieka można wyróżnić kilka sfer. Do podstawowych należą: sfera cielesna (dotycząca uwarunkowań biologicznych, a w której większość zachodzących tu reakcji ma charakter odruchowy, popędowy; świadoma ich kontrola jest ograniczona), psychiczna (dotycząca intelektu, emocji, relacji z otaczającym światem – w tym z innymi ludźmi; w dużym stopniu podlegająca świadomej kontroli, jednak niektóre aspekty życia psychicznego mogą pozostawać nieuświadomiane) oraz duchowa (dotycząca uczuć wyższych, doznań estetycznych i religijnych; rozwój tej sfery wymaga świadomego i systematycznego zaangażowania człowieka; potrzeby duchowe stanowią najwyższy szczebel na drabinie potrzeb i są realizowane dopiero wówczas, gdy zaspokojone są potrzeby podstawowe) [1].

Na stan zdrowia ma także wpływ wiele niezależnych czynników, takich jak: uwarunkowania genetyczne, środowisko życia i pracy oraz styl życia, zachowanie [1].

Istnieje wiele definicji zdrowia. Zdrowie można pojmować m.in. jako: brak objawów choroby i cierpienia, dobrostan biopsychospołeczny lub proces. Zdrowie jako proces ujmowane jest przez Antonovsky'ego [2].

---

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>2</sup> Klinika Rehabilitacji Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

W tym ujęciu zdrowie to kraniec pewnej linii ciągłej (*kontinuum*), którego drugim krańcem jest choroba [cyt za 3].

Przy określaniu możliwości utrzymania zdrowia lub powrotu do niego, istotne jest określenie postaw wobec zdrowia i choroby, przejawianych przez społeczeństwo, osoby zaangażowane w pomaganie, kształcenie, leczenie oraz przez samą osobę chorującą.

Bąk-Sosnowska wyróżnia kilka sposobów, w jaki ludzie reagują na niepomyślną diagnozę, chorobę: zaprzeczanie – nieprzyjmowanie do wiadomości, czyli wypieranie diagnozy; człowiek zachowuje się tak, jakby był zupełnie zdrowy i lekceważy objawy, pomniejszanie – przyjęcie diagnozy do wiadomości, ale minimalizowaniu jej; znajdowanie racjonalnego wytłumaczenia dla pojawiających się objawów, wyolbrzymienie – nadmierna koncentracja na objawach i znaczna przesada w ich opisywaniu; myślenie katastroficzne, pesymistyczna wizja przyszłości niezależnie od faktycznej powagi sytuacji oraz przyjęcie diagnozy – zaakceptowanie obiektywnego stanu rzeczy; dostrzeganie zarówno negatywnych aspektów sytuacji, jak i możliwości, które można wykorzystać [4].

Za najkorzystniejszą, najbardziej dojrzałą reakcją na diagnozę lekarską jest jej zaakceptowanie i zmobilizowanie swoich sił, aby współpracować z personelem medycznym i wykorzystać wszystkie możliwe metody leczenia. Bez wątpienia każda choroba wywiera mniejszy lub mniejszy wpływ na funkcjonowanie chorego, obejmując nie tylko obszar funkcjonowania fizycznego, ale także jego myśli, emocje i zachowania.

W opinii Aronsona i wsp. postawy to względnie trwałe oceny ludzi, obiektów lub pojęć, które zawsze mają komponenty: emocjonalny, poznawczy i behawioralny [5]. Oznacza to, że człowiek ma pewne przekonania dotyczące zdrowia i choroby, związane z tym emocje (np.: smutek, lęk, wstręt), co wiąże się z określonymi zachowaniami (np.: odrzucenie, izolacja, nadopiekuńczość, akceptacja) [5]. Wśród postaw dotyczących zdrowia i choroby wyróżnia się postawy człowieka wobec własnego doświadczenia zdrowia lub choroby oraz postawy innych ludzi w stosunku do niego i jego stanu zdrowia [5]. Od postaw innych wobec nas zależy także nasz stosunek do siebie samych, własnych możliwości. Postawy mogą wzmacniać lub osłabiać odporność człowieka – zarówno w procesach zdrowia, jak i stanach chorobowych [5].

Kondaš postawy chorego wobec własnej choroby dzieli na: bagatelizującą, odrzucającą, lękową, hipochondryczną, patologiczną chęć chorowania, roszczeniową, realistyczną [cyt. za 6]. Makselon wymienia trzy rodzaje postaw: akceptującą, iluzoryczną i nadziei. Postawa nadziei jest

dyspozycją do długotrwałego wysiłku w przezwyciężaniu choroby, mobilizuje do aktywności [cyt. za 6].

Postawy społeczeństwa wobec osób niepełnosprawnych, chorujących są zróżnicowane. Można wyróżnić postawy zdecydowanie negatywne, izolacyjne. Osoby przejawiające takie postawy mają minimalną wiedzę o osobach niepełnosprawnych i błędne przekonania. W ich przekonaniu osoba taka ma liczne ograniczenia w sprawności fizycznej i umysłowej, jest niesamodzielna, nieproduktywna i stanowi ciężar dla innych. Osoby prezentujące postawę negatywną często unikają kontaktów z niepełnosprawnymi. Ludzie przejawiający postawę tolerancji spostrzegają niepełnosprawność jako pewien fakt społeczny. W ich opinii osoba niepełnosprawna może być, w miarę swych możliwości, pożyteczna dla rodziny i otoczenia, mieć szansę na pomyślne ułożenie sobie życia osobistego i zawodowego. Taki obraz osób niepełnosprawnych niesie ze sobą otwartość na innych i dążenie do integracji. Zachowanie wobec osób chorych, niepełnosprawnych uwarunkowane jest emocjami oraz aspektem poznawczym, przekonaniem. Jeśli ludzie przekonani są o tym, że o niepełnosprawności człowieka decyduje jedynie dysfunkcjonalność jego organizmu, traktują niepełnosprawnych jak bezradne ofiary losu. W takiej sytuacji osoby niepełnosprawne traktują własną dysfunkcję jako źródło wszelkich trudności życiowych. Przyjęcie innego założenia, że trudności człowieka będą niepełnosprawnością na tyle, na ile osoba chorująca i specjaliści będą w stanie ograniczyć dysfunkcjonalność, prowadzi do zmiany negatywnych postaw. Zmiany postaw dotyczą m.in. zachowań ludzi w zakresie podejmowania działań rehabilitacyjnych i rewalidacyjnych [2].

W opinii Kiecolt-Glaser i Glaser, od jakości relacji interpersonalnych w otoczeniu chorego zależy ich wpływ na psychiczny dobrostan człowieka, a co za tym idzie na funkcjonowanie układu odpornościowego [7]. Istotne jest, by chory miał wsparcie, a sieć wsparcia obejmująca daną osobę wcale nie musi być rozległa. Może ją tworzyć jedna lub kilka najbliższych choremu osób [7].

Choroba i długotrwały okres leczenia zaburzają normalne funkcjonowanie pacjenta oraz powodują częściowe, tymczasowe lub stałe wyłączenie go z pełnionych ról społecznych i rezygnację z niektórych form aktywności, głównie pracy zawodowej, ale także i życia rodzinnego [8, 9]. Chory musi pogodzić się z przejściowym lub, w skrajnych przypadkach, stałym ograniczeniem sprawności, a co za tym idzie – z potrzebą pomocy i opieki. Właśnie w takich sytuacjach szczególnie ważna jest dostępność

i trafność wsparcia społecznego, szczególnie pochodzącego od najbliższych osób [8, 9].

Emocje, jakie wywołuje choroba w największym stopniu zależą od znaczenia, jakie osoba, która zachorowała, nadaje samej chorobie [1]. Znaczenia te mogą być następujące: choroba jako przeszkoda – staje na drodze do osiągnięcia celu, jako strata – choroba przyczynia się do fizycznych albo niematerialnych ubytków, jako ulga – powoduje ulgę, ponieważ zastępuje coś znacznie gorszego, co wyobraził sobie chory lub co miało miejsce w jego otoczeniu, jako korzyść – wiąże się z materialnymi (np. możliwość wykonania wszechstronnych badań diagnostycznych, renta) albo niematerialnymi profitami (np. większe zainteresowanie ze strony bliskich, możliwość okazywania własnych emocji) lub jako wartość – choroba i cierpienie stanowią dla wielu osób wartość samą w sobie, przyczyniając się do nabrania korzystnego dystansu wobec rzeczywistości, wzmacniania charakteru czy rozbudzenia uczuć religijnych [1].

Pojawienie się choroby jednego z członków rodziny powoduje zaburzenie całego systemu jej funkcjonowania, konieczność przeorganizowania struktury rodziny, w której każda osoba ma swoją pozycję, miejsce i rolę [10]. De Walden-Galuszko podkreśla, aby nie odbierać choremu całkowicie udziału w życiu rodzinnym, czy też w podejmowaniu ważnych decyzji, a pacjent, w miarę sił i możliwości, powinien uczestniczyć w różnych wydarzeniach, aby nie czuł się niepotrzebny i wykluczony z grona rodzinnego [10].

Choroba w rodzinie sprawia, że wszyscy jej członkowie muszą przystosować się do wielu trudności, związanych z objawami choroby u jednego z nich, np. ze zmianą zachowań chorego, jego rozkładu dnia, ograniczeniami w zdolności do pracy, zmianą jej charakteru, zanikiem lub częściowym ograniczeniem aktywnego współuczestniczenia w życiu rodziny, z rezygnacją z planowanych zajęć czy wyjazdów, utratą bliskości w małżeństwie, być może pojawieniem się konfliktów w rodzinie, czy zaburzeniami we wzajemnej komunikacji [10].

Jednym z takich problemów jest pojawienie się niepełnosprawności. Każdy człowiek, w momencie pojawienia się w jego życiu niepełnosprawności, jako nieodwracalnego faktu, musi zaadaptować się do zaistniałej sytuacji i nie tylko posiąść nowe umiejętności, poznać własne ograniczenia oraz możliwości, ale także metody i środki zmniejszania skutków niesprawności. W przypadku osoby niepełnosprawnej oznacza to nie rzadko długotrwały proces rehabilitacji, edukacji, adaptacji zawodowej i społecznej. Szacuje się, iż osoby niepełnosprawne stanowią około 10%

społeczeństwa Unii Europejskiej co oznacza, że we wszystkich krajach Wspólnoty żyje blisko 37 mln niepełnosprawnych [11]. Po przyjęciu do UE nowych państw członkowskich, w tym Polski, liczba ta zwiększyła się do 50 mln [11].

Według danych uzyskanych przez CBOS, blisko co szósty respondent stwierdził, że w swoim otoczeniu nie stykał się z inwalidami i nie zna żadnej osoby niepełnosprawnej. Większość ankietowanych (68%) znała takie osoby przynajmniej z widzenia, wielu także miało lub ma niepełnosprawnych wśród swoich znajomych i przyjaciół (43%) lub w rodzinie (31%). Co dziesiąty ankietowany (10%) zaliczył siebie do osób niepełnosprawnych [12].

W krajach Unii Europejskiej funkcjonuje następująca definicja osoby niepełnosprawnej: *Jest to osoba, która na skutek urazu, choroby lub wady wrodzonej ma poważne trudności albo nie jest zdolna wykonywać czynności, które osoba w tym samym wieku zazwyczaj jest zdolna wykonywać* [13]. Jabłońska-Chmielewska wyróżnia: **niepełnosprawność o podstawach biologiczno-medycznych**, w której zawarte są zaburzenia funkcji fizjologicznych, anatomicznych i często psychicznych, a jej przyczyną mogą być zaburzenia genetyczne lub w rozwoju płodu podczas (wczesnej) ciąży, ale najczęściej rozwijająca się jako niepełnosprawność nabyta, pochorobowa, powypadkowa lub po działaniu szkodliwości środowiskowych (promieniowanie, zatrucia chemiczne, ciężkie przeżycia i in.) oraz **niepełnosprawność środowiskowo-społeczna** – zależną od dysfunkcji biologicznych, związaną z niemożnością wykonywania zawodu, z małą przydatnością rodzinie, społeczeństwu oraz koniecznością korzystania z pomocy osób najbliższych, a także państwa [14].

Karwat dzieli potrzeby osób niepełnosprawnych na dwie grupy: potrzeby medyczne, lekarskie i pielęgniarские, które są związane z leczeniem następujących chorób: układu krążenia (u ponad 60% osób niepełnosprawnych), układu mięśniowo-kostno-stawowego i tkanki łącznej (u około 50%), układu oddechowego (u około 22% osób niepełnosprawnych), a także następstw urazów i wypadków (u około 30%) oraz potrzeby socjalne i trudne do oddzielenia problemy społeczno-medyczne, związane np. z nieprzystosowywaniem mieszkań i niektórych urządzeń komunalnych do potrzeb osób niepełnosprawnych, głównie inwalidów z naruszoną dysfunkcją narządów ruchu, dużymi odległościami od ośrodków zdrowia, długim oczekiwaniem na poradę, brakiem możliwości realizacji działań rehabilitacyjnych w środowisku zamieszkania, a także informacji odnośnie możliwości niezbędnego zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

i pomoce techniczne, braku rodzinnego i społecznego zrozumienia dla odmienności problemów osób niepełnosprawnych i inne [15].

Pamiętać jednak należy, iż udział rodziny na każdym etapie przebiegu choroby, w tym niepełnosprawności, jest olbrzymi i zarazem obciążający dla jej członków [10]. Najważniejszą jednak rolą rodziny, jak podkreśla de Walden-Gałuszko, jest wspieranie emocjonalne pacjenta w czasie trwania choroby, a w szczególności w trudnych momentach chorowania [10]. Bardzo ważne jest motywowanie pacjenta do leczenia i walki z chorobą, niedopuszczanie do powstania trudnych momentów podczas leczenia, kiedy chory chce się poddać i zaprzestać uciążliwego leczenia [10].

Szczególnego znaczenia nabiera wsparcie rodziny w przypadku, gdy medycyna tradycyjna nie jest w stanie pomóc i rozpoczyna się faza terminalna choroby. W opinii de Walden-Gałuszko, jest to bardzo trudny moment chorowania: „nadzieja znika lub prawie znika, pojawia się żal, smutek, przygnębienie, czasem poczucie porażki – tyle zrobiliśmy i wszystko na nic, tak bardzo się staraliśmy” [10].

Do końca XIX wieku ludzie umierali wśród bliskich, w domach. Żegnali się z rodziną, dawali ostatnie rady, porządkowali swoje sprawy rodzinne, zawodowe, osobiste [16]. Wiek XX przyniósł zmiany w modelu rodziny, a tym samym sprawił, że śmierć stała się bardziej wstydliva i oddzielona od rodziny, a jej głównym miejscem, niestety, stał się szpital [16]. Opieka nad człowiekiem umierającym może być dla osób najbliższych, choćby najbardziej oddanych, zadaniem ponad siły [16]. W obliczu takiej sytuacji pojawia się kryzys emocjonalny. Brakuje sił fizycznych, by zajmować się chorym przez 24 godziny na dobę. Rodzina czuje się bezradna i osamotniona, przeżywa lęki, obawia się, że może coś zaniedbać, wyrządzić krzywdę, zadać niepotrzebny ból [16]. Główną przyczyną tego lęku jest brak wiedzy i umiejętności. W tej sytuacji ważne jest nie tylko fizyczne, ale również emocjonalne wsparcie dla całej rodziny, nie wyłączając dzieci [16]. Ta profesjonalna pomoc to m.in. edukacja ze strony pielęgniarki, która uczy karmienia, wykonywania toalety, profilaktyki odleżyn, podawania leków, a także czegoś o czym nie można zapomnieć – słuchania i rozmawiania z tymi, którzy od nas odchodzą, uświadamianie rodzinie, iż czas umierania nie powinien być dla nich okresem straconym, bo jest to niepowtarzalna szansa do nawiązania kontaktu z chorym [16].

Modelem, który sprawnie uporządkuje wiedzę na temat pożądanых zachowań osób bliskich z chorobami przewlekłymi, może być model opieki nad pacjentem przewlekle chorym – Medalie [17]. Zakłada on,

iż rodzina chorego ma do wykonania szereg zadań, które powinny mu pomóc w przystosowaniu się do sytuacji choroby, przewycięzeniu jej skutków [17]. Do zadań tych należy: wspieranie emocjonalne chorego, adaptacja do szeregu działań leczniczych, jakie należy wykonywać, zwalczając chorobę lub jej skutki., rozumienie przez pozostałych członków rodziny istoty choroby, jaka dotknęła jednego spośród nich, a także prawdopodobnych zmian i komplikacji, jakie z niej mogą wynikać, nauka, jak zapobiegać zaostrzeniom objawów chorobowych – nawrotów, podtrzymanie i staranne kultywowanie, jak to tylko możliwe, obyczajów, świąt i rytuałów rodzinnych, w miarę możliwości z udziałem osób spoza ścisłego systemu rodzinnego, by chory nie uczuł się odrącony oraz umiejętność zaangażowania wpływów zewnętrznych wówczas, gdy jest to potrzebne i towarzysząca temu umiejętność przekształcania swojej struktury wewnętrznej [17].

Baliński wyróżnia kilka postaw wobec osób niepełnosprawnych [18]. Pierwszą z nich jest okazywanie litości „nad biednymi kalekami”, druga postawa, to pogarda dla sprawnych inaczej, objawia się przez wyśmiewanie się z niepełnosprawnych, czy wręcz agresję wobec słabszych, a trzecia związana jest z podjęciem próby zrozumienia problemów niepełnosprawnych [18].

Niepokojące są wyniki badań CBOS z 2007 roku wskazujące, iż prawie połowa ankietowanych (48%) uważała, że większość polskiego społeczeństwa źle odnosi się do osób niepełnosprawnych. Postawy wobec osób niepełnosprawnych zależą częściowo od stopnia znajomości ich problemów życiowych, co jest związane z kontaktami osobistymi z takimi osobami. W innym przypadku postawy wobec niepełnosprawnych opierają się bowiem głównie na obiegowych przekonaniach i stereotypach, a nie na własnych doświadczeniach i wiedzy [12]. Poglądy ankietowanych dotyczące tego, jak polskie społeczeństwo traktuje niepełnosprawnych, są podzielone. Prawie tyle samo osób uważało, że większość ludzi w Polsce dobrze odnosi się do niepełnosprawnych (46%), co wyrażało przeciwną opinię (47%) [12]. Zwraca jednak uwagę niewielki (3%) odsetek respondentów, którzy oceniali stosunek do inwalidów jako bardzo dobry. Pięciokrotnie więcej (15%) było osób, które uważały, że odnosimy się do osób niepełnosprawnych niewłaściwie, źle [12]. Jeszcze większą przewagę zdecydowanie negatywnych ocen naszych postaw wobec niepełnosprawnych odnotowaliśmy w sondażu z roku '93. Porównanie wyników wskazuje, że od tego czasu oceny naszego stosunku do inwalidów nieco się poprawiły: przybyło ocen pozytywnych (wzrost o 7 punktów procentowych), ubyło

negatywnych (o 5 punktów) [12]. Stosunek naszego społeczeństwa do osób niepełnosprawnych nieco lepiej niż pozostali oceniali najstarsi i najmłodsi respondenci oraz mieszkańcy wsi. Pozytywnym ocenom sprzyjała także religijność ankietowanych (mierzona częstością praktyk religijnych) oraz centrowe i prawicowe poglądy polityczne [12].

Według badań CBOS, prawie wszyscy ankietowani uważali, że przede wszystkim rodzina powinna opiekować się ludźmi niepełnosprawnymi, wspomagać ich w codziennych sprawach [12]. Niemal trzy czwarte respondentów (74%) sądziło, że opiekę powinna im zapewnić służba zdrowia, a niewiele mniejszy odsetek (71%) – że pracownicy pomocy społecznej. Ankietowani, którzy spośród występujących w kwestionariuszu możliwości wybrali odpowiedź „ktoś inny”, najczęściej wskazywali na państwo lub rząd, a następnie na różne organizacje pozarządowe, inwalidzkie, PCK, przyjaciół i znajomych osób niepełnosprawnych, społeczeństwo, poprzez samoorganizowanie się, organizacje religijne, ludzi zamożnych, bogatych [12].

Negatywne postawy i zachowanie otoczenia wobec osób niepełnosprawnych mogą powodować u nich poczucie mniejszej wartości, zgorzkniałości, przewrażliwienie, stany depresji, lęk, unikanie ludzi, agresywność itp. Negatywne relacje osób niepełnosprawnych mogą nasilać z kolei negatywne postawy i zachowania osób pełnosprawnych. I odwrotnie – pozytywne postawy i zachowania zarówno osób pełnosprawnych, jak i niepełnosprawnych wobec siebie nawzajem wywierają wpływ dodatni, tak na rozwój osobowości i możliwości osób niepełnosprawnych, na ich postawy i zachowania, jak też na kształtowanie się postaw i zachowania otoczenia wobec nich [19]. W związku z tym bardzo ważną rolę odgrywa w kontaktach z niepełnosprawnymi okazywanie im wsparcia.

Sęk i Cieślak wyróżniają wsparcie: naturalne, przez partnera życiowego, grupy przyjacielskie, rodzinę, itd. lub sformalizowane – przez grupy zawodowe, stowarzyszenia i instytucje, w tym także instytucje związane z opieką zdrowotną [20]. Pierwsze funkcjonują spontanicznie, drugie – według określonych reguł, mniej spontanicznie i rzadko na zasadzie wzajemności, a niekiedy dostęp do nich jest utrudniony, mogą też stygmatyzować [20]. Uważa się, iż jest to najpowszechniejsze oraz oczekiwane. Jednakże nie zawsze konieczne **wsparcie poznawcze (informacyjne)**, które sprzyja lepszemu zrozumieniu sytuacji i problemu, zawiera informacje zwrotne na temat skuteczności różnych działań zaradczych, sprzyja dzieleniu się własnym doświadczeniem, powstawaniu grup samopomocy oraz powoduje utrzymywanie się poczucia kontroli nad sytu-



acją i utrzymanie poczucia sprawstwa [20]. **Wsparcie instrumentalne**, to rodzaj instruktażu o konkretnych sposobach postępowania, forma modelowania skutecznych zachowań zaradczych [20]. Jest stosowane w poradnictwie zdrowotnym i psychologicznym oraz stosowane w uzasadnionych sytuacjach, na wyraźne życzenie [20]. Odgrywa ważną rolę dla osób przewlekle chorych [20]. Następnym rodzajem wsparcia – to **wsparcie rzeczowe (materialne)**: obejmujące pomoc rzeczową i finansową, bezpośrednie fizyczne działanie (karmienie, udostępnienie schronienia, itd.), działalność charytatywną, zaopatrzenie w lekarstwa i środki leczenia, działanie na rzecz osób potrzebujących [20]. Ten rodzaj wsparcia doskonale realizuje się w społeczeństwach altruistycznych [20]. **Wsparcie duchowe** odgrywa dużą rolę w sytuacjach kryzysu egzystencjalnego, terminalnych, nasyconych cierpieniem i lękiem przed śmiercią [20]. Jest udzielane przede wszystkim w hospicjach i zespołach opieki paliatywnej [20].

Istotną rolę odgrywa także **wsparcie społeczne**. Pojęcie to (*social support*) zostało sformułowane w latach 70. XX w. Spośród wielu definicji najbardziej lapidarna określa je jako: pomoc dostępną dla jednostki w sytuacjach trudnych, stresowych [cyt. za 20, cyt. za 22]. Inna definicja określa wsparcie społeczne, jako informację od innych ludzi, że jest się kochanym, godnym troski, cenionym i wartościowym oraz, że jest się częścią sieci wzajemnych zobowiązań w relacjach z rodzicami, małżonkiem, partnerem, innymi krewnymi, przyjaciółmi, w kontaktach ze społecznością, kościołem, klubem, a nawet ulubionym zwierzęciem [20, 22].

Kolejnym rodzajem wsparcia, to **wsparcie emocjonalne**, czyli przekazywanie emocji podtrzymujących, uspokajających, odzwierciedlających troskę, pozytywne ustosunkowanie [20]. Ma na celu opiekę, uwalnia od napięć i negatywnych uczuć, wpływa na samoocenę, daje poczucie nadziei [20]. Korzyści płynące ze wsparcia emocjonalnego są o wiele większe niż z jednej terapii medycznej. Williams i Waler-Morrison udowodnili, np. iż w wypadku poważnych chorób somatycznych, takich jak choroba wieńcowa lub rak piersi pacjenci z większym wsparciem szybciej zdrowieją i dłużej żyją [cyt. za 21]. Ochronny czynnik wsparcia odgrywa jednak pewną rolę w lżejszych chorobach somatycznych i stanach, i to tak różnych, jak infekcje górnych dróg oddechowych, czy ciąża [cyt. za 21]. Mechanizmy łączące wsparcie ze stanem zdrowia są złożone. Pacjenci, którzy mają odpowiednie wsparcie, będą łatwiej stosować się do zaleceń lekarza i obniżyć się poziom niepokoju emocjonalnego, który już sam w sobie może negatywnie wpływać na leczenie i powrót do zdrowia [cyt. za 21]. Ma ono także prawdopodobnie wpływ bezpośredni na niektóre mechani-

zmy fizjologiczne, zablokowane przez mechanizmy stresogenne powstałe w wyniku choroby [cyt. za 21].

Według badań CBOS, większość ankietowanych (69%) deklarowała gotowość, gdyby powstała taka potrzeba, niesienia pomocy osobom niepełnosprawnym mieszkającym w sąsiedztwie. Ponadto, co siedemnasty respondent (6%) już udzielał takiej pomocy [12]. Gotowość pomagania niepełnosprawnym z sąsiedztwa najrzadziej deklarowali najstarsi respondenci, w wieku 65 lat i więcej (49%), którzy mieli mniej na to sił i przypuszczalnie sami niejednokrotnie potrzebowali takiej pomocy [12]. Rzadziej gotowi byli nieść pomoc emeryci, renciści oraz osoby z wykształceniem podstawowym. Częściej natomiast gotowe byłyby pomagać kobiety, a najczęściej – najmłodszy ankietowani (w wieku od 18 do 24 lat), uczniowie i studenci, a także pracownicy fizyczno-umysłowi. Czynnikiem sprzyjającym deklarowaniu pomocy jest też religijność badanych, mierzona częstotliwością praktyk religijnych [12].

Podsumowując, wsparcie w funkcjonowaniu chorego niepełnosprawnego jest istotnym elementem jego terapii. Wpływa ono nie tylko na poprawę kondycji psychicznej i wzrost poczucia bezpieczeństwa pacjenta, ale również na poprawę jego stanu fizycznego. Jest również nieodzowne dla jego najbliższych. Pamiętać jednak należy, iż rodzina i przyjaciele, okazując wsparcie osobie chorej przewlekle, nierzadko sami oczekują, bądź potrzebują pomocy ze strony innych. Nie wolno też zapomnieć, że „[...] współczucie źle zastępuje wsparcie” (Jonatan Carroll, „Dziecko na niebie”).

## Piśmiennictwo

1. Bąk-Sosnowska M.: Zdrowie i choroba – czyli gdzie leży granica pomiędzy normą a patologią, *Poradnik Medyczny*, 2003, [http://www.poradnikmedyczny.pl/mod/archiwum/3453\\_zdrowie\\_choroba\\_gdzie.html](http://www.poradnikmedyczny.pl/mod/archiwum/3453_zdrowie_choroba_gdzie.html), data pobrania 21.10.2009.
2. Kowalik S.: Psychologiczne podstawy niepełnosprawności i rehabilitacji. [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki*, Gdańsk: GWP, 2000, t. 3, rozdz. 70, 1–936.
3. Heszen, I., Sęk, H.: *Psychologia zdrowia*. Warszawa, PWN, 2007, 1–372. [http://www.poradnikmedyczny.pl/mod/archiwum/3988\\_choroba\\_reagujemy\\_pojawienie.html](http://www.poradnikmedyczny.pl/mod/archiwum/3988_choroba_reagujemy_pojawienie.html), data pobrania 21.10.2009.
4. Bąk-Sosnowska M.: *Choroba – jak reagujemy na jej pojawienie się*, *Poradnik Medyczny*, 2003.

5. Aronson E., Wilson D. T., Akert R. M.: *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Zysk i S-ka, 1997, 1–736.
6. Popielski K.: Psychologiczne aspekty doświadczenia schorzeń reumatycznych, *Reumatologia*, 2005, 3, 160–165.
7. Kiecolt-Glaser J. K., Glaser R. Stress and immune function in humans. W: Ader R., Felten D. L., Cohen N. red. *Psychoneuroimmunology*. Academic Press, New York 1991, 849–869.
8. McArdle J. M., George W. D., McArdle C. S. i wsp. Psychological support for patients undergoing breast cancer surgery: a randomised study. *BMJ*, 1996, 312, 813–816.
9. Roberts C. S., Cox C. E., Shannon V. J., Wells N. L. A closer look at social support as a moderator of stress in breast cancer. *Health Soc. Work*, 1994, 19, 157–164.
10. De Walden-Gałuszko K. (red.): *Psychoonkologia*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej, 2000.
11. Osoby niepełnosprawne w Unii Europejskiej. Szanse i Zagrożenia: [http://www.ffm.pl/index.php?mod=4&p=1&srw=1&text=159-9\\_3](http://www.ffm.pl/index.php?mod=4&p=1&srw=1&text=159-9_3), data pobrania 21.10.2009.
12. Derczyński W.: Postawy wobec osób niepełnosprawnych. CBOS, <http://www.osrodkirehabilitacyjne.pl/artykuly/ciekaw-postawy.php>, data pobrania 21.10.2009.
13. Opiola D.: Standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych. Podstawowe założenia. [www.republika.pl/forestap/mainniepelnosprawni.htm](http://www.republika.pl/forestap/mainniepelnosprawni.htm), data pobrania 21.10.2009.
14. Jabłońska-Chmielewska: Funkcjonowanie osób niepełnosprawnych w gospodarstwie domowym w świetle badań ankietowych w Województwie Lubelskim w 2002 roku [w:] L. Niebrój, M. Kosińska, *Rodzina: edukacja zdrowotna i rehabilitacja*, Eukrasia, vol. 3, Wyd. ŚAM, Katowice, 2003, 123–127.
15. Karwat I. D.: Epidemiologia niepełnosprawności oraz wybrane problemy medyczne i społeczne osób z niepełną sprawnością. [w:] *Epidemiologia dla lekarzy i studentów*, pod red. L. Jabłońskiego, Wydawnictwo Folium, Lublin 1999.
16. Bielawska A., Pyszczorska M., Jędrasiak-Figna L., Walkowiak I., Baczyk G.: Wsparcie w cierpieniu – pacjent umierający i jego rodzina. *Pieleg. Pol.*, 2007, 2/3, 136–139.
17. Medalie J. H. The patient and family adjustment to chronic disease in the home. *Disability and Rehabilitation*, 1997, 19, 163–170.
18. Baliński K.: Ból odrzucenia, czyli o niepełnosprawności, [www.racjonalista.pl/kk.php/s,3255](http://www.racjonalista.pl/kk.php/s,3255), dat pobrania 21.01.2008.
19. Larkowa H.: Integracja społeczna widziana oczyma psychologa. [w:] *Integracja społeczna ludzi niepełnosprawnych – zadania pedagoga*, Hulek A. (red.), Wrocław, Studia pedagogiczne, 1987, 30.

20. Sęk H., Cieślak R.: Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. PWN, Warszawa 2004.
21. Salmon P.: Psychologia w medycynie. Wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2002, 1–272.
22. Piwoński J., Piotrowski R.: Poziom wsparcia społecznego i stresu a choroba niedokrwienna serca. Badanie Pol-MONICA Warszawa. Kardiol Pol, 1998, 48, 847–53.

Renata Świdarska<sup>1</sup>

## Śmierć za życia

*Nie mów mi jak bardzo mnie kochasz;  
pokaż mi to, poświęcając mi swój czas.*

Ulrich Schaffer

...Spieszmy się, spieszmy się kochać ludzi jak pouczał poeta – ksiądz Jan Twardowski. Każdy z nas ma lub miał w swoim życiu osobę, która była dla niego drogowskazem. Bardzo często nie zdawał sobie sprawy z jej istnienia, dopóki nie okazało się, że gdzieś po drodze po prostu ją zgubił.

Drogowskaz to bardzo specyficzna osoba. Potrafi się z tobą śmiać, bez zazdrości dzielić chwile radości i szczęścia. Potrafi płakać, gdy tobie nie starcza już łez. Jest zawsze gdzieś w pobliżu, czasem tuż – tuż za twoimi plecami, czasem z oddali śledzi twoje nierozważne, młodzieńcze kroki, ale zawsze jest na tyle blisko, by w razie potrzeby stanąć przy tobie. Nigdy nie każe, zawsze radzi. Ale to od ciebie zależy, w którą stronę podążysz. Niezależnie od twojej decyzji ona – z radością lub z obawą – podąży za tobą. Wybór jest w tym momencie tylko twoją decyzją.

Pozwala upadać, popełniać błędy. Wtedy natychmiast zjawia się przy tobie, podaje lekko pomarszczoną, twardą, spracowaną dłoń, pomaga wstać, bez słowa ociera łzy. Czasem jednak staje przed tobą i z tym swoim przepełnionym mądrością i dobrocią wyrazem twarzy, mówi łagodnym głosem. Mówi, byś dalej nie szedł, bo przepaść, bo cierpienia bez dna, bo ból, strach, krzywda nie do naprawienia. Ale nadal to ty dokonujesz wyboru...

Wiesz, że jesteś całkowicie bezpieczny, że wszystkie złe moce, gdyby tylko sprzysięgły się przeciw tobie zostałyby pokonane jednym mach-

---

<sup>1</sup> Szpital Ogólny w Grajewie

nięciem czarodziejskiej różdżki twego drogowskazu. Patrzysz na niego i widzisz ideał, kogoś, kim chciałbyś być w przyszłości. Owa osnuta mgiełką tajemnicy postać pokazuje Ci świat, uczy kochać i być kochanym, uczy żyć, myśleć, pokonywać samego siebie, stawiać sobie wyzwania. Twój drogowskaz powoli daje ci coraz większą swobodę. Właściwie teraz idziesz już sam, kierując się odziedziczonym kompasem. Twój drogowskaz zdecydował, że czas powoli wycofać się. Dać ci pole, miejsce. Zrobił to z własnej woli, choć było to dla niego bardzo ciężkie i trudne. ...w pewnej chwili orientujesz się, że od wielu, wielu dni – dni, które ty spędziłeś troszcząc się o siebie i inne bliskie osoby – nie widziałeś tej kruchej, przygarbionej już postaci. Przecież była na tyle silna, że o nią nie potrzebowałeś się troszczyć, ona nie potrzebowała słów twego wsparcia, twego uśmiechu, ona zawsze radziła sobie sama. Właściwie jej obecność, jej istnienie było czymś tak zupełnie naturalnym, że nie uważałeś za słuszne o to zabiegać. Ot! Było, jest i będzie. To raczej przeciwnie: ona była twoją opoką, ostoją, to ona była potrzebna do życia tobie, bo cóż ty mógłbyś jej dać? A ona? Ona niepostrzeżenie odeszła. Po prostu przestała istnieć. Gdzieś tam od zawsze czekała na Twój uśmiech, na chwilę rozmowy. Czasem odpychana, bo przecież ona poradzi sobie sama, czasem niezauważana, bo była czymś tak oczywistym, jak powietrze: zawsze i wszędzie, w każdej rzeczy którą robiłeś, w każdym kroku, który stawałeś. Żyła tymi krótkimi chwilami rozmowy, tymi przelotnymi spojrzeniami, które rzucałeś w jej stronę, czasem stała długo na mrozie dobijając się do twoich drzwi, żebrząc o jeden łyk jej życiodajnej substancji. O jeden łyk ciebie...

Każdy z nas ma lub miał w swoim życiu osobę, która była dla niego drogowskazem. Bardzo często nie zdawał sobie sprawy z jej istnienia, dopóki nie okazało się, że gdzieś po drodze po prostu ją zgubił.

Kochajcie swoje drogowskazy... Kochajcie dopóki możecie...

Każdy z nas ma rodziców... Czcij ojca swego i matkę swoją.

Dekalog – Dziesięć Przykazań Bożych, prawo i drogowskaz dla Nas Ludzi, Dzieci Boga, niosących w Sobie Jego Obraz. Zostały nam one dane, gdyż Bóg Ojciec znając słabość i ułomność ludzką przez Swoją Miłość Pragnie zbawienia każdej duszy bez wyjątku. Oprócz praw i reguł, które zostały nam dane, otrzymaliśmy jeszcze dary, którymi możemy do woli dysponować na swój indywidualny sposób, bez ograniczeń lub też inaczej – ograniczeniami jesteśmy sami w sobie. Naszym ograniczeniem lub też i nie, może być na przykład wolna wola, dar ten niejako działa w dwie strony, może czynić nas wolnymi i szczęśliwymi w szeroko pojętej Bożej

Miłości lub też może czynić zamkniętymi w ludzkim pojęciu pseudowolności. Zatrzymajmy się, zatem w naszym rozważaniu przy tym wyżej wymienionym stwierdzeniu. Dar – pojęcie stojące ponad ludzkim wyobrażeniem owego – pojęcia Daru, bo wszak, czym jest? Jest tym, co my dać drugiemu człowiekowi nie możemy, ale jesteśmy w stanie go użyć w stosunku właśnie do drugiego człowieka. Pisząc bardziej szczegółowo i biorąc pod uwagę, iż jesteśmy jedną wielką rodziną, możemy przekazać bratu, czy siostrze naszą Miłość, Dobroć, Rozum, Cierpliwość, Wytrwałość, itd. Zatem, dysponując wolną i nieograniczoną wolą, posiadając tyle pięknych darów od nas samych zależy, jaki zrobimy z tego użytek i w jaki sposób się zachowamy. Czy ulegniemy stworzonym przez nas samych i urojonym pojęć Miłości, Wolności i Szczęścia, czy też będziemy naprawdę w pełni używać Darów, stworzonych dla nas Od Boga Samego. Powiążę teraz prawo i dar – by bardziej naświetlić, kim jesteśmy, jako ludzie, czy też bracia i siostry.

Czwarte przykazanie Dekalogu – „Czcij Ojca Swego I Matkę Swoją”, przyglądając się i głębiej to rozważając, znajduje się już na pozycji IV, a wyżej przed V, jakim jest – „Nie Zabijaj”, oczywiście wszystkie przykazania są ważne by nasze życie było prawdziwe i spełnione w Bogu, lecz skupmy się na doniosłości owego IV przykazania. Matka i Ojciec – rodzice, dający nowe życie, jeśli by porównać, wszak na Jego Podobieństwo zostaliśmy stworzeni, uczestniczą w pięknym cudzie, dziele stworzenia nowego życia. Wiadomym jest dla chrześcijan, iż Odbywa się to za Przewoleniem Boga, wszak tylko przez Niego i za Jego przyczyną może tworzyć się – nowe, dlatego też mówi się, iż Jest Panem Życia...

Rodzice – jeśli weźmiemy pod uwagę prawdziwość tego słowa, a ściślej, jeśli są ludźmi, którzy prawo i dary łączą opierając się na czystym ich interpretowaniu, są godnymi by nosić nazwę rodziców. Jeśli jednak ulegają złudnym ludzkim teoriom stworzonym przez samych ludzi, stają się ułomnymi i ograniczonymi. Dar Boga jest czysty i nieograniczony, ludzkość zaś może jedynie stworzyć jego błędną karykaturę, porównywalną z Biblijną wieżą Babel, która stała się symbolem pychy, egoizmu i niedoskonałości.

Weźmy jednak pod uwagę rodziców, którzy biorą na siebie odpowiedzialne dysponowanie wolną wolą, w której to prawo i dar są wykorzystywane zgodnie z Bożym Zamysłem. Stają się zatem prawdziwie rodzicami, dbają o własne dzieci, wychowując je w Pięknej Czystej Miłości. Stają się poczuciem bezpieczeństwa, dobra, nauki i pomocy. Wychowanie od początku narodzin do dorosłości to trwający proces, to nieustanna

obawa, strach i nierzadko cierpienie. O samym tym procesie można by pisać naprawdę wiele, większość z nas wie, co to znaczy starać się lub być dobrym rodzicem. Wyobrażamy sobie zaczerwienione oczy matki przy łóżku swojego chorego, ukochanego dziecka, kontrolującej z drżeniem serca każdy jego oddech. Jej smutek z porażek życiowych syna czy córki i obraz codzienny, martwiącej się czy dziś jej dzieci będą miały na stole chleb powszedni. Matka – to słowo, które aż tyle znaczy, jest to piękny uśmiech i delikatny dotyk, to otarcie łzy i zapracowane dłonie. Matka to myślenie o dzieciach kosztem samej siebie, to tkwienie przy biurku i cierpliwe tłumaczenie zawiłych wzorów i teorii, to serce gorejące Miłością i Obawą, to Bezpieczeństwo i tak zawsze potrzebne ciepło, Matka, to pierwsze słowo wypowiedziane przez usta dziecka.

Ojciec jest zaś silnym podparciem dorastającego życia, lecz także i przygarbioną postacią wracającą z ciężkiej pracy, to nadgodziny. Ojciec to bezpieczeństwo i wzór do naśladowania. To obawa, czy starczy środków na dalszy czas, by życie mogło dalej się rozwijać. Ojciec to głowa rodziny, stabilność i niezachwiane drzewo stawiające silny opór wichurom zła. Ojciec to poświęcenie, jak i matka kosztem samego siebie.

Wiele by można pisać o wspaniałości rodzicielstwa i problemów z tym związanych. Należałoby poruszyć wszystkie wręcz kręgi całego życia i oczywiście całej historii istnienia świata. Bo rodzicielstwo to wszak zapewnienie przetrwania. Prawdziwy rodzic to znaczy ten, kto dba, broni, poświęca życie.

Wiele jest łóżek w szpitalach i hospicjach, wiele jest miejsc w domach spokojnej starości wypełnionych właśnie rodzicami. Wśród nich jest ojciec i dziadek mający rany jeszcze z wojny, budował Polskę jak umiał najlepiej, poświęcał się dla własnych dzieci, bronił do nich dostępu, walczył z wrogiem by potem je utrzymać z ciężkiej pracy. To także i matka, i babcia trzymająca w drżących dłoniach różaniec w łóżku szpitalnym, modląca się za swoją córkę, czy syna by mieli lepsze życie, nie widziała już ich tak długo. Zostawiona i zdradzona przez dzieci i wnuków niemająca już łez, modli się za nich, bo tak ich kocha.

Dziadek i ojciec nie słyszy, już niejednen z owych rodziców ma nowotwór, nic już nie czuje, nie potrafi kontrolować samego siebie, wcześniej to wspaniały człowiek, rosły mężczyzna noszący swoje dzieci, a potem wnuki w silnych ramionach, teraz już brzydko pachnie i taki niepotrzebny już.

Matka także nic nie pamięta, jest tylko zwykłym ciałem do przebiegania, w niczym nie przypomina wcześniejszej mamy, troskliwej, młodej



i uśmiechniętej, jej odleżyny tak dokuczają swoją wonią. Takich przypadków jest tak bardzo dużo, w każdym dniu kolejny rodzic jest zostawiany przez swoje dziecko, wszak młodość nie ma czasu na starość. To dwie przeciwności, starość nie nadąży za postępem, za następnym dniem, lepiej ją zostawić, całkowicie oddzielić od świata, jest koleiną na drodze mknącemu nowemu życiu. A w ogóle to koleiny należałoby usuwać, może już w końcu zalegalizować tę eutanazję?

Stara matka otwiera swoje matczyne oczy, widzi salę, a w niej innych, takich jak ona, rodziców. Serce już nie ma krwi by krwawić z rozdartej rany, palce powoli przesuwają paciorki różańca w modlitwie, za syna i córkę, bo serce, mimo iż rozdarte wciąż kocha zawsze tą samą miłością, być może dlatego tym bardziej boli. Ojciec na wózkach inwalidzkich w „pampersie” dla dorosłych patrzy z zaciśniętymi ustami w okno, jest w nim siła, ale już nie ta fizyczna, ta męska ojcowska i tak bardzo teraz zagubiona, już przestał szukać odpowiedzi, nie ma sił by już winić siebie samego, jest tylko jednym wielkim bólem – on już umarł za życia.

Oblicze rodziców rodzących, wychowujących potem cierpiących. Obraz jakże podobny do tego Bożego, wszystko łączy jednak jedno – Miłość do dzieci, jest darem, ale na Boga Jedyneho, dlaczego my ludzie w swej przewrotności i egoizmie czynimy z czystego daru – przekleństwo? Starość nie jest końcem życia, nasi rodzice z chwilą, kiedy już są słabi nigdy nie przestaną być naszymi rodzicami. Swego czasu dali nam wszystko, nie zdradzajmy ich u kresu życia, nie zostawiamy słabych w egoistyczny sposób, dajmy, choć część tego, co Oni dali nam. Ironicznie ktoś kiedyś powiedział córce w pośpiechu zostawiającej swoją obłożnie chorą matkę w szpitalu – nie może pani dać matce paru swoich chwil, matka zaś dała pani całe swoje życie.

Pamiętajmy, że życie to czas, który odmierza i nam odpowiednie chwile, my także jesteśmy lub będziemy rodzicami, zatem bądźmy dobrymi w swym postępowaniu, będzie to także nauka dla młodości. Bez tego, co przemija nie istniałaby terażniejszość i przyszłość, w swoim wyrafinowaniu ludzkość zapomina o tym, nie wiedząc jednak, iż ślepo dąży do autodestrukcji, bo bez podstawy nie zbuduje się niczego, a bez źródła nie powstanie piękne morze.

Spójrzmy, zatem na świat według zadanego nam prawa i otrzymanych Bożych Darów, kiedy tak się stanie w prosty sposób dotrze do nas, czym i kim naprawdę jesteśmy, kiedy będziemy żyć podług Miłości – sami tej Miłości doświadczymy, jeśli zaś zapomnimy, zostaniemy zapomniani...

Bądźmy dobrymi córkami i synami dla naszych rodziców, by nasze dzieci były tym samym dla nas – bądźmy dobrymi córkami i synami dla naszych rodziców, by Bóg Okazał się tym samym dla nas. Bądźmy w końcu ludźmi dla siebie nawzajem, by faktycznie jedyna i czysta Miłość zagościła w naszych sercach dając pokój, bezpieczeństwo i prawdziwe szczęście już tu na ziemi, jakże łatwiejsza będzie wtedy droga tam, gdzie nasze przeznaczenie.

Wnioskując – „Czcij Ojca Swego i Matkę Swoją” by samemu otrzymać należną nam cześć.

*Pewnego poranka profesor kardiolog zaprowadził studentów do prosektorium. Oglądali tam różne części ludzkiego ciała. Gdy stanęli przed nienormalnie dużym sercem, profesor zapytał studentów czy wiedzą, do kogo należało i jaka choroba wywołała śmierć tej osoby. „Ja wiem” – powiedział odważnie jeden student. „To było serce jakiejś matki”.*

www.kropelka-wiary.pl

## **Piśmiennictwo**

1. <http://miniportal.harcerski.pl/drogowskaz.html>
2. [http://www.powolanie.bernardyni.pl/articles.php?article\\_id=390](http://www.powolanie.bernardyni.pl/articles.php?article_id=390)

Emilia Kramkowska<sup>1</sup>, Małgorzata Halicka<sup>1</sup>

## Człowiek stary a śmierć

### Wprowadzenie

Gdyby ktoś poprosił o wymienienie zasadniczych cech charakteryzujących dzisiejsze społeczeństwo, to prawdopodobnie wiele osób wskazałoby na niespotykany dotąd rozwój technologii informacyjnych, postęp w wielu dziedzinach – m.in. w medycynie, genetyce, ponadto ogromną przedsiębiorczość współczesnego człowieka, a z drugiej strony – szybkie tempo życia, ciągłą pogoń za... To, co jeszcze da się zaobserwować w otaczającej nas rzeczywistości to kult młodości, siły, witalności. Liczy się piękny, czyli młody wygląd, sprawność fizyczna, pomysłowość, efektywność. Zarysowany obraz nie byłby jednak pełny, gdybyśmy nie wspomnieli, że współczesne społeczeństwo należy również nazwać starzejącym się, albowiem zwiększa się udział osób starszych w ogólnej strukturze poszczególnych państw. A zatem dzisiejsza rzeczywistość zdaje się mieć Janusowe oblicze. Z jednej strony gloryfikuje się młodość i jej atrybuty, których posiadanie jest marzeniem nawet tych, którzy ten etap życia mają już za sobą, a z drugiej strony mijani często na ulicach ludzie w podeszłym wieku przypominają, że jest też inny okres życia – starość.

Negatywny obraz starości, jako tej fazy życia, która jest przeciwieństwem tak cenionej dziś młodości sprawia, że wielu współczesnym ludziom trudno pogodzić się z tym, że kiedyś wkroczą w ten ostatni etap życia, który kojarzy się z chorobami, cierpieniem, zależnością od innych, malkontentem, samotnością. Co więcej – gdy mówimy, czy myślimy o starości, to stajemy wobec zagadnienia śmierci, gdyż to ona kończy ostatnią fazę życia. Lecz także i śmierć nie jest akceptowana przez człowieka XXI wieku i żyje on tak, by zapomnieć, że – jak mówił Błażej

---

<sup>1</sup> Zakład Andragogiki i Gerontologii, Wydział Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku

Pascal – „nikt w śmierci nie może nas zastąpić”. Dzisiaj śmierć – dodajmy „moja” śmierć, koniec „mego” życia, życia „moich” najbliższych – to temat tabu. Przywykliśmy do śmierci masowej, śmierci przedstawianej w telewizji, w wiadomościach, filmach czy grach komputerowych. Ale „moja” śmierć... Raczej mało kto o niej myśli, bo jak mówił Epikur „śmierć, najstraszniejsze z nieszczęść wcale nas nie dotyczy, skoro bowiem my istniejemy, śmierć jest nieobecna, a skoro tylko śmierć się pojawi, nas wtedy już nie ma. Wobec tego śmierć nie ma żadnego związku ani z żywymi, ani z umarłymi, tamtych nie dotyczy, a ci nie istnieją” [1].

Są różne rodzaje śmierci – śmierć w wyniku choroby, śmierć jako rezultat zaplanowanych działań (samobójstwo, eutanazja), śmierć w wyniku zabójstwa lub ta masowa, np. w czasie wojny, kataklizmów. Jest jeszcze jeden ważny, choć wymykający się uogólnionym typologiom, rodzaj śmierci – śmierć starcza [2]. Jest ona „zwykłym dopełnieniem życia człowieka i przejawem porządku natury (...), rezultatem naturalnego cyklu życia kończącego się w jakimś momencie” [2]. Śmierć starcza nie wywołuje ogromnego zdziwienia, jest odbierana jako zwieńczenie egzystencji i trudów ziemskiego życia. Bo przecież dla ojca, czy matki, którzy przeżyli już tyle lat nadszedł kres ziemskiej wędrówki. Śmierć starcza nie wywołuje buntu – w przeciwieństwie do śmierci według nas przedwczesnej, nagłej czy wywołanej chorobą lub nieszczęściem. I choć śmierć ze starości przynosi smutek, to jest to smutek „okraszony już zrozumieniem” [2]. Taka kolej rzeczy...

A jaką postawę wobec śmierci przyjmują ludzie starzy? Wszak „starość jest jedyną formą przejawiania się życia człowieka mającego śmierć z natury rzeczy „na widoku” [2]. Jak perspektywa zbliżającego się końca życia wpływa na osoby w podeszłym wieku? Bo choć – jak zostało wspomniane – mało kto myśli dziś o śmierci, wydaje się, że ludzie starzy są tą grupą społeczną, która szczególnie często pochyla się nad zagadnieniem przemijania. A skoro tak, warto zapytać jakie towarzyszą im odczucia? Postawa zrozumienia, spokoju i akceptacji czy też lęku, obaw, niepewności...

### **Kilka doniesień z badań**

Problem śmierci pojawił się przy okazji prowadzenia badań w 2008 roku na Podlasiu na temat przemocy wobec ludzi starych<sup>2</sup>. Jedno z py-

---

<sup>2</sup> Badania zostały przeprowadzone w ramach projektu badawczego własnego. Była to

tań otwartych, zadane respondentom poruszało kwestię obaw – „czego się Pan(i) obawia”? Blisko 70% badanych odpowiedziało – „niczego się nie obawiam”; 12,3% czuje lęk przed chuliganami, a 9,1% – przed chorobą. To, co jest istotne z punktu widzenia tej pracy to fakt, że ponad 4,5% ankietowanych wskazało, że boi się śmierci i starości. W porównaniu z innymi odpowiedziami odsetek ten wydaje się niewielki, ale sygnalizuje, że człowiek stary myśli o śmierci i można przypuszczać, że towarzyszy temu uczucie lęku, niepokoju i obaw.

Przekonanie to potwierdzają inne prace badawcze, przeprowadzone m.in. w 1997 roku przez Zakład Gerontologii Klinicznej i Społecznej Akademii Medycznej w Białymstoku, na losowej próbie 400 osób (200 kobiet i 200 mężczyzn), mieszkańców Białegostoku, należących do dwóch 5-letnich kohort wieku 65–69 i 75–79 lat. Na ich podstawie wskazano, że „lęk przed śmiercią odczuwa 5% mężczyzn niezależnie od wieku, 8% kobiet młodszych i 15% kobiet starszych. Jednocześnie wraz z wiekiem nasila się pragnienie życia: od 3,5% w młodszej kohorcie do 10% u mężczyzn z kohorty starszej. Myśl o śmierci kojarzy się także z lękiem przed cierpieniem. O ile kobiety w zaawansowanej starości częściej wyrażają lęk przed śmiercią, o tyle mężczyznom częściej towarzyszą myśli związane z lękiem przed cierpieniem” [3]. Warto też dodać, że „duży odsetek osób stara się nie myśleć o śmierci. Jednak tu zauważa się różnice między kobietami i mężczyznami w młodszej grupie wieku oraz między mężczyznami należącymi do różnych kohort. O ile w młodszej kohorcie 27% kobiet nie myśli o śmierci, o tyle w tej samej grupie wśród mężczyzn odsetek ten jest zdecydowanie wyższy (42%). Wraz z wiekiem zmniejsza się jednak w sposób znaczący odsetek mężczyzn, którym nie towarzyszy żadna refleksja dotycząca śmierci (19%)” [3]. Ponadto „kilka procent badanych bez różnicy płci i wieku nie wyrażało ochoty na rozmowę o śmierci” [3].

Cytowane wyniki badań potwierdzają przypuszczenia, że zagadnienie śmierci budzi wśród osób starszych trwogę i napawa różnego rodzaju lękami [3]. Bo tak naprawdę śmierć jest „nadal okropnym, przerażającym zjawiskiem, a lęk przed nią jest powszechny, choćbyśmy nawet uważali, że został opanowany w wielu przejawach” [4].

---

praca naukowa finansowana ze środków na naukę w latach 2006–2009 jako projekt badawczy. W badaniach uczestniczyło 619 mieszkańców Podlasia w wieku 60 lat i więcej. Badania zostały przeprowadzone w 3 gminach wiejskich oraz w 3 osiedlach Białegostoku.

Jest jeszcze jeden ważny aspekt kresu ludzkiego życia, który jest źródłem lęku niejednego seniora – miejsce, w którym człowiek na zawsze rozstaje się z tym światem. Wielkim osiągnięciem dzisiejszej cywilizacji jest ogromny postęp medycyny. W zadziwiającym tempie rośnie liczba chorób, które można obecnie wyleczyć, a co jeszcze kilka czy kilkanaście lat temu było nawet nie do pomyślenia. Wszechobecna medykalizacja dotyka też sfery końca życia człowieka. Z jednej strony podejmowane są różne działania, które mają spowodować, iż moment śmierci zostanie odsunięty najdalej, jak jest to tylko możliwe. Z drugiej – medycyna pomaga „ukryć” człowieka umierającego i sprawić, że śmierć przestaje być wydarzeniem publicznym, wydarzeniem, w którym uczestniczy również najbliższa rodzina umierającego i staje się wydarzeniem bardzo prywatnym, bardzo smutnym, bo bardzo samotnym. To szpital jest miejscem, w którym coraz częściej umierają ludzie starzy, a śmierć w szpitalu jest śmiercią bardzo samotną [5]. „Umieranie stało się samotne i anonimowe, ponieważ chory często zostaje wyrwany ze swego przyjaznego otoczenia i śpiesznie zawieziony do szpitala” [4]. A tam zajmują się nim specjaliści, gdyż rozwój medycyny dał nowe możliwości lekarzom, chirurgom, „a także coraz większą odpowiedzialność wszystkich pracowników szpitala, od pielęgniarki po salową, biorących udział w ostatnim przejściu” [5]. Umierający czy też będący w ciężkim stanie człowiek stary bardzo często oddawany jest do szpitala. Zdaniem rodziny, w warunkach domowych nie można zapewnić dobrej opieki chorej matce czy ojcu, którzy jednak tu, tzn. w szpitalu umierają w opuszczeniu. „Ten ból osamotnienia odczuwają też pensjonariusze, którzy znaleźli się w domu spokojnej starości lub złotej jesieni wbrew swojej woli” [6]. Dlatego też źródłem lęku człowieka starego jest coraz częściej obawa przed tym, aby w tych ostatnich chwilach ziemskiego życia nie pozostał zupełnie sam, bez nikogo kto trzymałby go za rękę i po prostu był... E. Kübler-Ross pisała, że jednym z powodów, dla którego nie chcemy podejść do śmierci spokojnie „jest fakt, że śmierć teraz stała się pod wieloma względami znacznie bardziej przerażająca, zwłaszcza bardziej samotna, zmechanizowana i zdehumanizowana” [4]. I jeszcze słowa ks. Tischnera, który pytał sam siebie: „cóż my wiemy o tej naszej śmierci?” – i odpowiadał „Że jest ona największym, jakie znamy, doświadczeniem samotności. Nigdy nie jest człowiek tak samotny, jak w obliczu śmierci. I im bliżej jest śmierci, tym bardziej ta jego samotność nabrzmiewa” [7].

## Jak ludzie starzy radzą sobie z myślą i lękiem przed zbliżającą się śmiercią?

Aby człowiek mógł normalnie funkcjonować, musi odważnie stawiać czoła wszelkim trudnościom i problemom, jakie napotyka w swoim życiu. Tylko równowaga między człowiekiem a jego otoczeniem pozwala mu kontrolować zachodzące zdarzenia i sytuacje [8]. Warto zatem zastanowić się, jak ludzie starzy radzą sobie z negatywnymi odczuciami dotyczącymi zbliżającego się końca ich ziemskiej wędrówki.

„Przysłowie hinduskie mówi, że w młodości człowiek nabiera sił, rośnie, w wieku dojrzałym tworzy rodzinę, a w starości się modli. Taki schemat jest niewątpliwie uproszczony, gdyż przeocza różnorodność i bogactwo przeżyć religijnych młodości i wieku dojrzałego, aczkolwiek słusznie podkreśla dominującą rolę życia religijnego w starości” [9].

Ludzi starych – zarówno tych, którzy prawdopodobnie umrą ze starości, jak i tych, których nękają choroby wieku starczego i nie tylko – cechuje właściwy im styl życia, w jakimś stopniu zdeterminowany perspektywą zbliżającej się śmierci. Wiele badań i przeprowadzonych sondaży potwierdza powszechnie funkcjonujące przekonanie, zgodnie z którym religijność ludzi starych jest większa niż osób z pozostałych grup wieku. Oczywiście analiza symptomów bardziej intensywnej postawy religijnej seniorów może dotyczyć różnych elementów. Można bowiem brać pod uwagę zarówno życie religijne, aktywność religijną wyrażającą się w zewnętrznych formach, takich jak: praktyki religijne, obrzędy, a ponadto ważna jest religijność wewnętrzna, która wyraża się przede wszystkim rozmyślaniami o wartościach ostatecznych [10]. Niemniej jednak „wielu badaczy zwraca uwagę na wzajemną zależność między wiekiem a religijnością jednostek. Dość często spotyka się twierdzenie, że zależność ta przyjmuje kształt litery U, to znaczy postawę religijną i najbardziej intensywną najczęściej spotyka się wśród najmłodszych i najstarszych grup wiekowych” [11].

Warto w tym momencie odwołać się do badań prowadzonych na przełomie października i listopada 2007 roku, w jednej z gmin Podlasia, w gminie Trzciannie. Badania podejmowały zagadnienie sposobu postrzegania starości i ludzi starych przez mieszkańców wsi, a jeden z bloków tematycznych dotyczył religijności seniorów<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Gmina Trzciannie leży w południowo-zachodniej części powiatu monieckiego w województwie podlaskim. Badania przeprowadzono na próbie 160 osób, wybranych z trzech

Około 46% wszystkich badanych wyraziło całkowite poparcie dla stwierdzenia, iż ludzie starsi są bardziej religijni niż ludzie młodzi czy w średnim wieku. Postawę pozytywną umiarkowaną zajęła również znaczna część ankietowanych (38,1%), postawy negatywne były nieznaczne (3,8%).

Wiek różnicował w sposób statystycznie istotny stanowisko respondentów. Osoby należące do kategorii wieku do 29. roku życia (57,6%) oraz 30–39 lat (51,6%) częściej niż pozostali zajmowały postawę pozytywną umiarkowaną, pozostali respondenci (począwszy od osób w wieku 40–49 lat i więcej) wyrażali całkowitą zgodę z omawianym stwierdzeniem. Natomiast osoby ankietowane w wieku 60–69 lat (71,4%) najczęściej ze wszystkich respondentów wskazywały, że większa religijność bardziej charakteryzuje ludzi starych niż młodych, czy w średnim wieku.

Co może decydować o postawie religijnej wśród ludzi starych? L. Dyczewski wymienia takie czynniki, jak „refleksyjny charakter tej fazy życia, potrzeba przełamania narastającego poczucia samotności i osamotnienia, potrzeba rozwiązania tak zwanych problemów ostatecznych (do których należą przede wszystkim sens życia, cierpienia i śmierci), problemy wynikające z wyłączenia się z pracy zawodowej i związany z tym wzrost czasu wolnego” [11]. Potwierdzeniem tych słów są wspomniane uprzednio badania prowadzone w gminie Trzciannie: 66,3% ankietowanych uznało, iż coraz częstsze rozmyślania o śmierci i chęć dobrego przygotowania na ten moment „oddziałują” na intensyfikację praktyk religijnych w wieku podeszłym. Można zatem przypuszczać, iż „lęk przed zbliżającą się śmiercią, która już rzuca swój cień na człowieka” [9] ma wpływ na to, iż „pobożnieje” się na starość. Natężenie lęku przed śmiercią ma związek z biografią. Wydaje się jednak, że w takich chwilach wiara i religia przychodzą człowiekowi z pomocą. We wspomnianych badaniach prowadzonych przez Zakład Gerontologii Klinicznej i Społecznej AMB odnotowano, iż kobiety (19% w młodszym i 12% w starszym wieku) częściej niż mężczyźni śmierć łączyły z życiem wiecznym. U mężczyzn odsetek ten był mniejszy i wynosił odpowiednio 4% oraz 9%. Wiek nie wpływał istotnie na częstość takiego skojarzenia [3]. Zdaniem autorów przedstawione „proporcje korespondują z potrzebą bycia przygotowanym na śmierć” [3]. Można zatem sądzić, że ten, kto traktuje śmierć jako przejście z życia do

---

wsi gminy – wsi centralnej o nazwie Trzciannie (80 osób) i 2 wsi położonych w odległość 10 km od wsi głównej – Stare Bajki (45 osób) oraz Wyszowate (35 osób). Dobór próby był celowy, narzędziem do badań był kwestionariusz ankiety. Badania były prowadzone na potrzeby pracy magisterskiej.



życia prawdopodobnie ufa, że wszelkie jego trudy i cierpienia, których doświadczał w życiu ziemskim, zostaną nagrodzone w życiu pozagrobowym. Taka perspektywa daje nadzieję i pomaga w opanowaniu lęku. Niemniej jednak współczesna, zsekularyzowana rzeczywistość spowodowała, że „religia straciła wielu wierzących w życie pozagrobowe, to jest w nieśmiertelność” [4]. Niegdyś to właśnie religia dawała wiarę w sens cierpienia, a nadzieja na otrzymanie nagrody w niebie dawała poczucie celowości [4]. Zsekularyzowane spojrzenie na śmierć powoduje, że ludzie nie mają ani nadziei, ani poczucia celowości. Ograniczenie roli religii i przekazywanego przez nią modelu życia i śmierci spowodowało, iż „»zejście« z tego świata stało się czymś bardziej tajemniczym, niezrozumiałym, budzi lęk, bo nie wiadomo co będzie dalej i czy w ogóle będzie owo »dalej«, bo może na śmierci wszystko się skończy?” [12].

„Starość to czas, by pomyśleć dokąd się zmierza” [13]. Ks. Roman Andrzejewski uważa, że „świadomość zbliżającej się śmierci jest wspólna wszystkim ludziom. Jeśli nie przyjdzie ona wcześniej, na skutek wypadku czy choroby. To w okresie starości jest czymś nieuniknionym i do niej trzeba się przygotować. (...) Przede wszystkim starość potrzebna jest po to, by przed końcem życia na ziemi uświadomić sobie, jak wypełnione zostały przez nas obowiązki i, jeśli to jest możliwe, dokonać pewnej korekty (...). To czas błogosławiony” [14]. Wydaje się, że myśl o zbliżającej się śmierci wpływa na częstsze lub bardziej dokładne robienie „bilansu życia”. Jeśli minione życie było dobre, człowiek stary przeważnie nie boi się jego końca. Ale dla wszystkich tych, których biografia jest pogmatwana, którzy popełnili wiele błędów – może zbyt wiele – i które nie zostały naprawione, perspektywa zbliżającej się śmierci może być przerażająca. Z drugiej jednak strony taka sytuacja może być impulsem do podjęcia działań naprawczych, działań, które mogą spowodować, że człowiek ze spokojem będzie myślał o czasie swego odejścia. I w tym również pomocna może okazać się wiara i religia – stąd bardziej intensywna religijność seniorów – jako sposób na poradzenie sobie z lękami czy problemami egzystencjalnymi.

## Podsumowanie

„Śmierć to powszechne i nieuniknione, a równocześnie najbardziej niezwykle, misteryjne doświadczenie, które wciąż napawa pełnym niepokojem zdumieniem i lękiem” [15]. „Świadomość śmierci w przeżywaniu co-

dzienności towarzyszy znacznie częściej ludziom starszym niż młodym. Wydaje się to w pewnym sensie zrozumiałe (...). Wiele osób starszych nie jest jednak przygotowanych do znoszenia ograniczeń i dolegliwości swojego wieku, które w konsekwencji związane są z perspektywą śmierci, jako nieuchronności losu. Sytuacja ta sprzyja występowaniu różnego rodzaju lęków” [3], także lęków przed śmiercią i umieraniem.

„Śmierć jest zdarzeniem, które musi zaistnieć u każdego żyjącego biologicznego organizmu, ale jest to zdarzenie, które ostatecznie kończy historię życia” [16]. I tak naprawdę, to każdy z nas, sam musi sobie porządzić z myślą o własnej śmierci, mieć do niej konkretny stosunek i podjąć próbę przygotowania na ten moment – bo nigdy nie wiadomo kiedy nadejdzie. Wiele mądrości jest w słowach Epikteta, który niegdyś powiedział „Nie same rzeczy bynajmniej, ale mniemania o rzeczach budzą w ludziach niepokój. I tak na przykład śmierć nie jest żadnym postrachem – w przeciwnym razie to i Sokrates miałby o niej takie wyobrażenie – ale mniemanie o śmierci jako czymś strasznym, ono to dopiero postrachem się staje” [17]. Niech zatem to zdanie rzymskiego filozofa na nowo nam uświadomi, że nasz sposób myślenia o śmierci jest punktem wyjścia w zajęciu wobec niej konkretnej postawy.

Ludziom starym należałoby więc życzyć, by z nadzieją patrzyli w przyszłość i starali się ze spokojem myśleć o swoim odejściu. A ludziom młodym warto przypomnieć, że namysł nad problemem śmierci w młodym wieku jest czymś dobrym, właściwym, ponieważ odpowiedź na pytanie: „czym jest dla mnie śmierć?” powinna w nas stopniowo dojrzewać, a tym samym przygotowywać na chwilę jej nadejścia.

## Piśmiennictwo

1. Epikur, List do Montejkeusa, Diog. Laert. X 122–135, K. Leśniak (tłum.). [w:] J. Legowicz (red.): *Filozofia starożytna Grecji i Rzymu. Wybrane teksty z historii filozofii*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1970, 240–241.
2. Adamkiewicz M.: *Oblicza śmierci. Propedeutyka tanatologii*. Europejskie Centrum Edukacyjne, Toruń 2004, 135–207.
3. Halicka M., Pędich W.: *Człowiek stary wobec śmierci – badania środowiskowe*. Gerontologia Polska, 2000, 8 (2), 27–31.
4. Kübler-Ross E.: *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Doleżał-Nowicka I. (tłum.). Media Rodzina of Poznań, Poznań 1998, 19–27.
5. Vovelle M.: *Śmierć w cywilizacji Zachodu. Od roku 1300 po współczesność*. Swoboda T., Ochab M., Sawiczewska-Lorkowska M., Senczyszyn D. (tłum.). Słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2004, 635–721.

6. Zych A.: *Przekraczając smugę cienia*. Szkice z gerontologii i tanatologii. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2009, 161–176.
7. Tischner J.: *Naprawić ludzką śmierć*. Tygodnik powszechny, 2008, nr 12. Dostępne na: <http://tygodnik.onet.pl/32,0,7791,2,artykul.html> [data dostępu: 6.10.2009 r.].
8. Chudzicka-Czypała A.: *Bezrobocie. Różne oblicza wsparcia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2004, s. 15–27.
9. Pastuszka J.: *Starość człowieka. Rozważania psychologiczne*. Ethos. Kwartalnik Instytutu Jana Pawła II KUL – Lublin i Fundacji Jana Pawła II – Rzym, 1999, 47, 29–55.
10. Halicka M., Halicki J.: *Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych*. [w:] B. Synak: *Polska starość*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2003, 189–218.
11. Dyczewski L.: *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*. Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1994, 97–110.
12. Kramkowska E., Halicka M.: *Śmierć – temat tabu współczesnego świata?* [w:] E. Krajewska-Kułak, C. Łukaszuk, B. Jankowiak: *W drodze do brzegu życia*. Tom IV. Białystok 2008, 131–140.
13. Pawlukiewicz P.: *Porozmawiajmy spokojnie o starości*. Oficyna Wydawnicza Liberton, Warszawa 1998, 43.
14. Andrzejewski R.: *„Starszy z dnia na dzień – ciągle wielu rzeczy się ucze”*. *Idea Starości według Cycerona i Jana Pawła II*. [w:] S. Urbański: *Chrześcijańska Europa*. Warszawa 2003, za: Zych A.: *Zapomniany paradygmat – schola mortis*. [w:] *Przekraczając smugę cienia*. Szkice z gerontologii i tanatologii. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2009, 177–191.
15. Makselon J.: *Psychologiczne aspekty doświadczenia przemijania*. [w:] L. Popielski: *Człowiek, wartość, sens*. RW KUL, Lublin 1996, 381–389.
16. Głuszek S.: *Wprowadzenie do tanatologii*. [w:] B. Zboina, G. Nowak-Starz (red.): *Starość – obawy, nadzieje, oczekiwania*. Wybrane zagadnienia z gerontologii. Ostrowiec Świętokrzyski 2009, 109–113.
17. Epiktet, *Encheiridon*, ustęp 5, L. Joachimowicz (tłum.), [w:] J. Legowicz (red.): *Filozofia starożytna Grecji i Rzymu*. *Wybrane teksty z historii filozofii*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1970, 327.



Halina Doroszkiewicz<sup>1</sup>, Wiesława Jańczak<sup>1</sup>,  
Matylda Sierakowska<sup>2</sup>, Krystyna Klimaszewska<sup>2</sup>

## Wsparcie osób starszych owdowiałych w środowisku zamieszkania

### Wstęp

Częstotliwość sytuacji dotyczących śmierci najbliższych osób zwiększa się wraz z wiekiem, przez co stają się one istotną próbą dla osób starszych, których kondycja zdrowotna i zdolności adaptacyjne ulegają osłabieniu. W starszym wieku śmierć staje się bardziej wszechobecna, bowiem umierają przyjaciele, sąsiedzi, a niekiedy znacznie młodsi członkowie rodziny. Śmierć to powszechne i nieuniknione, a równocześnie najbardziej niezwykle doświadczenie, które wciąż napawa pełnym niepokojem zdumieniem i lękiem. Badania wykazują, że ludzie starsi przejawiają mniejszy lęk przed śmiercią niż ludzie młodzi, ponieważ oswiają się z tą myślą przez ostatnie lata swojego życia [1].

### Rozwinięcie

Utrata bliskiej osoby jest zawsze wydarzeniem bolesnym i traumatycznym, które w przypadku osób starszych może być pogłębione myślami o zbliżającej się perspektywie własnej śmierci, jako nieuchronnego losu. Żał po odejściu osoby bliskiej jest zjawiskiem powszechnym, ale jego doświadczanie jest zawsze sprawą indywidualną. Według skali oceny przystosowania społecznego, opracowanej przez Holmesa i Rahe'a, badającej poziom stresu związanego z określonymi wydarzeniami żywotnymi, śmierć współmałżonka osiąga najwyższą wartość tj. 100 punktów [2]. U osób w wieku podeszłym okres po stracie najbliższej osoby

---

<sup>1</sup> Klinika Geriatrii UM w Białymstoku

<sup>2</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UM w Białymstoku

stanowi istotny czynnik ryzyka w odniesieniu do stanu zdrowia i funkcjonowania społecznego. Śmiertelność z powodu choroby niedokrwiennej serca u osób owdowiałych zwiększa się o 20–35% w ciągu 5 lat od zgonu współmałżonka [3]. Ponadto reakcje towarzyszące żałobie są powiązane z określonymi zachowaniami zdrowotnymi, takimi jak zwiększenie konsumpcji leków, alkoholu czy też palenia tytoniu. Niezakończony proces żałoby u osób starszych zwiększa częstotliwość występowania zaburzeń lękowych i depresyjnych, co wpływa niekorzystnie na przebieg wielu chorób przewlekłych i znacznie pogarsza jakość życia. Nagła utrata bliskiej osoby, niespodziewane osamotnienie, poczucie izolacji, strach przed samotnością zwiększają ryzyko aktów samobójczych u osób w wieku podeszłym [4]. Czynniki te zwiększają obciążenie systemu opieki zdrowotnej zarówno podstawowej, jak i specjalistycznej, bowiem osoby owdowiałe częściej zgłaszają się do lekarza [5].

Utrata partnera życiowego pociąga za sobą również zmiany w organizacji i prowadzeniu gospodarstwa domowego przez osoby starsze. W przypadku kobiet radzenie sobie w zaistniałej sytuacji mogą komplikować względy materialne, bowiem życie starszych wdów bardziej zależy od dochodów męża, a ponadto niektóre z nich nigdy nie pracowały zawodowo [5, 6]. Funkcjonowanie kobiety w roli wdowy może odzwierciedlać tradycyjny wzorzec kobiety-żony, której sytuacja nagle uległa załamaniu. Wówczas koncentruje się ona na przeszłości, idealizuje zmarłego, uzewnętrznia też swoje emocje, takie jak płacz i gniew. Jak wskazują badania wyrażanie żałoby jest zależne od wieku. Kobiety w wieku 60–74 lata częściej podejmują naukę nowych umiejętności życiowych i ustanawiania własnej tożsamości. Natomiast kobiety w bardzo zaawansowanym wieku (75 lat i więcej), niestety częściej muszą zmagać się z pogarszającym się własnym zdrowiem.

Stereotypy na temat funkcjonowania mężczyzn w żałobie wskazują na bardziej powściągliwy wyraz emocji i lepsze znoszenie przeciwności losu. Natomiast badania wskazują, że częściej oni cierpią z powodu zaburzeń somatycznych i aktywności poznawczej. Mężczyźni w stosunku do kobiet mogą mieć większe trudności z wykonywaniem niektórych czynności życiowych, np. robienie zakupów, sporządzanie posiłków, sprzątanie. Prowadzenie gospodarstwa domowego może pogarszać kulturowo ukształtowany brak umiejętności wykonywania niektórych prac we wcześniejszych latach życia. Wdowcy częściej niż wdowy w okresie żałoby umierają wskutek urazów, nadużywania alkoholu czy chorób układu sercowo-naczyniowego [7]. Niezależnie od płci o przystosowaniu do wdo-

wieństwa można mówić wtedy, gdy współmałżonek radzi sobie z problemami życia w samotności, otrzymuje emocjonalne wsparcie i odnajduje się w nowej dla niego rzeczywistości. Proces żałoby może mieć charakter prawidłowy lub przyjmować postać powikłaną. Początkowo żałobę prawidłową opisywano jako zjawisko przebiegające w stadiach [5, 8]. Jednak późniejsze badania wykazały, że żałoba nie rozwija się według regularnego schematu, często przebiega w nieprzewidywalny sposób, a niektóre jej reakcje są bardziej zaznaczone niż inne.

Żałoba prawidłowa jest to zindywidualizowana odpowiedź danej osoby na rozłąkę i utratę. Dotyczy wszystkich sfer życia człowieka, tj. fizycznej, psychologicznej, behawioralnej i społecznej. Wyróżnia się następujące typy żałoby:

Żałoba wyprzedzająca, która jest reakcją żalu związanego z nieuchronnie zbliżającą się utratą bliskiej osoby po ciężkiej przewlekłej chorobie. Obejmuje ona gniew, lęk i niepokój, drażliwość, smutek uczucie utraty i zmniejszenie zdolności do wykonywania codziennych czynności.

Żałobę ostrą charakteryzuje występowanie uczucia żalu w momencie śmierci bliskiej osoby lub w pierwszych kilku dniach/tygodniach po jej śmierci. Może obejmować zaprzeczanie faktom, napady paniki, poczucie nierealności oraz objawy somatyczne, które rodzinie mogą wydawać się wyolbrzymione. Żałoba może przejść w fazę przewlekłą. Charakteryzuje ją stan intensywnego uczucia żalu, stopniowo zmniejszającego się w pierwszym roku i nawracającego okresowo, np. w rocznicę śmierci lub urodzin współmałżonka. Zaostrzenie żałoby ma charakter epizodyczny, a reakcje żalu wraz z upływem czasu mają coraz mniejszą częstotliwość i nasilenie [5].

Klinicznie użytecznym określeniem żałoby prawidłowej może być przyjęcie, że jest to grupa występujących reakcji, o różnym nasileniu lecz zmniejszającym się wraz z upływem czasu. Powszechnie obserwuje się reakcje smutku, szoku, zaprzeczenia cierpienia związanego z sytuacją, gniewu, poczucia winy oraz akceptacji i adaptacji. Smutek jest główną cechą żalu i żałoby. W początkowym okresie żałoby osoba może być stale bliska łez. W żałobie prawidłowej częstotliwość płaczu i jego nasilenie stopniowo ulegają zmniejszeniu.

Kolejną reakcją jest doznawanie szoku, może on manifestować się w postaci dezorientacji czy spowolnienia czynności poznawczych. Utrzymywanie się szoku przez okres ponad 6 miesięcy wskazuje na żałobę powikłaną [5].

W fazie zaprzeczenia niektórzy pacjenci mogą odmawiać przejścia majątku po zmarłych lub upierać się przy niezmiennianiu uprzednio poczynionych planów obejmujących osobę zmarłą. W prawidłowo przebiegającej żałobie następuje stopniowa akceptacja straty i coraz większe dostosowanie do nowych ról. Cechą charakterystyczną cierpienia związanego z sytuacją utraty są epizody silnej tęsknoty za osobą zmarłą i myśli o niej. Natomiast gniew jest częstą reakcją na stres. Osoby pozostające w żałobie mogą okazywać wrogość skierowaną ku osobie zmarłej, jak również osobom zapewniającym opiekę zdrowotną, a nawet członkom rodziny. Gniew zwykle ustępuje w ciągu 6 miesięcy.

Poczucie winy jest często towarzyszącą reakcją. Osoba pozostająca przy życiu miewa poczucie winy, że zbyt mało uczyniła dla osoby zmarłej. Niekiedy obwinia siebie, że nie dość szybko reagowała na objawy pogorszenia lub mogła bardziej aktywnie zorganizować pomoc. Okresowa ekspresja poczucia winy jest zjawiskiem normalnym i z upływem czasu ustępuje.

Żałoba prawidłowa cechuje się epizodycznym ujawnianiem się objawów, które zmniejszają się i wykazują znaczącą poprawę. Niektóre reakcje żałoby mogą trwać dwa lata lub dłużej. Wraz z upływem czasu przebieg żałoby staje się mniej intensywny i obserwuje się poprawę zdolności funkcjonowania osób owdowiałych. Adaptujący się pacjent wykazuje coraz większą pewność siebie, wzrasta zaufanie do innych osób, akceptuje stratę, wyraża pogląd, że życie ma nadal wartość i jest gotowy na przyjmowanie nowych ról.

Żałoba powikłana jest zespołem cechującym się opóźnioną lub niepełną adaptacją do straty. O żałobie powikłanej mówimy wtedy, gdy objawy nie ustępują mimo upływu czasu i/lub ich nasilenie zwiększa się [5]. Nieleczona żałoba powikłana powoduje negatywne skutki zdrowotne. Na reakcje żałoby powikłanej szczególnie narażone są osoby w starszym wieku, sprawujące opiekę nad pacjentami przewlekle chorymi w domu. Angażowanie się osób starszych w wypełnianie funkcji opiekuńczej wobec niesprawnego członka rodziny naraża na liczne sytuacje stresujące, wynikające z braku kompetencji, własnych ograniczeń związanych z wiekiem, złego stanu zdrowia, niedostatecznych środków finansowych czy też braku wsparcia ze strony innych członków rodziny (dzieci). Opiekun, w związku ze świadczeniem opieki, może doświadczać wielu obciążeń, głównie w sferze fizycznej, psychologicznej, społecznej, jak i finansowej. Osoba w starszym wieku nie zawsze jest w stanie sprostać tym obciążeniom, w efekcie czego może dochodzić do zespołu wypa-



lenia. Wyczerpany psychicznie i fizycznie opiekun w starszym wieku nierzadko sam wymaga wsparcia. Przeprowadzone badania wśród pacjentów z chorobą Alzheimera i ich opiekunów wskazują, że nadmierna aktywność i zaburzenia zachowania u pacjentów mają związek z samopoczuciem ich opiekunów. Nadmierna aktywność ruchowa i agresja chorych zwiększały poczucie stresu, beznadziejności, obniżony nastrój i znacznie obniżały jakość życia opiekunów [9]. Czynniki predestynującymi do nieprawidłowego przeżywania żałoby jest wysoki poziom żalu, tęsknoty, gniewu i złości. O wysokim poziomie subiektywnych emocji zarówno lekarz, jak i pielęgniarka mogą wnioskować na podstawie komunikatów werbalnych i niewerbalnych od pacjenta. Kolejnymi czynnikami sygnalizującymi dla profesjonalistów nieprawidłowe przeżywanie żałoby, jest pragnienie własnej śmierci. Ponadto żałoba przeżywana nieprawidłowo może manifestować się powstrzymywaniem żalu, tłumieniem emocji czy też ucieczką w nowe formy zajęć. Żałoba może przejść w stan chroniczny, kiedy to osoba nie godzi się z odejściem zmarłego. U podstaw tego zachowania może leżeć złość, gniew, poczucie winy lub własna choroba, np. depresja. Zarówno u pacjentów prawidłowo przeżywających żałobę, jak i osób, u których proces ten przebiega nieprawidłowo, uruchamiają się mechanizmy obronne. U tych ostatnich ulegają one utrwaleniu i dezorganizują życie [5].

### **Opieka nad pacjentem w starszym wieku pozostającym w okresie żałoby w środowisku zamieszkania**

Opieka nad pacjentem geriatrycznym pozostającym w okresie żałoby staje się coraz większym wyzwaniem zarówno dla lekarzy, jak i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej. Wiedza o procesie żałoby może ułatwić lekarzowi, pielęgniarce nie tylko pierwsze spotkanie z pacjentem po utracie bliskiej osoby, ale przede wszystkim monitorować jej przebieg, podejmować wczesne interwencje, a w razie konieczności wskazywać inne źródła pomocy, tak ważnej w tym okresie (bliscy, psycholog, psychiatra, osoba duchowna). Osoby w starszym wieku wypełniające funkcje opiekuńcze wobec niesprawnego członka rodziny są szczególnie narażone na różnorakie obciążenia [14]. Pomoc ze strony profesjonalistów podstawowej opieki zdrowotnej, tj. lekarza rodzinnego, pielęgniarki środowiskowej w prawidłowym przeżywaniu okresu żałoby, należy rozpocząć od przygotowania rodziny do nadchodzącej śmierci bliskiej osoby. Efektywna opieka nad chorym umierającym i jego rodziną

powinna być oparta na zasadach współpracy interdyscyplinarnej pracowników ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej. W warunkach opieki domowej nad chorymi w terminalnej fazie choroby nowotworowej wykazano wyższą skuteczność w łagodzeniu dolegliwości u osób otoczonych opieką przez zespół składający się z lekarza rodzinnego i pielęgniarki środowiskowej, wspieranych przez pielęgniarkę ze specjalnością z zakresu opieki paliatywnej, w porównaniu z opieką sprawowaną wyłącznie przez lekarza rodzinnego [7]. Okres terminalny choroby jest bardzo ważnym momentem dla członków rodziny chorego. Często zdarza się, że człowiek umierający jest samotny w swojej drodze ku śmierci. Stan ten nie jest wyrazem braku opieki czy negatywnych postaw osób bliskich, ale brakiem umiejętności komunikacji, tak ważnej dla obu stron. Kiedy pacjent umiera ważniejsze od mówienia, staje się aktywne słuchanie. W przypadku pacjentów umierających w domu zarówno lekarz, jak i pielęgniarka powinni regularnie rozmawiać z rodziną i oferować swoją obecność, edukować na temat zmian fizycznych zachodzących w organizmie w końcowym okresie życia. Należy też przypominać członkom rodziny, że osoba umierająca słyszy i zachęcać do rozmowy z chorym, przywoływać szczęśliwe momenty z życia. Opiekun w tym okresie potrzebuje głównie wsparcia informacyjnego ze strony pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, wiedzy na temat dostępności i rodzaju usług pielęgnacyjno-opiekuńczych świadczonych w domu, działających grup wsparcia czy opieki hospicyjnej. Obok wsparcia informacyjnego osoby pozostające w żałobie potrzebują wsparcia emocjonalnego. Ważne jest, aby w komunikacji z opiekunami rodzinnymi po zakończeniu opieki nad chorym, wyrazić swoje uznanie rodzinie za jej cenne inicjatywy oraz umiejętne wykorzystanie przekazywanych im porad w zakresie opieki i pielęgnacji. Opiekunowie chorego bardzo sobie cenią uznanie kierowane pod ich adresem, a szczególnie zapewnienie, że opieka, jaką otaczali chorego w domu była najlepsza z możliwych. W sytuacji kiedy osoba umiera po długiej przewlekłej chorobie, rodzina może odczuwać równocześnie smutek i ulgę, chęć i nie chęć rozmawiać. Lekarz i pielęgniarka muszą pamiętać, że pomimo długiej choroby rodzina nigdy nie jest przygotowana na rozstanie. Wyjątkiem są sytuacje, w których umieraniu towarzyszy ogromne cierpienie, a śmierć jest wyczekiwana i przyjęta z ulgą.

Profesjonalnej pomocy i wsparcia opiekunowie oczekują nie tylko w momencie świadczenia procesu opieki, ale również w okresie żałoby. Strata bliskiej osoby wiąże się z jednej strony z jej odejściem, zaś z drugiej

ze zmianami w zakresie własnego życia. Najtrudniejszy w życiu osób pozostających w żałobie jest pierwszy rok jej trwania, ponieważ ważne zdarzenia dzieją się po raz pierwszy bez zmarłego. U pogrążonych w żałobie pacjentów w starszym wieku dochodzi do zaostrzenia i szybszego przebiegu chorób przewlekłych. Wielu chorych w procesie żałoby, zwłaszcza tych z nieliczną rodziną i niewielkim wsparciem społecznym ma tendencje do cierpienia w milczeniu. Dopiero nasilenie się problemów somatycznych, emocjonalnych skłania ich do zgłoszenia się do lekarza. Sposobnością do wykrywania zagrożonych środowisk winny być domowe wizyty pielęgniarki środowiskowej, która to z racji swojej pracy pozostaje najbliższą pacjentowi. Szczególną jej troską winny być objęte osoby niedawno owdowiałe (*recently widowed*), samotnie zamieszkujące, w zaawansowanym wieku, niesprawne [10]. Zgodnie z zaleceniami WHO, jednym z podstawowych zadań opieki geriatrycznej na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej jest wczesne wykrywanie czynników ryzyka wpływających na upośledzenie zdolności osób starszych do samodzielnego życia oraz taki kierunek działań profilaktycznych i leczniczych, który zapobiegałyby narastaniu niesprawności tych osób od pomocy opiekunów czy też opieki instytucjonalnej [11].

Osoby starsze pozostające w żałobie muszą stawiać czoło nie tylko problemom zdrowotnym, ale również duchowym i egzystencjonalnym [12]. W tym okresie pacjent oczekuje bycia wysłuchanym. Obecność przy chorym i gotowość do słuchania to najwłaściwsza postawa wobec cierpiącej osoby. Ważnym i niezwykle trudnym zadaniem dla lekarza i pielęgniarki jest umiejętność komunikowania się z osobą w żałobie [13]. Należy pamiętać, że zdolności poznawcze osób w starszym wieku stopniowo ulegają osłabieniu. Proces uczenia się, jak i odtwarzania nowych informacji, tworzenia nowych strategii radzenia wymaga zwiększonego wysiłku. Osoby starsze mogą mieć trudności ze znajdowaniem słów. W poradni czy też w domu lekarz, pielęgniarka powinni uwzględniać dodatkowy wymiar czasu na zebranie wywiadu. Niepokojącym w ocenie stanu osoby pozostającej w żałobie mogą być zaburzenia w sferze poznawczej, np. odczuwanie obecności osoby zmarłej, brak zainteresowania sobą, zaś w sferze fizycznej, np. trudności w oddychaniu, suchość w jamie ustnej, uczucie ucisku w gardle i klatce piersiowej. Dolegliwości te mogą być wyrazem lęku lub depresji. Zaburzenia w sferze emocjonalnej mogą objawiać się zadawaniem pytań o sens dalszego życia.

W przewyciężaniu reakcji żałoby pomocne są pewne strategie komunikacji. Można pacjentom proponować pewne działania, sprzyjające

adaptacji do nowej fazy życia. Analiza dotychczasowych strategii radzenia z problemami czy stratą, jakie pacjent dotychczas stosował i określenie czy są one możliwe do zastosowania w aktualnej sytuacji. Pacjentów w okresie żałoby należy zachęcać do podtrzymywania kontaktów społecznych, bowiem łagodzą one stres i zapobiegają depresji.

Pielęgniarka powinna wspierać pacjentów pozostających w żałobie poprzez prowadzenie edukacji zdrowotnej w zakresie odżywiania, aktywności fizycznej i zapobiegania wypadkom. Istotne jest również poinformowanie osób starszych na temat reakcji, jakie mogą u nich wystąpić po śmierci chorego, jak zachować się w sytuacji pojawienia się nagłych emocji, jak radzić sobie z żalem po stracie wyrażanym przez dzieci, jak radzić sobie z reakcjami gniewu czy poczucia winy.

### Zasady wsparcia osób w żałobie [7]

- Pomóc osobie w żałobie w uświadomieniu straty, zachęcając do rozmowy o okolicznościach śmierci bliskiego, należy słuchać, nie przerywać i nie zmuszać tylko zachęcać.
- Pomóc w zaakceptowaniu i przeżywaniu bólu po stracie bliskiego, w wyrażaniu problematycznych uczuć, takich jak złość, poczucie winy, niepokój, bezradność.
- Pomóc w nauce życia bez zmarłego poprzez analizę ról, jakie zmarły odgrywał, decyzji, jakie podejmował. Po śmierci bliskiego osoba w żałobie może przejąć część tych ról, może podejmować decyzje, musi też wprowadzać własne zasady.
- Pomóc pacjentowi w emocjonalnym zdystansowaniu się, nieoznaczającym jednak zapomnienia zmarłego.
- Posługując się własnym autorytetem należy pacjenta zapewnić, że przeżycie żalu, żałoby, smutku wymaga czasu, poinformować, że mogą pojawić się chwile, kiedy te emocje szczególnie się nasilą.
- Pomóc pacjentowi zaakceptować indywidualność przeżywania podkreślając, że jest to proces jedynej, niepowtarzalny.
- Zapewnić dostępność wsparcia ze strony własnej albo innych służb.

### Podsumowanie

Śmierć człowieka, mimo, że jest naturalnym stanem, zawsze budzi wśród najbliższych traumatyczne przeżycia. Przeżywanie żałoby przez osoby w starszym wieku niejednokrotnie wymaga wsparcia ze strony ro-

dziny oraz profesjonalnej opieki. Wsparcie udzielane przez lekarza i pielęgniarkę pozwala monitorować pacjentów w starszym wieku w okresie żałoby oraz podejmować działania wpływające na poprawę ogólnego poziomu funkcjonowania i łagodzenia doznań.

## Piśmiennictwo

1. Halicka M., Pędich W.: Człowiek stary wobec śmierci – badania środowiskowe. *Gerontologia Polska*, 2000, 8 (2), 27–31.
2. Holmes T. H., Rahe R. H.: The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 1967, 14, 121–132.
3. Martikainen P., Valkonen T.: Mortality after the death of a spouse: rates and causes of death in a large Finnish cohort. *Am. J. Public Health*, 1996, 86, 1087–1093.
4. Baumann K.: Problemy aktów samobójczych wśród osób w starszym wieku. *Gerontologia Polska*, 2008, 16 (2), 80–88.
5. Bartlett D. P., Russell Koenigsberg M., Moll J. M.: Utrata bliskiej osoby i żałoba u osób starszych. [w:] *Geriatrya*, Pączek L., Niemczyk M. (red. wyd. polskiego). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2009, 71–87.
6. Szukalski P.: Wdowieństwo w starszym wieku w Polsce. *Gerontologia Polska*, 2006, 14 (2), 63–70.
7. Rogiewicz M., Buczkowski K.: Dorosły pacjent w żałobie po śmierci bliskiej osoby – rola lekarza rodzinnego. *Polska Medycyna Paliatywna*, 2006, 5 (1), 21–29.
8. Ogryzko-Wiewiórkowska M.: *Rodzina w obliczu śmierci*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 1992.
9. Kosmala K., Kłoszewska I.: Ocena wpływu zaburzeń zachowania z chorobą Alzheimera na samopoczucie ich opiekunów. *Rocznik Psychogeriatryczny*, 2003, 6, 39–49.
10. Doroszkiewicz H.: Rola pielęgniarstwa rodzinnego w opiece nad osobami starszymi. [w:] *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*, Kornatowska K., Muszalik M. (red.), Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007, 72–78.
11. WHO – Preventing disability in the elderly. WHO Report, Copenhagen 1982.
12. Ostrowska A.: *Śmierć i umieranie*. Wydawnictwo Almapress, Warszawa 1991.
13. Rabow M. W., Hauser J. M., Adams J.: Supporting family caregivers at the end of life: They don't know what they don't know. *JAMA* 2004, 291 (4), 483–491.
14. Halicka M.: Problemy rodziny w opiece nad człowiekiem starym niesprawnym. [w:] *Zostawić ślad na ziemi*, Halicka M., Halicki J. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006, 242–254.



Halina Kulik<sup>1</sup>, Iwona Loska<sup>1</sup>, Stanisława Dutkiewicz<sup>1</sup>

## Sytuacja społeczna i zdrowotna osób bezdomnych na terenie Katowic

*Bezdomni pragną nie tylko miejsca,  
w którym mogliby się schronić.  
Bezdomnym jest także i ten,  
kto nie czuje z nikim wspólnoty*

Matka Teresa z Kalkuty

### Wstęp

Tysiące osób – bez dachu nad głową to nie „masa” określana mianem „bezdomnych”, ale to każdy pojedynczy człowiek będący odrębną jednostką – indywidualnością.

*Jest noc. Cicha i spokojna, przynajmniej tutaj pod lasem. Być może ja również urodziłem się takiej właśnie nocy. Nie wiem. Wiem natomiast tyle, że było to 18 sierpnia 1973 r. w Katowicach, w średnio zamożnej rodzinie (...). Ojciec był kapitanem ówczesnej milicji, a matka pracowała w administracji. Patrząc na moje dzieciństwo, to był to mój pierwszy malutki dramat. (...) Zaczął pić. To odbiło się na naszej rodzinie. Pamiętam tylko niektóre, ale same nieprzyjemne sytuacje z tego okresu (...) – awantury były na porządku dziennym. Ojciec przykuwał matkę na cały dzień do kaloryfera. Kradzieże pieniędzy matce, a mnie – ze skarbonki. Bicie. Interwencje – jego kolegów po fachu. Wszystko to pamiętam wyrywkowo, ale pamiętam. Pamiętam również, chyba najbardziej, że miałem jeszcze sen, często się powtarzający – Ojciec przychodzi pijany do domu, a ja z matką uciekam balkonem z XII piętra. Nigdy nie dowiedziałem się jednak co było dalej, bo budziłem się z wrzaskiem, kiedy widziałem zbliżającą się trawę. Ja nic wtedy nie mogłem zrobić z tym wszystkim, bo oczywiście byłem za mały, ale*

---

<sup>1</sup> Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa, Wydział Opieki Zdrowotnej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

*już wtedy zniecierpliwiałem go za to wszystko, za nieprzychodzenie po mnie do przedszkola (...), za moją matkę, która pracowała całymi dniami, żebym miał co jeść i w co być ubrany, a on ją jeszcze okradał i przeżywała dantejskie sceny. (...) W piątym roku mojego życia matka wzięła rozwód. Mój ojciec musiał się wyprrowadzić. (...)*

*Zaczęły się klatki schodowe. Od wszystkich moich znajomych odizolowałem się w ogóle. Zostałem sam jak palec. Zaczęły się problemy z higieną i jedzeniem. Chodziłem po nocach po klatkach i szukałem choćby jakiegoś chleba. Zaznaczam, że wtedy w ogóle nie miałem pojęcia o tym życiu, jakie obecnie prowadzę. Nie znałem żadnych punktów pomocy. Nie znałem po prostu nic. Przez bite 2 miesiące. Najgorsze w moim życiu – staczałem się na same dno. Robiłem się coraz brudniejszy, głodniejszy i coraz bardziej zdesperowany [1].*

Trudno jest oszacować rzeczywistą liczbę bezdomnych przy użyciu rutynowych metod statystycznych. Niemniej jednak według oficjalnych danych Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce liczącej ponad 38 mln ludności – żyje prawie 0,5 mln ludzi bez dachu nad głową. Bezdomni osiedlają się przede wszystkim w wielkich miastach: Warszawie, Katowicach, Poznaniu, Lublinie czy Łodzi.

Bezdomność jest zjawiskiem społecznym dotyczącym coraz to większej liczby ludności. Pozostaje ona przedmiotem zainteresowań różnorodnych dyscyplin naukowych: socjologii, psychologii, pedagogiki społecznej, prawa, polityki społecznej czy kryminologii [2].

Definicje bezdomności będą zatem różne, w zależności od podmiotu zajmującego się problemem, jaki stanowi współcześnie bezdomność.

„Zjawisko bezdomności jest nieodłącznym elementem rzeczywistości społecznej, pojawia się niezależnie od form ustrojowo-politycznych, jednak zawsze ulega natężeniu w okresach kryzysu ekonomicznego, w okresach zmian systemowych. W Polsce zjawisko to nie było widoczne przed rokiem 1989, nie miało cech problemu społecznego, nie było dostrzegane jako kwestia społeczna. (...) Dopiero po 1990 roku bezdomność, jak i inne problemy społeczne (bezrobocie, ubóstwo), stała się bardziej widoczna, a raczej trudna do ukrycia” [3].

Postać bezdomnego „...starszego pana, mieszkającego pod mostem, na swoim wielkim płaszczu, grzejącego się z butelką przy ogniu, należy już do przeszłości, która nie ma nic wspólnego z dzisiejszym światem bezdomności”.

Współczesne określenie człowieka bezdomnego jest synonimem życia pełnego cierpienia oraz bólu, w którym codziennie walczy się o przetrwanie, jest się narażonym na śmierć z zimna oraz niedostatku.



W orientacji humanistycznej najważniejsze jest odniesienie się do stanu człowieka.

W tym ujęciu bezdomność można określić jako doświadczenie stanu braku dachu nad głową z jego konsekwencjami [4].

Konsekwencje te przybierają postać walki o przetrwanie, o znalezienie miejsca na nocleg, a często są to klatki schodowe, strychy, piwnice, dworce, pociągi, noclegownie, parki, kanały czy mieszkania znajomych.

Według A. Kotlarskiej-Michalskiej wyróżnia się przyczyny bezdomności natury społecznej, psychologicznej, prawnej i ekonomicznej.

Do **przyczyn społecznych** zalicza się:

- sytuację społeczno-ekonomiczną, której efektem jest bezrobocie oraz związana z tym likwidacja hoteli robotniczych,
- brak miejsc w szpitalach lub w zakładach opiekuńczych dla osób z zaburzeniami natury psychicznej czy też osób upośledzonych, które nie wymagają ciągłej hospitalizacji,
- brak miejsc dla rencistów, emerytów oraz ludzi starszych w domach pomocy społecznej,
- brak opieki nad wychowankami domów dziecka po ukończeniu osiemnastego roku życia i niezapewnienie im mieszkania,
- nikła sieć ośrodków dla osób zagrożonych wirusem HIV,
- inne przyczyny – związane z patologiami i chorobami to: alkoholizm, przestępczość, rozwody, trwałe rozkład więzi formalnych oraz nieformalnych, odrzucenie lub całkowity brak opieki ze strony najbliższej rodziny, porzucenie przez partnera życiowego, choroba psychiczna czy też psychopatia partnera życiowego oraz alkoholizm współmałżonka lub partnera – w przypadku kobiet.

„Przyczyny psychologiczne bezdomności są wbrew temu, co się powszechnie uważa, bardziej złożone i nadal nie rozpoznane, dlatego też w dotychczasowych oznakach bezdomności za przyczyny psychologiczne uważa się tylko te, które wiązały się z osobistym wyborem osoby bezdomnej”. Na przyczyny natury psychologicznej składa się niewątpliwie:

- świadomy wybór innego sposobu życia i odmiennego systemu wartości (typ wiecznego wędrowca, tułacza),
- nieumiejętność ułożenia sobie prywatnego, rodzinnego i towarzyskiego życia na skutek bariery osobowościowej, a zatem:
  - nieumiejętność zaspakajania własnych potrzeb psychicznych,
  - niewłaściwie ukształtowane postawy,

- brak wykształconych mechanizmów obronnych,
- nieprawdziwy, negatywny obraz samego siebie,
- nieumiejętność przystosowywania się do zmieniających się warunków otoczenia,
- zbyt surowe i negatywne patrzenie na własną wartość.
- w przypadku kobiet:
  - ucieczka od nieakceptowanego męża lub partnera,
  - ucieczka przed poniżaniem oraz przemocą fizyczną,
  - brak poczucia bezpieczeństwa.
- poczucie niższości wobec innych osób,
- postawa wycofania się,
- poczucie bezsensu życia,
- nieumiejętność kompensacji potrzeb,
- lęk przed samodzielnym decydowaniem o własnym losie,
- głęboka deprivacja potrzeb.

Do **przyczyn natury prawnej** zalicza się:

- możliwość wymeldowania donikąd,
- eksmisja związana z niepłaceniem czynszu,
- brak możliwości podjęcia pracy bez wymaganych dokumentów,
- brak możliwości powrotu do dawnego miejsca zamieszkania,
- brak możliwości wyegzekwowania własnych praw lokatorskich po wyrzuceniu z mieszkania – dotyczy to osób żyjących w luźnych związkach (brak meldunku).

**Ekonomiczne podłoże bezdomności** – a zatem ubóstwo – dotyczy zwłaszcza osób zwalnianych z zakładów karnych, którzy nie mogą znaleźć zatrudnienia. Problem ten dotyczy również bezdomnych cudzoziemców, uciekinierów politycznych i ekonomicznych [5].

Przyczyny bezdomności są bardzo różnorodne i złożone, natomiast regułą jest występowanie swoistego dla każdego przypadku zestawu, przeważnie ze sobą powiązanych, kilku czy kilkunastu przyczyn i uwarunkowań.

Analizując literaturę dotyczącą skutków bezdomności łatwo można stwierdzić, że zazwyczaj dotyczą one znacznych kosztów materialnych związanych z utrzymaniem służb trudniących się obsługą bezdomnych oraz zajmujących się ich problemami, jak również negatywnych skutków społeczno-psychologiczno-zdrowotnych dotyczących konkretnego człowieka, a zwłaszcza jego wyobcowania ze społeczeństwa, uzależnienia od innych, rozpadu życia rodzinnego, zakłóceń w postrzeganiu siebie, rzeczywistości oraz nagromadzenia zjawisk patologicznych [6].

Autorzy zwracają uwagę na fakt, że „skutki bezdomności są odczuwane nie tylko przez same osoby bezdomne, ich rodziny, ale także przez społeczności lokalne” [7].

Konsekwencją bezdomności jest także obserwowana „niewrażliwość na upływ czasu”. Dla ludzi bezdomnych przyszłość wydaje się zamglona, niepewna, bez żadnych punktów odniesienia. W rezultacie życie bezdomnych pozbawione jest elementów planowania przyszłych zdarzeń. Wypływa stąd między innymi nieosiąganie sukcesów tam, gdzie warunkiem niezbędnym powodzenia, przedsięwzięcia jest konsekwencja i determinacja, np. w osiągnięciu wykształcenia [8]. Zakładając, iż dobre warunki materialne sprzyjają zachowaniu i utrzymaniu zdrowia, zaś szeroko rozumiana bieda oraz bezdomność współwystępują z chorobami i wysoką umieralnością, należałoby zwrócić uwagę na styl życia ludzi bezdomnych i szukać sposobów skutecznej profilaktyki.

Styl życia charakterystyczny dla ludzi bezdomnych określany jest jako „styl zdominowany przez ubóstwo”, „styl życia społecznie i kulturowo zaniedbanych”, czy „styl życia w sytuacji ograniczonych wyborów”. Niski status społeczny, niskie dochody, „gettyzacja biedy”, czyli tendencje do grupowego zamieszkiwania ludzi biednych i bezdomnych w określonych miejscach niewątpliwie mają istotny wpływ na odcięcie się od powszechnie obowiązujących wzorców kulturowych i ustalonego „porządku społecznego” [9].

Ludzie bezdomni nie mają możliwości racjonalnego odżywiania się. Ich posiłki oraz dieta zależne są od godzin otwarcia stołówek czy miejskich jadłodajni – nie można zatem mówić tutaj o regularności i ubogaceniu diety w składniki sprzyjające zachowaniu norm zdrowego odżywiania się. Nie można też mówić o spożywaniu odpowiedniej ilości posiłków dziennie, choć nieraz zastąpić je mają resztki pożywienia znalezione na wysypiskach śmieci.

W środowisku „ulicy” choroba jest sytuacją, którą niejako wlicza się w codzienność, choć dla nielicznych jest złym losem, pechem czy zaskoczeniem. Niejednokrotnie biedni chcą oszukać los i „udają”, że choroby nie ma, nie wykupują recept, a w większości przypadków w ogóle nie chodzą do lekarza.

Obok chorób natury fizycznej bezdomni uskarżają się na zaburzenia psychiczne, tj.: lęk, przygnębienie czy agresja. Można zaobserwować następujące źródła permanentnego stresu, a co z tym się wiąże także źródła różnych chorób lub niedomagań psychicznych. Źródłami tymi są traumatyzujące doświadczenia z przeszłości i zagrażająca pod każdym

względem teraźniejszość, która jednocześnie stanowi źródło lęku o przyszłość [10].

Wśród osób bezdomnych zaobserwować można poważne problemy związane z moralnością i wynikające z tego konsekwencje w postaci chorób cywilizacyjnych. Raporty „The World Health Organization” zwracają uwagę na coraz liczniejszą grupę bezdomnych nosicieli wirusa HIV.

Analizując zachowania antyzdrowotne, czyli takie, które w sposób bezpośredni lub pośredni wpływają na pogorszenie stanu zdrowia, a które często mają miejsce w stylu życia bezdomnych, zauważyć można pewne prawidłowości, np. w strukturze palenia związane z przynależnością społeczno-zawodową. Najczęściej palą papierosy robotnicy wykwalifikowani (60%), nieco rzadziej niewykwalifikowani (51%) oraz bezrobotni i bezdomni (53%). Palenie zaś stanowi przyczynę różnych schorzeń, z powodu których bardzo często giną palacze, a zatem i bezdomni. Są nimi: rak płuc, zawał mięśnia sercowego, choroba niedokrwienna serca, choroby naczyń obwodowych, przewlekła obturacyjna choroba płuc i tętniaki aorty. Paleniu można przypisać aż 85% przypadków zgonów z powodu raka płuc, chronicznej zaporowej choroby płuc oraz tętniaka aorty, a także 25% przypadków niedokrwiennnej choroby serca. Nadużywanie alkoholu wpływa ujemnie na cały organizm, stwarza ryzyko miokardiopatii i zaburzeń rytmu. Wysokie ryzyko nagłego zgonu osób uzależnionych od alkoholu często jest konsekwencją zaburzeń rytmu serca. Niewydolność krążenia, nadciśnienie, uszkodzenie mięśnia sercowego, to dodatkowe zaburzenia. Często uszkodzona przez alkohol bywa wątroba, w której ogniskuje się jego metabolizm. Powoduje to takie zmiany, jak: stłuszczenie, zapalenie i marskość, uszkodzenie regulacji cukru we krwi [11].

## Cel badań

Problematyka bezdomności najczęściej skupia uwagę badaczy wokół jej przyczyn, skutków i aspektów psychologicznych. W literaturze socjologicznej oraz psychologicznej znaleźć można liczne próby opisów cech bezdomnych oraz stylu ich życia. Zdecydowanie rzadziej pojawia się analiza bezdomności w perspektywie zdrowia oraz jego zagrożeń.

Głównym celem podjętych badań była próba uzyskania informacji na temat sytuacji zdrowotnej ludzi bezdomnych na terenie miasta Katowice.

Tak postawiony globalny cel badania został uszczegółowiony w postaci następujących celów szczegółowych. Są nimi:

1. ustalenie przyczyn bezdomności z uwzględnieniem sytuacji rodzinnej i społecznej,
2. ocena stosunku osób bezdomnych do sytuacji „nie posiadania dachu nad głową i braku pracy”,
3. ocena stanu zdrowia osób bezdomnych oraz ich problemów zdrowotnych,
4. ukazanie sposobów zaspakajania podstawowych potrzeb życiowych,
5. zebranie opinii dotyczących organizacji i funkcjonowania opieki zdrowotnej nad bezdomnymi.

### **Materiał i metoda**

W badaniach posłużono się metodą sondażową, wykorzystując kwestionariusz ankiety jako narzędzie badawcze, uzupełniany wywiadem swobodnym.

Badaniami objęto ponad stuosobową grupę bezdomnych przebywających lub zgłaszających się do ośrodków udzielających im pomocy:

Domu Noclegowym MOPS	– 37 osób,
Miejskiej Stacji Pomocy Caritas	– 19 osób,
Hotelu Pomocy Społecznej	– 6 osób,
ogrzewalni św. Brata Alberta	– 10 osób,
jadłodajni MOPS przy	– 11 osób,
jadłodajni Sióstr Służebniczek NMP	– 10 osób,
węzłach ciepłowniczych	– 2 osoby,
oraz na spotkaniach modlitewnych dla bezdomnych	– 11 osób.

Ogółem przebadano 106 osób. Ze względu na niekompletność danych, dalszej analizie poddano materiał dotyczący 100 osób.

### **Charakterystyka badanej zbiorowości**

Wśród respondentów było 13 kobiet i 87 mężczyzn, w tym przeważającą grupę stanowili mężczyźni w wieku 41–60 lat. Dokładniejsze dane liczbowe i procentowe uwzględniające zależność wieku i płci badanych zilustrowano w tabeli 1. Z analizy danych dotyczących stanu cywilnego wynika, że rozwiedzionych było – 42 osoby, stanu wolnego – 41, wdowców i wdów – 7, żyjących w separacji – 1 oraz pozostających w związkach małżeńskich uregulowanych – 6 i nieuregulowanych – 3 osoby.

**Tabela 1. Wiek i płeć badanych**

Wiek	Mężczyźni		Kobiety		Ogółem %
	liczba	%	liczba	%	
do 15 lat	–	–	–	–	–
16–25	6	7	3	23	9
26–30	5	6	1	8	6
31–40	15	17	2	15	17
41–50	29	33	3	23	32
51–60	24	28	3	23	27
61–65	5	6	–	–	5
65 i więcej	3	3	1	8	4
Ogólna liczba badanych	87	100	13	100	100

Źródło: obliczenia własne

### Sytuacja społeczna badanych

Według respondentów na bezdomność wpłynęły w ich przypadku różnorodne czynniki, np.:

- wymeldowanie „do nikąd” – 38% badanych,
- nieporozumienia małżeńskie i rodzinne – 34%,
- alkoholizm – 24%,
- wyprowadzenie z własnej inicjatywy – 16%
- przemoc w rodzinie – 7%,
- długotrwała nieobecność spowodowana pobytem w zakładzie karnym – 4%,
- bezrobocie – 3%
- likwidacja hotelu robotniczego – 3%
- zaległe opłaty czynszowe – 2%
- rozwód – 1%
- likwidacja budynku – 1%
- długotrwała nieobecność spowodowana pobytem za granicą – 1%,
- hazard – 1% badanych.

Sytuacja mieszkaniowa respondentów przed zaistnieniem problemu bezdomności przedstawiała się następująco:

- w 17% bezdomni mieszkali ze współmałżonkiem,
- w 4% – tylko z dziećmi,

- w 20% – ze współmałżonkiem i dziećmi,
- w 18% z rodzicami,
- samodzielnie – 25%.

Niewielka liczba badanych zamieszkiwała wspólnie z innymi osobami:

- przyjaciółmi, znajomymi – 3%,
- w konkubinacie – 3%,
- z matką – 2%,
- z ojcem, bratem, teściową po – 1%.

Na pytanie, „Jak ankietyowani oceniają sytuację materialną swojej rodziny?” – 40% stwierdziło, że „w zasadzie starczało pieniędzy”, 30% – że wystarczało jedynie na zaspokojenie podstawowych potrzeb, 8% – że panowała skrajna bieda, a 22% podkreśla, iż wystarczało pieniędzy na wszystko.

Analizując strukturę rodzin, z których wywodzą się ankietyowani zauważono, że większość badanych (61 osób) wychowywała się w rodzinach pełnych, a 22 osoby w rodzinach niepełnych, gdzie jedynym opiekunem był ojciec lub matka. W rodzinie innych osób (obcych) wzrastało pięciu badanych, a poza rodziną (w różnych placówkach, ośrodkach i domach dziecka) – siedmiu respondentów. Znaczna część ankietyowanych (33 osoby) pochodzi z rodzin wielodzietnych (powyżej troje dzieci).

Spośród ogółu respondentów, 79% – ocenia zaradność życiową swoich rodziców i opiekunów pozytywnie. Pozostałe 21% – kwestionuje postawę zaradności swoich rodziców czy opiekunów. Jednocześnie 74% badanych stwierdza, że rodzice i opiekunowie nauczyli ich zaradności życiowej.

Na pytanie: „Jak ocenia Pan/i zachowania rodziców (opiekunów) w sytuacjach trudnych?” – ponad połowa respondentów (62 osoby) stwierdziła, że opiekunowie podejmowali skuteczne próby przewycięzania sytuacji trudnych, 8 osób stwierdziło, że najczęściej rodzice pozostawiali losowi rozwiązanie różnych problemów, a 17 respondentów stwierdziło, że opiekunowie podejmowali próby przewycięzania trudnych sytuacji, ale bez odnoszenia skutków.

Aż 78 osób stwierdza, że w ich rodzinach nie nadużywano alkoholu. Tylko w 10 przypadkach rodzina wchodziła w konflikt z prawem.

Połowa ankietyowanych (46 osób), oceniała stosunki panujące między rodzicami (opiekunami) pozytywnie podkreślając, że opiekunowie kochali się i okazywali sobie uczucia.

Zdecydowana większość badanych (80%) podkreślała, że dom i rodzina stanowią dla nich dużą wartość, 12% stwierdziło, że nie potrzebują domu i rodziny. Dla zobrazowania tego zagadnienia warto przytoczyć bezpośrednie wypowiedzi respondentów:

- *Założę rodzinę dopiero wtedy, gdy będę w stanie samotnie ją utrzymać.*
- *Po tym co mi zrobił ojciec, nie potrzebuję już jego litości i domu.*
- *Dom i rodzina są dla mnie wartością nadrzędną samą w sobie.*
- *Dom i rodzina jest dla mnie wartością, ale nie taką jak mój rodzinny.*
- *Chciałbym mieć dom i rodzinę.*

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na fakt, że 51% ankietowanych nie chce wrócić do domu, 27% – zdecydowanie tak, a 2% – jest niezdecydowanych.

Na pytanie: Jak często Pan/i spożywał alkohol przed zaistnieniem sytuacji bezdomności – 9% badanych odpowiadało, że codziennie, 21% – często, 58% – sporadycznie,

W chwili obecnej ponad połowa badanych (56%) podaje, iż spożywa alkohol w „drobnych ilościach”, 12% – przyznaje się do nadużywania alkoholu i jest świadomych choroby alkoholowej. Badani wskazywali na spożywanie alkoholi konsumpcyjnych, przemysłowych oraz różnych „wynalazków”.

Aż 39% ankietowanych potwierdza istnienie w ich przypadku (obecnie lub w przeszłości) konfliktu z prawem. Wśród nich pozostają osoby karane:

- czterokrotnie – 3% ankietowanych,
- trzykrotnie – 4%,
- dwukrotnie – 6%,
- jeden raz – 16% badanych,
- 1% stwierdza, że wiele razy byli karani wyrokiem sądowym,
- 9% ankietowanych podaje fakt karalności, ale nie zaznacza, ile razy to już nastąpiło.

Prawie 44% badanych spożywa codziennie 3 posiłki, 34% – 2 posiłki, 15% – 1 posiłek, a 11% zauważa, że bywają dni, w których nie mają nic w ustach. Jedna osoba podkreśliła, że spożywa dziennie co najmniej 6 posiłków.

Respondenci najczęściej zaspokajają potrzeby związane z żywieniem w następujących miejscach:

- jadłodajniach miejskich – 36%,
- kościołach parafialnych – 32%,
- w klasztorach – 23%,



- u znajomych i krewnych – 16%,
- zbiera żywność na śmietnikach – 9%,
- MOPS – 14%,
- żywi się samodzielnie – 11%.

Zdecydowana większość badanych (86%) stwierdza, że ma codziennie możliwość zaspokojenia potrzeb natury higienicznej, 14% – stwierdza, że nie ma takiej możliwości. Wśród osób potwierdzających możliwość zaspokojenia potrzeb higienicznych – 36% wskazuje na Domy Noclegowe; 8% na ośrodki Caritas; 5% – Hotele Pomocy Społecznej, pozostali wskazują na inne miejsca: ogrzewalnie, łaźnie, akademiki, itp. W tych też miejscach badani najczęściej spędzają noc. Około 1/3 badanych w okresie letnim wybiera parki, opustoszałe budynki lub inne miejsca.

### Wybrane problemy zdrowotne

Połowa badanych ocenia stan swojego zdrowia w kategoriach pozytywnych, w tym:

- 21% ankietowanych oceniło stan swojego zdrowia jako zdecydowanie zadowalający,
- 31% raczej zadowalający,
- 33% – raczej niezadowalający,
- 15% – zdecydowanie niezadowalający

Warto w tym miejscu dodać, że aż 28% respondentów miało przyznaną grupę inwalidzką. Badani wskazywali na występowanie u nich następujących chorób:

- nadciśnienie tętnicze – 18% respondentów,
- problemy dermatologiczne – 9%,
- cukrzyca – 8%,
- gruźlica – 7%,
- choroba niedokrwienna serca – 6%,
- astma – 4%,
- skoliozy – 3%,
- choroba wrzodowa żołądka – 2%,
- AIDS – 1%,
- inne – padaczka, alkoholizm, dyskopatia, miażdżyca, nerwica, zapalenie płuc, zapalenie nerek, itp. (tabela 2).

Warto też zwrócić uwagę na fakt, że 5% badanych wskazała na fakt zakażenia wirusem HBS, AIDS, gronkowcem, a 39% była poddana zabiegowi chirurgicznemu: usunięcia wyrostka robaczkowego, z powodu choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy, przepukliny, zadzierzgnięcia

**Tabela 2. Choroby występujące u osób bezdomnych**

Jednostka chorobowa	Procent badanych
nadciśnienie tętnicze	18
cukrzyca	8
gruźlica	7
choroba niedokrwienna serca	6
astma	4
skolioza	3
choroba wrzodowa żołądka	2
AIDS	1
padaczka	.
dyskopatia	.
alkoholizm	.
zapalenie nerek	.
gronkowiec	.
zapalenie płuc	.
miażdżyca	.

Źródło: obliczenia własne

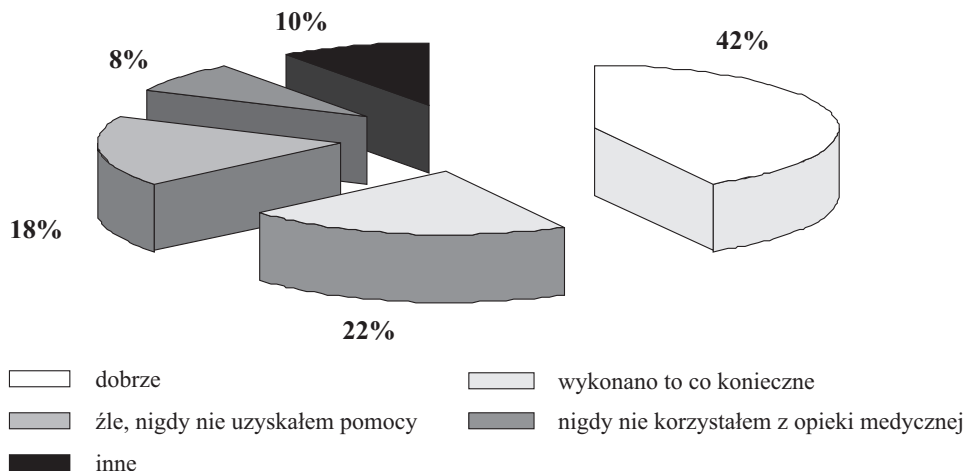
jelita, usunięcia jajników, abrazyj, amputacji kończyny, z powodu złamania kończyny.

Prawie 1/3 badanych zażywa leki. Są to najczęściej: środki przeciwbólowe, przeciwreumatyczne, obniżające ciśnienie tętnicze krwi, środki nasercowe, insulina, leki p/skurczowe i antyalergiczne. Źródłem finansowania leków jest najczęściej: renta, emerytura, zbieractwo.

Ponad połowa respondentów (57%) uznaje, że ich obecny stan zdrowia kwalifikuje ich do leczenia szpitalnego.

Dokonując oceny systemu opieki zdrowotnej i dostępności opieki dla bezdomnych, uzyskano następujące kategorie:

- 42% badanych – ocenia używając określenia „dobrze”
- 22% – stwierdza, że wykonano u nich tylko to, co niezbędne i odesłano na ulicę
- 18% – ocenia używając określenia „źle” lub „bardzo źle” – uzupełniając komentarzem, że nigdy nie uzyskali odpowiedniej pomocy (ryc. 1).

**Ryc. 1. Ocena opieki zdrowotnej przez osoby bezdomne**

Źródło: obliczenia własne

Jednocześnie ponad 85% respondentów podaje, że była hospitalizowana w okresie od ok. kilku dni temu – do 10 lat temu.

### Autoportret psychospołeczny badanych

Z literatury przedmiotu wynika, że świat emocjonalny osób bezdomnych charakteryzuje się trzema trwałymi odczuciami:

- poczuciem osamotnienia,
- poczuciem niższości,
- poczuciem wstydu.

Poczucie osamotnienia jest dominującym uczuciem, na jakie wskazują ankietowani – 39% badanych. Ponadto respondenci wymieniali:

- uczucie wewnętrznej pustki – 28%,
- załamania – 28%,
- złości – 26%,
- ograniczenia – 19%,
- obojętności – 18%,
- wycofania – 11%,
- beznadziei, apatii, walki, przegranej lub niemocy po – 1%.

Większość badanych (64%) nie ma poczucia niższości. Pozostali wskazywali na ten fakt. Warto w tym miejscu zacytować bezpośrednio wypowiedzi respondentów:

- *Nie, chociaż sytuacja moja jest beznadziejna – brak mieszkania i niski dochód – 418 zł miesięcznie.*
- *Nie, mam wręcz manię wyższości*
- *Tak, z powodu bezdomności.*
- *Tak – z powodu tego, że porzuciłam dzieci.*
- *Tak, pracownik socjalny nic nie robi w tym kierunku, ażeby pomóc, tylko wręcz dołuje.*
- *Tak, ponieważ nie pracuję i nie mam swojego domu.*

Osoby badane aż w 63% sygnalizowały obecność poczucia wstydu.

Respondenci wstydzi się:

- wyglądu zewnętrznego – 14% ankietowanych,
- tego, że są kojarzeni z grupą osób bezdomnych, zmarginalizowanych – 41%,
- że mieszkają na ulicy – 19% badanych.

Warto również w tym miejscu podać kilka charakterystycznych wypowiedzi.

- *Tak, tego, że muszę wszędzie przedstawiać moją separację z mężem, tego, że jest alkoholikiem, opowiadanie kolejny raz o doznanych krzywdach jest intrygujące. Czasami słuchać, że jestem wszystkiemu winna, bo mam dużo dzieci.*
- *Tak – niemocy.*
- *Tak, czasem swej nerwowości.*
- *Tak, myślę, że wstyd jest potrzebny na przykład w życiu człowieka jako moralność każdego człowieka.*

Około 1/3 badanych sygnalizuje różne obawy i sytuacje, w których się one pojawiają. Dotyczą one najczęściej:

- przyszłości,
- sytuacji, w której pogorszy się ich stan zdrowia,
- nocą,
- gdy sprawy idą gorzej niż zwykle.

Warto też zwrócić uwagę na fakt, że aż 43% badanych ocenia świat jako niesprawiedliwy, 32% respondentów stwierdza, że lubią wszystkich ludzi, 27% – ocenia ludzi jako egoistów, 17% jako złych, a 2% badanych uważa, że nie lubią innych ludzi.

Aż 43% ankietowanych jest przekonanych, że społeczeństwo ich odrzuca i odsuwa na bok, 33% badanych uważa, że ludzie w ogóle nie rozumieją bezdomnych. Jednocześnie 29% stwierdza, że ludzie starają się im pomóc w różny sposób.

## Wnioski

1. Postęp cywilizacyjny obserwowany na przełomie XX i XXI wieku niesie ze sobą wiele osiągnięć ułatwiających życie jednostkom i całym społeczeństwom. Zachodzącym przemianom towarzyszy jednak cały szereg zjawisk określanых mianem „społecznego cierpienia”, czy „patologii społecznych”, do których bez wątplenia należy – bezdomność.

2. Każda sytuacja bycia bez dachu nad głową znajduje swoje źródło w przesłankach natury społecznej, psychologicznej, prawnej i w różnego rodzaju patologiach. Stając wobec problemu bezdomności konieczne jest tworzenie placówek i ośrodków sprzyjających resocjalizacji osób bezdomnych, gdzie należałoby udzielać aktywnej pomocy psychologicznej, prawnej i socjalnej. Celowe jest powoływanie Zespołów Interwencyjnych złożonych z lekarza, pielęgniarki, psychologa i socjologa, które zajęłyby się udzielaniem doraźnej pomocy osobom bez dachu nad głową. Bardziej wskazane z punktu widzenia jednostkowego i społecznego byłyby jednak działania profilaktyczne.

3. Bezdomność i związane z nią warunki życia predysponują do występowania różnego rodzaju schorzeń. Są nimi:

- choroby zakaźne i niezakaźne skóry związane głównie z brakiem higieny, np. świerzp, łuszczyca, grzybica, choroby bakteryjne i wirusowe
- choroby układy krążenia,
- choroby układu oddechowego,
- gruźlica płucna lub wielonarządowa,
- choroby reumatyczne.

4. Ponadto istnieje duże ryzyko występowania chorób przenoszonych drogą płciową, np. AIDS, kiła, rzeżączka, ziarniniak weneryczny, wszawica łonowa czy kłykciny kończyste. Wiąże się to z nieuregulowanym życiem małżeńskim i moralnym.

5. Zimą osoby bezdomne narażone są na odmrożenia, co związane jest z przebywaniem na ulicach, dworcach, ogródkach działkowych i w innych miejscach, gdzie osoby te nie mają zapewnionych odpowiednich warunków bytowych i zdrowotnych.

6. Organizowanie pomocy bezdomnym jest jednym z trudniejszych wyzwań polityki społecznej państwa. Wszyscy bezdomni powinni być objęci pomocą, w stosownej dla nich formie, ale nie bezwarunkowo.

## Zamiast zakończenia

„Nie zatwardzajmy serc, gdy słyszymy »krzyk biednych«. Starajmy się usłyszeć to wołanie. Starajmy się tak postępować i tak żyć, by nikomu w naszej Ojczyźnie nie brakło dachu nad głową i chleba na stole, by nikt nie czuł się samotny, pozostawiony bez opieki.”

Jan Paweł II

## Piśmiennictwo

1. Fragment listu trzydziestokilkuletniego bezdomnego. [w:] archiwum autorek.
2. Nowak A., Wysocka E.: Bezdomność – sposoby definiowania, kategorie, przyczyny, problemy w funkcjonowaniu psychospołecznym. [w:] Nowak A., Wysocka E. (red.) Problemy i zagrożenia społeczne we współczesnym świecie, „Śląsk”, Katowice 2001, 222.
3. Kotlarska-Michalska A.: Psychospołeczne aspekty bezdomności [w:] Miluska J. (red.) Psychologia. Rozwiązywanie problemów społecznych. Wybrane zagadnienia, Poznań 1998, 239–240.
4. Piekut-Brodzka D. M.: O bezdomnych i bezdomności: aspekty fenomenologiczne, etiologiczne i terapeutyczne. Chrześcijańska Akademia Teologiczna, Warszawa 2000, 32.
5. Kotlarska-Michalska A.: Psychospołeczne aspekty bezdomności. Dz. cyt. s. 240–257.
6. Nowak A., Wysocka E.: Bezdomność – sposoby definiowania, kategorie, przyczyny, problemy w funkcjonowaniu psychospołecznym. Dz. cyt. s. 226
7. Mądry L.: Problemy bezdomności w mieście wysokouprzemysłowionym [w:] Dobrowolski P. (red.) Ubodzy i bezdomni, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1998, 48.
8. Wódz K.: W kręgu ubóstwa. „Śląsk”, Katowice 1993, 25.
9. Wszęderówny M.: Zachowania zdrowotne w warunkach biedy [w:] Barański J., Piątkowski W. (red.) Zdrowie i choroba, Wrocław 2002, 228.
10. Palska H.: Ubodzy o chorobach i praktykach higienicznych. Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna 2000, 7 (18), 97–132.
11. Taranowicz L., Majchrowska A., Kawczyńska-Butrym Z.: Elementy socjologii dla pielęgniarek. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2000, 196.

Katarzyna Van Damme-Ostapowicz<sup>1</sup>, Karolina Szpakowska-Żurawska<sup>2</sup>,  
Justyna Sarosiek<sup>2</sup>, Emilia Rozwadowska<sup>1</sup>, Arkadiusz Żurawski<sup>2</sup>,  
Elżbieta Krajewska-Kułał<sup>1</sup>

## Malaria

### Wstęp

Malaria należy prawdopodobnie do jednej z najstarszych chorób człowieka. Jest najczęstszą chorobą rasy ludzkiej w skali globu [1]. Chorobowość i znaczna śmiertelność powodowane malarią w ciągu wieków wywarły niemały wpływ na rozwój społeczeństw wielu krajów, zwłaszcza położonych w klimacie ciepłym [2, 3, 4].

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia, na świecie szacuje się rocznie od 300 do 500 mln przypadków nowych zachorowań na malarię w krajach tropikalnych, a około 10 tysięcy podróżujących choruje na malarię po powrocie do kraju. Większość z nich jest wywoływana przez *Plasmodium falciparum* i *Plasmodium vivax*. Każdego roku malaria tropikalna (ang. *falciparum malaria*) powoduje bezpośrednio ponad milion zgonów. Do tej liczby należy dodać znaczącą liczbę zgonów pośrednio zależnych od tej choroby, występujących głównie u małych dzieci i ciężarnych, a związanych z innymi chorobami występującymi synergistycznie z malarią, a także z niską wagą urodzeniową i poronieniami samoistnymi. Oprócz więc innych przyczyn niedokrwistości, jak niedobory żywieniowe, HIV, zarażenie tęgorojcem, głęboka anemia spowodowana malarią powoduje rocznie 974 000 zgonów dzieci do 5 lat. Sumarycznie liczbę zgonów spowodowanych malarią zarówno dzieci, jak i osób dorosłych oblicza się na świecie na 1,5–2,7 mln każdego

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>2</sup> Koło Naukowe Tropik, Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

roku. Około 60% wszystkich światowych przypadków malarii, około 75% przypadków choroby powodowanej przez *Plasmodium falciparum* i ponad 80% wszystkich zgonów z powodu malarii występuje w Afryce na południe od Sahary. *Plasmodium falciparum* jest sprawcą ogromnej większości zarażeń w tym regionie i przyczyną około 18% zgonów dzieci do 5. roku życia. Innymi słowy, zimnica jest odpowiedzialna za 1/5 zgonów dzieci w Afryce [1].

Na zachorowanie najbardziej narażone są dzieci do 5. roku życia i kobiety ciężarne mieszkające na terenach endemicznych dla malarii oraz osoby nieodporne (nie posiadające swoistych przeciwciał), podróżujące z Europy, Ameryki Północnej i Australii do krajów endemicznego lub epidemicznego występowania malarii [1].

Tak znaczna rozpiętość w statystycznej ocenie częstości występowania tej zagrażającej życiu jednostki chorobowej w krajach tropikalnych wynika z faktu braku lub utrudnionego dostępu do fachowej opieki medycznej, niedopracowanego systemu rejestracji i zgłaszalności przypadków malarii oraz trudności w jej poprawnym rozpoznawaniu [2].

## Rozwinięcie

Malaria to jeden z trzech najpoważniejszych problemów zdrowia publicznego na świecie, obok HIV/AIDS oraz gruźlicy. Spośród chorób zakaźnych zawlekanych do Polski to schorzenie jest coraz częstsze i nadal śmiertelnie niebezpieczne. Ocenia się, iż aktualnie 40–45% ludności kuli ziemskiej (w tym ponad 40% dzieci) żyje na terenach endemicznych malarii.

Wprowadzone w ostatnim czasie nowoczesne techniki molekularne doprowadziły do szybkiego rozwoju genetyki i nauki o ewolucji. Pozwalają one zrekonstruować, z dużym prawdopodobieństwem, ewolucyjny rozwój pasożyta malarii i jego relacji z przenosicielem [1, 2].

Obecnie wiąże się pochodzenie *Plasmodium* od wolno żyjących, zawierających chlorofil pierwotniaków, które zaadaptowały się do przewodu pokarmowego wodnych bezkręgowców (około 500 milionów lat temu). Początkowo rozmnażające się płciowo premalaryczne pasożyty na pewnym etapie ewolucji nabyły zdolności mnożenia się bezpłciowego i wewnątrzkomórkowego, które znacznie zwiększyły ich zdolności rozrodcze. Z czasem, mniej więcej 130 milionów lat temu, premalaryczne pasożyty przyjęły heterokseniczny cykl życiowy, obejmujący dwa rodzaje żywicieli: lądowe kręgowce i odżywiający się ich krwią owady dwuskrzydłe. Wów-



czas prawdopodobnie nastąpił podział na plasmodia bytujące u ptaków i u ssaków [1].

*Plasmodium falciparum* jest blisko spokrewniony z *Plasmodium reichenowi* występujący u szympansov. Oba te gatunki wywodzą się raczej z praplasmodiów występujących u ptaków, aniżeli z praplasmodiów bytujących u ssaków. Oddzielenie tych dwóch gatunków od siebie nastąpiło prawdopodobnie 4–10 milionów lat temu, to jest mniej więcej w czasie, kiedy człowiek pierwotny wyewoluował z afrykańskich naczelných. Natomiast *Plasmodium malariae*, *Plasmodium ovale* i *Plasmodium vivax* wywodzą się od pasożytów bytujących u ssaków około 100 milionów lat temu. *Plasmodium ovale* jest ewolucyjnie „najprostszy” i występuje obecnie tylko u człowieka. *Plasmodium malariae* występuje do dzisiaj nie tylko u człowieka, ale również u szympansov zachodniej Afryki, a jego – morfologicznie nie do odróżnienia – bliski krewny *Plasmodium brazilianum*, występuje u małp Nowego Świata. *Plasmodium vivax* należy, podobnie jak *Plasmodium cynomolgi*, do większej grupy plasmodiów występujących u małp. Rozdział *Plasmodium vivax* i *Plasmodium cynomolgi* nastąpił prawdopodobnie 2–3 miliony lat temu [1].

Warto zwrócić uwagę, że najnowszy gatunek tego pierwotniaka – *Plasmodium knowlesi* (nie nadano mu jeszcze polskiej nazwy), do tej pory występujący tylko u małp człekokształtných, ostatnio zaczął się szerzyć w Tajlandii i Malezji, gdzie odnotowano już pierwsze ofiary śmiertelne wśród ludzi [5, 6].

Nie ulega wątpliwości, że rozwojowi pasożytów rodzaju *Plasmodium* u człowieka sprzyjały: cieplejsza era polodowcowa, neolityczna rewolucja agrarna (około 8 000 lat temu w Turcji i Iraku, 4 000–5 000 lat temu w Afryce), tworzenie osiadłych rolniczych osad ludzkich na terenach po deforestacji, zbliżeniu komarów rodzaju *Anopheles* do siedzib ludzkich, związanego z powstawaniem małych przydomowych zbiorników wodnych. Równocześnie wzrastała w Afryce antropofilność komarów, która obecnie wynosi 80–100%. W Azji, gdzie udomowienie zwierząt i ich obecność w pobliżu ludzi było wcześniejsze, cecha antropofilności komarów jest często mniejsza od 20%. Fakt ten miał prawdopodobnie istotne znaczenie dla utrwalenia endemiczności transmisji *Plasmodium* na terenach afrykańskich na południe od Sahary w większym stopniu niż na terenach azjatyckich [1, 7].

Z zachodniej i centralnej Afryki malaria rozszerzyła się w rejon Morza Śródziemnego, do Mezopotamii, Indii i Azji Południowo-Wschodniej (10 000–5 000 lat temu). W Chinach malaria była znana przed 5000

laty. Teksty sumeryjskie, egipskie i wedyjskie sprzed 3 500–4 000 lat opisują chorobę gorączkową z powiększeniem śledziony, sugerującą malarię. Uważa się, że malaria zaczęła występować w zachodnim rejonie Morza Śródziemnego 2 500–2 000 lat temu, a w zachodniej Europie 500–1 000 lat temu. Termin *paludisme*, oznaczający malarię, pochodzi od łacińskiego słowa *Palus*, określającego lagunę [1].

Randall M. Packard (2007) uważa, że malaria zadomowiła się na dobre w rejonach o klimacie umiarkowanym dopiero w pierwszym tysiącleciu p.n.e. Jako przykład podaje Sycylię, którą w roku 502 p.n.e. zdobyli Kartagińczycy i wycinając lasy, zamienili ją w kolonię produkującą na eksport pszenicę i len. Zmiana środowiska sprzyjała komarom, a sprowadzeni z Afryki niewolnicy przynieśli ze sobą malarię. W roku 283 p.n.e. Rzymianie przejęli Sycylię i zesłanie na tę wyspę było w Rzymie nieomal równoznaczne z wyrokiem śmierci. Niewykluczone, że malaria z Sycylii została wówczas przeniesiona do podmokłej rolniczej Kampanii na południe od Rzymu, gdzie gnieździła się aż do połowy XX wieku. Malaria mogła być jedną z przyczyn upadku cesarstwa rzymskiego, ale też później chroniła Półwysep Apeniński przed najezdami obcych plemion: Gotów, Hunów i Germanów [1]. Wzrastająca produkcja ryżu sprzyjała szerzeniu się malarii; w XI wieku w Walencji istniał dekret skazujący na śmierć wieśniaków sadzących ryż zbyt blisko osad ludzkich. W XV wieku malaria była już dobrze znana we Francji i w Anglii. W tej ostatniej duże ognisko malarii powstało w XVI i XVII wieku w zagłębiu rolniczym w Fernlands [1].

W XVI wieku malaria szerzyła się poprzez międzykontynentalnych podróżników i kupców. Niewykluczone, że malaria trafiła na kontynent amerykański z Azji poprzez Pacyfik, ale z pewnością dotarła tam dwiema drogami: przez kolonizatorów z Hiszpanii i z Francji oraz przez niewolników sprowadzanych z Afryki. Plantacje ryżu, bawełny i trzciny cukrowej sprzyjały rozprzestrzenianiu się malarii, tworząc środowisko sprzyjające komarom i rezerwuary ludzkie związane z niewolniczą pracą lub zarobkową migracją ludności. Początkowo malaria szerzyła się na Karaibach i na terenach Ameryki Południowej i Środkowej. W połowie XVIII wieku wtargnęła do Ameryki Północnej, aby około 1850 roku objąć swym zasięgiem prawie całe Stany Zjednoczone (w tym Waszyngton i Nowy Jork) oraz Kanadę.

W XIX wieku w kolonialnych Indiach malaria szerzyła się dość szybko w związku z budową sieci kolejowej oraz nawadniających kanałów, mających poprawiać produkcję rolną.

Po upowszechnieniu stosowania chininy i w miarę wprowadzania prostych metod unikania komarów śmiertelność wywoływana malarią zmniejszyła się do kilkunastu procent.

Koniec XIX wieku był okresem powstawania Instytutów Medycyny Tropikalnej w większości kolonialnych państw europejskich, np. w Londynie, Liverpoolu, Hamburgu. Odegrały one istotną rolę w poznawaniu malarii i jej zwalczaniu.

Budowa Kanału Panamskiego (1905–1910) była pierwszym udokumentowanym przykładem, jak można opanować epidemię malarii na określonym terenie. Zwalczanie przenoszenia malarii prowadzono głównie przy pomocy odwadniania terenu, likwidacji roślinności w pobliżu osad ludzkich, użyciu oleju i insektycydów likwidujących larwy komarów w zbiornikach wodnych, jak również poprzez wprowadzenia siatek zabezpieczających mieszkania przed komarami.

Powołana w roku 1942 instytucja MCWA (Malaria Control in War Areas) została w roku 1946 przemianowana na CDC (Communicable Disease Center) w Atlancie. CDC odgrywa po dziś dzień istotną rolę w zwalczaniu malarii nie tylko w USA, ale również na świecie.

Warto nadmienić, że współczesną nazwę choroby – „malaria” (jęz. włoski „złe powietrze”) po raz pierwszy użył w swych pracach w latach 1712–1718 profesor medycyny z Bolonii, Francesco Torti (1658–1741), obserwując liczne zachorowania na podmokłych i bagiennych terenach wokół Rzymu, z których wydostawały się cuchnące wyziewy. Nazwy „malaria” użył także w roku 1711 inny włoski lekarz Giovanni Mario Lancii (1654–1720), w swym dziele, w którym wysunął przypuszczenie, że chorobę mogą przenosić komary. Termin „malaria” został również użyty przez angielskiego pisarza Horacego Walpole w roku 1740, jednak dopiero z początkiem XX wieku rozpowszechnił się w obecnej formie; do tego czasu wiele gorączek o przebiegu przerywanym nazywano: gorączka z dżungli lub z bagien lub też charakteryzowano ją zgodnie z przebiegiem klinicznym jako trzeciaczkę, czwartaczkę lub malarię złośliwą [1].

Nie można także nie wspomnieć, że już w 2700 p.n.e. objawy choroby podobnej do malarii były opisane w Chinach w Nei Ching. Czytelny opis choroby znajduje się również w egipskim papirusie Ebersa (1670 rok przed Chrystusem). W Europie w IV wieku p.n.e. Hipokrates z Kos (ok. 460–377 przed Chrystusem) był pierwszym „malariologiem”. Dość trafnie opisał podstawowe objawy malarii; uzależniał ich występowanie od pory roku i miejsca przebywania pacjenta.

Opisy gorączek „malarycznych” są nierzadkie w pismach starożytnych i średniowiecznych. Jednak dopiero w połowie XX wieku zaczęto traktować malarię jako chorobę wielonarządową, wiązano ją z ogólnym niedotlenieniem tkanek z powodu głębokiej niedokrwistości i/lub zczopowaniem drobnych naczyń włosowatych, szczególnie groźnym w mózgowiu. W tym też czasie zwrócono uwagę na to, że na terenach endemicznych parazytemia może przebiegać bezobjawowo, a namnażanie się pasożytów zależne jest w dużej mierze od czynników immunologicznych, genetycznych i niedoborów żywieniowych.

Pierwsze nowoczesne spojrzenie na postępowanie kliniczne w ciężkiej malarii przedstawione zostało w opracowaniu prof. Herberta Gillesa [1].

W roku 1880 Charles Louis Alphonse Laveran (1845–1922), lekarz armii francuskiej w Algierii, pierwszy opisał pasożyta malarii w nieutrwalonym rozmazie ludzkiej krwi i na podstawie obserwowanej eksflagelacji męskich gametocytów zaliczył go do pierwotniaków. Lata 80-te XIX wieku były przełomowe dla poznawania pasożyta. W 1884 Angelo Celli i Ettore Marchiafava nadali mu nazwę rodzajową *Plasmodium*.

W ostatniej dekadzie XIX wieku sir Ronald Ross (1897), brytyjski oficer służby kolonialnej w Indiach, zaobserwował, że *Plasmodium* może być przeniesione od chorego człowieka do jelita komara. W roku 1900 ostatecznie sir Patryk Manson potwierdził fakt przenoszenia *Plasmodium* przez komary, wywołując malarię *P. vivax* u dwóch wolontariuszy w Londynie poprzez ukłucie moskitów zarażonych od pacjenta w Rzymie i przeniesionych do Anglii. Tym samym otwarto nową erę w racjonalnym zwalczaniu przenosicieli tej pasożytniczej inwazji [1].

Bez wątplenia malaria endemicznie występowała w Polsce od setek lat, a rodzimym gatunkiem zarodźca był wyłącznie *Plasmodium vivax*. Opisy napadowej „febry” spotykane na kartach ówczesnych diariuszy, pamiętników i listów, począwszy od XIV wieku dotyczą niewątpliwie, w dużej mierze, ataków malarii. Wzmianki o lekach, głównie ziołach leczących febrę, znajdujemy w XVI-wiecznych polskich dziełach botaniczno-medycznych, tzw. zielnikach (herbaria) lub „ogrodach zdrowia”. Ludową rośliną stosowaną w leczeniu malarii był bukszpan. Polską nazwę „zimnica” utworzono już wówczas, wywodząc ją logicznie od charakterystycznej cechy napadu choroby. Jeszcze w roku 1856 T. Wieniawski pisał o „febrze zimnej” [1].

Pierwsze naukowe opisy malarii w Polsce pojawiły się w roku 1835, po czym liczba ich zaczęła znacząco narastać. Szereg doniesień pochodzi

z roku 1846 i 1847 z Kraśnika, Olkusza, Warszawy. W Szpitalu Ujazdowskim w Warszawie Lisiejewski leczył w roku 350 przypadków choroby. W 1856 roku Henryk Łuczkiwicz (1826–1891), leczył w szpitalu Wilanowskim 684 chorych na malarię, a Borkiewicz w Jadowie nad Liwcem na 821 pacjentów miał 425 przypadków malarii tylko w drugim kwartale 1856 roku.

W 1875 r. jeden z największych polskich i europejskich lekarzy XIX wieku, profesor szkoły Głównej i Uniwersytetu Warszawskiego, Tytus Chałubiński (1820–1889), wydał pierwszą polską monografię choroby: *Zimnica. Studium ze stanowiska praktycznego*, w której opisuje m.in. dwie wielkie epidemie choroby w Warszawie i okolicach w latach 1847 i 1854 [1].

Wierny obraz malarii tropikalnej rysują, choć w całkiem różnym kontekście, obaj polscy pisarze – Henryk Sienkiewicz (1846–1916) w *Listach z Afryki i W pustyni i puszcy* oraz Józef Konrad Korzeniowski (1857–1924). Współcześnie, przetwarzając osobiste doświadczenia, wiernie opisali ją: Ryszard Kapuściński w *Hebanie* i Lucjan Wolanowski w cyklu reportaży poświęconych chorobom tropikalnym: *Upał i gorączka*.

Władze sanitarne odrodzonej Polski rozpoczęły rejestrację przypadków malarii od roku 1919 i jest ona prowadzona do dziś, z przerwą w latach II wojny światowej. Lata I wojny światowej 1914–1918, walki o granice Polski 1918–1920 i najazd bolszewicki w latach 1918–1920 spowodowały wielką epidemię malarii, na co istnieją niewątpliwe, choć dalekie od statystycznej ścisłości, dowody [1].

Obecnie w Polsce występują wyłącznie przypadki malarii przywlekanego z obszarów jej endemicznego występowania. Liczbę przypadków malarii przywlekanego do Europy ocenia się w ostatnich latach do około 15 000 rocznie.

Od roku 1963 na terenie Polski nie ma rodzimej malarii (do tego czasu utrzymywała się endemia *Plasmodium vivax*), ale istnieją warunki niezbędne do jej transmisji. W Polsce występuje bowiem 47 gatunków komarów należących do 6 rodzajów będących wektorami szeregu schorzeń. Jednym z nich jest rodzaj *Anopheles* (widliszek – 5 gatunków w kraju), który jest przenosicielem malarii. Chory z przywleconą malarią w okresie parazytemii potencjalnie może stać się źródłem zarażenia widliszka [1].

W Polsce rejestruje się rocznie do 50 przypadków malarii importowanej, w tym najczęściej ciężkie postaci kliniczne wywoływane przez *Plasmodium falciparum*. Ponadto, dość istotna liczba Polaków jest leczona

poza granicami kraju, na terenach malarycznych lub w drodze powrotnej do kraju. Wielce niepokojąca jest wysoka śmiertelność z powodu ciężkiej lub nierozpoznanej malarii. Wprawdzie wynosi ona nie więcej niż 3 przypadki rocznie, ale jest ona znacznie wyższa niż w pozostałych krajach europejskich. Wysoka śmiertelność dotyczy chorych zarażonych *Plasmodium falciparum*. W Polsce w roku 2002 zmarł z tego powodu co 7 pacjent zarażony tym gatunkiem pasożyta. Według danych TropNetEurop śmiertelność z powodu przypadków malarii o etiologii *P. falciparum* wynosi w Europie tylko 1,4%. Należy w tym miejscu podkreślić, że w latach 1991–2003 poza granicami kraju zachorowało na malarię ponad 130 żołnierzy polskich pełniących służbę w Misjach Pokojowych ONZ (głównie Kambodża, Angola, Etiopia, Egipt); żaden z chorych żołnierzy nie zmarł. Pojedyncze przypadki malarii stwierdza się także u imigrantów [1].

Jak wspomniano wyżej, w dniu dzisiejszym w Polsce występują wyłącznie przypadki malarii przywlekane z obszarów jej endemicznego występowania. Istnieją natomiast warunki niezbędne do transmisji *Plasmodium vivax*, co stale zagraża jej powtórnym przywleczeniem do kraju. Badania nad biologią, fizjologią i ekologią *Anopheles* w Polsce wskazują, iż potencjalny okres epidemiczny malarii wynosi w naszym kraju od 99 do 118 dni i przypada od czerwca do pierwszych dni września, przy czym największe narażenie przypada w lipcu. Zwłaszcza w Polsce południowo-zachodniej istnieją wszystkie warunki określone tzw. odpowiednikiem Lima, który precyzuje dogodne dla rozwoju komarów cechy środowiska: ciepłota stycznia  $> 0^{\circ}\text{C}$ , ciepłota lipca  $> 20^{\circ}\text{C}$ , ilość opadów powyżej  $50\text{ cm}^3/\text{m}^2$  rocznie [1].

Począwszy od roku 1957 nie stwierdzano w Polsce, mimo wnikliwych badań epidemiologicznych, arachnoentomologicznych i klinicznych transmisji malarii w ostatnich rejonach, gdzie jeszcze niedawno występowała, np. na Pomorzu Zachodnim. Z oczywistych względów akcji nadzoru nie przerywano, podobnie jak i zgłoszenie kraju jako wolnego od zimnicy odwleczono do uzyskania niezbitą pewnością, że akcja zwalczania rodzimej malarii w Polsce doprowadziła do jej eradykacji na całym terytorium Polski. W latach 1961–1967 Światowa Organizacja Zdrowia skreśliła 40 państw, w tym Polskę, z tak zwanej listy malarycznej. Liczbę zarejestrowanych przypadków importowanych dla przykładu podaje poniższe zestawienie:

- w latach 1960–1969 zarejestrowano w Polsce 97 importowanych przypadków malarii,
- w latach 1970–1979 wystąpiło 156 zachorowań importowanych,

- w latach 1980–1998 ujawniono w kraju 401 przypadków przywleczonych,
- w latach 1999–2008 zarejestrowano w Polsce 228 przypadków malarii importowanej (zmarło 15 obywateli polskich, w tym 4 osoby poza granicami kraju),
- w ostatnim ćwierćwieczu (lata 80-te XX wieku do 2006 r.) zarejestrowano 3 przypadki zarażenia *Plasmodium falciparum* u ciężarnych (Gdynia, Łódź, Szczecin) [1].

## Podsumowanie

Malaria stanowi poważną przeszkodę w rozwoju ludzkiej populacji i ekonomii, i kosztuje afrykańskie kraje około 8 miliardów euro każdego roku [8].

Od ponad 100 lat medycyna szuka sposobu na przerwanie cyklu zakażenia, ale nie znaleziono jeszcze żadnej metody, którą można by z powodzeniem stosować w biednych krajach.

Nie powiodły się próby opracowania szczepionki. Nie wygląda również na to, aby w najbliższej przyszłości miał się pojawić jakiś nowy superpestycyd mniej niebezpieczny od DDT [9, 10].

Zapobieganie, wczesne rozpoznawanie i natychmiastowe leczenie są trzema podstawowymi elementami zwalczania malarii. Bieda i brak odpowiedniej opieki zdrowotnej hamuje te działania. Malaria rzutuje na całe życie populacji poprzez pogłębianie ubóstwa, ograniczanie możliwości edukacji oraz absencje w szkołach i w miejscach pracy [8, 11].

## Piśmiennictwo

1. Knap J. P., Myjak P.: Malaria w Polsce i na świecie – wczoraj i dziś.  $\alpha$ -medica press, Bielsko-Biała 2009.
2. Paul M.: Porównanie wartości diagnostycznej badań mikroskopowych i testów immunochromatograficznych w rozpoznawaniu malarii. *Medicus Mundi Polonia* 2008, 24/25, 10–11.
3. Morawiec B.: Malaria. [w:] Olszański R., Morawiec B., Dąbrowiecki Z., Korzeniewski K. (red.): *Zarys Medycyny Tropikalnej*. ZMMiT WIM, Gdynia 2006, 111–120.
4. Toe L. P., Skovmand O., Dabire K. R., Abdoulaye Diabate A., Diallo Y., Guiguemde T. R., Doannio J. M. C., Akogbeto M., Baldet T., Gruenais M. E.: Decreased motivation in the use of insecticide-treated nets in a malaria endemic area in Burkina Faso, *Malar. J.* 2009, 8, 175.

5. [http://www.polityka.pl/polityka/print2.jsp?place=Text03&news\\_cat\\_id=&news\\_id=261681&layout=18&page=text](http://www.polityka.pl/polityka/print2.jsp?place=Text03&news_cat_id=&news_id=261681&layout=18&page=text)]
6. [http://wyborcza.pl/1,75476,6700108,Malaria\\_grozna\\_dla\\_podroznikow.html](http://wyborcza.pl/1,75476,6700108,Malaria_grozna_dla_podroznikow.html)
7. Colebunders R., Lynen L., Van den Enden E.: Tropische Ziektenleer. Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen 2004.
8. [http://www.stopmalaria.org/fileadmin/user\\_upload/Downloads/SMN-Flyer-A5-polnisch.pdf](http://www.stopmalaria.org/fileadmin/user_upload/Downloads/SMN-Flyer-A5-polnisch.pdf)
9. [http://malaria.jhsph.edu/about\\_malaria/](http://malaria.jhsph.edu/about_malaria/)
10. <http://www.newsweek.pl/artykuly/sekcje/nauka/malaria-rozszyfrowana,25478,1>
11. Pawłowski Z.: Zwalczenie malarii w Tanzanii. *Medicus Mundi Polonia* 2008, 24/25, 9.



Katarzyna Van Damme-Ostapowicz<sup>1</sup>, Justyna Sarosiek<sup>2</sup>, Jolanta Duliniec<sup>2</sup>,  
Ewa Maria Faliszewska<sup>2</sup>, Justyn Ksawery Kordecki<sup>2</sup>, Anna Kraszyńska<sup>2</sup>,  
Jolanta Ogonowska<sup>2</sup>, Karolina Szpakowska-Żurawska<sup>2</sup>,  
Arkadiusz Żurawski<sup>2</sup>, Elżbieta Krajewska-Kułak<sup>1</sup>

## Plagi Afryki

### Wstęp

Afryka jest najbiedniejszym i jednocześnie bardzo zaludnionym kontynentem (żyje tam co ósmy mieszkaniec świata, nie ma dokładnych spisów, ale szacuje się, że od 700 do 900 mln ludzi). Miliony mieszkańców Afryki nie mają stałego dostępu do wody, żywności, leków i opieki medycznej, przez co skazani są na nierówną walkę o przetrwanie. W wielu rejonach tego kontynentu jeden lekarz przypada na kilka czy kilkadziesiąt tysięcy ludzi, a nawet 1 lekarz na 250 tys. mieszkańców, jak w Burkina Faso. Kolejnym problemem jest brak leków, a nawet jeśli są dostępne to ich cena nie pozwala zwykłym ludziom na zakup. Wielu mieszkańców Afryki nie ma dostępu do pełnowartościowego pożywienia. Z powodu złych warunków sanitarnych, chorób i głodu 26% afrykańskich dzieci umiera przed ukończeniem 5-go roku życia. Głównym powodem ich zgonu są biegunki, malaria i zakażenia układu oddechowego. Największe plagi Afryki to: malaria, zakażenie wirusem HIV, gruźlica oraz głód. Epidemia AIDS, czyli „dżumy XXI wieku” szerzy się w ogromnym tempie i każdego dnia dotyka milionów ludzi bez względu na wiek, płeć czy pochodzenie. Każdego dnia tysiące osób umiera z powodu AIDS (ok. 3000 osób dziennie), gruźlicy i wielu innych chorób, natomiast malaria zabija około miliona osób rocznie.

---

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>2</sup> Koło Naukowe Tropik, Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

## Rozwinięcie

Według danych WHO w krajach afrykańskich zakażenia HIV są w 81% wynikiem uprawiania heteroseksualnych kontaktów płciowych bez zabezpieczeń.

Afryka jest najbiedniejszym kontynentem na kuli ziemskiej, dotkniętym wieloma plagami – największe to malaria oraz AIDS – a także miejscem, gdzie największa część ludności cierpi niedożywienie lub nawet głód. Afrykę zamieszkuje 723 mln osób (1995), co stanowi 12,7% ludności świata, a kontynent ten cechuje się wysokim wskaźnikiem przyrostu naturalnego [1, 2, 3]. W Afryce, szczególnie Południow-Wschodniej i Środkowej części około 36% populacji dorosłej zakażona jest wirusem HIV. W Republice Południowej Afryki szacunkowo każdego dnia 1500 osób zostaje zakażonych HIV. W regionie KwaZulu Natal w RPA jest 30–40% osób zakażonych w populacji.

Badania prowadzone w Kenii wykazały, że 20% kobiet żyjących z HIV i AIDS stało się obiektem przemocy po przedstawieniu partnerowi wyników testu. Kobiety ukrywając fakt, że zostały zakażone, nie są leczone podczas ciąży. Po porodzie pozostają przy karmieniu piersią swoich dzieci, co zwiększa ryzyko zakażenia ich potomstwa. Zatem nie trudno wyobrazić sobie ogromu spustoszeń, jakie może dokonać tam jeszcze AIDS [1].

Epidemia AIDS, zanim pojawiła się w Stanach Zjednoczonych na początku lat 80-tych XX w., znana już była w Afryce od lat. Do dziś zabiła miliony osób na całym świecie. Jak twierdzą znawcy, epidemia AIDS w niektórych regionach osiągnęła już poziom nasycenia. Oznacza to, że zarażeni są już prawie wszyscy mieszkańcy. Dzieje się tak w Afryce, gdzie co drugi dorosły człowiek zakażony jest wirusem HIV. Oszacowano, że w 2003 roku liczba dzieci osieroconych przez rodziców chorych na AIDS wzrosła do 15 milionów. Najwięcej takich dzieci mieszka w subsaharyjskiej części Afryki – 12 milionów. Należy zwrócić uwagę, że liczba nosicieli wirusa HIV w Azji na dzień dzisiejszy jest mniejsza niż w Afryce, ale w najludniejszych krajach tego kontynentu (np. w Chinach czy Indiach) AIDS rozprzestrzenia się bardzo szybko. Coraz więcej osób zakażonych HIV odnotowuje się także w krajach byłego ZSRR – w Rosji, Ukrainie i Estonii [4, 5].

Pomimo, że AIDS znane jest od wielu lat i od wielu lat podejmowane są próby wynalezienia lekarstwa, do dziś nie osiągnięto w pełni satysfakcjonującego rezultatu. Naukowcy próbują znaleźć szczepionkę na tę

chorobę, ale że wirus co chwila zmienia swą postać, nie jest to możliwe. Dopiero w 1995 r. nastąpił przełom w badaniach. Naukowcy z Vancouver stworzyli teorię, że do walki z AIDS potrzeba przyjmować co najmniej trzy rodzaje leków [4, 5]. Zmieniło to oblicze AIDS, które z choroby śmiertelnej stało się chorobą przewlekłą. Warto zwrócić uwagę, że cena za kurację na Zachodzie dochodzi do dziesięciu tysięcy dolarów rocznie. Na rynku zaczęły się pojawiać coraz tańsze leki generyczne, dzięki którym również można skutecznie walczyć z HIV. Kuracja nimi kosztuje 350 dolarów rocznie. Ale to i tak za wysoka cena dla wielu milionów ludzi na świecie. Codzienna suma na przeżycie mieszkańca Afryki wynosi mniej niż jeden dolar. Zatem szansą dla tych ludzi mogłyby być wspomniane wyżej generyki, które produkowane byłyby, np. w Indiach czy Chinach przez lokalne firmy.

W końcu UNICEF, Bank Światowy, Światowy Fundusz Walki z AIDS, gruźlicą i malarią oraz Fundacja B. Clintona doszły do porozumienia, dzięki któremu państwa z krajów rozwijających się (16 państw Afryki i Karaibów) będą mogły kupić tańsze leki i preparaty diagnostyczne stosowane w przypadku AIDS. Rezultatem negocjacji między pięcioma producentami leków przeciwretrowirusowych a pięcioma producentami testów diagnostycznych jest, że państwa rozwijające się będą mogły kupić te preparaty za cenę o jedną trzecią lub o połowę niższą niż do tej pory.

Rząd Republiki Południowej Afryki zmienił swe dotychczasowe stanowisko w sprawie AIDS i rozważył możliwość udostępnienia leków przeciwretrowirusowych zakażonym HIV i chorym na AIDS. Dotychczas rząd RPA stał w opozycji do pomocy chorym i uniemożliwiał stosowanie leków generycznych. Mimo to naukowcy nie tracą nadziei, że kiedyś powstanie skuteczna szczepionka i jeszcze lepsze leki, które pozwolą na zwalczenie tej epidemii i możliwość jej zapobiegania [4, 5].

Jak powszechnie wiadomo AIDS występuje na całym świecie [4]. Jednak epidemiologia HIV bardzo różni się w zależności od kraju i obszaru świata [4, 5, 6].

Warto zwrócić uwagę, że do tej pory mieszkańcy Afryki albo nie leczyli się wcale, albo korzystali (jeśli było ich na to stać) z lekarstw od szamanów. Poza tym w przypadku tego kontynentu trudno mówić o leczeniu AIDS, ponieważ ludzie w Afryce nie mają nawet pieniędzy na leczenie tzw. chorób oportunistycznych, związanych z AIDS, takich jak np. gruźlica. Ponadto około 90% społeczeństwa nosi w sobie zarazki malarii. Gdy AIDS obniża odporność organizmu, malaria od razu atakuje. Dlatego mieszkańcy Afryki bardzo szybko umierają [4].

Malaria występowała już w czasach prehistorycznych. Prawdopodobnie rozprzestrzeniła się z Afryki, towarzysząc człowiekowi w migracjach do basenu Morza Śródziemnego, Indii i południow-wschodniej Azji. Występowała powszechnie na bagnistych terenach wokół Rzymu i stąd wzięła się jej nazwa: „mal aria” oznacza bowiem „złe powietrze”. Znana była również pod nazwą „rzymskiej gorączki” [7].

Malaria (polska nazwa – zimnica) jest to najczęstsza na świecie choroba zakaźna, na którą co roku zachorowuje ponad 220 mln osób, a umiera 1–3 mln (są to głównie dzieci poniżej 5. roku życia z Czarnej Afryki). Dawniej choroba ta była rozpowszechniona na całym świecie, obecnie ogranicza się do biedniejszych, tropikalnych rejonów Afryki, Azji i Ameryki Łacińskiej. Problemy z jej zwalczaniem polegają na braku odpowiednich struktur publicznej służby zdrowia w tych krajach i na wzroście odporności pasożyta wywołującego chorobę na leki poprzednio w niej stosowane [7, 8, 9].

Według danych z raportu „Malaria w Afryce”, opublikowanego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) oraz Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF), liczba zgonów spowodowanych malarią utrzymuje się wciąż na niezwykle wysokim poziomie. Choroba ta zabija ponad 3000 afrykańskich dzieci każdego dnia. Raport podkreśla również, że nowe skuteczne leki przeciw malarii są niedostępne dla potrzebujących i tylko niewielka część dzieci zagrożonych chorobą ma dostęp do specjalnych zasłon, które skutecznie chronią przed owadami. Według dyrektora wykonawczego UNICEF Carroll Bellamy „malaria zabija co 30 sekund jedno afrykańskie dziecko i jest jednym z największych zagrożeń dla zdrowia ciężarnych kobiet i noworodków” [10].

Zachorowania poza terenami tropikalnymi i subtropikalnymi endemicznego występowania tej choroby spotykane są u osób powracających z tych regionów, a także sporadycznie w pobliżu lotnisk i portów, gdzie zostają zawleczone komary z rodzaju *Anopheles*. Malaria występuje w ponad stu krajach strefy tropikalnej i subtropikalnej; narażonych na zachorowanie jest około 1 miliard ludzi. Występowanie zimnicy zależy od zasięgu występowania komarów przenoszących pasożyta, od zasięgu występowania *Plasmodium*, a te zależne są od złożonych czynników środowiskowych, biologicznych i społeczno-politycznych, a także od zapoczątkowanego przez WHO w 1953 roku programu masowego zwalczania malarii [8, 9]. Ze względu na korzystne dla komarów *Anopheles* warunki rozwoju do rozprzestrzeniania się malarii dochodzi przede wszystkim w rejonach, gdzie temperatura powietrza wynosi 16–33°C, a średnia wilgot-

ność względna jest powyżej 60%. W temperaturze powietrza poniżej 10°C larwy komarów nie rozwijają się, a przy temperaturach 10–16°C rozwijają się wolniej i wykazują mniejszą żywotność. Ze względu na niższą temperaturę i wilgotność powietrza do zakażeń malarią rzadko dochodzi na wysokościach powyżej 2000–2500 m n.p.m. Samice komarów pobierają pokarm od zmierzchu do świtu, a miejsca ich rozmnażania znajdują się głównie w rejonach wiejskich. Chociaż w niektórych krajach ryzyko zachorowania w miastach jest praktycznie bardzo małe, to w np. Afryce jest całkiem możliwe [8]. Jak dotąd nie udało się stworzyć skutecznej i bezpiecznej szczepionki przeciwko pasożytom wywołującym malarię. W związku z tym u osób przebywających na terenie występowania tej choroby stosuje się profilaktykę lekami przeciwwzrostowymi. Rodzaj stosowanego środka zależy od rejonu, do którego się udajemy [7, 11, 12, 13].

Jak wskazuje literatura, gruźlica należy do najstarszych znanych chorób. Wywołuje ją prątek gruźlicy – bakteria przenoszona drogą kropelkową. Gruźlica stanowi nie tylko ogromny problem medyczny, ale i społeczno-ekonomiczny. Globalny spadek produktywności siły roboczej w wyniku tej choroby szacuje się na 13 miliardów dolarów rocznie [14, 15].

Gruźlica stanowi największy problem w Azji oraz na terenie Afryki subsaharyjskiej. W 2007 roku 7,9 mln osób spośród 9,27 mln chorych pochodziło właśnie z tych regionów. Według ostatnich szacunków, na świecie blisko 2 miliardy ludzi jest zakażonych prątkiem gruźlicy, co stanowi 1/3 całej populacji. Statystycznie, jedna na dziesięć z tych osób zachoruje na gruźlicę. Najgorzej sytuacja wygląda w Indiach (1933 tys. przypadków w 2006 r.) i Chinach (1311 tys. przypadków w 2006 r.). Niewiele lepiej jest w Indonezji (534 tys.), Południowej Afryce (454 tys.), Nigerii (450 tys.), Bangladeszu (351 tys.) i Etiopii (306 tys.). Duży odsetek zachorowań notuje się także w Rosji i krajach byłego ZSRR. Na liście 27 państw najbardziej dotkniętych gruźlicą wielolekooporną znajduje się aż 13 byłych republik radzieckich: Ukraina, Uzbekistan, Kazachstan, Tadżykistan, Azerbejdżan, Mołdawia, Kirgistan, Białoruś, Gruzja, Litwa, Armenia, Łotwa i Estonia [16].

Jeśli chodzi o sytuację na świecie – to obserwujemy wzrost zapadalności na gruźlicę, szczególnie w krajach Trzeciego Świata. Tam zapadalność na gruźlicę jest kilkakrotnie razy wyższa niż w krajach rozwiniętych Europy Zachodniej. Przypada na nie 95% nowych zachorowań i 98% zgonów z powodu gruźlicy. Wiąże się to przede wszystkim z nędzą, migracją zarobkową, ale wynika także z szerzenia się w krajach Afryki i Azji zaka-

żenia wirusem HIV. Jak się okazuje, spośród 31 milionów osób zakażonych wirusem HIV w 1997 r., 1/3 była jednocześnie zakażona prątkiem gruźlicy. Zakażenie wirusem HIV zwiększa bowiem trzydziestokrotnie ryzyko zachorowania na gruźlicę, ze względu na znacznie obniżoną odporność w chorobie AIDS. Taka powikłana gruźlica ma przebieg bardzo ciężki [15, 17].

Wzrost zachorowań na gruźlicę wystąpił także w Europie Zachodniej na przełomie lat 80-tych i 90-tych, a w krajach Europy Środkowej i Wschodniej na początku lat 90-tych, w Polsce zaś w latach 1991–1993. Był on w większości spowodowany migracją, a w niektórych krajach także współistnieniem zakażenia wirusem HIV. Ten krótki okres rzeczywiście był niekorzystny dla Polski, jednak w przeciągu 30 lat zaobserwowano spadek zachorowań. Wynosi on średniorocznie 5% zapadalności. Polska jest ciągle w złej sytuacji epidemiologicznej w porównaniu z krajami skandynawskimi czy krajami zachodnioeuropejskimi, które o wiele lepiej radzą sobie z problemem zachorowań. Niepokojące jest, że zapadalność na gruźlicę w Polsce jest nadal dwukrotnie wyższa niż w innych krajach europejskich [17].

Postęp medycyny pozwolił w dużym stopniu opanować chorobę, która od XVII wieku dziesiątkowała mieszkańców Europy. W 1921 roku po raz pierwszy zastosowano u ludzi szczepionkę na gruźlicę (BCG), a w 1946 roku wprowadzono pierwszy lek – kwas paraaminosalicylowy (PAS). Jednak w latach 80-tych ubiegłego wieku gruźlica ponownie stała się w wielu krajach poważnym problemem zdrowotnym. Najczęściej zagrożone są płuca, ale choroba może atakować również ośrodkowy układ nerwowy, naczynia krwionośne, układ limfatyczny, kostnowązowy, moczowo-płciowy i skórę [14].

Z danych Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że w 2007 roku na świecie zarejestrowano ponad 9,27 mln przypadków gruźlicy, a w związku z chorobą zmarło 1,77 mln osób. Należy zaznaczyć, że 1,4 mln spośród wszystkich chorych stanowiły osoby zakażone wirusem HIV (15%). W niektórych częściach świata 75% pacjentów zakażonych HIV jest również zainfekowanych prątkami gruźlicy, a choroba ta jest jedną z głównych przyczyn zgonów wśród pacjentów z AIDS. Ubogie regiony świata są szczególnie zagrożone wzrostem zachorowań, ponieważ rozwojowi gruźlicy sprzyjają złe odżywianie i warunki mieszkaniowe, a także stres. W wielu krajach ograniczony jest dostęp do skutecznego leczenia tej jednostki chorobowej. Problemem jest również brak koordynacji pomiędzy leczeniem AIDS i gruźlicy [14].

24 marca przypada Światowy Dzień Walki z Gruźlicą. Choć przyczyna i sposoby leczenia gruźlicy są od dawna znane, wciąż nie udaje się jej ostatecznie pokonać. Światowy Dzień Walki z Gruźlicą przypada właśnie w rocznicę odkrycia przez niemieckiego uczonego Roberta Kocha tej bakterii w 1882 roku [17].

Warto dodać, że państwa należące do grupy G8 (grupa ośmiu najbardziej wpływowych państw świata), doszły do porozumienia i obiecały wygospodarować 60 mld dolarów na program walki z AIDS, malarią i gruźlicą w Afryce. Połowę pieniędzy przekażą Stany Zjednoczone [18, 19]. Wprawdzie afrykańskie potrzeby są znacznie większe, to obiecane 60 mld dolarów może być realną pomocą dla najuboższych państw tego kontynentu. Według Jana Szczycińskiego z polskiego oddziału UNDP (Program ONZ ds. Rozwoju), pieniądze powinny zostać przeznaczone m.in. na kampanie społeczne związane z informowaniem o zakażeniu wirusem HIV, finansowanie leczenia, opiekę medyczną i budowę szpitali [18, 19].

Pozornie problem głodu na kuli ziemskiej wydaje się nie istnieć, gdyż całkowita produkcja żywności na świecie pokrywa globalne zapotrzebowanie, a statystycznie nawet wzrasta (według danych z początku lat 90-tych wzrost ten wyniósł 2% na jednego mieszkańca), mimo wszystko nie udało się uniknąć tego problemu. Produkcja żywności na świecie rozmieszczona jest w sposób bardzo nierównomierny. Jest to, z jednej strony, zdeterminowane warunkami naturalnymi, z drugiej zaś zależy od poziomu nowoczesności rolnictwa w poszczególnych państwach świata. W krajach Azji Południowo-Wschodniej, takich jak Chiny, Indie, Pakistan, Indonezja, Wietnam rolnictwo jest na dobrym poziomie, jego kondycji sprzyjają czynniki środowiskowe, a także duża liczba rąk do pracy. Są jednak takie obszary, gdzie żywność stanowi towar deficytowy. Dotyczy to głównie państw afrykańskich, o wysokim przyroście naturalnym, w których rolnictwo w dalszym ciągu ma charakter bardzo prymitywny. Dodatkowo niekorzystne warunki przyrodnicze (nieurodzajne gleby, niesprzyjający rolnictwu klimat) pogarszają jeszcze sytuację. Walka o żyzne terytoria wywołuje nieraz konflikty plemienne, niejednokrotnie bardzo krwawe (Rwanda, Somalia, Etiopia). Można przyjąć jednak, że liczba głodujących przekracza obecnie 800 mln osób, nie wspominając już o niedożywionych. Najbardziej przeraża fakt, że 1/4 spośród wszystkich głodujących stanowią dzieci, które nie ukończyły jeszcze piątego roku życia. W przypadku wielu z nich chroniczny brak jedzenia zakończy się śmiercią. Większość osób, która

na co dzień nie doświadcza głodu, nie zdaje sobie sprawy z wagi tego problemu. Dane wskazują jednak, że każdego roku z powodu braku żywności umiera 35–40 mln osób (tyle samo wynosi liczba mieszkańców Polski) [20].

Najważniejszą organizacją światową do walki z głodem i niedożywieniem jest FAO (Organizacji Narodów Zjednoczonych ds. Wyżywienia i Rolnictwa). W gestii tej jednostki leży ocena sytuacji żywnościowej świata, produkcji żywności, a także podejmowanie konkretnych działań w celu ograniczania problemu głodu i niedożywienia. W raporcie Organizacji ds. Wyżywienia i Rolnictwa stwierdzono, iż wielkość światowej produkcji żywności jest bliska osiągnięcia historycznego maksimum, ale jej dystrybucja pozostaje wciąż przerażająco nierównomierna. Według dyrektora FAO Jacquesa Dioufa *głód, niedożywienie, niepewność co do przyszłości zagraża milionom mężczyzn, kobiet i dzieci w różnych regionach z przyczyn naturalnych lub z powodu okoliczności o charakterze politycznym lub ekonomicznym* [21]. Na podstawie badań przewiduje się, że Afryka powinna zwiększyć produkcję żywności o 300%, by w roku 2050 mogła wyżywić wszystkich mieszkańców. W Europie zaś zapotrzebowanie na żywność spadnie [21].

Na podstawie badań zleconych przez tą organizację przyjmuje się, że do prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka potrzeba w ciągu doby 2300–2700 kalorii oraz ok. 80 g białka (w tym ok. 30 g białka zwierzęcego). Odnosząc się do tej normy państwa świata sklasyfikowane zostały do trzech grup. Pierwszą stanowią kraje o żywieniu obfitym i normalnym (spożycie białka powyżej 80 g, zaś wartość kaloryczna posiłków przekraczająca 2600 kcal). Zaliczają się tutaj wszystkie kraje europejskie oraz Stany Zjednoczone, Kanada, Australia, Nowa Zelandia, Japonia, Izrael, Turcja, Singapur, Hongkong, Korea Południowa, KRL-D, Argentyna, Maroko, Egipt, czyli kraje wysoko rozwinięte. Spośród średnio rozwiniętych normę żywieniową tej grupy spełniają także Zjednoczone Emiraty Arabskie, Tunezja, Maroko, Urugwaj, Liban, Jordania, a także inne, o gospodarce monokulturowej. Największe spożycie białka na jednego mieszkańca, podobnie jak najwyższa wartość kaloryczna spożywanych w ciągu doby posiłków charakteryzuje mieszkańców Stanów Zjednoczonych, Irlandii, Grecji. Ponadprzeciętna konsumpcja białka ma miejsce także w Islandii, Nowej Zelandii oraz Francji [22]. Drugą grupę stanowią kraje o żywieniu skromnym, ale wystarczającym, w których dobowe spożycie kalorii kształtuje się na poziomie 2300–2600, zaś białka 60–80 g. Jednocześnie konsumpcja białka pocho-



dzenia roślinnego (ze zbóż i roślin bulwiastych) zdecydowanie przeważa nad spożyciem białka zwierzęcego, zawartego w mięsie, jajach, mleku. Krajami należącymi do tej kategorii są m.in.: Gujana, Chile, Kuwejt, Burkina Faso, Sudan, Gabon, Myanmar, Senegal, Surinam, Mali, Brazylia, Chiny, Arabia Saudyjska, Libia, Salwador, Kolumbia, Indonezja, Wenezuela, Paragwaj, Meksyk, Algieria, Iran, Republika Południowej Afryki. Trzecia grupa państw o wyżywieniu niedostatecznym bądź głodowym składa się z ok. 30 krajów, takich jak: Kenia, Zimbabwe, Zambia, Zair, Liberia, Mozambik, Etiopia, Angola, Rep. Środkowoafrykańska, Sierra Leone, Boliwia, Uganda, Tanzania, Kamerun, Ghana, Rwanda, Somalia, Nigeria, Madagaskar, Malawi, Kambodża, Nepal, Sri Lanka, Afganistan, Irak, Bangladesz, Peru, Haiti. Najgorsza sytuacja panuje w Mozambiku, Bangladeszu, Rwandzie i Malawi, w których codzienne spożycie białka zwierzęcego nie przekracza 5 g. Natomiast we wszystkich krajach tej kategorii zarówno spożycie białka (poniżej 60 g/dobę), jak i kaloryczność posiłków (poniżej 2200 kcal/dobę) jest zbyt mała, by umożliwić normalne funkcjonowanie i rozwój organizmów, szczególnie zaś odbija się na dzieciach, które bardzo często stają się ofiarami głodu. Niedożywienie i głód sprawiają także, iż bardzo wiele chorób z łatwością się tu rozprzestrzenia, ponieważ wycieńczone organizmy nie mają siły podjąć z nimi walki [22].

Prognozy dotyczące stanu światowego wyżywienia na najbliższe trzydzieści lat nie są zadowalające. Jak podaje FAO nie jest możliwe całkowite wyeliminowanie głodu i niedożywienia światowego, nawet do roku 2030. Problem planuje się jednak ograniczać poprzez regularne dostawy żywności, tak by liczbę osób cierpiących z powodu głodu zredukować do 449 mln (z obecnych 777 mln). Przewiduje się pewną poprawę sytuacji w krajach saharyjskich, w których ustawiczny niedostatek żywności wynika ze skrajnie niekorzystnych warunków naturalnych. Niestety, liczbę ofiar głodu na południu kontynentu afrykańskiego szacuje się na ok. 13 mln w ciągu kilku najbliższych lat.

Organizacja ONZ ds. Wyżywienia i Rolnictwa promuje międzynarodowe działania inwestycyjne, które mają na celu ograniczenie liczby głodujących. Członkowie FAO podjęli się pewnych zobowiązań na rzecz krajów najbardziej zagrożonych, które zrealizowane mają zostać do 2015 roku. Chodzi w nich głównie o poprawę sytuacji materialnej mieszkańców tych państw, a także promowanie edukacji, emancypacji kobiet oraz zmniejszenie wskaźnika umieralności dzieci oraz matek [22].

## Podsumowanie

Afryka nadal potrzebuje pomocy z zewnątrz. Dotychczasowe działania organizacji charytatywnych dają efekty, ale są one niewystarczające. Istotną rolę w profilaktyce zakażeń wirusem HIV i wieloma innymi chorobami pełni edukacja i zwiększenie świadomości mieszkańców Czarnego Łądu. Należy zwrócić uwagę na higienę i ograniczyć niedożywienie ludności Afryki. Trzeba również znaleźć rozwiązanie problemów związanych z dostępem do leków i opieki medycznej.

## Piśmiennictwo

1. <http://e-kobiety.pl/content/view/1092/449/>
2. <http://www.afryka.com>
3. [http://www.sciaga.pl/tekst/39543-40-problemy\\_zywnosciowe\\_swiata\\_i\\_sposoby\\_ich\\_rozwiazywania](http://www.sciaga.pl/tekst/39543-40-problemy_zywnosciowe_swiata_i_sposoby_ich_rozwiazywania)
4. [http://www.pomagamy.pl/numery/16/skazani\\_na\\_smierc.html](http://www.pomagamy.pl/numery/16/skazani_na_smierc.html)
5. Huyst V.: Pathologie HIV/AIDS. Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen 2008.
6. Dąbrowiecki Z.: Geografia chorób zakaźnych. [w:] Olszański R., Morawiec B., Dąbrowiecki Z., Korzeniewski K. (red.): Zarys Medycyny Tropikalnej. ZMMiT WIM, Gdynia 2006, 27–49.
7. <http://resmedica.pl/archiwum/zdart8997.html>
8. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Malaria>
9. <http://www.africangamesafari.com/malaria.html>
10. <http://www.unicef.pl/412.472.html>
11. Morawiec B., Jerzemowski J., Olszański R.: Szczepienia ochronne. [w:] Olszański R., Morawiec B., Dąbrowiecki Z., Korzeniewski K. (red.): Zarys Medycyny Tropikalnej. ZMMiT WIM, Gdynia 2006, 51–63.
12. Morawiec B.: Malaria. [w:] Olszański R., Morawiec B., Dąbrowiecki Z., Korzeniewski K. (red.): Zarys Medycyny Tropikalnej. ZMMiT WIM, Gdynia 2006, 111–120.
13. Colebunders R., Lynen L., Van den Enden E.: Tropische Ziektenleer. Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen 2004.
14. <http://www.repka.pl/Home/Wiadomosci/W-Azji-i-Afryce-gruzlica-wciaz-zabija.aspx>
15. [http://www.czytelniamedyczna.pl/postepy\\_nauk\\_medycznych-354](http://www.czytelniamedyczna.pl/postepy_nauk_medycznych-354)
16. <http://www.rynekzdrowia.pl/Po-godzinach/Dzis-swiat-przypomina-o-walce-z-gruzlica,5667,10.html>

17. <http://resmedica.pl/archiwum/zdart9001.html>
18. [http://pl.wikinews.org/wiki/G8:\\_60\\_mld\\_dolar%C3%B3w\\_dla\\_Afryki\\_na\\_program\\_walki\\_z\\_AIDS,\\_malari%C4%85\\_i\\_gru%C5%BAlic%C4%85](http://pl.wikinews.org/wiki/G8:_60_mld_dolar%C3%B3w_dla_Afryki_na_program_walki_z_AIDS,_malari%C4%85_i_gru%C5%BAlic%C4%85)
19. [http://www.gazetapodatnika.pl/artykuly/g8\\_przelomowe\\_decyzje\\_w\\_cieniu\\_tarczy\\_antyrakietowej-a\\_3364.html](http://www.gazetapodatnika.pl/artykuly/g8_przelomowe_decyzje_w_cieniu_tarczy_antyrakietowej-a_3364.html)
20. [http://www.bryk.pl/teksty/liceum/geografia/geografia\\_spo%C5%82eczno-ekonomiczna/10965-przyczyny\\_g%C5%82odu\\_na\\_%C5%9Swiecie.html](http://www.bryk.pl/teksty/liceum/geografia/geografia_spo%C5%82eczno-ekonomiczna/10965-przyczyny_g%C5%82odu_na_%C5%9Swiecie.html)
21. [http://www.opoka.org.pl/biblioteka/Z/ZM/afryka\\_glod\\_choroby.html](http://www.opoka.org.pl/biblioteka/Z/ZM/afryka_glod_choroby.html)
22. [http://www.bryk.pl/teksty/liceum/geografia/geografia\\_spo%C5%82eczno-ekonomiczna/10961g%C5%82%C3%B3d\\_i\\_niedo%C5%BCywienie\\_jako\\_najwa%C5%BCniejsze\\_problemy\\_krajów\\_trzeciego\\_%C5%9Swiata.html](http://www.bryk.pl/teksty/liceum/geografia/geografia_spo%C5%82eczno-ekonomiczna/10961g%C5%82%C3%B3d_i_niedo%C5%BCywienie_jako_najwa%C5%BCniejsze_problemy_krajów_trzeciego_%C5%9Swiata.html)



Wanda Ostaszewska<sup>1</sup>, Ewa Wiśniewska<sup>1</sup>, Bożena Ostrowska<sup>1</sup>,  
Małgorzata Marcysiak<sup>1</sup>, Małgorzata Zagroba<sup>1</sup>,  
Grażyna Skotnicka-Klonowicz<sup>1</sup>

## Postawy studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie wobec opób żyjących z HIV/AIDS

### Wstęp

Żadna inna choroba nie wzbudziła tylu kontrowersji i lęków we współczesnym świecie, co wywołany przez wirusa HIV zespół nabytego braku odporności, znany powszechnie jako AIDS. Wirus HIV powoli osłabia system odpornościowy organizmu, aż do jego ostatecznego zniszczenia, a AIDS jest końcowym, zejściowym stadium zakażenia [1, 2].

Mimo, iż dysponujemy ogromną wiedzą i doświadczeniem w walce z tą epidemią, AIDS nadal zagraża zdrowiu i życiu milionów ludzi. Świat ciągle jeszcze stoi przed problemem rozprzestrzeniania się wirusa HIV. Epidemia rozszerza się, zwłaszcza w krajach rozwijających się. Szacuje się, że na świecie żyje 39,5 mln osób zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS. W 2006 roku odnotowano 4,3 mln nowych zakażeń, w tym 2,8 mln miało miejsce w Afryce Subsaharyjskiej. Niepokojący jest lawinowy wzrost zakażeń HIV i umieralności na AIDS w Europie Wschodniej, głównie na terytorium Federacji Rosyjskiej, na Ukrainie i w państwach nadbałtyckich. Biorąc pod uwagę szybko wzrastającą liczbę zakażeń w krajach byłego Związku Radzieckiego, istnieje potencjalne ryzyko gwałtownego rozprzestrzeniania się epidemii w całym regionie, co może mieć bezpośredni wpływ także na sytuację w Polsce. Jak wynika z danych Krajowego Centrum ds. AIDS na świecie w 2006 roku na choroby związane z AIDS zmarło 2,9 mln osób [3].

W Polsce według danych Państwowego Zakładu Higieny ogółem od

---

<sup>1</sup> Wydział Ochrony Zdrowia Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie

początku epidemii w 1985 roku do końca stycznia 2008 roku wykryto 11325 zakażeń wirusem HIV, rozpoznano 2038 zachorowań na AIDS, spośród których 910 chorych zmarło. Liczba rozpoznawanych zachorowań na AIDS w Polsce wykazuje na przestrzeni lat niewielki, lecz systematyczny wzrost [4].

Przez wiele lat trwania epidemii utrzymywało się przekonanie, że w przypadku AIDS istnieją tzw. „grupy ryzyka”, do których zaliczono homoseksualistów, narkomanów i prostytutki. Znacznie później okazało się, że wirusem HIV może zakazić się każdy, niezależnie od poziomu wykształcenia, warstwy społecznej czy wyznania. Obecnie za populację najbardziej narażoną na zakażenie HIV należy uznać osoby młode, aktywne seksualnie, szczególnie kobiety – narażone na zakażenie ze względów biologicznych i społeczno-kulturowych. O możliwości zakażenia decydują ryzykowne zachowania, a nie przynależność do określonej grupy. Homoseksualiści i narkomani należą do grup historycznie stygmatyzowanych, co spowodowało negatywną ocenę wszystkich zakażonych wirusem HIV. Powstało fałszywe przekonanie, że AIDS jest problemem „marginesu społecznego”. Taki stosunek do zakażonych HIV nie przeminał, mimo iż powszechnie wiadomo, że AIDS szerzy się głównie drogą heteroseksualną. Arogancja, dyskryminacja i ostracyzm zwiększają zagrożenia społeczne ze strony AIDS [5].

Wielu ludzi odbierając dodatni wynik testu przechodzi kolejno wiele stanów emocjonalnych, takich jak: poczucie utraty, poczucie winy, gniew, myśli samobójcze, utrata poczucia godności, stany depresyjne i niepokój związany ze śmiercią. Stany te wynikają z uzmysłowienia sobie faktu, czym jest ta choroba, a nasilają się z chwilą wystąpienia zespołu objawów związanych z AIDS. Kolejnym czynnikiem potęgującym trudną sytuację osób zakażonych jest piętno społeczne przypisane do AIDS i zachowań kojarzonych z tą chorobą. Osoby zakażone HIV i chore na AIDS rzadko mogą liczyć na szacunek, empatię czy też zrozumienie dla położenia, w jakim się znalazły. Nie chodzi tu tylko o problemy z tolerancją, ale przede wszystkim ze stereotypowym i błędnym myśleniem, które prowadzi do izolacji ludzi doświadczających tego problemu. Strach przed ujawnieniem choroby jest niezwykle silny. HIV i AIDS to tajemnica, którą często się ukrywa, bo może zniszczyć życie i więzi społeczne z innymi ludźmi. Ujawnienie diagnozy może doprowadzić do śmierci społecznej człowieka. W odbiorze społecznym osoby z HIV/AIDS są postrzegane jako wyrzutkowie, nie zasługujący na wsparcie, współczucie czy zainteresowanie [6].

Pierwsze kilka lat epidemii HIV/AIDS w Polsce to próby odsunięcia poza margines życia społecznego grupy osób zakażonych. Przez taką fazę przeszły właściwie wszystkie społeczeństwa, które zmierzyły się z HIV/AIDS [7]. Strach przed zakażeniem powoduje narastające napięcie społeczne, dyskryminację, odrzucenie. W wielu krajach i społeczeństwach występuje nadal tendencja do stygmatyzowania osób żyjących z HIV/AIDS.

Prezentowana przez społeczeństwo nietolerancja w stosunku do chorych na AIDS i zakażonych HIV jest wynikiem strachu i paniki, powstałej w pierwszym okresie wybuchu epidemii nieznannej choroby. Pojawiła się ona w środowisku, którego obyczaje i zachowania seksualne nie mieściły się w ramach powszechnie akceptowanych norm. Nietolerancja i ciągła dyskryminacja utrudnia zakażonym przestrzeganie zasad właściwego postępowania, powoduje ich wyobcowanie, wyzwala agresję, która może zagrażać zdrowym członkom społeczeństwa [8].

Wobec negatywnych postaw społecznych, osoby żyjące z HIV/AIDS w osamotnieniu zmagają się z:

- szokiem wywołanym diagnozą,
- niepewnością, utratą nadziei, brakiem perspektyw,
- strachem przed śmiercią, a w szczególności przed umieraniem w samotności i bólu,
- poczuciem utraty bliskich, pozycji w społeczeństwie, niezależności, stabilizacji finansowej, fizycznej atrakcyjności,
- poczuciem winy w związku z możliwością zakażenia innych osób i ze skutkami choroby,
- depresją, myślami samobójczymi jako sposobem uniknięcia bólu, wstydu, cierpienia,
- złością i agresją skierowaną przeciwko sobie lub innym,
- izolacją, bezradnością i dyskryminacją [9].

Tylko szerzenie wiedzy i informacji na temat choroby i czas poświęcony na próby dotarcia do drugiego człowieka mogą z czasem przezwyciężyć bariery agresji, dyskryminacji i odrzucenia. Dlatego tak ważne jest, aby przełamywać stereotypy, obalać mity o samej chorobie, jak i o możliwościach zakażenia, zwalczać nietolerancję wobec osób żyjących z HIV/AIDS.

Postawy ludzkie wobec osób zakażonych wirusem HIV są wypadkową wielu czynników, między innymi wiedzy, inteligencji, wieku, płci oraz światopoglądu i postaw moralnych. Mądrycki T. określa postawę jako ukształtowaną w procesie zaspokajania potrzeb, w określonych wa-

runkach społecznych, względnie zgodną i trwałą organizację wiedzy, przekonań, uczuć, motywów oraz pewnych form działania i reakcji ekspresywnych podmiotu, związaną z określonym przedmiotem lub klasą przedmiotów [10].

Wysoki poziom wiedzy sprzyja tworzeniu się postaw mało stereotypowych, kształtowaniu tolerancji i postaw adekwatnych do rzeczywistości [11, 12]. Spodziewać się należy, że osoby pracujące w ochronie zdrowia charakteryzuje wysoki poziom wiedzy na temat zakażenia HIV oraz chęć niesienia pomocy człowiekowi niezależnie od rodzaju choroby.

### **Cel pracy**

Celem pracy było porównanie postaw pielęgniarek czynnie wykonujących swój zawód z postawami młodzieży studiującej na kierunkach medycznych i niemedycznych w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Ciechanowie.

### **Materiał i metoda**

Postawy studentów pielęgniarstwa i ekonomii oraz pielęgniarek pracujących zawodowo wobec osób żyjących z HIV i AIDS badano w 2007 roku w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej i Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie przy pomocy ankiety anonimowej, opracowanej samodzielnie dla celów badania. Ocenie poddano grupę 137 osób, w tym 45 pielęgniarek pracujących zawodowo, 45 studentów III roku pielęgniarstwa i 47 studentów II roku ekonomii, studiujących w systemie studiów stacjonarnym.

Kwestionariusz ankiety zawierał jedno pytanie otwarte i dwadzieścia zamkniętych. Pytania dotyczyły wiedzy na temat HIV i AIDS, deklarowanych zachowań i emocji wobec osób zakażonych HIV i chorych na AIDS oraz opinii badanych na temat poczucia zagrożenia ze strony AIDS. Uzyskane wyniki rozpatrywano pod względem ilościowym na podstawie analizy liczby uzyskanych odpowiedzi na poszczególne pytania zawarte w ankiecie.

### **Wyniki**

Ankiety przeprowadzono wśród 137 osób, w tym 45 pielęgniarek pracujących zawodowo, 45 studentów III roku pielęgniarstwa i 47 studen-



**Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy**

	Liczba	%
Struktura badanej grupy		
Pielęgniarki pracujące zawodowo	45	32,1
Studenci pielęgniarstwa	45	32,1
Studenci ekonomii	47	35,8
Podział wiekowy		
19–25 lat	92	67,2
26–39 lat	29	21,2
40–55 lat	16	11,6
Miejsce zamieszkania		
Miasto	79	57,7
Wieś	58	42,3
Światopogląd ankietowanych		
Wierzący i praktykujący	108	78,8
Wierzący niepraktykujący	24	17,6
Ateista	5	3,6

tów II roku ekonomii, studiujących w systemie studiów stacjonarnym (tabela 1).

Wiek w grupie badanej wahał się od 19 lat do 55. roku życia. Najliczniejszą grupę wśród ankietowanych stanowiły osoby w wieku 19–25 lat (67,2%), a w dalszej kolejności osoby w wieku 26–39 lat (21,2%) i osoby > 40. roku życia (11,6%). Wśród respondentów w mieście mieszkało 57,7%, a na wsi 42,3% badanych. Zdecydowana większość ankietowanych (78,8%) to osoby wierzące i praktykujące.

Poziom wiedzy respondentów na temat HIV i AIDS oceniono na podstawie pytań dotyczących istoty choroby oraz dróg szerzenia i profilaktyki. Wysoki poziom wiedzy posiada tylko 26,7% pracujących czynnie pielęgniarek i 20% studentów pielęgniarstwa. Średni poziom prezentowało 44,5% pielęgniarek, 40% studentów pielęgniarstwa i 8,5% studentów ekonomii, a niski: 28,8% pielęgniarek, 40% studentów pielęgniarstwa i aż 91,5% studentów ekonomii.

Na pytanie „Czy udzieliłabyś (udzieliłbyś) pierwszej pomocy osobie, u której podejrzewasz zakażenie wirusem HIV” tylko 43,1% ogółu badanych udzieliło twierdzącej odpowiedzi (57,8% pielęgniarek, 44,4% studentów pielęgniarstwa i 27,6% studentów ekonomii) (tabela 2). Ponad połowa respondentów wybrała opcję odpowiedzi „trudno powiedzieć”, a 5,1% odmówi udzielenia pomocy zakażonemu HIV. Niepokojąco dużo odpowiedzi „trudno powiedzieć” wybrała grupa studentów pielęgniarstwa – 55,6% i pielęgniarek – 40,0%, gdzie zawodowym i moralnym obowiązkiem każdego fachowego pracownika służby zdrowia jest udzielenie pomocy innym według najnowszych zdobyczy nauki.

**Tabela 2. Czy udzieliłabyś (udzieliłbyś) pierwszej pomocy osobie, u której podejrzewasz zakażenie HIV?**

Odpowiedzi	Ogółem		Pielęgniarki pracujące zawodowo		Studenci pielęgniarstwa		Studenci ekonomii	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Tak	59	43,1	26	57,8	20	44,4	13	27,6
Trudno powiedzieć	71	51,8	18	40,0	25	55,6	28	59,2
Nie	7	5,1	1	0,2	0	0,0	6	12,8
Razem	137	100,0	45	100,0	45	100,0	47	100,0

Rozpatrując stosunek badanych do osób zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS w kategorii kontaktów pośrednich, np. w restauracji czy gabinecie stomatologicznym tylko 29,9% badanych zjadłoby posiłek wiedząc, że był przygotowany przez osobę zakażoną (tabela 3). Co piąta osoba nie zjadłaby tego posiłku. Analizując te wyniki w kontekście faktu, że prawie wszyscy badani – z wyjątkiem jednej osoby – wiedzą, że człowiek nie może zarazić się wirusem HIV przez pokarmy, które zjada wykazują się dysproporcje między poziomem wiedzy a przekonaniem ludzi, wyrażanymi w deklarowanych zachowaniach.

Tylko 16,8% ogółu badanych skorzystałoby z usług tego samego stomatologa, który leczy ludzi chorych na AIDS i zakażonych HIV, a 35% ankietowanych stwierdziło, że nie wybrałoby takiego lekarza stomatologa. W obydwu przypadkach odpowiedź „trudno powiedzieć” wybrało blisko 50% respondentów (tabela 4).

**Tabela 3. Czy zjadłabyś (zjadłbyś) posiłek, wiedząc, że był przygotowany przez osobę zakażoną HIV?**

Odpowiedzi	Ogółem		Pielęgniarki pracujące zawodowo		Studenci pielęgniarstwa		Studenci ekonomii	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Tak	42	29,9	14	31,1	16	35,6	11	23,4
Trudno powiedzieć	67	48,9	23	51,1	21	46,7	23	48,9
Nie	29	21,2	8	17,8	8	17,7	13	27,7
Razem	137	100,0	45	100,0	45	100,0	47	100,0

**Tabela 4. Czy skorzystałabyś (skorzystałbyś) z usług tego samego stomatologa, który leczy osoby zakażone wirusem HIV?**

Odpowiedzi	Ogółem		Pielęgniarki pracujące zawodowo		Studenci pielęgniarstwa		Studenci ekonomii	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Tak	23	16,8	4	8,9	8	17,8	11	23,4
Trudno powiedzieć	66	48,2	20	44,4	27	60,0	119	40,4
Nie	48	35,0	21	46,7	10	22,2	17	36,2
Razem	137	100,0	45	100,0	45	100,0	47	100,0

Interesujące odpowiedzi uzyskano na pytanie dotyczące akceptacji przez badanych organizacji ośrodka dla osób żyjących z HIV/AIDS w bliskim sąsiedztwie (tabela 5). W sferze deklaracji ponad połowa (51,1%) respondentów zaakceptowałaby powstanie takiego ośrodka. Wśród akceptujących powstanie ośrodka znalazło się 62,3% pielęgniarek, 53,3% studentów pielęgniarstwa i tylko 38,3% studentów ekonomii. Jednak, co jakiś czas w mediach pojawiają się informacje o sprzeciwie mieszkańców na lokalizację hospicjów dla chorych na nowotwory lub zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS w pobliżu siedzib ludzkich.

Na pytanie dotyczące kontaktów bezpośrednich z osobami zakażonymi HIV i chorymi na AIDS 46% badanych (48,9% pielęgniarek, 51,1% studentów pielęgniarstwa i 38,3% studentów ekonomii) zgodziłoby się

**Tabela 5. Akceptacja powstania ośrodka dla osób żyjących z HIV/AIDS w bliskim sąsiedztwie**

Odpowiedzi	Ogółem		Pielęgniarki pracujące zawodowo		Studenci pielęgniarstwa		Studenci ekonomii	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Tak	70	51,1	28	62,3	24	53,3	18	38,3
Trudno powiedzieć	48	35,0	11	24,4	16	35,6	21	44,7
Nie	19	13,9	6	13,3	5	11,1	8	17,0
Razem	137	100,0	45	100,0	45	100,0	47	100,0

**Tabela 6. Czy zgodziłabyś się (zgodziłbyś się) na uczęszczanie swojego dziecka do jednej klasy z dzieckiem zarażonym HIV?**

Odpowiedzi	Ogółem		Pielęgniarki pracujące zawodowo		Studenci pielęgniarstwa		Studenci ekonomii	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Tak	63	46,0	22	48,9	23	51,1	18	38,3
Trudno powiedzieć	59	43,1	20	44,4	17	37,8	22	46,8
Nie	15	10,9	3	6,7	5	11,1	7	14,9
Razem	137	100,0	45	100,0	45	100,0	47	100,0

na uczęszczanie swojego dziecka do jednej klasy z dzieckiem zakażonym wirusem HIV (tabela 6), a 62% respondentów deklaruje niezmiennosc relacji z koleżanką bądź kolegą zakażonym HIV (71,1% pielęgniarek, 68,9% studentów pielęgniarstwa i 46,8% studentów ekonomii) (tabela 7). Brak pewności co do wyboru zachowań prezentowało w pierwszym przypadku 43,1%, a w drugim 26,3% ogółu badanych. Respondenci deklarują bardziej pozytywne przekonania w stosunku do dzieci i do bliskich im osób zakażonych HIV.

Spółeczeństwo polskie w sferze deklaracji prezentuje życzliwość wobec chorych na AIDS i potrzebę wspierania ich w potrzebie. Potwierdziły tą tezę wyniki badań własnych (tabela 8). Na pytanie: „Czy ludzie zdrowi powinni pomagać osobom chorym na AIDS?” prawie 95% badanych od-

**Tabela 7. Niezmiennosc relacji z koleżanką bądź kolegą zakażonym wirusem HIV**

Odpowiedzi	Ogółem		Pielęgniarki pracujące zawodowo		Studenci pielęgniarstwa		Studenci ekonomii	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Tak	16	11,7	5	11,1	3	6,7	8	17,0
Trudno powiedzieć	36	26,3	8	17,8	11	24,4	17	36,2
Nie	85	62,0	32	71,1	31	68,9	22	46,8
Razem	137	100,0	45	100,0	45	100,0	47	100,0

**Tabela 8. Czy ludzie zdrowi powinni pomagać chorym na AIDS?**

Odpowiedzi	Ogółem		Pielęgniarki pracujące zawodowo		Studenci pielęgniarstwa		Studenci ekonomii	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Tak	129	94,2	44	97,8	40	88,9	45	95,7
Trudno powiedzieć	8	5,8	1	2,2	5	11,1	2	4,3
Nie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Razem	137	100,0	45	100,0	45	100,0	47	100,0

powiedziało twierdząco. Natomiast opinie są podzielone w odniesieniu do odpowiedzialności za zakażenia HIV (tabela 9). Odpowiedzialnością za własny los obciążyło osoby zakażone HIV 40% badanych pielęgniarek, 28,9% studentów pielęgniarstwa i 25,5% studentów ekonomii. Z taką oceną nie zgodziło się 13,3% pielęgniarek, 22,2% studentów pielęgniarstwa i 34,1% studentów ekonomii. Prawie połowa respondentów w każdej grupie wybrała odpowiedź „trudno powiedzieć”. Postawy takie mogą wynikać z istniejącego stereotypu, według którego AIDS jest chorobą homoseksualistów, narkomanów i prostytutek, i przez niektórych może być postrzegana w kategoriach kary.

Na pytanie: „Czy odczuwasz lęk przed ewentualnym kontaktem z osobą zakażoną wirusem HIV?” 36,5% respondentów udzieliło odpowiedzi twierdzącej (tabela 10). Taki lęk odczuwa 46,5% pielęgniarek,

**Tabela 9. Ocena odpowiedzialności osób zakażonych wirusem HIV z sytuacja, w której się znalazły?**

Odpowiedzi	Ogółem		Pielęgniarki pracujące zawodowo		Studenci pielęgniarstwa		Studenci ekonomii	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Tak	43	31,4	18	40,0	13	28,9	12	25,5
Trudno powiedzieć	62	45,3	21	46,7	22	48,9	19	40,4
Nie	32	23,3	6	13,3	10	22,2	16	34,1
Razem	137	100,0	45	100,0	45	100,0	47	100,0

**Tabela 10. Czy odczuwasz lęk przed ewentualnym kontaktem z osobą zakażoną wirusem HIV?**

Odpowiedzi	Ogółem		Pielęgniarki pracujące zawodowo		Studenci pielęgniarstwa		Studenci ekonomii	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Tak	50	36,5	21	46,5	14	28,8	16	34,0
Trudno powiedzieć	41	29,9	8	17,7	16	35,6	17	36,2
Nie	46	33,6	16	35,6	16	35,6	14	29,8
Razem	137	100,0	45	100,0	45	100,0	47	100,0

34% studentów ekonomii i 28,8% studentów pielęgniarstwa. Tylko jedna trzecia badanych twierdzi, że nie boi się ewentualnego kontaktu z osobą zakażoną HIV.

Większość badanych uważa, że zakażenie HIV jest wysoce prawdopodobne i może im zagrażać (tabela 11). Takiego zdania jest 80% studentów pielęgniarstwa, 69% pielęgniarek pracujących zawodowo i 34% studentów ekonomii. Co piąty badany twierdzi, że nie ma poczucia zagrożenia, związanego z możliwością zakażenia się wirusem HIV. Odpowiedź „trudno powiedzieć” wybrało 8,9% studentów pielęgniarstwa, 15,5% pielęgniarek i 34,0% studentów ekonomii.

Na takie wyniki badania bez większego wpływu pozostał wiek i miejsce zamieszkania respondentów, zaś duże znaczenie miał kierunek stu-

**Tabela 11. Poczucie zagrożenia związane z możliwością zakażenia się wirusem HIV**

Odpowiedzi	Ogółem		Pielęgniarki pracujące zawodowo		Studenci pielęgniarstwa		Studenci ekonomii	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Tak	83	60,6	31	69,0	36	80,0	16	34,0
Trudno powiedzieć	27	19,7	7	15,5	4	8,9	16	34,0
Nie	27	19,7	7	15,5	5	11,1	15	32,0
Razem	137	100,0	45	100,0	45	100,0	47	100,0

diów i miejsce pracy. Najmniejsze poczucie zagrożenia i obawy występują wśród studentów ekonomii, natomiast silne poczucie zagrożenia, niepewności i lęku wobec osób żyjących z HIV/AIDS odczuwają studenci pielęgniarstwa i pielęgniarki pracujące zawodowo.

Postawy wobec HIV/AIDS i osób kojarzonych z grupami o ryzykownych zachowaniach są też w pewnym stopniu uwarunkowane światopoglądem. W badaniu ujawniła się niezbyt silna tendencja polegająca na tym, że wraz z deklarowanym wzrostem religijności, spada tolerancja wobec osób żyjących z HIV/AIDS oraz rośnie negatywne nastawienie wobec zakażeń identyfikowanych jako skutki świadomych zachowań ryzykownych. U podstaw omawianych elementów postawy leży również ujawniony w wynikach badania niedostateczny poziom wiedzy i uznawanie negatywnych stereotypów myślenia o HIV i AIDS.

## Wnioski

1. Postawy ankietowanych studentów wobec osób zakażonych HIV i chorych na AIDS są nieprawidłowe – nacechowane nieufnością i lękiem.
2. Poziom wiedzy o HIV/AIDS studentów ekonomii jest bardzo niski.
3. Poziom zagrożenia ze strony HIV/AIDS jest zależny od wiedzy na ten temat.

**Piśmiennictwo**

1. Dziubek Z.: Choroby zakaźne i pasożytnicze. PZWL, Warszawa 2003, 340–362.
2. Grajcarek A. (red.): AIDS. Jak zmniejszyć ryzyko zakażeń HIV w praktyce pielęgniarskiej. Krajowe Biuro Koordynacji ds. Zapobiegania AIDS. Warszawa 1996, 5–6.
3. Krajowe Centrum ds. AIDS.: Epidemiologia – świat w 2006 roku. Źródło danych: UNAIDS, WHO [www.aids.gov.pl](http://www.aids.gov.pl).
4. [www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl) – EPI meldunki.
5. Halota W. (red.): Zakażenia HIV i AIDS w praktyce lekarskiej. Wyd. Ottonianum, Szczecin 1999, 7–9.
6. Bishop G. D.: Psychologia zdrowia. Wyd. ASTRUM, Wrocław 2007, 402–424.
7. Staniaszek M.: Co należy wiedzieć o HIV i AIDS. Człowiek a AIDS. Wydawnictwo Lubelskie Nowe, Lublin 1994.
8. Formański J.: Postawy społeczne wobec zakażeń HIV/AIDS. [w:] K. Juriewicz: Zapobieganie zakażeniom HIV i opieka nad ludźmi żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1966, 41–50.
9. Paszek T., Sienkiewicz Z., Kądalska E.: Postawy społeczne wobec HIV i AIDS. Med. Dydakt. Wychow., 2003, 35 (9), 54–56.
10. Formański J.: Psychologia. PZWL, Warszawa 1998, 139–234.
11. Majchrowska A.: Socjalizacja, osobowość, postawy. [w:] R. Bogusz, Z. Kawczyńska-Butrym, A. Majchrowska, M. Polec, I. Taranowicz: Wybrane elementy socjologii. Czelej, Lublin, 2003, 156–160.
12. Mądrzycki T.: Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw. Warszawa 1977, 138–175.



Karolina Szpakowska-Żurawska<sup>1</sup>, Arkadiusz Żurawski<sup>1</sup>,  
Katarzyna Van Damme-Ostapowicz<sup>1</sup>

## Problem ubóstwa w Paragwaju

„Jeżeli to Twój głos mój Boże,  
jeśli to do mnie wołasz donośnie bym szedł,  
jeśli to na mnie czekają łany zboża,  
*oto jestem – pošlij mnie,*  
do ludzi obojętnych, do pracy bez nagrody,  
*oto jestem – pošlij mnie,*  
przywracać zdrowie chorym, dać niewidomym światło,  
*oto jestem – pošlij mnie.”*

Republika Paragwaju leży w Ameryce Południowej. Przyjeżdżających tutaj uderza przede wszystkim ogromna bieda. Ocenia się, że ok. 1/3 ludności 6,5-milionowego Paragwaju żyje poniżej poziomu ubóstwa. Ubóstwo to nie tylko brak pracy i podstawowych środków do życia. To także brak nadziei na lepsze jutro.

Caaguazú, „Dzielnica nędzy” – to tu – wśród rozpadających się domków, ulic przepełnionych indiańskimi dziećmi, bawiących się sznurkami, starymi oponami, czy grającymi w kulki lub starą, zużytą już piłkę mieszkają 3 Siostry Misjonarki św. Antoniego Marii Klareta – Klaretyнки. Starają się pomóc przystosować Indianom do codziennej rzeczywistości. Kilka razy w tygodniu pieką z nimi chleb. Raz w tygodniu upieczony chleb sprzedają na targowisku, a niewielkie środki w ten sposób pozyskane przekazywane są na bieżące potrzeby. Centrum misyjne, które jest usytuowane w samym centrum owej dzielnicy prowadzi różnorakie zajęcia, które obejmują dzieci, młodzież, a nawet dorosłych. Dzieci i młodzież

---

<sup>1</sup> Koło Naukowe Tropik przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



uczęszczają na katechezę, uczą się szyć, robić na drutach, przygotowują szaliki, torebki i inne rzeczy, które później będą mogły sprzedać. Każda sobota to wielkie święto radości – dzieci i młodzież schodzą się z całej okolicy na gry i zabawy organizowane w centrum, nikt nie wychodzi stąd głodny, na każdego czeka kromka chleba i kubek mleka sojowego, to często pierwszy posiłek, który jedzą w tym dniu. Niejednokrotnie pieczywo, które dostają chowają do kieszeni tak, by zostało jeszcze na później, albo aby podzielić się z tymi, którzy zostali w domu.

Dorośli, prócz pieczenia chleba, uczą się hiszpańskiego. W Paragwaju są dwa języki urzędowe, hiszpański i guarani. Starsze pokolenie posługuje się wyłącznie językiem guarani i, aby móc w pełni odnaleźć się w obecnej rzeczywistości, konieczny jest język hiszpański.

Ludzie żyją tu bardzo skromnie, podstawowy posiłek stanowi mandioca, trochę w smaku przypomina ziemniaki ugotowane bez soli, ale to nie to samo. No i yerba – piją ją wszyscy i wszędzie, w połączeniu z ciepłą wodą to yerba mate, a w upalne dni preferowana jest z zimną wodą i lodem – terere.

Paragwajczycy z naszej dzielnicy mieszkają w chatkach z drewna, w których oprócz łóżek nie ma nic, ani półek ani szafek. Podłogę stanowi uklepana ziemia. Podczas pory zimowej wiatr i deszcz wdzierają się przez



przerwy pomiędzy deskami lub nieszczelny dach, który pokryty jest eternitem. Większość rodzin jest wielodzietna, w jednym domku, gdzie zazwyczaj jest jedno pomieszczenie wielkości 20 m<sup>2</sup>, żyją wszyscy, często 10–12 osób. Nikt jednak nie narzeka, nie uskarża się na swój los. Cieszą się z tego, co mają.

Wśród kilkunastu tysięcy katolików mieszkających w Caaguazú i okolicznych wioskach, co stanowi niewiele ponad połowę tutejszej ludności, pracuje dwóch misjonarzy franciszkanów – mają pod swoją opieką ponad 60 kaplic. Któregoś dnia zostaliśmy zaproszeni na chrzest. Po przyjeździe do kaplicy okazało się, że będzie ok. 25 ślubów i 50 chrztów. Ciekawe doświadczenie. Tuż przed sakramentem odbyła się spowiedź. Wszyscy żyją już od dawna razem, większość ma już dzieci. A aby ochrzcić dzieci trzeba przyjąć sakrament małżeństwa, więc wszystko odbywa się za jednym „zamachem”. Niektórzy nowożeńcy byli bardzo młodzi, mieli po 16 lat, a inni byli już po 50-tce. Chrzczone dzieci także były w różnym wieku: od niemowlaka do 50-latka.

W samym miasteczku jest bardzo duża liczba innych kościołów: ewangelicy, menonicy, baptyści, Universal Reino de Dios, mormoni, adwentyści, Asamblea de Dios, Dios es Amor itp. Większość to sekty lub protestanckie odłamy neopentecostalne.



Jednym z naszych zadań była pomoc w realizacji programu „reforma en casa”. Od czterech lat, raz w roku, siostry dostają środki finansowe od braci Marystów z Hiszpanii. Za te pieniądze odnawiane są domki najbardziej potrzebujących rodzin, doprowadzana jest woda, budowane są prowizoryczne łazienki i kuchnie. Większość ludzi tutaj za łazienkę ma małe pomieszczenie wielkości naszych przenośnych toalet, z tą różnicą, że w środku nie ma nic prócz klepiska. Wodę, oczywiście zimną (bo innej nie ma) nosi się wiadrami, które służą za zlew, prysznic i wannę jednocześnie. Kuchnia natomiast to po prostu palenisko, na którym stawia się garnek.

Kopaliśmy doły na latryny, nosiliśmy cegłówki i drewno niezbędne do budowy nowych pomieszczeń. Pod fachowym okiem tutejszego majstra stawialiśmy płyty i nowe pomieszczenia. Dzięki pomocy przyjaciół z Polski udało nam się zrealizować „projekt specjalny” – bardzo ubogiej jedenastoosobowej rodzinie, która do tej pory żyła na 20 m<sup>2</sup> bez wody, na odludziu, kupiliśmy działkę, zbudowaliśmy dom i w całości go wyposażyliśmy. Czasem nie było łatwo, ale wszystko po to, aby dać im trochę normalności, łatwiejsze życie... A nagrodę zawsze dostawaliśmy wielką – szczerze podziękowania i radość z nowego nabytku. Widoku ich szczęśliwych twarzy nie można zapomnieć. To rekompensowało wszelkie trudy.



Dużo czasu spędzaliśmy z chorymi. W Paragwaju dostęp do lekarzy jest bardzo utrudniony. Na bezpłatne wizyty trzeba bardzo długo czekać, a wszelkie dodatkowe badania są odpłatne. Tylko niewielu stać na ten wydatek. Mieliśmy do dyspozycji centrum misyjne, którego pomieszczenie często służy za gabinet lekarski, ale większość chorych odwiedzaliśmy w domach. Na miejscu czekali, oprócz tej osoby do której się idzie, inni – członkowie rodziny lub sąsiedzi. Wszyscy chcieli skorzystać z darmowej porady, dostać leki, lub po prostu porozmawiać.

Każdy dzień niósł nowe wyzwania, nowe doświadczenia, nowych ludzi. Jak wszędzie były chwile radości i smutku. Czasami się buntowaliśmy, widząc warunki w jakich żyją ludzie, zadawaliśmy pytania „jak można tak żyć”? „Dlaczego jedni mają tak wiele, a inni nie mają nic”? Nie uzyskaliśmy odpowiedzi. Jednak pobyt tutaj nauczył nas wielkiej pokory. Pokazał, że trzeba doceniać nawet najmniejszą rzecz, trzeba cieszyć się z tego, co się ma i ufać... ufać nade wszystko.

Ach gdyby nie ten czas, który za szybko płynął... Żeby go choć na trochę zatrzymać albo chociaż trochę zwolnić...



Sebastian Sienkiewicz<sup>1</sup>, Przemysław Czemko<sup>1</sup>,  
Katarzyna Łagoda<sup>2</sup>, Hanna Bachórzewska-Gajewska<sup>3</sup>

## Głód i niedożywienie – problem współczesnego świata

O głodzie na danym obszarze mówi się także wówczas, gdy średnie dobowe spożycie białka nie przekracza 60 g, a wartość kaloryczna posiłków kształtuje się na poziomie poniżej 2300 kcal/dobę. Za głód uważa się stan organizmu żywego, w którym występują niedobory poszczególnych składników odżywczych lub brak pokarmu. Innym rodzajem głodu jest tzw. głód utajony, a więc długotrwały brak określonych składników pokarmowych, np. białka. Obecnie wyróżnia się głód: jakościowy i ilościowy.

Głód jakościowy powstaje na skutek niedoborów poszczególnych składników pokarmowych, np. witamin, składników mineralnych. W praktyce objawy głodu jakościowego zdarzają się bardzo często. Są one przeważnie wynikiem jednostronnego żywienia. Pociąga to za sobą upośledzenie stanu zdrowotnego organizmu i jest przyczyną wielu chorób o charakterze „żywnieniowym” (gnilec, wole, próchnica). Głód ilościowy klasyfikowany jest na całkowity i częściowy. Całkowity głód może być wynikiem kataklizmu, np. klęski nieurodzaju, tornada, powodzi, gwałtownych opadów deszczu, czy też suszy. Bardziej rozpowszechniony jest głód ilościowy częściowy. Jego przyczyną jest nędza, nieznanomość zasad żywienia, stany chorobowe oraz niewłaściwe odżywianie i nadmierne odchudzanie. Objawami tego głodu są: brak ruchliwości, apatia, zahamowanie wzrostu u dzieci, zaburzenia przemiany materii. Bardzo niebezpieczne są następstwa głodu ilościowego, szczególnie u kobiet ciężarnych

---

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>2</sup> Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>3</sup> Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

i karmiących oraz u dzieci i młodzieży. Objawy głodu ilościowego całkowitego prowadzą przeważnie do śmierci, natomiast objawy głodu ilościowego częściowego są groźne dla zdrowia, ale można je zlikwidować poprzez właściwe odżywianie.

Bardziej rozpowszechnionym problemem na świecie jest niedożywienie, określane jako stan organizmu żywego, będący skutkiem, zazwyczaj przedłużonego, niedoboru składników pokarmowych (najczęściej tłuszczów i węglowodanów) wynikającym bądź z niedoboru określonych składników w spożywanych pokarmach, bądź też całkowitym ich brakiem. Skutkiem niedożywienia jest zazwyczaj utrata masy ciała i wychudzenie, rzadziej objawy niedoboru jakiegoś składnika, np. witamin w spożywanym pokarmie. Niedożywienie może być przyczyną znacznego osłabienia organizmu i depresji, apatii, czy rozdrażnienia.

Najważniejszą przyczyną głodu są złe rządy i polityka międzynarodowa. W krajach dobrze zarządzonych nigdy nie ma głodu. Natomiast wśród 25 krajów najbardziej nim dotkniętych wszystkie są rządzone źle, czy wręcz fatalnie. Niestety, niemały udział mają w tym Międzynarodowy Fundusz Walutowy i Bank Światowy, wymuszające na krajach ubogich reformy gospodarcze, pogłębiające nędzę i powodujące głód, jak to ma obecnie miejsce na południu Afryki.

## Głód i niedożywienie w krajach Trzeciego Świata

Spośród wszystkich problemów, jakie nękają obecnie mieszkańców Ziemi chyba najbardziej poważnym i wstydliwym jest głód i niedożywienie. W sytuacji, gdy mieszkańcy państw wysoko rozwiniętych żyją dostatnio, trudno uwierzyć, że w wielu rejonach świata miliony ludzi cierpi z powodu braku pożywienia. Głównym czynnikiem regulującym ilość pożywienia jest stopień rozwoju rolnictwa w poszczególnych państwach. Niedostatek żywności dotyczy w głównej mierze państw afrykańskich. Brak żywności w tych rejonach świata spowodowany jest wysokim przyrostem naturalnym, nieurodzajną glebą, klęskami suszy i szarańczy, a także konfliktami zbrojnymi i politycznymi.

Wydawałoby się, że przy dzisiejszym rozwoju technologicznym i wysokim poziomie społecznym głód powinien być już rzadkością. Niestety, statystyki dotyczące śmiertelności z powodu głodu w Afryce są przerażające. W każdej minucie z powodu głodu umiera 76 osób, z czego 57 to dzieci. Co roku z tego samego powodu śmierć ponosi więc nawet do 40 milionów osób.



Najważniejszą organizacją światową do walki z głodem i niedożywieniem jest FAO, czyli Organizacja Narodów Zjednoczonych ds Wyżywienia i Rolnictwa, utworzona z inicjatywy 44 państw koalicji antyhitlerowskiej uczestniczących w konferencji poświęconej problemom rolnictwa i wyżywienia, która odbyła się w maju 1943 roku w Hot Springs. Głównym celem działalności FAO jest polepszanie wytwarzania, wymiany i dystrybucji produktów żywnościowych; podnoszenie poziomu wyżywienia narodów; polepszenie warunków życia ludności wiejskiej, a także popieranie zawierania porozumień w sprawie międzynarodowego handlu produktami rolnymi oraz udzielanie pomocy technicznej. FAO ocenia także co 2 lata sytuację żywnościową świata oraz produkcji żywności.

Zgodnie z przeprowadzonymi badaniami na temat zapotrzebowania kalorycznego żywności FAO zaleca, iż do prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka niezbędne jest dostarczenie 2300–2700 kalorii w ciągu doby oraz 80 g białka, w tym 30 g białka zwierzęcego. Odnosząc się do tych norm państwa świata zostały sklasyfikowane do trzech grup.

Pierwszą grupę stanowią państwa o żywieniu obfitym i normalnym, gdzie spożycie białka wynosi powyżej 80 g, a wartość kaloryczna posiłków przekracza 2600 kcal. Do tej grupy należą m.in.: wszystkie kraje europejskie, USA, Kanada, Australia, Nowa Zelandia, Japonia, Izrael, Turcja, Tunezja, Singapur, Hongkong, Korea Południowa, Argentyna, Urugwaj, Liban, Jordania, Zjednoczone Emiraty Arabskie, Maroko, Egipt.

Drugą grupę stanowią kraje o wyżywieniu skromnym, ale wystarczającym, gdzie wartość kaloryczna spożywanych posiłku wynosi 2300–2600 kcal, a białka 60–80 g, przy czym źródłem białka są głównie produkty roślinne. Do tej grupy należą m.in.: Gujana, Chile, Kuwejt, Burkina Faso, Sudan, Gabon, Myanmar, Senegal, Surinam, Mali, Brazylia, Chiny, Arabia Saudyjska, Libia, Salwador, Kolumbia, Iran i Republika Południowej Afryki.

Do trzeciej grupy zaliczanych jest 30 państw, w których poziom wyżywienia ludności jest niedostateczny. Należą do nich m.in.: Kenia, Zimbabwe, Zambia, Zair, Mozambik, Etiopia, Republika Środkowoafrykańska, Kamerun, Ghana, Rwanda, Somalia, Nigeria, Madagaskar, Afganistan, Irak. W niektórych z tych krajów codzienne spożycie białka nie przekracza 5 g.

W 2004 roku powodzie i plaga szarańczy spowodowały zniszczenie zbiorów, pozostawiając około 3,6 mln ludności Nigru bez żywności, zagrożając życiu dziesiątkom tysięcy dzieci. W tym samym czasie innymi

krajami zagrożonymi klęską głodu były: Mauretania (25% ludności – 800 tysięcy) i Burkina Faso (500 tys. głodującej ludności).

Rosnące ceny żywności na świecie oraz susze spowodowały w Afryce Wschodniej największy od ośmiu lat kryzys żywnościowy. Głód dotyczy sytuacji, w której dochodzi do 4 zgonów z powodu niedożywienia na 10 tysięcy mieszkańców w ciągu jednego dnia. W 2008 roku wskaźnik śmiertelności w Etiopii wyniósł dziennie ponad 6 osób na 10 tysięcy ludzi.

Brytyjski dziennik „The Times” szacuje, że obecnie (2008) w Afryce co najmniej 14 mln ludzi zagraża niedożywienie. Krajem najbardziej zagrożonym niedostatkiem żywności jest Etiopia. Nie sposób określić dokładnej liczby osób, które zmarły z powodu głodu w Etiopii, ponieważ rząd ukrywa rzeczywisty wymiar problemu. Oenzetowski Światowy program Żywnościowy (WFP) dostarcza pilnej pomocy 3,2 mln ludzi w Etiopii i 900 tys. w północnej Kenii, gdzie brak deszczów i polityczny kryzys zakłóciły produkcję żywności. WFP niesie też pomoc ponad 700 tys. ludzi w północno-wschodniej Ugandzie oraz 115 tys. mieszkańcom Dżibutu.

Według danych ONZ w sierpniu 2008 roku w Somalii 2,6 mln ludności było niedożywionych, a do końca 2008 roku liczba ta wzrosła do 3,5 mln.

W Zambii głód spowodowany jest głównie przez bardzo złe warunki atmosferyczne i wieloletnią suszę. Sytuację pogarsza też fakt, że wiele osób jest nosicielami wirusa HIV, który znacznie obniża odporność i naraża na niedożywienie. Niedożywienie ludności afrykańskiej prowadzi także do zwiększonej zachorowalności na takie choroby, jak: cholera, tyfus, grypa, odra, czy też malaria.

Państwa w Afryce są słabo rozwinięte, co wpływa na sytuację materialną mieszkających tam ludzi. Ciągłe walki o władzę różnych ugrupowań lub plemion nie pozwalają ustabilizować polityki gospodarczej i zagranicznej państwa. W najbliższej przyszłości nie zapowiada się na poprawę sytuacji materialnej ludzi Afryki. Jediną nadzieją dla nich jest pomoc państw lepiej rozwiniętych.

Przed światem zachodnim stoi poważne wyzwanie wsparcia humanitarnego krajów dotkniętych klęską głodu i niedożywienia. W dużej mierze odpowiedzialność za tę sytuację spoczywa na państwach, które w czasach kolonializmu czerpały źródła bogactw naturalnych i taniej siły roboczej w krajach Afryki, Azji i Ameryki Łacińskiej. Organizacje międzynarodowe i rządy krajów wysoko rozwiniętych podejmują działania mające na celu rozwój technologii w gospodarce rolnej, poprawę wydajności produkcji żywności, a także szeroką edukację ludności.

## Niedożywienie w przebiegu anoreksji

Głód nie musi być tylko wynikiem braku jedzenia. Niedożywienie może być objawem poważnej choroby, która może doprowadzić do śmierci. Takim właśnie przykładem jest anoreksja. Jest to choroba psychiczna, która dotyka coraz szersze grono osób, a zwłaszcza młodzież płci żeńskiej. Patogeneza choroby jest bardzo złożona. Może ona być spowodowana czynnikami kulturowymi, np. moda na szczupłą sylwetkę, czynnikami rodzinnymi, np. złe relacje w rodzinie, nadmierne wymagania rodziców wobec dzieci, choroby afektywne lub alkoholizm w rodzinie, czynnikami psychologicznymi i emocjonalnymi, np. brak akceptacji własnego ciała, silna potrzeba osiągnięć; bądź czynnikami somatycznymi, np. zaburzenia hormonalne, choroby przysadki mózgowej, uwarunkowania genetyczne, uszkodzenie ośrodków podwzgórzowych. Pacjenci bardzo rygorystycznie ograniczają pożywienie lub cierpią na epizody żarłoczności z naprzemiennym przeczyszczaniem organizmu. Obraz kliniczny jest zróżnicowany. Chorzy cierpią na poważne zaburzenia emocjonalne oraz somatyczne, począwszy od depresji, lęku, napadów euforii i samokrytycyzmu do nieodwracalnych zaburzeń hormonalnych, niedokrwistości, osteoporozy, obniżenia odporności. Leczenie tej choroby jest bardzo trudne, długotrwałe i niestety mało skuteczne.

## Niedożywienie u pacjentów hospitalizowanych

Prawidłowe odżywianie, dostosowanie do sytuacji metabolicznej i klinicznej pacjenta jest bardzo ważnym, ale wciąż niedocenianym elementem leczenia chorych. Wielu pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych nie otrzymuje odpowiedniej diety wyrównującej niedobory składników odżywczych, co wiąże się z dalszą utratą masy ciała i może prowadzić do wydłużenia okresu rekonwalescencji. W większości przypadków związanych z hospitalizacją jest choroba i jej następstwa. U wielu pacjentów cierpiących na poważne schorzenia, tj. choroby nerek, serca itp. mogą występować zaburzenia apetytu i trudności z przyjmowaniem i połykaniem pokarmów. Sztwyne godziny wydawania pokarmów skłaniają pacjentów do jedzenia o określonych godzinach, nawet gdy nie są głodni. Odstęp między kolacją a śniadaniem jest dla wielu pacjentów zbyt długi. Ci bardziej sprawni radzą sobie dzięki własnym „racjom żywnościowym”, które mogą zaspokoić wymuszony na nich głód. Natomiast osoby

starsze, niedołążne i nie mające bliskich poddawane są administracyjnej głodówce.

Kolejną przyczyną niedożywienia jest niezrozumienie prawidłowego odżywiania chorych przez personel medyczny. Często dochodzi do sytuacji, że chorzy nie są w stanie sami zjeść, a personel nie ma czasu by im w tym pomóc. Wpływa to na niekorzystne wyniki leczenia, zwiększa powikłania oraz w skrajnych przypadkach powoduje śmierć z niedożywienia.

Niedożywienie w szczególnie drastyczny sposób dotyka osoby cierpiące na choroby neurologiczne, onkologiczne i przechodzące leczenie operacyjne. Osoby chore na nowotwór odczuwają ból fizyczny i psychiczny. Ich stan odbiera im siły i chęci do walki z chorobą. Dochodzi do ogólnego osłabienia, a często nawet wyniszczenia organizmu, co obniża odporność osoby chorej i wpływa ujemnie na efekty leczenia. Pacjentom, oprócz utraty wagi wypadają włosy, skóra staje się sucha i występują zaniki pamięci. Przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego wiąże się nie tylko z przygotowaniem miejsca, gdzie ma być dokonane „cięcie”, ale również z niejedzeniem przez przynajmniej osiem godzin. Po operacji obowiązuje odpowiednia dieta, która w głównej mierze zależy od leczonego schorzenia. Dieta to dieta i nie zawsze są zaspokajane wszystkie potrzeby rekonwalescenta, i tak właśnie wygląda czas okołoperacyjny, w którym pacjent jest skazany na głodówkę

Człowiek po ostrej chorobie, po wypadku lub po zabiegu chirurgicznym może być już wyleczony, ale jego organizm nie osiągnął jeszcze całkowitej równowagi. Ważnym aspektem procesu zdrowienia jest rekonwalescencja, czyli stopniowy powrót do zdrowia. Pacjent nie ma apetytu lub spożywa mniej pokarmu z powodu zalecanej diety. Przyjmowane leki mogą wpływać na odczucia smakowe, powodować nudności i niechęć do jedzenia. Niedozżywiony organizm gorzej reaguje na leczenie, zaburzone jest działanie leków, przez co okres rekonwalescencji wydłuża się.

### **Pozbawienie pożywienia w akcie eutanazji**

Każdy pacjent ma prawo do decydowania o toku leczenia. Problemem jest to, że nie każdy pacjent jest w stanie do świadomego wyrażenia zgody. Zatem z prawnego punktu widzenia dla lekarza pierwszorzędne znaczenie ma okoliczność, czy zgody na interwencję medyczną udzielił mu pacjent zdolny do jej wyrażenia. W przeciwieństwie do ma-

łoletnich i ubezwłasnowolnionych niezdolność do świadomego wyrażenia zgody nie jest kategorią prawną, lecz naturalną. Prawo medyczne nie zawiera jednak definicji pacjenta zdolnego do wyrażenia zgody, lecz kieruje się wskazaniem, jakie osoby chore nie są zdolne do wyrażenia zgody.

Eutanazję definiuje się jako „łagodną śmierć bez przykrych cierpień”. Jest to czyn lub zaniechanie, które ze swej natury lub w intencji działającego powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia. Należy ją rozpatrywać w kontekście zastosowanych metod, tzn. rezygnacji z zabiegów medycznych, które przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego. Medycyna posiada wiele metod „ukrócenia cierpień chorego”, lecz najbardziej kontrowersyjną spośród nich jest zaprzestanie podawania jedzenia za pomocą sondy lub innych urządzeń. Skazuje to organizm na trwającą wiele dni lub tygodni walkę o ostatnie chwile istnienia na tym świecie.

Człowiek to zaprogramowana istota, która walczy o swoje życie nawet w najbardziej beznadziejnej sytuacji. Osób, które samodzielnie decydują się na zakończenie swojego życia przed czasem, jest niezbyt wiele, przynajmniej w porównaniu z tymi, którzy chcieliby żyć jak najdłużej i w związku z tym stawiają swoje istnienie ponad wszystko. W naszej kulturze odebranie życia osobie nieuleczalnie chorej traktowane jest jako zbrodnia, ponieważ decyzja o zakończeniu życia nie wychodzi od osoby bezpośrednio dotkniętej, tylko kogoś trzeciego.

W lutym 2009 roku do opinii publicznej dotarła wiadomość o odłączeniu podaży wody i pokarmów przez sondę żołądkową Eluanie Englaro. Przez 17 lat przebywała ona w stanie śpiączki z powodu ciężkiego uszkodzenia mózgu. Zgodę na zaprzestanie intensywnego leczenia i odłączenie pożywienia wydał w listopadzie 2008 roku Włoski Sąd Najwyższy w Mediolanie. Wzbudziło to wiele dyskusji nad respektowaniem praw do zdrowia, poszanowaniem godności każdej osoby, również pozbawionej świadomości, nad legalizacją eutanazji.

Zaprzestanie uporczywej terapii to sytuacja, kiedy człowiek jest w stanie agonalnym i nie podejmowane są działania, które mogłyby na krótko przedłużyć jego życie, ale nie powstrzymałyby nieuchronnego procesu śmierci. Pożywienie, tlen czy woda, to nie terapia, lecz naturalne prawo człowieka, niezależnie od stanu świadomości. „Pozbawienie jedzenia to nie zaprzestanie terapii lecz zabójstwo” – podkreślają publicyści i etycy.

## Głód w aresztach i więzieniach

W historii Polski problem niedożywienia więźniów dotyczył przede wszystkim hitlerowskich obozów koncentracyjnych w czasie II wojny światowej. W Treblince, hitlerowskim obozie pracy codziennie od 1941 r. do 1944 r. ok. 400 polskich więźniów wydobywało żwir na militarne potrzeby III Rzeszy. Umierali z wycieńczenia, niedożywienia, chorób (dwukrotnie była tu epidemia tyfusu) lub byli zabijani. Przez obóz przeszło ok. 20 tys. więźniów, z czego ok. 10 tys. mogło umrzeć lub zostać zamordowanych.

Szczególnym rodzajem więzienia w czasie II wojny światowej było zorganizowanie przez hitlerowców około 400 gett żydowskich na terenie Polski. Stamtąd droga wiodła już tylko do obozów zagłady. Największe getta znajdowały się w Warszawie, Łodzi, Krakowie i Białymstoku.

Ich mieszkańcy nie mogli wychodzić poza mury i dokonywać zakupów, nawet żywności. Za nabywanie żywności poza murami getta odpowiedzialność miała ponosić cała gmina żydowska. Było to o tyle dotkliwe, że rozpoczęto racjonowanie żywności. Dostawała ją jedynie ludność pracująca. Początkowo było to 0,5 kg chleba dziennie. Później zmniejszono racje do 30 dag. Głód zmuszał mieszkańców getta do handlu, który był nielegalny. Żywność zdobywano dzięki przemytowi z pobliskich wsi i pomocy ludności zamieszkującej aryjską część miasta.

Problem niedożywienia więźniów dotyczy także czasów współczesnych. W fatalnych warunkach sanitarnych i przymierając głodem – tak odbywają karę skazańcy w Zimbabwie. Tragiczną sytuację dostrzegł Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża (ICRC), który rozpoczął akcję dożywiania. Choć jedną z zasad Czerwonego Krzyża jest niekomentowanie warunków w więzieniach, które odwiedzają pracownicy organizacji, to jednak zdaniem korespondentki BBC w Genewie (tam mieści się centrala ICRC) sam raport jest dowodem na to, jak fatalna jest sytuacja. I tak na przykład ICRC rozpoczął terapeutyczne dokarmianie 6300 więźniów – co wskazuje na stan poważnego niedożywienia. Problem niedożywienia więźniów niewątpliwie związany jest w tym kraju z klęską nieurodzaju.

W wielu krajach dotkniętych konfliktami politycznymi problem niedożywienia szczególnie dotyka więźniów politycznych. Przykładem takiej sytuacji jest Birma, gdzie obecnie w więzieniach przebywa około 2100 „więźniów sumienia Birmy”. Przebywają oni w skrajnie trudnych warunkach higienicznych, są pozbawieni opieki medycznej, maltretowani i bici. Z tego powodu niedożywienie jest główną przyczyną utraty zdrowia.

W opublikowanym niedawno Raporcie Rocznym Amnesty International czytamy, że więźniowie w Korei Północnej są zmuszeni do bardzo ciężkiej fizycznej pracy, np. w kamieniołomach, po 10 godzin lub więcej dziennie, bez żadnego dnia odpoczynku. Straże biją więźniów, oskarżając ich o kłamstwo, o zbyt powolną pracę czy też niezajomość słów patriotycznych piosenek. Do wymierzanych kar należą między innymi przymusowe ćwiczenia, siedzenie bez ruchu w jednej pozycji przez długi okres czasu lub bardzo upokarzającą publiczną samokrytykę. Więźniowie bardzo często chorują lub umierają z powodu kombinacji przymusowej ciężkiej pracy, niedostatecznego wyżywienia, bicia, braku opieki medycznej i niehigienicznych warunków życia. Więzienia nazywane są „państwowymi pensjonatami” czy też obozami pracy. Koreańczycy wzorują się na radzieckim Gułagu oraz dawnych wschodnioazjatyckich systemach represji. „Pomysł uwięzienia trzech pokoleń rodziny sprawcy przestępstwa był np. stosowany w Korei do 1905 roku, a komuniści go tylko reaktywowali” – mówi David Hawk, doradca amerykańskiego Komitetu na rzecz Praw Człowieka. W Korei Północnej umiera średnio co trzeci więzień, przede wszystkim z powodu wycieńczenia pracą i niedożywienia. Jednak w Korei Północnej działają dwa rodzaje obozów. Pierwszy to koncentracyjne, właśnie tam ginie najwięcej ludzi. Są oni wysyłani na dożywocie bez postawienia żadnych formalnych zarzutów, sądu czy wyroku. Władze traktują ich jako wrogów politycznych za to, że coś powiedzieli lub zrobili niezgodnego z ideologią reżimu. Do obozu trafia wówczas nie tylko sam „winowajca”, lecz także jego rodzina z trzech pokoleń: jego, rodziców i dziadków. Te, do których mogły zostać wysłane dziennikarki, są nieco inne. To rodzaj ciężkich więzień, gdzie kary odsiadują zarówno kryminaliści, jak i i więźniowie polityczni. Tu skazani to formalnie oskarżeni, osądzeni, którzy otrzymali wyrok. A kiedy już skończy im się kara, zostają uwolnieni. Więźniowie pracują po 12–14 godzin w kopalniach, na budowach, przy ścinaniu drzewa, w zakładach hutniczych lub w gospodarstwach rolnych. Najczęściej stosowanymi karami wobec więźniów jest bicie oraz odmowa żywności. Posiłki w więzieniach koreańskich sprowadzają się do dwóch racji wodnistego bulionu z kukurydzy. Obecnie w Korei Północnej jest 6 obozów koncentracyjnych, które znajdują się w izolowanych górach i dolinach w północnej części kraju. W każdym osadzono od 20 do 50 tysięcy osób. Trudno oszacować, ile dodatkowo osób odsiaduje wyroki w ciężkich więzieniach.

System więziennictwa w Polsce w latach powojennych stanowił integralną część stalinowskiego systemu terroru. Wrogowie klasowi, tzw. wrogowie władzy ludowej, kierowani byli masowo do tych samych miejsc odosobnienia, co zwykli przestępcy kryminalni czy przestępcy wojenni. Więzienia stały się miejscem straceń polskich patriotów. Szacuje się, że w czasach stalinowskich wykonano 4 tys. wyroków śmierci. Większość z nich dotyczyła spraw politycznych lub została wydana z pogwałceniem zasad elementarnej sprawiedliwości ludzkiej. Stan więziennictwa w pierwszych latach po 1956 r. był katastrofalny. W przeludnionych więzieniach niedożywienie więźnia było codziennością. Skutkowało to wysoką śmiertelnością więźniów oraz epidemiami chorób zakaźnych.

Obecnie niedożywienie więźniów w polskich aresztach należy do rzadkości. Zdarzały się też przypadki, że więźniowie sami podejmowali strajki głodowe, trwające kilka dni, tygodnie, a czasami miesiące. Takie zachowanie jest zazwyczaj protestem przed odbywaniem kary więzienia. W 2009 roku do jednego z krakowskich szpitali został przywieziony aresztant skrajnie wygłodzony po odbyciu 40-dniowej głodówki. Mierzył 175 cm i ważył 40 kilogramów. Zmarł po dobie pobytu w szpitalu. Powstaje pytanie: „w jaki sposób należy przeciwdziałać takim skrajnym przypadkom braku humanitarnej opieki, jak zwalczać głód, niedożywienie, nieludzkie traktowanie?”.

## Podsumowanie

Głód jest problemem globalnym. Istnieje od wielu tysięcy lat i dotyka wielu milionów ludzi zamieszkujących różne kontynenty. Stosunek pomiędzy przyrostem ludności a przyrostem produkcji żywności ciągle spada, co nieuchronnie zmniejsza statystyczną ilość jedzenia na jednego człowieka. Wiele rodzin nie jest w stanie dostatecznie się wyżywić, co jest spowodowane ich skrajnym ubóstwem. Większość przypadków śmierci głodowej spowodowana jest chronicznym niedożywieniem. Zwiększa to w znacznym stopniu podatność na choroby oraz uniemożliwia funkcjonowanie nawet na podstawowym poziomie.

## Piśmiennictwo

1. Bielecki T.: Eluana Englaro umrze w Udine. Gazeta Wyborcza, 2009.02.04.
2. Co pięć sekund na świecie umiera z głodu dziecko. Życie Warszawy, 2007.10.29



3. Jak pokonać głód? *Gazeta Wyborcza*, 2008.06.04.
4. Jozefik B., Pilecki M.: *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: podejścia, metody, techniki (tom 2)*. Wyd. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków 2005.
5. Jurczak I. (tłum.): *Głód w Malawi. My a Trzeci świat*, 2003, 8 (72).
6. Klee E.: *Auschwitz. Medycyna III Rzeszy i jej ofiary*. 2009.
7. Korea Północna – kraj obozów koncentracyjnych. Rozmowa z Davidem Hawkiem. *Dziennik* 2009.08.08.
8. Korea Północna – kraj obozów koncentracyjnych *Dziennik*, 2009, 8.08.
9. Kowalski J.: *Widmo głodu na świecie*. *Polityka*, 2008, 04.16.
10. Łysiak-Szydłowska W.: *Niedożywienie szpitalne – problem na dziś*. *Academia Medica Gedanensis*, 2004, 01.
11. *Na świecie głoduje ponad miliard ludzi*. *Wprost*, 2009.10.14.
12. *ONZ debatuje, jak walczyć z głodem*. *Gazeta Wyborcza*, 2009.01.26.
13. Pietrzykowski T.: *Spór o eutanazję*. Wyd. Sonia Draga, Katowice 2007.
14. *Podolska J.: Głód przysłał cały świat*. *Gazeta Wyborcza*, 2009.08.27.
15. *Ponad miliard ludzi głoduje*. *Gazeta Wyborcza*, 2009.09.27.
16. Rees L.: *Auschwitz. Naziści i „Ostateczne Rozwiązanie”*. 2005
17. *Rząd ratuje Eluanę*. *Rzeczpospolita*. 2009.02.07.
18. Rzepliński A., Hosaniak J.(red.nauk.): *Korea Północna za zasłoną*. Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 2004.
19. *Szczygieł B.: Postępy w leczeniu żywieniowym w 2005 roku*. *Medycyna Praktyczna Chirurgia*, 2006, 1.



Krzysztof Bauer<sup>1,2</sup>, Sławomir Lech Czaban<sup>2,3</sup>, Agata Kulikowska<sup>3</sup>,  
Iwona Jarocka<sup>3</sup>, Marzena Wojewódzka-Żeleznikowicz<sup>1,2</sup>,  
Bogusław Poniatowski<sup>2</sup>, Jerzy Robert Ładny<sup>1</sup>

## Samobójstwa jako istotny problem medycyny ratunkowej – doświadczenia własne

### Wstęp

XXI wiek charakteryzuje się występowaniem licznych zagrożeń cywilizacyjnych i związanych z nimi czynników stanowiących źródło sytuacji stresogennych [1]. Nieumiejętność radzenia sobie ze stresem i problemami życia codziennego może prowadzić do podejmowania prób samobójczych. Samobójstwa są wynikiem anomii i dezintegracji życia społecznego, występują częściej w zbiorowościach, w których istnieją słabsze więzi społeczne.

W Europie z powodu samobójstw ginie każdego roku więcej ludzi niż w wypadkach samochodowych. W 2000 roku liczba osób, które zginęły śmiercią samobójczą wyniosła około miliona i przekroczyła liczbę ofiar działań wojennych (230 tysięcy) lub zabójstw (500 tysięcy).

Zgodnie z szacunkami ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), na świecie co trzy sekundy ktoś podejmuje próbę samobójczą, a co 40 sekund – traci z tego powodu życie. Ci sami eksperci podkreślają, iż liczba zgonów z powodu samobójstw wykazuje stałą tendencję wzrostową. Długoterminowe prognozy wskazują, że w roku 2020 liczba zgonów z powodu samobójstw może osiągnąć 1,5 mln osób.

Największą ilość samobójstw odnotowuje się w krajach Europy

---

<sup>1</sup> Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku  
<sup>2</sup> Szpitalny Oddział Ratunkowy Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku  
<sup>3</sup> Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wschodniej (zwłaszcza na Litwie, Łotwie, w Estonii i Rosji), a najmniejszą – w krajach Ameryki Łacińskiej, krajach muzułmańskich i w kilku krajach azjatyckich. Na temat samobójstw w Afryce dostępnych jest obecnie bardzo mało danych. Aktualne dane statystyczne wskazują, iż w Polsce na każde 100 tys. mieszkańców 15 osób popełnia samobójstwo [2].

Skala wzrastającej liczby prób suicydalnych w aspekcie obciążenia systemu opieki zdrowotnej, a w szczególności szpitalnych oddziałów ratunkowych nie została dokładnie poznana. Natomiast codzienna praktyka kliniczna wskazuje, iż leczenie samobójców może stanowić poważny problem współczesnej medycyny.

### **Cel pracy**

Celem pracy jest analiza chorych po próbach samobójczych w aspekcie określenia ich profilu demograficznego, najczęstszych metod targnięcia się na życie, sezonowości występowania prób suicydalnych, czasu hospitalizacji i wyników leczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym.

### **Materiał i metoda**

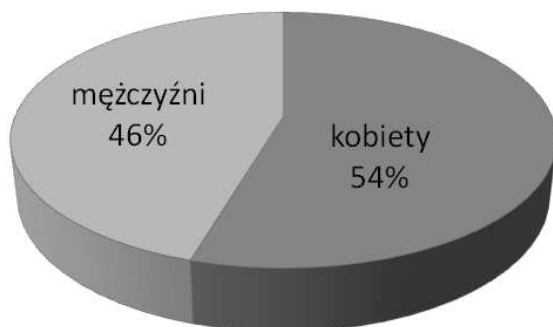
Badaniem retrospektywnym objęto grupę chorych hospitalizowanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w okresie od 1 stycznia 2007 do 30 marca 2009 roku. Analizie poddano dokumentację medyczną znajdującą się w systemie informatycznym szpitala.

### **Wyniki**

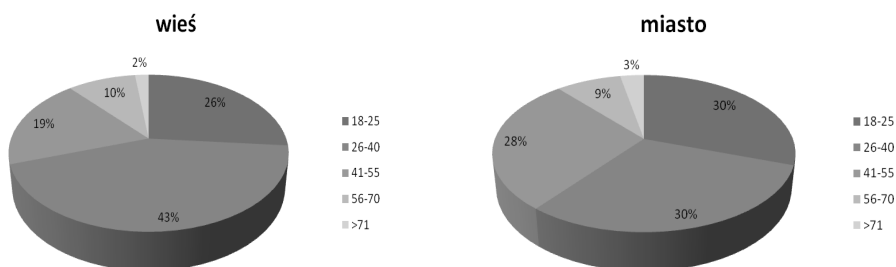
W okresie od 1 stycznia 2007 do 30 marca 2009 roku w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym USK w Białymstoku przyjęto 185 chorych, którzy podjęli próbę samobójczą, co stanowiło 3,37% hospitalizacji w części obserwacyjnej i krótkotrwałej intensywnej terapii SOR. Wśród omawianej grupy chorych kobiety stanowiły 54,05% ( $n = 100$ ) chorych, mężczyźni 45,95% ( $n = 85$ ). Średni wiek kobiet wynosił 40,9 lat, zaś hospitalizowanych mężczyzn 33,2 lat (ryc. 1, 2).

Do najczęstszych powodów hospitalizacji spowodowanych próbą suicydalną należały zatrucia lekami (89,73%), wśród których dużą grupę stanowiły zatrucia licznymi preparatami (42,17% wszystkich zatruc lekami). Strukturę tą przedstawia rycina 3.

**Ryc. 1. Struktura badanej populacji chorych po próbie samobójczej w zależności od płci**

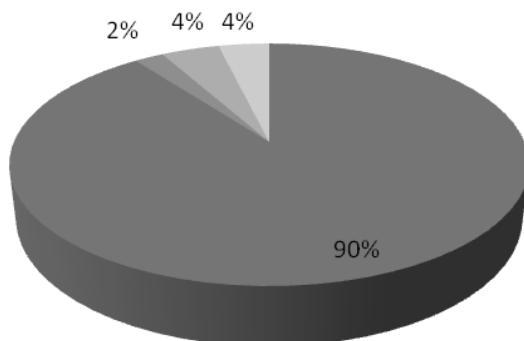


**Ryc. 2. Struktura wiekowa (w latach) badanej grupy chorych po próbie samobójczej w zależności od miejsca zamieszkania**



**Ryc. 3. Podział chorych w zależności od sposobu podjęcia próby samobójczej**

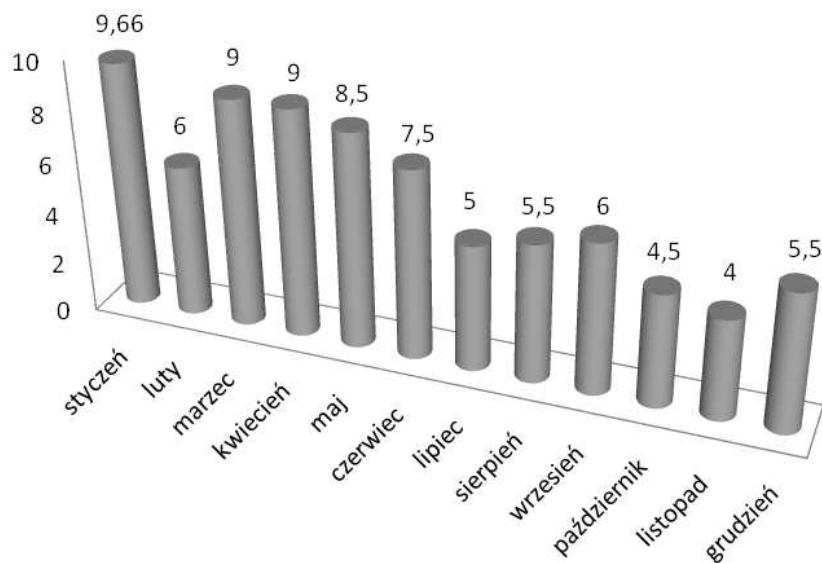
■ leki   ■ spożycie innej substancji   ■ powieszona   ■ inne okaleczenia



Spośród chorych zatrutych lekami 68,67% zostało wypisanych z oddziału w stanie dobrym, nie stwierdzono zgonów w tej grupie chorych.

Analizując próby samobójcze pod względem ich występowania w kolejnych miesiącach roku wykazano najwyższy ich odsetek w okresie zimowym i wiosennym: w styczniu (9,66%) oraz w miesiącach marzec, kwiecień (9%) (ryc. 4).

**Ryc. 4. Średnia liczba prób samobójczych w zależności od miesiąca (2007–2009 marzec)**

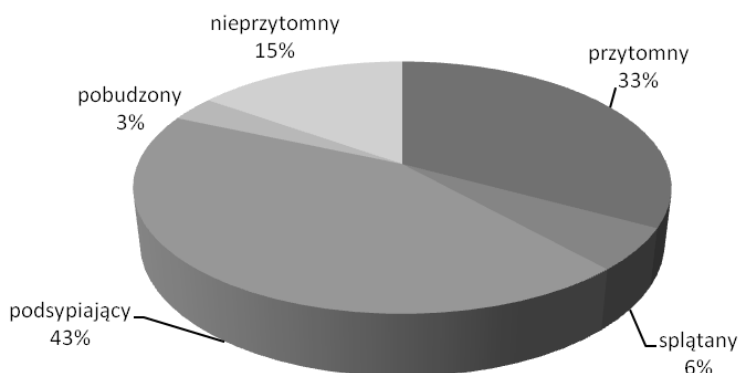


W grupie badanych pacjentów przyjmowanych w SOR z powodu prób suicydalnych 33% było przytomnych, spośród zaburzeń świadomości najczęściej występowało podsypianie – 43%, udział innych zaburzeń przedstawia rycina 5.

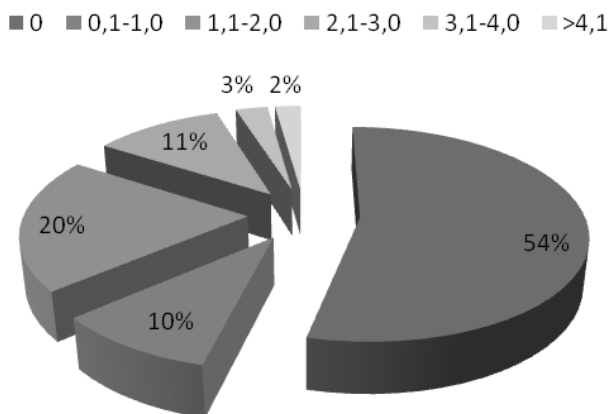
Częstym zjawiskiem towarzyszącym próbom samobójczym jest ich podejmowanie pod wpływem alkoholu. Koincydencję prób samobójczych ze spożyciem alkoholu stwierdzono w 85 przypadkach (45,94%). Rycina 6 przedstawia poziom alkoholu we krwi (w mg/dl) u pacjentów przyjmowanych z powodu podejmowania prób samobójczych.

Oprócz chorych podejmujących próbę samobójczą poprzez zatrucie lekami, stwierdzono w badanej populacji 4,32% przypadków samobójstw przez powieszenie oraz pojedyncze próby obejmujące samouszkodzenia i postrzały.

**Ryc. 5. Procentowy udział jakościowych i ilościowych zaburzeń świadomości stwierdzonych u chorych po próbach samobójczych**



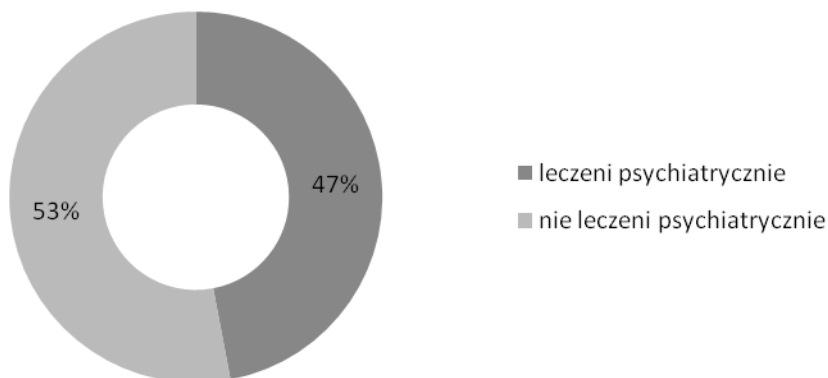
**Ryc. 6. Poziom alkoholu stwierdzany u chorych po próbie samobójczej przy przyjęciu w SOR**



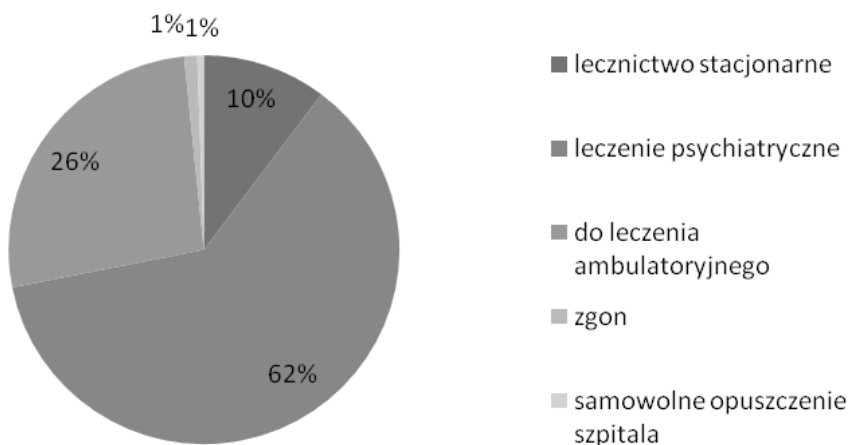
Duża grupa chorych w przeszłości leczyła się psychiatrycznie, co stanowiło 47% badanej populacji (ryc. 7). Wśród pacjentów z zaburzeniami psychicznymi 4,86% (n = 9) stanowili chorzy, którzy po raz kolejny wypełnili próbę samobójczą.

Wszyscy hospitalizowani, o ile stan ogólny na to pozwalał, byli konsultowani psychiatrycznie, bądź kierowani do dalszej diagnostyki w oddziale psychiatrii. Pobytu na oddziale psychiatrycznym wymagało 62% badanych, u 26% wystarczające było leczenie ambulatoryjne (ryc. 8).

**Ryc. 7. Struktura badanej populacji w zależności od wywiadu obciążonego schorzeniami psychiatrycznymi**



**Ryc. 8. Tryb wypisu chorych z SOR**



Średni czas pobytu pacjentów po próbie samobójczej w SOR wynosił 65,06 godzin, a zatem średni koszt pobytu wyniósł w 2008 roku 7046,87 zł. Łączne koszty leczenia chorych po próbie samobójczej w roku 2008 szacuje się na kwotę 387 577,85 zł.

## Omówienie

W przeciwieństwie do klasycznego ujęcia tematyki samobójstw, które są dobrze poznane i opisane, aspekt obciążenia elementów systemu medycyny ratunkowej w Polsce, tj. pogotowia ratunkowego i szpitalnych



oddziałów ratunkowych wymaga głębszego poznania. Niewątpliwie jest on trudny do zinterpretowania, zwłaszcza ze względu na mnogość elementów i składowych popełnionego czynu, a także trudność, jaką za sobą niesie precyzyjna klasyfikacja czynu. Znanym bowiem jest zjawisko prób „na pokaz”, które nie wypełniają całej definicji próby targnięcia się na własne życie. Trudne do oceny są także nadużycia leków klasyfikowane jako próba samobójcza, będące tymczasem chęcią przeżycia czegoś nowego, „odlotu”, „haju”, głównie wśród młodych pacjentów. Istotnym jest, iż część samobójców, działających pod wpływem alkoholu, po wytrzeźwieniu nie przejawia już takich tendencji.

Również ocena skali zjawiska jest trudna, ponieważ nie prowadzi się rutynowych statystyk dotyczących tego zagadnienia w aspekcie pomocy medycznej. Fakt, iż tego typu zachowania mają najczęściej podłoże zaburzeń psychicznych, szczególnie o charakterze ciężkiej depresji sprawia, iż problem jest głównie domeną psychiatrów, tymczasem wielu chorych trafia najpierw do oddziałów ratunkowych, a w niektórych przypadkach tylko do nich. Z analogicznych powodów nasza statystyka nie ujęła całej rzeszy chorych, podejmujących próby suicydalne poprzez różnego rodzaju samouszkodzenia ciała, zaopatrywane w trybie ambulatoryjnym, nie hospitalizowane w SOR. Należy też zwrócić uwagę, że nie można wykluczyć części wypadków komunikacyjnych (tzw. niewyjaśnione zdarzenia drogowe) lub innych tragicznych zdarzeń, które w swej genezie były próbą samobójczą, a które z natury rzeczy umykają statystykom.

Według danych Komendy Głównej Policji [1] w 2007 roku podjęto 4.658 (w tym 3.730 popełnione przez mężczyzn) prób samobójczych, z których 3.530 (2.924 mężczyzn) zakończyło się zgonem. W następnym 2008 roku odnotowano już 5.237 (4.207 mężczyzn) zamachów samobójczych, z których 3.964 (3.333 mężczyźni) zakończyło się zgonem.

Oznacza to, że na 1 próbę suicydalną podjętą przez kobietę przypada ponad 5 mężczyzn, co może wynikać z modelu polskiej rodziny, w której rolę mężczyzny jest zapewnienie bytu rodzinie, a bezrobocie dotyczące i zagrażające sprzyja wyborom suicydalnym. Kobiety inaczej radzą sobie ze stresem; częściej zgłaszają się po pomoc, łatwiej się zwierniają, rzadziej sięgają po rozstrzygnięcia bardzo radykalne, takie jak próby samobójcze [2]. W przedstawionym materiale klinicznym większą liczbę kobiet niż mężczyzn można tłumaczyć faktem, iż kobiety częściej podejmowały próby samobójcze niezakończone zgonem, częściej wybierały intoksykacje lekami, co implikowało hospitalizację w SOR.

Z drugiej strony obserwuje się tendencję zmniejszenia „skuteczności” prób samobójczych już od kilkunastu lat [1]. W naszej pracy obserwowaliśmy dobre wyniki leczenia wśród chorych zatrutych lekami, co może potwierdzać tę tendencję. Może to świadczyć o wysokim emocjonalnym charakterze tego rodzaju prób, wcześniej niezaplanowanych, podejmowanych pod wpływem impulsu, czasem także upojenia alkoholowego. Takie próby także nie do końca wypełniają znamiona definicji próby samobójczej, jako działania celowego i zaplanowanego.

### **Wiek chorych po próbach samobójczych**

We wszystkich krajach samobójstwa znajdują się dziś na trzecim miejscu wśród przyczyn zgonów osób między 15. a 34. rokiem życia. W wielu krajach, również w Polsce, obserwuje się wzrost częstości samobójstw wśród młodzieży do 20. roku życia, choć nadal najwyższe współczynniki występują wśród mężczyzn w wieku powyżej 45 lat, a wśród kobiet w wieku powyżej 55 lat. W naszym materiale, szpitala dla chorych po 18. r.ż., dominowały osoby w wieku do 55. r.ż., a więc w wieku potencjalnie zawodowo czynnym, co może mieć ekonomiczne znaczenie w kontekście kosztów związanych z niezdolnością tych osób do pracy zawodowej.

### **Metoda popełnienia samobójstwa**

Sposób popełnienia samobójstwa różni się w zależności od płci. Jak już wspomniano kobiety wybierają mniej drastyczne rodzaje śmierci, jak na przykład otrucie lekami – na 185 przypadków prób samobójczych 100 podjęły kobiety, z czego tylko 4 pacjentki wybrały inny sposób samobójstwa, jak nadużycie leków. W grupie mężczyzn na 85 osób inny sposób niż nadużycie leków w celu suicydalnym stwierdzono w 14 przypadkach. Część badaczy uważa, że osoby o skłonnościach samobójczych preferują pewne metody odbierania sobie życia i jeśli dostęp do tych metod jest ograniczony, prawdopodobnie nie będą szukać innych [5]. Fakt ten w kontekście prób samobójczych podejmowanych drogą intoksykacji przez kobiety może mieć znaczenie w działaniach prewencyjnych.

Według danych Komendy Głównej Policji skok z wysokości, rzucenie się pod koła pojazdu, powieszenie się to „sposoby” zdominowane przez bardziej zdeterminowanych mężczyzn [3]. Wszyscy (8 przypadków) hospitalizowani w naszym oddziale po próbie powieszenia to mężczyźni, co potwierdzałoby tę prawidłowość.

W naszym materiale zanotowaliśmy pojedyncze przypadki samouszkodzeń, co prawdopodobnie wynikało z braku potrzeby hospitalizacji w części obserwacyjnej SOR takich prób. Z drugiej strony wybitnie często, jak to już wspomniano, hospitalizowaliśmy zatrucia lekami, które ze względu na potrzebę obserwacji w warunkach SOR oraz braku na terenie miasta i województwa wydzielonego oddziału toksykologii z natury rzeczy trafiały do SOR USK. Pojedyncze przypadki obejmowały także zatrucia innymi substancjami oraz postrzelenie się czy zamierzone wstrzyknięcie substancji oleistej do żyły.

### **Przyczyny samobójstw**

Podjęcie prób samobójczych ma liczne i złożone przyczyny. Pewną rolę odgrywają także czynniki genetyczne – historia samobójstw w rodzinie zwiększa ryzyko popełnienia czynu. W niniejszej pracy nie podjęto kwestii przyczyn. Stwierdziliśmy jedynie, iż duża część prób samobójczych jest podejmowana pod wpływem alkoholu lub przez osoby z problemami psychicznymi. Według danych Policji do najczęstszych ustalonych przyczyn zamachów należą w kolejności: choroba psychiczna, nieporozumienia rodzinne, przewlekła choroba, zawód miłosny i warunki ekonomiczne. Ze względu na specyfikę pracy w SOR oraz ostrą fazę jednostkowego problemu, którą obserwujemy w SOR, nie zawsze jest możliwe zebranie precyzyjnego wywiadu dotyczącego przyczyn zaistniałego czynu. Nierzadko, aby wyjaśnić genezę czynu samobójczego potrzeba wielu tygodni budowania zaufania w relacji lekarz – pacjent oraz pacjent – środowisko [3].

Spożycie alkoholu towarzyszące próbie samobójczej, tak częste nie tylko w naszej statystyce można rozpatrywać dwójako. Z jednej strony istnieje powszechne przekonanie o nasileniu działania leków przyjętych w celach samobójczych wraz z alkoholem, z drugiej strony, narkotyczne działanie alkoholu może być czynnikiem ułatwiającym podjęcie tego typu decyzji.

Obecność chorób psychicznych wykazano u około 90% samobójców, najczęściej były to zaburzenia depresyjne (ok. 50%) i schizofrenia. Wśród naszych pacjentów duża ich grupa (47%) była wcześniej leczona psychiatrycznie, co potwierdza obserwowaną zależność [4, 6].

### **Podsumowanie**

Wysoka liczba przyjęć z powodu próby samobójczej świadczy o rosnącym problemie społecznym i stanowi codzienne wyzwanie dla ze-

społu SOR. Krótki czas hospitalizacji nie pozwala często na dogłębną analizę psychiatryczną i psychologiczną tych chorych, dlatego każdy hospitalizowany z tego powodu pacjent powinien być kierowany do dalszej diagnostyki psychiatrycznej, a ze względu na ryzyko zagrożenia życia – głównie w trybie hospitalizacji. Najczęstszym sposobem targnięcia się na własne życie jest intoksykacja lekami, często w koincydencji z alkoholem. Wyniki leczenia chorych podejmujących próbę suicydalną drogą intoksykacji lekowej są dobre, niestety część chorych prawdopodobnie podejmie kolejną próbę suicydalną, mimo stosowania prób prewencji. Omawiana grupa chorych stanowi duże obciążenie systemu ratownictwa medycznego, także pod względem ekonomicznym.

### Piśmiennictwo

1. Niemcunowicz-Janica A., Rydzewska-Dudek M., Załuski J., Dopierała T., Janica J., Wardaszka Z., Ptaszyńska Sarosiek I., Okłota M.: Analiza samobójstw w materiale sekcyjnym Zakładu Medycyny Sądowej AMB w latach 1990–2003. *Arch. Med. Sąd. Krym.*, 2005, 55, 120–124.
2. Jarosz M.: Samobójstwa w II Rzeczpospolitej w perspektywie światowej. Analiza socjologiczna. *Suicydologia*, 2005, 1 (1), 1–13.
3. Dane udostępnione na stronach internetowych Komendy Głównej Policji [www.policja.pl](http://www.policja.pl).
4. Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla lekarzy pierwszego kontaktu. Genewa – Warszawa: Światowa Organizacja Zdrowia, 2003.
5. Lester D., Murel M.: The influence of gun control laws on suicidal behaviour. *Am. J. Psychiatry*, 1980, 38, 121–122.
6. Kaplan S.: *Comprehensive textbook of psychiatry*. Wyd. 7. Lippincott William & Wilkins, Philadelphia 2000.

Ewa Wiśniewska<sup>1</sup>, Małgorzata Marcysiak<sup>1</sup>, Bożena Ostrowska<sup>1</sup>,  
Małgorzata Zagroba<sup>1</sup>, Wanda Ostaszewska<sup>1</sup>, Miłosz Marcysiak,  
Grażyna Skotnicka-Klonowicz<sup>1</sup>

## Samobójstwa wśród dzieci i młodzieży

Historia aktów samobójczych jest długa i była wielokrotnie opisywana w przekazach historycznych i utworach literackich. Samobójstwa odzwierciedlały obyczaje, mentalność społeczną danego okresu, podlegały zmianom kulturowym i obyczajowym. W różnych okresach życia samobójstwo było uznawane za akt cnoty, innym razem za zbrodnię przeciwko społeczeństwu i złamaniu prawa boskiego. Starożytni Grecy i Rzymianie do samobójstw mieli stosunek tolerancyjny, jeśli było uzasadnione i zrozumiałe – z rozpacz, z pobudek patriotycznych, w imię honoru. Również w późniejszych wiekach samobójstwo osób dorosłych w imię honoru lub z pobudek patriotycznych cieszyło się szacunkiem. Niekiedy stawało się nie tylko obyczajem, ale stawało się też prawem. W Japonii człowiek, który popełniał seppuku ratował swój honor, swojej rodziny, a także dowodził męstwa i wierności [1].

Samobójstwo dziecka jest aktem zaskakującym, zagadkowym, przerażającym i często obciążającym sumienia osób dorosłych. W sytuacji kryzysowej młody człowiek nie zawsze potrafi dostrzec alternatywne rozwiązanie, a dorośli nie zawsze zdążą lub nie widzą potrzeby wskazania innego rozwiązania sytuacji trudnej.

Samobójstwo nie jest zdarzeniem lecz procesem. Nie jest ono jedynie przypadkiem tragicznego samounicestwienia się, lecz trwającym niekiedy całymi latami ciągiem wzajemnie powiązanych myśli i czynów. Zachowania suicydalne, czyli świadome działanie na własne ciało za pomocą czynników zewnętrznych w celu przekroczenia granic możliwości jego adaptacji, mają różne przejawy i różny skutek. Uświadomienie możliwości

---

<sup>1</sup> Wydział Ochrony Zdrowia Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie

rozwiązania problemów życiowych na drodze samobójstw nazywamy samobójstwem wyobrażonym. Gdy nabierają one charakteru celu, mówimy o samobójstwie upragnionym. Owo pragnienie może wyzwać pierwsze próby dokonania zamachu samobójczego. Ten etap na drodze zachowań suicydalnych nazywamy samobójstwem usiłowanym. Kończący się śmiercią zamach na własne życie to ostatni etap działania samobójczego, czyli samobójstwo dokonane [2]. Na pograniczu zachowań suicydalnych leżą samouszkodzenia, które niektórzy badacze traktują jako instrumentalną próbę samobójstwa, inni opisują samouszkodzenia jako zachowania bez tendencji samobójczych. Faktem jest jednak, że samouszkodzenie jest czynnikiem ryzyka samobójstw. Około 40–60% ofiar samobójstw ma w wywiadzie samouszkodzenie [3].

Samobójstwa wśród młodych ludzi są problemem ogólnoswiatowym, jednak skala problemów jest zróżnicowana w poszczególnych krajach. W Europie najwięcej samobójstw popełnianych jest w Finlandii, na Węgrzech i krajach nadbałtyckich [4]. W Polsce skala zjawiska nie jest alarmująca, ale ma, niestety, tendencje wzrostowe. W latach 1990–2000 liczba samobójstw w Polsce wzrosła o 15%, z czego 30% w grupie wiekowej do 19. roku życia [5].

Samobójstwa stanowią jedną z głównych przyczyn zgonu dzieci i młodzieży [4, 6]. We wczesnej młodości samobójstwa zdarzają się częściej u dziewcząt niż u chłopców, natomiast powyżej 13. roku życia ma miejsce odwrotna, narastająca tendencja, która osiąga poziom pięciokrotnej przewagi chłopców [7]. Dziewczęta natomiast częściej mają myśli samobójcze i podejmują próby samobójcze (tabela 1) [6]. Tak więc prób samobójczych częściej dokonują dziewczęta, ale z powodu samobójstw częściej giną chłopcy. Chłopcy są bardziej zdeterminowani w dążeniu do śmierci i wybierają bardziej pewne sposoby samounicestwienia. Dziewczęta mają bardziej ambiwalentny stosunek do śmierci i wybierają sposoby dające większą szansę przeżycia [8].

W badaniach polskich Gmitrowicz podaje, że w szkołach podstawowych i średnich próby samobójcze stwierdzono u 1,3–20% badanych, natomiast myśli samobójcze odnotowano w szerokich granicach 3–59%. Jak wynika z piśmiennictwa około 10–40% ponawia próby samobójcze w ciągu roku [9]. Dokładna ocena częstości zamachów samobójczych jest trudna do oceny z powodu niechęci rodziny do ujawniania tych faktów lub też lekceważenia ich. Stosunek samobójstw usiłowanych do dokonanych jest różny, od 6:1 do 50:1. Podkreśla się, że 60% samobójców usiłowało wcześniej popełnić samobójstwo, a 80%, które skutecznie popeł-

**Tabela 1. Zachowania samobójcze nastolatków w zależności od płci**

Myśli samobójcze	
Dziewczęta	18–25%
Chłopcy	11–14%
Próby samobójcze	
Dziewczęta	11%
Chłopcy	4–6%
Samobójstwa (wiek 15–19 lat)	
Dziewczęta	13,3 na 100 000
Chłopcy	2,8 na 100 000

Źródło: Hatcher-Kay C., King C. A.: Depresja i samobójstwa. *Pediatrics po dyplomie* 2005, 5, 55–64.

niło samobójstwo, w jakiś sposób ostrzegają o swoich zamiarach [10]. Występowanie myśli samobójczych jest czynnikiem predykcyjnym dla prób samobójczych. Nie są one jednak rzadkim zjawiskiem wśród dzieci i młodzieży. Niektórzy badacze twierdzą, że myśli samobójcze stanowią specyfikę okresu dorastania [9]. Zjawisko to należy traktować jako sygnał ostrzegawczy, gdyż większe nasilenie myśli samobójczych zwiększa prawdopodobieństwo podjęcia próby samobójczej w ciągu roku [6].

Próby samobójcze podejmowane przez dorastającą młodzież mogą mieć charakter:

- wołania o pomoc,
- próby manipulacji otoczeniem,
- aktu zemsty na otoczeniu,
- połączenia się z osobą zmarłą,
- działania impulsywnego [9].

Próby samobójcze nie kończące się zgonem lub samouszkodzeniem, uważane czasami za manipulacyjne nie powinny być lekceważone z uwagi na tendencję do powtórzeń. Czasami młodzież może też niewłaściwie ocenić śmiertelność potencjał danej metody [6].

Czynnikami sprzyjającymi podejmowaniu prób samobójczych u młodocianych jest chwiejność emocjonalna, sugestywność, tendencja do spiętrzania afektów. W tym okresie następuje rozwój uczuć i więzi, na które rzutuje labilność emocjonalna. Młodzi ludzie doświadczają kryzysów,

w przebiegu których nie mogą dać sobie rady z pojawiającymi się trudnościami, nieumiejętnie je rozwiązując, niekiedy uciekają w samobójstwo [11]. Młodocianych samobójców cechuje: niedojrzałość emocjonalna, drażliwość, wybuchowość, nadpobudliwość, wysoki poziom agresji, postawy antyspołeczne, brak umiejętności kontroli emocji, zaniżony obraz siebie, niezdolność odraczania agresji, wysoki poziom lęku [12].

Znamienne są słowa: „większość ludzi w kryzysie suicydalnym nie chce umrzeć, lecz chce żyć, jeśli by tylko wiedzieli jak to zrobić” [14].

Większość prób samobójczych i to zarówno u ludzi zdrowych, jak i wykazujących zaburzenia psychiczne, jest poprzedzona fazą prodromalną. Czasokres od rozmyślań na temat własnej śmierci poprzez walkę z tendencjami destrukcyjnymi, aż po podjęcie ostatecznej decyzji bywa różnie długi. Okres ten krótszy jest w samobójstwach popełnionych w afekcie, dłuższy w tzw. samobójstwach bilansowych [15].

Stan psychiczny poprzedzający zamach samobójczy określane jest jako zespół presuicydalny. Charakteryzuje się on:

- ograniczeniem życia psychicznego,
- hamowaniem agresji, a następnie autoagresji,
- wyobrażeniem o śmierci,
- myśleniem pesymistycznym [12].

Geneza zamachów samobójczych, szczególnie u dzieci i młodzieży jest wieloczynnikowa. Czynniki usposabiającymi do prób samobójczych są:

- zaburzenia funkcjonowania rodziny, kłótnie rodziców, śmierć w rodzinie,
- zaburzenia psychiczne w rodzinie, samobójstwa, nadużywanie alkoholu i narkotyków,
- zaburzenia psychiczne,
- wzorce samobójstw i prób samobójczych z książek, mediów,
- wcześniejsze groźby samobójcze lub podejmowanie prób samobójczych,
- dostępność śmiertelnych środków.

W dwóch trzecich przypadków daje się wyodrębnić wyraźny czynnik sprawczy (kryzys, konflikt) występujący w ciągu dwóch dni poprzedzających podjęcie próby samobójczej. Jeśli nie stwierdza się istnienia czynnika wywołującego, to bardziej prawdopodobnie staje się rozpoznanie zaburzenia psychicznego [14].

Ogólnie czynniki ryzyka zachowań suicydalnych możemy podzielić na biologiczne, psychologiczne i społeczne [16, 17].



Wielu badaczy podkreśla biologiczne uwarunkowania zachowań samobójczych. W 17 chromosomie odkryto obecność polimorfizmu genu transportera serotoniny. W związku z tym, u osób podejmujących próby samobójcze oraz zachowujących się w sposób agresywny i impulsywny, występuje obniżony poziom serotoniny i jej metabolitów określany jako zespół serotonergiczny [2, 3]. Inną podawaną przyczyną o podłożu biologicznym jest nadczynność układu podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowego [2, 13]. Znaczenie mają też organiczne uszkodzenia lub mikrozaburzenia ośrodkowego układu nerwowego, które stanowią mogą podłoże nieprawidłowego rozwoju osobowości i zaburzeń adaptacji. Zaburzenia te w niekorzystnych warunkach środowiskowych mogą doprowadzić do zachowań samobójczych. W badaniach grupa samobójców różniła się od grupy kontrolnej większym nasileniem działających w okresie okołoporodowym czynników ryzyka mikrozaburzeń. Należy do nich zaburzenia oddychania trwające ponad godzinę od porodu, brak opieki medycznej nad ciężarną do 20. tygodnia ciąży i przewlekła choroba matki [17].

Zaburzenia psychiczne stanowią również znaczącą grupę czynników ryzyka samobójstw w okresie rozwojowym [7]. Opisano związek prób samobójczych z zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami zachowania i izolowanymi objawami psychopatologicznymi:

- zaburzenia depresyjne,
- używanie i nadużywanie alkoholu i innych środków uzależniających,
- zaburzenia zachowania,
- zaburzenia lękowe,
- ryzykowne zachowania – samouszkodzenia, noszenie broni,
- impulsywność,
- niedojrzałość emocjonalna – nadmierna wrażliwość, skłonność do gwałtownych uczuć, niski próg tolerancji na frustrację [17].

Zaburzenia psychiczne przejawia około 20% młodzieży, przy czym do 15. roku życia są to głównie zaburzenia lękowe i zaburzenia zachowania, natomiast około 18. roku życia – epizody dużej depresji [9]. Szczególnie znaczenie wśród przyczyn samobójstw odgrywa depresja, której pierwsze epizody najczęściej pojawiają się w wieku 15–19 lat. Przed okresem dojrzewania stosunek występowania tej choroby u obu płci wynosi 1:1. W okresie dojrzewania połączenie zmian hormonalnych i społecznych powoduje gwałtowne nasilenie zaburzeń depresyjnych u dziewcząt. Początek epizodu depresji często jest wyzwalany przez trudne wydarzenia życiowe lub stresujące doświadczenia – rozwód rodziców, zamiana szkoły, rozpad związku. Istnieją też środowiskowe czynniki ryzyka – molestowa-

nie seksualne, przemoc fizyczna, zaniedbywanie. Symptomami depresji m.in. są: nastrój depresyjny lub drażliwy utrzymujący się przez większość dnia i prawie codziennie, zmniejszenie aktywności codziennej, zaburzenia łaknienia, bezsenność lub nadmierna senność, brak energii, zmęczenie, osłabienie koncentracji i pamięci [6]. Zaburzenia depresyjne wiążą się z zaburzeniem funkcjonowania w wielu obszarach codziennego życia – w relacjach z rodzicami, rówieśnikami, trudnościami w nauce, a także nawracającymi myślami samobójczymi.

Trzecią dużą grupą czynników doprowadzających do zachowań suicydalnych są czynniki społeczne. Znaczenie tych czynników zaczęto podkreślać od końca XIX wieku. Emil Durkheim w roku 1897 w swoim dziele *Le Suicide* stwierdził, że samobójstwo nie wydarza się w społecznej próżni lecz jest wynikiem wpływu społeczeństwa na jednostkę, kontroli społecznej oraz wynikających z nich napięć. Durkheim wyróżnił trzy rodzaje samobójstw: egoistyczne, do którego dochodzi, gdy jednostka otrzymuje za mało wsparcia społecznego, altruistyczne dla dobra społeczeństwa (np. kamikadze), anomiczne jako wynik gwałtownych zmian społecznych, gospodarczych, poczucia alienacji i braku stabilności [18].

Dla dorastającego dziecka największe znaczenie mają relacje w rodzinie. Zaburzona struktura rodzin i zachowania patologiczne w jej obrębie rodzą konsekwencje emocjonalne, np. poczucie lęku, braku bezpieczeństwa, beznadziejności, braku perspektyw. Uważa się, że większe znaczenie ma klimat emocjonalny w rodzinie niż sam fakt rozbicia rodziny (choć niektóre badania sugerują zwiększone ryzyko związane z nieobecnością ojca w rodzinie). Zaburzone relacje z rodzicami sprawiają, że dorastający człowiek ma ograniczone możliwości opanowania umiejętności rozwiązywania problemów interpersonalnych i uzyskiwania dostatecznego wsparcia, które jest czynnikiem zmniejszającym ryzyko samobójstw. Wsparcie społeczne wspomaga zdrowie psychiczne i łagodzi sytuacje trudne. Dlatego też samobójstwa popełniają częściej osoby żyjące w izolacji społecznej. Uważa się, że stopniowe wycofanie się człowieka z ważnych relacji społecznych może być pierwszym stadium procesu prowadzącego do prób samobójczych [19].

Bezpośrednim lub odległym czynnikiem ryzyka zachowań samobójczych mogą być różne formy krzywdzenia. Najsilniejszym czynnikiem predykcyjnym myśli samobójczych jest wykorzystywanie seksualne i zaniedbywanie emocjonalne, które prowadzi do poczucia niskiej wartości, trudności szkolnych, braku wsparcia. Doświadczenie przemocy seksualnej w kontekście prób samobójczych niesie ze sobą więcej konsekwencji

dla chłopców niż dla dziewcząt. W badaniach Molnar i współ. prawdopodobieństwo podejmowania prób samobójczych u osób z doświadczeniem przemocy seksualnej u mężczyzn było 4–11 razy wyższe, a u kobiet 2–4 razy wyższe w odniesieniu do grupy kontrolnej [20]. Obok sytuacji rodzinnej ważną płaszczyzną społecznego i emocjonalnego funkcjonowania jest sytuacja szkolna. W tym zakresie czynnikami ryzyka są nie tylko relacje rówieśnicze lecz także niepowodzenia szkolne. Istnieją przesłanki, by przypuszczać, że dzieci ze specyficznymi trudnościami szkolnymi (dysleksja, dysgrafia) stanowią grupę ryzyka zachowań suicydalnych [17].

W zakresie zachowań suicydalnych istnieją zjawiska, na które szczególnie podatni są młodzi ludzie. Stwierdzono, że występują przypadki samobójstwa blisko siebie w czasie i przestrzeni wykazujące podobne cechy, np. podobieństwo metod. Takie powiązanie sugeruje wpływ poszczególnych samobójstw na siebie. Młodzi ludzie są podatni na sugestie i zachowania naśladowcze. Dla młodego człowieka z wcześniejszymi sygnałami samobójczymi koncentracja na sławnym samobójstwie może doprowadzić do zachowań irracjonalnych i do zachowań naśladowczych. Zjawisko to nazwano efektem Wertera. Gdy Goethe opublikował "Cierpienia młodego Wertera" przez Europę przeszła fala samobójstw tak, że w niektórych krajach zakazano publikacji tego dzieła. Współczesnym przykładem jest śmierć lidera amerykańskiego zespołu rockowego NIRWANA Kurta Cobaina. Po każdym samobójstwie nagłośnionym w środkach masowego przekazu wzrasta liczba naśladowców. Samobójstwo osoby znanej staje się samobójstwem modelowym dla innych osób, które stwierdzają, że w ich sytuacji jest to dobre rozwiązanie. D. Phillips na podstawie analizy statystyk amerykańskich samobójstw w latach 1947–68 wywnioskował, że nagłośnienie w prasie samobójstwa słynnej osoby zabija przeciętnie 58 osób.

Innym zjawiskiem społecznym w obrębie zachowań suicydalnych są paktów samobójczych, czyli zgromadzenie ludzi pragnących popełnić samobójstwo z różnych motywów i dokonujących próby destrukcji. Przyczyny skłaniające młodzież do tworzenia paktów samobójczych wyrastają z poczucia lojalności wobec partnera paktu. Jedna z osób podejmuje zamach samobójczy z konkretnej przyczyny, druga niejako towarzyszy z uwagi na uczucie miłości i przyjaźni. Drugim czynnikiem sprzyjającym jest pojawienie się w jednostkowych przypadkach podobnych splotów okoliczności, podobnych przyczyn skłaniających poszczególne osoby do zawierania paktów samobójczych [21].

Gdy młody człowiek podejmował już próbę samobójczą niezbędna jest ocena ryzyka samobójstwa. Ocena ta dotyczy nasilenia czynników ryzyka i czynników ochronnych w danym przypadku. Oceniając ryzyko wystąpienia samobójstwa trzeba wziąć pod uwagę następujące kwestie:

- Wyobrażenia i intencja samobójcza. Intencje samobójcze charakteryzują się zaawansowanym planowaniem, wyborem skutecznej metody, odrzucaniem pomocy i ukrywaniem intencji;
- Skuteczność wybranej metody. Większe ryzyko istnieje, gdy większa jest dostępność do skutecznych środków samobójczych;
- Czynniki przyspieszające decyzje o samobójstwie. Często katalizatorem prób samobójczych są konflikty międzyludzkie, strata bliskiej osoby;
- Motywacja. Zrozumienie motywów pozwoli wskazać alternatywne sposoby rozwiązania sytuacji trudnych;
- Cechy osobowości. Indywidualne cechy każdego człowieka zwiększają bądź zmniejszają ryzyko samobójstw;
- Zaburzenia i choroby psychiczne. Oprócz zaburzeń depresyjnych znaczenie mają choroby przewlekłe i nieuleczalne;
- Historia prób samobójczych. Czynnikiem historycznym są wcześniejsze próby samobójcze, wczesna utrata rodziców, przebyte leczenie psychiatryczne, kolizje z prawem;
- Czynniki rodzinne. Tkwiące w środowisku rodzinnym – alkoholizm, przemoc, izolacja społeczna;
- Czynniki demograficzne – wiek, płeć [22].

## Wnioski

1. Dzieci i młodzież jest grupą szczególnie podatną na myśli i próby samobójcze, i szczególnie „bezbronną” wobec czynników predysponujących do tego typu zachowań.
2. Samobójstwo jest procesem, który charakteryzują znaki ostrzegawcze.
3. Istnieje potrzeba uwrażliwiania rodziców i pracowników systemu edukacji na możliwość występowania zachowań samobójczych wśród dzieci i młodzieży.

## Podsumowanie

Droga do samobójstwa jest długa. Na tej drodze pojawiają się sygnały, które świadczą o emocjach, wydarzeniach i sprawach w życiu młodych

ludzi, które prowadzą do drastycznego końca. W artykule Karola Bo"hme „Terapia wyjaśniająca pacjenta suicydalnego” tak opisane są emocje samobójcy:

kiedy ostatni krzyk o pomoc przebrzmiał, ostatnia wskazówka została dana, być może ostatnie gniewne oskarżenie zostało wykrzywane bez bycia usłyszonym, decyzja staje się dojrzała po okresie rozważań i ambiwalencji. Fantazja suicydalna staje się planem, myśl rozwija się w plan działania. W tym procesie postępującej dezintegracji coś innego staje się istotne: osoba suicydalna już nie ma wiarygodnych powodów do komunikowania o sobie swojemu otoczeniu. Nie spodziewa się już pomocy [...]. Pierwsza faza burzy przebrzmiała nad nią i popchnęła ją na kraj egzystencji, druga faza zabija ją. Następujący spokój w niej jest ciszą kogoś, kto ma życie za sobą. W tym momencie nie może być rozpoznana w swojej sytuacji z zewnątrz i nie można już jej dosięga [13].

Trzeba zapobiegać sytuacjom, w których zadanie sobie śmierci jest dla kogoś jedynym rozwiązaniem. Świat ludzi dorosłych musi być wyczulony na takie sygnały i wykazywać zrozumienie, ponieważ „różnica między zrozumieniem a zlekceważeniem może decydować o życiu lub śmierci” T. Mitchel Anthony.

## Piśmiennictwo

1. Grzywa A.: Zachowania samobójcze. [w:] E. Łoch, G. Wallner: Między literaturą a medycyną. Norbertinum, Lublin 2007, 47–62.
2. Kaszubowski R., Świerczewski J.: Samobójstwa w Polsce u progu XXI wieku, etiologia i symptomatologia zjawiska. [w:] B. Hołyst, M. Staniszek, M. Binczycka-Anholcer: Samobójstwo. Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej, Warszawa 2002, 62–73.
3. Gmitrowicz A.: Samobójstwa i zachowania samobójcze – nowe kierunki badań w Europie. *Wiad. Psych.*, 2005, 4, 205–209.
4. Mazur J.: Zgony z powodu samobójstw w Polsce na tle Unii Europejskiej – aktualne tendencje i uwarunkowania demograficzne. *Przeg. Epidem.* 2007, 61, 777–784.
5. Makara-Studzińska M., Moryłowska J., Grzywa A.: Samobójstwo jako konsekwencja krzywdzenia w dzieciństwie. *Wiad. Psych.*, 2007, 1, 43–49.
6. Hatcher-Kay C., King C. A.: Depresja i samobójstwa. *Ped. po Dyp.*, 2005, 5, 55–64.
7. Gmitrowicz A., Rabe-Jabłońska J.: Psychiatryczne uwarunkowania zachowań samobójczych u młodzieży. *Wiad. Psych.*, 1999, 2, 185–192.

8. Kubicka K., Kawalec W. (red.): *Pediatrics*. PZWL, Warszawa 2006.
9. Gmitrowicz A.: Zachowania samobójcze młodzieży – posumowanie badań. *Wiad. Psych.*, 2006, 1, 27–31.
10. Kozłowska Z., Owczarek A., Florkowski A., Gruszczyński W.: Wieloczynnikowe uwarunkowania prób samobójczych u dzieci. [w:] B. Hołyst, M. Staniszek, M. Binczycka-Anholcer: *Samobójstwo*. Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej, Warszawa, 2002, 164–170.
11. Tomaszek I., Pawelczak-Szostak M., Bursa J., Rojewska K.: Samobójstwo wśród dzieci i młodzieży jako nietypowe rozwiązanie kryzysu psychologicznego. *Annales Academiae Medicae Silesiensis* 2008, 2, 135–140.
12. Kula-Lipiec J.: Problem samobójstw wśród dzieci i młodzieży. *Problemy opiekuńczo-wychowawcze*, 2009, 6, 19–22.
13. Polewka A., Kroch S., Chrostek-Maj J.: Zachowania i próby samobójcze młodzieży i młodych dorosłych – epidemiologia, czynniki ryzyka, prewencja i leczenie. *Przeg. Lek.*, 2004, 4, 261–264.
14. Goodman R., Scott S.: *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2003.
15. Grądyś M., Florkowski A., Górski H., Kotarba A., Wawrzyniak Z.: Zespół pre-ucidalny w zapobieganiu samobójstwom u żołnierzy. [w:] B. Hołyst, M. Staniszek, M. Binczycka-Anholcer: *Samobójstwo*. Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej, Warszawa, 2002, 279–283.
16. Mochnacka I.: Samobójstwo – teorie etiologiczne, ocena ryzyka, zasady postępowania i prewencji. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2005, 1, 51–57.
17. Brzozowska A.: Czynniki ryzyka prób samobójczych dzieci i młodzieży [w:] B. Hołyst, M. Staniszek, M. Binczycka-Anholcer: *Samobójstwo*. Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej, Warszawa, 2002, 207–215.
18. Durkheim E.: *Samobójstwo*. Oficyna Naukowa, Warszawa 2006.
19. O'Connor R., Sheehy N.: *Zrozumieć samobójcę*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
20. Brzozowska A.: Krzywdzenie dzieci jako czynnik ryzyka zachowań samobójczych – przegląd literatury. *Psych. Pol.*, 2004, 1, 29–36.
21. Czabański A.: Zachowania samobójcze „zaraźliwe” i paktów samobójczych wśród młodzieży [w:] B. Hołyst, M. Staniszek, M. Binczycka-Anholcer: *Samobójstwo*. Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej, Warszawa, 2002, 196–206.
22. Carr A.: *Depresja i próby samobójcze młodzieży*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.

Małgorzata Marcysiak<sup>1</sup>, Ewa Wiśniewska<sup>1</sup>, Małgorzata Zagroba<sup>1</sup>,  
Bożena Ostrowska<sup>1</sup>, Miłosz Marcysiak<sup>1</sup>, Grażyna Skotnicka-Klonowicz<sup>1</sup>

## Samobójstwa w wieku podeszłym – skala zjawiska i możliwości prewencji

Na całym świecie obserwuje się tendencje wzrostowe w starzeniu się społeczeństw [1]. Jeśli utrzymają się obecne trendy demograficzne, to odsetek osób po 65. roku życia wzrośnie z obecnych 7,2% do 16,5% w roku 2050. W Polsce zjawisko starzenia przybiera również coraz większe rozmiary. Odsetek ludzi w podeszłym wieku wynosi 11,9%, a w 2050 może wynieść nawet 28% [1]. Wiek podeszły jest nieuchronnym etapem życia każdego człowieka. Utożsamiany z chorobami, niepełnosprawnością, demencją, zaburzeniami psychicznymi, powszechnie jest postrzegany negatywnie. Takiemu postrzeganiu starości towarzyszy obniżony nastrój i depresja, a w konsekwencji u pewnej grupy podejmowanie skutecznych prób samobójczych [2, 3]. W ostatnim 25-leciu notuje się stały wzrost samobójstw wśród seniorów zarówno na świecie, jak i w Polsce. Spośród 62 państw objętych sprawozdawczością WHO, Polska w 1986 roku przesunęła się na 21 miejsce z 29, na którym się plasowała w 1960 r. [3]. Zjawisko samobójstw w wieku podeszłym, określane nawet przez niektórych badaczy [1] jako „epidemia”, budzi niepokój i skłania do podejmowania działań prewencyjnych.

Samobójstwo, wg Shneidmana (1985), oznacza świadomy akt samo-unicestwienia, jako wielowymiarowy stan złego samopoczucia u osoby o niezaspokojonych potrzebach, która samobójstwo uważa za najlepsze rozwiązanie któregoś ze swoich problemów [4]. Rozpowszechnienie samobójstw jest zróżnicowane i wynosi, według badań amerykańskich potwierdzonych przez WHO w 2000 r., od 1,6 (Albania), poprzez 8 (Meksyk), 10 (Irlandia, Egipt), **15 (Polska)**, 35 (kraje bałtyckie), 50,6 (Szwajca-

---

<sup>1</sup> Zakład Zdrowia Publicznego i Promocji Zdrowia, Wydział Ochrony Zdrowia, PWSZ w Ciechanowie

ria), 64,6 (Francja) do 103,5 (Węgry) na 100 tys. mieszkańców. Jak twierdzą badacze liczba zgonów samobójczych, szczególnie w Polsce, może być zaniżona ze względu na ich niską wykrywalność. Jest to spowodowane często złą interpretacją przyczyny zgonu przez lekarza lub celowym zatajeniem przez rodzinę prawdziwej przyczyny [2, 4]. Szacowany w populacji ogólnej wskaźnik samobójstw zmienia się wraz z upływem czasu. W latach 1950–1995 nastąpił ich wzrost o 49% wśród mężczyzn i o 33% wśród kobiet. W 1998 współczynnik ten wynosił 26,9/100 tys. dla populacji ogólnej, jednak różnił się istotnie w poszczególnych grupach, w zależności od płci i wieku. Według ekspertów WHO w 2020 r. 1,53 mln osób umrze z powodu aktu samobójczego, natomiast próby samobójczej dokona 10–20 razy więcej osób [2, 3, 4, 5]. Skuteczność prób samobójczych ogółem wśród wszystkich samobójców wynosi od 1:30 do 1:8, wśród młodzieży 1:200, zaś w grupie seniorów aż 1:4. Ryzyko podjęcia próby samobójczej jest 2 razy wyższe wśród samotnych i 4-krotnie wyższe wśród osób owdowiałych, rozwiedzionych, żyjących w separacji. Częściej niż katolicy i Żydzi odbierają sobie życie protestanci. Samobójstwo dotyka ludzi ze wszystkich klas społecznych. We wszystkich grupach wiekowych mężczyźni 5x częściej niż kobiety popełniają samobójstwo. W Polsce średnie wskaźniki wynoszą 25,9/100 tys. u mężczyzn i 4,9/100 tys. u kobiet. Grupą najbardziej zagrożoną śmiercią samobójczą są osoby po 65. r.ż., w której wskaźnik populacyjny jest wyższy niż średnia dla całej populacji i osiąga 18,3/100 tys. (w grupie wiekowej 70–79 lat wskaźnik ten wynosi 14,4–18,6/100 tys., a wśród osób powyżej 80. r.ż. – 11,9–16,5/100 tys.). Częstość skutecznej próby samobójczej wśród mężczyzn w wieku podeszłym jest 11-krotnie wyższa niż u ich rówieśniczek. Wskaźnik populacyjny skutecznych samobójstw u mężczyzn po 65. r.ż. jest najwyższy w całej populacji i wynosi 60,4/100 tys. Mężczyźni wybierają bardziej drastyczne środki: skok z wysokości, powieszenie, broń palna. Kobiety sięgają głównie po truciznę [1, 2, 3, 4, 5]. Osobom w wieku starszym często towarzyszą myśli samobójcze. Myśli pasywne – o bezsensie życia, wyrażanie woli zakończenia życia, ale bez skonkretyzowania planów występują u 7–21%, zaś aktywne – planowanie zamachu samobójczego i przygotowania do jego popełnienia stwierdzono u 0,7–6% osób po 60. roku życia [1]. Osoby w wieku podeszłym podejmujące próbę samobójczą są bardziej zdeterminowane, co do jej skuteczności. Ma ona charakter ostatecznego rozwiązania, nie jest bowiem, jak podaje Mochacka za A. Kępińskim „wołaniem o pomoc [...], [ale] już tylko wołaniem o śmierć” [4].



U podłoża zachowań samobójczych leżą trzy grupy czynników: biologiczne, psychologiczne i społeczne. Przyczyny biologiczne wiążą się z niskim stężeniem serotoniny w mózgu. Badania wykazały, że osoby z najniższą aktywnością układu serotonergicznego wybierały najniebezpieczniejsze środki (przedawkowanie leków, skok z wysokości) [4]. Freud dostrzegł wpływ czynników psychologicznych na ryzyko popełnienia samobójstwa twierdząc, wg Bilikiewicza, że nieprawidłowo wykształcone mechanizmy obronne i struktura osobowości mogą prowadzić do dominowania instynktu śmierci jako agresji przeciw innym, ale często i przeciw sobie [4, 6]. Menger twierdził zaś, że samobójstwo jest wyrazem gniewu jednostki w stosunku do innej osoby, ale kierowanym do wewnątrz [6]. Mann i wsp. stwierdzili, że niektóre cechy osobowości, jak impulsywność i agresja, pretendują do działania pod wpływem myśli samobójczych [1, 4]. U osób o tendencjach samobójczych występuje negatywna ocena siebie, przyszłości i otoczenia, brak pozytywnego myślenia, trudności interpersonalne, skłonność do perfekcjonizmu, stawianie sobie nierealistycznych celów i nadmierny samokrytycyzm [4]. Samobójstwo za wyraz patologii społecznej zostało uznane przez Durheima (1878), który twierdził, że jest ono wynikiem wpływu społeczeństwa na jednostkę – kontroli społecznej i wynikających z niej napięć. Autor wyróżnił cztery rodzaje samobójstw: *egoistyczne*, do którego dochodzi, gdy jednostka otrzymuje mało wsparcia społecznego, jest słabo związana ze społeczeństwem, zepchnięta na margines; *altruistyczne*, polegające na odebraniu sobie życia dla społeczeństwa (np. kamikadze), *anomiczne*, będące skutkiem gwałtownych zmian społecznych, gospodarczych, poczucia alienacji, braku zasad i stabilności oraz *fatalistyczne*, dotyczące człowieka, który traci kierunek w życiu, czuje, że nie panuje nad własnym losem [4, 5]. Durkheim postawił hipotezę, że współczynniki częstości samobójstw są spowodowane poziomem socjalnej integracji danego społeczeństwa i poziomem regulacji społecznej, czyli stopniem, w jakim pragnienia i emocje ludzi są regulowane przez normy i zwyczaje społeczne [3, 7, 8].

W ocenie ryzyka samobójstwa u osób w wieku podeszłym istotne znaczenie mają czynniki stresowe, utrata więzi z rodziną, izolacja społeczna, poczucie utraty siły sprawczej i pełnionej roli w społeczeństwie po zakończeniu aktywnej pracy zawodowej, sprawowanie opieki nad chorym, niepełnosprawnym współmałżonkiem oraz samotność. Około 40–50% samobójców w podeszłym wieku to ludzie mieszkający samotnie. Istotnym czynnikiem jest wdowieństwo i towarzyszące mu reaktywne stany depresyjne. Liczba samobójstw w tej grupie jest najwyższa w ciągu

6–12 miesięcy po utracie bliskiej osoby [2, 9]. Dodatkowym czynnikiem obciążającym są niekorzystne zmiany społeczno-ekonomiczne [2, 5]. Zamachom samobójczym w starszym wieku sprzyja zmiana miejsca zamieszkania, co dzieje się najczęściej w ciągu 2 lat od zmiany miejsca zamieszkania [9]. W odniesieniu do współczesnych badań należy stwierdzić, że nie określono jednego z prezentowanych podejść jako przyczyny samobójstwa. Są one wynikiem wzajemnego oddziaływania tych czynników. Batler i Luis oraz inni autorzy postrzegają możliwość samobójstwa jako łączną obecność kilku czynników, co pozwala „naszkicować” sylwetkę potencjalnego samobójcy. Ze szczególnym ryzykiem samobójstwa należałoby się liczyć u mężczyzny po 65. r.ż., niedawno owdowiałego, bez szczególnych zainteresowań, mieszkającego samotnie, z przewlekłą chorobą somatyczną, lekkimi ukrytymi objawami szeroko pojętej depresji [9].

Dotychczasowe badania wskazują na istotny związek stanu zdrowia psychicznego a ryzykiem pojawienia się myśli samobójczych i zamachu samobójczego w wieku podeszłym, co jest najbardziej widoczne w przypadku samobójstw skutecznych, gdzie 71–95% ofiar miało rozpoznaną chorobę psychiczną [1, 2, 4]. Najczęściej wymienia się zaburzenia afektywne (epizod depresyjny, nawracające zaburzenia depresyjne), zaburzenia lękowe, uzależnienie od alkoholu, rzadziej schizofrenia, zaburzenia urojeniowe, otępienie. Ryzyko wzrasta u osób z rozpoznaniem choroby powodującej uzależnienie od innych, niesprawność czy cierpienie [5]. Depresja jest najczęstszym obrazem klinicznym zaburzeń psychicznych wieku podeszłego i obejmuje 30–60% tej populacji. Często przebiega pod osłoną choroby somatycznej. Pacjenci z silną depresją mają zaburzenia snu, łaknienia, obniżone poczucie własnej wartości, spowolnienie psychoruchowe, zaburzenia koncentracji, lęklivość, przygnębienie, pesymizm, alienację i poczucie winy. Przejawiają ponadto utratę zainteresowań społecznych i myśli samobójcze. Objawy te lub ich część mogą towarzyszyć w istniejącej chorobie somatycznej, co utrudnia wczesne ustalenie rozpoznania i włączenie terapii [2]. Według Mochnackiej [4], skuteczną próbę samobójczą podejmuje około 44–87% starszych osób chorych na depresję. Do samobójstwa dochodzi częściej na początku depresji i w czasie jej ustępowania, gdy pacjent opuszcza szpital i następuje ponowna konfrontacja ze środowiskiem, problemami życia codziennego, a utrzymujący się stan subdepresji zaburza adaptację do warunków środowiskowych [2, 4]. Zagrożenie zwiększa się, gdy oprócz depresji występują inne, wspomniane wcześniej czynniki natury psychologicznej i społecznej. Alkoholizm nasilający się u osób starszych, szczególnie po 65. r.ż. jest

istotnym czynnikiem ryzyka popełnienia samobójstwa w tej grupie. Choroba alkoholowa wpływa negatywnie na relacje interpersonalne, osłabienie wsparcia społecznego, powoduje zmiany poznawcze i fizjologiczne, przyczynia się do konfliktów z bliskimi, utraty ważnych osób (separacja, rozwód), a w konsekwencji samotności. Czynnikiem towarzyszącym alkoholizmowi jest często znacznie nasilona depresja. Alkoholizm częściej dotyczy mężczyzn, co może być jednym z powodów niekorzystnych statystyk zagrożenia samobójstwem u przedstawicieli tej płci [2, 4]. Czynnikiem ryzyka mogą być też inne choroby psychiczne. Szacuje się, że 20–40% chorych na schizofrenię podejmuje próbę samobójczą, a ryzyko takich zachowań jest najwyższe w ciągu pierwszych 5 lat choroby. Przyczyną mogą być uciążliwe objawy psychotyczne o charakterze omamów słuchowych, urojenia prześladowcze i towarzyszący zespół depresyjny [4]. Ryzyko samobójstwa częściej występuje wśród ludzi przewlekle chorych w wieku podeszłym. Ma to często związek, np. ze stosowanymi lekami hipotensyjnymi, co jest stosunkowo dużym zagrożeniem ze względu na szeroki zakres stosowania tych preparatów w terapii nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej, przewlekłej niewydolności krążenia, zaburzeń rytmu serca i nefropatii cukrzycowej. Podłożem prób samobójczych są zwykle określone zaburzenia psychiczne, a czynnikiem sprzyjającym łatwość uzyskania leków [10, 11, 12, 13].

Znajomość licznych czynników ryzyka pozwala na planowanie i podejmowanie działań zapobiegającym samobójstwom wśród seniorów [5, 14, 15]. Identyfikacja depresji, jako najistotniejszego czynnika ryzyka podejmowania prób samobójczych, powinna stać się priorytetem w prewencji samobójstw w tej grupie wiekowej. Istotne znaczenie ma uwzględnianie klinicznej odmienności stanów depresyjnych, często dominują objawy somatyczne depresji, jak zaburzenia snu, zaparcia, zespoły bólowe, co skłania raczej do wizyty u lekarza rodzinnego niż psychiatry. Rozpoznanie depresji utrudnia również postawa osób starszych i ich krewnych wobec zaburzeń nastroju, które są odbierane jako fizjologiczne oznaki starzenia się. Należy dodać, że w przebiegu depresji nasilają się objawy chorób somatycznych, takich jak nadciśnienie tętnicze czy choroby metaboliczne (cukrzyca), ze względu na utrudnioną współpracę w leczeniu [1, 3].

W Polsce, mimo niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej, brakuje konkretnych działań zapobiegających samobójstwom. Wzorem innych krajów istnieje potrzeba wprowadzania programów edukacyjnych. Godnym do naśladowania może być amerykański Narodowy Program Za-

pobiegania Samobójstwom, który składa się z części edukacyjnej przeznaczonej dla całego społeczeństwa i interwencyjnej do realizacji przez lekarzy, pracowników socjalnych, policji, wspólnot lokalnych oraz mediów. Część programu dotycząca ludzi starszych obejmuje szczególnie osoby samotne, wyizolowane ze wspólnot lokalnych i rodziny, przewlekle chore oraz ze stanami depresyjnymi w wywiadzie [1]. Uczestniczący w programie lekarze i pielęgniarki środowiskowe dokonują przesiewu w kierunku depresji. Istotnym elementem jest również dostępność do placówek ochrony zdrowia oraz innych miejsc użyteczności publicznej. Podobny program uruchomiono w Australii, ale wzbogacono go o szeroką ofertę edukacyjną dostępną w Internecie. Intensywnym programem edukacyjnym objęto również szwedzkich lekarzy rodzinnych praktykujących na wyspie Gotlandia. Innym przykładem może być program włoski, który opiera się głównie o możliwości uzyskania szybkiej porady, również telefonicznej i przez Internet oraz ułatwiony dostęp do serwisu specjalistycznego. Wszędzie po wprowadzeniu docelowych programów zaobserwowano poprawę sytuacji epidemiologicznej, szczególnie w pierwszym okresie (2 lata). Jednak po zakończeniu programu niektórzy lekarze wracali do starych nawyków, jak np. lekarze szwedzcy, co powodowało nawrót niekorzystnych wskaźników [1, 3]. Obecnie w Europie oprócz inicjatyw narodowych wdrożone są programy tematyczne zakładające redukcję zachowań samobójczych. Zgodnie z zaleceniem WHO ich efektywność poddawana jest ewaluacji. Wśród programów dających efekty wymienia się International Suicide Prevention Trial (Intersept), German Research Net Depression, Multi-center study of neurobiology of suicidal behavior [16]. W prewencji samobójstw istotne znaczenie ma również funkcjonowanie różnych organizacji i towarzystw pozarządowych. Do najbardziej aktywnych należy międzynarodowe towarzystwo prewencji samobójstw – International Association for Suicide Prevention. Od 1999 roku działa, pod patronatem WHO, światowa inicjatywa dla zapobiegania samobójstwom SUPRE. W Polsce w 2002 roku powstało Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, które powołało na przewodniczącego prof. B. Hołysta, wybitnego kryminologa. Cenną inicjatywą towarzystwa jest przetłumaczenie, opracowanie i opublikowanie (2003–2004) broszur WHO nt. zapobiegania samobójstwom [16, 17]. W zapobieganiu samobójstwom istotne znaczenie ma również prewencja wtórna skierowana do osób, które podejmowały już próby samobójcze. W czasie wykonywania praktyki lekarskiej i pielęgniarskiej wielu lekarzy i pielęgniarek spotyka osoby starsze, które deklarują zamiary samobójcze lub w przeszłości

próbowały odebrać sobie życie. Umiejętne postępowanie pomaga zminimalizować ryzyko samobójstwa, dlatego ich prewencja powinna stanowić jeden z podstawowych obowiązków w ochronie zdrowia [5, 18]. Analizując przyczyny samobójstw, postępowanie prewencyjne może dotyczyć wczesnego rozpoznania zaburzeń psychicznych (depresji, schizofrenii, zaburzeń osobowości, uzależnień od alkoholu lub substancji psychoaktywnych). Istotne znaczenie ma również aktualna sytuacja życiowa pacjenta, możliwość skorzystania ze wsparcia społecznego oraz obecność biologicznych, genetycznych, psychologicznych i społecznych czynników ryzyka samobójstwa. Dalsze postępowanie obejmuje właściwe leczenie choroby psychicznej, współpracę z rodziną lub bliskimi oraz wczesne rozpoznawanie symptomów samobójstwa. Analiza czynników ryzyka samobójstwa oraz umiejętne postępowanie pomaga w dużym stopniu zapobiec tego typu zachowaniom [4, 19]. Pielęgniarka w pracy z pacjentem w wieku podeszłym spotyka się z wieloma sytuacjami predysponującymi do popełnienia przez nich samobójstwa. Znajomość procesu starzenia i zmian zachodzących w organizmie seniora fizjologicznie, jak i na skutek chorób może pomóc w rozpoznaniu czynników ryzyka i zapobiec samobójstwu.

## Wnioski

1. W Polsce istnieje potrzeba wprowadzania programów prewencyjnych zapobiegających samobójstwom i działania edukacyjne wśród lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej w tym zakresie.
2. Działania prewencyjne powinny opierać się na strategiach o udowodnionej skuteczności oraz uwzględniać zespół indywidualnych i środowiskowych uwarunkowań.
3. Rozpoznanie i skuteczne leczenie depresji u ludzi starszych powinno stać się priorytetem w prewencji samobójstw w tej grupie wiekowej.

## Piśmiennictwo

1. Sobów T.: Rozpowszechnienie, czynniki ryzyka i możliwości prewencji samobójstw u osób w wieku podeszłym. *Post. Psychiatr. Neurol.*, 2004, 13 (2), 145–151.
2. Binczycka-Anholcer M.: Samobójstwa osób w wieku podeszłym – aspekty społeczne i medyczne. [W]: B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer (red.): *Samobójstwo*, Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa 2002, 235–258.

3. Lester D.: Samobójstwa w Polsce na tle trendów światowych. *Psychiatr. Pol.*, 2000, XXXIV, 5, 773–781.
4. Mochnacka I.: Samobójstwo – teorie etiologiczne, ocena ryzyka, zasady postępowania i prewencji. *Psychiatr. Prakt. Ogólnolek.*, 2005, 5, 1, 51–57.
5. Magierski R., Kłoszewska I.: Samobójstwa w wieku podeszłym. *Wiad. Psychiatr.*, 2005, 8 (4), 211–216.
6. *Psychiatria*. Bilikiewicz A., Pużyński S. (red.). Wydawnictwo Medyczne Urban i Partner, Wrocław 2002.
7. Mazur J.: Zgony z powodu samobójstw w Polsce na tle Unii Europejskiej – aktualne tendencje i uwarunkowania demograficzne. *Przegl. Epidemiol.*, 2007, 61, 777–784.
8. Owoc A., Sygit M., Sygit K.: Problemy socjomedyczne kobiet wiejskich po 60. roku życia. *Med. Ogólna*, 2008, 14 (1), 77–83.
9. Kołodziej W.: O sensie życia i śmierci u osób w wieku podeszłym. [W:] B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer (red.): *Samobójstwo*, Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa 2002, 259–265.
10. Roszkowska H.: Wybrane elementy sytuacji zdrowotnej osób starszych w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej i krajów członkowskich. *Gerontol. Pol.*, 2003, 11 (2), 63–71.
11. Janik M., Lewandowska-Stanek H., Szponar J.: Czy stężenie cholesterolu całkowitego jest dobrym markerem próby samobójczej? *Prz. Lek.*, 2003, 60, 4, 251–253.
12. Chodorowski Z., Sein Anand J., Waldman W.: Samobójcze zatrucia lekami hipotensyjnymi. *Prz. Lek.*, 2003, 60, 4, 233–235.
13. Trela F., Kołodziej J., Kunz J., Bolechała F.: Samobójcze zatrucia środkami chemicznymi i lekami w latach 1991–2000 w materiale krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej. *Arch. Med. Sąd. Krym.*, 2002, LII, 21–30.
14. Polewka A., Mikołaszek-Boba M., Chrostek-Maj J., Groszek B.: Charakterystyka prób samobójczych na podstawie oceny wyników badania Skalą Intencji Samobójczych. *Prz. Lek.* 2003, 62, 6, 415–417.
15. Polewka A., Chrostek-Maj J., Kamienczak A., Groszek B., Bolechała F.: Samobójstwa dokonane na tle historii występujących uprzednio prób samobójczych – 5-letnie badania prospektywne. *Prz. Lek.*, 2005, 62, 6, 419–421.
16. Gmitrowicz A.: Samobójstwa i zachowania samobójcze – nowe kierunki badań w Europie. *Wiad. Psychiatr.*, 2005, 8 (4), 205–209.
17. Hołyst B.: Prawne aspekty samobójstwa. *Wiad. Psychiatr.*, 2005, 8 (4), 231–234.
18. Polewka A., Chrostek-Maj J., Szczepańska L., Foryś Z.: Samobójstwa i próby samobójcze w okresie wczesnej i późnej starości – epidemiologia, czynniki ryzyka, profilaktyka. *Prz. Lek.*, 2006, 63, 6, 323–327.
19. Suchańska A., Krysińska K.: *Samobójstwo – perspektywa psychologiczna*. PWSZ w Koninie, Konin 2003.

Julia Sawicka<sup>1</sup>, Grażyna Kobus<sup>1</sup>, Katarzyna Snarska<sup>1</sup>,  
Katarzyna Łagoda<sup>1</sup>, Hanna Bachórzewska-Gajewska<sup>1,2</sup>

## Czynniki ryzyka samobójstwa wśród osób z zaburzeniami psychicznymi

W ostatnich kilkudziesięciu latach częstość samobójstw wzrosła o 60%. Według statystyk jednemu zgonowi z powodu samobójstwa odpowiada od 8 do 25 prób samobójczych [1]. Chorzy z różnymi zaburzeniami psychicznymi wykazują wyższe ryzyko śmierci, w tym również śmierci samobójczej. Szacuje się, że w tej grupie ryzyko śmiertelności jest 2–3 razy wyższe niż w ogólnej populacji, natomiast śmierci samobójczej jest większe od 15 do 30 razy [2]. Samobójstwo jest zamierzonym aktem autodestrukcyjnym spowodowanym skrajnym nasileniem poczucia bezradności i beznadziejności. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w 1986 roku określiła samobójstwo, jako „akt o skutku śmiertelnym, który zmarły ze świadomością i oczekiwaniem takiego skutku sam zaplanował i wykonał w celu spowodowania zmian przez siebie pożądanym” [3]. Samobójstwo jest rodzajem śmierci dobrowolnej. Według danych WHO samobójstwa stanowią trzynastą, co do częstości, przyczynę zgonów na świecie (codziennie umiera ponad 1300–1500 osób w wyniku zamachu samobójczego). Prognozy WHO szacują, że w 2020 roku 1,53 mln osób umrze z powodu samobójstw [4]. W większości przypadków decyzja o samobójstwie jest podejmowana przez desperata w sytuacji braku perspektyw na ewentualną zmianę położenia. Uważa się, że samobójstwo nie jest wyizolowanym problemem, lecz symptomem różnorodnych problemów, których człowiek nie potrafi prawidłowo rozpoznać i rozwiązać [5]. Samobójstwo stanowi złożony problem, uwarunkowany wieloczynnikowo. Wyjątkowa złożoność problematyki samobójstw przy-

---

<sup>1</sup> Zakład Medycyny Klinicznej UMB

<sup>2</sup> Klinika Kardiologii Inwazyjnej UMB

czyniła się do wyodrębnienia nowej dziedziny nauki określanej suicydologią [6].

Liczne prace poświęcone samobójstwom podejmują próbę określenia tego destrukcyjnego zjawiska oraz jego uwarunkowań [7, 8, 9]. Samobójstwa są przedmiotem licznych konferencji naukowych i sympozjów międzynarodowych. Problematyce samobójstw poświęcona jest działalność towarzystw suicydologicznych. Wielu autorów wciąż poszukuje motywów podejmowanych decyzji o samobójstwie, co wymaga szczegółowych analiz pozwalających wyjaśnić przyczyny aktu samozniszczenia. Mimo rosnącego zainteresowania problematyką samobójstwa, jest ono jednym z najmniej rozpoznawalnych rodzajów zachowań dewiacyjnych.

Samobójstwo było już znane od bardzo dawna. Na przestrzeni wieków zmieniło się podejście do samobójstwa, jako problemu etycznego i religijnego. Samobójstwo było potępiane przez św. Augustyna, św. Tomasza z Akwinu, Arystotelesa oraz Sokratesa [10]. Bardziej liberalne stanowisko reprezentowali Epikur i epikurejczycy. Wyrażali pogląd, że człowiek sam może podjąć decyzję o własnym życiu w sytuacji, gdy przestało go ono interesować. Podobne stanowisko reprezentowali stoicy, którzy dopuszczali akt samodestrukcji będący wyzwoleniem od cierpienia i wyniszczającej choroby. Zasadnicze zmiany w postrzeganiu samobójstwa nastąpiły w okresie chrześcijaństwa. Śmierć samobójcza była potępiana przez prawo kanoniczne i świeckie [10].

Wyjaśnianie przyczyn powstawania samobójstwa wymaga interdyscyplinarnego podejścia. Można je rozpatrywać w kontekście psychologicznym, socjologicznym i medycznym.

### **Samobójstwo w aspekcie psychologicznym**

Psychologia poszukuje przyczyn zachowania suicydalnego w cechach osobowości, w postawach, w poziomie funkcjonowania oraz sposobach reagowania na sytuacje trudne oraz mechanizmach radzenia. Podłożem destrukcyjnych zachowań jest najczęściej brak harmonii wewnętrznej. Niska odporność na stres, negatywne, silnie traumatyzujące zdarzenia w okresie dzieciństwa, destrukcyjne wzorce rodzinne zdecydowanie utrudniają funkcjonowanie w życiu dorosłym oraz umiejętność radzenia w sytuacjach trudnych. Zachowania samobójcze często poprzedzają stresujące zdarzenia życiowe, które obniżają poczucie własnej wartości prowadząc do wystąpienia kryzysu egzystencjalnego objawiającego się



utrata sensu życia. W ujęciu psychologicznym w powstawaniu samobójstwa wyróżniamy:

1. Myśli samobójcze – obejmujące skierowanie świadomości na sprawy związane ze śmiercią. Myśli samobójcze w postaci pragnienia śmierci mogą pojawiać się w większości z nas, szczególnie w sytuacjach dotyczących bardzo trudnych wyborów dotyczących ludzkiej egzystencji.
2. Tendencje samobójcze – będące wynikiem istnienia sytuacji trudnej oraz występowania uporczywych myśli o śmierci i planowanym samobójstwie. W powstawaniu tendencji samobójczych dominującą rolę odgrywa poczucie niższości związane z dużą nadwrażliwością i indywidualnością [11].
3. Akt samobójczy – wyraża się w podjęciu decyzji o pozbawieniu siebie życia [12].

Wyróżniamy następujące rodzaje zachowań suicydalnych, stanowiących ciąg wzajemnie ze sobą powiązanych reakcji obejmujących myśli i tendencje samobójcze:

1. samobójstwo wyobrażone, które polega na uświadomieniu rozwiązania sytuacji trudnych w wyniku samobójstwa,
2. samobójstwo upragnione, w którym myśli nabierają cech o charakterze uporczywego pragnienia,
3. samobójstwo usiłowane obejmujące nieudane próby pozbawienia siebie życia,
4. samobójstwo dokonane, które kończy się realizacją podjętej decyzji o samobójstwie [8].

### **Samobójstwo w aspekcie socjologicznym**

W ujęciu socjologicznym samobójstwo jest wynikiem dezintegracji życia społecznego. Występuje częściej w zbiorowościach o osłabionych więziach społecznych. Durkheim analizując samobójstwo i ich społeczne determinanty wyróżnił [13]:

1. samobójstwo egoistyczne, w którym dana jednostka odrzuca wszelkie normy społeczne, kierując się własnymi potrzebami, wykazując słabą integrację z grupą i społeczeństwem, popełniane jest przez osoby samotne i osamotnione,
2. samobójstwo altruistyczne, które wyraża się silną integracją jednostki ze społeczeństwem, identyfikacją z obowiązującymi normami społecznymi, dokonywane jest przez osoby przekonane, że poświęcają życie dla dobra innych,

3. samobójstwo anomiczne występujące w sytuacji zakłócenia istniejącego porządku społecznego, popełniane przez osoby, które nie są w stanie zaadoptować się do rzeczywistości i przejawiają trudności w relacjach z innymi ludźmi,
4. samobójstwo fatalistyczne obejmujące jednostkę, która znalazła się w sytuacji bez wyjścia.

Zespół zachowań przedsamobójczych określany jest zespołem presuicydalnym. Do objawów zespołu należy przekonanie o funkcjonowaniu w sytuacji bez wyjścia, dominacja w zachowaniu lęku i bezradności, przewaga emocji nad racjonalnym myśleniem, częste rozważania o śmierci i umieraniu, postrzeganie samobójstwa jako sposobu rozwiązania aktualnych problemów, zawężenie stosunków międzyludzkich, ucieczka od realnych problemów w świat fantazji i myśli o śmierci, i samobójstwie.

### **Samobójstwo w aspekcie medycznym**

Liczne doniesienia potwierdzają związek samobójstw z zaburzeniami psychicznymi [14, 15, 16]. Około 90% osób usiłujących popełnić samobójstwo przejawia różnorodne zaburzenia psychiczne, do których zaliczamy depresję, psychozy schizofreniczne, uzależnienie od alkoholu i narkotyków oraz zaburzenia osobowości [15]. Brodniak [16], dokonując analizy porównawczej wybranych badań z lat 2000–2006 dotyczących oceny ryzyka zachowań samobójczych wśród osób z zaburzeniami psychicznymi podkreśla, że jest ono zróżnicowane. Największe jest w przypadku zaburzeń afektywnych, lękowych i uzależnień od substancji psychoaktywnych. Istotnym czynnikiem ryzyka jest współwystępowanie dwóch lub więcej zaburzeń psychicznych. Do czynników ryzyka zalicza również okres po wypisie ze szpitala osób po próbach samobójczych lub z ryzykiem samobójstwa. Największe zagrożenie występuje w pierwszym tygodniu po przyjęciu chorego psychicznie do szpitala i po jego wypisaniu [17]. Qin i wsp. wykazali, że istnieje związek pomiędzy hospitalizacją w szpitalu psychiatrycznym a ryzykiem samobójstwa. Ponadto zaobserwowali większe ryzyko zagrożenia samobójstwem u tych osób, których hospitalizacja była krótsza od średniego czasu pobytu w szpitalu [18].

### **Czynniki ryzyka zagrożenia samobójstwem**

#### ***Depresja***

Samobójstwo jest jedną z najczęstszych przyczyn zgonów chorych na depresję. Wskaźnik samobójstw kształtuje się na poziomie 15% [19].

Około 16% potwierdza w wywiadzie usiłowanie samobójstwa [20]. Ryzyko samobójstwa w przebiegu choroby afektywnej jest 12-krotnie większe niż w populacji ogólnej [21]. Liczba samobójstwa wśród mężczyzn chorych na depresję jest 2–4 razy większa niż wśród kobiet, chociaż kobiety chorują na choroby afektywne 2–3 razy częściej niż mężczyźni [22]. Z występowaniem tendencji samobójczych mają związek następujące cechy zespołu depresyjnego:

1. duże nasilenie lęku połączone z zaburzeniami snu, niekiedy z całkowitą bezsennością,
2. poczucie beznadziejności, sytuacji bez wyjścia, niemożności uzyskania pomocy ze strony najbliższych, przekonanie o nieuleczalności, obecności ciężkich chorób, urojenia nihilistyczne,
3. poczucie winy, przekonanie o dopuszczeniu się ciężkich grzechów, przestępstw, dążenie do poniesienia kary,
4. nastrój dysforyczny,
5. dolegliwości bólowe, przewlekłe schorzenia somatyczne,
6. uporczywe zaburzenia snu [19].

Ryzyko popełnienia samobójstwa w depresji jest tym większe, im depresja jest bardziej psychotyczna z towarzyszącym lękiem i niepokojem. Częstość samobójstwa jest większa na początku występowania depresji i w czasie jej ustępowania. U niektórych chorych o popełnieniu samobójstwa może zadecydować głębokość poczucia winy, poczucia sytuacji bez wyjścia oraz beznadziejność i osamotnienie. Niekiedy chory psychicznie podejmuje próbę samobójstwa rozszerzonego, obejmującego najczęściej osoby najbliższe, chcąc w ten sposób uchronić je przed cierpieniem i sytuacji bez wyjścia, w jakiej, zdaniem pacjenta, znaleźli się. Forma ujawniania zamiarów niechęci do życia przebiega u chorych bardzo różnie. Niektórzy skrzętnie ukrywają swoje zamiary i swoim zachowaniem starają się przekonać personel leczący o postępującej poprawie stanu zdrowia. Inni mówią o swoich problemach, o towarzyszącym im smutku, o bezsensie życia, nawiązują do tematyki śmierci i samobójstwa jako wyjścia z beznadziejnej sytuacji, w jakiej się znaleźli [19].

Światowa Organizacja Zdrowia ocenia, że do 2020 roku depresja będzie drugą, po chorobie niedokrwiennej serca, przyczyną chorobowości na świecie [23]. Można przypuszczać, że może ona w znaczący sposób wpłynąć na kształtowanie się wskaźnika samobójstw w 2020 roku.

Z powodu samobójstw, które w Stanach Zjednoczonych znajdują się na siódmym miejscu wśród przyczyn zgonów, umiera 40–50 tysięcy Amerykanów. Szczególne zagrożenie w tej populacji również stanowi niele-

czona, nawracająca depresja. W tej grupie chorych 15% umiera z powodu samobójstw, natomiast u ponad 70% depresja jest prawdopodobną przyczyną zgonów. Jeden na siedmiu chorych z nawracającym epizodem depresyjnym popełnia samobójstwo, natomiast 70% samobójców miało kontakt ze swoim lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej w okresie 6 tygodni poprzedzających samobójstwo [24].

Depresja zwiększa ryzyko samobójstwa u młodzieży w okresie adolescencji, cierpiącej na anoreksję. Ocenia się, że jest ono dwudziestokrotnie wyższe niż w ogólnej populacji młodzieży. Połączenie objawów depresji oraz zachowania antyspołecznego jest najczęstszym czynnikiem poprzedzającym samobójstwo nastolatków. Dziewczęta z depresją zdecydowanie różnią się w zachowaniu od chłopców. Przeważnie wykazują tendencję do wycofywania się z aktywnego życia społecznego, stają się milczące, natomiast chłopcy przejawiają większe skłonności do agresji. Izolowanie się jest niebezpieczne, ponieważ negatywnie wpływa na nastrój człowieka, co może stanowić czynnik ryzyka samobójstwa. Niemal każdej depresji towarzyszy lęk, który obejmuje sferę emocjonalną, zachowanie oraz może przejawiać się w postaci objawów somatycznych. Występujący lęk może nasilać myśli i tendencje samobójcze, wzmacniać negatywną ocenę własnej osoby i prowadzić do beznadziejności. Zainteresowani problemem samobójstwa zwracają uwagę, że poczucie beznadziejności, nawet w większym stopniu niż obniżony nastrój, jest wskaźnikiem późniejszej próby samobójczej lub samobójstwa dokonanego.

### *Schizofrenia*

Dużym ryzykiem zachowań samobójczych obarczeni są pacjenci ze schizofrenią [25]. Wskaźnik samobójstw w tej grupie chorych kształtuje się na poziomie 4,9% [26]. Średnia przeciętna wieku osób dokonujących samobójstwa jest niska, ze względu na ujawnianie się choroby w młodym wieku. Wśród czynników ryzyka zagrożenia samobójstwem wymienia się zaostrzenie objawów psychotycznych w postaci urojeń prześladowczych i zaburzeń myślenia [27, 28]. Należy do nich również płeć, wiek, stan cywilny oraz depresja popsychotyczna występująca u chorego, u którego w wywiadzie stwierdza się problem nadużywania substancji psychoaktywnych [29]. Hawton i wsp. podkreślają związek ryzyka samobójstwa u chorych na schizofrenię z objawami zaburzenia nastroju, pobudzeniem motorycznym i obawą wpływu choroby na funkcjonowanie psychiczne [30]. U około 50% osób popełniających samobójstwo w wywiadzie w przeszłości stwierdzono próbę samobójczą.

### ***Uzależnienie od alkoholu i narkotyków***

Wśród popełniających samobójstwo znaczny odsetek stanowią osoby nadużywające alkoholu i narkotyków. Częstość zamachów samobójczych wśród osób uzależnionych od alkoholu jest pięciokrotnie wyższa niż w grupie pacjentów bez uzależnienia [31]. Alkohol niekorzystnie wpływa na samopoczucie powodując przygnębienie, rezygnację, obniżenie nastroju i w konsekwencji może przyczynić się do depresji. Kobiety nadużywające alkoholu narażone są na mniejszą akceptację społeczną, w związku z tym są bardziej zagrożone wystąpieniem tych zaburzeń. Dużym ryzykiem samobójstwa są obarczone kobiety w wieku 21–30 lat. Okres ten charakteryzuje się zakończeniem edukacji, zakładaniem rodziny oraz licznymi konfliktami, załamaniem prowadzącymi do depresji, alkoholizmu, prób samobójczych i samobójstw [32]. Drugim niebezpiecznym etapem w życiu kobiety jest wiek 40–60 lat, cechujący się utratą ról życiowych, społecznych, zawodowych, utratą atrakcyjności, chorób [32]. W przypadku uzależnienia od narkotyków dochodzi do postępującej izolacji społecznej. Próby samobójcze są najczęściej spowodowane występującą w przebiegu uzależnienia depresją.

### ***Zaburzenia osobowości***

Do podejmowania prób samobójczych predysponują zaburzenia osobowości [33, 34]. Szczególną rolę odgrywa osobowość chwiejna emocjonalnie (według DSM-IV – borderline personality disorder), która występuje u 1–2% populacji ogólnej oraz u 10% populacji z zaburzeniami psychicznymi. Cechuje się znacznymi zaburzeniami funkcjonowania społecznego i 10% ryzykiem samobójstwa (około 50-krotnie większym niż w populacji ogólnej) [35].

### ***Czynniki psychosocjalne***

Wśród czynników ryzyka samobójstwa wymienia się trudne warunki ekonomiczne, utratę źródeł utrzymania, patologię życia rodzinnego, rozwód, separację, przemoc w rodzinie, nieadekwatne oczekiwania rodziców wobec dzieci, brak autorytetu rodziców. Samobójstwo ma związek z cechami społeczno-demograficznymi, do których zaliczamy wiek, płeć i stan cywilny. Według statystyki Komendy Głównej Policji w 2008 roku w Polsce zanotowano 5237 zamachów samobójczych, z których 3964 zakończyło się zgonem (3333 mężczyzn i 631 kobiet). W ciągu ostatnich 18 lat (od 1991 do 2008 roku) mężczyźni zdecydowanie częściej niż kobiety dokonywali skutecznych zamachów samobójczych (Tabela 1).

**Tabela 1. Liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem**

Rok	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
2008	3964	3333	631
2007	3530	2924	606
2006	4090	3444	646
2005	4621	3885	736
2004	4893	4104	789
2003	4634	3890	744
2002	5100	4215	885
2001	4971	4184	787
2000	4947	4090	857
1999	4695	3967	728
1998	5502	4591	911
1997	5614	4622	992
1996	5334	4392	942
1995	5485	4465	1020
1994	5538	4541	997
1993	5569	4519	1050
1992	5453	4426	1027
1991	4159	3388	771

Źródło: Statystyka Komendy Głównej Policji w Polsce

Wiek jest istotnym czynnikiem ryzyka samobójstwa. Mężczyźni w wieku podeszłym są najbardziej zagrożeni ryzykiem śmierci samobójczej [36]. Największe zagrożenie śmiercią samobójczą występuje wśród mężczyzn powyżej 65. roku życia [4]. Częstość występowania myśli samobójczych i ryzyka samobójstwa wzrasta wraz z wiekiem i jest związane z ciężkością choroby [37]. Statystyka Komendy Głównej Policji w Polsce podaje, że najwięcej zamachów samobójczych zanotowano w przedziale wiekowym 50–54 lata (610, z których 500 zakończyło się zgonem) oraz 55–59 lat (505, z których 443 zakończyło się zgonem) (Tabela 2).

Samobójstwo zostało uznane przez Światową Organizację Zdrowia za istotny problem społeczny i zdrowotny, wymagający prowadzenia badań naukowych w tym zakresie. Poznanie skali rozpowszechnienia samobójstw, czynników i grup szczególnego ryzyka może stanowić punkt

**Tabela 2. Wiek osób podejmujących zamachy samobójcze w 2008 roku**

Wiek	Liczba zamachów	W tym zakończone zgonem
9 lat i mniej	1	1
10–14	53	19
15–19	362	198
20–24	476	277
25–29	495	321
30–34	421	287
35–39	375	266
40–44	436	351
45–49	556	443
50–54	610	500
55–59	505	443
60–64	288	261
65–69	197	181
70–74	161	146
75–79	127	113
80–84	93	86
85 i więcej	50	46
Wiek nieustalony	31	25

Źródło: Statystyka Komendy Głównej Policji w Polsce

wyjścia w tworzeniu programów prewencyjnych. Światowa Organizacja Zdrowia od 1999 roku na całym świecie rozpoczęła program zapobiegania samobójstwom pod nazwą SUPRE-MISS (Suicide Prevention – Multi-site Intervention Study on Suicidal Behaviorus).

### Metody zapobiegania samobójstwu

Zapobieganie samobójstwom jest problemem złożonym i trudnym. Samobójstwu, podobnie jak chorobie psychicznej, towarzyszy społeczna stygmatyzacja. W profilaktyce samobójstw istotną rolę odgrywa właściwe leczenie zasadniczej choroby oraz wzmacnianie zdrowia psychicznego przez szeroko rozpropagowaną edukację zdrowotną społeczeństwa. Po-

winna ona polegać na dostarczeniu społeczeństwu materiałów informacyjnych (broszurek, ulotek, plakatów, poradników) wskazujących grupy wysokiego ryzyka, a także kliniczne, psychologiczne, społeczne czynniki i sytuacje ryzyka zachowań samobójczych oraz sposoby ich redukcji.

Ważnym czynnikiem ułatwiającym radzenie w sytuacjach trudnych i stresujących jest poczucie własnej wartości [38]. Pozytywne doświadczenia zwiększają wiarę we własne możliwości. U dzieci i młodzieży od najmłodszych lat należy rozwijać umiejętność wyrażania własnych emocji. Pozwoli to na wczesne rozpoznanie złego stanu emocjonalnego, w którym może wystąpić zwiększone ryzyko samobójstwa.

Profilaktyka samobójstwa winna obejmować również środowisko pracy w postaci świadczeń zdrowotnych oferowanych pracownikom, poszerzonych o świadczenia zdrowotne w zakresie chorób psychicznych. Bardzo ważną rolę odgrywa redukcja stresu w codziennym życiu. Według Brunona Hołysta profilaktyka samobójstw powinna obejmować:

1. Edukację społeczną, która stworzy postawy akceptujące życie, ułatwi rozwiązanie problemów życiowych oraz adaptację do nowych okoliczności życiowych.
2. Działania skierowane do populacji zagrożonej potencjalnie samobójstwem (np. osoby z chorobami terminalnymi, osoby uzależnione, przeżywające żałobę itp.) budujące postawy antysuicydalne.
3. Wpływ instytucjonalny i pozainstytucjonalny na osoby znajdujące się w sytuacji presuicydalnej (zintegrowane działania ośrodka interwencji kryzysowej, ośrodka pomocy społecznej, telefonu zaufania, służby zdrowia i innych).
4. Pomoc w sytuacji kryzysowej przez restytuowanie możliwości i motywacji do zachowania życia.
5. Oddziaływania postsuicydalne (psychologiczne, socjologiczne i medyczne), powinny uwzględniać fakt, że po odratowaniu życia, osoby te nadal mają poważne kłopoty z radzeniem sobie z problemami życiowymi, funkcjonowaniem w społeczeństwie oraz to, że nadal są bardzo silnie działające motywy suicydalne.

## Podsumowanie

Samobójstwa stanowią poważny problem wśród chorych z zaburzeniami psychicznymi. Ryzyko śmierci z powodu samobójstw w tej grupie chorych jest od 15 do 30 razy większe niż w ogólnej populacji. Depresja jest najczęstszą przyczyną samobójstw. Duże ryzyko zachowań samo-



bójczych dotyczy również pacjentów ze schizofrenią. Znaczny odsetek popełniających samobójstwo to osoby nadużywające alkoholu i narkotyków. Do podejmowania prób samobójczych predysponują też zaburzenia osobowości. Czynnikiem ryzyka samobójstwa są również czynniki psychosocjalne, takie jak: warunki ekonomiczne, utrata źródeł utrzymania, patologia życia rodzinnego, rozwód, separacja, przemoc w rodzinie, nieadekwatne oczekiwania rodziców wobec dzieci, brak autorytetu rodziców. Samobójstwa uzależnione są również od cech społeczno-demograficznych: wieku, płci oraz stanu cywilnego. Prewencja samobójstw polega na wczesnym rozpoznaniu i właściwym leczeniu występujących zaburzeń psychicznych, które mogą ograniczyć negatywne skutki zdrowotne i społeczne. Profilaktyka obejmuje nie tylko edukację zdrowotną i promocję zdrowia, ale również wszelkie oddziaływania w aspekcie bio-psycho-społecznym skierowane do osób znajdujących się w sytuacji kryzysowej, wymagających szybkiego i sprawnego działania.

Prawidłowe zdiagnozowanie czynników ryzyka może wpłynąć na zmniejszenie wskaźnika umieralności wśród osób potencjalnie zagrożonych samobójstwem.

## Piśmiennictwo

1. Robertson E. et al.: *Psychosocial and clinical correlates of suicidal acts: results from a national population survey*. Br J Psych, 2008, 192, 279–284.
2. Ahrens B., Freyberger H. J.: *Śmiertelność i samobójstwa związane z zaburzeniami psychicznymi [w:] Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej* (red.) Freyberger H. J., Schneider W., Stieglitz R. D. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 449–461.
3. Hołyst B.: *Suicydologia*. Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis, Warszawa 2002.
4. Magierski R., Kłoszewska I.: *Samobójstwa w podeszłym wieku*. Wiad. Psychiat. 2005, t. 8, nr 4, 211–215.
5. Anthony I. M.: *Samobójstwo i inne zagrożenia wieku dorastania*. Yocatio, Warszawa 1994.
6. Hołyst B.: *Samobójstwo, przypadek czy konieczność?*, PWN, Warszawa 1983.
7. Płużek Z.: *Problemy psychologiczne suicydologii*. Prz. Lek., 1982, 11.
8. Hołyst B.: *Suicydologia*. Wyd. Prawnicze Lexis Nexis, Warszawa 2002.
9. Jarosz M.: *Samobójstwa – statystyczno-socjologiczna charakterystyka środowiska*. PWN, Warszawa 1980.
10. Tęcza-Ćwiercz J.: *Samobójstwo – ingerencja we własne życie*. Wychowawca, 2005, 2, 24–26.

11. Dąbrowski K.: *Trud istnienia*. WP, Warszawa 1986.
12. Płużek Z.: *Samobójstwo* [w:] Szewczyk W. (red.) *Encyklopedia Psychologii*. Warszawa, 783–787.
13. Pużyński S.: *Samobójstwa i zaburzenia psychiczne (zwłaszcza depresje)* [w:] Bilińskiewicz A.: *Psychiatria*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, 428–433.
14. Gmitrowicz A., Rabe-Jabłońska J.: *Psychiatryczne uwarunkowania zachowań samobójczych u młodzieży*. *Wiad. Psychiat.*, 1999, II, 185–192.
15. Mann J. J., *A current perspective of suicide and attempted suicide*. *Ann Intern Med*, 2002, 136, 302–311.
16. Brodniak W. A.: *Ocena ryzyka zachowań samobójczych wśród osób z zaburzeniami psychicznymi. Analiza porównawcza wybranych badań z lat 2000–2006*. *Suicydologia*, 2007, T. 3, 1, 83–87.
17. Gmitrowicz A.: *Samobójstwa i zachowania samobójcze – nowe kierunki badań w Europie*. *Wiad. Psychiat.*, 2005, 8, 4, 205–209.
18. Qin P. et al.: *Suicide risk relation to psychiatric hospitalization*. *Arch Gen Psychiatry*, 2005, 62, 427–432.
19. Pużyński S.: *Uwarunkowania kliniczne, biologiczne i psychospołeczne chorób afektywnych w kontekście samobójstw*. *Suicydologia*, 2005, 1, 1, 33–39.
20. Pfening A. et al. *Hypothalamus – pituitary – adrenal system regulation and suicidal behavior in depression*. *Biol Psychiatry*, 2005, 57, 336–342.
21. Berk M. et al.: *Diagnosing bipolar disorder: how can we do it better?* *MJA*, 2006, 184, 459–462.
22. Pużyński S.: *Depresje i samobójstwa*. *Służba Zdrowia* 2001, (III), 23–25.
23. Heitzman J., Wojnar N.: *Zaburzenia i choroby afektywne* [w:] Heitzman J.: *Psychiatria*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2007, 107–130.
24. Sheldon H., Preskorn: *Depresja – postępowanie w leczeniu otwartym*. Triangulum M.B.P., Wrocław 2004.
25. Mader J., Charzyńska K.: *Przeciwdziałanie samobójstwom w schizofrenii*. *Wiad. Psychiat.* 2006, 9, 1, 33–37.
26. Palmer B. A., Pankratz V. S., Bostwick J. M.: *The lifetime risk of suicide in schizophrenia – a reexamination*. *Arch Gen Psychiatry*, 2005, 187, 247–253.
27. Saarinen P. I., Lehtonen J., Loongvist J.: *Suicide risk in schizophrenia an analysis of 17 consecutive suicides*. *Schizophr Bull*, 1999, 25, 533–542.
28. Krupiński M., Fischer A., Grohmann R., Engel R. R., Holweg M., Moller H. J.: *Schizophrenic psychoses and suicide in the clinic*. *Nervenarzt*, 2000, 71, 906–911.
29. Makara-Studzińska M., Moryłowska J.: *Zachowania samobójcze w przebiegu schizofrenii – przegląd aktualnego piśmiennictwa*. *Suicydologia*, 2007, 3, 1, 79–82.
30. Hawton K., Sutton L., Haw C., Sinclair J., Deeks J. J.: *Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors*. *Br J Psychiatry*, 2005, 187, 9–20.

31. Florkowski A., Zboralski K., Talarowska M., Janiak M., Janiak A., Gałęcki P.: *Zamachy samobójcze – możliwości psychoprofilaktyki*. Pol. Mer. Lek., 2008, XXV, 147, 291–293.
32. Binczycka-Anholcer M.: *Alkohol jako ważny czynnik zachowań suicydalnych kobiet*. Suicydologia, 2006, 2, 1, 57–43.
33. Bush K., Fawcett J.: *Clinical correlates of inpatient suicide*. J Clin Psychiatr, 2003, 64, 14–19.
34. Ho T. P.: *The suicide risk of discharged psychiatric patients*. J Clin Psychiatr, 2003, 64, 14–19.
35. Lieb K., Zanarini M., Schmahl Ch., Linchou M., Bahus M.: *Borderline personality dis order*. Lancet, 2004, 364, 453–461.
36. Binczycka-Anholcer M.: *Zachowania suicydalne osób w starszym wieku*. Suicydologia 2005, 1, 1, 77–87.
37. Alexopoulos G. S.: *Depression in the elderly*. Lancet, 2005, 365, 61–70.
38. Weissman M. M., Fox K., Klerman G. L.: *Hostility and depression associated with suicide attempts*. Am J Psychiatry, 1973, 130, 450–155.



## Spis treści

### Humanistyczny wymiar śmierci

Ks. Józef Zabielski – <i>Chrześcijańska nadzieja jako odkrywanie wieczności ludzkiej egzystencji</i> .....	17
Piotr Krakowiak, Józef Binnebesel, Agnieszka Paczkowska – <i>Przykłady pracy socjalnej w opiece paliatywno-hospicyjnej. Przeciwdziałania marginalizacji osób pogrążonych w żałobie, wsparcie dla dzieci po stracie i pomoc osobom zagrożonych wykluczeniem</i> .....	33
Hanna Rolka, Krystyna Klimaszewska, Katarzyna Ostapowicz Van Damme, Katarzyna Krajewska, Elżbieta Krajewska-Kułak, Beata Kowalewska, Barbara Jankowiak – <i>Gdy gaśnie wiara i nadzieja, a choroba jest źródłem klęski i cierpienia</i> .....	49
Grzegorz Kazberuk – <i>Umarłych pogrzebać...</i> .....	59
Marek Olejniczak – <i>Śmierć człowieka w perspektywie osobowego spełnienia</i> .....	87
Małgorzata Mirowska – <i>Dlaczego śmierć mojego Taty była piękna?</i> ...	97
Jan Głodowski, Katarzyna Beata Głodowska – <i>Cierpienie i śmierć w imię nauki jako motyw eksperymentów przeprowadzanych na bliźniętach przez nazistów w obozie koncentracyjnym Auschwitz-Birkenau</i> ....	115
Anna Buszka, Anna Bednarek, Kinga Błoszyk, Katarzyna B. Głodowska – <i>Ocalenie przez pielęgnowanie na przykładzie obozu koncentracyjnego Auschwitz-Birkenau i Dachau</i> .....	125
Marta Anna Sałapata – <i>Czy tylko śmierć ciała? Refleksje nad rodzajami śmierci bohaterów w twórczości Elizy Orzeszkowej</i> .....	135
Andrzej Podkowski – <i>Odpowiedzialność oficera w obliczu śmierci podwładnego</i> .....	145

Halina Kulik, Iwona Loska, Stanisława Dutkiewicz – <i>Oczekiwania chorych u kresu życia i ich rodzin wobec opieki duszpasterskiej</i> .....	153
Halina Kulik, Monika Dyło, Stanisława Dutkiewicz – <i>Uwarunkowania posługi duszpasterskiej w opiece nad chorymi umierającymi</i> .....	173
Emilia Rozwadowska, Elżbieta Krajewska-Kuśak, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz, Agnieszka Bielemuk, Marta Trypuć, Magdalena Anna Chilicka, Helena Tołoczko, Anna Wiśniewska, Grażyna Wiśniewska, Robert Terlikowski, Bogumiła Kraszyńska, Anna Kraszyńska – <i>Postrzeganie śmierci w literaturze średniowiecza</i> .....	191
Katarzyna Snarska, Katarzyna Łagoda, Julia Sawicka, Grażyna Kobus, Hanna Bachórzewska-Gajewska – <i>Rola baśni Andersena w przekazie obrazu śmierci dzieciom</i> .....	201
Olga Koper, Jakub Sosnowski – <i>Bajka o Koniku Polnym</i> .....	211

### **Dylematy z eutanazją**

Krystyna Klimaszewska, Dorota Kondzior, Beata Kowalewska, Elżbieta Krajewska-Kuśak, Halina Doroszkiewicz, Krystyna Kowalczyk, Barbara Jankowiak, Hanna Rolka, Anna Baranowska, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz – <i>Eutanazja – zagrożenie współczesności</i> .....	217
Tadeusz Kaczmarek, Jerzy T. Marcinkowski – „Komplikacje” z eutanazją? .....	229
Tadeusz Kaczmarek, Jerzy T. Marcinkowski – <i>Kryptoeutanazja – jaka jest skala tego problemu?</i> .....	235
Magda Koc, Małgorzata Rogowska, Justyna Tworkowska, Izabela Żukowska, Regina Sierżantowicz – <i>Eutanazja w Internecie</i> .....	247
Jan Iwaszczyszyn, Anna Kliś-Kalinowska, Janusz Czekał – <i>Prośba chorego o eutanazję jako wyraz tzw. „filozofii braku lub odmowy nadziei”</i> ..	257
Jan Iwaszczyszyn, Anna Kliś-Kalinowska, Janusz Czekał, Izabela Chmiel – <i>Próby wywołania akceptacji dopuszczalności zabójstwa, zwanego osobliwie eutanazją</i> .....	261
Marta Szabat – <i>Czy hospicjum w Polsce może być alternatywą dla eutanazji?</i> .....	269

Agata Janaszczyk – <i>Kwestia nierozstrzygalności problemu eutanazji w kontekście racji społecznych</i> .....	279
Marta Wiska, Iwona Kluczek, Andrzej Krupienicz – <i>Postawy studentów pielęgniarstwa i prawa wobec eutanazji na podstawie badań własnych</i> .....	289

### **Wielokulturowe postrzeganie śmierci**

Antygona Chadzopulu, Agnieszka Kułak, Elżbieta Krajewska-Kułak – <i>Uzdrawiająca moc ikon</i> .....	307
Małgorzata Staciwa – <i>Zjawisko kultury śmierci</i> .....	325
Jerzy T. Marcinkowski, Anna Bajek, Irena Galewska – <i>Nowe obrzędy pogrzebu katolickiego – aspekty teologiczne i wymowa symboli</i> .....	339
Jerzy T. Marcinkowski, Anna Bajek, Irena Galewska – <i>Formy pochówku w Kaliszu i okolicach – w ujęciu historycznym</i> .....	347
Anna Edbom-Kolarz, Jerzy T. Marcinkowski – <i>Różnorodność pochówków i miejsc z nimi związanych na terenie Szwecji – z perspektywy historycznej</i> .....	357

### **Śmierć społeczna**

Alina T. Midro – <i>Od Lejeune'a do Kandela – refleksje w związku z 50. rocznicą opisanego zmian w kariotypie u osób z zespołem Downa</i> .....	375
Wojciech Kułak, Elżbieta Krajewska-Kułak, Agnieszka Kułak, Piotr Kułak, Bernadetta Blecharczyk, Łukasz Bienias – <i>Choroba – to nie przekreślenie życia, na przykładzie znanych osobistości i ich dolegliwości</i> ....	387
Małgorzata Sacharko – <i>Jestem taki sam – nie umarłem</i> .....	411
Agnieszka Kułak, Wojciech Kułak, Piotr Kułak, Bernadetta Blecharczyk, Łukasz Bienias – <i>Rola wsparcia w funkcjonowaniu chorego niepełnosprawnego i jego rodziny</i> .....	415
Renata Świdzka – <i>Śmierć za życia</i> .....	427
Emilia Kramkowska, Małgorzata Halicka – <i>Człowiek stary a śmierć</i> .	433
Halina Doroszkiewicz, Wiesława Jańczak, Matylda Sierakowska, Krysztyna Klimaszewska – <i>Wsparcie osób starszych owdowiałych w środowisku zamieszkania</i> .....	443

Halina Kulik, Iwona Loska, Stanisława Dutkiewicz – <i>Sytuacja społeczna i zdrowotna osób bezdomnych na terenie Katowic</i> .....	453
Katarzyna Van Damme-Ostapowicz, Karolina Szpakowska-Żurawska, Justyna Sarosiek, Emilia Rozwadowska, Arkadiusz Żurawski, Elżbieta Krajewska-Kułąk – <i>Malaria</i> .....	469
Katarzyna Van Damme-Ostapowicz, Justyna Sarosiek, Jolanta Dulnic, Ewa Maria Faliszewska, Justyn Ksawery Kordecki, Anna Kraszyńska, Jolanta Ogonowska, Karolina Szpakowska-Żurawska, Arkadiusz Żurawski, Elżbieta Krajewska-Kułąk – <i>Plagi Afryki</i> .....	479
Wanda Ostaszewska, Ewa Wiśniewska, Bożena Ostrowska, Małgorzata Marcysiak, Małgorzata Zagroba, Grażyna Skotnicka-Klonowicz – <i>Postawy studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie wobec opóń żyjących z HIV/AIDS</i> .....	491
Karolina Szpakowska-Żurawska, Arkadiusz Żurawski, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz – <i>Problem ubóstwa w Paragwaju</i> .....	503
Sebastian Sienkiewicz, Przemysław Czemko, Katarzyna Łagoda, Hanna Bachórzewska-Gajewska – <i>Głód i niedożywienie – problem współczesnego świata</i> .....	509
Krzysztof Bauer, Sławomir Lech Czaban, Agata Kulikowska, Iwona Jarocka, Marzena Wojewódzka-Żeleznikowicz, Bogusław Poniatowski, Jerzy Robert Ładny – <i>Samobójstwa jako istotny problem medycyny ratunkowej – doświadczenia własne</i> .....	521
Ewa Wiśniewska, Małgorzata Marcysiak, Bożena Ostrowska, Małgorzata Zagroba, Wanda Ostaszewska, Miłosz Marcysiak, Grażyna Skotnicka-Klonowicz – <i>Samobójstwa wśród dzieci i młodzieży</i> .....	531
Małgorzata Marcysiak, Ewa Wiśniewska, Małgorzata Zagroba, Bożena Ostrowska, Miłosz Marcysiak, Grażyna Skotnicka-Klonowicz – <i>Samobójstwa w wieku podeszłym – skala zjawiska i możliwości prewencji</i> .....	541
Julia Sawicka, Grażyna Kobus, Katarzyna Snarska, Katarzyna Łagoda, Hanna Bachórzewska-Gajewska – <i>Czynniki ryzyka samobójstwa wśród osób z zaburzeniami psychicznymi</i> .....	549





Numer główny: ISBN 978-83-89934-14-7

Numer VI tomu: ISBN 978-83-89934-45-1