

Ból
i cierpienie

*Cierpienie (...) jest próbą człowieczeństwa człowieka,
próbą jego wewnętrznej prawdy.*

Józef Tischner, *Myślenie według wartości*

BÓL i cierpienie

pod redakcją
GRAŻYNY MAKIEŁŁO-JARŻY

ACTA ACADEMIAE MODREVIANAЕ
Kraków 2011

Rada Wydawnicza:

Klemens Budzowski, Maria Kapiszewska, Zbigniew Maciąg, Jacek M. Majchrowski

Recenzja:

dr hab. n. med. Zdzisław Gajda, prof. UJ

Projekt okładki:

Joanna Sroka

Redaktor prowadzący:

Halina Baszak-Jaroń

Maria Dorota Schmidt-Pospuła

Adiustacja:

Kamila Zimnicka-Warchoł

Copyright© by Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Kraków 2011

ISBN: 978-83-7571-182-0

Żadna część tej publikacji nie może być powielana ani magazynowana w sposób umożliwiający ponowne wykorzystanie, ani też rozpowszechniana w jakiejkolwiek formie za pomocą środków elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych, bez uprzedniej pisemnej zgody właściciela praw autorskich.

Wydawca:

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

www.ka.edu.pl

Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM
Kraków 2011

DTP:

Joanna Sroka

Druk i oprawa:

Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o.

Spis treści

■	Grażyna Makiełło-Jarża	
	Przedmowa.....	7
■	Krzysztof Duda	
	Fenomenologia cierpienia. Zarys problematyki.....	9
■	Dariusz Grzonka	
	Waloryzacja cierpienia w kulturze: kultury pozaeuropejskie i kultura współczesna – spojrzenie antropologa.....	19
■	Marek Kita	
	Logos i logika Krzyża.....	49
■	Jan Iwaszczyszyn, Anna Kliś-Kalinowska, Janusz Czekaj	
	Ból i cierpienie chorych w aspekcie filozofii dialogu (spotkania).....	59
■	ks. Jan Śledzianowski	
	Kościół katolicki wobec eutanazji.....	69
■	Konrad Dziadkowiak	
	Eutanazja a opieka paliatywna – wybrane aspekty etyczne.....	91
■	Magdalena Żurowska, Jakub Grochowski	
	Bartłomiej Wolak	
	Aspekt teoretyczny stresu w pracy ratownika medycznego.....	109
■	Anna Jasiówka	
	Ból i cierpienie chorych na reumatoidalne zapalenie stawów.....	123
■	Agnieszka Kurbiel, Zofia Foryś	
	Choroby skóry a cierpienia duszy. Rola pielęgniarki w psychodermatologii.....	127
■	Anna Korytkowska, Katarzyna Rokosz, Anna Kula	
	Doznania bólowe pacjentów po zabiegu kardiochirurgicznym.....	139

■	Małgorzata Knap Ocena terapii bólu pooperacyjnego na przykładzie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze.....	145
■	Joanna Harzowska-Szczygieł Wykorzystanie zimna w leczeniu ból i cierpienia.....	157
■	Monika Cempa Ból niewymownego cierpienia – psychologiczny aspekt reakcji chorych na zabieg laryngektomii totalnej.....	165
■	Halina Lebedowicz Ból i cierpienie – rozważania w Klinice Hematologii.....	171
■	Aleksandra Mrozowska Ból porodowy – nefarmakologiczne metody leczenia.....	175
■	Małgorzata Chodak Mit i metafora w psychoterapii chorych nowotworowych.....	181
■	Dorota Ortenburger, Arkadiusz Ortenburger Elementy programu przeciwbólowego według Dennisa Turka i Fritsa Wintera.....	197
■	Małgorzata Szerla, Michał Kosztołowicz Funkcjonalność metody ewaluacji bólu w praktyce klinicznej (propozycja).....	205
■	Ewa Podwińska Refleksje na temat „właściwej dawki”.....	213
■	Andrzej Stachowiak Sedacja paliatywna.....	217
■	s. Virginia Parchoniuk CSS Siostry Kanoniczki Ducha Świętego w służbie życiu na Ukrainie.....	221
	Noty o autorach.....	227

Grażyna Makiełło-Jarża

Przedmowa

Podczas kolejnych sympozjów poświęconych problematyce bólu i cierpienia autorzy referatów skupiają się na ukazaniu rodzajów cierpienia, próbach zrozumienia jego sensu, a także na prezentacji metod, dzięki którym można podczas leczenia pacjentów skupiać się nie tylko na leczeniu, ale także na redukcji bólu i minimalizowaniu cierpienia.

Zbiór 21 artykułów oddawany w ręce Czytelników składa się zarówno z opracowań o charakterze ogólnym, jak i szczegółowym. K. Duda ukazuje fenomen cierpienia, który jego zdaniem, jest nie tylko stanem przeżywania bólu, D. Grzonka zajmuje się problemem waloryzacji cierpienia z perspektywy kultur pozaeuropejskich, a także kultury współczesnej. M. Kita skupia się na analizie logiki krzyża, aby w podsumowaniu, w oparciu o liturgię Wielkiego Piątku, ukazać, że „przez drzewo krzyża przyszła radość dla całego świata”. J. Iwaszczyszyn, A. Kliś-Kalinowska i J. Czekaj przedstawiają ból i cierpienie chorych w aspekcie filozofii dialogu – niezwykle ważnego zwłaszcza w „sytuacjach granicznych”. Ksiądz J. Śledzianowski przedstawia stanowisko Kościoła katolickiego wobec eutanazji, a K. Dziadkowiak wskazuje na znaczenie opieki paliatywnej w opozycji wobec eutanazji. Cierpienie chorych niewątpliwie wpływa na stan psychiczny personelu medycznego. Tym zagadnieniem odnośnie do przeżywania stresu i cierpienia przez ratowników medycznych zajęli się M. Żurowska, J. Grochowski i B. Wolak.

Kolejne opracowania dotyczą szczegółowej analizy różnorodnych aspektów bólu i cierpienia towarzyszących wybranym chorobom. Specyfikę cierpienia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów przedstawia A. Jasiówka, o cierpieniu chorych na choroby dermatologiczne piszą

A. Kurbiel i Z. Foryś, o bólu po przebytych zabiegach kardiochirurgicznych donoszą natomiast A. Korytkowska, K. Rokosz i A. Kula. O terapii bólu pooperacyjnego pisze M. Knap. Wykorzystaniem zimna w leczeniu bólu i cierpienia zajęła się J. Harzowska. Cierpieniu chorych po laryngektomii totalnej poświęciła swój artykuł M. Cempa, a o cierpieniu pacjentów w klinice hematologicznej pisze H. Lebedowicz. A. Mrozowska zajęła się innym rodzajem bólu – towarzyszącego porodowi, podkreślając z jednej strony jego znaczenie w przebiegu porodu, z drugiej zaś wskazując metody zmierzające do jego minimalizacji. O psychoterapii chorych nowotworowych i jej znaczeniu w motywowaniu pacjentów do walki z chorobą pisze M. Chodak. D. i A. Ortenburgowie przedstawiają elementy programu przeciwbólowego według D. Turka i F. Wintera, zaś metodę ewaluacji bólu w praktyce klinicznej przedstawiają M. Szerla i M. Kosztołowicz. Kolejne dwa krótkie opracowania o charakterze refleksji to rozważania E. Podwińskiej na temat „właściwej dawki” i A. Stachowiaka o sedacji paliatywnej.

Ostatnie opracowanie odbiega od zasadniczej problematyki, ale jednak w pewien sposób łączy się z nią. Jest to sprawozdanie siostry V. Parchoniuk z misji Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego na Ukrainie. Na zaledwie kilku stronach przedstawiono ogrom pracy sióstr, zajmujących się ratowaniem życia nienarodzonego, pomocą kobietom brzemiennym oraz matkom, które nie mają oparcia ani w ojcu dziecka, ani w swoich rodzicach. Czyż działalność sióstr nie jest pracą „u podstaw” nad wyzwoleniem wielu kobiet z cierpienia, jakie niesie za sobą samotność i bezradność?

Krzysztof Duda

Fenomenologia cierpienia. Zarys problematyki

Wprowadzenie

Zagadnienie cierpienia stanowi jedno z poważniejszych na gruncie filozofii, gdyż pośredni zawiera w sobie pytanie *unde malum* – „dlaczego zło”? Tak bowiem postrzegane jest cierpienie, jako zło, które powoduje dezintegrację jakiejś całości, rozpad jakiejś – w miarę stabilnej – struktury człowieka. Pytanie to było bardzo często zadawane na gruncie filozofii klasycznej¹ i fenomenologii². Jeden z jej głównych propagatorów Max Scheler dał wyraz temu faktowi, przewidując, jakie warunki powinna spełnić dyscyplina antropologii filozoficznej, która ma zająć się badaniem cierpienia³.

¹ Zob. W. Stróżewski, *Cierpienie i miłosierdzie*, [w:] *Miedzy potępieniem a zbawieniem, myśl religijna Józefa Tischnera*, red. J. Jagiełło, Kraków 2004, s. 71–85.

² Zob. M. Scheler, *Cierpienie, śmierć, dalsze życie*, przeł. A. Węgrzecki, Warszawa 1994.

³ „Filozoficzne studium bólu oraz cierpienia powinno obejmować: „1) fenomenologię i fizjologię wrażeń bólu oraz fenomenologię i przyczynową psychologię uczuć, 2) teleologiczną koncepcję wszelkiej nieprzyjemności (Unlust)..., 3) aksjologię i etykę cierpienia..., 4) psychotechnikę ukazującą, jak należy umyślnie przeciwdziałać różnym rodzajom cierpienia..., 5) koncepcję zmiennego bilansu przyjemności i przykrości..., 6) metafizyczne wyjaśnienie sensu cierpienia”, M. Scheler, *op. cit.*, s. 9.

Rozważania Schelera będą w tym krótkim badaniu inspiracją, która jednak w żaden sposób nie wyczerpuje tego projektu, a są zaledwie namiastką badań, mających na celu prezentację tego czysto ludzkiego przeżycia, traktowanego jednocześnie jako zjawisko, które można na gruncie fenomenologii i antropologii filozoficznej przebadać.

Metoda tej filozofii to nic innego, jak próba poznania istoty rzeczy⁴, czyli zbadania konstytutywnych elementów, jakie pojawiają się w byciu tego fenomenu. Zatem fenomenologia jest też nauką o byciu bytu⁵. Podążając tym torem postaramy się porównać to, jak jawi się fenomen cierpienia w odniesieniu do bólu oraz jakie warunki muszą nastąpić, aby cierpienie było możliwe. Ale także postaramy się przyjrzeć temu, co powoduje, że cierpienie jest tak istotnym elementem w życiu człowieka. To, że cierpienie jest, nie jest dowodzone, gdyż nikt temu nie przeczy, a wręcz odwrotnie – każdy jest w stanie podać jego przykład we własnym życiu.

W pierwszej kolejności przyjrzymy się, jak mają się do siebie dwa zjawiska: ból i cierpienie.

Ból a cierpienie

W jakiej sytuacji jawi się nam cierpienie? W doświadczeniu potocznym mówimy, „że ktoś cierpi, bo coś go boli”, a zatem cierpienie ma semantyczny, potoczny i skojarzeniowy związek z bólem. Cierpienie daje możliwość doświadczającemu ból dać mu jego wyraz. Cierpienie, jakie możemy domniemać lub też zaobserwować, albo usłyszeć poprzez jego wypowiedzenie, daje nam możliwość uchwycenia relacji, jaka łączy go z bólem.

Możemy zatem założyć, że ból wyrastający na podłożu jakichś doznań cielesnych jest przyczyną cierpienia. Ból, czyli coś, co narusza naszą cielesność, jest pierwotnym źródłem cierpienia, jednak, o czym powiemy nieco później, z cierpieniem nie jest tożsamy, ani też cierpienia nie wyczerpuje. Owszem, prawdą jest to, co powiedział twórca fenomenologii Edmund Husserl: „ból się cierpi”⁶. Jednak stwierdzenie to wskazuje na świadomościowy charakter cierpienia.

⁴ Zob. M. Scheler, *Pisma z antropologii filozoficznej i teorii wiedzy*, tłum. S. Czerniak, A. Węgrzecki, Warszawa 1987, s. 261.

⁵ M. Heidegger, *Bycie i czas*, przeł. B. Baran, Warszawa 1994, s. 53.

⁶ E. Husserl, K. Świącicka, *Husserl*, Warszawa 1993, s. 134.

Jak już wspomniano, mówiąc o nietożsamości bólu i cierpienia, ciało nie musi ulec naruszeniu, aby wywołać cierpienie. Ciało jest jednak konstytutywnym elementem, który towarzyszy tak bólowi, gdyż on zawsze się z nim wiąże, ale i cierpieniu, ponieważ w jego obrębie przeżywane jest cierpienie, jako świadome, a możliwość świadomego wyrażenia cierpienia nie jest możliwa bez ciała. Ciało zatem staje się istotnym warunkiem możliwości cierpienia. Raz przez ból, jaki jest przyczyną pośrednią cierpienia, lub też samo, jako źródło przeżyć, które mają związek z ciałem. Ten drugi rodzaj cierpienia; cierpienie związane z przeżywaniem cielesności, jest tym, które w historii ludzkości i kulturze, którą człowiek wytworzył, stało się bardziej eksponowane. Cierpienie twórcze rodzi kulturę, w której człowiek odnajduje się jako we własnym świecie, znajdującym się na pograniczu dwóch światów⁷. Cierpienie, które jest związane z bólem, uważa się raczej za coś normalnego, coś, co musi się przydarzyć choćby poprzez zwykłe zranienia ciała, ból zęba *etc.*

Ból zawiera się w cierpieniu, jednak nie jest jego elementem konstytutywnym. Cierpienie to zatem nie tylko stan przeżywania bólu. Jak wiemy, na ból można – w większości przypadków – znaleźć antidotum w postaci farmakologicznej⁸, jednak na cierpienie nie ma aptecznego specyfiku i pewnie nie będzie. Środki, które łagodzą ból wcale nie stanowią antidotum na cierpienie, gdyż cierpienie rządzi się swoim prawem.

Ciekawym fenomenem, jaki pojawia się w relacji ból–cierpienie jest fakt, że bólu nie można współodczuwać, gdyż ma on charakter jednostkowy. Natomiast cierpienie można współodczuwać, choćby w sytuacji straty bliskiej osoby, np. dziecka przez rodziców. Oczywiście, odczucie tego cierpienia ma stosowne dla każdej z tych osób natężenie i czas, jednak dotyczy lub też rozgrywa się w tej samej przestrzeni. Cierpienie przeżywane jest wielokrotnie, ból ma zaś zwykle jednorazowy charakter. Konkludując: ból wskazuje nam nasze miejsce w świecie przyrody, nasz organizm – poza jego słabością – nie różni się niczym od świata zwierząt, a zatem nie różni się też od niego doznawaniem bólu oraz sposobami jego unikania. Cierpienie różni nas od zwierzęcości, choćby przez jego kulturotwórczą rolę.

⁷ Por. R. Ingarden, *Książeczka o człowieku*, Kraków 1998, s. 37–38.

⁸ Por. G. Böhme, *Antropologia filozoficzna*, tłum. P. Domański, Warszawa 1998, s. 102–103.

Jednostkowe źródła cierpienia

Cierpienie zdaje się tworzyć fenomen, który wart jest odrębnego przebadania. Przyjrzyjmy się zatem, jak prezentuje się ono istotowo w jednostkowych przypadkach. Dokonując najbardziej ogólnej i zapewne dosyć uproszczonej specyfikacji, możemy wskazać, że cierpienie oparte na przeżyciu ciała można podzielić na kilka rodzajów:

1. Nieakceptacja swojego ciała jako źródło cierpienia.
2. Nieakceptacja mojego ciała przez innego jako źródło cierpienia.
3. Nieakceptacja istnienia w ogóle jako źródło cierpienia.

Dwa pierwsze punkty wskazują na zakłócenia uczuciowości, które w konsekwencji powodują powstanie stanu cierpienia w człowieku. Zjawiska te mogłyby wystąpić, muszą mieć drugi człon relacji, a właściwie przyczynę pośrednią, jaką jest relacja z drugim człowiekiem. Rozpatrzmy pokrótce te punkty:

Ad. 1) W przypadku pierwszego zjawiska człowiek może przeżywać cierpienie, zakładając błędnie, że jego ciało nie ma możliwości wejścia w relację z drugim człowiekiem. Zatem to jego ciało staje się tu źródłem jego cierpienia. Jest też możliwe, że to ciało drugiego człowieka, które staje się punktem odniesienia dla zdeprecjonowania swojego ciała. Jest to niestety pewna słabość psychiczna, która powstaje niejednokrotnie niezależnie od samego człowieka. Przyczynę takiego stanu rzeczy tworzy rodzina, środowisko społeczne i wadliwa relacja z innymi, ale i pewnie jakieś ukryte bardziej medyczne lub psychologiczne przyczyny, których nie da się opisać aparaturą poznawczą fenomenologii.

To cierpienie jest antynomią resentymentu, gdyż drugi człon tej relacji nie jest zdeprecjonowany, lecz wręcz idealizowany, co jeszcze bardziej potęguje cierpienie podmiotu cierpiącego. Relacja ta jest najbardziej widoczna w przypadku niespełnionej miłości, zwanej potocznie miłością platoniczną. Jak już wspomniano, przyczyna takiej relacji leży w głębokich uwarunkowaniach psychicznych, które nie należą do zakresu filozofii.

Należy jednak wspomnieć, że stan tego typu cierpienia może powodować daleko idące konsekwencje życiowe dla doświadczającego go człowieka.

Ad. 2) Drugi przejaw cierpienia powstaje w sytuacji, gdy przyczyną jest właśnie relacja z drugim człowiekiem, która owszem powstała, ale to po-

wstanie jest też skutkiem powstania cierpienia. Ta geneza cierpienia ma dwuwarstwowy wymiar. Pierwotny, gdy drugi w sposób werbalny lub wyraźnym zachowaniem daje znać, że nie akceptuje człowieka stojącego po drugiej stronie relacji. Przyczyną tego może być jej fizyczność, jak i sposób myślenia i rodzaj wypowiedzi. Wydaje się jednak, że ostentacyjny brak akceptacji fizyczności jest o wiele gorszy, niż brak akceptacji sposobu myślenia. Dzieje się tak zapewne dlatego, że w takiej sytuacji człowiek pozostaje niejako obnażony, jedyną jego reakcją mogłaby być agresja, jednak ona zazwyczaj nie następuje. Powstaje jednak mocne przeżycie, które może mieć charakter gwałtowny i intensywny, co nie jest jednak też konieczne, gdyż reakcja może rozwinąć się w czasie. Relacja druga, tzn. nieakceptacja mojego myślenia i zachowania, jest niejako słabszą formą nieakceptowania ciała. Jej przebieg może być o wiele bardziej rozciągly i mieć sinusoidalne natężenie, mniejsze jednostkowe napięcie.

Wątek wtórny nieakceptacji jednego człowieka przez drugiego powstaje wówczas, gdy istnieje już jakaś relacja, jednak zostaje ona zakłócona przez jakieś wydarzenie, które powoduje, że od tego czasu podmiot staje się cierpiący. Inną sprawą jest też swoiste, bardzo zindywidualizowane przeżywanie czasu przez osoby cierpiące. To zagadnienie wymagałoby jednak dalszych analiz, być może opartych na badaniach empirycznych.

Wracając jednak do wydarzenia cierpienia, rozpatrywanego w tym aspekcie, to należy stwierdzić, że podmiot stopniowo; coraz bardziej, zaczyna odczuwać siebie, jako nierównego partnera relacji. Właściwie to percypuje siebie samego jako wartość coraz niższą, w porównaniu z drugą osobą. Istotną sprawą jest tutaj zapewne też zaniechanie przez niego relacji dialogicznej, która mogłaby ten stan w jakiś sposób uzdrowić, choć i to nie jest pewne, gdyż mogłaby go i nasilić. Zatem antynomiczność zachowań w związku z zaistnieniem cierpienia jest indywidualna – osobowa, no i niestety nieprzewidywalna, bo związana z indywidualną wolnością człowieka w relacji z drugim człowiekiem.

Różnica tego przypadku w porównaniu z punktem pierwszym jest taka, że tutaj relacja dwóch osób następuje, choć zazwyczaj urywa się na poziomie partnerskim, w pierwszym przypadku relacji nie było w ogóle; widoczna była tylko jej wyimaginowana możliwość. Ważne jest też to, że w tym przypadku cierpienie jest zadane realnym działaniem, nie zaś odczute przez niezrealizowane działanie spowodowane złym samookreśleniem siebie jako bieguna relacji.

W przypadku zadanego cierpienia jego źródło ma swoje epicentrum na zewnątrz. Skutki powstałego w tym przypadku cierpienia mogą być od

zobojętnienia; apatii, po śmierć z wymienionymi w poprzednim punkcie jej aspektami.

Ad. 3) Trzeci punkt traktuje o świadomości niekonieczności swojego istnienia, co uświadamia człowiekowi kruchość i znikomość jego bycia w świecie. Co więcej, świadomość ta – można ją nazwać świadomością metafizyczną – może w ostateczności implikować uświadomienie sobie możliwości nie bycia już świadomym. Taka świadomość stać się może w ostateczności zarzewiem cierpienia. Ukazując jednak proste zachowanie się człowieka na poziomie dnia codziennego, świadomość taka wyraża się lękiem przed śmiercią, zaś lęk przed śmiercią w ostatecznym rozrachunku ma u swojego podłoża lęk przed niebyciem już w ogóle⁹.

Jednak, aby mieć lęk przed śmiercią, zacząć cierpieć z powodu możliwości utraty świadomości i istnienia w ogóle, należy spełnić jeden podstawowy – czysto człowieczy warunek, mianowicie uświadomić sobie swoje bycie. Takie przebudzenie się z potoczności może wywołać dwie postawy, jedna to fascynacja życiem z wszystkimi jego odmianami, druga zaś to właśnie cierpienie spowodowane lękiem przed śmiercią i nieistnieniem.

Taka postawa w relacji zwrotnej człowieka ma to do siebie, że obraca się przeciwko życiu i jego rozwojowi. Zadaje bowiem pytanie po co to wszystko, skoro i tak będzie nic? Nic rozumiane w obydwu znaczeniach filozoficznych, tak jako chaos lub jako bez bycie; greckie: *me on* i *ouk on*¹⁰. Postawa ta jest z reguły negacją wiary, negacją intelektu i negacją kultury. Jest świadomością bezsensu życia, zdarza się, że człowiek kierujący się taką postawą może ratować się solipsyzmem, który daje mu pozorną intelektualną otoczkę, w której on sam czuje się bezpiecznie, wyrażając przekonanie o absolutności swojej świadomości. Jednak zdaje się to oszustwem intelektualnym, choćby z powodu tego, że sam nie udzielił sobie życia i nie powołał się do istnienia.

To cierpienie ma charakter antyreligijny. Karmi się brakiem nawet postulatycznego podejścia do dalszego trwania, które zapewne cierpienie to w jakimś stopniu jest w stanie przezwyciężyć. Można pokusić się na wyrażenie przekonania, że tego typu totalna negacja nie może być autentycznością bycia, gdyż autentyczność zakłada w swojej istocie przeżywanie świadome pozbawione zabarwień koniecznych. Co więcej, z intelektualnego punktu widzenia nie da się stwierdzić, czy na pewno świat

⁹ J. Makselon, *Lęk przed śmiercią*, Kraków 1998, s. 8.

¹⁰ W. Seńko, *Jak rozumieć filozofię średniowieczną*, Kęty 2001, s. 12.

osiągnięciu samozagładę i nie będzie go już nigdy więcej, jest to tylko wyimaginowany postulat wyobraźni intelektualnej, która wzmacnia cierpienie i nie daje nadziei na rozwój nauki, odrzucając sensowność jej wyników i jej samej.

Zdaje się, że próba obalenia takiej argumentacji jest czymś trudnym i bezcelowym, jedynie jakiś wstrząs może spowodować, że człowiek cierpiący z powodu świadomości kruchości swojej egzystencji, a w dalszym horyzoncie bezsensu egzystencji świata jest w stanie odejść od takiej postawy. Niejednokrotnie takim wstrząsem jest spotkanie drugiego, które wskazuje na względną potrzebę bycia w relacji, a w ostateczności może wydać się terapeutyczne dla człowieka. W ogóle – co jednak nie jest przedmiotem badania w tym momencie – spotkanie drugiego, którym zajmuje się filozofia dialogu, jest formą terapii wyzwalałą z wielu lęków, a na pewno łagodzący cierpienia, o których mówimy.

Efekty cierpienia

Bardzo mocne stwierdzenie dotyczące roli cierpienia w życiu człowieka przedstawia Max Scheler. Jest on przekonany, że cierpienie – które uznaje za konieczny element egzystencji i świata żywego – jest dla człowieka istotne, co więcej ma on charakter twórczy. Jego przekonanie, że cierpienie to taki stan, kiedy jakaś część ponosi ofiarę na rzecz rozwoju całości¹¹. Istotne jest tu właśnie pojęcie ofiary¹². Rozumując zgodnie z tokiem myślenia Schelera musielibyśmy uznać, że to ofiara/cierpienie jest tym, co pozwala życiu powstawać i rozwijać się. Pojęcie ofiary jednak nie jest kategorią, która może w jasny sposób wytłumaczyć cierpienie. Ofiara zakłada bowiem chęć, akt woli, kiedy ofiarujący składa się na ofiarę. Bardzo trafne jest stwierdzenie Ireneusza Ziemińskiego, który mówi, że „ofiara nie może wyrastać z poczucia honoru, pychy czy nierozumnego zuchwalstwa; jej podstawą musi być szacunek do wartości każdego ludzkiego istnienia”¹³. Bezsensowne ofiary, rozumiane jako przypadkowe cierpienie, nie wnoszą nic do życia, co więcej to życie raczej wtłaczają, przyhamowują.

¹¹ Por. M. Scheler, *Cierpienie, śmierć, dalsze życie*, tłum. A. Węgrzecki, Warszawa 1994, s. 16–20.

¹² Por. K. Duda, *Rozumienie cierpienia w myśli Maxa Schelera*, [w:] *Odczarowanie. Człowiek w społeczeństwie*, red. A. Gielarowski, T. Homa, M. Urban, Kraków 2008, s. 181–203.

¹³ I. Ziemiński, *Metafizyka śmierci*, Kraków 2010, s. 243.

Drugi aspekt cierpienia, który dla Schelera jest bardzo istotny, to ten, w którym uważa on cierpienie za element powstania świadomości w życiu. Píše „świadomość rodzi się dopiero w prymitywnej *re-flexio* wrażenia, i to zawsze przy sposobności pojawiających się *oporów* (podłożem wszelkiej świadomości jest cierpienie, a wszelkich wyższych stopni świadomości – rosnące cierpienie) wobec pierwotnego, spontanicznego ruchu”¹⁴. To, czy cierpienie ma charakter twórcy świadomości, zdaje się równie słabe, jak przekonanie o ofierze. Owszem, na poziomie badań fenomenologicznych można wskazać, że cierpienie ma aspekt powodujący zmianę świadomości, poszerzenie świadomości i określenie jej na poziomie naszego bycia, co zdaje się zauważać choćby Mikołaj Bierdiajew¹⁵, będący pod wpływem myśli Schelera.

To zaś jednak, czy cierpienie ma charakter generujący świadomość, to nie może być w pełni wnioskiem brany pod uwagę. Sama próba określenia powstania świadomości na poziomie filozoficznym zdaje się stanowić raczej przedmiot badań odrębnej, kształtującej się od niedawna, dyscypliny naukowej zwanej kognitywistyką¹⁶.

Następnym aspektem życia człowieka związanym z cierpieniem jest samotność. Jest to fenomen dwustronny, bowiem ma charakter generujący cierpienie, jak i jest skutkiem cierpienia. Samotność, rozumiana tu właściwie jako osamotnienie, gdyż samotność jest stanem z wyboru, ma to do siebie, że człowiek osamotniony ma wokół siebie ludzi. Ludzie ci jednak nie interesują się nim, omijają go, on zaś pomimo pragnienia spotkania nie może nawiązać z nimi kontaktu, który dałby mu właściwą wartość mającą postawić go w obliczu samego siebie i innych osób. Samotność cierpiącego może stać się dla niego inspiracją do tworzenia, ale też może doprowadzić go do śmierci, jak i poprzednie formy, które przedstawiono.

Cierpienie i śmierć. Te dwa fenomeny są ze sobą istotowo związane i mają to do siebie, że obydwa implikują się nawzajem. Cierpienie mo-

¹⁴ M. Scheler, *Pisma z antropologii filozoficznej i teorii wiedzy*, przeł. S. Czerniak, A. Węgrzecki, Warszawa 1987, s. 53.

¹⁵ Mikołaj Bierdiajew pisze o tym następująco: „Ból w świecie ludzkim jest rodzeniem osoby jej walki o własny kształt. Już indywidualność w świecie zwierząt jest bólem. Wolność rodzi cierpienie”, M. Bierdiajew, *Niewola i wolność człowieka. Zarys filozofii personalistycznej*, przeł. H. Paprocki, Kęty 2003, s. 23. Por. także: K. Duda, *Problem cierpienia w ujęciu Mikołaja Bierdiajewa*, [w:] „Episteme” 9/2009, s. 21–32.

¹⁶ Por. J. Bremer, *Osoba – fikcja czy rzeczywistość? Tożsamość i jedność Ja w świetle badań neurologicznych*, Kraków 2008. Autor teorii jaźni-świadomości prezentuje w rozdziałach od trzeciego do siódmego, omawiając wnikliwie różne koncepcje świadomości w ujęciu historycznym i współczesnym.

że implikować śmierć cierpiącego lub innych, którzy są narażeni na jego brak możliwości wyzwolenia się z obłądnego kręgu zniewolenia cierpieniem. Śmierć zaś może implikować cierpienia, kiedy cierpimy po śmierci innych.

Podsumowanie

Na koniec pozwolę sobie nieco przewrotnie podejść do sprawy cierpienia. Być może nawet obalając te tak minimalne dystynkcje, które zostały poczynione w tym szkicu. Niech za to podsumowanie posłużą słowa krakowskiego filozofa Władysława Stróżewskiego, który pyta: „Jaki jest – jeśli w ogóle jest – sens cierpienia? Dlaczego cierpi nieuleczalnie chory człowiek? Ale także: dlaczego cierpi zwierzę, zabijane dla cudzego pożywienia, a czasem zabijane całkowicie bezmyślnie, z okrucieństwem, bez żadnej potrzeby? I może właśnie cierpienie zwierzęcia, tak niewytłumaczalne, jest tropem, który naprowadza na koncepcję zła i pozwala wytłumaczyć je poprzez pewnego rodzaju koncepcję ofiary”¹⁷. Właśnie ten tryb warunkowy: „jeśli w ogóle jest sens ofiary”. Jeśli jest ten sens, to nasze życie też ma sens, jeśli zaś nie ma sensu, to – cóż, chyba powinniśmy żyć – tak jakby miało sens.

¹⁷ W. Stróżewski, *op. cit.*, s. 78.

Dariusz Grzonka

Waloryzacja cierpienia w kulturze: kultury pozaeuropejskie i kultura współczesna – spojrzenie antropologa

Przedmiotem niniejszego studium będzie kwestia waloryzacji cierpienia w kulturze, interpretowanego poprzez teoretyczne koncepcje antropologii medycyny oraz ukazanie różnych strategii radzenia sobie z chorobą, bólem i cierpieniem¹.

We współczesnym dyskursie nauk społecznych termin „kultura” coraz częściej zastępuje samo pojęcie „społeczeństwa”, a kontakty międzykulturowe i wzajemne postrzeganie inności urastają do czołowych tematów². Odmienne strategie przezwyciężania trudności życia codziennego generują nieświadomy trend do budowania modeli hierarchicznych, w których to, co odmienne – z naszego punktu widzenia – zajmuje miejsce poślednie względem wartości, modeli i strategii typowych dla kultury badacza-observatora. Przyjęcie opcji antropologicznej ułatwia poruszanie się po meandrach kultur znajdujących się na różnych poziomach rozwoju technologiczno-społecznego i pozwala na odnalezienie bardziej podsta-

¹ Przegląd etnograficznych źródeł poświęconych zagadnieniu choroby w społeczeństwach tradycyjnych przedstawiony został w drugim tomie *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*, t. 1–2, red. C.R. Ember, M. Ember, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York 2004.

² A. Kuper, *Kultura model antropologiczny*, przeł. I. Kolbon, Kraków, s. 5.

wowej matrycy przeżywania cierpienia, przede wszystkim w jego aspekcie cielesnym. Choroba i cielesność będą zatem przedmiotem uwagi w takim samym stopniu jak język służący opisowi tego doświadczenia.

Punktem wyjścia niniejszych rozważań będzie „naiwna” lektura tekstów antropologicznych, przy czym „naiwność” stanowi w tym przypadku wyraz tego, co za Paulem Willisem można nazwać *wyobraźnią antropologiczną* bądź *formą zapomnienia* – by przywołać terminologię Marca Augego.

Na wstępie chciałbym postawić pytanie: czy potrzebujemy mocy wyobraźni, by zrozumieć fenomen cierpienia? Przyzwyczajeni jesteśmy do tego, aby cierpienie umieszczać w obrębie indywidualnego postrzegania i przeżywania bólu. Zwróćmy uwagę na to, że w pojęciu „przeżywanie” zawarta jest potrójna klauzura czasu, odnosząca się zarówno do stylu życia, jak również kresu doświadczanej emocji oraz formy jej późniejszej memoryzacji. W potocznym i kolokwialnym tego słowa znaczeniu „przeżywanie” odnosi się do stanu emocjonalnego zaangażowania. Jest wyrazem skupienia na samym sobie, odtwarzania ciągu skojarzeń, które dla postronnych obserwatorów mogą wydać się sztuczne, wydumane czy wręcz groteskowe. Jednakże wyposażeni jesteśmy w pewien rodzaj „kulturowego wariografu”, który umożliwia nam odróżnianie emocji od ich imitacji oraz „prawdziwe” cierpienie od teatralnego przeżywania bólu. W obrębie praktycznej nauki o chorobie mieści się nie tylko profesjonalna wiedza medyczna, ale również umiejętność detekcji tych elementów, które do podstawowego modelu „przeżywania” cierpienia, charakterystycznego dla danego kręgu kulturowego, zwyczajnie nie pasują.

Kiedy w kulturze zachodniej musimy zmierzyć się z problemem cierpienia, nie będziemy sięgać do repertuaru wiedzy potocznej i spośród wielu znaczeń słowa „przeżywanie” wybierzemy to, które zakłada doświadczenie o jednoznacznie negatywnym charakterze. Nie zakładamy również jego fałszu, czyli tego, że jest jedynie jednostkowym stwierdzeniem, którego nie można w żaden sposób zweryfikować. Nie potrzebujemy siły wyobraźni, by mówić o cierpieniu, gdyż jego elementy zawarte są również w naszym egzystencjalnym doświadczeniu, w naszych codziennych obserwacjach, w relacjach z innymi. Niekoniecznie posiadamy wiedzę o naturze cierpienia, ale znamy jego przejawy, czyli potrafimy wyodrębnić je spośród innych doświadczeń. Ale czy ta sama dyspozycja pozwala nam mówić o cierpieniu osób wyrosłych w innych kulturach i ukształtowanych w odmiennych realiach społeczno-religijnych?

Paul Willis, wskazując na cechy wyobraźni etnograficznej, podkreśla rolę ciekawości, która pozwala nam zmierzyć się z łamigłówkami społecznymi, odkodować skomplikowane wzory codzienności – opisujące mechanizm tworzenia się indywidualnych tożsamości wreszcie, wspomina o „pojęciach uwrażliwiających”, za których pomocą działające podmioty mogą – jak konstatuje autor *Wyobraźni etnograficznej* – wiązać się z estetycznymi formami odczuwania i wiedzy. Należy zatem w jednej macierzy interpretacyjnej umieścić to, co społeczne, z tym co symboliczne, spojrzeć na praktyki kulturowe jako na działania ugruntowane właśnie w sferze symbolicznej³. Ale przyjęcie tejże metody: kontekstowego i symbolicznego interpretowania ludzkiego zachowania poprzez wskazanie na jego kulturowe, religijne, historyczne uwarunkowania budzi u badaczy szereg wątpliwości, przede wszystkim tam, gdzie zamiast o kulturach, wzorach zachowania, lokalnych stylach narracji będziemy mówić o chorobie, doświadczeniu bólu i cierpienia.

Antropologia medycyny, antropologia choroby a problem waloryzacji cierpienia

Antropologia medycyny jest subdyscypliną antropologii zajmująca się szeroko rozumianą problematyką medyczną (choroba, zdrowie, polityka zdrowotna) w kontekście kulturowym⁴. W obrębie antropologii medycyny umieścić można zarówno studia etnograficzne ukierunkowane na badanie kultur tradycyjnych (koncepcje zdrowia i choroby, techniki leczenia, religijne waloryzacje chorób, techniki wróżebne itp.) jak również studia nad współczesnymi społeczeństwami oraz międzykulturowymi

³ P. Willis, *Wyobraźnia etnograficzna*, przeł. E. Klekot, Kraków 2005, s. 14–15, 46–47.

⁴ Antropologia medycyny i antropologia choroby używane są w wielu opracowaniach jako pojęcia synonimiczne. Ogólnie w antropologii medycyny zawiera się również antropologia choroby, która jest jej szczegółową postacią. Zakres tematów poruszanych przez antropologię medycyny jest niezwykle obszerny, stąd trudno wyznaczyć ściśle granice dyscypliny. W niniejszej pracy posługuję się ogólnym terminem antropologia medycyny dla określenia całości spraw związanych z tematyką medyczną. Jeżeli pojawia się termin antropologia choroby używany jest on w odniesieniu do kwestii ściśle powiązanych z interpretacją i diagnostyką zaburzeń somatycznych i społecznej percepcji choroby. Natomiast dla chorób psychicznych stosuję, być może mało precyzyjny, ale zadowalający w literaturze przedmiotu termin: szaleństwo. Angielskie terminy oznaczające chorobę *illness*, *disease*, *sickness*, które w kontekście antropologii medycyny stosowane są w anglojęzycznych opracowaniach, nie posiadają w pełni funkcjonalnych polskich odpowiedników. Na temat implikacji terminologicznych wynikających ze stosowania określonych terminów zob. V. Bhasin, *Medical Anthropology: A Review*, „Ethno-Med.” 1(1): 1–20 (2007), s. 3.

kontekstami problematyki medycznej, w tym również opieki zdrowotnej i polityki socjalnej. W tej mierze historia, polityka, socjologia i filozofia na równi z religią i literaturą określają wciąż poszerzającą się granicę dyscypliny⁵.

W początkowym okresie rozwoju antropologii medycyny dominowały studia, które dążyły do uchwycenia regionalnych kontekstów wiedzy medycznej (indeksacje i diagnostyka chorób, relacja pomiędzy magią i medycyną, symptomy chorobowe i techniki leczenia, status uzdrowicieli) w społecznościach tradycyjnych. Punktem przełomowym był zwrot w stronę badań nad współczesnym społeczeństwem industrialnym, którego nie można już było badać tradycyjnymi metodami etnograficznymi⁶.

Antropologia i socjologia medycyny lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku podkreślała, że niezależnie od tego, która z kultur będzie przedmiotem naszych zainteresowań, to przyczyny i przebieg chorób będą zbliżone do „podręcznikowego” rozumienia ich etiologii. Forster, który prowadził badania etnologiczne w Ghanie przedmiotem swoich dociekań uczynił formy psychoz spotykane u czterech afrykańskich społeczności. W rezultacie, jak konstatuje Forster, nie można stworzyć „afrykańskich” psychoz, gdyż niczym nie różnią się one od europejskich czy amerykańskich: „Psychiatryczne syndromy czy reakcje są w większości podobne u przedstawicieli wszystkich ras na całym świecie. Zaburzenia umysłowe (*mental reactions*) obserwowane u naszych afrykańskich pacjentów, mogą być diagnozowane w oparciu o zachodnie podręcznikowe normy (*textbook standards*). Podstawowe choroby i reakcje na nie, w gruncie rzeczy są takie same”. Ostatecznie Forster podkreśla, że wpływ środowiska, modele wychowania, obowiązujące wzory kultury mogą jedynie wpływać na niektóre manifestacje choroby (psychicznej), ale w gruncie rzeczy nie determinują ich charakteru⁷.

Antropologiczne obserwacje wpisane były w bardziej podstawowe nurty interpretacyjne. Choroba i sposoby leczenia, odczuwanie bólu oraz postawa względem cielesności rozpatrywane były w kontekście religii,

⁵ Zob. *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*, t. 1–2, red. C.R. Ember, Melvin Ember, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York 2004.

⁶ W.W. Dressler, *Medical Anthropology: Toward a Third Moment in Social Science?*, „Medical Anthropology Quarterly, New Series”, t. 15, nr 4, Special Issue: *The Contributions of Medical Anthropology to Anthropology and Beyond* (Dec., 2001), s. 456 i n.

⁷ Cyt. za: M. Lipsedge, *Lessons from Anthropology*, w: *Anthropological Approaches to Psychological Medicine: Crossing Bridges*, red. V. Skultans, J. Cox, London – Philadelphia 2000, s. 273.

systemów inicjacyjnych, ale nie tworzyły zrębów, znacznie później ukonstytuowanych antropologii choroby czy też antropologii medycyny. Allan Young w artykule podsumowującym stan badań nad antropologią choroby (*anthropology of illness*) – jako pełnoprawną i samodzielną orientacją badawczą – podkreślił, że w klasycznych monografiach etnograficznych zjawisko choroby nie było wyodrębnione z *continuum* doświadczeń, ale jedynie uznane za element, za którego pomocą można określić podstawowe typy więzi społeczne. Jak pisze Young, dane empiryczne odnoszące się do zjawiska choroby, bólu i cierpienia traktowano jako metaforyczne wehikuly (*vehicles*) ułatwiające poruszanie się po swoiście rozumianej „konstelacji faktów” (*constellations of facts*) społecznych kluczowych dla zrozumienia życia danej zbiorowości⁸.

Dla wielu antropologów naturalną inspiracją wydawała się socjologia medycyny, której terminologia, tematyka i metodologia były adaptowane na potrzeby badań nad współczesnym społeczeństwem industrialnym, szczególnie w tych aspektach jego rozwoju, które można sprowadzić do relacji „zdrowie–choroba”. Inspirowano się pracami empirycznymi z zakresu socjologii medycyny, która – jak zauważa Young – wyrastała z zupełnie innych, wręcz przeciwnych względem antropologii społecznej, koncepcji badawczych i sposobów ujmowania rzeczywistości społecznej. Podstawową różnicą był status epistemologiczny empirycznie zorientowanej socjologii medycyny, której przedstawiciele uznawali wręcz za pewnik, iż stosując odpowiednio wystandaryzowane metody i techniki badawcze, będzie możliwe odkrycie rządzących danym zjawiskiem praw bez ingerowania w ich naturę. Socjologia miała odkrywać istotę zjawisk poprzez precyzyjne stosowanie metod empirycznych, w przeciwieństwie do antropologii społecznej, która wskazywała na to, że sam proces zdobywania wiedzy o świecie ugruntowany jest w determinantach kulturowych i historycznych. Badacz jest nie tylko interpretatorem zjawisk społecznych, ale również jest ich swoistym „produktem”. Jego wnioski nie są zatem uwolnione od subiektywizmu niezależnie od tego, jak starannie dobierałby metody badań.

Kolejnym elementem przejętym z socjologii będzie fragmentaryzacja samych badań, która prowadziła do postępującej alienacji samego przedmiotu dociekań. Innymi słowy analizuje się jedynie wybrany aspekt medycyny (proces leczenia, epidemiologię, opiekę zdrowotną), ale poza

⁸ A. Young, *The Anthropologies of Illness and Sickness*, „Annual Review of Anthropology” 1982, t. 11, s. 259.

obrębem dociekań stawia się jego społeczną percepcję, zmienność i powiązanie z innymi elementami życia zbiorowego⁹.

Przywołując próbę typologii metod antropologii medycyny możemy za Allanem Youngiem wskazać na trzy podejścia teoretyczne zakorzenione w klasycznych metodach antropologii i etnografii oraz socjologii i socjologii medycyny. Po pierwsze, były to metody pierwotnie opracowane na użytek badań *stricte* antropologicznych (np. badań nad rytuałem), które zostały następnie zaadaptowane wraz z warsztatem pojęciowym przez rodzącą się nową dyscyplinę. Po drugie, były to metodologie wywiedzione z empirycznie zorientowanej socjologii medycyny. Trzecim podejściem było dążenie do uchwycenia zjawiska choroby i procesu leczenia w możliwie szerokim kontekście społecznym eksplorującym również subiektywny i jednostkowy aspekt badanych fenomenów¹⁰.

Poza wymienionymi stanowiskami metodologicznymi opartymi na klasycznych koncepcjach socjologii i antropologii stopniowo od połowy lat siedemdziesiątych XX wieku na popularności zyskuje nurt badań zakorzeniony w koncepcjach nieortodoksyjnych, które kwestie zdrowia i choroby ujmowały jako bardziej podstawowe metafory stosunków społecznych. Inspiracją myślą Michela Foucaulta czy Antonio Gramsciego powodowała radykalny zwrot teoretyczno-metodologiczny w stronę metod i koncepcji wywiedzionych z marksistowskiej teorii alienacji, z rozważań o hegemonii, z strukturalnych i poststrukturalnych koncepcji społeczeństwa czy też zapożyczonych od Foucaulta teorii biopolityki i społecznych technik dyscyplinujących. Wspólnym elementem było stanowisko, w myśl którego kwestia cierpienia nie ma charakteru tylko i wyłącznie jednostkowego odczucia, ale jest konsekwencją działania opresyjnych systemów społecznych zorientowanych na obronę swojego uprzywilejowanego statusu. Cierpienie zyskało wymiar metaforyczny, odnosząc się do relacji zachodzących w samej kulturze¹¹.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ *Ibidem*, s. 261.

¹¹ Zob. Th.J. Csordas, *The Conceptual Status of Hegemony and Critique in Medical Anthropology*, „Medical Anthropology Quarterly”, New Series, t. 2, nr 4, Gramsci, *Marxism and Phenomenology: Essays for the Development of Critical Medical Anthropology* (Dec., 1988), s. 416–421.

Chory świat chorych ludzi

Od czasu klasycznego eseju Zygmunta Freuda o cierpieniu (*Kultura jako źródło cierpienia*) koncepcja kultury jako więzienia odnoszona była nie tylko do kwestii etyki seksualnej, ale również instytucjonalnego procesu kontroli ludzkich namiętności. Innymi słowy, kultura określała model życia uznawany za „normalny” w tym wzór życia „zdrowego” kontrastowanego z wizją patologii czy choroby. Elementy te złożyły się na nieformalny kanon różnie artykułowanych wizji biopolityki, które za twórcą tegoż neologizmu Michele Foucault interpretowano jako formy kontroli ludzkiej populacji sprawowane w celu zwiększeniach ekonomicznego i politycznego potencjału państwa. Ta inspiracja teoretyczna obecna jest przede wszystkim w studiach z zakresu antropologii medycyny podejmujących kwestie medykalizacji życia jako konsekwencji rozwoju tzw. społeczeństwa kontroli. Michael Hardt i Antonio Negri wskazują na kilka elementów wchodzących w skład postulowanego społeczeństwa kontroli, które miało ewolucyjnie wyłonić się z nowożytnego społeczeństwa dyscypliny. Istotnym elementem miała być powszechna interioryzacja norm, które dotąd wprowadzano poprzez działania instytucji (przytułek, szkoła, szpital, policja, więzienie itp.) by teraz stały się one – jak obrazowo piszą autorzy *Imperium* – częścią mózgów i ciał. „Władza, sprawowana za pośrednictwem maszyn – piszą Hardt i Negri – organizujących bezpośrednio umysły (systemy komunikacyjne, sieci informatyczne, itp.) i ciała (systemy opieki społecznej, czynności nadzorowane itp.), prowadzi do stanu autonomicznej alienacji wobec sensu życia i potrzeb twórczych”¹².

Wizja chorego świata pod wieloma względami będzie analogiczna do koncepcji choroby jako zaburzenia uniwersalnego porządku, który w kontekście kultur pozaeuropejskich pojawi się dalszej części pracy. Powiązanie problematyki zdrowotnej z kwestią relacji społecznych najpełniej wyartykułowane zostało w pracach Foucaulta. W *Historii kliniki* porównuje on osobę chorego do portretu: „chory to choroba przyjmująca indywidualne cechy; on jest jej portretem danym wraz z półcieniem i fakturą, modulacjami, niuansami, głębią; praca lekarza, który ją charakteryzuje, polegać będzie na odtworzeniu tej żywej, gęstej warstwy”¹³.

¹² M. Hardt, A. Negri, *Imperium*, przeł. S. Ślusarski, A. Kołbaniuk, Warszawa 2005, s. 38 i n.

¹³ M. Foucault, *Narodziny kliniki*, przeł. P. Pieniążek, Warszawa 1999, s. 34.

W innym miejscu pracy wskazuje, że współczesna medycyna ukazuje człowiekowi jego skończoność, jest formą odwlekania i zaklinania śmierci, by ostatecznie symbolicznie postawić metaforyczny znak równości pomiędzy zdrowiem a stanem zbawienia¹⁴.

Szczególnie zaburzenia psychiczne zyskują w myśli Foucault metaforyczną moc diagnostyczną, czyli szaleństwo staje się sposobem opisu świata, a pytanie o to, czym jest cierpienie, zastępowane będzie pytaniem o to, w jaki sposób rzeczywistość indukuje takie stany emocjonalne. Koncepcje Foucault zmieniły nie tylko sposób postrzegania choroby i stanów jej towarzyszących – w tym poczucia cierpienia – ale oznaczały również zwrot w stronę narracyjnych modeli interpretacyjnych. Komunikujemy innym nasze stany i emocje, a mówienie o chorobie i cierpieniu wskazuje na dialogiczny i językowy charakter relacji. Zatem należy zwrócić uwagę na to, czy posiadamy możliwość ekspresji tego typu stanów. Implikacje narracyjne nie odnoszą się wyłącznie do sposobu mówienia o własnej chorobie. Jak dobitnie stwierdza Foucault, sytuacja dialogiczna rozumiana jako najwyższa forma ewolucji języka zastępowana jest monologiem chorego, gdyż stany, których doświadcza, nie mogą być w pełni zrozumiane przez odbiorcę, którego doświadczenie czy też status (lekarza, osoby zdrowej) wyklucza uczestniczenie w subiektywnym świecie, w którym choroba zamyka człowieka. Tym sposobem, jak pisze Foucault: „Każda choroba, zależnie od jej nasilenia, znosi takie bądź inne zachowanie umożliwiające przez społeczeństwo w trakcie jego ewolucji, zastępując je archaicznymi formami zachowania”¹⁵.

Ucieleśnione cierpienie we współczesnych teoriach antropologicznych

W omawianych koncepcjach kwestia cielesności, w tym również choroby oraz fizycznego bólu i cierpienia wytraca jednostkowy charakter. Jeżeli antropologia medycyny, emancypując się od socjologii medycyny, symbolicznie „pozbyła” się ciała, to poczynając od lat dziewięćdziesiątych XX wieku – właśnie poprzez socjologię ciała, powraca do istoty swoich rozważań. Na powrót mierząc się z problematyką ciała, w tym ciała chorego, cier-

¹⁴ *Ibidem*, s. 250.

¹⁵ M. Foucault, *Choroba umysłowa a psychologia*, przeł. P. Mrówczyński, Warszawa 2000, s. 40.

piącego i pogrążonego w bólu, czyni z niego zwornik coraz bardziej rozbudowanych interpretacji. Chris Schilling proponuje, aby konceptualizację ciała potraktować „jako pewne nieukończone, biologiczne i społeczne zjawisko, ulegające do pewnego stopnia modyfikacjom na skutek wkroczenia przez nie w świat społeczny i uczestniczenia w nim”¹⁶.

W antropologii medycyny zagadnienie cierpienia interpretowane jest poprzez formy manifestacji, za pomocą których osoba chora komunikuje się z otoczeniem. Nancy Scheper-Hughes i Margaret Lock zakwestionowały powszechny w teoriach biomedycznych model kartezjańskiego dualizmu, w którym ciało i duszę widziano jako przeciwne zasady. Autorki posługują się terminem „świadomego ciała” (*mindfull body*) na określenie tych stanów emocjonalnych – związanych głównie z chorobą i cierpieniem, które uzewnętrzniają się w postaci określonych form przeżywania własnej cielesności.

Można mówić o trzech odmiennych sposobach rozumienia ciała: jako ciała indywidualnego, społecznego i politycznego. W tym ostatnim aspekcie jest ono przynależne do sfery biopolityki, natomiast w kontekście społecznym określa symboliczne relacje z innymi ciałami-osobami¹⁷. Wyróżnione trzy koncepcje ciała charakteryzuje wewnętrzne zróżnicowanie i dynamiczne połączenia, które w zależności od danego systemu kulturowego inaczej przedstawiają związki pomiędzy ciałem indywidualnym, społecznym i politycznym. Autorki przytaczają liczne przykłady procesu wchłaniania ciała indywidualnego przez ciało społeczne, ale również wskazują na istnienie takich kultur, w których jednostkowość nie odgrywa znaczącej roli. Za przykład mogą posłużyć Indianie Cuna zamieszkujący Panamę, którzy wyróżniają osiem różnych tożsamości (*se-lves*) powiązanych z określonymi częściami ciała. Z kolei u ludu Boro-ro pojęcie jednostki nie funkcjonuje, przynajmniej w naszym tego słowa rozumieniu, ale składa się z licznych tożsamości uwikłanych w relacje z innymi. Rodzice, wrogowie, przyjaciele konstruują społeczne wyobrażenie danej osoby, to sytuacja społeczna aktywizuje określoną część czy też dany aspekt tożsamości. U meksykańskich Zinakateków panuje prze-

¹⁶ Ch. Schilling, *Socjologia ciała*, przeł. M. Skowrońska, Warszawa 2010, s. 26.

¹⁷ Autorki podkreślają, że trzy sposoby rozumienia ciała: indywidualne, społeczne oraz polityczne reprezentują trzy odmiennie stanowiska epistemologiczne i teoretyczne. Fenomenologia w obrębie swoich dociekań umieszcza zagadnienie ciała jednostkowego, strukturalizm i symbolizm dążą do uchwycenia fenomenu ciała społecznego natomiast poststrukturalizm koncentruje się na ciele polityki, zob. N. Scheper-Hughes, M.M. Lock, *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, „Medical Anthropology Quarterly”, New Series, Vol. 1, No. 1 (Mar., 1987), s. 3.

konanie, że każda dusza składa się z trzynastu części. Choroba prowadzi do utraty jednego bądź więcej fragmentów duszy, która swoją integralność odzyskuje podczas leczenia. Po śmierci dusza opuszcza ciało, aby powrócić do krainy przodków. Tam przetrzymywana jest w czymś w rodzaju „magazynu dusz” (*soul depository*) dla kolejnych ciał. Nowe życie przyobleka się w „starą duszę”, która była już „posiadaczką” wielu ludzkich ciał¹⁸.

Osobowość może być wreszcie formą ekspresji choroby. Przykładów tego typu waloryzacji dostarczają nam badania prowadzone pośród zamieszkującego dżungle Amazonii ludu Kulina¹⁹. Daniel Pollock, odwołując się do procedur etnomedycyny i antropologii, pokazuje w swoim studium o Kulina, że ich koncepcja choroby jest paralelna do etapów tworzenia się jednostkowej tożsamości – zatem tematów istotnych we współczesnym dyskursie nauk społecznych. U ludu Kulina pojęcie osoby (*madiha*) związane jest z kolejnymi aktami dystansowania się od tego, co nie jest częścią uniwersum Kulina, od tego, co nie jest związane z życiem Indian wreszcie od pozostałego świata biologicznego. Na każdym etapie różnicowania się *madiha* ulega modyfikacji. Ogólnie oznacza zdolność do działania i określony sposób myślenia. Kiedy Kulina mówią o tożsamości indywidualnej, przeciwstawiają wizję tego, co dzikie (*wadi*), temu, co uspołecznione (*ettedi*). Wyrazem tego będą pary przeciwieństw: ostępy leśne – wioska, człowiek samotny – społeczność wioski, polowanie – uprawa roślin, mężczyźni – kobiety, rozmowa – cisza.

Podwójna waloryzacja osoby – konstytuowanej z tego, co „dzikie”, i z tego, co „oswojone”, przejawia się również w sferze cielesnej, której określone aspekty traktowane są jako fizyczne manifestacje stanu ducha. Męskie nasienie odpowiadać ma za „dzikość” i, na zasadzie przeciwieństwa, kobiece mleko kojarzone jest z uspołecznieniem. Cyrkulacja obu substancji powiązana jest z cyklami życia, etapami dorastania, budowania więzi społecznych, określa zachowania seksualne oraz kojarzona jest z określonymi chorobami²⁰.

¹⁸ N. Scheper-Hughes, M.M. Lock, *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, *op. cit.*, s. 15–16.

¹⁹ D. Pollock, *Personhood and Illness among the Kulina*, „Medical Anthropology Quarterly”, New Series, t. 10, nr 3 (Sep., 1996), s. 319–341. Krytycznie o teorii Pollocka wyraża się M. Roseman, *por. eadem, Of Selves and Souls, Bodies and Persons, Individuals and Societies: A Commentary on Donald Pollock's „Personhood and Illness among the Kulina”*, „Medical Anthropology Quarterly”, New Series, t. 10, nr 3 (Sep., 1996), s. 342–346.

²⁰ D. Pollock, *Personhood and Illness*, *op. cit.*, s. 323.

U Kulina przez pojęcie choroby rozumie się zarówno „zwykłe” stany niedomagania, jak i poważniejsze zaburzenia będące skutkiem oddziaływania czarów. „*Kindza* – jak pisze Pollock – odnosi się do subiektywnego stanu bycia chorym, ale nie odnosi się do przyczyn tegoż stanu. Ból fizyczny identyfikowany jest poprzez użycie źródłosłowu *kuma* powiązanego z określoną częścią ciała (...) Ale kiedy doświadczenie bólu ma charakter chroniczny, wówczas nie jest konieczne odnoszenie go do tego terminu. W rzeczywistości, to inne znaki [poza bólem – przyp. D.G.] mogą wskazywać na obecność choroby”²¹.

Choroba może posiadać swoje naturalne bądź ponadnaturalne uzasadnienie. By nazbyt głęboko nie zagłębiać się w zakres procedur medycznych praktykowanych u Kumli, należy wskazać, że choroba „zwyczajna” czy też „zewnętrzna” związana jest ze skórą chorego (rany i otarcia, ugryzienia insektów, ukąszenia węży itp.) i powiązana jest z oddziaływaniem tego co „dzikie”. Jak pisze Pollock: „Patrząc z tej perspektywy choroby zewnętrzne [*external illness*] mogą być rozpatrywane jako forma przenikania dzikości lasu w skórę ofiary”²². W tym przypadku choroba jest krótkotrwałym przejawem zachowania aspołecznego. Oznacza dominację zewnętrznego czynnika, który zmienia nie tylko status jednostki w społeczności, ale również jej tożsamość, gdyż podlega ona presji sił zewnętrznych, które modyfikują podstawową strukturę, wypalając na niej piętno dzikości.

Drugim rodzajem chorób, które wyróżniają Kumli, są choroby wewnętrzne (*internal*) atakujące bądź to wyłącznie niemowlęta – wówczas choroba nazywana jest *epetuka*, bądź wyłącznie dzieci i młodzież – choroba określana jest wtedy jako *dori*. Choroby przyporządkowane są do wieku, funkcji i ról społecznych nie tylko osób chorych, ale również najbliższego kręgu ich rodzin i znajomych. *Epetuka* powodowane mają być poprzez czary, natomiast *dori* związane są z naruszeniem przez rodziców określonych tabu żywieniowych²³. Konsekwencją spożywania zakazanych pokarmów jest choroba, którą traktuje się jako ostrzeżenie, jako widzialny znak naruszenia świętości. Choroba posiada wymiar moralny związany z określoną osobą, ale w szerszej perspektywie – tak w każdym razie utrzymuje Pollock – obrazuje wizję choroby jako kary. Jest za-

²¹ *Ibidem*, s. 325.

²² *Ibidem*, s. 326.

²³ *Ibidem*, s. 327.

tem metaforą podstawowych relacji społecznych w ich patologicznym, zaburzonym i dalekim od normy wymiarze, którego konsekwencją jest choroba.

„Cieleśność” cierpienia

Powracając do zasadniczej części rozważań, należy podkreślić, że cierpienie jest doświadczeniem, które manifestuje się na każdym z poziomów cielesności. Analogicznie do społecznych i politycznych kontekstów ciała opiera się na kognitywnych mapach skojarzeń, które przenikają i konstytuują życie zbiorowości. Obejmują one nasze wyobrażenia o ciele, które ukonstytuowane są w historyczno-społecznym rozwoju zbiorowości. Waloryzacja cierpienia, to, w jakiej mierze znajduje ono społeczne uzasadnienie w postaci wzorów i modeli przeżywania cierpienia oraz moralnych i etycznych jego uzasadnień, pozwala na prześledzenie relacji, które łączą jednostkę ze społecznością. Jest doświadczeniem otwierającym nie tylko ciało na społeczność, ale również samą społeczność na problematykę jednostki²⁴.

Zatrzymując się na chwilę przy społecznych manifestacjach cierpienia, należy wskazać na jeszcze dwa aspekty nowego statusu ciała w kulturze współczesnej, mianowicie na idiomy ciała oraz tzw. dys-zjawienia ciała. W obu koncepcjach cielesność zajmuje rolę centralną. W przypadku idiomatycznej koncepcji cielesności ciało jest zwornikiem systemu narracji społecznych, w przypadku dys-zjawienia akcentuje się alienacyjną funkcję ciała.

Pojęcie idiomu ciała wyrasta z aparatury pojęciowej Erwina Goffmana traktującego ciało jako swoisty wehikuł umysłu. Idiomy ciała to ucieleśnione sygnały ekspresywne, które mogą weryfikować komunikaty przekazywane przez jednostkę²⁵. Jak przekonuje autor *Człowieka w teatrze życia codziennego*: „Chociaż człowiek może przestać mówić, nie może przerwać komunikacji za pomocą idiomów ciała; musi przekazać albo właściwy, albo niewłaściwy komunikat. Nie może nie powiedzieć nic. Paradoksalnie, żeby udzielić jak najmniej informacji na swój temat – pozo-

²⁴ H. A. Baer, M. Singer, I. Susser, *Medical Anthropology and the World System*, wyd. 2, Westport – Connecticut – London 2004, s. 7.

²⁵ E. Goffman, *Zachowanie w miejscach publicznych*, przeł. O. Siara, Warszawa 2008, s. 40.

stając wciąż na widoku – trzeba dopasować się do otoczenia i zachowywać tak, jak oczekują inni od osoby danego rodzaju²⁶.

Choroba i cierpienie również wytwarzają zrozumiałe dla otoczenia idiomy, za pomocą których następuje manifestacja bądź przeciwnie: zatajanie własnego stanu. Należy zatem uznać, że idiomatyka ciała jest formą skonwencjonalizowanego dyskursu. W innej z prac Goffmana odnajdujemy użyteczną koncepcję roli: „Odgrywanie roli przez jednostkę polega w dużej mierze na szeregu spotkań twarzą w twarz z partnerami roli (*role others*), a więc istotnymi adresatami działań (*audiences*). Te różne rodzaje partnerów roli po ujęciu ich jako pewnej całości zyskały ostatnio miano zestawu ról (*role-set*) (...) Na przykład dla lekarza zestaw ról obejmuje innych lekarzy, pielęgniarki, pacjentów i personel administracyjny szpitala. Normy wiążące jednostkę z wykonawcami jednej z ról należących do zestawu będą wobec siebie pozostawać w szczególnej, niekonfliktowej relacji – w większym stopniu niż normy wiążące ją z różnymi partnerami rodzajów ról²⁷.

Bycie chorym jest również przyjęciem roli chorego z wszystkimi tego konsekwencjami. Rolę możemy komunikować werbalnie, np. poprzez mówienie o bólu, cierpieniu, przebytych chorobach, ale przede wszystkim, przedstawiamy ją uciekając się do określonych idiomów choroby. Nasze ciała ilustrują chorobę – świadomie bądź nieświadomie zastygając w pozach, powtarzając sekwencje gestów i ruchów, które w naszej kulturze kojarzone są ze stanem choroby. Podobny idiomatyczny sposób przeżywania cierpienia odnajdziemy w społecznościach tradycyjnych, z tą tylko różnicą, że sankcja kulturowa odpowiadająca za ich społeczną percepcję zogniskowana będzie wokół odmiennych metafor, symboli i uzasadnień.

Możemy wskazać za Talcotem Parsonsem, że leżące u podstaw systemu społecznego wzory kulturowe organizują normatywne wyobrażenia na temat wiedzy oraz praktyki medycznej. Chris Schilling charakteryzuje to zjawisko w następujący sposób: „Parsons przyjmował, że wartości kulturowe odnoszące się do maksymalizacji funkcjonalnych możliwości zostały osadzone – i dzięki temu przetrwały – w obrębie specyficznych ról społecznych. Twierdził również, że rola chorego nie stanowi ogólnego opisu procesu instytucjonalizacji choroby w ramach określonego zbioru praw i obowiązków, lecz jawi się jako składowa analizy wpływu wartości religijnych na ukonstytuowanie się takiej kultury, która chorobę ostatecz-

²⁶ *Ibidem*, s. 41.

²⁷ E. Goffman, *Spotkania. Dwa studia z socjologii interakcji*, przeł. P. Tomanek, Kraków 2010, s. 68.

nie skojarzyła z niezdolnością do instrumentalnego działania. Te bowiem właśnie wartości legły u podłoża procesu instytucjonalizacji naszych postaw wobec choroby w obrębie roli chorego, roli nastawionej na adaptację i integrację w ramach systemu społecznego²⁸.

Rola chorego związana jest z trzema strukturalnymi własnościami. Po pierwsze, choroba nie jest postrzegana jako stan zawiniony przez chorego. Po drugie, chora jednostka jest czasowo wyłączona z konwencjonalnego rytmu życia codziennego i zawodowego. Po trzecie, z rolą chorego wiąże się konieczność „poszukiwania specjalistycznej pomocy”²⁹. Rola chorego w ujęciu Parsonsa nie zawiera w sobie owej dynamiki gestów, póż i rytuałów – z wielką pasją obnażanych przez Goffmana – z tego prostego powodu, że ciało chorego uznawane było za przedmiot określonych zabiegów i procedur podejmowanych zarówno przez pacjenta (praca nad sobą, zdrowy tryb życia itp.), jak i samego lekarza (określone zabiegi medyczne). Przyjrzyjmy się zatem tym koncepcjom ciała, które widzą w nim obiekt nie tylko zabiegów medycznych i prozdrowotnych aktywności, ale przede wszystkim postrzegają ciało jako integralnie powiązane ze „światem emocji” właściciela.

Koncepcję dys-zjawienia³⁰ ciała odnosi się do tych sytuacji, w których ciało staje się ośrodkiem różnych interakcji społecznych, które przybierają formę patologiczną i prowadzą do alienacji. Podstawową dystynkcją tak rozumianego wyobcowania będzie symboliczne „zamknięcie” się w granicach własnego ciała. Jak przekonuje Drew Leder, w naszym doświadczeniu istnieją silne emocje związane z odczuwaniem bólu, które skutecznie zamykają nas w obrębie własnego ciała. „Intensywny ból czyni nas dotkliwie świadomymi naszego ciała w momencie, w którym szukamy jego lokalizacji i przyczyny. Ciało – jak charakteryzuje to stanowiśko Chris Schilling – przestaje być tłem dla pierwszoplanowego działania i możemy zatracić się w świetle bólu, którego parametry składają się ze ściśle ograniczonego obrazu ciała, rozdzieranego przenikliwym, przeszywającym, dojmującym cierpieniem”³¹.

Ten szczególny stan ciała zdominowanego przez określone bodźce powoduje, że ciało bądź jakaś jego część zaczyna dominować, zakłó-

²⁸ Ch. Schilling, *Kultura, „rola chorego” i konsumpcja zdrowia*, [w:] *Socjologia codzienności*, red. P. Sztompka, M. Bogunia-Borowska, Kraków 2008, s. 737.

²⁹ *Ibidem*, s. 737–738.

³⁰ Grecki przedrostek „dys-” oznacza: „brak”, „zło”, „trudność”, w zaadaptowanej formie obecny jest w takich wyrazach jak np. dysfunkcjonalny, dyslektyczny.

³¹ Ch. Schilling, *Socjologia ciała*, *op. cit.*, s. 222–223.

cając bądź uniemożliwiając racjonalny ogląd własnej osoby. Nie zawsze zmiany te mają ściśle patologiczny charakter. Drew Leder podaje za przykład czynność mrużenia oczu, kiedy staramy się na powrót skupić uwagę na obiekcie, w którego prawdziwość nie do końca wierzymy bądź który umknął naszej uwadze. Podobnie doświadczenie pierwszej menstruacji u dziewczynek bądź mutacji u chłopców jest przykładem doświadczenia cielesnego, które zmienia obraz własnej osoby. W rozważaniach o dys-zjawieniu ciała największą uwagę poświęca się zagadnieniom odczuwania bólu i zmianom chorobowym, które nie tylko, że prowadzą do izolacji społecznej – w formie stygmatu, ale przede wszystkim oznaczają zawłaszczenie indywidualnej egzystencji przez ciało³².

Koncepcja dys-zjawienia – w tej postaci, w jakiej pojawia się ona w opracowaniach antropologicznych i socjologicznych – jest paralelna względem teorii filozoficznych wyrastających z ducha filozofii egzystencjalnej. Nie wdając się w bardziej szczegółowe rozważania, możemy wskazać, że idea zawłaszczenia przez ciało pogrążone w stanie chronicznego bólu będzie osią rozważań Jeana-Luca Nanciego. Chciałbym zwrócić uwagę, że dys-zjawienie zestawione zostanie przez francuskiego filozofa z ideą uczuć zawłaszczających, skrajnych emocji rozpiętych pomiędzy odczuwaniem bólu i rozkoszy. Nancy podkreśla, że „oddzielne mówienie o ciele i myśli nie ma sensu, wtedy bowiem musielibyśmy założyć, że każde z nich może posiadać jakieś istnienie wyłącznie dla siebie. Wbrew temu ciało i myśl są tylko dotykaniem się wzajem – aktem wtargnięcia, którego dokonuje jedno w drugie. Ów akt, a raczej dotknięcie, jest granicą, przestrzennieniem egzystencji”³³.

Semantyczna sieć choroby

Z podobnym rozumieniem problematyki cielesności zetkniemy się przy okazji omawiania społecznych kontekstów choroby w kulturach tradycyjnych. Kognitywna siatka poznawcza choroby wykazuje wiele podobieństw do semantycznych sieci choroby.

Koncepcja semantycznej sieci choroby (*semantic illness network*) po raz pierwszy pojawiła się w pracy Byrona Gooda, który przez poję-

³² *Ibidem*.

³³ J.-L. Nancy, *Corpus*, przeł. M. Kwietniewska, Gdańsk 2004, s. 34.

cie sieci (*network*) choroby rozumiał połączenie słów, wyobrażeń, sytuacji, symptomów i uczuć pozostających w związku z chorobą, które to wzajemne powiązania uznawane są przez osobę cierpiącą za znaczące³⁴. Good prowadził badania nad postrzeganiem chorób umysłowych pośród tureckojęzycznej ludności Iranu. Metodę swą określił jako „społeczne wolne skojarzenia”, kolekcjonując wszelkie dane, które pozwoliłyby mu zrozumieć społeczny kontekst choroby. Good wyodrębnił tzw. symbole naczelne (*core symbols*), które ogniskowały w sobie szereg na pozór odległych asocjacji związanych z doświadczeniem choroby. Porządek emocjonalny współgrał z poziomem somatycznym i podjętymi sposobami leczenia. W semantycznej sieci choroby „pochwycone” zostały zachowania, które dla zachodnich odbiorców w żaden sposób nie kojarzyły się z chorobą. Naczelnym symbolem było wyobrażenie „serca narodu”, natomiast w aspekcie chorobowym – wszelkie zaburzenia pracy serca. W sieci semantycznej tłumaczącej chorobę pojawiły się: poród, poronienia, ciąża, menstruacja, stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych, utrata witalności, podeszły wiek, smutek, żaloba, utrata pracy i strach przed ubóstwem, by wymienić tylko część spośród podanych skojarzeń³⁵.

Choroba i sposób jej przeżywania przestaje być czysto somatyczną reakcją organizmu, ale staje się – sposobem opisywania świata w jego różnorodności, która wymyka się dualistycznym podziałom: na zdrowie i chorobę, na cierpienie i brak cierpienia. Semantyczne sieci choroby opisują nie tylko społeczne funkcjonowanie „idei” choroby, ale przede wszystkim odnoszą się do samej jednostki, obrazując jej zakotwiczenie w mentalnych i symbolicznych strukturach społeczności. Proces leczenia służy nie tyle uwolnieniu danej jednostki od choroby, ale jest procesem interpretacji jej zachowania, doświadczenia, historii życia w nieustannie zmieniającym się *continuum*, za którego dynamikę odpowiada choroba. Gordon Good uznaje medyczny model choroby (*medical model of disease*) za nazbyt redukcyjny w stosunku do proponowanej przez niego metody analizowania choroby jako zjawiska społecznego zanurzonego i wytworzonego w określonych strukturach mentalnych, semantycznych oraz faktorach psychologiczno-kulturowych, których uwzględnienie jest równie istotne jak przestrzeganie zasad sztuki medycznej.

³⁴ A. Young, *The Anthropologies of Illness...*, op. cit., s. 263.

³⁵ *Ibidem*.

Good podkreśla, że proponowana przez niego forma interpretacji choroby stanowi połączenie analizy językoznawczej uwzględniającej czynniki kulturowe z typową diagnozą medyczną. Sieci semantyczne choroby to również formy ekspresji wiedzy medycznej na wielu płaszczyznach interakcji społecznych, które w przypadku kultur pozaeuropejskich opierać się mogą na zupełnie innych od zachodniego stylach myślenia. Postulowaną „odmienność” należy uwzględnić w medycznych procedurach, ale oznacza to konieczność badania poznawczych siatek, które w obrębie kultury łączą jednostkę ze społecznością. Cierpienie i formy jego ekspresji wykraczają poza diagnozę medyczną, są formą przedstawienia, wyrażania siebie i reagowania na różnego rodzaju zagrożenia³⁶.

Semantyczne sieci choroby pojawiają się również w rozważaniach innego z klasyków antropologii medycznej, Arthura Kleinmana³⁷, który ujmuje je jako sieci poznawcze, nieograniczające się tylko do właściwego procesu leczenia czy diagnozowania choroby, ale obejmujące zarówno osoby leczone, jak i zaangażowane we właściwy proces leczenia. W przeciwieństwie do studiów Gooda, somatyczne sieci choroby analizowane są w kontekście współczesnej kultury medycznej społeczeństw zachodnich. Istotne w koncepcji Kleimana jest zwrócenie uwagi na sposób przekazywania wiedzy medycznej w społeczeństwie i jej funkcjonowanie poza profesjonalnym środowiskiem lekarskim. Modele objaśniające (*explanatory models*) Kleimana stanowią odpowiednik semantycznych sieci choroby u Gooda.

Wyróżnia on trzy poziomy, a raczej sektory wiedzy: profesjonalny związany ze środowiskiem lekarskim; ludowy związany z tradycyjnymi sposobami leczenia oraz sektor popularny, w którym zakorzenione są alternatywne sposoby leczenia i diagnozowania chorób podejmowane przez chorego oraz jego krewnych i znajomych. W każdym z wyróżnionych sektorów wiedza medyczna organizowana jest w sposób odmienny, każdy z nich inaczej waloryzuje samą chorobę i towarzyszące jej stany emocjonalne. To nie symbole strukturyzują naszą wiedzę o chorobie, ale wiedza medyczna, a raczej to, co za wiedzę medyczną uchodzi na każdym z poziomów. Wiedza określa również sposób jej przekazu, czyli określoną technikę narracji, w obrębie której funkcjonują również konstruuje ją metafory choroby³⁸.

³⁶ G.J. Good, *The Heart of What's the Matter: The Semantics of Illness in Iran*, [w:] *The Art of Medical Anthropology: Readings*, red. S. van der Geest, A. Rienks, Amsterdam 1988, s. 55–58.

³⁷ A. Kleinman, *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*, New York 1988.

³⁸ V. Bhasin, *Medical Anthropology...*, op. cit., s. 24.

Transmisja wiedzy medycznej również przybierać może formę symboliczną, szczególnie w sytuacjach gdy ludowa, tradycyjna czy też alternatywna medycyna posługuje się językiem zrozumiałym dla odbiorców, oferując im sposoby „leczenia” powiązane z bardziej ogólną interpretacją choroby. Przykładem ludowej stygmatyzacji, która etiologię choroby wiąże z działaniem moralnym jednostki, będzie uznanie AIDS za formę boskiej kary, która słusznie spotyka grzeszników za ich niemoralne prowadzenie. Podobnie przypisanie określonych chorób osobom z marginesu (narkomanom, alkoholikom, prostytutkom itp.) funkcjonuje na tym samym poziomie co opisywane wcześniej etiologie chorób w społecznościach tradycyjnych. Poziomy wiedzy medycznej mogą wzajemnie się uzupełniać niczym w znanym powiedzeniu: aby dla świętego spokoju zapalić Panu Bogu świeczkę, a diabłu ogarek. Tym ogarkiem zapewniającym poczucie bezpieczeństwa będzie medycyna ludowa.

Semantyczne sieci choroby nie są zbudowane na artykułowanej negacji względem oficjalnej medycyny. To raczej próba włączenia naukowego oglądu w bardziej tradycyjne uniwersum znaczeń, którego istotą są symbole i metafory posiadające zdolność przerzucania mostów ponad scjentyistycznym podziałem na ciało i umysł, na sferę medycznej pewności i egzystencjalnej niepewności. Licznych przykładów przenikania się oficjalnych (medycznych) i tradycyjnych prób wyjaśnienia choroby dostarczają studia Lindy Hunt dotyczące społecznej percepcji choroby nowotworowej, na przykładzie lekarzy i ich pacjentów z Południowego Meksyku³⁹.

Opierając się na koncepcjach teoretycznych Gordona Gooda i Arthura Kleinmana, autorka potwierdza ich ustalenia dotyczące mechanizmów funkcjonowania semantycznych sieci choroby. „Nic nie dzieje się bez powodu” – oto sentencja, która stanowi fundament ludowych sposobów wnioskowania. Jednak taki styl myślenia nie jest zastrzeżony wyłącznie dla „laików”. Nie jest cechą „umysłów niewykształconych”, przeciwnie, jak konstatuje Linda Hunt, również sami lekarze nie są wolni od pokusy tworzenia takich modeli wyjaśniających, które zbudowane są na bazie przekonań religijnych, sądów moralnych czy też redukcyjnych prób wyjaśnienia choroby prostym zdaniem: „iż ktoś na nią zwyczajnie zasłużył”. Ból i cierpienie in-

³⁹ L.M. Hunt, *Moral Reasoning and the Meaning of Cancer: Causal Explanations of Oncologists and Patients in Southern Mexico*, „Medical Anthropology Quarterly”, New Series, t. 12, nr 3, Special Collection: *Rationality in the Real World: Varieties of Reasoning in Illness and Healing* (Sep., 1998), s. 298–318.

terpretowane są jako narzędzia kary i odkupienia, a dopiero w drugim rzędzie jako część procesu chorobowego. O ile lekarze, opierając się na wiedzy medycznej, starają się określić „zachowania ryzykowne”, które mogły przyczynić się do wystąpienia choroby nowotworowej – i na ich podstawie starają się zbudować bardziej ogólne kategoryzacje; o tyle sami pacjenci – tworzą swoje „prywatne” kategoryzacje przyczyn choroby. Mechanizm wyjaśniania choroby jest jednocześnie formą wglądu we własne życie. Wizja choroby jako kary odnoszona jest w przypadku osób cierpiących na chorobę nowotworową do własnego życia⁴⁰.

Marc Auge i formy zapominania. Cierpienie jako epistemologia

Czy cierpienie jest pojęciem uwrażliwiającym, otwierającym metaforyczną furtkę do świata zakreślonego cienką linią bólu czy też jedynie projekcją wyobraźni poddanej surowemu osądowi społecznych konwensów i rygorów zbudowanych wokół społecznego obowiązku udzielania pomocy potrzebującym i okazywania współczucia względem osób chorych? Tym, co umożliwia nam zmierzenie się z problemem fizycznego i psychicznego odczuwania bólu – i pośrednio partycypowania w bólu innych – jest nasza cielesność. Za Charlesem Shepherdsonem możemy uznać ciało za punkt przecięcia pomiędzy naturą i kulturą, pomiędzy biologią a historią i w kontekście naszych rozważań: pomiędzy bólem fizycznym a jego psychicznym ekwiwalentem w postaci cierpienia. Jeżeli nauki przyrodnicze skupiać się będą na biologicznych podstawach funkcjonowania ciała, to historia i antropologia wskażą na kulturowy kontekst ciała⁴¹.

O czym należy zapomnieć, aby móc w pełni zrozumieć kulturowe konstrukty choroby i cierpienia? Według francuskiego antropologa Marca Augego: „Zapominanie jest konieczne zarówno dla społeczeństwa, jak i dla jednostki. Trzeba umieć zapomnieć, aby poczuć smak chwili, obecności i pragnienia; sama pamięć też potrzebuje zapomnienia: trzeba stracić najbliższą przeszłość, by odnaleźć przeszłość najdawniejszą”⁴².

⁴⁰ *Ibidem*, s. 300–301.

⁴¹ Cyt. za: E. Hyży, *Kobieta, ciało, tożsamość*, Kraków 2003, s. 16.

⁴² M. Auge, *Formy zapomnienia*, przeł. A. Turczyn, Kraków 2009, s. 13.

Należy zatem zarzucić etnocentryzm i przede wszystkim przekonanie o prymacie naszych kategorii mentalnych i językowych, dopiero wtedy nasza własna kultura przestanie być dla nas ograniczeniem. Analizując praktyki obrzędowe plemion afrykańskich Auge wyodrębnia trzy odmienne formy zapomnienia – to rozróżnienie będzie pomocne przy dalszych rozważaniach o waloryzacji cierpienia w kulturach pozaeuropejskich. Po pierwsze, możemy wyróżnić figurę powrotu, której celem będzie: „odzyskanie straconej przeszłości przez zapomnienie teraźniejszości”, a charakterystycznym dla niej sposobem manifestacji będzie opętanie. Drugą figurę stanowi zawieszenie, czyli utwierdzenie się w teraźniejszości polegające na czasowym zakwestionowaniu przyszłości. Wreszcie trzecią figurą zapominania będzie rozpoczęcie, które możemy interpretować jako powtórne narodziny realizowane poprzez inicjację⁴³.

Porównajmy zatem formy zapominania z manifestacjami cierpienia, ekwiwalentem pierwszej figury będzie zasklepienie się w bólu, traumatyczne powtarzanie rzeczy, które cierpienie zainicjowały. Odpowiednikiem zawieszenia będzie ignorowanie samego bólu, uznawanie, iż nie jest on istotny i analogicznie ekwiwalentem stanu narodzin będzie przekonanie o znaczeniu cierpienia jako formie kształtowania charakteru i otwierania się na inną rzeczywistość. Formy zapomnienia – tak jak postrzega je Auge – są swoistymi operacjami o charakterze narracyjnym. Ale cóż mamy czynić w sytuacji, kiedy opisują one sytuacje, stany i zachowania, które nie mają ekwiwalentu w naszym doświadczeniu i które brzmią dla nas niezrozumiale?

Tą kwestią zajmuje się między innymi Michael Herzfeld, podkreślając, że waloryzacja cierpienia przybiera w zależności od kontekstu kulturowego różnorodne formy. Innymi słowy, kultury definiują nie tyle samo cierpienie, ile starają się znaleźć jego źródło. Dla społeczności plemiennych, których życie społeczne determinowane jest przez mit i rytuał będzie to kwestia religii stanowiącej odpowiednik naszej historii – obojętnie, czy mówimy tutaj o przeszłości danego społeczeństwa czy indywidualnej historii jednostki. Charakteryzując stanowisko Eliadego dotyczące roli mitów w społecznościach tradycyjnych, w których mit ujmowany jest jako wzorzec zachowania, pisze Herzfeld, że „w społecznościach pierwotnych występuje lęk przed historią; skłaniający ludzi do radzenia sobie z cierpieniem poprzez tworzenie odpowiednich wyjaśnień, umiejscawiających przyczynę owego cierpienia w sferze *sacrum*, co jak wnosi autor *Zażyłości kulturowej* podsumować

⁴³ *Ibidem*, s. 60.

można zdaniem, „że ludzie ci czynią cierpienie możliwym do zniesienia, twierdząc, że nie jest ono arbitralne. Widziane w tej perspektywie nieszczęście ma sens dostępny dla nas poprzez archetypy”⁴⁴.

Ndembu i barwy choroby

Przyjrzyjmy się zatem relacji zachodzącej pomiędzy chorobą a procesem leczenia na przykładzie afrykańskiego ludu Ndembu. Poszczególne jednostki chorobowe interpretowane są jako skutek szkodliwego działania czarów oraz negatywnego wpływu przodków, tym sposobem manifestującym swoje niezadowolenie. Każda z chorób funkcjonuje nie tylko jako indywidualna przypadłość, ale przede wszystkim postrzegana jest jako zakłócenie kosmicznej harmonii. Choroba (*musong'u*) uznawana jest za rodzaj niepowodzenia (*malva*, *kuyindama* lub *kubula kutooka* – to ostatnie oznacza: „brak białości, szczęścia bądź czystości”). W kategorii „niepowodzeń” mieszczą się również brak sukcesu na polowaniu, zaburzenia płodności, wypadki, utrata własności. Dla Ndembu – jak dowodzą tego badania Victor Turnera – u podłoża każdej choroby tkwią działania magiczne. Choroba dotyka nie tylko ludzkich ciał bądź umysłów, ale zdaje się posiadać byt niezależny, a jej genezy należy doszukiwać się w sferze mistycznej. Choroby mogą być przywoływane przez czarowników, być konsekwencją działania cieni – przodków, ale też wynikiem złamania bądź zignorowania procedur rytualnych towarzyszących obrzędom. Choroba, ale też związany z nią ból, wskazuje na zewnętrzną przyczynę. Na przykład trąd (*mbumba*) interpretowany jest jako konsekwencja złamania jednego z obrzędów towarzyszących rytuałowi obrzezania chłopców. Gruźlicę i dyzenterię sprowadzają – jak uważają Ndembu – Europejczycy⁴⁵.

W świecie Ndembu nie funkcjonuje zachodnie rozróżnienie na porządek naturalny i nadnaturalny, wszystko jest częścią porządku kosmicznego ten zaś poddany jest panowaniu myślenia symbolicznego. Skoro wszystkie rzeczy klasyfikowane są zgodnie z trójdzielnym układem barw (białe, czerwone, czarne), to podobne gradacje odnajdziemy zarówno w podejściu do chorób, jak i samych procedur leczniczych. Zdrowie to stan biały i czysty, a jego przeciwieństwo to kolor czarny, którego przejawem będzie między

⁴⁴ M. Herzfeld, *Antropologia. Praktykowanie teorii w kulturze i społeczeństwie*, przeł. M.M. Piechaczek, Kraków 2004, s. 287 i n.

⁴⁵ V. Turner, *Las symboli aspekty rytuałów u ludu Ndembu*, przeł. A. Szyjewski, Kraków 2006, s. 344.

innymi choroba, ale również cierpienie i niedola. Czerni reprezentuje rzeczy tajemne i niebezpieczne a podstawowa procedura lecznicza ma podążać swoistą drogą wytracania czerni, by osiągnąć stan białości. W przypadku tej społeczności afrykańskiej choroba nie jest ani przypadłością cielesną, ani też przypadłością duchową, ale zaburzeniem porządku kosmicznego wywołanym działaniem określonych sprawców i sił.

Ciekawym elementem praktyk leczniczych u Ndembu będzie tworzenie kultów cierpienia opartych na wspólnocie osób dotkniętych tą samą przypadłością, dla których proces leczenia jest jednocześnie procesem inicjacji w określony kult. Przodkowie zwani cieniami zyskują chorobę, by tym sposobem pozyskać nowych wyznawców, którzy oddając cześć określonemu cieniowi, uzyskują od niego pomoc – jako ducha pomocniczego, dzięki czemu jak sądzą Ndembu, będą mogli powrócić do zdrowia. Rozliczność chorób, a tym samym kultów sankcjonuje poczucie jedności plemiennej, która paradoksalnie opiera się na cierpieniu⁴⁶.

Czary, magia i choroby u Azande

Koncepcje choroby jako konsekwencji działania czarów i czarowników odnajdziemy u afrykańskich Azande. Edward Evans-Pritchard autor klasycznej już monografii poświęconej funkcjonowaniu czarów i wyroczni w społecznościach tradycyjnych, podkreśla, iż czary posiadają swój substancjalny wymiar, przynależą do porządku materialnego, objawiają się w ludzkich ciałach i są odpowiedzialne za wszelkiego rodzaju zakłócenia porządku naturalnego. Magia jest spoiwem systemu wierzeń i w takim samym stopniu co wyobrażeniami religijnymi rządzi ona życiem wspólnotowym. Choroba, śmierć, nieszczęścia są powodowane, ale również odczyniane poprzez magię. Uzdrowiciele są jednocześnie czarownikami, lekarstwa są truciznami, zabiegi lecznicze – magicznymi ceremoniami. „Mimo że same czary są częścią organizmu ludzkiego – jak obrazowo pisze Evans-Pritchard – ich działanie ma charakter psychiczny. To, co Azande nazywają *mbisimo mangu*, duszą czarów, jest ogólnym pojęciem, które wypełnia lukę w przestrzeni między osobą czarownika a osobą jego ofiary⁴⁷.”

⁴⁶ *Ibidem*, s. 410 i n.

⁴⁷ E. Evans-Pritchard, *Czary, wyrocznie i magia u Azande. Wersja skrócona*, przeł. S. Szymański, Warszawa 2008, s. 31.

Choroba wiąże się z działaniem magicznym, jest konsekwencją złośliwej ingerencji czarownika, który w ten sposób stara się zdobyć kontrolę nad swoją ofiarą. Azande przyjmują, że czarownikiem może być każdy. Ostrożność nakazuje im, aby z szacunkiem odnosić się do każdej napotkanej osoby – nigdy nie wiadomo, czy akurat nie spotkało się czarownika. Nie ma tutaj znaczenia wiek, płeć ani też status osoby, czarownikiem może być każda osoba i analogicznie: każdy może stać się ofiarą czarów. W tym redukcyjnym modelu choroba jest częścią magicznego spoiwa rzeczywistości, rodzajem odkształcenia świata powodowanego złą wolą czarownika. Z tego też powodu uzdrowiciele-czarownicy cieszą się wielką estymą. Jak podkreśla Evans-Pritchard, wiara w wyrocznie, czarowników i magię nie wyklucza bardziej sceptycznego interpretowania wydarzeń. Innymi słowy, w konkretnych przypadkach wyrocznie mogą się mylić, czarownicy mogą być szalbierzami, magia okazuje się nieskuteczna, ale nie zmienia to faktu, iż akceptuje się ogólną zasadę, która głosi, iż wymienione elementy są wiarygodne, powtarzalne i jakkolwiek, by to nie zabrzmiało, są „naukowo udowodnione”⁴⁸.

W tej mierze zandyjska wiara w magię i dla kontrastu – nasze zaufanie do medycyny, powtarzają ten sam mechanizm objaśniania rzeczywistości. Pomimo wysiłków lekarzy pacjent umiera, ale przecież istnieją bardziej doświadczeni lekarze oraz leki o większej skuteczności. Bynajmniej, nie staram się ukazać lekarza jako współczesnej inkarnacji uzdrowiciela-magika, ale jedynie pokazuję, w jaki sposób poziom społecznego zaufania nie podlega znaczącej redukcji. W uniwersum Azande nikt nie stawia pytań podważających wiarę w czary. Jeżeli nawet ktoś uznałby za problematyczne widzenie w magii osnowy rzeczywistości, to jego wątpliwości uznano by pewnie za przejaw działania szkodliwych czarów. Chorobę i cierpienie sprowadzają czarownicy, od choroby i cierpienia uwalniają uzdrowiciele, na tych prostych podziałach oparto koncepcje śmierci i choroby.

Imiona choroby u indonezyjskich Sasaków

W latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku antropolożka M. Cameron Hay prowadziła badania terenowe pośród indonezyjskiego ludu Sasaków. Autorce udało się zebrać sporą dokumentację medyczną (ana-

⁴⁸ *Ibidem*, s. 151–152.

lizuje przeszło sto historii chorobowych w tym dwadzieścia przypadków poważnych zaburzeń) oraz była świadkiem tradycyjnych, szamańskich form uzdrawiania⁴⁹. To, co zdaniem Cameron Hay, określa specyfikę lokalnego podejścia do choroby związane jest ze sposobem diagnozowania polegającym na poszukiwaniu właściwych słów dla określonych symptomów chorobowych. U Sasaków zdrowie i choroba stanowią pewnego rodzaju *continuum* a procedurom leczniczym poddają się również osoby niewykazujące ewidentnych objawów choroby. Leczenie w ich przypadku nie polega na walce z określoną chorobą, ale jest sposobem pozyskiwania dodatkowej siły i wzmacnianiem własnej vitalności. Właściwe procedury diagnostyczne polegają na ustaleniu, jakie słowo jest związane i odpowiedzialne za daną chorobę. U Sasaków, jak pisze Cameron Hay: „każda osoba ma poczucie unikalności własnego ciała, unikalnej podatności na chorobę, wyjątkowości osobistych relacji społecznych i emocjonalnych oraz unikalnej, własnej konstelacji wiedzy”⁵⁰. Nie ma zatem podstawowych jednostek nozologicznych w zachodnim tego słowa rozumieniu, gdyż nie ma ani takich samych chorób ani identycznych osób. Można z pewnym przekąsem powiedzieć, że w świecie ludzi absolutnie wyjątkowych choroby muszą dorównywać im oryginalnością.

Jak zatem rozpoznać samą chorobę, skoro jej etiologia, przebieg i symptomy uważane są za wyjątkowe? Większość Sasaków podziela przekonanie, że jeżeli odnajdzie się właściwe „imię” choroby, wówczas proces leczenia zakończy się powodzeniem. Ludowa medycyna Sasaków opiera się na wierze, że to wyjątkowe cechy danej osoby są kluczem do zrozumienia choroby. To nie objawy określają chorobę, ale jest ona negatywnym obrazem osoby również w aspekcie relacji rodzinnych, towarzyskich czy zawodowych, w których pozostaje. Diagnoza jest procesem interpretacji i poszukiwania właściwych znaczeń dla oddania określonego zaburzenia. Podstawowymi terminami używanymi na określenie choroby są *tauq* – oznaczające możliwość wykonywania czegoś oraz *meleq* – odnoszące się do pragnienia czegoś. Oba słowa wskazują na zdolność do działania, na aktywność i motywację, które choroba uniemożliwia bądź zaburza. Ale cechy „działania” i „pragnienia” charakteryzują również samą chorobę, która „jeśli tylko zechce, może odejść”. We wzmiankowanym

⁴⁹ M. Cameron Hay, *Remembering to Live: Illness at the Intersection of Anxiety and Knowledge in Rural Indonesia*, Michigan 2001, s. 8.

⁵⁰ *Ibidem*, s. 187.

procesie „odchodzenia” choroby szczególnie pomocne są poszukiwania właściwych „nazw” i „imion”, które uchodzą za o wiele bardziej skuteczną metodę leczenia niż stosowanie medykamentów⁵¹.

Choroba, podobnie jak w niektórych zachodnich koncepcjach, jest metaforą określającą możliwość samorealizacji. Jak podkreśla, Cameron Hay nie udało jej się spotkać ani jednej osoby, która z absolutną pewnością mogłaby powiedzieć, że jest zdrowa. Wszyscy deklarowali, że są chorzy. Paradoksalnie to choroba w przypadku tej społeczności była normą. Jedyne na pytanie: „Czy już wyzdrowiałeś?” – zadane w kontekście aktualnego procesu leczenia można było usłyszeć w odpowiedzi: „Tak. Jestem już zdrowy”, co oczywiście oznaczało jedynie czasowe uwolnienie od choroby⁵².

U Sasaków rozróżnia się dwa typy chorób: dolegliwości zwykłe (naturalne) i niezwykłe (nadenaturalne). Zwykłe choroby nie mogą trwać dłużej niż trzy tygodnie ani pociągać za sobą „dziwnych” objawów czy nietypowych dolegliwości. W poczet zwyczajnych chorób zalicza się między innymi: kaszel, gorączkę, biegunkę, bóle brzucha, urazy kończyn, ale również utratę wagi i otyłość. Jeżeli objawy nie ustępują po upływie miesiąca, wówczas uznawane są za powodowane czynnikami nienaturalnymi. W procesie leczenia dąży się do uwolnienia osoby od szkodliwej obecności duchów/choroby. Jest to równoznaczne z powrotem do poprzedniego stanu, ale niekoniecznie oznacza pełne uzdrowienie. Podczas leczenia najważniejsze są wypowiedane słowa. Ich dobór, intonacja i adekwatność względem dolegliwości gwarantować mają skuteczny proces leczenia⁵³.

Formuła zamawiania *jampi* utrzymywana jest w ścisłym sekrecie. Poza odpowiednim sposobem melorecytacji (obok właściwych słów występują onomatopeje oraz charakterystyczne sposoby intonacji) zawiera opis choroby (jej imię/nazwę) oraz sposób leczenia – oczyszczenia. Środkiem, który metaforycznie „oczyszcza” organizm z choroby, są właściwie dobrane słowa. Poszukiwanie „imienia” choroby jest jednocześnie diagnozą i leczeniem, które ma ściśle spersonalizowany charakter i zawsze dobierane jest po kącie określonej osoby. Cierpienie ustanie, jeżeli znajdziemy dla niego właściwe imię⁵⁴.

⁵¹ *Ibidem*, s. 191.

⁵² *Ibidem*, s. 57.

⁵³ *Ibidem*, s. 193.

⁵⁴ *Ibidem*, s. 225.

Podsumowanie

Interesujące uwagi względem statusu cierpienia w społecznościach tradycyjnych poczynił Clifford Geertz, wskazując, że problem cierpienia i postawy względem niego przekształca się w problem istoty zła. „(...) podczas gdy problem cierpienia dotyczy tego, że stwarza ono zagrożenie dla naszej zdolności wprowadzenia swoistego porządku w »niezdyscyplinowanych szeregach emocji«, problem zła dotyczy tego, że zagraża ono naszej zdolności dokonywania trafnych osądów moralnych. (...) Powodem naszych utrapień staje się rozdzwitek pomiędzy tym, jak się sprawy mają, a tym, jak powinny się mieć. (...) Dziwna niezrozumiałość pewnych empirycznych zdarzeń, tępa bezsensowność wielkiego czy nieustępliwego bólu oraz zdumiewająca niemożność wytłumaczenia rażącej niegodziwości – wszystko to rodzi niewygodne podejrzenie, że być może świat, a zatem i życie człowieka w świecie, w ogóle nie posiada żadnego prawdziwego ładu”⁵⁵.

Systemy religijne ową dwuznaczność starają się umieścić w bardziej podstawowym porządku kosmicznym. Nie tyle walczą z cierpieniem, ile szukają dla niego uzasadnienia. Koncepcje choroby u indonezyjskich Sasaków i afrykańskich Ndembu wydają się bardzo odległe od naszych wyobrażeń. Tymczasem – przywołując wcześniejsze rozważania antropologiczne o miejscu choroby i cierpienia w kulturze współczesnej – można na prawach analogii powiedzieć, że Ndembu postrzegają chorobę jako zaburzenie porządku społecznego (kosmicznego), podczas gdy Sasakowie „akcentują indywidualny wymiar doświadczenia choroby. Podobnie jak we współczesnych koncepcjach cielesności również i dla nich, to ciało jest kluczem do zrozumienia cierpienia. I podobnie jak w narracyjnych koncepcjach cierpienia szukają słów, aby móc się od niego ostatecznie uwolnić. Ciało i ból wzajemnie się przenikają, nie tylko na poziomie wysublimowanych interpretacji współczesnych badaczy, ale przede wszystkim na poziomie egzystencjalnym, w odniesieniu do realiów życia opisywanych społeczności plemiennych.

Na zakończenie warto przytoczyć krótki wiersz Anny Świrszczyńskiej, która dla oddania doświadczenia brzydoty, odrzucenia i cierpienia posłużyła się metaforą „prymitywnej” poetyki afrykańskiej. Jeżeli uznamy, że cechą kultur tradycyjnych jest afirmacja życia również w jego negatywnych aspektach, wiersz ten stanowi dopełnienie prowadzonych rozważań⁵⁶.

⁵⁵ C. Geertz, *Interpretacja kultur*, Kraków 2005, s. 128–131.

⁵⁶ Wiersz pochodzi z wydanego w 1967 tomiku *Czarne słowa. Stylizacje murzyńskie*, A. Świrszczyńska, *Poezja*, zebrał i przedmową opatrzył Czesław Miłosz, Warszawa 1997, s. 129–130.

*Młode żony mojego męża
pytają mnie:
– Po co żyją stare kobiety?*

*Malutkie dzieci młodych żon mojego męża
pytają mnie:
– Po co żyją stare kobiety?*

*Mój mąż
nie zapytał mnie jeszcze o to.
On wie, że stare kobiety
jedzą tak niewiele.*

Bibliografia

Anthropological Approaches to Psychological Medicine: Crossing Bridges, red. V. Skultans, J. Cox, London–Philadelphia 2000.

Auge M., *Formy zapomnienia*, przeł. A. Turczyn, Kraków 2009.

Baer H.A., Singer M., Susser I., *Medical Anthropology and the World System*, wyd. 2, Westport – Connecticut – London 2004.

Bhasin V., *Medical Anthropology: A Review*, "Ethno-Med." 1(1): 1-20 (2007), s. 1-20.

Csordas T.J., *The Conceptual Status of Hegemony and Critique in Medical Anthropology*, w: *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, t. 2, nr 4, Gramsci, Marxism and Phenomenology: Essays for the Development of Critical Medical Anthropology (Dec., 1988), s. 416–421.

Dressler W.W., *Medical Anthropology: Toward a Third Moment in Social Science?*, w: „*Medical Anthropology Quarterly*”, New Series, Vol. 15, No. 4, Special Issue: *The Contributions of Medical Anthropology to Anthropology and Beyond* (Dec., 2001),

Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures, t. 1–2, red. Carol R. Ember, Melvin Ember, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York 2004.

Evans-Pritchard E. E., *Czary, wyrocznie i magia u Azande. Wersja skrócona*, przeł. S. Szymański, Warszawa 2008.

Foucault M., *Choroba umysłowa a psychologia*, przeł. P. Mrówczyński, Warszawa 2000.

- Foucault M., *Narodziny kliniki*, przeł. P. Pieniążek, Warszawa 1999.
- Geertz C., *Interpretacja kultur*, przeł. M.M. Piechaczek, Kraków 2005.
- Goffman E., *Spotkania. Dwa studia z socjologii interakcji*, przeł. P. Tomanek, Kraków 2010.
- Goffman E., *Zachowanie w miejscach publicznych*, przeł. O. Siara, Warszawa 2008.
- Hay M.C., *Remembering to Live: Illness at the Intersection of Anxiety and Knowledge in Rural Indonesia*, The University of Michigan Press 2001.
- Hardt M., Negri A., *Imperium*, przeł. S. Ślusarski, A. Kołbaniuk, Warszawa 2005.
- Herzfeld M., *Antropologia. Praktykowanie teorii w kulturze i społeczeństwie*, przeł. M. M. Piechaczek, Kraków 2004.
- Hunt L.M., *Moral Reasoning and the Meaning of Cancer: Causal Explanations of Oncologists and Patients in Southern Mexico*, „Medical Anthropology Quarterly”, New Series, Vol. 12, No. 3, Special Collection: *Rationality in the Real World: Varieties of Reasoning in Illness and Healing* (Sep., 1998), s. 298–318.
- Hyży E., *Kobieta, ciało, tożsamość*, Kraków 2003.
- Kleinman A., *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*, New York: Basic Books 1988.
- Kuper A., *Kultura model antropologiczny*, przeł. I. Kołbon, Kraków 2005.
- Lipsedge M., *Lessons from Anthropology*, [w:] *Anthropological Approaches to Psychological*
- Medicine: Crossing Bridges*, red. V. Skultans, J. Cox, Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia 2000.
- Nancy J-L., *Corpus*, przeł. M. Kwietniewska, Gdańsk 2004.
- Pollock D., *Personhood and Illness among the Kulina*, „Medical Anthropology Quarterly”, New Series, Vol. 10, No. 3 (Sep., 1996), s. 319–341.
- Scheper-Hughes N., Lock M. M., *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, „Medical Anthropology Quarterly”, New Series, t. 1, nr 1 (Mar., 1987), s. 6–41.
- Schilling Ch., *Kultura, „rola chorego” i konsumpcja zdrowia*, [w:] *Socjologia codzienności*, red. P. Sztompka, M. Bogunia-Borowska, Kraków 2008, s. 733–758.
- Schilling Ch., *Socjologia ciała*, przeł. M. Skowrońska, Warszawa 2010.
- The Art of Medical Anthropology: Readings*, red. S. van der Geest, A. Rienks, Amsterdam 1988.

Turner V., *Las symboli: aspekty rytuałów u ludu Ndembu*, przeł. A. Szyjewski, Kraków 2006.

Willis P., *Wyobrażenia etnograficzna*, przeł. E. Klekot, Kraków 2005.

Young A., *The Anthropologies of Illness and Sickness*, „Annual Review of Anthropology” 1982, t. 11, s. 257–285.

Marek Kita

Logos i logika Krzyża

Zgodnie z pewnym charakterystycznym wyrażeniem apostoła Pawła chrześcijaństwo przynosi światu *logos tou staurou* (1 Kor 1, 18), swoiste „słowo Krzyża”, przy czym bogactwo znaczeń greckiego terminu *logos* pozwala w tym miejscu myśleć nie tylko o krzyżowej „nauce” lub „mowie”. Krzyż stanowi dla chrześcijan (i nie jest to bynajmniej zabawa słowami) również „rozum” i „sens”. Autor Pierwszego Listu do Koryntian przeciwstawia krzyż Chrystusa mądrości „tego świata, wskazuje, że należące do „cywilizacji zguby”¹ otoczenie odbiera „rozum Krzyża” jako głupotę. Dodajmy od razu, że nie chodzi tylko o materialny znak, choć i on posiada swą wymowę. Właściwym słowem Krzyża pozostaje wydarzenie, o którym opowiadają Ewangelie i jest to w istocie *verbum Verbi*, słowo Boskiego Słowa. Ten, który sam w sobie jest żywym komunikatem ukrytego Ojca, Jego wyrazem w wieczności i wypowiedzią w czasie (por. J 1, 1.18), przemawia do nas swoim Ukrzyżowaniem, a ściślej swoją Paschą, czyli przejściem przez ofiarną śmierć. Krzyż, o który chodzi, nie jest godłem, emblematem, jakimś logo chrześcijaństwa, lecz stano-

¹ Jan Paweł II wywołał wiele sprzeciwów, mówiąc o panoszącej się „cywilizacji śmierci”, jednak czy nie mamy prawa ostrzegać tych, którzy „idą na zatracenie” (1 Kor 1, 18)?

wi logos, rację, sens życia tych, którzy są *christianoī* – Chrystusowi, należący do Chrystusa.

Szalona mądrość Ewangelii

Słowo Krzyża, czy też jego *logos*, stanowi wyzwanie nie tylko dla potocznego rozumienia naszej egzystencji w świecie, ale także dla jej wysublimowanych filozoficznych interpretacji. Wielu „mądrych i roztropnych” (por. Łk 10, 21), głęboko myślących i subtelnych może uznać kontemplację Ukrzyżowanego oraz widzenie w Nim „mocy i mądrości” (1 Kor 1, 24) za wyraz chorej gloryfikacji cierpienia, rozumianego po nietzscheańsku resentymetu. W obliczu wezwania do „wzięcia swego krzyża” (por. Mt 16, 24), wspartego błogosławieństwem „tych, którzy się smucą, albowiem będą pocieszeni” (zob. Mt 5, 4), niejeden może odpowiedzieć, jak ktoś z katechizowanych licealistów, że wolałby po prostu się nie smucić i nie wymagać pocieszeń... Ponadto opowieść o dziwnym rozwiązaniu problemu grzechu i śmierci budzi u niektórych osób zastrzeżenia natury etycznej: czemu Bóg nie wybaczył nam bezwarunkowo, nie uzdrowił chorego świata jednym wszechmocnym słowem, czemu potrzebny Mu był krwawy spektakl? Wiara w uleczenie świata krwią niewinnej ofiary wydaje się trącić mitem, a branie takiego mitu dosłownie zakrawa na fundamentalizm, konserwujący w umysłach religię rytualnej przemocy². Fakt, że w licznych chrześcijańskich wspólnotach również dziś „niewiele jest mędrców według oceny ludzkiej” (1 Kor 1, 26), pozornie potwierdza zarzut Kelsosa (II w.), że mamy do czynienia z doktryną dla prostaków...

Jednak wyboru w miejsce przekonującej mowy filozofii raczej „głupstwa głoszenia” Ukrzyżowanego (por. 1 Kor 1, 21) nie należy rozumieć jako odrzucenia intelektu. Choć słowo Krzyża wydaje się elokwentnej mą-

² Tego rodzaju podejrzenie, a nawet oskarżenie pod adresem chrześcijaństwa podważa w interesujący i odkrywczy sposób pracujący w USA francuski historyk i antropolog, René Girard – zob. *idem*, *Widziałem szatana spadającego z nieba jak błyskawica*, tłum. E. Burska, Warszawa 2002, s. 134–149. Przeprowadzone przez tego autora badania porównawcze wykazują, że właśnie Biblia kieruje się w odniesieniu do rytualnej przemocy logiką całkowicie odmienną niż starożytne religie mitologiczne, a podobieństwa zachodzące między opisem ofiary Chrystusa i ofiarniczymi mitami nie powinny nam przesłonić ewangelicznej demaskacji mechanizmu „kozła ofiarnego” i całkowitego przewartościowania opisanych postaw: uważne studium Ewangelii pokazuje, że „ofiarniczy” mord w żadnym razie nie jest „słuszny”, jest dziełem osób zwiedzionych przez Złego, a Bóg stoi po stronie Niewinnego, któremu przyznaje rację wbrew zabójcom. Ostatecznie okazuje się, że „człowiek nigdy nie jest ofiarą Boga, za to Bóg zawsze jest ofiarą człowieka” (*op. cit.*, s. 207).

drości ludzkiej czymś prymitywnym, to jednak chodzi o głęboką *sophia Theou en mysterioi*, mądrość Bożą w misteriach (1 Kor 2, 7). Przyjęcie logosu Krzyża oznacza wtajemniczenie, na które godzimy się w sposób rozumny, poznając „rację naszej nadziei” (*logos peri tes en hymin elpidos*, por. 1 P 3, 15), przesłanki dla *intellectus fidei* wykraczającego poza granicę *ratio*. Potrzebne jest tutaj serce dziecka („odsłoniłeś to małoletnim”, *apekalypsas auta nepiois*, Łk 10, 21), które umie się bezinteresownie dziwić, ufać Mądrzejszemu, ale także stawiać dociekliwe pytania. Wiara wiąże się z rozumnością, jak wynika z Jezusowego wyrzutu pod adresem uczniów z Emaus: „O nierozumni, jak nieskore są wasze serca do wierzenia...” (Łk 24, 25). Rozważenie paradoksów ludzkiej egzystencji, oraz kwestii wiarygodności apostołskiego świadectwa, prowadzi do uzasadnionego aktu wiary w Jezusa, polegania na „prawdomównym świadku” Niewidzialnego (por. Ap 3, 14) w imię racji rozumnego serca przekonanego przez Miłość.

Mądrość Krzyża, podobnie jak jej Mistrz i Jego królestwo, „nie jest z tego świata” (por. J 18, 36), okazuje się wręcz w odniesieniu do tej „światowej” mądrością alternatywną, mądrością na przekór, bo żyjemy w świecie skrzywionym. W przesycionej chrześcijańską symboliką *Trylogii międzyplanetarnej* C.S. Lewisa zjawieniom się anielskich mocy towarzyszy odbierane przez bohaterów powieści wrażenie, że tajemniczy przybysz stoi jakoś krzywo – ustępujące po chwili miejsca odkryciu, że to raczej nasza rzeczywistość jest „przechylona”, podczas gdy anioł pozostaje w pionie³. To nie całkiem adekwatne skojarzenie niech posłuży do zilustrowania ważnej intuicji: często patrzymy odruchowo na Chrystusa jak na idealistę głoszącego pewien wzniosły program, wizję rzeczywistości dopiero postulowanej, piękną, lecz ogromnie ekstrawagancką („za duży wiatr na moją wełnę”, napisze Gałczyński w *Notatkach z nieudanych rekolekcji paryskich*). Potrzeba nam przemycia oczu wodą z Siloe, kąpieli świadomości w Duchu Świętym, żebyśmy dostrzegli, iż jest dokładnie na odwrót. Pan życia, żywa Prawda, odsłania przed nami faktyczne realia, reguły naprawdę rządzące egzystencją. Robi to jednak w świecie trędowatych, dla których człowiek o czystej skórze jest anomalią, niewidomych dziwiących się, że ktoś korzysta ze zmysłu wzroku, kulawych niepojmujących, jak można stawiać pewne kroki... „Święty Boga” (Mk 1, 24) naucza i działa w świecie, który przywykł do grzechu jak współczesny mieszczuch do zatrutego powietrza. A jednak coś nas w Nim pociąga, serce płonie, choć

³ Zob. C.S. Lewis, *Perelandra*, tłum. A. Polkowski, Kraków b.d., s. 15, 200.

nie wie dlaczego (por. Łk 24, 32) – upadłe kobiety i członkowie korporacji zdzierców cisną się do Mistrza, którego drogi nie są naszymi drogami, lecz wabią przypomnieniem prawdziwej natury człowieka.

Logika Baranka

Mądrość Krzyża jest na tym świecie szalona, bo jest to mądrość szalonej miłości (*manikos eros*, jak pisał bizantyjski mistyk Kabasilas) Boga, wyrzekającego się własnej wszechmocy w dialogu z wolnym stworzeniem, dobrowolnie słabego w świecie uwarunkowanym przez skutki stworzonej wolności⁴. Krzyż to forma, jaką przybiera logos i etos Boga, wchodząc w atmosferę upadłej ziemi. Mądrość miłości, skrzyżowanie całkowitego daru z siebie i bezinteresownej afirmacji drugiego, całkowitej afirmacji i bezinteresownego daru, zderza się z logiką „kąsania i pożerania” (por. Ga 5, 15). Baranek nie wchodzi bezkarnie między wilki, lecz praktykując nieznaną wilkom sztukę miłosierdzia, zwycięża ten świat. Łagodny, zabity Baranek okazuje się w istocie zwycięskim Lwem życia (por. Ap 5, 5-6). Krzyż to broń, którą wojownik prawdziwego Królestwa kieruje nie przeciw żywym istotom, „krwi i ciału”, lecz przeciwko duchowemu nowotworowi, „pierwiastkom zła”, demonicznym Zwierzchnościom (Ef 6, 12). Wskutek urzeczywistnienia rzeczy niemożliwej, spełnienia w grzesznym świecie „czynu nieskazitelnego”⁵, następuje iniekcja dobra, jednak przyjęcie jej we własne życie kosztuje (paradoks łaski, darmowej, lecz kosztownej). Aby przyswoić darowane zdrowie, trzeba się wyrzec choroby, zrezygnować z perwersji samoubóstwienia. Konflikt między cywilizacją zguby i cywilizacją zbawienia jest tak fundamentalny, że powrót do rajskej normalności nie tylko upośledza w oczach otoczenia („niech się stanie głupim, by posiadał mądrość”, 1 Kor 3, 18), ale wręcz musi boleć. Wszechmogący nie zresetował świata – tego systemu naczyń połączonych, w którym skutki zawiści i głupoty prześladują nawet następne pokolenia i sama przyroda doznaje zakłóceń w tajemniczym rezonansie (zob. Rz 8, 19-22) – musimy tolerować fakt, że zasiew królestwa Bożego wzrasta w naszej rzeczywistości pomieszany z chwastem, aż do ostatecznych żniw (zob. Mt 13, 24-30). Także w osobistym życiu każde-

⁴ Zob. P. Evdokimov, *Szalona miłość Boga*, tłum. M. Kowalska, Białystok 2001, s. 28, 32.

⁵ Zob. omówienie pewnej tezy z artykułu J. Salija *Dlaczego odkupieni potrzebują pokuty?* dokonane przez H. Seweryniaka – *idem*, *Świadek i sens. Teologia fundamentalna*, Płock 2003, s. 327.

go z dzieci Bożych ziarno własnego „ja” musi przejść proces życiodajnego obumierania, żeby przynieść owoce (zob. J 12, 24).

Logos Krzyża wskazuje zatem na specyficzną logikę życia, które zyskuje się naprawdę, tylko oddając je w imię Miłości, a traci się je, próbując małodusznie zatrzymać dla siebie (zob. Mt 16, 25). W myśl tejże logiki królowanie jest służbą (zob. Łk 22, 25-27), a drogą do prawdziwej chwały jest uniżenie w ofiarnym posłuszeństwie zamysłowi podniesienia najmniejszych (por. Flp 2, 5-11). W królestwie Węża i Bestii wielkość oznacza poniżenie innych i ducha pogardy, w królestwie Boga i Baranka wielkość to podniesienie drugich w radosnym uznaniu. A ponieważ tuż za granicami naszej zatrutej atmosfery zaczyna się kosmos Łaski⁶, Miłość otula wszystko, więc umieranie dla „tego świata” i оголошение z jego dóbr (nawet najbardziej dla nas „osobistych”) stanowi w istocie bramę do prawdziwego życia i spełnienia. Kiedy zaś skończy się czas metafizycznych wyborów, wtedy pustka zostanie zdemaskowana, obecny świat mirażu rozsypie się „ze świstem” (zob. 2 P 3, 10) i wtedy ukaże się prawdziwe niebo, ziemia i Miasto Boga (Ap 21, 1-2) oraz rzeczywiste bogactwa Bożych przyjaciół (zob. Łk 12, 32-34). Będziemy wiecznie posiadać tylko to, co obecnie ofiarujemy.

Czyżby kult cierpienia?

Czy jednak ostatecznie nie wychodzi na to, że głosząc logos Krzyża, mimo wszystko właśnie gloryfikujemy cierpienie i propagujemy coś z zarzucanej nam przez autora *Z genealogii moralności* logiki, zgodnie z którą (mówiąc w uproszczeniu) „im gorzej, tym lepiej”? Jakkolwiek nie można zaprzeczyć istnieniu takiej logiki resentymentu w życiu wielu chrześcijan, to jednak uważne wniknięcie w doświadczenie świętych – rzeczywiste doświadczenie autentycznych świętych, a nie retuszowane obrazki świętoszków – pozwala dostrzec, że zarzut ma się nijak do właściwego *verbum Crucis*⁷. Ponieważ zaś słowo to pozostaje *verbum Verbi*, najlepiej wsłuchać się w jego brzmienie w życiu Wcielonego Słowa.

⁶ W przywołanej już literackiej wizji C.S. Lewisa ziemia stanowi „milczącą planetę” ze względu na chwilowe zamknięcie się jej duchowych opiekunów i ludzkiej populacji na wielką kosmiczną komunę, wspólnotę „świętego tańca miłości”. Zob. *idem, Z milczącej planety*, tłum. A. Polkowski, Kraków b.d., s. 66, 94–95, 120–121; oraz *Perelandra*, *op. cit.*, s. 214–221.

⁷ Zob. omówienie tego problemu w szkicu *Siostra Faustyna i Fryderyk Nietzsche* autorstwa J. Tischnera – *idem, Drogi i bezdroża miłosierdzia*, Kraków 2001, s. 53–78.

Jezus, jakiego ukazują Ewangelie, nie jest miłośnikiem cierpienia i nie szuka go. Nie wchodzi w śmierć jak bohater, przynajmniej w relacji synoptyków (a nawet teologicznie stylizowaną Pasję Jana, gdzie wchodzi w Mękę z królewskim spokojem, poprzedza moment „lęku duszy”, J 12, 27). W ogrodzie Getsemani drży i modli się o inny obrót spraw, oraz rozpaczliwie szuka psychicznego wsparcia ze strony najbliższych uczniów (zob. Mt 26, 37-39). Jego „Amen” stanowi akt zaufania wobec planu Ojca (zob. Mt 26, 39), bez śladu idealizacji bólu. Jest konsekwencją wierności Dobrego Pasterza, stojącego między owczarnią a paszczą ciemności (por. J 10, 11; 18, 9; Łk 22, 53). Już wcześniej rzucało się w oczy, że Nazarejczyk nie głosi szczególnej ascezy (choć przewiduje czas właściwy na post), ponieważ jest radosnym Panem Młodym przychodzącym poślubić ludzkość i każdą duszę (por. Mk 2, 18-20). Chrystus, nasza Mądrość, miłośnik życia (por. Łk 7, 34), jest w nieszczęściu autentycznie nieszczęśliwy, ponieważ Jego właściwe środowisko stanowi radość współbywania w Trójcy, którą przyszedł się podzielić z ludźmi (por. J 15, 10-1; 17, 21), a której bolesnego zaprzeczenia doświadcza, nurkując w otchłań wrogości, gdzie znika z oczu nawet współlistotny Ojciec (por. Mt 27, 39-45)⁸.

Motywy ofiary, hojnego daru serca otwartego, aż po fizyczne przebicie (por. J 19, 34), pozostaje miłość pełna radosnego upodobania (por. Łk 3, 22; J 17, 1.4-5), przeżywana w nadmiarze przelewającej się obfitości (por. J 15, 9; 17, 11.21-22). Krzyż kładzie się na radości afirmacji i daru smutnym cieniem, akceptowanym ze względu na większe dobro – Pasja jest mistycznym porodem, koniecznym przejściem ku radości danego i przyjętego życia (zob. J 16, 20-22). Sensem Krzyża, jego logosem, pozostaje nie śmierć, lecz Pascha.

⁸ Można widzieć we wcieleniu i śmierci Syna Bożego rodzaj zbawczego „nurkowania” w głębiny upadłego bytu, aż do najniższych poziomów zatury, żeby potem w zmartwychwstaniu wydobyć stworzenie na światło Boskiego dnia. Zob. C.S. Lewis, *Wielki cud* [w:] *idem, Bóg na ławie oskarżonych*, tłum. M. Mroszczak, Warszawa 1993, s. 62–63. Natomiast w okrzyku „Boże mój, Boże mój, czemuś mnie opuścił?!” (Mk 15, 34) Joseph Ratzinger widział „jakby w świetle błyskawicy (...) tajemnicę zstąpienia Jezusa do piekiel”, wyraz prawdziwie infernalnego doświadczenia niezgłębionego osamotnienia w Hadesie, który dopiero dzięki nawiedzeniu przez zdruzgotaną Miłość przestaje być równoznaczny z „ciemnościami zewnętrznymi” wobec Królestwa... Zob. J. Ratzinger, *Wprowadzenie w chrześcijaństwo*, tłum. Z. Włodkowska, Kraków 1994, s. 291–295.

Boska satysfakcja

Pewien niepokój może jednak wzbudzać mówienie w kontekście chrześcijańskiej soteriologii o zadośćuczynieniu danym Bogu za pomocą męki krzyżowej. Wrażenie, że oto rysuje się przed nami obraz Stwórcy nieubłagane surowego, aż po formalistyczną bezwzględność, wzmagają niektóre interpretacje o charakterze jurydycznym, bazujące na (być może nie dość wnikliwie studiowanej) wykładni doktryny o odkupieniu sformułowanej przez św. Anzelma z Canterbury⁹. Oczywiście samo pojęcie „odkupienia”, podobnie jak „prześlągnięcia” za grzechy świata, znajdujemy w Biblii. Należy jednak odczytywać je w zgodności z pełną biblijną wizją Boga i zbawienia, harmonizując zdania, w których występują, z resztą natchnionych wypowiedzi. Pismo Święte nie posługuje się językiem teoretycznej spekulacji, lecz o wiele bardziej brzemiennej w sens mową obrazów, dokonując przy tym nieraz swoistej relektury motywów czerpanych z otaczającego autorów kulturowego uniwersum.

Obraz wykupywania niewolnika, nawiązujący w przypadku Listów Pawłowych do praktyk grecko-rzymskich, odsyła zarazem do starotestamentalnego postrzegania Boga jako symbolicznego *go'el* – krewnego, zobowiązanego w razie potrzeby do wykupu pojmanych w niewolę członków rodu¹⁰. Bóg pozostaje tak rozumianym Odkupicielem i w wizji dokonywanego przez Niego odkupienia akcent spoczywa na fakcie uwolnienia ludzi od zła dzięki osobistemu, hojnemu zaangażowaniu Pana („u niego obfite odkupienie”, Ps 130, 7). Z kolei gdy chodzi o wyobrażenie „prześlągnięcia”, którego narzędziem Bóg uczynił Chrystusa (zob. Rz 3, 25), to biblijne użycie wykorzystanego w tym kontekście terminu *hilaskomai* jeszcze bardziej odbiega od pogańskiego: termin oznaczający u Greków udobruchanie bóstwa przez człowieka, w greckim tekście Starego Testamentu opisuje wyłącznie inicjatywę Boga zmierzającą do pojedna-

⁹ Próbę reinterpretacji teorii o „równowartościowym zadośćuczynieniu”, wyłożonej w słynnym *Cur Deus homo?*, znajdujemy w eseju J. Tischnera *Mit samopoświęcającego się bóstwa* [w:] *idem, Drogi i bezdroża miłosierdzia*, op. cit., s. 79–104. Autor przeformułowuje wywód Anzelma o konieczności słusznej satysfakcji za najcięższą z możliwych *crimen laesae maiestatis* w kategoriach filozofii Dobra, dopatrując się w akcie ekspiacyjnym Syna nie tyle uiszczenia wymaganego prawem „odszkodowania”, ile raczej pójścia za głosem serca, pragnącego „wynagrodzić” nie wymagającemu odszkodowań Ojcu ludzką niewdzięczność. Na temat pochoptego utożsamienia Anzelmowego (uwarunkowanego feudalnym kontekstem) opisu odkupienia z „teorią karnego zastępstwa” zob. G. O'Collins, *Jezus nasz Odkupiciel. Chrześcijański ujęcie zbawienia*, tłum. J. Pocię, Kraków 2009, s. 122.

¹⁰ Zob. G. O'Collins, op. cit., s. 3–4.

nia człowieka z Nim¹¹. Biorąc pod uwagę to przekształcenie w Objawieniu archaicznego języka religijnej ekspiacji, należy stwierdzić, że w perspektywie nowotestamentowej Bóg (dając ludziom Jezusa jako *hilasterion* – „przeblagalnię”, Rz 3, 25) bierze na siebie naprawienie rozdzwienku zaistniałego z winy stworzeń, sam stawia czoła skutkom upadku, pije kielich wynikłej z niego potworności¹². Ojciec pozostaje solidarny z Synem w Jego męce, krzyk „Czemuś mnie opuścił?!” rozdziera Mu serce, czemu sam daje wyraz w języku gestów swego wybranego Ludu – rozdzierając na znak żałoby szatę, zasłonę Przybytku, okrywającą niewidzialną Obecność (por. Mt 27, 51).

Jeśli mimo to można mówić o zadośćuczynieniu Bogu na krzyżu, to będzie nim zwrócenie Ojcu człowieka w ukrzyżowanym Człowieku. Z jednej strony wolą Ojca w Getsemani (por. Mt 26, 39) było wytrwanie Syna w miłości do ludzi, absolutna solidarność („Ojcze, odpuść im, bo nie wiedzą, co czynią”, Łk 23, 34), umiłowanie do końca (por. J 13, 1), z drugiej zaś Ukrzyżowany połączył w sobie całkowite oddanie braciom w człowieczeństwie z całkowitym oddaniem Temu, w którego ręce powierzał ducha (Łk 23, 46). Z upadłej ziemi, ze środka spektaklu nienawiści, z jądra ciemności, ludzkie serce Boskiego Syna wyznało Bogu miłość, nie zrywając komunii ze swymi zabójcami. Krzyż stał się kotwicą rzuconą z ziemi w głębiny nieba. Jeśli można mówić o satysfakcji Ojca nad Golgotą, to jest nią rozczulenie miłością z Jego miłości, doskonale wcieloną – *non mors, sed amor morientis placuit Deo* (św. Bernard z Clairvaux).

Powaga, lecz nie tragizm

Słowo Krzyża rozbrzmiewa podwójnym znaczeniem, tak że na zasadzie teologicznej *licentia poetica* można do niego odnieść frazę Psalmisty: „Raz powiedział, dwa razy to słyszałem” (Ps 62, 12). Jako słowo widzialne, ucieleśnione w czynie („Cośmy słyszeli, to i zobaczyli”, Ps 48, 9) odmalowuje nam prawdę o naszej sytuacji duchowej z maksymalnym realizmem, z zastosowaniem pascalskiego światłocienia. Krzyż uwidacznia z jednej strony grozę grzechu, ujawnia makabrę przesłoniętą mirażem „znajomości dobra i zła” (por. Rdz 3, 4), demaskuje zabójcze skłonno-

¹¹ Zob. *ibidem*, s. 14–16.

¹² Zob. J. Ratzinger, *op. cit.*, s. 247.

ści kusiciela (por. J 8, 44) i pokazuje skutki kolaboracji z nim, rozkręcenia spirali ciemnego obłądzenia. Z drugiej strony stanowi złożony krwią podpis na Boskim wyznaniu miłości, rozbłyskuje objawieniem, które wyrwa z serca szalone słowa wielkanocnego *Exsultet*: „O szczęśliwa wino!” Oto, jak daleko posunął się Bóg, do jakiego stopnia zależy Mu na nas (por. 1 P 5, 7): „Jesteś przy mnie, gdy się w Szeolu położę” (Ps 139, 9). Szaleństwo liturgicznego hymnu to tylko echo *manikos eros* Pana, który przekroczył wszelkie granice, cicho spoczął na dnie własnej nieobecności, zapuścił się niewinny we wszystkie zakamarki ludzkiej perwersji, uniósł w swoim przeczystym Sercu (odchorowując w gorączce Pasji) każdy grzech. Śmierć straciła żądlę (por. 1 Kor 15, 55), z każdej ciemności jest tylko krok do nieba.

Logos Krzyża niesie w sobie powagę, jest słowem wypowiedzianym absolutnie serio, jednak w żadnym wypadku nie brzmi tragicznie. Krzyż to pierwsza sylaba bojowego okrzyku Zwycięzcy, ciasna brama do świata zmartwychwstania, ciemny, lecz bezpieczny tunel prowadzący do krainy życia. To pierwszy krok Paschy (czyli przejścia z domu niewoli, duchowego Egiptu, do domu Ojca), jakiego dokonał Dobry Pasterz z owieczką ludzkości na ramionach, przekraczając morze śmierci. To także sztuka walki ze Starodawnym Wężem (Ap 12, 9). Przyjmując Paschę Jezusa we własne życie, afirmując swój chrzest (*baptisma*, zanurzenie na obraz Jego paschalnego „nurkowania”), przeżywając mistyczną śmierć, znajdujemy już teraz schronienie, ukrycie w Bogu (Kol 3, 3). Mimo doznawania nadal „ucisku na świecie” dostępujemy udziału w Jego triumfie nad upadłą rzeczywistością i jej demonicznym księciem (por. J 16, 33; 1 J 2, 13). Krzyż Chrystusa to obecnie proklamacja zwycięstwa, ponieważ po Zmartwychwstaniu jest przeświecony jego blaskiem. Znak, który wieszamy na naszych szyjach i ścianach, nie stanowi upamiętnienia śmierci Założyciela chrześcijaństwa – nie jesteśmy sentymentalni. Krzyż to znak, że śmierć została uśmiercona (Chrystus „śmiercią zwyciężył śmierć”, śpiewa w Wielkanoc Kościół wschodni). Notabene pokutujący wśród jakiejś liczby przynajmujących się do katolicyzmu osób przesąd, zakazujący dawań w prezencie krzyżyka, bo rzekomo przynosi to nieszczęście, nosi wyraźne znamiona demonicznej dywersji. Nakreślony nam na czole podczas ceremonii chrzcielnych krzyż to niewidzialna pieczęć jedyne szczęścia godnego tej nazwy, szczęścia zaproszonych do królewskiego domu Ojca i na ucztę weselną Baranka (zob. Mt 25, 34; Ap 19, 9).

Chrześcijaństwo jest radosne, ponieważ nauczyliśmy się go od apostołów Zmartwychwstałego, którzy łamali się z Nim chlebem i pieczo-

ną rybą (por. J 21, 9), chłonąc widok trudnej do opisanego cielesności nasyczonej Chwałą. Przekazali nam nie tylko wspomnienie, ale i Obecność Pana, przekraczającą fizyczne wymiary¹³. Chrystus nie podlega już władzy śmierci (zob. Rz 6, 9), a w nas mieszka Jego Duch, dający gwarancję podobnego zmartwychwstania (zob. Rz 8, 11). Lecz Krzyż nie odszedł w przeszłość: jako rekapitulacja wszystkich cierpień w dziejach, w które Chrystus wszedł i które uczynił swoimi, trwa do końca obecnego świata¹⁴. Również członkowie mistycznego Ciała Ukrzyżowanego, Kościoła, mają udział w dźwiganiu Bosko-ludzkiego ciężaru, a możliwość takiego „dopełnienia”¹⁵ Jego misji naprawy wszechrzeczy cieszy współpracownika łaski (por. Kol 1, 24). Dzięki krzyżowi Pana mamy prawdziwe, wieczne życie; dzięki przeżywaniu własnego krzyża chłoniemy to życie i służymy jego rozlewaniu się z Serca Jezusa na innych ludzi. Jak mówi jedna z antyfon liturgii Wielkiego Piątku: „(...) przez drzewo krzyża przyszła radość dla całego świata”.

¹³ Jak uczył zmarły niedawno prawosławny francuski teolog, Olivier Clement, „Podczas Wniebowstąpienia Chrystus znika, błogosławiąc, i już nie zawiera się w świecie, lecz sam zawiera w sobie świat, przychodzi do nas na nowo w Duchu i w sakramencie...” (idem, *Pamiętniki nadziei. Rozmowa z Jeanem-Claudem Noyer*, tłum. M. Żurowska, Poznań 2008, s. 55).

¹⁴ Por. B. Pascal, *Myśli*, 553.

¹⁵ Oczywiście nie ma mowy o tym, by ofierze Chrystusa cokolwiek brakowało, była ona niewątpliwie doskonała; natomiast jej swoistym „dopełnieniem” pozostaje każde świadome włączenie się kolejnego członka mistycznego organizmu w cierpienia jego Głowy, manifestujące coraz szerzej w przestrzeni i czasie wszechogarniającą miłość Pana, który ofiarował się „raz na zawsze” (Hbr 7, 27). Włączenie się chrześcijanina w ofiarę Chrystusa ma swoją wartość, ale jest tak dlatego, że już uprzednio zostało przyjęte – niesiemy świat razem z Nim, sami będąc przez Niego niesieni. Por. Jan Paweł II, List Apostolski *Salvifici doloris*, 24.

Jan Iwaszczyszyn
Anna Kliś-Kalinowska
Janusz Czekał

Ból i cierpienie chorych w aspekcie filozofii dialogu (spotkania)

Egzystencjalizm oraz nurt fenomenologiczny, a także kryzys epistemologiczny w XIX i XX wieku stał się między innymi inspiracją do powstania tzw. filozofii dialogu, czyli filozofii spotkania. Była ona reakcją na metafizykę nowożytnej filozofii opartej na analizie rzeczywistości pod kątem osobistych rozważań, zapoczątkowanych kartezjańskim *cogito ergo sum*, a zakończonych idealizmem Hegla [5]. Schemat umysłowy dotychczasowej nowożytnej filozofii skierowany był jakby do przedmiotów naszego doświadczenia, był monologicznym rozważaniem myślicieli z sobą na tematy dotyczące całości i jedności w świetle bytu i myśli. Sposób uprawiania dotychczasowej metafizyki polegał na poszukiwaniu jedności i całości w świetle jednego bytu i prowadził do separacji i jakby zamknięcia się osoby w swoim „ego” na innych, czyli (filozofia „Ja” – skierowana na „To”) [11]. Również filozofia starożytna mimo obiektywizmu także koncentrowała się na doświadczeniu bytu i przedmiotu, była więc głównie filozofią trzeciej osoby („Ono”). Protestem w stosunku do takiego badania rzeczywistości była wyłaniająca się z nurtu egzystencjalnego i fenomenologii teistyczna filozofia dialogu, czyli filozofia relacji naszego bytu („Ja”) z drugim podmiotem (a więc również osobą, nie przedmiotem), czyli „Ty”. Kierunek ten wyodrębnił nową koncepcję osoby tzw. osobę dialogiczną, wynikającą ze spotkania Ja-Ty (nie jak dotychczas Ja-

To). Filozofia ta broni odrębności bytów skończonych, przeciwna jest ich unifikacji. Analogicznie jak fenomenalizm czy egzystencjalizm, również analizuje egzystencję człowieka, ale w odniesieniu do drugiej osoby (Ty), która nie jest ujęta substancjonalnie, ale relatywnie. Filozofia dialogu eksponuje jak wspomniano „wspólnotę Ja-Ty” wbrew dotychczasowemu indywidualizmowi, który stara się zatrzeć odrębności oraz znaczenie poszczególnych osób rzekomo dla dobra ogółu [5].

Filozofia dialogu jest nurtem głęboko teistycznym, opierającym się głównie na Objawieniu, a wychodząc z przekazów starotestamentowych reprezentowana jest nie tylko przez filozofów żydowskich, ale również katolickich i protestanckich [5].

„Dialogicy” twierdzą, że prawdziwa filozofia nie może być monologiem samotnych myślicieli z samym sobą (Ja), a musi być dialogiem z „drugim” (Ty). Skrajnym i kontrowersyjnym stanowiskiem filozofii spotkania może być głoszenie tezy, że człowiek staje się osobą tylko w spotkaniu z drugim, głosząc, że bycie osobą jest współbyciem [3, 5]. Pozostaje to w sprzeczności z zasadami personalistycznymi, według których osobą jest każdy człowiek, niezależnie od kontaktu z drugą osobą [2]. Spotkania te (Ja-Ty) mogą mieć charakter „wydarzenia”, którego nie da się ani przewidzieć, ani wydedukować z żadnych danych. Stałym paradygmatem tej filozofii jest „zasada dialogiczna” (Ja-Ty) [3, 5].

Głównymi przedstawicielami tego nurtu filozofii byli: Herman Cohen (1842–1918), Franz Rosenzweig (1886–1926), Martin Buber (1878–1965), Ferdynand Ebner (1881–1931) oraz Emanuel Levinas (1906–1995). W Polsce kierunek ten reprezentował ks. prof. Józef Tischner (1931–2000), a wybitnymi współczesnymi znawcami są profesorowie Tadeusz Gadacz oraz Jerzy Bukowski.

Jak wspomniano, filozofia dialogu to odkrywanie innego podmiotu („drugiego”), zarówno innej osoby, jak i Boga. Osiągnięcia filozofii dialogu mają duże znaczenie, np. w poznaniu problemów własnych lub innych osób.

Praktycznie może być ona wykorzystana również np. w poznaniu przeżyć egzystencjalnych pacjentów, zwłaszcza w tzw. „sytuacjach granicznych”, takich jak: ból i cierpienie, samotność i opuszczenie, poniżenie godności osobistej, zagrożenie życia i umieranie [6]. Chorzy tacy wymagają szczególnej troski pracowników ochrony zdrowia oraz rodziny.

Nie analizując szczegółowo bólu fizycznego, który aktualnie współczesna anestezjologia potrafi usunąć lub zmniejszyć jego natężenie w ponad 90% przypadków, warto podkreślić, że cierpienie, czyli ból psychiczny,

socjalny, rodzinny i duchowy, jak też ból wszechogarniający ciągle stanowi problem różnych kierunków medycyny klinicznej, głównie jednakże opieki paliatywno-hospicyjnej, obejmującej leczenie chorych w terminalnym okresie choroby [4, 6]. Istotą terapii tych dolegliwości jest wnikliwe, rzeczowe poznanie chorego, jego potrzeb, problemów i oczekiwań oraz poznanie przyczyn przeżywanego przez nich cierpienia, a także nawiązanie z nim dialogu [8]. Postępem w poznaniu tych problemów mogą być osiągnięcia filozofii spotkania, której istotą jest poznanie drugiego człowieka przez prawidłową komunikację międzyosobową, czyli dialog.

Warto przeanalizować praktyczne modele tych dialogów ukierunkowanych przez medycynę paliatywną, aby poznać przyczyny cierpienia chorego i mu zaradzić.

Najistotniejszą formą dialogu nie tylko w medycynie paliatywnej jest spotkanie lekarza z chorym i nawiązanie z nim właściwej więzi. Dodatkową rolę spełniają również inne spotkania, co można przedstawić następująco (tabela 1):

Tabela 1. Rodzaje spotkań w medycynie paliatywno-hospicyjnej

Rodzaje spotkań (dialogów) w medycynie paliatywno-hospicyjnej	
Lekarz	Chory
Chory	Jego rodzina
Lekarz	Rodzina chorego i tzw. „osoba kluczowa”
Chory	Chory (tego samego oddziału)
Chory	Absolut (Bóg)
Dialog między członkami rodziny chorego	
Dialog między członkami zespołu terapeutycznego	

Najistotniejsze spotkania, czyli dialogi (lekarz-chory) mogą odbywać się według różnych modeli wzajemnych relacji tych podmiotów. Warto wymienić tu tzw. paternalizm, pryncypializm i dobroczynność w zaufaniu (tabela 2).

Tabela 2. Modele wzajemnych relacji lekarz–chory

Modele wzajemnych relacji lekarz–chory	
Paternalizm	Autonomia lekarza Bierna pozycja chorego
Pryncypializm: Autonomia chorego Czynienie dobra Nieczynienie zła Sprawiedliwość	Ekspozycja autonomii chorego
Dobroczynność w zaufaniu	Ekspozycja dobra przed wolnością i autonomią, równowaga autonomii chorego i lekarza

Nie polecamy przy analizie bólu i cierpienia pacjenta oraz w postępowaniu terapeutycznym tzw. paternalizmu z dominacją lekarza i chorym wykonującym jego polecenia bez udziału w terapii.

Aktualnie w medycynie klinicznej Stanów Zjednoczonych i Europy Zachodniej dominuje tzw. „pryncypializm”, kierujący się czterema zasadami (pryncypiami), takimi jak:

- Autonomia chorego;
- Czynienie dobra;
- Nieczynienie zła;
- Sprawiedliwość.

Na pierwszy rzut oka można by sądzić, że spełnia on wszystkie oczekiwania chorych i lekarzy [1]. Jednakże głębsza analiza poszczególnych zasad nie jest już tak oczywista, gdyż nie zostały one precyzyjnie, ani naukowo określone. Najwięcej zastrzeżeń budzi pierwsza zasada (autonomii) chorego. Przy np. bezwzględnej autonomii pacjenta chory może domagać się od lekarza rzeczy niegodziwych, takich jak: eutanazja, wspomagane samobójstwo, zmiana płci, itp. [1, 2].

Etyka personalistyczna poleca tzw. „dobroczynność w zaufaniu”, podaną przez E. Pellegrino [11]. Punktem wyjścia nie jest tu autonomia lekarza jak w paternalizmie czy autonomia chorego w pryncypializmie, a dobro wyświadczone choremu we wzajemnym zaufaniu lekarz-pacjent. Dobro pacjenta jest tu ujęte szeroko, obejmuje nie tylko dobro medyczne, ale również jego dobra osobiste, jak też dobro ostateczne. W modelu tego spotkania zarówno autonomia pacjenta, jak i autonomia lekarza ma być wtórna i podporządkowana potrzebom chorego (jego dobru), a nie odwrotnie. W schemacie tym, analogicznie do etyki personalistycznej oso-

ba chorego i jej godność jest wartością absolutną, a nie wolność lub autonomia. Doświadczenie bowiem uczy, że z wolności mogą wynikać nie tylko zachowania pozytywne, ale również i niegodne (np. eutanazja).

Porównując trzy formy relacji lekarz–chory, tj. paternalizm, pryncypializm oraz dobroczynność w zaufaniu, należy stwierdzić, że zarówno paternalizm ani pryncypializm nie sprzyjają rozwijaniu głębszego dialogu, mogącego wyjaśnić przyczyny cierpienia chorego. W paternalizmie, gdy chory spełnia przede wszystkim każde zalecenia lekarza – najczęściej nie bierze aktywnego udziału w swoim leczeniu. Mało jest tu miejsca na szeroko pojęty dialog, którego efektem może być otwarcie się chorego i przedstawienie nurtujących go problemów natury psychicznej i duchowej. Pacjent, pozostawiając to lekarzowi, który będąc zdrowym, nie przeżywa osobiście dramatu ciężkiej choroby, mało uwagi poświęca problematyce psychiczno-duchowej, koncentrując się na objawach somatycznych.

Również pryncypializm przez eksponowanie autonomii chorego sprzyja wytworzeniu takich związków między lekarzem a chorym, które cechują klienta i usługodawcę. Prowadzi to do tzw. „medycyny komercyjnej” lub krytycznie nazywanej niekiedy „medycyną nieufności”. Nie ma tu raczej miejsca na rozmowy, np. na tematy egzystencjalne, następuje skoncentrowanie się na bólu i innych objawach somatycznych i często pomijane jest cierpienie psychiczne i duchowe, którym najczęściej nie chce się zajmować lekarz, gdyż rzadko jest do tego przygotowany. Problemy te, o ile są zauważone, zostają przekazane do rozwiązania psychologowi, pracownikowi socjalnemu lub osobie duchownej bez medycznego zaangażowania. Nie sprzyja to poznaniu przyczyn bólu psychiczno-duchowego, nie są prowadzone działania ani zapobiegające, ani terapeutyczne. Bezwzględny nakaz autonomii chorego może być, jak wspomniano wyżej, podstawą do domagania się eutanazji jako ostatecznego środka do rozwiązywania bólu i cierpienia chorego. Dlatego sądzimy, że w sytuacjach trudnych u chorych z zaawansowanymi procesami chorobowymi, które nie rokują wyleczenia, najbardziej korzystnym modelem „dialogu-spotkania” z pacjentem jest „dobroczynność w zaufaniu” [3]. Model ten, jak podano wyżej, kładzie nacisk na dogłębne poznanie problemów nurtujących chorego, przez eksponowanie konieczności rzeczywistego, nieopartego na komercji zaufaniu chorego do lekarza. Komercji zapobiega stawianie dobra przed wolnością i autonomią chorego i utrzymuje dotychczasowy etos medycyny klinicznej, oparty na rzeczywistej i bezinteresownej pomocy choremu.

Praca na oddziałach paliatywnych z chorymi w terminalnym okresie choroby dowodzi, że eutanazja nie jest problemem tych chorych, gdy są one odpowiednio zorganizowane i właściwie prowadzone. Istotą tu jest właściwa komunikacja lekarza z chorym, czyli dialog oparty na prawdzie, którego celem jest otwarcie się chorego. Trzeba umieć nie tylko wysłuchać chorego, ale umiejętnie podjąć z nim dialog na temat jego choroby i rokowania, jeśli sobie tego życzy. Chory podejmuje jednak rozmowy na temat swoich objawów, rokowania, przeżyć i cierpienia, jeśli jest przekonany, że lekarz jest osobą wiarygodną, prawdomówną, życzliwą i naprawdę chce mu pomóc, a nie kieruje się komercją lub ogranicza się tylko do zdawkowych wypowiedzi np. „wszystko będzie dobrze”, gdyż wtedy nie uzyskamy informacji o przyczynach i rodzaju cierpienia, któremu poddany jest chory [9, 10]. Według Tischnera spotkanie dialogiczne lekarza z chorym nie może odbywać się za zasłoną „maski” jako symbolu łudzenia kogoś lub fałszu. Paradoksem maski, której źródłem najczęściej jest lęk, że za jej pomocą lekarz osiągnie efekt odwrotny do zamierzonego [9, 13].

Drugą formą dialogu jest rozmowa lekarza z rodziną chorego, aby od niej uzyskać informacje o chorym, jego problemach, przeżyciach, troskach i cierpieniu. Według współczesnych zaleceń dialog ten powinien być również oparty na prawdzie i rzeczywistości. Ma on zapobiegać niekorzystnym zjawiskom towarzyszącym rodzinie chorego w czasie ciężkiej choroby ich bliskiego. Ma przyjść również z pomocą pacjentowi, aby jednakowo informować chorego o jego chorobie i rokowaniu, zarówno przez lekarza, jak i jego rodzinę [7]. Niestety nierzadko obserwujemy nacisk rodziny lub bliskich chorego, aby zataić prawdę o złym rokowaniu przed pacjentem. Niekiedy dochodzi do sytuacji, w których nie tylko rodzina zataja przed chorym prawdę, ale również pacjent, będący świadomy groźnych następstw swej choroby, podtrzymuje swoich bliskich w ich kłamstwie. Zarówno fałszywe informowanie chorego, nawet z racji wyższych (np. obawa przed depresją chorego, utratą nadziei), jak też wspomniana „zmowa milczenia” lekarza, rodziny i pacjenta na temat rokowania są niekorzystne, gdyż ostatecznie prowadzą do cierpienia psychicznego chorego i jego izolacji [6]. Istotną rolę odgrywa wtedy tzw. „osoba kluczowa”, będąca jakby przedstawicielem rodziny, spełniająca oczekiwania zespołu terapeutycznego i chorego co do sposobu przepływu informacji na temat choroby pacjenta i jego potrzeb [8].

Fakty te odsłaniają nam znaczenie poprawnego dialogu-spotkania terapeutów z rodzinami chorych w zapobieganiu bólu psychicznego. Również prawidłowa komunikacja z rodziną chorego w czasie jego umierania oraz

po śmierci ma duże znaczenie w zapobieganiu cierpieniu rodziny związanej ze stratą bliskiego i żałobą, niekiedy patologiczną. Spotkania i rozmowy („dialog”) wchodzi w zakres tzw. „wsparcia osieroconych”. Celem jego, prócz doraźnej pomocy jest tworzenie „wspólnoty” terapeutów i rodzin chorych, jako następstwo specyficznych spotkań i dialogów [8, 9].

Następną formą spotkań i dialogów są kontakty pacjenta z innymi chorymi na tym samym oddziale. Spotkania te poszerzają horyzonty myślowe chorych, uzmysławiają istnienie różnych form dolegliwości, bólu i cierpienia. Mogą one prócz smutnych przeżyć być przyczyną pozytywnych następstw, takich jak przeanalizowanie własnego życia pod względem uczynionego dobra, jak też zła wyrządzonego innym, zmiany własnej hierarchii wartości, zrozumienie sensu cierpienia, przemijania i śmierci [4, 9]. Zatem odczucia te mogą mieć pozytywny wpływ na odbiór cierpienia przez chorych. Ważnym elementem tych spotkań to ewentualne zetknięcie się z chorym, który umiera na wspólnym oddziale lub sali. Fakt ten dostarcza choremu wiele przeżyć, przeważnie smutnych, ale i innych. Śmierć chorych, naszym zdaniem, nie powinna być zatajana na oddziałach. Niekiedy po tych wydarzeniach obserwujemy mniejszą aktywność i zamyślenie niektórych chorych. Stany te mogą wyrażać smutek lub depresję. Niekiedy można sądzić, że są wyrazem zamyślenia lub dialogu chorego z Absolutem (Bogiem). Spotkania te, jeśli do nich dojdzie, jak podkreśla filozofia dialogu, są również niesłuchanie ważne, trzeba umieć je zauważyć i ułatwić je chorym przez okazanie zrozumienia, czasem religijne ukierunkowanie, nabożeństwo lub modlitwę wspólną z kapłanem. Spotkania te mogą przemieniać człowieka cierpiącego, pozwalają mu odnaleźć nadzieję eschatologiczną, sens cierpienia, zwłaszcza gdy ofiarują je drugiemu człowiekowi lub Bogu [3].

Inną formą dialogu jest komunikacja między poszczególnymi członkami rodziny chorego w okresie zaawansowanej choroby pacjenta. Niestety tylko niektórzy członkowie rodziny przyjmują śmierć jako wydarzenie zgodne z naturą człowieka, odbierając świat takim, jaki jest, bez fałszywego jego idealizowania. Brak akceptacji naszej śmiertelności, zwłaszcza jako następstwa nieuleczalnej choroby, dostarcza trudności zespołowi terapeutycznemu w kontaktach z rodziną chorego. Staramy się więc, aby nasze spotkania i rozmowy powodowały właściwy odbiór sytuacji granicznych, takich jak cierpienie, przemijanie i śmierć przez członków rodziny i pacjenta. Stoimy również na stanowisku, że dzieci chorego także powinny brać udział w spotkaniach z chorymi, zarówno w ich domach, jak i oddziałach szpitalnych i w miarę możliwości brać udział

w niesieniu im pomocy. Powoduje to jakby stopniowe przystosowanie dzieci do realiów świata, a chorym przynosi ulgę w cierpieniu, wynikającym z braku kontaktu z nimi.

Komunikacja i dialog między członkami zespołu paliatywnego również może wpływać na przeżywanie objawów, a zwłaszcza bólu psychicznego i duchowego chorych. Wskazane, aby pracownikami ośrodków opiekujących się ciężko chorymi zostawały osoby, które nie tylko pragną pomagać cierpiącym, ale mają wrodzone lub nabyte pewne predyspozycje. Mamy na myśli tu przede wszystkim, aby cechowała ich wrażliwość na ból i cierpienie, cierpliwość, altruizm, empatia, dobroć, jak też właściwe zrozumienie otaczającego nas świata, sensu życia, cierpienia, przemijania, umierania i śmierci. Wzajemne relacje i dialog w zespole paliatywnym warunkują konieczność konstruktywnej i rzeczywistej współpracy pracowników wszystkich specjalności, aby w ramach **holizmu** wspólnie podejmować jednolite decyzje, uprzednio wypracowane w oparciu o różne kryteria odmiennych specjalności. Dialog zespołu i jego postępowanie powinno być podporządkowane jednemu głównemu celowi, jakim jest poznanie chorego oraz zwalczanie przykrych objawów w czasie choroby i umierania pacjenta.

Wybitny polski „dialogista” profesor J. Bukowski te niezwykle spotkania (dialogi) nazywa „wydarzeniami”, gdy osoby biorące w nich udział przyjmują na siebie możliwość wzajemnej „rozporządzalności”, czyli jakby oddania się sobie [3]. Spotkania-wydarzenia mogą charakteryzować się ponadto „niedyskursywnością” ani „nieredukowalnością” przy ich znacznej emocjonalności [3]. Oczywistym warunkiem jest zawsze jednak niezastępowalność partnera, czyli dialog z drugą osobą. Spotkania te mogą mieć różny charakter (tabela 3).

Tabela 3. Rodzaje spotkań w aspekcie filozofii dialogu (J. Bukowski)

Rodzaje spotkań w aspekcie filozofii dialogu
Spotkania z dopełnienia
Spotkania wspólnego poczucia braku
Spotkania poczucia godności
Spotkania z Bogiem Osobowym (Absolutem)

„**Spotkania z dopełnienia**” to spotkania, w których oczekuje się czegoś od partnera. Często mają one miejsce w kontaktach lekarz–ciężko chory pacjent, w których dochodzi do właściwych ukierunkowań, jak odbierać uciążliwości związane z chorobą.

Drugi rodzaj spotkania: „**spotkanie wspólnego poczucia braku**”. Ich klasycznym przykładem mogą być spotkania chorych o tych samych problemach, podobnych objawach oraz zagrożeniu życia na tym samym oddziale. Spotkania te przekształcają się często we „wspólnoty chorych” – oni sami sobie pomagają, wyjaśniają i przewyżniają zagrożenie i pocieszają w dramatach swojego losu.

Również „**spotkania poczucia godności**” mogą dotyczyć chorych w zaawansowanych okresach choroby, kiedy łatwo może dochodzić do przeżywania braku szacunku i uznania. Ból psychiczny i duchowy związany z poniżaniem godności chorego może mieć, jak wspomniano, groźne następstwa, do prośb o skrócenie życia włącznie.

„**Spotkania chorych z Bogiem Osobowym**” mogą wiązać się z ich doświadczeniami mistycznymi, są one jednak kwestią wiary, ale przynosić mogą ukojenie i zwrot ku nadziei eschatologicznej [4, 13].

Filozofia dialogu szeroko analizuje postawy umożliwiające zaistnienie tych niezwykłych spotkań, którymi są: wzajemna życzliwość, rozporządzalność (jako forma oddania się innemu), nadzieja, że te wydarzenia dojdą do skutku, oraz zaufanie, że nasza otwartość na drugą osobę zostanie odwzajemniona. Jak wspomniano, filozofia dialogu była odpowiedzią i protestem na dotychczasowe kierunki filozofii, polegającym na rozważaniach metafizycznego „Ja”. Istotną rolę odegrał Kartezjusz, podający sposób samodzielnego rozwiązywania spraw. Te zwane przez J. Bukowskiego struktury *cogito* rodzić mogły bojaźń, depresję, a nawet niekiedy agresję wobec innych osób, zawierając w sobie tzw. pułapkę subiektywności.

Jednakże w człowieku tkwi tęsknota za absolutną pewnością, niepowątpiewaniem, za wiecznością i Absolutem. Tych zadań nie spełniło myślenie wg struktury *cogito* [3]. Konieczność przewyższania siebie odrzuca dialog typu Ja–To, domagając się większego upodmiotowienia, co można osiągnąć przez dialog typu Ja–Ty, wzbogacający podmiotowość osób biorących udział w spotkaniu. Dlatego sądzimy, że również w medycynie klinicznej dotyczącej ciężko chorego pacjenta z zagrożeniem życia spotkanie i dialog lekarza z chorym powinien doskonalić epistemologiczne i aksjologiczne relacje Ja–Ty. Muszą one przewyższać siebie w każdej dziedzinie, powinny realizować cele wyższe, jako odpowiedź na wezwania drugich (tj. chorych). Dialogi takie mogą obdarzyć pozytywnymi

efektami zaangażowane w nie strony, przede wszystkim ułatwić poznanie chorego, jak też pomóc zapobiegać lub usuwać różne formy cierpienia. Ponadto mogą być inspiracją do wzajemnego zrozumienia i szacunku dla drugich, do poznania wartości wyższych, czyli ostatecznie tworzyć tzw. „cywilizację miłości”.

Bibliografia

- [1] Beauchamp T.L., Childress J.F., *Zasady etyki medycznej*, Warszawa 1996, s. 117.
- [2] Biesaga T., *Elementy etyki lekarskiej*, Medycyna Praktyczna, Kraków 2006.
- [3] Bukowski J., *Zarys filozofii spotkania*, Znak, Kraków 1987, s. 212.
- [4] Desmet M., *Spirituality and paliative care*, „Polska Medycyna Paliatywna”, t. 2, s. 251.
- [5] Gadacz T., *Historia filozofii XX wieku*, t. 2, s. 503.
- [6] Iwaszczyszyn J., *Opieka paliatywna jako optymalne postępowanie w terminalnej fazie choroby nowotworowej*, „Przegląd Lekarski” 1999, (55) 7/8, s. 498.
- [7] Iwaszczyszyn J., Kwiecińska A., *Spór o sposób komunikowania się terapeutów z chorym w okresie terminalnym*, VIII Konferencja Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2003, s. 110.
- [8] Iwaszczyszyn J., Kliś-Kalinowska A., *Zafałszowanie nadziei jako przyczyna bólu duchowego chorych w terminalnym okresie choroby*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makiello-Jarża, Z. Gajda, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2009, s. 94.
- [9] Kępiński A., *Poznanie chorego*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2002, s. 54–101.
- [10] Kübler-Ross E., *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Media, Poznań 1979.
- [11] Pellegrino E., Thomasa D.C., *The virtues in medical practice*, New York 1993.
- [12] Rosenzweig F., *Gwiazda zbawienia*, tłum. T. Gadacz, Kraków 1998.
- [13] Tischner J., *Filozofia dramatu*, Dialogue, Paryż 1990, s. 23.

ks. Jan Śledzianowski

Kościół katolicki wobec eutanazji

Wprowadzenie

Problem eutanazji zajmuje coraz większą przestrzeń w świadomości ludzi XXI wieku. Badania prowadzone wśród studentów w 2007 i 2008 roku dowiodły, że 91,4% młodzieży akademickiej zetknęło się z kwestią eutanazji w różny sposób w zależności od źródeł, z których czerpała wiedzę i kształtowała postawy moralne na jej temat. Do podstawowych źródeł wiedzy o eutanazji według respondentów należy: prasa i szkoła – po 87,1%, telewizja – 85%, internet – 65,7%, Kościół – 65,0% i inne źródła – 18,6%. Z danych tych wynika, że na pierwszym miejscu nośnikiem problemu eutanazji są media, ale także są nim szkoła i Kościół katolicki.

Odbijające się głośnie echem zagadnienie eutanazji jest dyskutowane w domach w 46,4%¹ badanych osób. Urabianie pozytywnej opinii w mediach i w życiu publicznym sprawiło, że „48 proc. Polaków uważa, że lekarze powinni spełniać wolę nieuleczalnie chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć. Przeciwnego zdania jest

¹ M. Wciślik, *Studenci resocjalizacji wobec eutanazji*, Wydział Pedagogiczny i Artystyczny UJK, Kielce 2008, s. 77–79 (praca magisterska).

39 proc. badanych – wynika z najnowszego sondażu CBOS. Aż 61 proc. opowiada się za tym, by prawo zezwalało na eutanazję. To wzrost o 13 proc. w stosunku do 2005 roku. Przeciw opowiedziało się 31 proc.”².

Ku pobudzeniu naszej świadomości dla głębszej refleksji i odpowiedzialności za życie drugiego człowieka, które trzeba ratować do końca, a może szczególnie dla entuzjastów i propagandzistów eutanazji, może posłużyć przykład Jana Grzebskiego, kolejarza z Działdowa.

Otóż „12 kwietnia 2007 roku, po 19 latach nieprzytomności, nagle się przebudził. Miał 46 lat, gdy w 1988 r. doznał urazu głowy i zapadł w śpiączkę. Grzebski twierdzi, że przez 19 lat słyszał odwiedzającą go rodzinę, ale nie był w stanie nic powiedzieć. Odzyskał mowę i zdolność samodzielnego poruszania się dopiero wtedy, gdy zaopiekowali się nim rehabilitanci z działdowskiego szpitala. Neurolog i anestezjolog ze szpitala w Działdowie twierdzą jednak, że Jan Grzebski cały czas słyszał i rozumiał, co się do niego mówi”³.

I pomyśleć, jakby czuł się chory, gdyby „troskliwa” rodzina rozważała z lekarzami, jakby skrócić ową „wegetację” Jana i pogrzebać ciało na działdowskim cmentarzu...

Głośne akty eutanazji to śmierć Terri Schiavo, która zmarła po odłączeniu jej sondy pokarmowej, choć żyła w śpiączce przez 15 lat. Jej śmierć głodowa nastąpiła po 13 dniach od odstawienia sondy pokarmowej, tj. 31 marca 2005 roku⁴. Śmierć Terri inspirował jej mąż Michel Schiavio, zaś Eleuana Euglaro w wieku 38 lat, a pozostająca w śpiączce 17 lat, została uśmiercona na prośbę jej ojca, za zgodą Sądu Najwyższego Włoch w dniu 9 lutego 2009 r.⁵

Kilkanaście nawet lat pograżenia w śpiączce nie upoważnia nikogo do przerywania życia, bowiem „Beeg Rom Hauben stracił przytomność w 1983 r. po wypadku samochodowym, podczas którego doznał urazu głowy. Miał wtedy 19 lat. Najpierw zapadł w śpiączkę, nie otwierał oczu, a ruchy jego kończyn były jedynie odruchowe (...) W 2006 r. podniesiono alarm, że Hauben nie jest w śpiączce. Zachował świadomość, jest za to całkowicie sparaliżowany.

² Więcej za eutanazją, „Gość Niedzielny” nr 44, 2009, s. 11.

³ Z. Wojtasiński, *Życie po wegetacji*, „Wprost” nr 37, 2007, s. 57–62. O wybudzeniu Jana Grzebskiego ze śpiączki po 19 latach poinformował społeczeństwo jako pierwszy Polsat w „Wydarzeniach” z 1 czerwca 2007 r.

⁴ J. Bajda, *Dwie rocznice*, „Nasz Dziennik” 2006, nr 85, s. 8.

⁵ E. Kowalski: Kazus Eluany Euglaro, „Nasz Dziennik” 2009, nr 45, s. 6; por. J. Dudala, Eluana nie żyje, „Gość Niedzielny” nr 7, 2009, s. 30–31.

Dr Steven Laureys, neurolog z uniwersytetu w Liege, przed czterema laty zbadał aktywność mózgu Roma Haubena. Okazało się, że jest ona niemal taka sama jak ludzi zdrowych. Lekarz nawiązał kontakt z Haubemem⁶. Na pytanie Franciszka L. Ćwika: Jak dzisiaj czuje się Rom? – Dr Steven Laureys odpowiedział: „Przechodzi odpowiednią, trudną i długą rehabilitację. Nie zajmuje się nią, ale wiem, że Rom jest szczęśliwy i chce żyć”⁷.

Każdy człowiek chce żyć. Jest powołany do życia, choć doświadcza śmierci przez tych, którzy umierają z grona rodziny, sąsiadów, znajomych. Współcześnie, za pośrednictwem mediów niejako uczestniczy w śmierci ludzi, którzy giną w katastrofach, na wojnach, nawet na innych kontynentach – na całym globie ziemskim. I tak jak w odległych wiekach i tysiącletniach śmierć wpisywała się w pamięć i kulturę ludzką, była otaczana religijną czcią i okryta tajemnicą – tak jest i dzisiaj.

Nauczanie Kościoła katolickiego o eutanazji

Przywołane wyżej słowa o eutanazji z *Iura et bona* są zobowiązujące, aby szerzej zająć się nauczaniem Kościoła katolickiego w tej tak ważnej sprawie jak życie człowieka chorego i zagrożonego. Nawiązując do początków Kościoła, należy przypomnieć słowa św. Pawła apostoła z Listu do Rzymian: „Nikt z nas nie żyje dla siebie i nikt nie umiera dla siebie: jeżeli bowiem żyjemy, żyjemy dla Pana; jeżeli zaś umieramy, umieramy dla Pana. W życiu więc i w śmierci należymy do Pana. Po to bowiem Chrystus umarł i powrócił do życia, aby zapanować tak nad umarłymi, jak i nad żywymi” (Rz 14,7-9). Słowa te są zdecydowanym zakazem eutanazji, która w czasach św. Pawła i św. Piotra przebywających w Rzymie była szeroko stosowana. Dlatego św. Paweł apeluje do nowo ochrzczonych i nawróconych z pogaństwa chrześcijan, iż nie żyją już dla siebie: w życiu i w śmierci należą do zmartwychwstałego Chrystusa. Nie mogą decydować o swojej śmierci, gdyż całe ich życie i śmierć są wraz z Chrystusem ukryte w Bogu.

Tę naukę Kościół przekazywał przez całe swoje dzieje, a „dobra śmierć” – eutanazja stała się czymś obcym dla chrześcijańskiej Europy. Niestety,

⁶ Z. Wojtasiński, *Cuda bez cudu*, „Wprost” 2010, nr 11, s. 71.

⁷ F.L. Ćwik, *Hauben jest szczęśliwy i chce żyć*, „Nasz Dziennik” nr 301, 2009, s. 24.

faszyzm na szeroką skalę wprowadził eutanazję, skazując na śmierć tysiące niewinnych ludzi z narodu niemieckiego i podbitych narodów Europy. W czasie II wojny światowej Kościół potępił stosowanie eutanazji z powodów rasowych i eugenicznych. Wielokrotnie odrzucał ją Pius XII, wyjaśniając liczne zagadnienia szczegółowe związane z opieką nad chorym⁸. Sobór Watykański II w Konstytucji duszpasterskiej o Kościele w świecie współczesnym *Gaudium et spes* z 7 grudnia 1965 r. również wskazał na wielką niegodziwość eutanazji. Szczególne znaczenie dla zrozumienia oceny moralnej eutanazji i wszystkich aspektów tego zagadnienia ma cytowana Deklaracja o eutanazji *Iura et bona* z 5 maja 1980 r. Jest to dokument wydany przez Stolicę Apostolską w okresie pontyfikatu Jana Pawła II, który orzeka: „Przez eutanazję rozumie się podjęte w celu zakończenia czyjegós cierpienia, działanie lub zaniechanie, które przez swoją naturę lub świadomy zamiar powoduje śmierć. Zaniechanie eutanatyczne ocenia się więc tak na płaszczyźnie intencji sprawcy, jak i zastosowanych przez niego środków”⁹.

Podobne stanowisko zajmuje Stolica Apostolska w *Katechizmie Kościoła Katolickiego* z 1994 roku: „Eutanazja bezpośrednia, niezależnie od motywów i środków polega na położeniu kresu życiu osób upośledzonych, chorych lub umierających. Jest ona moralnie niedopuszczalna.

W ten sposób działanie lub zaniechanie działania, które samo w sobie lub w zamierzeniu zadaje śmierć, by zlikwidować ból, stanowi zabójstwo głęboko sprzeczne z godnością osoby ludzkiej i poszanowaniem Boga żywego, jej Stwórcy. Błąd w ocenie, w który można popaść w dobrej wierze, nie zmienia natury tego zbrodniczego czynu, który zawsze należy potępić i wykluczyć”¹⁰.

Warto w tym miejscu stwierdzić, że głośna afera tzw. „łowców skór” w Łodzi nigdy nie miała nic wspólnego z eutanazją, bowiem bez woli chorych i ich rodzin pracownicy służby zdrowia w karetkach pogotowia uśmiercali zastrzykiem chorych (dla korzyści materialnych od firm pogrzebowych), co było w każdym przypadku zabójstwem i złamaniem etyki lekarskiej.

⁸ Na szczególną uwagę zasługują dwa dokumenty Piusa XII: *Dekret Świętego Oficjum* z 27 listopada 1940 r. i *Mowa do lekarzy* z 24 lutego 1957 r., którą wygłosił papież do około 500 lekarzy z całego świata.

⁹ J. Królikowski, Z. Zimowski, *Dokumenty kongregacji nauki wiary, 1996–1994. Deklaracja o eutanazji Iura et bona*, Tarnów 1997.

¹⁰ *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań 1994, s. 517–518, nr 2277.

Całościowy wykład Jana Pawła II na temat eutanazji jest zawarty w encyklice *Evangelium vitae*, wydanej 25 marca 1995 r. Najistotniejsze dla tej kwestii są numery 64–68. Papież potwierdza tu ocenę Kościoła. Dokonuje tego, używając najważniejszej możliwej formuły: „w zgodzie z Magisterium moich Poprzedników i w komunii z Biskupami Kościoła Katolickiego, potwierdzam, że eutanazja jest poważnym naruszeniem Prawa Bożego jako moralnie niedopuszczalne dobrowolne zabójstwo osoby ludzkiej. Doktryna ta jest oparta na prawie naturalnym i na słowie Bożym spisanim, jest przekazana przez Tradycję Kościoła oraz nauczana przez Magisterium zwyczajne i powszechne” (EV65). Jest to formuła bardzo bliska orzeczenia dogmatu i określa jednoznacznie bezwzględłą niegodziwość eutanazji¹¹.

„Eutanazja stanowi jedną z najpoważniejszych przejawów „kultury śmierci”. Utrwalając się w mentalności i obyczajowości, przybierając równocześnie wyraz prawny, rzeczywistość ta winna być uznana za prawdziwą „strukturę grzechu” i przejaw „spisku przeciw życiu” na coraz większą skalę (EV12). Kryje się za tym negacja życia i pokusa zawładnięcia śmiercią. Życie jest tu rozumiane w kategoriach funkcjonalnych i utylitarnych, które jako upośledzone i słabe, uważa się za pozbawione wartości, a w konsekwencji uciążliwe, niepotrzebne, a nawet zbyt kosztowne do podtrzymywania. Ta logika prowadzi w istocie do zagrożenia podstawowego prawa człowieka do istnienia. Obok wymiaru kulturowego i etycznego trzeba także podkreślić, mimo wprowadzonej legalizacji, że uchwalenie prawa do eutanazji narusza podstawowe akty prawa międzynarodowego. Międzynarodowa Federacja Katolickich Stowarzyszeń Medycznych wydała oświadczenie (20 stycznia 2004 r.), gdzie wykazano, że próba podjęcia takiej uchwały na forum Parlamentu Europejskiego będzie sprzeczna z Genewską Konwencją Praw Człowieka”¹².

W encyklice Jana Pawła II *Veritatis splendor* z 6 września 1993 r. znajdziemy jej ocenę eutanazji jako czynu bezpośrednio naruszającego podstawowe dobro, czyli życie, czynu wewnętrznie złego¹³. W encyklice poświęconej sprawom społecznym, *Sallicitudo rei socialis* z 12 grudnia 1987 r., Ojciec Święty wskazuje na eutanazję jako przejaw zagrożenia pokoju¹⁴.

¹¹ Por. P. Kieniewicz, *Eutanazja*, [w:] *Nauczanie moralne Jana Pawła II. Bioetyka*, Radom 2006, s. 42.

¹² S. Nowosad, *Eutanazja*, [w:] *Leksykon Teologii Pastoralnej*, Lublin 2006, s. 251–254.

¹³ Jan Paweł II, *Veritatis splendor*, nr 80.

¹⁴ Jan Paweł II, *Sallicitudo rei socialis*, nr 26.

W encyklice *Evangelium vitae* papież najgłębiej analizuje zjawisko eutanazji, którą niszczą prądy sekularyzacji, laicyzacji, utraty sensu życia w konsumpcyjnym świecie, nastawionym na odczuwanie przyjemności i dobrobytu. A tymczasem jako przejaw życia przychodzi wraz z przemijaniem cierpienie i śmierć... i gdy „zaczyna przeważać tendencja do uznawania życia za wartościowe tylko w takiej mierze, w jakiej jest ono źródłem przyjemności i dobrobytu, cierpienie jawi się jako nieznośny ciężar, od którego trzeba się za wszelką cenę uwolnić – pisze Jan Paweł II – Śmierć jest uważana za »bezsensowną«, kiedy niespodziewanie kładzie kres życiu otwartemu jeszcze na przyszłość, która może przynieść wiele interesujących doświadczeń; staje się natomiast »upragnionym wyzwoleniem«, gdy ludzka egzystencja zostaje uznana za pozbawioną dalszego sensu, ponieważ jest pogrążona w bólu i nieuchronnie wystawiona na coraz dotkliwsze cierpienie”¹⁵. W takim klimacie, a równocześnie przy ogromnym postępie technicznym – także i w medycynie, gdy człowiek nabiera przekonania o praktycznej wszechmocy zapanowania nad śmiercią, przez określenie czasu i sposobu zakończenia życia¹⁶. „W takim kontekście coraz silniejsza staje się pokusa eutanazji, czyli zawładnięcia śmiercią poprzez spowodowanie jej przed czasem i „łagodne” zakończenie życia własnego lub cudzego. W rzeczywistości to, co mogłoby się wydawać logiczne i humanitarne, przy głębszej analizie okazuje się absurdalne i nieludzkie”¹⁷.

W Belgii, która jako drugi kraj po Holandii zalegalizowała eutanazję w 2002 r., obecnie „dobra śmierć” jest przyczyną ponad 2 proc. wszystkich zgonów odnotowywanych w regionie Flandrii. „Według Wesleya J. Smitha z Instytutu Ochrony Praw Człowieka i Bioetyki w Waszyngtonie postawa proeutanazyjna opiera się na dwóch filarach. Pierwszym jest przeświadczenie, że zabicie człowieka to uprawniony sposób na skrócenie jego cierpienia, a drugim – radykalny indywidualizm: moje ciało jest moją własnością i mogę z nim zrobić, co tylko zechce, nawet zadać mu śmierć”¹⁸. Naprzeciw tym tendencjom naucza Jan Paweł II: „Z obiektywnego punktu widzenia samobójstwo jest aktem głęboko niemoralnym, ponieważ oznacza odrzucenie miłości do samego siebie i uchylenie się od obowiązku sprawiedliwości i miłości wobec bliźniego, wobec róż-

¹⁵ Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, nr 64.

¹⁶ Por. *ibidem*, nr 67.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ M. Garbacz, *Uprawnione zabijanie*, „Moja Rodzina” 2010, nr 7–8, s. 25.

nych wspólnot do których się należy i wobec społeczeństwa jako całości. W swej głębokiej istocie jest ono odrzuceniem absolutnej władzy Boga nad życiem i śmiercią¹⁹.

Papież na nowo budzi refleksję i odpowiedzialność za życie chorego w rodzinie, gdy pisze: „Czyn eutanazji jest tym większym wynaturzeniem, gdy zostaje dokonany przez tych, którzy – jak na przykład krewni chorego powinni opiekować się nim cierpliwie i z miłością, albo też przez tych, którzy – jak lekarze – ze względu na naturę swojego zawodu powinni leczyć chorego nawet w krańcowych i najcięższych stadiach choroby”²⁰.

Ojciec Święty bierze w obronę życie niepełnosprawnych, które w eutanazji eugenicznej uznaje się za „niepotrzebne”. Uśmiercanie tych ludzi przez hitlerowców i powtarzane dzisiaj Papież nazywa zwykłym zabójstwem²¹. Stajemy tu w obliczu jednego z najbardziej niepokojących objawów „kultury śmierci”, charakteryzujących się mentalnością nastawioną na wydajność, według której obecność coraz liczniejszych ludzi starych i niesprawnych wydaje się zbyt kosztowna i uciążliwa. Ludzie ci bardzo często są izolowani od rodziny i społeczeństwa, kierującego się często kryteriami wydajności produkcyjnej, wedle których życie nieodwracalnie upośledzone nie ma już żadnej wartości²². Papież ubolewa nad postawami tych, którzy przez naciąganie kryteriów śmierci dążą do pozyskania większej liczby organów do przeszczepów²³.

Jan Paweł II autorytatywnie stwierdza, że prawa zezwalające i sprzyjające eutanazji sprzeciwiają się dobru jednostki i dobru wspólnemu. Są więc pozbawione jakiegokolwiek rzeczywistej mocy prawnej. Nie tylko nie są w żaden sposób wiążące dla sumienia, ale stawiają człowieka wobec „poważnej i konkretnej powinności przeciwstawienia się im poprzez sprzeciw sumienia”²⁴.

Stanowisko Kościoła katolickiego wobec eutanazji jest zbieżne z ogromną większością państw i rządów, które eutanazję odrzucają i uznają jako morderstwo. „Zasady – pisze Jacek Łuczak – konstytuują ład

¹⁹ Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, nr 66.

²⁰ *Ibidem*. Znane były przypadki eutanazji na Zachodzie wykonanej przez lekarza na polecenie rodziny, aby ta po pogrzebie mogła „spokojnie” wyjechać na wczasy.

²¹ Por. *ibidem*, nr 63.

²² *Ibidem*, nr 64.

²³ Por. *ibidem*, nr 15.

²⁴ Por. *ibidem*, nr 71–74.

moralny społeczeństwa. Zarówno zasady świętości życia, jak i respektowanie autonomii nie mogą być traktowane jako absolut i realizowane za wszelką cenę. Medycyna, prawo i codziennie praktykowane zasady moralne są podstawą do sprzeciwu zabijania. Nie mamy jednak prawa (obligacji) przedłużania gasnącego życia za wszelką cenę. Zatem nie mając prawa do zabijania, równocześnie w pewnych okolicznościach nie mamy moralnego prawa ani obowiązku do podtrzymywania funkcji życiowych »co jest również zgodne z zasadami etycznymi głoszonymi przez Kościół katolicki«²⁵. Chodzi o to, aby nie dopuszczając do eutanazji, która jest zabójstwem, zrezygnować z tzw. „uporczywej terapii” wobec chorego, któremu współczesna medycyna nie daje szans na wyzdrowienie, jednocześnie otoczyć go odpowiednią opieką paliatywną.

„Nie” dla uporczywej terapii, „tak” dla opieki paliatywnej

Czym jest „uporczywa terapia” zwięźle to wyjaśnia *Katechizm Kościoła Katolickiego*: „Zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów może być uprawnione. Jest to odmowa „uporczywej terapii”. Nie zamierza się w ten sposób zadawać śmierci; przyjmuje się, że w tym przypadku nie można jej przeszkodzić. Decyzje powinny być podjęte przez pacjenta, jeśli ma do tego kompetencje i jest do tego zdolny; w przeciwnym razie – przez osoby uprawnione, zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słusznym interesów pacjenta”²⁶.

Wprowadzenie pojęcia „uporczywa terapia” jest doniosła dla bioetyki, wiele wyjaśnia, uwalnia od ciężaru, który może zalegać w sercu czy sumieniu człowieka, który nie zna takiego określenia i jest gotów twierdzić, iż dopuścił się eutanazji, albo samobójstwa. Przykładem owej niewiedzy wydaje się być Prof. Chrystian Bernard – najwybitniejszy kardiochirurg, który w ubiegłym wieku pierwszy w świecie dokonał transplantacji serca w RPA. W wydanej książce pt.: „Goud Life, Goud Death” – „Godne życie, godna śmierć” wyraża swoje poglądy o umieraniu, eutanazji i samo-

²⁵ J. Łuczak, *Etyka w opiece paliatywnej*, [w:] *Eutanazja a opieka paliatywna*, red. A. Biela, Lublin 1996, s. 34.

²⁶ *Katechizm Kościoła Katolickiego*, op. cit., nr 2278.

bójstwie. Prof. Ch. Bernard pisze: „(...) eutanazję osobiście definiuje nie tyle jako dobrą śmierć, ile jako dobre umieranie właśnie. Na pewno nie oznacza ona dla mnie zabójstwa z litości. A jednak stwierdzam z całą stanowczością, że medycyna nie może uchylać się od odpowiedzialności, za to, jak przebiega ten okres egzystencji pacjenta. Niektórzy wyznają zasadę, że nikt nie ma prawa przyspieszyć śmierci pacjenta, że człowiekowi – nigdy i pod żadnym pozorem – nie wolno udawać, że jest Bogiem. Jednak lekarz, będąc naukowcem, musi żyć w świecie realnym”²⁷. Jako przykład owego realnego postępowania Prof. Ch. Bernard opisuje – między innymi – śmierć swojej matki: „Nie tłumaczę się z tego i nie oczekuję przebaczenia, nawet lekarzom opiekującym się moją matką w jej ostatniej chorobie, zaleciłem, by nie dawali jej antybiotyków i nie karmili za pomocą zgłębnika. Miała wówczas 96 lat, była po trzecim zawale, z zapaleniem płuc, nieprzytomna.

Jestem pewien, że było to zgodne z tym, czego naprawdę chciała. W ciągu tych jedenastu lat, które upłynęły od jej pierwszego zawału, gdy leżała przykuta do łóżka, cierpiąc na powtarzające się pęcherzykowe i płucne infekcje, zdarzyło się jej mówić do mnie: »Chciałabym, żeby Bóg mnie już do siebie zabrał«. Po ostatnim ataku, zanim pogrążyła się w nieświadomości, powtarzała bez przerwy: »Dziękuję ci, bardzo ci dziękuję«”²⁸. Z powyższego opisu śmierci matki Profesora Ch. Bernarda jednoznacznie wynika, że matka swoje życie i śmierć powierzyła Bogu, a wstrzymanie się od uporczywej terapii nie było aktem eutanazji, lecz spełnieniem prawa natury – Prawa Bożego²⁹, gdyż kresem naszego ziemskiego życia jest śmierć.

Podjmując często problemy etyczne Tomasz P. Terlikowski pisze, że „uporczywa terapia” nie jest wpisana w polski system prawny. Taki termin występuje tylko w kodeksie etyki lekarskiej, który jednak nie jest prawem, więc nie może być stosowany w orzecznictwie sądowym. Lekarz jest zobowiązany do udzielenia pomocy lekarskiej, a także do zapobiegania śmierci lub pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta. Ale pacjent – wedle ustawy o ochronie praw pacjenta i rzecznika praw pacjenta – ma prawo »do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodze-

²⁷ Ch. Bernard, *Godne życie, godna śmierć*, Warszawa 1996, s. 52.

²⁸ *Ibidem*, s. 62–63. Patrz: J. A. Pieńkowski, *Prof. Chrystian Bernard o etycznych aspektach eutanazji i samobójstwa*, [w:] *Eutanazja a opieka paliatywna*, op. cit., s. 83–86.

²⁹ Por. *Księga Rodzaju* 3,19.

nie bólu i innych cierpień«. Z prawa tego zaś można wyprowadzić zasadę odstępowania od naruszających godność umierania terapii nadzwyczajnych (...)»Uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta«.

Spór dotyczy przede wszystkim pytania o to, czy karmienie i pojenie chorego jest pielęgnacją, czy też może zostać uznane za uporczywą terapię. Papieska Akademia Życia rozstrzygnęła, że karmienie i pojenie jest pielęgnacją³⁰.

Takiej pielęgnacji w postaci karmienia i pojenia nie wolno odmówić zwierzętom. Obowiązujące w Polsce prawo dotyczące zwierząt głosi: „Zwierzę jako istota żyjąca, zdolna do odczuwania cierpienia, nie jest rzeczą”³¹. W związku z tym w dokumentach prawnych i bioetycznych, warunkiem podstawowym godziwego postępowania ze zwierzętami jest zapewnienie im wody, pokarmu i możliwości ruchu. Tymczasem 38-letnia Eluana Englaro umarła w klinice w Udine z głodu i pragnienia. Została w „humanitarnym” świecie potraktowana gorzej niż zwierzęta...³²

W tym momencie trzeba przywołać słowa przesłania 3 października 1970 roku, jakie skierował Paweł VI do katolickich lekarzy z okazji międzynarodowego kongresu w Waszyngtonie: „(...) kuszące jest móc skrócić życie umierającego pod pretekstem niesienia mu śmierci łagodnej i spokojnej zamiast kontynuowania zdegradowanego życia lub potwornej agonii. Bez zgody chorego eutanazja jest zwykłym zabójstwem; zgoda chorego czyni z niej samobójstwo. To, co moralnie pozostaje zbrodnią, nie może pod żadnym pretekstem zostać zalegalizowane. Zasada świętości życia zabrania lekarzowi zabijać, a jednocześnie nakłada na niego obowiązek zastosowania wszelkich dostępnych mu środków sztuki medycznej, aby walczyć ze śmiercią. Nie oznacza to jednak istnienia obowiązku zastosowania przez lekarza wszelkich dostępnych mu technik podtrzymywania życia ofiarowanych przez coraz bardziej twórczą naukę. Czyż w wielu wypadkach nie byłoby zbędną torturą narzucić chore-

³⁰ T. P. Terlikowski, *Testament życia*, „Wprost” 2009, nr 18, s. 56–57.

³¹ Ustawa o ochronie zwierząt z 1997 r., art. 1.

³² Por. E. Kowalski, *Eluana nie umarła, została zabita, a my się z tym nie zgadzamy*, „Nasz Dziennik” 2009, nr 35, s. 9; P. Bortkiewicz, *Śmierć Eluany apelem sumienia*, *ibidem*.

mu w terminalnej fazie nieuleczalnej choroby reanimację wegetatywną? Obowiązkiem lekarza jest raczej uczynić wszystko, aby złagodzić cierpienie, zamiast przedłużać w nieskończoność (nieważne jakimi środkami, nieważne w jakich warunkach) życie, które nie jest już w pełni ludzkie i które zmierza ku swojemu naturalnemu rozwiązaniu: nieuchronnej i świętej godzinie spotkania duszy ze swoim Stwórcą; także na tym polega szacunek lekarza do życia człowieka”³³.

Papież Jan Paweł II przemawia w ćwierć wieku później (po Pawle VI) do bardziej zlaicyzowanych ludzi, niejako wczuwa się w odejście każdego z osobna, gdy pisze, że prośba „jaka wypływa z serca człowieka w chwili ostatecznego zmagania z cierpieniem i śmiercią, zwłaszcza wówczas, gdy doznaje on pokusy pogrążenia się w rozpacz i jakby unicestwienia się w niej, to przede wszystkim prośba o obecność, o solidarność i o wsparcie w godzinie próby. Jest to prośba o pomoc w zachowaniu nadziei, gdy wszystkie ludzkie nadzieje zawodzą”³⁴.

W takich sytuacjach indywidualnych i społecznych nieodzowna jest opieka paliatywna, którą spełnia się w hospicjach otwieranych dla osób przewlekłe chorych.

„Hospicjum to gościna ofiarowana cierpiącemu – płaszcz (*pallium*) roztoczony nad cierpiącym chorym i jego rodziną, podczas zmagania bliskiego człowieka i po jego śmierci.

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 1990), opieka paliatywna jest aktywną holistyczną, wielowymiarową opieką nad chorymi, których schorzenia szybko postępują, nie poddają się już leczeniu przyczynowemu. Celem tej opieki, będącej synonimem opieki hospicyjnej jest otoczenie ochronnym płaszczem działań (łacińskie *pollium* = płaszcz grecki) całej osoby chorego i jego rodziny, dążenie do zapewnienia jak najwyższej jakości życia. Opieka paliatywna ma na celu uśmierzenie bólu i innych dokuczliwych objawów, ofiarowanie ulgi w cierpieniach psychicznych i duchowych, podnoszenie rangi uciekającego życia”³⁵.

Przykładem opieki paliatywnej, której doznawała w hospicjum bł. Ł. Talamoni, prowadzonego przez siostry miłosierdzia, jest Eluana Englaro. 18 stycznia 1992 r. w wyniku wypadku samochodowego 20-lletnia Eluana doznaje poważnych uszkodzeń mózgu i nie jest w stanie samo-

³³ Patrz: M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*, op. cit., s. 74–75.

³⁴ Jan Paweł II, *Ewangelium vitae*, nr 67.

³⁵ J. Łuczak, *Etyka w opiece paliatywnej*, op. cit., s. 30.

dzielnie odżywiać się i porozumiewać. Od 1994 r. jest odżywiana i pielęgnowana przez siostry miłosierdzia, które 3 lutego 2009 r. decyzją sądu i z woli ojca musiały ją oddać w ręce lekarzy w Udine, ci zaś dokonali jej zabójstwa³⁶. Co dokonało się wbrew obowiązującemu prawu we Włoszech, gdzie eutanazja nie jest zalegalizowana.

Uzbroić się w cierpliwość i być jak Jan Paweł II z siostrą/bratem w potrzebie do końca

Ludzie dobrej woli, zaangażowani w opiekę paliatywną, towarzyszący chorym i ludziom podeszłego wieku w szpitalach, domach społecznej opieki i w hospicjach – także lekarze są zobowiązani do zachowania podstawowych zasad etyki:

- respektowanie autonomii pacjenta,
- czynienia dobra,
- nieczynienia zła,
- sprawiedliwość w ocenie sytuacji.

Powyższe zasady wskazane przez Kierownika Kliniki Opieki Paliatywnej, Katedry Onkologii Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Lublinie prof. Jacka Łyczaka, zostały wyczerpująco zaprezentowane³⁷, jak również w różnych aspektach uwarunkowań choroby i śmierci przedstawione przez autorów, z którymi należałoby się zapoznać³⁸, podejmując opiekę paliatywną wśród osób oczekujących wsparcia w imię braterstwa i miłości bliźniego.

Jako swoistego rodzaju „medyczny dogmat” ogłoszono, że śmierć człowieka sprowadza się do śmierci mózgu. „Mózg – pisze Ch. Bernard – jest organem determinującym jakość życia i człowiek umiera z chwilą, gdy

³⁶ Por. E. Kowalski, *Zanegowanie prawa miłości jest zanegowaniem prawa wolności*, „Nasz Dziennik” 2009, nr 38, s. 6–7.

³⁷ J. Łuczak, *Etyka w opiece paliatywnej*, op. cit., s. 31–60.

³⁸ W książce *Eutanazja a opieka paliatywna* obok cytowanych wyżej Autorów znajdziemy: Krystyna de Walden-Gałoszko, *Eutanazja a jakość życia pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej*, ibidem, s. 60–65; Bogusław Siwek, Maria Mazurkiewicz, *Problemy etyczno-moralne lekarza związane z przekazywaniem niekorzystnych informacji nieuleczalnie choremu i jego rodzinie*, ibidem, s. 68–70; Henryk Niemiec, *Życie, cierpienie i śmierć a eutanazja*, ibidem, s. 75–82; Marek Sych, *Granice intensywnej terapii – aspekty etyczne i prawne*, ibidem, s. 87–93; Marta Pomorska, *Postawy wobec śmierci w społeczeństwie polskim*, ibidem, s. 122–126; Marzena Samardakiewicz, *Psychologiczne aspekty dziecka w obliczu śmierci. Zagadnienia etyczne opieki paliatywnej nad dziećmi*, ibidem, s. 154–157.

umiera jego mózg”³⁹. Obecnie jest prawdopodobne, że w większości krajów świata śmierć mózgowa jest traktowana na równi ze śmiercią człowieka. „Jednak coraz większa liczba lekarzy i bioetyków nie zgadza się z tym poglądem, twierdząc, że w stanie »śmierci mózgu« nie istnieje stuprocentowa pewność, że mamy do czynienia z człowiekiem zmarłym. Tymczasem stwierdzenie śmierci mózgowej człowieka daje możliwość pobrania jego narządów do przeszczepu (...) Jest rzeczą niepokojącą, że społeczności poszczególnych krajów, a nawet ich środowiska medyczne nie są poinformowane o tym, że stan chorych określany jako umożliwiający wysunięcie podejrzenia, a potem stwierdzenie śmierci mózgowej jest według autorów odwracalny pod warunkiem szybkiego zastosowania łagodnej hipnoterapii oraz innych rodzajów terapii i nie przeprowadzania próby bezdechu. Autorzy ci twierdzą, że w granicach od 60 do 70 proc. przypadków u chorych w głębokiej śpiączce możliwa jest pełna rehabilitacja, a więc ich powrót do poprzednio wykonywanych zajęć (...) wybudzenie się wielu pacjentów ze śpiączki, to na pewno nie należy śpieszyć się z mówieniem o cudzie. Raczej należałoby najpierw uznać, że niewiele jeszcze wiemy o zdolności mózgu do regeneracji i o jego plastyczności”⁴⁰.

Przypadek kolejarza z Działdowa Jana Grzebskiego, który uległ wypadkowi w 1988 r., a wybudził się z śpiączki 12 kwietnia 2007 r., nie jest jedyny w Polsce. Dzięki wiedzy, cierpliwej rehabilitacji, jaką prof. Jan Talar, największy w Polsce autorytet w tej dziedzinie, otacza chorych, wybudzony ze śpiączki został Michałek Barański, o którym lekarze mówili do ojca: „Z tego dziecka nic nie będzie. To jest roślina i przez całe życie będzie w takim stanie”⁴¹. Tymczasem dziecko rozwija się, mówi, pamięta, coraz lepiej chodzi i podejmuje naukę. W podobnej sytuacji po wypadku znalazł się 27-letni policjant Ireneusz Skibiński z Kościerzyny. W szpitalu Akademii Medycznej leżał przez miesiąc całkowicie sparaliżowany i nieprzytomny. W rozmowie z matką lekarze Ireneuszowi dawali 2 proc. szans na przeżycie... dopiero prof. J. Talar wybudził policjanta i postawił go na nogi...

Mirosław z Torunia uległ wypadkowi na budowie. „Przed dziesięć laty doznał niemal całkowitego paraliżu ciała po upadku z wysokości

³⁹ Ch. Bernard, *Godne życie, godna śmierć*, op. cit., s. 15.

⁴⁰ J. Norkowski, *Żyją, choć według prawa umarli?*, „Nasz Dziennik” 2009, nr 304, s. 11.

⁴¹ M. Bober, *Mówili, że syn będzie »rośliną«*, „Nasz Dziennik” 2010, nr 101, s. 30.

(...) Dziś może chodzić samodzielnie”⁴² – dzięki lekarskiej opiece profesora J. Talara. W Hospicjum Światło w Toruniu w ciągu 6 lat działalności wybudzono ze śpiączki 17 osób, których stan określano jako wegetatywny.

O tym stanie pacjentów wypowiedział się Jan Paweł II w marcu 2004 r., w czasie międzynarodowego kongresu specjalistów obradującego w Rzymie, poświęconego temu zagadnieniu. Ojciec Święty podkreślił konieczność stawiania właściwej diagnozy w sytuacjach, które określa się technicznie „trwałym stanem wegetatywnym”, ponieważ stan ten nie jest koniecznie nieodwracalny. Papież stwierdził, że „określenie to nie wiąże się z odrębną diagnozą, ale jedynie z umowną prognozą, wynikającą z faktu, że przebudzenie pacjenta ze statystycznego punktu widzenia, tym mniej prawdopodobne, im dłużej trwa stan wegetatywny”⁴³. Ojciec Święty następnie przypomniał, że „istnieją dobrze udokumentowane przypadki przynajmniej częściowego powrotu pacjentów do zdrowia, czasem wręcz po wielu latach; dlatego też można powiedzieć, że medycyna jak na razie nie jest w stanie orzec z pewnością, który ze znajdujących się w tym stanie pacjentów powróci do zdrowia, a który nie”⁴⁴. Jan Paweł II skrytykował termin „stan wegetatywny”, wskazując jego nieadekwatność w odniesieniu do człowieka⁴⁵.

W szpitalach, w opiece paliatywnej w hospicjach jakże to jest ważne, aby z należnym szacunkiem odnosić się do pacjenta – zawsze człowieka, bowiem określenia, które eliminuje Ojciec Święty, gdy są słyszane przez chorego – jak np. Jan Grzebski czy Michałek, słyszący i pamiętający toczone rozmowy, a jeśli w owych rozmowach chory zostaje „wykreślony spośród żyjących”, nazywany jest „wegetującą rośliną”, to niewątpliwie są to psychiczne ciosy w chorego, także w jego rodzinę, która oczekuje od personelu medycznego, osób opiekujących się chorym wsparcia, pocieszenia i budzenia nadziei.

Profesor T. Kielanowski uważa, że gdy złagodzi się ból nękający pacjenta i gdy otworzy się w nim poczucie, że jest komuś potrzebny, to nie będzie on prosił o eutanazję. Osoby, które nie zetknęły się z ludźmi umierającymi, albo zetknęły się tylko sporadycznie, nie potrafią sobie wy-

⁴² *Ibidem*, s. 31. Por. Sz. Babuchowski, *Powrót z krainy snu*, „Gość Niedzielny” 2009, nr 10, s. 22–23.

⁴³ Jan Paweł II, *Człowiek chory zawsze zachowuje swoją godność*, „L'Osservatore Romano” 2004, nr 6, n. 2, s. 21.

⁴⁴ *Ibidem*.

⁴⁵ *Ibidem*, nr 3. Por. J. Bajda, *Dwie rocznice*, *op. cit.*, s. 8–9.

obrazić, jak wielką wolę istnienia mają ludzie w ostatnich chwilach życia. Uruchamiają w tym okresie siły, które przekraczają nasze najśmielsze oczekiwania. Człowiek potrafi walczyć do końca, a walczy tak długo, jak długo ma nadzieję. Nadzieję daje mu rodzina, wiara, rozwój medycyny, a także lekarz i pielęgniarka. W tym trudnym okresie najistotniejszy jest pozytywny, pełen optymizmu kontakt z chorym, kontakt pełen szacunku, zrozumienia, taktu i miłości (...) I należy człowiekowi umierającemu stworzyć maksymalny komfort życia aż do ostatnich godzin. Należy wychowywać społeczeństwo w duchu troski o każdego jego członka”⁴⁶.

Bezwzględny przykład ochrony ludzkiego życia w każdej sytuacji dał Jan Paweł II i tego też uczy Kościół katolicki. Papież nieustannie nauczał, iż wypełnienie przykazania „Nie zabijaj”, to ochrona ludzkiego życia od chwili poczęcia do naturalnej śmierci. Badania prowadzone na próbie 1606 osób, w czternastu środowiskach społecznych na terenie Polski dowiodły, że młodzież i dorośli akceptowali tę naukę: „Zgadzam się z nauką Ojca Świętego, z poglądem na temat aborcji i eutanazji” (gimnazjalista). „Zgadzam się ze wszystkim, szczególnie jestem za poszanowaniem życia od poczęcia do naturalnej śmierci” (student). „Przez nauczanie Jana Pawła II życie ludzkie stało się dla mnie bardzo ważne” (więzień). „Wychowuje nas, że ludzie powinni mieć więcej współczucia dla innych” (studentka). „Z entuzjazmem odnoszę się do prezentowanego przez Ojca Świętego ładu moralnego dla człowieka” (studentka). „Z entuzjazmem odnoszę się do tego, w jaki sposób kocha, poucza i jednoczy ludzi” (student). „Podziwiam wielką miłość i ogromną siłę Papieża. Jego świadectwo umacnia mnie” (niepełnosprawny). „Cenię i kocham Ojca Świętego za nieustanne nawoływanie do dobra i okazywanie miłości miłosiernej tym, co popełniają zło”⁴⁷ (emerytka).

W cytowanych wypowiedziach z badań, które zostały przeprowadzone w 2003 roku, szczególną solidarność z Janem Pawłem II wyraziła młodzież niepełnosprawna z sanatorium „Górka” w Busku Zdroju i ludzie chorzy oraz podeszłego wieku z dwóch Domów Opieki Społecznej w Gorlicach. Należy podkreślić, że identyfikowali się oni silnie z Ojcem Świętym, który czynnie pełnił posługę apostolską Piotra naszych czasów, a z drugiej strony już z trudem mówił i posługiwał się wózkiem inwalidzkim – tak jak oni. Ale nie tylko to – świadectwo radości z życia przenik-

⁴⁶ R. Domżał-Drzewiecka, *Czym jest eutanazja w XX wieku?*, [w:] *Eutanazja a opieka paliatywna*, op. cit., s. 112.

⁴⁷ J. Śledzianowski, *Wpływ Jana Pawła II na życie rodaków*, Kielce 2005, s. 135–137.

niętego ogromnym cierpieniem. Także np. *List apostolski do moich Braci i Sióstr – ludzi w podeszłym wieku*, w którym Papież z całą mocą podkreśla wartość życia, również tego zaawansowanego wiekiem⁴⁸.

Są jednak siły we współczesnym świecie, które upowszechniają „kulturę śmierci”, przedstawiają eutanazję jako wolny „humanitarny” wybór. „Holenderska organizacja Prawo do Śmierci walczy o możliwość eutanazji dla ludzi »zmęczonych życiem«. Jak donosi serwis HLI Europa, powstał już zespół naukowców, którzy domagają się prawa do samobójstwa dla osób, którym się żyć nie chce. Już nawet nie muszą być chorzy”⁴⁹.

Tego rodzaju poglądy za sprawą mediów, wędrówek narodów w ramach Unii Europejskiej, i szerzej, przenikają do naszego społeczeństwa. Wytwarzają klimat „przyjazny” eutanazji, czego wyrazem są badania M. Wciślika, do których odwoływałem się na początku. Otóż na 140 badanych studentów, po 70 osób stanowili mężczyźni i kobiety. Z tej populacji 47 osób, w tym 20 mężczyzn i 27 kobiet, razem 33,6% ogółu wyraziłoby zgodę na własną eutanazję. Większość, tj. 93 osoby (66,4%) jest przeciwna własnej eutanazji. 12 mężczyzn i 7 kobiet dopuszcza eutanazję kogoś z rodziny, razem 13,6%. Przeciwnych zastosowaniu eutanazji wobec członków rodziny było 58 mężczyzn i 63 kobiety, razem 121 osób (86,4%). Za legalizacją eutanazji w Polsce było 19 mężczyzn i 17 kobiet, razem 36 osób, tj. 25,7%⁵⁰.

Powyższe dane, choć pochodzą od małej próby i nie są w pełni reprezentatywne, jednak są autentyczne i winno wzbudzać niepokój to, że znaczący odsetek akademickiej młodzieży oswoił się „ze zjawiskiem eutanazji w świecie”, dając przyzwolenie jej legalizacji, zastosowania „dobrej śmierci” wobec własnej osoby bądź bliskich krewnych. Widać rozdzźwięk między prawem obowiązującym w Polsce i w ogromnej większości wśród krajów współczesnego świata. „Zalegalizowano ją tylko w Holandii, Belgii, Luksemburgu, w Szwajcarii i Japonii, w dwóch amerykańskich stanach – Teksasie i Oregonie, a także w Albanii”⁵¹. Stwarza się jednak klimat medialny sprzyjający upowszechnianiu eutanazji, dlatego należy docenić (jak dotąd) telewizyjny program Szymona Hołowni pod tytułem „Ludzie na walizkach”. Okazuje się bowiem, że „Ludzie

⁴⁸ Jan Paweł II, *List do moich Braci i Sióstr – ludzi w podeszłym wieku*, Watykan 1–10, 1999.

⁴⁹ *Portret grobowy*, „Gość Niedzielny” nr 8, 2010, s. 60.

⁵⁰ M. Wciślik, *Studenci resocjalizacji wobec eutanazji*, op. cit., s. 82–84.

⁵¹ J. Dudała, *Eluana nie żyje*, op. cit., s. 30.

na walizkach” są pomocą dla wszystkich, którzy doświadczyli straty bliskiego i kochanego, przechodzą żałobę, trwają przy chorych, cierpiących, sami są chorzy.

Nawiązując do programu Szymona Hołowni, jego rozmów z ludźmi, którzy znaleźli się na krawędzi życia i śmierci, warto przypomnieć, iż umierający w 1963 roku Jan XXIII – Papież dobroci (tak go wcześniej nazywali), stan swój określił: „moje walizki są już spakowane”. Stadium choroby nowotworowej i zbliżającą się śmierć określił jako ostatnią podróż, w której wystarczą podręczne walizki z tym, co konieczne, aby dotrzeć do Niebieskiego Ojca.

W domu Ojca Niebieskiego jest mieszkań wiele

Przenoszenie ludzkiej śmierci, w niej także tu i ówdzie praktyki eutanazji, na płaszczyznę religijnej wiary, wypływa z samej natury religii, jej duchowego i transcendentnego charakteru, bezpośredniego i immanentnego odniesienia człowieka do Boga. A że tak jest, pragnę znów odwołać się do postaw religijnych badanych przez M. Wciślika 140 studentów. Na pytanie, czy są osobami wierzącymi w Boga, tylko 7 osób, w tym 4 mężczyzn i 3 kobiety, razem 5%, zadeklarowało się jako osoby niewierzące. Pozostałe 133 osoby, czyli 95%, określiły się jako wierzące w Boga. Drugie pytanie dotyczyło wiary badanych w życie wieczne – pozagrobowe. Odpowiedzi były identyczne, tylko 7 osób zadeklarowanych jako niewierzące odrzuciło także życie wieczne w Bogu⁵².

Używając słowa „tylko” wobec 7 osób, biorą pod uwagę wymiar statystyczny, ekonomiczny, polityczny i społeczny, że stracić 5% to jeszcze nie przegrana, gdy dysponuje się poparciem 95%. Ale to jest myślenie w kategoriach ludzkich... Natomiast ekonomia Boska, chrześcijańska jest inna: obrazowo przedstawia ją Chrystus w przypowieści o zagubionej owcy ze stada stu owiec, o synu marnotrawnym, który zaginął i odnalazł się (Łk 15,1-32). Trzeba więc poszukiwać i odnajdywać, z poszanowaniem dla wolności człowieka, bo i takim stworzył go Bóg.

Tak, tylko w środowisku ludzkim, personalistycznym objawia się Bóg. Jest to objawienie szczególnej wymowy dla człowieka, gdyż „jest On niedaleko od każdego z nas. Bo w Nim żyjemy, poruszamy się i je-

⁵² M. Wciślik, *Studenci resocjalizacji wobec eutanazji*, op. cit., s. 75–76.

steśmy” (DzAp 17,27-28). Czyli żyjemy w Bożym środowisku. Ono nas przenika. Księga Rodzaju przecież opisuje ową bliskość Boga spacerującego w Raju (Rdz 3,8), w którym człowieka według naszego pisarza i poety Mieczysława Jastruna – „umieściła wola niewidzialnego sprawcy życia na Ziemi”. Bóg, powołując nas do życia, równocześnie dał nam możliwość rozwoju, bo „wraz z narodzeniem została nam dana niezwykła szansa, w której zawarta jest wiara, miłość i nadzieja” – pisze M. Jastrun. Rzeczywiście, człowiek jest istotą wierzącą, ufającą i miłującą. To ogromna szansa! Jakby ku przestrodze ku wizji jedynie materialistycznego świata, który był narzucony jako jedyny „światopogląd naukowy”, poeta przestrzegał, że „nicość nie jest kategorią z którą można spoufać się”⁵³.

Tomasz Jastrun wprawdzie też zauważa, że istnieje „za duży kontrast między istnieniem a nieistnieniem. Zestawienie naszego krótkiego życia z nicością może nawet spowodować krótkie spięcie i awarię kruchej konstrukcji psychicznej. Powstały więc religie, by dać nam jakąś osłonę, lecz nawet głęboko wierzący w Boga mają problem z wiarą we własną śmierć. Dlatego większość z nas stara się nie myśleć o tym, co tak bardzo nas przerasta (...) Gdy przed laty pisałem o swojej niewierze, budziło to zgorszenie, ale też wielu mi gratulowało (...) Już wiem, że w tej sprawie muszę liczyć tylko na siebie. Nie wolno dopuścić do własnej degradacji przy odchodzeniu. Uważam, że ładne samobójstwo w czas to najpiękniejsze ukoronowanie życia”⁵⁴.

Ubolewam nad takim wyborem Tomasza Jastruna i nad 5% zdeklarowanych studentów ateistów, którzy odrzucają Boga i chcą decydować o swojej śmierci, mają jednak – jak pisał Mieczysław Jastrun – wolny wybór. Ów wolny wybór dotyczy rzeczywiście życia i śmierci, nawet samego Boga, gdyż jak to głęboko przemyślał i przeanalizował Karol Gustaw Jung: „Bóg nie jest stwarzany, lecz wybierany”⁵⁵.

Mam też niepokój o tych zdeklarowanych wierzących w Boga i życie wieczne akademików, którzy aż 28,6% dopuszczają możliwość eutanazji dla siebie, w 20,7% są za jej legalizacją, no i w 8,6% zaaplikowaliby „dobrą śmierć” swoim z najbliższej rodziny być może „bez mrugnięcia okiem”. Bo też w takiej atmosferze medialnej wzrastają, a tworzą ją ludzie z kręgów życia publicznego, jak i Tomasz Jastrun, gdy pisze: „W naszej cywi-

⁵³ M. Jastrun, *Wolność Wyboru*, Warszawa 1969, s. 13.

⁵⁴ T. Jastrun, *Zaśmiecony los*, „Newsweek” 2009, nr 12, s. 112.

⁵⁵ K.G. Jung, *Psychologia a religia*, Warszawa 1970, s. 104; patrz: J. Śledzianowski, *Wiara najlepszą drogą poznania Boga i człowieka*, [w:] *Ku małżeństwu w Chrystusowym Kościele*, Kielce 1994, s. 34–42.

lizacji podupada sztuka samobójstwa, w ogóle umierania. Starożytni byli tu mistrzami”⁵⁶.

To prawda, że starożytni byli mistrzami w zadawaniu sobie i innym okrutnej śmierci. Właśnie tamta starożytna cywilizacja upadła, a powstała nowa – chrześcijańska.

Zapoczątkował ją Jezus Chrystus. Jako młody nauczyciel z Nazaretu ma świadomość, że teraz w Jerozolimie czeka Go śmierć.

W kontekście stwierdzenia T. Jastruna, że starożytni byli mistrzami w sztuce samobójstwa i umierania, raz jeszcze wracam do słów św. Pawła, skierowanych do Rzymian: „Nikt z nas nie żyje dla siebie i nikt nie umiera dla siebie: jeżeli bowiem żyjemy, żyjemy dla Pana; jeżeli zaś umieramy, umieramy dla Pana. I w życiu więc i w śmierci należymy do Pana. Po to bowiem Chrystus umarł i powrócił do życia, aby zapanować tak nad umarłymi, jak i nad żywymi” (Rz14,7-9). Tak więc chrześcijanie – wierzący w Boga przez Jezusa Chrystusa nie mogą uciekać się do pogańskich sztuk samobójstwa i eutanazji.

Razem z laicyzacją i ateizacją szerzącą się na Zachodzie już istnieją stowarzyszenia eutanazyjne, które organizują bankiety pożegnalne i śmierć tym, którzy chcą umrzeć. Natomiast chrześcijanie XXI wieku mają prawo, przywilej i obowiązek swoje całe życie ofiarować Bogu w Chrystusie. Tym, którzy deklarują się, że wierzą w Boga i w życie wieczne, trzeba postawić pytanie, które skierował Apostoł narodów do chrześcijan: „Czy nie wiecie, że którykolwiek jesteście ochrzczeni w Chrystusie Jezusie, ochrzczeni jesteście w śmierci jego? Albowiem w nim jesteście razem pogrzebani w śmierć przez chrzest, aby jak Chrystus wstał z martwych przez chwałę Ojca, tak żebyśmy i my chodzili w nowość życia. Jeśli bowiem zostaliśmy wszczępieni w podobieństwo śmierci jego, to będziemy i w zmartwychwstanie (...) Jeśli zaś umarliśmy z Chrystusem; wierzymy, że też razem będziemy żyć z Chrystusem; wiedząc że Chrystus powstawszy z martwych, więcej już nie umiera, śmierć nad nim więcej nie będzie panować. Skoro bowiem umarł dla grzechu, raz umarł; skoro zaś żyje, żyje dla Boga. Tak i wy rozumieście, że z pewnością umarliście dla grzechu, żyjecie zaś dla Boga w Chrystusie Jezusie Panu naszym” (Rz 6,3-5,8-11).

W Chrystusie naszym Zbawicielu przed Bogiem każda chwila naszego życia nabiera nowego transcendentnego znaczenia i sensu.

Apostoł Paweł, doznając różnorodnego cierpienia, stwierdza, że udręki z radością przyjmuje, aby ofiarować je za Kościół – wspólnotę wierzą-

⁵⁶ T. Jastrun, *op. cit.*

cych i ochrzczonych, których też nazywa Ciałem Chrystusa. Tak i chrześcijanie za przykładem Pawła – a najpierw za przykładem Zbawiciela – Pana Jezusa winni swoje cierpienia, a nawet swoje życie ofiarować za braci i siostry. Tak uczynił np. św. Maksymilian Kolbe 14 sierpnia 1941 roku, gdy poszedł na śmierć głodową za Franciszka Gajowniczka w niemieckim obozie zagłady w Oświęcimiu. Chrześcijańskie i piękne to czyny oddawania krwi czy szpiku dla potrzebujących... zawsze jednak dla życia, a nie ku śmierci. Te czyny miłości mają nie tylko wymiar doczesny – dla ciała, ale także duchowy i wieczny. Wiążą się zawsze z pewnym wyrzeczeniem się samego siebie.

Do tych, którzy chcą iść własną drogą bez Chrystusa i na skróty, z akceptacją dla eutanazji i samobójstwa, choć uważają się za wyznawców Boga, Zbawiciel woła: „Niech się nie trwoży serce wasze. Wierzycie w Boga, i we mnie wierzcie. W domu Ojca mego jest mieszkań wiele (...) Idę przygotować wam miejsce. A gdy odejdę i przygotuję wam miejsce przyjdę znowu i wezmę was do siebie” (J 14,1-3).

Podsumowanie

Promocja eutanazji we współczesnym świecie uprawiana przez jej zwolenników, media, firmy ubezpieczeniowe, transplantologów traktujących ciężko chorych jako materiał pozyskiwania organów do przeszczepów⁵⁷ itp., stwarzają obiektywne zagrożenie dla życia, dlatego eutanazja powinna być zabroniona.

Nawiązując do humanistycznej wizji człowieka, którą rozwijano i pielęgnowano w Europie, począwszy od czasów apostoelskich Piotra i Pawła oraz całej tradycji chrześcijańskiej, należy dziś wychowywać młode pokolenia w zjednoczonej Europie w duchu szacunku i prawa do życia dla każdego człowieka od jego poczęcia do naturalnej śmierci. Jest to podstawowy warunek bezpieczeństwa i pokoju we wspólnocie narodów. Troska o osoby chore, czy starsze świadczy o autentycznym humanizmie, zachowaniu podstawowego chrześcijańskiego prawa – miłości bliźniego.

Za „Der Spiegel” przytoczę tu wzruszający i piękny przykład walki o życie człowieka, jaką podejmuje współczesna medycyna i rodzina chorego – byłego premiera Izraela Ariela Szarona, który od 5 lat znajduje się w śpiączce. „Ariel Szaron skończył w tym roku 82 lata. (...) Przed drzwia-

⁵⁷ Por. T. Pacholczyk, *Pozyskiwanie organów „po trupach”*, „Nasz Dziennik” 2010, nr 158, s. 8.

mi do sali w której leży Szaron, non stop czuwa strażnik. Początkowo każdy, kto wchodził do sali, musiał zakładać sterylne ubrania, maskę na twarz i rękawiczki. Z czasem układ odpornościowy Szarona, wzmocnił się na tyle, że jego życiu nie zagraża nawet zapalenie oskrzeli (...) Stan, w jakim znajduje się Szaron określa się mianem lekkiej śpiączki. Oznacza to, że oddycha samodzielnie, ale karmienie odbywa się za pomocą sondy żołądkowej (...) W ciągu dnia fazy snu przeplatają się z fazami czuwania. Szaron otwiera wtedy oczy, a ktoś z obecnych włącza telewizor. W pokoju często też rozbrzmiewa muzyka klasyczna i oczywiście wiadomości. Synowie Szarona spędzają w szpitalu codziennie kilka godzin i wciąż mają nadzieję, że ich ojciec pewnego dnia się przebudzi, usiądzie w fotelu i będzie mógł wreszcie nacieszyć się widokiem swoich wnuków⁵⁸.

Wydaje się, iż ta nadzieja i pięcioletnie oczekiwanie na pełne świadome rodzinne spotkanie staje się coraz bardziej realne. Oto bowiem „w szpitalu w San Camillo w Wenecji neurologzy dokonali przełomowego eksperymentu. 70-letni mężczyzna po 5 latach życia »w stanie wegetatywnym« zareagował na ich polecenia (...) Neurologzy z weneckiego szpitala poddali mężczyznę stymulacji magnetycznej przez wszczepioną do jego mózgu sondę. Badanie to tzw. TMS (Transcranial Magnetic Stimulation), jest metodą diagnostyczną, ale po raz pierwszy zastosowano ją na pacjencie w stanie wegetatywnym. Po 6 godzinach stymulacji mężczyzna potrafił odebrać z rąk lekarza szklanekę wody i wypić ją, siedząc. W rozmowie z dziennikiem „Avvenire” dr Leontio Battistin, pilotujący badanie stwierdził, że oznacza to konieczność redefinicji stanu wegetatywnego (...) Paradoksalnie, dąży się do zalegalizowania eutanazji takich osób. Dobrze, że medycyna sama wytrąca z rąk rzeczników eutanazji argumenty⁵⁹.

⁵⁸ Ch. Schult, *Izraelski pacjent*, „Forum” 2010, nr 48, s. 24–27.

⁵⁹ J. Bątkiewicz-Brożek: *Przełomowy eksperyment*, „Gość Niedzielny” nr 50, 2010, s. 7.

Konrad Dziadkowiak

Eutanazja a opieka paliatywna – wybrane aspekty etyczne

Zjawisko eutanazji zarówno w światowej debacie publicznej, jak i poprzez praktyczne jej dokonywanie jest znakiem czasów, w których przyszło nam żyć. Powszechność tego zjawiska związana jest ze współczesnym pojmowaniem śmierci i cierpienia. Te zaś w obecnym czasie, w szczególności na gruncie tego, co powszechnie nazywa się cywilizacją zachodnią, uległo zmianie tak, iż stworzyło grunt pod rozszerzanie praktyki eutanazji. Dobrze widać to na przykładzie Holandii, gdzie w roku 2002 „prawo dogoniło praktykę i eutanazja została zalegalizowana. Ustawa mówiła o eutanazji na prośbę dobrowolną, świadomą i wielokrotnie powtarzaną”¹. Pierwszy raport w sprawie zjawiska opracowało Ministerstwo Zdrowia Holandii w 1990 roku. Z dokumentu wynika, że tego roku na terenie Holandii dokonano 25 306 zabiegów eutanazji, zaś 14 691 zabiegów przeprowadzono bez zgody i wiedzy (!) pacjentów².

Rada Zdrowia, będąca organem doradczyni rządu holenderskiego, zdecydowała, aby lekarze akceptowali prośbę o eutanazję wyrażoną przez dziecko, które ukończyło dwunasty rok życia, nawet pomimo sprzeciwu

¹ W. Sinkiewicz, *Cywilizacja – zagrożenie dla życia*, http://www.opoka.org.pl/biblioteka/Z/ZR/eutanazja_fakty1.html [dostęp: 30. 07.2010].

² M. Górnicki, *Eutanazja – miłosierdzie czy morderstwo*, „Ozon” 2005, nr 26, s. 27.

rodziców. Holenderska Fundacja na rzecz Eutanazji (dalej NWE) zaprotestowała przeciw takiej decyzji, uważając, że takie rozwiązanie stanowi dyskryminację dzieci, które nie ukończyły dwunastego roku życia³.

Również w 2002 r. grupa lekarzy z Groningen ogłosiła standardy dotyczące eutanazji noworodków. Aby ta mogła zaistnieć, wymaga się zgody rodziców na uśmiercenie dziecka oraz orzeczenia przez lekarzy o braku możliwości złagodzenia bólu oraz nieuleczalności choroby⁴. Protokół z Groningen stał się na gruncie prawnym bronią dla zwolenników eutanazji⁵.

Poniższa rozprawa ma za cel przybliżyć rozumienie pojęcia „eutanzja” oraz przedstawienie wybranych stanowisk z etycznego punktu widzenia oraz alternatywy dla „eutanzji”.

Próba zdefiniowania oraz typologie terminu eutanazja

Istnieje wiele definicji eutanazji, jednak pewne z podjętych prób definiowania zjawiska są mało spójne i nieprecyzyjne. Może to wynikać z tego, że istnieje wiele zachowań, które składają się na to pojęcie⁶. Poniżej podano przykładowe definicje eutanazji.

Oksfordzki słownik języka angielskiego podaje, że eutanazja jest kierowanym współczuciem spowodowaniem śmierci łagodnej i bezbolesnej u osoby nieuleczalnie chorej i cierpiącej⁷. *Mały słownik języka polskiego* definiuje eutanazję jako „zabójstwo człowieka, pod wpływem współczucia dla jego cierpień, w wypadku nieuleczalnej choroby, czasem na jego żądanie”⁸. *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych* wprowadza rozróżnienie na eutanazję, ortotanazję⁹ oraz zabójstwo z litości¹⁰. Eutana-

³ Por. *ibidem*, s. 28.

⁴ Por. *ibidem*.

⁵ Por. *ibidem*.

⁶ Por. M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*, Kraków 2004, s. 37.

⁷ Por. A. Horny (red.), *Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English*, Warszawa 1988, t. 1, s. 292.

⁸ S. Skorupka (red.), *Mały słownik języka polskiego*, Warszawa 1969, s. 168.

⁹ Ortotanazja to „(...) zaniechanie dalszego sztucznego podtrzymywania życia pacjenta będącego w stanie agonalnym”. Serwis naukowy.pl, <http://www.encyklopedia.naukowy.pl/art/Ortotanazja> [30.07.2010].

¹⁰ Por. M. Szeroczyńska, *op. cit.*, s. 38.

zja definiowana jest jako „skrócenie przez lekarza w szpitalu mąk pacjenta w przedłużającej się agonii za pomocą śmiertelnej dawki środka uśmierzającego ból”¹¹. Ostatnim przykładem niech będzie definicja zaczerpnięta z Wielkiej Encyklopedii PWN: „Eutanazja (z gr. »dobra śmierć«) – powodowane współczuciem zabicie nieuleczalnie chorego człowieka na jego żądanie (...)”¹². Dalej podano podział eutanazji wraz z odpowiednim wyjaśnieniem oraz odniesiono się do samobójstwa wspomaganego. Zdefiniowano także błędne rozumienie eutanazji: „Termin eutanazja bywa błędnie używany dla określenia zabójstwa z innych motywów, na przykład eugeniicznych lub ekonomicznych (tak zwana pseudoeutanazja), a także dla pozbawienia życia człowieka wbrew w wyrażonej przez niego woli życia i leczenia (tak zwana kryptanazja)”¹³.

Zajmijmy się teraz typologią zjawiska. Oto niektóre z istniejących podziałów eutanazji:

1. Eutanazja czynna i bierna:

- eutanazja czynna zachodzi, gdy „śmierć jest wynikiem aktywnego działania, na przykład podania śmiertelnej dawki środka narkotycznego”¹⁴;
- eutanazję bierną można zdefiniować jako „nieuzasadnione medycznie zaprzestanie leczenia w celu przyspieszenia zgonu, motywowane współczuciem dla cierpiącego”¹⁵.

Podział na eutanazję czynną i bierną nastąpił wraz z pojawieniem się środków medycznych pozwalających na długotrwałe utrzymanie pacjenta na skraju życia i śmierci.

2. Eutanazja dobrowolna i niedobrowolna:

- eutanazja dobrowolna, kiedy osoba prosi o doprowadzenie do swojej śmierci¹⁶. Uzasadnieniem tego rodzaju eutanazji bywa argument „wolności człowieka i jego prawa do stanowienia o końcu własnego życia”¹⁷;
- eutanazja niedobrowolna, gdy „chory nie jest w stanie wyrazić swojej woli (...), natomiast jego wola pozbawienia go życia została albo przed-

¹¹ W. Kopaliński, *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Łódź 2000, s. 160.

¹² *Wielka Encyklopedia PWN*, Warszawa 2002, t. 8, s. 465.

¹³ *Ibidem*, s. 466.

¹⁴ M. Szeroczyńska, *op. cit.*, s. 38.

¹⁵ T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Warszawa 2002, s. 219.

¹⁶ Por. M. Szeroczyńska, *op. cit.*, s. 38.

¹⁷ T. Ślipko, *Zarys Etyki Szczegółowej*, Kraków 2005, t. 1, s. 250.

stawiona w uprzednio podpisanym przez niego dokumencie, tak zwanym «testamencie życia», albo wyznaczył on osobę trzecią jako pełnomocnika do podejmowania w jego imieniu decyzji w sprawie własnego życia i śmierci, albo jego wola „jest wstecznie odtwarzana na podstawie zeznań świadków przez sąd, który ostatecznie podejmuje decyzję”¹⁸;

3. Eutanazja samobójcza i zabójcza:

- eutanazja samobójcza jest to „bezpośrednie zadanie sobie samemu śmierci przez osobę nieuleczalnie chorą, celem skrócenia doznawanych nadmiernych cierpień; decyzja ta podjęta jest pod wpływem uświadomienia sobie ich beznadziejnej nieuleczalności lub zwątpienia w możliwość ich dalszego znoszenia”¹⁹;
- eutanazja zabójcza, gdy „sprawcą śmierci cierpiącej osoby jest nie ona sama, ale (...) ktoś inny”²⁰.

Przy przedstawieniu różnych podziałów należy również wspomnieć o kryptanazji, czyli zabiciu człowieka bez jego zgody i potajemnie ze względu na jego cierpienie²¹.

Widzimy, jak różne czynniki decydują o podziale eutanazji. Wielość podziałów nie wpływa jednak na etyczną wartość tego aktu.

Wybrane spojrzenia na eutanazję w świetle etyki lekarskiej

Kodeks Etyki Lekarskiej w Polsce wyraźnie stwierdza, że lekarz nie ma prawa stosować eutanazji.

W art. 95 belgijskiego kodeksu deontologicznego umyślne doprowadzenie do zakończenia życia chorego, bez względu na motywy postępowania lekarza, stanowi przestępstwo²².

Istnieje jednak szereg wypowiedzi pozytywnych lub częściowo pozytywnych w odniesieniu do aktu eutanazji. Przyjrzyjmy się niektórym z nich.

¹⁸ M. Szeroczyńska, *op. cit.*, s. 38.

¹⁹ T. Ślipko, *op. cit.*, s. 111.

²⁰ *Ibidem*, s. 249.

²¹ Por. J. Brusilo, *Lekarz wobec kresu życia ludzkiego*, Kraków 2004, s. 293.

²² Por. M. Szeroczyńska, *op. cit.*, s. 145.

Holenderskie Królewskie Towarzystwo Medyczne w raporcie z 1975 r. uznało, że eutanazja bierna w większości wypadków jest właściwym postępowaniem jako odpowiedź na prośbę pacjenta²³. Odnosnie do eutanazji czynnej stwierdzono: „w okolicznościach wyjątkowych może okazać się konieczne celowe zastosowanie środków paliatywnych w zbyt dużych dawkach”²⁴.

W 1976 r. Szwajcarska Akademia Nauk Medycznych wydała dokument zatytułowany *Rechtlinie für die Sterbehilfe*, którego sformułowania wskazują na dopuszczenie w praktyce lekarskiej na terenie Szwajcarii eutanazji biernej wobec niektórych pacjentów oraz zakazanie zarówno eutanazji czynnej, jak i pomocnictwa w samobójstwie²⁵.

Z dokumentów z zakresu etyki lekarskiej zostały przytoczone tylko wybrane z nich. Nie pozwalają nam one ocenić, jak bardzo dotychczas wydane dokumenty są zbieżne, a na ile różne w podejściu do sprawy eutanazji. Ponieważ nie ma tu miejsca na przytaczanie większej ilości przykładów, powołam się na osobę pani Małgorzaty Szeroczyńskiej z Akademii Pedagogiki Specjalnej. W swej interesującej rozprawie *Eutanazja i wspomaganie samobójstwa na świecie* stwierdziła, że lekarskie samorządy narodowe sprzeciwiają się eutanazji czynnej i wspomaganemu samobójstwu, z wyjątkiem samorządów lekarskich Belgii, Holandii Szwajcarii²⁶. „Bez wyjątku wszystkie samorządy lekarskie dopuszczają jednak możliwość odstąpienia od terapii lub w ogóle jej nie wszczynania, jeżeli jest to zgodne z wolą pacjenta albo niezasadne z medycznego punktu widzenia”²⁷.

Eutanazja – etyka lekarska a dehumanizacja medycyny

Postaramy się teraz zwrócić uwagę na relację między etyką lekarską a eutanazją w świetle współcześnie mającej miejsce dehumanizacji medycyny w praktyce sztuki lekarskiej. W pierwszym rzędzie przyjrzymy się, czym charakteryzuje się owa dehumanizacja.

²³ Por. *ibidem*, s. 142–143.

²⁴ *Ibidem*, s. 143.

²⁵ Por. *ibidem*, s. 145–146.

²⁶ Por. *ibidem*, s. 176.

²⁷ *Ibidem*, s. 160.

Przyczyn tego zjawiska można szukać w odchodzeniu od etosu lekarza w oparciu o Przysięgę Hipokratesa, zmianie paradygmatu medycyny w aspekcie leczenia oraz zagubieniu sensu cierpienia.

W obecnym czasie można zauważyć dewaluację sztuki lekarskiej jako *ars* powołania do czegoś szlachetnego i wyjątkowego – ochrony życia ludzkiego, nieoderwanego jednak od innych aspektów bycia osobą. Lekarz staje się dla niektórych ludzi zawodem niewiele różniącym się od innych. Wydaje się, że w pewnym stopniu zanika wrażliwość na pacjenta. Być może słuszny wydaje się kontrargument, iż wynika to z uwarunkowań, w jakich przyszło nam żyć. Populacja świata w XX w. jest o wiele większa niż nawet w XIX w. Służba zdrowia zyskała wymiar bardziej „masowy”, co nie ułatwia, a być może utrudnia empatię w kierunku pacjenta ze strony leczącego. Nawet, jeśli potrzeba masowego udzielania pomocy medycznej staje się przeszkodą w prawidłowym przeżywaniu relacji lekarz-pacjent, nie usprawiedliwia to zaniku empatii, wrażliwości na ludzkie cierpienie i ból, gdyż są to podstawowe uczucia i reakcje psychologiczne człowieka. Pomimo „zeczyniania” trudnych sytuacji, które stanowi nieodłączny aspekt działalności lekarskiej dzisiaj, lekarz powinien rozumieć potrzebę wrażliwości i empatii i starać się w nich ćwiczyć.

Prawdopodobnie ważniejszy powód stanowi obecna sytuacja kulturowa. W cywilizacji europejskiej oraz pochodnych od niej cywilizacjach następuje zachwianie podstawowych wartości oraz ich hierarchii, wkrada się postawa egoistyczna, zaś postawa charytatywna zostaje nierzadko spłycona do czystego aktywizmu.

Takie zamieszanie w sferze etycznej we współczesnej kulturze, w której żyją i kształcą się do służby medycznej przyszli lekarze, prowadzi również do tego, iż w środowiskach lekarzy pojawiają się dewiacje etyczne, prowadzące do odchodzenia od klasycznego pojęcia lekarza i sztuki lekarskiej.

„Słowa Hipokratesa z liczącego tysiące lat *Corpus Hippocraticum*, bez względu na przypisywane autorstwo, nic nie straciły na wartości, mimo zmienionych warunków cywilizacyjnych postępu technik leczniczych. Nie można tu nawet mówić o zasadach cywilnych czy religijnych, ponieważ dzięki odniesieniu do bóstw i ze względu na ściśle zawodową treść, Przysięga Hipokratesa stanowi tekst uniwersalny światopoglądowo”²⁸.

Przeanalizujemy następujący fragment Przysięgi: „Będę podejmować lekarskie decyzje dla pożytku chorego zgodnie z moimi zdolnościami

²⁸ J. Brusilo, *op. cit.*, s. 280.

i moim osądem, strzec się będę jednak przed tym, by użyć ich na szkodę i w nieprawny sposób”²⁹. Z fragmentu tego wynika, że zadaniem lekarza jest stosowanie zabiegów leczniczych. Jak ma się ten tekst w odniesieniu do lekarza zadającego eutanazję lub asystującemu przy niej w jakikolwiek sposób? W samym stwierdzeniu „lekarz zadający eutanazję” widoczny jest paradoks. Z Przysięgi Hipokratesa, której słowa są wciąż aktualne wynika, że zadaniem lekarza jest leczyć, a nie zadawać śmierć. Czyż patrząc dzisiaj na niektóre środowiska lekarskie, lansujące poglądy proeutanatyczne, nie widzimy wyraźnego zatarcia podstaw etosu lekarza? Z czym jeszcze wiąże się to zaciemnianie? Z przekształceniem pojęcia dobra etycznego.

Zwolennicy eutanazji nie popierają jej, uważając za czyn niegodziwy, ale wręcz moralnie dobry lub przynajmniej uznając za mniejsze zło. Również w cytowanym tekście przysięgi mowa jest o „pożytku chorych”, czyli o ich dobru. Jednak w wypadku proeutanatystów pojęcie dobra wydaje się zafałszowane. O tym szerzej powiemy w dalszej części niniejszej rozprawy.

Dobro człowieka, także cierpiącego i zbliżającego się do kresu życia, dotyczy całej osoby, zarówno jej sfery fizycznej, psychicznej, umysłu i woli. Nie ulega wątpliwości, że odebranie życia człowiekowi jest jego zubożeniem w sferze duchowej, nie pozwala bowiem na realizację siebie w pełni, jak mogła nastąpić np. podczas tej odebranej części życia w cierpieniu – nie pozwala na heroiczną postawę, która jest szczytem postawy człowieka i wynika z jego godności jako osoby ludzkiej. Eutanazja więc występuje przeciw tej sferze dobra ludzkiego. Dzieje się to w bardzo ważnym aspekcie, mianowicie ludzkiej godności. Eutanazja stanowi zafałszowanie dobra, ponieważ osoba jej poddana zostaje zubożona o tę jego część, w której uczestniczyłaby, gdyby nie rozstała się z życiem. Ktoś może powiedzieć, że na akt eutanazji pozwala dobrowolny wybór człowieka. Takie stwierdzenie wynika jednak z przyjęcia koncepcji wolności od wszystkiego i do wszystkiego, a jest to koncepcja błędna. Tego, że jest ona błędna, dowodzi nie tylko logika, ale samo doświadczenie życiowe.

Z czego wynikać może zafałszowana koncepcja dobra pacjenta? Być może odpowiedzą nam na to słowa badacza dokumentów etyki medycznej Kazimierza Szewczyka, dotyczące obecnego stanu norm tejże etyki: „celem działań medycznych jest nie tyle chory człowiek, ile przede

²⁹ *Lekarze – Lista dyskusyjna polskich i polonijnych lekarzy*, <http://polscy-lekarze.net/edytor4/protes02.html> [dostęp: 30.07.2010].

wszystkim »życie i zdrowie ludzkie« oraz »przeciwdziałanie cierpieniu«. Takie ujęcie zadań medycyny sprawia, że życie, zdrowie i brak cierpienia poczynają odrywać się od jednostki i stają się czymś na kształt platońskich samoistnych bytów idealnych. Z pola widzenia lekarza znika cierpiący chory, a jego miejsce zaczyna zajmować abstrakcja: służba zdrowia mniej służy ludziom, a bardziej oderwanym od nich wyidealizowanym celom³⁰. Skoro lekarz wyciąga niejako z pacjenta jako całości duchowo-cielonej jego życie i zdrowie, i oderwane od osoby ludzkiej stawia na piedestale, zostaje zachwiana podstawowa sprawa – sposób prawidłowego postrzegania drugiego człowieka, a tym samym wykrzywiony zostaje obraz dobra pacjenta, a za tym postępuje błędne rozumienie służby zdrowia. Stanowi to jedną z najgorszych konsekwencji, lekarz nie ma świadomości nieprawidłowego widzenia swojej misji i swego pacjenta. Rzeczywistość ta zostaje ostatecznie odwrócona i dobro pacjenta staje się złem, a zło dobrem. To zafałszowanie obrazu i pojęcia dobra pacjenta toruje drogę dla traktowania eutanazji jako rzekomo dobrego wyboru dla cierpiącego.

Na innym miejscu Przysięga mówi: „Nikom, nawet na żądanie, nie dam śmiertelnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał (...). W czystości i niewinności zachowam życie swoje i sztukę swoją”. Organizacje lekarskie oraz lekarze popierający eutanazję całkowicie odeszli w tym względzie od etosu hipokratejskiego, bowiem eutanazja wiąże się zarówno z daniem śmiertelnej trucizny, z doradzaniem jej oraz z dopuszczeniem do jej podania.

Załamanie się starożytnego wzorca medycyny i posługi lekarza może prowadzić do tego, że „współczesne kodeksy etyki lekarskiej reprezentują raczej formalny, legalistyczny sposób wartościowania. Prawo i etyka medyczna nastawiona jest na łagodzenie konfliktu interesów, jakiegokolwiek nie na budowanie etosu medycyny, na określanie moralnych zobowiązań jakiegokolwiek cnót. (...). W rozwoju kodeksów etyki lekarskiej mówi się nawet o tendencji porzucenia formułowania jakiegokolwiek zbioru zasad moralnych dla lekarza i minimalizowanie ich wymagań³¹. J. Brusilo stwierdził zaś, iż „proces dehumanizacji, autonomizacji i technologiczacji w ramach relacji lekarz–pacjent i zasad tradycyjnej etyki lekarskiej szybko może doprowadzić do zmian w istocie medycyny³². To wszystko

³⁰ K. Szewczyk, *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*, Warszawa–Łódź 2001, s. 178–179.

³¹ J. Brusilo, *op. cit.*, s. 281.

³² *Ibidem*, s. 287.

napędza dalszą machinę wykrzywień owego etosu wśród kolejnych pokoleń lekarzy, tak że niełatwo odnaleźć wspólny zbiór cnót, który pasowałby do charakterystyki lekarza z powołania³³. Konsekwencją jest akceptacja eutanazji i uznanie jej za rzeczywistość moralnie dobrą.

Nasze rozważania nad eutanazją prowadziliśmy w aspekcie odchodzenia od etosu lekarza opartego na Przysiędze Hipokratesa. Pojawił się wątek kryzysu ideału lekarza i etyki medycznej. Jaki jest związek między eutanazją i owym kryzysem? Jak twierdzi jeden z profesorów prawa Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu M. Filar: „problematyka ta dotyczy kwestii wręcz węzłowych dla istoty powołania lekarskiego oraz aksjologii relacji lekarz–pacjent”³⁴.

Wiemy, że mimo istnienia Kodeksu Hipokratesa w historii świata byli lekarze, którzy dopuszczali się eutanazji i przyjmowali pieniądze za pomoc w samobójstwie³⁵. „Prawdopodobnie jest to pozostałość jakichś zwyczajów z czasów, gdy ukształtował się znany nam dziś ideał hipokratesowski”³⁶. Jednak we współczesnych nam czasach wykrystalizowała się „kultura śmierci”, która stanowi zagrożenie dla etyki tradycyjnej, wywodzącej się z Basenu Morza Śródziemnego i kształtującej „kulturę życia”. Pojawienie się cywilizacji śmierci nie nastąpiło nagle, ale kształtował ją proces, który w szczególny sposób przyspieszył w XX wieku. Dlatego też lekarze obecnie spotkać się mogą z wieloma szkołami myślenia dotyczącymi cierpienia i śmierci³⁷. „Medycyna za filozofią przechodzi na stanowiska skrajnie materialistyczne i egoistyczne”³⁸. Jedną z postaw dotyczących cierpienia i śmierci człowieka, znamionującą naszą epokę jest tak zwany „światopogląd tajgetejski”³⁹. Cechuje go kryptanazja oraz pogląd głoszący, że należy eliminować ze społeczności ludzi starszych, słabych

³³ Por. E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *For the Patient's good: the restoration of beneficence in health care*, New York, Oxford University Press 1988, s. 21–46.

³⁴ M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Zakamycze 2000, s. 310.

³⁵ Por. E. J. Garson, D. W. Amundsen, *A Different Death. Euthanasia & the Christian Tradition*, Downers Grove, InterVesity Press 1998, s. 34.

³⁶ J. Busiło, *op. cit.*, s. 291.

³⁷ Por. *ibidem*, s. 292.

³⁸ *Ibidem*, s. 292.

³⁹ Terminu tego używa Ryszard Fenigsen, znawca tematyki eutanatycznej. Wyjaśnienie terminu związane jest z przekazem na temat postępowania Spartan z dziećmi nieznanymi za silne i zdrowe. Były one porzucane na wzgórzach Tajgetos, zostawiane „na pastwę dzikich psów i drapieżnych ptaków. (...) Nie wiadomo, czy jest to prawdziwy przekaz, czy też plotka rozpowszechniana przez politycznych przeciwników Sparty”. R. Fenigsen, *Eutanazja. Śmierć z wyboru?*, „W drodze” 1994, s. 13.

i schorowanych, w celu skrócenia ich cierpienia⁴⁰. Jest to walka z cierpieniem i bólem przez zabójstwo człowieka.

Według dra Fenigsena lekarze tajgetejscy twierdzą, że przyczynienie się do śmierci osób niepełnosprawnych, starych, samotnych i chorych umysłowo stanowi dobro dla tego człowieka. Dalej, że pomoc medyczna różni się od innych form pomocy ludziom w sytuacjach zagrożenia, dlatego lekarz nie ma obowiązku niesienia pomocy. Poza tym przyjmują sformułowania: „i tak wszyscy musimy umrzeć”, „leczenie i tak nigdy nikomu nie pomogło”, więc nie ma sensu terapia mająca uratować życie człowieka, „działania lekarskie nie są ani dobre, ani złe”, czyli nie można ich oceniać moralnie; twierdzą też, że nie można przedłużać ludzkiego istnienia sztucznymi środkami⁴¹. Podstawę dla sztuki lekarskiej tajgetejskiej stanowi „jakość życia”, „zakładająca z góry względność poziomu życia i wykluczająca inne, poza tajgetejskimi, kryteria ważności życia ludzkiego”⁴². Ostatnia z tez przytaczanych przez Jerzego Brusilo za doktorem Fenigsenem głosi wyższość wartości pomocy udzielanej przez lekarzy tajgetejskich dla tysięcy głodnych od wartości życia oraz zdrowia jednostek⁴³.

Powyższa koncepcja diametralnie różni się od klasycznej koncepcji sztuki lekarskiej jakiegokolwiek leczenia. Paradoksem jest stosować określenie „lekarz” do ludzi głoszących takie tezy. Z powyższych twierdzeń wynika między innymi brak wrażliwości na jednostkę, co jest właściwe rzetelnej służbie lekarskiej. Inny wniosek to zafałszowana koncepcja dobra, zredukowana do aspektu utilitarnego. Dobro człowieka wiąże się z jego „użytecznością”. W konsekwencji człowiek chory, stary nie może być w żaden sposób szczęśliwy, bo życie w takim stanie nie jest dla niego dobrem. Od takiego spaczonego pojęcia dobra człowieka niedaleko do podporządkowania jednostki społeczeństwu. Dopóki jest on przydatny, sprawny, ma prawo żyć. W innym razie należy oszczędzić mu tego trudu i ułatwić życie innym. W rzeczywistości zaś to społeczeństwo jest utworzone dla dobra i rozwoju jednostek, nie zaś odwrotnie.

Poprzez postawienie tezy, że „działania lekarskie nie są dobre ani złe”, następuje niwelowanie moralności sztuki medycznej, co prowadzi do ni-

⁴⁰ J. Brusilo, *op. cit.*, s. 293.

⁴¹ *Ibidem*, s. 293–294.

⁴² *Ibidem*, s. 294.

⁴³ Por. *ibidem*.

hilizmu moralnego. Moralność natomiast jest niepodzielnie związana z pracą każdego lekarza, gdyż służba medyczna zakłada czyny ludzkie, a te mają wartość moralną. Dalej lekarze tajgetejscy stawiają jakość życia nad wartość życia jako takiego, a to życie jest fundamentalną wartością, nie zaś jego jakość. W takim oto kontekście eutanazja wyłania się jako wartość.

Po dosyć krytycznej refleksji nad upadkiem obecnej kultury, dla zachowania obiektywnie istniejącej równowagi, należy podkreślić za prof. Jerzym Brusilo, że lekarz nadal we współczesnym świecie „jest obrońcą życia”⁴⁴, pomimo licznych przypadków wykrzywień sztuki lekarskiej i etosu lekarza, w których obrębie rozwinęła się eutanazja i pseudofilozofia tajgetejska. Wykrzywienia te świadczą o istnieniu „mentalności przeciwko życiu”⁴⁵.

Podsumowując tę część, warto nawiązać do teorii zmiany paradygmatu Thomasa S. Kuhna. Teoria ta, przeniesiona na grunt medycyny może opisać interesujący nas w aspekcie eutanazji postępujący proces dehumanizacji medycyny i sztuki medycznej. Ową dehumanizację możemy określić jako zmianę negatywną paradygmatu lekarza i leczenia. Kuhn twierdzi, że paradygmat stanowi „to wszystko, co przedstawiciele danej dyscypliny naukowej uznają za oczywiste. Paradygmat konstytuuje (...) strukturę, w obrębie której poruszają się uczeni”⁴⁶. Przenosząc więc Kuhnowskie pojęcie paradygmatu na grunt medycyny, paradygmatem nazwiemy przesłanie moralne Hipokratesa, zawarte w Przysiędze Hipokratesa, przyswajane i realizowane przez lekarzy na przestrzeni wielu setek lat. Dalej stosując analogię do teorii Kuhna, zwróćmy uwagę, że według niego „nauka nie rozwija się stopniowo, lecz skokami. Przez długie okresy paradygmat nauki nie zmienia się i uczeni rozwiązują trapiące ich problemy zostając w obrębie aparatury pojęciowej tego paradygmatu. (...). Wcześniej czy później dochodzi do sytuacji kryzysowej, paradygmat załamuje się i następuje rewolucja naukowa”⁴⁷. Dostrzegając obecne próby legalizacji eutanazji, „proces ewolucji dokumentów światowych i europejskich, rozwodnienie kategorii personalistycznych i nieskuteczność

⁴⁴ *Ibidem*, s. 295.

⁴⁵ *Ibidem*.

⁴⁶ *Ibidem*.

⁴⁷ H. R. Wulff, S. A. Pederson, R. Rosenberg, *Filozofia medycyny. Wprowadzenie*, Warszawa 1993, s. 10.

etycznych postulatów humanizacji kresu życia ludzkiego⁴⁸, możemy zadać sobie pytanie, czy nie są one początkiem „rewolucji etycznej w rozumieniu Kuhna i upadku całej etyki tradycyjnej”⁴⁹?

Ostatni problem, który zostanie przybliżony w naszych rozważaniach nad związkiem między eutanazją i dehumanizacją medycyny stanowi kryzys sensu cierpienia człowieka. Wiek XX i XXI dla świata zachodniego jest czasem, w którym spotykamy się z zanikiem widzenia sensu ludzkiego cierpienia. Zjawisko eutanazji wiąże się ze zmianą postawy wobec dramatu cierpienia. Coraz mniej dostrzegana jest wartość tego stanu osoby ludzkiej zarówno dla niej samej, jak i dla innych ludzi. Zastanówmy się, jakie mogą być przyczyny jednoznacznie i skrajnie negatywnego pojmowania przez wielu zjawiska cierpienia.

Postawa taka może powstawać w związku ze wspomnianym już zjawiskiem kultury śmierci, która prezentuje zdegradowaną moralność. Pociąga to za sobą spłylenie wartości życia ludzkiego do jego materialnej sfery. Eliminacja sfery duchowej pociąga za sobą bezsens cierpienia. Jak bowiem można dostrzec wartości niematerialne, które tworzy człowiek cierpiący, skoro zawęża się postrzeganie człowieka i świata do aspektu doczesnego i materialnego? „Poprzednie pokolenia posiadały większą wrażliwość na wartości ludzkie. Życie człowieka było traktowane, jako wartość najwyższa, absolutna i bezdyskusyjna. Przemiany cywilizacyjne, zmiany mentalności społeczeństwa wysoko uprzemysłowionego oraz coraz powszechniejsze prądy liberalne spowodowały zmiany tradycyjnych poglądów. Nie było potrzeby uzasadniać tak oczywistych praw, jak wartość życia ludzkiego”⁵⁰.

Kolejnym czynnikiem może być brak równowagi między postępem technicznym a ewolucją antropologiczno-etyczną⁵¹. Zachłyśnięcie się technologią i nauką zawęża jednocześnie widzenie sfery wartości moralnych, niematerialnych, może prowadzić do ich zapomnienia, niezrozumienia; stają się one przeszkodą dla ludzi przyjmujących postawę konsumpcyjną.

⁴⁸ J. Brusilo, *op. cit.*, s. 297.

⁴⁹ *Ibidem*.

⁵⁰ *Ibidem*.

⁵¹ Por. *ibidem*, s. 298.

Z powyżej wspomnianym brakiem równowagi wiąże się, jak widzimy, zagubienie antropologii filozoficznej i prezentowanych przez nią wartości, szczególnie wartości życia ludzkiego, jako *najwyższej* i nienaruszalnej, o czym wspomniano powyżej; zagubiono również specyfikę osoby w ujęciu tej antropologii.

Wobec braku sensu cierpienia eutanazja stanowi pewien sposób odpowiedzi na ten stan: ma wypełnić pustkę egzystencjalną osoby cierpiącej lub bliskich przytłoczonych cierpieniem. Jednak stanowi ona odpowiedź fałszywą. „Ulga w cierpieniu polegająca na pozbawieniu życia nie prowadzi przecież do żadnej „jakości życia, nie prowadzi do życia w ogóle”⁵². Wartość życia człowieka cierpiącego jest mniejsza od uśmiercenia. Brak życia staje się wartościowszy od życia. Brak ten fałszywie zostaje uznany za dobro ontologiczne i etyczne. Jest to zakłamanie, gdyż wartość życia ludzkiego jest wartością nienaruszalną i nadrzędną, gdyż jest tożsama z „substancjalną bytowością osoby ludzkiej”⁵³. Jej stopniowanie ze względu na „jakość życia” jest niedopuszczalne. „Tego typu myślenia nie można przyjąć wobec problemów ludzkiej egzystencji, ponieważ taki tajgetejski świat byłby światem bezdusznym, przeznaczonym tylko dla ludzi bogatych, mądrych i zdrowych”⁵⁴. Jak zauważa S. Olejnik „lekarz ma obowiązek przeciwstawiać się „(...) opiniom co do tej rzekomej degradacji człowieka. Nie może jej stanowić choroba – w jakiejkolwiek postaci, czy to krańcowej niemocy, czy wielkiego bólu lub odpychającego wyglądu, czy też nieznośnego zachowania się pacjenta. Człowiek w swoim bycie ludzkim nie może się nigdy zdegradować, czyli przestać być człowiekiem. Degradują go etyczne występki, zwłaszcza zbrodnie”⁵⁵. Eutanazja zaś niewątpliwie do takich należy.

Widzimy, jakie pomieszanie pojęć nastąpiło w sferze antropologiczno-etycznej. Dla niektórych to życie w cierpieniu degraduje człowieka, natomiast odebranie życia stanowi niedopuszczenie do tej degradacji. Tymczasem w rzeczywistości jest odwrotnie. Eutanazja stanowi pozornie dobrą odpowiedź na trud cierpienia; w rzeczywistości odbiera człowiekowi możliwość heroicznego życia do naturalnej śmierci oraz zabiera możliwość ubogacania siebie i innych swym życiem w trudnym darze

⁵² *Ibidem*, s. 299.

⁵³ Por. T. Ślipko, *op. cit.*, s. 225.

⁵⁴ *Ibidem*, s. 299.

⁵⁵ S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Katowice 1995, s. 104.

cierpienia W dalszych rozważaniach przybliżymy argumentację zwolenników eutanazji samobójczej opartą o ich naturalistyczną filozofię cierpienia oraz odpowiemy na nią.

Współczesna argumentacja za i przeciw eutanazji samobójczej w oparciu o filozofię cierpienia w ujęciu naturalistycznym i chrześcijańskim

W ujęciu filozofii naturalistycznej cierpienie nie posiada sensu, stanowi zagrożenie dla człowieka, powoduje jego udrękę, a „w wypadku nieuleczalnej choroby nie zawiera w sobie żadnych twórczych pierwiastków”⁵⁶. Takie pojęcie cierpienia wywodzi się z naturalistycznej koncepcji człowieka, w myśl której świat człowieka ograniczony jest do świata fenomenów. W takim ograniczonym pojęciu rzeczywistości dokonywana jest analiza życia wewnętrznego istoty ludzkiej.

Ta spłycona koncepcja człowieka właśnie przez jej pozorne uproszczenie doprowadza do widzenia cierpienia jedynie w jego negatywnym aspekcie. Po przeciwległej stronie istnieje chrześcijańska antropologia filozoficzna, która pozwala kontrargumentować powyższe twierdzenia, gdyż dostrzega pozytywne aspekty cierpienia, które pozostaje jako takie złem, i uzasadnia swoje twierdzenia w tym względzie.

Naturalistyczna filozofia cierpienia zakłada nieistnienie sfery duchowej w człowieku i rzeczywistości transcendującej świat fenomenów; chrześcijańska filozofia cierpienia ujmuje je na gruncie obu tych płaszczyzn jako ze sobą zintegrowanych⁵⁷. „Jakkolwiek nawet w ramach tej perspektywy nie można o cierpieniu powiedzieć, że samo w sobie posiada zarodki moralnej wartości, mimo to pozostaje prawdą, że jest tą wartością *per participationem*, a mianowicie, o ile służy za narzędzie do urzeczywistnienia wartości moralnych, samo nabiera wartości moralnej”⁵⁸. Cierpienie dla człowieka staje się możliwością samodoskonalenia, jeżeli człowiek pogodzi się z nim i zrozumie ten jego sens.

Cierpienie, choć zawsze może służyć samodoskonaleniu moralnemu, nie zawsze musi być przyjęte przez człowieka. Dlatego więc etyka chrze-

⁵⁶ T. Ślipko, *Życie i pleć człowieka*, Kraków 1978, s. 500.

⁵⁷ Por. *ibidem*.

⁵⁸ *Ibidem*, s. 501.

ścijańska sprzeciwia się aktowi eutanazji? Postawa ta wynika z teorii źródeł moralności aktów ludzkich⁵⁹. Człowiek ma prawo przeciwstawiać się cierpieniu, jednak tylko w sposób moralnie dobry. Jak ma się to do aktu eutanazji samobójczej?

Otóż istotą takowej jest czynność samobójcza. Jej treść stanowi więc godzenie w ludzkie życie. To ostatnie zaś jest wartością podstawową i nadrzędną, której cierpienie jest podporządkowane, a nie odwrotnie⁶⁰.

Zwolennicy eutanazji niejednokrotnie traktują ją jako uwolnienie od bólu i bezsensu dalszego istnienia. Poglądy te są jednak popierane przez subiektywną ocenę moralną, nie stanowią żadnej racjonalnej argumentacji za aktem eutanazji. Mówią one o motywach skłaniających do eutanazji. Wraz z ich uznaniem pojawia się zafałszowane spojrzenie na moralne konsekwencje tego typu aktów. Rozwiązanie to więc nie niweluje zła bólu, chociaż je skraca; jednak dokonuje się to w sposób niegodziwy i w ostateczności mniejsze zło bólu fizycznego zostaje zastąpione większym złem aktu moralnie niegodziwego, jakim pozostaje czyn samobójczy. Istnieje jednak inna alternatywa.

Opieka paliatywna i śmierć z godnością jako alternatywy dla eutanazji

Zadaniem opieki paliatywnej jest leczenie i opieka nad chorym, którego rozpoznane stadium choroby nie pozwala żywić racjonalnych nadziei na wyleczenie, natomiast można się spodziewać zgonu w niedalekiej przyszłości. Stan chorobowy takiej osoby charakteryzuje się „zmieniającymi i nasilającymi objawami somatycznymi oraz narastającym cierpieniem psychosocjalnym i duchowym”⁶¹.

Medycyna paliatywna ma na celu poprawienie jakości życia osoby śmiertelnie chorej⁶², a tym samym pomoc w godnym przeżyciu ostatnich chwil. „Uzyskuje się to fachowym leczeniem objawowym oraz wsparciem psychosocjalnym i duchowym, udzielanym choremu i jego najbliż-

⁵⁹ Por. *ibidem*, s. 502.

⁶⁰ Por. *ibidem*.

⁶¹ J. Łuczak, J. Kujawska-Tenner, *Medycyna paliatywna*, http://www.gdzie.pl/hospicjum/chorzow/gl98_05-98-18.htm [dostęp: 30.07.2010].

⁶² Por. *ibidem*.

szym, co wymaga wiedzy i umiejętności praktycznych z wielu dziedzin medycyny i psychologii oraz umiejętności komunikowania się i właściwych cech osobowościowych”⁶³. W 1987 roku Rogal College of Physicians uznał medycynę paliatywną za odrębną specjalność medyczną⁶⁴.

Dlaczego opieka paliatywna i śmierć z godnością mogą stanowić alternatywę dla eutanazji?

Jak już powiedzieliśmy, istotą decyzji na podjęcie aktu eutanazji nie jest chęć zadania śmierci, ale zafałszowany obraz dobra człowieka oraz naturalistyczna koncepcja cierpienia. Zwolennicy eutanazji uważają, iż kiedy chory prosi o śmierć, rzeczą nieludzką byłoby odmawiać mu „pomocy”. Jak twierdzi dr nauk med. Jerzy Umiastowski, przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Izby Lekarskiej, taki argument jest sofizmatem, „to znaczy logicznym wywodem opartym na fałszywym, ale nieujawnionym założeniu, w celu wprowadzenia rozmówcy w błąd. Sofizmat, w przypadku eutanazji, polega na tym, że (z bardzo nielicznymi wyjątkami) prośba chorego o pozbawienie go życia nie jest świadomą decyzją podjętą przez człowieka rozumiejącego znaczenie czynu i zdolnego świadomie kierować swoim postępowaniem, ale objawem choroby”⁶⁵.

Prośba taka występuje u ludzi w stanach terminalnych. Choremu przeżywającemu ból totalny⁶⁶ towarzyszy depresja psychiczna. Jej przyczyną jest obserwowanie przez chorego szybko zachodzących zmian swojej osobowości⁶⁷. Dr Umiastowski wymienia wśród nich: nieodwracalną stratę swego wieloletniego zawodu; więzy rodzinne zyskują wymiar nerwowej troski o chorego, tym większej im bardziej jest on kochany; zanika kontakt osób; chory, słysząc optymistyczne sądy co do swego stanu zdrowia, nie mogąc w nie uwierzyć, zaczyna myśleć, że bliscy kłamią; chory obserwuje coraz bardziej niepokojące zmiany w swoim wyglądzie; traci sprawność fizyczną, pozornie staje się kimś innym, nawet dla samego siebie⁶⁸.

W stanie bólu totalnego i przy towarzyszącej mu depresji przychodzą natrętne myśli samobójcze. Pomocą takiej osobie będzie działanie w ce-

⁶³ *Ibidem*.

⁶⁴ Por. *Ibidem*.

⁶⁵ J. Umiastowski, *Opieka paliatywna jako alternatywa dla eutanazji*, „Służba Życiu” 2003, nr 10, s. 16.

⁶⁶ Ból totalny – rodzaj bólu występujący u chorych w stanie terminalnym; ogarnia człowieka zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej (ciężka depresja). Por. J. Umiastowski, *op. cit.*, s. 16.

⁶⁷ Por. *ibidem*, s.16.

⁶⁸ Por. *ibidem*.

lu przywrócenia jej utraconej osobowości. Bardzo ważne jest działać bez pośpiechu. Poprzez autosugestię należy przed wejściem do pomieszczenia chorego zapomnieć o swoich troskach, aby chory mógł stać się centrum uwagi. Po wejściu do niego odwiedzający nie musi starać się dużo mówić, ale być otwartym na chorego i jego słuchać. Taka postawa pomaga choremu odczuć, że jest osobą, „co w połączeniu z farmakologiczną, czy raczej szerzej biotechnologiczną, likwidacją bólu fizycznego usunie ból totalny”⁶⁹. Taki przebieg sytuacji prowadzi chorego do afirmacji jego sytuacji i chęci życia aż do naturalnej śmierci⁷⁰.

Dr Jerzy Umiastowski w swoim artykule przytacza świadectwo na powyższą teorię: „W krańcowo zaniedbanym mieszkaniu leżała chora w terminalnym stanie ciężkiego totalnego bólu. Mąż alkoholik, nie mogąc znieść istniejącej sytuacji, był permanentnie pijany i agresywny wobec chorej. Pracownicy hospicjum opanowali ból totalny, co spowodowało radykalną zmianę zachowania męża, który stał się po raz pierwszy w życiu życzliwym dla swojej żony. Pacjentka mówiła, że nigdy nie była tak szczęśliwa, jak w tych ostatnich dniach życia. Mąż alkoholik nawet zadał sobie trud, aby uładzić mieszkanie. Po kilku tygodniach chora zmarła spokojnie, bez dolegliwości bólowych i depresji”⁷¹.

Istnieją również przypadki, kiedy człowiek chory prosi o pozbawienie go życia w wyniku swojej suwerennej decyzji. Dr Umiastowski odpowiada, że lekarz w reakcji na taką prośbę nie może dopuścić się eutanazji, gdyż czyn, o który proszony jest lekarz, nie jest problemem medycznym i nie można od lekarza oczekiwać spełnienia takiej prośby⁷².

Obecnie istnieją wielorakie środki łagodzenia cierpień zgodne z powszechnymi normami etycznymi oraz hospicja, w których opieka paliatywna jest zapewniona. Jednak ta alternatywna możliwość pomocy choremu zamiast wyboru eutanazji wymaga ciągłego rozwoju na całym świecie, bowiem istnieją miejsca, gdzie opieka paliatywna słabo prosperuje. Do takich miejsc można zaliczyć Holandię. „Większość naszych lekarzy jest słabo obeznana z nowoczesnymi środkami i zabiegami paliatywnymi”⁷³ – twierdzi Holender, dr Karl Guning, przewodniczący Światowej

⁶⁹ *Ibidem*, s. 17.

⁷⁰ Por. *ibidem*.

⁷¹ *Ibidem*.

⁷² Por. *ibidem*.

⁷³ *Ibidem*.

Federacji Lekarzy Szanujących Ludzkie Życie. Z kolei „Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne (...) publicznie przyznało się do kompetencyjnych braków związanych z uśmierzaniem bólu”⁷⁴.

W treści pojęcia godnej śmierci zawiera się w nim: „łagodzenie bólu, odkrycie sensu cierpienia, towarzyszenie umierającemu (opieka psychologiczna i religijna)”⁷⁵. Można zatem postawić tezę, że opieka paliatywna zawiera w sobie postulat godnej śmierci. Odwołując się zaś do wcześniejszych fragmentów naszej pracy, dotyczących pojmowania cierpienia i śmierci, fałszów odnośnie do cierpienia zawartych w naturalistycznej filozofii cierpienia oraz prawdy dotyczącej cierpienia zawartej w chrześcijańskiej filozofii cierpienia, możemy wysunąć tezę, że opieka paliatywna i możliwa dzięki niej godna śmierć stanowią realną i dobrą moralnie alternatywę dla chorego, któremu proponuje się moralnie niegodziwą eutanazję lub który sam ją rozważa.

Podsumowanie

Niech zakończenie powyższych rozważań stanowią słowa dra hab. Tadeusza Biesaga z Katedry Bioetyki Uniwersytetu Jana Pawła II w Krakowie:

„Wraz z naszym zaistnieniem dana nam jest ontyczna i aksjologiczna godność bycia człowiekiem, która staje się normą moralności, pozwalającą oceniać, jakie zachowania ludzkie są dla nas godne, a jakie niegodne, lub lepiej – godziwe i niegodziwe. Sens etyczny tego określenia głosi, że nawet w niegodnych warunkach człowiek może i powinien zachować się godnie.

(...) Przewrotnością jest podważać wartość czyjegoś istnienia i jego prawo do życia ze względu na złe warunki społeczne lub chorobę”⁷⁶.

⁷⁴ *Ibidem*.

⁷⁵ „Logos i Ethos” 2(2005), s. 92.

⁷⁶ T. Biesaga, *Eutanazja, śmierć godna czy niegodna?*, <http://biesaga.info/wp-content/uploads/2009/11/IV.-5.-Biesaga-T.-Eutanazja-%C5%9Bmier%C4%87-godna-czy-niegodna-MP-42005-s.22-25.pdf> [dostęp: 30.07.2010].

Magdalena Żurowska
Jakub Grochowski
Bartłomiej Wolak

Aspekt teoretyczny stresu w pracy ratownika medycznego

Wprowadzenie

Wykonywana przez człowieka praca jest jednym z istotnych czynników wpływających na jego dobrostan, tak psychiczny, jak i fizyczny. Może stać się ona główną przyczyną satysfakcji życiowej bądź przeciwnie – powodować nadmierny stres i prowadzić do wypalenia się. Kłopoty w pracy niejednokrotnie stanowią źródło frustracji oraz cierpienia psychicznego jednostki. Problem stresu w pracy i niejednokrotnie związanego z nim wypalenia zawodowego został zauważony już kilkadziesiąt lat temu, jednak i dziś stanowi poważny problem społeczny, którego znaczenie w dalszym ciągu jest umniejszane. Wśród profesji szczególnie narażonych na zjawisko długotrwałego stresu w pracy znajduje się między innymi praca ratownika medycznego, co zostało potwierdzone w naszych badaniach, które przeprowadziliśmy w lipcu oraz sierpniu 2010 roku wśród ratowników medycznych pracujących na terenie Krakowa.

Zawody, których wspólną cechą jest ciągły kontakt z ludźmi i zaangażowanie emocjonalne w ich problemy są szczególnie narażone na rozwój wypalenia zawodowego. Amerykański psycholog Elliot Aronson znany m.in. z eksperymentu lat siedemdziesiątych „Jigsaw Classroom” („Klasy

z puzzli”) określa przyczyny wypalenia: „Wypalenie jest rezultatem długotrwałego lub powtarzającego się obciążenia w wyniku długoletniej intensywnej pracy dla innych ludzi (...). Wypalenie jest bolesnym uświadomieniem sobie [przez osoby pomagające], że nie są w stanie już więcej pomóc tym ludziom, że nie mogą dać im więcej i całkowicie zużyły swoje siły”¹.

Do osób tych zalicza się między innymi pielęgniarki, lekarzy, nauczycieli, prawników, pracowników socjalnych, kuratorów sądowych, psychologów, pedagogów, terapeutów, księży oraz ratowników medycznych czy innych osób na co dzień zajmujących się pomocą drugiemu człowiekowi.

Charakterystyka pojęcia stresu

Pierwsze badania nad stresem prowadził H. Selye, który tym terminem określił niespecyficzną reakcję organizmu, powstałą w wyniku działania szkodliwych bodźców tzw. stresorów. Reakcja ta, zwana „Ogólnym Zespołem Adaptacyjnym” (GAS) przebiega w trzech kolejnych stadiach. Pierwszym jest stadium reakcji alarmowej, kiedy zostają zmobilizowane siły obronne organizmu. Kolejne to stadium odporności, gdy następuje pełne przystosowanie do zaistniałego stresora. Ostatnie jest stadium wyczerpania, będące skutkiem zużycia całej energii przystosowania, do czego dochodzi, gdy stresor jest wystarczająco silny i działa odpowiednio długo².

Również we współczesnych czasach problematyka stresu i radzenia sobie z nim cieszy się dużym zainteresowaniem przedstawicieli różnych dyscyplin nauki, głównie tych zajmujących się człowiekiem – medycyny, psychologii oraz socjologii. Obecnie w literaturze istnieje kilka definicji stresu, najczęściej cytowaną jest ta opracowana przez R.S. Lazarusa i S. Folkmana. Według niej, stres to „określona reakcja między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi”³.

Inna definicja charakteryzuje stres jako „zespół specyficznych i niespecyficznych (ogólnych) reakcji organizmu na zdarzenia bodźcowe, któ-

¹ E. Aronson, *Człowiek – istota społeczna. Wybór tekstów*, Warszawa 2005.

² J. Strelau, *Psychologia*, t. 3, Gdańsk 2000.

³ I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak, *Człowiek w sytuacji stresu*, Katowice 2000.

re zakłócają jego równowagę i wystawiają na poważną próbę lub przekraczają jego zdolności radzenia sobie”⁴.

Reakcja organizmu na bodźce stresowe może mieć charakter biologiczny bądź psychologiczny. Według H. Selye, twórcy najbardziej znanej teorii stresu biologicznego, reakcja stresowa stanowi niespecyficzny układ zmian psychofizycznych. Działanie nawet zróżnicowanych czynników wywołuje w organizmie takie same reakcje, których wielkość i natężenie zależy od konkretnej jednostki. Na poziomie biologicznym percepcja stresorów przebiega podobnie do odbioru np. bólu – fakt zadziaływania bodźca jest odbierany przez receptory, a następnie drogami nerwowymi zostaje przenoszony do centralnego systemu nerwowego. W przypadku stresorów najpierw trafia do układu limbicznego, gdzie dochodzi do oceny emocjonalnej bodźca, a następnie do kory mózgowej, w której następuje jego interpretacja poznawcza. Jeśli zaistniałe zdarzenie zostanie ocenione jako niezagrożające, reakcja stresowa nie powstanie. W odwrotnej sytuacji dojdzie do odpowiedzi organizmu w postaci stresu, związanego z pobudzeniem układu wegetatywnego lub hormonalnego. Układ wegetatywny, składający się z dwóch przeciwstawnie działających części – układu współczulnego i przywspółczulnego, między innymi poprzez wpływ na gruczoły dokrewne i mięśnie gładkie jest odpowiedzialny za utrzymywanie stałej równowagi środowiska wewnętrznego. Pobudzenie układu współczulnego powoduje mobilizację organizmu, przejawiającą się między innymi przyspieszeniem tętna oraz oddechu, podniesieniem ciśnienia krwi, poszerzeniem źrenic czy napływem większej ilości krwi do mięśni oraz mózgu. Zmiany te są odczuwane przez jednostkę jako szybsze bicie serca, pocenie się dłoni, „ucisk” w żołądku czy ogólne napięcie mobilizujące do działania. Pobudzenie układu przywspółczulnego wywołuje odwrotny efekt – ogólnego odprężenia i odbudowy zasobów organizmu. Do mobilizacji organizmu dochodzi szybko, natomiast do zwolnienia jego tempa pracy wprost przeciwnie.

W przypadku przedłużającego się lub powtarzającego oddziaływania stresorów reakcja obronna organizmu staje się bardziej złożona i obejmuje trzy stadia GAS (wspomnianego wcześniej „Ogólnego Zespołu Adaptacyjnego”). W stadium reakcji alarmowej, będącym pierwszą fazą GAS, organizm zostaje zmobilizowany do obrony, jednak równocześnie dochodzi do obniżenia odporności organizmu. W tej fazie zostają zaktywizowane mechanizmy hormonalne oraz nerwowe, mają miejsce

⁴ P.G. Zimbardo, E.L. Ruch, *Psychologia i życie*, Warszawa 1994.

zmiany napięcia mięśniowego, zmiany metaboliczne, jak również zmiany w układzie sercowo-naczyniowym. Jeśli stresor jest zbyt silny lub jego działanie przedłuża się, to reakcja alarmowa przechodzi w fazę adaptacji (inaczej zwaną fazą odporności), kiedy dochodzi do obniżenia aktywności tych mechanizmów, które zostały wcześniej uruchomione w fazie pierwszej. W tym stadium odporność organizmu znacznie wzrasta, gdyż zostają aktywizowane mechanizmy przystosowawcze do działających stresorów. W wyniku tego najczęściej następuje stan biernej tolerancji stresorów. Dalsze narażenie na działanie szkodliwych bodźców prowadzi do fazy wyczerpania, która może kończyć się śmiercią organizmu. Nie jest to proces nieodwracalny: jeśli dotyczy tylko jednej części organizmu, to po okresie wypoczynku jednostka może powrócić do normalnego stanu. W zwykłych warunkach człowiek przechodzi jedynie przez pierwsze dwie fazy, gdyż tylko niezwykle silny stres prowadzi w krótkim czasie do wyczerpania i śmierci⁵.

Pojęcie stresu psychologicznego jest zjawiskiem złożonym, który można rozumieć na dwa sposoby. Z jednej strony stres może być utożsamiany z czynnikami zewnętrznymi, które uniemożliwiają człowiekowi zaspokajanie potrzeb i wykonanie zamierzonych zadań. Stanowi to dla niego zagrożenie oraz wpływa na obniżenie poczucia własnej wartości. Z drugiej strony stres psychologiczny może być rozumiany jako zmiany w procesach emocjonalnych i motywacyjnych człowieka, zachodzące pod wpływem wspomnianych czynników. Opisywane zmiany mimo ustąpienia przyczyn, utrzymują się jeszcze przez jakiś czas, zaś długotrwały oraz bardzo silny stres może skutkować głębokimi zmianami w osobowości człowieka.

Istnieją trzy fazy stresu psychologicznego, opisane przez J. Reykowskiego. Pierwsza, faza mobilizacji, to czas, kiedy dochodzi do aktywizacji procesów psychologicznych takich jak np. procesy spostrzegania i myślenia. W wyniku dużej koncentracji na konkretnych zadaniach, reakcje człowieka są wtedy szybsze i bardziej intensywne, a jego zachowanie zmienia się na błyskawicznie stosowanie do sytuacji. W tym czasie stres nie osiąga jeszcze dużego natężenia, a człowiek próbuje z nim walczyć. W drugiej fazie tzw. fazie rozstrojenia, w wyniku przedłużającego i nasilającego się stresu następuje obniżenie poziomu czynności psychicznych – trudno skupić uwagę, jak również przewidywać skutki własnych działań. Jednostka zaczyna przejawiać oznaki strachu lub gniewu, gdyż

⁵ W. Oniszczenko, *Stres to brzmi groźnie*, Warszawa 1998.

jej emocje wyrykają się spod kontroli. W ostatniej fazie destrukcji człowiek nie potrafi dokonać adekwatnej oceny sytuacji, następuje obniżenie poziomu motywacji, co często skutkuje rezygnacją z dalszego działania i prób radzenia sobie. Może dojść do następujących zachowań: gwałtowny płacz, poszukiwanie pomocy, ucieczka, jak również agresja, skierowana przeciwko innym ludziom, przedmiotom lub przeciwko sobie. Jeśli powstałe pobudzenie i napięcie emocjonalne będą tłumione i nie zostaną rozładowane, to w warunkach przedłużającego się lub często powtarzającego działania mogą stanowić przeciążenie dla organizmu i wywołać negatywne zmiany w jego funkcjonowaniu.

Wydaje się, że pewien poziom stresu jest potrzebny do życia, gdyż odpowiednie jego natężenie mobilizuje nas do działania i pokonywania codziennych przeszkód. Stąd można wyróżnić dwa rodzaje stresu. Pierwszy to tzw. eustres, który spełnia wspomnianą pozytywną funkcję mobilizującą. Drugi rodzaj, nazywamy dystresem, występuje, gdy zostanie przekroczona granica stresu pozytywnego, czyli eustresu. Określenie dystres równoznaczne jest ze stresem nadmiernym czy negatywnym⁶.

Niewielki poziom stresu chroni przed uczuciem znużenia oraz mobilizuje do działania, jednak jego zbyt wysoki poziom może być niebezpieczny dla zdrowia, zwłaszcza gdy towarzyszy on jednostce przez długi czas. Wystąpienie wymienionych poniżej symptomów nie zawsze będzie świadczyć o pozostawaniu pod wpływem stresu. Stanie się tak, gdy pojawi się kilka objawów równocześnie. Symptomy te można sklasyfikować w następujący sposób:

- Krótkotrwałe objawy fizyczne, takie jak: przyspieszony oddech oraz akcja serca, wzrost aktywności gruczołów potowych, napięcie mięśni, zimna skóra, kończyny, dłonie oraz stopy, mdłości, suchość ust, potrzeba oddania moczu, biegunka. Wspomniane symptomy stresu biologicznego są wynikiem zwiększonego wydzielania adrenaliny.
- Krótkotrwałe obniżenie efektywności pracy, które przejawia się m.in.: utratą satysfakcji z pracy, trudnościami w podjęciu decyzji, postrzeganiem sytuacji jako zagrożenia, a nie wyzwania, zmianą funkcjonowania umysłu (generowanie negatywnych myśli, utrata/załamanie pewności siebie, zawężenie uwagi, upośledzenie zdolności koncentracji, obniżenie zdolności radzenia sobie z trudnościami), doświadczaniem roztargnienia, lęku czy frustracji.

⁶ L. Kulmatycki, *Stres, joga, relaksacja*, Wrocław 1993.

- Długotrwałe objawy fizyczne takie jak: zmiana apetytu, uczucie zmęczenia, różnego rodzaju dolegliwości (bóle pleców, problemy trawienne, bóle głowy, wysypka skórna), zaburzenia w aktywności seksualnej. Powstają one w wyniku przewlekłej ekspozycji na podwyższony poziom adrenaliny, co prowadzi do zaburzeń.
- Symptomy emocjonalne obejmują takie stany jak: niepokój, lęk, złe samopoczucie, trudności w koncentracji uwagi, poczucie utraty kontroli i przygnębienie, zmiany nastroju, trudności ze spaniem, sięganie po alkohol i papierosy, zmiana nawyków żywieniowych, obniżenie popędu seksualnego. Są one wynikiem długotrwałego narażenia na stres.
- Symptomy na poziomie zachowania przejawiają się: szybkim i głośnym sposobem mówienia, obgryzaniem paznokci, uderzaniem palcami o blat stołu, nerwowym przemierzaniem pokoju, tikami nerwowymi, brakiem troski o własny wygląd, złymi nastrojami (irytacja, agresja, przesada w sposobie reagowania), spadkiem efektywności (negatywne nastawienie, niezdolność do koncentracji, kłopoty z pamięcią, popełnianie większej liczby błędów, a w konsekwencji większa podatność na wypadki)⁵.
- Sytuacja trudna to pojęcie, które często jest używane jako synonim stresu. Zachodzi ona wtedy, gdy nie istnieje adekwatny związek pomiędzy zadaniem, czynnościami oraz warunkami zewnętrznymi i/lub wewnętrznymi człowieka. Zdarza się to, gdy mimo normalnych warunków człowiek nie jest w stanie zaspokoić swoich potrzeb czy osiągnąć zamierzonego rezultatu w swoim działaniu⁴. Można wyróżnić następujące sytuacje trudne:
- deprywacja – rodzaj sytuacji trudnej, w której brakuje lub jest ograniczony dostęp do podstawowych elementów niezbędnych do normalnego funkcjonowania organizmu np. brak pokarmu, izolacja. W ekstremalnych przypadkach deprywacja prowadzi do utraty wartości, co z kolei może doprowadzić do utraty sensu życia, a przy długotrwałej deprywacji do śmierci;
- przeciążenie – sytuacja trudna, gdy trudność zadania znajduje się na granicy możliwości fizycznych bądź umysłowych jednostki. Długotrwałe przeciążenie prowadzi do zmęczenia, zniechęcenia, jak również wyczerpania;
- utrudnienia – sytuacja, kiedy możliwość wykonania zadania jest ograniczona z powodu pojawienia się przeszkód lub braku potrzebnych elementów np. niezbędnego sprzętu czy informacji.

- zagrożenia – sytuacja trudna, w której pojawia się zagrożenie wobec cennej wartości, takiej jak zdrowie czy pozycja społeczna. W momencie zagrożenia człowiek próbuje zlikwidować istniejące zagrożenie lub przed nim uciec. Towarzyszy temu lęk, co dezorganizuje racjonalne myślenie i paradoksalnie może prowadzić do zwiększenia zagrożenia.
- konflikty motywacyjne – sytuacja, gdy występują sprzeczne dążenia jednostki bądź sytuacja wyboru pomiędzy dwoma elementami o tej samej wartości. Proces podejmowania decyzji trwa wtedy długo i towarzyszy mu wzrost napięcia emocjonalnego.

Przykłady sytuacji stresowych w pracy ratownika medycznego

Ratownik medyczny to zawód w Polsce stosunkowo młody – pierwsze szkoły kształcące personel medyczny w kierunku ratowania życia i zdrowia zaczęły powstawać w 1992 roku. Do niedawna społeczeństwo przywykło traktować pogotowie ratunkowe jako wygodną instytucję, dzięki której bez wychodzenia z domu można dostać receptę lub otrzymać poradę od lekarza specjalisty. Wraz z wejściem w życie Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r.⁷, gdy w karetkach pojawili się ratownicy medyczni, pogotowie ratunkowe, przynajmniej teoretycznie, przestało pełnić funkcję „przychodni na kółkach”. Spowodowane jest to między innymi uprawnieniami ratowników, które ograniczają ich działania tylko do sytuacji nagłego stanu zagrożenia zdrowia lub życia. Wprowadzenie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego⁸, jasno scharakteryzowało procedury, które może samodzielnie wykonywać ratownik medyczny w celu ratowania życia i zdrowia.

Ze względu na charakter wykonywanej pracy ratownicy medyczni często spotykają się w niej z sytuacjami trudnymi. Żargonowe powiedzenie „Dobry ratownik to żywy ratownik” przypomina, że na osobę pomagającą

⁷ Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz.U. Nr 191, poz. 1410).

⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego (Dz.U. z 2007 r., Nr 4, poz. 33).

ludziom znajdującym się w stanie zagrożenia życia czyha wiele zagrożeń, w tym realna groźba utraty zdrowia lub życia. Wszystkie sytuacje trudne obecne w pracy ratownika medycznego można podzielić na grupy:

- sytuacje deprywacji – pojawiają się, gdy np. nie można zaspokoić potrzeb psychicznych ratownika. Przykładem może być brak zauważalnych pozytywnych efektów w ratowaniu życia. Najczęściej po wstępnym zabezpieczeniu pacjenta na miejscu zdarzenia, w wyniku przekazania go w ręce personelu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, ratownik medyczny traci z nim kontakt i nie jest w stanie obserwować ani często być świadomym jego powrotu do zdrowia. Dodatkowo nie rzadko w pracy zawodowej mają miejsce przypadki, w którym pomimo wszelkich starań nie udaje się kogoś uratować. Ratownicy, tak jak inni pracownicy, oczekują zauważalnych pozytywnych efektów swoich działań, będących miarą ich pracy i warunkujących samoocenę zawodową;
- sytuacje przeciążenia – dają poczucie nie radzenia sobie z zadaniami w pracy. Ze względu na niewysokie zarobki ratownicy bardzo często pracują więcej – dodatkowe godziny w tej samej pracy, a nieraz druga praca na pełen etat są bezpośrednim powodem występowania zmęczenia i znużenia pracą, czym rozpoczyna się zespół wypalenia zawodowego. Cierpią z tego powodu nie tylko sami ratownicy, ale i ich rodziny, a także niestety i pacjenci;
- sytuacje utrudnienia – spotykane w pracy już coraz rzadziej problemy z brakiem odpowiedniego sprzętu czy obecnością sprzętu o niskiej jakości lub w ograniczonej ilości. Częste natomiast są problemy wynikające z utrudnionego kontaktu z pacjentem będącym w stanie ciężkim, co utrudnia udzielanie skutecznej pomocy. Konieczność prowadzenia dokumentacji medycznej, podobnie jak w całej służbie zdrowia niezwykle obszernej i szczegółowej, zwłaszcza gdy, ze względu na poważny stan pacjenta, brak na to czasu również należy do sytuacji utrudnienia;
- sytuacje zagrożenia – notorycznie obecne w pracy ratownika medycznego. Można do nich na pewno zaliczyć: zagrożenie zakażeniem różnymi chorobami (np. AIDS, HCV), kontakt z pacjentem agresywnym, często pijanym lub pod wpływem narkotyków, nieprzyjazny tłum gapiów, akcja ratunkowa prowadzona w niebezpiecznych warunkach, pomoc niebezpiecznym przestępcom i wiele, wiele innych;
- sytuacje konfliktowe – te sytuacje można podzielić na intrapersonalne (wewnątrzpsychiczne) oraz interpersonalne (między osobami). Do intrapersonalnych może należeć konieczność udzielenia pomocy kil-

ku poszkodowanym, np. w wypadku masowym. Próba niesienia równoczesnej pomocy zbyt dużej liczbie pacjentów prowadzi automatycznie do obniżenia jej jakości, przez co dochodzi do spadku satysfakcji i samooceny ratownika. Do sytuacji interpersonalnych należą konflikty z pacjentem, współpracownikami, przełożonymi czy członkami innych służb, biorących udział w niesieniu pomocy. W łagodzeniu różnego rodzaju konfliktów międzyludzkich podstawą jest bycie asertywnym w stosunku do siebie oraz innych, z którym ma się do czynienia w codziennej pracy.

Ratownictwo medyczne to dziedzina, której nieodłącznym towarzyszem jest stres. Stres, którego źródłem bardzo często jest drugi człowiek. Czasem jest nim sam pacjent, a czasem osoby, z którymi przyjdzie współdziałać w udzielaniu pomocy. Ratownik medyczny jest częścią kilkusobowego zespołu, jak również współpracuje z lekarzami, pielęgniarkami, ratownikami z innych karettek oraz Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych. Ma bezpośredni kontakt z rodziną pacjenta, co może być szczególnie trudne w sytuacji nagłego zachorowania czy wypadku dziecka, gdy musi pokonać strach i panikę jego rodziców. Ratownik często przechodzi przez cienką barierę prywatności chorego, a nawet jego intymności. Wchodzi na teren jego mieszkania, zastaje go w chwilach największych słabości, słabości nie tylko fizycznych, ale również psychicznych i społecznych. Badając pacjenta, ma bliski kontakt z ciałem pacjenta, narusza jego strefę intymną. Sytuacja ta jest stresująca zarówno dla ratownika, jak i dla samego pacjenta. Pacjent oczekuje od ratownika szybkiego i profesjonalnego działania, ulżenia w cierpieniu, skupienia na jego osobie i zaangażowania.

Istnieje kilka najczęstszych stresorów w pracy ratownika medycznego, będących podstawowym źródłem stresu:

- poczucie braku kontroli – w zawodzie ratownika jest wiele czynników, na które ma on wpływ oraz takie, które znajdują się poza jego kontrolą, np. współpraca z innymi pracownikami służby zdrowia, proces zaopatrzenia i leczenia pacjenta po ciężkim wypadku, konfrontacja ze śmiercią dziecka itp.;
- poczucie niepewności – może ono wynikać z wątpliwości co do słuszności dokonywanych wyborów, jak również powątpiewania we własne umiejętności. Codziennością pracy w ratownictwie medycznym jest konieczność podejmowania w krótkim czasie trudnych decyzji, od których może zależeć ludzkie życie. W związku z tym pojawia się niepewność jako jeden z największych stresorów, mogących prowadzić do zespołu wypalenia zawodowego;

- poczucie niespełnienia oczekiwań – każdy człowiek od osób, którym w jakimś stopniu świadomie pomaga liczy, na wdzięczność czy choć „dziękuję”. Podobne oczekiwania, często nieświadome, ma ratownik medyczny w stosunku do osób, którymi się opiekuje, pomaga w trudnej sytuacji, nierzadko nawet ratuje życie. Jednak w chwili zagrożenia jego zdrowia czy życia pacjent skupiony jest na sobie i nie myśli, by w tym momencie okazywać komuś wdzięczność. Chwila refleksji przychodzi po uspokojeniu nerwów i sytuacji, najczęściej, gdy ratownika nie ma już w pobliżu i nie można mu podziękować za jego pomoc. Wszystko to może powodować u ratownika odczucie, że więcej daje od siebie, niż otrzymuje w zamian;
- stres pracy zmianowej – wynika głównie z zaburzenia naturalnego cyklu dobowego, czyli pracy w dzień, a snu w nocy. Jest on jednak wpisany w pracę w ratownictwie medycznym, gdyż służby niosące pomoc muszą być bezustannie dostępne, a jakoś ich działania musi być taka sama w dzień i w nocy. Praca zmianowa niesie za sobą niekorzystne skutki dla organizmu, takie jak zaburzenia snu, chroniczne zmęczenie, co prowadzi do rozregulowania organizmu oraz zaburzeń w życiu rodzinnym i społecznym. Przyczynia się do nasilenia negatywnych odczuć, pogorszenia stanu zdrowia i fizycznego, i psychicznego. Powoduje obniżenie poczucia satysfakcji, wzrost napięcia, pogarszającą się samoocenę oraz spadek efektywności działania. Dla pracodawców oznacza to obniżenie wydajności i bezpieczeństwa pracy oraz zwiększenie absencji chorobowej.

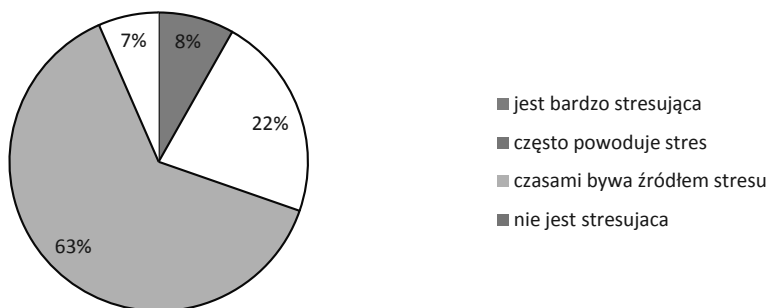
Wymienione powyżej stresory to tylko przykłady spośród wielu innych obecnych w pracy ratownika medycznego. Jedne z najczęściej wymienianych to konflikt w zespole, konflikt z przełożonymi, brak niezależności oraz przemęczenie. Kolejnym stresorem, niezależnym od samych ratowników są zmiany społeczne, ekonomiczne czy polityczne np. zmiany systemów opieki zdrowotnej, zmiany płac czy zmiany w nastawieniu społecznym. Nie można nie wspomnieć o tak zwanej aferze „łowców skór” Łódzkiego Pogotowia, po której znacznie zmalało zaufanie społeczne do pracowników pogotowia ratunkowego. Wiele badań dowodzi, że stres w pracy ratowników powiązany jest z następującymi czynnikami: niskim statusem społecznym, brakiem możliwości awansu, brakiem zaufania społecznego, bardzo dużą odpowiedzialnością oraz niskim wynagrodzeniem.

Analiza stresu w pracy wśród badanych ratowników medycznych

Poniżej przedstawiamy analizę zebranego materiału i wyniki badań na temat stresu w pracy ratownika medycznego. Badania zostały przeprowadzone w lipcu i sierpniu 2010 roku wśród ratowników pracujących w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym (stacje: Kraków, ul. Łazarza oraz Wieliczka, Gdów, Mogilany, Węgrzce) oraz w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych kilku krakowskich szpitali: Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym, 5 Wojskowym Szpitalu z Polikliniką, Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Ludwika Rydygiera, Miejskim Szpitalu Specjalistycznym im. Gabriela Narutowicza. Celem pracy było poznanie sposobów radzenia sobie ze stresem, stosowanych przez ratowników medycznych na terenie Krakowa i okolic oraz występowanie wśród nich objawów wypalenia zawodowego. W badaniu uczestniczyły 122 osoby pracujące w zawodzie ratownika medycznego. Wśród osób badanych znalazło się 38 kobiet oraz 84 mężczyzn.

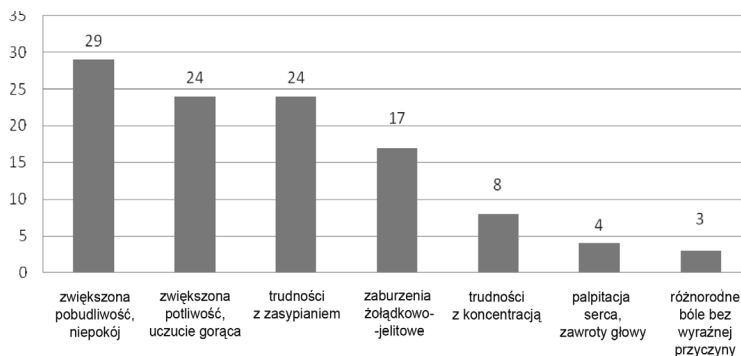
Respondenci w kolejnych pytaniach ankiety byli pytani między innymi o to, czy uważają swoją pracę za stresującą, czy zauważyli u siebie któryś z wymienionych w pytaniu objawów w momencie stresu lub jakie emocje pojawiają się podczas narażenia na sytuacje trudną, których jak wiadomo w ratownictwie jest ilość niezliczona.

W ankiecie zadane zostało pytanie: „Czy uważa Pan (i) Swoją pracę za stresującą?”. Najwięcej pytanych uznało, iż praca przez nich wykonywana bywa czasami stresująca (77 osób). Część osób (27) uważa, że praca często powoduje stres, a 10 osób twierdzi, że jest bardzo stresująca. Jedynie 8 osób nie uważa, by praca ratownika była stresująca. Stres w pracy przedstawiany jest przez wykres 1.



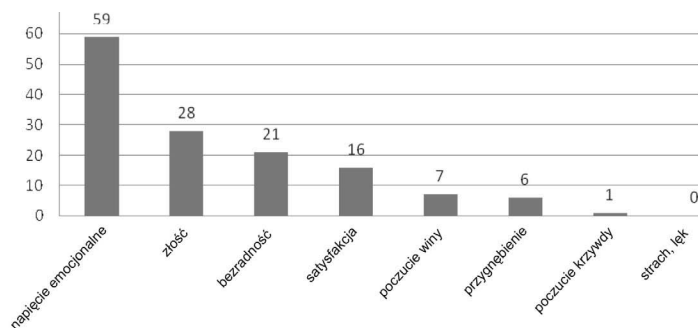
Wykres 1. Stres w pracy

Na wykresie 2 przedstawione zostały symptomy, jakie występują w momencie pojawienia się sytuacji stresowej. Na pierwszym miejscu znalazła się zwiększona pobudliwość oraz niepokój zaznaczone przez 29 badanych. Na drugim miejscu znalazły się *ex aequo* zwiększona potliwość, uczucie gorąca oraz trudności z zasypianiem – te symptomy zaznaczyło po 24 ankietowanych. Zaburzenia żołądkowo-jelitowe, takie jak biegunki, bóle brzucha zaznaczyło 17 ratowników. 8 osób zaobserwowało trudności z koncentracją, 4 osoby palpację serca, duszność, zawroty głowy, a 3 różnorodne bóle bez wyraźnej przyczyny.



Wykres 2. Objawy występujące w trudnej sytuacji

Jeżeli chodzi o emocje pojawiające się stresującej sytuacji, zdecydowana większość badanych zaznaczyła napięcie emocjonalne (59 osób). W drugiej kolejności badani wymieniali złość (28 osób) oraz bezradność (21 osób). Nikt nie zaznaczył strachu, a jedna osoba uznała emocje, jakie towarzyszą jej w sytuacji trudnej, jako poczucie krzywdy.



Wykres 3. Emocje pojawiające się w trudnej sytuacji

Podsumowanie

Zawód ratownika medycznego bez wątpienia jest jednym z zawodów, w którym występuje zjawisko przewlekłego stresu o różnorodnym pochodzeniu. Jego źródłem jest przede wszystkim charakter pracy, wyczerpującej fizycznie oraz psychicznie, konflikty interpersonalne, brak dostatecznego wsparcia czy wynagrodzenie nieadekwatne do stopnia odpowiedzialności zawodowej, jaką ponoszą ratownicy medyczni. Sposoby reakcji na stres u poszczególnych ludzi są różne, radzenie sobie może być mniej lub bardziej skuteczne w zależności od zastosowanej metody i konkretnej sytuacji. Zbyt długie narażenie na stres może mieć nieodwracalne skutki zdrowotne, bezpośrednio wpływa na obniżenie efektywności pracy, nierzadko powoduje brak współczucia dla ofiar oraz zaistnienie negatywnych odczuć co do własnej osoby, np. obniżenie samooceny czy poczucia własnej wartości. Wszystkie te czynniki mogą spowodować nieemożność przezwyciężenia stresu zawodowego, a w konsekwencji odejście z zawodu.

Anna Jasiówka

Ból i cierpienie chorych na reumatoidalne zapalenie stawów

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) to przewlekła, postępująca choroba, która prowadzi do powstania zniekształceń oraz upośledzenia czynności stawów [7, s. 150]. Należy ona do najczęstszych chorób układowych tkanki łącznej. Częstość występowania w populacji dorosłych wynosi 1% i narasta wraz z wiekiem. Choroba ta dotyczy częściej kobiet niż mężczyzn (stosunek 3:1). Może pojawić się w każdym wieku, ale szczyt występowania przypada od 25 do 45 roku życia, a więc w okresie największej aktywności życiowej. Wywołuje ona szereg niszczących zmian, które obejmują nie tylko układ ruchu, ale i wiele narządów wewnętrznych. Dodatkowo RZS ma postępujący charakter, powodując utratę sprawności i samodzielności w stosunkowo krótkim okresie czasu [1, s. 107].

Z RZS wiążą się takie nieodwracalne następstwa, jak: niezdolność do pracy, konieczność leczenia operacyjnego na skutek zniszczenia stawu, leczenie zmian narządowych czy też zapewnienie opieki osobom niepełnosprawnym. Szacuje się, że co czwarty chory na RZS wymaga wymiany dużego stawu. Po 5 latach od zachorowania 29–50% pacjentów traci zdolność do pracy, zaś po 10 latach grupa ta wzrasta do 100% [3, s. 9].

RZS jest jedną z najczęstszych przyczyn przewlekłego bólu, absencji chorobowej, a także niepełnosprawności. O niezwyklej wadze i wpływie, jaki choroba ta wywiera na jakość życia pacjentów, świadczy fakt, iż Międzynarodowa Organizacja Zdrowia (WHO – World Health Organization) uznała lata 2000–2010 za „Dekadę Kości i Stawów”. Głównym założeniem wszelkich działań podejmowanych w tym okresie jest zwrócenie szczególnej uwagi na choroby reumatyczne, a także opracowanie programów, które umożliwiłyby podniesienie jakości życia ludzi dotkniętych tymi schorzeniami [5, s. 16].

RZS ma ogromny wpływ na jakość życia pacjentów, co ma związek z:

- ograniczeniem sprawności ruchowej będącej następstwem destrukcyjnego oddziaływania na stawy,
- przewlekłym i postępującym charakterem choroby, której nieustannie towarzyszy uczucie bólu,
- negatywnym oddziaływaniem na pozostałe narządy, a także układy,
- ograniczoną skutecznością postępowania leczniczego wskutek niewyjaśnionej etiopatogenezy (brak możliwości przyczynowego leczenia).

[Filipowicz-Sosnowska i wsp., *Choroby reumatyczne w świetle Dekady Kości i Stawów*, [w:] 5, s. 92, 95].

Wyżej wymienione czynniki przyczyniają się z kolei do:

- pogorszenia stanu psychicznego chorego objawiającego się częstym przygnębieniem, rozdrażnieniem, apatią, co prowadzi do rozwoju nerwicy, a niekiedy do rozwoju depresji,
- konieczności rezygnacji z aktywności zawodowej (w niektórych przypadkach), a co za tym idzie do ograniczenia kontaktów społecznych i marginalizacji ekonomicznej, utrudnienia wykonywania zwykłych codziennych czynności, a niekiedy do uzależnienia od pomocy i opieki osób trzecich [6, s. 117–118].

RZS to schorzenie prowadzące do powstania wielu deformacji, najczęściej w stawach kończyn górnych i dolnych, które istotnie utrudniają wykonywanie zwykłych codziennych czynności. W obrębie palców, charakterystycznymi zmianami są deformacje o kształcie łabędziej szyi lub butonierki, które powodują ograniczenie zdolności chwytowej ręki. Zaatakowanie stawów stopy przyczynia się do powstania koślawych paluchów lub młoteczkowanych palców, które uniemożliwiają chodzenie w normalnym obuwiu. Stan zapalny dotyczący często stawy kolanowe objawiający się wysiękami i/lub przerostem maziówki upośledza sprawność ruchową [Filipowicz-Sosnowska A., *RZS i inne zapalenia stawów typu reumatoidalnego*, [w:] 2, s. 57–58].

Wyżej wymienione deformacje przyczyniają się do stopniowego pogłębiania niesprawności. Jeśli istnieją wskazania, przeprowadza się operacje (profilaktyczno-lecznicze), które mogą jej zapobiec. Są one szansą na usprawnienie funkcjonowania organizmu, na usamodzielnienie, a także na zapobieganie wczesnej niepełnosprawności. W większości przypadków niezbędne staje się zaopatrzenie chorego w odpowiedni sprzęt ortopedyczny, a więc: laski, kule, balkoniki, wózki inwalidzkie ułatwiające poruszanie się, a także w sprzęt pomocniczy typu specjalnie wydłużone łóżki do butów, haczyki do zapinania zamków i guzików ułatwiające ubieranie się, pogrubione trzonki sztućców pomagające w jedzeniu itp. Nieraz pojawia się także konieczność dostosowania gospodarstwa domowego do możliwości i potrzeb chorego poruszającego się na wózku inwalidzkim, aby umożliwić mu choć w pewnym stopniu wykonywanie zwykłych czynności. Wszystko to wymaga od chorego adaptacji do nowych warunków i nauczania się nowych sposobów radzenia sobie z prozaicznymi czynnościami [Filipowicz-Sosnowska, *Lekcja 16*, s. 179–180; Kevorkian, *Zapalenie stawów*, [w:] 4, s. 71].

Ból jest podstawowym objawem w RZS. Wskazuje on na występujący proces zapalny i działa niezwykle demobilizująco, a także destrukcyjnie na psychikę chorego. Bardzo trudno jest bowiem przyzwyczaić się do jego stałej obecności i nauczyć się z nim żyć, biorąc pod uwagę to, że pojawił się nagle, niszcząc dobre samopoczucie. Stosowanie odpowiedniej farmakoterapii i rehabilitacji pozwala co prawda na zmniejszenie dolegliwości bólowych, ale niemożliwe jest całkowite uwolnienie się od nich. Nawet uzyskanie remisji choroby zapalnej nie gwarantuje ustąpienia bólu ze względu m.in. na obecność zmian w stawach, które zaburzają ich prawidłowe funkcjonowanie powodując powstanie bólu. Utożsamia się go z cierpieniem, a swoim zasięgiem obejmuje takie zjawiska jak lęk, gniew czy depresja. Dlatego też niezmiernie ważnym elementem terapii jest udzielenie pomocy psychologicznej, która umożliwiłaby wykształcenie odpowiedniej postawy pacjenta do swojego schorzenia. To z kolei ułatwiłoby współpracę chorego z lekarzem oraz wzbudzenie jego zaufania do celowości i skuteczności leczenia [J. Szechiński, *Ból – podstawowy objaw w reumatologii*, [w:] 5, s. 103–111].

RZS to choroba o nieznaney etiologii, która pojawia się nagle. Jej przewlekły, niszczący dla organizmu charakter z okresami zaostrzeń i remisji, których nie można przewidzieć, a także świadomość braku leków umożliwiających wyleczenie sprawiają, że choroba ta staje się dla chorych ich osobistą tragedią. Tracą oni poczucie panowania nad własnym życiem,

a miejsce to stopniowo zaczyna zajmować przekonanie o własnej beznadziei i bezwartościowości. Pacjenci czują się osamotnieni, pomimo wsparcia lekarzy i najbliższych. Rodzina i przyjaciele nie są bowiem w stanie zrozumieć wszystkich obaw i niepewności, jakie ogarniają osobę dotkniętą taką chorobą. Trudno bowiem przewidzieć, jaki przebieg będzie miało schorzenie – ostry czy łagodny, gdyż zależy to od indywidualnej reakcji każdego organizmu. U niektórych chorych dostępne środki farmakologiczne połączone z rehabilitacją pozwolą na uzyskanie remisji, co z kolei umożliwi prawie normalne funkcjonowanie, ale też nikt nie jest w stanie przewidzieć, na jak długo. Możliwe jest bowiem wystąpienie zaostreń choroby, które niwelują uzyskane efekty, co dodatkowo przynębia chorego i odbiera mu wiarę w sens i możliwość poprawy. U niektórych natomiast pacjentów nawet bardzo zróżnicowane leczenie nie zapobiega postępowi choroby, skutkując nieuchronnym pogorszeniem sprawności i rosnącym uzależnieniem od pomocy osób trzecich [7, s. 160].

Bibliografia

- [1] Calin A., Cormack J. (1998), *Reumatologia pytania i odpowiedzi*, Kraków, s. 106–121.
- [2] Chwalińska-Sadowska H., red. (1995), *Reumatologia kliniczna*, Warszawa, s. 54–74, 141–148.
- [3] Filipowicz-Sosnowska A., Stanisławska-Biernat E., Zubrzycka-Sienkiewicz A. (2004) *Reumatoidalne zapalenie stawów*, „Medycyna po Dyplomie” Luty 2004 (wydanie specjalne), s. 9–14.
- [4] Garrison S.J. i wsp. (1997), *Podstawy medycyny fizykalnej*, Warszawa, s. 61–87.
- [5] Kruczyński J., red. (2000), *Dekada Kości i Stawów 2000–2010. Rok pierwszy*, Poznań s. 9–16, 90–111, 180–182, 221–224.
- [6] Zimmermann-Górska I. (1993), *Choroby reumatyczne – podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa, s. 142–160, 204–211.
- [7] Zimmermann-Górska I. (1998), *Reumatologia w praktyce lekarza rodzinnego*, Warszawa, s. 11–31, 150–159, 186–195, 317–345.

Agnieszka Kurbiel
Zofia Foryś

Choroby skóry a cierpienia duszy. Rola pielęgniarki w psychodermatologii

Skóra jest otwartą księgą ludzkiej duszy, jest jej prawdziwym zwierciadłem. Kiedy choruje nasza dusza – np. z powodu leków, stresów, depresji – często choruje też nasza skóra. Stwierdzono, że zawód miłosny, problemy rodzinne, zawodowe, trudności w kontaktach społecznych, stanowią poważne czynniki rozwoju chorób dermatologicznych oraz pogarszają przebieg schorzeń już istniejących. Skóra człowieka to również największy organ komunikacji interpersonalnej. Za pośrednictwem skóry realizowana jedna z najważniejszych potrzeb życiowych człowieka – potrzeba bliskości z innymi. W komunikowaniu się skóra pełni podwójną funkcję – receptora i efektora. Skóra jest zwierciadłem, które odbija wszystkie nasze uczucia i emocje. Za jej pośrednictwem wysyłamy i odbieramy sygnały i komunikaty wszystkimi zmysłami, jako: wygląd, zapach, smak, dotyk i dźwięk.

Wieloletnie doświadczenie zawodowe w pracy z pacjentami dermatologicznymi pokazało, że u znacznej grupy pacjentów występują niepokojące objawy w sferze psychiki, takie jak:

- trudności w zasypianiu, bezsenność lub sen krótki, przerywany,
- obniżenie nastroju, skłonność do depresji,
- wycofanie się, rezygnacja,

- tendencje samobójcze,
- samookaleczenia,
- zaburzenia nerwicowe,
- skłonność do uzależnień.

Najczęściej problemy te dotyczą pacjentów ze schorzeniami skóry o charakterze przewlekłym, z krótkimi okresami remisji, w znacznym stopniu zaburzającymi estetykę ciała. Część chorych, nie radząc sobie ze skórą, ani ze swoją psychiką, szuka pomocy jednocześnie u dermatologa i psychologa lub psychiatry. Wielu z nich deklaruje, że chętnie skorzystałoby z pomocy psychologicznej odpowiednio przeszkolonej pielęgniarki.

Szacuje się, że występowanie zaburzeń psychicznych wśród pacjentów dermatologicznych jest rzędu 30–60%. Obszar wzajemnego przenikania się dermatologii, psychiatrii i psychologii jest bardzo rozległy i nie do końca jeszcze poznany. I chociaż choroby skóry często nie zagrażają bezpośrednio życiu pacjentów, to upośledzają jakość ich życia, powodując dysfunkcje w pełnieniu ról społecznych, a czasem dramatyczne konsekwencje w postaci udanych prób samobójczych [1].

Powiązaniami pomiędzy psychiką a skórą zajmuje się psychodermatologia – nowa dziedzina medycyny, będąca obecnie obok dermatologii estetycznej najprężniej rozwijającą się gałęzią dermatologii. Natomiast wszelkie zaburzenia, w których występuje komponenta dermatologiczna i psychiczna, noszą miano schorzeń psychodermatologicznych. Ze względu na przewagę jednej z nich można wyodrębnić trzy główne kategorie schorzeń:

1. Pierwotne zaburzenia psychiczne ujawniające się schorzeniami skóry i jej uszkodzeniami, np. omamy dotykowe, dysmorfofobia, obłęd pasożytniczy, dermatoza arteficyjalna, trądzik z wydrapania, zadrapania neurotyczne, trichotilomania, onychofagia i onychotillomania;
2. Schorzenia dermatologiczne o psychogennej etiologii (stres, konflikty emocjonalne, frustracja, cechy osobowości), np. świąd samoistny, nadmierne pocenie, pokrzywka przewlekła;
3. Choroby skóry modyfikowane przez czynniki psychiczne, np. atopowe zapalenie skóry, łysienie plackowate, łuszczyca [2].

Pomimo że pierwsze przypadki zaburzeń psychodermatologicznych zanotowano około 100 lat temu, a w dzisiejszych czasach dotyczą one wielu osób, to wiedza o nich jest wciąż mało propagowana.

Znajomość problematyki psychodermatologii może się przyczynić do poprawy diagnostyki oraz leczenia, poszerzonego o działanie psychofarmakologiczne. Aspekty psychologiczne związane z przebiegiem chorób skóry powinny stanowić podstawę do podejmowania różnego typu działań psychoterapeutycznych, co jest bardzo istotne w procesie leczenia pacjentów ze schorzeniami dermatologicznymi.

W wielu doniesieniach z zakresu dermatologii podkreśla się znaczenie psychoterapii w procesie terapeutycznym. Psychoterapia to świadome, planowe i systematyczne oddziaływanie środkami psychologicznymi na stan psychiczny pacjenta i jego zachowanie. Celem tego oddziaływania jest uruchomienie procesu zmian, poprawa stanu psychofizycznego pacjenta oraz jego funkcjonowania społecznego, pomoc pacjentowi w uzyskaniu motywacji do czynnego udziału w procesie rehabilitacyjnym oraz w podjęciu ról społecznych, nierzadko trudniejszych i mniej satysfakcjonujących niż dotychczas pełnione. Poprzez oddziaływania psychoterapeutyczne wspieramy pacjenta w kolejnych kryzysach emocjonalnych i interpersonalnych, uczymy go nowych powszechnie akceptowanych postaw. Pielęgniarki w swojej pracy, często nieświadomie prowadzą działania mieszczące się w zakresie tzw. psychoterapii elementarnej, która polega na ochronie pacjenta przed sytuacjami jatrogennymi, nauczaniu go umiejętności lekceważenia zaburzeń mniej ważnych, a czerpania satysfakcji z osiągnięć. Psychoterapia elementarna to także bliski kontakt z chorym, milczenie, wspieranie go, wzbudzanie w nim otuchy, okazywanie zrozumienia jego trosk, tworzenie spokojnej atmosfery wokół niego z poczuciem bezpieczeństwa. Takie oddziaływania są bardzo proste i nie wymagają specjalnego przygotowania, dlatego mogą być stosowane zarówno przez lekarza, psychologa, jak i pielęgniarkę. Psychoterapię elementarną możemy stosować wobec każdego pacjenta, bez względu na rodzaj schorzenia oraz podczas każdego kontaktu z nim. W swoich działaniach pielęgniarka powinna skoncentrować uwagę na aktualnych przeżyciach pacjenta powodujących zaburzenia czynnościowe, poznać przeszłość chorego, sytuacje i wydarzenia, które doprowadziły do ukształtowania się danych zaburzeń. W oddziaływaniach psychoterapeutycznych ogromnie ważna jest właściwa postawa emocjonalna. Trzeba lubić swoich podopiecznych i czuć się za nich odpowiedzialnym. Jeśli ma się właściwą postawę uczuciową wobec pacjentów, to formy psychoterapeutycznego oddziaływania wykształcą się z czasem spontanicznie [4, 5, 6, 7].

Entuzjazm, siła osobowości i wywieranie wpływu dochodzą do głosu, gdy aktywnie wykorzystujemy w terapii humor. Oczywiście, nie można jednoznacznie stwierdzić, że trzeba być dowcipnym, aby efektywnie pomagać. Zazwyczaj jednak to odnosi pozytywny skutek. Wielu terapeutów uważa, że przyczyną lub podstawowym składnikiem większości problemów emocjonalnych jest traktowanie siebie zbyt poważnie. Skuteczny terapeuta potrafi zredukować negatywizm pacjenta, jego pesymizm, poczucie bezsensu, wprowadzając do przygnębiającej sytuacji elementy radosne. Poczucie humoru terapeuty odzwierciedla radość, pasję, kreatywność i radosny sposób bycia, które charakteryzują każdą interesującą osobę, dzięki czemu wydaje się ona bardziej przystępna i budzi mniej lęku. Powinna o tym pamiętać każda pielęgniarka [8].

Umiejętność komunikacji z pacjentem

Wielkie znaczenie w terapii chorych stanowi komunikowanie terapeutyczne, którego celem jest ułatwienie choremu wyrażania emocji względem otaczających go ludzi, pozwalające na refleksje nad sobą i swoją sytuacją. Umiejętność komunikowania z pacjentem jest narzędziem pracy każdej pielęgniarki. Technik komunikowania uczy się podczas nauki zawodu i doskonalą w trakcie zdobywania doświadczenia zawodowego. Komunikowanie terapeutyczne może mieć miejsce podczas każdego kontaktu pielęgniarki z chorym, także np. podczas wykonywania czynności leczniczo-pielęgnacyjnych, powinno ono prowadzić do korekty nielogicznych i nieprawidłowych spostrzeżeń chorego, stanowić bazę do samorealizacji i wzrostu świadomości w zakresie swoich oczekiwań, definiowaniu problemów [17].

Pielęgniarkę powinna charakteryzować postawa „do człowieka”, co wiąże się z gotowością dawania z siebie tego, czego pacjent potrzebuje w swej sytuacji zdrowotnej. Ważne jest, by w procesie komunikowania się pielęgniarka potrafiła dostrzec i określić, jakiej pomocy on oczekuje (przyjmuje ona wówczas rolę psychologa). Aby komunikowanie przebiegało w sposób prawidłowy, konieczna jest znajomość i rozumienie siebie, swoich mocnych i słabych stron, a także świadomość, że każdy człowiek wymaga indywidualnego traktowania. Zdolność do wysłuchania, zrozumienia i akceptacji pacjenta mają tylko pielęgniarki z postawą „otwartą”. Jest to gwarancją dostosowania postępowania wspomagającego do sytuacji pacjenta i dojrzałej umiejętności przyjmowania krytyki [9].

Pierwszy kontakt z pacjentem

Choroby dermatologiczne nierzadko wiążą się z koniecznością leczenia szpitalnego. Pobyt w szpitalu jest dla większości chorych poważnym problemem natury psychologicznej, dlatego wielkiego znaczenia nabiera postawa i zachowanie osób przyjmujących pacjenta na oddział. Pacjenci ze schorzeniami dermatologicznymi często są uwrażliwieni na punkcie swojego wyglądu, bywają rozdrażnieni, niecierpliwi, niekiedy nieuprzejmi wobec personelu. Pielęgniarka powinna mieć świadomość, że niewłaściwe zachowanie pacjenta może być spowodowane reakcją na hospitalizację. Biorąc pod uwagę powyższe fakty, trzeba zrobić wszystko, aby pierwszy kontakt pacjenta z pielęgniarką przebiegał w atmosferze spokoju i pełnego zrozumienia. Opiekująca się chorym pielęgniarka powinna się przedstawić, powiedzieć, jaką funkcję będzie pełnić wobec pacjenta oraz zebrać krótki wywiad. Ważne jest, by przed rozmową zadbać o odpowiednie warunki otoczenia, czyli prywatność, spokój, wygodę, a także o to, by nikt nie przerywał rozmowy. Pielęgniarka powinna być spokojna i opanowana. Musi okazać pacjentowi zainteresowanie i chęć niesienia pomocy w rozwiązywaniu jego problemów. Ze wstępnego kontaktu z pielęgniarką pacjent powinien wynieść lepszą orientację w swojej sytuacji zdrowotnej i przeświadczenie, że pielęgniarka będzie osobą, na którą można liczyć.

U większości chorych w pierwszych dniach pobytu w szpitalu występuje uczucie zagrożenia, mimo że już na wstępie chory zostaje zapewniony, że o każdą pomoc może zwrócić się do personelu oddziału, zwłaszcza do pielęgniarek. W celu zmniejszenia niepokoju pacjent powinien na bieżąco być informowany o planach wobec swojej osoby, o czekających go zabiegach, badaniach i przygotowaniach do nich. Bardzo ważnym elementem na tym etapie komunikacji jest pozyskanie zaufania pacjenta. Chory musi wiedzieć, że ma na kim polegać bez zastrzeżeń i wątpliwości, chce też mieć nadzieję na wyzdrowienie. Pielęgniarka powinna więc dołożyć wszelkich starań, by stać się dla chorego osobą zaufaną i zapewnić mu poczucie bezpieczeństwa.

Pozyskiwanie zaufania wymaga okazywania pacjentowi szacunku, akceptacji, czyli przyjmowania go takim, jaki jest. Zachowanie akceptujące i poszanowanie chorego umacnia w pacjencie poczucie własnej wartości i jednocześnie zachęca do dalszych wypowiedzi. Szacunek jest bardzo potrzebny każdemu choremu, a jego okazywanie nabiera specjalnego zna-

czenia w sytuacjach, gdy zaburzony jest obraz własnej osoby, np. z powodu choroby, zmiany w wyglądzie, zeszpecenia czy urazu – co w przypadku chorób dermatologicznych jest dosyć częste.

Niezwykle ważną cechą w komunikowaniu jest empatia, czyli umiejętność „wczuwania się” w sytuację chorego. Pielęgniarka już przy pierwszym spotkaniu z chorym powinna rozpoznać, co pacjent myśli, co czuje, a bez empatii nigdy nie będzie potrafiła porozumieć się z chorym i pomóc mu w identyfikacji przeżyć często niejasnych dla niego samego.

Bariery komunikacji i metody ich rozwiązywania

Stwierdzono, że w kontakcie z chorym należy brać pod uwagę to, że nie każdy pacjent jest od pierwszej rozmowy otwarty. Każdy z nas potrzebuje czasu na przełamanie obcości. Zdarzają się pacjenci introwertyczni, zamknięci w sobie, wycofani czy z objawami depresyjnymi, którzy nie chcą mówić. Istotne jest, by pielęgniarka podczas rozmowy potrafiła dostrzec, w jakim nastroju jest chory, co myśli o swej sytuacji, czym się przejmuje, co stanowi dla niego największy problem. Jeśli podjęty temat byłby dla chorego krępujący czy irytujący, powinna szybko wycofać się z tematu i zaproponować inny lub skierować rozmowę na powód poszukiwania przez pacjenta pomocy w szpitalu.

Bywa, że komunikacja jest utrudniona, np. przez upór pacjenta, agresję, wpływ leków, alkoholu, zdenerwowanie faktem hospitalizacji itp. Pielęgniarka nawet w takich przypadkach powinna dać choremu do zrozumienia, że jest mu gotowa pomagać, bo jest tu i teraz dla niego.

Powszechnie wiadomo, że każdy kontakt i rozmowa z pacjentem musi być celowa i sprawna. Nadrzędnym celem działań pielęgniarki powinno być zwiększenie poczucia wartości chorego i dążenie do zmniejszenia lęku, gdyż strach i niepewność zakłócają prawidłowy odbiór informacji. Pielęgniarka musi położyć nacisk na jasność zwrotów i określić – w przeciwnym razie jej słowa zostaną niezrozumiane, źle zinterpretowane przez pacjenta i mogą wprowadzić zamęt w jego odczuciach. Gdyby mimo starań do tego doszło, należałoby szukać innych środków komunikowania i na pewno pogłębiać wiedzę w tym zakresie [10, 11].

Pielęgniarka jako obserwator

Obserwacja i dogłębne badanie pacjentów to jeden z najistotniejszych elementów opieki pielęgniarskiej, a w psychodermatologii zajmuje miejsce szczególne. Pielęgniarka ma kontakt z pacjentami w różnych sytuacjach dnia codziennego – obserwuje ich w nocy, w ciągu dnia, w czasie spożywania posiłków, mycia się, spędzania czasu wolnego na oddziale, w porze odwiedzin i podczas wykonywania czynności leczniczo-pielęgnacyjnych. Jej obserwacje mogą znacznie rozszerzyć obraz chorego, jaki wytworzył sobie w czasie badania lekarz. W diagnostyce psychodermatologicznej obserwacje pielęgniarki są cenniejsze niż w innych działach medycyny, gdyż często drobne wydarzenia, szczegóły dotyczące zachowania się chorego w stosunku do innych chorych, personelu, jego reakcje emocjonalne itp. mogą znacznie zmodyfikować postawione przez lekarza rozpoznanie [7,10].

Kolejnym ważnym elementem oddziaływania terapeutycznego pielęgniarki jest edukacja zdrowotna. Obejmuje ona uświadamianie pacjentom, jak ich styl życia (właściwe odżywianie, wypoczynek, radzenie sobie ze stresem, nałogami) jest ważnym czynnikiem wpływającym na stan skóry. Szczególnie dużo miejsca w edukowaniu chorych dermatologicznych powinna zajmować tematyka pielęgnacji skóry, włosów i paznokci. Warunkiem powodzenia skutecznej edukacji zdrowotnej jest umiejętność doboru odpowiednich technik komunikowania: jasnych, zrozumiałych i dostosowanych dla danego pacjenta [12].

Styl życia to zespół codziennych zachowań, specyficznych dla danej jednostki lub zbiorowości.

Udowodniono, że sytuacje stresowe, zła dieta, brak snu i niedostateczna higiena mogą być zabójcze dla skóry, która traci niezbędne witaminy i minerały. Ich brak powoduje, że cera szarzeje, występują obrzęki, cienie pod oczami, zmarszczki. Skóra traci jędrność, pojawiają się na niej różne patologiczne wykwity. Odwodniona skóra łuszczy się, swędzi. Brak aktywności ruchowej sprawia, że organizm jest niedotleniony, co odbija się niekorzystnie na wyglądzie skóry. Nieustanny pośpiech, nerwowy tryb życia także źle wpływa na cerę. Przedłużający się stres, niemożność zrelaksowania się czy odreagowania emocji jest często na skórze widoczny. Nie bez powodu stwierdzono, że „czego oczy nie wypłaczą, to wykrzyczy skóra”. Ważnym elementem edukacji zdrowotnej pacjentów ze schorzeniami dermatologicznymi jest zwrócenie uwagi na sposób odżywiania

się, który powinien uwzględniać: pokarmy bogate w witaminy, ograniczenie używek (kawy, alkoholu, papierosów), dostarczanie odpowiedniej ilości płynów – około dwóch litrów na dobę. Pacjentom powinno się także uświadamiać, że ćwiczenia fizyczne, spacer, jazda na rowerze, pływanie i umiejętność relaksowania się są dla skóry zbawienne [13].

Sposób odżywiania się wpływa nie tylko na wygląd skóry, ale także na jej odczynowość na różne bodźce fizyczne i chemiczne. Stosując dietę, należy pamiętać, by była pełnowartościowa jakościowo i kalorycznie.

Leczenie dietetyczne w chorobach skóry jest postępowaniem uzupełniającym leczenie zasadnicze. W przypadkach udowodnionej alergii (pokrzywka, atopowe zapalenie skóry) należy wykluczyć z diety konserwanty, barwniki, wzmacniacze smaku i zapachu, wszelkie cytrusy, a także jaja, mleko, orzechy i potrawy zbożowe. Niektórzy chorzy z AZS i wypryskiem potnicowym, uczuleni na nikiel, reagują wysiewem zmian skórnych z powodu przenikania jonów niklu z przewodu pokarmowego. Zaleca się tu ograniczenie produktów bogatych w nikiel: kakao, herbaty, czekolady i orzechów oraz owoców (maliny i truskawki), a także warzyw strączkowych. Wiele chorób skóry ulega zaostrzeniu pod wpływem ostrych pokarmów, marynat i przypraw oraz pod wpływem alkoholu. Powodują one nasilenie objawów stanu zapalnego skóry (zaczerwienienie, ocieplenie, obrzęk) i zwiększenie świądu.

Przestrzeganie właściwej diety jest szczególnie istotne podczas leczenia glikokortykosteroidami (hormony kory nadnerczy). Zaleca się wówczas dietę bogatobiałkową (chudy twaróg, mleko, chude mięso, ryby) i niskowęglowodanową, polegającą na eliminowaniu z pożywienia ciast, cukierków, czekolady i słodkich napojów. Dieta z ograniczeniem węglowodanów stosowana jest z powodzeniem w ropnych chorobach skóry, gdyż cukier jest dobrą pożywką dla rozwoju bakterii. Dieta z ograniczeniem tłuszczów zwierzęcych, łatwostrawna, oszczędzająca przewód pokarmowy, zwłaszcza wątrobę, jest stosowana np. w leczeniu łuszczycy czy erytrodermii. Zaleca się także rezygnację z ostrych przypraw (papryka, pieprz, ocet, musztarda) oraz kawy i alkoholu.

W chorobach z obfitym złuszczeniem i spęłaniem naskórka na dużej powierzchni wskazana jest dieta z wysoką zawartością białka [14].

Sposoby radzenia sobie ze stresem

Badania naukowe dowodzą, że stresu nie da się całkowicie wyeliminować, ale można z nim walczyć. Pielęgniarka opiekująca się pacjentami ze schorzeniami dermatologicznymi może polecić proste sposoby rozładowywania napięcia psychicznego, takie jak:

- słuchanie muzyki,
- gimnastyka,
- spacer,
- dobry żart,
- śmiech,
- właściwa ilość snu,
- planowanie dnia,
- nieobciążanie się nadmiernymi obowiązkami,
- czynny wypoczynek (piesze wycieczki, praca na działce),
- pozytywne myślenie,
- wsparcie ze strony najbliższych [15].

Niwelowanie świądu

Świąd (*pruritus*) to specyficzne dla skóry odczucie wywołujące odruchową czynność drapania. Przyczyną są czynniki zewnętrzne, fizjologiczne oraz alergiczne. Pierwszą grupę stanowią czynniki związane z niewłaściwą higieną i noszeniem sztucznych tkanin. W drugiej grupie są zaburzenia hormonalne zmieniające florę bakteryjną i suchość skóry. Często świąd spowodowany jest nadmierną potliwością, cukrzycą lub zaburzeniami czynności wątroby. Najczęstszymi objawami świądu jest bezwiedne i ciągle dotykane swędzące miejsca, drapanie oraz zaczerwienienie. Na skórze można dostrzec przeczosy (podłużne zadrapania).

Badania naukowe wykazały intensyfikujące występowanie świądu u osób spożywających duże ilości czekolady, coca-coli, żółtego sera, owoców cytrusowych, alkoholu, kawy, ostrych przypraw, piwa, a także pijących w nadmiarze mleko. Niedobór witamin A i D również usposabia do świądu.

Świąd wpływa negatywnie na stan psychofizyczny, samopoczucie, często powoduje nadmierną pobudliwość i nerwowość. Biorąc to pod uwagę, chcąc zniwelować przykre objawy, unikamy produktów stymu-

lujących świąd i uzupełniamy deficyty witaminowe. W czasie pojawienia się pierwszych oznak świądu zaleca się przemycie podrażnionego miejsca wodą, przewietrzenie oraz osuszenie. Swędzących miejsc nie należy pocierać. Doraźnie można przyłożyć do skóry coś zimnego, co da efekt miejscowego znieczulenia. Zaleca się też stosowanie bezzapachowych i natłuszczających emolientów, dostępnych bez recepty, i kąpeli olejowych, a w profilaktyce świądu unikanie kremów zapachowych, zwłaszcza zawierających witaminę A.

Wykazano, że środki zapachowe mogą podrażniać skórę, a zawarta w kremach witamina A, zwłaszcza pod wpływem działania słońca na skórę – powoduje ostudę (brązowe plamy). W walce ze świądem istotne jest wyeliminowanie czynnika drażniącego, unika się przegrzewania organizmu, dba o to, by paznokcie były krótko obcięte.

Dużą rolę w zwalczaniu świądu ma aspekt psychologiczny. Ciągłe myślenie o świądzie potęguje jego siłę i skłania do dalszego podrażniania skóry. Należy zadbać o podejmowanie różnych form aktywności pacjenta. W świądzie uogólnionym stosuje się fototerapię zwłaszcza UVB oraz psychoterapię [16].

Podsumowanie

Niniejszy artykuł powstał na podstawie wieloletnich obserwacji i wieloletniego doświadczenia w sprawowaniu opieki pielęgniarstwa nad pacjentami ze schorzeniami dermatologicznymi, którzy oprócz problemów natury somatycznej i estetycznej często zgłaszali lub wykazywali trudności psychologiczne (niepokój, lęk, skłonności depresyjne, tendencje samobójcze).

Szczególnie zależało nam na tym, by zwrócić uwagę na wyjątkowo trudną rolę pielęgniarki w sprawowaniu opieki nad pacjentami w dermatologii.

Choć ogólnie wiadomo, że czynniki psychiczne mają istotny wpływ na przebieg chorób skóry, to pomoc psychologiczna, której istotą jest wyeliminowanie stresu stymulującego chorobę, nie jest, niestety, powszechna i dostępna dla większości chorych. Wiadomo już, że wiele miejsca należy poświęcić psychoterapii elementarnej, która powinna stanowić bazę kompleksowego leczenia przewlekłych chorób skóry.

Wysoko wykwalifikowany personel pielęgniarstwa ma znaczący wkład w proces terapeutyczny pacjentów. Poprzez wnikliwą obserwację, prawi-

dłowe komunikowanie się, edukację zdrowotną oraz stosowanie różnych form psychoterapii elementarnej prowadzonych w atmosferze bezpieczeństwa, życzliwości, wzajemnego szacunku, zaufania i empatii, możemy znacznie spotęgować końcowy efekt leczenia.

Podsumowując fakt istnienia zależności między stanem psychicznym pacjenta a stanem jego skóry, warto podkreślić, że często nie doceniamy lub nie bierzemy pod uwagę roli tych powiązań. Niezwykle ważne jest, by nie skupiać się na chorobie pacjenta, lecz spojrzeć na niego z szerszej perspektywy, przez pryzmat całego człowieka – holistycznie.

Uwzględniając wpływ stylu życia na stan skóry, znaczenie odżywiania, wpływ sytuacji stresowych na stan dermatologiczny i sposoby walki ze stresem, zwrócono uwagę na znaczenie opieki pielęgniarskiej nad pacjentami z problemami dermatologicznymi będącymi jednocześnie zaburzeniami psychologicznymi.

Powinno się dążyć do tego, by pielęgniarki podnosiły swoje kwalifikacje, poszerzając wiedzę z zakresu psychoterapii elementarnej, gdyż jest ona bardzo potrzebna chorym, zwłaszcza tym z problemami psychodermatologicznymi.

Bibliografia

- [1] Korabel H., Dudek D., Jaworek A., Wojas-Pelc A., *Tendencje samobójcze wśród pacjentów dermatologicznych*, „Postępy Dermatologii i Alergologii” R. XXV; 2008 (2), s. 69.
- [2] Lipczyński A., *Rola czynników psychicznych w powstaniu i przebiegu schorzeń dermatologicznych*, <http://www.psychologia.net.pl/arttykul.php?level=97>, dostęp: 16.04.2010.
- [3] Czabała J. Cz., *Czynniki leczące w psychoterapii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- [4] Szepietowski J., Reich A., *Leczenie chorób skóry i chorób przenoszonych drogą płciową*, PZWL, Warszawa.
- [5] Miękoś-Zydek B., Rydlewska-Cho A., Lassota-Falcewska M., Czyż P., Kaszuta A., *Jakość życia pacjentów z łuszczycą*, „Postępy Dermatologii i Alergologii” 2006, t. XXIII, nr 6, s. 237–277.
- [6] Bogaczewicz J., Kuryłek A., Sysa-Jędrzejowska A., Woźniacka A., Janowski K., Seuden S., *Aspekt psychologiczny w leczeniu chorób skóry*, „Dermatologia Kliniczna 2007, nr 9(4), s. 263–267.

- [7] Kowalik L., *Poradnik według Antoniego Kępińskiego. Jak leczyć i poznawać człowieka*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2005.
- [8] Kottler J.A., *Skuteczny terapeuta*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- [9] Bąk B., *Pozyskać zaufanie pacjenta*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2007 (11).
- [10] Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W., *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003.
- [11] Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K., *Podstawy pielęgniarstwa*, t. 1: *Założenia teoretyczne*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
- [12] Lubińska-Żądło B., Pasternak K., *Edukacja zdrowotna w pracy pielęgniarek uzdrowiskowych. Zadania ważne, lecz nieco zaniedbane*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2006 (7–8).
- [13] www.pielęgniarki.eu/promocja-zdrowia/zdrowy-styl-zycia/10-zdrowy-styl-zycia, dostęp: 24.05.2010.
- [14] Krajewska-Kułak E., *Dermatologia i wenerologia dla pielęgniarek*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
- [15] Łagoda K., Sawicka J., Sierżantowicz R., *Twarze i maski depresji*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2005 (10).
- [16] *Dokuczliwy problem* (na podstawie materiałów firmowych), „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2008 (6).
- [17] Wilczek-Różycka E., *Komunikowanie się z chorym psychicznie*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.

Anna Korytkowska
Katarzyna Rokosz
Anna Kula

Doznania bólowe pacjentów po zabiegu kardiochirurgicznym

Wprowadzenie

Ból pooperacyjny zależy od rodzaju przeprowadzonego zabiegu, jego rozległości, zakresu uszkodzenia tkanek oraz czasu jego trwania. Zabiegi kardiochirurgiczne należą do zabiegów rozległych, których czas trwania jest długi, niejednokrotnie wynosi on kilka godzin. W części przypadków wiąże się też z koniecznością zastosowania krążenia pozaustrojowego, a co za tym idzie z hipotermią pacjenta w trakcie zabiegu [1].

Ból u takiego pacjenta jest czynnikiem utrudniającym przywrócenie homeostazy sprzed zabiegu, tj. odwrócenia hipotermii, zniesienia działania środków anestetycznych, wybudzenia chorego oraz przygotowania do ekstubacji. W związku z czym jego monitorowanie wchodzi w skład standardowego postępowania po zabiegu [1].

Głównym czynnikiem powodującym ból jest rozległa rana mostka oraz założone dreny śródpiersiowe i/lub opłucnowe. Ponadto po zabiegu pomostowania naczyń wieńcowych pacjent ma jeszcze inne rany, których wystąpienie związane jest z koniecznością pobrania naczyń do utworzenia pomostów. Dodatkowymi czynnikami traumatyzującymi są: wkłucie centralne, tętnicze, obwodowe, cewnik do pęcherza moczowego,

zgiębnik żołądkowy oraz rurka intubacyjna. W szczególnych przypadkach może być to kontrapulsacja wewnątrzaoortalna oraz cewnik Swana-Gazna, wkłucia do hemodializ, hemofiltracji.

W trakcie stopniowego wybudzania pacjent zaczyna odczuwać dolegliwości bólowe związane ze wszystkimi tymi elementami, co niejednokrotnie budzi silny niepokój. Monitorowanie poziomu bólu przyspiesza ekstubację chorego, służą do tego skale: słowna, numeryczna i wzrokowo-analogowa. W tym celu zostaje założona specjalna karta obserwacyjna. Dzięki niej możliwe jest modyfikowanie dawki leku przeciwbólowego lub jego zmiana tak, aby chory ekstubowany mógł w pełni podjąć rehabilitację oddechową, która jest najistotniejszym elementem w pierwszych chwilach po uzyskaniu przez chorego samoistnego oddechu [2, 3, 4].

Cel badania

- Analiza przydatności oceny bólu po zabiegu kardiochirurgicznym w praktyce personelu medycznego.
- Przybliżenie problemu doznań bólowych pacjentów po zabiegu kardiochirurgicznym.

Wyniki

Zapytano 48 osób z zespołu pracującego z pacjentami kardiochirurgicznymi w jednej z placówek na terenie Małopolski o efekty, przydatność leczenia przeciwbólowego i jego wpływ na proces terapeutyczny.

Na pytanie dotyczące umiejscowienia bólu uzyskano następujące odpowiedzi:

- pacjenci po zabiegach kardiochirurgicznych skarżą się przede wszystkim na ból rany pooperacyjnej mostka i miejsc założenia drenów. Charakter bólu określają jako uciskowy bądź piekący, występujący okresowo, z przerwami;
- osoby ankietowane podały rodzaj bólu opisywanego przez pacjentów (rozpierający, kłujący), chorzy również opisują występowanie tego bólu podczas oddychania bądź zmiany pozycji;
- pojawiła się również wypowiedź dotycząca odczuwania przez chorego uporczywego bólu podudzia (szczypanie i ciągnięcie w miejscu porwania żyły).

Ankietowani zapytani o natężenie bólu badane z użyciem skali NRS odpowiedzieli, że ból w spoczynku nie przekracza najczęściej 5 stopnia w skali numerycznej od 0 do 10 i oscyluje w granicach 2–3 stopni, w trakcie wysiłku zdarza się, że dochodzi on do 7 stopnia, ale zazwyczaj ma wartość 4–5.

Badanie miało również na celu ocenę przydatności skali poprzez sprawdzenie rozumienia danej skali przez pacjentów.

Większość pacjentów nie ma problemu ze zrozumieniem skali oceny bólu. Jeżeli pojawiają się problemy, to są one zazwyczaj wynikiem stosowania leków anestetycznych. Czasami zdarza się, że pacjentowi ciężko jest określić intensywność doznawanego bólu na jakiś konkretny stopień, nie potrafi przyrównać bólu pooperacyjnego do już wcześniej występującego w innych sytuacjach i na tej podstawie porównać, czy jest on większy, czy też mniejszy.

Zbadano również, w jaki sposób regularna ocena natężenia bólu wpływa na proces terapeutyczny w ocenie personelu.

Ocena natężenia bólu według personelu medycznego pomaga w znaczny sposób opanować ten ból, poprzez odpowiednie dobranie dawki leku i niedoprowadzenie do jego maksymalnego nasilenia. Dzięki temu pacjent:

- lepiej i chętniej współpracuje z personelem medycznym;
- chętniej uczestniczy w ogólnej rehabilitacji;
- chętniej uczestniczy w tak istotnej rehabilitacji oddechowej;
- jest w stanie wykonywać ćwiczenia oddechowe;
- ból wpływa na jakość życia i funkcjonowanie pacjentów po zabiegu;
- dolegliwości bólowe wpływają na inne procesy zachodzące w organizmie człowieka (np. RR, tętno) – ocena natężenia bólu daje możliwość monitorowania bólu, modyfikowanie dawek leków przeciwbólowych w zależności od indywidualnych potrzeb, zniesienie dolegliwości bólowych.

Przeprowadzone badanie pozwoliło wyznaczyć trzy ważne aspekty:

Cele leczenia przeciwbólowego po zabiegach kardiochirurgicznych:

- przyspieszenie procesu leczenia,
- zmniejszenie cierpienia pacjenta,
- zmniejszenie odczuwanego dyskomfortu,
- zmniejszenie lęku przed uczestnictwem w rehabilitacji po zabiegu,

- skrócenie czasu spędzonego w szpitalu,
- zmniejszenie kosztów leczenia.

Czynniki warunkujące skuteczne leczenie przeciwbólowe po zabiegach kardiochirurgicznych:

- edukacja personelu medycznego,
- edukacja pacjenta przed zabiegiem operacyjnym,
- stosowanie multimodalnego leczenia przeciwbólowego,
- regularny pomiar natężenia bólu poprzez zastosowanie jednej ze skal: VRS, NRS, VAS,
- obserwacja objawów niewerbalnych oznak bólu, np.: tachykardia, przyspieszony i płycony oddech, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, mimika twarzy,
- dokumentowanie wyników obserwacji bólowej przez zastosowanie uniwersalnych arkuszy,
- obserwacja pod kątem wystąpienia objawów niepożądanych związanych ze stosowanymi środkami przeciwbólowymi.

Udział pielęgniarki w zwalczaniu bólu po zabiegu kardiochirurgicznym:

Analizując czynniki warunkujące skuteczne leczenie bólu pooperacyjnego i biorąc pod uwagę fakt, że pielęgniarka jako część zespołu terapeutycznego uczestniczy w tym procesie, powinna mieć ona niezbędną wiedzę na temat mechanizmów jego powstania, przyczyn, objawów i metod leczenia. Uczestnicząc w zwalczaniu bólu pooperacyjnego, pielęgniarka powinna dokonać regularnego pomiaru parametrów życiowych, takich jak: tętno, oddech, ciśnienie tętnicze krwi. Zmienione wartości parametrów życiowych mogą świadczyć o pojawieniu się bólu. Jest to szczególnie istotne w momencie, kiedy pacjent nie odzyskał jeszcze przytomności, ponieważ nie jest w stanie w sposób werbalny zasygnalizować, że odczuwa ból. Zmiana parametrów życiowych jest jedną z niewerbalnych oznak pojawienia się bólu. Do istotnych czynności należy jeszcze obserwacja pacjenta przez pielęgniarkę pod kątem wystąpienia innych objawów pozawerbalnych, takich jak np. grymas na twarzy. Kolejną niezwykle istotną kwestią jest regularny pomiar natężenia bólu poprzez zastosowanie jednej ze skal: VRS, NRS, VAS, zarówno w spoczynku, jak i w sytuacji dynamicznej. Pozwala ona ocenić skuteczność terapii przeciwbólowej, jeżeli terapia ta nie jest w pełni skuteczna, to ją zmody-

fikować. Do tego, aby proces obserwacji bólu był w pełni realizowany, pielęgniarka musi dokonać dokumentacji przeprowadzonych pomiarów. Pomoże to w dokonaniu pełnej oceny stanu pacjenta i daje możliwości porównania, wyciągnięcia wniosków czy postępowanie terapeutyczne zmierza w dobrą stronę. Pielęgniarka, uczestnicząc aktywnie w procesie leczenia przeciwbólowego również regularnie podaje zlecone leki przeciwbólowe i obserwuje pacjenta pod kątem wystąpienia objawów niepożądanych. Współpraca pomiędzy całym personelem medycznym ma niezmiernie dużą wagę, co dotyczy zarówno pielęgniarek, jak i lekarzy oraz fizjoterapeutów. W znacznym stopniu wpływa na skuteczność leczenia przeciwbólowego, a jego zmniejszenie umożliwia pacjentowi pełne uczestnictwo w procesie powrotu do zdrowia.

Bibliografia

- [1] Rogowski J., Jarmoszewicz K., Siondalski P., Pawlaczyk R., *Opieka pooperacyjna po zabiegach kardiochirurgicznych*, „Choroby Serca i Naczyń” 2006, t. 3, nr 3, s. 115–122.
- [2] Juszczak K., *Rola pielęgniarki w zwalczaniu bólu pooperacyjnego*, „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne” 2009, nr 4.
- [3] *Uśmierzanie bólu pooperacyjnego – zalecenia 2008*, „Ból” 2008, t. 9 (nr specjalny).
- [4] Kołodziej W., Karpel E., *Ból pooperacyjny na oddziale chirurgicznym w ocenie ankietowego badania z zastosowaniem kwestionariusza Mc-Gilla Melzacka – doniesienie wstępne*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2008, t. 16, nr 3.

Małgorzata Knap

Ocena terapii bólu pooperacyjnego na przykładzie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Rafała w Czerwonej Górze

Wprowadzenie

Wielospecjalistyczne podejście do leczenia bólu pooperacyjnego, zapewniające ciągłość opieki nad pacjentem, stanowi jeden z podstawowych obowiązków zespołów medycznych przeprowadzających chorego przez jego doświadczenie okołooperacyjne. Powołanie w szpitalu zespołu leczenia bólu, ma na celu nie tylko optymalizację jego kontroli, lecz także podniesienie bezpieczeństwa pacjenta w okresie okołooperacyjnym. W zespole tym znajduje się zazwyczaj anestezjolog, pielęgniarka anestezjologiczna, chirurg, pielęgniarka zabiegowa i farmakolog kliniczny.

Do zadań pielęgniarek zespołu leczenia bólu należą: prowadzenie systematycznej kontroli natężenia bólu, rejestracja w medycznej dokumentacji jego poziomu, prowadzenie terapii bólu zgodnie z zaleceniami anestezjologa i lekarza prowadzącego. Lekarz w swym zakresie obowiązków ma bieżący nadzór nad leczeniem bólu oraz konsultowanie pacjenta. Czołowa rola pielęgniarki anestezjologicznej w tym zespole polega na koordynowaniu współpracy pomiędzy członkami wielospecjalistycznego zespołu. Pielęgniarka anestezjologiczna jest łącznikiem pomiędzy pielęgniarkami i lekarzami zabiegowymi a lekarzem anestezjologiem

zlecającym terapię przeciwbólową. Wykwalifikowana pielęgniarka anestezjologiczna ma za zadanie prowadzenie nadzoru stosowanej analgezji wszystkich pacjentów po zabiegach operacyjnych. W tym także pacjentów, u których zastosowano techniki ciągłej analgezji regionalnej.

Leczenie bólu pooperacyjnego tylko wówczas może przynieść oczekiwane rezultaty terapeutyczne, kiedy organizacja leczenia bólu pooperacyjnego będzie realizowana w sposób zapewniający warunki bezpieczeństwa pacjenta oraz jego satysfakcję z leczenia w szpitalu. Gwarantem dobrze pojętej współpracy członków zespołu leczenia bólu pooperacyjnego jest wymiana doświadczeń oraz ustawiczne szkolenie wszystkich jego członków. Usystematyzowany sposób leczenia bólu, oparty na rekomendacjach towarzystw naukowych, stwarza możliwość szpitalom do ubiegania się o certyfikację tych działań.

Nowoczesne metody terapii bólu pozwalają na niemal całkowite zniesienie bólu nawet po rozległych zabiegach operacyjnych. Wymaga to jednak pełnej współpracy pomiędzy anestezjologami, chirurgami oraz pielęgniarkami. Jednym ze skuteczniejszych sposobów analgezji pooperacyjnej po zabiegach przeprowadzonych w obrębie klatki piersiowej, jamy brzusznej oraz kończyn dolnych jest podaż leków do cewnika umieszczonego w przestrzeni zewnątrzoponowej. Zalety takiego postępowania to: lepsza kontrola bólu wraz ze zmniejszeniem liczby i ilości leków podawanych ogólnie, poprawa krążenia kończyn dolnych ze zmniejszeniem powikłań zakrzepowo-zatorowych, szybszy powrót perystaltyki jelit po zabiegu, lepsza czynność układu oddechowego, szybsze uruchomienie pacjenta, lepsza funkcja układu odpornościowego [4].

Widząc potrzebę lepszej organizacji leczenia bólu, personel zabiegowy w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze postanowił reaktywować powołany wcześniej Zespół Leczenia Bólu, zorganizowany zgodnie z zaleceniami Konsultanta Krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Zespół Leczenia Bólu (ZBL) tworzą anestezjolodzy, chirurdzy wszystkich specjalności zabiegowych, pielęgniarki anestezjologiczne oraz pielęgniarki oddziałów zabiegowych. ZBL ma za zadanie skutecznie organizować leczenie bólu, przy czym każdy pacjent zgodnie z obowiązującymi standardami, jest objęty indywidualnym tokiem leczenia bólu pooperacyjnego. Integracja całego środowiska lekarsko-pielęgniarskiego, w którym w naturalny sposób anestezjolodzy i pielęgniarki anestezjologiczne odgrywają najważniejszą rolę, daje możliwość stworzenia choremu subiektywnego komfortu podczas hospitalizacji, ułatwia całościowo proces leczenia, a przede wszyst-

kim minimalizuje ryzyko powikłań pooperacyjnych. Właściwa organizacja leczenia bólu oraz dostępność do jego optymalnych form leczenia wymaga pewnego wysiłku organizacyjnego, specjalistycznej wiedzy medycznej, a niekiedy również specjalistycznego sprzętu medycznego. Takie zmiany organizacyjne mają również dla Szpitala wymiar ekonomiczny.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze liczy 10 oddziałów medycznych, w tym 3 zabiegowe: Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z łózkami oparzeniowymi, Oddział Urologii, Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej. Szpital ma dobrze rozwinięte zaplecze diagnostyczne, około 18 000–19 000 hospitalizacji rocznie, z tego około 8000 na oddziałach zabiegowych. Blok operacyjny wykonuje około 3500 zabiegów operacyjnych w różnych typach znieczulenia. Szpital posiada Certyfikat Akredytacyjny CMJ, Certyfikat Jakości ISO 9001:2008, Certyfikat „Szpital bez bólu” i inne wyróżnienia. Wdrożono ogólnoszpitalną procedurę leczenia bólu zgodnie ze standardem akredytacyjnym OP 6 – ocena skutecznego leczenia bólu w szpitalu. Skorzystano ze skandynawskiego modelu (APS). Oprócz anestezjologa i koordynującej pielęgniarki anestezjologicznej, w pracy serwisu bólowego biorą udział przeszkolone pielęgniarki z oddziałów zabiegowych przy całodobowej współpracy w zespole. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała (za inicjatywą PTBB) poddał się certyfikacji, spełniając warunki programu. Przeprowadzono szkolenie personelu medycznego z zakresu uśmierzania bólu pooperacyjnego, przed zabiegiem pacjenci są informowani o możliwości i metodach uśmierzania bólu pooperacyjnego, prowadzone są regularne pomiary natężenia bólu u operowanych pacjentów, prowadzona jest dokumentacja leczenia bólu, zgodnego z zaleceniami i rekomendacjami uśmierzania bólu. Monitorowane i zgłaszane są działania niepożądane zastosowanego leczenia. Szkolenia, jakimi objęte są pielęgniarki z oddziałów zabiegowych z zakresu terapii bólu ostrego, zawierają określoną wartość merytoryczną, na podstawie ramowego programu kursu specjalistycznego, rekomendowanego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych oraz przy współpracy z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. Szkolenia są prowadzone w oparciu o jednoznaczne wytyczne w zakresie leczenia bólu pooperacyjnego, które opracowało Polskie Towarzystwo Badania Bólu (PTBB). Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze był pierwszym szpitalem w województwie świętokrzyskim, który otrzymał certyfikat „Szpital bez bólu”.

Cel badania oraz materiał, metoda i narzędzia badawcze

Bieżąca ocena terapii bólu pooperacyjnego prowadzonej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym św. Rafała w Czerwonej Górze na podstawie analizy 100 losowo wybranych historii choroby hospitalizowanych pacjentów na oddziałach zabiegowych.

Analiza dotyczyła grupie badanych pacjentów znaleźli się pacjenci w wieku od 24,9 do 87,1 lat, średnia wieku w grupie kobiet wynosiła 34 lata, natomiast w grupie mężczyzn średni wiek to 66 lat. Badanie miało charakter losowy i retrospektywny. W analizie uwzględniono następujące zagadnienia:

- Charakterystykę grupy badanej (wiek i płeć pacjentów oraz współistniejące ich schorzenia).
- Kategorie zabiegów chirurgicznych oraz rodzaj zastosowanego znieczulenia.
- Zużycie leków przeciwbólowych na poszczególnych oddziałach.
- Najczęściej stosowane leki przeciwbólowe na poszczególnych oddziałach szpitalnych.
- Informacja o leczeniu bólu przez personel medyczny przekazywana pacjentom.
- Wartości ciśnienia tętniczego w okresie pooperacyjnym u pacjentów z zastosowaną ciągłą analgezą regionalną.
- Monitorowanie natężenia bólu pooperacyjnego.
- Udział pielęgniarek w terapii bólu.

Do monitorowania bólu przyjęto dwie skale oceny nasilenia bólu:

- **Skala oceny numerycznej** (NRS) – od 0 do 10 (gdzie 0 wskazuje na brak bólu, a 10 oznacza najsilniejszy możliwy ból);
- **Skala Szpitala Księcia Henryka** – Prince Henry Hospital Pain Score (PHHPS) – od 0 do 3 (gdzie: 0 oznacza brak bólu; 1 – ból przy kaszlu; 2 – ból przy głębokim oddychaniu; 3 – ciągły ból).

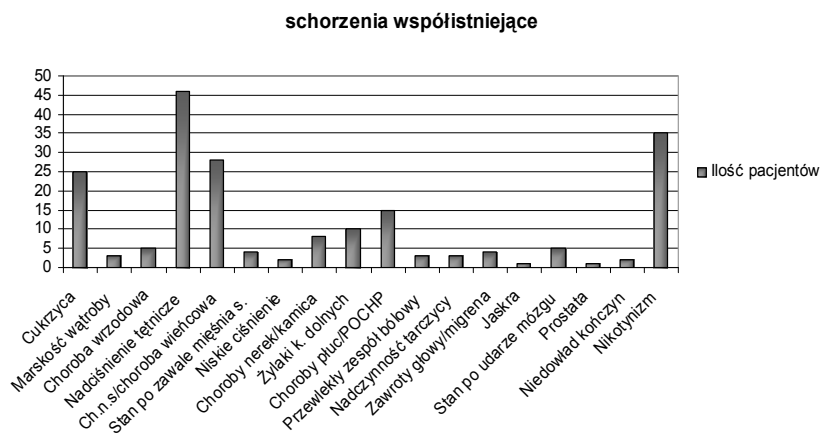
Omówienie wyników

Tabela 1 przedstawia charakterystykę grupy badanej, wybranej losowo i ocenianej retrospektywnie (po wypisaniu ze szpitala).

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

Grupa zabiegów	Wiek pacjentów			Liczebność grupy		
	Średnia	Min	Max	Kobiety	Mężczyźni	Razem
I	61,0	28,8	86,4	5	4	9
II	60,2	30,3	87,1	9	31	40
III	52,6	24,9	85,8	13	17	30
IV	60,4	30,3	82,1	7	14	21
Łącznie	58,0	24,9	87,1	34	66	100

Weryfikacja schorzeń współistniejących ma ogromne znaczenie dla doboru terapii przeciwbólowej u pacjentów poddawanych zabiegom operacyjnym. Zarówno na podstawie wywiadu pielęgniarzkiego, przeprowadzanego przy przyjęciu pacjenta do szpitala, jak i w wyniku badania anestetycznego przeprowadzanego przed zabiegiem operacyjnym zarejestrowano całą gamę schorzeń współistniejących, które przedstawia rysunek 1.



Rysunek 1. Schorzenia współistniejące zarejestrowane w dokumentacji medycznej pacjentów

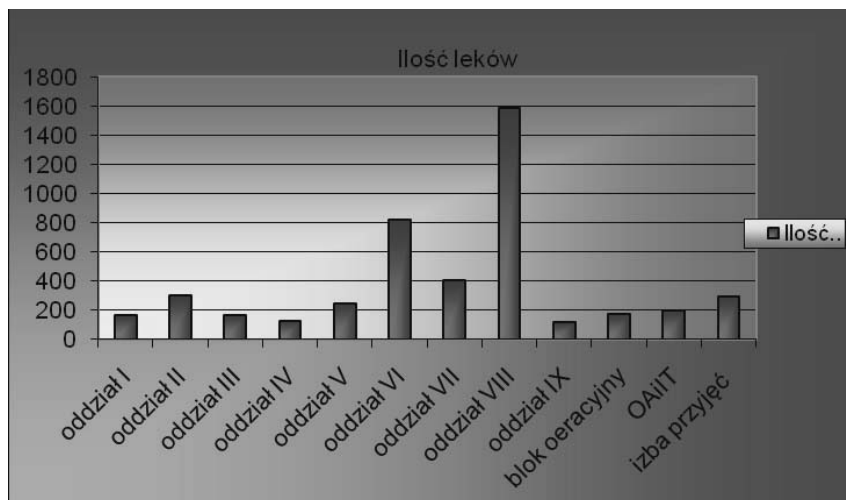
Zarejestrowanie schorzenia współistniejącego stanowi podstawę do właściwego doboru terapii przeciwbólowej. Przy doborze terapii przeciwbólowej uwzględniano zawsze przygotowane chorego oraz przyjęte (przez PTBB oraz związane z nim towarzystwa naukowe) zalecenia dotyczące uśmierzania bólu pooperacyjnego, z uwzględnieniem pacjentów z grup ryzyka. Zaliczamy do nich przede wszystkim pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego, oddechowego „centralnego układu nerwowego, a także chorych z upośledzeniem funkcji metabolicznej wątroby, funkcji wydaliniczej nerek, z nadwrażliwością na leki przeciwbólowe (z wywiadu) oraz pacjenci w 65 roku życia i starszych jak oraz kobiety w ciąży i karmiące piersią. Rekomendacje uśmierzania bólu u osób z grup ryzyka w połączeniu z zaleceniami Konsultanta Krajowego z 2005 r., tworzą podstawę do wypracowania schematów uśmierzania bólu pooperacyjnego [1]. W analizie organizacji leczenia bólu u pacjentów poddawanych zabiegom operacyjnym w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze wzięto pod uwagę między innymi rodzaj i zakres zabiegów operacyjnych w oparciu o kategorię zabiegu, rodzaj znieczulenia – zamieszczony poniżej w tabeli nr 2.

Tabela 2. Kategoria zabiegu a rodzaj znieczulenia w grupie badanej

Kategoria zabiegów	Rodzaj znieczulenia	Liczba znieczuleń
I	ZDK	5
I	ZP	2
I	ZOZ	1
I	ZOZ+PV	1
II	ZP	25
II	ZOZ	12
II	ZDK	2
II	ZOZ+PV	1
III	ZOZ	19
III	ZOZ+ZOP	7
III	ZOZ+PV	3
IV	ZOZ+ZOP	18
IV	ZOZ	1
IV	ZP	1
IV	ZOZ+PV	1
Razem		100

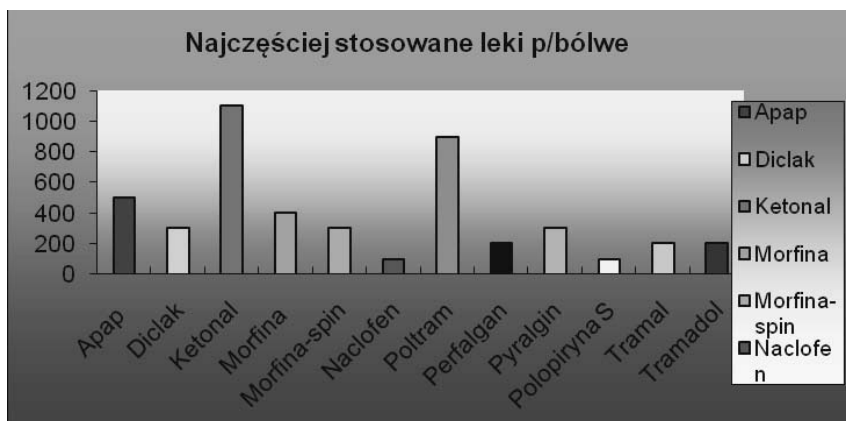
Rodzaj jest zawsze dobierany do danej kategorii zabiegu operacyjnego z uwzględnieniem grupy ryzyka, do jakiej zaliczany jest pacjent. Technika znieczulenia ma bezpośredni wpływ na dostosowanie terapii przeciwbólowej zastosowanej w okresie pooperacyjnym.

Zużycie leków przeciwbólowych dla pacjentów leczonych na poszczególnych oddziałach zabiegowych przedstawia rysunek 2.



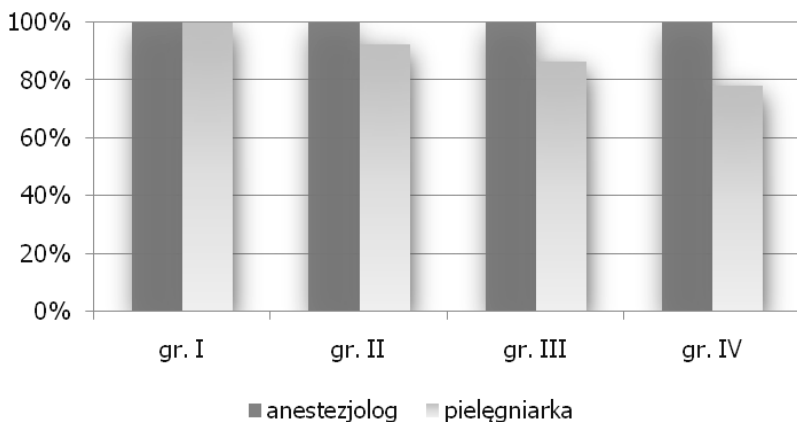
Rysunek 2. Zużycie leków przeciwbólowych na poszczególnych oddziałach

Ilość i rodzaj zużytych leków w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze świadczą o wyraźnym zróżnicowaniu wykorzystania wielu preparatów przeciwbólowych. Oddziały chirurgiczne zużywały znacznie więcej leków przeciwbólowych w porównaniu z pozostałymi oddziałami szpitalnymi. Rysunek 3 przedstawia najczęściej stosowane leki przeciwbólowe.



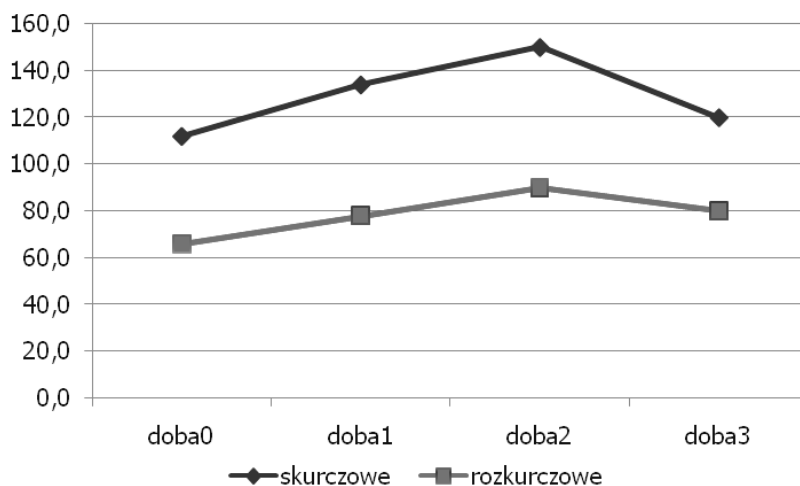
Rysunek 3. Najczęściej stosowane leki przeciwbólwe na wszystkich oddziałach szpitala

Zgodnie z założeniami programu wszyscy pacjenci byli informowani o leczeniu bólu w okresie pooperacyjnym. Zarówno anestezjolodzy, jak i pielęgniarki z oddziałów zabiegowych takich informacji udzielali. W przypadku pacjentów, u których wykonywano znieczulenia regionalne udział anestezjologa, zawsze był większy, ponieważ wiąże się to z wykorzystaniem ciągłej analgezji regionalnej w okresie pooperacyjnym.



Rysunek 4. Informacja o leczeniu bólu przekazywana przez personel medyczny pacjentom

W opiece pielęgniarstwie nad pacjentami w okresie pooperacyjnym systematyczne monitorowanie parametrów życiowych jest złotym standardem. Utrzymanie ich na stabilnym poziomie optymalizuje pooperacyjne bezpieczeństwo chorych, u których stosowana jest terapia bólu pooperacyjnego. Ma to szczególne znaczenie w przypadkach stosowania ciągłej regionalnej analgezji. Wartości ciśnienia tętniczego krwi obok pozostałych parametrów rejestrowane u badanych pacjentów świadczą o stabilizacji funkcji układu krążenia, a pośrednio o prawidłowo prowadzonej terapii przeciwbólowej.



Rysunek 5. Wartości ciśnienia tętniczego w okresie pooperacyjnym u pacjentów z ciągłą analgezją regionalną

Dyskusja

Zapewnienie właściwych warunków bezpieczeństwa pacjentom, u których jest prowadzona analgezja regionalna, jest rolą personelu medycznego. Ze względów bezpieczeństwa zadania te powinny być realizowane przez zespół pielęgniarek profesjonalnie przygotowany do tych zadań. Uśmierzenie bólu jest bardzo istotnym zagadnieniem w pracy każdej pielęgniarki, a szczególnie tej, która realizuje zadania zawodowe wobec pacjentów w bezpośrednim okresie pooperacyjnym. Istotą roli pielęgniarek w zespołach leczenia bólu jest profesjonalne przygotowanie ich do pełnienia zadań w zakresie terapii bólu pooperacyjnego w codziennej pracy zawodowej. Szkolenie w zakre-

su terapii bólu ostrego, musi zawierać określoną wartość merytoryczną, na podstawie ramowego programu kursu specjalistycznego, rekomendowanego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych oraz przy współpracy z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. Szkolenie musi być prowadzone w oparciu o jednoznaczne wytyczne w zakresie leczenia bólu pooperacyjnego, które opracowało Polskie Towarzystwo Badania Bólu (PTBB) [2]. Wykorzystanie treści zawartych w oficjalnych wytycznych jest gwarancją realizowania szkolenia na wysokim poziomie i jego zgodność z aktualną wiedzą. Usystematyzowanie treści kształcenia umożliwia uzyskanie wiedzy i umiejętności w każdym miejscu realizacji takiego szkolenia. Misiołek H. podkreśla, że dynamiczny rozwój badań nad bólem ostrym – pooperacyjnym, umożliwiający poznanie jego mechanizmów oraz wprowadzenia do powszechnego użytku metod i środków stosowanych w postępowaniu przeciwbólowym, spowodował istotny wzrost zainteresowania tą problematyką. Zaowocowało to pojawieniem się publikacji na łamach czasopism medycznych oraz z praktycznego punktu widzenia, powstaniem Zespołów Leczenia Bólu Ostrego (Acute Pain Service – APS) w placówkach ochrony zdrowia. Taką konieczność prowadzenia kształcenia podyplomowego na poziomie kursu specjalistycznego w zakresie patofizjologii bólu, specjalistycznych metod leczenia bólu ostrego z wykorzystaniem technik ciągłej analgezji regionalnej oraz organizacji leczenia bólu pooperacyjnego, widzi zdecydowana większość ankietowanych biorących udział w opisanym powyżej badaniu. Dobrogowski i wsp. [2] podkreśla, że analgezja multimodalna (zbilansowana) jest metodą z wyboru i powinna być stosowana wszędzie, gdzie jest to możliwe, ponieważ zakłada używanie leków o różnych mechanizmach działania. Połączenie leków o różnym punkcie uchwytu działania, wykazuje większą skuteczność analgetyczną i minimalizuje objawy niepożądane. Analgezja zbilansowana oznacza stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) z opioidami lub technik znieczulenia miejscowego w zależności od indywidualnych wskazań u chorego. Wybór leków i metody leczenia bólu po zabiegach chirurgicznych zależą od rozległości operacji, okolicy operowanej, stanu klinicznego i wieku pacjenta, jak i od obecności przeciwwskazań do wykonania analgezji regionalnej bądź zastosowania niektórych leków. Nie bez znaczenia wydaje się dostępność do sprzętu i leków oraz wyszkolenie zespołu anestezyjologicznego. H. Misiołek podkreśla, że tylko profesjonalnie wyszkolony zespół i większa dostępność do sprzętu (pompy infuzyjne, także pompy z możliwością samodzielnego sterowania poziomem analgezji przez pacjenta, sprzęt monitorujący, zestawy do znieczulenia przewodowego ciągłego itp.) pozwalają na bezpieczne i szersze zastosowa-

nie zaawansowanych, wysokospecjalistycznych technik uśmierzania bólu pooperacyjnego [3]. Obydwoje autorzy wskazują na niedostateczny udział personelu pielęgniarskiego w realizacji zadań zespołów leczenia bólu. Biorąc pod uwagę bardzo ważne cele, jakie powinny być zrealizowane przez pielęgniarki w zakresie leczenia bólu, autorzy programu ramowego przekazują do środowisk pielęgniarek i położnych opracowany i zatwierdzony przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych oraz Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, program kursu specjalistycznego „Terapia bólu ostrego u dorosłych nr (02/10)” przeznaczanego dla pielęgniarek i położnych. Program kursu daje podstawy do określenia rangi prawnej kursu, czyli w praktyce wskazuje środowisku pielęgniarek i położnych, do jakich czynności upoważnia osobę, która ukończy ten rodzaj kształcenia. Uzyskane kwalifikacje w wyniku ukończenia kursu specjalistycznego spowoduje, iż znikną dotychczasowe wątpliwości dotyczące zakresu kompetencji pielęgniarek działających aktywnie w zespole leczenia bólu.

Podsumowanie

Organizacja leczenia bólu u pacjentów poddawanych zabiegom operacyjnym przyniosła oczekiwany efekt:

1. Terapię przeciwbólową dobierano zależnie od rodzaju i zakresu zabiegu operacyjnego.
2. Terapia bólu prowadzona była zawsze z uwzględnieniem szczególnych grup ryzyka, mając na uwadze schorzenia współistniejące.
3. Prawidłowe i stabilne wartości ciśnienia tętniczego pośrednio wskazywały na optymalnie bezpieczne warunki ciągłej regionalnej analgezji bólu.

Bibliografia

[1] Dobrogowski J., Mayzner-Zawadzka E., Drobnik L., Kusza K., Woron J., Wordliczek J., „Ból” 2008, t. 9, .nr 2.

[2] Dobrogowski J. i wsp., *Uśmierzanie bólu pooperacyjnego – zalecenia* 2008, „Ból” 2008, t. 9, nr 2, s. 9–22.

[3] Mosiołek H., *Pod kontrolą całą dobę. Leczenie bólu*, „Rynek Zdrowia” 2009, s. 6–7.

[4] Wordliczek J., Dobrogowski J., *Program „Szpital bez bólu” – co dała certyfikacja*, „Ból” 2010, t. 11, s. 33–34.

Joanna Harzowska-Szczygieł

Wykorzystanie zimna w leczeniu bólu i cierpienia

Historia leczenia zimnem

Historia leczniczego wykorzystania niskich temperatur sięga czasów starożytnych. Krioterapia – obecnie stosowany termin na określenie nowoczesnych metod terapeutycznych wykorzystujących niskie temperatury – pochodzi z języka greckiego, gdzie słowo *cryos* oznacza mróz.

Pierwsze wzmianki o miejscowym zastosowaniu zimna jako niezależnej metody leczenia pochodzą z Egiptu z 2500 r. p.n.e. Już wtedy kojarzono działanie zimna z efektem przeciwzapalnym i uśmierzającym ból w miejscu urazu. Kilkaset lat później, w V w. p.n.e., Hipokrates wykorzystywał zimno do zmniejszania obrzęków, krwawień i bólu.

Obserwacje te stały się punktem wyjścia dla leczniczego zastosowania niskich temperatur przez lekarzy w naszym tysiącleciu. I tak w czasie kampanii rosyjskiej napoleoński chirurg D.J. Larrey zaobserwował, że kończyny rannych żołnierzy mogły być amputowane przy minimalnym bólu i krwawieniu, jeżeli uprzednio obniżono ich temperaturę, okładając je lodem lub śniegiem. Na podstawie tego wysunął on wniosek, że korzystny wpływ zimna wynika z oddziaływania na zakończenia nerwowe i zmniejszenia czucia uszkodzonych narządów. Nieco później, w 1845 r.,

J. Arnott zapoczątkował analgezję poprzez miejscowe oziębianie w leczeniu neuralgii, reumatyzmu, a także w leczeniu bólu u pacjentów z terminalną postacią choroby nowotworowej. Dwa lata po tym doniesieniu P. Flaurens odkrył analgetyczne właściwości powierzchniowo stosowanego chlorku etylu. U chorych został on jednak użyty dopiero w 1866 r. w postaci aerozolu. Działanie przeciwbólowe chlorku etylu jest związane z faktem, że jego parowanie z powierzchni skóry obniża jej temperaturę do -15 stopni Celsjusza ÷ -20 stopni Celsjusza. Do dzisiaj analgetyczne właściwości tej cieczy są wykorzystywane głównie w medycynie sportowej w uśmierzaniu bólu powstającego na skutek kontuzji.

Rozwój nowoczesnej kriomedycyny nastąpił u schyłku XIX w., kiedy to fizycy nabyli umiejętność skraplania gazów. Ogromne zasługi w tej dziedzinie mają między innymi polscy uczeni – Karol Olszewski i Zygmunt Wróblewski, którzy w 1883 r. po raz pierwszy dokonali skroplenia składników powietrza azotu i tlenu. Z kolei w 1907 r. Whitehouse skonstruował pierwsze urządzenie uwalniające opary ciekłego azotu, które wykorzystywał do niszczenia powierzchownie zlokalizowanych nowotworów i leczenia niektórych schorzeń dermatologicznych.

Początki krioterapii ogólnoustrojowej sięgają 1978 r., kiedy to T. Yamauchi wykorzystał po raz pierwszy komorę kriogeniczną do leczenia chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Cztery lata później w Niemczech R. Fricke wprowadził krioterapię ogólnoustrojową do leczenia chorobowo zmienionych stawów i opracował pierwsze standardy stosowania krioterapii w medycynie.

Początek polskiej krioterapii miejscowej datuje się na rok 1983, a jej „kolebką” stała się Katedra Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, kierowana przez prof. Zdzisława Zagrobelnego.

W Polsce pierwsza kriokomora powstała w 1989 r. i została zainstalowana w Oddziale Reumatologicznym Szpitala Specjalistycznego Chorób Narządu Ruchu im. Janusza Korczaka w Kamiennej Górze. Kriokomora ta była drugą w Europie i trzecią na świecie, a jej konstruktorem, jak też twórcą całej generacji urządzeń kriogenicznych był mgr inż. Zbigniew Raczkowski z Instytutu Niskich Temperatur i Badań Strukturalnych Polskiej Akademii Nauk we Wrocławiu, kierowanego przez prof. dra hab. inż. Tadeusza Stręka.

Działanie przeciwbólowe i przeciwzapalne w niskich temperaturach z uwzględnieniem procesów zachodzących w organizmie i aktualnych badań

Według prawa Dastre'a Morata, naczynia krwionośne narządów wewnętrznych i mięśni zachowują się przeciwstawnie do naczyń powierzchownych skóry. Wyjątkiem są naczynia nerek, śledziony i mózgu. Występujący pod wpływem zimna skurcz oporowych naczyń krwionośnych i towarzyszące mu uszczelnienie tych naczyń pociąga za sobą pobudzenie procesów przemiany materii w tkankach, zwiększa podaż tlenu do tkanek i ułatwia ich oczyszczanie z produktów rozpadu tkankowego. Efektem tego działania jest zmniejszenie obrzęku towarzyszącego odczynowi zapalnemu, a w konsekwencji – zmniejszenie ucisku obrzękniętych tkanek na zakończenia nerwowe – bólowe, co daje efekt analgetyczny, przeciwbólowy.

Efekt ten wzmacniany jest z jednej strony przez zwiększenie filtracji włosniczkowej i występującą pod wpływem zimna poprawę drożności naczyń chłonnych drenujących przestrzeń międzykomórkową, zmniejszenie liczby zrolowanych i przylegających leukocytów oraz obniżenia ciśnienia śródtkankowego, z drugiej zaś strony – przez hamowanie aktywności procesów enzymatycznych, w szczególności zaś spadek aktywności enzymów proteolitycznych biorących udział w odczynie zapalnym. Spadek aktywności enzymów proteolitycznych wywołuje zahamowanie uwalniania mediatorów procesu zapalnego, w tym mleczanów i histaminy w okolicy ogniska zapalnego, wywierających pobudzający wpływ na chemoreceptory. Równocześnie obserwuje się w tej okolicy wzrost stężenia bradykininy i angiotensyny dający efekt przeciwbólowy.

Mechanizm działania analgetycznego zimna jest wysoce wysublimowany. U jego podłoża leży pobudzający wpływ zimna na wydzielanie β endorfin w ośrodkowym układzie nerwowym z równoczesnym czynnościowym wyłączeniem receptorów czuciowych i ich połączeń z proprioceptorami oraz zwolnieniem przewodnictwa w wolnoprzewodzących włóknach czuciowych, a także mechanizm „bramek kontrolnych” selekcyjnych bodźce dochodzące do ośrodkowego układu nerwowego.

Stwierdzono również, że pod wpływem zimna dochodzi do zmniejszenia impulsacji nocyceptywnych mechanoreceptorów i zwolnienie przewodnictwa w nerwach nocyceptywnych, szczególnie zaś w wolnoprzewodzących włóknach typu C charakteryzujących się wysokim progiem pobudliwości bólowej.

Wpływ niskich temperatur na procesy regeneracyjne w układzie kostno-stawowym i tkankach miękkich

Wiele badań wskazuje na korzystny wpływ krioterapii na przebieg procesów metabolicznych i regeneracyjnych zachodzących w tkance kostnej, chrząstce i błonie maziowej stawów oraz strukturach okołostawowych i skórze.

Przedstawię państwu przykładowe badanie kliniczne, w którym u chorych z wczesnym pourazowym zanikiem kostnym w I i II okresie choroby (nadgarstek, ręka, staw skokowy, stopa) stosowano serię 20 codziennych zabiegów krioterapii miejscowej trwających od 2 do 4 minut. Bezpośrednio po zabiegu pacjenci wykonywali ćwiczenia czynny chorej kończyny. Ponadto chorym zalecano stosowanie w domu okładów z lodu na leczone miejsce w okresie 6 godzin po kriostymulacji. U pacjentów poddanych tej formie terapii w badaniu rentgenowskim wykonanym w 6 do 8 tygodnia od rozpoczęcia leczenia stwierdzono ustąpienie plamistego zaniku oraz zdecydowaną poprawę uwapnienia kości, z utworzeniem prawidłowej struktury beleczkowatej. W tym momencie warto zastanowić się, w jaki sposób osiągnięto takie zmiany. Systematyczne stosowanie tego typu procedur z zakresu krioterapii regeneruje, odbudowuje i stabilizuje tkankę, która jest poddawana działaniu zimna. Oprócz analgetycznego działania zimna uzyskujemy też zmniejszone odczuwanie zimna dzięki właściwościom regeneracyjnym, naprawiającym istniejące szkody w organizmie.

Wpływ niskich temperatur (krioterapii) na choroby o podłożu psychogennym – nerwice

Występują również nieliczne doniesienia o wpływie bodźca fizycznego, jakim jest zimno, na psychikę pacjentów poddawanych zabiegom krioterapii ogólnoustrojowej. W jednym z badań stwierdzono, że ekspozycja chorych na ekstremalnie niskie temperatury w istotny sposób zmienia ich nastrój. U pacjentów po krio zabiegu obserwowano wyraźną poprawę nastroju, uczucie relaksacji, a nawet stany euforyczne. Efekt ten występował tuż po opuszczeniu kriokomory i utrzymywał się dłuższy czas po zakończeniu zabiegu. W przyszłości taka terapia może być potencjalną alternatywą dla farmakologicznego leczenia zaburzeń nerwicznych.

Wskazania i przeciwwskazania do leczenia zimnem

Wskazania do leczenia zimnem można uzależnić od tego, czy mówimy tutaj o kriochirurgii czy krioterapii. Ogólnie ujmując kriochirurgię, stosujemy w:

- chorobach skóry i błon śluzowych,
- onkologii,
- żylakach kończyn dolnych,
- krwawieniu z przewodu pokarmowego,
- zaburzeniach rytmu serca,
- schorzeniach laryngologicznych,
- schorzeniach okulistycznych,
- schorzeniach ginekologicznych,

Krioterapię miejscową bądź też ogólnoustrojową stosujemy natomiast w:

- chorobach układu ruchu (choroby zapalne narządu ruchu: reumatoidalne zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, choroby zwyrodnieniowe i wtórne zmiany zniekształcające stawów kręgosłupa i stawów obwodowych, choroby stawów o podłożu metabolicznym, jak dna moczanowa, zapalenia okołostawowe ścięgien i torebki stawowej, niektóre choroby skóry z zajęciem stawów – łuszczycowe zapalenie stawów, choroby zapalne tkanki łącznej – *myositis*, *fibromyositis* oraz kolagenozy, zmiany pourazowe lub przeciążeniowe stawów i tkanek miękkich, dyskopatie, fibromialgia, osteoporoza),
- choroby układu nerwowego (niedowłady spastyczne, stwardnienie rozsiane, zespoły korzeniowe),
- choroby o podłożu psychogennym – nerwice,
- odnowa biologiczna i sport wyczynowy.

Po przeanalizowaniu zarysu wskazań do leczenia zimnem nie należy zapomnieć o przeciwwskazaniach, gdyż każdy medal ma dwie strony. Bezwzględny przeciwwskazaniem do krioterapii są:

- nietolerancja zimna,
- krieglobulinemia,
- kriefibrynogenemia,
- choroba Reynauda,
- zmiany zakrzepowo-zatorowe i zapalne w układzie żylnym,
- niektóre choroby ośrodkowego układu nerwowego,
- neuropatie układu współczulnego,

- choroby psychiczne ograniczające kontakt z chorym,
- klaustrofobia,
- zażywanie niektórych leków – zwłaszcza neuroleptyków i alkoholu,
- niedoczynność tarczycy,
- miejscowe zaburzenia ukrwienia,
- otwarte rany i owrzodzenia,
- znaczna niedokrwistość,
- wyniszczenie i wychłodzenie organizmu,
- choroba nowotworowa,
- czynny proces gruźliczy,
- ostre schorzenia dróg oddechowych,
- choroby układu sercowo-naczyniowego.

Obok bezwzględnych przeciwwskazań występują względne przeciwwskazania, którymi są:

- wiek powyżej 65. roku życia,
- nadmierna labilność emocjonalna wyrażająca się między innymi zwiększoną potliwością skóry.

Podsumowanie

Wykorzystanie zimna w leczeniu bólu i cierpienia można rozumieć wielowymiarowo. Od wielu wieków doceniano działanie krioterapii. W przeciągu tych wszystkich stuleci rozwijano jej możliwości, prowadzono badania, rozszyfrowywano wpływ na organizm.

My możemy tylko docenić to, co już zrobiono i postarać się rozwijać dalej już zdobytą wiedzę i umiejętności.

Umiejętnie wykorzystywana krioterapia jest naturalnym lekiem, który należy docenić i we właściwych schorzeniach wykorzystać.

Bibliografia

Biały D., Zimmer K., Zagrobelny Z., *Komora kriogeniczna – zalety zastosowania w rehabilitacji – doświadczenia własne*, „Acta Bio-Opt. Inform. Med.” 1998, 4, 4, s. 169–172.

Biały D., Zimmer K., Zagrobelny Z., *Krioterapia ogólnoustrojowa w sporcie*, „Med. Sport.” 1999, 15, (94), s. 21–24.

Bienias-Jędrzejewska M., Wrzosek Z., *Przydatność krioterapii w leczeniu zespołu bolesnego karku*, „Fizjoterapia” 1994, 2, (3), s. 4–6.

Bilińska M., Rudkowska-Brzecka A., Martynów R., Brzecki A., *Badania elektromiograficzne w ocenie siły mięśniowej po krioterapii u chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów*, „Przegl. Lek.” 1993, 50, (1–2), s. 12–13.

Birkner E., Sieroń A., Beck B., Jagodziński L., Romuk E., Skrzep-Poloczek B., Stanek A., *Zastosowanie temperatur kriogenicznych w medycynie*, „Wiad. Lek.” 2003, 56, (1–2), s. 53–56.

Bong J.L., Shalders K., Saipan E., *Treatment of persistent painful nodules of hydradenitis suppurativa with cryotherapy*, „Clin. Exp. Dermatol.” 2003, 28, (3), s. 241–244.

Gregorowicz H., Zagrobelny Z., *Krioterapia ogólnoustrojowa: wskazania i przeciwwskazania, przebieg zabiegu i jego skutki fizjologiczne i kliniczne*, „Acta Bio-Opt. Inform. Med.” 1998, 4, (3), s. 119–131.

Jagodziński L., Kubacka M., Wiśniowska B., Puszer M., Stanek A., *Krioterapia ogólnoustrojowa*, cz. 1, „Gab. Pryw.” 2001, 2–3, (91), s. 39–42.

Kalmus P., Włodarczyk K., Pinkowska I., Piotrkowska E., Szulicka A., *Wyniki leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów zabiegami krioterapeutycznymi i pe-loidowymi*, „Baln. Pol.” 1999, 41, (3–4), s. 83–91.

Rymaszewska J., Biały D., Zagrobelny Z., Kiejna A., *Wpływ krioterapii ogólnoustrojowej na psychikę człowieka*, „Psychiatr. Pol.” 2000, 34, (4), s. 649–653.

Sieron A., Cieślak G., *Zastosowanie zimna w medycynie – kriochirurgia i krioterapia*, A-medica press, Bielsko-Biała 2003.

Monika Cempa

Ból niewymownego cierpienia – psychologiczny aspekt reakcji chorych na zabieg laryngektomii totalnej

Funkcjonowanie człowieka w społeczeństwie jest uzależnione od wielu czynników fizycznych i psychicznych, które składają się na osobowość, pozwalają na ekspresję indywidualnych cech danej osoby. Jednak zdecydowanie jednym z najważniejszych narzędzi umożliwiających budowanie relacji z innymi ludźmi jest mowa. Za jej pomocą człowiek jest w stanie wyrazić ogromne bogactwo uczuć: odpowiedni ton i barwa głosu może przekazać żal, smutek, ironię, gniew lub szczęście, jego natężenie łatwo ujawnia siłę targających człowiekiem emocji. Trudno wyobrazić sobie życie bez możliwości mówienia oraz spróbować zastanowić się, w jak ogromnym stopniu ograniczyłoby to każdą chwilę codzienności.

Pomyślmy, czy bylibyśmy w stanie przeżyć jeden dzień bez wypowiedzenia ani jednego słowa, funkcjonując choćby tak jak dzisiejszego dnia, wśród tylu osób. Jak trudno jest pozostać milczącym, kiedy targa nami wiele emocji, kiedy się z czymś stanowczo nie zgadzamy, jesteśmy czymś oburzeni lub pragniemy się z czegoś wytłumaczyć.

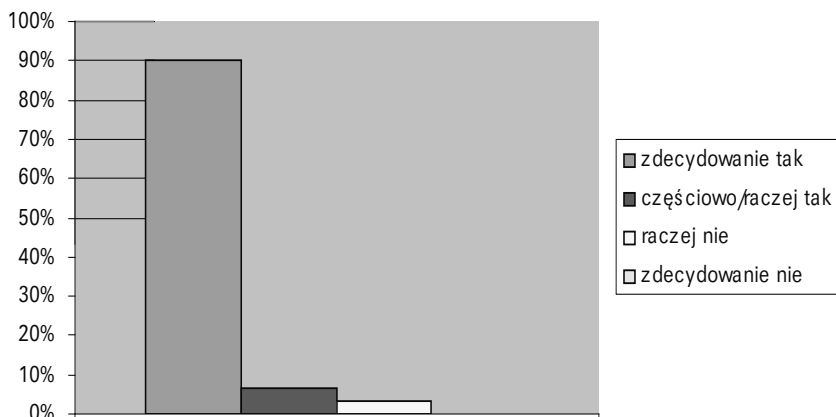
Przykładem osób borykających się z takim problemem są osoby poddane zabiegowi całkowitego usunięcia krtani, które takie się nie urodziły, poznały smak swobodnego porozumiewania się i nagle przyszło im ją stracić. Czy jest im ciężiej niż komuś, kto nie mówi od urodzenia – trud-

no to ocenić. Niemożność mówienia staje się bardzo dotkliwa zwłaszcza z powodu braku czasu na psychiczne przygotowanie się chorych do zmierzenia się z tym problemem. Nagle ulega zmianie całe ich życie, gdyż diagnoza, jaką jest rak, spada na nich niespodziewanie, tak samo szybko musi nastąpić ich decyzja na zabieg. Życiowa zmiana i związane z nią ograniczenia następują w życiu takich ludzi bardzo szybko, w towarzyszącym im uczuciu strachu, niedowierzania, beznadziei i wszechogarniającego pesymizmu. Jakkolwiek udany zabieg wiąże się z utratą jednej z najcenniejszych rzeczy, jaką jest głos.

To, w jaki sposób ludzie funkcjonują po operacji i starają się powrócić do normalnego życia, jest nieodłącznie związane ze stanem ich psychiki, która pozwala odnaleźć siły na walkę o samoakceptację. Jest to ogromnie ważne, gdyż osoby laryngektomowane niejednokrotnie muszą zmierzyć się z utratą lub zmianą pracy, zmianą trybu życia, a nawet własnych przyzwyczajęń. Utrata głosu i brak poczucia zrozumienia przez otoczenie i często przez najbliższe osoby bywa druzgoczącym doświadczeniem, wywołującym mnóstwo emocji – od agresji po lęk i depresję, których człowiek dotknięty tym ciężarem nie jest w stanie wyrazić? Postrzeganie samych siebie, sposoby radzenia sobie z komunikowaniem się oraz adaptowanie się do nowej sytuacji to bardzo duże wyzwania dla chorego. Nie bez znaczenia jest też fakt, w jakim stopniu pozwala to na wolę walki o wyćwiczenie mowy zastępczej oraz wykazanie zainteresowania możliwościami, jakie w tej dziedzinie proponuje postęp medyczny. Jednak pomimo wszystko wiele razy w swoim doświadczeniu zawodowym spotkałam się z opinią wśród chorych, że „głos równa się życie”.

Poniżej znajdują się trzy wykresy interpretujące wyniki badań obrazujące wąski aspekt cierpienia spośród szerszego badania psychospołecznego funkcjonowania chorych laryngektomowanych w aspekcie braku zdolności mowy, przeprowadzonego w 2009 i 2010 roku wśród byłych i obecnych pacjentów oddziału otolaryngologii Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego w Krakowie.

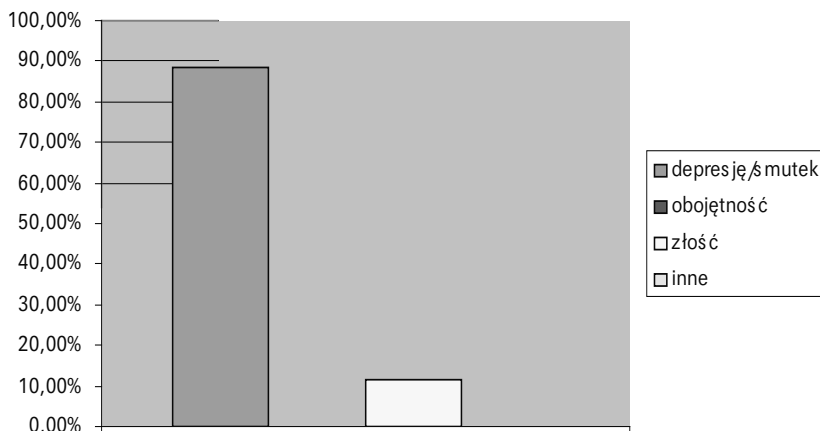
Poczucie winy z powodu własnego stanu zdrowia u laryngektomowanych



Zdecydowana większość badanych ma poczucie winy z powodu własnego stanu zdrowia oraz sytuacji, w której się znalazła – było to 55 osób (90%). Do częściowego poczucia winy przyznały się 4 osoby (6,5%), natomiast 2 ankietowanych stwierdziło, że raczej poczucie winy nie jest u nich obecne. Zdecydowanie negatywnej odpowiedzi nie udzieliła żadna osoba.

Brak zdolności mowy, pomimo próby rekompensaty braku zdolności mówienia za pomocą innych metod komunikowania się pozostaje wciąż sporym utrudnieniem w relacjach międzyludzkich. Dla 54 osób (88,5% ankietowanych) jest to utrudnienie bardzo dużego stopnia, 5 osób (8,2%) ocenia ten fakt jako utrudnienie średniego stopnia, natomiast tylko dla 2 osób jest to utrudnienie niewielkiego stopnia. Żadna z ankietowanych osób nie stwierdziła, aby brak zdolności mowy nie wpływał na stopień trudności w komunikacji interpersonalnej.

Uczucia jakie wywołuje fakt utraty głosu



Analiza wyników wykazała, że stany depresyjne wykazuje najwięcej, bo aż 54 osoby (88,5%) ankietowanych, natomiast uczucie złości pozostałe 7 osób (11,5%).

Wyraźnie ukazuje to, w jakim negatywnym stopniu odbija się brak zdolności mowy po zabiegu na psychikę chorych, którzy samodzielnie nie umieją sobie poradzić z zaistniałą sytuacją. Stany depresyjne przeważają, jednak równie często pojawia się uczucie złości, która przypomina bunt i zupełny brak akceptacji sytuacji, w której chorzy się znaleźli.

Dlatego też pojawia się powiązanie cierpienia z brakiem zdolności mowy. Musimy zdać sobie sprawę, że zabieg całkowitego usunięcia krtani to jeden z najbardziej okaleczających zabiegów w medycynie – okaleczających nie tylko ciało, ale i duszę. Osoby te borykają się ze zmienionym wyglądem, często z wieloma powikłaniami – po zabiegu pojawia się opuchlizna, blizny, przetoki, zdarza się zakażenie rany pooperacyjnej. Zmieniony wygląd, a bezpośrednio po zabiegu obecność drenów, sondy, cewnika – to sprawia, że pacjent przeżywa szok. Najdłuższe rozmowy przed zabiegiem nie są w stanie wystarczająco chorego przygotować. Dodatkowo diagnoza choroby nowotworowej często jest przyczyną depresji, a nawet myśli samobójczych.

Brak zdolności mowy uniemożliwia przekazanie bogactwa przeżyć, które kumulują się w chorym – przede wszystkim jego ogromnego strachu, poczucia winy za sytuację, w jakiej się znalazł, potrzeby wsparcia i bliskości drugiego człowieka, który go zrozumie i odpowie na jego nie-

wymowne pytania. Z drugiej strony często chory wstydzi się kontaktu z drugim człowiekiem, wstydzi się swojego wyglądu, tego, że przestał być atrakcyjny, dowcipny, że już nie będzie w stanie podtrzymać rozmowy. Dołącza się do tego również świadomość, ile rzeczy będzie musiał się wyrzec, że niektóre banalne czynności dnia codziennego będą dla niego wręcz niebezpieczne, jak choćby zwykły przysznic, czy leżenie na plaży pośród piasku w wakacje. Niemożliwe stanie się na przykład zawołanie psa albo rozmowa przez telefon.

Nie możemy w tej sytuacji twierdzić, że kartka i długopis są rozwiązaniem.

Dlatego można ten stan nazwać „bólem niewymownego cierpienia”, który wszystko potęguje i wszystko utrudnia, który przyczynia się do utrudnienia procesu zdrowienia i powrotu do normalnego życia. Brak zdolności mowy jest cierpieniem samym w sobie w dzisiejszym rozkrzyczanym świecie.

Jest to aspekt, który powinien przemówić do nas nie tylko w sensie dosłownym. Wszyscy mamy kontakt z bardzo wieloma ludźmi, wielu z nas bezpośrednio z pacjentami. Ważne staje się, aby w natłoku tempa życia, pracy i obowiązków nie tracić czasu, który pozbawia nas świadomości istnienia problemu niedopowiedzianego. Nie zawsze usłyszymy cierpienie drugiego człowieka. Dosłowność sytuacji, które ukazują nam różne ograniczenia, jak to się dzieje w przypadku chorych po całkowitym usunięciu krtani, zmusza nas do szerszego pojmowania cudzego cierpienia i szukania okazji do pomocy tam, gdzie istnieje tylko prawdopodobieństwo jej konieczności.

Bibliografia

Fabczak-Kowalczyk A.M., *Czy tylko... głos utracony i odzyskany*, Polskie Towarzystwo Lekarskie, Białystok 1997.

Janczewski G., *Otolaryngologia praktyczna – podręcznik dla lekarzy i studentów*, t. 2, Via Medica, Gdańsk 2005.

Kuśnierkiewicz M., Pruszevicz A., Kruk-Zagajewska A., Żebryk-Stopa A., Kraśny J., Zygarowicz M., Golusiński W., *Wpływ czynników osobowościowych na przebieg procesu rehabilitacji głosu i mowy u osób po operacji całkowitego usunięcia krtani*, „Psychoonkologia” lipiec-grudzień 2001, nr 9.

Sęk H., *Psychologia kliniczna*, PWN, Warszawa 2005.

Halina Lebedowicz

Ból i cierpienie – rozważania w Klinice Hematologii

Pacjenci hospitalizowani w Klinice Hematologii to głównie osoby z rozpoznaną chorobą nowotworową układu krwiotwórczego (białaczki, chłoniaki), a tempo rozwoju choroby lub stopień jej zaawansowania stanowi bezpośrednie zagrożenie dla życia.

Wiek pacjentów waha się między 17–70 rokiem życia, najliczniejszą grupę stanowią osoby w przedziale wieku 30–50 lat.

Podstawową formą leczenia jest chemioterapia, często wspierana przez radioterapię oraz procedurę przeszczepienia szpiku kostnego.

Leczenie trwa od kilku do kilkunastu miesięcy. Nierzadko po zakończeniu okresu intensywnego leczenia konieczne jest nadal cykliczne podawanie chemioterapii w dawkach podtrzymujących remisję choroby.

Okres uzyskanej remisji bywa różny – od kilku miesięcy do kilku lat. Wśród naszych pacjentów są też osoby, które cieszą się wystarczająco dobrym zdrowiem już przez 12 lat po przeszczepie. W okresie lat 1998–2010 wykonano w Klinice 500 przeszczepów szpiku kostnego.

Każdorazowa hospitalizacja, związana z koniecznością podania kolejnej chemioterapii to trudne doświadczenie. Często towarzyszy jej ból i różne dolegliwości będące skutkami ubocznymi leczenia. Zawsze – cier-

pienie psychiczne – izolacja od bliskich, lęk czy się przetrwa tę chemię i czy leczenie będzie skuteczne.

Pacjenci wspierają się wzajemnie, dzielą pozytywnymi doświadczeniami, ale też przygnębia ich niepowodzenie terapii innej osoby. Czasami zbyt blisko ktoś umiera.

Większość z naszych pacjentów, po okresie wstrząsu i rozpaczliwej związanej z diagnozą, zbiera siły i walczy z chorobą. Walczą, bo są młodzi i chcą zrealizować swoje życiowe marzenia i plany, walczą, bo kochają życie, bo nie chcą osierocić dzieci, nie chcą opuścić ukochanej osoby...

Towarzysząc ludziom śmiertelnie chorym, wiele się można nauczyć o wspierającej sile miłości, woli przetrwania oraz sprawach, które nadają życiu wartość i sens.

W psychologii istnieją koncepcje porządkujące i opisujące sposoby adaptacji człowieka do traumatycznych wydarzeń, wzmacniania nadziei na odmianę losu i budowania psychicznych obron przed lękiem.

Lęk przed cierpieniem i śmiercią – jako ostatecznym unicestwieniem, dla niektórych osób bywa głównym powodem wiary w Boga.

Konfrontacja ze śmiercią, a szczególnie konfrontacja z własną śmiercią, towarzyszący temu egzystencjalny lęk i cierpienie, intensywnie, jak żadne inne doświadczenie, porusza człowieka we wszystkich wymiarach jego istnienia.

Jeśli nie zostanie wyparte z pola świadomości, ma moc wprowadzenia radykalnej zmiany do sposobu, w jaki człowiek żyje w świecie. Oddziela rzeczy, które nagle okazują się banalne i trywialne od tego, co naprawdę ma dla nas wartość i sens.

Przytoczę wypowiedzi pacjentów: „Silniejsza świadomość nieuchronności własnej śmierci wskazuje, jak cenna jest każda chwila życia”; „Z pewnością zdarzały mi się chwile intensywnego życia, ale najczęściej myślałem, że prawdziwe życie mnie jeszcze czeka. Ale co będzie, jeśli śmierć przyjdzie wcześniej niż to prawdziwe życie? To by była tragedia – zdać sobie sprawę, że człowiek właściwie w ogóle nie żył”.

To przeformułowanie perspektywy nie dzieje się automatycznie, ani nie jest łatwe, nie odbywa się też bez psychicznego cierpienia. Często jest to kierunek działań terapeuty pracującego z osobami z diagnozą nieuleczalnej, śmiertelnej choroby. Oczywiście, nie w okresie towarzyszenia w terminalnej fazie choroby oraz pod warunkiem, że ideologiczny system odniesienia i system własnych przekonań terapeuty, pozwolił mu pracować jego osobisty lęk przed śmiercią.

Lęk przed śmiercią jest lękiem pierwotnym, jest immanentnie wpisany w istnienie, towarzyszy człowiekowi od pierwszych lat jego życia. Staramy się chronić nasze dzieci przed przerażającą bezradnością świata wobec śmierci, kiedy stawiają pierwsze pytania, „co to znaczy umrzeć” i „jak się umiera”.

Zagłuszamy własny lęk przed śmiercią, zanurzając się w zabieganie wokół trosk i spraw dnia codziennego. Przemijanie i nieuchronne zmierzanie w stronę śmierci to tematy tabu, nieestosownie jest je wywoływać. Powodzenie, popularność, sukces, dobrobyt materialny, więcej i szybciej – to tematy modne.

Tylko czasami zabrzmí – *memento mori* i „nie pytaj, komu bije dzwon...”

Odwołam się do słów jednego z czołowych przedstawicieli psychoterapii egzystencjalnej, profesora psychiatrii, Irvina Yaloma¹.

„Nie chodzi o wezwanie do niezdrowego zaabsorbowania śmiercią, lecz człowiek, który pamięta o śmierci, docenia niezliczone dary istnienia, potrafi wydobyć delikatne kolory życia w całej ich czystości”.

„Licz swoje błogosławieństwa! Zazwyczaj to, co mamy i co możemy zrobić, umyka naszej świadomości, pokonane myślami o tym, czego nam brakuje lub czego nie możemy”.

To, co słyszę w rozmowach od pacjentów w mojej Klinice potwierdza prawdziwość przekazu terapeutów nurtu egzystencjalnego. Szczególnie osoby, kończące hospitalizację po udanym przeszczepie, podkreślają istotne zmiany, jakie przebyte doświadczenia wniosły w ich system wartości i budowanie kolejnych planów życiowych.

Trudne jest jednak do zaakceptowania cierpienie, które nie prowadzi do szczęśliwej odmiany losu, trudno zaakceptować śmierć, która odziera z kolejnych atrybutów naszą tożsamość i nie pozostawia czasu.

Trudno patrzeć w oczy tym, co na krzyżu.

Szczęśliwi, których umacnia wiara, że nie towarzyszy nam obojętny kosmos, lecz, że świat – choć wykracza to poza ludzkie rozumienie – stworzony jest w oparciu o najmądrzejszy z możliwych porządek rzeczy.

¹ I.D. Yalom, *Psychoterapia egzystencjalna*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2008.

Aleksandra Mrozowska

Ból porodowy – niefarmakologiczne metody leczenia

Ból jest doznaniem, które informuje, że w organizmie człowieka zachodzą pewne zmiany. Pojawia się on najczęściej w sytuacji zagrożenia lub faktycznego uszkodzenia tkanek ciała.

Ból porodowy informuje o tym, że w organizmie zachodzą procesy fizjologiczne, które odczuwane są jako nieprzyjemne. Mimo to ma też pozytywną stronę. Powiadamia on bowiem o tym, że już niedługo narodzi się nowy człowiek, nowe życie. Można pokusić się o stwierdzenie, że spośród wszystkich rodzajów bólów, ból porodowy niesie ze sobą radosną informację.

Przyczyna bólu porodowego zależy od czasu trwania porodu. Pierwszy okres jest nazywany okresem rozwierania szyjki macicy. Wówczas dolegliwości pochodzą z niedokrwienia mięśnia macicy, które następuje w czasie jego skurczów, a także z rozwierania i skracania szyjki macicy. Ból ten zwany jest macicznym i zlokalizowany jest w podbrzuszu oraz w okolicy lędźwiowej. W drugim okresie porodu, czyli w okresie rodzenia dziecka, odczuwalny jest ból kroczy. Jego przyczyną jest głównie rozciągnięcie krocza i pochwy przez część przodującą płodu, którą może być główka lub pośladki.

Ponad dwa tysiące lat temu zapisano w Starym Testamencie, że rodzenie dzieci będzie się wiązało z bólem (Księga Rodzaju 3,16). W dzisiejszych czasach wcale nie musi tak być. Obecnie medycyna dysponuje środkami zmniejszającymi dolegliwości bólowe lub całkowicie je likwidujące. Wyróżniamy farmakologiczne i nefarmakologiczne metody leczenia bólu porodowego. Farmakologiczne to takie, w których używamy leków. Natomiast do metod nefarmakologicznych zaliczamy: odpowiednią technikę oddychania, relaksację, wizualizację, zmianę pozycji ciała i ruchy miednicą, muzykoterapię, immersję wodną pod prysznicem, kąpiel w wannie, korzystanie z udogodnień, masaż, stosowanie ciepła i zimna, jogę, akupunkturę, akupresurę, stosowanie ziół, aromaterapię, TENS, hipnozę, a także obecność bliskiej osoby podczas porodu.

Wybierając metodę łagodzenia bólu porodowego, należy wziąć pod uwagę etap, na jakim znajduje się poród oraz efektywność wybranej metody w danym momencie oraz jak wpłynie ona na matkę i dziecko. Niewątpliwie uwzględnić też powinno się dostępność danej metody, co wiąże się z możliwościami szpitala w tym zakresie. Nie można zapomnieć o przeciwwskazaniach i o ewentualności wystąpienia skutków ubocznych.

Podstawą do zniesienia bólu porodowego jest koncentracja prowadząca do odprężenia mięśniowego. Jeśli mięśnie nie są napięte, nie dochodzi do przykurczów i niedotlenienia, następuje natomiast naturalna interpretacja doznań bólowych. Celem stosowania nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego jest wspierania naturalnego przebiegu porodu oraz likwidacja czynników zakłócających jego przebieg.

Odpowiednia technika oddychania podczas porodu jest najpopularniejszą nefarmakologiczną metodą radzenia sobie z bólem porodowym. W zależności od okresu porodu wyróżniamy: spokojne oddychanie, „oczyszczające” głębokie oddechy, oddechy powierzchowne (te stosowane są w pierwszym okresie porodu), technika otwartej głośni oraz technika zamkniętej głośni (stosowane w drugim okresie porodu). Spokojne oddychanie to rytmiczne oddechy torem przeponowym w indywidualnym tempie. Dzięki nim możliwe jest osiągnięcie relaksacji i zmniejszenie bólu podczas skurczów macicy. „Oczyszczający” głęboki oddech to zaczerpnięcie głębokiego wdechu i wydechu, aż do odczucia oporu. Stosowany jest głównie podczas skurczu, gdy dolegliwości bólowe się nasilają. Jego głównym zadaniem jest dotlenienie organizmu dziecka. Oddech powierzchowny wykonywany jest szybko i przypomina krótkie dmuchanie i ziajanie. Ma zastosowanie w ostatniej fazie rozwierania, gdy od-

czuwana jest już potrzeba parcia, ale szyjka nie jest całkowicie rozwarta. Sprzyja hiperwentylacji, więc należy go stosować naprzemiennie z oddychaniem głębokim i wolnym. Technika zamkniętej głośni polega na wykonaniu najpierw głębokiego wdechu i wydechu, a następnie nabraniu głęboko powietrza do płuc i zatrzymanie go jak najdłużej, podczas skurczu macicy. Zaś technika otwartej głośni to wykonanie głębokiego wdechu i wydechu, a następnie ponowne nabranie powietrza i podczas parcia wypuszczanie go powoli (porównać to można do zdmuchiwanie świecy). Zwolennicy tej techniki zapewniają, że takie parcie nie zatrzymuje powrotu krwi do serca i nie osłabia dopływu krwi do płodu.

Dzięki zmianom pozycji skurcze są mniej odczuwalne. Kiedy rodząca wybiera pozycję pionową, przy której działa siła grawitacji, wpływa to na szybsze rozwieranie się szyjki macicy, a dodatkowo lepsze jest dotlenienie płodu i poprawia się krążenie krwi. Skurcze są wówczas częstsze i intensywniejsze, przez co czas porodu się skraca. Wzmocnienie tych procesów może być osiągnięte, gdy do pozycji stojącej dołączone zostaną określone ruchy miednicą. Natomiast ból porodowy najbardziej odczuwalny jest w pozycji leżącej. Wtedy to dodatkowo ciężarna macica powoduje uciska na aortę i żyłę główną dolną, co sprzyjać może niedotlenieniu dziecka. Pozycja na wznak jest niezalecana u ciężarnych i rodzących.

Relaksacja jest umiejętnością rozluźniania i napinania mięśni. Podczas porodu polega to na tym, że kobieta świadomie rozluźnia pewne partie mięśni, po to, aby zmobilizować je do skurczu. Następnie napina inne partie mięśni potrzebnych w akcie porodowym. Relaksacja ma też inne zalety. Oprócz tego, że pozwala zapanować kobiecie nad mięśniami podczas porodu, również zmniejsza napięcie psychofizyczne, przez co oszczędzana jest siła i energia.

Immersja wodna pod prysznicem, wykonywana w pozycji stojącej – rozluźnia mięśnie, zapewnia relaksację. Podczas immersji wodnej istnieje możliwość wykonywania okrężnych ruchów miednicą kostną, co sprzyja dopasowaniu miednicy do wstawiającej się główki dziecka. Ta metoda jest stosowana w pierwszej okolicy porodu.

Kąpiel w wannie może być zastosowana u kobiet, u których nie ma do niej przeciwwskazań (np. pęknięty pęcherz płodowy, infekcja). Czynność ta zapewnia relaksację, rozluźnia mięśnie i uśmierza ból. Równocześnie ma wpływ na szybsze rozwieranie szyjki macicy i skracanie pierwszego okresu porodu.

Wykorzystanie udogodnień podczas porodu pozwala na ułożenie ciała w najwygodniejszej pozycji, co ułatwia relaksację. Worek sako dzie-

ki swojej budowie oddaje pobrane ciepło, przez co grzeje okolice lędźwiową kręgosłupa. Piłka „kangurek” wymusza pracę mięśni miednicy, co zmniejsza ból, a także wymusza ruch kości miednicy, przez co dopasowuje się ona do kości czaszki dziecka. Podwieszanie się na drabince sprawia, że mięśnie grzbietu odciążają się, zwiększa się dotlenienie tkanek i dzięki temu zmniejsza się ból. Drabinka może być pomocna, gdy rodząca chce się czegoś przytrzymać podczas skurczów lub wykonywania ruchów miednicą.

Masaż oddziałuje na tkankę miękką, mięśnie i więzadła. Stymuluje krążenie, pracę układu nerwowego, zmniejsza ciśnienie krwi, uśmierza ból, rozluźnia napięcie mięśni. Wyróżniamy cztery metody masażu: głaskanie, opukiwanie, ugniatanie, naciskanie. Masaż może być wykonywany przez osobę, która towarzyszy rodzącej podczas porodu.

Wykorzystanie ciepła i zimna w postaci okładów stosowanych na okolicę lędźwiowo-krzyżową. Po przyłożeniu ciepłego okładu dochodzi do rozszerzenia naczyń krwionośnych i lepszego dotlenienia tej okolicy, co zmniejsza ból. Zaleca się stosowanie ciepłych i zimnych okładów naprzemiennie.

Fakt, że muzyka ma działanie terapeutyczne, znany jest od dawna. Muzykoterapia sprawdza się także podczas porodu – podnosi próg bólowy, poprawia oddychanie, ułatwia rozluźnienie, skraca pierwszy okres porodu. Ważne jest, aby kobieta akceptowała słuchany rodzaj muzyki.

Wizualizacja to przywołanie w pamięci przeżytego miłego wydarzenia lub wyobrażenie nowego obrazu. Pozwala na zmniejszenie doznań bólowych poprzez wyłączenie percepcji zmysłowej na poziomie centralnego układu nerwowego. Pomocne jest wizualizowanie skurczów jako naturalnej reakcji organizmu powodującej delikatne przesuwanie się dziecka w kanale rodny.

Joga polega na przyjmowaniu określonych pozycji ciała w celu pobudzenia kluczowych punktów energii życiowej. Stosowana jest w celu zmniejszenia stresu i napięcia. Powoduje zwolnienie czynności serca i oddechów – obniża ciśnienie krwi i zapotrzebowanie na tlen.

Akupunktura w medycynie chińskiej stosowana jest do wywołania porodu, zmniejszenia bólów porodowych, a po porodzie do pobudzenia laktacji. Celem akupunktury jest zmiana kierunku lub odtworzenie prawidłowego przepływu chi – energii życia, w wyniku nakłucia odpowiednich punktów na ciele.

Akupresura również wywodzi się z chińskiej medycyny naturalnej. Polega na dotykaniu, głaskaniu, uciskaniu lub opukiwaniu określonych

miejsc na ciele człowieka. Powoduje rozluźnienie mięśni, poprawia krążenie krwi i uśmierza ból. Zaleca się codzienny kilkunastominutowy masaż stóp kobiet w ciąży szczególnie w III trymestrze – zmniejsza obrzęki i skurcze podudzi, poprawia krążenie krwi i zmniejsza bóle kręgosłupa. Podczas porodu ma zastosowanie uciskanie punktu znajdującego się dwa palce powyżej kostki wewnętrznej.

Stosowanie ziół jest uzupełnieniem wcześniej omówionych metod. Aby osiągnąć relaksację i przyspieszyć poród, do kąpieli w wannie należy dodać napar z kozłka lekarskiego, lawendy, szyszek chmielowych lub rumianku. Picie herbatki z męczennicy lekarskiej, kwiatu lawendy, liścia melisy oraz ziela dziurawca działa na organizm uspokajająco.

Aromaterapia to wykorzystanie leczniczych właściwości olejków eterycznych. Mogą być wdychane (tzw. kominek) lub stosowane bezpośrednio na skórę podczas masażu. W zależności od rodzaju olejku mogą działać rozkurczowo, uspokajająco, redukują ból i napięcie, dotleniają.

Elektryczna stymulacja przezskórna (TENS = Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) wykonywana za pomocą specjalnego aparatu z elektrodami. Stosowany w czasie skurczów zmniejsza przewodzenie sygnałów bólowych, zwłaszcza z okolicy krzyżowej. Impulsy powodują wydzielanie endorfin, które naturalnie łagodzą ból. Nie stwierdzono ujemnych skutków stosowania tej metody, a jej zaletami jest duża skuteczność, brak interakcji z lekami i łatwość obsługi. TENS ma też zastosowanie po porodzie w likwidacji bólu związanego z karmieniem piersią, bólu menstruacyjnego, bólu pleców, bólu poporodowego lub bólu rany po cięciu cesarskim.

Hipnoza jest metodą, która w Polsce jest na razie w fazie badań. W czasie porodu stosowana jest w celu redukcji lub eliminacji bólu porodowego, nauki relaksacji, kontroli czynności skurczowej macicy, skrócenia czasu porodu, utrzymania w dobrej kondycji psychofizycznej w czasie porodu. Wymagana jest obecność specjalisty od hipnozy.

Obecność bliskiej osoby podczas porodu ma korzystny wpływ na samopoczucie rodzącej i przebieg porodu, jeśli tylko kobieta świadomie wyraziła zgodę na poród rodzinny. Bliską osobą najczęściej jest mąż, partner, mama, przyjaciółka. Mają oni za zadanie mobilizować rodzącą, wzmacniać koncentrację i jej poczucie bezpieczeństwa, a także czuwać nad prawidłowym oddychaniem i relaksacją, wykonywać masaż, pomagać znaleźć najwygodniejszą pozycję.

Bibliografia

Rekomendacje dotyczące postępowania przeciwbólowego w ginekologii i położnictwie, cz. 2: Leczenie bólu u kobiet ciężarnych, rodzących oraz w porożu, „Ginekologia Polska” 2008, 79, s. 567–577.

Simkin P., Bolding A., *Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering*, “Journal of Midwifery & Women’s Health” 2004, 49 (6), s. 489–504.

Wordliczek J., Dobrogowski J., *Niefarmakologiczne metody leczenia bólu*, „Ból” 2000, 9 (7), s. 948–951.

Waleśkiewicz K., Jagielska I., Szymański W., *Immersja wodna w pierwszym okresie porodu*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2008; 10 (4), s. 1378–1381.

Guzikowski W., *Immersja wodna w czasie porodu i poród w wodzie*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2009; 11 (2), s. 163–167.

Sangidorj D., Celińska A., Barcz E., *Zastosowanie akupunktury we współczesnym położnictwie*, „Ginekologia Polska” 2006, 77 (6), s. 485–491.

Małgorzata Chodak

Mit i metafora w psychoterapii chorych nowotworowych

Metafora, czyli przenośnia, nie jest tylko figurą retoryczną. Metafora jest ekspresją, wyrażoną w szerokim spektrum rozumienia środków wyrazu, jak język, poezja, literatura, obraz. Wielowymiarowość metafory wyraża się także w działaniu i ruchu.

Jest wyrazem ustalonych neurofizjologicznych procesów, wtórnie przejętych przez język (Kalomenidou 2002, Schmidt 2009).

Metafora kategoryzuje emocje, tworzy podobieństwa i różnice pomiędzy teraźniejszością a przeszłością. Umożliwia dostęp do nieświadomości i służy empatycznemu kontaktowi z innymi. George Lakoff i Mark Johnson w książce *Metafory w naszym życiu* ustawiają metaforę w centrum ludzkiej komunikacji (Lacoff 1989).

Metafory wyłaniają się z naszych jasno określonych i konkretnych doświadczeń. Doświadczenie fizyczne jest źródłem słownictwa dla opisu naszych stanów psychicznych (Mabeck 1997).

Metaforom przypadają funkcje ułatwiające poznanie. Funkcjonalny aspekt metafory kryje się w potencjale kreatywnym, oferując bogate i różnorodne możliwości konceptualizmu, poprzez odwołanie się do innego obszaru doświadczenia (Modell 2003, Musolff 2004). Pozwalają spojrzeć na rzeczywistość z innego punktu widzenia i zmienić znacze-

nie i wymiar dotychczasowego kontekstu sposobu myślenia i działania, wzbogacając je o nowe elementy (Rowat 2008).

Psychoterapeutyczne opracowanie metafor może ułatwiać integrację, psychiczną transformację i prowadzić do nowych wersji interpretacji zdarzeń, w których pacjent pozostaje w relacji ze swoją przeszłością, teraźniejszością, wobec siebie i innych (Haley 1999, Rizzuto 2009).

W styczniu 2011 r. została wydana książka *Perspective on Cancer Care*. Redaktor i zarazem wykładowca Uniwersytetu w Edynburgu, Josephine Tonks N. Fawcett zamieściła w niej rozdział *Cancer: a Journey of Discovery*. Prezentuje holistyczne podejście do złożonej rzeczywistości w leczeniu raka. Zwraca uwagę na szczególną rolę wrażliwości, zaufania, empatii i wsparcia osób leczących i towarzyszących, w prowadzeniu chorych na raka i ich rodzin (Fawcett 2011).

W swoich doświadczeniach w stosunku do chorych doświadczających choroby nowotworowej posługuje się metaforą podróży o bardzo unikalnej, zindywidualizowanej trajektorii.

Z własnej praktyki psychoterapeutycznej zaprezentuję szereg wybranych ilustracji chorych doświadczonych chorobą nowotworową z opisaniami odnoszącymi się do ich własnej symbolizacji nowotworu (Prattis 2001, Penson 2004).

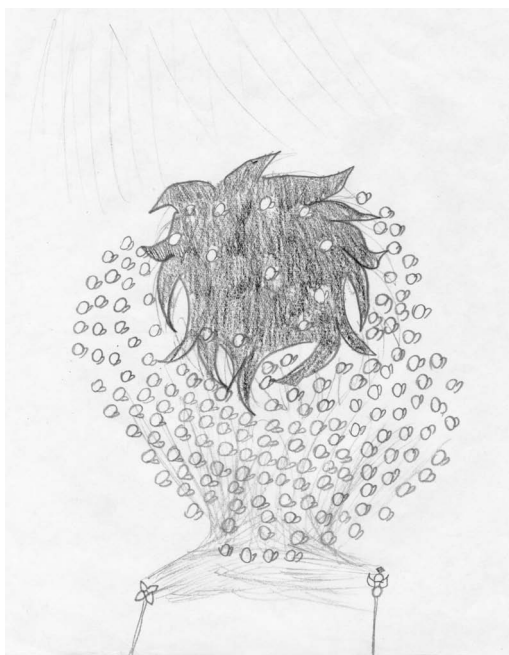


Rysunek 1. Danusia i nowotwór

Rysunek 23-letniej kobiety, Danusi (rys. 1) przedstawia nowotwór jako ośmiornicę nad wizerunkiem jej postaci. Chora z rozpoznaniem maziówczaka złośliwego, po resekcji guza podudzia prawego, po chemioterapii, następnie z przerzutem do kości ramiennej lewej. Nie wyraziła zgody na amputację kończyny górnej lewej. Została poinformowana o zakończeniu leczenia onkologicznego oraz rokowaniu, tzn. o paru miesiącach życia.

Na rysunku, który został wykonany na początku terapii, widzimy postać ludzką w formie bezosobowego schematu.

Po paru sesjach psychoterapeutycznych z zastosowaniem metod wizualizacji według J. Achterberg i Carla Simontona chora rysuje nowotwór jako ośmiornicę-monstrum, lecz atakowanego przez jej system odpornościowy w postaci licznych białych ciałek krwi, eliminujących komórki raka (Achterberg 1994, Simonton 1978) (rys. 2).



Rysunek 2. Nowotwór wobec układu odpornościowego

Jej stan poprawiał się, został oceniany i opisany z lekarskiego punktu widzenia jako „przekraczający normę wieku”. W badaniach obserwowaliśmy zanik guza kości ramiennej.

W tym okresie prowadzi normalny tryb życia i pracuje zawodowo. Przeżyła 3,5 roku (Chodak 1993, 1995).

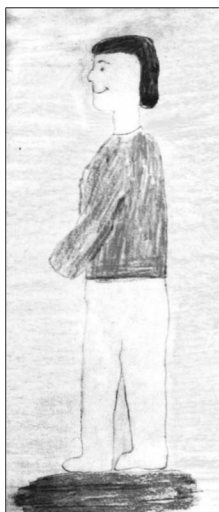
Kolejne rysunki wykonał 25-letni Mietek z rozpoznaniem potwornika. Już w stanie terminalnym. Pierwszy rysunek (rys. 3) przedstawia jego samego, zaznaczonego cienką, ledwo dostrzegalną linią. Nie narysował choroby, lecz zanikającego samego siebie. Ledwo zaznaczona kreska jest wyrazem lęku, niepokoju, bezradności. Jest bez rąk. Przerwy w linii mogą być wyrazem rzadko ujawnianego przez chorych odczucia zatacania, rozrzedzania, rozmywania się granic ciała. Czasem obserwują siebie, dotykając się, aby potwierdzić fizycznie realność cielesną własnego istnienia.



Rysunek 3. Postać Mietka na początku terapii

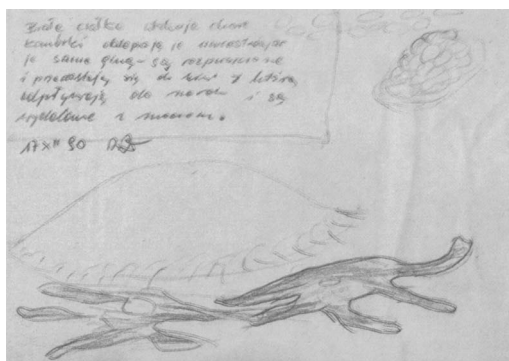
Drugi rysunek (rys. 4) po pewnym okresie trwania terapii pokazuje nam koloryt, siłę, energię.

A choroba znajduje się pod jego stopami. Jakby symbolicznie „stał na nowotworze, deptał po nim” (Chodak 1997).



Rysunek 4. Mietek w pozycji zmiany wobec choroby

Kolejny rysunek pacjenta po pięćdziesiątce, Wojtka, z nowotworem kości miednicy (rys. 5). Tu występuje jeden z tradycyjnych symboli raka. Są to kraby, raki, skorupiaki, tarantule – wytrzymałe bestie, symbolizujące zarówno potęgę choroby, jak i lęk przed nią (Chodak 1998).



Rysunek 5. Wojtek – symbolizacja choroby nowotworowej

Opis dotyczy walki układu odpornościowego z komórkami nowotworu: „Białe ciała atakują chore komórki, oblepiają je, unicestwiają je, same giną – są rozpuszczane i przedostają się do krwi, z którą odpływają do nerek i są wydalane z moczem”.

To, co widzimy, na rysunkach jest to zaledwie zaznaczenie, sygnał trudnego do wypowiedzenia procesu. Dla każdego pacjenta diagnoza lub pojawiające się przerzuty są szokiem życiowym, swoistą apokalipsą (Bonde 2007, Chodak 1999, 2002, Reinsfield 2004).



Rysunek 6. Basia – dialog z nowotworem

Basia (rys. 6). Chora z nowotworem płuc, w okresie schyłkowym choroby, ustawiona wobec trudnego do zidentyfikowania monstrum wyrażającego siłę i potęgę. Zwraca uwagę obronna pozycja ciała chorej.

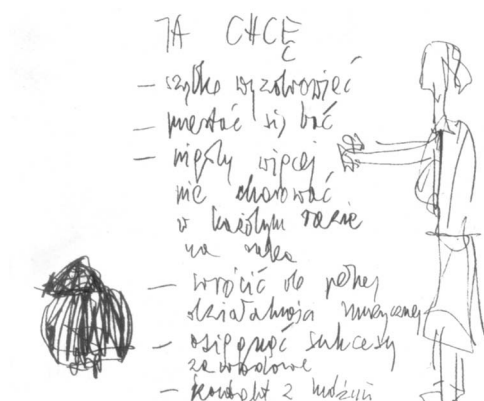
Sytuacja konfrontacji i dialogu z chorobą ujawnia jej własne potrzeby.

- Odejdź – zgin!
- Nie!
- Wynos się, unicestwij się.
- Ja sama chcę, żeby odpowiedzieć brzmiała: Dobrze!

Wychodzenie z pozycji ofiary, wyrażanie siebie, „ja chcę” powoduje zmniejszanie się raka. Widzimy pełną ekspresji zmianę pozycji ciała, jakby stawania oko w oko z wrogiem przy stawianiu własnych granic.

JA CHCĘ to własny program zdrowienia:

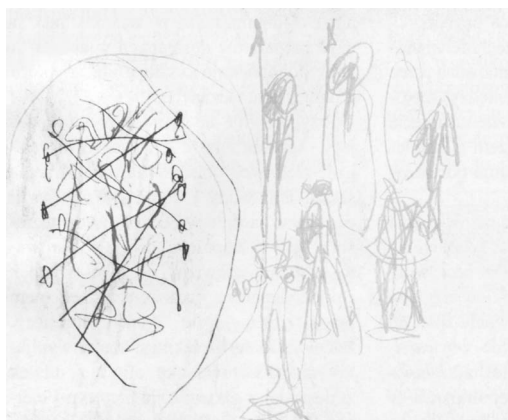
- szybko wyzdrowieć,
- przestać się bać,
- nigdy więcej nie chorować, w każdym razie na raka,
- wrócić do pełnej działalności muzycznej,
- osiągać sukcesy zawodowe,
- kontakt z ludźmi.



Rysunek 7. Basia – wyrażanie własnych potrzeb

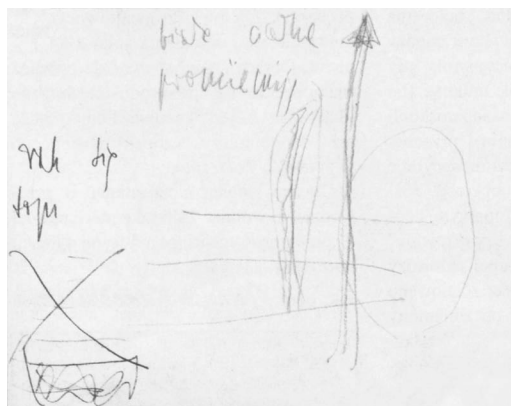
Ciało jako pole walki.

Konfrontacja sił choroby nowotworowej z siłami własnego układu odpornościowego.



Rysunek 8. Basia – scena militarna I

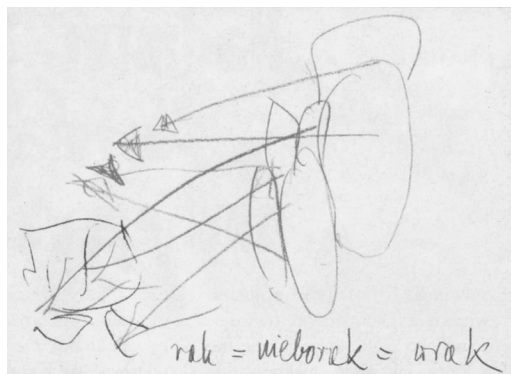
Kolejna scena batalistyczna na poziomie ciała. Zmiana broni na promieniowanie, w wyniku którego „rak się topi”, słabnie.



Rysunek 9. Basia – scena militarna II. Zmiana broni

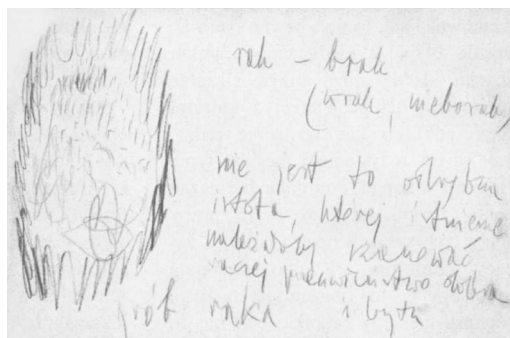
Gra słów: rak = nieborak = wrak przedstawia zmieniającą się kondycję nowotworu podczas następnej sceny batalistycznej.

Dominacja nad chorobą, rak staje się bezsilny, słaby. Werbalizacja: poszukiwanie znaczenia w słowach: rak – brak (wrak, nieborak). Zmiana i poszukiwanie sensu w kolejnych analogiach. Rak już nie wywołuje panicznego lęku.



Rysunek 10. Basia – scena militarna III. Pokonanie raka

W wyniku doświadczenia metaforycznego można spojrzeć z innej perspektywy i na końcu wyprawić „rakowi” pogrzeb. Pojawia się refleksja filozoficzna: „Nie jest to odrębna istota, której istnienie należałoby szanować. Raczej przeciwieństwo dobra i bytu”.



Rysunek 11. Basia – grób raka

Iza, chora z nowotworem trzustki, pojawiła się z określonym czasem przeżycia trzech miesięcy. Narysowała postać o nieokreślonej figurze, a zarazem nieprzewidywalnej w skutkach przy swojej trzustce (rys. 12). Załamana, przerażona, bez perspektyw rozpoczęła pracę psychoterapeutyczną nad kreowaniem zdrowia, co wyrażała w ekspresji kolorystycznej. Równocześnie wdrożono leczenie onkologiczne, paliatywne.



Rysunek 12. Iza – obraz guza w trzustce i postaci nowotworu

Następuje spektakularna poprawa, leczenie onkologiczne i chirurgiczne nadało jej perspektywę i stabilność. Nabiera energii. Pracuje zawodowo i naukowo. Uczestniczy w kongresach naukowych za granicą, publikuje książkę we Francji.



Rysunek 13. Iza – proces zmniejszania się guza

Wykonuje wizualizacje związane z leczeniem trzustki i samej siebie – co wyraża jej postać w kole (rys. 13). Na rysunku wyraźnie zaznaczony jest ruch w procesie odsuwania się guza z trzustki. W tym okresie duży guz w trzustce w badaniu lekarskim okazuje się „niewyczuwalny” (rys. 14).

Lecz w układzie rodzinnym pacjentka mogła polegać tylko na sobie. Rodzina nie udzielała wsparcia emocjonalnego, często wyrażając głośno opinie co do jej prognozowanego czasu przeżycia.

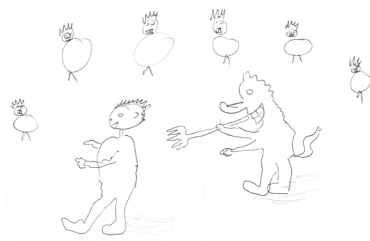
Doniesienia naukowe zwracają uwagę na fakt, że w sytuacji braku wsparcia najbliższych osób, przy braku nastawienia i wyrażania nadziei czas przeżycia chorych jest o połowę krótszy od tych, którzy to wsparcie mają zapewnione.

Pojawiły się komplikacje, w tym zapalenie otrzewnej. Chora wydała dyspozycję co do formy swojego pogrzebu: poprzez spopielenie, z muzyką Enrico Moricone na cmentarzu... Przeżyła 2,5 roku.



Rysunek 14. Iza – akcja wycofywania się choroby

„Zobaczyłem i czułem siebie osaczonego przez raka” – to rysunek 24-letniego Bartosza wykonany na 9 miesięcy przed rozpoznaniem rozrośniętego guza mózdzku, wyściółczaka (rys. 15).



Rysunek 15. Bartek – osaczenie przez raka

Wykonane wcześniej badania rezonansem magnetycznym i tomografią komputerową nie wykazywały zmian. Toteż leczył się psychiatrycznie z powodu fobii. Ucząc się do egzaminu końcowego z prawa, zauważył u siebie kłopoty z czytaniem. Okulista po badaniu dna oka natychmiast skierował go do kliniki neurochirurgii, gdzie przeszedł dwa zabiegi ope-

racyjne. Ponowne badania obrazowe mózgu, wymagające zmiany kontrastu, wykazały rozległe zmiany w postaci guza wielkości 37x35x54 mm uciskającego mózdzek i pień mózgu, wypełniającego otwór Magendiego i schodzącego około 25 mm poniżej otworu wielkiego z naciekaniem rdzenia przedłużonego.

Po operacji obserwowano zaburzenia mowy (dysartria), stwierdzono: niedowład spastyczny prawostronny, zespół mózdkowy, uszkodzenie VI i VII lewego nerwu czaszkowego, nadciśnienie.

Widzimy pacjenta ściganego przez nowotwór w postaci demona – diabła z widłami. Mniejsze twory symbolizują rozsiane zmiany naciekające na mózg, pień mózgu i rdzeń kręgowy. Widzenie samego siebie w tym kontekście kwalifikowane może być jako autopskopia ostrzegawcza (Chodak 2005).

Pacjent pozostaje w stałym leczeniu rehabilitacyjnym. Zdał wszystkie egzaminy i uzyskał dyplom prawnika.

Czy symbolizowany nowotwór jako potwór, smok lub bestia może mieć „ludzką” twarz?

Do Przychodni zgłosiła się pięćdziesięcioparoletnia kobieta pogrążona w depresji, w stanie kryzysu. Parę lat wstecz rozpoznano u niej nowotwór piersi. Była po amputacji, poddana chemioterapii. Wróciła do wykonywanego prestiżowego zawodu, wychowywała samodzielnie dwie córki, gdyż na męża nie mogła liczyć. Moją uwagę zwrócił fakt, że często w narracji

o chorobie przewijał się jej mąż, który ją zdradzał, poniewierał, оголаcał konto bankowe bez jej wiedzy, zniknął na dłuższe okresy z domu. Żyła w ustawicznej niepewności, lęku, zagrożeniu i poniżeniu.

Mając na uwadze wyniki badań naukowych, że czas przeżycia zależy od wsparcia osób towarzyszących, najbliższych oraz obserwując jej bezsilność, pogarszające się wyniki laboratoryjne, zmęczenie leczeniem onkologicznym oraz połączenia w narracji nowotwór–mąż, zaproponowałam jej inną formę psychoterapii. Była to sugestia hipnotyczna z indywidualnie dobranym tłem muzycznym i motywem monstrum. Podczas tego seansu chora zaczęła się poruszać, tańczyć, a nawet poprosiła o powtórzenie utworu muzycznego. Podczas spontanicznego tańca jej ciało w ruchach pokazało o około 20 lat młodszą, atrakcyjną kobietę.

Po zakończeniu seansu zadałam jej pytanie: gdzie jest nowotwór? Bez zastanowienia wskazała na dużą, ciemną szafę na końcu sali.

Na koniec następnej wizyty zapytałam ją, czy udałaby się ze mną w podróż. Zgodziła się. Bardzo była zaintrygowana.

Pojechaliśmy w szczególne miejsce w Krakowie na Salwatorze. W magiczne miejsce mocy, byłe cmentarzysko mamutów, następnie posągu boga wiatru Pośwista, pogańskiej gontyny, czyli świątyni dawnych Słowian, Prusów i Litwinów. W XVI w. wybudowano tu drewniany kościółek pod wezwaniem św. Małgorzaty i św. Judyty.

Gdy weszliśmy, wzrok pacjentki przykuł XVI-wieczny obraz św. Małgorzaty, która prowadzi na łańcuchu smoka-szatana z ludzką twarzą. Chora była zafascynowana. Siedząc w ławce, przez dłuższy czas w milczeniu wpatrywała się w obraz.

Św. Małgorzata prezentowana była często na obrazach ze smokiem, np. zięjącym ogniem. Jako pokonująca smoka. Na greckich ikonach z diabłem u stóp, trzymającym widły. W tryptykach, w towarzystwie św. Katarzyny i św. Magdaleny ze smokiem na ramieniu jak maskotką.

W przepięknie ilustrowanych średniowiecznych miniaturach, siedzącą na smoku, który trzyma w pysku kawałek jej pelerynki. Jest to niezwykła alegoria ilustrująca transformację św. Małgorzaty i smoka. W okienku pomieszczenia piwnicznego, w którym się znajdują, widnieje Bóg Ojciec tchnący Ducha Świętego. A smok posiada na czole róg, jak u mitycznego jednorożca. Ów róg, alicorn, miał właściwości lecznicze i neutralizujące trucizny.

Pacjentka zapoznała się z legendą o św. Małgorzacie, pożyczyła książkę o smokach i nie widziałam jej dwa lata (*Here Followeth the Glorious*). Przyszła niedawno radosna, zadbana, wyprostowana, energiczna. Wyglądająca o wiele młodziej. Podarowała mi kolaż. Zaczęła tworzyć, bo przynosi jej to wiele radości.

Opowiedziała, że czuje się dobrze pod względem onkologicznym i odmieniła swoje życie. Zmieniła wystrój swojego mieszkania, założyła własną firmę, własne konta. Córkę usamodzielnili się. Robi w życiu to, co ją cieszy. A mąż wrócił do domu, prosząc o wybaczenie za wszystkie krzywdy, jakie wyrządził rodzinie. Stara się naprawić wyrządzone zło. I jest to dla niej zupełnie nowa sytuacja.

Lecz to nie św. Małgorzata jest patronką chorych nowotworowych.

W zachodnim czasopiśmie poświęconym onkologii zawarty jest artykuł o patronie chorych na raka, św. Pelegrynie (Pack 1967). Św. Pelegryn Laziosi żył w XIII w. we Włoszech. Należał do zakonu serwitów. W wieku 60 lat na jego nodze pojawiła się rana. Rak powiększał się, naruszając kości. Lekarze byli bezsilni. Wieczorem, w przeddzień amputacji dowłókł się do kaplicy i prosił Chrystusa o uzdrowienie. W nocy, we śnie objawił się mu Jezus i dotknięciem wyleczył mu nogę. Po ranie nie pozostał ślad.

Rano lekarze stwierdzili, że noga jest sprawna, zdrowa i nie trzeba wykonywać amputacji (Lockhart 1981).

Na wizerunkach św. Pelegryn przedstawiany jest zwykle z odsłoniętą nogą, zabandażowaną lub z raną.

Wracając do metafor, to w literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na:

- uważność psychoterapeuty w relacji z chorym,
- zbadanie treści wyobrażeń dla zrozumienia, jakie oczekiwania są w nich zawarte,
- interpretowanie odnosi się do osobistego, symbolicznego języka, do emocjonalnego znaczenia symbolu,
- wyobrażenia ulegają zmianie w zależności od stanu psychicznego.

Bibliografia

Achterberg J., Dossey B., Kolkmeier L. (1994), *Rituals of Healing. Using Imagery for Health and Wellness*, Bantam Books, New York – Toronto – London – Sydney – Auckland.

Bonde L.O. (2007), *Imagery, Metaphor, and Perceived Outcome in Six Cancer Survivor's*

Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM) Therapy, [w:] A. Meadows (Ed.), *Qualitative Research Monograph Series*. Vol. 2, Gilsum NH: Barcelona, s. 132–164.

Chodak M., Komornicki A. (1993), *Przykład współpracy pacjenta, psychologa i lekarza w przypadku młodej kobiety chorej na nowotwór złośliwy*, „Psychoterapia” nr 1, s. 21–33.

Chodak M. (1995), *Zastosowanie metod pracy z wyobraźnią, wewnętrznym healerem oraz peak experiences w leczeniu chorych nowotworowych*, „Psychoterapia” nr 4, s. 21–30.

Chodak M. (1997), *Sztuka i możliwości terapii wyobrażeniowej i wizualizacji w procesie leczenia i zdrowienia*, „Sztuka Leczenia”, nr 2, s. 43–52.

Chodak M. (1998), *Waler symbolicznych wyobrażeń w sytuacji choroby i zdrowienia*, „Sztuka Leczenia” 2, s. 35–41.

Chodak M. (1999), *Wizualizacja – sztuka i możliwości terapii wyobrażeniowej*, [w:] *Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych*, red. D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak, Kraków, s. 243–258.

Chodak M. (2002), *Możliwości terapii wyobrażeniowej jako metody wspomagającej leczenie onkologiczne*. Nowotwory, Journal of Oncology, Year 2002, Volume 53, Supplement, 4, 101.

Chodak M. (2005), *Świadomość i doświadczenie własnego ciała u pacjentów onkologicznych jako wartość terapeutyczna*. Materiały zjazdowe. 15 Europejskie Sympozjum Somatoterapii i 8 Sympozjum Edukacji Psychosomatycznej, Kraków, 21–23. X. 2005.

Fawcett T. N. (2011), *Cancer: A Journal of Discovery*, [w:] J. (Tonks) N. Fawcett, A. McQueen (Ed.) *Perspectives on Cancer Care*. Blackwell Publishing Ltd., 8–23.

Haley J. (1999), *Niezwykła terapia. Techniki terapeutyczne Miltona H. Ericssona. Strategiczna terapia krótkoterminowa*, Gdańsk, s. 23–26.

93// *Here Followeth the Glorious Life and Passion of the Blessed Virgin and Martyr St. Margaret*. The Golden Legend or Lives Of The Saints.

<http://www.aug.edu/augusta/iconography/goldenLegend/margaret.PDF>

Kalomenidou O., Margaritis K. (2002), *Tracing the methaforical essence with the help of artificial neural network*. 2nd Hellenic Conf. on AI, SETN–2002, 11–12 April 2002, Thessaloniki, Greece, Proceedings, Companion Volume, s. 65–78.

Lakoff G., Johson M. (1989), *Metafory w naszym życiu*, Warszawa.

Lockhart R.A. (1981), *Cancer in Myth and Dream: An Exploration in the Archetypal Relation Between Dreams and Disease*, [w:] J. G. Goldberg (Ed.), *Psychotherapeutic Treatment Of Cancer Patients. A Division of Macmillan Publishing Co., Inc. USA*.

Mabeck C.E., Olesen F. (1997), *Metaphorically transmitted diseases. How do patients embody Medical explanations?*, "Family Practice – an International Journal", t. 14, nr 4, s. 271–278.

Modell A.H. (2003), *Metaphor, Memory and Unconscious Imagination*, [w:] A.H. Modell, *Imagination and the Meaningful Brain*, London, s. 27–48. Musolff A. (2004), *Metaphor and conceptual evolution*, <http://www.metaphorik.de/07/musolff.pdf>.

Pack G.T. (1967), St. Peregrine, O.S.M. – *The Patron Saint of cancer patients*, "A Cancer Journal for Clinicians", nr 17, s. 183–184.

Penson R.T., Schapira L., Daniels K.J., Chabner B.A., Lynch T.J. Jr. (2004), *Cancer as a Metaphor*, „The Oncologist”, nr 9, s. 708–716.

Prattis I. (2001), *Understanding Symbolic Process*, „Journal of Ritual Studies” t. 15, nr 1, <http://www.ianprattis.com/pdf/understandingsymbolic.pdf>.

Reisfield G.M., Wilson G.R. (2004), *Use of Metaphor in the Discourse on Cancer*, „Journal of Clinical Oncology”, t. 22, nr 19.

Rizzuto A.M., (2009), *Metaphoric Process and Metaphor: The Dialectic of Shared Analytic Experience*, "Psychoanalytic Inquiry", nr 29, z. 1, s. 18–29 (abstract).

Rowat R., De Stefano J., Drapeau M., (2008), *The role of patient-generated metaphors on in-session therapeutic processes*, "Archives of Psychiatry and Psychotherapy", nr 1, s. 21–27.

Schmidt G.L., Seger C.A., (2009), *Neural Correlates of Metaphor Processing: The Roles of Figurativeness, Familiarity and Difficulty*, Brain. Cogn., December: 71(3), s. 375–386.

Simonton O.C., Matthews-Simonton S., and Creighton J. (1978), *Getting Well Again*, New York.

Dorota Ortenburger
Arkadiusz Ortenburger

Elementy programu przeciwbólowego według Dennisa Turka i Fritsa Wintera

Wprowadzenie

W literaturze istnieją doniesienia wskazujące na to, że dla wielu pacjentów zmagających się z bólem przewlekłym przydatne mogą być różne formy pomocy psychologicznej. Potwierdzono, że działanie polegające na prowadzeniu wywiadu z elementami poradnictwa w celu oceny i stosowanie pewnego typu kompetentnej korekty błędnych wyobrażeń pacjenta na temat bólu może podnosić skuteczność terapii. Odkrycia z zakresu psychoneuroimmunologii potwierdzają stare prawdy mówiące, że psychika może być znaczącym czynnikiem wpływającym na szeroko rozumianą odporność i skuteczność w radzeniu sobie w przypadku choroby. Nie można pomijać wpływu odczuwanych emocji i nastawienia psychicznego na efekty leczenia (McCracken, Eccleston 2003).

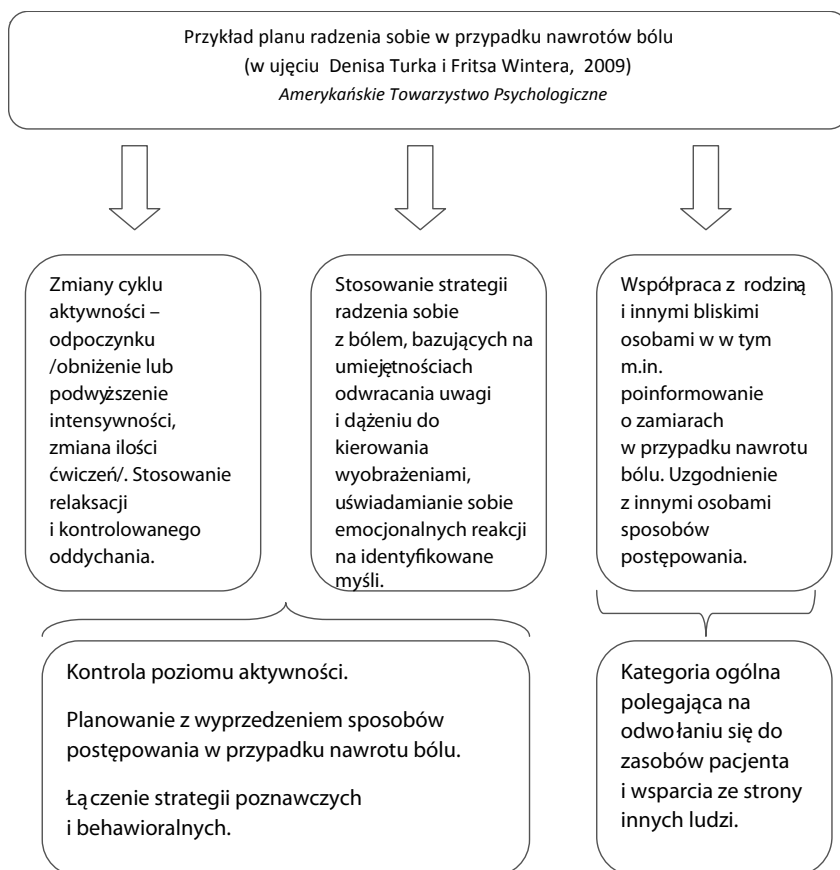
W modelu biopsychospołecznym terapii przeciwbólowej wiele uwagi poświęca się roli, jaką odgrywa poznanie przekonań pacjenta na temat swojej choroby, możliwości działania, oceny bólu oraz dominującego u danej osoby stylu radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Badania dotyczące metod pomocy psychologicznej wykorzystują współcześnie wiele rodzajów materiałów i są niejednorodne metodologicznie. W pewnym

uproszczeniu można wskazać trzy główne nurty, w ramach których łączy się różne metody i techniki opierające się na opisywanych w literaturze założeniach teoriopoznawczych (Grzesiuk 2005).

W niniejszej pracy skoncentrowaliśmy się na przedstawieniu podejścia czerpiącego z różnych szkół psychologicznych, które Dennis Turk i Frits Winter opisują w postaci propozycji usystematyzowanej pomocy i samopomocy osobom cierpiącym z powodu bólu przewlekłego (2009). Obejmuje ona różne aspekty, w tym omówienie sposobów, w jaki błędne poglądy i zahamowania w informowaniu o odczuwaniu bólu mogą przyczyniać się do niedostatecznego leczenia bólu. Innym elementem byłoby przedstawienie określonych informacji, służących przezwyciężaniu istniejących barier. Zakłada się, że omówienie z osobą doświadczającą bólu często występujących zależności pomiędzy myślami a emocjami toruje drogę pacjentowi do zrozumienia roli zniekształceń poznawczych w nasileniu doświadczanych problemów w jego funkcjonowaniu (Turk, Winter 2009; Ward i wsp. 2001).

Wybrane elementy programu przeciwbólowego

Przesłanie przedstawianego w tej pracy programu przeciwbólowego można ująć w słowach, że trudno się nie zgodzić, iż odczuwanie cierpienia jest częścią życia, ale niech nie będzie jego sednem. Do programu wzmacniania zdolności radzenia sobie w sytuacji doświadczania przewlekłego bólu Turk i Winter zaliczają szereg elementów dotyczących różnych aspektów funkcjonowania człowieka. Obejmują one między innymi sferę uczenia się, np. poznanie sposobów leczenia, uczenie się rozumienia odczuwanego przez siebie bólu, gotowość do poznania i ćwiczenia sposobów zmniejszania odczuwanego napięcia i uzyskiwania spokoju i inne. Autorzy przedstawiają propozycję określonego zestawu ćwiczeń, które mają wzmacniać kondycję psychiczną pacjentów z bólem przewlekłym. Ból ten rozumiany jest zgodnie ze stanowiskiem Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu jako zróżnicowana grupa doznań bólowych, które w miarę wydłużania się czasu ich trwania przestały pełnić funkcję informacyjną (utraciły ją lub też dany ból nigdy jej nie pełnił), i stała się niezależnym zespołem chorobowym o trudnych do wyjaśnienia mechanizmach (Dobrogowski, Wordliczek 2004).



Rysunek 1. Przykład planu radzenia sobie w przypadku nawrotów bólu, według Denisa Turka i Fritsa Wintera (2009)

Do programu wzmacniania zdolności radzenia sobie w sytuacji doświadczania przewlekłego bólu Turk i Winter zaliczają kilka głównych elementów, w tym przede wszystkim:

- nauczenie się rozumienia odczuwanego przez siebie bólu,
- poznanie sposobów leczenia,
- poznanie sposobów zapewnienia sobie relaksu, zyskania spokoju,
- praca nad psychicznym podejściem do choroby (2009).

Wśród czynników mogących hipotetycznie otwierać „bramkę bólu” lub przeciwnie – zamykać ją, wymieniane są czynniki fizyczne, stany emocjonalne i procesy poznawcze.

Fizyczne czynniki, które mogą ją otwierać, to między innymi rozległość urazu i niewłaściwy dla danej osoby poziom aktywności. Natomiast wśród czynników psychologicznych autorzy najczęściej wymieniają stan emocjonalny, szczególnie obecność symptomów depresji i myślenia określonego jako katastrofizowanie, zamartwianie się, wzmożony lęk, odczuwanie silnego napięcia, odczuwanie silnego gniewu.

Wybrane kategorie czynników, które potencjalnie mogą „otwierać i zamykać” bramkę bólu (Turk, Winter 2009):

1. Fizyczne czynniki otwierające bramkę bólu:
 - rozległość urazu,
 - niewłaściwy poziom aktywności.
2. Fizyczne czynniki, które mogą zamykać bramkę bólu:
 - farmakoterapia,
 - stymulacja (ciepło i inne), inne,
 - odpowiedni poziom aktywności.
3. Czynniki otwierające – emocjonalne i poznawcze:
 - depresja, gniew, napięcie i koncentracja na bólu,
 - dezadaptacyjne nastawienie i oczekiwania.
4. Czynniki emocjonalne i poznawcze zamykające „bramkę bólu”:
 - stabilność emocjonalna,
 - pozytywne emocje,
 - psychoedukacja,
 - skupienie lub rozproszenie uwagi,
 - adaptacyjne nastawienie psychiczne.

Wśród poznawczych czynników, które mogą prawdopodobnie „otwierać bramkę” bólu, wymienia się koncentrowanie się na bólu, pochłonięcie przez przykre doznania. W literaturze podkreśla się, że istotnym elementem mającym wpływ na kształtowanie się poczucia jakości życia okazują się czynniki pozamedyczne, takie jak nastawienie psychiczne wobec choroby dominujące u danej osoby oraz jej zachowania i postawa wobec pojawiających się trudności. Stanowią one element codzienności wielu osób, u których występuje tak często spotykany w PLB problem długotrwałego bólu lędźwiowo-krzyżowego. W świetle literatury, w tym kon-

kretnym przypadku, wskazywano, jak się okazało bezzasadnie, na niemal każdą strukturę tej okolicy – mięśnie, nerwy, stawy, kości, ścięgna oraz dyski – jako prawdopodobne źródło dolegliwości. Jednak w ponad 70% przypadków nie udało się, nawet z wykorzystaniem nowoczesnych technik diagnostycznych, znaleźć uszkodzenia będącego przyczyną bólu przewlekłego (Melzack, Wall 2006). Potwierdzają to badania prowadzone z perspektywy medycznej i psychologicznej (Ortenburger, Szerla 2009).

Zgodnie z programem przedstawionym przez Turka i Wintera, ważna jest pomoc pacjentom w poznaniu uniwersalnych czynników redukujących ból, do których zaliczają wspomniany już wcześniej optymalny poziom aktywności, odpoczynek i odpowiednie tempo. Innym ważnym aspektem tej pomocy byłoby w ramach psychoedukacji pogłębienie wiedzy pozwalające pacjentom na rozprawienie się z przynajmniej niektórymi potocznymi szkodliwymi mitami na temat bólu. Można dostrzec, że tak jak w podejściu narracyjnym pewne metody, narzędzia i instrukcje prowadzenia wywiadu psychologicznego lub rozmowy psychologicznej mogą przyczyniać się w tym przypadku do uzyskania materiału autobiograficznego pomocnego do budowania wiedzy o drogach radzenia sobie z problemem doświadczania bólu i cierpienia. Z punktu widzenia integralności jednostki przeżycia te można traktować jako utratę części siebie samego lub sytuację zagrożenia tożsamości, która może dotyczyć różnorodnych aspektów funkcjonowania – może odnosić się do spraw egzystencjalnych, takich jak sens życia i system wartości; może również wiązać się ze sferą cielesną. W tym przypadku odnosi się to do obiektywnych i subiektywnych wskaźników i różnych miar sprawności, poczucia kontroli nad własnym życiem i poczuciem sprawstwa. W tych aspektach funkcjonowania może wyrażać się zagrożenie tożsamości i poczucie utraty części siebie jako wynik przeżywania sytuacji choroby, bólu i niepewności co do dalszej przyszłości.

Wiadomo, że w wielu przypadkach bardzo istotna dla efektywności leczenia określonych zespołów bólowych staje się aktywność pacjenta, wyrażająca się właściwym wykonywaniem odpowiednich ćwiczeń, prowadzących do usprawnienia oraz lepszego odżywienia otaczającej je tkanki łącznej (poprzez terapeutyczne rozciąganie mięśni i więzadeł i ćwiczenie stawów). Trudnym problemem, o który „potykają się pacjenci”, jest brak systematyczności i zdolności do zmobilizowania się, wynikający ze zmęczenia i zmniejszenia motywacji. Pomoc polegałaby w tym przypadku na wspieraniu przejawów postawy proaktywnej. Obejmuje ona między innymi zachęcanie do czynnego uczestniczenia w programie przeciwbólowym, który jest ukierunkowany na przeciwdziałanie bieżącym i odle-

głym konsekwencjom bólu przewlekłego. Pierwszym etapem jest w nim diagnoza nocycyptywna obejmująca kilka istotnych elementów. Problem ten jest obszerny i stanowi temat odrębnych opracowań (Dobrogowski, Wordliczek 2004). Autorzy ci, podobnie jak Turk i Winter, zwracają uwagę na rolę psychoedukacji w szeroko pojętej opiece przeciwbólowej. Uczestniczenie w wielowymiarowym programie przeciwbólowym umożliwia bardziej efektywne kontrolowanie i opanowywanie niekorzystnych zmian w funkcjonowaniu emocjonalnym, społecznym, zadaniowo-profesjonalnym, które niestety pojawiają się wraz z rozwojem zaburzeń depresyjnych u dużego odsetka ludzi doświadczających bólu przewlekłego. Stwarza też większe możliwości poszerzenia własnej wiedzy, dotyczącej dbania o stan zdrowia i strategii radzenia sobie z bólem. Przykładowo, relaksacja sprzyja wyciszeniu i uzyskaniu równowagi wegetatywnej, jak też zwiększeniu wydzielania endorfin, co wiąże się z poprawą nastroju i poprawą funkcjonowania w codziennym życiu. Opanowanie technik pomagających uzyskać stan odprężenia, który sprzyja regeneracji organizmu, może przynieść wiele korzyści osobie cierpiącej z powodu bólu.

Podsumowanie

Problem wyboru określonej drogi terapeutycznej spośród istniejących propozycji ukierunkowanych na wszechstronną terapię przeciwbólową nasuwa wiele pytań, które czekają na pogłębioną refleksję oraz weryfikację empiryczną. Na pewno należy uwzględnić rolę czynników podmiotowych i różnic indywidualnych.

Rosnące zainteresowanie wszechstronnym podejściem do terapii przeciwbólowej i pomocy pacjentom w świetle dostępnej wiedzy wydaje się zrozumiałe. Interdyscyplinarna współpraca dostarcza nowych narzędzi do radzenia sobie z chorobami, stresem i kryzysem psychologicznym rozumianym jako sytuacja wymuszająca zmiany dotychczasowego sposobu życia związanego ze zmniejszeniem możliwości decydowania o swoim życiu (Grzesiuk, Suszek 2011). W podsumowaniu można powiedzieć, że zasadniczym metodom leczenia powinny towarzyszyć uzupełniające metody, czyniąc terapię bardziej wszechstronną. Korzystanie z różnych form edukacji w zakresie radzenia sobie z objawami ubocznymi stosowanego leczenia, zredukowanie lęku metodami pozafarmakologicznymi to niektóre z form pomocy psychologicznej mieszczącej się w ramach podejścia opisywanego w programie przeciwbólowym Dennisa Turka i Fritsa Wintera (2009).

Bibliografia

Dobrogowski J. (2004), *Patomechanizm bólu przewlekłego*, [w:] J. Dobrogowski, J. Wordliczek (red.), *Medycyna bólu*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.

Grzesiuk L. (red.), *Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.

L. Grzesiuk, H. Suszek (red.) (2011), *Psychoterapia problemy pacjentów. Podręcznik akademicki*, t. 5, Wydawnictwo Psychologii i Kultury ENETEIA, Warszawa, s. 203–230.

Heszen-Klemens I. (2000), *Radzenie sobie z chorobą – przegląd zagadnień*, [w:] I. Heszen-Klemens, (red.), *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, s. 13–34.

Heszen-Klemens I. (1983), *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań*, Katowice.

McCracken, L. M, Eccleston, Ch. (2003), *Coping or acceptance: what to do about chronic pain?*, „Pain”, (105), s. 197–204.

Ortenburger D. (2004a), *Ból i depresja*, [w:] Z. Gajda (red.), *Ból i cierpienie*, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków, s. 26–34.

Ortenburger D. (2011), *Psychoterapia osób cierpiących z powodu bólu*, [w:] L. Grzesiuk, H. Suszek (red.), *Psychoterapia problemy pacjentów. Podręcznik akademicki*, t. 5, Wydawnictwo Psychologii i Kultury ENETEIA, Warszawa, s. 203–230.

Ortenburger D., Szerla M. (2009), *The problem of disability in the course of chronic pain syndrome from the physicians and the psychologists perspectives*, [w:] K. Janowski, Steuden S. (red.), *Biopsychosocial aspects of health and disease*, t. 1, CPPP Scientific Press, Lublin, s. 139–146.

Sęk H. (red.) (2005), *Psychologia kliniczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Sheridan Ch.L., Radamacher S.A., (1998), *Psychologia zdrowia*, Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa.

Salomon P. (2002), *Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

Turk D.C i Winter F. (2009), *Jak pokonać chroniczny ból. Trening*, Wydawnictwo Helion, Gliwice.

Ward S., Hughes S., Donovan, H, Serlin R.C., *Patient education in pain control*, „Support Care Cancer” 2001, t. 9, s. 149–155.

Małgorzata Szerla
Michał Kosztołowicz

Funkcjonalność metody ewaluacji bólu w praktyce klinicznej (propozycja)

Wprowadzenie

Coraz częściej specjaliści różnych dziedzin medycznych uświadamiają sobie, że psychiczne podłoże choroby może przysparzać wiele trudności w pracy z pacjentem [1]. Każdy proces chorobowy wiąże się z ujawnieniem wielu emocji przez pacjenta i jego rodzinę, a także personelu medycznego. Emocje stanowią złożony proces psychiczny (wywołowany przez bodźce wewnętrzne lub środowiskowe), któremu towarzyszą złożone reakcje fizjologiczne (wegetatywne, endorynne, motoryczne). Lekarze i pielęgniarki wczuwający się w emocje swojego pacjenta lepiej potrafią zrozumieć go i stworzyć optymalne relacje, które służą wzajemnej komunikacji.

Zdolność nawiązywania kontaktów i współdziałania z innymi ludźmi jest naturalną dyspozycją każdego człowieka, związaną z indywidualną strukturą osobowościową. Empatia odgrywa rolę w procesie odczuwania oraz rozumienia mentalnych i emocjonalnych doznań innych osób. Jej *komponent emocjonalny* oparty jest na zdolności odczuwania stanów psychicznych drugiego człowieka, zaś jej *komponent poznawczy* stanowi umiejętność przyjęcia sposobu myślenia czy spojrzenia na rzeczywistość z perspektywy drugiej osoby – chciałoby się powiedzieć „po tamtej stronie lustra” [2].

Od czasów Arystotelesa zjawisko empatii rozważane było przez wielu antycznych i współczesnych znamienitych filozofów. Fenomen ten znajduje coraz więcej precyzyjnych wyjaśnień dzięki badaniom z zakresu psychoneurologii, rozpoczętym pod koniec lat dziewięćdziesiątych XX wieku. Powiązanie klinicznych obserwacji z nowoczesną diagnostyką obrazową ujawniło istnienie układu lustrzanych neuronów w obrębie centralnego układu nerwowego. Neurony te mają umożliwiać „odczytywanie” i „odtworzenie” czynności mózgu innej osoby. Dzięki aktywnej współpracy badanych osób naukowcy mogli odnotować aktywność lustrzanych komórek nerwowych nie tylko w obrębie emocjonalnych i motorycznych obszarów mózgu, lecz również w obszarach kory wzrokowej i odpowiadającej za proces zapamiętywania. Są to między innymi: ciało migdałowe, hipokamp, obszary kory płatów potylicznych, skroniowych i czołowych) [3][4]. Aktywność tych neuronów potwierdzono zarówno u osób dorosłych, jak też u niemowląt. Własne odczucia i emocje doświadczane są przez nas w pierwszej osobie. Neurony lustrzane powodują, że nasze odczucia i emocje są połączone z emocjami i odczuciami innych osób, jednak odczuwane są w drugiej osobie (są „odgadywane”). Obecność układu lustrzanych neuronów powoduje u „obserwatora” pobudzenie tych samych obszarów mózgu, które pod wpływem bodźców bezpośrednich, u osoby „obserwowanej” aktywują obszary mózgu wywołujące określone odczucia i emocje. A ich pobudzenie wyzwała takie odczucia i emocje zarówno u „obserwatora”, jak u „obserwowanej” osoby [5].

Podstawowym elementem monitorowania klinicznego jest obserwowanie licznych parametrów dotyczących nie tylko fizjologicznych czynności życiowych, lecz także zachowań, celów i intencji pacjenta. Mimo ogromu dostępnej wiedzy medycznej, prawie zawsze mamy do czynienia z niepełną wiedzą (niepełnymi danymi) o sytuacji decyzyjnej, dotyczącej leczenia chorego. Szczególne trudności napotykamy w terapii bólu jako wielowymiarowego i indywidualnego odczucia.

W ewaluacji tak subiektywnego zjawiska jak ból szczególnie istotne znaczenie ma pokonywanie obiektywnych trudności w jego ocenie. Stąd dobór odpowiedniej metody weryfikacji zależności między badanymi indywidualnymi zmiennymi jak ból i czynniki osobowościowe, odgrywa tu bardzo ważną rolę. Wobec tego rodzaju problemów, warto sięgnąć po metody, których dostarcza matematyka. Odpowiednio dobrane metody, takie jak np.: redukcja strumienia danych, symulacja czy wizualizacja złożonych zjawisk, mogą wspomagać nasze diagnostyczno-terapeutycz-

ne decyzje. Poniżej prezentujemy praktyczne zastosowanie mapy czynników osobowościowych, służącą wspomaganie wartościowania bólu pooperacyjnego oraz optymalizację terapii przeciwbólowej.

Cel, materiał, narzędzia i metoda badań

Celem niniejszego artykułu jest wizualizacja wartościowania związku bólu pooperacyjnego występującego w kolejnych dobach pooperacyjnych (B_0 , B_1 , B_2) z wybranymi czynnikami osobowościowymi u dzieci (E-emocjonalność, T-towarzyskość, A-aktywność i N-nieśmiałość oraz lęk – C_2 jako cecha osobowościowa) za pomocą mapy czynników osobowościowych na przykładzie dwóch losowo wybranych pacjentów.

Badanie przeprowadzono w grupie 66 dzieci od 9 do 14 roku życia, które zakwalifikowano do planowych zabiegów operacyjnych na Oddziale Chirurgii, Urologii i Traumatologii Dziecięcej oraz na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Kielcach. Dzieci były badane według kolejności zgłaszania się do szpitala. Pomiaru wybranych cech osobowościowych u dzieci dokonano podczas przedoperacyjnej konsultacji anestezjologicznej. Badanie bólu prowadzono w trzech kolejnych dobach okołoperacyjnych (B_0 – ból mierzony w dobie zerowej, B_1 – w dobie pierwszej i B_2 – w drugiej) [6].

Badanie przeprowadzano wśród dzieci, dlatego do badania związku bólu pooperacyjnego ze strukturą osobowościową wybrano genetycznie uwarunkowane zmienne tj. temperamentalne cechy osobowości oraz cechę lęku. Przyjmując, że osobowość jest zbiorem czynników osobowościowych, temperament uznajemy jako podzbiór tych cech. Temperamentalne cechy osobowościowe mierzono za pomocą kwestionariusz temperamentu EAS-C (według A. H. Buss i R. Plomin w polskiej adaptacji W. Oniszczenko) z 1997 r., który wyodrębnia cztery cechy osobowościowe temperamentu: E-emocjonalność, T-towarzyskość, A-aktywność oraz N-nieśmiałość. Kwestionariusz ten jest przeznaczony do badania temperamentalnych cech u dzieci, na podstawie oceny rodziców (lub opiekunów). Lęku jako cechę osobowościową mierzono za pomocą Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku dla Dzieci (ISCLD) według Spielberga i współpracowników, w polskiej adaptacji K. Wrześniewskiego i T. Sosnowskiego (1987 r.). Narzędzie to wyodrębnia, drogą samooceny, dwa różne aspekty lęku: lęk- stan C_1 oraz lęk – cecha C_2 . Pomiar pooperacyjnego bólu prze-

prowadzono za pomocą wizualno-analogowej skali VAS (Visual Analogue Scale). W dobie zabiegu oraz przez dwie kolejne doby, dzieci same określały wielkość odczuwanego bólu [6].

Konstrukcję mapy czynników osobowościowym przeprowadzamy za pomocą matematycznej metody redukcji statystycznej, w oparciu o obliczenia wartości wybranych czynników osobowościowych wszystkich członków badanej populacji [7]. Uzyskane wyniki surowe przeliczone zostają na interwałową skalę T_1 , której jednostką jest odchylenie standardowe. Wyniki w skali T_1 zachowują wszystkie własności wyników empirycznych danej populacji, ponieważ obliczony między nimi współczynnik korelacji jest równy jedności. Wartość 50 (średnia) w skali T_1 pozwala różnicować wyniki względem tej wartości na wysokie i niskie. Konstruujemy klasy wyznaczające mapę czynników osobowościowych, za pomocą przedziałów klasowych, wyznaczonych przez wartości w skali T_1 mierzonych czynników osobowościowych. Według tej ogólnej zasady, wyznaczamy następnie liczbę przedziałów klasowych zgodną z uzyskanymi indywidualnymi wartościami (w skali T_1) przez każdego z pacjentów. W ten sposób mapa uzyskuje swoje warstwy. Następnie, w warstwach mapy umieszczamy odpowiednie czynniki osobowościowe (oznaczone symbolami: E, T, A, N) zgodnie z ich przynależnością do odpowiednich przedziałów klasowych. W ten sposób uzyskujemy mapę czynników osobowościowych dla każdego indywidualnego pacjenta, która wizualizuje nam, ile i jakie czynniki znajdują się w danej klasie wartości [8]. Strukturę osobowościową definiujemy jako indywidualny układ czynników (cech) osobowościowych będących w relacji „blisko siebie”. Konkretna sytuacja (jak wystąpienie bólu) powoduje uaktywnienie takiej relacji. Strukturę tę możemy również określić za pomocą metody matematycznej, np. wskaźnika relacyjnego Wr . Gdy wartość wskaźnika Wr zawiera się w domkniętym przedziale $[0,9;1,1]$, wówczas badane czynniki osobowościowe indywidualnego człowieka pozostają w relacji „blisko siebie” [9]. W podobny sposób, na skonstruowaną mapę czynników osobowościowych nanosimy wartość bólu (B_0, B_1, B_2).

Przykłady map czynników osobowościowych

Poniżej przedstawiamy przykładowe mapy czynników osobowościowych określonych dla dwu (wybranych losowo z 66-osobowej grupy) pe-

diatrycznych pacjentów, oznaczonych (według kolejności zgłaszania się do szpitala) numerami 15 oraz 34. Ich interpretacja umożliwiła wgląd w indywidualną strukturę osobowościową pacjenta oraz jej relację z bólem.

Przedział klasowy	Czynniki osobowościowe	Warstwy
[60–65)	A	5
[55–60)	E, C ₂ , B ₂	4
[50–55)	C ₁ , B ₀ , B ₁	3
[45–50)		2
[40–45)	T, N	1

Rysunek 1. Mapa czynników osobowościowych i bólu pooperacyjnego pacjenta nr 15

Na podstawie mapy pacjenta nr 15 możemy odczytać, iż w dwu pierwszych dobach pooperacyjnych doznawał bólu o umiarkowanej wartości (B₀, B₁), tj. zawierającego się w przedziale domkniętym [50–55). W trzeciej dobie obserwacyjnej pacjent odczuwał wysoki ból, tj. B₂ zawierał się w przedziale [55–60). W pierwszych dwu dobach bólowi towarzyszył stan lęku – C₁, zaś w trzeciej dobie wysoki ból uaktywniał emocjonalność – E oraz cechę lęku – C₂.

Przedział klasowy	Czynniki osobowościowe	Warstwy
[70–75)	C ₂	7
[65–70)	E, T	6
[60–65)		5
[55–60)		4
[50–55)	C ₁ , B ₀	3
[45–50)	N, B ₁	2
[40–45)	A, B ₂	1

Rysunek 2. Mapa czynników osobowościowych i bólu pooperacyjnych pacjenta nr 34

Na podstawie mapy czynników osobowościowych pacjenta nr 34 możemy odczytać, że w dobie zerowej pacjent doznał bólu umiarkowanego, tj. wartość B_0 zawierała się w przedziale domkniętym [50–55), a bólowi towarzyszył stan lęku o tej samej wartości. W kolejnych dobach pacjent odczuwał niski ból (z malejącą tendencją). Przy czym, w pierwszej dobie ból B_1 współwystępował z cechą nieśmiałości – N, zaś w następnej dobie ból B_1 współwystępował z aktywnością.

Wartościowanie bólu pooperacyjnego według przedstawionej metody może realnie wspomóc nasz proces decyzyjny w ustalaniu strategii terapii bólu pooperacyjnego. Możemy zadziałać nie tylko farmakologicznie na receptorowy komponent bólu, lecz także poprzez celowe oddziaływanie na osobowościowy komponent bólu.

Propozycja

Odpowiednio dobrane narzędzia pomiaru czynników osobowościowych (przyjęte w danym szpitalu) pozwalają ustalić **próbę reprezentatywną**. Na podstawie próby możemy ustalić **wartości oczekiwane i odchylenia standardowe** dla mierzonych czynników osobowościowych. Mając dane empiryczne każdego kolejnego pacjenta ustalamy następujący algorytm postępowania klinicznego:

1. Pacjent powinien mieć wyniki surowe czynników osobowościowych;
2. Każdy wynik surowy przeliczamy na skalę T_1 ;
3. Na podstawie wyników (w skali T_1) konstruujemy mapę czynników osobowościowych dla każdego indywidualnego pacjenta;
4. Pomiar empiryczny bólu pacjenta przeliczamy na skalę T_1 i wartość tę nanosimy na mapę czynników osobowościowych;
5. Tak uzupełnioną mapę stosujemy do wartościowania bólu pacjenta wykorzystując tę wiedzę w zindywidualizowanej terapii bólu pooperacyjnego.

Podsumowanie

1. Na ogólnym tle populacji szpitalnej mapa czynników osobowościowych uwzględnia indywidualną strukturę osobowościową każdego pacjenta.

2. Zastosowanie mapy czynników osobowościowych w terapii bólu pooperacyjnego jest metodą funkcjonalną (użyteczną).
3. Można ją łatwo włączyć do szpitalnego algorytmu, aby wspomóc okołoperacyjne postępowanie przeciwbólowe.

Zjawisko empatii odgrywa bardzo ważną rolę w codziennym życiu człowieka a zwłaszcza jego krytycznych momentach: choroba, ból, cierpienie. Pozwala nam zsynchronizować komunikację z pacjentem poprzez jego strukturę osobowościową uaktywnioną zaistniałą sytuację [10].

Bibliografia

- [1] Salmon P., *Psychologia w medycynie*, Gdańsk 2002.
- [2] Kliś M., *Empatia a inteligencja, cechy osobowości i temperamentu*, „Psychologia Wychowawcza” 1994, 5, s. 385–386.
- [3] Shmuelof L., Zohary E.: Watching others' actions: mirror representations in the parietal cortex. „Neuroscientist” 2007, 13(6), s. 667–72.
- [4] Liepelt R., Von Cramon D.Y., Brass M., How do we infer others' goals from non-stereotypic actions? The outcome of context-sensitive inferential processing in right inferior parietal and posterior temporal cortex, „Neuroimage” 2008, 43(4), s. 784–92.
- [5] Gallese, Vittorio et al., *A unifying view of the basis of social cognition*, „TRENDS in Cognitive Sciences” 2004, 8(9), s. 396–403.
- [6] Szerła M., *Ocena bólu pooperacyjnego u dzieci. Związek bólu z osobowością*, Biblioteka Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, praca doktorska obroniona 14.12.2006 r.
- [7] Szerła M., Kosztołowicz M., *Evaluation of Postoperative Pain with the Statistic Reduction Method Proceedings of the Tenth National Conference on Application of Mathematics in Biology and Medicine. University of Computer Engineering and Telecommunications in Kielce*, Kielce 2004, s. 201–206.
- [8] Szerła M., Kosztołowicz M., *Ewaluacja bólu pooperacyjnego i czynników osobowościowych za pomocą profilu osobowościowego i mapy czynników osobowościowych*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makiello-Jarża, Kraków 2010.
- [9] Szerła M., Kosztołowicz M., *Aplikacja wspólnego sensu w wykrywaniu osobowościowego aspektu bólu u dzieci*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makiello-Jarża, Kraków 2009, s. 155–164.
- [10] Kosztołowicz M., Szerła M., Domański M., *Propozycja konstrukcji języka komunikacji lekarz – pacjent z uwzględnieniem bólu i osobowości pacjenta*, [w:] *Ból i cierpienie*, Kraków 2008, 115–134.

Ewa Podwińska

Refleksje na temat „właściwej dawki”

Pierwsze wydanie *Kompendium anestezjologii* autorstwa Atkinsona ukazało się drukiem w 1947 roku. Na przestrzeni kilkudziesięciu lat wydawano kolejne wersje tego niezwyklego podręcznika, łączącego bardzo zręcznie treści współczesne z elementami tradycji i historii. Podczas przeglądania pierwszych kartek wspomnianej książki można zauważyć zbiór interesujących sentencji, a wśród nich ciekawe zdanie bliżej nieznanego doktora J.H. Drysdale – „właściwa dawka każdego środka wystarczy”. Analiza poszczególnych elementów dostarcza nowych informacji. Dawka określana jest jako jednostka wagowa przeliczana na masę ciała lub powierzchnię, niekiedy nawet bywa wyliczana w jednostce czasu. Przymiotnik właściwy charakteryzuje współlistnienie wielu współczesnych synonimów – odpowiedni, nadający się, prawidłowy, zgodny – również popularnych, nawet archaicznych jak – stosowny, w sam raz, zgodny, akuratny, a nawet kongruentny.

Poszukując wartości podstawowych „właściwej dawki” sięgnąć wypada do źródeł filozoficznego poznania i poznawania otaczającej rzeczywistości, jednym słowem, do epistemologii. Rozważa ona naturę pojęć, ukazuje prawdę i wiedzę oraz próbuje je uzasadnić. Protagoras i inni sofisci oceniają rzeczywistość zależnie od punktu obserwacji, natomiast Anaksagoras daje pierwszeństwo autonomicznym zdolnościom poznawczym

umysłu. Platon – twórca klasycznej teorii wiedzy – opowiada się za istnieniem wiedzy wrodzonej, intuicyjnej, dużą wartość przypisując mniemaniu. Jego wielki protagonista Arystoteles tworzy tymczasem podstawy „naukowego myślenia”, podkreślając rolę indukcji i dedukcji, nakłaniając do wnioskowania i weryfikacji teorii. Wśród filozofów nurtu pozytywistycznego na plan pierwszy wysuwa się August Comte, w opinii którego wiedza powinna służyć celom praktycznym i ulepszaniu życia oraz Henri Bergson podkreślający wartość bezpośredniego poznania, nierezygnującego jednocześnie z pozytywnych walorów intuicji.

Poznanie i ustalenie „właściwej dawki” wydaje się możliwe dzięki kryteriom naukowym, w szczególności na podstawie badań naukowych, a także wiedzy zawartej w podręcznikach anestezjologii czy farmakologii. Ustalenie konkretnej wielkości modyfikowane jest w zależności od kryteriów medycznych – stanu klinicznego chorego, chorób współistniejących, a także wyników pomiarów, badań i analiz. Niebagatelną rolę odgrywa doświadczenie zdobywane poprzez obserwacje kliniczne, piśmiennictwo kazuistyczne, wskazówki przełożonych, a nawet dyskusje w koleżeńskim gronie.

Można zadać pytanie, czy sam chory ma wpływ na kształtowanie „właściwej dawki”? Wydaje się to w znacznym stopniu uzależnione od specjalności medycznej. Pacjent poddawany intensywnej terapii w zasadzie nie uczestniczy w tym procesie. Tymczasem osoba poddana znieczuleniu lub procedurom medycyny paliatywnej posiada znacznie większy wpływ na stosowane metody w sensie jakościowym i ilościowym, nie mówiąc już o pacjentach poradni przeciwbólowych, którzy powinni wykazać szczególną aktywność w procesie leczenia.

Relacja pomiędzy lekarzem i chorym jest uzależniona od jakości kontaktu, doboru słów oraz sposobu przekazywania informacji. Szczególnie podkreśla się wartość kontaktu niewerbalnego, zaufanie, kulturę osobistą lekarza oraz poczucie etosu zawodowego, a także czas poświęcony choremu. Ze smutkiem można zauważyć, że współcześnie coraz częściej lekarza-mistrza zastępuje lekarz-partner chorego, a nawet, o zgrozo, lekarz-usługodawca.

Z pewnością kształtowaniu „właściwej dawki” sprzyja idea medycyny holistycznej, która zakłada, że nie można leczyć ciała bez uwzględnienia psychiki chorego. Niezaprzeczalnie duchowość i pozytywne emocje płynące z wiary przyczyniają się do mobilizacji, a nawet efektu placebo.

Czy w realiach współczesnej cywilizacji, która oryginał zastępuje fałszyfikatem, łatwo utrzymać prawdę i jakość „właściwej dawki”? Mówi się

coraz częściej o cywilizacji erzacu, braku autorytetów, pączkującym i niedoskonałym prawodawstwie, artystycznym buncie zastępującym pracę i talent, a także o surogatach edukacji. Człowieka obecnej epoki charakteryzuje liberalizm, wybiera on posiadanie zamiast konsumpcji.

Nieco metafizyczne rozważania ukazują „właściwą dawkę” jako zjawisko wielowymiarowe, u którego podstaw leży wizualizacja gnoseologiczna i metodologiczna. Niezaprzeczalny jest wymiar naukowy i matematyczny, a prawda jest niezbędnym warunkiem postrzegania owej dawki w ujęciu moralnym.

Reasumując, istnieje ważne zobowiązanie, aby „właściwa dawka” nie straciła swej natury produktu markowego i na zawsze zachowała najwyższą jakość.

Wiedza nie jest niczym innym, jak tylko obrazem prawdy.

Scientia nihil aliud est quam veritatis imago.

Ot, urok dawnych podręczników... AD 2011

Andrzej Stachowiak

Sedacja paliatywna

Jeśli pacjenci w okresie terminalnym choroby doświadczają wielu trudnych do opanowania objawów, takich jak: osłabienie, trudności w oddychaniu, nudności i wymioty, pobudzenie, ból i inne, które znacznie obniżają jakość ich życia, zarówno pacjenci, jak i lekarze stają przed koniecznością podjęcia decyzji: jak powinna wyglądać opieka w ostatnim okresie życia. W wielu sytuacjach doświadczane cierpienie może być opanowane przez zastosowanie sedacji.

Sedacja w opiece paliatywnej jest złożoną procedurą będącą formą leczenia ostatniego rzutu uzgodnioną z pacjentem i jego opiekunami. Polega ona na zmniejszeniu świadomości i, co za tym idzie, percepcji uciążliwych objawów towarzyszących chorobie przez zastosowanie środków farmakologicznych, głównie benzodwazepin. Poprzez stopniowe farmakologiczne „wyciszenie” ośrodkowego układu nerwowego można wywołać „sedację płytką” z zachowaną świadomością lub „sedację głęboką” z całkowitą utratą świadomości. Ze względu na czas prowadzenia sedacji można ją podzielić na okresową lub ciągłą. W okresie paliatywnym najczęściej stosuje się sedację przez kilka godzin lub kilka dni w celu opanowania trudnych do zniesienia dolegliwości. Ten rodzaj sedacji określa się też mianem „sedacji paliatywnej”.

Grupy eksperckie rekomendują włączenie sedacji do opieki paliatywnej u pacjentów z nieuleczalną i zaawansowaną chorobą, u których rokuje się, że śmierć nastąpi w okresie od 1 do 2 tygodni. Zaleca się stosowanie benzodiazepin jako leków sedatywnych pierwszego wyboru oraz ograniczenie nawodnienia u pacjentów, w przypadku gdy korzyści przeważają nad działaniami niepożądanymi. W rekomendacjach podkreśla się również wagę uzyskania opinii specjalisty medycyny paliatywnej w procesie podejmowania decyzji o sedacji przez lekarza prowadzącego.

Należy jednoznacznie odróżniać sedację od eutanazji. Nie ma dowodów na to, że u pacjentów z zaawansowaną chorobą, których szacowany czas przeżycia jest krótki, włączenie głębokiej i ciągłej sedacji z powodu trudnego do zniesienia cierpienia ma wpływ na skrócenie życia. W niektórych przypadkach może je jednak nieznacznie wydłużyć. Przy wyborze sedacji kierujemy się wskazaniem medycznym i planem opamiętania uciążliwych objawów przez ograniczenie świadomości, gdy inne metody terapeutyczne zawiodły. Z kolei przy wyborze eutanazji istotne znaczenie ma współuczucie personelu medycznego i żądanie pacjenta ograniczenia lub zapobiegania cierpieniu przez skrócenie życia. Z moralnego punktu widzenia sedacja nie powinna być zatem stawiana na równi z eutanazją, gdyż jest elementem terapii i opieki chroniącym pacjenta przed trudnymi do zniesienia dolegliwościami.

Istnieje jednak obawa co do nadużywania „sedacji terminalnej” jako prostszej w realizacji procedury zastępującej pełną wymogów formalnych eutanazję u pacjentów żądających skrócenia życia. Wyniki ostatnich badań prowadzonych, m.in. w Holandii wykazały znaczny wzrost przypadków stosowania sedacji, z jednoczesnym obniżeniem wskaźnika wykonywanej eutanazji. Te doświadczenia wskazują na potrzebę opracowania możliwie jasnych wytycznych co do praktycznego stosowania terapeutycznej sedacji przez specjalistów w opiece paliatywnej zarówno u pacjentów nowotworowych i nienowotworowych.

Bibliografia

Rietjens J., van Delden J., Onwuteaka-Philipsen B., Buting H., van der Maas P., van der Heide A., *Continuous deep sedation for patients nearing Heath in the Netherlands: descriptive study. BMJ* 2008, 336: 810 doi: 10.1136/bmj.39504.531505.25.

Heide van der A., Onwuteaka-Philipsen B., Rurup M.L., *End-of-Life Practice in the Netherlands under the Euthanasia Act. NEJM*, 2007, 356, 19.

Valeo T., *On palliative sedation, What Would Neurologists Do?* Neurology Today, 2010.

Cherny N.I., Radbruch L., *European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care*, Pall. Med. 2009, t. 23 (7), s. 581–593.

Stachowiak A., Mrówczyńska E., *Sedacja w opiece paliatywnej – nadzieje i zagrożenia*, „Medycyna Paliatywna” 2011, t. 1, s. 1–10.

Mercadante S., Porzio G., Valle A., Fusco F., Federica A., Costanzo V., *Palliative sedation in patients with advanced cancer followed at home – a systematic review*, “Journal of Pain and Symptom Management” 2011, t. 41(4), s. 754–760.

s. Virginia Parchoniuk CSS

Siostry Kanoniczki Ducha Świętego w służbie życiu na Ukrainie

Pisarówka to wioska na Ukrainie w diecezji kamieniecko-podolskiej licząca około 1700 mieszkańców. Około połowa z nich jest wyznania prawosławnego, druga część to katolicy. Na niedzielną Mszę świętą przychodzi do kościoła średnio 350 osób. Kościół został tu wybudowany kilkanaście lat temu pod kierunkiem księdza Jana Bieleckiego.

Od 2006 r. pracują tutaj Siostry Kanoniczki Ducha Świętego. Od początku podjęły służbę w duchu swojego charyzmatu, służąc życiu i otaczając opieką najbardziej potrzebujących. Siostry prowadzą Dom Obrony, służą chorym w domach prywatnych, prowadzą katechizację i organizują pomoc dla rodzin. Zainicjowały także krucjatę modlitwy w intencji nie-narodzonych dzieci.

Dom obrony życia

*Byłem bezdomny..., byłem spragniony... – prawdziwej miłości...,
byłem nagi... – odarty z godności...*

Od roku 2006 siostry kanoniczki prowadzą pierwszy na Ukrainie dom samotnej matki zwany Domem Obrony Życia. Głównym zadaniem

domu jest ratowanie poczętego życia i pomoc kobietom brzemiennym, znajdującym się w ciężkiej sytuacji materialnej, matkom, które nie mają oparcia ani w ojcu dziecka, ani w swoich rodzinach, kobietom, które nie wiedzą, co robić. Zapewniona jest im pomoc duchowa, materialna oraz możliwość spokojnego uregulowania swoich spraw życiowych. Matki przebywające w naszym domu często odnajdują także drogę do swoich rodziców, odnawiają więzy rodzinne. Uczą się także odpowiedzialności za swoje życie i życie dziecka. Raz w tygodniu mają możliwość uczestniczyć w katechezie, biorą także udział w nauce śpiewu i w zajęciach plastycznych. Pomagają w prowadzeniu domu i ogrodu. Regularnie jeżdżą z dziećmi do kontroli lekarskiej. W naszym domu często uczą się podstawowych zasad funkcjonowania człowieka, elementarnej kultury. Staramy się pokazać im, że można żyć inaczej, żyły niż do tej pory.

Od początku istnienia Domu Obrony Życia schronienie i pomoc znalazło w nim ponad 20 matek w wieku od 14 do 47 lat. W domu jest miejsce dla siedmiu mam z dziećmi.

Krucjata modlitwy w intencji nienarodzonych dzieci

Dwa razy w tygodniu w kaplicy Domu Obrony Życia podejmowana jest trzygodzinna modlitwa adoracji Najświętszego Sakramentu w intencji obrony życia od poczęcia do naturalnej śmierci. W modlitwie tej uczestniczą nie tylko siostry i kapłani, ale także parafianie i nasze podopieczne. Jest to ich wyraźna odpowiedzialność za dzieło podejmowane na terenie parafii, a służące całemu Kościołowi. Intencje tej adoracji obejmują intencje Ruchu „Ewangelia Życia”:

1. przeproszenie miłosiernego Boga za odrzucony dar życia;
2. wzrost szacunku dla życia każdego człowieka od poczęcia do naturalnej śmierci;
3. zapewnienie w prawodawstwie wszystkich krajów bezwarunkowego prawa do życia każdego człowieka od poczęcia do naturalnej śmierci;
4. wychowanie dzieci i młodzieży do prawdziwej miłości;
5. prawe życie w małżeństwach i rodzinach zgodnie z Bożym zamysłem.

Jeszcze w trakcie budowy Domu Obrony Życia w Pisarówce parafianie z tej wioski brali udział w modlitwie o obronę życia przed szpitalem we Lwowie. Potem wiele razy uczestniczyli też w modlitwie na oddziale

położniczym jednego ze szpitali i byli świadkami, jak brzemiennie matki zmieniały decyzję. Postanawiały urodzić dziecko, choć przyszły z zamiarem zabicia go. Dziękowały również za modlitwę i rozmowę. Jednym z przykładów może być spotkanie młodej, brzemiennej kobiety i jej matki. Obie były bardzo smutne. Okazało się, że zdecydowały zabić poczęte dziecko. Matka, nosząca pod sercem dziecko, miała zimny, surowy wyraz twarzy. Pomodlono się z nimi i zaczęto rozmowę, podczas której brzemienna kobieta wyszła. Jej matka zgodziła się pojechać do Domu Obrońcy Życia, aby go zobaczyć. Pojechały obie, obejrzały dom i pomodliły się w kaplicy. Gdy siostry przyniosły posiłek, brzemienna matka powiedziała, że chce urodzić dziecko. Jej twarz była inna, radosna. Potem, po urodzeniu dziecka, zadzwoniła ze szpitala, dziękując za pomoc.

Modlitwa przypomina nam, że w sprawie obrony ludzkiego życia działa Bóg, który daje życie i dla którego nie ma nic niemożliwego. W Pisarówce doświadczyliśmy tego, jak Duch Święty przemienia ludzkie sumienia. Osoby, za które i z którymi razem modliliśmy się, zmieniały decyzję, postanawiały ocalić życie. To jest Dobra Nowina. Nie musimy się zgadzać na to, że na świecie zabija się w majestacie prawa tylu niewinnych ludzi. Wystarczy, że odpowiemy na apel Sługi Bożego Jana Pawła II: „Pilnie potrzebna jest wielka modlitwa za życie przenikająca cały świat” (EV 100). Jeśli będziemy się modlić z głęboką wiarą, Duch Święty przemieni sumienia ojców, matek, lekarzy, prawodawców i życie będzie ocalone. „Dla Boga nie ma nic niemożliwego” (Łk 1,37).

Chorzy

„Byłem chory, a odwiedziliście Mnie...”

W parafii Niepokalanego Poczęcia Najświętszej Maryi Panny obejmującej obszar około 40 km kw. do chorych dociera się pieszo, rowerem lub samochodem. W Pisarówce nie ma lekarza, jest tylko punkt medyczny, w którym pracują dwie pielęgniarki. One więc często przepisują lekarstwa, łącznie z antybiotykami. Najbliższe szpitale znajdują się w odległości 20 i 50 km.

Na Ukrainie nie ma ubezpieczenia zdrowotnego, dlatego leczenie jest bardzo kosztowne, wielu na to nie stać. Żeby móc być np. zoperowanym, trzeba nieraz sprzedać krowę i jeszcze się bardzo u kogoś zapożyczyć. By-



Przy chorej

wa tak, że pomoc medyczna nie dociera na czas z powodu braku karetki lub benzyny w karetkce. Do sióstr przychodzą chorzy z nadzieją, że tu znajdą pomoc. Dzięki nadsyłanym z Polski lekom i środkom opatrunkowym ta pomoc często okazuje się bardzo skuteczna. Wtedy obopólna jest radość (chorych i sióstr) i wdzięczność Bożej Opatrzności za hojność naszych dobroczyńców.

Katechizacja i pomoc rodzinom

Byłem ubogi..., nieznający prawdziwych wartości...

Jedną z form obrony życia duchowego podejmowaną przez Siostry Kanoniczki Ducha Świętego w Pisarówce jest katecheza. W naszej parafii katechizuje dwóch księży, kleryk i siostra. Katechizacją obejmują dzieci i młodzież szkolną w 15 wioskach oraz w 3 przedszkolach. Liczba dzieci korzystających z katechizacji w poszczególnych wioskach waha się od 2 do 22. Jeśli religia jest w szkole, oznacza to, że dyrektor szkoły podej-



Katecheza

muje ryzyko utraty pracy. Dlatego tam, gdzie nie jest możliwa katecheza w szkole, odbywa się ona w domach prywatnych, często u ludzi prawosławnych. Obejmuje ona dzieci, młodzież, a także dorosłych w różnym wieku. Mówimy o Bogu, o miłości i przebaczeniu nie tylko katolikom, ale i prawosławnym, i nieochrzczonym. W jednej wsi, do której siostra dojeżdża, religia odbywa się w domu prawosławnej pani, która kiedyś sprzedawała świeczki w cerkwi. Przychodzi na tę katechezę około 15 dzieci – wszystkie prawosławne, bo w całej wsi nie ma żadnej rodziny katolickiej. Gdyby nie ta godzina katechezy tygodniowo, prawdopodobnie w domu

nie usłyszałyby o Bogu, a do cerkwi przeważnie nie chodzą. Katechizacja jest trudna, gdyż wśród katechizowanych często nie ma podstaw wiary i religijności. Często zachodzi potrzeba katechezy indywidualnej: dziewczynka głuchoniema, inna – z upośledzeniem umysłowym, dorośli.

Oprócz katechezy siostra katechetka pracuje z dziećmi i młodzieżą także poprzez prowadzenie Rycerstwa Niepokalanej, organizowanie rekolekcji tygodniowych czy prowadzenie kółka teatralnego. Dzięki takim działaniom siostry rozwijają życie duchowe w katechizowanych, a przez bliższy kontakt z dziećmi i młodzieżą mają wpływ na rodziny. Widząc biedę materialną i moralną, pomagają rodzinom materialnie i duchowo.

Kocham te matki

Świadectwo s. Bogusławy Placek – przełożonej wspólnoty i kierowniczki Domu Obrony Życia

Kocham tę pracę i te matki. Często zagubione. Właściwie to dzieci. Często dzieci mające dzieci. Można by pisać historie o ich życiu. Nieraz, gdy się otwierają, można przesiedzieć z nimi i przeplakać całą noc. I tak niejednej mówię: słuchaj, gdybym ja miała takie warunki jak ty i takie wychowanie jak ty, to nie wiem, kim byłabym dziś. Że jest w tobie jeszcze tyle dobra, to naprawdę dziękuj Panu Bogu. Te dziewczęta, w tym swoim macierzyństwie, często odnajdują sens życia. Niektóre zakładają rodziny. Niejedna, gdyby nie trafiła do tego domu, może nigdy nie miałaby możliwości dźwignięcia się. Dlatego mnie zawsze bardzo boli, gdy słyszę o tych dziewczętach negatywne opinie. Najczęściej te dziewczęta były krzywdzone od dziecka. Nie spotkały nikogo, kto by je nauczył miłości czy czegokolwiek. Dlatego też, choć praca z nimi jest nieraz bardzo trudna, dziękuję Bogu, że dane mi jest pracować wśród nich i cieszyć się każdym zauważonym u nich dobrem. Oby wszystkie dziewczęta, które znajdują się w podobnej sytuacji, spotkały na swojej drodze życzliwych ludzi, którzy pomogą im przyjąć i pokochać poczęte w nich nowe życie!

*Fragmenty tekstu opracowanego przez s. Virginie Parchoniuk CSS,
katechetkę pracującą w Pisarówce*

Noty o autorach

- **Monika Cempa**

doktorantka Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UJ

- **Małgorzata Chodak**

Oddział Kliniczny Kliniki Neonatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie;
Ecole Europeenne de Psychotherapie Socio- et Somato- Analytique (EEPSSA)

- **Janusz Czekaj**

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie z Krakowską Poradnią Opieki Paliatywnej; Zakład Ratownictwa Medycznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UJ

- **Krzysztof Duda**

Akademia Ignatianum w Krakowie

- **Konrad Dziadkowiak**

doktorant teologii Papieskiego Wydziału Teologicznego we Wrocławiu; doktorant filozofii Uniwersytetu Wrocławskiego

- **Zofia Foryś**

Zakład Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

- **Jakub Grochowski**

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

- **Dariusz Grzonka**

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

- **Joanna Harzowska-Szczygieł**

I Klinika Chirurgii Collegium Medicum UJ

▪ **Jan Iwaszczyszyn**

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie z Krakowską Poradnią Opieki Paliatywnej

▪ **Anna Jasiówka**

Zakład Socjologii Medycyny Collegium Medicum UJ

▪ **Marek Kita**

Katedra Chrystologii Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie

▪ **Anna Kliś-Kalinowska**

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UJ; Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Krakowie z Krakowską Poradnią Opieki Paliatywnej

▪ **Małgorzata Knap**

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. św. Rafała w Czerwonej Górze; Zakład Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy Jana Kochanowskiego w Kielcach

▪ **Anna Korytkowska**

Collegium Medicum UJ

▪ **Michał Kosztołowicz**

Kieleckie Towarzystwo Naukowe; Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Kochanowskiego w Kielcach

▪ **Anna Kula**

Collegium Medicum UJ

▪ **Agnieszka Kurbiel**

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

▪ **Halina Lebiedowicz**

Klinika Hematologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

▪ **Grażyna Makiełło-Jarża**

Wydział Psychologii i Nauk o Rodzinie Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

▪ **Aleksandra Mrozowska**

NZZOZ Szpital na Siemiradzkiego im. R.J. Czerwiakowskiego w Krakowie

▪ **Arkadiusz Ortenburger**

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Poradnia Leczenia Bólu, Częstochowa; członek PTBB

▪ **Dorota Ortenburger**

Instytut Filozofii, Socjologii i Psychologii Akademia im. Jana Długosza, Poradnia Leczenia Bólu, Częstochowa, członek IASP i PTBB

▪ **s. Virginia Parchoniuk, CSS**

Zakon Kanoniczek Ducha Świętego, katechetka w Pisarówce na Ukrainie

▪ **Ewa Podwińska**

Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

▪ **Katarzyna Rokosz**

Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UJ

▪ **Andrzej Stachowiak**

Dom Sue Ryder w Bydgoszczy

▪ **Małgorzata Szerla**

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Kielcach; Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Kochanowskiego w Kielcach

▪ **ks. Jan Śledzianowski**

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

▪ **Bartłomiej Wolak**

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

▪ **Magdalena Żurowska**

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

