



BÓŁ BÓŁ i cierpienie

pod redakcją

GRAŻYNY MAKIEŁŁO-JARŻY i ZDZISŁAWA GAJDY

ACTA ACADEMIAE MODREVIANAЕ

Kraków 2008

BÓI
i cierpienie

*Kiedy przychodzi cierpienie i pyta, jak się nazywasz,
trzeba umieć podać własne imię.*

Thomas Merton

BÓL i cierpienie

pod redakcją

GRAŻYNY MAKIEŁŁO-JARŻY I ZDZIŚŁAWA GAJDY

ACTA ACADEMIAE MODREVIANAЕ

Kraków 2008

Rada Wydawnicza:

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

Recenzje:

prof. dr hab. med. Zdzisław Gajda

doc. dr hab. med. Władysław Lejman

dr n. med. Alicja Macheta

prof. dr hab. med. Andrzej Śródka

dr Monika Wasilewska

Projekt okładki:

Joanna Sroka

Redaktor prowadzący:

Halina Baszak-Jaroń

Maria Dorota Schmidt-Pospuła

Adiustacja:

Izabela Pabisz-Zarębska

Korekta redakcyjna:

Zespół

Copyright© by Krakowska Szkoła Wyższa im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Kraków 2008

ISBN: 978-83-7571-017-5

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

Na zlecenie:

Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

www.ksw.edu.pl

Wydawca:

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

Kraków 2008

Łamanie:

Joanna Sroka

Druk i oprawa:

Eikon Plus

Spis treści

■ Grażyna Makiełło-Jarża

Przedmowa.....7

■ Zbigniew Domosławski

Jan Paweł II wpisał się w historię
i filozofię medycyny.....9

■ s. Irena Drozd

Realizacja charyzmatu bł. Gwidona z Montpellier
przez Zgromadzenie Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego
w niesieniu ulgi cierpiącym dzisiaj.....13

■ Mariusz Cywka, Maria Dorota Schmidt-Pospuła

Osiem wieków tradycji – trynitarские wyzwolenie
z cierpienia.....27

■ Edward Charczuk

Korzystanie z usług religijnych motywowane
lękiem przed cierpieniem u chorych
przed dużymi operacjami.....33

■ Stanisław Szumpich

Hospicjum – miejsce bólu czy ukojenia.....37

■ Jan Iwaszczyszyn, Agnieszka Kwiecińska

Duchowy wymiar cierpienia chorych w terminalnym
okresie choroby nowotworowej.....53

■ Krzysztof Gerc

Preferencja wartości jako modyfikator postawy wobec
choroby u młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu.....57

■ Dorota Ortenburger

Zastosowanie psychologii w leczeniu bólu.....77

■ Mariusz Parlicki	
Cierpienie w twórczości dramatopisarskiej Zbigniewa Herberta.....	87
■ Małgorzata Nawara	
Komunikacja terapeutyczna personelu medycznego z pacjentem przewlekłe chorym	97
■ Michał Kosztołowicz, Małgorzata Szerła, Maciej Domański	
Propozycja konstrukcji języka komunikacji lekarz-pacjent z uwzględnieniem bólu i osobowości pacjenta.....	113
■ Małgorzata Kania	
Wypalenie zawodowe personelu pielęgniarskiego a specyfika zawodu.....	135
■ Dorota Ortenburger, Arkadiusz Ortenburger	
Udział czynników psychologicznych w narastaniu niepełnosprawności związanej z bólem.....	149
■ Wojciech Kłapa, Marta Szeliga	
Rozpoznawanie potrzeb wolnoczasowych pacjentów w opiece paliatywnej.....	155
DONIESIENIA	
■ Marta Marzec	
Wiedza i postawy studentów pedagogiki wobec opieki nad chorymi przewlekłe.....	165
■ Wioleta Michałek	
Wiedza pracowników Urzędu Miasta i Starostwa Powiatowego Brzeska o opiece paliatywnej.....	175
Noty o autorach.....	185

Grażyna Makiełło-Jarża

Przedmowa

Oddajemy w ręce czytelnika kolejny tom, będący pokłosiem sympozjum „Ból i cierpienie”, które odbyło się w styczniu 2008 roku. Można zauważyć wyraźne, w stosunku do poprzednich sympozjów, przesunięcie akcentów. Prawie wszyscy uczestnicy sympozjum zastanawiali się nad psychicznym wymiarem cierpienia.

Z. Domosławski pisze o znaczeniu pism Jana Pawła II dla historii i filozofii medycyny. I. Drozd ukazuje, jak kierując się charyzmatem bł. Gwidona z Montpellier siostry ze Zgromadzenia Kanoniczek Ducha Świętego niosą ulgę cierpiącym. Podobnie ujmują zagadnienie M. Cywka i M.D. Schmidt-Pospuła, pisząc o wyzwoleniu z cierpienia. S. Szumpich zastanawia się nad miejscem i zadaniami ruchu hospicyjnego w kojeniu cierpienia. Kolejny autor, E. Charczuk, zwraca uwagę na rolę religii, a zwłaszcza posług religijnych w przynoszeniu ulgi chorym. J. Iwaszczyszyn odnajduje duchowy wymiar cierpienia w terminalnym okresie choroby. O znaczeniu preferowanych wartości, które stają się modyfikatorami choroby pisze K. Gerc, a o znaczeniu psychologii w leczeniu bólu przekonuje D. Ortenburger.

Natomiast artykuły M. Nawary i M. Kosztołowicza, M. Szerli i M. Domańskiego poświęcone są znaczeniu komunikacji między pacjentem a personelem medycznym. Autorzy stwierdzają, iż od jakości tej komunikacji zależy w dużej mierze stosunek pacjenta do choroby, a – jak dowodzi Nawara – komunikacja ta powinna mieć znaczenie terapeutyczne. M. Kania z kolei rozważa, na ile personel pielęgniarski, zwłaszcza ten pracujący na oddziałach intensywnej terapii, jest narażony na wypalenie zawodowe, który to syndrom zagraża kształtowaniu się właściwych postaw w stosunku do pacjentów.

D. Ortenburger i A. Ortenburger raz jeszcze zwracają uwagę na udział czynników psychologicznych w narastaniu niepełnosprawności związanej z bólem. Jednym z takich czynników może być depersonalizacja pacjentów związana właśnie z wypaleniem zawodowym personelu medycznego. O rozpoznawaniu potrzeb związanych z zagospodarowaniem czasu wolnego piszą kolejny raz M. Szeliga i W. Kłapa. Stwierdzają, że należy odwracać uwagę pacjenta od jego choroby, o której on nieustannie myśli, mając w szpitalu zbyt dużo czasu wolnego, cierpi więc także na nadmiernie przedłużającą się bezczynność.

Zachęcam do zapoznania się z zaprezentowanymi tekstami, wierząc, że ich lektura pomoże lepiej zrozumieć cierpienie psychiczne człowieka chorego i znaczenie redukcji tego cierpienia dla jego dobrostanu.

Zbigniew Domosławski

Jan Paweł II wpisał się w historię i filozofię medycyny

Z tego, co Jan Paweł II pozostawił na piśmie (a spuścizna ta liczy 85 tys. stron), a także z ogromu informacji oraz publikacji po Jego śmierci, nietrudno wybrać liczne implikacje na temat medycyny i jej filozofii, ze szczególnym uwzględnieniem wskazań moralnych i etycznych.

W krótkim artykule może to mieć charakter li tylko wybiórczy, gdyż na syntezy trzeba będzie poczekać. Na szczególne przypomnienie i bliższą znajomość zasługuje ogłoszony jeszcze w 1984 r. Jego list apostolski „O chrześcijańskim sensie cierpienia” (*Salvifici doloris*), będący zarówno podsumowaniem, jak i rozwinięciem dwutysięcznego okresu nauczania Kościoła. Papież zwrócił uwagę, o czym później wielokrotnie przypominał, że godność cierpiącego i chorego człowieka należy przyrównywać do współuczestnictwa w cierpieniach Chrystusa. Zarówno w cierpieniu fizycznym, jak i moralnym należy wyjść poza samo wzruszenie i współczucie. Do tego wątku Ojciec Święty wielokrotnie wracał, gdy podnosił wartość godności każdego człowieka, szczególnie zaś osób starszych dotkniętych cierpieniem. Wzywał także do poszanowania godności dzieci.

Już w 1993 r. z okazji inauguracji Światowych Dni Chorego przypominał o tym, że człowieka chorego i cierpiącego, a także jego godność, odkryło dopiero chrześcijaństwo. Odwołując się m.in. do wzorca Miłosiernego Samarytanina wskazał na wartość życia i godność każdego człowieka. Mówił nie tylko o chorych, ale również o tych, którzy się nimi opiekują

(por. art. z XIII Światowego Dnia Chorego)¹. Warto w tym miejscu wspomnieć o kontakcie Jana Pawła II z medycyną z uwagi na Jego ogromne doświadczenie własne – częste pobyty w szpitalu, operacje, zwłaszcza te najdramatyczniejsze po zamachu w 1981 r., ciągle zmaganie się Jego ducha z nieubłaganymi prawami biologii aż po ostatnie chwile życia.

W moim odczuciu za klasyczne przesłanie dla medycyny i jej filozofii można by uznać Jego przemówienie do chorych wygłoszone w Gdańsku 12 czerwca 1987 r. w czasie trzeciej pielgrzymki do ojczyzny, w którym m.in. czytamy: „Zawsze żywiłem i nadal żywię głęboką cześć dla tego powołania, które tak bardzo zdaje się zakorzenione w Ewangelii, a równocześnie w całej humanitarnej tradycji ludzkości, również przedchrześcijańskiej i pozachrześcijańskiej”. I dalej: „Chrystus, który mówi: «Przyjdę... uzdrowię». I każdy z was winien mówić i mówi: «Przyjdę, uczynię wszystko, na co mnie stać dla twojego zdrowia»”².

Piszący te słowa pragnie podzielić się też pewną refleksją, która nurtuje go od dłuższego czasu. Skoro przy tradycjach chrześcijańskich podkreślamy również znaczenie tradycji przed- i pozachrześcijańskich, to według mnie od lat uderza wyraźne przeakcentowanie tradycji przedchrześcijańskich, w uściśleniu Hipokratesowskich. Wiadomo, że pewne koncepcje filozoficzne mają trwalszy żywot niż praktyczne metody leczenia, które w historii medycyny dominowały nad diagnostyką. Z *Corpus Hippocraticum* pożegnaliśmy się w nauczaniu już z końcem XVIII w. Natomiast problemy filozoficzne w odniesieniu do medycyny od czasów Hipokratesa i jego etyki ulegały w ciągu wieków pogłębianiu, a wielu współczesnych zagadnień bioetyki zarówno Hipokrates, jak i jego późniejsi uczniowie i komentatorzy po prostu nie byli w stanie przewidzieć.

W minionym okresie Hipokrates nie był na indeksie, stąd, niejednokrotnie, gdy mówiliśmy i pisaliśmy, powołując się na niego, mieliśmy na myśli nauki Chrystusa i Jego przesłanie Miłosiernego Samarytanina. Nie wolno nam zapomnieć o cenzurze i autocenzurze tego okresu. Nasuwa się pytanie, czy dziś nie za wiele i nie za często powołujemy się na Hipokratesa, a za mało mówimy o chrześcijańskich korzeniach medycyny i jakże aktualnym magisterium Jana Pawła II?

Warto też przy okazji przypomnieć, że do rewizji modnego zawołania *Zurück zum Hippokrates* (z powrotem do Hipokratesa) nawoływał

¹ Garść informacji i refleksji, „Gazeta Uczelniana” 2005/96, t. X, s. 12–13.

² Trzecia pielgrzymka Jana Pawła II do Ojczyzny, 8–14 czerwca 1987. Przemówienia i homilie, Warszawa 1988, s. 202–203.

jeszcze w latach 20. XX w. niekwestionowany i dziś autorytet w zakresie historii i filozofii medycyny profesor Władysław Szumowski. Nadarza się okazja, by dziś, żywiąc głęboki szacunek dla myśli hipokratesowskiej, więcej uwagi niż dotąd poświęcić nauczaniu Jana Pawła II, nie tylko od święta, ale w codziennej działalności wychowawczej i naukowej.

W środowisku wrocławskich uczelni, jak również i u nas, wiele zrobiono w dziele zbliżenia nauk medycznych i teologicznych. Mamy za sobą udany dialog, uszanowanie kompetencji, a także szukanie związków między współczesną nauką a postawą religijną. Jest okazja nie tylko do pogłębionej refleksji, czego jesteśmy świadkami, ale też nadeszła pora na dalsze studia i uogólnienia. Wszak ten nieprzeciętny, przerastający każdego z nas Wielki Papież Jan Paweł II wniósł ogromny wkład do historii ludzkości o treści nie tylko religijnej, ale także filozoficznej, którą można by odnieść do historii medycyny, filozoficznie ujętej w uściśleniu do moralności i etyki. A wspomniane sformułowanie, że obok inspiracji płynącej z Ewangelii zasługują na cześć również tradycje przed- i pozachrześcijańskie, można uznać za aforyzm, upamiętniający nie tylko to, co Jan Paweł II powiedział, ale również jako źródło do dalszego kontynuowania i pogłębiania w przeszłości.

Bibliografia

XIII Spektrum. Almanach pamięci Jana Pawła II Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, Bydgoszcz 2006, s. 49–52.

Streszczenie

Jan Paweł II pozostawił po sobie olbrzymi materiał, nie tylko ściśle teologiczny. Warto wspomnieć choć o niektórych implikacjach na temat medycyny i jej filozofii, ze szczególnym uwzględnieniem wskazań moralnych i etycznych.

Na szczególne przypomnienie zasługuje ogłoszony jeszcze w 1984 r. list apostolski „O chrześcijańskim sensie cierpienia” (*Salvifici doloris*), będący zarówno podsumowaniem, jak i rozwinięciem dwutysięcznego okresu nauczania Kościoła.

W roku 1993 z okazji inauguracji Światowych Dni Chorego, m.in. wracając do wzorca Miłosiernego Samarytanina, wskazał na wartości życia i godności każdego bez wyjątku człowieka.

Godne przypomnienia jest Jego osobiste doświadczenie choroby, szczególnie po zamachu na Jego życie, aż po ostatnie dni zmagania się z nieubłagalnymi prawami biologii.

Natomiast za klasyczne przesłanie dla medycyny i jej filozofii zaproponować można to, co powiedział do chorych w Gdańsku 12 czerwca 1987 r.: „Zawsze żywiłem i nadal żywię głęboką cześć dla tego powołania, które tak bardzo zdaje się zakorzenione w Ewangelii, a równocześnie w całej humanitarnej tradycji ludzkości, również przedchrześcijańskiej i pozachrześcijańskiej”.

Czy nie przeceniamy skądinąd szlachetnych wskazań Hipokratesa, który nie był w stanie przewidzieć dalszego rozwoju medycyny, a za mało pamiętamy o nauce Chrystusa, którą tak bardzo przybliżył nam Jan Paweł II?



s. Irena Drozd

Realizacja charyzmatu bł. Gwidona z Montpellier przez Zgromadzenie Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego w niesieniu ulgi cierpiącym dzisiaj

Błogosławiony Gwidon z Montpellier założyciel Zakonu Ducha Świętego

Zgromadzenie Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego de Saxia jest żeńską gałęzią Zakonu Ducha Świętego, który założył bł. Gwidon z Montpellier w XII w. we Francji.

Gwidon urodził się w drugiej połowie XII w. w Montpellier we Francji, w bogatej rodzinie książęcej Guillemów. Gwidon postanowił służyć ubogim. Sprzedał majątek otrzymany od rodziców i około roku 1175 wybudował szpital na przedmieściach Montpellier. Gromadził w nim chorych, biednych, porzucone dzieci i osobiście im posługiwał. Historyk zakonu Piotr Saunier tak scharakteryzował założyciela: „Gwidon szlachetnego rodu, bogaty był w dary fortuny, jeszcze wybitniejszy darami mądrości, zapalony wiarą, gorejący miłością i tak czuły miłośnik ubogich, że czcił ich jak panów, szanował jak przełożonych, kochał jak braci, pielęgnował jak synów, czcił jak wizerunki Chrystusa”¹.

¹ P. Saunier, *De Capite Sacri Ordinis Sancti Spiritus dissertatio*, Lugduni 1649, s. 230.

Z kolei historyk M. Paulinier, przytaczając opinię papieża Innocentego III napisał: „Gwidon, ten szlachetny syn Montpellier oddając Zakon w opiekę Duchowi Świętemu, pragnął zgromadzić pod swe sztandary prawdziwych czcicieli Ducha Świętego”².

Przykład Gwidona, przenikniętego duchem ewangelicznej miłości, pociągnął innych, zarówno mężczyzn, jak i kobiety, które szczególnie były potrzebne dzieciom. Tak powstało zgromadzenie ludzi szczególnie wrażliwych na ból i cierpienie człowieka, którzy pragnęli przez złożenie oddzielnego czwartego ślubu, do końca życia poświęcić się służbie dzieciom, chorym i ubogim. Gwidon oddał powstający zakon w opiekę Duchowi Świętemu.

Papież Innocenty III zatwierdził Zakon Ducha Świętego, wydając dwie bulle. W bulli *His praecipue* z 22 kwietnia 1198 r. polecił Gwidona i braci zakonnych biskupom, zarządzając, by udzielali pozwoleń na zakładanie szpitali, oratoriów i cmentarzy³. W bulli tej papież tak oto napisał o założycielu i jego dziele: „Wśród wszystkich innych szpitali nowo założonych, szpital Ducha Świętego, który założył w Montpellier ukochany syn Gwidon, wyróżnia się duchem zakonnym, jaśnieje światłością miłosierdzia i uczynkami doskonałej dobroczynności w odniesieniu do ubogich, a lepiej to wiedzą ci, którzy doznali dowodów miłosierdzia. Tu bowiem głodni otrzymują posiłek, ubodzy odzież, chorzy konieczne posługi, a bardziej potrzebujący – większą pociechę tak, że mistrz i bracia nie tyle winni być nazywani gospodarzami potrzebujących, ile sługami potrzebujących i oni sami cierpią niedostatek wśród ubogich, którym miłosiernie dają to, co konieczne”⁴. W uroczystej bulli *Religiosam vitam*, wydanej następnego dnia, tj. 23 kwietnia roku 1198, skierowanej do Gwidona i jego braci, Innocenty III zatwierdził Zakon Ducha Świętego i przyjął go pod opiekę Stolicy Apostolskiej wraz ze szpitalem w Montpellier i jego filiami. Papież potwierdził wszystkie przywileje nadane zakonowi w poprzedniej bulli⁵.

Świadczenie miłosierdzia jest integralnie związane z posłannictwem Kościoła, dlatego Innocenty III pragnął, by promieniowało ono z Rzymu. U Santa Maria in Saxia (Matki Boskiej Skalnej), w dawnej Scholi Sasów⁶,

² M. Paulinier, *Gui de Montpellier, fondateur de l'Ordre du Saint Esprit*, Montpellier 1870, s. 8.

³ Por. J. Migne, PL 214, 83, nr 95.

⁴ *Ibidem*.

⁵ Por. J. Migne, PL 214, 85, nr 97.

⁶ Schole były to schroniska dla postoju i przytułku pielgrzymów należących do określonej grupy narodowościowej. Por. P. de Angelis, *L'Ospedale di Santo Spirito in Saxia*, Romae 1960, s. 123–145.

opuszczonej i zniszczonej przez wojny, papież wybudował Szpital Apostolski, czyniąc go wzorcowym dla całego chrześcijaństwa. Dostrzegając prężność Zakonu Ducha Świętego i ceniąc dzieło Gwidona z Montpellier, w 1204 r. powołał go na Mistrza Szpitala Apostolskiego w Rzymie, braćmi i siostrami zakonu powierzając opiekę nad chorymi i potrzebującymi przebywającymi w szpitalu⁷.

W bulli *Inter opera pietatis* z 18 czerwca roku 1204 skierowanej do Gwidona Mistrza Szpitali Santa Maria in Saxia w Rzymie i Ducha Świętego w Montpellier, papież określił przepisy dotyczące organizacji zakonu i pracy szpitalnej⁸. Z woli papieża Innocentego III rzymski szpital stał się domem głównym całego zakonu, a Gwidon Mistrzem, czyli przełożonym całej wspólnoty duchaków.

Bł. Gwidon czuły na cierpienie człowieka pragnął, aby w szpitalu Ducha Świętego mogli znaleźć pomoc chorzy, ubodzy, dzieci, samotne ciężarne kobiety, pielgrzymi i podróżni, słowem wszyscy, którzy zostali dotknięci jakimkolwiek cierpieniem. Dostrzegał nie tylko ból fizyczny i potrzeby doczesne człowieka, ale chciał również leczyć rany duchowe i prowadzić tych, którym służył do Chrystusa. Utożsamienie Pana Jezusa z ubogim było dla Gwidona inspiracją charytatywnej działalności członków zakonu, którzy Oblicze Umęczonego Zbawiciela mieli dostrzegać w każdym potrzebującym człowieku.

Papież Innocenty III swoje uznanie dla Gwidona i jego dzieła wyraził, ustanawiając bullą *Ad commemorandas*, z 3 stycznia 1208 r., uroczystość Stacji Świętej w kościele Santa Maria in Saxia na drugą niedzielę po Objawieniu Pańskim. Postanowił, by w uroczystości Stacji Świętej brał udział papież z kardynałami, aby udzielany był odpust jednego roku oraz rozdawana jałmużna ze skarbca papieskiego⁹. Innocenty III sądził bowiem, że posługę w szpitalu, powierzonym Gwidonowi, można porównać do sześciu stągwi wody, którą Jezus przemienił w wino. Te sześć stągwi, o których mowa w Ewangelii, to jest sześć uczynków miłosierdzia. I te sześć stągwi – dodaje papież – są zawsze pełne w tym gorliwym domu, ponieważ uczynki miłosierdzia są tu doskonale pełnione. Ceremonia Stacji Świętej odbywała się bardzo uroczyście. Przy śpiewie hymnów i kantyków Kanonicy Ducha Świętego nieśli – w relikwiarzu ze złota i srebra, ozdobio-

⁷ Od nazwy miejsca, w którym wybudowany został szpital, Zakon Ducha Świętego otrzymał przydomek „in Saxia”, który figuruje w nazwie Zakonu.

⁸ Por. J. Migne, PL 215, 376, nr 95.

⁹ Por. J. Migne, PL 215, 1270, nr 179.

nym drogimi kamieniami – relikwią Najświętszego Oblicza Zbawiciela. Ojciec Święty w otoczeniu kardynałów, osobiście brał udział w procesji, odprawiał Mszę Świętą i głosił homilię, aby lud nie odszedł głodny na duchu z tych tajemnych Godów – jak sam wyznał. Nie zapomniano również o ubogich w tym dniu świątecznym. Tysiąc biedaków spoza szpitala i trzystu przebywających w Domu Ducha Świętego otrzymało po trzy denary ze skarbca papieskiego¹⁰.

Ustanowienie Stacji Świętej było ostatnim przywilejem, który Gwidon otrzymał od Innocentego III. W tym samym roku – 1208 – założyciel Zakonu Ducha Świętego umiera w Rzymie¹¹. W swoim zakonie Gwidon otaczany jest kultem, czczony jako błogosławiony i nazywany Apostołem Miłosierdzia. Według świadectwa Baroniusza, Gwidon godzien jest nosić tytuł Błogosławionego ze względu na nadzwyczajną świętość swojego życia. Następca Baroniusza pisze w Rocznikach Kościelnych: „Gwido, Założyciel zakonu szpitalnego, był drogi Innocentemu z powodu nadzwyczajnej świętości, a także zasłużył sobie na imię Błogosławionego”¹².

Kult Najświętszego Oblicza zapoczątkowany za czasów bł. Gwidona przetrwał w zgromadzeniu do naszych czasów¹³. Właśnie to święto zgromadziło dziś środowisko lekarskie Krakowa u sióstr duchaczek. Genezę i krótką historię tych spotkań ukazał ich inicjator – prof. Zdzisław Gajda w artykule *Idea duchackiego święta Oblicza Chrystusa Cierpiącego*¹⁴.

Zakon założony przez bł. Gwidona rozprzestrzenił się na inne kraje Europy. Już w XIII w. liczba szpitali Zakonu Ducha Świętego wynosiła: we Francji – 32, we Włoszech – 38, na Sycylii – 13, w Niemczech – 6, w Hiszpanii – 6, w Anglii – 1, w Austrii – 2 i w Polsce – 1¹⁵.

¹⁰ P. Brunne, *L'Ordre Hospitalier du Saint-Esprit au cours des siècles*, Lons-le-Saunier 1940, s. 25.

¹¹ Według tradycji przechowanej w zakonie we Francji i w Polsce, data śmierci Gwidona przypada na 6 lutego 1208 r. W liście apostolskim *Defuncto Romae felicis memoriae Guidone* z dnia 8 czerwca 1208 r., Innocenty III, wspominając zmarłego świętej pamięci Gwidona, pisze, że z braćmi Zakonu Ducha Świętego postanowiono, aby Zarząd pozostawał w Rzymie i wybrano na Wielkiego Mistrza Piotra z Granerio (Por. J. Migne, PL 215, 1424, nr 104).

¹² O. Raynaldo, *Annales Ecclesiastici ex tomis octo ad unum pluribus auctum*, Romae 1667, s. 26.

¹³ M.I. Drozd, *Miłosierdzie jako rys postawy chrześcijańskiej według Gwidona z Montpellier i Konstytucji Zakonu Ducha Świętego de Saxia* [w:] *Miłosierdzie w postawie ludzkiej*, „Homo meditans V”, Lublin 1989, s. 135–156.

¹⁴ Z. Gajda, K. Targosz, *Idea duchackiego święta Oblicza Chrystusa Cierpiącego* [w:] *Cierpienie w literaturze polskiej*, pod. red. K. Dybciaka i S. Szczęsnego, Siedlce 2002, s. 205–217.

¹⁵ Bulla papieża Mikołaja IV *Inter opera pietatis*, 1291 r. [w:] *Magnum Bullarium Romanum*, Luxemburg 1742, t. 1 s. 165–167.

Do Polski zakonnicy Ducha Świętego zostali sprowadzeni przez biskupa krakowskiego Iwo Odrowąża w 1220 r. Początkowo założyli szpital w Prądniku pod Krakowem. W 1244 r. biskup Jan Prandota przeniósł szpital do Krakowa przy kościele św. Krzyża. Pod koniec XIII w. powstały również duchackie szpitale w Kaliszu, Sandomierzu i Sławkowie. W szpitalach tych bracia i siostry Zakonu Ducha Świętego – nazywani popularnie w Polsce duchakami i duchaczkami – prowadzili dzieło miłosierdzia, lecząc chorych, przyjmując ubogich, wychowując opuszczone dzieci. Kierując się *Regułą* Gwidona, udzielali pomocy biednym i potrzebującym, szukając ich także poza obrębem szpitala, co odnotowuje Jan Długosz: „[bracia szpitalni] zbierają potrzebujących z całej ziemi sandomierskiej, dzieci porzucone zbierają i żywią”¹⁶.

Formy realizacji charyzmatu bł. Gwidona dzisiaj

Obecnie siostry kanoniczki Ducha Świętego realizują charyzmat miłości miłosiernej w 23 placówkach: 18 w Polsce, 1 – na Ukrainie, 1 we Włoszech i 3 w Burundi w Afryce Centralnej.

Praca wśród chorych i samotnych

- Posługa chorym w szpitalach

Zmiany w naszym kraju po 1989 r. umożliwiły zgromadzeniu w znacznym stopniu powrót do pracy zgodnej z charyzmatem założyciela, w tym pracę w szpitalach.

Obecnie jedna siostra podjęła pracę jako lekarz rezydent medycyny rodzinnej w Przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Krakowie. Jedna siostra pielęgniarka pracuje na oddziale chirurgicznym w Szpitalu oo. Bonifratrów w Krakowie, jedna na oddziale chirurgicznym i jedna na oddziale psychiatrycznym w Szpitalu Miejskim w Leżajsku, także jedna siostra pracuje na oddziale wewnętrznym Polikliniki Umberto I (Umberto Primo) w Rzymie. Ponadto siostry misjonarki prowadzą szpitale w trzech placówkach misyjnych w Burundi (szczegółowe dane zostaną przedstawione przy omawianiu pracy misyjnej).

¹⁶ J. Długosz, *Liber beneficiorum*, wyd. A. Przeździecki, Kraków 1864, t. 3, s. 51.

SIOSTRY
KANONICZKI
Z CHORYMI

A black and white collage photograph depicting various scenes of nuns in their daily lives. In the upper center, a nun in a dark habit stands over an elderly woman. To the right, a nun in a white habit is shown in profile, attending to a patient lying in a hospital bed. In the lower left, a nun in a dark habit sits next to an elderly woman who is seated in a wheelchair. In the lower right, a nun in a white habit is seen from the back, tending to a patient in a hospital bed. The collage also includes smaller images of nuns interacting with children. The entire image is framed by decorative floral and vine patterns on the right and bottom edges.

- **Niesienie ulgi cierpiącym w pielęgniarstwie parafialnym**

W duchu bł. Gwidona od roku 1962 siostry duchaczki włączają się w pielęgniarstwo parafialne zapoczątkowane przez Służebnicę Bożą Hannę Chrzanowską w Krakowie. Siostry z klasztoru przy ul. Szpitalnej 12 obejmowały opieką chorych na terenie parafii: Świętego Krzyża, Świętego Floriana, Wszystkich Świętych, a w parafii Wniebowzięcia Najświętszej Maryi Panny zwanej Mariacką od 1966 r. do chwili obecnej. Siostry należące do domu zakonnego przy ul. Lotniczej 4 włączyły się od 1963 r. w pielęgniarstwo parafialne na terenie parafii: Najświętszego Imienia Maryi, Matki Bożej Ostrobramskiej i Miłosierdzia Bożego na Osiedlu Oficerskim w Krakowie.

W okresie od 1962 do 2007 r. czterdzieści cztery siostry kanoniczki Ducha Świętego podejmowały pracę jako pielęgniarki środowiskowe lub parafialne opiekunki chorych na terenie siedmiu parafii krakowskich, obejmując opieką wielu chorych, samotnych, podeszłych wiekiem, którzy czekają na bezinteresowną pomoc. Ich potrzeby są różnorodne, poczynając od najbardziej życiowych, poprzez pielęgniarские i pielęgnacyjne, do potrzeb psychicznych i duchowych. Schorowany, samotny człowiek oczekuje cierpliwego wysłuchania, jakie dręczą go dolegliwości, poświęcenia czasu, życzliwej rozmowy, wspólnej modlitwy. Wyrazem troski sióstr zaangażowanych w pielęgniarstwo parafialne jest towarzyszenie podopiecznym w ostatnim etapie ich życia, czuwanie przy ciężko chorych i umierających (np. ks. biskup Stanisław Smoleński zmarł w nocy z 8 na 9 sierpnia 2006 r. o godz. 00.05 w swoim mieszkaniu przy ul. św. Marka 23 podczas dyżuru s. Anity Turzyńskiej – duchaczki aktualnie pracującej pielęgniarki w parafii Mariackiej)¹⁷.

Dbając o zdrowie i godne warunki materialno-bytowe podopiecznych siostry starają się zaspokajać także ich potrzeby duchowe, zwłaszcza dotyczące życia sakramentalnego. Dla ilustracji podaję dane statystyczne z kilku wybranych lat z terenu parafii Mariackiej w Krakowie:

¹⁷ E. Szwarczyńska, *Pielęgniarstwo parafialne Zgromadzenia Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego w Krakowie w latach 1962–2007 w dziele Hanny Chrzanowskiej*, praca licencjacka napisana w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego CM pod kier. prof. dr hab. med. Antoniego Czupryny, Kraków 2007, s. 31–35, 50–51 (zob. kolejne rozdziały: *Formy niesienia pomocy pielęgniarskiej i materialno-bytowej chorym oraz Troska o życie sakramentalno-duchowe podopiecznych*).

Rok	Liczba chorych	Sakrament pokuty w domu	Msza święta w domu chorego	Sakrament chorych w domu	Zgony podopiecznych
1983	48	19	10	10	10
1986	61	62	17	2	5
1993	42	41	3	4	12
1997	53	226	8	17	8
2000	45	210	1 sakrament małżeństwa	15	6
2003	87	245	11	9	6
2006	67	158	14	26	13

Obecnie dwie siostry pielęgniarki niosą ulgę cierpiącym w parafii Mariackiej w Krakowie (62 osoby) i jedna siostra w parafii Sułoszowa, diecezja sosnowiecka (29 osób). Na szczególną uwagę zasługuje charyzmat siostry w pomaganiu uzależnionym od alkoholu, których grono liczy 31 osób. Pomaga wyjść z nałogu tym, którzy podejmują współpracę, wspiera rodziny w zmaganiach z tą uciążliwą chorobą. Inna siostra pracuje jako parafialna opiekunka chorych na terenie parafii Nawrócenia św. Pawła Apostoła w Warszawie na Pradze. Niesie stałą pomoc 20 chorym, ponadto organizuje rozdział odzieży i żywności potrzebującym osobom samotnym i rodzinom biednym oraz patologicznym. W diecezji kieleckiej w parafii Niepokalanego Poczęcia NMP w Busku Zdroju siostra obejmuje opieką 95 chorych i, współpracując z Zespołem Charytatywnym, organizuje pomoc materialną dla rodzin ubogich i dla matek samotnie wychowujących dzieci. Organizuje codzienne wydawanie chleba ubogim i głodnym z terenu całego miasta. Ubodzy otrzymują także odzież i meble. Siostra stara się także o znalezienie pracy zwłaszcza ludziom młodym¹⁸.

¹⁸ Archiwum Generalne Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego, ul. Szpitalna 10 w Krakowie, *Sprawozdania z wizytacji kanonicznej domów Zgromadzenia Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego, przeprowadzonych przez Przełożoną generalną Matkę Martynę Hanusiak 2003–i nadal*, maszynopis, sygn. WKD XVIII.

Od 2006 r. zgromadzenie podjęło pracę apostołską w diecezji kamieniecko-podolskiej na Ukrainie, aby realizować charyzmat miłości miłosiernej. Z chwilą przybycia do parafii Pisarówka siostry dostrzegły wielorakie potrzeby mieszkańców i zajęły się osobami chorymi, samotnymi, ubogimi oraz rodzinami wielodzietnymi. Pragnąc przynieść im ulgę wykorzystują wszelkie dostępne środki pomocy: dzielą się artykułami spożywczymi, odzieżą, środkami czystości, udzielają także pomocy medycznej. Pracę wśród chorych opisuje s. Stefania Maksymów: „Dojeżdżamy do chorych w promieniu 25 kilometrów. Dojazd nieraz jest bardzo trudny, nie wszędzie dotrze samochód, bardzo często trzeba iść po polach, przechodzić przez rzeki, brnąć przez ogromne, niewyobrażalne błoto czy śnieg. Jest to trudne, ale daje wielką radość, że można pomóc tym biednym ludziom, którym nie ma kto przyjść z pomocą. Lekarz tam nie dotrze, samochód nie dojedzie, więc trzeba brać walizczkę z lekarstwami na plecy i iść tam, gdzie Chrystus czeka w osobach chorych i cierpiących”¹⁹.

W duchu chrześcijańskiego miłosierdzia, w Roku Wielkiego Jubileuszu 2000, na gruncie pielęgniarstwa parafialnego zrodziła się idea organizowania rekolekcji dla bezdomnych przy parafii Mariackiej w Krakowie, w trosce o życie religijne współczesnych ubogich materialnie i moralnie. Rekolekcje dla bezdomnych miasta Krakowa organizowane są dwa razy w roku – w okresie Adwentu i Wielkiego Postu – w kościele sióstr duchaczek św. Tomasza Apostoła. Uczestniczy w nich około 70 osób, głównie mężczyzn. Po nabożeństwie bezdomni otrzymują kanapki, drożdżówki i owoce, a przy furcie klasztornej wybierają odzież²⁰.

- **Służba chorym w Domu Opieki i Domu Księży Emerytów**

Zgromadzenie prowadzi prywatny Dom Opieki dla Kobiet w Leżajsku, w którym charytatywnie otacza całodobową opieką 20 osób. Siostry pracują także w Diecezjalnym Domu Księży Emerytów im. Jana Pawła II w Częstochowie, w którym obecnie przebywa 30 kapłanów. Ponadto zgromadzenie posługuje w parafii Chrystusa Króla księży sercanów w Rzymie, służąc kapłanom starszym i chorym.

¹⁹ S. Maksymów, *Obrazki z Ukrainy*, „Słonecznik”, nr 3/53, listopad 2007, s. 2, 9 (miesięcznik wydawany przez Przedszkole nr 3, im. Bł. Ojca Gwidona, Zgromadzenia Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego, Kraków, ul. Lotnicza 4a. Począwszy od numeru 2/52, w październiku 2007, przedstawiana jest odcinkami *Historia Ojca Gwidona* dla dzieci w wieku przedszkolnym odpowiednio ilustrowana).

²⁰ E. Szwarczyńska, *op. cit.*, s. 59–61.

Opieka nad dzieckiem i samotną matką

Dziecko było przedmiotem szczególnej miłości i troski bł. Gwidona. W duchu Ojca Założyciela siostry podejmują aktualnie różne formy opieki nad dzieckiem.

W trosce o życie nienarodzonego dziecka siostry prowadzą Diecezjalny Dom Samotnej Matki im. Jana Pawła II w Gdańsku przy Sanktuarium Matki Bożej Brzemiennej Matemblewskiej. Od 1 września 2006 do 31 sierpnia 2007 r. znalazło w nim schronienie i całodobową opiekę 135 kobiet i 112 dzieci. Siostry pomagają kobietom ciężarnym zaakceptować dar nowego życia, odkryć radość macierzyństwa, odbudować zerwane więzi rodzinne, troszczą się o ich życie sakramentalne. Matki z dziećmi codziennie zbierają się na wspólnej modlitwie z siostrami. Do drzwi puka często wiele samotnych matek w potrzebie oraz ubogich, którym siostry udzielają pomocy materialnej, a także wsparcia psychicznego i duchowego²¹.

Dla ratowania poczętego życia w budynku sióstr w parafii Pisarówka powstaje Dom Obrony Życia. Będzie to pierwszy dom dla samotnych matek na Ukrainie. Trwają prace przygotowawcze do przyjmowania matek²².

W Pacanowie zgromadzenie prowadzi Placówkę Opiekuńczo-Wychowawczą dla 32 dzieci pochodzących głównie z rodzin patologicznych i niewydolnych społecznie.

We wrześniu roku 2007 przy domu zakonnym w Sułoszowej zostały otwarte dwa pogotowia rodzinne dla dzieci pozbawionych opieki rodzicielskiej. Obecnie przebywa tam siedmioro dzieci w wieku szkolnym i gimnazjalnym. Siostry sprawują nad nimi opiekę całościową i całodobową, starając się stworzyć atmosferę rodzinną i zaspokoić ich głód miłości oraz akceptacji.

Zgromadzenie prowadzi dwa przedszkola: publiczne w Krakowie (74 dzieci) i niepubliczne, integracyjne, w Lublinie (68 dzieci), w których co roku zwalnia się z opłat, częściowo lub całkowicie, rodziców znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej czy finansowej.

Warto podkreślić, że wyrazem realizacji charyzmatu jest fakt, iż wszystkie dzieła prowadzone przez zgromadzenie mają za patrona bł. Gwidona z Montpellier i nazywane są *Domem Ojca Gwidona*.

²¹ Archiwum Generalne Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego, ul. Szpitalna 10 w Krakowie, *Sprawozdania ze stanu duchowego i działalności apostolskiej domów Zgromadzenia Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego 2004–2007*, s. 300–303, maszynopis, sygn. Spr 13.

²² S. Maksymów, *op. cit.*, s. 9.

Praca misyjna zgromadzenia

Zgromadzenie podjęło w roku 1981 pracę misyjną w Burundi, pełniąc posługę miłości miłosiernej wśród najbardziej potrzebujących na afrykańskiej ziemi.

Siostry w trzech placówkach (Bużumbura, Buraniro, Gatara) prowadzą Centrum Zdrowia, które składa się z kilku oddziałów: przychodnia (leczenie ambulatoryjne), szpital, porodówka, poradnia kobiet i dziecka. Codziennie do Centrum zgłasza się mnóstwo osób z chorobami tropikalnymi, którym siostry udzielają pomocy medycznej, niezależnie od możliwości czy wyznania religijnego.

Dla ilustracji podaję kilka danych z pracy w Centrum Zdrowia w 2007 r.:

- z leczenia skorzystało: w Buraniro 42 606 osób, w Gatara 22 676,
- w szpitalu przebywało: w Buraniro 5 725 chorych, w Gatara 1 733,
- na porodówce było: w Buraniro 4 325 kobiet, w Gatara 1 363,
- urodziło się: w Buraniro 1 842 dzieci, w Gatara 664.

Szczepienie dzieci zdrowych: w Buraniro 8 418, w Gatara 7 445. Wykonano badania krwi na obecność malarii: w Buraniro 18 916, w Gatara 2 533. Wykonano badanie na obecność HIV-SIDA: w Buraniro 1763, w Gatara 209. Innych badań laboratoryjnych wykonano: w Buraniro 9 300, w Gatara 3 582. Siostry misjonarki niosą pomoc dzieciom niedożywionym i opiekują się sierotami wojennymi, których w Buraniro jest 76, a w Gatara 40.

Dzieło to finansowo wspiera organizacja MAITRI z siedzibą w Gdańsku. Ponadto w Buraniro siostry prowadzą kurs kroju i szycia dla biednych dziewcząt oraz stolarnię dla chłopców.

W Bużumbura od 1 lipca do 31 grudnia 2007 r. w Ośrodku Zdrowia z leczenia skorzystało 6 132 osób, w szpitalu leczonych było 698 chorych, na porodówce przebywało 327 kobiet, urodziło się 280 dzieci. W laboratorium wykonano 3 788 badań krwi na obecność malarii, innych badań laboratoryjnych 2 188, a 406 na obecność HIV. Przeprowadziły 3 342 konsultacji dzieci zdrowych, 1 713 konsultacji matek oczekujących potomstwa. Wykonano 3 342 szczepień dzieci. Dostarczają żywność 111 dzieciom niedożywionym i 50 dzieciom matek chorych na SIDA.

Na wszystkich placówkach siostry pamiętają także o osobach samotnych, wdowach, dotkniętych trudną sytuacją życiową (Buraniro 80, Gatara 50, Bużumbura 50), którzy raz w tygodniu otrzymują fasolę, sól,

szare mydło, a przy okazji świąt także motyki, ubrania, koce. Biednym zdolnym do pracy umożliwiają pracę sezonową, np. przy zbiorze kawy²³.

Siostry włączone w inne formy pracy apostołskiej jako katechetki dzieci i młodzieży, zakrystianki czy organistki są wrażliwe na ludzki ból i cierpienie, co przejawia się w niesieniu pomocy dzieciom z rodzin wielodzietnych i potrzebujących.

Niezależnie od przedstawionych powyżej form działalności charytatywnej zgromadzenia, każdy dom zakonny udziela różnorakiej pomocy: ludziom biednym, uzależnionym, wszystkim, którzy znajdują się w jakiegokolwiek potrzebie. Zgłaszającym się do furty klasztoru przy ul. Szpitalnej 10 w Krakowie wydano w roku 2007 2 170 posiłków, dwa razy w tygodniu wydawano większą ilość żywności dla rodzin wielodzietnych, bowiem żywe w świadomości sióstr są słowa bł. Gwidona, który podkreślał, że człowiek ubogi i cierpiący jest *panem naszym*.

Wymowny znak czasu stanowią prośby o modlitwę kierowane do sióstr wszelkimi dostępnymi środkami komunikacji: poczta internetowa, telefon, list, prośba ustna przy furcie klasztornej. Od 1 maja 2007 do 16 stycznia 2008 r. wpłynęło 68 próśb w bardzo różnych intencjach, głównie o uzdrowienie i ulgę w cierpieniu dla nieuleczalnie chorych, o nawrócenie, wyzwolenie z nałogu dla członków rodziny. Cała wspólnota zakonna poleca Bogu – Duchowi Świętemu tych, którzy proszą o modlitwę.

Zgromadzenie pragnie, by posługa sióstr i ich modlitwa, którą codziennie zanoszą do Ducha Świętego Pocieszyciela, wypraszała Jego dary dla tych, którzy cierpią i którzy przynoszą ulgę, dla każdego człowieka odkupionego przez Chrystusa.

W Ewangelii św. Jana czytamy słowa Pana Jezusa: *Ubogich zawsze macie u siebie* (J 12,8). Ludzkość na każdym etapie rozwoju boryka się z problemem cierpienia duchowego i fizycznego jako skutkami grzechu pierworodnego. Zatem myśl o chrześcijańskim miłosierdziu pozostanie zawsze żywa, tak jak i charyzmat bł. Gwidona.

²³ Archiwum Generalne Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego, ul. Szpitalna 10 w Krakowie, *Sprawozdania ze stanu duchowego i działalności domów Zgromadzenia Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego 2004–2007*, s. 279–285, 296–299, maszynopis, sygn. Spr. 13.

Bibliografia

Bulla papieża Mikołaja IV, *Inter opera pietatis*, 1291 r., [w:] *Magnum Bullarium Romanum*, Luxemburg 1742, t. 1, s. 165–167.

Antosiewicz K. (1983), *Duchacy*, [w:] *Encyklopedia Katolicka*, pod red. R. Łukaszyka i in., t. 4, Lublin, szp. 299–301; *eadem*, *Duchaczki*, *ibidem*, szp. 303–304.

Brunne P. (1940), *L'Ordre Hospitalier du Saint-Esprit au cours des siècles*, Lons-le-Saunier.

Długosz J., *Liber beneficiorum*, wyd. A. Przeździecki, Kraków 1864, t. 3.

Drozd M.I. (1989), *Miłosierdzie jako rys postawy chrześcijańskiej według Gwidona z Montpellier i Konstytucji Zakonu Ducha Świętego de Saxia*, [w:] *Miłosierdzie w postawie ludzkiej*, „Homo meditans V”, Lublin, s. 135–156.

Gajda Z., Targosz K. (2002), *Idea duchackiego święta Oblicza Chrystusa Cierpiącego*, [w:] *Cierpienie w literaturze polskiej*, red. K. Dybciak, S. Szczęsny, Siedlce, s. 205–217.

Maksymów S. (2007), *Obrazki z Ukrainy*, „Słonecznik”, nr 3/53, s. 2, 9, Kraków, ul. Lotnicza 4a.

Paulinier M. (1870), *Gui de Montpellier, fondateur de l'Ordre du Saint Esprit*, Montpellier.

Saunier P. (1649), *De Capite Sacri Ordinis Sancti Spiritus dissertatio*, Lugduni.

Szwarczyńska E. (2007), *Pielęgniarstwo parafialne Zgromadzenia Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego w Krakowie w latach 1962–2007 w dziele Hanny Chrzanowskiej*, praca licencjacka napisana w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego CM pod kier. prof. dr hab. med. Antoniego Czupryny, Kraków.

Archiwum Generalne Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego, ul. Szpitalna 10 w Krakowie, *Sprawozdania z wizytacji kanonicznej domów Zgromadzenia Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego, przeprowadzonych przez Przełożoną generalną Matkę Martynę Hanusiak 2003–i nadal*, maszynopis, sygn. WKD XVIII.

Archiwum Generalne Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego, ul. Szpitalna 10 w Krakowie, *Sprawozdania ze stanu duchowego i działalności domów Zgromadzenia Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego 2004–2007*, maszynopis, sygn. Spr. 13.



św. Jan de Matha
założyciel Zakonu
Trynitarzy

Mariusz Cywka
Maria Dorota Schmidt-Pospuła

Osiem wieków tradycji – trynitarские wyzwolenie z cierpienia

Zakon Przenajświętszej Trójcy, popularnie zwany trynitarzami, powstał w roku 1193 w miejscowości Cerfroid pod Paryżem. Jego założycielem był Jan de Matha (1160–1213), człowiek charyzmatyczny i wykształcony, ówczesny profesor Szkoły Przykatedralnej w Paryżu, późniejszej Sorbony. Zakon wraz z Regułą, która nadała tożsamość powstającemu dziełu (całkowitego podporządkowania służbie wyzwolenia i miłosierdzia), został zatwierdzony przez papieża Innocentego III bullą *Operante divine dispositionis* z 17 grudnia 1198 r. Trynitarzski strój stanowi białą habit z czerwono-niebieskim krzyżem na szkaplerzu. Istotą posłannictwa zakonu był wykup chrześcijan z rąk niewiernych, a także opieka nad chorymi i cierpiącymi.

Do Polski trynitarze zostali sprowadzeni przez króla Jana III Sobieskiego w roku 1685. Po wygranej bitwie z nawałą turecką pod Wiedniem w 1683 r., opat mogiński Jan Kazimierz Denhoff zawiózł zdobyte chorągwie i trofea papieżowi, a będąc w Rzymie zatrzymał się w trynitarским klasztorze, gdzie poznał pracę zakonników, tam też zrodził się pomysł zaproszenia ich do Polski. Pierwszy swój dom, *Domus Trinitatis*, otworzyli we Lwowie. Zakon rozwijał się bardzo szybko, czego dowodem były 32 domy wystawione na terenie ówczesnej Polski, w których przebywało sześciuset zakonników. Utworzona w Polsce Prowincja Trynitarzy zaistniała pod wezwaniem św. Joachima. Powstające Domy Trójcy były rzeczywistymi przytułkami, niewielkimi szpitalami, dawały schronienie potrzebującym: głodnym, biednym i cierpiącym, nierzadko wspierając ich materialnie. Zakon Przenajświętszej Trójcy posiadał także swój klasztor w Krakowie (przy dzisiejszej ulicy Trynitarzkiej). Powstał on jako trzeci po Lwowie i Warszawie, 7 maja 1685 r., dzięki staraniom biskupa Jana Małachowskiego. Zakonnicy pracowali na terenie Krakowa do roku 1796, kiedy to rząd austriacki oddał ich klasztor i kościół bonifratrom, w którym pozostając działali jeszcze do roku 1812. Ostatni trynitarz na ziemiach polskich zmarł 8 września 1907 r.

Trynitarze wrócili do Polski w 1986 r. Dynamiczny rozwój Zakonu następuje po powrocie z Rzymu do kraju o. Mariusza Cywki. Wtedy to tworzą się załączki dzisiejszego seminarium zakonnego, przyjmowani są pierwsi bracia. Już 14 lutego 2000 r. nastąpiło poświęcenie kaplicy i domu formacyjnego, którego dokonał ks. kardynał Franciszek Macharski. Kilka lat później, w liście do Ministra Domu, kardynał Stanisław Dziwisz, wydając zgodę na powstanie nowych obiektów zakonnych na terenie Archidiecezji Krakowskiej napisał m.in.: „Cieszę się, że w planach Ojców Trynitarzy jest opieka nad chorymi dziećmi, które tak bardzo potrzebują miłosiernej troski”. Znaczącą datą jest jednak dzień 6 stycznia 2006, kiedy to wspólnota przeniosła się do swojego domu zakonnego w Krakowie przy ulicy Łanowej 1.

Podstawowym charyzmatem Zakonu Trynitarzy było wykupywanie chrześcijan z niewoli muzułmańskiej. Pierwsza udana misja miała miejsce w roku 1199, kiedy to Jan de Matha powrócił do Marsylii ze 186 wykupionymi z niewoli. Nierzadko sami bracia oddawali się w niewolę w zamian za uwiezionych, często nawet tracili życie. Ich bezgraniczne oddanie było odpowiedzią na zatrwajające cierpienia będące udziałem ówczesnego człowieka-niewolnika.

Obecnie trynitarze zajmują się „współczesnymi niewolnikami”, wyzwalając ich z plag alkoholizmu, narkomanii, prostytucji itp. Niewolnicze kajdany zamienione zostały na nowe rodzaje niewoli i ubóstwa. Oj-



Krakowska Wspólnota Trynitarzka

ciec Święty Jan Paweł II wielokrotnie przypominał trynitarzom, że ich odwieczne przesłanie jest nadal aktualne i potrzebne ludzkości, podkreślając dzisiejsze zniewolenia i uwikłania człowieka. Świat pełen jest więźniów przemocy, wyzysku, niesprawiedliwości. To wszystko zobowiązuje zakon, by z perspektywy trynitarzkiej spojrzeć na wyzwolenie czy charyzmat św. Jana de Matha. Jest to pasjonujące zadanie, ale o wiele trudniejsze niż w przeszłości. Powstające obecnie wciąż nowe formy niewoli, powodują nieustające cierpienie i wołanie o pomoc. Są to bezsensowne wojny z powodu wiary, koloru skóry czy sytuacji materialnej człowieka. Są to nałogi wpędzające zagubionego człowieka za kraty więzień, są to społeczności ubogich, chorzy bez nadziei, współczucia i wsparcia bliskich. Są to bezrobotni, beznadziejnie borykający się z trudnościami żywymi. To wszystko dziś o wiele bardziej niszczy wiarę i godność człowieka niż średniowieczne, muzułmańskie niewolnictwo. Współczesne „wyzwolenie” wymaga nowych, bezkompromisowych działań, niewola naszego świata stawia przed trynitarzami odpowiedzialne zadanie. To



Centrum Rehabilitacyjno-Lecznicze oo. trynitarzy w Krakowie

wyzwolenie człowieka – ofiary niewoli w wymiarze ciała i, przede wszystkim, ducha, dążące do przywrócenia utraconej godności i sensu życia.

W tym czynie „wyzwolenia”, bracia zakonnicy, kultywując historyczne założenia swego zgromadzenia i przesłanie swego przewodnika, odkrywają na nowo wartości, które zostały utracone, zapomniane, stały się niemożliwe czy wręcz dla wielu uciążliwe. Dążą do tego, by owładniętych i zniewolonych doprowadzić do wolności, w której zrozumieją swoje uzależnienie i pozwolą się wprowadzić w inną, lepszą rzeczywistość.

Na świecie Zakon Przenajświętszej Trójcy realizuje te zadania poprzez pracę: w USA, gdzie trynitarze specjalizują się w więziennictwie stanowym, w Kanadzie w utworzonych Domach Ojca zajmują się terapią alkoholików i narkomanów oraz opieką nad bezdomnymi, w Hiszpanii zakonnicy wspomagają więźniów, którzy opuszczają zakłady karne, ułatwiając im znalezienie mieszkań, pracy, środków do życia, we Włoszech prowadzą Instytuty Rehabilitacji dla dzieci niepełnosprawnych fizycznie i umysłowo, na Madagaskarze wspomagają biednych, chorych i opuszczonych, czuwają nad humanitarnym traktowaniem więźniów, a w więk-

szości państw Ameryki Południowej zajmują się problemem prostytucji, także nieletnich.

W Polsce trynitarze prowadzili Ośrodek dla alkoholików w Budziskach, natomiast w Krakowie pracują w dwóch zakładach karnych w Podgórzu i Nowej Hucie. Wspierają terapię narkomanów w Krakowskim Ośrodku Terapii. Jako personel pomocniczy charytatywnie udzielali się w Wojewódzkim Szpitalu im. Ludwika Rydygiera. Katechizują w szkołach dla dzieci niepełnosprawnych. Pomagają biednym i bezdomnym, m.in. z pobliskiego dworca kolejowego Kraków–Płaszów. Na szczególną uwagę zasługuje nowoczesny obiekt wybudowany w dzielnicy Podgórze przez Przełożonego Wspólnoty Krakowskiej, destynowany dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej. Młoda i prężna Wspólnota Trynitarzy w Krakowie, rozwijając się, będzie wspierała działania przeciwstawiające się różnym formom niewoli i cierpienia, a przez swoją postawę będzie dawać wyraźną odpowiedź na potrzeby czasu w myśl słów Ojca Świętego: „Kroczcie naprzód z ufnością i determinacją, po wyznaczonej drodze, by ożywiać wasz pierwotny charyzmat”.

Niech osiem wieków tradycji przyniesie wspaniałe owoce Zakonowi Trynitarzy, który pełni swe trudne posłannictwo we współczesnych więzieniach, szpitalach, schroniskach i szkołach. *Gloria Tibi Trinitas et captivis libertas.*

Bibliografia

Cywka M. (1999), *Trynitarze czyli być w służbie wyzwolenia i miłosierdzia*, Kraków.

Janczak L. (1907), *Encyklopedia Kościelna*, Warszawa.

Koperek S. (2008), *Miłość Trójjedynego Boga*, Kraków.

Witko P.A. (2000), *Gloria Tibi Trinitas et captivis libertas*, Kraków–Roma–Valencia.

Edward Charczuk

Korzystanie z usług religijnych motywowane lękiem przed cierpieniem u chorych przed dużymi operacjami

Lęk przed cierpieniem towarzyszy medycynie zabiegowej praktycznie od początku. Zarówno w czasach zamierzchłych, jak i współcześnie leczenie chirurgiczne, obfitujące w okoliczności zagrażające i budzące lęk, było i jest dla chorego dużym obciążeniem emocjonalnym. Zjawisko to może zaburzyć przebieg pooperacyjny przez zwiększenie liczby powikłań, odczuwanie bólu i wydłużać czas hospitalizacji. W praktyce klinicznej lęk przedoperacyjny nie jest jeszcze dostatecznie rozpoznany i nie ma standardów postępowania uwzględniających jego przyczyny. Dobra wstępna informacja na temat rodzaju interwencji chirurgicznej, warunków jej przeprowadzenia, spodziewanego efektu, stosowanej metody samego zabiegu, wybranej metody znieczulenia oraz standardów monitorowania podstawowych funkcji życiowych w czasie operacji i po niej może zmniejszyć jego objawy. Wszak doświadczenie medyczne, ale też obiegowe opinie i wiadomości przekazywane sobie przez chorych i ich wewnątrzszpitalne obserwacje nie pozwalają zapomnieć o istnieniu pewnego odsetka niepowodzeń po wynik śmiertelny włącznie [1, 2, 3].

Nauki medyczne skoncentrowały się na analizie mechanizmów biologicznych związanych z uszkodzeniem poszczególnych organów. Poznanie funkcji biologicznych na poziomie komórkowym i molekularnym

przyczyniło się do rozwoju terapii farmakologicznej i podniesienia działań zabiegowych na niespotykany wcześniej wysoki poziom. Ujmowanie zdrowia w naszej cywilizacji jedynie w wymiarze fizjologicznym doprowadziło do niedoceniań wpływu zjawisk niebiologicznych na przebieg procesów biologicznych. Takie podejście obniża, jeżeli wręcz nie wyklucza, analizę zjawisk natury psychologicznej, egzystencjalnej czy duchowej.

Przybycie do szpitala z podejrzeniem lub rozpoznaniem potencjalnie śmiertelnej choroby jest doświadczeniem wysoce stresogennym. Chorzy wchodzi w nieznane, pod wieloma względami obce środowisko, w którym są poddawani potencjalnie niebezpiecznym procesom diagnostycznym, a zwłaszcza leczniczym. Ponadto przez jakiś czas będą bezradni fizycznie i owdnięci poczuciem, że ich godność czy skromność może zostać naruszona. Nie dość, że oddzieleni od bliskich, to jeszcze nie mają wielkiego wpływu na przeprowadzane procedury, funkcjonowanie oddziału szpitalnego czy towarzystwo innych chorych.

Od lat siedemdziesiątych minionego stulecia zaczęła się stopniowo rozwijać medycyna behawioralna jako dziedzina interdyscyplinarna z rozwojem i integracją nauk o zachowaniu i nauk biomedycznych [4, 5, 6].

W dostępnej literaturze nie spotkałem jednak nie tylko analizy, ale nawet istotnej wzmianki o korzystaniu z posługi duszpasterskiej w obliczu zagrożenia, jakim jest przeżycie dużego zabiegu operacyjnego, a więc, pośrednio, jaki jest istotny wpływ zaangażowania religijnego na zmniejszenie obaw przed cierpieniem doczesnym, ale i poczucie bezpieczeństwa egzystencjalnego.

Metodyka

W szpitalu, w którym pracuję, wykonywane są duże operacje głównie z powodu raka płuc lub przełyku. Operacja w każdym takim przypadku wiąże się z dużym ryzykiem zarówno doraźnym, jak i, zawsze, obniżeniem w różnym zakresie dotychczasowej wydolności życiowej poprzez ubytek od 1/5 do 3/5 płuc. Ogólna śmiertelność pooperacyjna wczesna nie przekracza 1%.

Razem z kapłanem szpitalnym poddałem analizie motywy przystąpienia do spowiedzi u 107 kolejno operowanych chorych w trzech pierwszych miesiącach 2007 r.

Aby zachować daleko posuniętą ostrożność tajemnicy spowiedzi sam kapelan zaczął zbieranie danych od siebie znanego dnia, a wśród danych uwzględniliśmy tylko motywy, którymi kierowali się chorzy, aby przystąpić do sakramentu spowiedzi, wiek, pochodzenie z miejscowości: wieś, miasto do 50000, miasto powyżej 50 000, oraz rozróżnienie płci. Wyniki przedstawia poniższa tabela.

motywy spowiedzi	ogółem	kobiety	mężczyźni	wieś	miasto do 50 000	miasto powyżej 50 000	wiek od-do (średnio)
pobożność	39 (36,4%)	20 (18,7%)	19 (17,5%)	24 (22,4%)	14 (13,1%)	1 (0,9%)	51-81 63,61
strach	56 (54,2%)	22 (20,5%)	36 (33,6%)	15 (14,0%)	29 (27,0%)	14 (13,1)	19-80 56,89
z namowy rodziny	4 (3,7%)		4 (3,7%)		2 (1,8%)	2 (1,8%)	36-80 56,75
ze względu na opinię otoczenia	3 (2,8%)	2 (1,8%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)	1 (0,9 %)	1 (0,9%)	70-78 74,67

n = 107 = 100%, 3 (2,8%) odmówiły posługi duszpasterskiej.

Omówienie

Z motywów religijnych z posługi duszpasterskiej jako standardu zachowania w kluczowych sytuacjach życiowych skorzystało 36,4% chorych, czyli praktycznie co trzeci, bez wyraźnej przewagi kobiet nad mężczyznami, ale już wyraźnie przeważa takie zachowanie u zamieszkałych na wsi od mieszkańców miast, a im większe miasto, tym mniejsze zaangażowanie religijne.

Pomijając w analizie tych, którzy odmówili posługi (3 osoby), pozostali, a na pewno więcej niż połowa, zwrócili się do kapelana motywowani strachem, obawą o swoje losy doczesne i wieczne. Lęk bardziej motywował mężczyzn niż kobiety i w tej grupie przeważali mieszkańcy miast niż wsi.

Przedstawione dane pozwalają zauważyć, że lęk i związane z nim przeżycia duchowe towarzyszą na tyle okresowi przedoperacyjnemu, iż stają się motywem skorzystania z pomocy religijnej nawet po 40 latach obojętności (najdłuższy zanotowany okres w ocenianej grupie).

Wnioski

Lęk przed cierpieniem towarzyszy zdecydowanej większości chorych przed dużymi operacjami.

Jedną z form łagodzenia stanów lękowych przedoperacyjnych jest dobra posługa duszpasterska kapelana szpitalnego, niezależnie od uczciwie podanej lekarskiej informacji przedoperacyjnej i leków stosowanych w premedykacji.

Bibliografia

Ziębicka J., Gajdosz R. (2006), *Wybrane aspekty lęku u chorych oczekujących na operację*, „Anestezja. Intensywna Terapia”, 38, 41–44.

Jałowiecki P., Rudner R., Tomala A., Dziubdziela W. (2001), *Ocena jakości postępowania anestezjologicznego na podstawie opinii chorych o znieczuleniu*, „Anestezja. Intensywna Terapia”, 33, s. 141–147.

Suchorzewska J., Basiński K. (2006), *Zgoda świadoma w praktyce anestezjologicznej*, „Anestezja. Intensywna Terapia”, 38, s. 243–246.

Bishop G.D. (2000), *Psychologia zdrowia*, Wrocław.

Dolińska-Zygmunt G. (1996), *Elementy psychologii zdrowia*, Wrocław.

Miller S.M., Brody D.S., Summerton J. (1988), *Styles of coping with threat: implications for health*, „Journal of Personality and Social Psychology”, 54, s. 142–148.

Dziękuję księdzu kapelanowi szpitala Andrzejowi Michniakowi SJ za pomoc w zebraniu niezbędnych informacji.

Stanisław Szumpich

Hospicjum – miejsce bólu czy ukojenia

Wprowadzenie

W czasach, w których obecnie żyjemy, ceni się przede wszystkim urodę, młodość, sprawność oraz sukces. Nieuleczalna choroba czy śmierć to zjawiska na ogół trudno akceptowane społecznie. Ludzie na co dzień starają się myśleć i żyć tak, jakby one nie istniały i nie dotyczyły żadnego z nich. Dlatego osoby ciężko chore i umierające postrzegane są jako kłopotliwe i, często, niepożądane. Skłania to do refleksji nad sensem istnienia, wywołuje stan niepewności, strachu, co najmniej psychicznego dyskomfortu. Pośpiech życia ludzi zdrowych oraz brak czasu powodują, że osoba chora często skazana jest na samotność w swoim nieszczęściu, cierpieniu i umieraniu.

Śmierć jest naturalną częścią życia, która dotknie każdego z nas. Z teologicznego punktu widzenia, śmierć jest przejawem pełni bytu, końcem pewnego etapu życia i początkiem nowego lepszego; natomiast z medycznego punktu widzenia, śmierć to „nieodwracalne ustanie wszystkich czynności ustroju oraz procesów przemiany materii we wszystkich jego komórkach”¹.

Przez wiele stuleci umieranie było kolejnym, naturalnym i ważnym etapem życia, w którym istotną rolę pełniła rodzina i bliscy. Współcześnie ludziom przed śmiercią (jeśli nie jest ona nagła) towarzyszy najczęś-

¹ *Słownik języka polskiego*, pod red. M. Szymczaka, t. 3, Warszawa 1981, s. 449.

ciej strach, ból, cierpienie, poczucie samotności i, dość często, utrata godności.

Ludzie coraz częściej umierają poza domem, w szpitalu, w którym pobyt powinien wynikać z potrzeby leczenia, a nie tylko pielęgnacji i opieki. Człowiek umierający, którego nie można wyleczyć potrzebuje przede wszystkim wsparcia i złagodzenia cierpienia, jakie niesie ze sobą wyniszczająca choroba. Szpital jako instytucja kieruje się innymi zgoła kryteriami, dlatego pacjent w stanie agonalnym często nie jest podmiotem podejmowanych działań. „Normalne rutynowe działania i aktywności w przypadku umierającego tracą swoje znaczenie, nie są efektywne, nie przynoszą korzyści ani satysfakcji, zarówno tym, którzy je wypełniają, jak i tym, którzy je otrzymują”².

Wielu nieuleczalnie chorych pozostaje w szpitalach krócej lub dłużej, a faktyczną przyczyną śmierci mogą okazać się zupełnie inne schorzenia. Pacjenci podłączeni do licznych urządzeń, rzadko odwiedzani przez bliskich, pozbawieni nadziei i godności odchodzą samotni. W wielu przypadkach, kiedy już wiadomo, że chorego nie da się wyleczyć, wypisuje się go ze szpitala i w domu, przy niedostatecznej opiece lub jej braku, następuje proces umierania.

Problem godnej śmierci dotyczy nie tylko samotności czy bólu. „Przez śmierć godną rozumie się dzisiaj świadome jej przyjęcie, pogodzenie się z losem, akceptację, o której mowa przy świadomości otwartej”³. Akceptacja śmierci powinna być poprzedzona możliwością oceny przebytego życia i wybaczenia sobie oraz innym.

Współcześnie coraz więcej osób dostrzega potrzeby ludzi ciężko i nieuleczalnie chorych zbliżających się do etapu umierania. Rozwiązaniem problemu instytucjonalnej opieki nad ludźmi terminalnie chorymi stały się hospicja i oddziały opieki paliatywnej.

Problem opieki nad umierającymi

Praca z ludźmi naznaczonymi stygmatem śmierci⁴ jest bardzo trudnym i odpowiedzialnym rodzajem pomocy i służby społecznej. Wymaga nie tylko bezinteresownego poświęcenia własnych sił i czasu dla do-

² A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa 1991, s. 140.

³ M. Górecki, *Hospicjum w służbie umierających*, Warszawa 2000, s. 43.

⁴ T. Pilch, I. Lepalczyk, *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*, Warszawa 1995, s. 452.

bra drugiego człowieka, ale przede wszystkim determinacji, wrażliwości, wytrzymałości, umiejętności łączenia współczucia ze sprawnością działania, wyrozumiałości, cierpliwości, dyscypliny emocjonalnej – a więc cech, które znamionują dojrzałą osobowość i układają się w postawę roztropnej życzliwości.

W miarę upowszechniania różnych form opieki nad chorymi pojawiały się kolejne problemy. Przedstawiciele różnych specjalizacji medycznych sygnalizowali trudności, jakie napotykali podczas wykonywania swej pracy. Przeprowadziwszy analizę, wyciągnięto wnioski i rozpoczęto starania o profesjonalne rozwijanie odpowiednich umiejętności, co dało początek nowej specjalności – medycynie paliatywnej – ukierunkowanej na przynoszenie ulgi w cierpieniu. Termin „medycyna paliatywna” (ang. *palliative care*) pochodzi od łacińskich słów *pallium* i *palliatum*. Pierwsze oznacza wszelkiego rodzaju okrycie, przykrycie lub grecki płaszcz, drugie: odziany w płaszcz, ubrany w płaszcz lub okryty kołdrą⁵. Angielski termin *palliation*, od którego utworzono zwrot *palliative care*, to łagodzenie objawów choroby bez jej wyleczenia, złagodzenie cierpienia lub bólu, pomoc w dusznościach lub przypadkach ciężkich chorób postępujących, których nie można wyleczyć.

Z czasem poza pojęciem medycyny paliatywnej wprowadzono również pojęcie opieki paliatywnej. Niektórzy uważają, że jest ono synonimem opieki hospicyjnej, inni poszerzają to pojęcie o znaczenie profesjonalnej opieki sprawowanej przez wielospecjalistyczne zespoły w zorganizowanych jednostkach służby zdrowia, ograniczając nazwę opieka hospicyjna do opieki sprawowanej wolontaryjnie. Podsumowując, medycyna paliatywna jest specjalnością lekarską, która wypracowuje optymalne sposoby leczenia i opieki w zaawansowanym stadium choroby, a opieka hospicyjna (czy paliatywna) jest całościową opieką nad ludźmi chorującymi nieuleczalnie, na postępujące choroby w terminalnym okresie⁶.

Według powstałego w 1990 r. raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), opieka hospicyjna jest to „aktywna, dotycząca wszystkich sfer życia opieka nad pacjentem cierpiącym na schorzenie niepoddające się leczeniu przyczynowemu”. Definicja ta może również wskazywać na świadczenie pomocy chorym nieznajdującym się w stanie terminalnym, z potencjalną możliwością wyleczenia. W późniejszym czasie opieka paliatywna została przez WHO określona jako „podejście poprawiające jakość życia pacjen-

⁵ Słownik łacińsko-polski, opr. K. Kumaniecki, Warszawa 1981, s. 349.

⁶ K. Rawska, *Pozamedyczne formy opieki paliatywnej*, referat wygłoszony na spotkaniu Klubu Inteligencji Katolickiej w Krapkowicach 15 lutego 2006 r.

tów w obliczu śmiertelnych chorób oraz ich rodzin”. Należy zwrócić uwagę, że współczesna idea opieki hospicyjnej nie wyrasta z niedostatków medycyny czy systemu opieki zdrowotnej, ale powinna współpracować z nimi i korzystać z ich osiągnięć. Jej zadaniem nie jest przyspieszenie czy opóźnienie śmierci chorego. Jest ona nakierowana na utrzymanie najwyższej możliwej jakości życia pacjenta aż do końca jego życia⁷.

Opieka paliatywna i hospicyjna są, zgodnie z definicją World Health Organization, synonimami.

Medycyna paliatywna jako odrębna specjalność lekarska, podobnie jak inne kliniczne dyscypliny medyczne, dotyczy leczenia i opieki nad chorym oraz badań nad sprawowaną opieką. Opieka ta dotyczy chorych z ustalonym rozpoznaniem, z objawami czynnej postępującej choroby w stadium tak zaawansowanym, że należy oczekiwać zgonu w najbliższej przyszłości. Obejmuje przede wszystkim chorych z wyżej wymienionymi schorzeniami charakteryzującymi się zmieniającymi i nasilającymi objawami somatycznymi oraz narastającym cierpieniem psychosocjalnym i duchowym.

Celem medycyny paliatywnej nie jest wyleczenie ani nawet zahamowanie postępu choroby, co w jej finalnej fazie jest niemożliwe, ale poprawienie jakości szybko uciekającego życia. Uzyskuje się to fachowym leczeniem objawowym oraz wsparciem psychosocjalnym i duchowym, udzielanym choremu i jego najbliższemu. Wymaga to wiedzy i umiejętności praktycznych z wielu dziedzin medycyny i psychologii oraz umiejętności komunikacyjnych i właściwych cech osobowościowych.

Opieka paliatywna nad pacjentami w stanie terminalnym jest aktywnym i całościowym podejściem obejmującym aspekty fizyczne, emocjonalne, społeczne i duchowe. Skupia się na poprawie jakości życia pacjenta i udzielaniu wsparcia jego rodzinie. Obejmuje czas pobytu chorego w hospicjum, pomoc w czasie ostatniego okresu jego życia i wspieranie rodziny podczas żałoby.

Dla racjonalnego działania opieki paliatywnej istotne jest określenie celów, zasad i zadań.

Cele opieki paliatywnej:

- Poprawa jakości życia pacjenta (a nie jego przedłużanie kosztem dodatkowych cierpień).
- Ochrona pacjenta i jego rodziny przed działaniami patogennymi w ostatnim okresie życia.

⁷ *Encyklopedia PWN*, Warszawa 2001.

Zasady opieki paliatywnej:

- Służenie najlepszym interesom pacjenta.
- Szacunek dla życia, godności i autonomii pacjenta.
- Akceptacja nieuniknionej śmierci jako naturalnego zakończenia nieuleczalnej choroby.
- Zaniechanie uporczywej terapii w celu przedłużania życia.

Zadania opieki paliatywnej:

- Leczenie dotkliwych objawów choroby.
- Wsparcie psychologiczne, socjalne i duchowe.
- Wsparcie w żałobie.

Hospicja, zgodnie z założeniem, nie przypominają oddziałów szpitalnych i nie powinny być typowymi instytucjami sprawującymi pełną kontrolę nad przebywającymi w nich pacjentami. Nie powinny istnieć wyznaczone godziny odwiedzin, ponieważ hospicja mają być domami otwartymi. Pacjent w zakresie życia prywatnego zachowuje pełną autonomię, a w swoich działaniach wspomagany jest przez wolontariuszy. Wolontariusze pełnią specyficzną rolę w działalności hospicjów. Pielęgnują chorych, rozmawiają z nimi, czytają im, wspólnie oglądają telewizję itp. „Wolontariusz to ten, kto wypełniwszy swoje obowiązki członka rodziny, pracownika, obywatela, oddaje się do nieodpłatnej dyspozycji społeczeństwa, ze szczególną uwagą dla najbardziej potrzebujących i odsuniętych na margines życia”⁸.

Wolontariusz powinien zostać prawdziwym przyjacielem chorego, przede wszystkim po to, aby poświęcić mu się w bezpośrednich formach opieki (higiena osobista, karmienie, ubieranie). Na barkach wolontariusza spoczywa często obciążenie personelu medycznego i rodziny chorego. Przed podjęciem pracy ochotnicy są szkoleni, aby profesjonalnie mogli służyć pacjentowi.

Rys historyczny opieki hospicyjnej

Idea opieki nad chorymi i osobami umierającymi sięga początków istnienia ludzkości, gdyż wraz z pojawieniem się człowieka ujawniły się choroby i śmierć. W czasach pogańskich chorzy szukali pomocy u szamanów, czarowników i kapłanów, i często musieli pozostawać pod ich opie-

⁸ L. Salino, *Śmiertelnie chory*, Kraków 2000, s. 57.

ką dłuższy okres czasu (do wyzdrowienia lub do śmierci). Pojęcie „hospicjum” odpowiadało wówczas znaczeniu gościnności⁹. W starożytnej Grecji przy siedzibach świeckich lekarzy powstają szpitaliki. Przy niektórych świątyniach, np. na wyspie Kos, istniały pokoje dla osób wymagających dłuższego leczenia i przewlekłe chorych. Już w starożytnym Rzymie, na kresach imperium powstają wielkie lazarety dla rannych i chorych żołnierzy oraz niewolników. Już wtedy istniały pewne formy sprawowania opieki i udzielania pomocy osobom chorym i umierającym.

Formy opieki o charakterze hospicyjnym w Europie w okresie średniowiecza związane są z chrześcijaństwem. Znalazły one swoje miejsce również w instytucjonalnych regulacjach wśród uchwał soboru nicejskiego z 325 r. Postanowiono, że każde miasto powinno stworzyć pozostające pod nadzorem diakona, położone poza granicami miasta miejsce, w którym znajdowałyby schronienie wszyscy ludzie znajdujący się w potrzebie. Powstawały liczne przytulki dla starców i ubogich, w których chorych otaczano opieką, a w przypadku śmierci – grzebano. Słynna sieć hospicjów powstała wzdłuż tras, którymi chrześcijanie pielgrzymowali do Ziemi Świętej. W średniowieczu hospicja istniały w wielu krajach Europy. Najśłynniejsze średniowieczne hospicjum św. Bernarda znajdowało się na szlaku w Alpach Pennińskich.

W okresie odrodzenia i oświecenia wiele instytucji dobroczynnych prowadzonych przez Kościół zostało przejęte przez zarząd świecki. Powstało wiele szpitali, sierocińców, zakłady opieki społecznej, a także pierwsze schroniska przeznaczone wyłącznie dla osób umierających¹⁰.

W czasach nowożytnych działalność hospicyjna dla ludzi nieuleczalnie chorych i umierających została zainicjowana przez Janne Garnier. Hospicjum powstało w roku 1842 w Lyonie. Ośrodek ten nazwano Hospicjum lub Kalwarią. W późniejszym okresie powstało wiele podobnych instytucji, które do czasów obecnych odgrywają istotną rolę w rozwijaniu opieki paliatywnej na terenie Francji¹¹. Irlandzkie zgromadzenie katolickie Sióstr Miłosierdzia założyło w 1879 r. Hospicjum Najświętszej Marii Panny w Dublinie. Następnie w 1905 r. objęto misją także Anglię i założyło Hospicjum Świętego Józefa w Londynie. Obydwa domy były przeznaczone dla pacjentów nieuleczalnie chorych i umierających¹².

⁹ *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988.

¹⁰ E. Bartoszewska, *Formy pomocy dziecku nieuleczalnie choremu i jego rodzinie w hospicjum*, Kraków 2005, s. 12.

¹¹ M. Górecki, *op. cit.*, s. 56.

¹² I. Kulesza, *Czym jest hospicjum*, Warszawa 2000, s. 5.

Powszechnie przyjmuje się, że powstanie współczesnego ruchu hospicyjnego zostało zapoczątkowane przez Cicely Saunders. Urodzona w 1918 r. Angielka pragnęła zostać pielęgniarką i w ten sposób pomagać ludziom. Marzenie to, ze względu na zdecydowany sprzeciw rodziców, udało jej się zrealizować dopiero w 1944 r., kiedy podjęła pracę w Szpitalu Świętego Łukasza w Londynie, opiekując się nieuleczalnie chorym polskim lotnikiem – Dawidem Taśmą. Pomysł założenia ośrodka dla ludzi umierających narodził się w trakcie jednej z rozmów z polskim Żydem umierającym na nowotwór w wielkich bólach i w wieloosobowej sali, z dala od bliskich¹³. Cicely chciała stworzyć miejsce, w którym ludzie chorzy, umierający będą mogli uporządkować swoje życie i przygotować się do odejścia z tego świata. Realizacja tego pomysłu zajęła jej 19 lat. W tym czasie Cicely ukończyła studia medyczne i odbyła praktykę zawodową w szpitalu Świętego Józefa, który specjalizował się w opiece nad ludźmi umierającymi. W 1967 r. powstało Hospicjum Świętego Krzysztofa, które stało się wzorem dla tego typu instytucji.

Początkowo w Hospicjum Świętego Krzysztofa opiekę nad umierającymi łączono z całodobowym pobytem pacjenta w ośrodku. Dopiero w 1969 r. rozszerzono opiekę na osoby przebywające we własnym domu¹⁴.

Dzięki działaniom Cicely Saunders ruch hospicyjny w Europie i na całym świecie zaczął się szybko i dynamicznie rozwijać. Jej inicjatywa okazała się potrzebna i bardzo wartościowa dla ludzi pozbawionych należytej opieki medycznej, często też umierających w osamotnieniu bez bliskości drugiego człowieka¹⁵. Dążyła także do wypracowania skutecznych metod uśmierzania bólu. W latach sześćdziesiątych przewidywała skuteczność opieki hospicyjnej jako alternatywy dla eutanazji¹⁶.

Idea hospicjów upowszechniła się na całym świecie. Rozszerzył się zakres pacjentów przyjmowanych do tego typu ośrodków. Coraz częściej opieką hospicyjną otacza się również osoby chore na AIDS. Według zgodnej opinii specjalistów, nie ma żadnej różnicy między opieką nad chorymi z zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS) a opieką nad chorymi z zawiązanym nowotworem¹⁷.

¹³ W. Ratyński, *Problem i dylematy polityki społecznej w Polsce*, t. 2, Warszawa 2003, s. 403.

¹⁴ M. Górecki, *op. cit.*, s. 58–59.

¹⁵ W. Ratyński, *op. cit.*

¹⁶ *Opieka paliatywna nad dziećmi*, red. T. Dangel, Łowicz 2001, s. 4.

¹⁷ D. Lalak, T. Pilch, *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, Warszawa 1999, s. 100.

Organizacja hospicjów zależy od kultury i warunków właściwych danemu społeczeństwu, formacji ludzi, którzy je tworzą, nabytych doświadczeń, rodzaju medycyny, jaką się posługują i samego pojmowania śmierci.

W 1991 r. było już w Wielkiej Brytanii ponad 150 hospicjów stacjonarnych i ponad 320 zespołów opieki domowej. Zaczęły też powstawać podobne instytucje w innych krajach Europy Zachodniej (Holandia, Belgia, Niemcy, kraje skandynawskie). Powstały nowe formy różniące się przede wszystkim stopniem instytucjonalizacji. Bez względu na różnice form, w jakich były inicjowane, u podstaw filozofii nowo powstałych instytucji leżała koncepcja poznania pacjenta jako człowieka, traktowania całej rodziny jako jednostki objętej opieką, monitorowania i wspomagania całego przebiegu procesu umierania¹⁸. Wiele hospicjów powstało także w Ameryce Północnej (w 1996 r. w Stanach Zjednoczonych funkcjonowało ponad 2700 hospicjów i programów opieki), Australii, Japonii, a także Republice Południowej Afryki. Przybrały tu one inne formy niż w Europie, modyfikowane kulturowo i odmiennością całego systemu służby zdrowia. Początkowo były one postrzegane jako miejsca dość eksperymentalne, przeznaczone głównie dla klas średnich. Wiązało się to przede wszystkim z faktem, że pierwsze lata organ pokrywający wydatki na szpital nie chciał pokrywać rachunków z hospicjów (w sposób naturalny eliminowano więc pacjentów biedniejszych). Sytuacja uległa jednak zmianie, gdy stwierdzono, że koszt jednego miejsca w szpitalu jest wyższy od miejsca w hospicjum¹⁹.

Drugą ważną osobą, która przyczyniła się do rozwoju ruchu hospicyjnego i wywarła duży wpływ na przemianę postaw wobec ludzi umierających była Elisabeth Kiibler-Ross. Przeprowadzone przez nią badania w Chicago wykazały, że podstawową sprawą w opiece paliatywnej staje się zrozumienie negatywnych uczuć doświadczanych przez pacjentów²⁰.

Nie można pominąć cennego wkładu, jaki w opiekę nad umierającymi wniosła Agnes Gonxha Bojaxhiu, znana jako Matka Teresa. W 1952 r. w Kalkucie otworzyła pierwszy dom dla umierających, głównie na trąd. Nosił on nazwę Nimal Hriday, czyli Dom Czystego Serca. W ślad za tym uruchomiono 98 ośrodków na terenie Indii, gdzie siostry niosą pomoc ludziom chorym, głodującym i umierającym.

¹⁸ A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa 2005, s. 178.

¹⁹ *Ibidem*, s. 179.

²⁰ *Opieka paliatywna nad dziećmi...*, s. 6.

W Polsce prekursorką opieki hospicyjnej była Hanna Chrzanowska, która w Krakowie organizowała pielęgniarstwo domowe. Jego celem było objęcie opieką osób przewlekle chorych²¹.

Pierwszy polski ośrodek typu hospicyjnego powstał w Krakowie, a jego początki związane są z działalnością grupy katolików z nowohuckiej parafii Arki Pana. Inicjatorami tego ruchu byli: Halina Bartowska i ksiądz Józef Gorzelany. Celem grupy było otoczenie miłością chorych i cierpiących, objęcie opieką we własnych domach osób przewlekle chorych i chorych terminalnie, z uwzględnieniem ich potrzeb fizycznych, jak i duchowych²². Dr Cicely Saunders kilka razy odwiedziła Polskę, a jej wizyta w 1978 r. przyczyniła się do powstania 3 lata później pierwszego w Polsce Hospicjum Świętego Łazarza w Krakowie²³, prowadzonego przez Towarzystwo Przyjaciół Chorych (zarejestrowane 29 września 1981 r.). Działania towarzystwa przez wiele lat napotykały liczne przeszkody, zarówno natury administracyjnej, jak i społecznej, np. niechętnie reakcje i protesty ewentualnych przyszłych sąsiadów hospicjum (decyzja o jego lokalizacji została podjęta dopiero po wyroku Sądu Administracyjnego w Warszawie w roku 1988). Drugim mocno rozwijającym się w Polsce ośrodkiem było Hospicjum Pallotinum, powstałym w Gdańsku w 1984 r. Jego założycielami byli: ksiądz Eugeniusz Dudkiewicz oraz profesor Joanna Muszkowska-Penson, ordynator oddziału wewnętrznego kliniki Akademii Medycznej w Gdańsku. Zrodził się plan opieki zespołowej nad ludźmi chorymi terminalnie. Koncepcja ta polegała na ulepszeniu zabiegów medycznych, poszerzeniu opieki zaspokajającej potrzeby psychiczne, a także duchowe chorych²⁴. Trzecie, Hospicjum Świętego Jana Kantego, powstało w Poznaniu w 1987 r. W roku 1990 Zespół Opieki Paliatywnej został przekształcony w Klinikę Opieki Paliatywnej, prowadzoną przez profesora Jacka Łuczaka²⁵.

W następnych latach powstawały kolejne ośrodki – doszło do prawdziwego rozkwitu idei hospicyjnej. Obecnie działa w Polsce około 2000 jednostek opieki paliatywno-hospicyjnej, które zapewniają różnego rodzaju formy

²¹ W. Ratyński, *op. cit.*, s. 403.

²² M. Górecki, *op. cit.*, s. 76.

²³ O powstaniu ruchu hospicyjnego w Polsce i jego pierwszych latach pisze J. Drązkiewicz, *O ruchu hospicjów w Polsce*, [w:] *W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicjów w Polsce*, red. J. Drązkiewicz, Warszawa 1989.

²⁴ B. Kromolicka, *Wolontariusz w służbie człowiekowi umierającemu*, Szczecin 2000, s. 24.

²⁵ W. Ratyński, *op. cit.*, s. 403.

opieki domowej, realizowanej głównie w oparciu o poradnie opieki paliatywnej i leczenia bólu, oddziały stacjonarne dysponujące około 500 łózkami, oddziały opieki dziennej, zespoły szpitalne wspierające i zespoły wsparcia dla osieroconych. W hospicjach pracuje ponad 2500 wolontariuszy.

28 października 1992 r. zostało zarejestrowane Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego (OFRH)²⁶. W skład OFRH wchodzi ponad 90 hospicjów. Celem forum jest doskonalenie i propagowanie opieki hospicyjnej poprzez współpracę między ośrodkami, wymianę doświadczeń, organizowanie zjazdów, konferencji, szkoleń oraz współpracę z innymi ośrodkami medycznymi, edukacyjnymi oraz religijnymi. 73 hospicja podpisały kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Od 10 lat, we współpracy z głównym ośrodkiem opieki paliatywnej Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) Sir Michael Sobell House z Oxfordu, poznańska Klinika Opieki Paliatywnej organizuje coroczne anglojęzyczne kursy doskonalące z zakresu medycyny paliatywnej, w których, oprócz lekarzy, pielęgniarek i psychologów, uczestniczą również pracownicy ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej z Europy Środkowo-Wschodniej oraz Holandii. Kursy dla pracowników zespołów hospicyjnych, przy udziale renomowanych wykładowców z Hospicjum Świętego Krzysztofa, organizuje współpracujące z nim Hospicjum Świętego Łazarza. W niedługim czasie powstanie Hospicjum Palium – Ogólnopolski Ośrodek Edukacji.

3. Podstawowe zasady i główne typy opieki hospicyjnej

Z faktycznie realizowanych programów, statutów, materiałów instruktażowych, kodeksów deontologicznych oraz dyrektyw postępowania można wyprowadzić podstawowe zasady, które powinny być respektowane w pracy hospicyjnej.

- **Zasada pierwsza**

Leczenie ukierunkowane jest na objawy choroby (ból, wymioty, osłabienie, zaparcia, duszności, depresja itp.). Blisko 60% pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową cierpi z powodu silnego bólu. W większości przypadków udaje się go usunąć, a w każdym razie bardzo

²⁶ D. Lalak, T. Pilch, *op. cit.*, s. 101.

zmniejszyć pod warunkiem dokładnego rozpoznania etiologii. Przy takiej formie leczenia, chory zachowuje przytomność i świadomie przeżywa ostatni okres życia.

W opiece nad umierającym, oprócz uśmierzania bólu i łagodzenia wszelkich innych objawów choroby, bardzo ważna jest opieka psychiczna i duchowa. Chory cierpi nie tylko z powodu dolegliwości somatycznych, ale i psychicznych, takich jak poczucie osamotnienia i bezradności, lek przed bólem, przed hospitalizacją, czy obawa o rodzinę. Dlatego, oprócz środków przeciwbólowych, hospicjum powinno dysponować personelem, który zawsze będzie miał czas na cierpliwe wysłuchanie chorego, będzie potrafił taktownie usługiwać, z pełnym zaangażowaniem i spokojem.

Rozmowa z umierającym wymaga ponadto rygorystycznego przestrzegania dodatkowych reguł. Po pierwsze, inicjatywa musi wyjść od wspomaganego. Od niego też zależy jej treść i przebieg. Choremu nie należy wyjaśniać niczego, o co sam nie zapyta i udzielać kłamliwych odpowiedzi na zadawane pytania. W tej sytuacji ostrość prawdy nie złagodzi taktyka uniku, ale sposób, w jaki zostanie ona odkryta i właściwa pomoc w jej przeżyciu. Po drugie, należy zapewnić umierającego, że opiekujące się nim osoby zrobią wszystko, by mu pomóc i że nie zostanie pozostawiony sam sobie. Z tym wiąże się reguła trzecia, która nakazuje wspieranie pacjenta przy pomocy słowa. Nie bez znaczenia jest również życzliwa obecność wraz ze wszystkimi możliwymi objawami współczucia.

• Zasada druga

Pacjent hospicyjny traktowany jest jako osoba, a nie jako jednostka chorobowa, „rzecz”, którą należy uratować czy wyleczyć.

Implikuje to:

- nienaruszalność godności ludzkiej i możliwości podejmowania decyzji przez przytomnego chorego,
- prawo do poszanowania oraz ochrony własnej tożsamości, poglądów i przekonań,
- prawo do śmierci bez przedłużania bolesnego procesu umierania,
- prawo do życia (problem eutanazji).

• Zasada trzecia

Integralną częścią opieki nad umierającym jest opieka nad jego rodziną zarówno w czasie choroby, jak i po śmierci. Trzeba umieć wysłuchać nie tylko chorego, lecz również osób mu bliskich, które często mają potrzebę wypowiedzenia się. Wiele osób po śmierci najbliższych nie może

poradzić sobie z własną rozpaczą i poczuciem winy. W takich przypadkach pracownik hospicyjny powinien, o ile jest to możliwe, usunąć te, często irracjonalne, rozterki.

- **Zasada czwarta**

Polega na włączeniu rodziny do opieki nad chorymi. Do etosu środowiska rodzinnego należy pielęgnowanie swoich najbliższych aż do śmierci. Jest to odczuwane jako podstawowa powinność moralna. Oddanie chorego pod opiekę zespołu hospicyjnego lub do szpitala nie zwalnia od tej powinności. W pielęgnację chorych powinny być włączone również dzieci. Nie należy izolować ich od umierających, ale pozwolić im pozostać przy nich. W ten sposób będą mogły oswoić się ze śmiercią oraz traktować umieranie jako naturalną część życia.

- **Zasada piąta**

Opieka nad chorymi prowadzona jest przez zespół pracowników hospicyjnych nawzajem się wspierających. Jedna osoba nie jest w stanie zaspokoić wszystkich fizycznych, psychicznych i duchowych potrzeb umierającego. Ciągły kontakt ze śmiercią wymaga odpowiedniej dojrzałości psychicznej, wewnętrznego spokoju, cierpliwości i tolerancji. Nie każdy nadaje się do sprawowania opieki nad umierającymi.

- **Zasada szósta**

Opieka hospicyjna ma charakter ciągły, niezależnie od tego, czy pacjent przebywa w domu, w hospicjum czy w szpitalu. Wiąże się to z towarzyszeniem mu przez cały czas cierpienia.

- **Zasada siódma**

Personel opiekujący się chorym powinien być dostępny w każdej chwili, bez względu na porę dnia i nocy²⁷.

W Polsce od lat osiemdziesiątych ukształtowały się następujące główne typy opieki hospicyjnej:

- **Zespoły domowej opieki hospicyjnej**

Stanowią podstawową, nieodpłatną formę opieki, zapewnianą przez lekarzy, pielęgniarki, psychologa, kapłana i wolontariuszy niezwiązanych

²⁷ T. Pilch, I. Lepalczyk, *op. cit.*, s. 447–450.

nych ze środowiskiem medycznym. Hospicja te nie działają w sposób schematyczny – dopuszcza się w nich dużą elastyczność postępowania w konkretnych przypadkach. Poza kontrolą bólu i innych objawów towarzyszących chorobie bardzo dużo uwagi poświęca się wsparciu psychosocjalnemu oraz opiece duchowej nad pacjentem i jego rodziną.

- **Hospicja stacjonarne**

Stanowią drugą wciąż rozwijającą się formę opieki nad terminalnie chorymi. Przeznaczone są dla osób samotnych, bezdomnych bądź wymagających całodobowej opieki, niemożliwej do przeprowadzenia w domu pacjenta. Są to ośrodki o stosunkowo niewielkiej liczbie łóżek, dzięki czemu nie są zbiurokratyzowane i ociężałe²⁸.

- **Ośrodki opieki paliatywnej**

Organizowane są w specjalnie wydzielonych oddziałach szpitalnych. Opieka paliatywna łączy zabiegi medyczne z pomocą duchową i psychologiczną. Pomoc tego typu może być świadczona w ambulatoriach oraz prywatnych gabinetach specjalistycznych.

- **Hospicja dla dzieci**

Opieka paliatywna dla dzieci i młodzieży ze schorzeniami ograniczającymi życie w sposób aktywny i całościowy obejmuje aspekty fizyczne, emocjonalne i duchowe. Skupia się na podniesieniu jakości życia chorego, leczeniu nieprzyjemnych objawów, a także wspieraniu rodziny zarówno w czasie umierania, jak i okresie żałoby.

Siedem hospicjów specjalizuje się w opiece nad dziećmi (opieką objęto 276 dzieci). Hospicja dla dorosłych również przyjmują dzieci (szczególnie z chorobami nowotworowymi – 97 dzieci). System opieki domowej paliatywnej nad dziećmi jest zróżnicowany zarówno pod względem standardu świadczonej opieki, jak i liczby pacjentów w poszczególnych regionach Polski.

- **Ośrodki konsultacyjne**

Tworzone są jako wyspecjalizowane poradnie, które udzielają informacji chorym i ich rodzinom na temat różnych form pomocy, pomagają nawiązać kontakt z hospicjum lub ośrodkiem opieki paliatywnej.

²⁸ M. Górecki, *op. cit.*, s. 73.

Zakończenie

We współczesnym świecie krajów cywilizowanych cierpienie ludzi chorych oraz umierających jest uznawane za sytuację, w której człowiek potrzebuje pomocy i opieki innych osób. Ciężko chorzy, nie zawsze świadomi zbliżającej się śmierci, pomoc otrzymują najczęściej poza własnym domem. Taką opiekę wielu osobom zapewniają zakłady opieki, w których spędzają ostatnie chwile swego życia.

Zarówno szpitale, jak i personel w nich zatrudniony, często krytykowane są za swój stosunek do umierających. Należy jednak pamiętać, że szpital często nie jest przygotowany do realizacji zadań wynikających z opieki nad umierającym w wyniku długotrwałej choroby człowiekiem. Rozwiązaniem problemu instytucjonalnej opieki nad ludźmi termalnie chorymi stały się hospicja i oddziały opieki paliatywnej. Głównym celem działania tych placówek jest opieka i pielęgnacja chorych w ostatnim stadium życia. Są one zupełnie inaczej zorganizowane niż klasyczny szpital. Skupiają niewielu lekarzy – główną grupą profesjonalistów są pielęgniarzy wsparte psychologiem, posługą kapłańską i wolontariuszami.

Najważniejszym celem hospicjów jest nie tyle zapewnienie samej opieki, ile możliwie wysokiej jakości życia i godnej śmierci. Postępowanie z pacjentem jest bardzo indywidualne. Istotnym działaniem, oprócz koniecznych zabiegów, jest również wsparcie i rozmowa. Jakość tygodni, ostatnich dni życia i śmierci jest głównym postulatem, jaki wysuwa się w dyskusjach na temat związany z całym procesem umierania. Jakość ta oznacza wyeliminowanie bólu oraz cierpienia zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Pacjent powinien umierać w spokoju.

Opieka nad osobami umierającymi jest bardzo trudnym i odpowiedzialnym zadaniem, wymagającym bezinteresownego poświęcenia się dla drugiego, często obcego człowieka. Wymaga także wysokiej odporności psychicznej, połączonej z wrażliwością, wyrozumiałością i cierpliwością.

Wychodząc naprzeciw śmierci i przyjmując uczestnictwo w umieraniu, trzeba mieć przede wszystkim moc wewnętrzną, która pozwala przełamać lęk przed najbardziej oczywistą acz niezgłębianą prawdą życia, i pokonać naturalny opór przez kontakt żywego ze zmarłym.

Każdy z nas, bez względu na to, kim jest i jakie wie dzie życie, powinien godnie i spokojnie przeżyć ostatni okres swego życia, z dala od bólu i cierpienia, czując bliskość cierpliwej i życzliwej osoby, a także ciepło jej dłoni.

Bibliografia

- Encyklopedia PWN* (2001), Warszawa.
- Górecki M. (2000), *Hospicjum w służbie umierających*, Warszawa.
- Kromolicka B. (2000), *Wolontariusz w służbie człowiekowi umierającemu*, Szczecin.
- Kulesza I. (2000), *Czym jest hospicjum*, Warszawa.
- Lalak D., Pilch T. (1999), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, Warszawa.
- Opieka paliatywna nad dziećmi* (2001), red. T. Dangel, Łowicz.
- Ostrowska A. (1991, 2005), *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa.
- Pilch T., Lepalczyk I. (1995), *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*, Warszawa.
- Ratyński W. (2003), *Problem i dylematy polityki społecznej w Polsce*, t. 2, Warszawa.
- Rawska K. (2006), *Pozamedyczne formy opieki paliatywnej*, referat wygłoszony na spotkaniu Klubu Inteligencji Katolickiej w Krapkowicach.
- Salino L. (2000), *Śmiertelnie chory*, Kraków.
- Słownik języka polskiego* (1981), red. M. Szymczak, t. 3, Warszawa.
- Słownik łacińsko-polski* (1981), opr. K. Kumaniecki, Warszawa.
- W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicjów w Polsce* (1989), red. J. Drązkiewicz, Warszawa.

Jan Iwaszczyszyn
Agnieszka Kwiecińska

Duchowy wymiar cierpienia chorych w terminalnym okresie choroby nowotworowej

Mimo znacznych postępów w leczeniu bólu fizycznego, zwalczanie cierpienia psychiczno-duchowego chorych umierających jest nadal olbrzymim wyzwaniem medycyny paliatywnej [Desmet 2003; Iwaszczyszyn, 1999]. Jednakże ból psychiczno-duchowy jest najczęściej nierozpoznawany, a tym samym nieanalizowany przez terapeutów pod kątem jego negatywnych następstw u chorego.

Niekiedy, mimo stwierdzenia cierpienia duchowego problem ten jest traktowany zdawkowo i przerzucany na osoby duchowne, które sprowadzają go tylko do duchowości religijnej. Pomoc ta, choć bardzo ważna, nie rozwiązuje jednak problemów **duchowości areligijnej** [Iwaszczyszyn 2000; Iwaszczyszyn, Kwiecińska 2007].

Ból psychiczno-duchowy chorego bywa następstwem **dokuczliwości związanych z zaistniałą chorobą nowotworową**. W tzw. „bólu wszechogarniającym” jedną z jego składowych jest właśnie ból duchowy. Jest on skutkiem m.in. lęku przed nieznanym lub śmiercią oraz samotnością. Liczne straty, jakich pacjent doznaje w czasie choroby (niekorzystne zmiany wyglądu, utrata stanowiska w pracy lub pozycji społecznej), jak też bezbronność wobec postępu choroby i zbliżającej się śmierci, tworzą swoiste „misterium bólu duchowego”. Często dopełnia go poczucie wi-

ny pacjenta oraz wielki dylemat bezsensu lub, rzadziej, sensu doznawanego cierpienia.

Jednak cierpienie duchowe chorego może wywołać różne postawy lekarzy lub terapeutów i ich zachowania względem pacjenta. Również **niedostatki w prawidłowym komunikowaniu się** z chorym są często przyczyną jego bólu psychiczno-duchowego. Na przykład **nadmierna otwartość** w mówieniu prawdy o złym rokowaniu dostarcza choremu stresu jatrogennego. Z drugiej strony, ukrywanie prawdy np. rzekomo dla dobra chorego, może przynieść fatalne skutki nie tylko natury prawnej, ale może wzbudzić nadzieję chorego na wyleczenie, co w konfrontacji z postępem choroby przyniesie jedynie ból i rozczarowanie. Również **celowy dystans lekarza** do chorego (aby uzyskać dokładne wykonanie poleceń terapeutycznych) nie przynosi w okresie terminalnym choroby zamierzonego efektu, gdyż może wywoływać powstanie barier psychicznych we wzajemnych kontaktach i odseparowanie się chorego od lekarza. A chory w tym czasie oczekuje zbliżenia, zrozumienia i empatii.

Nadmierna gorliwość lekarza w „**ratowaniu do końca**” przy użyciu tzw. „**metod nadzwyczajnych**” przynosi często odwrotny skutek, tj. skrócenie przeżycia oraz ból psychiczno-duchowy chorego.

Sam pobyt chorego na oddziale może wywoływać, w różnym stopniu, ból psychiczno-duchowy przeanalizowany szczegółowo przez Holmesa i Rahe'a. Wystarczy wspomnieć o odmiennym wystroju sali szpitalnej w stosunku do pokoju domowego, rygorze szpitalnym (np. sztywne pory posiłków i odwiedzin), przebywaniu na sali z innymi chorymi, nie zawsze przyjaznymi itp. [Holmes, Rahe 1967]. Bardzo stresujący może być **obchód lekarski**, zwłaszcza „wizyty ordynatorskie” – obecność licznych, nieznanych choremu osób, demonstracje tzw. „ciekawych przypadków”, a niekiedy również arogancja w celu podniesienia własnego prestiżu czy stosowanie profesjonalnych, nieznanych choremu określeń medycznych, a dotyczących jego osoby czy komentarze w obcych językach na temat jego rokowania. Ukoronowaniem stresu szpitalnego są, niekiedy się jeszcze zdarzające, **pomyłki diagnostyczne**, spóźnienia w rozpoznawaniu choroby czy niepowodzenia w leczeniu – wbrew obiecany pozytywnym efektom.

Niezależnie od przyczyn wywołujących cierpienie duchowe, następstwa bywają często podobne. Jednym ze skutków tych ekstremalnych emocji może być u chorego pewnego rodzaju hypermnezja prowadząca do zestawienia własnego obrazu osobowego z oceną dokonań w swoim życiu pod kątem sukcesów i niepowodzeń. Ten jakby „samoosąd” pa-

cja może być dla niego wielką pomocą w odnalezieniu samego siebie i otaczającego go świata. Stan ten może być również źródłem pozytywnej refleksji w następstwie otwarcia się „ja” chorego na osoby bliskie lub na transcendencję [Desmet 2003].

Otwarcie się chorego na osoby bliskie może owocować obustronnym pogodzeniem się i przebaczeniem, moralną ulgą oraz uspokojeniem. Otwarcie się chorego na Absolut może doprowadzić go do spotkania „Wielkiej Miłości” [Desmet 2003]. Tak pogłębiany duchowo, chory może ofiarowywać swoje cierpienie jako dar dla Boga lub drugiego człowieka.

Istotne jest, aby lekarz (terapeuta) pomógł choremu dotrzeć do tego stanu hypermnezji oraz mógł go u pacjenta rozpoznać, co nie zawsze jest łatwym zadaniem. Osiągnąć to możemy przede wszystkim aktywnie **uczestnicząc w rozważaniach pacjenta**, oczywiście po uzyskaniu jego zaufania.

Zasadniczym więc błędem wydaje się być tworzenie przez lekarza, w terminalnym okresie choroby pacjenta, **różnych reakcji pozorowanych**, np. ucieczka w nowe leki, dodatkowe badania i konsultacje lub wspomniane wcześniej intensywne „ratowanie do końca”. To, co powinniśmy zatem czynić, to pomoc choremu w realizowaniu się, w „byciu sobą”, z zachowaniem jego hierarchii wartości oraz stylu życia.

Przedłużanie na siłę gasnącego życia, w którym chory **jedynie trwa, ale już nie istnieje**, mija się z celami medycyny paliatywnej.

Podsumowując, należy podkreślić ogromne znaczenie, jakie posiada zgłębienie istoty cierpień duchowych chorego. Kluczem poznania chorego jest, jak wiadomo, „aktywne słuchanie”, dobry kontakt, empatia, czułość, wiarygodność i sumienność. Bardzo ważne jest także odkrycie jego hierarchii wartości, aby pod tym kątem ukierunkować swoją pomoc.

W konfrontacji z pytaniami natury egzystencjalnej powinniśmy się starać pomóc choremu w odnalezieniu sensu życia, a jeśli jest taki zamiar pacjenta – ułatwić mu otwarcie się na inne osoby lub na Absolut. Nigdy nie powinniśmy pozostawiać na uboczu spraw, które naprawdę coś w życiu znaczą, tj. atrybutów uczuć humanistycznych, ogólnoludzkich, takich jak dobro, prawda, piękno, wolność, solidarność itp.

Bibliografia

Desmet M. (2003), *Spirituality and palliative care*, „Polska Medycyna Paliatywna” 2/4, s. 251–257.

Holmes, T. H., Rahe R. H. (1967), *The social readjustment rating scale*, „Journal of Psychosomatic Research” 11.

Iwaszczyszyn J. (1999), *Opieka paliatywna jako optymalne postępowanie w terminalnej fazie choroby nowotworowej*, „Przegląd Lekarski” 56, s. 7–8.

Iwaszczyszyn J. (2000), *Potrzeby psychiczne i duchowe w medycynie paliatywnej*, „Światło i Cienie” 4/30, s. 28.

Iwaszczyszyn J., Kwiecińska A. (2007), *Cierpienie chorego a paradoks rzekomej bierności w opiece paliatywnej*, [w:] *Ból i cierpienie*, „Acta Academiae Modrevianae”, Kraków.

Iwaszczyszyn J., Kwiecińska A. (2006), *Cierpienie chorych terminalnych – refleksje filozoficzno-etyczne w świetle wytycznych proponowanych przez medycynę paliatywno-hospicyjną*, [w:] *Ból i cierpienie*, „Acta Academiae Modrevianae”, Kraków.

Streszczenie

W artykule przedstawiono główne przyczyny bólu psychiczno-duchowego pacjentów wynikające z objawów zaawansowanej choroby nowotworowej oraz przykłady cierpienia mogące wiązać się z postępowaniem medycznym.

Szczególną uwagę zwrócono na obecność stanu jakby „hypermnezji” w czasie przeżywanego cierpienia, która może ułatwić choremu poznanie własnego obrazu osobowego, pomóc w rzeczywistym pogodzeniu się z bliskimi oraz ułatwić otwarcie się na Absolut.

Krzysztof Gerc

Preferencja wartości jako modyfikator postawy wobec choroby u młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu

Wprowadzenie

W ostatnich latach obserwuje się wzrost zainteresowania problematyką społecznych i organizacyjnych determinant rozwoju i wychowania człowieka, w tym etiologią jego postaw i emocji. Świadczy o tym bogata literatura przedmiotu, często oparta na szeroko zakrojonych badaniach empirycznych i pogłębionej, interdyscyplinarnej analizie teoretycznej. Szczególnym przejawem tej tendencji jest poszukiwanie prawidłowości rządzących rozwojem postaw w kontekście indywidualnego biegu życia jednostki oraz w szeroko rozumianym kontekście społecznym.

Każdy z chorych pełni w społeczeństwie określone role, takie jak inni ludzie i charakterystyczne dla stanu, zawodu, stanowiska, zainteresowania, z tą jednak różnicą, że pełni je z okresowymi przeszkodami, trudnościami, pułapkami, zaskoczeniami spowodowanymi chorobą. W przeciętnym odbiorze społecznym człowiek chory, zwłaszcza przewlekle, jest postrzegany jako zbędny, niepotrzebny, nie biorący udziału w życiu, obciążający swoją obecnością ludzi najbliższych oraz instytucje państwowe i wspólnoty, z którymi jest związany. Sytuacja przeżywania przez określonego człowieka własnej choroby kreuje zatem swoistą sytuację, która

domaga się od niego przyjęcia wobec doświadczanego schorzenia określonej postawy. Badania prowadzone w różnych kontekstach naukowych dowodzą, iż postawa wobec choroby, czy niepełnosprawności związana jest m.in. z hierarchią wartości danego człowieka.

Problematyka wartości jest aktualnie przedmiotem zainteresowań psychologów, pedagogów, ale również socjologów i polityków¹. W dziedzinie psychologii jest ona szeroko omawiana w rozważaniach teoretycznych oraz podejmowana w analizach empirycznych. Wartości uznaje się współcześnie za czynnik mierzalny, różniący ludzi, dający się oszacować i hierarchizować². Twórcą szczególnie popularnej w psychologii teorii wartości jest amerykański psycholog M. Rokeach³. Jego koncepcja stała się podstawą przedstawianych w niniejszym opracowaniu analiz związku indywidualnej hierarchii wartości człowieka oraz ujawnianej przez niego postawy wobec choroby.

Przesłanki ustosunkowań wobec własnego schorzenia – analiza wybranych koncepcji postawy wobec choroby

Choroba jest zawsze procesem trudnym, wymagającym wielkiego, wszechstronnego wysiłku. Proces ten trwa w czasie i kształtuje chorego, a sposób, w jaki ów proces przebiega nie jest nigdy obojętny ani dla samego chorego, ani dla ludzi i środowisk, z którymi chory się styka⁴.

W przebiegu procesu chorobowego tworzą się różne postawy człowieka wobec własnej choroby. Postawy te są charakterystyczne i one kształtują role społeczne specyficzne dla ludzi chorych oraz wpływają, w bardzo wyraźny sposób, na tworzenie opinii o ludziach chorych w społeczeństwie⁵.

¹ Por. K. Popielski, *Wartości i ich znaczenie w życiu ludzi* [w:] *idem, Człowiek – wartość – sens. Studia z psychologii egzystencjalnej*, Lublin 1996.

² Por. E. Dolata, *Aspekty filozoficzne psychologii wartości*, [w:] *Wykłady w KUL*, t. 5, Lublin 1991.

³ Według niego wartość to trwałe przekonanie, że specyficzny sposób zachowania lub stan finalny egzystencji jest osobowo lub społecznie lepszy od przeciwnego lub odwrotnego sposobu postępowania lub stanu finalnego egzystencji.

⁴ Por. K. Osińska, *Umiejętność chorowania* [w:] *eadem, Refleksje nad etyką lekarską*, Warszawa 1990, s. 42.

⁵ Por. H.S. Friedman, *Uzdrowiająca osobowość*, Gdańsk 2000.

Postawy chorych wobec własnej choroby K. Osińska dzieli na dwie grupy, wymieniając postawy altruistyczne oraz egocentryczne. Nazywa je także postawami twórczymi i postawami pasożytniczymi⁶. W grupie postaw altruistycznych (twórczych) wyróżnia osiem postaw częściowych: *dawcy, samarytanina, pomocnika, konspiratora, poszukiwacza, żołnierza, artysty i bohatera*⁷. W grupie postaw egocentrycznych (pasożytniczych) K. Osińska wyróżnia natomiast osiem innych postaw częściowych: *biorcy, hipochondryka, malkontenta, zasłużonego, statysty, żebraka, zawodowca i świętoszka*⁸.

Sposoby zmagania się z chorobą są różnorodne i wyraźnie wiążą się z tym, co oznacza choroba dla człowieka, a co zostało ukształtowane m.in. przez wychowanie i kulturę⁹. Rozpoznanie ich na każdym etapie choroby jest ważne z perspektywy ustalania metod postępowania z pacjentem, wzmacniania czynników pożądanых lub osłabiania innych. Według Z. Lipowskiego¹⁰ choroba może być postrzegana przez człowieka jako: *wyzwanie, wróg, kara, słabość, ulga, strategia, nieodwracalna strata* bądź też jako *wartość*¹¹.

⁶ Por. K. Osińska, *op. cit.*, s. 42–56.

⁷ *Dawca* (chory dostrzegający w chorobie możliwość świadczenia pomocy na rzecz innych), *samarytanin* (osoba umiarkowana w ocenie własnej dysfunkcji i uznająca ją za fragment życia), *pomocnik* (akceptujący własną chorobę, współdziałający w procesie leczenia), *konspirator* (człowiek świadomy własnego stanu, ale nie uwewnętrzniający tego faktu), *poszukiwacz* (zaciekawiony chorobami, poszukujący w chorobie akcentów nowych, ciekawych, twórczych), *żołnierz* (osoba odważnie oceniająca swoją chorobę i jej konsekwencje), *artysta* (umiejący trudności związane z chorobą przekształcić w coś pozytywnego, osoba aktywna w chorobie), *bohater* (cechuje go silne oddziaływanie na otoczenie i zdolność wpływania na innych).

⁸ *Biorca* (pragnie czerpać korzyści z własnej choroby oraz jej skutków), *hipochondryk* (wykazuje tendencję i potrzebę bycia traktowanym i postrzeganym w kategoriach cierpiącego), *malkontent* (chory, który nie akceptuje swej choroby i w konsekwencji świadomie nie poddaje się leczeniu), *zasłużony* (manifestujący fakt bycia chorym, traktujący chorobę jako aspekt pozytywnie wyróżniający osobę spośród innych), *statysta* (człowiek o biernej postawie wobec choroby, jej objawów, diagnozy, przebiegu i rokowania), *żebrak* (pacjent, który nie wykazuje umiejętności lub nie ujawnia chęci włączenia się w zmaganie z chorobą, zdający się na innych), *zawodowiec* (schematyczny w myśleniu i działaniu, które wypracował w toku leczenia i przeżywania choroby, osoba przeświadczona o szerokiej, osobistej wiedzy o chorobie), *świętoszek* (postawa cechująca pacjenta, który przypisuje sobie w przeżywaniu choroby heroiczne cechy).

⁹ Por. Ch. Sheridan, S. Radmacher, *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, Warszawa 1998.

¹⁰ Por. M.H. Hollender, *Psychologia w praktyce lekarskiej*, Warszawa 1987.

¹¹ W opracowaniu Skali Postawy wobec Choroby, wykorzystanej do cytowanych w niniejszej pracy badań, J. Kostrzewski opierał się na wymienionych strategiach zmagania się z chorobą, zaproponowanych przez Z. Lipowskiego.

Choroba, oznaczając cierpienie, staje się sytuacją graniczną¹², czyli wyjątkowym doświadczeniem egzystencjalnym, przez które człowiek musi przejść indywidualnie i nie może go złożyć na barki kogoś innego¹³. Choroba jako doświadczenie jest dla człowieka czymś wyjątkowym, choć cierpienie jest pojęciem o wiele szerszym i bardziej złożonym¹⁴.

Materiał badawczy

Ogólnie sformułowanym problemem niniejszej pracy jest analiza zespołu uwarunkowań postawy wobec choroby, kształtującej się u młodzieży niepełnosprawnej ruchowo w normie intelektualnej. Najbardziej zasadniczym elementem problemu pracy jest wyodrębnienie czynników związanych z indywidualną hierarchią wartości, mających wpływ na kształtowanie się różnych postaw wobec choroby i własnej niepełnosprawności u adolescentów. W tym celu przebadano grupę 280 adolescentów¹⁵, koncentrując się jednocześnie na czynnikach otoczenia organizacyjnego (w tym celu opracowano Inwentarz IPKO¹⁶), które, według założeń, mają istotny wpływ na kształtowanie się postaw wobec choroby oraz procesu rehabilitacji¹⁷.

Na podstawie powyższych założeń przyjęto następujące hipotezy badawcze¹⁸:

¹² Por. K. Jaspers, *Filozofia egzystencji*, Warszawa 1990.

¹³ Por. V.E. Frankl, *Homo patiens*, Warszawa 1984.

¹⁴ Por. T. Kielanowski, *Człowiek, jego ból, cierpienie i prawo do szczęścia*, Gdańsk 1980.

¹⁵ Badania realizowano od lutego 1998 r. do października 2003 r. Mając na względzie dobrane stosunkowo jednorodnej grupy młodzieży niepełnosprawnej ruchowo, w normie intelektualnej, w wieku 16–19 lat, przeprowadzono je indywidualnie i wieloetapowo. Badania były przeprowadzane anonimowo w Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Radziszowie oraz w Wojewódzkim Ośrodku Rehabilitacyjnym w Krakowie.

¹⁶ Wyłonione warianty preferencji, z uwagi na swoiste charakterystyki, nazwano: typem obojętnym preferencji kultury organizacji (TO), kooperującym (TK), innowacyjnym (TI) oraz typem partnerskim preferencji kultury organizacji (TP).

¹⁷ Więcej informacji na ten temat zob. K. Gerc, *Podmiotowe i społeczne determinanty preferowanego przez młodzież typu organizacji wychowującej*, [w:] *Nauki społeczne wobec edukacji i badań oświatowych*, Kraków 2008.

¹⁸ Przedstawione w dalszej części wyniki są fragmentem szerszych badań, dotyczących preferencji kultury organizacji wychowującej.

- **Hipoteza I**

Istnieje związek pomiędzy preferencją określonych wartości a postawą wobec niepełnosprawności.

- **Hipoteza II**

Związek między wymiarami osobowości i postawą wobec choroby jest modyfikowany poprzez zmienne związane z preferowanymi aspektami kultury organizacyjnej instytucji edukacyjno-rehabilitacyjnej.

- **Hipoteza III**

Związek między wymiarami osobowości i postawą wobec choroby jest modyfikowany swoistym profilem preferowanych wartości.

W celu weryfikacji przedstawionych hipotez wykorzystano następujące, uznane naukowo metody diagnostyczne oraz narzędzia własnego opracowania: Inwentarz Osobowości NEO – FFI¹⁹, Skalę Preferencji Wartości M. Rokeacha²⁰, Inwentarz Preferencji Kultury Organizacyjnej²¹ własnego opracowania, Skalę Postaw wobec Choroby Janusza Kostrzewskiego²², Test Zdań Niedokończonych własnego opracowania, Dyferencjał semantyczny oraz Wywiad standaryzowany z arkuszem biograficznym.

Hipotezy zasadniczo obejmują swym zakresem całość problematyki podejmowanej w niniejszej pracy. Wyznaczają zarówno kierunek poszukiwania zależności pomiędzy zmiennymi, co zilustrowano na rysunku 1, jak również zawierają sugestie dotyczące badania tych zmiennych.

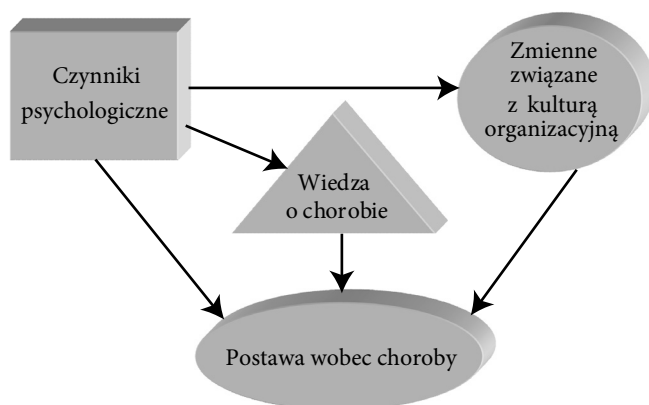
¹⁹ B. Zawadzki, J. Strelau, P. Szczepaniak, m. Śliwińska, *Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae*, Warszawa 1998.

²⁰ P. Brzozowski, *Skala Wartości – Polska wersja testu Milтона Rokeacha*, [w:] *Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej*, red. R.Ł. Drwal, Lublin 1997; P. Brzozowski, *Skala Wartości M. Rokeacha – podręcznik*, Warszawa 1996.

²¹ Rzetelność poszczególnych wymiarów IPKO została wyliczona w sposób następujący: współczynnik zgodności wewnętrznej dla inwentarza wynosi $r_{tt}=0,79$; współczynniki stałości bezwzględnej dla poszczególnych typów preferencji kultury organizacji: (TO) $r=0,77$; (TK) $r=0,81$; (TI) $r=0,69$; (TP) $r=0,65$.

²² Skala składa się z 75 twierdzeń, do których badani ustosunkowują się zaznaczając swoje odpowiedzi na siedmiostopniowej skali typu Likerta. W opracowaniu skali J. Kostrzewski opierał się na strategiach zmagania się z chorobą zaproponowanych przez Lipowskiego. Analiza czynnikowa dokonana przez autora skali wykazała, że skala ta może wyznaczać pięć następujących czynników: choroba jako cierpienie, nieszczęście, przykrość, utrata wartości; choroba jako wartość duchowa; choroba jako korzyść i ulga; choroba jako wyzwanie; choroba jako kara i obciążenie finansowe. Rzetelność poszczególnych wymiarów została oszacowana przy zastosowaniu wzoru alfa Crombacha i dla poszczególnych czynników wynosi odpowiednio: 0,9186; 0,9052; 0,8591; 0,7981; 0,6316.

Rys 1. Model hipotetycznych powiązań pomiędzy zmiennymi



W oparciu o badanie Skalą Wartości Rokeacha otrzymano pełne dane o indywidualnych hierarchiach wartości badanych osób. Chcąc uzyskać informacje o przeciętnej hierarchii wartości, charakterystycznej dla próby badanej – osobno dla każdej z wartości – obliczono średnią z rang przypisanych danej wartości przez grupę młodzieży oraz odchylenia standardowe, a także rangę (pozycję) danej wartości w średniej hierarchii²³.

Informacje o przeciętnych systemach wartości ostatecznych oraz wartości instrumentalnych uzyskanych w badanej grupie, zawierają tabele 1 i 2.

²³ Im mniejsza jest średnia, tym wyżej jest oceniana określona wartość. Pierwsze miejsce zajmuje wartość, która ma najmniejszą średnią rangę. Odchylenie standardowe mierzy zaś zróżnicowanie poziomu wartości. Im mniejsze jest odchylenie standardowe, tym większa jest zgodność w wybieraniu (ustalaniu) pozycji tej wartości. Stosując następnie analizę wariancji, zbadano różnice pomiędzy średnimi rangami, przyznawanymi poszczególnym wartościom. W sytuacjach, kiedy stwierdzano występowanie istotnych statystycznie różnic, to w dalszej kolejności podejmowano próbę ustalenia pomiędzy którymi, wyodrębnionymi typami preferencji kultury organizacyjnej, te różnice występują. W tym celu skorzystano z testu Newmana-Keulsa do porównywania średnich parami. Do porównania podobieństwa hierarchii wartości pomiędzy analizowanymi typami preferencji kultury organizacyjnej zastosowano współczynnik korelacji rangowej Ch.E. Spearmana. Tę samą procedurę zastosowano, analizując wartości ostateczne i instrumentalne.

Tabela 1. Przeciętne systemy wartości ostatecznych w badanej grupie młodzieży z uwzględnieniem płci badanych

WARTOŚCI	Płeć					
	Dziewczęta N=136			Chłopcy N=144		
	Ranga	Średnia rang	Odchylenie standardowe	Ranga	Średnia rang	Odchylenie standardowe
1. bezpieczeństwo narodowe	4	5,10	4,37	2	5,30	4,04
2. dojrzała miłość	3	4,82	5,09	1	3,90	4,21
3. mądrość	12	11,20	6,02	11	10,21	5,13
4. piękno świata	14	12,51	4,13	18	15,30	3,91
5. pokój na świecie	5	6,11	5,18	8	6,51	4,68
6. prawdziwa przyjaźń	13	12,31	4,29	13	13,26	3,91
7. przyjemność życia	7	7,41	3,91	9	8,52	5,30
8. równość ludzi	1	3,40	4,13	3	5,31	4,36
9. sukcesy życiowe	8	7,28	4,01	8	8,95	3,68
10. szacunek dla siebie	18	14,52	4,18	17	14,95	3,86
11. uznanie społeczne	11	9,73	4,08	10	9,31	3,55
12. wewnętrzny spokój i harmonia	10	9,05	4,11	12	10,80	4,39
13. wolność osobista	6	6,53	3,81	7	8,15	4,97
14. wygodne życie	15	13,10	3,52	16	14,35	5,62
15. zabezpieczenie bytu	17	14,25	3,26	14	14,00	6,01
16. zbawienie	2	4,14	3,81	5	6,30	3,55
17. zdrowie	9	8,90	3,49	4	5,49	3,81
18. życie pełne wrażeń	16	13,95	3,68	15	14,16	4,99

Dokonując analizy danych, zamieszczonych w tabeli 1, należy stwierdzić, że struktura wartości dominujących u badanej młodzieży obejmuje głównie sferę motywacji ukierunkowaną na indywidualną atrybucję

w poczuciu osobistego dokonania, zgodnego z uniwersalnymi zasadami moralnymi. Zdrowie zyskuje znacznie wyższą rangę w grupie chłopców. Osiągnięcie szeroko rozumianego samozadowolenia (przyjemność, dostatnie życie) w badanej grupie uplasowane jest na dalszych miejscach indywidualnych hierarchii wartości. Analogicznej zależności nie stwierdzono wśród przebadanych dziewcząt.

Poczynione spostrzeżenia zyskują również potwierdzenie w zakresie organizacji hierarchii wartości instrumentalnych, których zestawienie przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Przeciętne systemy wartości instrumentalnych w badanej grupie młodzieży z uwzględnieniem płci badanych

WARTOŚCI	Płeć					
	Dziewczęta, N=136			Chłopcy, N= 144		
	Ranga	Średnia rang	Odchylenie standardowe	Ranga	Średnia rang	Odchylenie standardowe
1. ambicja	4	6,15	5,39	5	7,28	4,18
2. czystość	6	7,31	4,27	10	10,24	3,95
3. gotowość kochania	2	5,12	3,91	3	6,90	4,34
4. grzeczność	10	10,05	2,91	8	9,60	4,57
5. logiczność myślenia	11	11,30	3,31	7	9,10	4,29
6. lojalność	16	14,31	4,15	18	15,60	4,90
7. odpowiedzialność	3	5,90	4,09	2	6,30	5,11
8. odwaga	7	8,90	4,92	4	7,10	3,83
9. opanowanie	12	11,38	3,98	9	9,83	4,31
10. pomysłowość	15	13,05	3,78	12	10,47	3,88
11. posłuszeństwo	18	17,21	4,01	17	14,98	3,72
12. refleksyjność	8	8,93	4,27	14	11,21	3,90
13. samodzielność	5	6,25	4,32	6	7,30	4,08
14. tolerancja	17	16,31	5,19	16	14,33	4,19
15. uczciwość	1	4,22	3,79	1	5,98	4,51
16. uczynność	9	9,73	3,31	11	10,31	4,29
17. wyrozumiałość	13	12,20	4,78	15	11,87	4,33
18. zdolność	14	12,80	5,39	13	10,73	3,94

Na podstawie analizy danych, zamieszczonych w tabeli 2, w konwencji analogicznej do tej, którą zastosowano w przypadku hierarchii wartości ostatecznych stwierdza się, że konfiguracja wartości instrumentalnych obejmuje również głównie sferę motywacji ukierunkowaną na autonomię decyzyjną.

Z uwagi na fakt, że skala rangowa jest skalą porządkową i jako taka znacznie zawęża zakres możliwych analiz statystycznych, dla potrzeb dalszych zastosowanych analiz (wielowymiarowej analizy korelacyjno-regresyjnej) przekształcono rangi na wyniki standaryzowane²⁴. Uzyskane w ten sposób średnie i odchylenia standardowe odzwierciedlają dużą zmienność w zakresie preferowanych przez badaną młodzież wartości. Świadczy to niewątpliwie o niskiej, choć rozwojowo jeszcze dopuszczalnej, stabilności ich systemu aksjologicznego. Jednak może być ona uwarunkowana wpływem zmiennych, związanych z faktem wieloletniego leczenia oraz wpływem czynników związanych z charakterystyką organizacyjną miejsca procesu edukacyjno-rehabilitacyjnego.

Podsumowując ten etap analiz, można uznać, iż badana młodzież w znacznej większości najbardziej zatroskana jest o realizację życiowych marzeń, ceni osiągnięcie życiowego sukcesu. Dominującym jej pragnieniem jest uzyskanie pełni zdrowia. Pragnie stabilizacji w życiu, chcąc w pełni odpowiadać za jego przebieg.

Hierarchia potrzeb, ujawnianych przez badaną młodzież pozostaje w bezpośredniej zależności wyznawanego przez nią systemu wartości i koresponduje z wynikami uzyskanymi przy pomocy Skali Wartości Rokeacha. Dominującym pragnieniem deklarowanym przez większość badanej młodzieży (71%) jest pragnienie zdrowia, życiowej stabilizacji, przy równocześnie obserwowanej głębokiej motywacji afiliacyjnej, potrzebie akceptacji. Taka koegzystencja potrzeb może rodzić konflikt emocjonalny i stanowić tym samym istotny czynnik nerwicorodny.

Determinanty różnych typów postawy wobec choroby sprowadzają się do następujących modeli korelacji, przedstawionych w tabelach 3–7.

²⁴ G.A. Ferguson, Y. Takane, *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*, Warszawa 1999.

Tabela 3. Model korelacji dla postawy wobec choroby, pojmowanej jako cierpienie, nieszczęście, przykrość, utrata wartości, jako zmiennej zależnej ($R=0,50$; $R^2=25\%$)

Zmienna niezależna	Współczynnik regresji	Beta	Test	Istotność współczynnika regresji	
				t	p
Neurotyzm	0,15	0,33	prawostr.	3,18	0,04
Typ obojętny (TO) preferencji kultury organizacyjnej	0,21	0,48	prawostr.	2,37	0,035
Preferencja wartości – wewnętrzny spokój i harmonia	0,31	0,52	prawostr.	3,11	0,02
Preferencja wartości – samodzielność*	0,89	0,18	dwustr.	3,16	0,05
Wyraz wolny	4,11				

*wartości instrumentalne

W tabeli 3 zawarto model korelacji dla postawy wobec choroby, pojmowanej jako cierpienie, nieszczęście, przykrość, utrata wartości, jako zmiennej zależnej. Stwierdzono następującą zależność – osoby charakteryzujące się wyższym poziomem neurotyzmu częściej ujawniają tego typu postawy ($\beta=0,33$, $p<0,04$). Występowanie postawy wobec choroby, charakteryzującej się interpretowaniem jej w kategoriach nieszczęścia, współwystępuje również z ujawnianym obojętnym typem preferencji kultury organizacyjnej ($\beta=0,48$, $p<0,035$). Wyodrębniona postawa zależy również od określonego typu preferencji wartości ostatecznych oraz od hierarchii wartości instrumentalnych. Osoby akcentujące znaczenie wewnętrznego spokoju i harmonii w perspektywie wartości ostatecznych ($\beta=0,52$, $p<0,02$) oraz przypisujące wyższą rangę samodzielności, opisując wartości instrumentalne ($\beta=0,18$, $p<0,05$) mają większą skłonność do przyjmowania postaw wobec choroby, charakteryzujących ją jako utratę wartości czy cierpienia.

Hierarchia wartości, akcentująca wewnętrzny spokój i harmonię sprzyja zaistnieniu analizowanej postawy, ponieważ koncentruje się na komforcie niepełnosprawnego, który słabo toleruje czynniki zakłócające

jego dobrostan emocjonalny. Z tym faktem wiąże się również swoista wybiórczość i obojętność dotycząca interpretowania kultury organizacji.

Wybór samodzielności wśród istotnych wartości instrumentalnych wpisuje się w logikę postawy cierpiętniczej, gdyż może być ona narzędziem realizacji własnych potrzeb i dostosowywania okoliczności do bieżących oczekiwań. Jest to sposób redukowania lęku przed skutkami niepełnosprawności i adaptowania się do sytuacji egzystencjalnej przez nią wyznaczonej. W tabeli 4 przedstawiono korelaty kolejnego typu postawy wobec choroby.

Tabela 4. Model korelacji dla postawy wobec choroby, pojmowanej jako wartość duchowa, jako zmiennej zależnej ($R=0,37$; $R^2=21\%$)

Zmienna niezależna	Współczynnik regresji	Beta	Test	Istotność współczynnika regresji	
				t	p
Ugodowość	0,17	0,38	prawostr.	3,14	0,03
Preferencja wartości – zbawienie	0,21	0,42	prawostr.	3,10	0,01
Preferencja wartości – uczynność*	0,24	0,48	prawostr.	3,51	0,05
Preferencja wartości – opanowanie *	0,39	0,28	prawostr.	3,29	0,009
Wyraz wolny	3,87				

*wartości instrumentalne

Model korelacji dla postawy wobec choroby czy niepełnosprawności, rozumianej jako wartość duchowa, współwystępuje z wyższym stopniem ugodowości według kryteriów osobowości Costy i McCrae ($\beta=0,38$, $p<0,03$). Interesująca jest również korelacja tego typu postawy z określonym typem hierarchii wartości ostatecznych i instrumentalnych. I tak: w zakresie preferencji wartości ostatecznych osoby ujawniające uduchowioną postawę wobec niepełnosprawności przypisują wyższą rangę zbawieniu ($\beta=0,42$, $p<0,01$) oraz, w perspektywie wartości instrumentalnych, uczynności ($\beta=0,48$, $p<0,05$), co logicznie związane jest z postawą altruistyczną, charakterystyczną dla ugodowości, a także opanowaniu ($\beta=0,28$,

$p < 0,009$), które może być utożsamiane z pewnym dystansem wobec życia i koncentracją na uniwersaliach, a nie instrumentalnych.

Nie stwierdzono wpływu typu preferencji kultury organizacyjnej na analizowany typ postawy wobec choroby, co może oznaczać, że dla chorego uduchowionego sama kultura organizacji ma mniejsze znaczenie i w sposób wyraźny nie kreuje stosunku do choroby.

W tabeli 5 przedstawiono zmienne w istotny sposób wpływające na ujawnianie się postawy wobec choroby czy niepełnosprawności, rozumianej jako korzyść i ulga.

Tabela 5. Model korelacji dla postawy wobec choroby, pojmowanej jako korzyść i ulga, jako zmiennej zależnej ($R=0,40$; $R^2=23\%$)

Zmienna niezależna	Współczynnik regresji	Beta	Test	Istotność współczynnika regresji	
				t	p
Sumienność	- 0,22	- 0,49	lewostr.	-3,18	0,02
Preferencja typu TI – innowacyjnego kultury organizacyjnej	- 0,18	- 0,37	prawostr.	3,05	0,04
Wiek	- 0,25	- 0,57	lewostr.	4,25	0,005
Wiedza o chorobie	- 0,21	- 0,50	lewostr.	3,11	0,01
Wyraz wolny	3,15				

W tabeli 5 zawarto korelaty postawy wobec choroby, pojmowanej w kategoriach korzyści i ulgi, jako zmiennej zależnej. Przeprowadzona analiza wskazuje, że taki typ postawy współwystępuje z małą sumiennością, czyli niewielką dokładnością w działaniach, tendencją do hedonistycznego nastawienia wobec życia ($\beta = -0,49$, $p < 0,02$). Stwierdza się również, że nasilenie preferencji innowacyjnego typu kultury organizacyjnej zmniejsza częstotliwość pojawiania się analizowanego typu postawy wo-

bec choroby (preferencja typu TI a postawa wobec choroby rozumianej jako korzyść i ulga: $\beta = -0,37$, $p < 0,04$). Zauważono, że wraz z wiekiem maleje skłonność do ujawniania postawy traktującej chorobę w kategoriach zysku i ulgi: ($\beta = -0,57$, $p < 0,005$). Badania wskazują także, że manifestowanie bogatej wiedzy o chorobie i jej objawach oraz sposobach leczenia zmniejsza szanse na pojawienie się wyodrębnionego w modelu typu postawy ($\beta = -0,50$, $p < 0,01$).

Osoby preferujące innowacyjny typ kultury organizacji rzadziej ujawniają analizowany typ postawy wobec choroby, ponieważ są świadome, iż niepełnosprawność i koncentracja na niej obiektywnie mogą obniżać możliwości kreatywnego działania i pełnego zaangażowania się w proces leczenia, oferowany przez instytucję.

Ujemna korelacja wieku i omawianego w tabeli nr 5 typu postawy może być tłumaczona m.in. faktem wpływu dojrzałości procesów poznawczych (w okresie adolescencji rosną z wiekiem) na postrzeganie ograniczeń wynikających z faktu bycia niepełnosprawnym czy chorym. Dotyczy to również poszerzania się zakresu doświadczeń społecznych, unaoczniających mało przystosowawczy charakter tego typu postawy.

Równie istotny i interesujący jest ujemny wpływ poziomu wiedzy o niepełnosprawności na ujawnianie się typu postawy wobec niej, interpretowanej w kategoriach zysków i ulg.

Wraz ze wzrostem wiedzy o niepełnosprawności poszerza się świadomość realnych ograniczeń związanych z przeżywaniem choroby oraz wzbogaca zasób informacji o takich sposobach przezwyciężania fizycznych niedoborów, które efektywniej kompensują odczuwane niedogodności i braki. Tłumaczy znaczenie wiedzy o chorobie dla zmniejszania się prawdopodobieństwa ujawnienia postawy wobec choroby, traktującej ją jako korzyść i ulgę.

Korelacja wiedzy o chorobie (niepełnosprawności) i jej leczeniu ze zdolnością do rozwiązywania problemów (w okresie dojrzewania wzrasta z wiekiem) wyraża się – jak się wydaje – w samym odczuciu potrzeby poszukiwania informacji w celu uspokojenia, odreagowania przykrych stanów emocjonalnych związanych z faktem choroby.

W tabeli nr 6 przedstawiono model korelacji dla postawy wobec choroby, pojmowanej jako wyzwanie.

Tabela 6. Model korelacji dla postawy wobec choroby, pojmowanej jako wyzwanie, jako zmiennej zależnej ($R=0,34$; $R^2=19\%$)

Zmienna niezależna	Współczynnik regresji	Beta	Test	Istotność współczynnika regresji	
				t	p
Preferencja typu TI – innowacyjnego kultury organizacyjnej	0,21	0,47	prawostr.	3,18	0,05
Ekstrawersja	0,29	0,61	lewostr.	4,38	0,03
Preferencja wartości – zdrowie	0,24	0,48	dwustr.	3,14	0,009
Wiek	0,18	0,54	prawostr.	4,21	0,04
Wyraz wolny	3,91				

Przedstawiony w tabeli nr 6 model korelacji dla aktywnej postawy wobec choroby wskazuje, że zależy ona zarówno od wymiarów podmiotowych (ekstrawersja), jak wiek, preferencja wartości ostatecznych, i od zmiennych akcentujących rolę kultury organizacji. Stwierdzono, że osoby bardziej ekstrawertywne – otwarte i towarzyskie, częściej wykazują aktywną postawę wobec choroby ($\beta=0,61$, $p<0,03$).

Osoby preferujące innowacyjny typ kultury organizacyjnej częściej traktują chorobę w kategoriach wyzwania, czują się przez nią mobilizowane do aktywnego przeciwdziałania ograniczeniom ($\beta=0,47$, $p<0,05$).

Ważna jest również pozytywna korelacja czynnika wieku badanych niepełnosprawnych uczniów: wraz z wiekiem aktywne postawy zmagające się z niepełnosprawnością stają się częstsze ($\beta=0,54$, $p<0,04$). Hierarchia wartości ostatecznych akcentująca istotność zdrowia zwiększa szansę na ujawnianie czynnej postawy wobec niepełnosprawności ($\beta=0,48$, $p<0,009$).

Otwartość, charakterystyczna dla ekstrawersji, umożliwia niepełnosprawnym komunikowanie wprost innym osobom swoich oczekiwań i, na zasadzie sprzężenia zwrotnego, zyskują oni szansę na bardziej autentyczne wsparcie i bezpośrednią mobilizację. Zwiększa to również ich

udział w funkcjonowaniu organizacji i umożliwia traktowanie przez inne podmioty organizacji jako osoby pełnowartościowe i mające wiele do zaoferowania organizacji.

Można podejrzewać, że preferencja innowacyjnej kultury organizacyjnej wiąże się ze sposobem traktowania przez tych niepełnosprawnych wszystkich zmian jako alternatywnych możliwości działania, nie zaś jako przeszkód, przed którymi należy się wycofywać lub je omijać.

Wiek wpływa na umiejscowienie w indywidualnym systemie aksjologicznym człowieka wartości, jaką jest zdrowie. Im wyżej badani niepełnosprawni cenią sobie własne zdrowie, tym bardziej są skłonni przyjmować postawy przeciwdziałające niepełnosprawności, przejawiając wysoki poziom aktywności.

W tabeli 7 zawarto model wyjaśniający przyczyny ujawniania się postawy wobec choroby rozumianej jako kara i obciążenie finansowe.

Tabela 7. Model korelacji dla postawy wobec choroby, pojmowanej jako kara i obciążenie finansowe, jako zmiennej zależnej ($R=0,37$; $R^2=17\%$)

Zmienna niezależna	Współczynnik regresji	Beta	Test	Istotność współczynnika regresji	
				t	p
Otwartość na doświadczenie	- 0,21	- 0,42	lewostr.	-3,17	0,04
Preferencja typu TP – partnerskiego kultury organizacyjnej	-0,17	- 0,29	prawostr.	3,18	0,008
Preferencja wartości – samodzielność*	0,24	0,46	prawostr.	3,22	0,005
Wyraz wolny	4,55				

*wartości instrumentalne

Tabela 7 przedstawia wyodrębniony w badaniu model kształtowania się postawy wobec choroby pojmowanej w kategoriach sankcji i obciążenia finansowego.

Stwierdzono, że otwartość na doświadczenie nie sprzyja ujawnianiu tego typu postawy ($\beta = -0,42$, $p < 0,04$). Ujawniania analizowanego typu postawy nie intensyfikuje (stwierdzona ujemna korelacja) preferencja partnerskiego typu kultury organizacyjnej ($\beta = -0,29$, $p < 0,008$). Wręcz przeciwnie, deklarowana wysoka ranga samodzielności w indywidualnej preferencji wartości instrumentalnych zwiększa szansę na wystąpienie tego typu postawy u badanych ($\beta = 0,46$, $p < 0,05$).

Interpretując przedstawiony w tabeli nr 7 model zależności, można przypuszczać, że osoby przejawiające wysokie nasilenie otwartości na doświadczenie ujawniają równocześnie predyspozycję do traktowania swojej niepełnosprawności lub choroby jako jednego z doświadczeń życiowych, które wymaga aktywnego ustosunkowania, a w mniejszym stopniu usprawiedliwienia (za takie można uznać traktowanie niepełnosprawności jako kary) i dlatego nie interpretują dysfunkcji jako istotnego obciążenia czy sankcji.

Akcentowanie samodzielności, jako istotnej wartości instrumentalnej sprzyja kształtowaniu się postawy ciemżonego, gdyż choroba jest przez takiego chorego pojmowana jako istotny element uzależniający od wspomagających go w jego niepełnosprawności oraz ograniczający lub wręcz uniemożliwiający swobodne wybory i decyzje.

Chory, doświadczając własnej podmiotowości może nabierać poczucia sprawstwa i możliwości wpływania na procesy zdrowienia, a to odsuwa spojrzenia na chorobę w kategoriach ograniczenia i bezwolnego poddawania się niepełnosprawności jako sankcji.

Wnioski

Badania potwierdziły istnienie związku pomiędzy preferencją określonych wartości a postawą wobec własnej choroby – niepełnosprawności.

Wykazano istnienie przyczynowego, choć nie całkowicie autonomicznego związku zmiennych, obejmujących preferencję wartości (występują również modyfikatory osobowościowe), w którym przypisywanie przez badanego wyższej rangi w zakresie wartości ostatecznych wewnętrznemu spokojowi i harmonii, a w dziedzinie wartości instrumentalnych – samodzielności, prowadzi do kształtowania się postawy wobec choroby pojmowanej jako cierpienie, przykrość, utrata wartości. Postawa taka charakteryzuje się raczej negatywnym stosunkiem do samego siebie, roz-

goryczaniem, poczuciem krzywdy, próbami obarczania bliskich odpowiedzialnością za leczenie i własną niepełnosprawność. Młodzież ujawniająca taki typ postawy częściej przyjmuje postawę pasywną i roszczeniową.

Z przyjęciem postawy charakterystycznej dla pojmowania choroby jako wartości duchowej, współwystępuje ekspozycja przez badanych następujących wartości instrumentalnych: uczynności i opanowania, a w dziedzinie wartości ostatecznych – zbawienia. Można sądzić, że wyodrębniony model zależności stanowi o próbie przewartościowania sytuacji, w jakiej znajdują się młodzi niepełnosprawni, korespondujący z wynikami analiz S. Sadowskiej²⁵ oraz rezultatami badań podejmowanymi w nieco odmiennych kontekstach empirycznych w odniesieniu do wyselekcjonowanych grup schorzeń narządu ruchu, a dotyczącymi problematyki postaw wobec własnej niepełnosprawności w koegzystencji z warunkami środowiskowo-organizacyjnymi²⁶.

W badaniach nie wykazano, by istniała zależność pomiędzy indywidualną hierarchią wartości a manifestowaniem przez badanych postawy wobec choroby – niepełnosprawności, charakterystycznej dla pojmowania jej w kategoriach korzyści i ulgi, co może być związane z istotnie modyfikującym (ujemnym) wpływem pozostałych zmiennych, wyodrębnionych w badaniu i charakteryzowanych w innych częściach pracy, m.in.: profilu osobowości, preferencji innowacyjnego typu kultury organizacyjnej, wieku oraz bogatej wiedzy o niepełnosprawności, a także jej genezie i metodach leczenia.

Interesującym dla praktycznego wymiaru niniejszego opracowania jest wykazany związek pomiędzy akcentowaniem przez badanych znaczenia wartości ostatecznej – zdrowie, a aktywną postawą wobec choroby, charakterystyczną dla interpretacji zmian, które powodują ujmowanie pełnej sprawności i zdrowia jako życiowego wyzwania.

Preferowanie przez badanych wartości instrumentalnej – samodzielność – współwystępuje, a dzięki wyodrębnieniu zależności przyczynowych można uznać, iż sprzyja ujawnianiu postawy wobec choroby, zwa-

²⁵ S. Sadowska, *Ku edukacji zorientowanej na zmianę społecznego obrazu osób niepełnosprawnych*, Toruń 2005.

²⁶ K. Dropowa, I. Solecka, K. Gerc, M. Figarska, *Dziecko niepełnosprawne ruchowo jako podmiot oddziaływań edukacyjno-wychowawczych w warunkach rehabilitacji szpitalnej*, „Postępy Rehabilitacji” nr 3/2000; G. Makiełło-Jarża, K. Gerc, *Konsekwencje psychologiczne niepełnosprawności ruchowej o podłożu neurologicznym w ujęciu rozwojowym*, „Przegląd Lekarski”, t. 55, nr 4/1998.

nej postawą ukaranego. Osoby, które cenią sobie autonomiczność oraz niezależność własnych egzystencjalnych i aksjologicznych wyborów, chorobę związaną z niepełnosprawnością postrzegają jako obciążenie finansowe i karę.

Bibliografia

- Brzozowski P. (1996), *Skala Wartości M. Rokeacha – podręcznik*, Warszawa.
- Brzozowski P. (1997), *Skala Wartości – Polska wersja testu Milтона Rokeacha*, [w:] *Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej*, red. R.Ł. Drwa, Lublin.
- Dolata E. (1991), *Aspekty filozoficzne psychologii wartości*, [w:] *Wykłady w KUL*, t. 5, Lublin.
- Dropowa K., Solecka I., Gerc K., Figarska M. (2000), *Dziecko niepełnosprawne ruchowo jako podmiot oddziaływań edukacyjno-wychowawczych w warunkach rehabilitacji szpitalnej*, „Postępy Rehabilitacji” nr 3.
- Ferguson G.A., Takane Y. (1999), *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*, Warszawa.
- Frankl V. E. (1984), *Homo patiens*, Warszawa.
- Friedman H.S. (2003), *Uzdrowiająca osobowość*, Gdańsk.
- Hollender M.H. (1987), *Psychologia w praktyce lekarskiej*, Warszawa.
- Jaspers K. (1990), *Filozofia egzystencji*, Warszawa.
- Kielanowski T. (1980), *Człowiek, jego ból, cierpienie i prawo do szczęścia*, Gdańsk.
- Makiełło-Jarża G., Gerc K. (1998), *Konsekwencje psychologiczne niepełnosprawności ruchowej o podłożu neurologicznym w ujęciu rozwojowym*, „Przegląd Lekarski”, t. 55, nr 4.
- Osińska K. (1990), *Umiejętność chorowania*, [w:] *eadem, Refleksje nad etyką lekarską*, Warszawa.
- Popielski K. (1996), *Wartości i ich znaczenie w życiu ludzi*, [w:] *idem, Człowiek – wartość – sens. Studia z psychologii egzystencjalnej*, Lublin.
- Sadowska S. (2005), *Ku edukacji zorientowanej na zmianę społecznego obrazu osób niepełnosprawnych*, Toruń.
- Sheridan Ch., Radmacher S.A. (1998), *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, Warszawa.
- Zawadzki B., Strelau J., Szczepaniak P., Śliwińska M. (1998), *Inwentarz osobowości NEO–FFI Costy i McCrae*, Warszawa.

Streszczenie

Postęp w dziedzinie nauk medycznych i humanistycznych otworzył nowe perspektywy rozwoju różnych, wspólnych dla tych dyscyplin, bardziej efektywnych form oddziaływań terapeutycznych, podejmowanych wobec dzieci i młodzieży niepełnosprawnych ruchowo i przewlekłe chorych.

Poznanie relacji zachodzącej pomiędzy indywidualną hierarchią wartości człowieka a jego postawą wobec własnej niepełnosprawności zyskuje dziś coraz istotniejsze znaczenie w postępowaniu leczniczo-rehabilitacyjnym. Stwierdzony fakt powoduje, że w ciągu ostatnich lat pojawiają się w dziedzinie naukowej dyskusji o niepełnosprawności ruchowej rozmaite koncepcje usprawnienia cyklu rehabilitacji i kształcenia młodzieży, posługujące się parametrami z wielu dziedzin nauk medycznych (głównie neurologii i rehabilitacji) oraz psychologii. Skuteczność proponowanych oddziaływań rozpatrywana jest współcześnie w perspektywie postaw, hierarchii wartości oraz utrwalonych wzorów zachowań młodych niepełnosprawnych.

Podjęcie analiz empirycznych, dotyczących uwarunkowań postaw wobec choroby młodzieży niepełnosprawnej ruchowo wydaje się być niezwykle istotne z przyczyn etycznych, psychologicznych oraz ekonomicznych. Wszystkie one wpływają na kreowanie ogólnej strategii pracy edukacyjno-terapeutycznej z tą grupą adolescentów oraz jej efektywność.

Artykuł zawiera prezentację wyników badań, przeprowadzonych przez autora na grupie 280 pacjentów z dysfunkcją narządu ruchu w wieku 16–19 lat. Interesujący dla praktycznego wymiaru przedstawianego opracowania jest wykazany związek pomiędzy akcentowaniem przez badanych znaczenia wartości ostatecznej – zdrowie a aktywną postawą wobec choroby, charakterystyczną dla interpretacji zmian, które powodują ujmowanie pełnej sprawności i zdrowia jako życiowego wyzwania. Implikacja ta jest ważna, ponieważ dla organizacji, odwołującej się w swojej misji do różnych wymiarów perspektywy szeroko rozumianego zdrowia, może oznaczać szansę skutecznego motywowania młodych niepełnosprawnych do podejmowania trudów rehabilitacji, a poprzez oddziaływania ukierunkowane na zmianę postaw może też stanowić cenne odniesienie profilaktyczne.

Dorota Ortenburger

Zastosowanie psychologii w leczeniu bólu

Wprowadzenie

Problematyka obejmująca modulującą rolę czynników psychicznych, mających znaczenie dla efektywności postępowania przeciwbólowego staje się w ostatnich latach przedmiotem coraz większego zainteresowania specjalistów z różnych dziedzin.

International Association for the Study of Pain (IASP) zaleca przeciwdziałanie rozwijaniu się i pogłębianiu poszczególnych zespołów bólu przewlekłego i w ten sposób ograniczanie skutków jego następstw. Odbywać się to ma drogą wielodyscyplinarnej diagnostyki i terapii chronicznego bólu ze zwróceniem uwagi nie tylko na aspekt somatyczny, ale również i celowość terapii psychologicznej. Na tę zalecaną wielokierunkowość składają się zarówno metody mieszczące się w ramach leczenia medycznego, jak i uczestniczenie w programach rehabilitacyjnych i terapii poznawczo-behawioralnej. Służyć to ma przywróceniu, podtrzymaniu lub zwiększeniu sprawności pomimo ewentualnego utrzymywania się dolegliwości bólowych.

W świetle literatury, w dotychczasowych badaniach nad radzeniem sobie z bólem przewlekłym nie ustalono jeszcze jednoznacznie, które z obszernej listy reakcji składających się na radzenie sobie z bólem i nieodłącznym stresem są najbardziej pomocne. W literaturze rozważanych jest wiele potencjalnych czynników o charakterze pozamedycznym, o których sądzi się, że pośrednio najprawdopodobniej wpływają zarówno na subdymensje algolo-

giczne, jak też na obciążające organizm człowieka przewlekłe i wyczerpujące reakcje stresowe spowodowane doznaniem bólowymi. Zagadnienie to stanowi fragment szerszego obszaru problemowego i ogólnego z pytaniem o to, czy poszczególne strategie radzące osłabiają (i w jakim stopniu) wpływ stresu na wskaźniki dobrostanu psychicznego. W świetle literatury strategie radzenia sobie różnicują poziom dobrostanu psychicznego, niezależnie od natężenia stresu życiowego. Istnieją rezultaty badań, które wskazują, że osoby stosujące aktywną strategię zadaniową (w obliczu kłopotów „mobilizują się i przystępują do działania”) uzyskują lepsze wskaźniki dobrostanu od osób stosujących bierne strategie emocjonalne lub poddające się w obliczu kłopotów, niezależnie od natężenia wartości subdymensji algologicznych. Szczególnie często rozpowszechnione u osób z bólem przewlekłym objawy depresji same w sobie bywają bowiem wtórnie działającym czynnikiem pogłębiającym dolegliwości bólowe [Dobrogowski, Kuś, Sedlak, Wordliczek 1996].

U pewnej grupy osób z dolegliwościami mięśniowo-szkieletowymi występują trudności z ogólną adaptacją, w tym szczególnie z zaakceptowaniem ograniczeń w trybie życia. Zauważalny bywa brak dostatecznej motywacji do podjęcia i kontynuowania rehabilitacji oraz czynnego uczestniczenia w programie przeciwbólowym. Reakcje na te sytuacje bywają bardzo zróżnicowane i zmienne w czasie. Często są między innymi negatywne emocje, wzmożona drażliwość, spadek poczucia szczęścia, agresja, problemy ze snem lub przeciwnie, reakcje innego typu, jak m.in. wola walki o poprawę samopoczucia i gotowość podjęcia potrzebnego do tego wysiłku. Jest to obszar problemowy, w którym IASP rekomenduje jak najpełniejsze wykorzystywanie wiedzy psychologicznej w trosce o efektywną terapię przeciwbólową.

Niniejszy artykuł poświęcony jest prezentacji fragmentu badań, dotyczących roli, jaką pełnią różne psychologiczne strategie radzenia sobie z bólem w sytuacji doświadczeń zaburzeń nocyceptywnych, w postaci przewlekłego bólu mięśniowo-szkieletowego.

Strategie radzenia sobie z bólem w świetle literatury

W świetle literatury z działy psychologii określanej jako psychologia zdrowia, czynniki istotne w procesie adaptowania się do trudnej sytuacji, którą jest zmaganie się z chronicznymi dolegliwościami kręgosłupa, związane są ze sferą poznawczą i emocjonalną, jak i konkretnymi przejawianymi

mi strategiami oraz przekonaniem zdrowotnymi [Heszen, Sęk 2007; Ville-mure, Bushnell 2002]. Istotne są zarówno procesy poznawcze już na etapie percepcji bólu i procesy uwagi, jak i bardziej złożone strategie poznawcze, takie jak przewartościowywanie znaczenia bodźców i inne. Rola przeżyć emocjonalnych jest ważna tak dla patogenezy, jak i przebiegu oraz powodzenia terapii w bólu przewlekłym. Na wzmożony odbiór odczuwanych dolegliwości wpływa stres, umiejscowienie kontroli oraz strategie radzenia sobie z bólem i chorobą. Z perspektywy pacjenta fakt, że czynniki te mogą w pewnej mierze podlegać świadomej kontroli, może mieć pozytywne praktyczne znaczenie. Świadczą o tym doniesienia w literaturze, mówiące o korzystnych efektach zauważanych przy stosowaniu dodatkowych (uzupełniających farmakoterapię) terapeutycznych oddziaływaniach psychologicznych, podejmowanych w postępowaniu przeciwbólowym. Proces ten bywa wykorzystywany w budowaniu określonych, korzystnych dla samopoczucia i ogólnego funkcjonowania strategii radzenia sobie z bólem (reprezentatywny przykład stanowi dystrakcja). Poznawcza ocena własnej sytuacji, w tym także własnych możliwości przeciwdziałania pogorszeniu samopoczucia, również wywiera wpływ na subdymensje algologiczne [Swinkels-Meewisse, Roelofs, Oostendorp, Verbeek, Vlaeyen 2006].

Strategie i przekonania zdrowotne w psychologicznym zespole bólu przewlekłego – fragment wyników badań własnych

Przedmiotem badań referowanych w niniejszej pracy była rola, jaką pełnią poszczególne strategie psychologiczne w sytuacji doświadczania bólu przewlekłego. Szukano odpowiedzi na pytanie, czy występują zależności pomiędzy rodzajem najczęściej wybieranej przez pacjenta strategii radzenia sobie z bólem przewlekłym a wybranymi miarami funkcjonowania psychospołecznego, takimi jak zadowolenie z własnego życia, niepożądane zmiany w formach aktywności w ciągu dnia, zaburzenia depresyjne.

W wyniku analizy danych (analizy korelacyjnej i analizy regresji) wyłoniono strategie statystycznie częściej występujące u tych spośród badanych osób, u których wystąpiły zaburzenia depresyjne. Badaniami objęto 52 osoby z rozpoznaniem bólu mięśniowo-szkieletowego (średnia wieku: mężczyźni 47,48; kobiety 17,13). Byli to pacjenci z regionu częstochowskiego lecący się w Zespólnym Szpitalu Miejskim.

Do badań strategii radzenia sobie z bólem zastosowano CSQ – Coping Strategies Questionnaire, który składa się z siedmiu skal: odwracania uwagi, reinterpretacji bodźca, aktywności behawioralnej, ignorowania doznań, modlitwy, katastrofizowania oraz podwyższonego poziomu aktywacji [Rosenstiel, Keefe1983]. W skład każdej z siedmiu skal strategii radzenia sobie z bólem wchodzi sześć stwierdzeń. Zadanie polegało na dokonaniu oceny częstotliwości postępowania w określony sposób w przypadku odczuwania bólu, tj. od 0–nigdy do 6–zawsze tak postępuję. Kwestionariusz CSQ posiada zadowalające własności psychometryczne, w tym oszacowaną zgodność wewnętrzną (α -Cronbacha całego kwestionariusza wynosi 0,80).

Tabela 1. Korelacje między poszczególnymi strategiami a zmianami w zakresie preferowanych życiowych aktywności oraz zadowoleniem z efektów terapii (n=52; $p < 0,05$)

Strategia radzenia sobie z dolegliwościami	Zachowanie aktywności życiowej na subiektywnie dobrym poziomie	Poczucie straty wynikające z utraty części aktywności	Zadowolenie z efektów leczenia bólu
Strategia reinterpretacji bodźców	-0,19	0,36	-0,09
Strategia ignorowania bodźców bólowych	0,17	-0,29	0,02
Strategia modlitwy/pokładania nadziei	0,29	0,19	-0,14
Strategia deklarowania panowania nad bólem (samookreślenia dotyczące radzenia sobie)	0,38	-0,39	-0,16
Strategia aktywności behawioralnej	0,06	-0,07	-0,07
Strategia przewartościowania znaczenia bodźców	0,01	-0,06	0,04
Strategia katastrofizowania	-0,39	0,59	0,08

W celu zbadania zmian w funkcjonowaniu psychospołecznym badanych pacjentów zastosowano kwestionariusz wywiadu semistrukturalnego, obejmujący pytania odnoszące się do poczucia panowania nad bólem i zmian w aktywności życiowej. Uzyskano szereg informacji na temat temporalnego wymiaru historii bólu u danej osoby oraz występowania ewentualnych zaburzeń snu. Część pytań odnosiła się do zmian w dotychczasowym funkcjonowaniu psychospołecznym, w tym ograniczeniu aktywności życiowej i występowaniu zaburzeń depresyjnych. Określono (w pewnym przybliżeniu) stopień zadowolenia badanych osób z efektów leczenia przeciwbólowego.

Uzyskane dane pozwoliły, w pewnej mierze, potwierdzić weryfikowaną hipotezę ogólną zakładającą istnienie związku pomiędzy poszczególnymi strategiami a wskaźnikami przystosowania. Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że u tych spośród badanych osób, u których dominuje strategia radzenia sobie z bólem polegająca na katastrofizowaniu, wystąpiły największe niekorzystne zmiany w aktywności życiowej. Dotyczą one zarówno obszaru kontaktów prywatnych, jak i zadaniowych (szkolnych i zawodowych). Osobom tym doskwiera wiele różnego typu trudności w codziennym funkcjonowaniu poznawczym i społeczno-zadaniowym, takich jak np. osłabienie motywacji do działania. Pacjenci ci zgłaszali również niezadowolenie z powodu odczuwanego zmęczenia pojawiającego się przy wykonywaniu codziennych czynności. Analiza wyników pokazała, że wśród osób, które przejawiają wspomnianą nieprzystosowawczą strategię katastrofizowania zaburzenia depresyjne występują częściej i są bardziej nasilone. Wyniki te budzą niepokój, ponieważ, zgodnie z doniesieniami z literatury, wystąpienie objawów depresji już samo w sobie stanowi istotny czynnik ryzyka zdrowotnego. Jest doświadczeniem destruktywnym, które dodatkowo może zmniejszać skuteczność postępowania przeciwbólowego [Villmure, Bushnell, 2002].

Prezentowane dane ujawniły szereg interesujących zależności. Strategia określana jako panowanie nad bólem okazała się współwystępować z zachowaniem pełniejszej aktywności życiowej ($r=0,38$ $p<0,05$), co logicznie wiąże się z drugą stwierdzoną korelacją, gdyż występuje ujemna zależność pomiędzy poczuciem utraty możliwości życiowych a panowaniem nad dolegliwościami ($r=-0,39$ $p<0,05$). W tym przypadku okazało się, że wyższy stopień subiektywnego poczucia – posiadanie kontroli nad swoimi dolegliwościami (w tym sensie, że potrafi się je zmniejszyć), koreluje ujemnie z poczuciem utraty w zakresie aktywności życiowej. Strategia polegająca na próbach wywołania korzystnej zmiany w samopoczuciu, poradzeniu sobie

z dolegliwościami za pośrednictwem sił nadprzyrodzonych (modlitwa do Boga), w świetle uzyskanych danych okazała się pozytywnie skorelowana z zachowaniem aktywności życiowej ($r=0,29$ $p<0,05$).

Na podstawie przeprowadzonych badań uzyskano rezultaty, które wskazują na występowanie wprawdzie niezbyt silnego, ale zauważalnego, statystycznego związku pomiędzy rodzajem dominującej u danego człowieka strategii radzenia sobie z bólem a stopniem ograniczenia ogólnej aktywności życiowej (wartości współczynników korelacji kształtowały się poniżej 0,50). W świetle otrzymanych danych zdecydowanie najmniej przystosowawczą strategią okazało się wyolbrzymianie problemu i katastrofizowanie. W grupie osób w najwyższym stopniu przejawiających ten sposób poznawczego radzenia sobie z dolegliwościami częstsze są zaburzenia depresyjne i kłopoty ze snem (przerywanym jednak nie tyle odczuwaniem bólu, co martwieniem się). Problemy ze snem to niestety przysłowiowa kropka nad „i” w obniżeniu poczucia zadowolenia z życia.

Zgodnie z literaturą, nagminne występowanie tych problemów u pacjenta jest świadectwem zaawansowanego etapu psychologicznego zespołu bólu przewlekłego, takiego, w którym zakłócenia rytmiki dobowej same wtórnie generują kolejne problemy w czasie dnia. Są to trudności z koncentracją, wzmożony egocentryzm, drażliwość, poczucie uwięzienia w pułapce. Dane te w pewnej mierze korespondują z wynikami z wcześniejszych badań nad rolą czynników poznawczych istotnych w przebiegu terapii bólu przewlekłego [Swinkels-Meewis, Roelofs, Oostendorp, Verbeek, Vlaeyen 2006]. Obecnie prezentowane badania dostarczyły danych wspierających tezę mówiącą, że bardziej lub mniej przystosowawcze strategie pełnią istotną (choć oczywiście odmienną) rolę dla pacjentów doświadczających przewlekłych dolegliwości, ponieważ modyfikują stopień zmian w ich funkcjonowaniu, szczególnie ograniczenia w aktywności życiowej. Aktualnie prezentowane rezultaty przeprowadzonych badań pokazują pewne ogólne tendencje, lecz wymagają dalszych badań.

Zakończenie

W literaturze fachowej podkreśla się, jak ważną rolę pełni czynnik temporalny, czyli czas, w jakim wdraża się lub intensyfikuje terapię przeciwbólową. U osób z zaburzeniami depresyjnymi obserwuje się bowiem pewną formę zniekształcenia poznawczego w postaci negatywnej ten-

dencyjności pamięci, wyrażającą się skłonnością do łatwiejszego przypominania sobie informacji o negatywnym wydźwięku emocjonalnym, aniżeli tych o pozytywnych konotacjach. Subiektywne poczucie pogorszenia własnego funkcjonowania intelektualnego oraz odczucie zmniejszenia ogólnych możliwości realizowania swych zadań życiowych to typowe skargi pacjentów.

Wiele spośród osób szukających pomocy w Poradni Leczenia Bólu oczekuje od psychologów odpowiedzi na pytanie, jakie czynniki psychiczne mogą okazać się pozytywne i korzystne dla pacjenta, w obliczu codziennych zmagania ze stresem towarzyszącym odczuwanym dolegliwościom. Często pada też pytanie o umiejętności psychiczne, które pozwoliłyby w przyszłości zachować dobrostan psychiczny lub osłabić jego spadek w razie spiętrzenia problemów ze zdrowiem. W świetle tych oczekiwań, wiele przemawia za kontynuowaniem badań, których przedmiotem byłyby interakcje zachodzące pomiędzy doświadczeniami nocyceptywnymi a stresem. Wydaje się, że wzrastająca i nadal rozwijana w nauce wiedza dotycząca przystosowawczych strategii, postaw i zachowań prozdrowotnych pomocnych w wypełnianiu życiowych ról, ma praktyczne znaczenie. Przewaga określonej strategii może stanowić potencjalne źródło zmienności różnic w skuteczności terapii przeciwbólowej u różnych osób o podobnym nasileniu bólu.

Część spośród pozamedycznych czynników wpływających na lepszą lub gorszą adaptację jest zdeterminowana biologicznie, w zasadzie niezmienna, ale niektóre mogą podlegać znacznym modyfikacjom, jak np. sytuacja rodzinna pacjenta czy poziom wiedzy o czynnikach wpływających na samopoczucie. Takie zmiany mogą odnosić się również do stopnia uświadamiania sobie profilu własnych, przejawianych przez siebie samego strategii radzenia sobie z bólem i stresem. Otwiera to pole oddziaływaniom terapeutycznym o różnym charakterze, w tym m.in. psychologicznym, socjalnym oraz psychospołecznym. W licznych publikacjach autorzy wskazują, że dzięki rozwojowi interdyscyplinarnej wiedzy na temat uwarunkowań i leczenia bólu pogłębiło się zrozumienie roli czynników pozamedycznych, istotnych w terapii bólu przewlekłego i że problem relacji psychika–radzenie sobie z bólem i stresem, będzie nadal intensywniej badany [Abraham, Conner, Jones F., O’Conor 2008; Heszen-Klemens 2000; Heszen-Klemens, Sęk 2007].

Dla wszystkich osób zainteresowanych efektywnością postępowania przeciwbólowego, czyli pacjenta, jego bliskich i zespołu prowadzącego postępowanie przeciwbólowe, praktyczne znaczenie może mieć fakt, że indywidualne cechy mogą powodować, że to, co przynosi dobry efekt u jednej osoby, nie

zawsze sprawdza się w przypadku innego pacjenta. Należy mieć nadzieję, że badania prowadzone wspólnie przez przedstawicieli różnych dziedzin nauki, sprzyjają pogłębieniu wiedzy użytecznej dla osób cierpiących z powodu bólu kręgosłupa i pozwolą zgromadzić wiedzę potrzebną do tego, aby wzbogacić metody prowadzące do większej aktywizacji pacjenta, by stanowiła przeciwwagę do bierności i czucia się ofiarą własnych dolegliwości. Wydaje się uzasadnione dalsze poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, które z poznanych i opisywanych w literaturze strategii radzenia sobie z bólem osłabiają (i w jakim stopniu) wpływ doznawanego stresu na wskaźniki dobrostanu psychicznego. Jest to szczególnie interesujące w odniesieniu do tych spośród nich, które wydają się stosunkowo podatne na zmiany oraz możliwość uczenia się tych strategii o przystosowawczym charakterze.

Bibliografia

Abraham Ch., Conner M., Jones F., O'Connor D. (2008), *Relating to patients* [w:] *Health Psychology*, London, s. 207–241.

Dobrogowski J., Kuś M., Sedlak K., Wordliczek J. (1996), *Ból i jego leczenie*, Warszawa.

Dobrogowski J., Wordliczek J. (2004), *Medycyna bólu*, Warszawa.

Heszen-Klemens I. (2000), *Radzenie sobie z chorobą – przegląd zagadnień*, [w:] *eadem, Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*, Katowice, s. 13–34.

Heszen I., Sęk H. (2007), *Psychologia zdrowia*, Warszawa.

McCracken L.M., Eccleston Ch. (2003), *Coping or acceptance: what to do about chronic pain?* „Pain” 103, s. 197–204.

Ortenburger D. (2004), *Ból i depresja*, [w:] Z. Gajda, *Ból i cierpienie*, „Acta Academiae Modrevianae”, Kraków, s. 26–34.

Ortenburger D. (2005), *Ból przewlekły a osobowość*, [w:] G. Makiello-Jarża, Z. Gajda, *Ból i cierpienie*, „Acta Academiae Modrevianae”, Kraków, s. 58–64.

Ortenburger D., Ortenburger A. (2008), *Personality predictors in depression at chronic musculoskeletal pain patients*, International Association for the Study of Pain, 12th World Congress on Pain, Glasgow, August 17–22.

Rosenstiel A., Keefe F.J. (1983), *The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment*, „Pain” 17, s. 33–44.

Swinkels-Meewisse I., Roelofs J. (2006), Oostendorp R., Verbeek A., Vlaeyen J., *Acute low back pain-related fear and pain catastrophizing influence physical performance and perceived disability*, „Pain” 120, s. 36–43.

Villemure C., Bushnell M.C. (2002), *Cognitive modulation of pain: how do attention and emotion influence pain processing?*, „Pain” 95, s. 196–199.

Mariusz Parlicki

Cierpienie w twórczości dramatopisarskiej Zbigniewa Herberta

Zbigniew Herbert znany jest szerokiemu gronu czytelników jako poeta i eseista. Jego dramatopisarstwo jest o wiele mniej popularne, ma też, w porównaniu z poezją czy eseistyką najskromniejszą prasę krytyczną. Należy upatrywać w tym przyczyny, że Herbert dramaturg jest o wiele mniej znany niż Herbert poeta czy Herbert eseista. Dlaczego apologeci jego twórczości poświęcają tak mało miejsca ocenie i analizie jego dramatów? Odpowiedzi na te i podobne pytania można upatrywać w tym, że Herbert dość wcześnie zaprzestał twórczości dramatopisarskiej, jak również w tym, że przełom lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych – złoty okres rozwoju polskiej dramaturgii współczesnej – został uwieńczony triumfem nowatorskich sztuk Tadeusza Różewicza i Sławomira Mrożka. Co za tym idzie, to właśnie ocena dorobku tych autorów stała się głównym przedmiotem analiz krytyków literackich i teatralnych. Nie znaczy to, że Herbert dramatopisarz nie został zauważony. Wręcz przeciwnie, jego sztuki cieszyły się uznaniem i dużym powodzeniem.

Niniejszy artykuł omawia problem cierpienia w twórczości dramatopisarskiej Herberta, a nie w jego poezji czy eseistyce. Dodatkowym argumentem jest fakt, na który zwraca uwagę J. Maciejewski, że dramaty Herberta są „przedłużeniem poezji”¹. Jeżeli tak, to warto poznać, jak owo

¹ J. Maciejewski, *Herbert w słuchowiskach radiowych*, „Literatura” 1973, nr 26.

przedłużenie w odniesieniu do problemu cierpienia dokonuje się w pięciu dramatach autora *Struna światła*.

Rafał Grupiński zauważa, że Herbert był poetą zrodzonym z cierpkich słów Koheleta, dzielnym nie dlatego, że swymi wierszami przerywał milczenie o świecie przemocy, lecz dlatego, że nieustannie podejmował się wysiłku mówienia o ludzkim cierpieniu. Uważa, że doświadczenie cierpienia w poezji Herberta ma różnoraki wymiar: „to niezrozumiałe po latach, pospieszne opuszczanie krainy dzieciństwa, to przeżycie zdrady przyjaciół czy kochanej osoby, to odkrycie mechanizmów władzy, którym się podlega, czy bezwzględnych praw historii, [...] to także znikomość pocieszenia, jakie nieść może refleksja w każdej z wymienionych powyżej sytuacji i tysiącu innych, które tak łatwo nam sobie wyobrazić, to słabość religii, której bezsilni kapłani podnoszą ręce ku zimnemu niebu, to cicha rozpacz, gdy opuszczają nas najbliżsi, gdy uświadamiamy sobie, że losy wszystkich są jednakowe, że wszystkie rzeczy zachowane na przeszłość są niepewne”². Uwagi Grupińskiego, choć odnoszą się do twórczości poetyckiej Herberta, z powodzeniem mogą zostać powtórzone w odniesieniu do jego twórczości dramatopisarskiej.

Andrzej Franaszek w książce poświęconej twórczości Zbigniewa Herberta³ zwrócił uwagę, że bohaterów herbertowskich utworów, w tym też dramatów, łączy cierpienie. Zauważył, że „cierpienie, w wielości swoich wcieleń i konsekwencji, staje się doświadczeniem centralnym”⁴ bohaterów Herberta, a w konsekwencji czytelników, którzy pragną zrozumieć sens utworów autora *Jaskini filozofów*. To bardzo cenna uwaga. Istotnie, lęki i obawy natury egzystencjonalnej Sokratesa w *Jaskini filozofów*, kalectwo Homera w *Rekonstrukcji poety*, samotne konanie staruszki w *Drugim pokoju*, doświadczenie brutalności życia i śmierć Lalka, a także pasmo nieszczęść, będące udziałem bohatera *Listów naszych czytelników*, to wszystko można zamknąć w jednym słowie – cierpienie.

Konsekwencją prezentacji bohaterów przez pryzmat cierpienia jest obnażenie ich ułomności. Franaszek wskazał te zjawiska i zachowania, w których ułomność bohaterów Herberta się ujawnia. Odsłania ją rozpacz, która się w nich budzi, gdy dostrzegają nieprawość porządku, jakim rządzi się świat, jak również wtedy, gdy myślą o nicości, bólu, kalectwie,

² R. Grupiński, *Nawet w nocy serce nie zazna spokoju. O poezji Zbigniewa Herberta*, www.grupinski.pl.

³ A. Franaszek, *Ciemne źródło. O twórczości Zbigniewa Herberta*, Londyn 1998.

⁴ *Ibidem*, s. 10.

które każą im wątpić w obecność sprawiedliwego Boga⁵. Warto tę myśl rozwiniąć, wskazać te partie utworów Herberta, w których ujawnia się sugerowana przez Franaszka ułomność bohaterów.

W *Jaskini filozofów* Sokrates mówi do swoich uczniów: „Jest w nas krew jasna i ciemna. Jasna obmywa nasze ciało i krzepi je. Określa kształt człowieka. Gromadzi się pod czaszką. Ciemna bije głęboko w piersi. Jest to źródło mętnych obrazów wróżbiarzy i poetów. Jeśli usłyszycie w sobie tętent, jest to głos ciemnego źródła. Kiedy dotrze do serca, nie ma ucieczki przed lękiem”⁶. Franaszek w kontekście tego cytatu zauważył, że „ciemna krew to ciemna strona egzystencji – rozpacz, lęk”⁷. Za głos ciemnego źródła uznał badacz cierpienie, które nieustannie towarzyszy ludzkiemu losowi, kwestionuje jego sens i przypomina o śmierci. Sokrates w dramacie Herberta słyszy wyraźnie „głos ciemnego źródła”, jest w o wiele większym stopniu przełkniętym perspektywą śmierci człowiekiem niż symbolem filozofa.

Adekwatne do zachowania Sokratesa jest zachowanie Homera w *Rekonstrukcji poety*. Również w przypadku antycznego wajdeloty Herbert zwrócił uwagę na fakt, że Homer jest tylko człowiekiem i swe tragedie przeżywa zwyczajnie, dramatycznie, po ludzku. W rekonstrukcji Homera szczególnie nacisk położył Herbert na wyeksponowanie jego kalectwa, ślepoty oraz wynikających z tych ułomności konsekwencji: lęku i rozpacz: „Kiedy mam oczy zamknięte, uspokajam się, ale trzeba je będzie w końcu otworzyć. [...] Badam twarz. Wszystko jest na miejscu. Oczy też są na miejscu. Obrzydliwe uczucie, gdy cię nagle opuszcza coś najbardziej twego”⁸. Rozpacz Homera sięga apogeum, gdy okazuje się, że Zeus Cudotwórca, w którego świątyni poeta błagał o przywrócenie wzroku, okazuje się bezsilnym posągiem: „W nocy poszedłem do świątyni i powtórzyłem prośbę. Głos się owinął wokół kolumn, odbił się od pułapu i płasko upadł pod nogi. Wdrapałem się na ołtarz i dotknąłem twarzy boga. Usta miał zamknięte jak muszla. Był ślepy, jak ja”⁹.

Dramaty o tematyce współczesnej to utwory, w których Herbert konsekwentnie konstruuje obraz bohatera cierpiącego i ułomnego.

⁵ *Ibidem*.

⁶ Z. Herbert, *Dramaty*, Wrocław 1997, s. 31.

⁷ A. Franaszek, *op. cit.*, s. 9.

⁸ Z. Herbert, *op. cit.*, s. 68.

⁹ *Ibidem*, s. 71.

W *Drugim pokoju* bohaterem tym jest „To, co jest za ścianą” – konająca staruszka. Choć nie wypowiada ani jednego słowa, choć nie pojawia się na scenie, to jednak ona jest głównym bohaterem, a jej samotność i śmierć głównym tematem tego dramatu. Zasadnicza różnica pomiędzy *Drugim pokojem* a dramatami wymienionymi powyżej polega na tym, że w utworze o sublokatorskim mieszkaniu cierpienie staruszki nie zostaje wyartykułowane przez nią samą, lecz jest zaznaczone działaniami i dialogami, które toczą małżonkowie – On i Ona. Ostatecznie zaś zaakcentowane cichą, samotną śmiercią. Poprzez opozycję młodość – starość, zostaje w *Drugim pokoju* ukazana ułomność staruszki, nawet szerzej – ułomność starości. Młode małżeństwo jest aktywne, perfidnie aktywne, jest młode i „piękne”, gdy tymczasem stara kobieta: „Pewnie leży w łóżku. Ostatnio źle wyglądała. Nie ubierała się. Cały dzień w szlafroku. Skórę miała żółtą i suchą. Ona już się pewnie nie poci i nie płacze. Śmierć to wysychanie. [...] Nawet zaschły jej oczy.[...] Ostatnio bardzo wyłysiała. [...] I chodzi tak, jakby związana była sznureczkami. Pociągnąć mocniej, a wszystko się rozsypie”¹⁰.

Tak, jak w *Drugim pokoju* cierpienie i śmierć staruszki ujawniają się poprzez działania i dialogi, które toczą ze sobą On i Ona, tak też w *Lalku* możemy wyczytać je jedynie z relacji pozostałych osób dramatu, pochylonych nad zmaltretowanym ciałem zabitego kolegi: „Jakoś tam weszli Lalek leżał na stole bez niczego. Miał krwawą pręgę od brzucha aż do szyi. Brodę przywiązaną bandażem. [...] Patrzyłem na niego. Zapach był zły”¹¹. Ten iście naturalistyczny opis jest na tyle sugestywny, że bezmiar cierpienia, które stało się udziałem Lalka nie jest trudny do uzmysłowienia. Słowa Matki jeszcze dobitniej go podkreślają: „Dobrym był dzieckiem – oni podeszli do stolika – grzecznie przeprosili – wyciągnęli w noc – bili po głowie – wszędzie – ludzie byli parę metrów – jego koledzy byli – nikt nie ratował – radio grało, pili – a on leżał parę metrów – oni nie wiedzieli – bili po głowie – wszędzie – kto bił – nawet nie krzyknął – tego nie wiedzą”¹². Samotna śmierć w niehumanitarnych cierpieniach, udręczone męką ciało Lalka, to główny bohater tego dramatu. Może brzmi to paradoksalnie, jednak trup Lalka w III części dramatu kreuje w równym stopniu rzeczywistość dramatyczną, co sam Lalek w części I i II.

¹⁰ *Ibidem*, s. 84.

¹¹ *Ibidem*, s. 146.

¹² *Ibidem*, s. 147.

W *Listach naszych czytelników*, ostatnim utworze dramatycznym Zbigniewa Herberta, po raz kolejny spotykamy bohatera, którego życie zostaje naznaczone piętnem cierpienia. Przejawami tego cierpienia są: śmierć żony, przymus zamiany mieszkania, w którym spędził całe życie, zmiana stanowiska pracy, a w konsekwencji zmiana zakładu pracy, która dokonuje się w wyniku fałszywych oskarżeń o nadużycia finansowe, utrata możliwości zaadoptowania dziecka, samotność, brak zrozumienia i pomocy ze strony przyjaciół, kolegów i wszelkiego typu instytucji, wreszcie osadzenie bohatera na przymusowe leczenie w szpitalu psychiatrycznym. To, że w wyniku takich doświadczeń księgowy z *Listów*, znoszący swe cierpienia wytrwale i z godnością, ostatecznie upada pod ich ciężarem, nie dziwi chyba nikogo. W końcu i tak wytrzymał wiele, a jest przecież nie jakimś herosem, tylko zwykłym człowiekiem: „uczciwy, skromny i bez wyrazu”¹³. Ten zwykły człowiek musi uznać swoją bezsilność wobec okrutnych praw, którymi rządzi się świat: „Ja już do niczego nie byłem zdolny. Wrak”¹⁴.

Andrzej Franaszek, pisząc o cierpieniu bohaterów Herberta zauważył, że „jeśli zatem życie można rozpiąć »między krzykiem narodzin a krzykiem śmierci« – a przyglądanie się ludzkiej egzystencji prowadzi do wniosku, iż krzykiem tym jest ona dogłębnie przeniknięta, to oddalenie od siebie cierpienia jest równoznaczne ze śmiercią – radykalną przemianą w kogoś innego”¹⁵.

Uwaga ta jest kolejną, bardzo cenną sugestią, istotną dla rozważań na temat cierpienia bohaterów dramatów autora *Epilogu burzy*, gdyż wszyscy oni przebywają tę drogę – od krzyku do milczenia. Do milczenia rozumianego dwojako, jako śmierci lub jako wielkiej wewnętrznej przemiany osobowości, zachowania, działania. Pierwszy aspekt milczenia staje się udziałem Sokratesa, konającej staruszki w *Drugim pokoju* i Lalka. Drugi zaś reprezentuje postawa przyjęta przez Homera w *Rekonstrukcji poety* i bohatera *Listów*. Sokrates swą drogę od krzyku do milczenia ujmuje w wykładzie, przedstawiając ją alegorycznie: „Śniło mi się, że usnąłem na dnie kamiennego wąwozu. Była noc. Cisza. Nagle usłyszałem zbliżający się tętent. Rósł. Ktoś pędził, aby mnie stratować. Naraz wszystko ucichło, jakby się oddaliło. Cisza”¹⁶. To ujęcie teo-

¹³ *Ibidem*, s. 166.

¹⁴ *Ibidem*, s. 163.

¹⁵ A. Franaszek, *op. cit.*, s. 225.

¹⁶ Z. Herbert, *op. cit.*, s. 31.

retyczne potwierdza rzeczywistość dramatyczna. Sokrates po wypiciu cykuty zaczyna mówić. Mówi prędko, chaotycznie, aż wreszcie zaczyna bełkotać. Nagle bełkot się urywa i nastaje cisza.

Tę samą drogę, którą od krzyku do milczenia pokonuje Sokrates, przebywa stara kobieta z *Drugiego pokoju*. Jej umieranie nie dociera jednak do nas w formie widocznego zdarzenia dramatycznego, a jedynie poprzez rozmowę, którą toczą ze sobą On i Ona:

On
[...] Czy słyszałaś coś?

Ona
Zdawało mi się, że ktoś krzyknął. Ale to pewnie na ulicy.

On
Pewnie na ulicy.

Ona
To był wysoki krzyk. Tak nawołują się młodzi.
Może mi się w ogóle przesłyszało.

On
Prawdopodobnie. Zresztą tam się już nic nie dzieje.

Ona
Myślisz, że to koniec?

On
Koniec czego?

Ona
Sam powiedziałeś, że się już nic nie dzieje.

On
To znaczy jest spokój.

Ona
Raczej cisza. Jeszcze inna niż wczoraj. Jak przepaść¹⁷.

¹⁷ *Ibidem*, s. 94–95.

Podobnie jak w *Drugim pokoju*, tak też i w *Lalku* przejście bohatera od krzyku do milczenia dokonuje się poza sceną. Jest ono jednak łatwe do zrekonstruowania przez kontrast, jaki zarysowuje się pomiędzy II a III częścią tego dramatu – Lalek bawiący się w „Stodole” i jego trup na stole szpitalnej kostnicy, gwar zabawy, krzyki, beztroska i milczenie, smutek, powaga. Brat Lalka, Żuk, tak samo, jak szekspirowski Hamlet, odkrywa prawdę, że „reszta jest milczeniem”:

G

[...] Żuk czesze Lalka i mówi

Żuk

Lalek powiedz, kto ci to zrobił. Powiedz, Lalek. Czemu nie mówisz?
Bratu możesz wszystko powiedzieć.

H

Potem odwraca się do nas i mówi

Żuk

On wszystko ze sobą zabrał¹⁸.

W *Rekonstrukcji poety* droga Homera od krzyku do milczenia została przedstawiona niejako droga od życia do śmierci. W dramacie tym milczenie, które staje się udziałem Homera, to pogodzenie się bohatera ze swym losem, ze swym kalectwem: „Bardzo ostrożnie zacząłem badać świat. Wszystko, co dotychczas o nim wiedziałem było nieprzydatne. [...] Trzeba było poznawać na nowo, zaczynając nie od Troi, nie od Achillesa, ale od sandała, od sprzączki przy sandale, od kamyka potrącanego niedbale na drodze”¹⁹. Konsekwencją tego ponownego osławiania świata staje się zmiana poetyki Homera. Poeta, który siedzi sam na najniższym stopniu świątyni Zeusa Cudotwórcy mówi: „Czasem myślę, że może uda mi się z nowych wierszy wyprowadzić nowych ludzi, którzy nie będą dodawali żelaza do żelaza, krzyku do krzyku, przerażenia do przerażenia. Można przecież ziarno do ziarna, liść do liścia, wzruszenie do wzruszenia. I słowo do milczenia”²⁰.

¹⁸ *Ibidem*, s. 149.

¹⁹ *Ibidem*, s. 73.

²⁰ *Ibidem*, s. 75.

W *Listach naszych czytelników* krzyk jest synonimem walki o prawdę, o pracę, o prawo do sprawiedliwej oceny, a milczenie to wyraz rezygnacji, bezsilności, klęski. W rozmowie z Dziennikarzem, On tłumaczy swój krzyk następująco: „Mówilem Panu o tym. Ja już nie mogłem spokojnie więc zacząłem krzycząc”²¹. Niestety, w *Listach* nawet wykrzyczana prawda nie jest w stanie wygrać z oszczerstwami. Bohater musi się poddać: „Ja już do niczego nie byłem zdolny. Wrak”²².

W rozważaniach na temat cierpienia w twórczości dramatopisarskiej Zbigniewa Herberta, warto przywołać uwagi zawarte w felietonie Andrzeja Kijowskiego *Próby czytane. Bohater Herberta*²³. Otóż Kijowski zauważył, że „Dramaty Herberta to redukcja do trupa, trup jest alternatywą rzeczywistości, która póty kłamie, póki trwa. Trup jest prawdziwy i uczciwy. Milczy, nie rusza się i trzeba się z nim rzeczywiście liczyć, ponieważ człowiekowi grającemu swą komedię nie ułatwia gry”²⁴. Istotnie, w dramatach Herberta w przypadku głównych bohaterów mamy do czynienia ze zjawiskiem redukcji do nieistnienia. Sokrates, zdaniem Kijowskiego, wita z radością tę redukcję. Poprzez spotkania z Wysłannikiem Rady, Żoną, Uczniami, Kolegą z klasy, Sokrates odrzuca kolejne maski, by ostatecznie w śmierci znaleźć „upragnione, zbawcze uprzedmiotowienie”²⁵. Podobnie czyni Homer. Pozbywa się kolejno tego, co go otacza, wszystkiego, co napisał, w co wierzy. Pozbywa się siebie jako twórcy epopei, przedmiotu literackich badań: „Siedzę na najwyższym stopniu świątyni Zeusa Cudotwórcy i zachwalam mały palec, tamaryszek, kamylki. Nie mam uczniów, ani słuchaczy. Wszyscy stoją zapatrzeni jeszcze w wielki pożar epopei. Ale to już dogasa. Niedługo zostaną tylko osmalone ruiny, które zdobędzie trawa. Ja jestem trawa”²⁶. Choć w omawianym dramacie Homer nie umiera, to jednak proces redukcji do trupa, o którym pisze Kijowski, dokonuje się w ten sposób, że w gruzy zostaje obrócony utarty mit antycznego poety.

W *Lalku* redukcja do trupa odbywa się stopniowo. Najpierw mamy do czynienia z szerokim opisem miasteczka, poznajemy jego historię, so-

²¹ *Ibidem*, s. 163.

²² *Ibidem*.

²³ A. Kijowski, *Próby czytane. Bohater Herberta*, „Dialog” 1972, nr 11.

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ Z. Herbert, *op. cit.*, s. 75.

cjologię i ekonomię. Następnie poznajemy poszczególnych mieszkańców, by ostatecznie zatrzymać się przy trupie tytułowego bohatera – przy trupie, który „zostaje wyniesiony nad wszystko, wokół którego zgromadzeni ludzie wydają się piękniejsi i lepsi, który skupia na sobie miłość i poezję, który jest piękny i nieskończenie, ostatecznie prawdziwy”²⁷. Poeta Teodor tak w swoim wierszu charakteryzuje rzeczzonego trupa:

[...] kiedy leży
w pochmurny sufit
twarz zwróciwszy
jest taki mądry i wyniosły...²⁸

W *Listach naszych czytelników* redukcji zostaje poddane życie głównego bohatera. Najpierw umiera mu żona, później traci prawo do zajmowanego dotychczas mieszkania, zostaje opuszczony przez kolegów, zawodzi się na przyjaciela, traci dotychczas zajmowane stanowisko w pracy, a później i samą pracę, zostaje zamknięty w szpitalu psychiatrycznym, nie otrzymuje prawa do adopcji Piotrusia. W wyniku tych doświadczeń bohater *Listów* – człowiek życiowo aktywny, popada w apatię. Mówi o sobie: „wrak”. Bohater traci wszystko to, co było dla niego istotne, cenne. Jego życie staje się namiastką życia. Nowa praca jest gorzej płatna, głupia i bez odpowiedzialności: „Ja nie mogę żyć bez czegoś poza moją pracę. Długo zastanawiałem się, gdzie mam wstąpić i zapisałem się do Polskiego Związku Filatelistów. Zbieram długie serie”²⁹. Bohater zbiera długie serie znaczków, tak długie, jak serie nieszczęść i upokorzeń, których doznał.

Reasumując powyższe oceny, należy stwierdzić, że w dramatach Herbert konsekwentnie konstruuje obraz bohatera cierpiącego. Główni bohaterowie jego dramatów to ludzie doświadczeni, naznaczeni cierpieniem. Wszyscy wykazują naturalną ludzką ułomność w obliczu nieszczęść i śmierci, przechodzą drogę od krzyku narodzin do milczenia, które jest równoznaczne bądź ze śmiercią, bądź z przemianą wewnętrzną. Ta przemiana z kolei jest bądź efektem pogodzenia się ze swym kalectwem i ze światem (Homer), bądź też wynikiem degradacji (bohater *Listów*). W przypadku wszystkich bohaterów omawianych dramatów mamy również do czynienia z redukcją do trupa w znaczeniu dosłownym lub me-

²⁷ A. Kijowski, *op. cit.*

²⁸ Z. Herbert, *op. cit.*, s. 149.

²⁹ *Ibidem*, s. 167.

taforycznym. W pierwszym znaczeniu tego słowa trupami stają się: Sokrates, Lalek i staruszka z *Drugiego pokoju*, natomiast w znaczeniu metaforycznym trupem staje się poddany przez Herberta zabiegowi demitologizacji, utarty w kulturowej świadomości wizerunek Homera, a także bohater *Listów naszych czytelników*, zniszczony przez tragiczny splot nie-szczęść i okrucieństwo ludzi.

Bibliografia

Herbert Z. (1997), *Dramaty*, Wrocław.

Franaszek A. (1998), *Ciemne źródło. O twórczości Zbigniewa Herberta*, Londyn.

Grupiński R., *Nawet w nocy serce nie zazna spokoju. O poezji Zbigniewa Herberta*, www.grupinski.pl.

Kijowski A. (1972), *Próby czytane. Bohater Herberta*, „Dialog”, nr 11.

Maciejewski J. (1973), *Herbert w słuchowiskach radiowych*, „Literatura”, nr 26.

Małgorzata Nawara

Komunikacja terapeutyczna personelu medycznego z pacjentem przewlekłe chorym

Komunikacja i jej funkcje

Wyraz „komunikacja” występuje w kilku znaczeniach, z których najbliższe semantycznie to:

- łączność,
- środki lokomocji,
- transport,
- porozumiewanie się.

Celem każdej łączności i wszystkich środków komunikacji osobowej czy transportowej jest porozumiewanie się w szerokim tego słowa znaczeniu.

Wieloznaczność jest w zasadzie pozorna, gdyż odnosiłaby się nie do istoty znaczeniowej i sensu lecz jedynie do materialnych środków jako nośników komunikacji. Język, według językoznawców, jest narzędziem komunikacji i w tym samym znaczeniu jej narzędziami są również samochody czy samoloty, telefon lub internet, ale też transportowany towar jako informacja nadawcy o posiadaniu tego towaru, który jest przesyłany czy też każde dzieło sztuki jako komunikat artysty będący informacją o jego świecie lub jakimś fragmencie tego świata. Bo to, czy komunikację nawiązujemy za pośrednictwem łączy satelitarnych, światłowodowych

czy elektrycznych, poprzez jakieś określone zachowania (gest, mimika itp.) czy dźwięki mowy, wydaje się drugorzędne. Istotą komunikacji jest potrzeba porozumiewania się. W trakcie tego społecznego procesu tworzą się więzi i nastroje, określony klimat sympatii bądź wrogości, przyjaźni, miłości lub niechęci.

Z tego wynika, że komunikacja jest naturalną potrzebą człowieka. Jest nawet koniecznością, jedną z najistotniejszych cech człowieczeństwa. Jak piszą autorzy *Relacji interpersonalnych* – Adler, Rosenfeld i Proctor, w ekstremalnych warunkach kontakt z drugą osobą jest niezbędny do przeżycia. Pewien amerykański oficer, będąc w niewoli wietnamskiej, wspominał później, że: „wraz z innymi jeńcami stworzyli tajny kod, za pomocą którego przekazywali sobie wiadomości, posługując się sygnałami: kaszlem, śmiechem, drapaniem i uderzaniem w ściany oraz wymachując praniem. Współtowarzysze niedoli byli skłonni raczej poddać się torturom, niż zaprzestać porozumiewania się”¹.

W tym aspekcie komunikacja jest konieczną potrzebą relacji interpersonalnych. Człowiek potrzebuje kontaktu, tak w zdrowiu, jak i chorobie. Wolność i zdrowie są warunkami określanymi jako normalne. Niewola czy choroba to sytuacje ekstremalne. Wspomniani wyżej autorzy przytaczają bardzo znamienne wypowiedź byłego jeńca, która pasuje do sytuacji pacjentów, zniewolonych swoją chorobą: „człowiek więcej wytrzyma, jeśli ma kontakt ze swoimi, którzy podobnie cierpią. Samotna odizolowana istota staje się słaba i nadwrażliwa”².

Człowiek jest twórcą komunikacji, ale też komunikacja kształtuje człowieka. Bez komunikacji ludzie przestają być sobą, a to jest warunkiem do zaistnienia komunikacji. Co to znaczy „być sobą”? W tym przypadku oznacza to: za pośrednictwem kontaktów z innymi tworzyć porozumienie, a w przypadku choroby dodatkowo walczyć z dolegliwością, porozumiewając się z personelem medycznym, współpracując z nim (czyli z innymi).

Jednakże komunikacja jest nie tylko potrzebą kontaktu z innymi ludźmi. Jest też potrzebą poznawania świata i oceniania. Występuje w trzech aspektach:

- jeżeli zaspokaja potrzebę kontaktów międzyludzkich w codziennej bezpośredniości, to powiemy, że ma aspekt praktyczny (pragmatyczny),

¹ R.B. Adler, L.B. Rosenfeld, R.F. Proctor II, *Relacje interpersonalne. Proces porozumiewania się*, Poznań, 2006, s. 6.

² *Ibidem*, s. 142.

- jeżeli zaspokajają potrzeby oświatowe, kulturalne czy poprzez turystykę, powiemy, że ma aspekt poznawczy,
- kiedy wymieniamy opinie w kwestiach religijnych czy świeckich wartości moralnych, artystyczno-estetycznych itp., to powiemy, że mamy do czynienia z aspektem aksjologicznym.

Jak na tle tych kilku skrótowo przytoczonych uwag wygląda komunikacja terapeutyczna, która w moim przekonaniu powinna być dobrym i właściwym porozumiewaniem się personelu medycznego z każdym pacjentem, a szczególnie z przewlekle chorym?

Gdyby jednym zdaniem próbować odpowiedzieć na to pytanie, to powiedziałabym że – przez komunikację terapeutyczną rozumiem integralną część leczenia pacjenta współlistotną, ale nie samodzielną i nie utożsamianą z psychoterapią. Lekarze i pielęgniarki nie powinny wyręczać psychoterapeutów.

Komunikacja terapeutyczna

Komunikacja terapeutyczna nie jest odrębną metodą leczenia, jaką jest psychoterapia. Powinna być:

- codzienną umiejętnością nawiązania odpowiedniego kontaktu z chorym,
- umiejętnością zajęcia wobec pacjenta odpowiedniej postawy,
- właściwym podejściem do pacjenta i jego rodziny,
- współuczestnictwem w procesie terapeutycznym czyli wspomagać leczenie i pielęgnowanie.

Jeżeli „muzyka łagodzi obyczaje”, to komunikacja terapeutyczna winna łagodzić negatywne emocje pacjenta, jego cierpienie, bezradność, poczucie krzywdy, lęki itp. Ma dodawać pacjentowi sił psychicznych w zmaganiach z chorobą, a w przypadkach ekstremalnych, chronić go przed wpadaniem w sytuacje jatrogenne.

Prof. Antoni Kępiński rozważania na temat relacji lekarza z pacjentem zaczyna od przytoczenia poglądu angielskiego psychiatry Balinta, według którego „najczęściej używanym lekiem w praktyce lekarskiej jest sam lekarz, (...) nieraz zdarza się, że ten sam lek u tego samego chorego zapisany przez lekarza X nie działa, a zapisany przez lekarza Y daje wspaniałe wyniki”³.

³ A. Kępiński A., *Rytm życia*, wyd. 4, Kraków–Wrocław 1983, s. 229.

Spostrzeżenia Kępińskiego dowodzą, jak ważne w leczeniu są cechy osobowościowe lekarza, a także pielęgniarek i całego personelu medycznego.

Komunikacja empatyczna jako współyterapia

Socjoemocjonalne relacje lekarza z pacjentem są przedmiotem podręcznika dla studentów i lekarzy autorstwa Beaty Tobiasz-Adamczyk⁴. Autorka pisze: „Szczególna rola przypada pielęgniarkom specjalistycznym w opiece nad chorymi np. przebywającymi na oddziałach intensywnej terapii, w pielęgnacji chorych dializowanych czy po transplantacji serca”⁵.

Prezentując tytułowe relacje, przytacza cztery modele: komunikacji, społeczno-kulturowy, medycznego przenoszenia i przyjacielski.

- 1) Model komunikacji polega na interakcyjnym przekazywaniu sobie werbalnych i niewerbalnych informacji. Ze strony personelu medycznego relacje z pacjentem mogą mieć charakter „biurokratyczny” albo empatyczny. Pacjent natomiast może chcieć albo nie chcieć współpracować.
- 2) W modelu społeczno-kulturowym pozycja personelu medycznego jest określana przez zawodowe kompetencje, wiedzę, autorytet oraz to, w jakim stopniu poświęca się pacjentom. Pozycja pacjenta jest trudniejsza, bo – jakkolwiek by była – stawia go zawsze w sytuacji człowieka uzależnionego od innych. Poza tym „bycie chorym” nie zawsze jest akceptowane przez pacjenta, co utrudnia komunikację.
- 3) Model medycznego przenoszenia nawiązuje do Freuda. Jest „przenoszeniem” uczuć z dzieciństwa. Lekarz czy inne osoby z personelu medycznego zachowują się w stosunku do pacjentów jak rodzice wobec swoich dzieci. Zachowania pacjentów bywają bardziej zróżnicowane.
- 4) Model przyjacielski pojawia się wtedy, kiedy między lekarzem i personelem medycznym a pacjentem nawiązują się relacje przyjacielskie. Na ich przeszkodzie stoi „potrzeba dystansu”. Jeżeli jednak lekarz zrezygnuje z pozycji autorytetu i przyjmie relację „twarzą w twarz”, to taka postawa może przybrać postać komunikacji tera-

⁴ B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Kraków 2002.

⁵ *Ibidem*, s. 101.

peutycznej. „Okazywanie ciepła, zainteresowania pacjentem, jego akceptację z charakterystycznymi dla niego uczuciami i postawami, umiejętność empatii – wczuwania się w doznania pacjenta, widzenie w pacjencie takiej samej osoby, jak on sam, [...] nie powoduje samo przez się wyleczenia choroby, [ale] może rzeczywiście pociągać za sobą pewne pozytywne zmiany w zdrowiu psychicznym i fizycznym”⁶.

Zachowania całego personelu medycznego mają w modelu przyjacielskim szczególnie znaczenie w relacjach z pacjentami chorymi przewlekle i z osobami niepełnosprawnymi. Postawy lekarza i personelu medycznego zgodne z modelem przyjacielskim najlepiej sprzyjają komunikacji empatycznej jako wspomagającej terapię.

W procesie porozumiewania się empatia nie jest warunkiem koniecznym, ale w niektórych sytuacjach (ekstremalnych) może ten proces ułatwiać i wspomagać. W komunikacji terapeutycznej personelu medycznego z pacjentem, wyjątkowo ważne jest wzajemne zrozumienie i porozumiewanie się, a sprzyja temu empatia okazywana choremu.

Literatura psychologiczna wyjaśnia to zjawisko jako współodczuwanie i rozumienie przechodzące najczęściej w zestrojenie własnych stanów psychicznych ze stanami innej osoby. Autorzy *Poradnika komunikowania się lekarza z pacjentem* wyróżniają dwa rodzaje empatii: emocjonalną i poznawczą⁷. Pierwsza polega na emocjonalnym reagowaniu na sygnały emocji przeżywane przez inną osobę. Sygnały te są wysyłane (świadomie lub podświadomie) do świata zewnętrznego, będąc emocją mogącą wyzwać u adresata (lub adresatów) podobne emocje. Druga – poznawcza – polega na dochodzeniu do zrozumienia sytuacji osoby przeżywającej i przewidywaniu jej reakcji. Wymaga ona najpierw zinterpretowania tej sytuacji, a następnie utożsamienia się (zestrojenia się) z nią.

W obu przypadkach jest to współprzeżywanie, przy czym pierwszy polega wyłącznie (lub głównie) na uczuciowości, a drugi na zracjonalizowaniu poprzez zrozumienie. Empatia emocjonalna byłaby przez to bliższa uczuciom określanym jako sentymentalne, poznawcza jest współodczuwaniem za pośrednictwem rozumu (intelektu).

Z mojej praktyki medyczno-zawodowej wynika, że taka względnie zrównoważona synteza tych dwóch typów empatii jest najwłaściwsza i najbardziej przydatna dla personelu medycznego.

⁶ *Ibidem*, s. 63.

⁷ M. Hebanowski, J. Kliszcz, B. Trzeciak, *Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem*, wyd. 2 poszerzone, Warszawa 1999, s. 66–67.

Oczywiście, rozważania te mają charakter czysto teoretyczny. W rzeczywistości medycznej praktyki, w poszczególnych fazach tego procesu raz może przeważać czynnik uczuciowy (emocjonalny), w innym momencie poznawczy (racjonalny) i oba mogą występować z różnym natężeniem.

Obowiązek zawodowy personelu medycznego nakazuje dostrojenie się do zmieniającego się nastroju pacjenta, do jego wrażliwości i oczekiwań. Sądzę jednak, że dominować winna empatia poznawcza, albo względnie zrównoważona poznawczo-emocjonalna, żeby zaspokoić potrzeby pacjenta zarówno natury medycznej, jak i psychologicznej. Kierując się samymi emocjami trudno byłoby osiągać cele terapeutyczne. Pacjent mógłby odczytywać emocje jako litość, co wpływałoby negatywnie na jego samopoczucie i obniżało lub całkiem niwelowało, chęć walki z chorobą.

Komunikacja werbalna i emocjonalna z chorymi zwłaszcza przewlekle, źle rokującymi, a przy tym bardzo cierpiącymi stanowi często główne narzędzie terapii. Tacy pacjenci oczekują od całego personelu medycznego nie tylko fachowości, ale też duchowego pocieszenia, opiekuńczości i doradztwa. Komunikacja empatyczna wymaga spojrzenia na chorego z jego perspektywy i zaakceptowania jego punktu widzenia, a ten zawsze będzie inny od naszej percepcji chorego i jego świata.

W kontekście tego tematu zwracają uwagę pozytywne i negatywne aspekty empatii. Do aspektów pozytywnych należą:

- empatia usprawnia porozumiewanie się z chorym człowiekiem,
- pozwala lepiej go zrozumieć,
- pomaga lepiej zrozumieć siebie,
- odciąża zawodowo: „im bardziej empatyczny lekarz – tym mniej jest obciążony pracą” – piszą autorzy⁸ w formie wniosku wynikającego z badań.

Aspekt negatywny stanowi ostrzeżenie. Empatia jest pomaganiem, a każde pomaganie w dłuższym okresie czasu męczy⁹ i może prowadzić do depersonalizacji, dodatkowych stresów itp., a w konsekwencji do wypalenia zawodowego. Aby się tego ustrzec, proces komunikacji empatycznej należy poddawać ciągłej samokontroli.

Prof. Andrzej Szczeklik na spotkaniu promocyjnym swojej książki pt. *Kore*, zorganizowanym w Audytorium Maximum UJ 7 października 2007 r., mówił: „zatraciliśmy duszę medycyny, a wykonywanie zawodu

⁸ *Ibidem*, s. 69.

⁹ j. Fengler, *Pomaganie męczy. Wypalenie w pracy zawodowej*, Gdańsk 2001.

medycznego, to nie tylko leczenie dolegliwości, ale także leczenie duszy chorego, [...] znakomici lekarze to potrafią [...], ale jak to robić – ja nie wiem”.

Ale, nieco wcześniej, udzielając wywiadu „Polityce”, powiedział, że najważniejszą cechą lekarza jest „swoista wierność okazana drugiemu człowiekowi, solidarność, po prostu bycie z chorym [...] na co dzień – choćby uśmiech, przyjazny gest, kilka słów zainteresowania [...], bo słowo może być lekiem”¹⁰.

Tytuł książki *Kore* nawiązuje do greckiego mitu o duszy widzianej w źrenicy oka. Według prof. Szczeklika jest to przednaukowy, genialny pomysł Greków.

Wisława Szymborska, obecna na spotkaniu, mówiła: „Duszę się mie-wa. Nikt nie ma jej bez przerwy”¹¹. Z własnego doświadczenia wiem, że w trakcie wykonywania czynności medycznych, trzeba swoją „duszę” mieć zawsze w pogotowiu, bo komunikacja empatyczna jest najkrótszą drogą dotarcia do duszy pacjenta.

Psychologowie twierdzą, że empatii można się nauczyć, ale bez względu na włożony w to wysiłek, tylko się do niej zbliża, ponieważ absolutna empatia jest niemożliwa do osiągnięcia.

Empatii nie należy mylnie utożsamiać ze współczuciem, które, owszem, polega na rozumieniu drugiego człowieka, ale współczując jest się „obok”, na zewnątrz, mniej zaangażowanym.

Wchodząc z drugim człowiekiem w komunikację empatyczną, wchodzimy niejako „w jego skórę”, przejmujemy jego uczucia jako własne, wchodzimy w jego wnętrze – jest to trudniejsze i bardziej angażujące. Przy tym potrzebna jest samokontrola. Empatia *vel* komunikacja empatyczna może, ale nie musi, prowadzić do stanu wypalenia zawodowego. Potwierdzają to moje badania i podpowiada własne doświadczenie zawodowo-medyczne.

¹⁰ „Na co chorują lekarze?”, rozmowa z prof. A. Szczeklikiem z Col. Med. UJ, „Polityka” nr 40, 6 X 2007, s. 34.

¹¹ W. Szymborska, *Trochę o duszy* [w:] *eadem, Chwila*, Warszawa 2002.

Komunikacja niewerbalna w ujęciu Z. Nęckiego

W książce pt. *Komunikowanie międzyludzkie*, Zbigniew Nęcki sporo miejsca poświęca komunikowaniu niewerbalnemu. Według niego, polega ono na specyficznym fenomenie, którego funkcje należy rozpatrywać „w całości komunikacji”¹².

W pracy tej autor przedstawia główne nurty badawcze na świecie, pytania, jakie stawiają psychologowie, socjologowie, antropolodzy (Scherer i Wallbott, Knapp, Ekman i Friesen, Argyle, Patterson i in.). Przytacza – za większością światowych ekspertów komunikacji niewerbalnej – dzieśięć rodzajów tego zjawiska: gestykulacja, mimika twarzy, kontakty fizyczne, wygląd fizyczny, dźwięki i przydźwięki paralingwistyczne, kanał wokalny, wymiana spojrzeń, dystans między rozmówcami, pozycja ciała w trakcie rozmowy, organizacja środowiska (architektura wnętrza – w przypadku gabinetu lekarskiego komunikatem jest np. pozycja biurka i układ mebli). Ale wszystkie te znaki i sygnały niewerbalne są „nieostre”, mniej precyzyjne w przeciwieństwie do werbalnych, które są wyraźniejsze i arbitralne. Z. Nęcki zauważa, że wiele zadań niewerbalnych wymyka się naukowemu opisom. Podaje przykładowo uśmiech, którego jednoznaczność trudno uchwycić – może być bowiem objawem przyjaźni czy sympatii albo sposobem manipulacji. W obu wypadkach wygląda podobnie lub tak samo, mimo że intencje są różne.

Zachowania niewerbalne mogą być przejawem dominacji¹³. W przypadku personelu medycznego takie zachowania musiałyby działać na pacjentów repulsywnie, a więc nieterapeutycznie. Pacjenci chcą ufać personelowi medycznemu i nawiązać z nim pozytywne relacje, a dominacja manifestowana przez lekarza czy pielęgniarkę wywoływałaby negatywne emocje, które uniemożliwiają każdą komunikację interpersonalną. Pacjenci są nader często przewrażliwieni. Kiedy nie ma przy nich nikogo bliskiego, oczekują, że to ktoś z personelu medycznego, np. lekarz, uściśnie ich ramię i pocieszy¹⁴.

¹² Z. Nęcki, *Komunikowanie międzyludzkie*, Kraków 2000, s. 185.

¹³ *Ibidem*, s. 200–202.

¹⁴ *Ibidem*, s. 207.

Rozmowa z chorym jako wspóółterapia

Komunikacja niewerbalna jest bardzo ważna i nie wolno jej lekceważyć. Informacje o niej i jej zbawiających albo złych skutkach trzeba propagować na szkoleniach i wprowadzać do programów studiów medycznych. Wiedza dotycząca komunikacji niewerbalnej jest bowiem niewystarczająca, o czym świadczy spora część błędnych odpowiedzi lub ich brak na jej temat w przeprowadzonym przeze mnie badaniu. Jeżeli dla części personelu medycznego, zwłaszcza pielęgnarskiego, pojęcie „komunikacji niewerbalnej” jest niezrozumiałe lub źle pojmowane, to i jej znaczenie jest niedoceniane, i – choć wynikające nie ze złej woli – może przynosić szkodliwe dla pacjenta skutki, tym bardziej szkodliwe, bo nieuświadamiane.

Warto podkreślić, że komunikacja werbalna stanowi równie ważną i na ogół świadomą formę kontaktów interpersonalnych. Jak ważna jest **rozmowa** personelu medycznego z pacjentem przekonują, z różnych punktów widzenia (psychologicznego, medycznego, filozoficznego i teologicznego), wybitni krakowscy specjaliści w książce pt. *Sztuka rozmowy z chorym*¹⁵. Ogromną wartością tych tekstów jest odwoływanie się autorów do wieloletniej praktyki zawodowej związanej z człowiekiem chorym lub umierającym. A każda myśl teoretyczna wywodząca się z praktyki staje się bardziej wiarygodna i zyskuje na wartości.

Czy każda rozmowa jest sztuką? W codzienności potocznej komunikacji interpersonalnej oczywiście nie każda rozmowa jest, ani nie musi być artystycznym wyczynem, ale w trakcie porozumiewania się z pacjentem – każda. Tytuł książki – *Sztuka rozmowy z chorym*, znajduje uzasadnienie m.in. w tekście wybitnego anestezjologa i uznanego autorytetu w dziedzinie resuscytacji prof. Marka H. Sycha. Sztuką nazywa rzetelną rozmowę, w której prawda i rozsądna informacja o rokowaniu będzie podana w taki sposób, żeby nie narazić pacjenta na stres.

Pytania i odpowiedzi, przesłania i główne wątki myślowe tej zbiorowej pracy są następujące:

- Czy, jak i jaką (którą?) mówić choremu prawdę?
- Czy i jak rozmawiać z chorym (zwłaszcza w fazie terminalnej) na temat śmierci, żeby to była terapia duchowa?
- **Rozmowa z chorym jest najtrudniejszym zadaniem dla personelu medycznego. Jak mu sprostać?**

¹⁵ *Sztuka rozmowy z chorym*, pod red. A. Grajcarek, Kraków 2001.

- Jedni intuicyjnie potrafią **rozmawiać**, inni muszą się tej sztuki nauczyć i głównie dla nich jest ta książka.
- Podstawowym budulcem rozmowy jest **słowo**, które ma siłę magiczną zwłaszcza w terapii. Może dawać nadzieję, być lekarstwem i uzdrawiać. Świadomie czy czasem nieopatrznie wypowiedziane złe słowa mogą szkodzić każdemu, a choremu przede wszystkim, działać jak trucizna, mogą zabijać.
- **Rozmowa** z chorym ma być przejawem pomocy, empatii, wsparcia itp.
- Techniczna aparatura medyczna jest dobrodziejstwem, ale staje często na przeszkodzie komunikacji z pacjentem. Najdoskonalszy aparat nie zastąpi człowieka, nie zastąpi **rozmowy**, gestu, uśmiechu itp.

Z punktu widzenia komunikacji terapeutycznej, dwa problemy dotyczące rozmowy z chorym wydają się najważniejsze: sposób jej prowadzenia i temat. Kontrowersyjne z kolei są od zawsze dwa tematy: mówienie prawdy i rozmowa na temat śmierci. Tematy te stanowią bowiem dylemat wynikający z kłopotliwej sytuacji, która polega na konieczności podejmowania trudnego wyboru między dwiema możliwościami, których skutków nigdy nie można z góry przewidzieć.

Co jest prawdą w medycynie? Statystyki? Doświadczenie? Może naukowa empiryczna wiedza? Wszystkie te elementy są jednak zmienne. Statystyki ulegają dezaktualizacji. Doświadczenia są różne. Dane empiryczne także podlegają weryfikacji.

Dylemat: czy powiedzenie choremu terminalnie, zgodnie z naukową wiedzą medyczną i własnym doświadczeniem zawodowym, że wkrótce umrze jest słuszne? To pytanie prowokuje do postawienia następnego, już wyraźnie retorycznego: czy w czasach, kiedy rozwój nauk nie tylko medycznych zmierza coraz bardziej w kierunku wąskich specjalizacji, jest w ogóle możliwe, żeby jeden człowiek, choćby genialny uczony praktycznie dysponował na co dzień całokształtem wiedzy w zakresie nauk medycznych?

Mówienie choremu – nawet orientacyjnie i na jego wyraźną prośbę – o terminie śmierci, jest porównywalne z wydawaniem przez sąd wyroku na oskarżonym. Taki krok może okazać się fatalny w skutkach. Ani personel medyczny, ani nikt inny nie ma prawa podawać choremu przybliżonego terminu śmierci, gdyż zadaniem tego środowiska jest leczenie i opiekowanie się pacjentem. Tym czynnościom ma być podporządkowane wszystko inne, w tym też sposób rozmowy i dobór właściwych słów. Powiedzenie o jedno niezręczne słowo za dużo, obniżając psychiczną odporność pacjenta, może przyspieszyć jego śmierć.

Na wspomnianym już spotkaniu promocyjnym książki prof. Andrzeja Szczeklika, obecny tam transplantolog Andrzej Bochenek mówił: „Na studiach nikt przyszłych lekarzy nie uczy obcowania ze śmiercią”. Dodam od siebie, że pielęgniarzek również.

Prawda a nadzieja według A. Szczeklika

Trafnie związek prawdy z nadzieją ujął prof. A. Szczekliki, mówiąc: „Lekarz nie powinien ukrywać prawdy przed chorym. Ale też chory nie powinien nagle usłyszeć od lekarza całej okrutnej prawdy. Istota tkwi w tym, by tę prawdę przekazać w odpowiedni sposób. Trzeba się do niej zbliżać wraz z chorym stopniowo i niekoniecznie zawsze do samego końca. Za żadne skarby świata nie możemy odebrać nadziei. Ona jest czarodziejką posiadającą magiczną władzę, której każdy pacjent i jego rodzina chwytą się jak tonący koła ratunkowego, jest potężną siłą, która pozwała stawiać czoła chorobie”¹⁶. Sama możliwość usłyszenia „okrutnej prawdy” budzi u różnych osób poziom pogotowia lękowego¹⁷. Jest to najczęściej lęk przed śmiercią – swoją lub bliskich.

Przy całej swojej patetyczności i stylistycznej metaforyczności – ujęcie tego problemu przez Szczeklika wydaje się najśluszniesze. Trzeba jednak pamiętać, że praktyka medyczna w dalszym ciągu będzie wyglądała tak, iż decyzję o tym, co, jak, ile i komu powiedzieć, będzie podejmował konkretny człowiek w konkretnej sytuacji – raz będzie to decyzja trafna i słusna, innym razem błędna.

Jak można obłaskawić śmierć?

Czy i jak rozmawiać z chorym o śmierci? Czy można rozmową obłaskawić śmierć?

Śmierć jest obecna w mitologiach i religiach, jest motywem literackim i artystycznym, różnie o niej mówią różni filozofowie, jest przedmiotem nauk przyrodniczych, w tym medycyny.

¹⁶ „Na co chorują lekarze?”...

¹⁷ A. Kępiński, *Lęk*, Warszawa 1987, s. 78–81.

Mimo podejmowania różnych prób tłumaczeń czy argumentów, można stwierdzić, że żaden z tych języków (teologiczno-religijny, literacko-artystyczny, filozoficzny czy ściśle naukowy) nie gwarantuje rozmowy prostej i bezpośredniej. O śmierci mówi się albo patetycznie, w uniesieniu religijnym lub poetycko-artystycznym, albo wcale (tabu).

Współcześnie dodatkową trudnością jest swoiste zjawisko cywilizacyjno-kulturowe, które polega na eliminowaniu śmierci ze świadomości społecznej. Każdemu z nas, także personelowi medycznemu, z wielkim trudem przychodzi mówienie o śmierci prostym, odważnym językiem. Śmierć to temat zaniedbany i najczęściej unikany. Dlatego zetknięcie ze śmiercią jest tak neurotycznie bolesne, ponieważ nasza cywilizacja stwarza iluzję jej nieobecności.

Interesującą próbą obłaskawienia śmierci w epoce średniowiecza był malarski motyw tańca śmierci (fr. *danse macabre*). Obrazy te miały charakter ludyczny, żartobliwie podkreślając nieuchronność śmiertelnego losu. Psychologia tej alegorii polegała na tym, by w sposób lekki i szyderczy potraktować problem śmierci, przynosząc ulgę zaleknionym.

Z jakim skutkiem należy dzisiaj obłaskawiać śmierć w rozmowie z chorym? Odpowiedzi mogą być różne. Prof. Józef Lipiec uważa, że poprzez serię wielokrotnych rozmów personelu medycznego z pacjentem trzeba i można śmierć obłaskawiać¹⁸.

Medyczny kodeks komunikacji z pacjentem, czyli czego przestrzegać, a czego się wystrzegać w rozmowie i zachowaniu

- JĘZYK jest podstawowym narzędziem komunikacji werbalnej. Rozmowa wymaga wspólnego języka. W rozmowie z pacjentem należy wystrzegać się języka dla niego niezrozumiałego, ponieważ to utrudniałoby współpracę w leczeniu. Język ma w tym wypadku trzy aspekty: (1) poziom intelektualny, (2) używanie terminologii profesjonalnej, (3) stosowanie w mowie stereotypów.
- Personel medyczny powinien umieć dostosować się do poziomu intelektualnego pacjenta. Nie znaczy to, że jeśli pacjent mówi gwarą, to lekarz i pielęgniarka też muszą posługiwać się takim językiem. Cho-

¹⁸ j. Lipiec, *Teoria rozmowy z chorym*, [w:] *Koło etyczne*, Kraków 2005, s. 101–122.

dzi o to, by mówić językiem na tyle prostym, żeby zostać zrozumianym. Jeżeli zaistnieje konieczność zastosowania w rozmowie terminu fachowego, to należy go dobrze wyjaśnić, opisać jego znaczenie, uczynić go zrozumiałym na poziomie możliwości percepcyjnych pacjenta. Powinno się wystrzegać używania stereotypów, które na ogół mają znaczenie banalne i mogą tylko zakłócać komunikację.

- **PODMIOTOWOŚĆ W ROZMOWIE** jest istotna dla pacjenta. Personel medyczny powinien wystrzegać się traktowania chorego przedmiotowo (jak numer czy jednostkę chorobową). Pacjent musi czuć się partnerem dialogu, czyli podmiotowo.
- **LĘK KOMUNIKACYJNY** występuje także po stronie personelu medycznego. Należy wyzbyc się lęku komunikacyjnego w interakcji z człowiekiem bliskim śmierci. Nie należy też uciekać od rozmowy o śmierci (nie zmieniać tematu) jeżeli pacjent taką rozmowę podejmuje z własnej inicjatywy.
- **PRAWDA A NADZIEJA.** Powinno się wystrzegać takiego mówienia prawdy, które pozbawia chorego nadziei, czyli mówić w sposób wyważony. Nie okazywać bezradności medycyny, nawet w tych konkretnych sytuacjach, kiedy lekarz ją subiektywnie dostrzega, żeby nie odbierać choremu nadziei.
- W medycynie nie istnieje prawda absolutna. Istnieją prawdy statystyczne danych jednostek chorobowych czy konkretnego oddziału szpitalnego, prawdy doświadczeń zawodowych danego lekarza, prawdy innych pacjentów o podobnych schorzeniach na tym samym oddziale itp. Konkretnie, najgroźniejsze nawet schorzenie danego pacjenta nie musi się mieścić w żadnej większości statystycznej, nie musi się zgadzać z dotychczasowym doświadczeniem lekarza, nie mówiąc już o opiniach innych pacjentów. Personel medyczny nie powinien ulegać panice ryzyka.
- **ZŁY HUMOR** trafia się każdemu człowiekowi. Personel medyczny powinien wystrzegać się przenoszenia złego humoru, wynikającego z niepowodzeń życia prywatnego, na grunt pracy zawodowej, ponieważ może się on udzielać pacjentom.
- **DYSTANS** w komunikacji interpersonalnej może mieć różne oblicza. Personel medyczny powinien się wystrzegać zobiektywizowanego dystansu w stosunku do pacjenta na rzecz budowania terapeutycznej, subiektywnej bliskości z nim.
- **MANIPULACJA SŁOWEM** jest częstym narzędziem stosowanym w walce politycznej oraz na wielu innych płaszczyznach życia spo-

łecznego (zawodowego czy prywatnego). Nikt z personelu medycznego nie powinien stosować manipulacji komunikacyjnej. Nie należy traktować rozmowy jako możliwości manipulowania pacjentem.

- **QUASI-ROZMOWY** są prowadzone często w polityce, dyplomacji, czy na salonach. W dialogu z chorym nigdy nie należy być na zewnątrz relacji. Nie powinno się dopuszczać do wymiany słów jako pustych dźwięków, choćby były gładkie, uprzejme i poprawne stylistycznie, czyli nie prowadzić quasi-rozmów, tylko rozmowy szczere i otwarte.
- **ZACHOWANIA NIEWERBALNE** bywają świadome i nieświadome. Personel medyczny podczas pracy z pacjentem powinien wystrzegać się semantycznie pustych gestów oraz uważać na swoje zachowania niewerbalne. Nieświadomość zachowań niewerbalnych może być często niezawinionym analfabetyzmem. Niewiedza z tego zakresu może przynosić bardzo negatywne skutki dla procesu terapeutycznego.
- **WYPALENIE ZAWODOWE** jest groźne w każdym zawodzie, w którym fundamentem działania profesjonalnego jest współpraca z innym człowiekiem. W zawodach medycznych wydaje się ono tym groźniejsze, że może skutkować pogorszeniem się stanu zdrowia obu stron relacji interpersonalnej, a w przypadkach ekstremalnych może przyspieszyć zgon chorego terminalnie. Wypalenie ma więc aspekt etyczno-humanistyczny. Personel medyczny (lekarski i pielęgniarz) powinien wystrzegać się nadmiernego stresu i nie wpadać w procesie komunikacji empatycznej w niekontrolowaną przesadę. Trzeba wypracować w sobie umiejętność samokontroli własnego stanu zdrowia psychicznego. Stres – jak przekonująco radzi H. Selye – trzeba „okiełznać”. Jest to troska o samego siebie, właściwie pojmowany swoisty egoizm, który ma strzec funkcji obronnych własnego organizmu po to, żeby móc dłużej wykonywać zawód zgodnie z jego altruistycznym powołaniem, dłużej być pomocnym pacjentowi i nie dać się przytłoczyć wymaganiom emocjonalnym narzuconym przez sytuacje zawodowe. Choć jest to zadanie trudne, to jednak konieczne i możliwe do wykonania. Sztuka polega na znalezieniu swego kompromisu między nadmiernym dystansowaniem się a rozluźnieniem emocjonalnych więzi i nadmierną empatyczną komunikacją z pacjentem. Pacjent bowiem albo wyzdrowieje albo umrze, a personel medyczny winien nadal pracować efektywnie z następnymi pacjentami – takie są realia zawodów medycznych.

Bibliografia

Adler R.B., Rosenfeld L.B., Proctor II R.F. (2006), *Relacje interpersonalne. Proces porozumiewania się*, Poznań.

Fengler J. (2001), *Pomaganie męczy. Wypalenie w pracy zawodowej*, Gdańsk.

Hebanowski M., Kliszcz J., Trzeciak B. (1999), *Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem*, wyd. 2 poszerzone, Warszawa.

Kępiński A. (1983), *Rytm życia*, wyd. 4, Kraków–Wrocław.

Kępiński A. (1987), *Lęk*, Warszawa.

Lipiec J. (2005), *Teoria rozmowy z chorym*, [w:] *Koło etyczne*, Kraków.

Na co chorują lekarze?, rozmowa z prof. A. Szczeklikiem z Col. Med. UJ, „Polityka” nr 40, 6 X 2007.

Nęcki Z. (2000), *Komunikowanie międzyludzkie*, Kraków.

Sztuka rozmowy z chorym (2001), red. A. Grajcarek, Kraków.

Szyborska W. (2002), *Trochę o duszy*, [w:] *eadem, Chwila*, Warszawa.

Tobiasz-Adamczyk B. (2002), *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Kraków.

Michał Kosztołowicz
Małgorzata Szerla
Maciej Domański

Propozycja konstrukcji języka komunikacji lekarz–pacjent z uwzględnieniem bólu i osobowości pacjenta

Wprowadzenie

Od komunikacji pomiędzy lekarzem i pacjentem zależy wiele istotnych aspektów leczenia i opieki medycznej. Dotychczasowe badania w tej dziedzinie wskazują, że komunikacja wpływa nie tylko na trafność diagnozy, ale i na stopień dostosowania się pacjenta do zaleceń lekarza, na zrozumienie przez pacjentów zlecanej im terapii, oraz na poziom satysfakcji pacjenta z terapii [Giron, Manjon-Arce, Puerto-Barber, Sanchez-Garcia, Gomez-Beneyto 1998; Hines, Moss, Badzek 1997].

Skuteczna komunikacja pozwala uniknąć frustracji w trakcie samej interakcji. Przykładem zaburzonej komunikacji jest syndrom, który można nazwać „Przy okazji, Panie Doktorze...” – kiedy to, po przeprowadzeniu wywiadu pacjent nagle stawia pytanie lub podaje informacje, które mogą być kluczowe w procesie leczenia i które czasem unieważniają wnioski z przeprowadzonej anamnezy. Jest to powszechne w świecie zjawisko – znane w Stanach Zjednoczonych jako „*Oh, by the way, Doctor*”

interview syndrome” albo „*doorknob question*” („pytanie u drzwi” – ponieważ lekarz jest już najczęściej przy drzwiach, kiedy jest zadawane), a we Francji jako „à propos, Docteur”. Lekarze mają tendencję do obarczania winą za takie zachowania samych pacjentów. Jednak należy raczej sądzić, że są one wynikiem niewłaściwie pokierowanej przez lekarza komunikacji z pacjentem [Baker, O’Connell, Platt 2005; White, Levinson, Roter 1994; Wodak 1997]. Zagadnienie komunikacji lekarz–pacjent jest obecnie przedmiotem wielu badań [Anonymous 2001].

Aspekty, które należy brać pod uwagę w komunikacji lekarz–pacjent, można podzielić na te, które związane są z cechami jednostkowymi stron w akcie komunikacji (tj. pacjenta i lekarza) oraz czynniki strukturalne, które wynikają z interakcji między stronami w kontekście instytucji, jakimi są placówki opieki zdrowotnej. Badania nad cechami jednostkowymi stron w akcie komunikacji wykazały istotny wpływ takich cech społeczno-kulturowych pacjenta, jak: wiek, wykształcenie, pochodzenie społeczne i etniczne, w niektórych wypadkach również religia. Rzadziej wyniki komunikacji lekarz–pacjent są przypisywane cechom społeczno-kulturowym lekarza [Giron, Manjon-Arce, Puerto-Barber, Sanchez-Garcia, Gomez-Beneyto 1998]. Do strukturalnych czynników komunikacji lekarz–pacjent możemy zaliczyć czas i miejsce interakcji oraz usytuowanie lekarza i pacjenta w kontekście placówki zdrowotnej (instytucji), oraz w kontekście samego aktu komunikacji. Przy czym, ograniczenia czasowe i przestrzenne są powszechnym problemem opieki zdrowotnej, nad którymi lekarze mają z reguły niewielką kontrolę.

W komunikacji lekarz–pacjent, lekarze zwykle oscylują pomiędzy postawami autorytatywnymi a postawami jednostki z pozoru neutralnej, aplikującej narzędzia i ekspertyzę medyczną. Z kolei pacjenci są zwykle pasywnymi odbiorcami wiedzy medycznej. Ich aktywność w kontekście komunikacji lekarz–pacjent ogranicza się w większości przypadków do odpowiedzi na pytania lekarza [Rapley, May, Heaven, Murtagh, Graham, Kaner, Thomson 2006]. W kontekście placówki opieki zdrowotnej oraz w kontekście samej interakcji lekarz–pacjent, obowiązuje pewien „ceremonialny” porządek. W ramach tego porządku pierwszeństwo i inicjatywę ma z reguły lekarz. Przy czym, lekarze bardzo często uważają jakby to, co zostało przez nich „podane” (powiedziane) było tym samym, co pacjent „przyjął” (zrozumiał) [Peerbhoy, Hall, Parker, Shenkin, Salmon 1998]. Z punktu widzenia pacjentów, główną wadą lekarzy jest albo brak uwagi, albo brak zrozumienia problemów chorego [Baker, O’Connell, Platt 2005].

Większość dziedzin nauki ma wypracowany odpowiedni język, służący do badania i opisu zjawisk, na ogół zrozumiały dla wtajemniczonych. Nauki przyrodnicze, w tym medycyna, mają niezwykle złożoną terminologię. Język danej dyscypliny naukowej i zawodowej powinien być zrozumiały dla konkretnego podmiotu (osoby) w zakresie rozważanych treści. Podstawą relacji między stronami (lekarz–pacjent) jest język komunikacji, który nabiera szczególnego znaczenia w sytuacji, gdy mamy do czynienia z bólowym pacjentem [Koszołowicz 2001].

Problematyka osobowości skupia zainteresowanie nie tylko psychologów, filozofów, pedagogów, lecz także lekarzy. Nadal jednak osobowość chorego nie jest zbyt często uwzględniana w medycznych badaniach naukowych, a tym samym w praktyce lekarskiej. Lekarze bardzo często mają trudności w nawiązaniu komunikacji z pacjentami mającymi dolegliwości bólowe, związane z przebytem zabiegiem operacyjnym.

Dla indywidualnego kontaktu lekarza z pacjentem, należy wyraźnie odróżnić pojęcia: osoba i osobowość. Biorąc pod uwagę osobę pacjenta, mamy na myśli konkretną jednostkę ludzką. Natomiast termin osobowość jest konstrukcją (stworzoną przez psychologię), by na płaszczyźnie teorii naukowej, wytworzyć pogląd na sposób bycia i funkcjonowania organizmu psychofizjologicznego, który nazywa się „osobą ludzką” [Gałdowa 1999]. W teoretycznym myśleniu o osobowości dominuje podejście nomotetyczne, tj. tendencja do ujmowania tego, co wspólne, co się powtarza, co może stanowić podstawę do formułowania praw czy zasad, a więc zdań orzekających o człowieku „w ogóle” lub o różnorodnych aspektach funkcjonowania człowieka „w ogóle” [Gałdowa 1999]. Lekarza praktyka interesuje przede wszystkim konkretny człowiek, poszukujący pomocy czy rady w związku z własnymi, indywidualnymi problemami. W relacji człowiek–człowiek, a szczególnie lekarz–pacjent, ważne jest nie tylko to, co daje się odnieść do pewnych ogólnych prawidłowości, lecz także to, co tym prawidłowościom się wymyka, a jest istotne dla sposobu funkcjonowania konkretnego człowieka. Jest to poznanie idiograficzne – koncentrujące się na tym, co indywidualne, niepowtarzalne [Gałdowa 1999].

Rozmowę lekarza z pacjentem musi cechować rzetelność i odpowiednio sformułowana prawda. Można to zapewnić poprzez zastosowanie języka komunikacji, który uwzględnia strukturę osobowościową pacjenta. **Osobowość** to zbiór czynników osobowościowych tkwiących w człowieku, które mają swą semantykę (znaczenie). **Struktura osobowościowa** jest to układ wartości czynników osobowościowych, które spełniają re-

lację „blisko siebie” [Kosztołowicz 1999; Maruszewski, Reykowski, Tomaszewski 1967; Szerla, Kosztołowicz 2004]. Struktura osobowościowa pozostaje wciąż niezbadanym aspektem komunikacji lekarz–pacjent. Ponieważ na pewnym poziomie argumentacji, pacjent może nie rozumieć omawianego problemu, istnieje konieczność wprowadzenia języka opisującego postępowanie lecznicze. Takiego języka, który określa pojęcia i zdania języka, umożliwiając rozumienie oraz komunikowanie się. Rozumienie przez podmiot (pacjenta) informacji, we wszystkich podstawowych znaczeniach terminu „rozumieć”, jest determinowane możliwościami podmiotu, tj. jego strukturą osobowościową. Stąd zainteresowanie autorów językiem komunikacji w relacji lekarz–pacjent, z uwzględnieniem bólu pooperacyjnego oraz struktury osobowościowej pacjenta. Dla pogodzenia części nomotetycznej i idiograficznej psychologicznego poznania pacjenta, wprowadzamy pojęcie konstrukcji języka komunikacji lekarz–pacjent, co jest celem naszej pracy.

Metoda konstrukcji języka w komunikacji lekarz–pacjent

Dla uściślenia pojęć związanych z osobowością, wprowadzamy następujące wyrażenia upraszczające: lekarz, pacjent, struktura osobowościowa, szpital, leczenie, metoda.

Zdania pojedyncze, które nazywamy językiem, przyjmują postać:

1. Lekarz leczy w szpitalu pacjenta.
2. Lekarz ma własną strukturę osobowościową.
3. Metoda leczenia jest miarą struktury osobowościowej lekarza.
4. Pacjent ma własną strukturę osobowościową.
5. Pacjent realizuje się przez własną strukturę osobowościową.
6. Pacjent zbliża swoją strukturę osobowościową do struktury osobowościowej lekarza.

Każde zdanie z punktu widzenia praktyki lekarskiej jest prawdziwe. Nas będzie interesować zdanie (4) języka, a więc odpowiemy na pytanie: Co to znaczy, że pacjent ma własną strukturę osobowościową? [Kosztołowicz 2001].

Aby zilustrować odpowiedź na pytanie „Co to znaczy, że pacjent ma własną strukturę osobowościową?” rozważono przykład 15-letniego pacjenta, który na Oddziale Chirurgii Dziecięcej, był planowo operowany

z powodu wrodzonej przepukliny pachwinowej. Nieco wcześniej, chłopiec ten (uczeń nr 13) uczestniczył w szkolnych badaniach (pośród innych 14 rówieśników) i miał ustaloną strukturę osobowościową. Do określenia wartości czynników osobowościowych pacjenta użyto kwestionariusza Cattella, który wykrywa 16 czynników (punktowanych według odpowiedniego klucza). Załącznik I, ilustruje znaczenie poszczególnych czynników. Tabela 1 zawiera wyniki surowe badanego chłopca uzyskane na podstawie kwestionariusza. Stopień natężenia bólu pooperacyjnego mierzono najbardziej rozpowszechnioną, nominalną skalą VAS (Visual Analogue Scale).

Tabela 1. Wyniki surowe ucznia nr 13 uzyskane wg kwestionariusza Cattella

Nr ucznia	Czynniki osobowościowe ucznia nr 13 wg kwestionariusza Cattella															
	A	B	C	E	F	G	H	J	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
13	18	10	18	18	14	22	14	16	22	10	10	18	10	14	22	17

Na podstawie wyników surowych grupy 14 uczniów, wyliczono wyniki średnie i ich odchylenia standardowe (tabela 2).

Tabela 2. Średnie wyniki i odchylenia standardowe (14 uczniów) wg kwestionariusza Cattella

Czynniki osobowościowe	A	B	C	E	F	G	H	J	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
Średnie wyniki	17,2	8,4	17,9	18,8	16,8	19,0	16,5	14,8	15,7	14,7	13,9	12,9	13,4	11,7	17,7	18,3
Odchylenie standardowe	3,6	1,8	3,3	2,7	5,9	3,7	3,7	4,0	3,8	2,5	3,4	4,1	4,0	4,3	3,2	3,5

Zgodnie ze wzorem: $(1) y = 10z + 50$, gdzie: $z = (x_i - x)/s$ – jest wynikiem standaryzowanym, x_i – jest i-tym empirycznym wynikiem kwestionariusza Cattella badanego ucznia, s – odchylenie standardowe, 10 i 50 – odpowiednio odchylenie standardowe i średni wynik w populacji w skali T_1 , wyniki z tab. 1 zostały przeliczone na skalę T_1 (tabela 3).

Tabela 3. Wartości wyników surowych ucznia nr 13 przeliczone na skalę T_1

Nr ucznia	Wartości czynników osobowościowych ucznia nr 13 w skali T_1															
	A	B	C	E	F	G	H	J	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
13	52,2	58,9	50,3	47,0	45,2	58,1	43,2	48,6	66,6	31,2	38,5	62,4	41,5	55,3	63,4	46,3

Z wyników tabeli 3 konstruujemy mapę czynników osobowościowych (tabela 4). Te, które mieszczą się w przedziałach powyżej 50 rozumiemy jako wysokie, poniżej – niskie.

Tabela 4. Mapa czynników osobowościowych ucznia nr 13

Przedział klasowy	Czynniki osobowościowe	Nr warstwy
[65 – 70]	L	8
[60 – 65]	O, Q3	7
[55 – 60]	B, G, Q2 Ból	6
[50 – 55]	A, C	5
[45 – 50]	E, F, J, Q4	4
[40 – 45]	H, Q1	3
[35 – 40]	N	2
[30 – 35]	M	1

Jako relacje „blisko siebie” (jakie zachodzą między czynnikami) określamy te, które spełniają warunek, iż do jednej warstwy na mapie czynników osobowościowych należą co najmniej 2 czynniki [Kosztołowicz, Kosztołowicz T., Suchańska 1999; Szerla, Kosztołowicz 2004].

Relacja „blisko siebie” wyznacza strukturę osobowościową zgodnie z poglądami psychologów osobowości – sytuacja sprzyja uaktywnianiu odpowiedniej struktury poprzez uaktywnianie się odpowiednich czyn-

ników [Maruszewski, Reykowski, Tomaszewski 1967; Szerla, Kosztołowicz 2004].

W wyżej wymienionym przypadku określenie przez pacjenta bólu za pomocą skali wizualno-analogowej (VAS) wynosi 6 jednostek w skali nominalnej. Przeliczając ten wynik na skalę T_1 , otrzymujemy wartość 57,1 i nanosimy go na mapę czynników osobowościowych. Zauważamy, że nakłada się on na warstwę 6 (zob. tab. 4). Wiemy, że czynniki osobowościowe, które należą do warstwy 6, tj. wysoka inteligencja (B), wytrwałość i odpowiedzialność (G), samodzielność w działaniu (Q_2), spełniając relację „blisko siebie”, powinny się uaktywnić.

Obecność bólu u naszego pacjenta spowodowała jednak, że nie doszło do uaktywnienia struktury osobowościowej z warstwy 6 (jako najbardziej korzystnej). Przede wszystkim farmakologicznie uśmierzono ból, a następnie, na zasadzie empatii, nawiązano komunikację, uaktywniając bez przeszkód tę strukturę. Indywidualne ukierunkowanie rozmowy lekarza na wysoką inteligencję, odpowiedzialność oraz samodzielność działania pacjenta (aktywacja korzystnej struktury) spowodowało, że chłopiec sam zwracał się o pomoc w każdej dla niego niejasnej lub niekomfortowej sytuacji, uczestnicząc czynnie w terapii bólu pooperacyjnego.

Odpowiadając na postawione wcześniej pytanie, dotyczące zdania (4) języka stwierdzamy, że: jeżeli czynniki osobowościowe pacjenta pozostają w relacji „blisko siebie”, to stanowią jego indywidualną strukturę osobowościową [Szerla, Kosztołowicz 2004]. Postępując analogicznie, możemy szukać odpowiedzi na pytanie związane z językiem postępowania leczniczego. Będzie to stanowić treść dalszych badań.

Wnioski ogólne

1. Czynniki osobowościowe pacjenta, pozostające w relacji „blisko siebie”, wyznaczają jego indywidualną strukturę osobowościową.
2. Po farmakologicznym uśmierzeniu bólu, konieczne jest nawiązanie komunikacji poprzez empatię, uaktywniając najbardziej korzystną dla pacjenta strukturę osobowościową.
3. Konstrukcja języka postępowania terapeutycznego jest funkcjonalna, jeżeli do każdego zdania formułujemy pytanie: „Co to znaczy, że...” i znajdujemy na nie odpowiedź za pomocą metody.

Reasumując powyższe rozważania, należy podkreślić, że uwaga skierowana na psychologiczne aspekty relacji lekarz–pacjent jest niezbędna, by zapewnić stosowanie się bólowych pacjentów do zaleceń lekarza. Do każdego pacjenta należy podejść indywidualnie i określić dla niego język komunikacji [Anonymous 2001; Baker, O'Connell, Platt 2005; Kosztołowicz 2001; Szerla, Kosztołowicz 2004]. Wszystko to wskazuje na konieczność stosowania odpowiednich metod służących interakcji lekarz–pacjent – metod, które kładą nacisk na empatię i język komunikacji [Giron, Manjon-Arce, Puerto-Barber, Sanchez-Garcia, Gomez-Beneyto 1998]. Choć nadal rzadkie, empatyczne podejście jest doceniane przez pacjentów i uważane za korzystne dla diagnozy, niezależnie od takich zmiennych jak: pochodzenie społeczne, wykształcenie i doświadczenie zawodowe lekarza, czas spędzony na konsultacjach, cechy społeczno-demograficzne pacjenta i objawy somatyczne choroby [Giron, Manjon-Arce, Puerto-Barber, Sanchez-Garcia, Gomez-Beneyto 1998]. W tym kontekście pytanie „Co to znaczy, że...” nie jest tylko pytaniem retorycznym, ale stanowi jeden ze sposobów „wyównania pozycji” w akcie komunikacji – pozycji, z punktu niekorzystnej dla pacjenta. Stawia lekarza w pozycji odpowiadającego, a pacjenta w pozycji pobierającego informacje. Utrzymuje również ciągłość komunikacji nawet tam, gdzie pacjent takiego pytania sam by nie zadał.

Bibliografia

Anonymous (2001), *The refractory: Descriptions and discourses*, „The Lancet”, Vol. 358, Iss. 9287, p. 1106.

Baker L.H., O'Connell D., Platt F. W. (2005), „What Else?” *Setting the Agenda for the Clinical Interview*, „Annals of Internal Medicine”, Vol. 143, Iss. 10, pp. 766–770.

Barr D. A. (2004), *A Time To Listen*, „Annals of Internal Medicine”, Vol. 140, Iss. 2, p. 144.

Gałdowa A. (1999), *Klasyczne i współczesne koncepcje osobowości*, wyd. 2, Kraków, s. 9–10.

Giron M., Manjon-Arce P., Puerto-Barber J., Sanchez-Garcia E., Gomez-Beneyto M. (1998), *Clinical interview skills and identification of emotional disorders in primary care*, „The American Journal of Psychiatry”, Vol. 155, Iss. 4, pp. 530–535.

Gunnarsson B.L., Linell P., Nordberg B. (1997), *The Construction of Professional Discourse*, London: Longman.

Hall C., Sarangi S., Slembrouck S. (1997), *Moral construction in social work discourse*, In Gunnarsson et al (eds.), pp. 265–291.

Hines S.C., Moss A. H., Badzek L. (1997), *Being involved or just being informed: Communication preferences of seriously ill, older adults*, „Communication Quarterly”, Vol. 45, Iss. 3, pp. 268–281.

Koszołowicz M. (1999), *Funkcjonalność tekstu a aksjomat dydaktyczny Kerschnersteinera*, [w:] *Problemy nauczania języka rosyjskiego literatury i kultury Rosji u progu XXI wieku*, Kielce, s. 101.

Koszołowicz M. (2001), *Pewna konstrukcja języka dydaktyki i jego egzemplifikacja*, [w:] *Ewaluacja zadań dydaktyki*, Kielce, s. 18–32.

Koszołowicz M., Koszołowicz T., Suchańska M. (1999), *Metoda redukcji statystycznej w badaniu struktury osobowości uczniów*, [w:] *Niektóre problemy pomiaru czynności i zjawisk dydaktycznych*, Kielce, s. 161–175.

Nutti J. (1968), *Struktura osobowości*, Warszawa, s. 40–41.

Peerbhoy D., Hall G.M., Parker C., Shenkin A., Salmon P. (1998), *Patients' reactions to attempts to increase passive or active coping with surgery*, „Social Science & Medicine”, Vol. 47, pp. 595–601.

Rapley T., May C., Heaven B., Murtagh M., Graham R., Kaner E.F.S., Thomson R. (2006), *Doctor–patient interaction in a randomised controlled trial of decision-support tools*, „Social Science & Medicine”, Volume 62, Iss. 9, pp. 2267–2278.

Reykowski J. (1967), *Osobowość*, [w:] M. Maruszewski, J. Reykowski, T. Tomaszewski, *Psychologia jako nauka o człowieku*, Warszawa.

Sarangi S., Slembrouck S. (1996), *Language, Bureaucracy and Social Control*, London: Longman.

Schnittker J., Pescosolido B.A., Croghan T.W. (2005), *Are African Americans Really Less Willing to Use Health Care?*, „Social Problems”, Vol. 52 (2), pp. 255–271.

Seymour-Smith S., Wetherell M. (2006), *‘What he hasn't told you...’: Investigating the Macro-Politics of Gendered Support in Heterosexual Couples' Co-Constructed Accounts of Illness*, „Feminism and Psychology”, Vol. 16 (1), pp. 105–127.

Szerla M., Koszołowicz M. (2004), *Evaluation of Postoperative Pain with the Statistical Reduction Method Proceedings of the Tenth National Conference on Application of Mathematics in Biology and Medicine*, University of Computer Engineering and Telecommunications in Kielce, pp. 201–206.

White J., Levinson W., Roter D. (1994), *“Oh, by the way...”: the closing moments of the medical visit*, „Journal of General Internal Medicine”, Vol. 9, pp. 24–28.

Wodak R. (1997), *Critical discourse analysis and the study of doctor–patient interaction*, In Gunnarsson et al (eds.), pp. 173–200.

Załącznik 1

Charakterystyka szesnastu czynników kwestionariusza Cattella

Czynniki	Wyniki wysokie (+)	Wyniki niskie (-)
A Cyklotymia, schizotymia	współdziałający, przyjacielski, beztroski	sztwywny, chłodny, powściągliwy
B Wysoka inteligencja niska inteligencja	inteligentny	nieinteligentny
C Dojrzałość emocjonalna, neurotyczność	dojrzały emocjonalnie, silne ego	dziecinny, neurotyczny, słabe ego
E Dominacja, uległość	dominujący, agresywny	uległy, niepewny siebie
F Surgencja, desurgencja	ekspansywny, entuzjastyczny	mało ekspansywny, chmurny, poważny
G „Wysokie” superego, niskie superego	wytrwały, odpowiedzialny, stały uczuciowo	niewytrwały, zależny, lekkomyślny, zmienny uczuciowo
H Odporność, brak odporności	odporny w sytuacji zagrożenia, nieśmiały, impulsywny, awanturniczy	mało odporny na zagrożenia, unikający, nieśmiały, nadwrażliwy
J Wrażliwość, brak wrażliwości	wrażliwy, wymagający, niecierpliwy, zależny, delikatny, niedojrzały	twardy, realistyczny, mający zaufanie do siebie

L Nadmierna podejrliwość, brak podejrzliwości	podejrzliwy, zawistny, zazdrosny, zahamowany	ufny, dostosowujący się, otwarty
M Niekonwencjonalność, konwencjonalność	niekonwencjonalny, egocentryczny	konwencjonalny, praktyczny
N Racjonalizm, prostota	nienaganny, zręczny towarzysko	prosty, bezpretensjonalny, niezręczny towarzysko
O Depresyjna niepewność siebie, pewność siebie	bojaźliwy, niepewny siebie, lękliwy	ufny, pewny siebie
Q1 Radykalizm, konserwatyzm	samodzielny w myśleniu, postępowy	spokojny, niepomysłowy
Q2 Samowystarczalność, zależność od grupy	samodzielny w działaniu	trzymający się zasad, konwencji grupy
Q3 Wysoka samoocena, niska samoocena	opanowany, dokładny, o silnej woli	niewytrwały o słabej woli
Q4 Wysokie napięcie ergiczne, niskie napięcie ergiczne	napięty, pobudliwy	flegmatyczny, spokojny

Załącznik 2

Skala T_1

Niech $x_1, x_2, \dots, x_n$ będą wynikami surowymi pewnego pomiaru.

Liczbę: $\bar{x}_i = x_i - x_{sr}$, gdzie $x_{sr} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i$ nazywamy odchyleniem standardowym i -tego wyniku.

$$I\text{-ty wynik standaryzowany: } z_i = \frac{1}{\sigma} (x_i - x_{sr}) = \frac{\bar{x}_i}{\sigma}, \quad (1)$$

$$\text{gdzie odchylenie standardowe wynosi: } \sigma = \sqrt{\frac{1 \cdot \sum_{i=1}^n \bar{x}_i^2}{n}} \quad (2)$$

Zauważamy, że średnia arytmetyczna wyników standaryzowanych jest równa 0, zaś odchylenie standardowe tych wyników wynosi 1.

Jako jednostkę dla wyników standaryzowanych przyjmuje się odchylenie standardowe.

Związek między wynikami standaryzowanymi z_i i nowymi wynikami y_i o średniej arytmetycznej b i odchyleniu standardowym a , wyraża się wzorem:

$$y_i = a z_i + b \quad (3)$$

Na podstawie wzorów (1) i (3), przyjmując $a = 10$, i $b = 50$, otrzymujemy wyniki y_i w skali T_1 [Baker, O'Connell, Platt, 2005]:

$$y_i = \frac{10}{\sigma} (x_i - x_{sr}) + 50 = 10 z_i + 50 \quad (4)$$

Nietrudno zauważyć, że wyniki y_i zachowują wszelkie własności wyników surowych $x_1, x_2, \dots, x_n$, bowiem współczynnik korelacji Pearsona między nimi jest równy 1.

Załącznik 3

Metoda redukcji statystycznej

- **Wprowadzenie**

Metoda redukcji statystycznej pozwala badać złożone rozmieszczenia punktów obrazujących wyniki pewnego eksperymentu na tak zwanej mapie populacji. Z uwagi na złożoność metody w jej najogólniejszej postaci, w zastosowaniach ograniczymy się do przypadku dwuwymiarowego, co znacznie uprości model bez groźby utraty ogólności rozważań [Szerla, Kosztolowicz 2004]. Zanim przedstawiony zostanie ogólny zarys metody, wprowadźmy kilka użytecznych definicji.

- **Mapa populacji**

Mapa populacji to prostokątny obszar K umieszczony na płaszczyźnie, który podzielony został na mniejsze obszary prostokątne, zwane obszarami fundamentalnymi. Każdy obszar fundamentalny został z kolei podzielony na u mniejszych prostokątów o równych polach, zwanych obszarami elementarnymi. Łączna liczba obszarów elementarnych oznaczana będzie symbolem κ . Boki obszaru K reprezentują cechy, które wiążą się bezpośrednio z wielkościami poddawany mi pomiarowi w czasie eksperymentu.

Mapę populacji można zatem traktować podobnie jak dwuwymiarowy układ współrzędnych, wzbogacony dodatkowo przez wydzielenie w nim obszarów elementarnych i fundamentalnych. Ujmując rzecz bardziej formalnie, można powiedzieć, że zdefiniowana została funkcja f , która poszczególnym obszarom elementarnym przyporządkowuje liczbę punktów, które się w nim znalazły, czyli $f: \{1, 2, \dots, u\} \rightarrow \{1, 2, 3, \dots, m_u\}$; n oznacza liczebność całej badanej populacji, czyli liczbę wszystkich punktów, które znalazły się w obszarze K .

Należy zaznaczyć, że obszary elementarne są rozłączne i pokrywają cały obszar. Oznacza to, że każdy wynik eksperymentu musi trafić do jednego, ściśle określonego obszaru elementarnego. Jeżeli w danym obszarze umieścimy wiele wyników eksperymentalnych, to uzyskamy pewien zbiór punktów rozrzuconych mniej lub bardziej losowo. Zazwyczaj

dają się wówczas zauważyć pewne, często złożone struktury, obrazujące tendencję do skupiania się wyników w pewnych obszarach bądź zagęszczania się ich w wybranym kierunku na mapie. To właśnie tego rodzaju struktury będą obiektem naszych zainteresowań w dalszej części pracy.

• Rozmieszczenie na mapie

Niech j oznacza liczbę wszystkich obszarów fundamentalnych na mapie, a $\varphi_{m_1 m_2 \dots m_u}$ liczbę wszystkich obszarów fundamentalnych zawierających odpowiednio: $m_1, m_2, \dots, m_u$ punktów w kolejnych obszarach elementarnych. Zachodzi oczywisty związek:

$$\varphi = \kappa/u \quad (1)$$

Rozmieszczeniem populacji na mapie nazywamy stosunek liczby obszarów fundamentalnych zawierających $m_1, m_2, \dots, m_u$ punktów w kolejnych obszarach elementarnych do liczby wszystkich obszarów fundamentalnych istniejących na mapie, czyli:

$$P_{m_1, \dots, m_u}^n = \frac{\varphi_{m_1, m_2, \dots, m_u}}{\varphi} = \frac{u \varphi_{m_1, m_2, \dots, m_u}}{\kappa} \quad (2)$$

• Rozmieszczenie przypadkowe

Założmy, że rzucamy na mapę n punktów, w taki sposób, że prawdopodobieństwo trafienia dowolnym punktem w dowolny obszar elementarny jest jednakowe. Obliczymy teoretyczne prawdopodobieństwo $R_{m_1 m_2 \dots m_u}^n$, że po takim myślowym eksperymencie, w kolejnych obszarach elementarnych wybranego obszaru fundamentalnego znajdzie się odpowiednio $m_1, m_2, \dots, m_u$ punktów.

Niech A oznacza zdarzenie polegające na tym, że $m_1 + m_2 + \dots + m_u$ punktów trafi w ten sam obszar fundamentalny. Prawdopodobieństwo tego zdarzenia obliczamy zgodnie ze wzorem Bernouliego:

$$P(A) = \left(\sum_{m_i}^n m_i \left(\frac{u}{\kappa} \right) \right)^{\sum m_i} \left(1 - \frac{u}{\kappa} \right)^{n - \sum m_i} \quad (3)$$

Dla uproszczenia zapisu przyjęto oznaczenie $m_1 + m_2 + \dots + m_u = \sum m_i$.

Niech B oznacza zdarzenie polegające na uzyskaniu konfiguracji $m_1, m_2, \dots, m_u$, w kolejnych obszarach elementarnych, w obszarze fundamentalnym. Prawdopodobieństwo, że po trafieniu w konkretny wybrany obszar fundamentalny uzyskamy konfigurację $m_1, m_2, \dots, m_u$ wyraża wzór na prawdopodobieństwo warunkowe:

$$P(B/A) = \frac{(\sum m_i)!}{m_1! m_2! \dots m_u! n^{\sum m_i}} \quad (4)$$

Ponieważ oba te zdarzenia są niezależne prawdopodobieństwo jednoczesnego ich zajścia jest równe rozmieszczeniu przypadkowemu i wyraża się wzorem:

$$R_{m_1, m_2, \dots, m_u}^n = P(A) \cdot P(B/A) = \frac{n!}{m_1! m_2! \dots m_u! (n - \sum m_i)!} \left(\frac{1}{\kappa}\right)^{\sum m_i} \left(1 - \frac{u}{\kappa}\right)^{n - \sum m_i} \quad (5)$$

Rozmieszczenie przypadkowe dostarcza ważnego wzorca, pozwalającego skonstruować pewne wskaźniki charakteryzujące badaną populację.

• Redukcja populacji

Aby uzyskać możliwość porównywania zróżnicowanych pod względem liczebności rozkładów punktów na mapach populacji oraz zminimalizować liczbę stosowanych wskaźników, wprowadza się zasadę w myśl której, każdy z tych rozkładów zostaje sprowadzony do wspólnego poziomu N . Dokonajmy zatem redukcji naszej populacji, polegającej na tym, że z mapy, w której pierwotnie umieszczono n elementów, losujemy $N < n$ punktów. Dążymy dodatkowo do takiego stanu, aby w poszczególnych obszarach elementarnych zaistniała konfiguracja $M_1, M_2, \dots, M_u$.

Liczba wyborów M_i elementów spośród m_i dla i -tego obszaru elementarnego w pewnym obszarze fundamentalnym wyrazi się wzorem

$$\binom{m_i}{M_i}$$

Liczba wszystkich możliwych wyborów N elementów spośród n wynosi

$$\binom{n}{N}$$

Ponieważ wybory w obszarach elementarnych tego samego obszaru fundamentalnego są niezależne, średnie prawdopodobieństwo uzyskania pożądanej konfiguracji wyraża się wzorem:

$$P_{M_1, M_2, \dots, M_u}^N = \sum_{m_i \geq M_i} \frac{\binom{m_1}{M_1} \binom{m_2}{M_2} \dots \binom{m_u}{M_u} \binom{n - \sum m_i}{n - \sum M_i}}{\binom{n}{N}} P_{m_1, m_2, \dots, m_u}^n \quad (6)$$

Jeżeli rozpatruje się każdy obszar fundamentalny osobno, bez grupowania obszarów o jednakowych konfiguracjach, można przyjąć, że:

$$P_{m_1, m_2, \dots, m_u}^n = u/\kappa$$

Podobnie, jak przyjęliśmy wyżej, interesuje nas losowanie prowadzące do pozostawienia 2 elementów na całej mapie. Wartości oczekiwane prawdopodobieństw, jakie się mogą wówczas pojawić przedstawiają wzory:

$$P_{0,1}^2 = 2 \sum_{m_2 \geq 1} \frac{m_2(n - m_1 - m_2)}{n(n-1)} P_{m_1, m_2}^n \quad (7)$$

$$P_{1,0}^2 = 2 \sum_{m_1 \geq 1} \frac{m_1(n - m_1 - m_2)}{n(n-1)} P_{m_1, m_2}^n \quad (8)$$

$$P_{1,1}^2 = 2 \sum_{m_1 \geq 1, m_2 \geq 1} \frac{m_1 m_2}{n(n-1)} P_{m_1, m_2}^n \quad (9)$$

$$P_{0,2}^2 = \sum_{m_2 \geq 2} \frac{m_2(m_2 - 1)}{n(n-1)} P_{m_1, m_2}^n \quad (10)$$

$$P_{2,0}^2 = \sum_{m_1 \geq 2} \frac{m_1(m_1 - 1)}{n(n-1)} P_{m_1, m_2}^n \quad (11)$$

Sumowania dokonujemy tylko po tych obszarach elementarnych, w których usunięcie odpowiedniej liczby tych elementów jest w ogóle możliwe. Porównanie zdefiniowanych wyżej prawdopodobieństw teoretycznych R_{ij}^2 i empirycznych P_{ij}^2 pozwala zdefiniować pewne użyteczne parametry stwarzające możliwość ilościowego opisu subtelnych cech rozkładu punktów na mapie populacji.

- **Wskaźnik koncentracji**

Założmy, że dokonujemy losowego rozrzutu dwu punktów na mapę populacji. Średnie prawdopodobieństwo, że oba znajdą się w tym samym obszarze elementarnym jest równe:

$$\frac{R_{0,2}^2 + R_{2,0}^2}{2} = \frac{2}{\kappa^2} \quad (12)$$

Jednocześnie, średnie prawdopodobieństwo uzyskania takiej konfiguracji w wyniku redukcji do poziomu 2 rozmieszczenia na empirycznej mapie wyrazi się wzorem:

$$\frac{P_{0,2}^2 + P_{2,0}^2}{2} \quad (13)$$

Mówimy, że na mapie populacji pojawiła się koncentracja elementów, jeżeli:

$$\frac{P_{0,2}^2 + P_{2,0}^2}{2} > \frac{R_{0,2}^2 + R_{2,0}^2}{2} \quad (14)$$

Uwzględnienie wzoru (12) pozwala zdefiniować wskaźnik koncentracji c jako

$$c = \kappa^2 \frac{P_{0,2}^2 + P_{2,0}^2}{2} \quad (15)$$

Jeżeli $c > 1$, w badanej populacji mamy do czynienia z koncentracją elementów. Jeżeli $c < 1$, mówimy, że koncentracja nie występuje. Jeżeli $c = 1$, to koncentracja elementów jest dokładnie taka sama jak w rozkładzie przypadkowym. Zwiększona koncentracja elementów na empirycz-

nej mapie populacji oznacza, że w wykonanym eksperymencie istnieje tendencja do koncentrowania się elementów w tym samym obszarze elementarnym, i czym wyższa jest wartość współczynnika c , tym bardziej jest to tendencja nieprzypadkowa.

Na mapie populacji może pojawić się jednocześnie wiele obszarów wykazujących tendencję do skupiania się wyników. Wszystkie one wpływają na wartość parametru c .

- **Anizotropia mocna**

Anizotropia mierzy różnicę prawdopodobieństw znalezienia się jednocześnie dwu elementów w prawym podobszarze pewnego obszaru fundamentalnego, w porównaniu z prawdopodobieństwem znalezienia się dwu osobników w lewym podobszarze tego obszaru. Odpowiedni współczynnik został zdefiniowany jako:

$$a_2 = \kappa^2 \frac{P_{0,2}^2 + P_{2,0}^2}{2} \quad (16)$$

i nazwany współczynnikiem anizotropii mocnej. Wartość oczekiwania współczynnika anizotropii mocnej wynosi 0 i taką wartość współczynnik ten przyjmuje dla rozmieszczenia przypadkowego. Jeżeli $a_2 < 0$, to średnio rzecz biorąc w lewych obszarach elementarnych obszarów fundamentalnych występuje więcej elementów niż w prawych. Jeżeli znak jest przeciwny, czyli $a_2 > 0$, wówczas mamy do czynienia z tendencją przeciwną.

- **Rozmieszczenie zrandomizowane**

Aby zdefiniować kolejne ważne parametry, wprowadźmy jeszcze jeden rozkład wzorcowy, zbudowany także w oparciu o pewną procedurę losową.

Niech dana będzie pewna empiryczna mapa populacji, w której umieszczono n punktów w sposób określony przez eksperyment. Jak wiadomo, na takiej mapie mogą się pojawić różne interesujące struktury, w tym zdefiniowane wyżej koncentracje i elementy asymetrii. Losowe przetasowanie obszarów elementarnych w takiej mapie zniszczy te elementy strukturalne i ujednolici rozkład. Przetasowanie odbywa się tak, że dowolny obszar elementarny może trafić w miejsce innego obszaru elementarnego z jednakowym prawdopodobieństwem. W czasie tej zamia-

ny liczba elementów w każdym z obszarów pozostaje niezmienniona.

Interesuje nas średnie prawdopodobieństwo uzyskania na przetasowanej mapie konfiguracji $m_1, m_2, \dots, m_u$ w wybranym obszarze fundamentalnym, gdzie m_i są założonymi z góry wartościami. Mając do dyspozycji κ obszarów elementarnych, można z nich wybrać ciąg u -elementowy na $(\kappa!):(k-u)!$ sposobów. Ponieważ w ciągu $m_1, m_2, \dots, m_u$ pewne wartości mogą się powtarzać, oznaczmy liczbę powtórzeń elementu o wartości i jako u_i . Oznacza to, przykładowo, że:

$$\begin{aligned} u_0(1, 1, 2, 3, 3, 3) &= 0, \\ u_1(1, 1, 2, 3, 3, 3) &= 2, \\ u_2(1, 1, 2, 3, 3, 3) &= 1, \\ u_3(1, 1, 2, 3, 3, 3) &= 3, \end{aligned}$$

gdzie ciągi liczb wyszczególnione w nawiasach, to liczebności kolejnych obszarów elementarnych. Średnie prawdopodobieństwo uzyskania zmierzonej konfiguracji po losowym przetasowaniu wynosi:

$$S_{m_1, m_2, \dots, m_u}^n = \frac{(\kappa - u)! \prod_{i=0}^n (\kappa P_i^n)!}{\kappa! \prod_{i=0}^n (\kappa P_i^n - u_i)!} \quad (17)$$

• Wskaźnik grupowania

Do zdefiniowania wskaźnika grupowania wykorzystamy rozmieszczenie zrandomizowane. Mówimy, że elementy wykazują tendencję do grupowania się na mapie populacji, gdy:

$$P_{1,1}^2 > S_{1,1}^2 \quad (18)$$

gdzie $P_{1,1}^2$ zdefiniowano wzorem (9). Odwołajmy się do populacji zredukowanej do poziomu 2. Wzór (18) oznacza, że prawdopodobieństwo znalezienia się dwu elementów w tym samym obszarze fundamentalnym, tworząc konfigurację $(1,1)$, na empirycznej mapie populacji, jest większe niż średnie prawdopodobieństwo analogicznego zdarzenia na ma-

pie zrandomizowanej. Daje to podstawę do zdefiniowania współczynnika grupowania jako:

$$g = \frac{P_{1,1}^2}{S_{1,1}^2} \quad (19)$$

Wartość oczekiwania tego parametru jest równa jedności i jest ona osiągana przez rozkład empiryczny tylko wtedy, gdy dowolna zamiana miejscami obszarów elementarnych na mapie empirycznej nie zmienia istotny sposób tendencji do grupowania się punktów. Wskaźnik grupowania wygodniej jest obliczać ze wzoru

$$g = \kappa^2 \frac{P_{1,1}^2 (\kappa - 1)}{2(\kappa - c)} \quad (20)$$

Wskaźnik g pozwala ocenić, czy sąsiadujące ze sobą obszary są zróżnicowane pod względem liczebności ($g < 0$), czy też wykazują pewną jednorodność ($g > 0$).

- **Anizotropia słaba**

Współczynnik mocnej anizotropii a_2 (16) jest wrażliwy na rozmieszczenie silnych koncentracji. Jeżeli obok obszarów o wyraźnych koncentracjach interesuje nas struktura tła, wówczas ważną rolę odgrywa obok współczynnika grupowania wskaźnik słabej anizotropii a_1 zdefiniowany wzorem:

$$a_1 = \kappa^2 \frac{P_{0,1}^2 - P_{1,0}^2}{2[\kappa - (1 + c)]} \quad (21)$$

Oba współczynniki anizotropii a_1 i a_2 wiążą się z występowaniem na mapie populacji pewnego wyróżnionego pola kierunków. W interesującym nas przypadku obszary fundamentalne są podzielone obszarami elementarnymi w poziomie, a porządek wyznacza kolejność tych podobszarów mierzona od lewej ku prawej stronie.

Jeżeli pole kierunków zostałoby przez nas określone od strony prawej ku lewej, wówczas oba współczynniki anizotropii zmieniłyby znak na przeciwny, nie zmieniając jednocześnie swojej wartości. Współczynniki grupowania i koncentracji pozostałyby wówczas niezmienione.

Obliczmy wskaźniki c i g z mapy czynników osobowościowych (tabela 5).

Wypisujemy pary utworzone z liczby czynników osobowościowych w obszarach elementarnych danych obszarów fundamentalnych z mapy tabeli 5, i mamy: (1,1), (2,4), (2,3), (2,1).

Następnie, stosując wzory: (10), (11) oraz (15) otrzymujemy wskaźnik koncentracji c , a mianowicie:

$$P_{0,2}^2 = \frac{1}{4 \cdot 15 \cdot 16} (4 \cdot 3 + 3 \cdot 2) = 0,01875$$

$$P_{2,0} = \frac{1}{4 \cdot 15 \cdot 16} (2 \cdot 1 + 2 \cdot 1 + 2 \cdot 1) = 0,00625$$

stąd:

$$c = 64 \frac{0,025}{2} = 0,8$$

Stosując wzór (9) oraz (20), obliczamy wskaźnik grupowania g . Mamy zatem:

$$P_{1,1} = 2 \frac{1 + 8 + 6 + 2}{4 \cdot 15 \cdot 16} = 0,0354$$

stąd:

$$g = 64 \frac{0,0354 \cdot 7}{8 - 0,8} = 1,1$$

Streszczenie

W pracy zaproponowano zastąpienie przystępnymi terminami niezrozumiałego dla pacjenta języka określającego postępowanie terapeutyczne lekarza. Konstrukcja tego języka jest następująca:

1. Wprowadzamy założenia upraszczające (dla sytuacji postępowania terapeutycznego).
2. Konstruujemy zdania oznajmujące zgodnie z gramatyką języka polskiego.
3. Do każdego zdania formułujemy zdanie pytające: „Co to znaczy, że...?”
4. Odpowiedź na pytanie, które jest konstrukcją metody, decyduje o profesjonalnym charakterze każdego zdania.

Tak skonstruowana operacjonalizacja została poparta przykładem na tzw. mapie czynników osobowościowych.

Małgorzata Kania

Wypalenie zawodowe personelu pielęgniarskiego a specyfika zawodu

Wprowadzenie

Choroba i cierpienie, umieranie oraz śmierć to trudne i bolesne problemy ludzkiej egzystencji. Problemy te z całą intensywnością ogarniają życie konkretnego człowieka wówczas, gdy on sam lub ktoś bliski zostaje dotknięty chorobą, której nie można wyleczyć. Życie, które być może do tej pory było nacechowane szczęściem, powodzeniem, licznymi perspektywami i nadziejami, w obliczu nagłej lub nieuleczalnej choroby okazuje się czymś kruchym, słabym, skończonym. W miejsce radości, nadziei i życiowych planów pojawia się ból, lęk, niepewność i bezradność. Te negatywne uczucia bywają czasem pogłębiane przez współczesną mentalność, która za wszelką cenę pragnie usunąć cierpienie i śmierć z życia społeczeństw. Z tego powodu człowiek cierpiący i umierający narażony jest na samotność. Nie ma chyba bardziej bolesnego doświadczenia w życiu człowieka, jak cierpienie i umieranie w samotności.

W XX w. nastąpił niezwykle rozwój różnych dziedzin medycyny. Poznanie etiologii chorób, odkrycie antybiotyku, udoskonalenie metod chirurgicznych, rozwój farmakologii, pozwoliły nie tylko opanować symptomy chorób, ale także leczyć ich przyczyny. Dzięki temu śmierć, która dawniej była bezpośrednim skutkiem wielu chorób, teraz, bardzo czę-

sto, zostaje przesunięta w czasie. W ostatnich 30 latach nastąpił niezwykle rozwój medycyny w zakresie zabiegów reanimacyjnych i intensywnej terapii¹. Reanimacja, inaczej resuscytacja, to zespół zabiegów okresowo zastępujących czynności serca i płuc, gdy nastąpiło nagłe przerwanie ich funkcji. Jest prowadzona w ramach pomocy doraźnej w szpitalach i w warunkach pogotowia ratunkowego. Z kolei intensywna terapia to opieka i leczenie chorych w stanie krytycznym, tzn. bezpośredniego zagrożenia życia. Postępowanie ma charakter objawowy, polega na nadzorowaniu i podtrzymywaniu najważniejszych czynności życiowych, czyli krążenia i oddychania, przy użyciu silnych środków farmakologicznych, odpowiedniej aparatury oraz specjalnego pielęgowania. Dzięki technicznym postępom medycyny i farmakologii, funkcje biologiczne chorych mogą być podtrzymywane przez długi okres. Wielu chorych, dzięki zabiegom reanimacyjnym odzyskało pełną świadomość, często po długotrwałym zastępstwie podstawowych funkcji życiowych.

Współczesny kształt medycyny kształtują konkretne postawy pracowników służby zdrowia wobec umierających pacjentów oraz względem problemu umierania i śmierci. Przygotowanie pielęgniarek do opieki nad umierającymi w ramach nauki szkolnej i na wydziałach pielęgniarstkich wydaje się być głęboko niewystarczające. Choć polskie podręczniki do nauki pielęgniarstwa w większym lub mniejszym stopniu omawiają to zagadnienie, to jednak w przygotowaniu personelu pielęgniarstkiego dostrzega się widoczne oraz istotne braki. Teoria dostarcza ogólnej wiedzy od strony technicznej opieki nad umierającym, ale nie uwzględnia pozostałych sfer życia człowieka. Pielęgniarki często nie są przygotowane do tego, aby właściwie traktować i rozmawiać z umierającym. Niekiedy ich pierwszy kontakt z chorym u kresu jego życia skutkuje tendencją do unikania pacjentów umierających w ogóle, co więcej, może nawet zrazić do zawodu. Lekarze i pielęgniarki często nie posiadają pełnej wiedzy na temat procesu umierania. Podejście do zagadnienia śmierci w ramach studiów medycznych kładzie głównie akcent na biologiczną i techniczną stronę problemu, nie dostrzega się potrzeb emocjonalnych, psychicznych i duchowych człowieka umierającego².

Rozwój medycyny i związany z nim kształt studiów medycznych przyczynił się do powstania i utrwalenia pewnych specyficznych relacji między

¹ A. Bartoszek, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*, Katowice 2000.

² *Ibidem*.

personalem medycznym a pacjentami będącymi w ostatnim okresie życia. Lekarz, znając różne sposoby walki ze śmiercią, mając do dyspozycji sprzęt medyczny wysokiej klasy i skuteczne środki farmakologiczne, czyni wszystko, aby ratować życie pacjenta. Taka postawa w wielu przypadkach przyczyniła się do odsunięcia niebezpieczeństwa śmierci. Jednak to słuszne nastawienie, aby ratować życie człowieka, czasami prowadzi do przeceniania możliwości medycyny. U lekarza powstaje przekonanie, że medycyna może całkowicie opanować i wyeliminować ból, cierpienie, chorobę, a nawet śmierć. Lekarz nader często dostrzega przede wszystkim chorobę, a dopiero potem człowieka chorego. Rodzi się postawa, którą można streścić w zdaniu: „wyleczenie choroby jest ważniejsze niż troska o ludzi”³. Gdy pacjent znajdzie się w sytuacji chorobowej bezpośrednio zagrażającej jego życiu, lekarz, zgodnie z tym nastawieniem, podejmie leczenie „za wszelką cenę”. Nie patrząc na konkretne efekty i na faktyczny stan zdrowia pacjenta, stosuje się nieraz najbardziej skomplikowane zabiegi, terapię i aparaturę. Przy takim nastawieniu zapomina się, że leżący bezwładnie chory, często półnagi, z wetkniętymi w jego ciało rurkami, drenami i sędami, otoczony czujnikami, monitorami i całą skomplikowaną aparaturą, jest myślącą i czującą osobą⁴. Te zmagania terapeutyczne nie pozwalają człowiekowi umrzeć w ciszy i spokoju, sprawiają natomiast, że umiera w samotności, oddzielony od bliskich i całego otoczenia skomplikowaną aparaturą i działaniami medycznymi⁵. Śmierć pacjenta jest przez personel medyczny traktowana jako całkowita porażka, jako wypadek, który, choć nie był wykluczony, nastąpił niewłaściwie i nienaturalnie.

Jedynymi działaniami medycznymi w stosunku do umierających jest podawanie środków przeciwbólowych oraz dożylne nawadnianie. Zespół pielęgniarek sprawuje opiekę pielęgnacyjną, której umierający szczególnie potrzebują. Często opieka ta sprawowana jest z wielkim poświęceniem. Jednak zdarzają się również poważne zaniedbania. Pielęgniarki znajdują się często w sytuacji konfliktowej: z jednej strony, konieczność zaspokojenia potrzeb człowieka umierającego, wymagającego większego zaangażowania i większej ilości czasu, a z drugiej – troska o innych pacjentów oddziału⁶.

³ *Ibidem*, s. 36.

⁴ *Ibidem*.

⁵ *Ibidem*.

⁶ *Ibidem*.

Niekiedy w szpitalu ma miejsce zjawisko „śmierci społecznej”, która wyprzedza śmierć biologiczną. Zdarza się bowiem, że pacjent za życia traktowany jest jako martwy. W obecności nieprzytomnego pacjenta prowadzi się np. rozmowy na temat jego stanu i bliskiej śmierci, choć nie ma się pewności, czy rzeczywiście nie posiada on zdolności odbierania pewnych bodźców, np. słuchowych. Inicjowanie „śmierci społecznej” jest procesem związanym z całkowitą depersonalizacją pacjenta⁷.

To, na ile stosunek personelu medycznego do człowieka umierającego jest humanitarny, a na ile zdepersonalizowany, zależy przede wszystkim od konkretnego lekarza i konkretnej pielęgniarki.

Celem przeprowadzonych przeze mnie badań było zbadanie poziomu wypalenia zawodowego wśród 30 pielęgniarek pracujących na Oddziale Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie, a także uchwycenie zależności pomiędzy wypaleniem a empatią. Wyniki poddałam również analizie statystycznej. Do gromadzenia materiału empirycznego wykorzystałam Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego MBI (Maslach Burnout Inventory).

Charakterystyka syndromu wypalenia zawodowego

Problematyka wypalenia posiada dwudziestokilkuletnią historię. W ciągu tego czasu przeprowadzono wiele wnikliwych badań nad problemem wypalania się jednostki. Zjawisko to zostało zidentyfikowane na wiele różnych sposobów. Wypalenie zawodowe pojawia się u przedstawicieli zawodów, w których interakcja z drugim człowiekiem stanowi istotę profesjonalnego działania, warunkuje powodzenie w danym zawodzie, sukces i rozwój. „Skutki uboczne” tej bliskiej i zaangażowanej interakcji, w konfrontacji z negatywnymi emocjami, cierpieniem, przewlekłym stresem, mogą wystąpić szczególnie wtedy, gdy dana osoba nie jest w stanie radzić sobie z obciążeniem zawodowym, przeżywa niepowodzenia i brak sukcesów. Mimo starań, nie potrafi stawić czoła narastającym przeciążeniom, coraz większemu zmęczeniu i wyczerpaniu emocjonalnemu. Zaczyna traktować osoby, z którymi pracuje przedmiotowo – pojawia się specyficzne zjawisko w procesie wypalenia zawodowego jakim jest depersonalizacja. W toku „wypalenia się” maleje satysfakcja zawodowa i zaangażowanie.

⁷ *Ibidem*.

Stan „wypalenia się” może powodować apatię, wyobcowanie w środowisku pracy i ucieczkę w liczne strategie obronne. „Wypalenie może być postrzegane jako rodzaj chronicznej reakcji na długotrwałe negatywne działanie stresu w pracy”⁸. Grupa zawodowa pielęgniarek, ze względu na środowisko pracy, specyfikę zawodu, organizację pracy i jej zmianowy charakter, jest jedną z grup najbardziej narażonych na stres. Wielozaładowy charakter pracy wymaga różnych predyspozycji, zdolności i umiejętności. Profesjonalizm i postęp w naukach medycznych wymagają z kolei wyższego poziomu wiedzy i kwalifikacji. Poza tym, różne osoby takie jak przełożeni, koleżanki czy pacjenci, oczekują od pielęgniarek określonych zachowań. Wszystko to powoduje, że stykają się one z wieloma sytuacjami stresowymi, np.:

- Błędny podział zadań, powodujący niezgodność między wymaganiami i umiejętnościami.
- Nadmierne i sprzeczne wymagania przełożonych, którym nie można sprostać.
- Niekorzystne warunki pracy, braki w wyposażeniu.
- Brak wsparcia ze strony starszych pielęgniarek, nacechowane wrogością konflikty w grupie pracowniczej.
- Zła współpraca zespołu leczącego z zespołem pielęgniarskim.
- Niski prestiż społeczny zawodu pielęgniarskiego.
- Brak rzeczywistego uznania społecznego dla realnego trudu pielęgniarek oraz brak stosowanej regulacji prawnej określającej ich status.
- Przeciążenie pracą – wzrost obowiązków wynikający z małej liczby pielęgniarek w stosunku do liczby pacjentów.
- Całotygodniowy system pracy.
- Praca zmianowa, wpływająca niekorzystnie na wiele sfer życia, przyczyniająca się do występowania problemów natury biologicznej, medycznej i społecznej.
- Nagłe, nieprzewidziane sytuacje związane z pogorszeniem się stanu zdrowia pacjenta.
- Niskie zarobki, niewspółmierne do wysiłku i wkładu pracy.
- Duży „przepływ” pacjentów – styczność z nowymi problemami.
- Duże wymagania pacjentów.
- Wadliwa relacja między personelem pielęgniarskim a pacjentem i jego rodziną.

⁸ M.K. Grzegorzewska, *Stres w zawodzie nauczyciela. Specyfika, uwarunkowania i następstwa*, wyd. 2, Kraków 2006, s. 49.

- Instrumentalne traktowanie i brak szacunku dla pielęgniarek.
- Zbyt wysoka liczba pacjentów podlegających jednej pielęgnowce – może wówczas dochodzić do poznawczego i emocjonalnego przeciążenia.
- Brak przerw w pracy, duża liczba godzin w bezpośrednim kontakcie z pacjentem.
- Brak równowagi pomiędzy tym, co pielęgniarka daje, a tym, co otrzymuje.
- Brak umiejętności łatwego nawiązywania kontaktów – blokada komunikacji ze współpracownikami.
- Nieradzenie sobie z problemami cierpienia i śmierci.

Analiza wypalenia zawodowego badanych pielęgniarek

Poniżej przedstawiam analizę zebranego materiału i wyniki badań nad wypaleniem zawodowym pielęgniarek. Przekształcenie uzyskanych wyników na skalę centylową i odniesienie ich do ogólnych norm dla takiej skali pozwala na stwierdzenie:

- do 30% – brak wypalenia zawodowego,
- 30–50% – ryzyko wypalenia zawodowego,
- 50–70% – symptomy wypalenia zawodowego,
- powyżej 70% – wynik świadczący o wypaleniu zawodowym⁹.

Poziom wypalenia, jaki reprezentują badane pielęgniarki wyjaśni analiza danych przedstawiona w tabeli 1.

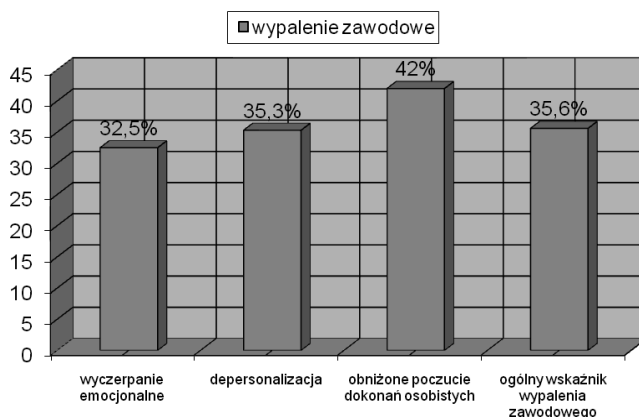
⁹ V. Savicki, E.J. Cooley, *Theoretical and research considerations of burnout*, „Children and Youth Services Review” 1983, 5, s. 227–238.

Tabela 1. Poziom wypalenia zawodowego pielęgniarek z Intensywnej Terapii

Poziom wypalenia zawodowego	Liczba badanych pielęgniarek z Intensywnej Terapii			
	Wyczerpanie emocjonalne	Depersonalizacja	Obniżone poczucie dokonań osobistych	Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego
do 30%	17	18	11	15
30-50%	1	3	10	5
50-70%	7	1	2	5
powyżej 70%	5	8	7	5
Razem	30	30	30	30

Opierając się na uzyskanych wynikach, można stwierdzić, że połowa pielęgniarek, tj. 15 osób, pracujących na Oddziale Intensywnej Terapii nie wykazuje objawów wypalenia zawodowego. Wynik kolejnych 5 osób świadczy o tym, że znalazły się one w grupie ryzyka, ponieważ uzyskały wyniki plasujące się w przedziale od 30–50%. U 5 następnych osób stwierdzono symptomy wypalenia, ponieważ uzyskały wyniki w przedziale od 50–70%. Pięć kolejnych pielęgniarek osiągnęło wynik powyżej 70%, co świadczy o całkowitym wypaleniu zawodowym. Trzy osoby z tego zespołu osiągnęły najwyższy wynik, czyli powyżej 80%.

Wykres 1. Poziom wypalenia zawodowego pielęgniarek



Wyczerpanie emocjonalne spowodowane jest głównie nadmiarem obowiązków oraz konfliktami w pracy, poczuciem ogólnego zmęczenia, zwiększoną drażliwością oraz impulsywnością. Odpowiedzią na wyczerpanie jest reakcja organizmu w postaci bólów głowy, zaburzeń snu, dolegliwości gastrycznych czy ogólnego osłabienia i spadku odporności. W efekcie prowadzi to do jeszcze większej niechęci do pracy i wszystkich jej aspektów, problemów z komunikacją interpersonalną oraz ograniczenia zawodowych kontaktów do minimum.

Na podstawie powyższych wyników, można stwierdzić, że pielęgniarki pracujące na Oddziale Intensywnej Terapii znajdują się w grupie ryzyka wyczerpania, ponieważ uzyskały wynik w przedziale od 30–50%.

Druga z kolei podskala MBI pokazuje stopień depersonalizacji w stosunku do innych osób. Zjawisko to ma miejsce wówczas, kiedy człowiek przestaje postrzegać drugą osobę indywidualnie, traktując ją jak rzecz lub przedmiot pracy. Typowe dla tego zjawiska jest też ignorowanie potrzeb innych, niezauważanie wkładu i emocji współpracowników. Depersonalizacja to także poczucie utraty własnej tożsamości, poczucie, że nie jest się sobą, ale zupełnie kimś innym. Przejawia się to w nadmiernym, emocjonalnym różnicowaniu, przechodzeniu od silnego pobudzenia na problemy innych, do nadmiernego zdystansowania. Depersonalizacja jest więc pochodną nadmiernego wyczerpania emocjonalnego i może być postrzegana jako tworzenie formy samoobrony przed współpracownikami lub członkami rodziny.

Analiza poziomu depersonalizacji w badanej grupie mówi nam, że pielęgniarki pracujące na Oddziale Intensywnej Terapii uzyskały wynik 35,3%, czyli znajdują się w grupie ryzyka.

Brak satysfakcji z pracy, niechęć odniesienia sukcesu zawodowego oraz obojętny stosunek do swoich dokonań, również w życiu prywatnym, są konsekwencją dwóch poprzednich czynników i ostatnią fazą wypalenia zawodowego. Praca osoby będącej w trzeciej fazie staje się nieefektywna i niewydajna, na polu osobistym zaś przestają się liczyć wartości uważane do tej pory w pracy za nadrzędne. Praca przestaje być postrzegana jako wartość. Sytuację pogarszać może również brak zrozumienia i wsparcia ze strony otoczenia, które często jest nieświadome zaistniałego problemu.

Opierając się na uzyskanych wynikach dotyczących trzeciej podskali, tj. obniżenia poczucia dokonań osobistych, można stwierdzić, że, podobnie jak w poprzednim przypadku (depersonalizacji), pielęgniarki z Od-

działu Intensywnej Terapii osiągnęły wynik 42% – świadczy to, że znajdują się w grupie ryzyka mówiącym o braku satysfakcji zawodowej.

Podsumowując wyniki poziomu wypalenia, należy stwierdzić, że ogólny wskaźnik wypalenia dla Intensywnej Terapii wynosi 35,6%. Można więc uznać, że wśród personelu Oddziału istnieje ryzyko wystąpienia tego syndromu. Uważam, że na poziom wypalenia wpływa charakter pracy pielęgniarek oraz jej specyfika. Pielęgniarki z Intensywnej Terapii mają codzienny kontakt z pacjentami w stanie zagrożenia życia, obciążają bólem, cierpieniem, często śmiercią. Kontakt z tymi osobami wymusza na nich większą czujność, kontrolę i specyficzny rodzaj komunikacji. Suma negatywnych aspektów dotyczących pracy na Oddziale Intensywnej Terapii sprawia, że personel na nim pracujący cechuje brak satysfakcji zawodowej, a także obojętny stosunek do pacjentów, który wyraża się negatywnym i przedmiotowym ich traktowaniem. Brak możliwości rozwoju zawodowego, brak wsparcia ze strony przełożonych oraz zła komunikacja w oddziale to kolejne czynniki wpływające na wypalenie. Również wynagrodzenie jest wysoce niewspółmierne do wykonywanej przez nich pracy. Pensum pielęgniarskie nie wystarcza na zaspokojenie podstawowych potrzeb. Nagrody typu: awans, podwyżka, premia czy pochwała są rzadkie. To wszystko powoduje, że środowisko pielęgniarskie czuje się głęboko sfrustrowane, niedoceniane, niedowartościowane, w efekcie stając się podatnym na wypalenie.

Prowadzone przeze mnie badania miały także wykazać wpływ empatii na wypalenie. Empatia jest przedmiotem rozważań wielu dziedzin naukowych, zwłaszcza współczesnej psychologii i pedagogiki. Pojęcie to oznacza wsłuchiwanie się w to, co mówi drugi człowiek, wczuwanie się w jego świat myśli i przeżyć, przy zachowaniu własnej tożsamości, świadomości własnych myśli i odczuć. Empatia jest nieodzownym aspektem zawodu pielęgniarki. Wydaje się więc słuszne stwierdzenie, iż podstawową cechą dobrej pielęgniarki jest posiadanie i rozwijanie zdolności empatycznych. Sama bowiem wiedza czy szerokie kompetencje nie wystarczają, aby z godnością reprezentować ten zawód.

Poprzez analizę statystyczną udowodniono, że poziom wypalenia wzrasta wraz z niskim poziomem empatii. Jak pokazują wyniki badanych pielęgniarek, wraz ze wzrostem wypalenia, dochodzi do zubożenia zawodowego. Pielęgniarki są mniej wrażliwe na ból i cierpienie pacjentów. Charakteryzują się brakiem zaangażowania emocjonalnego, brakiem efektywnego porozumiewania się, brakiem wrażliwości, czyli obniżonym stopniem empatii. Pielęgniarka, aby mogła napawać optymizmem innych, sama musi to zadowolenie odczuwać.

Jak wynika z badań, wraz z wykształceniem wzrasta poziom empatii. Może to wynikać z faktu, że osoby wykształcone są bardziej czytane, posiadają duże horyzonty myślowe oraz większą wiedzę ogólną. Osoby wykształcone dzięki temu lepiej rozumieją uczucia i emocje innych. Łatwiej budują z nimi dobre relacje. Lepiej więc radzą sobie w pracy. Uważam jednak, że dokładne wyjaśnienie przyczyn tego zjawiska, wymaga szerszego potraktowania oraz dokładniejszych badań i przemyśleń.

W jaki sposób można zabezpieczyć się przed zespołem wypalenia

Przed wypaleniem zawodowym chroni zrozumienie przyczyn i efektywność radzenia sobie ze stresem, umiejętność rozpoznania wczesnych sygnałów ostrzegawczych, wreszcie, dbanie o siebie i utrzymanie równowagi w życiu. Istnieje wiele sposobów zapobiegania wypaleniu zawodowemu i radzenia sobie z już zaistniałym problemem. Jak radzą psychologowie, bardzo ważne jest podejmowanie pracy zgodnej ze zdobytą wiedzą, umiejętnościami i kwalifikacjami, a także intensywny wysiłek w celu rozwijania swojej osobowości, samooceny i obiektywnej oceny rzeczywistości. Konieczne jest także gromadzenie zasobów związanych z radzeniem sobie ze stresem. Dzięki nim sytuacje trudne postrzegane będą przez nas jako wyzwanie, a nie jako zagrożenie czy strata. Nie można zapominać również o utrzymywaniu bliskich relacji z innymi ludźmi, dzięki czemu w sytuacjach trudnych możemy liczyć na pomoc i wsparcie społeczne. Ważną rolę mogą odegrać również spotkania integracyjne. Takie cykliczne, na przykład raz do roku, spotkania w atmosferze zabawy i odprężenia służyłyby zacieśnianiu więzi między ludźmi, dawałyby sposobność do analizowania zarówno napotkanych problemów, jak i związanych z nimi osobistych odczuć, oraz sprzyjałyby lepszemu nastawieniu do oddziału jako organizacji. Spotkania takie mogłyby poprawić komunikację wewnątrz oddziału, doprowadziłyby do redukcji konfliktów, jak również poprawiłyby relacje z personelem lekarskim, co jest bardzo potrzebne. Corey podaje bardzo szczegółową listę strategii, które można wykorzystać w celu uniknięcia wypalenia zawodowego, są to:

- posiadanie innych zainteresowań poza pracą,
- obmyślenie różnych sposobów wykonywania swojej pracy,
- podejmowanie takich inicjatyw i projektów, które miałyby osobisty sens,

- troska o zdrowie – dieta, sen, ćwiczenia relaksacyjne,
- rozwijanie społecznych relacji, które charakteryzują się wzajemnością w dawaniu i braniu,
- trening zachowań asertywnych,
- podejmowanie pracy raczej ze względu na osiągnięcie wewnętrznych niż zewnętrznych korzyści,
- uaktualnianie swojego warsztatu pracy oraz uczestnictwo w grupach warsztatowych i rekreacyjnych,
- dokonywanie oceny sensowności własnych działań z punktu widzenia inwestycji czasowych i merytorycznych,
- unikanie przyjmowania ciężaru odpowiedzialności, który należy do innych,
- doskonalenie umiejętności pracy zawodowej¹⁰.

„Wypalenie się” ma szkodliwe następstwa natury psychologicznej. Jednym z nich jest jego wpływ na stosunki pracownika z rodziną i przyjaciółmi. Jeśli napięcia nie może rozładować w pracy, to często, nieświadomie, zostaje ono przeniesione do domu, powodując nasilenie konfliktów osobistych i rodzinnych. Niezależnie od tego, czy mamy do czynienia z syndromem wypalenia, czy z pojedynczymi przejawami przeciążenia pracą, ważny jest sposób, w jaki radzimy sobie z problemami. Pojawiające się trudności nie muszą być wyłącznie źródłem niezadowolenia i frustracji. Możemy je potraktować jako informacje zwrotne o własnych zachowaniach i wykorzystać do twórczej zmiany nie tylko po to, aby lepiej pracować, ale również po to, by móc czasem odpocząć.

W sytuacji potencjalnego zagrożenia wypaleniem, zaleca się także relaks. Techniki relaksacyjne są skuteczne, zwłaszcza gdy praktykowane są regularnie – należy przeznaczyć na nie określoną ilość czasu w ciągu dnia. Większość z nich można stosować podczas przerw w pracy, poświęcając im minutę lub dwie, niezależnie od pozycji ciała, w jakiej się znajdujemy.

Również świadomość własnych reakcji i ograniczeń, czyli tego, co nam przeszkadza w życiu, w dużej mierze chroni przed wypaleniem. Wiedząc na jakie sytuacje reagujemy wzmożonym niepokojem, możemy starać się ich unikać.

Ważny jest także optymizm i pozytywne nastawienie. Dostrzeganie tego, co dobre, przynosi satysfakcję i radość, a praca staje się przyjemnością.

¹⁰ W. Okła, *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Psychosomatyka*, Lublin 2001, s. 140.

cią. Podkreślając dobre strony sprawiamy, że nieuniknioną w pracy pielęgniarki frustrację równoważy satysfakcja.

Zakończenie

Zawód pielęgniarki należy niewątpliwie do tych zawodów, w których bliski kontakt interpersonalny, procesy zaangażowania i wymiany emocjonalnej odgrywają istotną rolę. Osobowość pielęgniarki, jej umiejętności interpersonalne oraz wrażliwość na potrzeby pacjentów stanowią swoiste narzędzie pracy i wpływają na sukcesy zawodowe. Zaangażowanie w pracę i codzienna troska o dobro podopiecznych są dużym obciążeniem psychicznym. Skutkiem „wypalenia się” nie są ludzie jako tacy. Jest ono raczej wynikiem rozczarowania sytuacjami, którym muszą stawić czoła pracownicy początkowo nastawieni bardzo idealistycznie. Warto zatem wiedzieć, że wypalenie zawodowe to efekt trudnej sytuacji, a nie tego, jakim się jest człowiekiem – niekiedy słabym i bezradnym. Dotyka ono ludzi niezależnie od ich struktury osobistej – dużo większe znaczenie od właściwości osobowych mają czynniki zewnętrzne. Często efektem wypalenia jest poczucie winy. Zwykle interpretujemy zespół wypalenia jako wynik naszego funkcjonowania, braku należytego zaangażowania, niekompetencji. Jednak na wypalenie większy wpływ ma rodzaj wykonywanej pracy, a nie nasza osoba. Nie ma szybkich i łatwych rozwiązań, jeśli chodzi o zespół wypalenia. Warto więc od czasu do czasu zatrzymać się na chwilę i pomyśleć, jak można sobie pomóc.

Christina Maslach, największy autorytet w dziedzinie wypalenia zawodowego sądzi, że wypalenie się nie jest nieuniknione i można podejmować pewne kroki w celu zmniejszenia częstości występowania tego zjawiska i złagodzenia go. Przyczyną wielu przypadków wypalenia się nie są trwałe, niezmiennie cechy ludzi, lecz określone czynniki społeczne i sytuacyjne, na które można oddziaływać¹¹.

Badania zawarte w pracy miały charakter przyczynowy i ze względu na złożoność zagadnienia wymaga ono dalszych poszukiwań i potwierdzeń. Dały one jedynie ogólne spojrzenie na poruszaną w pracy problematykę, a ważność tego problemu zachęca do szerszego potraktowania.

¹¹ Ch. Maslach, *Wypalenie się; utrata troski o człowieka*, [w:] P.G. Zimbardo, F.L. Ruch, *Psychologia i życie*, Warszawa 1994.

Bibliografia

Bartoszek A. (2000), *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*, Katowice.

Grzegorzewska M.K. (2006), *Stres w zawodzie nauczyciela. Specyfika, uwarunkowania i następstwa*, wyd. 1, Kraków.

Maslach Ch. (1994), *Wypalenie się: utrata troski o człowieka*, [w:] P.G. Zimbardo, F.L. Ruch, *Psychologia i życie*, Warszawa.

Okła W. (2001), *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Psychosomatyka*, Lublin.

Savicki V., Cooley E.J., *Theoretical and research considerations of burnout*, „Children and Youth Services Review” 1983, 5.

Dorota Ortenburger
Arkadiusz Ortenburger

Udział czynników psychologicznych w narastaniu niepełnosprawności związanej z bólem

Wprowadzenie

Rozpatrywanie problematyki bólu przewlekłego w perspektywie niepełnosprawności wiąże się ściśle z rozwojem współczesnej wiedzy dotyczącej odmienności tzw. bólu ostrego od przewlekłego.

Jednym z podstawowych kryteriów tego podziału jest kryterium czasowe¹. Nie jest ono jednak uważane za jedyne i wystarczające, na co wskazują m.in. badania nad uwarunkowaniami psychologicznymi skuteczności terapii nienowotworowego bólu przewlekłego. Potwierdzają je badania kliniczne prowadzone z udziałem pacjentów cierpiących z powodu uporczywych lub nawracających doznań bólowych oraz opracowania teoretyczne, które opisują i egzemplifikują różnice między tymi dwoma rodzajami bólu [Melzack 1980; Dobrogowski, Kuś, Sedlak, Wordliczek 1996]. Odmienne niż tzw. ból informacyjny w większości przypadków oparty na fizjologicznym procesie nocyciepcji – ból przewlekły, jakkolwiek zapoczątkowany nocyciepcją, traci z biegiem czasu bezpośredni z nią związek, a jego utrzymywanie się jest wynikiem swoistych mechanizmów pa-

¹ Granica czasowa uznawana przez gremium Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu wynosi trzy miesiące, panuje jednak zgodność, co do pewnej umowności tego kryterium.

tologicznych w układzie nerwowym i czynników psychologicznych lub behawioralnych [Melzack 1980; Gatchel, Turk 1999]. W tym przypadku organizm nie odnosi korzyści związanych z zaistnieniem bólu ostrego, którego zadaniem jest, jak wiadomo, ostrzeżenie i ochrona poprzez inicjowanie odpowiedzi ze strony układu nerwowego. W bólu przewlekłym pojawiają się natomiast niekorzystne zmiany w układzie krążenia, wzmożone napięcie mięśniowe, zaburzenia rytmiki dobowej (przerwywany sen), zmiany w ogólnej aktywności, spadek energii, objawy depresji.

Rezultaty badań pokazują, że wielu pacjentów doświadczających bólu przewlekłego można uznać za szczególnie narażonych na rozwinięcie się niepełnosprawności z uwagi na stan psychiczny towarzyszący dolegliwościom, w znaczącym stopniu pogłębiającym trudną sytuację danej osoby. Wskazują na to wyniki współczesnych badań, które uwidoczniły fakt tendencji do częstego współwystępowania zaburzeń nocyceptywnych z takimi czynnikami psychologicznymi, jak m.in. zaburzenia depresyjne i skłonności do katastrofizowania. W świetle literatury są to ważne przesłanki, by zakwalifikować te osoby do grupy podwyższonego ryzyka [Golec 2004; Ortenburger, Ortenburger 2008].

W wielospecjalistycznym modelu terapii przeciwbólowej przyjmuje się, że pogłębianiu wzorców dysfunkcyjnych sprzyjają pewne psychologiczne czynniki o charakterze prognostycznym. Do tych czynników, w tym predyktorów niepełnosprawności, wchodzi m.in. występowanie u danej osoby zaburzeń depresyjnych, wspomniane już wcześniej katastrofizowanie oraz utrata poczucia kontroli względem odczuwanych dolegliwości. W związku z tym, że ból przewlekły często wiąże się z przynajmniej częściowym unieruchomieniem, mogą nasilać się trudności lub nawet niemożność wykonywania pracy oraz izolacja społeczna. W efekcie, niejednokrotnie, pojawia się problem uzależnienia od leków i wzrost uzależnienia od rodziny czy opiekunów. Analiza mechanizmów i uwarunkowań tych procesów stanowi jeden z obszarów intensywnie rozwijających się dziedzin: psychologii zdrowia i klinicznej psychologii zdrowia [Heszen, Sęk 2007]. Istotną staje się diagnoza i pomoc psychologiczna szczególnie w sytuacji, gdy ograniczenia, do których prowadzi ból uruchamiają kolejne błędne koło przyczyn i skutków. Za reprezentatywny przykład takiego sprzężenia zwrotnego uchodzi zjawisko nasilania się dolegliwości potęgowanych przez odczuwanie lęku, strachu, rozgoryczenia, frustracji i poczucia bezradności. Ponadto, doniesienia w literaturze wskazują, że szereg problemów wiąże się z immunopresyjnym działaniem bólu, a zatem i częstsze przejawy obniżonej odporności w szerokim tego słowa znaczeniu.

Konsekwencje stymulacji bólowej jako źródło ograniczenia zdolności pełnego funkcjonowania psychofizycznego

W świetle danych pochodzących z rejestru specjalistycznych placówek leczenia przeciwbólowego w Polsce w przeważającej części przypadków zespoły bólowe nie są uznawane za formę niepełnosprawności [Bujok 2004]. W pracy poświęconej wybranym problemom orzecznictwa lekarskiego z zakresu leczenia przeciwbólowego, Grzegorz Bujok wnikliwie przeanalizował i przedstawił konkretny przykład takiej sytuacji. Taki stan ma miejsce pomimo że z definicji niepełnosprawności wynika, iż przewlekłe zespoły bólowe w wielu przypadkach traktowane są jako forma kalectwa. U podstaw tkwią następujące czynniki: pojawienie się barier oraz niemożność ich pokonania w sposób dostępny dla innych ludzi, a ilość tych barier wykazuje tendencję rosnącą. Bariery te narastają wraz ze zwiększaniem wskaźników subdymensji algologicznych bólu przewlekłego, czyli uporczywością dolegliwości, oraz ich bieżącą intensywnością w jednostce czasu. Specjaliści z dziedziny leczenia przeciwbólowego podkreślają, że istnieje niestety stosunkowo mało zespołów bólu przewlekłego, które poddają się skutecznemu leczeniu, częściej następuje nasilanie się dolegliwości i, co za tym idzie, stopniowe pogłębianie się trudności w pełnieniu ról społecznych. Dane epidemiologiczne pokazują, że wiele osób z bólem przewlekłym traci na długi czas lub nieodwołalnie zdolność do pełnienia dotychczasowych ról w życiu prywatnym i zawodowym.

Problem „zamknięcia człowieka w niemocy przez ból o chronicznym charakterze” stanowił przesłankę do części postulatów formułowanych w obrębie grupy ekspertów, w październiku 1994 r. w ramach Europejskiego Forum Niepełnosprawności (w zakresie bloku tematycznego określonego jako zagadnienia eugeniki, bioetyki i eutanazji). IASP zaleca przeciwdziałanie rozwijaniu się i pogłębianiu poszczególnych zespołów bólu przewlekłego i w ten sposób ograniczanie skutków jego następstw.

Koncepcje leżące u podłoża formułowanych przez IASP programów terapeutycznych ukierunkowane są na zapobieganie pogarszaniu się zarówno psychicznego, jak i fizycznego funkcjonowania człowieka. Uwzględniają one wyniki badań pokazujących korelacje pomiędzy doświadczaniem długotrwałych zaburzeń nocycepcji a występowaniem zaburzeń depresyjnych i spadkiem odporności. W rodzimej i światowej

literaturze odnajdujemy wiele opisów dotyczących wzajemnych psychofizycznych oddziaływań pomiędzy układem dróg zaangażowanych w przewodzenie bodźców bólowych a układem immunologicznym.

Przegląd współczesnych badań pozwala stwierdzić, że bardziej dostrzegalne odczuwanie bólu przez osoby z utrwalonymi symptomami depresji łączone jest z faktem zachodzenia pewnych niekorzystnych zmian w układzie nerwowym predestynujących do zaburzeń depresyjnych, do których dochodzi pod wpływem długotrwałej aktywacji nocyceptywnej, np. w przewlekłym bólu mięśniowo-szkieletowym [Apkarian 2008; Baune, Caniato, Garcia-Alcaraz, Berger 2008]. Podobnie jak w przypadku zaburzeń nocyceptywnych, kolejny nawrót depresji zwiększa prawdopodobieństwo następnego, pogarszając perspektywy na poprawę stanu zdrowia. W świetle literatury wydaje się, że wiele spośród osób zmagających się z bardzo często występującymi przewlekłymi dolegliwościami (np. w bólu mięśniowo-szkieletowym), mogłoby odnieść znaczące korzyści z różnych form pomocy psychologicznej, zapobiegającej utrwaleniu się myślenia katastroficznego. O tym, jak wielkiej liczby osób ten problem dotyczy, świadczą doniesienia w literaturze. Według specjalistów, bóle mięśniowo-szkieletowe stanowią jeden z najczęściej występujących problemów, z którymi pacjenci zgłaszają się do poradni przeciwbólowych [Wordliczek, Dobrogowski 2004].

Podsumowanie

Przegląd wyników badań nad długofalowymi skutkami bólu przewlekłego pokazuje, iż w kontekście szeroko rozumianej prewencji ewentualnej niesprawności w następstwie bólu przewlekłego, szczególnej uwagi wymagają osoby z podwyższonym wskaźnikiem w zakresie obciążenia emocjonalnego, wykazujące silną tendencję do myślenia katastroficznego. Badacze wskazują na przejawy istniejących powiązań w postaci konkretnych, odrębnych zespołów psychopatologicznych występujących z wysoką częstością u osób cierpiących z powodu przewlekłego bólu [Puzyński 1988; Dobrogowski, Kuś, Sedlak, Wordliczek 1996]. Dokonywanie psychometrycznej diagnozy bólu dodatkowo wsparte zastosowaniem testów psychologicznych stanowi wartą do rozważenia, zarazem możliwą do przeprowadzenia, a jednocześnie wiarygodną metodę pomagającą oszacowywać czynniki potencjalnie podwyższające ryzyko wystąpienia niepełnosprawności.

Bibliografia

Apkarian A. (2008), *Chronic pain, memories, and prefrontal cortex*, IASP, 12th World Congress on Pain, August 17–22, Glasgow.

Baune B., Caniato R., Garcia-Alcaraz M., Berger K. (2008), *Combined effects of major depression, pain and somatic disorders on functioning in the general adult population*, „Journal of the IASP Pain”, 138, s. 310–317.

Bujok G. (2004), *Wybrane problemy orzecznictwa lekarskiego w leczeniu przeciwbólowym. Opis przypadku*, „Ból”, t. 5, nr 3, s. 54–56.

Dobrogowski J., Kuś M., Sedlak K., Wordliczek J. (1996), *Ból i jego leczenie*, Warszawa.

Gatchel R.J., Turk D.C. (1999), *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives*, New York.

Golec A. (2004), *Psychologiczne aspekty bólu*, „Medycyna Bólu”, Warszawa.

Heszen I. (2005), *Kliniczna psychologia zdrowia*, [w:] *Psychologia kliniczna*, red. H. Sęk H., „Biblioteka Psychologii Współczesnej”, Warszawa, s. 222–242.

Heszen I., Sęk, H. (2007), *Psychologia zdrowia*, Warszawa.

Melzack R. (1980), *Psychological aspects of pain*, „Pain”, New York.

Ortenburger D. (2006), *Przewlekłe zespoły bólowe jako forma niepełnosprawności? Dwie perspektywy*, [w:] *Świat pełen znaczeń – kultura i niepełnosprawność*, red. J. Olszewska, S. Baran, Kraków, s. 719–726.

Ortenburger D., Ortenburger A. (2008), *Personality predictors in depression at chronic musculoskeletal pain patients*, IASP, 12th World Congress on Pain, August 17–22, Glasgow.

Pużyński S. (1988), *Depresje*, Warszawa.

Wordliczek J., Dobrogowski J. (2007), *Leczenie bólu*, Warszawa.

Wojciech Kłapa
Marta Szeliga

Rozpoznawanie potrzeb wolnoczasowych pacjentów w opiece paliatywnej

Organizacja czasu wolnego staje się coraz ważniejszym elementem opieki paliatywnej. Pomaga w zaspokajaniu potrzeb chorego i utrzymaniu jego sprawności psychicznej oraz fizycznej poprzez wyzwalamie mechanizmów obronnych osobowości¹.

Aspekt ten ma też bardzo duże znaczenie społeczne – ułatwia kontakty międzyludzkie, podtrzymuje poczucie własnej wartości, umożliwia przeżywanie twórczych emocji, osiąganie sukcesów. Przywraca choremu autonomię i znosi przykre napięcie emocjonalne². Przyczynia się również do zwalczania dolegliwości fizycznych chorego poprzez „odwrócenie uwagi”. Jednocześnie, nieopanowane dolegliwości ograniczają możliwości i potrzeby pacjenta związane z rozwijaniem zainteresowań.

W opiece paliatywnej rozpoznanie zjawisk związanych z czasem wolnym jest szczególnie trudne. Wpływ na nie mają bowiem, obok powszechnie występujących uwarunkowań, takie czynniki jak:

¹ A. Markiewicz, *Opieka hospicyjna nad człowiekiem starszym*, [w:] *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku*, red. M. Torbicki, Z. Szarota, Kraków 2004, s. 190–191.

² A. Bohusz-Dobosz, *Pedagogiczne, psychologiczne i rehabilitacyjne oddziaływanie na postawę wobec śmierci u osób terminalnie chorych*, Poznań 2004.

- duże zróżnicowanie osób, które chcemy zdiagnozować (wiek, dotychczasowy przebieg choroby i rokowania, sytuacja rodzinna i społeczna, wykształcenie, możliwości intelektualne, rodzaj i poziom motywacji do pracy nad sobą bądź bliskimi itp.),
- występujący u pacjentów stres związany z objawami chorób (lęk przed bólem, naruszenie intymności, obawy dotyczące rokowania, dezorganizacja życia rodzinnego i zawodowego, konieczność zmian planów życiowych itp.),
- ograniczony kontakt z drugim człowiekiem,
- poziom przygotowania pedagogicznego i psychologicznego osób zajmujących się opieką paliatywną (lekarzy, pielęgniarek, duszpasterzy, wolontariuszy),
- brak odpowiednich metod i narzędzi diagnostycznych,
- znaczna część stawianych obecnie przez osoby związane z opieką paliatywną diagnoz dotyczących czasu wolnego stanowi rezultat „myślenia potocznego”, intuicyjnego, zdroworozsądkowego. Jest konglomeratem informacji istotnych, nieistotnych oraz przekonań. Stan ten powoduje, że postępowanie wobec pacjenta staje się czasami nieskuteczne.

W niniejszym opracowaniu chcemy zwrócić uwagę na szereg aspektów warunkujących dobre zaplanowanie czasu wolnego osoby chorej terminalnie. Przedstawiamy listę zjawisk, które należy zdiagnozować, a także omawiamy wybrane narzędzia diagnostyczne.

Czynniki determinujące organizację czasu wolnego

Przystępując do organizacji czasu wolnego pacjenta wskazane jest przygotowanie listy czynników warunkujących sytuację danej osoby. Najczęściej zaliczyć do nich należy:

1. Ból (czynniki wywołujące i nasilające, natężenie, umiejscowienie, czas trwania, rodzaj);
2. Dusznosc (sytuacje, w których występuje, spoczynkowa, wysiłkowa, jej natężenie);
3. Ołepienie (ograniczenie zdolności poznawczych – rodzaje, stopień ograniczeń);
4. Męczyliwosc (sytuacje, w których występuje, natężenie, objawy);
5. Percepcja wzrokowa (ostrość widzenia, pole widzenia, widzenie barw);

6. Kinetyka;
 - a) lateralizacja (zwłaszcza prawo-, leworęczność, prawo-, lewoboczność),
 - b) sprawność manualna,
 - c) precyzyjne wykonywanie ruchów,
 - d) zaburzenia równowagi,
 - e) ograniczenia ruchowe (niedowłady, porażenia),
7. Koordynacja wzrokowo-ruchowa,
8. Koordynacja słuchowo-ruchowa,
9. Nadwrażliwość na dotyk (miejscowa, uogólniona),
10. Zdolność logicznego myślenia, kojarzenia faktów (myślenie emocjonalne);
11. Pamięć (dominujące rodzaje, zaburzenia pamięci);
12. Wykształcenie (jego poziom i rodzaj);
13. Zainteresowania i sposoby spędzania czasu wolnego przed chorobą;
14. Ilość i rozkład czasu wolnego przed chorobą;
15. Zmiany zainteresowań i sposobów ich realizacji wywołane postępem choroby;
16. Zainteresowania i formy spędzania czasu powstałe w trakcie choroby;
17. Zakres i formy organizowania czasu wolnego w trakcie choroby;
18. Osoby organizujące czas wolny pacjenta (dotychczas, obecnie);
19. Środki i sprzęt, którymi dysponuje chory;
20. Możliwości komunikowania się z dotychczasowymi znajomymi i odnowienia starych kontaktów (np. nasza-klasa.pl itp.);
21. Możliwości nawiązania nowych kontaktów (rodzaj i poziom motywacji, sposoby);

Lista ta nie jest zamknięta, mogą bowiem wystąpić zjawiska trudne do przewidzenia, które wpływają na sposób organizacji czasu wolnego.

Narzędzia diagnostyczne

Rozpoznając zjawiska dotyczące organizacji czasu wolnego, można posłużyć się narzędziami wcześniej sprawdzonymi.

Poniżej przedstawiamy kilka narzędzi, które obok „tradycyjnych” rozmów i wywiadów czy analizy dokumentacji, pozwalają rozpoznać sytuację chorego.

Chronokarta jest narzędziem pozwalającym poznać rozkład zajęć chorego lub jego rodziny w ciągu doby czy tygodnia. Posługując się nią prosimy opiekuna pacjenta o wpisanie w odpowiednie rubryki tych czynności, które zazwyczaj wykonuje w tym czasie.

Analizując dane zawarte w chronokarcie, należy zwrócić uwagę na:

- czynności powtarzające się w tym samym czasie,
- czynności związane z objawami choroby (np. ataki bólu, przyjmowanie leków, zabiegi pielęgnacyjne, ćwiczenia rehabilitacyjne),
- rozkład czasu w ciągu nocy,
- czas przeznaczony na sen,
- liczba spożywanych posiłków i ich rozkład w czasie,
- rodzaj kontaktów towarzyskich (osobiste, telefoniczne, z jedną, z wieloma osobami), ich częstotliwość i czas,
- sposoby korzystania z mediów i rodzaje interesujących daną osobę informacji.

Na podstawie chronokarty można też poznać istotne dla chorego ograniczenia aktywności życiowej będące następstwem choroby. Szczególnie należy zwrócić uwagę na ograniczenia związane z możliwością zaspokajania i rozwijania zainteresowań, konieczność leżenia w łóżku, zakłócenie snu nocnego³.

Tabela1. Chronokarta zachowań chorego w ciągu doby

Czas	Zachowania pacjenta	Reakcje otoczenia	Uwagi
7.00–9.00			
9.00–11.00			
11.00–13.00			
13.00–15.00			
15.00–17.00			
17.00–19.00			
19.00–21.00			
21.00–23.00			
23.00–5.00			
5.00–7.00			

³ B. Tobiasz-Adamczyk, J. Bajka, K. Szafraniec, *Zachowania w chorobie*, Kraków 1999, s. 39–42.

W diagnostyce dotyczącej czasu wolnego przydatne mogą się też okazać przedstawione niżej arkusze pozwalające ocenić sytuację pacjenta, jego potrzeby i oczekiwania.

Tabela 2. Arkusz obserwacji zmian zachowań chorego w opiece paliatywnej

Czas	Reakcje werbalne	Typowe zachowania	Kontakty z rodziną	Kontakty z lekarzami, pielęgniarkami, wolontariuszami	Zgłaszane potrzeby (rodzaj, częstotliwość, sposoby)
W chwili objęcia opieką					
W ciągu pierwszych dni opieki					
Po tygodniu opieki					
W kolejnych tygodniach opieki					

Tabela 3. Arkusz zachowań pacjenta

Rodzaj zachowań	Opis
Reakcje na wiadomość o objęciu opieką paliatywną	Na początku:
	Po tygodniu:
	Po 3 tyg.:
Reakcje na cierpienia fizyczne	Na początku:
	Po tygodniu:
	Po 3 tyg.:
Reakcje na dyskomfort psychiczny	Na początku:
	Po tygodniu:
	Po 3 tyg.:
Uczestnictwo w terapii	Na początku:
	Po tygodniu:
	Po 3 tyg.:

Sposoby spędzania czasu wolnego	Na początku:
	Po tygodniu:
	Po 3 tyg.:
Reakcje w przypadku niemożności spędzania czasu wolnego w oczekiwany sposób	Na początku:
	Po tygodniu:
	Po 3 tyg.:
Relacje z rodziną i znajomymi	Na początku:
	Po tygodniu:
	Po 3 tyg.:
Relacje z innymi pacjentami	Na początku:
	Po tygodniu:
	Po 3 tyg.:
Relacje z personelem i wolontariuszami	Na początku:
	Po tygodniu:
	Po 3 tyg.:
Reakcje na pogarszający się stan zdrowia	Na początku:
	Po tygodniu:
	Po 3 tyg.:
Reakcje związane ze spodziewaną śmiercią	Na początku:
	Po tygodniu:
	Po 3 tyg.:

Skale samopoczucia (zmęczenia)

Narzędziem służącym do oceny samopoczucia może być wzorowana na VAS (Visual Analogue Scale) skala pozwalająca choremu określić jego samopoczucie. Posłużyć się tym narzędziem można w sytuacji, w której podejrzewamy, że chory jest niezadowolony, choć nie chce się do tego przyznać. Dziesięciopunktowa skala od „-5” do „+5”, w której punkt „-5” oznacza bardzo złe samopoczucie, punkt „+5” samopoczucie bardzo dobre, pozwala choremu na, w miarę precyzyjne, określenie swego stanu. Narzędzie to pozwala też porównać choremu zmiany nastroju i zakomunikować swój stan innym osobom. Podobne skale można sporządzić do określenia stopnia głodu, pragnienia, potrzeby snu, lęku przed zabiegiem, chęci spotkania z inną osobą, potrzeby poznania nowej wiedzy, chęci uzyskania wsparcia itp. Skale te winny być oceniane od 0 do 10 punktów.

Błędy w stawianiu diagnoz

Rozpoznawanie sytuacji pacjentów w kontekście organizacji czasu wolnego jest działaniem wymagającym wiedzy z różnych dyscyplin nauki. W związku z czym, jest to zadanie bardzo trudne, w którym mogą pojawić się błędy.

Błędy w diagnozie mogą pojawić się na każdym etapie jej prowadzenia. Niekiedy już przystępując do diagnozy można popełnić błędy, źle formułując pytania, na które będziemy szukać odpowiedzi:

- zastosowanie pytań dysjunktywnych „czy?” zamiast pytań „jak?”
- pytania o przebieg zjawiska zamiast o jego następstwa,
- pytania o nieistotne zależności,
- zbyt wąskie lub zbyt szerokie sformułowanie problemu.

Niekiedy pojawiają się też błędy w toku prowadzenia diagnozy i interpretacji uzyskanych danych, możemy tu wymienić m.in.:

- zbyt wąski lub zbyt szeroki zakres diagnozy,
- błąd *pars pro toto* – część jako całość, jest często spotykanym błędem polegającym na przeciwstawianiu pojedynczego przypadku większości,
- korzystanie z niewystarczającej liczby źródeł informacji,
- stosowanie jednorazowego wywiadu w stosunku do osoby znajdującej się pod wpływem silnego stresu i niemogącej obiektywnie ocenić sytuacji,
- stosowanie wywiadu w obecności osób trzecich, przy których rozmówca nie chce być szczery,
- pomijanie lub zła interpretacja informacji zawartych w dokumentach,
- niemożność „odczytania” znaczenia wyglądu, sposobu wyśławiania się osoby, z którą mamy do czynienia,
- stosowanie metod diagnozy, które nie uzupełniają się lub nie weryfikują się wzajemnie,
- używanie w charakterystyce pacjenta ogólników i stwierdzeń powszechnie znanych,
- przypisywanie sytuacji poszczególnych pacjentów do wcześniej przyjętych standardów.

Chcąc uniknąć błędów, warto odpowiedzieć na następujące pytania:

- dlaczego mamy stawiać diagnozę, czego się chcemy dowiedzieć,
- co możemy uzyskać poprzez ten proces,
- kogo lub co chcemy zdiagnozować,
- jaki powinien być zakres diagnozy,
- jaki ma być jej efekt,
- czy procedura diagnostyczna może spowodować niekorzystną sytuację dla osób poddanych diagnozie.

Dopiero po udzieleniu odpowiedzi na te pytania można zastanowić się, w jaki sposób to zrobić, a niekiedy, czy w ogóle zrobić?⁴ Okazać się może, że odpowiedzi na wspomniane pytania są już znane. Może być i tak, że diagnoza będzie się wiązać z przekraczaniem barier moralnych czy prawnych, w takiej sytuacji należy zastanowić się zarówno nad możliwościami, jak i sensem jej prowadzenia.

Sądzymy, że przedstawione propozycje i „przestrogi” pomogą w organizacji czasu wolnego pacjentom, zredukują też czas przeznaczony na źle ukierunkowaną pomoc.

Bibliografia

Bell J. (1999), *Doing Your Research Project*, Philadelphia.

Bohusz-Dobosz A. (2004), *Pedagogiczne, psychologiczne i rehabilitacyjne oddziaływanie na postawę wobec śmierci u osób terminalnie chorych*, Poznań.

Markiewicz A. (2004), *Opieka hospicyjna nad człowiekiem starszym*, [w:] *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku*, red. M. Torbicki, Z. Szarota, Kraków.

Tobiasz-Adamczyk B., Bajka J., Szafraniec K. (1999), *Zachowania w chorobie*, Kraków.

⁴ J. Bell, *Doing Your Research Project*, Philadelphia 1999, s. 130–134.

Doniesienia

Marta Marzec

Wiedza i postawy studentów pedagogiki wobec opieki nad chorymi przewlekle

Wprowadzenie

Obecnie wzrasta potrzeba włączania pedagogów w skład zespołów wielodyscyplinarnych w opiece nad przewlekle chorymi. Poznanie postaw i zainteresowań studentów pedagogiki jest jednym z warunków sporządzenia programów kursów czy studiów przygotowujących ich do pracy z chorymi przewlekle.

W przeciągu ostatnich lat następuje zmiana systemu opieki nad przewlekle chorymi. Dostrzega się potrzebę tworzenia zespołów wielodyscyplinarnych w opiece paliatywnej sprawujących holistyczną opiekę nad pacjentami. Nadmierna „somatyzacja” opieki paliatywnej jest niekorzystna – opieka ta stała się zbyt jednostronnie medyczna i wymaga uzupełnienia elementami opieki psychologicznej, duchowej i społecznej. Holistyczny charakter opieki **oznacza nie tylko zaspokojenie wszystkich ważnych dla chorego potrzeb, lecz również troskę o jego rodzinę.** Członkowie rodziny w sytuacji poważnej choroby bliskiej osoby znajdują się w stanie dużego stresu, dlatego im także należy się opieka.

1. Cele pracy

- Cele poznawcze – opisanie postaw studentów pedagogiki oraz ich oczekiwań wobec opieki nad chorymi przewlekle.
- Cel użyteczny – opracowanie wskazówek dla studentów pedagogiki zainteresowanych pracą w opiece nad chorymi przewlekle.

2. Problemy badawcze

Na podstawie analizy literatury oraz sugestii studentów i pracowników zakładu opiekuńczo-leczniczego, sformułowałam następujące problemy badawcze:

- Jakie są postawy studentów pedagogiki wobec chorych przewlekle?
- Jaka jest wiedza studentów na temat opieki paliatywnej?
- Jak studenci pedagogiki widzą rolę pedagoga w opiece nad chorymi przewlekle?
- Jaka grupa studentów jest zainteresowana pracą w opiece nad chorymi przewlekle?

3. Opracowując tok postępowania badawczego, przyjąłam następujące kryteria doboru terenu badań

- Liczebność – populacja powinna liczyć ponad 31 osób.
- Dostępność – zgoda na prowadzenie badań.
- Standard (postawa życiowa, sytuacja życiowa) – jednolity kierunek i rok studiów przygotowujący do pedagogicznej pracy w środowisku.

Powyższe kryteria spełniali studenci II roku pedagogiki Małopolskiej Szkoły Wyższej w Brzesku o specjalnościach: praca socjalna i artoterapia.

4. Metody, techniki, narzędzia badawcze

W badaniach wykorzystałam metodę sondażu diagnostycznego¹, przy użyciu technik badawczych: ankieta, rozmowa ze studentami podczas zajęć z pedagogiki społecznej oraz indywidualne rozmowy ze studentami zainteresowanymi tematem po zajęciach. Jako narzędzie badawcze zastosowałam samodzielnie opracowany dla potrzeb niniejszej pracy kwestionariusz ankiety oraz wytyczne do rozmów indywidualnych.

5. Przebieg i organizacja badań oraz ich struktura

Badania zostały przeprowadzone w listopadzie ubiegłego roku akademickiego (2007) wśród studentów II roku pedagogiki Małopolskiej Szkoły Wyższej w Brzesku. Podczas zajęć z pedagogiki społecznej przeprowadziłam rozmowy na temat pracy z chorymi przewlekle, po czym studenci wypełnili kwestionariusz ankiety. Po zajęciach przeprowadziłam rozmowy indywidualne ze studentami zainteresowanymi tematyką pracy z chorymi przewlekle.

6. Sposoby opracowania zebranego materiału

Zebrany materiał został wpisany do arkusza zbiorczego, a następnie poddany analizie ilościowej i jakościowej, statystycznemu opracowaniu danych, sporządzeniu wykresów i tabel zawierających informacje pozwalające odpowiedzieć na poszczególne pytania problemowe oraz redakcyjnemu opracowaniu materiału.

¹ Sondaż diagnostyczny to, cytując za T. Pilchem, sposób gromadzenia wiedzy o atrybutach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, nasilaniu się i kierunkach rozwoju określonych zjawisk i wszelkich innych zjawisk instytucjonalnie niezlokalizowanych – posiadających znaczenie wychowawcze – w oparciu o specjalnie dobraną grupę reprezentującą generalną, w której badane zjawisko występuje.

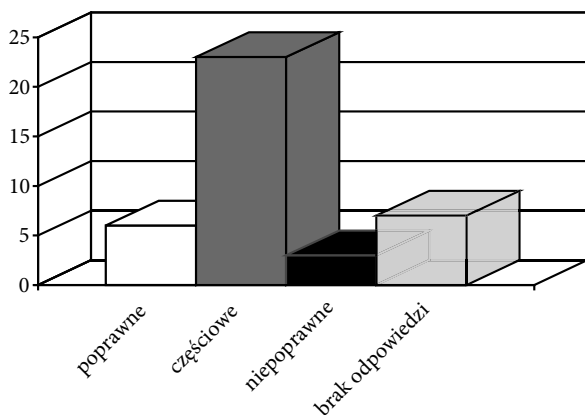
Wiedza i postawy studentów II roku pedagogiki MSW w Brzesku wobec opieki nad chorymi przewlekle

- **Ogólna charakterystyka terenu badań**

Badaniem objęto wszystkich obecnych na zajęciach studentów, tj. 39 osób, w tym 34 kobiety i 5 mężczyzn. Badani znajdują się w przedziale wiekowym 20–45 lat. Większość badanych nie ukończyła 22 roku życia (72%). Średnia wieku wynosi 23,4 lat.

Badani posiadają wykształcenie średnie (38 osób) oraz wyższe (1 osoba). Aż 90% studentów ma zamiar nadal kontynuować swoją edukację na poziomie studiów magisterskich, ponadto spośród badanej grupy 29 osób (74%) jest zainteresowanych poszerzaniem wiedzy z zakresu opieki paliatywnej.

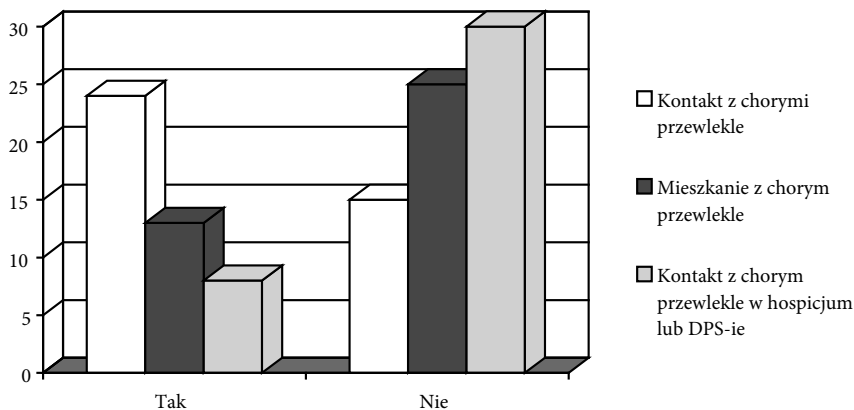
- **Znajomość definicji terminu „opieka paliatywna”**



Wykres 1. Znajomość definicji „opieka paliatywna”

Poprawną definicję opieki paliatywnej podało 6 osób (15%), częściową definicję podały 23 osoby (59%), 3 osoby (8%) podały nieprawidłową definicję, a 7 osób (18%) nie podało definicji.

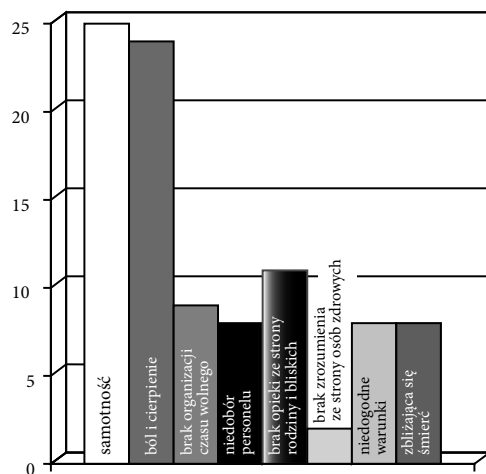
- Kontakt badanych z osobami chorymi przewlekle**



Wykres 2. Kontakt z osobami chorymi przewlekle

Z chorymi przewlekle kontakt miały 24 osoby (62%), 13 z nich mieszkało wraz z chorym przewlekle (33%), a 8 osób (20%) miało kontakt z pacjentami w hospicjum. Pozostali studenci mieli kontakt jedynie okazjonalny.

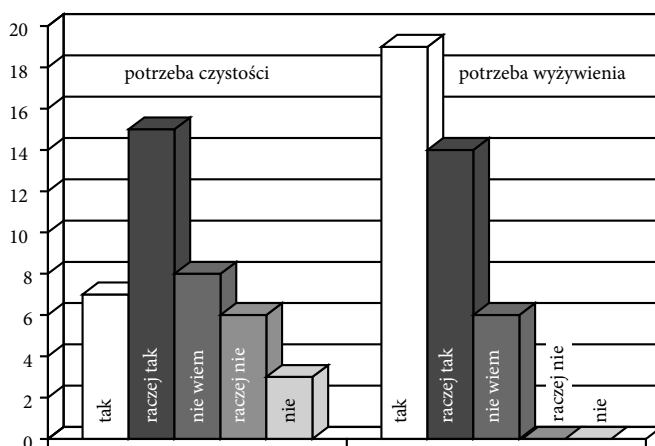
- Wiedza badanych na temat problemów chorych przebywających w hospicjum**



Wykres 3. Znajomość problemów pacjentów w hospicjum

Spośród problemów pacjentów w hospicjum problem samotności wskazało 25 osób (64%), problem bólu i cierpienia 24 osoby (62%), problem braku organizacji czasu wolnego 9 osób (23 %), problem niedoboru personelu 8 osób (20%), problem braku opieki ze strony rodziny i bliskich 11 osób (28%), problem braku zrozumienia ze strony osób zdrowych 2 osoby (5%), problem niedogodnych warunków 8 osób (20%), problem zbliżającej się śmierci wskazało 8 osób (20%).

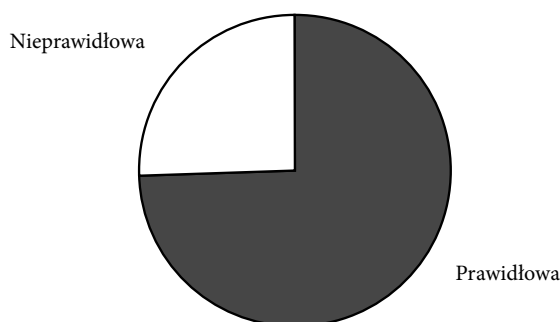
- **Umiejętności zaspokajania potrzeb chorego**



Wykres 4. Możliwości studentów w zakresie zaspokajania potrzeb chorego

Badani deklarują, że zaspokoją potrzebę czystości pacjenta: tak – 7 osób (18%), raczej tak – 15 osób (38%), nie wiem – 8 osób (20%), raczej nie – 6 osób (15%), nie – 3 osoby (8%). Potrzebę żywienia pacjenta zaspokoili: tak – 19 osób (49%), raczej tak – 14 osób (36%), nie wiem – 6 osób (15%), raczej nie i nie – nikt.

- **Wiedza badanych na temat najczęstszych chorób pacjentów hospicjum**

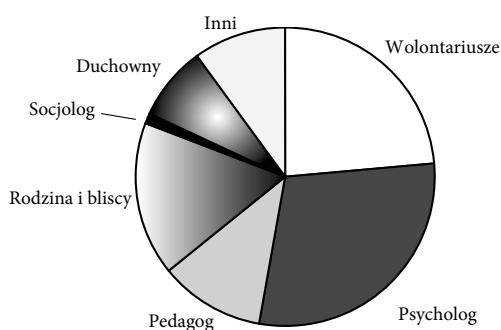


Wykres 5. Znajomość chorób, na które cierpią pacjenci hospicjum

Prawidłową wiedzę na temat chorób najczęściej występujących w hospicjum ma 29 osób (74%), a nieprawidłową – 10 osób (27%).

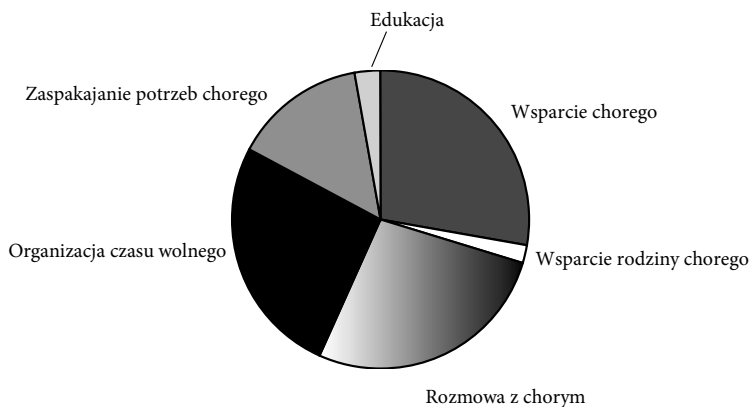
- **Wiedza o składzie i zadaniach zespołu wielodyscyplinarnego sprawującego opiekę nad chorymi przewlekle**

Wiedza studentów o zadaniach lekarza i pielęgniarki wobec chorych była powszechnie znana. Znajomość zadań pozostałych osób tworzących zespół opiekuńczy przedstawia wykres 6.



Wykres 6. Znajomość składu zespołu wielodyscyplinarnego

Badani w składzie zespołu wielodyscyplinarnego wyróżnili: wolontariuszy – 21 osób (54%), psychologa – 26 osób (66%), pedagoga – 10 osób (26%), rodzinę i bliskich – 15 osób (38%), socjologa – 1 osoba (2,5%), duchownego – 7 osób (18%).

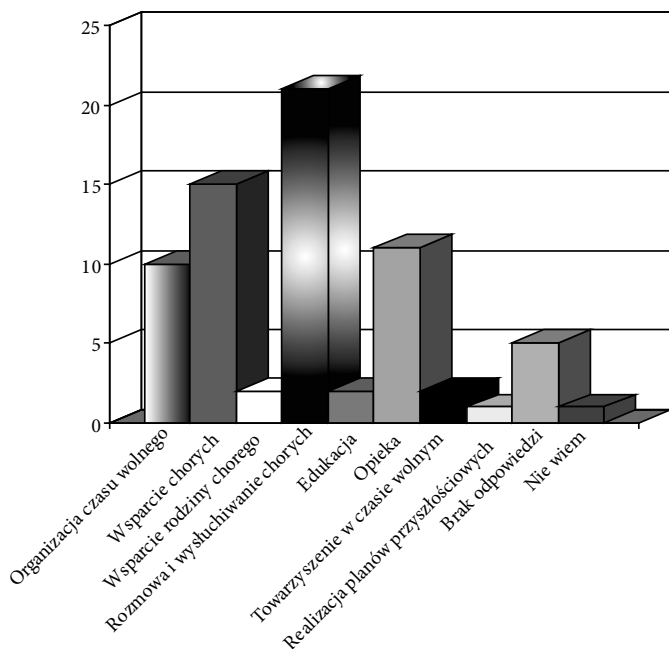


Wykres 7. Znajomość zadań zespołu wielodyscyplinarnego sprawującego opiekę nad pacjentami w hospicjum

Badani wskazali następujące zadania zespołu wielodyscyplinarnego: wsparcie chorego – 29 osób (74%), wsparcie rodziny chorego – 2 osoby (5%), rozmowa z chorym – 28 osób (72%), organizacja czasu wolnego – 27 osób (69%), zaspokajanie potrzeb chorego – 15 osób (38%), edukacja – 2 osoby (5%).

Zadania pedagoga w opiece nad chorymi przewlekle w opiniach studentów

W opinii badanych rola pedagoga w hospicjum polega na: organizacji czasu wolnego (27%), opiece (30%), rozmowie i wysłuchiowaniu chorych (54%), wsparciu chorych (38%), wsparciu rodziny chorego (5%), edukacji (5%), towarzyszeniu w czasie wolnym (5%), realizacji planów przyszłościowych (2,5%). 1 osoba (2,5%) odpowiedziała, że nie wie, jaka jest rola pedagoga, 5 badanych nie udzieliło żadnej odpowiedzi (13%).



Wykres 8. Rola pedagoga w hospicjum w opinii studentów

Wnioski

Zebrany materiał pozwolił sformułować następujące wnioski:

- Studenci są zainteresowani pracą w opiece nad chorymi przewlekle.
- Badani zauważają brak swego przygotowania do działań z chorymi przewlekle.
- Studenci pedagogiki widzą swoją rolę w opiece nad chorymi przewlekle, jako osoby towarzyszące chorym w czasie wolnym, rozmawiające i wysłuchujące chorych, wspomagające i opiekujące się nimi (w pedagogicznym rozumieniu tego słowa).
- Liczna grupa studentów pedagogiki – 29 osób (74%), jest zainteresowana przygotowaniem do pracy z chorymi i wskazuje na potrzebę utworzenia specjalizacji z tego zakresu, studiów podyplomowych lub innych form kształcenia, umożliwiających podjęcie pracy w opiece nad chorymi przewlekle.

Z rozmów wynika, że studenci mają wiedzę z zakresu artoterapii, pedagogiki specjalnej, psychologii (również klinicznej), co stanowi podstawę do wprowadzenia w tok studiów treści bezpośrednio związanych z opieką nad chorymi przewlekłe. Studenci pedagogiki mają częsty kontakt z chorymi przewlekłe i są zainteresowani pracą z opisywaną grupą. Wzrasta więc potrzeba poszerzania uprawnień pedagogów do pracy z chorymi przewlekłe.

W powiecie brzeskim wzrasta zapotrzebowanie na prace z chorymi przewlekłe. Na terenie powiatu znajdują się dwa ośrodki sprawujące całodobową opiekę nad chorymi przewlekłe: Oddział Opieki Leczniczej w Brzesku oraz Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Czchowie. Brak jest jednak osób uprawnionych do opieki nad chorymi przewlekłe, którzy zajmą się nie tylko stroną medyczną, ale również psychologiczną, duchową i społeczną, m.in. organizacją czasu wolnego, edukacją chorych oraz ich rodzin.

W świetle powyższych badań, wskazane jest utworzenie kursów bądź studiów podyplomowych dla absolwentów Małopolskiej Szkoły Wyższej przygotowujących ich do pracy z osobami przewlekłe chorymi.

Bibliografia

Aleksander T. (1998), *Specyfika i warunki kształcenia na studiach zaocznych* [w:] T. Aleksander, S. Majewski, *Procesy edukacyjne i wychowawcze w dobie przemian*, Ostrowiec Świętokrzyski.

Gałuszka A. (2005), *Człowiek przewlekłe chory. Aspekty psychoegzystencjalne*, Katowice.

Koźmickowska A. (2003), *Fenomen spotkania z człowiekiem niepełnosprawnym w relacji studentów pedagogiki*, [w:] *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny*, red. K. D. Rzedzicka, A. Kobyłańska, Kraków.

Teorie postaw (1973), red. S. Nowak, Warszawa.

Pilch T. (1998), *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa.

Wioleta Michałek

Wiedza pracowników Urzędu Miasta i Starostwa Powiatowego Brzeska o opiece paliatywnej

Cel pracy

Celem jest poznanie wiedzy osób sprawujących władzę w mieście Brzesku na temat opieki paliatywnej. Brakuje bowiem opracowań opisujących wiedzę i postawy wobec opieki paliatywnej osób sprawujących władzę lokalną, a od nich w dużej mierze zależy kształt i przyszłość opieki na danym terenie.

Problemy badawcze

- Jaka jest wiedza badanych na temat opieki paliatywnej i hospicyjnej?
- Jakie są ich oczekiwania wobec opieki nad chorymi przewlekle?
- Jakie zmiany chcieliby wprowadzić w system opieki na terenie powiatu brzeskiego?

Kryteria doboru terenu badań

Wybrałam pracowników Urzędu Miasta i Starostwa Powiatowego ponieważ, jako władza ustawodawcza, mają prawne możliwości, aby wpłynąć na rozwój opieki paliatywnej w mieście.

Przebieg i organizacja badań

Badania zostały przeprowadzone w listopadzie 2006 r. na terenie Urzędu Miasta i Starostwa Powiatowego w Brzesku. Łącznie w wypełnianiu ankiet i w wywiadach wzięło udział 56 osób pracujących w Urzędzie Miasta i Starostwie Powiatowym. Średnia wieku wynosiła 35 lat. Liczba kobiet: 41 (72%), mężczyzn: 15 (28%). Najwięcej badanych mieściło się w przedziale wiekowym 20–30 lat – prawie 52%. Około 75% ankietowanych żyje w rodzinie wielopokoleniowej. Ponad 55% posiada wykształcenie wyższe, około 34% wykształcenie średnie – liceum ogólnokształcące, pozostali badani posiadają wykształcenie: średnie – technikum, pomaturalne, wyższe niepełne i zawodowe. Wszyscy respondenci mieli większy lub mniejszy wpływ na organizację opieki paliatywnej.

Techniki badań: ankieta oraz wywiad. Ankieta została opracowana specjalnie dla pracowników Urzędu Miasta i Starostwa Powiatowego Brzeska.

Przyjęłam, że u osób tych należy szukać odpowiedzi na następujące pytania:

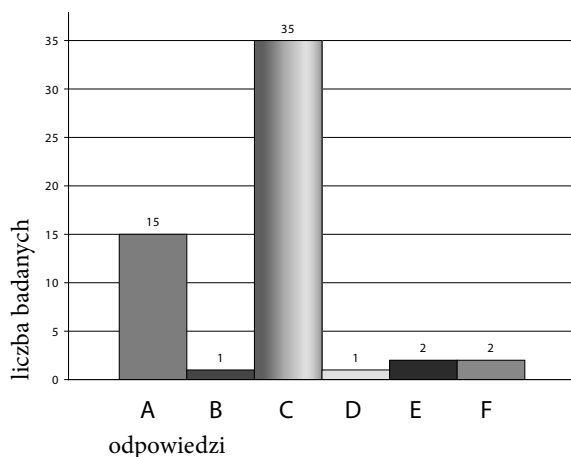
- Jak Pan(i) rozumie pojęcie: opieka paliatywna?
- Czy wie Pan(i), gdzie w Brzesku znajduje się Oddział Chorób Przewlekłych?
- Z jakimi problemami może spotkać się chory na Oddziale Chorób Przewlekłych?
- Jakie zmiany, Pani(a) zdaniem należy wprowadzić w systemie opieki nad chorymi nieuleczalnie?
- Jakie zmiany, Pani(a) zdaniem należy wprowadzić w brzeskim Oddziale Chorób Przewlekłych?

Sposób opracowania zebranego materiału

Zebrany materiał, po wstępnej analizie ilościowej i jakościowej, przedstawiłam w formie tabel i wykresów. Obrazują one wiedzę:

- na temat opieki paliatywnej,
- organizacji pomocy przewlekle chorym w Brzesku,
- trudnościach i problemach, jakie napotykają osoby zainteresowane opieką paliatywną,
- propozycje zmian, jakie badani chcieliby wprowadzić do organizacji opieki paliatywnej.

Wiedza pracowników Urzędu Miasta i Starostwa Powiatowego w świetle badań

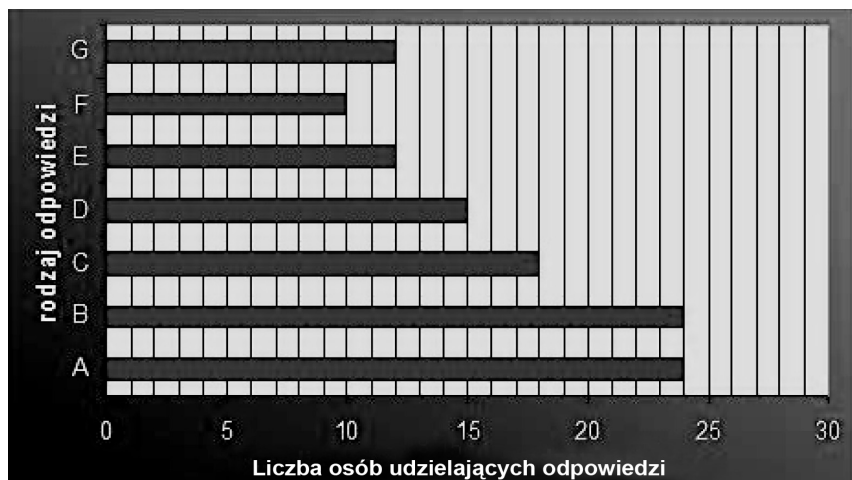


Wykres 1. Rozumienie przez badanych podstawowych pojęć na temat opieki paliatywnej

Legenda:

- A – jest to opieka nad pacjentami hospicjum
- B – jest to opieka nad osobami starszymi znajdującymi się w szpitalu
- C – jest to opieka medyczna, duchowa i rehabilitacyjna nad ludźmi z chorobami przewlekłymi i chorobami nowotworowymi
- D – jest to opieka nad ludźmi w końcowym stadium choroby
- E – jest to opieka nad dziećmi
- F – brak odpowiedzi

Ankietowani najczęściej wybierali definicję, iż opieka paliatywna to opieka medyczna, duchowa i rehabilitacyjna nad ludźmi z chorobami przewlekłymi i nowotworowymi (35 głosów).



Wykres 2. Wykaz osób, które, według badanych, powinny udzielać pomocy w ośrodku hospicyjnym

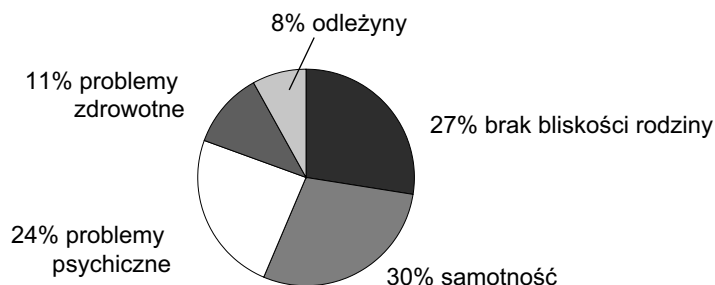
Legenda:

A – wykwalifikowani specjaliści, B – wolontariusze, C – pielęgniarki, D – osoby duchowne, E – rodzina, F – psychologowie i lekarze, G – inni.

Wykwalifikowani specjaliści i wolontariusze otrzymali taką samą liczbę głosów (24). Kolejnymi osobami są pielęgniarki (18 głosów), duchowni (15) oraz osoby bliskie (12) i psychologowie z lekarzami (10). Pod terminem „wykwalifikowani specjaliści” badani mieli na myśli: lekarzy geriatrów, psychologów, opiekunów osób starszych i niepełnosprawnych. Nie wymieniali jednak w tej grupie pielęgniarek. Ciekawe jest to, że urzędnicy stwierdzili, iż nie mają wpływu na działalność Oddziału Chorób Przewlekłych w Brzesku.

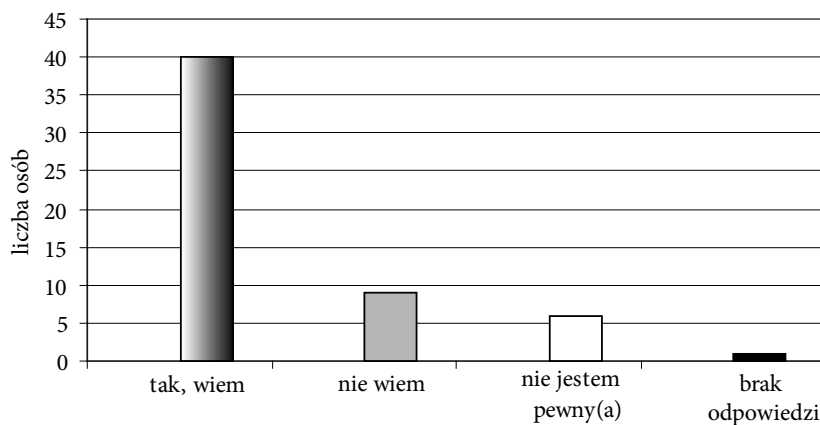
Badani zwrócili uwagę m.in. na takie problemy, jak:

- samotność,
- problemy natury psychicznej (zaburzenia pamięci, percepcji),
- „czekanie na śmierć”,
- odleżyny.



Wykres 3. Problemy osób przebywających w hospicjum, według ankietowanych

Uwagę zwraca to, że badani nie wymieniają problemów natury prawno-administracyjnej, tj.: płacenia rachunków, pomocy w uzyskaniu renty czy zapomogi itp.



Wykres 4. Wiedza urzędników dotycząca lokalizacji brzeskiego Oddziału Chorób Przewlekłych

Rozmowy wskazywały, że badani wiedzą o istnieniu Oddziału Chorób Przewlekłych, lecz nie są w stanie podać konkretnego adresu: nie oznacza to jednak, że nie znają lokalizacji. Ponad 70% urzędników wie, jaki adres posiada hospicjum w Brzesku, pozostałe 30% nie wie lub nie jest pewna, lokalizacji Oddziału Chorób Przewlekłych.

Propozycje zmian zgłaszane przez urzędników

Dane zebrane przy pomocy ankiety pozwoliły określić, jakie zmiany proponują wprowadzić respondenci w opiece nad chorymi.

Tabela 1. Zmiany, jakie należy wprowadzić w opiece nad chorymi nieuleczalnie

Kategorie	Liczba odpowiedzi
1. Profesjonalna opieka	15
2. Więcej czasu poświęcać chorym	14
3. Brak odpowiedzi	6
4. Zwiększenie liczby personelu	6
5. Zwiększenie środków finansowych	5
6. Zapewnienie godnych warunków umierania	4
7. Zakup nowoczesnego sprzętu	3
8. Więcej serdeczności	3

Prawie 27% ankietowanych wskazało na braki profesjonalnej opieki, a 25% uznało, iż należy poświęcać chorym więcej czasu, przebywając i rozmawiając z nimi. Na pytanie nie odpowiedziało 6 osób (10,7%). Zwiększenie liczby personelu medycznego i środków finansowych zostało wpisane na 4 i 5 miejscu, zaraz po braku odpowiedzi.

Jedynie 7% odpowiedzi dotyczyło godnego umierania, a 5,35% sugerowało zwiększenie lub położenie większego nacisku na okazywanie serdeczności i życzliwości chorym nieuleczalnie. Ponad 5 % badanych uważa, że należy zakupić nowoczesny sprzęt.

Uzyskane informacje w toku rozmowy wykazały, że urzędnicy rozumieją problemy pacjentów hospicjum, ale nie dostrzegają swojej roli w rozwoju opieki paliatywnej jako osób sprawujących władzę, marginalizując swój wpływ na organizację opieki paliatywnej w ogóle.

Tabela 2. Zmiany, jakie należy wprowadzić w brzeskim Oddziale Chorób Przewlekłych

Odpowiedzi	Liczba odpowiedzi
1. Brak zdania na ten temat	19
2. Brak odpowiedzi	13
3. Więcej personelu	10
4. Nie wie, bo nie był	8
5. Zmiany dotyczące funkcjonowania oddziału	2
6. Remont pomieszczeń	2
7. Zapewnienie wystroju i domowej atmosfery	2

Badani uznali, że decyzję w sprawie zmian w brzeskim Oddziale Chorób Przewlekłych powinni podjąć przełożeni, a nie oni, lub, że nie czują się kompetentni, by wypowiadać się w tej sprawie. Na temat wprowadzenia zmian w brzeskim Oddziale Chorób Przewlekłych nie ma zdania 34% ankietowanych, a 23% w ogóle nie odpowiedziało na pytanie. Prawie 11% odpowiedzi dotyczyło wprowadzenia zmian z zakresu funkcjonowania Oddziału oraz remontu i zmian wystroju wewnątrz budynku, tak, aby panująca w nim atmosfera przypominała rodzinny dom. Niespełna 18%, czyli 10 udzielonych odpowiedzi, wskazało na potrzebę zwiększenia liczby personelu medycznego. Pozostałe 14% nie wie, jakiej można udzielić pomocy, gdyż nie mieli okazji być w brzeskim Oddziale Chorób Przewlekłych.

Warto przytoczyć kilka wypowiedzi badanych:

„zajmować się nimi powinny osoby, które potrafią słuchać, wesprzeć ich w tych trudnych zapewne dla nich chwilach, osoby pracujące w Oddziale Chorób Wewnętrznych powinny być wcześniej „sprawdzane” czy nadają się do takiej pracy” (kobieta, 45 lat),

„rozszerzyć sieć domowych hospicjów – hospicja dla dzieci” (mężczyzna, 37 lat),

„państwo powinno przeznaczać większe środki na opiekę nad chorymi w hospicjach” (kobieta, 23 lata),

„dać więcej możliwości spełnienia marzeń” (mężczyzna, 45 lat).

Wnioski

Definicja „opieki paliatywnej” najczęściej wybierana przez ankietowanych brzmi: jest to opieka medyczna, duchowa i rehabilitacyjna nad ludźmi z chorobami przewlekłymi i nowotworowymi. Badani zwrócili uwagę, że na opiekę paliatywną składa się wiele aspektów, które warunkują jakość życia w jego ostatecznym okresie.

Urzednicy w większości wiedzą, gdzie znajduje się Oddział Chorób Przewlekłych i jak jest zorganizowany. Wiedzą też, kto tam pracuje i kto powinien tam pracować. Nie dostrzegają jednak tego, że mają możliwości wpłynięcia na rozwój ruchu hospicyjnego w Brzesku. Rozmowy z nimi wskazały na obawy dotyczące wprowadzenia zmian. Dotyczyły one głównie obaw związanych z brakiem przygotowanej kadry.

Postulaty

- Zorganizowanie spotkania, np. w siedzibie Urzędu, z lekarzami, pielęgniarkami i innymi pracownikami tegoż oddziału, aby uświadomili społeczeństwu, a przede wszystkim osobom sprawującym władzę; jakie są potrzeby i pragnienia osób cierpiących i przewlekle chorych przebywających w tym oddziale;
- Zaprojektowanie i wykonanie broszur o tematyce związanej z ruchem hospicyjnym, które mogliby dostać wszyscy zainteresowani;
- Stworzenie strony internetowej na temat opieki paliatywnej;
- Organizowanie różnego rodzaju koncertów w Brzesku, podczas których zbierano by fundusze na Oddział Chorób Przewlekłych, oraz zorganizowanie wystaw rysunków namalowanych przez pacjentów;
- Uruchomienie kierunku studiów przygotowującego do pracy z osobami przewlekle chorymi w Małopolskiej Szkole Wyższej w Brzesku.

Postulaty te można spełnić. Przy pomocy odpowiedniej liczby osób, posiadających wiedzę na temat opieki paliatywnej, i urzędników, których zaangażowanie i możliwości prawne zdają się niezbędne, projekt ten ma szansę powodzenia. Dzięki niemu Brzesko wiele zyska i można będzie pomóc osobom potrzebującym. A to winno być naszym wspólnym celem.

Bibliografia

Górecki S. (2000), *Hospicjum w służbie umierających*, Warszawa.

Burlikowski J. (2005), *Kronika Miasta Brzeska 1385–1944*, t. 2, Brzesko.

Szweda-Lewandowska Z. (2007), *Domy Pomocy Społecznej. Projekcja zapotrzebowania*, „Polityka Społeczna” 5–6, s. 9–22.

Skura-Madziła A. (2006), *Holistyczny wymiar opieki paliatywno-hospicyjnej*, „Zdrowie Publiczne”, 116 (2), s. 301–306.

Kawczyńska-Butrym Z. (2001), *Pielęgniarstwo rodzinne – teoria i praktyka*, Lublin.

<http://www.spzoz-brzesko.pl/link3.htm> (12.01.2007).

<http://www.brzesko.pl/> (12.01.2007).

Noty o autorach

- **Edward Charczuk**

Szpital Wojewódzki w Zakopanem

- **o. Mariusz Cywka**

Zakon Przenajświętszej Trójcy; Minister Domów Zakonu Trynitarzy w Polsce

- **Maciej Domański**

Katedra Socjologii Wydziału Nauk Humanistycznych
Wyższej Szkoły Umiejętności im. Stanisława Staszica w Kielcach;
Department of Anthropology, Dawson College Montreal Canada

- **Zbigniew Domosławski**

em. profesor Akademii Medycznej we Wrocławiu

- **s. Irena Drozd**

Zgromadzenie Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego

- **Krzysztof Gerc**

Instytut Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Jagiellońskiego

- **Jan Iwaszczyszyn**

Krakowska Poradnia Opieki Paliatywnej w Krakowie;
Hospicjum św. Łazarza w Krakowie

- **Małgorzata Kania**

absolwentka Wydziału Nauk o Rodzinie
Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

- **Wojciech Kłapa**

Zakład Pedagogiki Medycznej Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa
Collegium Medicum UJ

- **Michał Kosztołowicz**

Towarzystwo Naukowe Sandomierskie w Sandomierzu

▪ **Agnieszka Kwiecińska**

Krakowska Poradnia Opieki Paliatywnej w Krakowie;
Hospicjum św. Łazarza w Krakowie

▪ **Grażyna Makiełło-Jarża**

Wydział Nauk o Rodzinie
Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

▪ **Marta Marzec**

studentka pielęgniarstwa
Collegium Medicum UJ

▪ **Wioleta Michałek**

studentka pielęgniarstwa
Collegium Medicum UJ

▪ **Małgorzata Nawara**

absolwentka Wydziału Nauk o Rodzinie
Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

▪ **Arkadiusz Ortenburger**

Specjalistyczny Szpital im. Najświętszej Marii Panny w Częstochowie

▪ **Dorota Ortenburger**

Wydział Nauk Społecznych Akademii Jana Długosza w Częstochowie

▪ **Mariusz Parlicki**

Wydział Nauk o Rodzinie
Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

▪ **Maria Dorota Schmidt-Pospuła**

Katedra Historii Medycyny Collegium Medicum UJ
prezes Krakowskiego Towarzystwa Miłośników Historii Medycyny

▪ **Marta Szeliga**

Hospicjum św. Łazarza w Krakowie

▪ **Małgorzata Szerla**

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Kielcach

▪ **Stanisław Szumpich**

Wydział Nauk o Rodzinie
Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego