



BÓL BÓL i cierpienie

pod redakcją
GRAŻYNY MAKIEŁŁO-JARŻY
przy współpracy **ZDZISŁAWA GAJDY**

ACTA ACADEMIAE MODREVIANAЕ
Kraków 2010

BÓL

i cierpienie

*Wielkość z cierpieniem zawsze chodzi w parze,
w najwyższe szczyty grom bije.*

Adam Asnyk

BÓL i cierpienie

pod redakcją

GRAŻYNY MAKIEŁŁO-JARŻY

przy współpracy ZDZISŁAWA GAJDY

ACTA ACADEMIAE MODREVIANAЕ

Kraków 2010

Rada Wydawnicza:

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

Recenzje:

prof. dr hab. med. Zdzisław Gajda, 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:

Kamila Zimnicka-Warchoł

Copyright© by Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Kraków 2010

ISBN: 978-83-7571-172-1

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.

Wydawca:

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

www.ka.edu.pl

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

Kraków 2010

Łamanie:

Joanna Sroka

Druk i oprawa:

Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o.

Spis treści

- **Grażyna Makiełło-Jarża**
Przedmowa.....7

- **Henryk Głąb, Krzysztof Łukasz Kaczanowski**
Trepanacje prehistoryczne i historyczne.
Terapia czy zabieg magiczny?.....9

- **Zofia Foryś, Alicja Macheta, Janusz Pach**
Samoleczenie – szkody czy korzyści?31

- **Jan Iwaszczyszyn, Anna Kliś-Kalinowska,
Janusz Czekał, Urszula Gluz-Golik**
Tajemnica ludzkiego cierpienia w aspekcie
niektórych religii.....49

- **s. Irena Drozd CS**
Idea duchacka w ratowaniu życia dzieci.....55

- **ks. Jan Śledzianowski**
Heroiczny w cierpieniu Jan Paweł II wzorem
dla młodzieży niepełnosprawnej i osób podeszłego
wieku.....67

- **Monika Cempa, Agnieszka Górecka**
Tabuizacja śmierci i cierpienia we współczesnym
społeczeństwie.....77

- **Andrzej Kukiełka**
Aspekty etyczne i psychologiczne odmowy podawania
kroplówek – prowadzenie dyskusji z rodziną
terminalnie chorego.....83

- **Edward Charczuk**
Miłość sprawdza się najlepiej w niezawinionym
cierpieniu.....87

■	Jarosław Zawiliński, Marek Juryk	
	Chory terminalny i jego osamotnienie.....	93
■	Andrzej Mirski	
	Cierpienie jako dolegliwość i stan psychiczny	101
■	Dorota Ortenburger, Arkadiusz Ortenburger	
	Formy pomocy psychologicznej w Poradni Leczenia Bólu	125
■	Małgorzata Chodak	
	Transcendentalny wymiar ojcostwa.....	133
■	Maria Merklinger-Soma, Grażyna Dębska, Wojciech Kłapa	
	Postawy pielęgniarek wobec śmierci	143
■	Małgorzata Szerla, Michał Kosztołowicz	
	Ewaluacja bólu pooperacyjnego i czynników osobowościowych za pomocą profilu osobowościowego i mapy czynników osobowościowych.....	159
■	Wojciech Kłapa, Natalia Drwięga	
	Multimedia a kształtowanie postaw pielęgniarek wobec chorych w opiece paliatywnej.....	167
	Noty o autorach.....	175

Grażyna Makiełło-Jarża

Przedmowa

Podczas kolejnego sympozjum poświęconemu bólowi i cierpieniu, które odbyło się w styczniu 2009 roku, zaprezentowano kilkanaście zróżnicowanych tematycznie referatów.

Na uwagę zasługują zwłaszcza dwa teksty, zamieszczone na początku niniejszego tomu, ukazujące zmaganie się z bólem człowieka prehistorycznego i współczesnego. Henryk Głąb i Krzysztof Ł. Kaczanowski na podstawie źródeł antropologicznych przedstawiają hipotezę, w myśl której prehistoryczne i historyczne trepanacje czaszek mogły być traktowane jako zabiegi medyczne redukujące ból. O samoleczeniu, stosowanym przez współczesnego człowieka traktuje artykuł Zofii Foryś, Alicji Machety i Janusza Pacha. Według definicji WHO samoleczenie ma miejsce wówczas, gdy „pacjent/konsument stosuje produkt leczniczy do terapii rozpoznanych przez siebie objawów lub zaburzeń”.

Kolejne dwa artykuły wprowadzają czytelnika w historię i działalność Zgromadzenia Sióstr Duchaczek (s. Irena Drozd) oraz analizują przeżywanie przez młodzież niepełnosprawną i ludzi w podeszłym wieku cierpienia papieża Jana Pawła II (ks. Jan Śledzianowski). W tomie znajdują się również opracowania, których autorzy dzielą się refleksjami nad duchowym wymiarem cierpienia (Agnieszka Górecka i Monika Cempa, Małgorzata Chodak, Andrzej Mirski, Jarosław Zawiliński i Marek Juryk, Edward Charczuk, Jan Iwaszczyszyn z zespołem), jak i takie, w których prezentowane są różne sposoby (metody) mające na celu zminimalizowanie bólu czy też drogę do godzenia się z nim jako z jednym z najważniejszych doświadczeń człowieka (Dorota i Arkadiusz Ortenburgerowie,

Małgorzata Szerła i Michał Kosztołowicz, Maria Merklinger-Soma z Grażyną Dębską i Wojciechem Klapą).

Czytelnik znajdzie także wyrażone w artykułach różne opinie dotyczące form i możliwości towarzyszenia człowiekowi u kresu życia (Andrzej Kukielka).

Henryk Głąb, Krzysztof Łukasz Kaczanowski

Trepanacje prehistoryczne i historyczne. Terapia czy zabieg magiczny?

Występujący w całym świecie zwierzęcy ból, który na ogół jest informacją o zmianach zachodzących w tkankach ciała, a czasem jedynie subiektywnym odczuciem, jakiemu nie towarzyszą zmiany morfofizjologiczne, jest na ogół niemożliwy do odczytania na materiale osteologicznym. Jedynie w tych przypadkach, gdy zmiany dotyczą tkanki kostnej, ukształtowania powierzchni kości lub zmiany jej struktury, pozwalają domniemywać, że dane zwierzę czy dany człowiek za życia odczuwał ból.

Należy stwierdzić, że w oglądzie biologa funkcja bólu, doznania jakże nieprzyjemnego, jest niezwykle przydatna z punktu widzenia organizmu. Na ogół ból informuje o zagrożeniu lub dysfunkcji, np. o złamaniu, zranieniu, spożyciu szkodliwego pokarmu itp., i jako element ostrzegawczy zwiększa szanse przeżycia organizmu.

Oczywiście nie zawsze odczucie bólu można uznać za „ratujące”. Często ból pojawia się „poniewczasie”, np. ból zęba do czasu nowoczesnej medycyny był cierpieniem, które nie mogło pomóc w zapobieganiu zagrożeniu. Resekcja zęba, znana już w zamierzchłych czasach, usuwała lokalną przyczynę, lecz nie leczyła. Resekcja zęba to umiejętność wyłącznie człowieka, nieznaną w świecie zwierząt. Podobnie zmiany nowotworowe (z punktu widzenia antropologa zajmującego się paleopatologią), możliwe do zaobserwowania niekiedy jedynie na kośćcu, stanowią informację

okrutną, ale za życia niedającą żadnej szansy na zwiększenie przeżywalności. Takie zmiany znajdowano na materiale osteologicznym już u form praludzkich, np. na trzonie kości udowej *Homo erectus* znalezionej na Jawie występuje narośl, będąca prawdopodobnie wynikiem procesu nowotworowego i zapewne związana z współwystępującym odczuwaniem bólu.

Należy jednak podkreślić, że zmiany morfologii są często interpretowane bezkrytycznie. Do bardzo częstych zmian należą np. zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, przede wszystkim łatwe do zaobserwowania *osteofity*. Ich pojawienie się jest z jednej strony związane z wiekiem, z drugiej ze środowiskiem, a ściślej z klimatem. Ich obecność nie informuje jednoznacznie, że dana osoba odczuwała ból (Gładkowska-Rzezycka, 1979).

Zmiany morfologii szkieletu obserwowane są również na kościach zwierząt, sięgając czasów najodleglejszych, praktycznie od czasu pojawienia się kręgowców. Świat zwierząt nie posiada jednak możliwości leczenia bólu, aczkolwiek obserwuje się zachowania, zapewne wyłącznie instynktowne, wskazujące na próby przeciwdziałania mu, np. spożywanie w określonych okolicznościach pewnych roślin, gleby.

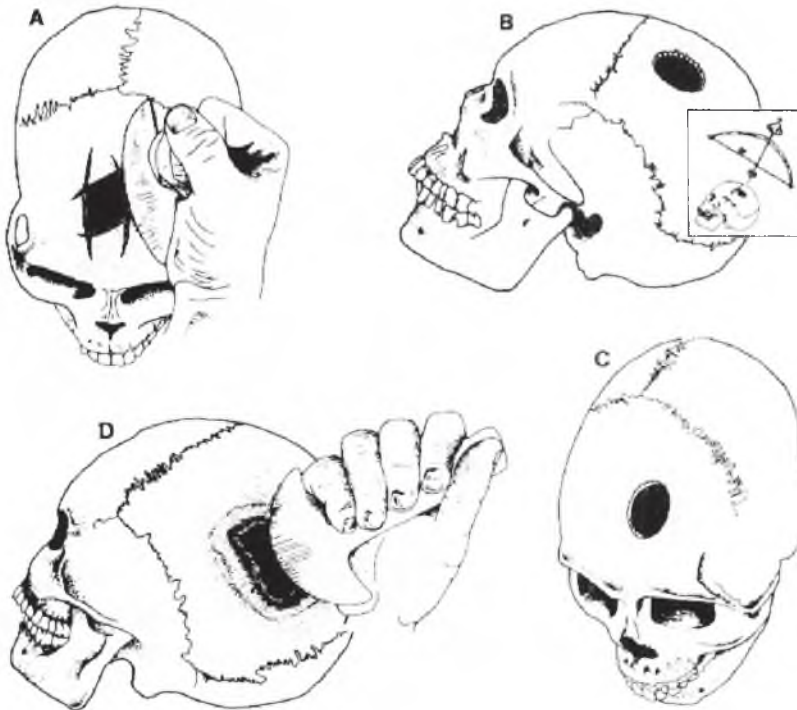
Człowiek od bardzo dawna próbował walki z bólem. Mamy na to dowody pośrednie. Gdy dzisiaj spotykamy się z praktykami szamańskimi, możemy się przekonać, że działanie szamanów jest po części, a nawet częściej niż to się wydaje, działaniem racjonalnym. W swoich zabiegach magiczno-medycznych szamani stosują substancje pochodzące z grzybów czy też rośliny zawierające związki organiczne zmniejszające odczucie fizycznego bólu, zmęczenia. Szamani stosują również praktyki, których celem jest oddziaływanie na psychikę. W tym przypadku ich działania mogą odnosić i odnoszą skutek wówczas, gdy odczuwanie bólu jest związane ze stanem psychicznym, a nie zmianami somy. Działanie szamanów sprowadza się wówczas do oddziaływania na psychikę – słowem, doprowadzającym do stanu transu – tańcem, wykorzystywaniem substancji pochodzenia roślinnego o działaniu psychotropowym.

Na odległych czasowo stanowiskach archeologicznych, sięgając aż do pierwszych pochówków neandertalskich, w wyniku badań palinologicznych stwierdzano obecność pyłków roślin o wyżej wspomnianych właściwościach. Groby były zapewne ozdabiane kwiatami, a obecność roślin o działaniu przeciwbólowym lub psychotropowym sugeruje, że już wtedy stosowano je w celu, być może, leczenia lub chociażby ulżenia dolegliwościom.

Paleopatolodzy stwierdzają zabiegi lecznicze na kościach, przede wszystkim kończyn. W wielu przypadkach ślady po złamaniach wskazują, że kości były ustawiane, a kończyna najprawdopodobniej była unieruchamiana.

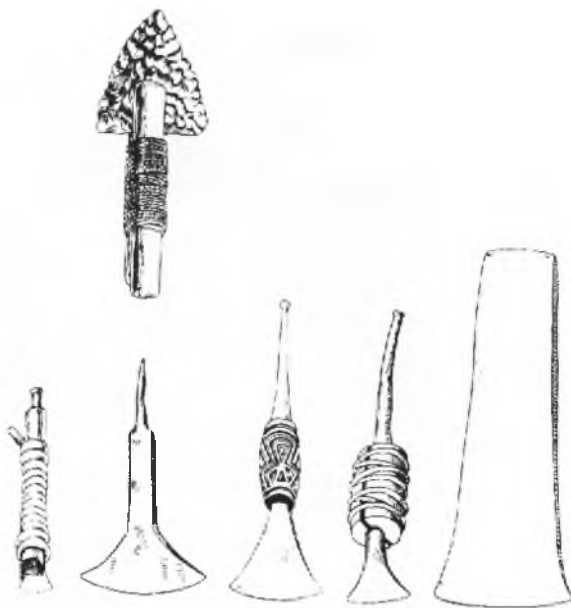
Badaczy od dawna bardziej intrygowały jednak trepanacje, czyli celowe, świadome wnikanie w głąb kości, przede wszystkim kości pokrywowych czaszki.

Pierwszą wzmiankę o trepanacjach znajdujemy w pismach Hipokratesa (460–377 p.n.e.) (Symeon, 2007: 1–9). Nazwa „trepanacja” wywodzi się od greckiego słowa *trypanon*, oznaczającego świder spiralny, trepan, wywiertnik. W przypadku czaszki, trepanacja to wykonanie otworu (różnymi technikami) i usunięcie fragmentów kości pokrywowych, celem odsłonięcia jej wnętrza (rys. 1).

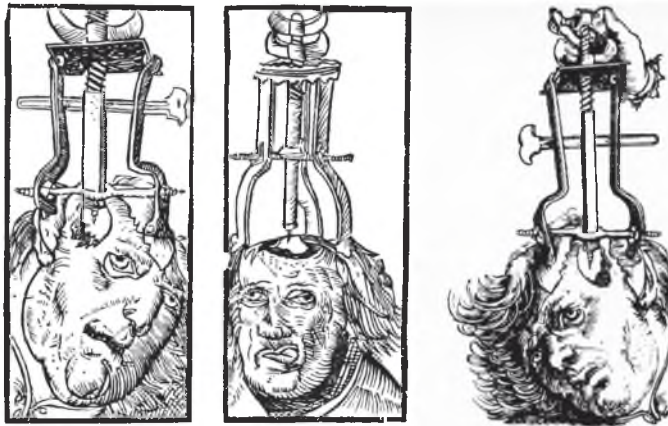


Rysunek 1. Techniki trepanacji: A – poprzez nacięcia, B – poprzez nawiercanie wielu otworów, a następnie wylamywania, C – przez nawiercanie otworu za pomocą grubego świdra, D – poprzez ścieranie (źródło: Buikstra, Ubelaker, 1994: 160)

Cięć dokonywano albo narzędziami metalowymi (brąz – Peru) albo kamieniami (rys. 2), najczęściej mikrokrystalicznymi skałami wulkanicznymi odpowiednio obrobionymi poprzez zróżnicowane techniki odłupkowe (w Europie najczęściej obsydian) lub też skałami osadowymi (krzemień). Ścierania tkanki kostnej również dokonywano narzędziami metalowymi lub wymienionymi narzędziami kamiennymi. Dwie pozostałe techniki nawiercania: jednego dużego otworu trepanacyjnego lub licznych drobnych otworów umieszczonych na okręgu, umożliwiających wyłamanie kości, oparte były w czasach prahistorycznych o świdry typu świdra ogniowego. Dopiero pod koniec średniowiecza były użytkowane trepany metalowe (rys. 3).



Rysunek 2. Peruwiańskie kamienne i metalowe narzędzia trepanacyjne (źródło: Thorwald, 1990)

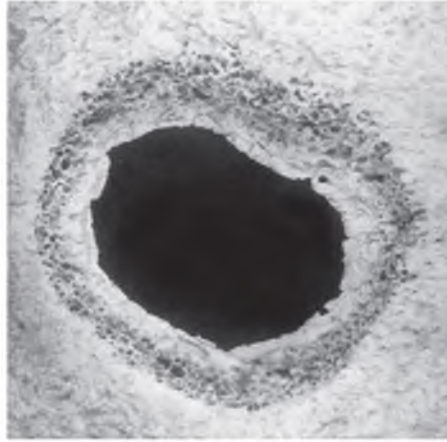


Rysunek 3. Późnośredniowieczne trepany, Peter Traveris, 1525, „Hendywarke of Surgen” (źródło: Hodnett, 1973)

Charakterystyczne jest, że większości zabiegów trepanacyjnych, a uwaga ta odnosi się do tych przypadków, po których pacjent przeżył, dokonywano w tych okolicach kości pokrywowych czaszki, gdzie nie ma silnego ukrwienia. Praktycznie nie spotyka się, poza interwencjami w miejscu mechanicznego urazu, trepanacji, która odbywała się w okolicy otworów ciemieniowych (*foramen parietale*).

Sposoby trepanacji po części mogą informować o jej celu, pozwalają również niekiedy wnioskować o tym, czy zabieg był zabiegiem przyżyciowym, czy zabiegiem *post mortem*. Trepanacje poprzez nacięcia (rys. 1 A) są zapewne trepanacjami *post mortem*, bowiem na tak uszkodzonych czaszkach nie spotyka się śladów procesu gojenia (obliteracji tkanki kostnej w miejscu ubytku). Jest to zrozumiałe, bowiem taka technika zabiegu w największym stopniu naraża operowanego na uszkodzenie nie tylko opon mózgowych, co zapewne w większości przypadków (np. krwiak podoponowy) było zamierzonym celem, ale nawet struktur samego mózgu.

O przeżyciu zabiegu, a w każdym razie o tym, że zabieg nie był bezpośrednią przyczyną śmierci, świadczy proces obliteracji uszkodzonej tkanki kostnej. Ilustruje to przykład (rys. 4) otworu trepanacyjnego ze stanowiska w Łękawie (Haduch, 1999).



Rysunek 4. Cmentarzyska kultury ceramiki sznurowej w Łękawie, woj. świętokrzyskie (Haduch, 1999, fot. Haduch, Kosydarski, niepublikowana w cytowanej pozycji – za zgodą autorów). Od środka otworu widoczna jest nowo wytworzona blaszka kostna, początek zarastania otworu po trepanacyjnego, dalej w kierunku zewnętrznym słabo skośnie zeszlifowana istota gąbczasta. Widoczna jest linia nienaruszonej istoty zbitej blaszki zewnętrznej

W ujęciu etnologicznym, trepanacja to niekiedy zabieg nie o charakterze leczniczym, lecz stosowany w celu przywrócenia komunikacji między wnętrzem czaszki a środowiskiem zewnętrznym, a więc zabieg spełniający funkcję magiczną. Taką myśl wyrażają między innymi Aufferdeheide, Rodriguez-Martin (1998). Na antropologa paleopatologa czyha niebezpieczeństwo mylnego rozpoznania trepanacji, bowiem na czaszkach występować mogą otwory niebędące konsekwencją trepanacji. Do najczęstszych przyczyn mylnego rozpoznania trepanacji należą zmiany patologiczne lub uszkodzenia mechaniczne. Są to:

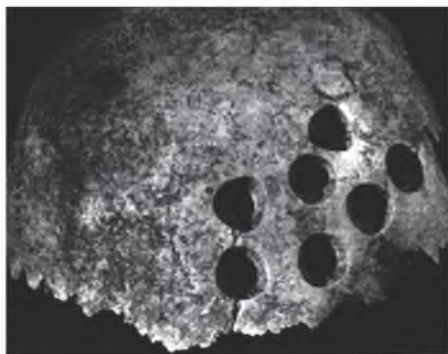
- powiększone otwory ciemieniowe (*foramina parietalia*) – owalne i symetrycznie położone otwory;
- niezrośnięcie się szwu czaszkowego (*cranial dysraphism*) – ostro zakończone brzegi; styczne do powierzchni czaszki cięcia ostrzem topora, siekiery, włóczni itp. (wielkość uszkodzenia blaszki wewnętrznej znacznie przekracza uszkodzenie blaszki zewnętrznej);
- złamanie wielokrotne (złożone pęknięcie) – nieregularne brzegi;
- rak przerzutowy, szpiczak (nieregularne otwory, często zwielokrotnione);
- rak kości (również niezłośliwy), urazy, przyżegania powodujące kościorosty;

- infekcje (syfilis, gruźlica, grzybice nieregularne otwory);
- niespecyficzne infekcje (przerosty nowej kości);
- niedorozwój kości ciemieniowych (na ogół zakłęśnięcia);
- zdarzenia pośmiertne (otarcie od kamieni, zakwaszenie gleby, działalność zwierząt);
- uszkodzenia w trakcie eksploracji (Auifderheide, Rodriguez-Martin, 1998).

Mylna ocena pochodzenia obserwowanego otworu, bardzo często jest wynikiem wtórnego zniszczenia szkieletu w glebie, określonego powyżej jako „zdarzenia pośmiertne”.

W piśmiennictwie naukowym znajdujemy informację, że w Europie znaleziska trepanowanych czaszek opisywane są od 1865 roku. Niewiele później, bo w roku 1867, Georges Squier opisał trepanowaną czaszkę znaną na starym cmentarzysku peruwiańskim (Andrushko, Verano, 2008: 4–13, Nystrom, 2007).

W XIX wieku znaleziska trepanowanych czaszek z czasów prehistorycznych, począwszy od mezolitu, jak i wczesnohistorycznych, uznawano za efekt zabiegów magicznych, związanych z jakimś rytuałem. Mniemano, że nacięcia na czaszkach związane z wydobyciem kostnego fragmentu w nieokreślonym bliżej celu (niekiedy znajdowano zawieszki wykonane z kości czaszek – a więc swoistego rodzaju amulety), dokonywane były *post mortem*. Zapewne właśnie *post mortem*, w celu uzyskania amuletów, wielokrotnie wycięto okrągłe fragmenty kostne z czaszki dziecka (rys. 5; Auifderheide, Rodriguez-Martin, 1998).



Rysunek 5. Prawdopodobnie rytualne wielokrotne nacięcia na czaszce dziecięcej. V wiek p.n.e. Talayotic culture (Majorka, Hiszpania) (źródło: Auifderheide, Rodriguez-Martin, 1998: 34; The Cambridge Encyclopedia of Human Paleopathology)

Pod koniec XIX wieku francuski anatom i antropolog Paul Broca wykazał, że zabiegi te były dokonywane przyżyciowo, na co wskazuje obserwowany niekiedy proces obliteracji tkanki kostnej. Zarastanie istoty gąbczastej kości pokrywowych przez blaszkę istoty zbitej świadczy jednoznacznie o tym, że pacjent żył co najmniej kilka miesięcy po zabiegu, a jego zgon nie był bezpośrednim następstwem operacji. Niekiedy morfologia kości wskazuje na przeżycie nawet kilku, a być może kilkudziesięciu lat. Przykładem może być wczesnośredniowieczna czaszka ze zbiorów Muzeum Zakładu Antropologii UJ. Jest to czaszka zakonnicy, klaryski żyjącej w XIV stuleciu, która zmarła w podeszłym wieku *senilis*, zapewne powyżej 70. roku życia (Głąb, 2008). Kości mózgowcowe są bardzo cienkie, zanikła częściowo istota gąbczasta, a otwór potropanacyjny był (obecnie minimalnie wtórnie uszkodzony) w całości pokryty cieniutką warstewką istoty zbitej. Zespół zaobserwowanych cech w sposób jednoznaczny świadczy, że od zabiegu minęło nawet kilkadziesiąt lat.

Dzisiaj wiemy, że trepanacji dokonywano w odległych czasach nie tylko z przyczyn leczniczych. Część z nich umownie i skrótowo można nazwać trepanacjami „o charakterze magicznym”.

Główne przyczyny przeprowadzania zabiegów trepanacyjnych w czasach przed nowożytną medycyną to:

- kompresyjne złamania kości pokrywowych,
- podniesione ciśnienie śródczaszkowe,
- częste lub przewlekłe bóle głowy,
- zapalenie opon mózgowych, konwulsje,
- schorzenia natury umysłowej,
- epilepsja,
- wypędzanie złych duchów,
- trepanacje przeprowadzane profilaktycznie.

Informacje o trepanacjach pochodzą ze wszystkich kontynentów poza Australią (rys. 6; Gładkowska-Rzeczycka, 1989).

Nie zawsze trepanacja udokumentowana jest poprzez materiał kostny. Bardzo ciekawy przykład znajdujemy na obrazie niderlandzkiego malarza Hieronima Boscha (≈1450–1516). Jest to niewielki obraz, zatytułowany „Leczenie głupoty”, znajdujący się w Muzeum del Prado w Madrycie. Na obrazie znajduje się napis „Mistrzu usuń kamień szybko. Moje imię – kastrowany borsuk”. W tych czasach za przyczynę zaburzeń umysłowych uważano kamień (guz), który należy usunąć. Na obrazie kamień przyjął formę kwiatu – symbolu Wenus. Zdaniem historyków sztuki obraz przedstawia symboliczną kastrację, leczenie nadmiernego popędu płciowego

(Trzeciak, 1992)¹. W Muzeum del Prado znajduje się także obraz z roku około 1555, znany pod dwoma równorzędnymi tytułami: „Usuwanie kamienia głupoty” lub „Chirurg”, na którym autor, Jan Sanders van Hemessen (też Niderlandczyk), przedstawia zabieg trepanacyjny (*Sztuka świata*: 313, http://pl.wikipedia.org/wiki/Jan_Sanders_van_Hemessen). Na czole pacjenta widnieje realistycznie przedstawiony kamień, nietłumaczący bardziej szczegółowo, poprzez żadną przenośnię, powodu zabiegu.



Rysunek 6. 1 – centrum trepanacyjne – Peru, 2 – trepanacje na obszarze Nowego Świata, 3 – Europa, trepanacje od mezolitu do początków czasów nowożytnych, 4 – znaleziska z pierwszych wieków naszej ery, 5 – tereny, gdzie zabiegi trepanacyjne wykonywane były/są niemal do naszych czasów (źródło: Gładkowska-Rzeczycka, 1989)

Znacznie odleglejsza czasowo, z okresu przedkolumbijskiego, jest udokumentowana trepanacja z Peru, w formie brązowej rzeźby (rys. 7).

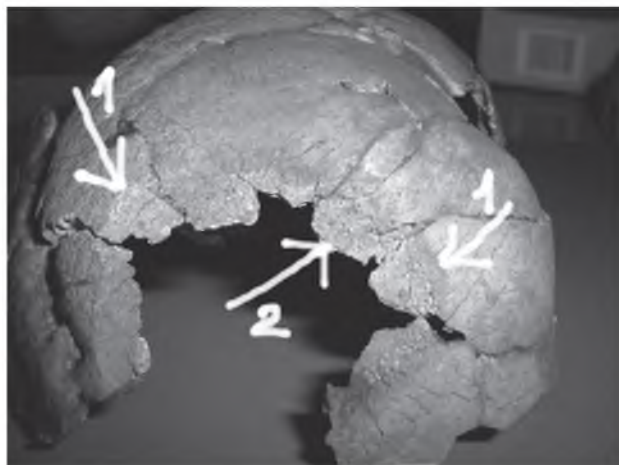
Nie sposób nie wspomnieć, o niemającym analogii w piśmiennictwie światowym, jedynym udokumentowanym zabiegu trepanacyjnym na szczątkach pochodzących z grobu ciała palnego z okresu kultury łu-

¹ Niestety nie znajdujemy u historyków wyjaśnienia skojarzenia z „kastrowanym borsukiem”.

życkiej (Karaś, 1980). Jest to jedyny dowód na to, że w okresie trwającego przeszło tysiąc lat na terenie Europy Środkowej ciałopalenia, znana w neolicie umiejętność trepanacji przetrwała do początków wczesnego średniowiecza (rys. 8).



Rysunek 7. Przedstawienie figuralne zabiegu trepanacyjnego, detal (okres przedkolumbijski, Peru), (źródło: <http://global.sbs.ohio-state.edu/cd-contents/Ortner-slides>)



Rysunek 8. Trepanowana czaszka z grobu ciałopalnego z okresu kultury łużyckiej. 1 – początek ścierania kości, 2 – zachowane ślady zarastania (źródło: Karaś, 1980)

Trepanacji dokonywano jeszcze w połowie XX wieku w Czarnogórze, gdzie ludowi trepanatorzy podejmowali się zabiegowi zgodnie z bardzo sztywnymi zasadami. Operacji otwarcia czaszki dokonywali dopiero wtedy, kiedy ból głowy po poważnym uszkodzeniu (zranieniu) utrzymywał się przez okres 40 dni. Zabiegi te można wiązać z ingerencją o charakterze leczniczym, a nie magicznym.

Podobnie w XX wieku trepanacji dokonywano w Afryce, skąd pochodzi opis przebiegu zabiegu. W Kenii i Tanzanii w XX wieku, na terenach zamieszkałych przez plemię Kissu, działało od 20 do 30 trepanatorów. Jak się oblicza, jeszcze w latach pięćdziesiątych ubiegłego stulecia przeprowadzali oni około 500 zabiegów w ciągu roku. Śmiertelność była bardzo niska – w granicach 6 osobników na tysiąc pacjentów, a technika dosyć prosta. Operowany leżał na łożu wyłożonym liśćmi, pod głową miał belkę. Kładziono na niego drugie łóżko w pozycji odwróconej, które przysiadaly osoby towarzyszące operacji. Cięcia wykonywane było nożem w kształcie U. Skalpu nie zszywano, pozostawiając ranę naturalnemu wygojeniu.

Z XX wieku pochodzą udokumentowane trepanacje na Nowej Gwinei (Tolai). Tamtejsi trepanatorzy przeprowadzali zabiegi dość często, a wskaźnik przeżywalności był bardzo wysoki. Za każdym razem zmieniali narzędzia. Operacje przeprowadzali na otwartej przestrzeni. Skalp zszywano nićmi z orzechów kokosowych, przy użyciu igieł wykonanych z kości, na których rozpinają się błony skrzydeł nietoperzy.

Materiały kostne nie pozwalają rozpoznać trepanacji wykonywanej z powodu epilepsji. Niektórzy medycy amerykańscy przeprowadzali zabiegi trepanacyjne w przypadkach epilepsji pourazowych z pewnym sukcesem (Jensen, Stone, 1997). Jednak, podobnie jak uporczywe bóle głowy, epilepsja może być głęboko uwarunkowana czynnikami natury emocjonalnej, a i inne czynniki mogą mieć istotny wpływ na jej obraz. Do ciekawych wniosków, a raczej przypuszczeń, bo nie do niepodważalnych stwierdzeń, może doprowadzić Kronika Poma de Ayala (1535–1613), gdzie na rycinie przedstawiona jest żona (Mama Cusi Hilpay) Inki (Capaca Yupanqui) w trakcie ataku epileptycznego. Epilepsję leczono poprzez zabieg trepanacyjny (rys. 9).

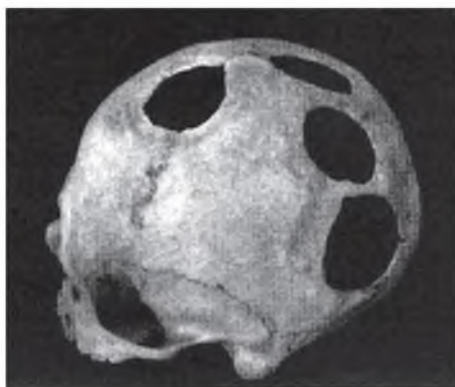
Sięgając czasów najodleglejszych, do mezolitu (lub do początków neolitu), do końca średniowiecza, a nawet sięgając do ludów pierwotnych w czasach współczesnych, niewiele mamy informacji na temat sposobu i warunków przeprowadzania zabiegu trepanacji. Na wspomnianym obrazie H. Boscha pacjent w pozycji siedzącej był skrępowany, na obrazie Jana Andersa van Hamessena siedzący pacjent jest co najwyżej przytrzymywany.



Rysunek 9. Kronika Poma de Ayala (1535–1613) żona (Mama Cusi Hilpay) Inki (Caspac Yupanqui) w trakcie ataku epileptycznego (źródło: <http://www.epilepsiemuseum.de/alt/yupanqui.html>)

Z anatomii i histologii wynikają dwa godne uwagi fakty: po pierwsze, skóra skalpu jest słabo unerwiona i słabo ukrwiona, po drugie, zakończenia bólowe znajdują się w okostnej, a nie w kościach. Można więc założyć, że doznania bólowe występują w momencie przecięcia skóry i okostnej. Samo działanie w obrębie tkanki kostnej należy uznać za mniej uciążliwe dla pacjenta. Opis pochodzący z Kenii i Tanzanii, o ułożeniu operowanego pod unieruchamiającym go łóżkiem wskazuje na to, że zabieg bez użycia przymusu nie jest możliwy do przeprowadzenia. Również ryciny z XVI wieku przedstawiające trepany pokazują ekstremalnie zmienione bólem, pełne cierpienia twarze.

Antropologia, archeologia i etnografia, niejednokrotnie opisując jakieś nierozpoznawalne zjawisko, jakiś artefakt, określały je jako „kultowe”. Nic nie tłumacząc, ale pozornie, niby naukowo, wyjaśniając. Podobnie jest w wielu przypadkach wyjaśniania przyczyn dokonywania zabiegu trepanacyjnego. Ślady potrepanacyjne nie mówią na ogół o przyczynach podjęcia interwencji. W przypadku padaczki, schizofrenii czy też zabiegów profilaktycznych mających w przyszłości czemuś zapobiegać, badacz jest bezbronny i nieuzbrojony w żaden aparat badawczy. Nie potrafimy wytłumaczyć przyczyny wielokrotnej trepanacji przyżyciowej z Peru (Cuzco) – rys. 10. Ślady obliteracji wskazują w sposób bezsporny, iż żaden z zabiegów nie był bezpośrednią przyczyną zgonu. Jednak nie sposób stwierdzić, czy zabiegi nie były wykonane w zbliżonym czasie.



Rysunek 10. Inkaska czaszka prehistoryczna z czterokrotnym udanym zabiegiem trepanacyjnym Cuzco (Peru), (źródło: <http://global.sbs.ohio-state.edu/cd-contents/Ortner-slides>)



Rysunek 11. Przerwany zabieg trepanacyjny (źródło: <http://global.sbs.ohio-state.edu/cd-contents/Ortner-slides>)

Wnikliwa analiza pozwala niekiedy, nawet w przypadku wtórnego znacznego zniszczenia kości, na znalezienie przyczyn, które były podstawą do dokonania trepanacji. Na cmentarzysku Kraków – Zakrzówek, z przełomu XII i XIII wieku, odkryto silnie zniszczony szkielet z trepanowaną czaszką (Kaczanowski, Spettowa, Zaitz, 1973, Spettowa, Kaczanowski, 1973). Rys. 13 – fotografia czaszki, rys. 14 – schematyczny rysunek mózgowiczaszki.

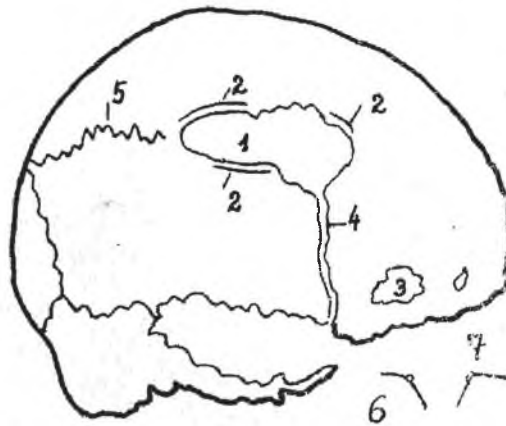


Rysunek 12. Niedokończona trepanacja, zapewne ze względu na silny krwotok, w okolicy ogniska zapalnego okolicy i samej tkanki kostnej (źródło: <http://global.sbs.ohio-state.edu/cd-contents/Ortner-slides>)



Rysunek 13. Kraków – Zakrzówek, czaszka ♂, wiek w chwili zgonu *maturus-senilis* około 60 roku życia, *norma lateralis dextra*. (fot. K. Kaczanowski)

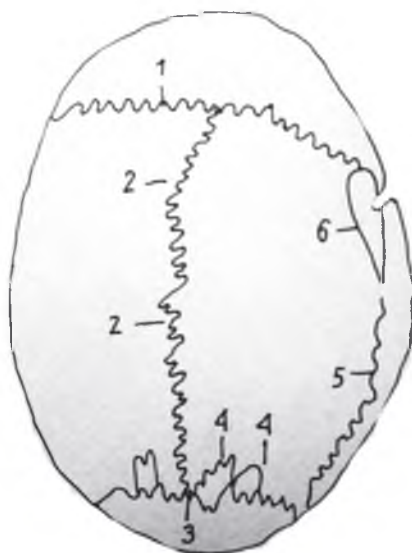
Oprócz otworu potrepanacyjnego na uwagę zasługuje obecność dodatkowego (dzielącego na dwie części prawą kość ciemieniową) szwu śródciemieniowego (rys. 14, pkt 5, rys. 15, pkt 5). Jego występowanie jest zjawiskiem niezwykle rzadkim. Obecność tego szwu, na którego przedniej (do czołowej) części zlokalizowany jest otwór potrepanacyjny, nie była zapewne przyczyną podjęcia się zabiegu. Na zdjęciu rentgenowskim wykonanym w *norma basiliaris* (zarys w oparciu o zdjęcie rentgenowskie, rys. 16) widoczne są różnice w grubości bocznych ścian czaszki.



Rysunek 14. Kraków – Zakrzówek, czaszka ♂, wiek *maturus-senilis*, *norma lateralis dextra*. Oznaczenia: 1 – otwór trepanacyjny, 2 – miejsca zachowania nieuszkodzonej obliteracji, 3 – ubytek *post mortem*, 4 – wtórne pęknięcie po eksploracji na skutek nierównomiernego wysychania, 5 – szew śródciemieniowy, 6 – profil otworu trepanacyjnego, 7 – grzebień kostny z profilu (źródło: Spettowa, Kaczanowski, 1973: 334)

Prawie dwukrotnie grubsza, o prawidłowej budowie jest kość ciemieniowa po stronie lewej, po stronie prawej czaszka jest ścięczała i uwypuklona prawostronnie, uwypuklenie widoczne jest również w oglądzie bezpośrednim czaszki w projekcji od góry – *norma basiliaris*.

Badania radiologiczne, jak piszą Spettowa, Kaczanowski (1973: 344–345), dotyczyły następujących zagadnień: „I. Pochodzenia ubytku przyżyciowo-operacyjnego w prawej okolicy ciemieniowo-czołowej, II. Stwierdzenia sprawy rozrostowej w prawej jamie czaszkowej, III. Zmian w zatoce klinowej, IV. Zmian w lewym stawie biodrowym”. Streśćmy pokrótce wyniki badań:

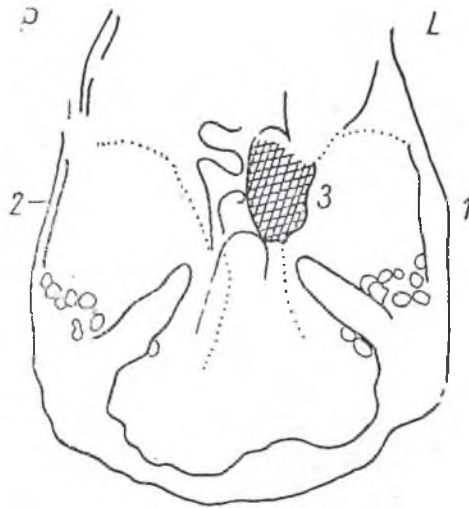


Rysunek 15. Kraków – Zakrzówek, czaszka ♂, wiek w chwili zgonu *maturus-senilis* około 60 roku życia, zarys w *norma verticalis*. Prawostronne wypuklenie puszki mózgowej. Oznaczenia: 1 – szew czołowy, 2 – szew ciemieniowy, 3 – szew węglowy, 4 – kości wstawkowe w szwie węglowym, 5 – szew śródcieniowy, 6 – otwór trepanacyjny (źródło: Spettowa, Kaczanowski, 1973: 334)

Ad I. Otwór trepanacyjny wykonano przyżyciowo, metodą tarcia. Wykluczono powstanie otworu na skutek: przepukliny wrodzonej, otorbionego krwiaka nadtwardówkowego, łagodnego nowotworu śródczaszkowego, ubytku powstałego w wieku dziecięcym wskutek rozstępu szczelin złamania;

Ad II. Sprawa rozrostowa w okresie wzrostu czaszki spowodowała: uwypuklenie czaszki w okolicy skroniowo-ciemieniowej, powodując asymetrię czaszki, przemieszczenie w lewo szwu strzałkowego (rys. 10), ścięczenie sklepienia czaszki w miejscu uwypuklenia oraz zapewne powstanie szwu śródcieniowego;

Ad III. Kostniako-chrzęstniak w zatoce klinowej został rozpoznany na podstawie znacznego zaciemnienia zatoki klinowej po stronie lewej, okrągłych przejaśnień w zaciemnieniu (dowód komponenty chrzęstnej) oraz wybrzuszenia ścian przyśrodkowej, górnej oraz ścian bocznych zatoki. Wykluczono, żeby zmiany (zaciemnienie) mogły być wywołane odkładaniem się wapnia z przecieków wodnych;



Rysunek 16. Kraków – Zakrzówek, czaszka ♂, wiek *maturus-senilis*. Zarys w oparciu o zdjęcie rentgenowskie. Układ kością czołową do dołu. 1 – prawidłowa grubość czaszki po stronie lewej, 2 – czaszka ścieńczała i uwypuklona po stronie prawej, 3 – kostniako-chrzęstniak zatoki klinowej (źródło: Spettowa, Kaczanowski, 1973: 36)



Rysunek 17. Kraków – Rynek Główny, XII/XIII w. *In situ*. Czaszka mężczyzny około 30-letniego z częściowo zarastającym otworem potrepanacyjnym na kości czołowej. Otwór nad lewym oczodołem i ubytek drugiego lewego siekacza nastąpił *post mortem* (fot. Zakład Antropologii UJ, wykonana w trakcie eksploracji).

Ad IV. W lewym stawie biodrowym stwierdzono, że panewka i główka kości udowej są mniejsze i spłaszczone, a szyjka jest krótsza w porównaniu do prawej, nadto szyjka lewej kości udowej jest sklerotyczna.

W konkluzji, przy szczęśliwym zbiegu okoliczności, jakim było, mimo silnej erozji, zachowanie się tych partii szkieletu, które były konieczne do analizy, można stwierdzić, że zmarły mężczyzna w wieku około 60. roku życia, należący do populacji zamieszkującej na przełomie XII/XIII wieku Kraków – Zakrzówek (była to zapewne wioska służebna w stosunku do grodu wawelskiego), przeszedł zabieg trepanacyjny zapewne z powodu sprawy rozrostowej przebytej w dzieciństwie. Przyczyną trepanacji mógł być ewentualny krwiak nadtwardówkowy lub raczej kostniako-chrząstki zatoki klinowej, przy czym wskazaniem do zabiegu mogły być najprawdopodobniej bóle głowy.

Przedstawione powyżej przykłady, wybrane z literatury światowej, obejmującej setki lub tysiące publikacji źródłowych (opracowania medyczne, anatomo-antropologiczne, antropologiczno-archeologiczne, etnograficzne i rozprawy teoretyczne) miały pomóc czytelnikowi w znalezieniu odpowiedzi na pytanie, co kryje się za widocznymi na czaszkach otworami trepanacyjnymi. Pytanie „magia czy terapia?” jest doskonałym powodem do zapoczątkowania dyskusji. A jeżeli w tytule brzmi ono „Trepanacja. Terapia czy zabieg magiczny?”, to odpowiedzi wymagają oba człony pytania.

Należy zacząć od stwierdzenia, że w przypadku większości odkrytych czaszek wiedza i aparat badawczy naukowca może i musi ograniczać się jedynie do stwierdzenia faktu zabiegu trepanacyjnego, do opisu techniki wykonania go, do oceny, czy zabieg się powiódł, to znaczy, czy poddany zabiegowi przeżył jakiś czas po operacji, czyli że nie ona była bezpośrednią przyczyną zgonu.

Najczęstsza odpowiedź, będąca stwierdzeniem faktu, nic nie mówi o przyczynie podjęcia decyzji o przeprowadzeniu trepanacji. Na ogół nie mówi również, czy u podłoża decyzji tkwił ból, a jeżeli tak, to czy ból fizyczny, czy też odczucie niemające swego odzwierciedlenia w somie. Nie wiadomo także, czy nie były to bardzo prawdopodobne, aczkolwiek nieweryfikowalne na kościach próby leczenia padaczki czy schizofrenii, co potwierdzają i źródła historyczne, i etnograficzne.

Na drodze analizy anatomo-antropologicznej trepanowanych czaszek nie można potwierdzić ani przypuszczeń sugerujących ból głowy, padaczkę czy schizofrenię, ani rozstrzygnąć, czy zabieg miał charakter profilaktyczny czy magiczny (jaki?), czy może był wyrazem swoistej mody, takiej jak np. deformowanie głów. Wydaje się, że liczne trepanacje z terenu dzisiejszego Peru mogły mieć podłoże rytualne lub były działaniami profilaktycznymi, bowiem trudno sobie wyobrazić (i uzasadnić takie mniemanie) taką liczbę osób cierpiących na schizofrenię lub padaczkę. Nie można jednak wykluczyć, że była to powszechna metoda leczenia bólu głowy. Dlatego też o większości znalezisk trepanowanych czaszek z czasów odległych (od mezolitu do początku czasów nowoczesnej medycyny) możemy powiedzieć tylko tyle, że zabieg się odbył, a operowany na ogół przeżył. Opisują to np. Lorkiewicz i inni (2005), a także Weber i Wahl (2006).

Wskazane w artykule, a wyrwane z tysięcy, przykłady pozwalają na stwierdzenie, że operatorzy musieli posiadać odpowiednią wiedzę i umiejętności, liczba przeżytych zabiegów wskazuje bowiem na znajomość anatomii oraz, co równie ważne, na posiadane umiejętności. Zachowane narzędzia trepanacyjne i ich rysunki, pochodzące z XVI wieku (rys. 3) oraz wspomniane obrazy malarzy niderlandzkich wskazują, że na przełomie średniowiecza i czasów nowożytnych w Europie Zachodniej umiejętność trepanowania była powszechna, a zabieg był często przeprowadzany. Nie można też wątpić w to, że zabieg trepanacyjny mógł być zabiegiem magicznym.

Nie potrafimy jednak odpowiedzieć na pytanie, gdzie mamy do czynienia z magią, a gdzie magia łączy się z działaniami terapeutycznymi? Zapewne o czystej magii mówią znajdowane amulety wykonane z kości czaszek oraz ślady po wielokrotnych, najprawdopodobniej pośmiertnych trepanacjach.

Przytoczone tu i szczegółowo opisane znalezisko z Krakowa – Zakrzówka pokazuje, że wykorzystując przesłanki pośrednie, można dojść do stwierdzenia, iż przyczyną trepanacji był zapewne ból. Można domniemywać, że to właśnie ból głowy, cierpienie jakże dotkliwe i powszechne, kryje się za wieloma, bardzo wieloma przypadkami, w których żadne cechy morfologii kości nie wskazują na przyczynę cierpienia.

Ciekawe, czy potrafimy w dalszych badaniach wyjaśnić, co było przyczyną podjęcia się wykonania zabiegu trepanacyjnego u mieszkańca Krakowa, mężczyzny około 30-letniego (rys. 17), zmarłego na przełomie XII/XIII wieku, a pochowanego na cmentarzu istniejącym jeszcze przed

lokacją Krakowa na Rynku Krakowskim, przed kościołem Mariackim. Położenie grobu zmarłego w osi Kościoła, na wprost głównego wejścia współczesnej bazyliki Mariackiej, świadczy o jego wysokiej randze w ówczesnym społeczeństwie.

Ograniczając uwagi do okolic Krakowa, powiedzmy, że mniej więcej w tym samym czasie historycznym operowany był mieszkaniec jednej z wsi podkrakowskich. Świadczy to, że umiejętność wykonywania trepanacji była powszechna.

Dwa wspomniane przypadki z tego okresu nie mogą być dowodem, że zabieg był zabiegiem bezpiecznym, tym niemniej takie przypuszczenie wolno z całą odpowiedzialnością wyrazić.

Na terenie Polski nie spotyka się trepanowanych czaszek po drugiej połowie XIII wieku. Zapewne brak takich operacji był konsekwencją papieskiego zakazu wykonywania trepanacji, skierowanego do zakonu benedyktynów. W Europie Zachodniej trepanacje wykonywane były nadal, do początków czasów nowożytnych, o czym świadczy malarstwo, ryciny trepanów i same zachowane przyrządy.

Bibliografia

1. Auifderheide A., Rodriguez-Martin C. (1998), *The Cambridge Encyclopedia of Human Paleopathology*, Cambridge.
2. Andrushko V.A., Verano J.W. (2008), *Prehistoric Trepanation in the Cuzco Region of Peru: A View Into an Ancient Andean Practice*, "American Journal of Physical Anthropology" 137, s. 4–13.
3. Buikstra J.E., Ubelaker D.H. (1994), *Standards for Data Collection From Human Skeletal Remains*, "Arkansas Archeological Survey Research Series", No 44, Fayetteville.
4. Głądykowska-Rzeczycka J. (1979), *Paleopatologia w Polsce*, „Przegląd Antropologiczny”, t. 48, z. 2, s. 393–397.
5. Głądykowska-Rzeczycka J. (1989), *Schorzenia ludności prahistorycznej na ziemiach polskich*, Muzeum Archeologiczne w Gdańsku, s. 1–49.
6. Głąb H. (2008), *Symetryczne ścienienie kości ciemieniowych (biparietal atrophy) u siostr klarysek z kościoła św. Andrzeja w Krakowie (XIV wiek)*, [w:] *Stulecie Zakładu Antropologii Uniwersytetu Jagiellońskiego 1908–2008. Księga jubileuszowa*, red. K. Kaczanowski, Kraków, s. 189–195.
7. Hodnett E. (1973), *Engraving by Peter Traveris of trepanation. From Heironymus von Braunschweig's „Handywarke of Surgeri”*, Oxford.

8. Haduch E. (1999), *Szkielet z cmentarzyska kultury ceramiki sznurowej w Łękawie, woj. świętokrzyskie – analiza antropologiczna*, „Sprawozdania Archeologiczne”, t. 51, s. 181–189.
9. Jensen R.L., Stone J.L. (1997), *Benjamin Winslow Dudley and early American trephination for post traumatic epilepsy*, “Neurosurgery” 40, s. 715–721.
10. Kaczanowski K., Spettowa S., Zaitz E. (1973), *Lecznicza trepanacja czaszki z wczesnośredniowiecznego cmentarzyska w Krakowie – Zakrzówku, wykonana z powodu śródczaszkowego procesu ekspansywnego*, „Materiały Archeologiczne”, t. 16, s. 59–70.
11. Karaś B. (1980), *Zrekonstruowana czaszka z trepanacją znaleziona na cmentarzysku ciałopalnym kultury łużyckiej w Opatowcu, woj. Kieleckie*, „Przegląd Antropologiczny”, t. 46, z. 1, Warszawa–Poznań, s. 143–148.
12. Lorkiewicz W., Stolarczyk H., Śmiszkiewicz-Skwaraska A., Żądzińska E. (2005), *An Interesting Case of Prehistoric Trepanation from Poland: Re-evaluation of the Skull from the Franki Suchodolskie Site*, “International Journal of Osteoarcheology”, t. 15, Missios, s. 115–123.
13. Symeon (2007), *Hippocrates, Galen, and the uses of trepanation in ancient classical world*, “Neurosurgical Focus”, t. 23, s. 1–9.
14. Nystrom K.C. (2007), *Trepanation in the Chachapoya Region of Northern Peru*, “International Journal of Osteoarcheology”, t. 17, s. 39–51.
15. Spettowa S., Kaczanowski K. (1973), *Lecznicza trepanacja czaszki ze stanowiska Kraków – Zakrzówek, wykonana z powodu śródczaszkowej sprawy rozrostowej*, „Neurologia i Neurochirurgia Polska”, t. 7 (23), nr 3, s. 333–338.
16. *Sztuka świata* (2000), t. 12, A–K, Kraków, s. 313.
17. Thorwald J. (1990), *Dawna medycyna jej tajemnice i potęga*, Wrocław, s. 288–312.
18. Trzeciak P. (1992), *Hieronim Bosch*, [w:] *Sztuka świata*, t. 5, Warszawa, s. 533–369.
19. Weber J., Wahl J. (2006), *Neurosurgical Aspects of Trepanations from Neolithic Times*, “International Journal of Osteoarcheology”, t. 16, s. 536–545.

Strony internetowe:

<http://global.sbs.ohio-state.edu/cd-contents/Ortner-slides>

<http://www.epilepsiemuseum.de/alt/yupanquien.html>

http://pl.wikipedia.org/wiki/Jan_Sanders_van_Hemessen

Zofia Foryś
Alicja Macheta
Janusz Pach

Samoleczenie – szkody czy korzyści?

Samoleczenie jest pojęciem niejednorodnym. Mianem tym określa się kategorie zawarte w języku angielskim w dwóch słowach: *self medication* (samoordynacja leków) i *self care* (samoopieka).

Zgodnie z definicją WHO samoleczenie obejmuje stosowanie przez pacjentów/konsumentów produktu leczniczego do terapii rozpoznanych przez siebie objawów lub zaburzeń (WHO).

Na konferencji naukowej w Krakowie w 2009 r., dotyczącej samoleczenia prof. Marek Rudnicki z Uniwersytetu w Chicago rozpoczął wykład od pytania: uzależnienie czy samoleczenie – co jest prawdą?

Na rycinie 1 przedstawiono cechy charakterystyczne dla procesu samoleczenia.

Samoleczenie to:

- Samodiagnozowanie,
 - Samozleczenie,
 - Samoocena.
-

Najczęściej jest stosowane w:

- | **Pediatrici,**
- | **Geriatrici.**

Niezwykle ważne jest stwierdzenie, że aktualnie jest ono niemożliwe do zakazania, a równocześnie potencjalnie niebezpieczne, ponieważ jest to:

- | **niezgodne z zaleceniami przyjmowanie przepisanych przez lekarza leków,**
- | **niezgodne z przeznaczeniem przyjmowanie innych aktywnych substancji farmakologicznych,**
- | **brak oceny skuteczności leczenia i progresji choroby,**
- | **brak właściwej oceny powikłań odległych.**

Rysunek 1. Cechy charakterystyczne dla procesu samoleczenia

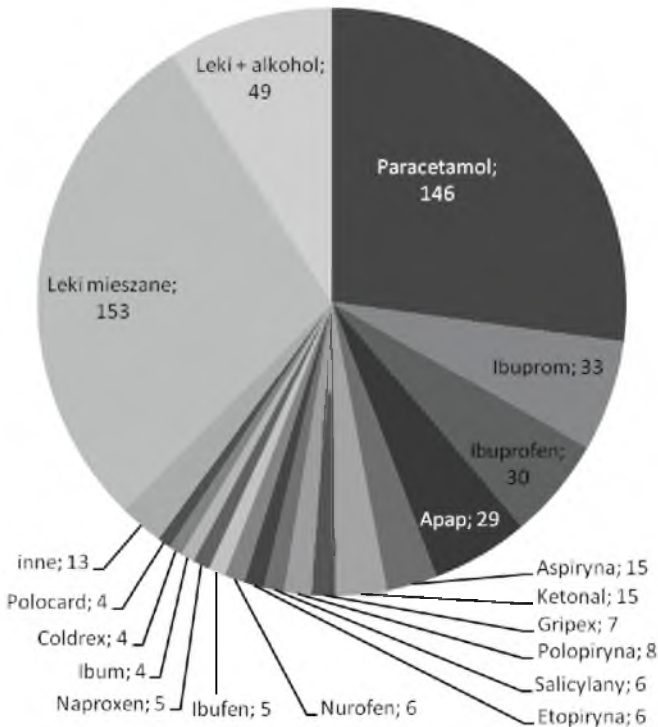
Pośród leków dostępnych na polskim rynku bez recepty, najczęściej w procesie samoleczenia stosowane są: niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), inne leki stosowane w przypadku przeziębienia i grypy, witaminy i minerały, leki przeciwko zaparciom i biegunkom.

Rynek OTC (ang. Over The Counter) w Polsce przekroczył wartość 8 miliardów złotych i wciąż rośnie. Lokuje to nas na wysokim szóstym miejscu w Europie za Niemcami, Francją, Wielką Brytanią, Rosją, Włochami. Z badań prowadzonych na zlecenie organizatorów programu „Ulga w bólu” wynika, że w celu uśmierzenia bólu Polacy najczęściej stosują leki przeciwbólowe dostępne bez recepty, sięga po nie aż 54% ankietowanych, którzy w ciągu ostatniego roku odczuwali silne dolegliwości bólowe uniemożliwiające wykonywanie codziennych obowiązków. Zaledwie 21% Polaków odczuwających ból udaje się po poradę do lekarza pierwszego kontaktu, natomiast 13% decyduje się na wizytę u lekarza specjalisty.

Z raportu przeprowadzonego w 2008 roku przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia wynika, że aż 75% Polaków przyznaje się do korzystania z leków bez recepty, jest to odsetek dość podobny do innych krajów.

Pośród 10 636 telefonicznych zapytań skierowanych w latach 2004–2008 do pracowników Ośrodka Informacji Toksykologicznej UJCM w Krakowie 536 (5,1%) dotyczyło niesteroidowych leków przeciwzapal-

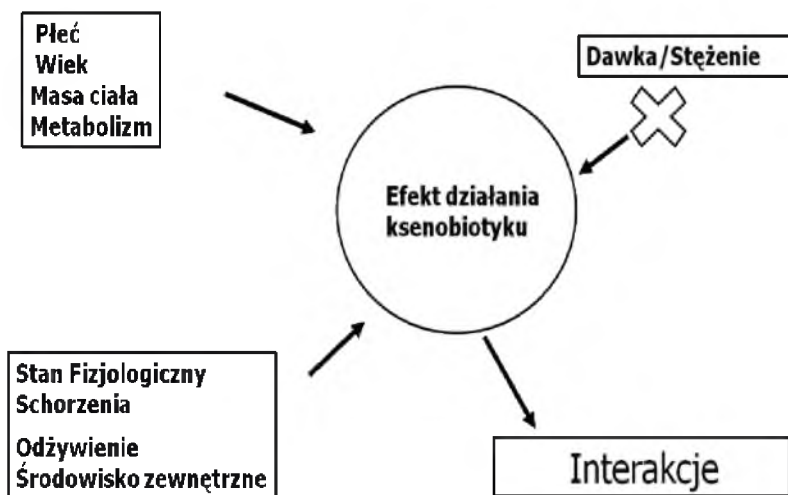
nych dostępnych bez recepty. W 336 przypadkach powodem były wyłącznie same NLPZ, a w 202 zatrucia mieszane z udziałem innych leków lub etanolu. 58,9% z nich stanowiły zatrucia z intencjami samobójczymi, a 20,6% zatrucia przypadkowe. Pytania dotyczyły najczęściej dzieci w wieku 1–6 lat oraz młodzieży w wieku 15–19 lat.



Rysunek 2. Udział poszczególnych leków zaliczanych do NLPZ w latach 2004–2008

Na rycinie 2 przedstawiono rodzaje NLPZ, których dotyczyła informacja toksykologiczna, zdecydowanie przeważają zatrucia paracetamolem. W grupie dzieci do lat sześciu są to zatrucia przypadkowe, natomiast w grupie młodzieży samozatrucia samobójcze.

Najbardziej niebezpieczne z punktu widzenia toksykologicznego jest jednoczesne zażywanie kilku leków lub preparatów złożonych. Osoby samodiagnostykujące swoje objawy chorobowe i samoleczące się preparatami leczniczymi są zazwyczaj przekonane, że od zastosowanej dawki leku zależy efekt terapeutyczny, którego zazwyczaj nie są w stanie właściwie ocenić.



Rysunek 3. Czynniki wpływające na zależność pomiędzy dawką – stężeniem a efektem działania leku/ksenobiotyku

Jak wynika z danych przedstawionych na rycinie 3, efekt działania leku/ksenobiotyku zależy od wielu czynników. Jednym z najważniejszych jest możliwość wystąpienia interakcji pomiędzy substancjami chemicznymi, spożywanym pokarmem i organizmem. Rodzaje interakcji przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Rodzaje interakcji substancji chemicznych

Rodzaj interakcji	Definicja pojęcia
ADDYTYWNOŚĆ (sumowanie się)	Biologiczny efekt stanowi prostą sumę efektów poszczególnych substancji
SYNERGIZM (więcej niż sumowanie się)	Biologiczny efekt jest znacznie większy od sumy efektów wywołanych przez każdą substancję oddzielnie
POTENCJACJA (wzmoczone działanie)	Substancja nie wywołuje sama efektu szkodliwego, lecz podana równocześnie z inną substancją wzmacnia znacznie jej efekt szkodliwy
ANTAGONIZM (mniej niż sumowanie)	Efekt biologiczny mieszaniny substancji jest mniejszy od sumy efektów wywołanych przez każdą substancję oddzielnie

Jednym z przykładów zjawiska potencjacji jest równoczesne spożywanie leków i soku grejpfrutowego, który wpływa na metabolizm wielu leków (np. na blokery kanału wapnia, statyny, cyklosporyny). Sok grejpfru-

towy zawiera w swoim składzie duże stężenie różnych flawonoidów, które w wątrobie metabolizowane są przez tę samą rodzinę enzymów cytochromu P-450, co niektóre przyjmowane preparaty farmakologiczne. Efektem hamowania czynności układu enzymatycznego jest wzrost stężenia leków we krwi. W wielu przypadkach działanie danego preparatu może wzrosnąć nawet kilkukrotnie i wywołać niebezpieczne skutki toksyczne.

Definiując pojęcia samoleczenia, WHO określa, iż: samoleczenie obejmuje stosowanie przez pacjenta produktu leczniczego do terapii rozpoznanych przez siebie zaburzeń lub objawów i jednocześnie:

- substancja czynna w zastosowanej dawce powinna cechować się niską toksycznością,
- stosowanie produktu nie powinno powodować zagrożenia uzależnieniem, interakcji z innymi lekami lub żywnością, które mogłyby prowadzić do wystąpienia ciężkich działań niepożądanych,
- zastosowanie produktu nie może opóźniać rozpoznania ani leczenia przez lekarza.

Zwolennicy stosowania leków OTC w procesie samoleczenia uważają, że odpowiednie i mądre samoleczenie daje ogromne oszczędności finansowe dla pacjenta i budżetu państwa, a także oszczędność czasu chorego i lekarza. Z brytyjskiego raportu rządowego z 2005 roku wynika, że zmniejsza ono:

- o 40% liczbę wizyt u lekarza,
- o 17% liczbę wizyt domowych,
- o 50% konieczność interwencji pogotowia ratunkowego i w takim samym stopniu liczbę przyjęć do szpitala oraz czasu spędzonego przez pacjenta w szpitalu.

Pomimo wykazanych powyżej korzyści przeciwnicy zadają nurtujące ich pytania:

- Jaka jest liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu działań niepożądanych wynikających ze stosowania leków, w tym leków pozarecepturowych (OTC)?
- Jaka jest liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu niekorzystnych zjawisk zdrowotnych wywołanych interakcją leków, w tym leków pozarecepturowych?
- Jaki jest koszt leczenia hospitalizowanych pacjentów z tych przyczyn i jakie są skutki społeczne?

Działania niepożądane leków zajmują 4–6 miejsce w klasyfikacji zgonów w USA, 10–20% środków przeznaczonych na ochronę zdrowia jest zużywane z powodu działań niepożądanych leków. Analizując niebezpie-

czeństwa związane z samoleczeniem w Polsce, należy zwrócić uwagę na następujące fakty:

1. Nieograniczona dostępność do produktów farmaceutycznych i parafarmaceutyków na rynku konsumenckim:

- Produkty lecznicze w punktach aptecznych – 13 866 pozycji,
- Produkty lecznicze w sklepach zielarsko-medycznych – 2897 pozycji,
- Produkty lecznicze w sklepach ogólnodostępnych oraz w sklepach specjalistycznego zaopatrzenia medycznego – 356 pozycji,
- Urzędowy spis leków (2008) – 9027 pozycji, z czego leki OTC 2873 pozycje.

2. Stosowanie niezgodne ze wskazaniami:

- Nadużywanie leków,
- Stosowanie nielecznicze.

3. Agresywna reklama:

- Niezrozumienie treści reklamy produktów,
- Nieprawidłowy odbiór reklam,
- Niewiarygodne właściwości leku (lek inteligentny, rozpoznający ból, trafiający w „sam jego środek”).

4. Nieczytanie „Informacji dla pacjenta” przez pacjenta.

Do najważniejszych substancji czynnych z punktu widzenia toksykologii klinicznej zaliczyć należy:

- Paracetamol,
- Salicylany,
- Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ).

Paracetamol – zsyntetyzowany w 1877 roku w Stanach Zjednoczonych. Jest syntetyczną pochodną *p*-aminofenolu o właściwościach analgetycznych i przeciwgorączkowych, nie posiada działania przeciwzapalnego. Ponieważ paracetamol jest szeroko dostępny, sprzedawany pod różnymi nazwami handlowymi oraz wchodzi w skład licznych preparatów, często jest on czynnikiem etiologicznym ostrych zatruc zamierzonych i przypadkowych, które stanowią istotny problem dla systemów opieki zdrowotnej w wielu krajach. W Wielkiej Brytanii paracetamol ma udział w 35–45% przypadków nadużycia leków. W Stanach Zjednoczonych zatrucie paracetamolem odpowiada za około 50% przypadków ostrej niewydolności wątroby. Mimo ponad 100 lat stosowania mechanizm działania paracetamolu nie jest do końca wyjaśniony. Od wielu lat dominuje pogląd, że hamuje on cyklooksigenazę w centralnym układzie nerwowym, zmniejszając stężenie prostaglandyn w podwzgórze. Paracet-

amol jako antyoksydant osłabia działanie wolnych rodników powstających z przemiany kwasu arachidynowego i nasilających na zasadzie dodatniego sprzężenia zwrotnego aktywność cyklooksygenazy. Niedawno odkryto u ssaków kolejny izoenzym cyklooksygenazy – COX-3, obecny przede wszystkim w mózgu oraz wykazano, że jest on wybiórczo hamowany przez paracetamol.

Większość przyjętego paracetamolu w dawce terapeutycznej jest eliminowana w postaci siarczanów i glukuronianów, niewielka część (ok. 5%) jest metabolizowana przez oksydazę zależną od cytochromu P450 (CYP2E1) do toksycznego produktu pośredniego: N-acetylo-p-benzochinoiminy (NAPQI), który w wyniku koniugacji z glutationem tworzy związek nietoksyczny. W przypadku nadużycia paracetamolu szlaki koniugacji z siarczanami i glukuronianami zostają wysyczone i stosunkowo więcej leku ulega przemianie do NAPQI. Następstwem tego jest zużycie wątrobowych zasobów glutationu i wzrost ilości wysoko reaktywnego, toksycznego metabolitu NAPQI, który wiąże się kowalencyjnie z białkami hepatocytów, powodując martwicę wątroby. Odpowiedzialny za syntezę NAPQI cytochrom CYP2E1 ma właściwości produkcji wolnych rodników tlenowych. Rodnik nadtlenkowy wiąże się z tlenkiem azotu, w wyniku czego zmniejszają się zasoby tego drugiego, a powstaje nadtlenoazotyn, w normalnych warunkach „nieuszkodliwiany” przez glutation. Nadtlenoazotyn jest odpowiedzialny za uszkodzenie tkanek i nitrację tyrozyny. Przy produkcji nadtlenków zmienia się przepuszczalność błon mitochondrialnych, zwłaszcza wzrasta przepuszczalność błony wewnętrznej dla małych cząstek. Zaburzenia funkcji mitochondriów prowadzą między innymi do produkcji nadtlenku wodoru i peroksydacji lipidów. Dochodzi też do oksydacji grup sulfhydrylowych ważnych enzymów, np. wapniowo zależnej ATPazy, czego następstwem jest wzrost wewnątrzkomórkowego stężenia wapnia i aktywacja proteaz i endonukleaz. W mechanizm hepatotoksyczności zaangażowane są też cytokiny, między innymi IL-1beta, IL-10, MIP-2, MCP-1.

Maksymalna dobową dawką terapeutyczną paracetamolu dla osoby dorosłej wynosi 4 g, a minimalną dawką toksyczną to 8–10 g. Dzieci, zwłaszcza młodsze, są znacznie mniej zagrożone w przypadku przedawkowania paracetamolu, co może być spowodowane innym niż u dorosłych metabolizmem lub większą względną masą wątroby w stosunku do masy ciała w porównaniu z dorosłymi. Za dawkę toksyczną paracetamolu u dzieci przyjmuje się powszechnie 150 mg/kg masy ciała, choć ostatnio uważa się, że dawki poniżej 200 mg/kg masy ciała należy uznać za bezpieczne.

Zwykle w przebiegu zatrucia paracetamolem wyróżnia się 4 fazy:

- I. Do 24 godzin od zażycia leku – bezobjawowa lub łagodne i niespecyficzne objawy: nudności, wymioty, nadmierne pocenie, brak apetytu.
- II. Między 24–72 godziny – ustąpienie objawów pierwszej fazy, niekiedy bóle w prawym podżebrzu, wzrost aktywności AST i ALT.
- III. Między 72–96 godzin – nawrót nudności i wymiotów, ból brzucha, żółtaczka, rozwijające się objawy encefalopatii wątrobowej, niewydolności nerek, koagulopatii, możliwy zgon, histologicznie środkowo zrazikowa martwica wątroby.
- IV. Od 4 dnia do 3 tygodni – stopniowe ustępowanie objawów i zmian narządowych.

Chociaż w obrazie klinicznym ostrego zatrucia paracetamolem niemal zawsze dominują objawy uszkodzenia wątroby, to należy się również liczyć z innymi uszkodzeniami narządowymi. Do uszkodzenia nerek dochodzi zwykle między 24 a 72 godziną. Niewydolność nerek rozwija się u ponad 75% pacjentów z ostrą niewydolnością wątroby w mechanizmie zespołu wątrobowo-nerkowego. Postuluje się również bezpośrednie toksyczne działanie NAPQI na komórki cewek nerkowych, ponieważ ostrą martwicę cewek stwierdzano u zatrutych paracetamolem bez objawów ciężkiego uszkodzenia wątroby. W przebiegu ostrego zatrucia paracetamolem należy liczyć się także z wystąpieniem pierwotnego działania kardiotoksycznego. U większości pacjentów z ostrym zatruciem paracetamolem funkcja skurczowa lewej komory jest nieznacznie upośledzona. Upośledzenie to jest klinicznie i echokardiograficznie bezobjawowe i może być wykryte za pomocą badania scyntygraficznego bramkowanego zapisem EKG (G-SPECT).

W postępowaniu leczniczym należy rozważyć płukanie żołądka w przypadku przyjęcia toksycznej dawki leku, jeśli od tego momentu nie upłynęło więcej niż 60 minut. Celowe jest podanie węgla aktywowanego w dawce 1 g/kg masy ciała. Zastosowanie węgla nie zmniejsza efektywności odtrutki niezależnie od jej drogi podania. W ośrodkach, w których nie można zbadać stężenia paracetamolu we krwi lub w krótkim czasie przekazać pacjenta do ośrodka toksykologicznego, należy podjąć leczenie N-acetylocysteiną u każdej osoby z podejrzeniem zatrucia paracetamolem, jeśli na podstawie wiarygodnego wywiadu nie można wykluczyć przyjęcia toksycznej dawki tego leku. N-acetylocysteina (NAC) jest odtrutką stosowaną w leczeniu zatrucia paracetamolem. NAC działa jako prekursor glutationu, uzupełniając jego niedobory, ułatwia tworzenie

siarczanów, ma działanie antyoksydacyjne i poprawia zużycie tlenu. Im wcześniej poda się NAC, tym skuteczność odtrutki jest większa.

Krańcowo ciężkie uszkodzenie wątroby jest wskazaniem do jej przeszczepienia. Dializa albuminowa wątroby (np. w oparciu o system MARS) jest zabiegiem wspomagającym upośledzoną funkcję wątroby, co może wydłużyć czas potrzebny na jej samoistną regenerację bądź też czas oczekiwania na przeszczep.

Osoby głodzone lub zakażone wirusem HIV stanowią prawdopodobnie grupę podwyższonego ryzyka wystąpienia hepatotoksyczności ze względu na obniżone zasoby glutationu, a alkoholicy także ze względu na indukcję izoenzymu CYP2E1 cytochromu P450. Nie istnieją żadne dowody na hepatotoksyczność terapeutycznych dawek paracetamolu u alkoholików.

Salicylany – kwas acetylosalicylowy jest najczęściej używanym w leczeniu salicylanem, inhibitorem cyklooksygenazy o działaniu przeciwzapalnym, przeciwbólowym i przeciwgorączkowym. Występuje on także jako składnik preparatów złożonych, zawierających jednocześnie kofeinę, kodeinę, paracetamol oraz sole wapnia i magnezu. Kwas acetylosalicylowy w małych dawkach jest powszechnie stosowany w pierwotnej i wtórnej prewencji choroby wieńcowej.

Kwas acetylosalicylowy hamuje tzw. konstytutywną cyklooksygenazę 1 (COX-1) oraz indukowaną, związaną z procesem zapalnym, cyklooksygenazę 2 (COX-2). Hamowanie COX-1 w płytkach jest nieodwracalne i odpowiada za działanie antyagregacyjne kwasu acetylosalicylowego. W dużych dawkach kwas acetylosalicylowy hamuje również syntezę czynników krzepnięcia zależnych od witaminy K.

Mitochondria są subkomórkowym miejscem krytycznym w zatruciu salicylanami. Salicylany w dość złożonym mechanizmie rozprzegają fosforylację oksydacyjną. Zmniejsza się synteza ATP, a zwiększa wytwarzanie ciepła prowadzące niekiedy do rozwoju hipertermii. Salicylany pobudzają ośrodek oddechowy w pniu mózgu, co objawia się przyspieszeniem oraz pogłębieniem oddechów i prowadzi do rozwoju zasadowicy oddechowej. Wraz z narastaniem ciężkości zatrucia dochodzi do normalizacji pH, a następnie do kwasicy metabolicznej i zahamowania ośrodka oddechowego. Ze względu na wysokie zapotrzebowanie energetyczne mózgu, w sytuacji niedoboru ATP dochodzi do rozwoju różnych objawów neurotoksyczności – początkowo pobudzenia, a następnie depresji ośrodkowego układu nerwowego.

Jednorazowe przyjęcie kwasu acetylosalicylowego w dawce do 150 mg/kg m.c. wywołuje zwykle łagodne objawy zatrucia, z dawkami 150–300 mg/kg m.c. związane są objawy łagodne do umiarkowanych, a zatrucia o przebiegu ciężkim powodują dawki powyżej 300 mg/kg m.c. Przyjęcie dawki większej niż 500 mg/kg m.c. może być przyczyną zatrucia śmiertelnego.

Objawy kliniczne zatrucia dotyczą wielu układów i występują pod postacią:

1. Układ pokarmowy – bóle brzucha, wymioty, czasem z krwią, są częste w przypadkach ostrego zatrucia. Kwas salicylowy może wywoływać chemiczne oparzenie przełyku. Nudności, wymioty, bóle brzucha i niekiedy żółtaczka są również typowe dla przewlekłego zatrucia, natomiast krwawienie i perforacja przewodu pokarmowego są rzadkie. Zwiększoną aktywność aminotransferaz stwierdza się u części osób przewlekle przyjmujących salicylany w przewlekłych zatruciach. Należy też pamiętać o możliwości wystąpienia zespołu Reye'a, zwłaszcza u dzieci leczonych salicylanami z powodu infekcji wirusowej.
2. Układ nerwowy – w ciężkich przypadkach ostrego zatrucia występują zaburzenia orientacji, pobudzenie, halucynacje. Drgawki, śpiączka, depresja ośrodka oddechowego i obrzęk mózgu są objawami najcięższych zatruc. W przypadkach zatruc przewlekłych dominują objawy psychiczne, które u ludzi starszych mogą być mylnie interpretowane jako zmiany wynikające z otępienia.
3. Układ sercowo-naczyniowy – spadek ciśnienia z objawami niewydolności serca jest objawem ciężkiego zatrucia. W lżejszych przypadkach typowa jest tachykardia zatokowa. Mogą wystąpić komorowe zaburzenia rytmu serca.
4. Układ oddechowy – przyspieszony oddech obserwuje się w przypadkach zatruc ostrych i przewlekłych o lekkim i umiarkowanym przebiegu. Niekardiogeny obrzęk płuc jest związany raczej z przewlekłym zatruciem.
5. Inne układy i narządy – gorączka, szum w uszach i poty występują we wczesnej fazie ostrego zatrucia, jak też w zatruciu przewlekłym. Ekwiwalentem szumów usznych mogą być halucynacje słuchowe lub upośledzenie słuchu. Rabdmioliza i ostra niewydolność nerek są rzadkimi objawami. Wydłużenie czasu protrombinowego z objawami skazy krwotocznej stwierdza się w ciężkich zatruciach.
6. Zaburzenia metaboliczne – zasadowica oddechowa występuje we wczesnej fazie zatrucia, wkrótce rozwija się wyrównawcza kwasica

metaboliczna, która następnie dominuje w obrazie zatrucia. Kwasicę w przebiegu zatrucia salicylanami charakteryzuje zwiększona luka anionowa, ketonemia, hipokaliemia i niekiedy hipoglikemia. U dzieci zasadowica oddechowa może trwać bardzo krótko lub zupełnie nie występować.

Decydujące znaczenie w leczeniu ma objawowe i podtrzymujące postępowanie zgodne z zasadami intensywnej terapii. Nie ma specyficznej odtrutki, ale efektywne mogą być metody przyspieszające eliminację trucizny – forsowana diureza z alkalizacją i hemodializa.

Płukanie żołądka można rozważyć w przypadku przyjęcia toksycznej dawki leku, jeśli od tego momentu nie upłynęło więcej niż 60 minut. Celowo jest podanie węgla aktywowanego w dawce 1 g/kg m.c., chyba że uniemożliwiają to nudności lub wymioty. W zaburzeniach świadomości wstępne podanie stężonego roztworu glukozy jest uzasadnione nie tylko w przypadkach hipoglikemii, ponieważ neuroglikopenia może występować także u pacjentów z prawidłową glikemią. W leczeniu drgawek lekiem z wyboru jest diazepam.

Ponieważ salicylany przechodzą przez łożysko, a płód ma mniej sprawne mechanizmy wyrównawcze kwasicy, toksyczność dla płodu jest stosunkowo większa niż dla osoby dorosłej. Zaleca się więc u kobiet ciężarnych wykonanie hemodializy w przypadkach mniej nasilonych objawów niż u pozostałych pacjentów.

Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) – są związkami o działaniu przeciwzapalnym, przeciwgorączkowym i przeciwbólowym, o zróżnicowanej strukturze chemicznej. Stosowane są różne kryteria podziału tych leków – dawniej były one oparte głównie na budowie chemicznej, obecnie stosuje się raczej podział w oparciu o powinowactwo NLPZ do izoform cyklooksygenazy.

Do najczęściej stosowanych w naszym kraju NLPZ należą: ibuprofen (dostępny bez recepty), ketoprofen, diklofenak, meloksykam, naproksen, nimesulid. Rzadziej obecnie używane są starsze leki: butapirazol, indometacyna, piroksykam, kwas mefenamowy. Jedynym obecnie dostępnym w Polsce przedstawicielem grupy tzw. koksycybów jest celekoksyb.

NLPZ działają poprzez zahamowanie cyklooksygenazy – kluczowego enzymu w syntezie prostaglandyn i tromboksanu. Wyróżnia się kilka lizoform cyklooksygenazy, z których COX-1 uważana jest za formę konstytutywną, odpowiadającą za syntezę prostaglandyn zabezpieczających prawidłowe funkcje błony śluzowej przewodu pokarmowego, przepływu nerkowy i właściwą aktywność płytek, a COX-2 za formę indukowaną

w przebiegu reakcji zapalnej, odpowiedzialną za syntezę mediatorów tej reakcji. Opisano również trzeci typ cyklooksygenazy – COX-3, której aktywność stwierdzono w mózgu, a jej wybiórczym zahamowaniem przez paracetamol tłumaczy się przeciwbólowe i przeciwgorączkowe działanie tego leku, pozbawionego właściwości przeciwzapalnych.

Zahamowanie syntezy prostaglandyn utrzymujących prawidłową barierę śluzówkową żołądka jest odpowiedzialne za działania toksyczne na przewód pokarmowy. Zahamowanie syntezy tromboksanu upośledza czynność płytek, co może nasilać krwawienia z przewodu pokarmowego. Dodatkowo niektóre NLPZ mają bezpośrednie działanie drażniące błonę śluzową żołądka. Zahamowanie syntezy prostaglandyn odpowiedzialnych za utrzymanie prawidłowego przepływu nerkowego skutkuje retencją sodu i wody, powoduje skurcz naczyń i może prowadzić do rozwoju ostrej niewydolności nerek. Stwierdzone u zwierząt rozkojarzenie fosforylacji oksydatywnej może odpowiadać za ostre uszkodzenie wątroby.

Dawka ibuprofenu poniżej 100 mg/kg m.c. uważana jest za nietoksyczną, a przekraczająca 400 mg/kg m.c. wiąże się zwykle z wystąpieniem poważnych objawów zatrucia. Fenylbutazon jest bardziej toksyczny od pozostałych NLPZ i może wywołać objawy zatrucia w dawkach niewiele przekraczających terapeutyczne. Według niektórych autorów należy spodziewać się poważnych objawów zatrucia w przypadku przyjęcia fenylbutazonu, kwasu mefenamowego i piroksykamu w dawce 5-krotnie przekraczającej terapeutyczną, a w przypadku pozostałych NLPZ przy 10-krotnym przekroczeniu dawki.

Objawy kliniczne zatrucia:

1. Układ pokarmowy – częstym następstwem przedawkowania są nudności, wymioty, bóle brzucha i biegunka, rzadziej występuje krwawienie z przewodu pokarmowego.
2. Układ nerwowy – objawy mogą być łagodne i niespecyficzne, jak bóle i zawroty głowy, szum w uszach lub ciężkie jak drgawki, a nawet stan drgawkowy. Drgawki występują u ponad 1/3 pacjentów ostro zatrutych kwasem mefenamowym. Opisywano pobudzenie i ostrą psychozę z omamami słuchowymi po różnych NLPZ. Może jednak dojść również do różnie nasilonej depresji ośrodkowego układu nerwowego, aż do śpiączki. Rzadziej stwierdzano podwójne widzenie, zez, zwężenie źrenic.
3. Układ sercowo-naczyniowy – spadek ciśnienia tętniczego i tachykardia są stosunkowo częstym objawem, bradykardia, zaburzenia rytmu i wstrząs kardiogeny występują rzadko.

4. Układ krwiotwórczy – najbardziej toksyczne są fenylobutazon i indometacyna. Objawy ze strony układu krwiotwórczego opisano zarówno w przypadku jednorazowego nadużycia, jak i przewlekłego stosowania NLPZ. Może dojść do supresji leukocytów, płytek lub erytrocytów, znane są przypadki anemii aplastycznej.
5. Płuca – opisywano różnie nasilone zaburzenia oddychania, skurcz oskrzeli oraz niewydolność oddechową spowodowaną depresją ośrodka oddechowego, obrzękiem płuc lub niekardiogenym obrzękiem płuc. Zasadowica oddechowa może wystąpić jako zaburzenie wyrównawcze u chorych z pierwotną kwasicą metaboliczną.
6. Nerki – najczęściej dochodzi do retencji sodu i wody, rzadziej do pełnoobjawowej niewydolności nerek. Może wystąpić zespół nerczycowy, ostra martwica cewek lub śródmiąższowe zapalenie nerek. Objawem subiektywnym jest zwykle ból w okolicy lędźwiowej.
7. Inne układy i narządy – nawet po terapeutycznych dawkach NLPZ mogą wystąpić obrzęki, toksyczna nekroliza naskórka, objawy podobne do występujących w przebiegu przewlekłej porfirii skórnej. Rzadko w przebiegu zatrucia opisywano kwasicę metaboliczną, wzrost lub spadek stężenia potasu, obniżone stężenie sodu, hiper- lub hipotermia.

Leczenie jest przede wszystkim objawowe i podtrzymujące. Kluczowe znaczenie ma wyrównanie zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej. Płukanie żołądka można rozważyć w przypadku przyjęcia toksycznej dawki leku, jeśli od tego czasu nie upłynęło więcej niż 60 minut. Węgiel aktywowany skutecznie adsorbuje NLPZ.

Na ryzyko krwawienia z przewodu pokarmowego w szczególny sposób są narażeni ludzie starsi, z chorobą wrzodową lub krwawieniem w wywiadzie, jednocześnie leczeni kortykosteroidami, długotrwale przyjmujący NLPZ. Działania nefrotoksyczne występują w szczególności u pacjentów starszych, odwodnionych z niewydolnością serca, marskością wątroby lub rozpoznawanymi wcześniej chorobami nerek. Wytyczne American Geriatrics Society z 2009 roku dotyczące postępowania w bólu przewlekłym u osób powyżej 65 roku życia ograniczają rolę NLPZ, zwracając uwagę na znaczną chorobowość i umieralność związaną ze stosowaniem tych leków u osób w starszym wieku. Zalecenia dotyczą tylko postępowania w bólu niezapalnym i nienowotworowym.

Narażenie płodu na NLPZ może przyczynić się do przedwczesnego zamknięcia przewodu tętniczego.

Innymi substancjami zawartymi w produktach OTC istotnymi z punktu toksykologii klinicznej są także:

Dekstramorfian – mający działanie przeciwkaszlowe, maksymalna dawka dobową wynosi 120 mg. W dawkach terapeutycznych rzadko daje objawy uboczne, w dawkach >500 mg jednorazowo (u dzieci, młodzieży i dorosłych) może powodować zaburzenia neurologiczne (ataksja, nadaktywność, dystonie), zaburzenia psychiczne (dezorientację, stupor, euforię, halucynacje, niepokój, lęk). W przypadkach nadużywania w celu uzyskania doznań euforycznych może powodować uzależnienie psychiczne.

Ksenobiotyki o działaniu sympatykomimetycznym – znane od czasów starożytnych zioła Ma Huang, których czynną substancją jest między innymi efedryna, stosowano w Chinach już 5000 lat temu, zażywanie kokainy w Ameryce Południowej sięga okresu prekolumbijskiego.

Efedryna i pseudoefedryna – są częstymi składnikami kropli do nosa i syropów przeciwkaszlowych, w niektórych krajach stanowią również składnik preparatów tonizujących i anorektycznych dostępnych bez recepty. Także chińskie zioła Ma Huang nazywane „ziołową extasy” zawierają efedrynę i pseudoefedrynę. Zażywane są jako substancja psychoanaleptyczna i anorektyczna.

Pseudoefedryna – ma działanie obkurczające naczynia w infekcjach górnych dróg oddechowych. Dawka dobową maksymalną = 240 mg (dorosli), 60–120 mg (dzieci). Dawka toksyczna (minimalna opisana DL=480 mg u 2-letniego dziecka). Działania toksyczne to – nadciśnienie (przełom nadciśnieniowy [udary mózgu]), tachyarytmie, niepokój, pobudzenie, drżenia mięśniowe, halucynacje (głównie u dzieci i młodzieży). Po dłuższym okresie stosowania obserwuje się rozwinięcie tolerancji. Zawartość pseudoefedryny w produktach OCT (opakowanie jednostkowe): 120–900 mg.

Gałka muszkatowa – zawiera mirystycynę i elemicynę, które metabolizują w ustroju do 3–metoksy–4,5–dimetylenodioksyamfetaminy i 3,4,5–trimetoksyamfetaminy. Dawka toksyczna (halucynogenna) wynosi 1–3 gałki lub 5–30 g sproszkowanej gałki muszkatowej.

Przewlekłe zażywanie substancji sympatykomimetycznych prowadzi często do:

- nadciśnienia tętniczego i uszkodzenia nerek,
- u osób zażywających przewlekłe kokainę dochodzi do postępującej mikroangiopatii oraz zmian zwyrodnieniowych mięśnia sercowego, w postaci przerostu i zwłóknienia,
- także długotrwałe zażywanie efedryny, np. jako anorektyku, może spowodować poważne zmiany zwyrodnieniowe w mięśniu sercowym.

Kodeina – wykazuje działanie przeciwkaszlowe (produkty przeciw-

przeziębieniowe, przeciwkaszlowe). Dawka dobową maksymalną = 80 mg (dorośli), 40 mg (dzieci powyżej 6 r.ż.). Dawka toksyczna (śmiertelna) = 500–1000 mg. Działania toksyczne – podobne do działań innych pochodnych opiatowych. Długotrwałe używanie powoduje wystąpienie objawów uzależnienia fizycznego. Zawartość kodeiny w produktach OTC (opakowanie jednostkowe): 100–480 mg.

Prometazyna – pochodna fenotiazynowa o działaniu przeciwhistaminowym (przeciwwymiotnym). Dawka dobową maksymalną = 25 (37,5) mg (dorośli). Dawka toksyczna (minimalna opisana DL < 200 mg u 2-letniego dziecka). Działania toksyczne – zaburzenia świadomości, pobudzenie, zaburzenia oddychania (zatrzymanie oddechu), drgawki, dezorientacja, objawy pozapiramidowe, wahania ciśnienia tętniczego; u dzieci – naprzemiennie śpiączka – pobudzenie, działanie antycholinergiczne [suchość bł. śluzowych, zaburzenia widzenia, i inne], zaburzenia oddychania. Zawartość prometazyny w produktach OTC (opakowanie jednostkowe): 180 mg.

Do najczęstszych połączeń substancji czynnych w produktach przeznaczonych do samoleczenia należą:

- Dekstrometorfan + Pseudoefedryna,
- Ibuprofen + Pseudoefedryna,
- Ibuprofen + Kodeina,
- Cetyryzyna + Pseudoefedryna,
- Paracetamol + Kodeina,
- Paracetamol + Prometazyna + Dekstrometorfan,
- Paracetamol + Pseudoefedryna + Dekstrometorfan,
- Dekstrometorfan.

Do zadań toksykologii klinicznej w niekorzystnych zjawiskach zdrowotnych związanych ze stosowaniem produktów farmaceutycznych należy:

- Udzielanie informacji toksykologicznej (informacji dotyczących interakcji, terapeutycznego, niepożądanego, toksycznego działania produktu leczniczego),
- Zgłaszanie działań niepożądanych produktów leczniczych.

Przedstawione powyżej fakty jednoznacznie przemawiają za tym, iż samoleczenie jest dziś znaczącym problemem zdrowia publicznego, najczęściej stosowane jest w tych jednostkach chorobowych, których objawy powodują średnio nasilony dyskomfort i wpływają na jakość pracy i komfort życia. Lekarze widzą powikłania wynikające z niekontrolowanego stosowania farmaceutyków.

Widząc pewne korzyści, nie możemy zapominać o wielu niebezpieczeństwach wynikających z niekontrolowanego stosowania farmaceutyków. Duże znaczenie ma włączenie pielęgniarek i lekarzy do prawidłowo przygotowanej edukacji w tym zakresie, tylko bowiem świadome stosowanie przez konsumentów leków OTC pozwoli uniknąć wielu niekorzystnych powikłań.

Bibliografia

1. Allen J.R., *Salicylate-induced musical perceptions*, "N Engl J Med." 1985, t. 313, s. 642–643.
2. Bailey R.B., Jones S.R., *Chronic salicylate intoxication. A common cause of morbidity in the elderly*, "J Am Geriatr Soc." 1989, t. 37, s. 556–61.
3. Bond G.R., *Reduced toxicity of acetaminophen in children: it's the liver*, "J Toxicol Clin Toxicol." 2004, t. 42, s. 149–52.
4. Brent J., Wallace K.L., Burkhart K.K. et al., *Critical care toxicology. Diagnosis and management of the critically poisoned patient*, Elsevier–Mosby, 2005, s. 597–609.
5. Chandrasekharan N.V., Dai H., Roos K.L. et al., *COX-3, a cyclooxygenase-1 variant inhibited by acetaminophen and other analgesic/antipyretic drugs: cloning, structure and expression*, "Proc Natl Acad Sci USA" 2002, t. 99, s. 13926–13931.
6. Ellenhorn M.J., *Ellenhorn's Medical Toxicology: Diagnosis and Treatment of Human Poisoning*, Baltimore 1997.
7. Harris C.R., *The Toxicology Handbook for Clinicians*, Hanley&Belfus, 2006.
8. Katz J.D., Shoh F., *Ból przewlekły w starszym wieku, jak postępować w świetle wytycznych ASG 2009*, „Medycyna Praktyczna” 2009, nr 12.
9. Korzeniowska K., Jabłecka A., *Interakcje leków z żywieniem*, „Farmacja Współczesna” 2008, nr 1, s. 24–30.
10. Krajewski-Siuda K., *Principiis obsta et respice finem. Czyli jak budować politykę samoleczenia*, „Alma Mater” 2009, nr 115/116, s. 127.
11. Kuciel M. i wsp., *Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) dostępne bez recepty w materiale Ośrodka Informacji Toksykologicznej*, „Przegląd Lekarski” 2010, nr 67/8, s. 591.
12. Pach J. i wsp., *Zarys toksykologii klinicznej*, Kraków 2009.
13. Szkolnicka B., *Precription and Over-The-Counter medicals in deliberate self-poisoning and accidental overdosing- preliminary study*, „Przegląd Lekarski” 2005, nr 62(6), s. 568–571.

14. Targosz D., Szkolnicka B., Mitrus M., Morawska J., Satora L., *Miejsce Ośrodka Informacji Toksykologicznej w strukturach służby zdrowia*, „Przegląd Lekarski” 2005, nr 62(6), s. 558–560.
15. Targosz D., Sancewicz-Pach K., Szkolnicka B., Mitrus M., Kłys M., *Frequency and pattern of poisoning in adult and adolescent Kraków population in 2003 and 1983*, „Przegląd Lekarski” 2005, nr 62(6), s. 446–452.

Jan Iwaszczyszyn, Anna Kliś-Kalinowska,
Janusz Czekaj, Urszula Gluz-Golik

Tajemnica ludzkiego cierpienia w aspekcie niektórych religii

Prawie każdą śmierć poprzedza ponury korowód chorób, cierpienia, lęków i łez. Reakcje na ból i cierpienie mogą być różne. Można na to złorzeczyć, próbować od tego uciec w nicość, wybierając przyśpieszoną śmierć. Można też cierpienie analizować. Wtedy najczęstszymi pytaniami cierpiących w tym okresie są jakże proste uwagi: „dlaczego ja?”. Jeszcze trudniejszymi są odpowiedzi na pytania: dlaczego cierpią i umierają dzieci lub nieszczęście dotyka ludzi dobrych i uczciwych?

Ludzkie cierpienie warunkuje zatem szereg niejasnych zjawisk i pytań dotyczących wywołujących go przyczyn, jego związku z poczuciem winy osoby cierpiącej, oraz wreszcie z bezsenssem lub sensem jego istnienia. Terapeuci stykający się z chorymi cierpiącymi lub gdy sami doznają choroby, najczęściej nie potrafią przeniknąć do sensu tej tajemnicy, mimo teoretycznej wiedzy i przykładów napotykanych w życiu [1, 2, 3].

Współczesny człowiek boi się cierpienia i najczęściej nie chce rozmawiać na takie tematy. Choroba, ból i cierpienie mogą depersonalizować człowieka, dlatego często jest to temat tabu.

Spotkanie z bólem i cierpieniem może, jak wspomniano, rodzić postawę buntu, próby negacji lub ucieczki z tego „misterium strachu”. Propozycje eutanazji bądź wspomaganego samobójstwa to niestety metody

ominięcia istoty tego zagadnienia przez **falszywe rozwiązanie tego dramatu**. Bo czy można pokonać cierpienie przez unicestwienie podmiotu cierpiącego? Wydaje się jednak, że taka ucieczka od wszechobecnego cierpienia to próba nieskutecznego odwrócenia odwiecznego porządku rzeczy, to nieskuteczna pokusa natarczywego wniknięcia w wiekiustą tajemnicę ludzkiego bytu [1, 2].

Pytania o bezsens lub sens ludzkiego cierpienia odwiecznie nurtują lekarzy, filozofów, teologów, etyków i psychologów.

Medycyna współczesna potrafi prawie zawsze zwalczyć ból fizyczny, odnosi jednak małe sukcesy na polu zwalczania bólu psychicznego, socjalnego, rodzinnego i duchowego, zwanego ogólnie najczęściej cierpieniem. Jednakże, jak uczy historia ludzkości, główną pomocą w wychodzeniu z cierpienia może być wiara, która jakby uzupełniała naukę, co podkreślił między innymi A. Einstein, stwierdzając, że „nauka bez wiary kuleje, a wiara bez nauki jest ślepa” [6]. Historia filozofii i etyki wskazuje, jak kluczowymi jej problemami są tak zwane sytuacje krytyczne, z których jednym z ważniejszych zagadnień jest cierpienie człowieka i jego sens lub bezsens.

Kierunki racjonalistyczno-materialistyczne głoszą bezsens ludzkiego cierpienia, starają się pominąć jego ukryty sens i wzywają do jego obejścia, np. przez eutanazję. Natomiast kierunki idealistyczne, a zwłaszcza personalizm i główne religie współczesnego świata interpretują cierpienie człowieka odmiennie, ukazując jego znaczenie i odkrywając ukryty w nim sens.

Warto wspomnieć tu przede wszystkim buddyzm i tzw. religie biblijne (judaizm, chrześcijaństwo), w których cierpienie człowieka jest jedną z głównych prawd eschatologicznych [5].

Współczesna fascynacja religiami Dalekiego Wschodu warunkowana ich niezaprzeczalnymi wartościami humanistycznymi spopularyzowała buddyzm w Europie Zachodniej i Ameryce Północnej. Prekursorem jego rozpowszechniania był m.in. niemiecki filozof przełomu XVIII i XIX w. A. Schopenhauer (1788–1860, urodzony w Gdańsku), który w buddyzmie upatrywał remedium na pesymistyczne aspekty życia człowieka, takie jak: cierpienie, niezaspokojenie nadziei, perspektywa nicości na końcu życia itp.

Analizując bliżej założenia tej filozofii, należy stwierdzić, że tzw. „cztery główne prawdy Buddy” zdawały się jakimś na to rozwiązaniem. Jak wiadomo, ludzkie cierpienie jest jakby centrum uwagi tej filozofii, gdyż prawdy Buddy to prawdy o cierpieniu, **koniecznym** elementem życiowej drogi każdego człowieka, przez które się przechodzi. Istotnym jest to, że

od cierpienia można się wyzwolić, przez szczególne postępowanie oraz specyficzną kontemplację.

Warto krótko przypomnieć te prawdy:

- pierwsza prawda mówi o wszechobecności cierpienia od narodzin, przez życie do chorób poprzedzających śmierć;
- w drugiej prawdzie podane są przyczyny cierpienia, za które uważa się każdą żądzę człowieka, czyli różne pragnienia człowieka. Równocześnie podaje się krytyce ludzkie egoistyczne „ja”, które ma być tylko ułudą, dzięki któremu przez chęć posiadania dla siebie czegoś (czyli wszelką pożądlivość) wpadamy w różnego rodzaju cierpienia;
- trzecia prawda podaje możliwość i warunki ustania cierpienia przez pokonanie naszego egoistycznego „ja”. Gdy się go wyzbędziemy, stajemy się wolni od żądz, przestajemy pożądać i tym samym przestajemy cierpieć;
- czwarta prawda podaje tzw. „ośmiorakie ścieżki sprawiedliwości wiodące do kresu wszelkiego cierpienia” [5]. Są to: zrozumienie życia zgodne z prawdą, słuszne postanowienia, prawdziwa mowa, prawe postępowanie, czysty sposób zarobkowania, właściwe i należyte wysiłki, słuszna i sprawiedliwa myśl oraz stan spokoju i prawości umysłu. To stanowi tzw. **dharmę**, czyli jakby prawo przyczynowości [5].

Codzienny byt człowieka, czyli tzw. „życie uwarunkowane egzystencją” (to jest jeszcze nie wyzwolone od pragnień i cierpienia) powinno wyzwolić się od trzech głównych przywar: nienawiści, wspo mnianych wyżej żądz i błędnych mniemań (niewiedzy i złudzeń np. o swoim „ja”). Tak wyznaczony cel naszego życia, w kręgu następujących po sobie reinkarnacji, ma nam pozwolić na osiągnięcie całkowitego spokoju pozbawionego cierpienia, stan wolności i zjednoczenia z kosmosem, czyli z ostateczną prawdą. Stan tej uniwersalnej świadomości (transcendencji) nazywany jest nirwaną. Pomocą w jej osiągnięciu jest specyficzna kontemplacja i określone formy zachowania, czyli jogizm.

Buddyzm, jak wiadomo nie uznaje Boga ani bogów mimo źródeł swej filozofii w hinduizmie (wielobóstwo) ani jednostkowej duszy człowieka, bo nie uznaje „substancji osoby”, czyli „ja”, jako niezmiennej odrębności w łańcuchu kolejnych reinkarnacji. Eksponuje jednakże etykę opartą na miłości bliźniego i wzywa do wszechludzkiego braterstwa [5].

W religiach biblijnych dramat ludzkiego bólu, cierpienia i przemijania stanowi również istotny problem i jest interpretowany w specyficzny sposób. Tajemnica naszego cierpienia zostaje wyjaśniona w tzw. Prawdach Objawionych i potwierdzona ukazaniem jego roli.

Starotestamentowy, uczciwy, bogobojny Hiob zostaje doświadczony licznymi nieszczęściami i chorobą, której towarzyszą ból i cierpienie. Mimo namowy ze strony otoczenia nie złorzeczy Bogu, a wręcz w końcu stwierdza, zwracając się do Pana Boga: „Dotąd Cię znałem ze słyszenia, obecnie ujrzałem Cię wzrokiem” [Hi 5,42]. Jest to wspaniały dokument ukazujący, jak choroba i cierpienie wydobywa człowieka jakby na „powierzchnię istnienia” i każe czuć „pełnię życia”, któremu zawsze towarzyszy cierpienie. Stan ten może warunkować przemianę świadomości o swoim „ja”, zmiany postępowania, inny stosunek do choroby, otoczenia i świata.

Inne potwierdzenia tajemnicy cierpienia znajdujemy również w Księgach Izajasza, Samuela czy w Nowym Testamencie (w Liście św. Pawła do Rzymian, w Ewangelii św. Łukasza i Mateusza), o czym będzie wspomniane niżej [4].

W Nowym Testamencie cierpienie jest jednym z głównych nurtów filozofii chrześcijańskiej. Tu cierpienie, zyskując niezwykle znaczenie i wartość, przez to, że przejął je na siebie sam Bóg, podkreślając jego konieczność do zbawienia [4].

Równocześnie dzięki temu ludzki ból i cierpienie nie jest samotnym i nieważnym, jeśli przeżywa się go w łączności z Kimś, Kto przyjął dobrowolnie cierpienie, przeszedł przez nie, nie złorzeczając na nie, i zwyciężył obecne w nim zło i jego następstwo w postaci śmierci. Zatem w tym ujęciu tajemnicę cierpienia można interpretować jako drogę do ludzkiego Odkupienia. Możemy przeczytać to między innymi w Ewangelii św. Łukasza: „...kto nie nosi swojego krzyża, a idzie za mną ten nie może być Moim uczniem” (Łk 14, 25–33). Ta formuła cierpienia stara się nam uświadomić, że nasze cierpienie może nas uświęcać, odrywać od namiętności, przemijających dóbr światowych. Może być również przyczyną twórczych kontemplacji, skłaniając nas do refleksji nad zasadniczymi wartościami, istotą Objawienia i Odkupienia.

Bogata literatura dotycząca chrześcijańskiej wizji cierpienia koncentruje się na możliwości pozytywnego wpływu cierpienia, jakby w trzech kierunkach, tj. na:

- samą osobę cierpiącą,
- jej najbliższe otoczenie,
- ogólnoludzkie znaczenie cierpienia (cywilizacja miłości) [2, 3].

Warto przytoczyć choćby kilka cytatów z religijnej literatury źródłowej, jaką jest Pismo Święte, aby bardziej zrozumieć tajemnicę ludzkiego cierpienia w aspekcie chrześcijańskim [4]. Uczą one pokory, uświadamia-

jąc ograniczoność ludzkiej logiki, co zostało tak prosto podane w Księdze Izajasza: „Bo myśli Moje nie są myślami waszymi, a wasze drogi nie są Moimi drogami” (Iz 55,8) oraz w Księdze Samuela: „Nie tak bowiem człowiek widzi, jak widzi Bóg (1 Sm 16,7) lub w Liście św. Pawła do Rzymian: „Jakże niezbadane są Jego wyroki i nie do wysłedzenia Jego drogi” (Rz 11, 33).

Inne cytaty sygnalizują również niepoznawalność tajemnicy ludzkiego cierpienia w oparciu o ludzką logikę oraz ustosunkowują się do prób jej rozwiązania przez „naukowe hipotezy i teorie”, podkreślając ich nieskuteczność, co niestety pokazała praktyka ostatnich dwóch tysiącleci. Jako przykłady krytyki scjentyzmu i naukowej wiary w nieograniczone możliwości nauki mogą być cytaty z Pierwszego Listu św. Pawła do Koryntian: „Napisane jest bowiem: wytracę mądrość mędrców, a przebiegłość przebiegłych zniweczę. [...] Czyż nie uczynił Bóg głupstwem mądrość świata?... Bóg wybrał właśnie to co głupie w oczach świata, aby zawstydzić mędrców, wybrał to co niemocne, aby mocnych poniżyć” (1 Kor 19, 20, 27). Natomiast rzekomo „naukowa” krytyka ufności prostych ludzi (głęboko zanurzonych w wierze, akceptujących Objawione prawdy o cierpieniu), zostaje negatywnie oceniona między innymi w Ewangelii św. Mateusza: „...Wysławiam Cię Ojcze, Panie nieba i ziemi, że zakryłeś te rzeczy przed mądrymi i roztroprnymi, a objawiłeś je prostaczkom. Tak Ojcze, gdyż takie było Twoje upodobanie” (Mt 11, 25, 26) [4].

Wydaje się nam zatem, że wymienione cytaty mimo upływu lat nie straciły swej aktualności, a stała obecność i powszechność ludzkiego cierpienia jest faktem i może być zrozumiana tylko dzięki wierze i tzw. Prawdom Objawionym.

Podsumowując, na podstawie codziennych doświadczeń wynikających z kontaktów z ludzkim cierpieniem, jak też z małej skuteczności naukowych rozwiązań ludzkiego cierpienia, można przypuszczać, że człowiek ze swoją logiką nie potrafi jednak do końca zgłębić tajemnicy i konieczności wszechobecnego cierpienia. Pomocą może być wiara, dzięki której można niechciane, a istniejące cierpienie zaakceptować, a przez jego obecność doprowadzić do pozytywnej przemiany swej duchowości, z korzyścią dla siebie, swoich bliskich i szerszej społeczności, przez ukazanie odpowiedniej hierarchii wartości, charakterystycznej dla tzw. cywilizacji miłości.

Bibliografia

1. Iwaszczyszyn J., Kwiecińska A. (2006), *Cierpienie chorych terminalnych – refleksje filozoficzno-etyczne w świetle wytycznych proponowanych przez medycynę paliatywno-hospicyjną*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makiełło-Jarża, Z. Gajda, Kraków.
2. Jan Paweł II, (1984), *Salvifici Doloris. O chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia*, Rzym, s. 7.
3. Makselon J., *Psychologiczne aspekty cierpienia. Analecta Cracoviensia 1996*, s. 29–60.
4. *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu* (1971), Poznań–Warszawa.
5. Szyszko-Bohusz A. (1995), *Hinduizm, Buddyzm, Islam*, Kraków, 121–183.
6. Voloantin A. (1975), *Dramat Alberta Einsteina*, Warszawa.

s. Irena Drozd CS

Idea duchacka w ratowaniu życia dzieci

Błogosławiony Gwidon z Montpellier żył w drugiej połowie XII wieku (ok. 1140–1208) we Francji. Pochodził z bogatej rodziny szlacheckiej Guilleimów, w posiadaniu której od dwóch wieków było Montpellier. Gwidon był najmłodszym synem spośród dziesięciorga dzieci Guillemusa VII, księcia Montpellier i Matyldy, hrabiny z Burgundii. Powołaniem Gwidona była służba ubogim. Sprzedał więc cały majątek otrzymany od rodziców i około roku 1175 na przedmieściu rodzinnego Montpellier zwanego Nimes, na prawym brzegu rzeki Merdanson, wybudował szpital. Gromadził w nim porzucone dzieci, sieroty, kobiety ciężarne, chorych, biednych i sam osobście im posługiwał. Dzieło swe Gwidon oddał w opiekę Duchowi Świętemu, Osobowej Miłości Trójcy Przenajświętszej, którego Chrystus nazywa Pocieszycielem, a Kościół w swej liturgii – Ojcem ubogich. Pragnął, by Duch Święty był dla jego nieszczęśliwych źródłem pokoju i radości.

Historyk Zakonu Ducha Świętego, Piotr Saunier, tak scharakteryzował Założyciela: „Gwidon szlachtetnego 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.



Bł. Gwidon (mal. s. Christiella Urbańska CSS)

Przykład Gwidona, przenikniętego duchem ewangelicznej miłości, pociągnął innych, zarówno mężczyzn, jak i kobiety, które szczególnie były wrażliwe na los dzieci, którym chciały zastąpić matki. Tak powstało zgromadzenie ludzi pragnących do końca życia poświęcić się służbie dzieciom, chorym i biednym. Jako godło nowej wspólnoty przyjął Gwidon podwójny krzyż o dwunastu rozgałęzieniach; krzyż symbolizujący Trójcę Świętą, rozgałęzienia – 12 owoców Ducha Świętego, którymi miała żyć jego wspólnota. Nad krzyżem umieścił gołębicę, symbol Ducha Świętego. Gwidon, „ten szlachetny syn Montpellier – jak pisze historyk Paulinier, przytaczając opinię papieża Innocentego III – oddając Zakon w opiekę Duchowi Świętemu, pragnął zgromadzić pod swe sztandary prawdziwych czcicieli Ducha Świętego”².

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

Nowo założona rodzina Gwidona szybko rosła liczebnie, tak że wnet otoczyła opieką potrzebujących pomocy w innych miastach Francji. Gwidon przyjął regułę św. Augustyna i w oparciu o nią napisał *Regułę Zakonu Ducha Świętego*; następnie udał się do Rzymu, by tam zyskać zatwierdzenie nowego zakonu³.

Dzieło Gwidona, będące odpowiedzią na potrzeby czasu, zyskało aprobatę Kościoła. Papież Innocenty III w brewe *His praecipue* z 22 kwietnia 1198 roku zatwierdził nowe zgromadzenie jako *Ordo*. Swoją opinię o działalności Gwidona przedstawił w słowach: „Wśród wszystkich innych szpitali nowo założonych, szpital Ducha Świętego, który założył w Montpellier ukochany syn Gwidon, wyróżnia się duchem zakonnym, jaśniej 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. Przeniknięty duchem ewangelicznej miłości Gwidon pragnął nieść wszystkim potrzebującym miłość miłosierną, dlatego w *Regule* polecił: „należy szukać ubogich chorych na ulicach miasta, zaułkach i w pobliskich wsiach i jak najtroskliwiej ich pielęgnować”⁵. Jako „miłośnik ubogich”, który „kochał ich jak braci, [a] czcił jak wizerunki Chrystusa”, nakazał braciom i siostram Zakonu Ducha Świętego przyjmować ubogiego chorego jak gospodarza domu i „służyć mu jako panu”⁶ z szacunkiem, miłością i poświęceniem.

³ P. Brunne, *Histoire de l'Ordre Hospitalier Saint Esprit*, Paris 1892, s. 38.

⁴ *Bullarium privilegiorum ac diplomatum Romanorum Pontificum*, Romae 1740, t. 3, s. 108.

⁵ *Regula Hospitalis Santi Spiritus*, (dalej: *Regula*), Biblioteka watykańska, rękopis 296 zbioru “Borghese”, 35.

⁶ *Regula* 8.



Szpital Ducha Świętego w Rzymie

Marian Surdacki w swoim dziele pisze: „W historii rozwoju różnych form działalności i inicjatyw dobroczynno-charytatywnych, inspirowanych w decydujący sposób przez prawie osiemnaście stuleci, aż do okresu oświecenia, przez chrześcijańską doktrynę o miłosierdziu, fundamentalne znaczenie miał założony pod koniec XII wieku w Prowansji przez Gwidona z Montpellier zakon szpitalny duchaków (Ordo Fratrum Canonorum Regularium Sancti Spiritus, Zakon Ducha Świętego). Choć był to tylko jeden z licznie powstających w XI–XIII w. zakonów charytatywnych i rycersko-szpitalnych, jednak swoim szybkim rozwojem oraz skalą organizowanej opieki i różnorodnością form zdecydowanie dominował w średniowieczu nad pozostałymi zgromadzeniami realizującymi podobną misję. Działalność Zakonu Ducha Świętego w XIII–XV w. stanowiła zamkniętą epokę nie tylko w historii miłosierdzia i dobroczynności, lecz także w całej chrześcijańskiej cywilizacji i kulturze średniowiecznej. Niekwestionowanym symbolem potęgi i przodującej roli tego zakonu na polu dobroczynności w średniowiecznej Europie stał się Szpital Świętego Ducha (...) w Rzymie. Od początku swojego istnienia szpital ten był najślawniejszą i największą placówką charytatywną w Europie, służącą jako model i wzorzec dla bujnie rozwijających się w tym czasie szpitali, zarów-

no duchackich, jak i prowadzonych przez inne zgromadzenia zakonne czy zakładanych przez instytucje świeckie czy kościelne⁷.

Błogosławiony Gwidon szczególną troską otoczył dzieci. W *Regule* czytamy: „Niemowlęta, sieroty porzucone będą przyjmowane z miłością, obsługiwane i według możliwości domu żywione”⁸. Miłością miłosierdną pragnął Gwidon objąć każde dziecko, znajdujące się w Domu Ducha Świętego, bez czynienia różnic, nakazał więc w *Regule*: „Wszystkie dzieci porzucone (...) należy żywić i otoczyć troskliwą opieką”⁹.

Od XIII wieku istniało ruchome koło zwane *ruota* (dziś: „okno życia”) wmontowane w zewnętrzne mury Szpitala Ducha Świętego w Rzymie. W związku z tym, że niemowlęta stanowiły większość podrzucanych dzieci, w szpitalach duchackich zatrudniano mamki do ich karmienia. „Liczba mamek była dostosowywana do konkretnych potrzeb. W 1551 r. szpital rzymski utrzymywał 16 kobiet karmiących podrzucone dzieci, w latach 1626–1642 ich liczba wahała się od 14 do 17. W roku 1644 było 20 mamek, a w 1658 r. było ich 30. Z kolei w latach 1727–1738 było 8099 dzieci, a przeciętnie przebywało 20–25 mamek”¹⁰.



Ruchome koło przy rzymskim szpitalu Ducha Świętego

⁷ M. Surdacki, *Dzieci porzucone w Szpitalu Świętego Ducha w Rzymie w XVIII wieku*, Lublin 1998, s. 5.

⁸ *Regula* 35.

⁹ *Regula* 36.

¹⁰ M. Surdacki, *op. cit.*, s. 133–136, 182.

Papież Innocenty III pragnął, by ewangeliczne miłosierdzie promieniowało z Rzymu na cały ówczesny świat chrześcijański, dlatego wybudował nad Tybrem w dzielnicy Saxia szpital pod wezwaniem Ducha Świętego i bullą *Inter opera pietatis* z 18 czerwca 1204 r. powierzył go opiece Gwidona i braci. Z woli papieża rzymski szpital Ducha Świętego stał się domem głównym całego zakonu, a Gwidon mistrzem, czyli przełożonym całej wspólnoty duchaków¹¹. Powierzoną mu władzę sprawował Gwidon zaledwie cztery lata, bowiem zmarł w Rzymie w 1208 roku (w 2008 roku przypadała 800. rocznica śmierci Założyciela obchodzona przez Siostry Kanoniczki Ducha Świętego jako Rok Ojca Gwidona).

Do Polski zakonnicy Ducha Świętego przybyli w 1220 r. Sprowadził ich biskup krakowski Iwo Odrowąż. Początkowo założyli szpital i przytułek w Prądniku pod Krakowem. Jednak z powodu dużej odległości od miasta oraz w celu zapewnienia bezpieczeństwa zarówno chorym, jak i zakonnikom, w 1244 r. biskup Jan Prandota przeniósł zakon do Krakowa. Tutaj obok kościoła parafialnego pod wezwaniem Św. Krzyża, który oddał pod opiekę duchakom, ufundował szpital, klasztor dla braci, drugi dla sióstr oraz zabudowania gospodarcze. Od tego czasu losy kościoła związały się z dziejami klasztoru i szpitala Ducha Świętego.

Pod koniec XIII w. powstają również duchackie szpitale w Kaliszu, Sandomierzu i Sławkowie. W szpitalach tych bracia i siostry Zakonu Ducha Świętego – nazywani w Polsce popularnie duchakami i duchaczkami – prowadzili dzieło miłosierdzia, lecząc chorych, przyjmując ubogich, wychowując opuszczone dzieci. Kierując się Regułą Ojca Gwidona, udzielali pomocy biednym i potrzebującym, szukając ich także poza obrębem szpitala, co zapisał Jan Długosz: „(bracia szpitalni) zbierają potrzebujących z całej ziemi sandomierskiej, dzieci porzucone zbierają i żywią”. Jednak to szpital Ducha Świętego w Krakowie był macierzystym domem dla pozostałych szpitali duchackich w Polsce¹². Przez niemal siedem wieków instytucja ta dawała schronienie najbardziej potrzebującym w mieście Krakowie i jego okolicach: bezdomnym, chorym, podrutkom, sierotom i brzemienym kobietom, stąd od 1469 r. określano go nazwą *Hospitalis magnum*, a ulicę, przy której się znajdował – ulicą Szpitalną (nazwa do dziś zachowana). W krakowskim szpitalu było ratowane życie zwłaszcza niewinnych dzieci, czego wyrazem są dane zachowane w rege-

¹¹ Innocenty III, Bulla *Inter opera pietatis*, Migne PL 215, 376, nr 95.

¹² K. Antosiewicz, *Duchacy*, [hasło w:] *Encyklopedia Katolicka*, red. R. Łukaszyk i in., t. 4, Lublin 1983, szp. 299–301; *eadem*, *Duchaczki*, [hasło w:] *ibidem*, szp. 303–304.

strach szpitalnych: w latach 1601–1612 przebywało 1212 dzieci i było zatrudnionych 606 mamek do karmienia niemowląt. W latach 1762–1788 zostało ochrzczonych 882 podrzutków¹³.

Zgromadzenie Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego de Saxia wierne charyzmatowi swego założyciela bł. Gwidona, podejmuje w zmienionych historycznie warunkach XXI wieku, różne formy opieki nad dzieckiem w „Domach Ojca Gwidona”.

Aktualnie zgromadzenie prowadzi następujące dzieła¹⁴:

1. W Gdańsku przy Sanktuarium Matki Bożej Brzemiennej Matemblewskiej siostry prowadzą Diecezjalny Dom Samotnej Matki im. Jana Pawła II, przy którym od 2009 roku znajduje się „okno życia”. W okresie 20 lat znalazło schronienie i całodobową opiekę ok. 1900 matek i dzieci. Obecnie przebywa 14 matek z dziećmi. Siostry pomagają kobietom zaakceptować i przyjąć nowe życie, odbudować zerwane więzy rodzinne, troszczą się o ich życie sakramentalne.



Okno Życia przy Domu Samotnej Matki w Gdańsku

¹³ K. Antosiewicz, *Opieka nad dziećmi w Zakonie Świętego Ducha w Krakowie (1220–1788)*, [w:] *Z badań nad dziejami Zakonów i stosunków wyznaniowych na ziemiach polskich*, Lublin 1984, s. 55–61, 75–88.

¹⁴ 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 i 2008–2009*, maszynopis, sygn. Spr 13, Spr 14.

2. Od września 2007 r. przy domu zakonnym w Sułoszowej zgromadzenie prowadzi dwie zawodowe niespokrewnione z dzieckiem rodziny zastępcze dla dzieci pozbawionych opieki rodzicielskiej. Siostry sprawują nad nimi opiekę całodobową, starają się stworzyć atmosferę rodzinną i zaspokoić ich głód miłości. W domu Ojca Gwidona mogą przebywać dzieci aż do usamodzielnienia się. Obecnie przebywa siedmioro dzieci w wieku od 9 do 15 lat. Siostry współpracują z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Krakowie oraz z psychologami i innymi specjalistami.
3. Placówka Opiekuńczo-Wychowawcza im. bł. Gwidona z Montpellier w Pacanowie nazywana Domem Ojca Gwidona. Aktualnie przebywa tam 30 dzieci w różnym wieku – od przedszkolaków do licealistów, którzy pozostają pod opieką siostr do ukończenia szkoły. Dzieci pochodzą głównie z rodzin patologicznych i niewydolnych społecznie.
4. Zgromadzenie prowadzi Przedszkole Publiczne nr 3 im. bł. Ojca Gwidona z Montpellier w Krakowie (75 dzieci) i Przedszkole Integracyjne Niepubliczne im. bł. Ojca Gwidona w Lublinie (65 dzieci, w tym 12 specjalnej troski). Są to dzieci z wadami narządu ruchu, z zaburzeniami percepcji wzrokowej, słuchowej, z zaburzeniami emocjonalnymi, społecznymi (dzieci autystyczne), z upośledzeniem w stopniu lekkim. W obydwu przedszkolach co roku zwalniani są z opłat częściowo lub całkowicie rodzice znajdujący się w trudniejszej sytuacji materialnej czy finansowej.



Opieka nad dziećmi niepełnosprawnymi w przedszkolu w Lublinie

5. Od 2008 r. siostra duchaczka jako pielęgniarka realizuje charyzmat swego Założyciela w Szpitalu Ducha Świętego w Rzymie niosąc ulgę ludziom cierpiącym.

6. Od 2007 r. zgromadzenie prowadzi *Dom Obrony Życia* w budynku sióstr na terenie parafii Pisarówka na Ukrainie. Znalazło w nim schronienie i pomoc 18 kobiet z dziećmi. Aktualnie przebywa 7 matek z dziećmi. Jest to pierwszy dom dla samotnych matek w tym kraju. W dzieło ratowania poczętego życia włączyli się parafianie, którzy gromadzą się w kaplicy domowej sióstr na adoracje Najświętszego Sakramentu i odmawianie różańca dwa razy w tygodniu (w środy i piątki) w godzinach od 10.00 do 13.00, w czasie dokonywania aborcji w wojewódzkim szpitalu w Chmielnickim. Siostry dbają o życie sakramentalne matek, przygotowują do chrztu, spowiedzi, małżeństwa. Wrażliwe na ludzki ból i materialną biedę spieszą z pomocą dzieciom z rodzin wielodzietnych, ubogich na terenie parafii. Prowadzą katechizację dzieci w domach prywatnych i dziecięcą grupę apostołską. Siostry starają się odpowiadać na wielki głód Boga mieszkańców Ukrainy po wielu latach totalitarnego zniewolenia i prześladowania Kościoła Katolickiego.



Dom Obrony Życia przy parafii NMP Niepokalanej w Pisarówce na Ukrainie

7. Od 1981 roku zgromadzenie prowadzi placówki misyjne w Burundi. Obecnie 14 polskich sióstr duchaczek pracuje w dwóch placówkach w diecezji Ngozi – Gatara i Buraniro oraz w stolicy kraju Bujumburze. We

wszystkich placówkach siostry prowadzą Centrum Zdrowia z oddziałami: przychodnią leczenia ambulatoryjnego, szpitalem, porodówką i przychodnią zdrowia matki i dziecka. Ponadto przychodzą dzieci zdrowe na okresowe kontrole medyczne: ważenie i szczepienia. Szczególną troską objęte są dzieci chore, niedożywione, źle żywione (kwacie) i sieroty wojenne.



s. Adela Lenzion CSS w Centrum Zdrowia (Bujumbura, Burundi)



s. Gwidona Wrona CSS w Centrum Zdrowia (Gatara, Burundi)

Dane statystyczne za 2009 rok z placówki misyjnej w Buraniro ilustrują troskę zgromadzenia o życie dzieci:

- a) w ośrodku urodziło się 1766 dzieci;
- b) szczepionych było ok. 9100 dzieci;
- c) przeprowadzono 6339 konsultacji dzieci zdrowych;
- d) przeciętnie korzystało z dożywiania ok. 200 dzieci 2 razy w miesiącu;
- e) stałą opieką objętych było 139 sierot;
- f) z poradni „K” skorzystało 8857 kobiet;
- g) na oddziale położnictwa znajdowało się 4699 kobiet;
- h) w szpitalu przebywało 13 278 chorych wśród nich także dzieci;
- i) z leczenia w przychodni korzystało 70 676 chorych.

Siostry misjonarki są wrażliwe na nieludzkie wykorzystywanie dzieci do prac przekraczających ich fizyczne siły, na analfabetyzm, dlatego dzięki ofiarodawcom z Polski i innych krajów europejskich, opłacają szkołę wielu dzieciom, zwłaszcza sierotom, by ulżyć doli najmłodszych burundczyków.

8. Przy wielu domach zakonnych siostry katechetki prowadzą grupy apostołskie związane z charyzmatem bł. Gwidona: Płomyki Ducha Świętego – dla dzieci, Pomocnicy Ducha Świętego Pocieszyciela – dla młodzieży, Czyciele Ducha Świętego – grupy osób dorosłych, którzy modlitwą wspierają dzieła miłosierdzia i wypraszają nowe powołania do zgromadzenia.

Na cierpienie dzieci są wrażliwi także lekarze, którzy począwszy od 1977 roku w święto Oblicza Pańskiego (druga niedziela po Objawieniu Pańskim), corocznie gromadzą się na Eucharystii w kościele św. Tomasza Apostoła w Krakowie przy ul. Szpitalnej 12, którą w ostatnich latach celebrował ks. dr Dariusz Oko, duszpasterz Służby Zdrowia. Po Mszy świętej, podczas agapy, dnia 17 stycznia 2010 roku siostry dzieliły się refleksjami na temat realizacji idei duchackiej w ratowaniu życia. Spotkanie w klasztorze zakończyło dwudniowe Sympozjum na temat *Ból i cierpienie*, organizowane od 1994 r. w Domu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego przy ul. Radziwiłłowskiej.

W 1990 roku dr hab. med. Zdzisław Gajda, profesor UJ, zainicjował fundację Figury Matki Bożej Dobrej Nadziei, dla kościoła św. Tomasza Apostoła przy klasztorze sióstr duchaczek, „ze względu na najstarszą tradycję Zakonu Duchaków i Duchaczek, które od początków swego istnienia ratowały życie porzuconych i niechcianych dzieci i ochraniały

matkę samotną, jak to im nakazał Święty Założyciel O. Gwidon z Montpellier”¹⁵.

Pod figurą została umieszczona tablica z napisem:

*Jestem nadzieją wszystkich które poczęły,
Jestem nadzieją wszystkich które poczną,
Jestem nadzieją wszystkich które poczęły i urodziły.*

Twórcą rzeźby jest profesor ASP Bronisław Chromy, a rzeźbił ją w drzewie art. rzeźbiarz Aleksander Śliwa. Powstała ona z daru niemieckich pielgrzymów z Westfalii (Lüdinghausen, Münster) i Polaków z Krakowa jako wyraz pojednania.



Figura MB Dobrej Nadziei w kościele św. Tomasza ap. w Krakowie

Życie ludzkie jest darem Boga składanym w ludzkie ręce. Każdy z nas jest wezwany do rozwoju własnego życia, do troski o los każdego poczętego dziecka i do niesienia ulgi osobom cierpiącym w duchu chrześcijańskiego miłosierdzia.

¹⁵ *Kronika domu zakonnego Zgromadzenia Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego w Krakowie, ul. Szpitalna 12. 14 VIII 1989–20 IX 1998, rękopis, Archiwum Generalne Kanoniczek Ducha Świętego w Krakowie, ul. Szpitalna 10, sygn. Kr 2.10, s. 56–57.*

ks. Jan Śledzianowski

Heroiczny w cierpieniu Jan Paweł II wzorem dla młodzieży niepełnosprawnej i osób podeszłego wieku

Wprowadzenie

Cierpienie Jana Pawła II, człowieka kochanego na całym świecie, było dotkliwe i wielkie... Mówiąc o cierpieniu Jana Pawła II, należy wskazać na najważniejsze etapy utraty zdrowia, które utrudniały mu spełnianie misji Piotra naszych czasów w Kościele katolickim i szczególnego posłannictwa wobec ludzkości.

Lawiny straszliwych doświadczeń

Zupełnie znienacka, jak lawina zabierająca życie na alpejskim szlaku, Ojciec Święty został poraniony śmiertelnościami kulami 13 maja 1981 r. na placu św. Piotra w Rzymie. W klinice Gemelli ciężka operacja jamy brzusznej trwała 5 godzin i 20 minut. Lekarze wtedy usunęli część jelit. W czerwcu 1981 r. przystąpiono do drugiej operacji, która miała przywrócić funkcjonowanie przewodu pokarmowego. Zaraz potem Papież zapadł na infekcję wirusową... Tak iż w pełni swoje obowiązki

Głowy Kościoła podjął w październiku 1981 r.¹ Po owych pięciu miesiącach zagrożenia życia i dotkliwego cierpienia w okresie następnych dziesięciu lat postrzegaliśmy Ojca Świętego jako człowieka, który powrócił do równowagi zdrowotnej. Niestety w lipcu 1992 r. Jan Paweł II musiał poddać się skomplikowanej operacji usunięcia nowotworu jelita grubego. Guz wielkości (podobno) owocu pomarańczy okazał się – zdaniem lekarzy – niezłśliwy. W czasie tej samej operacji usunięto kamienie z woreczka żółciowego. W listopadzie 1993 r. Ojciec Święty ponownie znalazł się na dłużej w klinice Gemelli, ponieważ upadł i zwichnął sobie prawy bark.

W kwietniu 1994 r. Papież poślizgnął się w łazience. Upadek spowodował uszkodzenie stawu biodrowego i wyłamanie szyjki kości udowej. Lekarze wstawili Ojcu Świętemu jej protezę, ale od tego czasu miał trudności z chodzeniem. Tegoż roku lekarz Corrido Maniego z kliniki Gemelli orzekł, że Jan Paweł II cierpi na chorobę Parkinsona.

W październiku 1996 r. Ojciec Święty poddał się następnej operacji – na wyrostek robaczkowy, zaś w marcu 2002 r. podano do publicznej wiadomości, że Papież cierpi z powodu zmian zwyrodnieniowych prawego kolana².

W związku z pogarszającym się stanem zdrowia Jana Pawła II polskie media, powołując się na źródła zachodnie, w tym także włoskie, doniosły: „... niektórzy dostojnicy kościelni nalegają w mniej lub bardziej zawołowany sposób, by podał się do dymisji”³. Donoszą, iż do Ojca Świętego docierają liczne „apele o rezygnację”⁴. Jeżeli owe apele docierały do Papieża – jako człowiekowi – musiały zadawać dodatkowe – psychiczne cierpienie. Sługa sług Bożych przyjmował je w pokorze, z poddaniem się woli Niebios – Swego Ojca, jednakże zawsze konsekwentny w swoich słowach i czynach, także tych, które wypowiedział po zamachu na swoje życie: „Bóg pozwolił mi doświadczyć w ciągu minionych miesięcy cierpienia, pozwolił mi doświadczyć zagrożenia życia. Pozwolił mi równocześnie jasno i dogłębnie zrozumieć, że jest to szczególna Jego łaska. Na mnie człowieka, a równocześnie z uwagi na posługę, którą sprawuję jako Biskupa Rzymu i Następcą św. Piotra – łaska dla Kościoła”⁵. Tak rozumięją

¹ Por. Jan Paweł II, *Moc w słabości się doskonalą*, Poznań 1982.

² Por. J. Śledzianowski, *Wpływ Jana Pawła II na życie rodaków*, Kielce 2005, s. 6–7.

³ Z. Wojtasiński, J. Połasiński, *Jak bardzo chory jest Papież*, „Wprost” 2002, nr 24, s. 93.

⁴ R. Owen, *Cierpienie dla wiary*, „Forum” nr 23, 2002, s. 10–11.

⁵ Jan Paweł II, *Moc w słabości się doskonalą*, op. cit., s. 11.

misję zleconą przez Chrystusa, Papież Polak przytłoczony cierpieniem mógł tylko trwać do końca swojego ziemskiego życia, dając świadectwo Krzyżowi Pana Jezusa.

Nadszedł rok 2003, który ogłoszono jako „Europejski Rok Osób Niepełnosprawnych”. Okazał się też zbieżnym z jubileuszem 25-lecia pontyfikatu Jana Pawła II. Znamienne, iż z jednej strony po europejsku upominano się o pełne prawa dla niepełnosprawnych i ich promowano, co jest sprawiedliwe i szlachetne, ale z drugiej strony nie brakło „gryzoni”, które zagryzały Papieża, nawet w stolicy nad Wisłą. I tylko dlatego, że bardzo cierpiał i był niepełnosprawny w chodzeniu. Niewątpliwie były to pojedyncze głosy (ale były), które można było przyjąć jako nietakt, brak kultury, przejaw agresji wobec „przeciwnika ideologicznego” albo przejawy odczłowieczenia pewnych ludzi.

Postrzeganie i przeżywanie cierpiącego Jana Pawła II przez Polaków w 2003 roku

W związku z niezwykłą apostolską aktywnością Papieża i narastającym cierpieniem, jakiego doznawał po jubileuszu 25-lecia pontyfikatu, postanowiłem przeprowadzić raz jeszcze badania dotyczące percepcji osoby i nauczania Jana Pawła II w polskim społeczeństwie. Wcześniejsze badania były prowadzone w 1979⁶ i 1991 roku⁷.

Badania podjęte w 2003 r. i zakończone w pierwszych miesiącach 2004 r. były prowadzone w województwach: małopolskim, mazowieckim, podkarpackim i świętokrzyskim. Objęto badaniami 15 różnych grup społecznych, poczynając od gimnazjalistów, poprzez szkoły ponadgimnazjalne, studentów, nauczycieli, pracowników służby zdrowia (lekarze i pielęgniarki), bezdomnych, więźniów, młodzież niepełnosprawną i osoby chore oraz podeszłego wieku przebywające w domach społecznej opieki⁸.

⁶ Z badań 1979 r. opartych na próbie 4320 osób powstały dwie książki: *Mówić sobą*, Kraków 1983; wyd. 2: Marki-Struga 1991; *Zostań z nami – Jan Paweł II w życiu polskiej młodzieży*, t. 1 i 2, Zakroczym 1990.

⁷ W związku z czwartą pielgrzymką do Polski Ojca Świętego i Światowym Dniem Młodzieży w Częstochowie w 1991 r. na podstawie badań młodzieży powstała książka: *Nadzieja młodzieży na lepszą przyszłość – Jan Paweł II w Polsce Anno Domini 1991*, Kuria Diecezjalna, Kielce 1992.

⁸ Dokładna charakterystyka badanych środowisk znajduje się w książce: *Wpływ Jana Pawła II na życie rodaków*, op. cit., s. 90–101.

W badaniach wzięło udział 796 dziewcząt i kobiet – stanowiły one 49,56%; chłopców i mężczyzn było 810, tj. 50,44%, cała reprezentacja stanowiła 1606 osób. Wszyscy respondenci byli badani z pomocą kwestionariusza ankiety, który został opracowany na seminarium magisterskim.

Zróznicowana pod względem wieku, wykształcenia i statusu społecznego, losowo dobrana populacja badanych odniosła się w większości z entuzjazmem do apostolskiej posługi i nauczania Jana Pawła II. Z akceptacją i uznaniem do całego nauczania Ojca Świętego odniosło się 581 osób (36,18%). Np. takie wypowiedzi licealistów: „Uważam, że to wspaniały nauczyciel i wspaniale potrafi wyjaśnić wszystkie kwestie”, „Umiejętnością trafienia do ludzkiego umysłu”, „Do prezentowanego ładu moralnego dla człowieka” (studentka). Inne 184 osoby (11,46%) z entuzjazmem odniosły się do postawy Ojca Świętego wobec ludzi i każdego człowieka, gdzie stosunek Papieża jest pełen miłości, szacunku, równości, z każdym człowiekiem, nawet zagubionym i grzesznym. Tutaj przykładem może być wypowiedź młodej więźniarki: „Z entuzjazmem przyjmuję tę naukę, którą głosi, szczególnie o miłości i przebaczeniu”. „Z entuzjazmem odnoszę się do tego, w jaki sposób kocha, poucza i jednoczy ludzi” (studentka). „Wspaniale okazuje, jak trzeba nauczyć się wybaczać i kochać” (uczeń). „Z entuzjazmem odnoszę się do papieskiej miłości do dzieci i młodzieży oraz do umiejętności w kontaktach z młodzieżą” (uczennica).

W 129 wypowiedziach (8,03%) respondenci z entuzjazmem, ogromnym uznaniem odnoszą się do Ojca Świętego, iż mimo ograniczeń, jakie przynoszą mu choroby – słaby ciałem, okazuje się tak bardzo silny duchem.

„Jan Paweł II imponuje mi wiarą i siłą ducha, jaką posiada mimo licznych chorób” (uczeń). „Odnoszę się z entuzjazmem do wieku Papieża i do tego, że ma jeszcze siłę pełnić wolę Pana Boga” (nauczycielka). „Do Jego pełnej miłości, a zarazem ogromnego wysiłku, jaki wkłada w spotkania z młodzieżą” (licealistka).

Badani z entuzjazmem podeszli do nauczania papieskiego w czasie pielgrzymek do wielu krajów świata. Jak słusznie zauważono: „Najważniejszym celem każdej podróży był dotarcie do człowieka”⁹. Tak więc, aby dotrzeć do młodych ludzi, Ojciec Święty zaczął organizować Światowe Dni Młodzieży. Píše lekarka: „Z entuzjazmem odnoszę się do Jego spotkań z młodzieżą, bo »ubywa« Mu lat i »zapomina« o swoim cierpieniu,

⁹ Jan Paweł II, *Dzień po dniu. Ilustrowane kalendarium Wielkiego Pontyfikatu 1978–2005*, t. 2, Kraków 2005, s. 787.

a także do wielu głoszonych przez Ojca Świętego homilii”. „To wspaniałe, że mimo swojej choroby i cierpienia nie cofa się od ewangelizacji całego świata czego wyrazem są uciążliwe pielgrzymki” (lekarzka). „Jestem entuzjastycznie nastawiony do Jego pielgrzymek i spotkań z ludźmi całego świata. Przecież lecąc do odległych zakątków Ziemi, głosił tam ludziom Boga, ale także i Polskę” (pedagog). Te i podobne postawy entuzjazmu wobec nauczania Ojca Świętego w czasie pielgrzymek po świecie wyraziły 103 osoby (6,41%).

Entuzjazm wyrażono wobec zabiegów i usilnych starań Ojca Świętego o zachowanie pokoju na świecie. Tę troskę o pokój szczególnie podkreśliły 83 osoby (5,17%) Wypowiedzi: „Dla mnie w świecie dotkniętym przemocą i terroryzmem jest największym zbawcą całego świata” (licealistka). „Z entuzjazmem przyjmuję Jego troskę o całą ludzkość – pokój na świecie” (pielegniarka). „Nadzwyczajne jest u Papieża pragnienie zwalczania terroryzmu i walka o pokój” (nauczycielka).

Również z entuzjazmem odniosło się 68 osób (4,23%) do nauki Jana Pawła II o godność życia od poczęcia do naturalnej śmierci i potępienie aborcji. Wśród wypowiadających się szczególną wymowę ma wypowiedź lekarza: „Z najwyższym uznaniem odnoszę się do nauki Ojca Świętego o człowieku, do obrony praw człowieka, do obrony podstawowego prawa do życia nienarodzonego, do Jego wielkiej miłości do dzieci”.

W 71 wypowiedziach ogólnie określonych jako „inne” (4,42%) znalazło się całe bogactwo wyrażonego indywidualnie entuzjazmu dla wielkiego Rodaka: „Do Jego nauki, która dociera do wielu ludzi”. „Do głoszonej przez Niego „cywilizacji miłości”. „Do kazań zawsze są wzruszające, mądre i przejmujące”. „Do tolerancji Ojca Świętego wobec innowierców”. „Do nakazu i umiejętności przebaczenia wrogom”. „Do tego, że pokazuje, jak kochać Boga”. „Do słów: Nie bójcie się wypłynąć na głębie, bo Bóg jest z wami”. „Do otwartości do wszystkich”. „Do współżycia seksualnego w małżeństwie”. „Do miłości wobec dzieci”. „Do wiary w rodzinę”. „Do miłości i szacunku dla każdego”. „Do uporczywości w pełnieniu posłannictwa”. „Do pracy mimo choroby”. „Do Jego wytrwałości”. „Do Jego wizerunku”. „Do optymistycznej postawy i żartów”. „Do tego, że jest alpinistą i kocha góry”. „Do bijącej od Niego dobroci”. „Do twórczości literackiej”. „Do tego, że jest Polakiem”. „Do tego, że jest TAKIM wspaniałym Papieżem”.

Prezentując entuzjazm badanej reprezentacji wobec nauczania Jana Pawła II, trzeba wskazać, że ogarnął on 1016 osób, tj. 63,26%. Pozostałe 590 osób (36,74%) to przede wszystkim nie udzielające odpowiedzi (532 – 33,12%), udzielające odpowiedzi „nie wiem” (29 – 1,81%) oraz

29 osób (1,81%) twierdziło, że nie przeżywały żadnego entuzjazmu wobec nauczania i osoby Jana Pawła II. Np. wypowiedzi ucznia: „Niestety nigdy na niego nie zwracałem uwagi”. „Żadnych emocji. Do niczego” (emeryt)¹⁰.

W tym miejscu należy stwierdzić, iż między entuzjazmem dla nauczania i posługi Ojca Świętego, które wyraziła badana populacja w zdecydowanej większości, a uznaniem dla osobowości Jana Pawła II zaznaczyła się istotna różnica. Bardzo pozytywnie osobowość Papieża rodaka jako człowieka schorowanego, wchodzącego w 83 rok życia postrzegają 1429 osób, tj. 88,98% ogółu badanych.

Ci ankietowani, których można określić aktywnymi, cechy osobowości Ojca Świętego wyrazili 125 określeniami, ale ponieważ wskazali zwykle na dwie–trzy cechy (a nawet więcej) razem zdobyli dla Sługi Bożego 3323 punkty. Niemal w 89% ukazali bardzo złożoną i bogatą osobowość Jana Pawła II¹¹.

Pozostali respondenci – 177 osób (11,02%) to przede wszystkim niezdecydowani, niezajmujący stanowiska w pytanej kwestii, gdyż 24 osoby (1,50%) odpowiedziały: „nie wiem”, 140 osób nie udzieliło odpowiedzi (8,72%). Natomiast zdecydowanie negatywną postawę zajęło 13 osób (0,81%), stwierdzając, że Jan Paweł II „niczym” do nich nie przemawia. Byli w owej trzynastce dwaj młodzi więźniowie przynależący do sekty, uczniowie i studenci wychowani w środowisku ateistycznym, czy np. emeryt, który przypisywał Papieżowi obalenie komunizmu i upadek „dobrych czasów PRL”.

Identyfikacja z Janem Pawłem II osób niepełnosprawnych i podeszłym wieku

Wyżej ukazana powszechna solidarność naszego społeczeństwa z Ojcem Świętym, a w pełni opisana w książce: *Wpływ Jana Pawła II na życie rodaków*, reprezentowana przez 15 różnych środowisk, które w tej pracy są dokładnie przeanalizowane, tutaj z racji podjętego tematu tegoż wystąpienia, dwa z nich zasługują na szczególną uwagę: sanatorium „Górka” w Busku Zdroju i Domy Społecznej Pomocy w Gorlicach.

¹⁰ Por. *Wpływ Jana Pawła II na życie rodaków*, op. cit., s. 136–139.

¹¹ Por. *ibidem*, s. 184–189.

Pomysłodawcą i budowniczym szpitala sanatorium dla dzieci był dr Szymon Starkiewicz. Kamień węgielny pod budowę pierwszego w Polsce sanatorium dla dzieci został położony w 1922 r., a już w 1926 r. szpital przyjął pierwszych pacjentów. Od 1969 r. zakład nosi nazwę Dziecięcy Szpital Kompleksowej Rehabilitacji „Górka”. Obecnie zasadniczy profil lecznictwa to kierunek postępowania w mózgowym porażeniu dziecięcym i wdrażanie nowych technik operacyjnych w leczeniu schorzeń ortopedycznych.

W sanatorium „Górka” zostało przebadanych 70 dziewcząt i 30 chłopców. Najliczniejszą podgrupę stanowiła młodzież w granicach 15–18 lat, najmłodszy do 14 roku życia włącznie stanowili 31%, podgrupa najstarszych w wieku 19–21 lat wyniosła 22% ogółu badanych niepełnosprawnych¹². Otóż ci młodzi cierpiący ludzie najbardziej identyfikowali się z Janem Pawłem II ewangelizującym współczesny świat z wózka inwalidzkiego, mówiącego z trudem tak, jak oni. Najmłodszy z „Górki” zachował w swojej pamięci wizerunek Ojca Świętego wspierającego się laską, później siedzącego na wózku – jakby „zawsze” niepełnosprawnego. Obraz takiego Papieża budził w nich nadzieję, dodawał otuchy wśród własnych ograniczeń i cierpienia. Uskrzydlał ich „do lotów” w życiu z poczuciem sensu swojego istnienia. Oto znamienne ich wypowiedzi:

„Podziwiam wielką miłość i ogromną siłę Papieża, Jego świadectwo umacnia mnie w przekonaniu, że życie każdego człowieka – także moje ma głęboki sens” (19-latek).

„Jan Paweł II jest wielką osobowością daje mi siłę i wiary, dzięki temu łatwiej mi przejść przez cierpienia i pomagać innym” (18-latek).

„Jan Paweł II bardzo wpłynął na moje życie, jest On moim autorytetem i osobą która umacnia mnie w wierze” (18-latka).

„Czyny, zachowania i słowa Ojca Świętego, którego słuchałem z przyjemnością, pozwalają mi przezwyciężyć pokusę i lepiej zrozumieć Słowo Boże, przybliżyła mnie do Boga” (17-latka).

„Jan Paweł II umocnił moją wiarę, pokazał, jak mam sobie radzić z problemami, jak się modlić. Nauczył mnie także wybaczać” (15-latek).

„Postawa Ojca Świętego pomogła mi zmagać się z trudnościami, dzięki Niemu widzę, że człowiek jest w stanie pokonać największe słabości, na tyle, że chce mi się żyć; pozwala mi wierzyć, że Bóg istnieje i kocha

¹² Por. B. Sokołowska-Bonek, *Wpływ Jana Pawła II na życie rodaków na przykładzie badań młodzieży niepełnosprawnej sanatorium „Górka” w Busku Zdroju*, Akademia Świętokrzyska, Kielce 2005 (praca magisterska).

ludzi, których stworzył: jest bodźcem do umocnienia mojej wiary; Jego postawa zmusza mnie do bycia lepszą” (16-latka).

„Papież jest dobrym i radosnym człowiekiem, mimo że tak cierpi. Powołuje mnie do bycia dobrym człowiekiem, bardzo wierzącym katolikiem” (18-latek).

„Jan Paweł II jest naprawdę człowiekiem wielkim, wzbudza mój szacunek i uznanie, zna wiele języków, łamie bariery religijne – potrafi wyciągnąć rękę do przedstawicieli innych religii. Jest mądrym, dobrym i ciepłym człowiekiem” (20-latek).

Teraz przyjrzyjmy się bliżej osobom w podeszłym wieku albo z powodu choroby przesuniętym na „boczną toru” – mieszkańcom Domów Pomocy Społecznej w Gorlicach przy ulicy Sienkiewicza i Michalusa. Przebadano tam 89 kobiet w wieku 32 do 94 lat oraz 63 mężczyzn w wieku 47 do 86 lat, razem 152 osoby¹³.

Oto niektóre wypowiedzi:

„Działalność Jana Pawła II wpływa na moje życie, szczególnie teraz, gdy z powodu choroby znalazłam się w DPS. Chciałabym być lepszym człowiekiem, bardziej wierzącym, brakuje mi niestety tej silnej woli w walce ze złem” (niepełnosprawna).

„Całkowicie jestem za naukę Ojca Świętego. Popieram Jego walkę o życie ludzi od poczęcia do naturalnej śmierci. Cieszę się, że Ojciec Święty daje wszystkim przykład miłości do życia, a szczególnie teraz w takim wielkim cierpieniu” (pensjonariusz z DPS).

„Ojciec Święty jest dla mnie przykładem w nieustającym nawoływaniu do dobra i okazywaniu miłości miłosiernej tym, co popełniają zło. On nas wszystkich wychowuje, że ludzie powinni mieć więcej współczucia dla siebie” (emerytka).

„Jestem Ojcu Świętemu bardzo wdzięczna za *List do Ludzi w podeszłym wieku* – dla nas ludzi z domów społecznej opieki to bardzo ważny dokument. Dla mnie szczególną wymowę mają słowa Ojca Świętego: „Człowiek jest wielki nie przez to, co ma, lecz przez to, czym dzieli się z innymi” (pensjonariuszka).

„Jestem szczęśliwa i dumna, że Ojciec Święty Jan Paweł II jest Polakiem – jest największym skarbem narodu polskiego. Dla nas ludzi starych i chorych – wiarą i nadzieją na trwanie z Nim przy Bogu” (emerytka).

¹³ A. Miś, *Wpływ Papieża Jana Pawła II na życie rodaków (na podstawie badań pensjonariuszy Domów Opieki Społecznej na terenie Gorlic)*, Akademia Świętokrzyska, Kielce 2005 (praca magisterska).

„Papież jest ostoją miłości i wiary w Boga. Przykład pokory wobec życia, choroby, Boga i śmierci. Jest wyrazem ciepła, serdeczności i miłości do ludzi i w tym jako lekarz pragnę Go naśladować, gdy spotykam się z chorymi i umierającymi” (emeryt).

„Myślę, że docenimy Go i to, że przyszło nam żyć za Jego pontyfikatu, wtedy gdy odejdzie z tej ziemi. Jego wybór na Stolicę Piotrową oraz cały Jego pontyfikat jest olbrzymim wyróżnieniem dla Polski. Każdy Polak powinien być dumny, że jego ziemia wydała takiego człowieka” (emerytka).

„Każdego dnia modłę się za Naszego kochanego Ojca Świętego, ofiaruję w Jego intencjach Komunię Świętą, Koronkę do Miłosierdzia Bożego, różaniec, ile tylko można, bo przecież widać, że cierpi i potrzebuje naszej pomocy” (pensjonariuszka).

W świetle tych wypowiedzi – cytowanych tutaj przykładowo, nie można nie zauważyć ogromnego wpływu, jaki Jan Paweł II wywierał w ostatnich latach swojego życia naznaczonego ciężarem krzyża. Trwając do końca, obarczony cierpieniem i spełniający swoją misję, uczył niepełnosprawną młodzież z sanatorium „Górka” z Buska Zdroju, jak żyć, rozwijać się i osiągać sukcesy. Motywował do życia i czerpania radości z życia chorych seniorów z Domów Pomocy Społecznej w Gorlicach.

W zakończeniu warto podkreślić, że w czasie badań z 1979 roku – gdy Ojciec Święty miał 59 lat, tryskał energią i zdrowiem, pływał na basenie i w Alpach jeździł na nartach, podróżował po świecie, poczynając od Meksyku i pielgrzymując do Polski, wzbudził tak wielki zachwyt swoją osobą, iż badana młodzież (4320 osób) wskazała na 98 pozytywnych cech osobowości, które Jan Paweł II posiada. Natomiast sędziwy i chory Papież w 2003/2004 roku owych cech miał 125. Sługa Boży wzbogacił się między innymi o takie cechy, na które wskazywali najczęściej chorzy i niepełnosprawni: determinacja w posłudze apostolskiej, dzielność w cierpieniu, męstwo – moc ducha przy słabości ciała, miłość do chorych i starych, ofiara życia, odporność wśród przeciwności, siła walki z bólem, siła życia, ukazywanie celu życia, walka z chorobą, żywotność mimo choroby i cierpienia.

W nawiązaniu do bliskiej już beatyfikacji Sługi Bożego Jana Pawła II należy stwierdzić, że w pierwszym badaniu z 1979 r. nikt nie określił Papieża rodaka słowem święty, tymczasem w prezentowanych badaniach u schyłku życia na świętość Papieża spontanicznie (bez żadnej sugestii) wskazały 62 osoby. Ich przedstawicielem niech będzie uczeń z sanatorium „Górka”: „Jan Paweł II to dla mnie wzór do naśladowania i święto-

ści. Papież jest osobą, która poprzez swoje działania dodaje mi nadziei na lepszy świat i wiarę w ludzi – dobrych ludzi”.

Niewątpliwie heroiczny w cierpieniu Sługa Boży Jan Paweł II ukazuje nam wszystkim, a zwłaszcza ludziom dotkniętym bólem i niepełnosprawnym, jak zaakceptować, a nawet pokochać krzyż Jezusa Chrystusa, który staje na ludzkiej drodze.

Monika Cempa
Agnieszka Górecka

Tabuizacja śmierci i cierpienia we współczesnym społeczeństwie

Śmierć i cierpienie towarzyszyły ludzkości od zawsze. Jednak obecnie, w dobie XXI wieku temat śmierci i ludzkiego cierpienia staje się dla społeczeństwa szczególnie niewygodny. W czasach, kiedy światem rządzi pieniądz i kariera, ludzie nie chcą pamiętać i wypierają ze swej ubogiej świadomości resztki poczucia kruchej egzystencji, choć wydaje się to w czasach naznaczonych egoizmem, hedonizmem oraz błędnie pojętym liberalizmem nieuniknione. Pęd ku nowoczesności, technice oraz wiedzy wywiera na ludziach presję, która każe dostosowywać się nieustannie do szalonego biegu życia.

Współczesny konsumpcyjny świat zdaje się zapominać o niegdyś celebrowanych wartościach i ideach. Śmierć i cierpienie jest obecnie czymś zakazanim, stają się one nie tylko wykreślone, ale również w pewien sposób zatajone nie tylko przed samym umierającym, ale również przed wszystkimi, których ta śmierć dotyczy, włączając w to szczególnie bliskich. Większość nie umiera w domu, wśród najbliższych, lecz w szpitalach, gdzie w dosłownym sensie trwa walka na „śmierć i życie” chorego.

Szybki rozwój nauki oraz techniki w medycynie niesie ze sobą nie tylko nowe możliwości, ale również niespotykane do tej pory problemy

natury etycznej i prawnej, co przyczynia się do śmiałej tezy, iż myślenie etyczne nie jest w stanie nadążyć obecnie za myśleniem technicznym, a jest to niejednokrotnie przyczyna kwestii tak problematycznych i dwuznacznych, że nawet specjaliści wysokiej rangi nie są w stanie sobie z nimi poradzić.

W latach 70. ubiegłego wieku jeden z amerykańskich antropologów kultury, Geoffrey Gorer sformułował określenie *hospital style of dying*, co oznacza „szpitalny styl umierania”. Bardzo trafnie ujął wizję człowieka cierpiącego, umierającego, wyrwanego z otoczenia osób mu najbliższych i umiejscowionego w schemacie szpitalnego łóżka, pozbawionego w zupełności wpływu na decyzję, w jaki sposób zechce umierać. Śmiało można również rzec, że takie szpitalne umieranie jest nacechowane wybitnie silną presją rutyny, dehumanizacji oraz niestety najróżniejszych dewiacji dotykających służbę zdrowia.

Mówienie o śmierci i cierpieniu jest również w dzisiejszych czasach nieopłacalne. Mass media kreują wizerunek człowieka młodego, pięknego, szczęśliwego, wykształconego i bogatego. Liczą się prestiż zawodowy i kariera, a konsumpcyjne społeczeństwo pragnie podróżować i bawić się, być modnym i majątnym. Ten styl życia przenika zewsząd: o tym wręcz krzyczy się w radiu, telewizji, internecie, kolorowych gazetach. Na billboardach widzimy osoby, które kuszą nas swoim uśmiechem, zdrowiem oraz energią, a cały świat reklamy przekonuje nas dobitnie, że starość, cierpienie i śmierć nie istnieje – są to pojęcia wyjęte ze świata fantazji, bo na wszystko jest przecież sposób, jak choćby operacje plastyczne, kremy przeciwzmarszczkowe, solaria czy gabinety odnowy biologicznej. Wszystko to niestety powoduje odsunięcie i nieobecność śmierci, czym potęguje naszą całkowitą nieumiejętność radzenia sobie z nią. Jest to powodem uciekania się do najróżniejszych form próbujących zmienić jej oblicze, a w rezultacie paradoksalnie ją parodiując, czego przykładem mogą być trumny amerykańskie, tanatopraksja polegająca na upiększaniu nieboszczyka, wykorzystywanie atrakcji typu trąbka oraz innej muzyki podczas pogrzebu i szeregu innych mechanizmów, których zadaniem jest odwrócenie uwagi od najważniejszej rzeczy, jaką jest śmierć człowieka.

Niezwykle popularnym zjawiskiem, które nie tylko przybliżyła, ale jednocześnie ośmieszyła śmierć, stało się święto Halloween. Jest ono właściwie sposobem osławiania śmierci, próby łagodzenia jej wizerunku. Czymś nieco innym są horrory – Geoffrey Gorer stworzył pojęcie „pornogra-

fii śmierci”, która przybliżana jest człowiekowi nie tylko w całej swojej brutalności, ale również za pomocą epatowania własną grozą. Istotnym jest fakt, że śmierć w filmach jest wystylizowana na kształt wysoce nienaturalny, przyjmuje postać „wzmocnioną”, z wyjątkowo dobitnie wyeksponowanymi szczegółami – zabity musi jeszcze spaść z wysokiej skały i roztrzaskać się. Nie istnieje już miejsce na zwykłą śmierć, a najciekawsze jest to, że każdego dnia w telewizji zabijanych w filmach i programach jest nawet kilkuset ludzi. Takie dane są przerażające, a jeszcze bardziej niepokojące jest to, że te wszystkie śmierci nie wywołują w nas żadnej refleksji ani specjalnego wrażenia, bo przecież w każdej chwili możemy wyłączyć telewizor. W efekcie z prawdziwą śmiercią zupełnie przestajemy sobie radzić, bo tu procesu umierania nie jesteśmy w stanie przerwać guzikiem pilota. Rodzi się więc obraz nie tylko pełen obłudy – oddziałuje to na nas tak silnie, że nie do końca zdajemy sobie z tego sprawę, a nawet postrzegając niektóre zachowania jako najlepsze intencje, co przejawia się między innymi w wychowywaniu dzieci. Przy nich nie mówimy o umieraniu i śmierci, nie zabieramy ich też na pogrzeby.

Najczęściej, jak to zwłaszcza odbywa się w kulturze zachodniej, nieboszczyka oddaje się do domu pogrzebowego, który załatwia wszystkie formalności. Uroczystości pożegnania zmarłego są krótkie, stypa kojarzy się z miniprzyjęciem. Śmierć jest zjawiskiem wręcz nienaturalnym i jawi się jako swoiste tabu, unika się jej w rozmowach, a nawet wypiera z myśli, jest jakby objęta cenzurą. Znamiona tego można zaobserwować w postawach wobec osób naznaczonych piętnem śmierci – czyli umierających, ale również ich bliskich, rodziny, żałobników, osób cierpiących lub nieuleczalnie chorych. Są oni traktowani jak trędowaci, omija się ich z daleka. Nikt nie potrafi składać kondolencji, nie wiemy, jak zachować się wobec osoby cierpiącej, przeżywającej smutek związany z chorobą, starością, bólem oraz także wobec tych, którzy przeżywają śmierć kogoś bliskiego. Jest to powodem najłatwiejszej drogi, czyli udawania, że problem nie istnieje.

Jest również prawdą, że prawie nie spotyka się już osób noszących żałobę po zmarłym. Rzadko też zasad takiej żałoby się przestrzega, a jeszcze niedawno nie do pomyslenia było, żeby w rocznym czasie po śmierci bliskiego ktoś bawił się czy pił alkohol, urządzał huczne wesela. Zanikł również obyczaj noszenia przez rodzinę zmarłego skromnego czarnego odzienia czy rezygnacji z mocnego makijażu. Zastępowane jest to zdumiewającym gadżetem w postaci czarnych okularów przeciwsłonecznych mających jakoby przykrywać zapłakane oczy.

Tak więc ludzie cierpiący są spychani poza nawias życia społecznego, również po to, by nie przypominać innym o ich własnej śmiertelności. Przekroczona została już dawno granica absurdu i dobrego smaku. Można zauważyć odbywające się targi sztuki funeralnej, które traktowane są niczym targi ślubne. Prezentowane są na nich zmieniające się sezonowo linie strojów do trumien, posypane brokatem urny o kosmicznych kształtach, trumny niemal w kolorach tęczy. Nie ma miejsca na coś, co można nazwać dostojnością śmierci. To wszystko ma niwelować traumę niesioną przez śmierć osoby bliskiej. Nie radzimy sobie z nią w sposób naturalny, więc próbujemy ująć jej istotę z innej, błędnej strony.

Trafnym przykładem są również nekrologi, które zatraciły formę czysto informacyjną, a nabierają wiele cech ekshibicjonizmu.

Trzeba jednak przyznać, że wszystko to zależy od siły zakorzenienia tradycji lokalnych. Są miejsca, gdzie trumnę z nieboszczykiem zamyka się dopiero na cmentarzu, przed złożeniem do grobu, wciąż są tworzone konduktory żałobne, w których można zaobserwować nawet płaczki pogrzebowe. Dzieje się tak między innymi na Litwie lub Wileńszczyźnie, a nawet w Polsce, w małych wsiach lub miejscach, które nie poddały się jeszcze wszechogarniającej nowoczesności. Są to już jednak bardziej enklawy kulturowe, bo dla miążdżącej większości osób jest to niestety wręcz nie do pomyślenia, można użyć nawet określenia, iż jest to nieestetyczne – gdyż sama śmierć jest nieestetyczna.

Śmierć, która dawniej była zjawiskiem publicznym, angażowała do działania szersze zbiorowości, otoczona była ceremoniami i rozbudowanym rytuałem, dziś jest zdarzeniem o wyjątkowo prywatnym charakterze. Ponieważ społeczeństwo współcześnie lubi popadać w skrajności, śmierć ma również inny wymiar funkcjonowania, zwłaszcza w zachodniej kulturze. Czasem wręcz zostaje sprowadzona do poziomu medialnej rozrywki, zamieniona w spektakl, tym samym stając się normą – tak było między innymi w przypadku śmierci księżnej Diany lub Michaela Jacksona. Bardzo ciekawym zjawiskiem jest też zaobserwowany wzrost liczby popełnianych samobójstw na świecie po nagłośnionej śmierci sławnej osoby.

Z jednej strony unikamy więc doświadczenia realności śmierci, z drugiej – płacimy za to, by ją obejrzeć na przykład na specjalnie zorganizowanych wystawach. Przytoczyć tu można przykład spreparowanych ludzkich włók w jednym z warszawskich centrów handlowych. Tłumaczy się to ideą edukacyjną, jednak w rzeczywistości jest to szokujące podejście

do godności martwego ludzkiego ciała. Konsekwencje takiego „schizofrenicznego” funkcjonowania śmierci są szczególnie dotkliwe – umieranie i śmierć jawi się jako proces odhumanizowany, uwłaczający ludzkiej godności, a sama jej idea zostaje odarta z jakichkolwiek duchowych wartości.

Pisząc o tabuizacji śmierci, warto zastanowić się, w jaki właściwie sposób do niej doszło. Na początku XX wieku nieżyjąca osoba była centrum zgromadzeń – każdy, nawet obcy, mógł wejść do pokoju umierającego. Sama śmierć otoczona była szeregiem zakazów i rytuałów, co przejawiało się w trzydniowym wystawianiu zwłok, nocnych modlitwach przy nieżyjącym, przestrzeganiu ciszy. Otwierano okna, bo wierzono, że dzięki temu dusza będzie mogła dotrzeć do miejsca przeznaczenia. Zasłaniano lustra, zatrzymywano zegary, a zmarłego ubierano w nowe szaty. Pochód żałobny, stypa oraz sama żałoba była obowiązkowa.

Jednak już podczas wojen zaczęto zmieniać stosunek do śmierci. Obraz śmierci stał się odrażający za sprawą ewolucji higieny, zmysły nie akceptowały woni i widoku zmarłego, dlatego do domów przestano zapraszać gości w takich sytuacjach. Skuteczność leczenia wielu chorób stała się wręcz rewolucją w myśleniu o śmierci, zgon przestano uważać za naturalną kolej rzeczy, stała się ona zagrożeniem nowego. Śmierć została przeniesiona do szpitala oraz wyodrębniona ze społeczeństwa. Obie wojny przyspieszyły tabuizację, były one przyczyną śmierci i cierpienia tak wielu, że trudno było o tym mówić – usuwano je z pamięci zbiorowej. Powoli zanikały więc wzorce zachowań wobec takich sytuacji. Ukrywano swoje cierpienie, a nawet zaczęto stosować eufemizmy, takie jak „odszedł”, „zakończył żywot”.

Wniosek nasuwa się jeden – nie można udawać, że śmierć i cierpienie nie istnieją. Sami przyczyniamy się do tabuizacji śmierci i cierpienia. Zgodnie ze znanym powiedzeniem „jeżeli chcesz zmieniać świat, zacznij od zmiany samego siebie”, sami powinniśmy otworzyć się na drugiego człowieka, zwłaszcza tego chorego i cierpiącego oraz walczyć o obecność takich tematów zwłaszcza w mass mediach, może wtedy społeczeństwo stanie się wrażliwsze na losy drugiej osoby. Miejmy nadzieję, że wtedy temat śmierci i cierpienia przestanie być tematem tabu dla nas – społeczeństwa XXI wieku.

Bibliografia

1. Bauman Z., *Śmierć i nieśmiertelność: o wielkości strategii życia*, tłum. N. Leśniewski, Warszawa 1998.
2. *Człowiek i śmierć*, Warszawa 1989, 1992.
3. Rathus S.A., *Psychologia współczesna*, Gdańsk 2007.
4. *Rozważania o historii śmierci*, Warszawa 2007.
5. Sorlin P., *Mass media*, tłum. Karolina Ciekot-Roczon, Wrocław 2001.

Andrzej Kukiełka

Aspekty etyczne i psychologiczne odmowy podawania kroplówek – prowadzenie dyskusji z rodziną terminalnie chorego

Pogarszanie się stanu pacjentów zbliżających się do kresu swojego życia łączy się niemal zawsze ze spadkiem zdolności do przyjmowania pokarmów. Pielęgnacja, podawanie jedzenia i picia to czynności, które rodzina może zaoferować choremu terminalnie. Rodziny często czują się bezradne, widząc, jak stan osoby kochanej się pogarsza. W przypadku gdy chory odmawia lub nie jest w stanie przyjąć napojów i żywności, bliscy muszą, chociaż nie chcą, zacząć akceptować fakt, że prawdopodobnie śmierć jest blisko.

Przyjmowanie przez chorego jedzenia i picia daje jego opiekunom poczucie bezpieczeństwa i kontynuacji życia, zatem odmówienie go komukolwiek, z jakiegokolwiek powodu jest antytezą troskliwej opieki i współczucia. Stąd bierze się presja, by w takiej sytuacji włączyć sztuczne nawadnianie – popularnie nazywane kroplówkami.

Podjęcie sztucznego nawodnienia u terminalnie chorych wywodzi się z „tradycyjnego modelu medycyny”, który często niemal automatycznie wdraża terapię płynami infuzyjnymi. Obecnie zauważyć można taką tendencję w wielu oddziałach internistycznych, gdzie nierzadko uzupełnia się płyny chorym, którzy są w stanie przyjmować je doustnie. To stwarza mit, że sztuczne nawadnianie zawsze przynosi korzyści, po-

wtarzane przez pacjentów i rodziny, niemających na co dzień nic wspólnego z medycyną jako mit „wzmacniającej kroplówki”.

Rola nawadniania w opiece paliatywnej jest kontrowersyjna. Korzyści z takiego postępowania nie zostały jednoznacznie potwierdzone przez badania prospektywne, co w dobie Evidence Based Medicine (medycyny opartej na faktach) nie pozwala nam uznania leczenia płynami jako standardu tzw. dobrej praktyki. Pojedyncze doniesienia w literaturze naukowej ilustrują odmienne poglądy na ten temat zarówno z klinicznego, jak też z etycznego punktu widzenia. Można zauważyć diametralnie różne filozofie opieki i leczenia terminalnie chorych w hospicjach i szpitalach.

Wielu klinicystów zaangażowanych w opiekę paliatywną zauważa możliwość wystąpienia negatywnych efektów dożylnego podawania płynów u umierających pacjentów. U chorych z niedoborami białka (np. wyniszczonych czy z przerzutami do wątroby) zwiększa się ryzyko obrzęków czy wodobrzusza; może także dojść do nadmiernego wydzielania w drogach oddechowych, obrzęk guza może zwiększyć dolegliwości bólowe, zwiększona sekrecja w przewodzie pokarmowym może spowodować wymioty.

Oczywiście w niektórych przypadkach nawadnianie może przynieść korzyść, np. w delirium spowodowanym kumulacją metabolitów silnych leków opioidowych w nerkach.

Należy pamiętać, że podjęte postępowanie musi poprzedzić wyważenie bilansu potencjalnych korzyści i strat chorego, a także powinno respektować autonomię pacjenta. Decyzja zwykle jest trudna, ponieważ umierający pacjenci nie zawsze mogą wyrazić swą wolę werbalnie – zatem powinna być podejmowana przez zespół leczący wraz z rodziną. Punkt widzenia rodziny powinien być w pierwszej kolejności wzięty pod uwagę, niemniej należy włączyć rodzinę w dyskusję, ponieważ jak już wcześniej wspomniano, często ludzie wierzą, że „kroplówki zawsze przynoszą korzyść”. Nieznajomość faktów, które różnią się od powtarzanych powszechnie mitów (szczególnie, gdy postępowanie wygląda inaczej niż wyobrażenia), może być źródłem lęku w trakcie opieki lub, co gorzej, w okresie żałoby.

Lekarze powinni pamiętać, że decyzja o przedłużaniu życia w terminalnej fazie musi być przede wszystkim w interesie pacjenta, a nie może stawać się minimalizowaniem własnego poczucia winy, niemocy czy odpowiedzialności!

Problem rezygnacji z podjęcia sztucznego nawadniania pacjentów w terminalnym stanie jest etycznym polem minowym. Brak jednoznacznych dowodów na korzyść włączenia leczenia płynami infuzyjnymi, jak również na jego niekorzyść, stwarza konieczność indywidualnego podejścia do każdego chorego. Ostateczne decyzje należy podjąć, rozważwszy wszystkie za i przeciw w dyskusji z pacjentem i jego bliskimi.

W hospicjach, w których pracuję, staram się wdrażać w opiece domowej prosty schemat podejmowania decyzji odnośnie do leczenia kroplówkami. Z prośbą, sugestią czy wręcz żądaniem kroplówek spotykam się niemal w każdym domu, do jakiego wchodzę.

W pierwszej kolejności ustalamy kontekst dyskusji. Odpowiedź na kilka prostych pytań daje nam wstępne rozeznanie co do rzeczywistej konieczności włączenia kroplówek do procesu leczniczego.

– DLACZEGO pojawia się prośba o kroplówki? (np. chory jest osłabiony, nie je, przyjmuje niewielkie ilości płynów, wymiotuje, ma biegunkę itp.);

– NA JAKIM ETAPIE CHOROBY podejmuje się dyskusję? (np. po przebytej ciężkiej infekcji, chemioterapii czy też całej nieudanej terapii);

– CO DO TEJ PORY ZOSTAŁO ZROBIONE? (czasami „WSZYSTKO” według lekarza, trzeba przeciwstawić „NIC” zdaniem bliskich chorego, wciąż mających nadzieję na wyleczenie).

Następnie pytamy o rozumienie związku pomiędzy rozwijającym się nowotworem a trudnościami w jedzeniu i picciu. Często słowa „Nie chcę, aby umarł/umarła z pragnienia/z głodu...” lub podobne są obrazem chęci wyjaśnienia, jak przebiega normalne umieranie, albo sondowaniem, co lekarz sądzi na temat słabości chorego. Jak już wcześniej wspomniano, w zaawansowanej chorobie nowotworowej brak łaknienia i zmniejszone pragnienie jest efektem naturalnego pogarszania się stanu zdrowia.

Kolejnym krokiem jest udzielenie informacji z profesjonalnego punktu widzenia. Podobnie jak przy przekazywaniu złych informacji, lekarz (lub pielęgniarka) powinien przestrzegać kilku istotnych zasad: (i) używać języka, który będzie zrozumiany przez drugą stronę (unikanie medycznego żargonu), (ii) powinien przerywać i zachęcać do zadawania pytań w trakcie dyskusji, (iii) wyjaśniać niezrozumiałe lub źle zrozumiane sprawy. Przy tym powinnością lekarza jest reagowanie z empatią na emocje

bliskich: płacz, gniew, lęk (cisza lub słowa potwierdzające np. „Wolałbym, aby sprawy wyglądały inaczej”).

Jeśli decydujemy się na próbę włączenia leczenia płynami, pozostaje nam ustalenie celu i sposobu terapii oraz czasu jej trwania. Celem może być np. lepszy kontakt z chorym, mniejsze jego podsypianie, może nawet „nabranie sił”. Ustalenie czasu, w którym spodziewamy się efektu terapii (np. 2–3 dni) jest dla personelu medycznego okresem obserwacji w kierunku oczekiwanych celów określonych w dyskusji, ponieważ jeśli osiągniemy oczekiwany efekt, pozwala to nam na kontynuację postępowania lub jego zaprzestanie. Brak efektu oznacza zawsze zakończenie próby.

Podsumowanie

Decyzja o nawadnianiu (lub też jego zaniechaniu) powinna być indywidualizowana. Należy przedyskutować z pacjentem i jego bliskimi wszystkie za i przeciw nawadniania. Należy brać pod uwagę prawdopodobne korzyści i ryzyko (w kontekście objawów u pacjenta), ogólną kondycję chorego i cele leczenia (jakość życia, długość przeżycia).

Wyjaśnienie w rzeczowej i szczerzej dyskusji prowadzonej według zaproponowanego wyżej schematu, że w terminalnym stadium choroby pacjenta rzadko spodziewamy się korzystnych efektów sztucznego nawadniania, pomaga uświadomić bliskim lub opiekunom pacjenta nieodwracalność procesu nowotworowego i skłonić do wyboru postępowania nieprzysparzającego choremu dodatkowego cierpienia.

Edward Charczuk

Miłość sprawdza się najlepiej w niezawinionym cierpieniu

Nagła, ciężka i nieuleczalna choroba najbliższych staje się wielką tragedią. Różne reakcje na nią spotkałem w swojej praktyce: bunt wewnętrzny, żal do Pana Boga, że dlaczego właśnie ich doświadczył tą tragedią. Wielokrotnie musiałem być świadkiem ucieczki najbliższych od tego ciężkiego problemu przez umieszczanie bezpośrednio doświadczonych nieszczęściem najbliższych w klinikach, oddziałach szpitalnych czy ośrodkach opiekuńczo-hospicyjnych. Ale dane mi było też uczestniczyć we wręcz heroicznym zachowaniach najbliższych w stosunku do doświadczonych ciężkim cierpieniem, czasami nieświadomym przez jego ofiary. Najbliżsi zachowywali się bohatersko, aczkolwiek nigdy werbalnie takich zasług sobie nie przypisywali. Wręcz przeciwnie, w rozmowach podkreślali, że to ich obowiązek wynikający z miłości małżeńskiej czy rodzicielskiej. Można się nad nią pochylić i przytoczyć początek „Hymnu o miłości” z Pierwszego Listu św. Pawła do Koryntian:

„Gdybym mówił językami ludzi i aniołów,
a miłości bym nie miał, stałbym się jak miedź brzęcząca albo
cymbał brzęmiący”¹,

a uzupełnić go fragmentem Listu św. Jakuba:

¹ 1 Kor 13, 1, *Pismo Święte Nowego Testamentu, przekład z języka greckiego*, Poznań 1969.

„Za pełną radość poczytujcie to sobie bracia moi, ilekroć spadają na was różne doświadczenia. Wiedźcie, że to wystawia waszą wiarę na próbę, rodzi wytrwałość. Wytrwałość zaś winna być dziełem doskonałym, abyście byli doskonali, nienaganni, w niczym nie wykazując braków”².

Chociaż *verba docent, to exempla trahunt*, dlatego pozwolę sobie na przytoczenie trzech godziwych postaw; dwukrotnie rodziców w stosunku do dzieci i w jednym przypadku żony wobec męża.

Przykład 1.

Tomasz D., urodzony w 1972 roku, w maju 1985 w czasie posługi ministranckiej nagle stracił równowagę. Pilnie z Oddziału Dziecięcego Szpitala w Nowym Targu przesłany do Polsko-Amerykańskiego Instytutu Pediatrii w Krakowie – Prokocimiu. Rozpoznano u niego zapalenie mózgu i 18.07.1985 roku w śpiączce na poziomie 5 punktów GCS, bez odruchu połykania, napięcie spastyczne wszystkich zginaczy przy reakcji na dotyk, obustronnie dodatni odruch Babińskiego, sztywne źrenice niereagujące na światło, bez tracheostomii, przekazany do leczenia objawowego paliatywnego w tym samym Oddziale. Oddział nie był przygotowany do opieki nad takim dzieckiem, natomiast personel zarówno lekarski, jak i pielęgniarski wykazał dość spore przerażenie wobec nagłych obowiązków, więc rodzice zabrali go do domu (mieszkanie w bloku na drugim piętrze). Poprzez miejscowego proboszcza zwrócili się do mnie o pomoc. Założyłem sondę dożołądkową i nauczyłem zasad opieki osoby nieprzytomnej. Pracujący rodzice na zmianę opiekowali się nim wzorowo pod względem fachowym i z pełną miłością, a więc nie miał żadnych odleżyn, objawów zachłyśnięcia, był dobrze odżywiony i nawodniony. Samoistne połykanie powróciło na początku października 1986 roku, czyli po 15 miesiącach. Przytomności nigdy nie odzyskał. W grudniu na miesiąc umieściliśmy go w Instytucie Matki i Dziecka – Oddział w Rabce, bo opiekujący się nim ojciec w tym czasie miał operację serca. Latem rodzice wywozili go nad Dunajec i do lasu. Również rodzeństwo (dwie młodsze siostry) były dla niego serdeczne i troskliwe. Zmarł w lipcu 1994 roku po zatrzymaniu krążenia na tle niedotlenienia w stanie padaczkowym jako 23-latek, czyli po 10 latach opieki w mieszkaniu w bloku. Tuż przed

² Jk 1, 2–4, *ibidem*.

uznaniem go za zmarłego rodzice poprosili mnie o pobranie od niego narządów na przeszczepy, mówiąc: „Skoro tyle lat dbaliśmy o niego, to niech teraz on i nasza miłość do dziecka pozwoli żyć innym”.

Przykład 2.

Józef W., urodzony w 1967 roku, w 1991 będąc studentem III roku wydziału lekarskiego zaczął mieć problemy z zachowaniem równowagi oraz wyraźnej mowy i nawet przez uczelniane otoczenie był kilkakrotnie posądzany, że jest pijany. Jednak po kilku miesiącach stał się niedołączny i w styczniu 1993 roku rozpoznano u niego stwardnienie rozsiane o dość dynamicznym postępie choroby. Pobyt tracącego kontakt z otoczeniem chorego w Oddziale Wewnętrznym nowotarskiego szpitala to ciągle niewyleczone zapalenie płuc i przewlekające się coraz większe odleżyny, dlatego rodzice zabrali go do mieszkania (czwarte piętro w bloku). Matka opiekująca się na co dzień Józefem cierpiała na chorobę nowotworową, więc po kilku miesiącach ojciec (robotnik fabryki obuwia) musiał przejść na urlop opiekuńczy, a następnie wcześniejszą emeryturę, aby opiekować się synem i żoną. Żona zmarła w listopadzie 1977 roku (też w domu). Troskliwa pielęgnacja ojca spowodowała, że w krótkim okresie ustąpiły objawy zapalenia płuc oraz stopniowo zagoiły się odleżyny, a należy pamiętać, że pampersy nie były wówczas dostępne w wersji dla dorosłych. Stopniowo musieliśmy zastosować karmienie za pomocą sondy. Ostatecznie jako głęboko nieprzytomny z powodu choroby zasadniczej zmarł w kwietniu 2000 roku, czyli po 7 latach oddanej, troskliwej opieki ojca przyuczanego do niej praktycznie od podstaw.

Przykład 3.

Albin S., urodzony w 1924 roku, w listopadzie 2004 roku doznał udaru mózgowego i w stanie śpiączki na poziomie 5 punktów GCS trafił do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie przebywał 6 tygodni, w tym przez 4 miał stosowany oddech za pomocą respiratora i wykonaną tracheostomię oraz gastrostomię. Następne 4 tygodnie był w Oddziale Opieki Długoterminowej i w związku z wyczerpaniem formalnych możliwości dalszego pobytu w tym oddziale w lutym 2005 został zabrany do

domu – mieszkanie w niedużym bloku dla nauczycieli na wsi. Żona miała wówczas 72 lata, ale była pełna energii i miłości do męża. Mówiła: „Przebież Albin czuje moją obecność, ja go kocham, on za mną wodzi oczami”.

Pomogłem zorganizować łóżko ortopedyczne, ssak i co trzy miesiące chory miał przeze mnie zmienianą tracheotomię, podobnie zmieniany był cewnik Foley’a, zaś co 6 miesięcy dren Petzera w gastrostomii do odżywiania. W kąpeli chorego matce pomagał syn, mieszkający z rodziną osobno, a poza tym całą pielęgnację wykonywała żona. Do końca nie miał żadnych odleżyn czy odparzeń.

13 sierpnia 2008 roku rehabilitantka w trakcie zabiegów rehabilitacyjnych złamała choremu szyjkę kości udowej. Nie był operowany, ale udało się zorganizować stabilizację umożliwiającą dalszą opiekę w domu. Zmarł 10 maja 2009 roku, pielęgnowany przez żonę ponad 4 lata.

Tragedie przeżywane przez najbliższych w przedstawionych przeze mnie przykładach na pewno nie były mniejsze niż przeżywana przez Beppino Engleno – ojca Euglany zagłodzonej we włoskim Udine 9 lutego 2009 roku za zgodą sądu³, czy męża 41-letniej Teresy Marie Schiavo przebywającej od 15 lat w PVS (*persistent vegetative state* – przetrwały stan wegetatywny) też zagłodzonej wyrokiem Sądu Okręgowego pomimo apelu ze strony Kongresu USA o odroczenie tej decyzji i sprzeciwu jej rodziców. Mąż Teresy był w tym czasie związany już z inną kobietą.

Wszak, gdzie wypaliła się lub została zabrana przez innych miłość względem dzieci czy małżonka, tam „problem rozwiązuje się sądownie”. Mam wrażenie, że taka procedura ma złagodzić ewentualne wyrzuty sumienia.

Zagłodzenie z pozbawieniem podstawowej opieki zarówno osób dorosłych wcześniej żyjących samodzielnie, jak i nowo narodzonych dzieci z defektami wrodzonymi nie pozwala mi do końca usprawiedliwiać sprawców takiego postępowania. Z pewnością nie jest to uciążliwa terapia, a tylko tak elementarne zabiegi, jak karmienie, pojenie i zachowanie higieny. Zaniechanie tych czynności według mnie to eugenika czy eutanazja, a na pewno nie ma w takich sytuacjach bezinteresownej miłości rodzicielskiej czy małżeńskiej. A tam, gdzie w rodzinie zaczyna brakować miłości, tam na zasadzie wypełniania pustki po niej, wkrada się „cywilizacja śmierci” w stosunku do bezbronnych.

Jan Paweł II podkreślił, że: „Podawanie pacjentowi wody i pożywie-

³ „Dziennik Polski” z 10.02.2009.

nia, nawet gdy odbywa się to w sposób sztuczny, jest zawsze naturalnym sposobem podtrzymywania życia, a nie czynnością medyczną. W zasadzie należy to uznać za praktykę zwyczajną i proporcjonalną do potrzeb, a tym samym moralnie nakazaną, w zależności od tego, w jakiej mierze i przez jaki czas zdaje się ona służyć właściwym sobie celom, czyli w danym przypadku odżywianiu pacjenta i łagodzeniu jego cierpienia⁴.

⁴ L. Szczepaniak, *Podjęcie decyzji o zaprzestaniu zabiegów podtrzymujących życie*, „Bioetyczne Zeszyty Pediatry” 2006, Vol. 3.

Jarosław Zawiliński, Marek Juryk

Chory terminalny i jego osamotnienie

*Vulnerant omnes ultima neceat*¹ – ta sentencja łacińska widniejąca często na wieżach zegarowych, obrazuje odwiecznie towarzyszący człowiekowi strach przed śmiercią. Człowiek zmagający się z przewlekłą chorobą, w czasie gdy dokonuje się w nim walka pomiędzy naturalnie wrodzoną chęcią życia a racjonalnym pragnieniem przzerwania go w chwili śmierci, będącej formą wyzwolenia od trwającego przez tygodnie, miesiące lub całe lata dyskomfortu (pod postacią bólu, duszności, braku możliwości poruszania się czy załatwiania swoich potrzeb fizjologicznych), pozostaje w swych dylematach tak naprawdę sam.

Większość współczesnych rozstań z życiem odbywa się w scenerii zmechanizowanych sal intensywnej opieki lub o wiele częściej – w przypadku chorób długotrwałych, wyniszczających – w ciemnych zaułkach szpitalnych korytarzy, w atmosferze zażenowania otoczenia, które sprawia wrażenie, że odczuwa dużą nieestosowność tego wydarzenia. Śmierć traktowana jest jako coś wstydliviego i nieczystego. Widzi się w niej jedynie absurd, niepotrzebne cierpienie, ból i strach. Jest postrzegana jako swego rodzaju skandal lub fakt nie do przyjęcia.

¹ „Wszystkie (godziny) ranią, ostatnia zabija”

Kiedy na człowieka spada wiadomość, że wkrótce czeka go śmierć, zazwyczaj wchodzi on w pewien cykl następujących po sobie zachowań i reakcji. W pierwszej kolejności buntuje się, powtarzając sobie bezustannie pytanie: „Dlaczego ja?”. Popada w depresję. Jest w szoku, nie chce pogodzić się z losem. Dominuje postawa negacji, odrzucania świadomości faktu nadchodzącej śmierci lub akceptuje tylko części prawdy, np., że będzie chorował długo, być może przyjdzie mu znosić niewygody i cierpienie, ale w końcowym rezultacie wróci do zdrowia.

Gdy zaprzeczenia przestają być skuteczne, przychodzi faza wielkiego gniewu, żalu i złości, z którymi nie może sobie poradzić. Człowiek świadomy już swej śmierci, czuje się przygnębiony, wyczerpany gniewem i smutkiem. W kolejnym etapie pojawia się nadzieja i wiara w możliwości medycyny – nowe techniki operacyjne lub inne metody leczenia. Często chory sięga po niekonwencjonalne metody leczenia, które jawią się wtedy jako panaceum na chorobę, np.: akupunktura, bioenergoterapia, hipnoza czy zielarstwo. W końcu przychodzi faza rezygnacji – chory zaczyna wątpić w Boga, na jakiś czas go odrzuca. Próbuje się z nim targować o życie. Często pojawia się wtedy u niego bunt przeciwko Bogu, lub odwrotnie – szukanie ukojenia w mistycznej miłości do Boga – źródła nadziei. Nierzadko dominuje postawa pełna pokory, „żału za grzechy i poczucia, że choroba i nadchodząca śmierć mają charakter kary za dotychczasowe życie”.

Wreszcie dochodzi do wniosku, że choć wypróbowało na sobie wszystkie możliwe środki farmakologiczne i metody leczenia, jego stan pogarsza się. Następuje wtedy akceptacja i pogodzenie się ze swoją chorobą i śmiercią. Chory przyjmuje swój stan ze spokojem. Zanika stopniowo gniew i uraza, a w końcu i żal.

Ludzi, którzy żyli pełnią życia, nie paraliżuje świadomość nadchodzącej śmierci. Umrzeć ze spokojem, że nie zostawi się żadnych niedokończonych spraw, to pragnienie każdego człowieka.

Ostatni etap to stan obojętności – umierający pragnie samotności. Nie ma ochoty na rozmowę i kontakty z otoczeniem. Jest to trudny okres dla najbliższych cierpiącego, którzy jeszcze nie pogodzili się z nadejściem śmierci chorego.

Już Epiktet uważał, że „Człowiek lęka się śmierci dlatego, że jej nie rozumie”. Niestety. Społeczny lęk przed rakiem powoduje, że chorego z takim rozpoznaniem czeka społeczna pustka. Terminalny stan pacjenta cierpiącego na chorobę nowotworową nasila społeczne zachowanie, które wyzwalane jest jako podświadome odrzucenie takiego człowieka.

Pozostają przy nim jedynie jego najbliżsi, najsilniej zaangażowani emocjonalnie.

Personel medyczny, lekarze, pielęgniarki zachowują większy lub mniejszy dystans do pacjenta i jego choroby. Tak naprawdę pacjent nie wybiera lekarza czy pielęgniarki, wybiera człowieka, który (może bardziej w przypadku lekarza) będzie mu towarzyszył przez całą drogę choroby aż do śmierci. Reakcje pacjentów bywają skrajne. Mamy pacjentów zmęczonych bólem i pacjentów euforycznych (niekiedy nawet sięgających po alkohol). Do obu typów pacjentów dostęp jest stosunkowo prosty. Największą trudność sprawia dotarcie do pacjentów samotnych lub z silnym poczuciem osamotnienia i abnegacji.

W większości przypadków w postępowaniu z chorymi terminalnymi personel medyczny stosuje zasadę tzw. „zastrzeżonej świadomości”, czyli nieujawniania pacjentowi pełnej prawdy o spodziewanym, niepomyślnym rokowaniu co do jego życia.

Często okazuje się, że takie postępowanie jest słuszne i jedyne do przyjęcia przez chorego. Zależy to jednak od indywidualnych cech osobowości pacjenta. Czasami odnosimy jednak wrażenie, że zatajanie bądź odwlekanie prawdy o zbliżającej się śmierci jest nie tyle oszczędzaniem pacjenta, co nas samych, ponieważ łatwiej jest nam pracować z chorym nieświadomym stanu swojego zdrowia lub nieuchronnie zbliżającej się śmierci.

Zdarza się nawet, że inteligentny, wrażliwy pacjent, chcąc oszczędzić rodzinie i personelowi medycznemu niezręcznych, trudnych sytuacji, udaje, a nawet symuluje stan poprawy.

Wynika to najprawdopodobniej z tego, że zatraciliśmy w sobie koncepcję przeżywania śmierci jako zwieńczenia życia. Czasami nawet argumenty religijne nie są w stanie pomóc w przezwyciężeniu lęku ani w zaakceptowaniu nadchodzącej śmierci – czegoś, co jest przecież nieuniknione i nierozdzielnie związane z życiem.

Jako personel medyczny mamy również świadomość, że nie poznamy do końca istoty cierpienia, nie poznamy wszystkich tajemnic sprawowania opieki nad umierającymi, a możemy jedynie zbliżyć się do tej tajemnicy. Życzeniem naszym jest pełniejsze uczestniczenie w misterium życia i śmierci, w walce o życie i odkładaniu jak najdalej godziny śmierci. Dlatego warto szukać wsparcia u osób z dużym doświadczeniem w tej trudnej materii.

Pytana o przygotowywanie do pracy hospicyjnej Cecylia Saunders odpowiedziała:

„Trzeba się uczyć opieki nad umierającymi od nich samych. Dzieje się tak jednak tylko wówczas, gdy spogląda się na nich z respektem, nigdy tylko z litością, i gdy daje się im okazję do uczenia. To oni przekonują nas, że strach przed śmiercią można pokonać”.

Ta anglikańska pielęgniarka, ochotniczka opiekująca się w 1940 roku rannymi lotnikami w czasie bitwy o Anglię, zetknęła się z jednym z nich, Dawidem Taśmą, zaraz po wojnie, kiedy chory na nowotwór złośliwy konał w męczarniach na pięćdziesięciolóżkowej sali szpitala św. Łukasza w Londynie. Zaprzyjaźniony z pielęgniarką Saunders Polak omawiał potrzebę udoskonalenia lekarskiej sztuki łagodzenia cierpień i stworzenia specjalnego szpitala, w którym ludzie umieraliby z godnością. Złożył on na ten cel pierwszą cegiełkę w wysokości 500 funtów².

Autorka słynnej książki pod tytułem *Śmierć i umieranie* Elżbieta Kübler-Ross urodziła się w zamożnej szwajcarskiej rodzinie jako jedna z trzech identycznych trojaczek.

Wcześniej zetknęła się z działalnością Alberta Schweitzera i postanowiła zostać lekarką. Pełna zapału i ideałów pracowała na oddziale dermatologicznym w Zurichu, gdzie od swojego przełożonego, polskiego lekarza dr Weitza, dowiedziała się o pilnej potrzebie niesienia pomocy medycznej w udręczonej wojną Polsce. Obiecała mu, że gdy tylko nadarzy się taka okazja, pojedzie do Polski z misją medyczną. Nastąpiło to szybko, wbrew zastrzeżeniom rodziny Elżbieta Kübler zaciągnęła się w szeregi Międzynarodowej Ochotniczej Służby dla Pokoju.

Pokonując duże trudności, pracując po drodze jako robotnica rolna, Elżbieta przedostała się do Polski, gdzie po nauczaniu się polskiego pracowała w szpitalu polowym, asystując polskiemu felczerkom. Jednym z pacjentów było chore na tyfus, ostatnie żyjące dziecko matki, której mąż i dwanaścioro dzieci zginęło w obozie na Majdanku. Elżbieta wraz z matką chłopczyka zaniosiła dziecko do szpitala w Lublinie, gdzie wymogła na lekarzu przyjęcie małego. Po pewnym czasie dowiedziała się, że chłopiec wyzdrowiał. Wdzięczna matka ofiarowała jej wtedy zawiniątko „poświęconej polskiej ziemi”. Dla Elżbiety był to najcenniejszy dar, jaki kiedykolwiek w życiu otrzymała³. Po wyjściu za

² Cecylia Saunders zbierała potem przez wiele lat fundusze, studiując na uniwersytecie na kilku wydziałach, w tym także medycynę. Szpital przez nią zaplanowany i zbudowany jako Hospicjum Św. Krzysztofa został otwarty w Londynie w 1967 r. i stał się modelową placówką dla oddziałów tego typu na świecie, upowszechniając ideę opieki nad chorymi terminalnymi.

³ Elżbieta Kübler powróciła do Szwajcarii, gdzie ukończyła studia medyczne.

mąż wyjechała do Stanów Zjednoczonych. Zabrała tam ze sobą przeświadczenie, „że medycyna ma granice i jest to fakt, którego nie uczą na studiach. Nie uczą także, że współczujące serce może uzdrowić niemal wszystko. Kilka miesięcy na wsi przekonało mnie, że bycie dobrym lekarzem nie ma nic wspólnego z anatomią, chirurgią czy przepisaniem właściwego lekarstwa. Największa pomoc, jaką lekarz może udzielić pacjentowi, polega na tym, że będzie wrażliwym, troskliwym, oddanym człowiekiem”.

Kübler-Ross podjęła się pionierskiej pracy, przecierając drogę nowej dziedzinie, nauce o śmierci i umieraniu – tanatologii.

Analizując zgromadzony materiał, wyróżniła ona pięć głównych etapów umierania: odrzucanie prawdy, bunt, targowanie się z losem, depresja i przyzwolenie.

W pracy *Death: the final stage of Growth* z 1975 roku ujęła je jako opór, załatwianie spraw, otwarcie się na transcendencję, zbliżenie się do uniwersalnej miłości.

W swoich seminariach mówiła, że „każdy życiowy problem jest darem dającym okazję do wzrostu. W życiu każdego człowieka aktywizują się kolejno kwadrant fizyczny, emocjonalny, intelektualny i wreszcie duchowy. Gdy zbliżamy się do śmierci, funkcjonujemy niemal wyłącznie w oparciu o kwadrant duchowy. Umierający, niezależnie od wieku wydają się przepelnieni mądrością”.

Przez wiele lat powtarzała „Żyj tak, żebyś nie musiał żałować tego, co zrobiłeś, czy żałować, że nie zrobiłeś czegoś inaczej. Żyj uczciwie i pełnią życia”. Sama zawsze stosowała te zasady. U kresu życia, osobiście doświadczona ciężką chorobą napisała:

„Dawnymi czasy medycyna zajmowała się uzdrawianiem, a nie zarządzała leczeniem w kontekście ekonomicznym. Znow trzeba podjąć tę misję. Lekarze, pielęgniarki i naukowcy muszą uznać, że są sercem społeczności, tak jak duchowni są jej duszą.

Pomoc współbraciom – bogatym czy biednym, czarnym, białym, żółtym czy brązowym – musi stać się ich priorytetem.

Wiercie mnie, której zapłacono kiedyś „poświęconą polską ziemią”, że nie ma większej nagrody (...) Mimo wszystkich cierpień jestem ciągle przeciwna doktorowi Kevorkianinowi, który przedwcześnie skraca ludziom życie, dlatego, że odczuwają ból lub niewygodę. Nie rozumie on, że pozbawia ich tej ostatniej lekcji, której muszą się nauczyć, zanim przejdą dalej. Teraz ja uczę się cierpliwości i poddania. Jest to trudna lekcja, ale wiem, że Najwyższy ma swój plan. Wiem, że On zna czas, w któ-

rym opuszczę ciało jak motyl swój kokon. Jedynym zadaniem życia jest wzrost. Nie ma przypadków”.

Nikt nie może doświadczyć własnej śmierci, gdyż nikt jej osobiście w pełni nie przeżył. Niemniej jednak śmierć jest wszechobecna w naszym życiu. Różny jest sposób postrzegania śmierci zarówno przez człowieka, jak i przez kolejne epoki historyczne – od lęku i obawy poprzez pogodzenie się, aż do wyczekiwania jej. Różne są stopnie zaciemnienia i rozjaśnienia obecności śmierci (Max Scheler). Człowiek nie doświadcza bezpośrednio śmierci. Doświadcza jej pośrednio poprzez poczucie utraty bliskich, którzy odeszli. Śmierć pozostawia po nich pustkę w życiu (św. Augustyn), bolesną „obecność nieobecności” (J. Tischner). Każdego dotyka śmierć inaczej i dlatego, jeśli jest „stara jak świat”, to za każdym razem zaskakuje swoją młodością. Do każdego z nas przychodzi na nowo.

Śmierć, choć jest najbardziej indywidualnym, osobistym przeżyciem, ma również wymiar społeczny.

Spółeczności plemienne, wspólnoty religijne od zawsze w różnych formach uczestniczyły w przygotowaniu do śmierci swoich członków, towarzyszyły im w tym czasie, starając się według aktualnych poglądów, zapewnić jak najlepsze warunki umierającym.

Chrześcijaństwo w minionych epokach koncentrowało się na zapewnieniu opieki duchowej, często pomniejszając, a nawet pomijając kwestię niesienia ulgi w cierpieniu fizycznym. Nauka miłości bliźniego, ukazana przez Chrystusa na konkretnym przykładzie dobrego Samarytanina, miała jednak przełożenie na praktyczne jej zastosowanie w życiu chrześcijan. Już pierwsze gminy judeochrześcijańskie praktykowały instytucjonalnie opiekę nad ubogimi i chorymi przez posługę diakonów. Z pierwszym dokumentem Kościoła dotyczącym opieki nad chorymi spotykamy się w uchwałach Soboru Nicejskiego w 325 roku; w kanonie 70 ustalono, że każde miasto powinno posiadać przytułek dla chorych, pielgrzymów i ubogich, w miejscu odosobnionym i pod nadzorem zakonnika”. Najstarszą znaną fundacją szpitalną był przytułek ufundowany przez matronę rzymską Fabiolę w Rzymie w 381 roku.

Naszym życzeniem byłoby, aby w polskiej rzeczywistości, pewna nieunikniona forma samotności chorego terminalnego, wynikała jedynie z charakteru tego procesu, a nie była potęgowana przez wadliwy system opieki zdrowotnej czy też aspekty finansowe, które ograniczają dostęp chorego do leczenia specjalistycznego w chwili, gdy to leczenie ma największą skuteczność. Skazują one chorego na przedłużający się okres

wyczekiwania, kiedy o pomyślnym rokowaniu decyduje właśnie walka z czasem. Najczęściej jednak w chwili podjęcia leczenia tego czasu chory już nie ma... Zostaje sam z ciężącym nad nim wyrokiem, a my lekarze z bezradnością medycyny wobec tak zaawansowanego procesu chorobowego.

Z tego rodzaju samotnością można walczyć, podejmując wysiłki w celu uzdrowienia systemu opieki zdrowotnej i przede wszystkim uświadamiając sobie wielką potrzebę powrotu do odwiecznych wartości medycyny i prawd naturalnych. A także chęci oraz determinacji do tej walki nam wszystkim życzę.

Bibliografia

1. *Encyklopedia katolicka* (2008), Lublin.
2. Kübler-Ross E. (2000), *Koło życia*, Warszawa.
3. (1995), red. T. Gadacz SP Kraków. *Śmierć i umieranie* (1975), red. L. Pearson, Warszawa.
4. *Wypisy z ksiąg filozoficznych o życiu o śmierci* (1995), red. T. Gadacz SP, Kraków.

Andrzej Mirski

Cierpienie jako dolegliwość i stan psychiczny

Zagadnienie cierpienia w psychologii

Zagadnienie cierpienia jest jednym z najważniejszych problemów całej ludzkości. Jest to problem niesłychanie ważny również w czasach współczesnych – świat przepełniony jest cierpieniem. Stosunek do cierpienia jest obecnie jednym z najważniejszych zagadnień naukowych, filozoficznych, politycznych, moralnych i religijnych.

Niestety, problematyka cierpienia rzadko jest poruszana w piśmiennictwie psychologicznym. Psychologowie wolą używać takich określeń jak trauma, depresja lub dystymia, czują się bowiem bardziej komfortowo, używając terminów *stricte* medycznych. Chętniej też skupiają się na opisywaniu poszczególnych, elementarnych emocji, np. smutku, oraz ich przejawów lub konsekwencji behawioralnych. Być może dzieje się tak dlatego, że w ogóle obecnie w psychologii unika się używania pojęć, których wskaźniki są trudne do obiektywnego wyodrębnienia (Zalewska, 2009).

Cierpienie jest bowiem stanem bardzo złożonym. Zawiera ono w sobie zarówno czynniki obiektywne je wywołujące, jak i też bardzo skomplikowaną mieszaninę różnych uczuć. Czynniki obiektywne mogą mieć

charakter zarówno zewnętrzny (np. niekorzystne bodźce płynące ze środowiska lub bardzo trudna sytuacja), jak i wewnętrzny (choroba somatyczna lub psychiczna lub też po prostu niekorzystny, lecz mieszczący się jeszcze w granicach zdrowia stan fizyczny lub psychiczny). Jednak to, co dla jednych będzie cierpieniem, dla drugich okaże się fascynującym i radosnym wyzwaniem (na przykład doświadczenie sytuacji stresowej, ryzyka, niebezpieczeństwa, publicznej ekspozycji).

Cierpieniu towarzyszą złożone emocje: smutek o zróżnicowanym nasileniu, lęk, rozdrażnienie, agresja, pogarda, wstręt, poczucie winy i wstydu. Ale czasami wręcz przeciwnie – poczucie współczucia, podziwu, dumy i nawet satysfakcji. Trudno się zatem dziwić, że cierpienie uważa się w psychologii za termin bardzo trudny do obiektywnego wyodrębnienia i badawczej operacjonalizacji. A jednak nie sposób uciec od tej tematyki. Cierpienie jest stanem związanym nierozzerwalnie z losem ludzkim, z kondycją człowieka.

Ograniczanie się tylko do poszczególnych emocji lub stanów psychopatologicznych powoduje zagubienie istotnych treści. Wyniki badań osób dorosłych pokazują, że cierpienie jest znacznie lepszym predykatorem popełnienia próby samobójczej niż sam tylko poziom depresji czy lęku (Zak, Trosińska, 2009). Odwołanie się do pojęcia cierpienia lepiej przybliży też do aktualnych przeżyć danej osoby niż ograniczanie się tylko do samych emocji lub też terminów psychiatrycznych. Cierpienie ma ludzki, egzystencjalny charakter i dlatego używanie takiego pojęcia bardziej sprzyja osobowemu i godnemu podejściu do pacjenta, niż stosowanie stechniczowanego języka. Artykuł ten poświęcony jest istotnemu rozdzieleniu oceny zjawiska cierpienia jako określonej dolegliwości i jako stanu psychicznego. Dzięki temu można przede wszystkim wyodrębnić obiektywną i subiektywną komponentę cierpienia.

Dolegliwość byłaby zatem czynnikiem obiektywnym cierpienia. Może to być dolegliwość zewnętrzna (negatywne bodźce lub dyskomfortowa sytuacja) lub dolegliwość wewnętrzna (choroba somatyczna lub psychiczna albo też somatyczny lub psychiczny dyskomfort). Czynnikiem subiektywnym cierpienia jest stan psychiczny towarzyszący dolegliwości obiektywnej. Zazwyczaj jest to stan, w którym dominują emocje negatywne, może jednak się zdarzyć, iż pewnej dolegliwości obiektywnej towarzyszą emocje pozytywne lub też dominują one nad emocjami negatywnymi. Może tak się zdarzać u ludzi niezwykle dzielnych, odpornych psychicznie, czerpiących dumę i satysfakcję ze swojego poświęcenia (wtedy mamy do czynienia z moralnymi cnotami). Natomiast u osób o skłonnościach

cierpiętniczych czy masochistycznych (wtedy mamy raczej do czynienia z psychopatologią). Należy jednak pamiętać, że są takie dolegliwości, do których jednostka nie jest w stanie się w pełni zaadaptować i przeżywać pozytywnie – na przykład ból.

Dolegliwość pochodzenia wewnętrznego natury psychicznej (np. zaburzenie psychiczne) nie jest tym samym, co sam subiektywny stan psychiczny, choć się z nim wiąże. Niektóre zaburzenia psychiczne, jak mania czy moria, mogą paradoksalnie powodować pozytywne stany wewnętrzne, a nawet ekstazę. Również niektóre psychopatie (choć nazwa ta dosłownie oznacza cierpienie psychiczne), jak psychopatia obsesyjna czy narcystyczna, mogą prowadzić do podwyższonego nastroju. Z kolei jednostka może aktywnie przeciwdziałać negatywnym emocjom powodowanym przez takie zaburzenia, jak depresja, które normalnie prowadzą do znacznego obniżenia nastroju.

Etyczne aspekty cierpienia

Z punktu widzenia etycznego zadawanie jednostce cierpienia jest moralnym złem. Bywają sytuacje, w których jednostka musi doświadczyć niekorzystnej sytuacji w przypadku, gdy musi ponieść konsekwencje swoich działań (na przykład w postaci uzasadnionej kary) lub gdy należy odmówić jej czegoś, co jej się nie należy. Moralna zasada zatem brzmi, że złem jest zadawanie jednostce lub grupie ludzi (a także zwierzętom) cierpienia ponad absolutną niezbędną wynikającą z sytuacji (niezbędność ta też powinna podlegać dyskusji lub negocjacji). Jednostka również nie powinna zadawać sama sobie cierpienia, a w każdym razie ponad niezbędną konieczność w pewnych sytuacjach. Bezmyślne zadawanie sobie samemu cierpienia jest bowiem czynnikiem zwiększającym ogólną sumę cierpień, a zmniejszającą ogólną ilość szczęścia (jest to więc zło z punktu widzenia etyki utylitarystycznej). Zadawanie sobie samemu cierpienia powoduje też cierpienie najbliższych, a także konieczność przydziału ograniczonych środków na ratowanie takiej osoby, środków, które mogłyby posłużyć innym ludziom, którzy doświadczają cierpienia w sposób niezawiniony. Cierpienie jako dolegliwość jest złem (choć nie zawsze o zło moralne możemy oskarżać powodujące go byty, na przykład trudno oskarżać bakterie czy piorun). Takie kategorie moralne jak dobro i zło możemy odnosić wyłącznie do ludzi, inaczej dokonujemy błędu antropomorfizacji. Natomiast moralnym złem jest zostawienie człowieka

bez pomocy, gdy pozostaje bez pomocy w trudnej sytuacji, spowodowanej przez czynniki, które same w sobie o zło oskarżać nie możemy (a więc w chorobie, w skutkach powodzi, pożaru *etc.*). Moralnym dobrem jest natomiast zwalczanie lub zapobieganie cierpieniu.

Cierpienie jako stan umysłu jest również sytuacją niekorzystną. Jednakże oskarżanie samego siebie o to, tylko cierpienie pogarsza, dlatego powinno tutaj obowiązywać bardziej pozytywne podejście. Moralnym dobrem jest niesienie innym lub samemu sobie ulgi pomocy w cierpieniu jako stanie wewnętrznym. W stosunku do innych jest to dobro współczucia, empatii i wsparcia, w stosunku do samego siebie także dobro dzielności.

Rozwojowy aspekt cierpienia

Jednym z powodów, dla których czasami trudno jest ocenić rolę cierpienia, jest jego aspekt rozwojowy, czyli to, jak w dalszym ciągu wpłynie ono na życie i rozwój jednostki. Cierpienie jest zawsze sytuacją trudną – zarówno w sensie czynników zewnętrznych, jak i wewnętrznego przeżycia. Czasami jednak – w aspekcie rozwojowym – może okazać się bardziej korzystne niż niekorzystne. Tych odległych skutków zwykle nie można w pełni przewidzieć, co w połączeniu z dolegliwością samego cierpienia powoduje, iż w zasadzie (poza absolutnymi wyjątkami) nie powinno się dostarczać cierpienia (a co więcej powinno się je w miarę możliwości eliminować), nawet jeżeli cierpienie mogłoby być potencjalnie korzystne. Niemniej umiarkowane cierpienie ma często pozytywne skutki dla jednostki, zarówno w bliższym, jak i dalszym czasie. Brak jakiegoś ważnego dobra dla jednostki jest potencjalnym, a często i realnym (zależnie od konstrukcji psychicznej) źródłem pewnego cierpienia – ale jednocześnie jest wręcz z definicji źródłem jednego z najpotężniejszych motorów ludzkiego działania i rozwoju, czyli motywacji. W perspektywie krótkoterminowej pozwala się nam to zmobilizować i podjąć działania, co szybko podnosi nastrój i pozwala nam się, paradoksalnie – poczuć lepiej, zwłaszcza jak mamy nadzieję na realizację celu. W perspektywie długoterminowej posiadane braki mobilizują nas do podjęcia nauki, pracy nad samym sobą, do samorefleksji – co daje oczywisty pożytek rozwojowy. Ale nawet pozytywny charakter tego cierpienia nie zmienia podstawowej zasady pragmatycznego i moralnego dobra jego eliminacji. Słowem, pewna frustracja jest korzystna, ale tylko pod warunkiem, że ją wyeliminujemy, sama zaś jej eliminacja – czyli realizacja braku czegoś – jest (czy

dla siebie, czy dla kogoś innego) działaniem dobrym (pod warunkiem, że to coś nie jest szkodliwe w sensie bieżącym czy rozwojowym). Nie należy mimo to innych (ani także samego siebie) specjalnie frustrować, a rzecz zostawić naturalnej surowości życia, którą ekonomiści angielscy nazywają *scarcity of goods*, uważając to zjawisko za podstawę rozwoju ekonomii. Polega ono na tym, że zwykle i tak nam wielu rzeczy brakuje w sposób naturalny, co wystarczająco nas mobilizuje do działania – nie należy tego forsować specjalnie, czyli dostarczać cierpienia.

Z drugiej strony – jeżeli chodzi o dobro eliminacji cierpienia – dotyczy ono cierpień znacznie poważniejszych niż drobnych frustracji każdego zdrowego człowieka – te każdy powinien usuwać na własną rękę, mając dzięki temu motywację, działając i rozwijając się. Gdy przesadnie usuwamy przeszkody czy frustracje innych ludzi, którzy sami mogliby je zwalczyć, wtedy działamy niemoralnie, gdyż ich deprawujemy, szkodząc ich rozwojowi. Naruszamy też przez to zasadę sprawiedliwości (tę samą pomoc można byłoby dostarczyć tym, którzy jej naprawdę potrzebują). Moralna eliminacja cierpienia dotyczy usuwania źródeł zrozumiałej i dotkliwej frustracji tych, którzy sami nie mogą jej usunąć, jak i usuwania innych, poważniejszych cierpień. Źródłem cierpienia jednostki może być czasem nasza odmowa dotycząca zaspokojenia jakichś potrzeb drugiego człowieka. Nie mamy bowiem moralnego obowiązku zaspokajać potrzeb wszystkich ludzi, zwłaszcza jeżeli ograniczałoby to naszą wolność i prawa. Słuszne moralnie jest odmawianie czegoś, co drugiej stronie ewidentnie się od nas nie należy, a więc żądań nieuprawnionych – w ten sposób chronimy sami siebie i bierzemy udział w ich społecznym wychowywaniu. Dlatego asertywność jest nie tylko pożądaną cechą psychiczną – jest także cnotą. Gdy jednak ktoś znajdzie się w gwałtownej, tragicznej sytuacji, pragnienie pomocy z jego strony jest moralnie uzasadnione i wtedy nie powinniśmy jej odmówić, nawet jeżeli jest w stosunku do nas osobą obcą. Tym bardziej nie powinniśmy odmawiać pomocy osobom, wobec których mamy określone zobowiązania. Podobnie słuszne jest odrzucenie czyjejs oferty (oferty pracy czy też oferty biznesowej), jeżeli uznamy, że nie jest ona korzystna dla nas lub naszej instytucji). Słuszna też jest rezygnacja już z zaistniałej takiej oferty (zerwanie umowy lub zwolnienie z pracy), zgodnie z istniejącym prawem, jeżeli jednostka nie wykonuje należycie swoich obowiązków. Jest to często źródło bolesnej frustracji, więc należy to robić w miarę łagodnie i dyplomatycznie, lecz jednostka będzie miała dzięki temu możliwość pracy nad sobą i własnego rozwoju. Najtrudniejsza i najbardziej kontrowersyjna jest kwestia kary, która

jest zadawaniem cierpienia dla celów wychowawczych i odstrasżających. Jeżeli kara jest uzasadniona, niezbyt dotkliwa i rzeczywiście spełni taką funkcję – to jednocześnie działa korzystnie rozwojowo. Należy jednak pamiętać o tym, że bardziej skuteczne są nagrody.

Cierpienie jako stan subiektywny i obiektywny

Bardzo istotne jest odróżnienie pomiędzy cierpieniem rozumianym jako pewną zewnętrzną wobec człowieka sytuację, dla niego trudną i sprzeczną z bieżącymi potrzebami organizmu, a cierpieniem jako stanem subiektywnym umysłu. Często te pojęcia myli się ze sobą lub po prostu nie odróżnia. Jest to o tyle zrozumiałe, że na pewnym podstawowym poziomie, zjawiska te łączą się mocno ze sobą, a w każdym razie jedno pociąga za sobą drugie. Nasz mózg jest bowiem tak skonstruowany, że na sytuację dla organizmu trudną i sprzeczną z jego bieżącymi potrzebami reaguje określonym stanem subiektywnym. Stan ten łączymy z negatywnymi doznaniem fizjologicznymi i emocjonalnymi, jak również z określonymi reakcjami, zarówno natury świadomościowej, poznawczej, jak również natury ruchowej i fizjologicznej. Łącznie określamy je jako cierpienie w sensie subiektywnym. Automatyzm ten zachodzi zwłaszcza na płaszczyźnie fizjologicznej, a więc niekorzystna sytuacja związana z naruszeniem powłok ciała lub inne zakłócenie jego organicznej aktywności wiąże z poczuciem bólu. Niemniej i tutaj są pewne ograniczenia tego automatyzmu – warunkiem koniecznym do jego odczuwania jest bowiem przytomność organizmu – gdy jest on nieprzytomny, nie odbiera on takiej sytuacji w postaci fizycznego dyskomfortu. Wiemy też, że nawet na poczucie bólu jesteśmy w stanie wpłynąć, możemy je zmniejszać (za pomocą wewnętrznych lub zewnętrznych środków), możemy je także potęgować. Relatywnie jednak wobec tego cierpienia jesteśmy najbardziej bezradni, jest ono też zwykle najbardziej dotkliwe. Dlatego też mamy bezwzględny moralny obowiązek eliminacji cierpienia fizycznego, jak również bezwzględny moralny zakaz jego stosowania. Rzecz jasna, dotyczy to także stosowania kar – w żadnym razie nie powinno stosować się kar fizycznych. Oczywiście pamiętać należy, że ostry ból ma z punktu widzenia adaptacji pewne korzystne strony – ostrzegawcze. Ale eliminacja jego jest zawsze dobrem – inaczej może przejść w ból przewlekły, a zastosowanie – zawsze złem. Ból przewlekły jest natomiast stanem jednoznacznie niekorzystnym i tym bardziej musi być zwalczany. W innych

przypadkach nie ma już takiego automatyzmu pomiędzy sytuacją trudną a subiektywnym odczuciem cierpienia. Ta sama trudna sytuacja dla jednych ludzi jest źródłem intensywnego cierpienia, dla drugich zaś może być nawet źródłem radości. W ogromnym stopniu zależy to od tego, jak owa trudna sytuacja jest przeżywana, interpretowana, jakiej dokonuje się wobec niej atrybucji, jakie są możliwości jej zażegnania. Decydują też tutaj w znacznym stopniu czynniki osobowościowe. Dlatego też najpierw omówię klasyfikację sytuacji powodujących cierpienie, a następnie wymienię najważniejsze składowe subiektywnego przeżycia cierpienia.

Rodzaje sytuacji powodującej cierpienie jako stanu obiektywnego

Najważniejsze rodzaje sytuacji powodujących cierpienie to:

1. Sytuacja patogenna: powodująca zagrożenie życia, uszczerbek na zdrowiu lub obciążająca;
2. Sytuacja frustracji hedonistycznej;
3. Sytuacja frustracji społecznej;
4. Sytuacja frustracji eudajmonicznej.

Sytuacja patogenna to stan, w którym organizm poddawany jest czynnikom naruszającym czy uszkadzającym tkanki, pogarszającym funkcjonowanie organizmu, deprywującym dostarczanie tlenu, płynów, czynników odżywczych czy danych sensorycznych oraz ograniczającym swobodę ruchu. Są to zatem sytuacje bicia, więzania, głodzenia, deprywacji sensorycznej *etc.* Należy tu także sytuacja choroby, wypadku lub jakiegokolwiek innego zagrożenia życia lub zdrowia. Stany te zwykle powodują noocepcje, a więc doznania bólowe, co automatycznie wiąże się z fizycznym cierpieniem. Doprowadzanie innych ludzi do takich stanów jest moralnie złe, uwalnianie innych od nich jest moralnie dobre. W wyjątkowych sytuacjach można narażać człowieka na ból, ratując mu zdrowie, życie czy pomagając w szczególnych sytuacjach. Człowiek ma także moralny obowiązek chronić się przed takimi stanami i uwalniać od nich, choć w imię wyższych racji może je ryzykować. Do takiego ryzyka nie powinien jednak zmuszać ani nakłaniać innych.

Sytuacja frustracji hedonistycznej jest to pozbawienie oczekiwanej przyjemności. Nie wywołuje ona bólu, ale może wywołać psychiczną przykrość, a nawet cierpienie, zwłaszcza u dzieci lub osób nazbyt rozpieszczonych i egocentrycznych. Człowiek dojrzały potrafi zniwelować lub osłabić cierpienie związane z taką sytuacją, choć powinien też umieć

wyrazić oburzenie lub protest, jeżeli pozbawiono go przyjemności, do której miał prawo (taka umiejętność wchodzi w skład asertywności). Oczywiście moralnie złe jest frustrowanie niesprawiedliwe, złośliwe, pozbawianie człowieka czegoś, do czego miał prawo (spokoju, komfortu, obiecanej nagrody, atrakcji zagwarantowanej ofertą *etc.*). Frustracja hedonistyczna jest jednak dopuszczalną metodą wychowawczą w postaci zasłużonej kary. Jest uzasadniona i sprawiedliwa także wtedy, gdy jednostce nie należy się określona przyjemność (np. nie wynika z oferty) lub gdy może jej zaszkodzić. Psychicznie dojrzała jednostka posiada umiejętność frustrowania czasem samej siebie w ten sposób (odraczanie gratyfikacji, wybieranie czynności ważniejszej lub mniej przyjemnej). Nie powinno to być jednak działanie w stosunku do siebie złośliwe lub destrukcyjne lub też nadmiernie submisyjne wobec nieuzasadnionych potrzeb innych, ale zgodne z własną wolą i przekonaniem. Wtedy jest zwykle przykre tylko na początku (frustracja początkowa), potem szybko następuje poczucie satysfakcji i zadowolenia z samego siebie.

Sytuacja frustracji społecznej wiąże z odrzuceniem społecznym, krytyką, osłabieniem pozycji społecznej lub uniemożliwieniem społecznych i interpersonalnych aspiracji. Sytuacja ta w naszym społeczeństwie jest częstym źródłem cierpienia, zwłaszcza u osób niepewnych siebie, o niskim poczuciu własnej wartości, zależnych od innych, głównie u dzieci i młodzieży. Osoba dojrzała potrafi radzić sobie z tą sytuacją, być odporną na niesłuszną krytykę lub potraktowanie niesprawiedliwe (lub asertywnie na to zareagować), zaś słuszną krytykę czy ostre potraktowanie uznać za punkt wyjścia do dalszej pracy nad sobą. Frustracja społeczna jest moralnie dopuszczalna, jeżeli jest sprawiedliwa, uzasadniona i nie przyjmuje nazbyt drastycznej i raniącej formy. Odpowiednia pozycja społeczna wymaga określonych kwalifikacji i zaangażowania, podlega też zasadzie konkurencji, dlatego jeżeli człowiek nie odniósł sukcesu (przy sprawiedliwym potraktowaniu), nie może mieć poczucia żalu, ale powinien nadal pracować nad sobą. Podobnie jest w sytuacjach aspiracji interpersonalnych, gdzie aby zasłużyć sobie na względy innej osoby (przyjacielskie czy miłosne), trzeba dla niej reprezentować określone wartości i podjąć określone działania. Tu również zresztą działa zasada konkurencji, z tym że zasada odpowiedniego doboru jest ważniejsza od sprawiedliwości (chyba że za sprawiedliwy uznamy odpowiedni dobór). Jednostka dojrzała sama może zastosować wobec siebie pewną frustrację społeczną, wybierając raczej niezależność, poświęcając czas raczej pracy niż aktywności towarzyskiej.

Sytuacja frustracji eudajmonicznej oznacza blokowanie ważnego źródła satysfakcji, realizowania ważnych celów. Dla ludzi zorientowanych na rozwój i twórczą pracę oraz na wyższe wartości może być też źródłem poważnego cierpienia, zazwyczaj (choć nie zawsze) dysponują oni zasobami, aby radzić sobie z tym problemem. Wyjątkowo niemoralne jest niesprawiedliwe lub złośliwe blokowanie możliwości satysfakcji innym osobom, tym bardziej że potrzeby eudajmoniczne, w odróżnieniu od hedonistycznych, służą rozwojowi tej osoby, a także reszcie społeczeństwa, są więc niejako dobrem i wartością społeczną. Niemniej w tej dziedzinie obowiązują zasady kompetencji (a przynajmniej zadatków na nią) sprawiedliwości i konkurencji. Nie wszystkie pragnienia eudajmoniczne można od razu zrealizować, trzeba być przygotowanym na liczne porażki po drodze i uznać je za punkt wyjścia do pracy nad sobą. W pragnienia eudajmoniczne z góry należy wkalkulować opór materii. Natomiast jednostka nie powinna w stosunku do samej siebie stosować frustracji eudajmonicznej, rezygnując ze swoich celów i pragnień, np. poprzez zależność od innych lub słabość charakteru. Mamy moralny obowiązek realizowania swojej misji (charyzmy) w życiu.

Składowe cierpienia jako stanu subiektywnego

Cierpienie jako zjawisko subiektywne posiada kilka składowych związanych z funkcjonowaniem ludzkiego umysłu i budową układu nerwowego: składową fizjologiczną, emocjonalną oraz świadomą. Najłatwiej jest to objaśnić na modelu mózgu trójjednego McLeana (1949: 338–353). Według tego modelu mózg człowieka składa się z trzech części odpowiadających jego rozwojowi filogenetycznemu (a w ślad za nim rozwojowi ontogenetycznemu). Jest to tak zwany mózg gadzi, odpowiadający przede wszystkim za reakcje fizjologiczne (anatomicznie jest to obszar pnia mózgu), mózg ssaczy (anatomicznie jest to układ limbiczny), odpowiadający za proste reakcje emocjonalne oraz mózg specyficznie ludzki (kora mózgowa), odpowiadający za samoświadomość, myślenie, planowanie, empatię i wyższe uczucia. Każdy z tych obszarów mózgu jest odpowiedzialny za określoną formę cierpienia. Jednocześnie mózg ludzki ma charakter hierarchiczny, to znaczy jego wyższe obszary są w stanie kontrolować niższe, co niejednokrotnie wymaga jednak pewnego wysiłku.

- **Składowa fizjologiczna: ból i dyskomfort**

Składowa fizjologiczna cierpienia odpowiada przede wszystkim za najbardziej dotkliwą i najtrudniejszą jego formę, czyli za ból. Na szczęście ta składowa cierpienia występuje przede wszystkim w sytuacji patogennej, choć inne rodzaje cierpienia mogą czasem ją wywołać na drodze psychosomatycznej. Ból jest trudny, ale możliwy do zmniejszenia i do opanowania, dzięki pracy trzeciej instancji, kory mózgowej, zresztą zarówno naszej, jak i innych ludzi. Są różne metody zmniejszania, a nawet likwidacji bólu na drodze psychicznej – różne formy technik autosugestii, autohipnozy, medytacji, kontemplacji, desensytyzacji, muzykoterapii *etc.* Podobne metody możemy też stosować do innych ludzi zagrożonych bólem lub inni ludzie w stosunku do nas – wtedy nie dodajemy przedrostka *auto*, tylko mówimy o technikach sugestii czy hipnozy. Ale – kierowani przez korę mózgową, i wykorzystując pracę umysłów innych ludzi – możemy sięgnąć po środki farmakologiczne, coraz lepiej i skuteczniej eliminujące ból. Ta możliwość panowania wyższej instancji mózgowej nad niższymi obejmuje także działania wzajemne oraz przede wszystkim działania wspólne, jak wspólny postęp ludzkości w walce z bólem, oraz wspólne zasady moralne, wedle których zwalczanie bólu u innych jest moralnym dobrem, a zadawanie bólu innym moralnym złem. Składowa fizjologiczna cierpienia może też przyjmować łżejszą formę, a więc poczucia dyskomfortu, pojawiające się w sytuacji silnego obciążenia organizmu (w skrajnym przypadku też czasem powodującą ból, np. przy intensywnych ćwiczeniach czy uprawianiu sportu). Umiejętność świadomego zniesienia takiego dyskomfortu w imię wyższych celów jest istotnym aspektem dzielności.

- **Składowa emocjonalna: negatywne emocje**

Składową emocjonalną cierpienia stanowią negatywne emocje, zwane także emocjami awersyjnymi. Generalnie emocje ludzkie możemy podzielić na pozytywne i negatywne. Z ośmiu podstawowych emocji wyróżnionych przez Tomkinsa (1962) zainteresowanie i radość zaliczamy do pozytywnych, natomiast udrękę, wstyd, odrazę, strach i wściekłość do negatywnych. Ósmy rodzaj emocji, zdziwienie, można określić jako zasadniczo neutralne, nabywające kolorytu pozytywnego lub negatywnego w zależności od emocjonalnej treści zdziwienia. Najwięcej cierpienia sprawia emocja udręki, ale należy pamiętać o tym, co pozostałe emocje negatywne bardzo często cierpieniu towarzyszą, lub same w sobie są od-

czuwane jako cierpienie. Plutchik (1962) stworzył również teorię ośmiu podstawowych emocji, ale tworzą je smutek, odraza, złość i strach jako negatywne, radość i akceptacja jako pozytywne oraz zdziwienie i antycypacja jako neutralne. Co ważne, emocje te mogą się łączyć ze sobą, tworzyć emocje złożone tzw. diady. Mogą być one zarówno natury pozytywnej, jak miłość, która jest połączeniem radości i akceptacji, jak i negatywnej, jak posępność, która jest połączeniem smutku i złości. Te podstawowe emocje rodzą się w układzie limbicznym, w złożonym kręgu neuronalnym, formującego pierścień (limbus) wokół wzgórza i pnia mózgu. Obszar ten, obejmujący hipokamp, sklepienie, ciała suteczkowe podwzgórza, jądra przednie wzgórza oraz zakręt obręczy, jak również ich funkcje, zostały po raz pierwszy opisane przez Papeza (1937). McLean (1949) w swojej teorii dodał do nich jeszcze dwie bardzo ważne struktury: jądro migdałowe oraz przegrodę. Uważa się obecnie, że układ limbiczny w powiązaniu z podwzgórzem i śródmózgowiem stanowią funkcjonalną całość w kształtowaniu zachowań emocjonalnych.

Tradycyjnie, zgodnie z koncepcją lokalizacyjną, uważa się że w systemie tym znajdują się obszary związane z emocjami przyjemnymi (układ nagrody) oraz z emocjami awersyjnymi (układ kary). Do układu nagrody należy pęczek przyśrodkowy, boczne podwzgórze i brzuszna okolica nakrywki, jądra przegrody, brzuszne prążkowie, a nawet przednie płatów czołowych, a przekazywanie impulsów odbywa się głównie za pomocą impulsów z udziałem katecholamin (noradrenaliny i zwłaszcza dopaminy). Układ kary, zwany także układem bólu ośrodkowego obejmuje grzbietową okolicę nakrywki, istotę szarą okołowodociągową śródmózgowia, przykomorowe przednie obszary wzgórza. U ludzi szczęśliwych (a także w okresie manii) silnie aktywowany jest układ nagrody, a dezaktywowany układ kary, u ludzi cierpiących zaś (oraz w okresie depresji) dezaktywowany jest układ nagrody, a aktywowany układ kary.

Nowsze koncepcje wskazują, że generalnie duże pobudzenie struktur limbicznych, zwłaszcza głębokich (wzgórza, podwzgórza wraz z ich otoczeniem) łączy się raczej z emocjami negatywnymi, czyli z cierpieniem, natomiast mniejsza ich aktywność łączy się raczej z uczuciami przyjemnymi. Wnioski te wysnuł Daniel G. Amen (2009) na podstawie długotrwałych badań i praktyki diagnostycznej i terapeutycznej. Nadczynność głębokiego układu limbicznego, które autor przenośnie nazywa jego „stanem zapalnym” owocuje bolesnymi emocjami. Układ limbiczny jest bowiem filtrem, przez który interpretujemy nasze codzienne wydarzenia. Nadczynność tego układu powoduje, iż wydarzenia te są interpretowane

przez filtr negatywny i odczuwamy cierpienie. Cierpienie psychiczne jest w znacznie silniejszym stopniu zależne od czynników subiektywnych niż fizjologiczne. Aczkolwiek ból w dużym stopniu jest uzależniony również od składowych psychicznych i, co więcej, może mieć czysto psychiczne czy neurologiczne pochodzenie, bez negatywnych czynników zewnętrznych, to cierpienie psychiczne w znacznie większym stopniu podlega oddziaływaniom wewnętrznym. Może być skutkiem zaburzeń depresyjnych, które dotyczą coraz większego procentu populacji. Wtedy cały układ limbiczno-śródmózgowy pracuje źle, jest nadmiernie aktywowany, zwłaszcza w ośrodkach „kary”. Występuje też zaburzenie aktywności endokrynej, zwłaszcza nadmierny poziom kortyzolu, co dodatkowo pogarsza pracę układu limbicznego, z zwłaszcza hipokampa. Mamy wtedy do czynienia z niezwykle dotkliwym cierpieniem psychicznym, mimo braku obiektywnych ku temu powodów.

Układ limbiczny znajduje się pod nadzorem kory mózgowej, owej trzeciej najwyższej instancji doznań emocjonalnych. Kora mózgowa, dzięki procesom myślenia i kojarzenia, wywiera kontrolujący i potencjalnie kojący wpływ na pracę układu limbicznego. Potwierdzają to zarówno prace Barda, który stwierdził, że usunięcie kotu kory mózgowej czyni z niego agresywnego potwora, czy znany przypadek Phineasa Gage'a, który po uszkodzeniu kory mózgowej przez stalowy pręt stał się osobnikiem bardzo agresywnym. Le Doux (2000) wykazał, że przetwarzanie informacji w korze przedczołowej ma zasadniczy wpływ na ocenę emocji dostarczanych przez układ limbiczny. Za jej pomocą możemy ocenić sytuację i wybrać elastyczny sposób zachowania. Przyśrodkowa kora przedczołowa bierze udział w procesie wygaszania, krótko mówiąc, informuje, że nie warto się czegoś bać lub czymś przejmować, przez co osłabia lub likwiduje negatywne emocje. Osłabienie pracy kory czołowej powoduje skłonność do persewacji, a więc powtarzanie czegoś, co staje się już niewłaściwe lub powtarzanie tych samych zachowań niezależnie od bodźców zewnętrznych. Często też może wtedy występować persewacja emocjonalna, czyli skłonność do tych samych mrocznych i awersyjnych emocji, mimo iż już nie ma do nich żadnego powodu. Ostatnie badania wskazują na to, że długotrwały stres może również pogorszyć funkcjonowanie kory czołowej.

Kora mózgowa może również, poprzez negatywne myślenie, pobudzać układ limbiczny do negatywnych emocji. Połączenie istnieje tu bowiem w obie strony. Emocje są niejako dostarczane do kory celem ich uświado-

mienia i opracowania, ale myśli, a więc wynik przetwarzania informacji, są dla układu limbicznego również materiałem do wypracowania emocji. Negatywne myśli tak samo powodują automatycznie negatywne emocje, jak i bodźce o nieprzyjemnych doznaniach czy zagrożeniach z otoczenia. Dlatego zabieg lobotomii, a więc przecięcie połączeń pomiędzy korą czołową a układem limbicznym przynosił czasem poprawę stanów depresyjnych. Koszty psychiczne tego zabiegu były ogromne, a ryzyko wielkie, dlatego też zabieg ten został porzucony. Obecnie bardzo ważną techniką terapeutyczną, sprzyjającą właściwym relacjom pomiędzy korą mózgową a układem limbicznym jest terapia (i autoterapia poznawcza). Jej podstawową zasadą jest to, że treść naszych myśli w istotny sposób wpływa na nasze doznania emocjonalne. Można opanować technikę automatycznego wyłączenia myśli negatywnych, przez co kora mózgową przestaje aktywizować awersyjnie układ limbiczny. Poprzez zaś pozytywne myślenie można wpływać na jego pozytywne działanie.

Depresja jako cierpienie psychiczne

Problem depresji jest jednym z najważniejszych problemów ludzkości – również w czasach współczesnych. Na całym świecie ponad sto milionów osób cierpi na depresję. Objawy lżejszej lub cięższej depresji dotyczą około 26% kobiet i około 15% mężczyzn (Loo, Gallarda, 1999) – jest więc to bardzo znaczna liczba, i związany z nią poważny problem społeczny. Jednocześnie obserwuje się stały wzrost liczby osób cierpiących na depresję. Depresja bardzo często jest źródłem znacznego pogorszenia funkcjonowania psychicznego, fizycznego i społecznego, jest częstym źródłem niepełnosprawności, a także prób samobójczych.

Depresja zauważona była jako poważny problem zdrowotny już w okresie starożytności. Ojciec medycyny, Hipokrates (460–337 p.n.e.) wprowadził nazwę melancholia na chorobliwe zaburzenia nastroju, natomiast określenie temperament melancholiczny przyjął na pewien sposób funkcjonowania ludzi smutnych. Obecnie wyróżniamy kilka rodzajów depresji, dość znacznie różniących się od siebie, zarówno charakterem, jak i nasileniem oraz dolegliwością objawów.

Najpoważniejszą postacią depresji jest depresja nawracająca, zwana także dużym zaburzeniem depresyjnym, dużą depresją, depresją jedno-biegunową, w której występują zaburzenia depresyjne o dużym nasileniu. Wśród niej wyróżnia się depresję melancholiczną, depresję przewlekłą,

depresję atypową i otępienie rzekome depresyjne. Poważne objawy depresyjne mogą wystąpić także w depresji sezonowej oraz poporodowej. Duża depresja jest zaburzeniem częstym, cierpi na nią obecnie około 3% populacji ogólnej (rozpowszechnienie punktowe), w skali roku liczba osób chorujących na depresję wzrasta do 6%, a w skali całego życia do 16–18%. Wskaźnik zapadalności kobiet na dużą depresję wynosi 1 do 5, a mężczyzn 1 do 10. Choć epizod dużej depresji zaczyna się zwykle po przekroczeniu 40 roku życia, coraz częściej zaczynają na nią chorować także młodzi ludzie.

Objawy depresyjne mają mniejsze nasilenie w zaburzeniu dystymicznym, zwanym niegdyś nerwicą depresyjną, natomiast często mają charakter przewlekły. Rozpowszechnienie dystymii jest podobne do dużej depresji. Bardzo groźne objawy depresyjne mogą pojawiać się w trakcie przebiegu zaburzenia afektywnego dwubiegunowego, w którym stany depresyjne przeplatane są ze stanami manualnymi lub hipomaniakalnymi. Natomiast, podobnie jak w dystymii, w zaburzeniu cyklotymicznym objawy są, ale mają charakter przewlekły i często są maskowane pod postacią objawów somatycznych, nadużywania alkoholu bądź innych substancji psychoaktywnych.

- **Koncepcja przekaźnikowa**

Tradycyjną neuropsychologiczną koncepcją depresji jest koncepcja zaburzeń neuroprzewodnictwa. W takim ujęciu depresja jest widziana jako zasadniczo zjawisko zaburzenia czynnościowego, a metody terapeutyczne, związane z podawaniem leków mają charakter objawowy. To podejście jest niejako optymistyczne diagnostycznie (zaburzenia czynnościowe są tradycyjnie uważane jako mniej głębokie niż strukturalne), ale pesymistyczne terapeutycznie (leczy się skutki, a nie przyczyny, a po dłuższym odstawieniu leków zaburzenia najprawdopodobniej wcześniej czy później powrócą). Leczenie farmakologiczne też nie ma wpływu na osobowość pacjenta.

Koncepcje przekaźnikowe przyczyn depresji poszukują w niedoborze (rzadziej w nadmiarze) pewnych neurotransmiterów. Wedle hipotezy katecholaminowej przyczyną depresji jest przede wszystkim niedobór noradrenaliny (choć mówi się też o niedoborze dopaminy). Z kolei hipoteza serotoninowa wskazuje przede wszystkim na niedobór serotoniny. Jedyną koncepcją wskazującą na nadmiarowość neurotransmiterów jest koncepcja wzmożonego przewodnictwa cholinergicznego (czyli nadmiar acetylocholino), ale jest ona jak dotąd najslabiej potwierdzona. Te kon-

cepcje w dalszym ciągu budzą spory, a także powodują, że do praktyki klinicznej wdrażane są zarówno leki o czystym działaniu serotoniner-gicznym (SSRI – selektywne inhibitory wychwyty serotoniny), jak i leki o czystym działaniu noradrenergicznym (np. reboksetyna). Jednak coraz częściej podejmowane są próby pogodzenia tych koncepcji w postaci teorii „zmienionego balansu”. Uzasadnia to fakt, że układy noradrenergiczne i serotoniner-giczne są ze sobą funkcjonalnie sprzężone, regulacja jednego wywiera wpływ na działanie drugiego. Nie udało się dotąd wyodrębnić zaburzeń depresyjnych zależnych wyłącznie od jednego rodzaju neuroprzewodnictwa. Większość efektywnych leków przeciwdepresyjnych wywiera regulacyjny wpływ zarówno na przewodnictwo noradrenergiczne, jak i na serotoniner-giczne. Wydaje się natomiast, że zaburzenia neuroprzewodnictwa w zakresie różnych neurotransmiterów powodują nasilenie różnych objawów depresyjnych. Osłabione przewodnictwo noradrenergiczne prowadzi do charakterystycznego dla depresji spadku nąpędu, podczas gdy osłabione przewodnictwo serotoniner-giczne wiedzie do wzmożonej impulsywności i do zachowań autoagresywnych (próby samobójcze) oraz agresywnych w stosunku do otoczenia.

Ostatnio bierze się także pod uwagę możliwość zaburzeń w zakresie neuropeptydów (takich jak β -endorfina, melanostatyna, neuropeptyd Y, substancja P czy wazopresyna) w etiologii depresji. Nie ulegają wątpliwości dysfunkcje w zakresie neuropeptydu, jakim jest kortykoliberyna, co omówione będzie poniżej.

- **Koncepcja strukturalna**

Wedle obecnych koncepcji depresja wiąże się ze zmianami strukturalnymi, przede wszystkim z ubytkiem neuronów oraz zahamowaniem neurogenezy w obszarze hipokampa. Uważa się, że trwały efekt leczenia za pomocą leków antydepresyjnych wiąże się w dużym stopniu z ich działaniem stymulującym na proces neurogenezy, zwłaszcza w obszarze hipokampa. Pozytronowa tomografia emisyjna (PET) u osób chorych na depresję wskazuje ponadto na zaburzenia w przepływie mózgowym oraz metabolizmu glukozy w strukturach układu limbicznego, w zakręcie obręczy i korze przedczołowej, co dowodzi redukcji tych struktur mózgu.

Zarówno w depresji, jak i w zaburzeniu kontroli impulsów stwierdza się obniżenie aktywności kory przedczołowej. Szczególnie da się tutaj zauważyć obniżenie aktywacji lewej kory przedczołowej. Co ciekawe, negatywne emocje wiążą się z ze wzmożoną aktywacją prawej kory przedczołowej. Popiera to hipotezę, że lewa półkula wiąże się bardziej

z pozytywnymi emocjami niż prawa. W depresji nawracającej badania MR wskazują mniejszą objętość jąder ogoniastych i płatów czołowych niż w grupie kontrolnej. U pacjentów depresyjnych obniżone jest wiązanie transportera dla serotoniny w korze przedczołowej, natomiast u osób, które podjęły próbę samobójczą, obserwuje się niższy stopień wiązania tego transportera w brzuszej korze przedczołowej.

Z drugiej strony w takich obszarach, jak ciało migdałowe czy środkowa część wzgórza stwierdzono nadmierną aktywność neuronów. Również Amen wskazuje, że badania SPECT wykazały nadczynność głębokiego układu limbicznego w przypadku depresji (Amen, 2009). W depresji występuje zatem wyraźna nadaktywacja obszarów związanych z przekazywaniem i integracją sygnałów emocjonalnych i stresowych a osłabieniem obszarów związanych z funkcjami kontrolnymi i poznawczymi.

Wiele przekonywających dowodów wskazuje także na istotną rolę patologii funkcjonowania zwojów podstawy na etiologię depresji. U pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi obejmującymi zwoje podstawy często stwierdza się zaburzenia depresyjne. Zaburzenia napędu psychoruchowego, które często wiążą się z dysfunkcją zwojów podstawy są także istotnym osiowym objawem wielkiej depresji (typu melancholicznego).

Obrazowe badania mózgu wskazują także na spadek aktywności w rejonie zwojów podstawy u chorych z depresją. Szczególnie istotne są tutaj zaburzenia w zakresie nieprawidłowego przewodzenia impulsów nerwowych z obszarów przedczołowych do zwojów podstawy.

- **Koncepcja neuroendokrynologiczna**

Występowanie zmian strukturalnych w mózgu w depresji wydaje się zatem dosyć dobrze udowodnione. Istotne jest jednak wyjaśnienie ich przyczyny. Współczesne badania widzą ją przede wszystkim w zaburzeniach neuroendokrynnych. One same w sobie zresztą są poważnym źródłem depresji. Ich źródłem jest przede wszystkim stres. Tak więc wyraźny biologiczny charakter depresji wcale nie wskazuje, że jego przyczyny są natury głównie biologicznej. Choć nie da się całkowicie pominąć pewnych czynników genetycznych, które odgrywają raczej rolę predyspozycji, to zasadnicza przyczyna zaburzeń depresyjnych leży jednak w środowisku, choć ta sama przyczyna w istotny sposób wpływa na biologię mózgu.

Od dawna już dostrzegano bardzo silny związek pomiędzy depresją a długotrwałe działającym stresem, głównie w okresie dzieciństwa, ale także i w okresie późniejszym (Kostowski, 2008). Długotrwały stres upośledza funkcjonowanie osi podwzgórze – przysadka – nadnercza. Stres

uruchamia zwiększenie wydzielania CRH w jądrze przykomorowym podwzgórza w wyniku aktywacji układu cAMP/PKA i zwiększenia fosforylacji zależnego od cAMP czynnika transkrypcyjnego – CREB (cAMP – response element binding protein). CRH z kolei, działając na swoiste receptory w przednim płacie przysadki mózgowej, nasila wydzielanie hormonu adrenokortykotropowego (ACTH), który z kolei pobudza syntezę i uwalnianie glikokortykosteroidów nadnerczowych (kortyzolu) w korze nadnerczy. CRH wywiera także silne działanie ośrodkowe, wywołując reakcje lękowe i depresyjne oraz wywołując zaburzenia regulacji snu i odżywiania. Mamy tutaj ponadto do czynienia ze zjawiskiem błędnego koła. Chroniczne nadmierne wydzielanie kortyzolu wiąże się bowiem ze zwiększoną syntezą i wzmocnionym wydzielaniem CRH. U chorych na depresję stwierdzano także w badaniach *post mortem* kilkakrotne zwiększenie liczby neuronów wydzielających CRH w jądrze podwzgórza. Kierunek i wielkość zmian są zależne od czasu choroby. Zwiększa się także reakcja kory nadnerczy na ACTH. W depresji wzrasta liczba syntezowanych i uwalnianych cząsteczek kortyzolu na cząsteczkę ACTH. Jest możliwe, że w depresji ilość receptorów CRH (GR) jest zbyt mała, co powoduje zwiększoną syntezę i wydzielanie podwzgórzowego CRH. Wydaje się, że pozytywnym skutkiem działania niektórych leków przeciwdepresyjnych jest zwiększanie liczby receptorów GR w hipokampie, a więc w strukturze wpływającej hamująco na syntezę i wydzielanie podwzgórzowego CRH. Wiele dowodów przemawia też za tym, że leki przeciwdepresyjne wywołują na poziomie molekularnym długotrwałe zmiany adaptacyjne, polegające na wpływie na ekspresję genów.

- **Stres a zmiany neuropsychologiczne (strukturalne i neuroprzekaznikowe) w depresji**

Wydaje się bardzo prawdopodobne, że to głównie zaburzenia w dziedzinie funkcjonowania osi HPA są głównym powodem zmian ubytkowych w zakresie OUN, charakterystycznych dla depresji. W badaniach laboratoryjnych wykazano, że bodźce stresowe, szczególnie długotrwałe, wywołują atrofię komórek piramidowych obszaru CA3 hipokampa i zmniejszają odporność na inne składniki uszkodzające, takie jak hipoglikemia czy niedotlenienie. Stres wpływa także szkodliwie na proces neurogenezy w wieku dorosłym, która występuje głównie w strefie subgranularnej w zakręcie zębatym hipokampa, a także w innych rejonach mózgu, zwłaszcza w korze asocjacyjnej. Ubytki, a także zablokowanie dalszej neurogenezy w hipokampie ma poważne konsekwencje

dla funkcji emocjonalnych i poznawczych, gdyż struktura ta jest zaangażowana w regulację reakcji emocjonalnych, a także w procesy uczenia się i pamięci, szczególnie przestrzennej, deklaratywnej i kontekstualnej. Obecnie trwają badania nad wyjaśnieniem mechanizmu destrukcyjnego działania kortyzolu na neurony i proces neurogenezy. Prawdopodobnie wpływa na to hamowanie transportu glukozy do komórek, co powoduje ich śmierć, jak również nasilenie transmisji glutaminianergiczej, która owocuje ekscytotoksycznym uszkodzeniem neuronów. Kortyzol prawdopodobnie wpływa także negatywnie na działanie czynników neurotroficznych, zwłaszcza na BDNF (*brain derived neurotropic factor*). Z kolei leki nowej generacji, które hamują negatywny wpływ stresu i kortyzolu na proces plastyczności neuronalnej, jak na przykład tianeptyna (Coaxil), wykazują szczególnie korzystne działanie antydepresyjne. Przywrócenie plastyczności neuronalnej to z punktu widzenia neuropsychologii ważny cel terapii depresji. Stres, poprzez zaburzenie funkcjonowania osi HPA, prowadzi także do trwałych zmian w funkcjonowaniu układów noradrenergicznego i serotonergicznego, a więc do zaburzeń w zakresie neurotransmiterów, charakterystycznych dla depresji. Badania na zwierzętach doświadczalnych wykazały, że zarówno bodźce stresowe, jak i podawanie kortykosteronu prowadzą do osłabienia działania układu serotonergicznego, zmniejszenia poziomu serotoniny w mózgu i zmniejszenia liczby receptorów serotonergiczných. Te czynniki ściśle się zresztą wiążą ze sobą, gdyż upośledzenie transmisji serotoniny osłabia powstawanie czynników neurotroficznych i w rezultacie zaburza neurogenezę. Wiemy obecnie, że neurogeneza w hipokampie jest stymulowana głównie przez takie czynniki, jak aktywacja receptorów serotoniny 5-HT₇, a także przez wzbogacane środowisko zewnętrzne, wysiłek fizyczny i uczenie się. Kortyzol nie tylko obniża funkcję receptora serotoniny, ale także podwyższa funkcję receptora β -adrenergicznego. Nowoczesne leki antydepresyjne zaś zawdzięczają swoją skuteczność działaniu w drugą stronę.

- **Koncepcja chronopsychologiczna**

Jednym z najważniejszych cech depresji, na którą się obecnie zwraca uwagę, jest zaburzenie rytmów okołodobowych (Kostowski, 2008). Chorzy na depresję często cierpią na zaburzenia snu, takie jak bezsenność, zwłaszcza w godzinach rannych (zbyt wczesne wybudzanie się, bez możliwości ponownego zaśnięcia, wielokrotne budzenie się w ciągu nocy, płytki sen). Potwierdzają to badania EEG, które wykazują u chorych depresyjnych zmniejszenie ciągłości snu, zmniejszenie ilości snu nocnego,

skrócenie latencji stadium REM oraz zwiększenie stadiów REM w ciągu pierwszej połowy nocy.

Uszkodzenie mechanizmów synchronizacji rytmów ma znaczny wpływ na zaburzenia nastroju. Próby leczenia depresji poprzez wpływ na rytmy okołodobowe znane są od dawna, przede wszystkim w postaci terapii światłem lub pozbawiania snu. Obecnie obserwuje się szybki rozwój terapii, która nakierowana jest na leczenie depresji poprzez bezpośrednie działanie farmakologiczne na właściwości chromobiotyczne, czyli na korygowanie zaburzonych rytmów okołodobowych. Takim nowoczesnym lekiem jest agomelatyna – silny analog melatoniny.

Melatonina jest właśnie neurotransmiterem odpowiedzialnym za regulację rytmów okołodobowych u człowieka. Jej wydzielenie narasta w szyszynce w ciągu nocy, działając głównie na swoiste receptory umieszczone w jądrze nadwzrokowym podwzgórza. Właśnie to jądro jest generatorem i synchronizatorem rytmów okołodobowych. Tworzy ono projekcję aksonalną głównie do jądra przykomorowego podwzgórza, które jest jednocześnie miejscem syntezy kortykoliberyny, łączy zatem regulację rytmu okołodobowego z czynnością osi podwzgórze – przysadka – nadnercza.

Tak więc hipoteza rytmów biologicznych zakłada, że jedną z przyczyn zaburzeń depresyjnych może być deficyt podstawowych rytmów fizjologicznych i metabolicznych, który warunkuje optymalne dostosowanie się do cyklicznych zmian zachodzących w świecie zewnętrznym. Dotyczy to zarówno dobowego rytmu dnia i nocy, jak i rocznych zmian klimatycznych. Hipoteza ta ma zatem zastosowanie także w wyjaśnianiu mechanizmów depresji sezonowej.

Zaburzenia depresyjne są wywoływane poprzez wszystkie wymienione dotychczas czynniki. Jest to bowiem zjawisko bardzo złożone, o charakterze polietiologicznym. Co więcej, wszystkie te czynniki wzajemnie wiążą się ze sobą i nie da się ich od siebie odgraniczyć. Każdy z wymienionych czynników jest obszarem intensywnych poszukiwań naukowych, prowadzących do tworzenia nowych, coraz bardziej skutecznych leków. Depresja jest trudnym i złożonym zjawiskiem, ale poznajemy jej mechanizmy coraz lepiej.

- **Składowa świadoma (świadomego rozeznania, interpretacji i podjętej aktywności)**

Dlatego można ostatecznie powiedzieć, że najważniejszą instancją w odczuwaniu cierpienia, ale także we wpływaniu na to, jak będzie ono

odczuwane, i jak sobie poradzimy z tą sytuacją, jest kora mózgowa. Ona właśnie odpowiada za świadomy aspekt, czy innymi słowy za świadomą składową cierpienia. Nasza świadomość nadaje wymiar i sens cierpieniu, a zarazem pozwala je modyfikować i podjąć odpowiednie działania. Decydują tu trzy najważniejsze procesy: uważność w zakresie percepcji, interpretacja oraz modyfikacja w dziedzinie myśli i dzielność w aspekcie behawioralnym. Wszystkie te trzy procesy mają swój wymiar etyczny, a nawet duchowy.

Uważność

Kora mózgowa jest miejscem, w którym doznajemy pełnego świadomego uczucia. Uczucie to świadome doznanie emocji. Jest ono połączone z możliwości kontrolowania jej oraz oceny, czy jest ona dostosowana do rzeczywistości. Uważność jest tą cechą naszej percepcji, dzięki której możemy z jednej strony dostrzec wszystkie obiektywne aspekty cierpienia, ich prawdziwe przyczyny, sens, istotę. Uważność na innych pozbawia cierpienie jego dotkliwego, egocentrycznego charakteru, uważność na głębszy proces psychiczny pozbawia cierpienie dotkliwego wymiaru automatycznej powierzchowności. Ćwiczenie uważności polega na poszerzaniu świadomości tak, aby bodźce awersyjne przesunęły się z pierwszego planu na tło. Dzięki temu można widzieć nieszczęście w całym jego kontekście, jako jeden obiekt w dużym otoczeniu, przez co zyskuje on na obiektywności, a traci na subiektywnej dotkliwości. Tak rozumiana uważność może spowodować sama w sobie, że już przestaniemy subiektywnie cierpieć. Marsha Linehan tę specyficzną, bazującą na uwadze umiejętność nazywa tolerancją cierpienia. Jej podstawą jest coś, co nazywa ona radykalną akceptacją, gdyż jak pisze „wolność od cierpienia wymaga pochodzącej z głębi nas samych akceptacji tego, co jest”. Ta radykalna akceptacja nie oznacza automatycznie akceptacji trudnej sytuacji, przeciwnie, powinniśmy ją zmienić na lepsze, gdy jesteśmy w stanie, ale daje nam narzędzie do tolerancji cierpienia. Uważność jako rozszerzenie świadomości oznacza też przede wszystkim otwarcie na problemy innych ludzi, zobaczenie, że inni często mają jeszcze większe problemy. Słowem, bardzo istotny jest tutaj proces decentracji. Uważność ta powoduje, że na miejsce cierpienia pojawia się współczucie i empatia. Co ważne, takie współczucie pojawia się wtedy także w stosunku do samego siebie, ale nie ma już ono nic wspólnego ze szkodliwym procesem rozczulania się nad

samym sobą i zamartwianiem się, ale jest ciepłą i rozsądną opiekuńczością w stosunku do samego siebie.

Modyfikacja

Modyfikacja negatywnych przeżyć emocjonalnych wiąże się przede wszystkim z kontrolą procesu myślenia. Bardzo często to właśnie negatywne myśli są przyczyną cierpienia lub znacznie je intensyfikują. Wedle teorii terapii poznawczo-behawioralnej głębokimi podstawami tych myśli są kluczowe przekonania, które tworzą się we wczesnym etapie rozwoju człowieka i towarzyszą mu później przez całe życie, działając nawet w niewyartykułowanej, nie do końca uświadomionej formie. Judith Beck (2005) podzieliła te kluczowe przekonania na dwie szerokie grupy: odnoszące się do przekonania o niezastępowaniu na miłość i podnoszące się do przekonania o własnej bezradności. Jest możliwe, że zgodnie z teorią Erika Eriksona (1996), załączki tych pierwszych przekonań tworzą się już w pierwszym oralno-sensorycznym stadium rozwoju, w którym stosunek matki do dziecka pozwala (lub nie pozwala mu się poczuć kochane i bezpieczne), a załączki następnych w drugim, analno-motorycznym stadium, kiedy dziecko testuje swoje pierwsze możliwości dawania sobie rady w otoczeniu i w zdobywaniu podstawowej autonomii. Na podstawie kluczowych przekonań powstają trwałe założenia, które tworzą ukryte teorie świata i samego siebie. Takim częstym trwałym założeniem szczególnie sprzyjającym jest założenie o wrogim i zagrażającym charakterze otaczającego świata. Na całość założeń poznawczych wedle autora składa się stosunek do świata, stosunek do jego modyfikowalności (podatności na pozytywną zmianę), stosunek do samego siebie oraz stosunek do możliwości zmiany siebie na lepsze i możliwości pracy nad sobą.

Tabela 1. Stosunek do świata i do samego siebie.

NIŻSZOŚĆ	Świat + OPTYMIZM Ja+
PESYMIZM	CIERPIĘTNICTWO

Skutkiem pesymizmu jest lęk przed spotkaniem rzeczywistości, gotowość tylko do walki lub ucieczki, postawa czysto reaktywna. Tę ukrytą teorię świata charakteryzują dwie właściwości. Po pierwsze, skłonności do afektywności negatywnej. Ludzie ci są wyczuleni na wszelkie niepo-

wodzenia, przepełnia ich lęk i cierpienie, są neurotyczni i źle dostosowani. Łatwo się zniechęcają, rezygnują, gdy sprawy nie układają się po ich myśli, denerwują się w nowych sytuacjach, mają kiepskie zdanie o sobie, życie nie sprawia im satysfakcji i nierzadko chcieliby być kimś innym. Po drugie, zazwyczaj nie zdają sobie sprawy z wielu możliwości. Nie podejmują się wykonywania nowych czynności, lecz wybierają te, które dobrze znają. Częściej też uznają dane działanie za niebezpieczne i z tego powodu dla nich niewykonalne.

Założenie o pozytywnym charakterze świata i innych ludzi, ale przy poczuciu własnej nieadekwatności rodzi trwałe poczucie niższości, wstydu, winy, a także bierność i oczekiwanie pomocy ze strony innych. Często taka postawa jest źródłem utrwalonej depresji jako cichej formy wzywania o pomoc. Z kolei przekonanie o złej naturze świata, przy podkreślaniu własnej wyjątkowości sprzyja powstawaniu zgorzknienia, mizantropii, postawy paranoidalnej, narcystycznej, roszczeniowej, egoistycznej, a w końcu również depresyjnej.

Natomiast optymiści nie zrażają się trudnościami, mają poczucie sprawstwa. Mają skłonność do przeżywania pozytywnych stanów afektywnych. Uważają, że nie tylko odnieśli sukces, ale również są szczęśliwi. Zdaniem Seligmana (2005) optymizm jest przeciwieństwem depresji. Negatywny nastrój i negatywna afektywność charakteryzują depresję, a pozytywny nastrój i pozytywna afektywność charakteryzują optymizm. Uważają, że świat stwarza wiele okazji i możliwości, chętniej eksplorują otoczenie, reagują na nowe bodźce i podejmują nowe działania. Mają potrzeby: autonomii, kompetencji i związku z innymi, a zaspokojenie ich jest źródłem szczęścia i satysfakcji.

Tabela 2. Stosunek do świata i możliwości jego zmiany

- KONSERWATYZM	+ Ocena PROMETEIZM Zmiana +
DESTRUKTYWIZM	- BUNTOWNICZOŚĆ

W ukrytej teorii świata, którą nazywam prometeizmem, świat spstrzega się jako miejsce piękne i jednocześnie poprawialne, podatne na rozwój i pozytywną zmianę. Konserwatyzm akceptuje to, co jest, ale jest sceptycznie i nieufnie nastawiony do możliwości zmiany. Postawa buntownicza łączy pragnienie zmiany z totalnym odrzuceniem istniejącej rzeczywistości. Najbardziej szkodliwa jest postawa destrukcyjna, w której

negatywnemu stosunkowi do świata towarzyszy niewiara w możliwości zmienienia czegokolwiek na lepsze. To połączenie oceny wraz z możliwością zmiany dotyczy także stosunku do samego siebie.

Jeżeli nasze przekonania mają charakter destruktywny, to nasze myśli również są negatywne. Wtórnie oddziałując na układ limbiczny, budzą one emocje negatywne, w ten sposób powodując lub potęgując cierpienie. Poprzez wychwytywanie i zmianę tych automatycznie powstających myśli, można znacznie poprawić swój stan psychiczny, osłabić lub zniwelować cierpienie. Aby jednak osiągnąć długoterminową poprawę, konieczna jest praca nad zmianą destrukcyjnych kluczowych przekonań oraz założeń.

Działania

Kora mózgowa decyduje także o tym, jakie działanie będziemy podejmować w związku z doznany cierpieniem. Nasz świadomy wybór zdecydowanie o tym, czy będziemy to cierpienie rozpamiętywać (pozwolę sobie to nazwać zachowaniem cierpiętniczym), czy też świadomie podejmiemy próbę jego uważnej modyfikacji. Wreszcie ważne jest, jak postąpimy w stosunku do samej sytuacji powodującej cierpienie, czy przyjmiemy zachowanie obronne (unikanie, agresja), czy też postaramy się rozwiązać problem, związany z sytuacją trudną (zachowanie konstruktywne). Połączenie nastawienia modyfikującego w stosunku do cierpienia z przyjęciem zachowania konstruktywnego nazywam dzielnością. Nawet w bardzo trudnej i bolesnej sytuacji można próbować ujrzeć ją w szerszym, mniej egocentrycznym kontekście, spróbować znaleźć pozytywne strony oraz nadzieję i wiarę, określić sytuację jako wyzwanie, a nie katastrofę, wreszcie podjąć jakieś kroki, aby rozwiązać problem. Dzielność nie tylko pozwala znieść z godnością swoje ciężary, ale także pomóc nieść je innym. Dolegliwość ponoszona dla innych lub dla istotnej sprawy jest heroizmem, cnota jednak nie leży tutaj w samym cierpieniu, ale właśnie w odważnej i sensownej próbie ulżenia lub zapobieżenia w skali rozwojowej jeszcze większemu cierpieniu własnemu lub innych ludzi. O ile zatem cierpienie jako dolegliwość sama w sobie jest czymś niepożądanym, czemu chcemy jakoś ulżyć, o ile cierpienie jako niekontrolowany, bierny stan egoistycznego rozpamiętywania (zachowanie cierpiętnicze) możemy określić jako dezadaptacyjne, o tyle cierpienie jako „ścierpienie”, zniesienie trudnej sytuacji dla wyższych celów można ocenić pozytywnie.

Jest to ludzki heroizm, który, choć kontekstualnie związany z ponoszoną dolegliwością, może na płaszczyźnie emocjonalnej łączyć się z miłością, poświęceniem, dumą, a nawet szczęściem.

Zapobieganie cierpieniu i jego zmniejszanie powinno być moralnym i pragmatycznym celem każdego człowieka, nie tylko lekarzy i psychologów. Gdy cierpienie jako dolegliwość jednak się już wydarzy, pozostaje nam pomoc w osłabianiu jego negatywnych skutków, a czasem w wyzwaniu i przyspieszaniu ewentualnych skutków pozytywnych. W szczególności powinniśmy pomagać innym w niesieniu ulgi w subiektywnym aspekcie cierpienia, a w stosunku do samych siebie uczyć się je znosić z dzielnością i godnością, co może mieć ostateczny pozytywny wpływ na nasz dalszy rozwój.

Bibliografia

1. Amen D.G. (2009), *Zmień swój mózg, zmień swoje życie*, Warszawa.
2. Beck J.S. (2005), *Terapia poznawcza. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*, Kraków.
3. Erikson E. (1996), *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Poznań.
4. Kostowski W. (2008), *Nowsze koncepcje działania leków przeciwdepresyjnych w świetle badań nad stresem i depresją*, [w:] *Postępy w leczeniu zaburzeń afektywnych*, red. E. Nowakowska, Poznań.
5. LeDoux J. (2000), *Mózg emocjonalny*, Poznań.
6. Loo, H., Gallarda T. (1999), *Depresja*, Katowice.
7. MacLean P.D. (1949), *Psychosomatic disease and the „visceral brain”; Recent developments Bering on the Papez theory of emotion*, „Psychosomatic Medicine”, t. 11, s. 338–353.
8. Papez J.W. (1937), *A proposed mechanism for emotions*, „Archives of Neurology and Psychiatry”, t. 38, s. 727–743.
9. Plutchik R. (1962), *Emotion: A psychoevolutionary synthesis*, New York.
10. Seligman M. (2005), *Prawdziwe szczęście*, Poznań.
11. Tomkins S.S. (1962), *Affect, imagery, consciousness*, t. 1–3, New York.
12. Zalewska M. (2009), *Cierpienie psychiczne dziecka z perspektywy psychologa klinicznego*, „Nowiny Psychologiczne” 2009, nr 3/4.
13. Żak A., Trosińska J. (2009), *Zagadnienie cierpienia w kontekście psychologii klinicznej dziecka*, „Nowiny Psychologiczne” 2009, nr 3/4.

Dorota Ortenburger, Arkadiusz Ortenburger

Formy pomocy psychologicznej w Poradni Leczenia Bólu

*Cierpienie jest częścią życia,
ale niech nie będzie jego sednem.*

Denis Turk, Frits Winter (2009)

Wprowadzenie

Współczesne doniesienia naukowe dostarczają kolejnych dowodów potwierdzających złożoność zjawiska bólu oraz rolę procesów psychologicznych w jego odczuwaniu i w przebiegu terapii przeciwbólowej. Zgodnie ze standardami IASP w wielowymiarowym modelu leczenia bólu uwzględnia się rolę czynników psychologicznych we wszechstronnej terapii ukierunkowanej na uwolnienie od bólu i poprawę samopoczucia. Istnieje kilka głównych podejść psychologicznych leżących u podłoża tych metod. Niektóre z nich to między innymi: podejście behawioralno-poznawcze, hipnoza i wizualizacja, biofeedback i relaksacja, szeroko rozumiana psychoedukacja. Część z nich może być stosowana jednak jedynie przez osoby posiadające określone uprawnienia.

Generalnie pierwszorzędowym, wspólnym celem zespołu w Poradni Leczenia Bólu staje się praca nad zachowaniami związanymi z bólem

i z chorobą w taki sposób, aby nie pogłębiały one wtórnie niesprawności i tym samym nie utrudniały uzyskiwania lepszego stanu funkcjonalnego i jakości życia.

W Poradni Leczenia Bólu, z uwagi na specyfikę problemów, z którymi zmagają się pacjenci, musimy uwzględniać możliwości percepcyjne osoby cierpiącej z powodu bólu i ewentualne ograniczenia w tym zakresie wiążące się ze stanem psychicznym i zażywaniem leków. Bardzo często pomoc medyczna i psychologiczna potrzebna jest szczególnie tym osobom, u których współwystępują depresja i ból. U osób cierpiących z powodu bólu przewlekłego mogą występować specyficzne trudności decyzyjne. Wiele razy okazuje się, że pomoc potrzebna już od początku, tzn. od etapu nawiązywania kontaktu z osobą zgłaszającą się do poradni. Istotne jest zwrócenie uwagi na obszar wiedzy dotyczącej kontaktu lekarz–pacjent, w którym zła komunikacja potencjalnie może stanowić źródło dodatkowego stresu dla pacjenta, natomiast dobra może wspierać terapię. Dla pacjentów, którzy z różnych względów przejawiają więcej problemów w komunikowaniu się, empatyczne podejście ze strony personelu PLB może być bardzo korzystne, ponieważ tworzy przestrzeń, w której mieszczą się dogodne warunki dla zaistnienia podmiotowej relacji komunikacyjnej. O potrzebie określonego rodzaju pomocy psychologicznej można mówić także w odniesieniu do osób zgłaszających się do PLB, u których stwierdza się zaburzenia funkcji poznawczych, co utrudnia zebranie wywiadu i diagnozę. Stosunkowo często ten problem występuje w przypadku osób cierpiących z powodu bólu, będących w zaawansowanym stadium choroby i w starszym wieku. Wzajemne przekazywanie informacji i oczekiwań stanowi bowiem istotny aspekt procesu diagnozowania i leczenia. Skuteczność tych procesów (repcji i przekazu) stanowi istotny warunek prawidłowej wymiany informacji, z jednej strony pomaga szybko sformułować trafną diagnozę; a z drugiej strony – zrozumieć problem. Warto zwrócić tu uwagę na fakt, że charakterystyczne w bólu przewlekłym zmęczenie pociągające za sobą spadek motywacji wiąże się z ryzykiem pogorszenia współpracy pacjent–lekarz, nieregularnością wizyt, niestosowaniem się do zaleceń, a co z tym jest związane: opóźnianiem diagnostyki i leczenia. Dlatego badacze wiele uwagi poświęcają roli, jaką w tej kwestii odgrywa poznanie przekonań pacjenta na temat swojej choroby, możliwości działania oraz oceny bólu i dominującego stylu radzenia sobie ze stresem.

Elementy programu przeciwbólowego Według Denisa Turka i Fritsa Wintera

Autorzy Denis Turk i Frits Winter w podręczniku¹ pt. *Jak pokonać chroniczny ból. Trening* opisują propozycję usystematyzowanej pomocy i samopomocy osobom cierpiącym z powodu bólu. Przedstawiają zestaw ćwiczeń, które mają wzmacniać kondycję psychiczną pacjentów z bólem przewlekłym. Ból ten rozumiany jest tu zgodnie ze stanowiskiem Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu jako zróżnicowana grupa doznań bólowych, które w miarę wydłużania się czasu ich trwania przestały pełnić funkcję informacyjną (utraciły ją lub też dany ból nigdy jej nie pełnił) i stały się niezależnym zespołem chorobowym o trudnych do wyjaśnienia mechanizmach (Dobrogowski, Wordliczek, 2004).

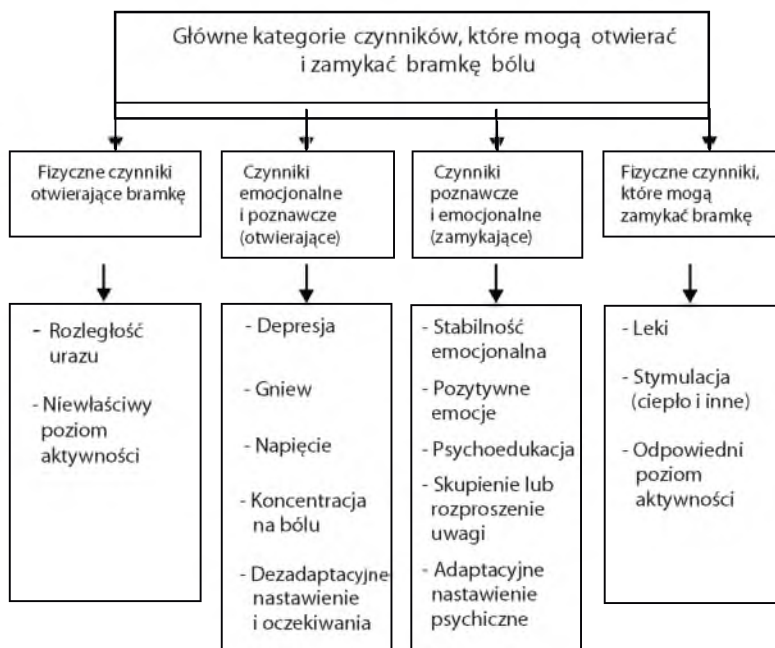
Do programu wzmacniania kondycji psychicznej pacjentów Turk i Winter zaliczają kilka głównych elementów, w tym przede wszystkim:

- nauczenie się rozumienia odczuwanego przez siebie bólu,
- poznanie sposobów leczenia,
- poznanie sposobów zapewnienia sobie relaksu, zyskania spokoju
- praca nad psychicznym podejściem do choroby (2009).

Wśród czynników, które mogą otwierać bramę bólu lub przeciwnie, zamykać ją, wymieniane są czynniki fizyczne, stany emocjonalne i procesy poznawcze.

Fizyczne czynniki, które mogą ją otwierać, to między innymi rozległość urazu i niewłaściwy dla danej konkretnej osoby poziom aktywności. Natomiast wśród czynników psychologicznych autorzy najczęściej wymieniają stan emocjonalny, szczególnie obecność symptomów depresji i myślenia określanego jako katastrofizowanie, zamartwianie się, wzmożony lęk, odczuwanie silnego napięcia, odczuwanie silnego gniewu.

¹ Podręcznik rekomendowany przez Amerykańskie Stowarzyszenie Psychologiczne.



Rysunek 1. Niektóre czynniki, które mogą otwierać i zamykać „bramkę bólu” ujęte w kategoriach przez Denisa Turka i Fritsa Wintera (2009)

Wśród poznawczych czynników wymienia się koncentrowanie się na bólu, pochłonięcie przez przykre doznania. W literaturze podkreśla się, że istotnym elementem mającym wpływ na kształtowanie się poczucia jakości życia okazują się czynniki pozamedyczne, takie jak nastawienie psychiczne wobec choroby dominujące u danej osoby oraz jej zachowania i postawa wobec pojawiających się trudności. Stanowią one element codzienności bardzo wielu osób, u których występuje tak często spotykany w PLB problem długotrwałego bólu lędźwiowo krzyżowego. Potwierdzają to badania prowadzone z perspektywy medycznej i psychologicznej (Ortenburger, Szerła, 2009). W świetle literatury, w tym konkretnym przypadku, wskazywano, jak się okazało bezzasadnie, na niemal każdą strukturę tej okolicy – mięśnie, nerwy, stawy, kości, ścięgna oraz dyski – jako prawdopodobne źródło dolegliwości. Jednak w ponad 70% przypadków nie udało się nawet z wykorzystaniem nowoczesnych technik diagnostycznych, znaleźć uszkodzenia będącego przyczyną bólu przewlekłego (Melzack, Wall, 2006).

Zgodnie z programem przedstawionym przez Turka i Wintera ważne jest, aby pomóc pacjentom w poznaniu uniwersalnych czynników redukujących ból, do których zaliczają wspomniany już wcześniej optymalny poziom aktywności, odpoczynek i odpowiednie tempo. Innym ważnym aspektem tej pomocy byłoby w ramach psychoedukacji pogłębienie wiedzy pozwalające pacjentom na rozprawienie się z przynajmniej niektórymi potocznymi szkodliwymi mitami na temat bólu.

Wiadomo, że w wielu przypadkach bardzo istotna dla efektywności leczenia określonych zespołów bólowych staje się aktywność pacjenta, wyrażająca się właściwym wykonywaniem odpowiednich ćwiczeń, prowadzących do usprawnienia oraz lepszego odżywienia otaczającej je tkanki łącznej (poprzez terapeutyczne rozciąganie mięśni i więzadeł i ćwiczenie stawów). Trudnym problemem, o który „potykają się pacjenci”, jest brak systematyczności i zdolności do zmobilizowania się, wynikające ze zmęczenia i zmniejszenia motywacji. Pomoc polegałaby w tym przypadku na wspieraniu przejawów postawy proaktywnej. Obejmuje ona między innymi zachęcanie do czynnego uczestniczenia w programie przeciwbólowym, który jest ukierunkowany na przeciwdziałanie bieżącym i odległym konsekwencjom bólu przewlekłego. Pierwszym etapem jest w nim diagnoza nocyceptywna obejmująca kilka istotnych elementów. Problem ten jest obszerny i stanowi temat odrębnych opracowań (Dobrogowski, Wordliczek, Bromboszcz, 1999; Dobrogowski, Wordliczek, 2004). Ich autorzy, podobnie jak Turk i Winter, zwracają uwagę na rolę psychoedukacji w szeroko pojętej opiece przeciwbólowej. Uczestniczenie w wielowymiarowym programie przeciwbólowym umożliwia bardziej efektywne kontrolowanie i opanowywanie niekorzystnych zmian w funkcjonowaniu emocjonalnym, społecznym, zadaniowo-profesjonalnym, które niestety pojawiają się wraz z rozwojem zaburzeń depresyjnych u dużego odsetka ludzi doświadczających bólu przewlekłego. Stwarza też większe możliwości poszerzenia własnej wiedzy, dotyczącej dbania o stan zdrowia i strategii radzenia sobie z bólem. Przykładowo, relaksacja sprzyja zarówno wyciszeniu i uzyskaniu równowagi wegetatywnej, jak też zwiększeniu wydzielению endorfin, co wiąże się z poprawą nastroju i poprawą funkcjonowania w codziennym życiu. Opanowanie technik pomagających uzyskać stan odprężenia, który sprzyja regeneracji organizmu, może przynieść wiele korzyści osobie cierpiącej z powodu bólu.

Podsumowanie

Odkrycia ostatnich 20 lat mówią, że w sprawie odporności na stres i radzenia sobie w przypadku choroby psychika może być potężnym sojusznikiem i że nie można pomijać wpływu odczuwanych emocji i nastawienia psychicznego na efekty leczenia (McCracken, Eccleston, 2003). Rosnące zainteresowanie psychoneuroimmunologią w kontekście terapii przeciwbólowej i pomocy pacjentom wydaje się zrozumiałe, ponieważ między innymi dostarcza nam ona nowych narzędzi do radzenia sobie z chorobami i stresem. Zasadniczym metodom leczenia powinny towarzyszyć uzupełniające metody, czyniąc terapię bardziej wszechstronną. Korzystanie z różnych form edukacji w zakresie radzenia sobie z objawami ubocznymi stosowanego leczenia, zredukowanie lęku metodami pozafarmakologicznymi, to niektóre z form pomocy psychologicznej w podnoszeniu umiejętności radzenia sobie z lękiem, przygnębieniem, złością i poczuciem beznadziei.

Bibliografia

1. Dobrogowski J (2004), *Patomechanizm bólu przewlekłego*, [w:] *Medycyna bólu*, red. J. Dobrogowski, J. Wordliczek, Warszawa.
2. Heszen-Klemens I. (2000), *Radzenie sobie z chorobą – przegląd zagadnień*, [w:] *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*, red. I. Heszen-Klemens, Katowice, s. 13–34.
3. Heszen-Klemens I. (1983), *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań*, Katowice.
4. McCracken, L. M, Eccleston, Ch. (2003), *Coping or acceptance: what to do about chronic pain?*, "Pain", (105), s. 197–204.
5. Ortenburger D. (2004a), *Ból i depresja*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. Z. Gajda, Kraków, s. 26–34.
6. Ortenburger D. (2004b), *Psychologiczne czynniki determinujące percepcję bólu przewlekłego*, Referat: V Zjazd Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Wrocław 15–18 IX 2004.
7. Ortenburger D., Szerla M. (2009), *The problem of disability in the course of chronic pain syndrome from the physicians and the psychologists perspectives*, [w:] *Biopsychosocial aspects of health and disease*, red. K. Janowski, S. Steuden, t. 1, CPPP Scientific Press, Lublin, s. 139–146.
8. Sęk H. (red.) (2005), *Psychologia kliniczna*, Warszawa.

9. Sheridan Ch. L., Radmacher S.A., (1998), *Psychologia zdrowia*, Warszawa.
10. Salomon P. (2002), *Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia*, Gdańsk.
11. Turk D.C., Winter F. (2009), *Jak pokonać chroniczny ból. Trening*, Gliwice.

Małgorzata Chodak

Transcendentalny wymiar ojcostwa

Często w praktyce klinicznej, w relacji lekarz–pacjent obserwujemy sytuacje stanowiące przykłady tzw. poszerzonego ojcostwa, wybiegającego poza więź biologiczną. Relację tę można rozpatrywać na poziomie emocjonalnym, poznawczym i społecznym.

Zwykle pacjent w sytuacji poważnej, przewlekłej choroby, czując się bezradny i emocjonalnie zregresjonowany chorobą, oczekuje odwołania się do polegania na miłości drugiej osoby i okazywanej dobroci. Co pozostaje w zgodności z potrzebą bycia kochanym. Chory odwołuje się do więzi terapeutycznej z lekarzem, oczekuje klimatu zaufania, szacunku, zainteresowania. Znajdujemy w tym często trudnym do zwerbalizowania stanie emocjonalnym elementy relacji przeniesieniowej do wczesnej relacji matka–dziecko, do „śladów miłości pierwotnej” (Le Doux, 2000).

Relacja lekarz–pacjent może stanowić istotny element leczący, zwłaszcza kiedy lekarz posiada świadomość własnej emocjonalności, wykazuje wysoki stopień kongruencji, empatii oraz spolegliwości w stosunku do pacjenta (LeShan, 2008).

Profesor dr Wiktor Dega zrezygnował z funkcji rektora Akademii Medycznej w Poznaniu, aby być bliżej swoich chorych. Przeznaczył w całości światową Nagrodę Alberta Laskera na rozbudowę Kliniki Rehabilitacji.

On nie tylko leczył swoich pacjentów, ale im towarzyszył w życiowych problemach i wspomagał w każdej możliwej sytuacji. Kiedy przychodził do chorych po zabiegach operacyjnych, mówili, że ustępował im ból (Chodak, 2002b).

W książce *Wiktor Dega znany i nieznan* wydanej przez Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w 2000 roku, w przedmowie czytamy (Stasiewicz-Jasiukowa, 2000):

Jeden z największych obrazoburców i ekscentryków w dziejach medycyny, Philippus A. Th. Paracelsus (1493–1541), zaliczany do najwybitniejszych lekarzy wszechczasów, uważał, że: *Najwyższą wartością w leczeniu jest miłość. To miłość daje natchnienie w medycynie i bez niej nie można być prawdziwym lekarzem.*

Twierdził też, że *gdy serce poszukuje wielkiej miłości, nie znajdzie nigdzie większej niż u lekarza.*

W drugiej połowie XX wieku, dzięki Profesorowi Wiktorze Dedze (1896–1995), miłość, współczucie oraz najwyższej próby humanizm rozświetlały myśl i duch zarówno poznańskiej, jak i polskiej medycyny.

Przedstawione poniżej przykłady traktują o poszerzonym doświadczeniu ojcostwa w sytuacjach granicznych, chorobach terminalnych i Zespole Stanów Bliskich Śmierci (NDE). Zawierają unikalne ilustracje i relacje chorych z materiałów prezentowanych podczas konferencji naukowych w Kiel, Dreźnie i Neapolu (Chodak, 1995a; 1998; 2002a).

Zarówno materiał ilustracyjny, jak i przekaz udowadniają, że odczuwanie ojcostwa w stanach głęboko zmienionej świadomości niesie ze sobą gratyfikacje na poziomie percepcji i może gwarantować komfort przejścia.

Michalina

Oto rysunek (rys. 1) chorej pięćdziesięcioletniej po zabiegu wątroby i wycięciu śledziony w wyniku nowotworu. Leczył ją profesor dr Julian Aleksandrowicz. Jeździł razem z nią na zabiegi bioenergoterapii prowadzone przez Stanisława Nardellego. Po ciężkim zabiegu chirurgicznym profesor podarował jej małą niebieską perską kotkę. Pomimo pierwotnie złego rokowania medycznego chora miała się dobrze. Kłopoty zdrowotne połączone z depresją rozpoczęły się po śmierci S. Nardellego i po śmierci profesora, który nie tylko był dla niej wspaniałym lekarzem, ale uosobieniem ostoi i nadziei.



Rysunek 1. Całość leczenia w ujęciu chorej

Na kolejnym rysunku (rys. 2) widzimy ogromną postać uśmiechniętego profesora, który ją nadal leczy i trzyma swoją rękę pomiędzy pacjentką a mną. Poprzez swoją, a odczuwaną przez chorą obecność, doradza i pośredniczy w terapii, stojąc pomiędzy nami.



Rysunek 2. Dominująca postać Profesora w procesie psychoterapii.

Często na wielu etapach terapii relacjonowała obecność, towarzyszenie oraz szczególne zadowolenie profesora, co stanowiło wzmacniający efekt terapeutyczny. Na przykład po relaksacji i wizualizacji rysowała i pisała (rys. 3):



Rysunek 3. Chora po relaksacji z wizualizacją z kotką od Profesora

Czuję się zupełnie zdrowa, nic mi nie dolega. Jestem najszczęśliwsza.
 - Julek cały czas był przy mnie. Julek był bardzo zadowolony ze mnie.

Mietek

23-letni pacjent na parę dni przed śmiercią (w wyniku potworniaka) doświadczył przeżyć, które ujął w rysunku i opisał następująco:

To ja w świetle. Ci zmarli mówili mi, abym się nie martwił, ponieważ oni są ze mną.

Moje spotkanie z dziadziem w jasności. Dziadzio pogłaskał mnie po głowie. Przez ten gest chciał powiedzieć, że jest ze mną, pomaga mi i że mnie kocha. W jasności w kolorze olśniewającym widziałem dwie kule

obracające się, stykające się ze sobą. Spomiędzy nich wydobywało się światło, które załamywało się w kryształach, dając kolory tęczy.

Chory zmarł uśmiechnięty podczas wykonywania ćwiczeń relaksacyjnych i medytacyjnych przy muzyce.

Warto się zatrzymać przy tych opisach, gdyż w opinii zachodnich specjalistów, którzy je konsultowali, należą do rzadkości. Profesor psychologii Hans Eysenck uważa je za niezwykle. Píše o występowaniu miast ze światła i szkła, rzek ze szkła, budowli z kryształu, przesyconych światłem (Eysenck, Sargent, 1994). Według C.G. Junga kryształ jest symbolem duchowego rozwoju. Jest też symbolem nieśmiertelności, niezniszczalności duchowej. Tęcza symbolizuje radosne przejście do zmiany zwanej śmiercią.

Podczas konferencji w Montrealu w 1996 r. poświęconej problematyce umierania i towarzyszących doznań były cytowane powyższe opisy z moich publikacji, o czym dowiedziałam się znacznie później (Węgrzynowska, 1996; Brune, 2008).

Łucja

Chora, po dwóch zabiegach mózgu z powodu glejaka, na parę dni przed śmiercią miewała odwiedziny nie tylko podczas snu swoich znajomych zmarłych.

Przebywała z nimi razem w nieznanym dla siebie wnętrzu, w zamkach na skale. Określała te spotkania jako cudowne, uszczęśliwiające doznania. Mówiła, że przebywała w przepięknej krainie baśni i chociaż bardzo chciałaby, nie potrafiła tego opowiedzieć słowami. Jedynym sposobem byłoby ujście tego przeżycia razem z nią. Mówiła: „musicie to koniecznie zobaczyć razem ze mną!”

Małgosia

U 30-letniej chorej, z zawodu lekarza, z rozpoznaniem IV stopnia złośliwej, z przerzutami i wieloma komplikacjami po przeszczepie szpiku kostnego, występowały sny, w których pojawiał się Jan Paweł II. Papież otaczał ją miłością, ochroną, otuchą i bezpieczeństwem. Oto jej relacja i rysunek mandali:

Weszłam bramą bez drzwi umieszczoną w środku kamiennego budynku o jasnym, biało-szarym kolorzycie. Wewnątrz znajdowały się piękne ogrody, otoczone murem z białymi kolumnami. Na środku najbliższego położonego ogrodu stała fontanna, na szczycie której znajdowała się Matka Boża w niebieskim okryciu. Powitał mnie Ojciec Święty. I wprowadził do ogrodu. Rozmawialiśmy – wyglądało to jak spowiedź, opowiadanie mego życia. On chyba i tak wszystko wiedział – wydawało się, że zna mnie długo i nie mam nic do ukrycia. Siedzieliśmy na fotelach przy fontannie. Później zostałam doprowadzona do fontanny i usłyszałam słowa:

– Pij tę wodę.

Ojciec Święty pochylił się i zdecydowanie skłonił mnie w kierunku tafli sadzawki. Zaczęłam pić tę wodę, najpierw nabierając w ręce, później białym plastikowym kubkiem.

Po wypiciu wody doszliśmy do stojących leżaków, krzeseł (białych) i Ojciec Święty przytulił mnie mocno do serca. Był taki duży i mocny, a ja płakałam ze szczęścia.

(...) Staliśmy na pięknym, ogromnym białym tarasie. Wzywana do przeniesienia w inne Miejsce, z trudem odchodziłam.



Rysunek 4. Mandala przedstawiająca spotkanie z Ojcem Świętym w ogrodzie

To głęboko poruszające przeżycie zawarte w mandali stało się dla chorej sygnałem wywoławczym dla tych obrazów, które przeżywała w uniesieniu, ulegając sile, jaka z nich emanowała. Na rysunku, będącym prezentem dla mnie, zwraca uwagę ogród z twórczą, soczystą zielenią. Cho-

ra znajduje swoje centrum wewnętrzne, przemieniające centrum życia w ogrodzie i pije wodę ze źródła życia. Zyskuje siłę psychiczną i duchową niezbędną do kontynuowania swojej przemiany w ciężkiej skomplikowanej chorobie, znajdując się w zasięgu promieniowania ojcostwa Jana Pawła II.

Bożena

Kobieta w wieku 45 lat, przeżywająca kryzys emocjonalny, z rozpoznaniem psychogennym zapaleniem skóry. Z deficytem dotyku. Matka bała się jej dotykać, gdy była małym dzieckiem, po utracie poprzedniego, które zmarło w jej ramionach. Ojciec zmarł, gdy miała 12 lat. Jej rysunek jest próbą i symbolicznym zaznaczeniem głębokiego doznania religijnego, które przedstawia się następująco: Jest małym dzieckiem „dotkniętym” ręką Boga. Relacjonuje:

W jednym momencie dotyk Boga obudził we mnie wiedzę, że mogę dawać siebie, nie odejmując sobie siebie; jestem ważna, czuje się silna, nie potrzebuję już nieszczęśliwego, wewnętrznego dziecka, pożegnałam się z nim; nie boję się przyszłości, bo czuję się zaopiekowana; dostałam spokój, którego nie odczuwałam od wielu lat.

Bóg był z brodą, podobny jak z obrazu Michała Anioła *Stworzenie świata*.

Andrzej

28-letni mężczyzna został zasypany prawie 4-metrową skarpą ziemi na budowie. Doznał wieloodłamowego złamania miednicy, stłuczenia płuc, zatoru tętnicy biodrowej. Był zagrożony amputacją kończyny dolnej z powodu objawów martwicy. Siedem dni nieprzytomny. Doznał spotkania z *sacrum*:

Miałem taką łatwość myślenia o Bogu. Bogu jako istocie życia człowieka. I nagle przed sobą zobaczyłem rzeźbę z kościoła mojej mamy. Z chmury wyłaniał się brodaty mężczyzna z rozpostartymi rękoma i z siłą niesamowitą przekazał mi, że nie ma nic niemożliwego. I pogodziłem się ze wszystkim – i już nie mam żalu do kogokolwiek za to, co się stało. (...)

I wtedy też poczułem, jakbym stał na szczycie góry, ale nie widziałem dokładnie siebie, ale to byłem ja. (...) Stałem na wzgórzu z podniesionymi i rozłożonymi rękami i wołałem: Boże, Tato, Ojczy!

I poczułem, jakby się łało przeze mnie światło, siła i miłość, i pozytywna energia, która trwała. Światło się wlało do mnie i rozproszyło się, a wraz z nim ciepło, takie oczyszczenie i usunięcie wszystkiego negatywnego. (...)

Moje myśli stale wracały na tę górę. Było to jakby trwanie w tym, z niesamowitą jasnością myśli.

I byłem zupełnie spokojny. Potem zobaczyłem białą sylwetkę na szczycie góry. (...)

A przeze mnie wpłynął taki snop żółty, złoty. Chciałem, aby to jak najdłużej trwało.

Bo to było Boskie Światło.

I chcę zrobić wszystko, aby tego nie stracić. Bo wiem, że to jest Boskie Światło.

Za życia doświadczyłem i zobaczyłem, raczej wewnętrznymi oczami, to Światło, które było bodźcem utwierdzającym moją wiarę w Boga. Nie mam teraz żadnej wątpliwości co do „światłości wiekuistej”. Śmierć jest tylko przejściem do innego świata.

Nastąpił spektakularny proces szybkiego powrotu do zdrowia, obyło się bez amputacji i mężczyzna powrócił do swojego zawodu, technika budowlanego. Jest szczęśliwym mężem i ojcem córeczki Gabrysi.

*

James Bugental, przedstawiciel psychologii transpersonalnej, pisze o mistycznym doświadczeniu Boga, zwracając uwagę na niewyobrażalny potencjał znajdujący się w każdym z nas, naszej głębokiej wrażliwości, w pragnieniu zgłębienia istoty człowieczeństwa. Pisze o „deidentyfikacji „ego”, duchowych doświadczeniach, oswobodzeniu prowadzącym do nowej identyfikacji ku odkryciu swej własnej istoty, zjednoczonej najgłębiej ze wszystkim. Celem terapii według Jamesa Bugentala jest doprowadzenie człowieka do jego duchowej ojczyzny (Grün, 2001; Miller, 1996; Vanier, 1999; Winstanley, 1994).

Wszystkie cytowane powyżej wypowiedzi i rysunki chorych były objęte niezbędną konsultacją teologiczną, udzieloną przez ks. prof. Mieczysława Lubomirskiego, wykładowcy Uniwersytetu Gregoriańskiego w Rzymie, konsultatora Kongregacji Spraw Kanonizacyjnych, w Kongregacji Nauki i Wiary w Watykanie (Zarębczan, 2004).

Bibliografia

1. Brune F. (2008), *Kontakty ze zmarłymi to nie fantom. Fakty naukowe potwierdzające istnienie transkomunikacji (wykład)*, Uniwersytet Ekonomiczny, Kraków, 4.XII.2008.
2. Chodak M. (1995a), *Zastosowanie metod pracy z wyobraźnią, wewnętrznym healerem oraz roli peak experiences w leczeniu chorób nowotworowych*, „Psychoterapia”, nr 4.
3. Chodak M. (1995b), *Terapeutyczna rola osób zmarłych*, Ośrodek Pomocy i Interwencji Psychologicznej CM UJ, „Zeszyty Interwencji Kryzysowej”, grudzień, t. 5, Kraków.
4. Chodak M. (1998), *Walor symbolicznych wyobrażeń w sytuacji choroby i zdrowienia*, „Sztuka Leczenia”, nr 2.
5. Chodak M. (2002a), *Fenomen głębokiego doświadczenia religijnego i jego wpływ u chorych w stanie terminalnym*, [w:] *Człowiek i człowieczeństwo. Strategie bycia i stawania się człowiekiem*, red. H. Romanowska-Łakomy, H. Kędzierska, Olsztyn.
6. Chodak M. (2002b), *Profesor Wiktor Dega – pełne humanizmu, wszechstronności i miłości widzenie chorego (referat)*, Man – Medicine – Culture, 12th European Symposium of Somatotherapy. 5th European Symposium of Psychosomatic Education, Kraków, 25–27 October.
7. Eysenck H.J, Sargent C. (1994), *Wyjaśnienie niewyjaśnionego. Tajemnice zjawisk paranormalnych*, Warszawa.
8. Grün A. (2001), *Sercem i wszystkimi zmysłami. Refleksje na każdy dzień roku*, Kielce.
9. Le Doux J. (2000), *Mózg emocjonalny. Tajemnicze postawy życia emocjonalnego*, Poznań.
10. LeShan L. (2008), *Psychoterapia XXI w. Więcej niż metoda*, Warszawa.
11. Miller G. (1996), *Bóg jest ojcem – bardziej jest jednak matką. Obrazy Boga w Biblii*, „Horyzonty Wiary”, nr 7.
12. Stasiewicz-Jasiukowa I. (oprac.), (2000), *Wiktor Dega znany i nieznan*, Poznań.
13. Vannier M.A. (1999), *Bóg Ojciec. Tajemnica Miłości. Ojcowie Kościoła o Bogu Ojcu*, Warszawa.
14. Węgrzynowska K. (1996), *Mystische Erlebnisse bei Kränken in extremen Zuständen*, Via Mundi Mitteilungen, 23. December, [broszura].
15. Winstanley SDB M.T.(1994), *Nasze wyobrażenie o Bogu*, „Życie Duchowe”, nr 1.
16. Zarębczan W.M. (2004), *Polacy w Watykanie*, Pelplin.

Maria Merklinger-Soma, Grażyna Dębska,
Wojciech Kłapa

Postawy pielęgniarek wobec śmierci

Wprowadzenie

Postęp cywilizacji związany z rozwojem medycyny przyczynił się do umieszczania ludzi chorych i umierających w placówkach opieki zdrowotnej, ponieważ w warunkach domowych nie mieliby żadnych szans na przeżycie bez specjalistycznej aparatury i wykwalifikowanego personelu medycznego [1, 2, 3]. Opieka nad osobami umierającymi sprawowana jest przez zespół terapeutyczny, którego członkami są również pielęgniarki.

Działania pielęgniarskie nad osobami umierającymi odwołują się do Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej, zobowiązując pielęgniarki do zapewniania pacjentowi humanitarnej opieki terminalnej, godnych warunków umierania wraz z poszanowaniem uznawanych przez niego wartości [4]. Opieka medyczna nad osobami umierającymi wymaga od pielęgniarki zapewnienia atmosfery bezpieczeństwa, przynoszenia pacjentowi ulgi w cierpieniu, wyrażania szacunku, okazywania zrozumienia i empatii, a także odpowiedniego przygotowania zawodowego [3, 5].

Pielęgniarki w obliczu śmierci pacjenta przyjmują różnorodne postawy, które są uzależnione od wielu czynników, przede wszystkim częstości

kontakty ze śmiercią, osobistych doświadczeń, wyznawanej religii, stażu i miejsca pracy. Nie tylko wyżej wymienione czynniki oddziałują na postawy pielęgniarek, ale również dynamiczny rozwój medycyny związany z postępem sektora ekonomicznego wpłynął na charakter pracy pielęgniarek, w której są one oceniane za jakość usługi medycznej, związanej z szybkim i tanim wykonaniem, opartym na standardach i procedurach medycznych, które niestety na samym końcu stawiają indywidualne potrzeby pacjenta [1, 3].

Aby zrozumieć badane zjawisko, należy wyjaśnić pojęcie postawy, którą można określić, jako gotowe i trwałe ustosunkowanie do konkretnych obiektów albo ich rodzajów. Według S. Nowaka postawy wyjaśniają te ludzkie zachowania, które charakteryzują się pewną trwałością, oraz modyfikują związki między zachowaniami a sytuacjami, które je wywołały. Wiele prac przyjmuje trójskładnikową definicję postawy, która zakłada, iż na postawę składa się nie tylko stosunek emocjonalny (uczuciowo-oceniający składnik postawy), ale także przekonania człowieka na temat danego obiektu (poznawczy składnik postawy) oraz tendencja do pozytywnych lub negatywnych zachowań w stosunku do tego obiektu (behawioralny składnik postawy) [6, 7].

Celem pracy było poznanie najczęstszych typów postaw pielęgniarek wobec śmierci.

Badania przeprowadzono w grudniu 2008 r. wśród studentów pielęgniarstwa studiów licencjackich tzw. pomostowych. Respondenci zostali poinformowani o celu badań, ich anonimowości i dobrowolnym w nich uczestnictwie.

Ogółem przebadano 31 pielęgniarek, wśród których 30 było katoliczkami (z tego 28 praktykującymi) i tylko jedna ateistką. Wszystkie osoby posiadały wykształcenie średnie. Respondenci pracowali w szpitalach, podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), hospicjach, domach pomocy społecznej (DPS), zakładach opiekuńczo-pielęgnacyjnych (ZOP) i sanatoriach. Ponad 58% (n=18) pielęgniarek była powyżej 35 roku życia i 42% (n=13) ze stażem pracy powyżej 16 lat. Wszystkie badane osoby miały kontakt ze śmiercią, z tego „bardzo często” 42% (n=13), „często” 10% (n=3) i „rzadko” 48% (n=15). Spośród 31 badanych respondentów wszyscy deklarowali myślenie o śmierci w czasie kontaktu z nią.

Podstawową charakterystykę grupy socjodemograficznej przedstawiono w tabeli 1 w „Aneksie”.

W metodologii badań przyjęto strategię badań jakościowych na podstawie metody sondażu diagnostycznego, wykorzystując technikę wywiadu nieskategoryzowanego z użyciem narzędzia w formie pisemnego przedstawienia poglądów na temat śmierci w opracowaniu własnym [8]. Narzędzie badawcze składało się z dwóch części – socjodemograficznej i problemowej. W części problemowej znajdowało się 7 pytań otwartych, dotyczących poglądów pielęgniarek na temat śmierci.

Analiza danych jakościowych polegała na kodowaniu materiału badawczego poprzez wyszukiwanie w tekście wskaźników zmiennych (kategorii analitycznych) oraz nadaniu im znaczenia, z rozszerzeniem na kody teoretyczne, które stanowiły hipotetyczne poglądy badacza [9].

Wyniki

Na podstawie analizy literatury wyłoniono cztery hipotetyczne typy postaw pielęgniarek wobec śmierci: typ zaprzeczający, typ wierzący, typ ignorujący i typ zafascynowany (tabela 2) [1, 3, 5, 6, 7, 10].

Spośród 31 pisemnych wypowiedzi pielęgniarek wyłoniono 6% (n=2) typów zaprzeczających, 26% (n=8) typów wierzących, 3% (n=1) typów ignorujących, a także typy mieszane takie jak: typ wierzący połączony z typem ignorującym 52% (n=16), typ zaprzeczający połączony z typem wierzącym 3% (n=1), typ zaprzeczający połączony z typem wierzącym i typem ignorującym 10% (n=3). Żaden wywiad nie spełniał kryteriów, które można było zakwalifikować do typu zafascynowanego (tabela 3).

Wyniki tej analizy zaprezentowano w tabelach, które składały się z pytań otwartych, jednostek tekstowych, kategorii analitycznych i kodów teoretycznych.

Do typu zaprzeczającego (tabela 4) zakwalifikowano 2 pielęgniarki. Były to kobiety mieszkające na wsi, powyżej 35 roku życia, katoliczki praktykujące, ze stażem pracy powyżej 16 lat, pracujące w sanatorium i POZ, mające rzadki kontakt ze śmiercią. Pielęgniarki te bały się śmierci i unikały kontaktu z nią. Nie miały zobiektywizowanych poglądów na temat eutanazji, kary śmierci i aborcji. W swoich pisemnych wypowiedziach wyrażały wątpliwość w istnienie życia pozagrobowego.

Najbardziej dominującym typem postawy wobec śmierci był typ wierzący (tabela 5), do którego zakwalifikowano 8 pielęgniarek. Aż 75% (n=6) było powyżej 35 roku życia, ze stażem pracy powyżej 16 lat. W gru-

pie tej 63% (n=5) pielęgniarek miało rzadki kontakt ze śmiercią, natomiast pozostałe 37% (n=3) deklarowało częsty kontakt z nią. Osoby te pracowały w szpitalu – 50 % (n=4), POZ – 25 % (n=2) i DPS – 25 % (n=2). Wszystkie pielęgniarki były praktykującymi katoliczkami. Wiara w Boga dawała im nadzieję na życie pozagrobowe, pozbawione cierpienia i bólu. Wszystkie respondentki były zdecydowanymi przeciwnikami eutanazji, kary śmierci i aborcji.

Do typu ignorującego (tabela 6) zakwalifikowała się tylko jedna osoba spełniająca kryteria zawarte w opisie. Była to kobieta, zamieszkująca miasto, poniżej 35 roku życia, ateistka, ze stażem pracy do 5 lat, pracująca w szpitalu, gdzie kontakt z osobami umierającymi był bardzo częsty. Osoba ta nie wierzyła w istnienie Boga i życie pozagrobowe. Nie bała się śmierci i cierpienia. Popierała eutanazję, karę śmierci i aborcję.

Do opracowanych czterech typów postaw nie zakwalifikowano aż 20 pielęgniarek, ponieważ nie spełniały one kryteriów zawartych w tabeli 2. Ich pisemne wypowiedzi zawierały w sobie cechy różnych typów.

Spośród typów mieszanych aż 52% (n=16) pielęgniarek, w swoich poglądach przejawiała jednocześnie cechy typu wierzącego i ignorującego. Większa część badanych 62% (n=10) należąca do tego typu, była poniżej 35 roku życia, natomiast 75% (n=12) miała bardzo częsty kontakt ze śmiercią i tylko 25% (n=4) rzadki. Były to osoby religijne, które bały się śmierci i cierpienia, wierzyły w życie pozagrobowe, ale popierały eutanazję, karę śmierci i aborcję.

Tylko jeden wywiad zawierał w sobie elementy typu zaprzeczającego i typu wierzącego. Pielęgniarka ta była w wieku do 35 lat, ze stażem pracy od 6–15 lat, pracująca w POZ, mająca rzadki kontakt ze śmiercią. Osoba ta wierzyła w życie pozagrobowe, ale kontakt ze śmiercią wyzwał w niej przerażenie.

Ostatnia grupa to połączenie cech trzech typów postaw: typu zaprzeczającego, typu wierzącego i typu ignorującego. Grupę tę stanowiło 10% (n=3) badanych pielęgniarek. Wszystkie osoby były w wieku do 35 roku życia, w tym 67% (n=2) do 5 lat stażu pracy i 33% (n=1) od 6–15 lat. Respondenci mieli rzadki kontakt ze śmiercią. W swoich pisemnych wypowiedziach popierali eutanazję, karę śmierci i aborcję, i ta postawa kwalifikowała ich do typu ignorującego, natomiast lęk przed śmiercią i cierpieniem, wiara w życie pozagrobowe do typu wierzącego, a niechęć do myślenia o śmierci do typu zaprzeczającego.

Omówienie

Zjawisko śmierci jest trudnym obszarem badawczym, ponieważ dotyczy subiektywnych opinii osoby badającej. Bardzo ciężko jest badać postawy wobec śmierci, jeżeli w grę wchodzi silne i negatywne emocje, które często pozostawiają po sobie pustkę i niechęć do życia. Śmierć jest integralną częścią życia człowieka, ale kontakt z nią wywołuje lęk i poczucie zagrożenia [3].

W niniejszym opracowaniu posłużono się badaniami jakościowymi, ponieważ dzięki pytaniom otwartym pielęgniarki miały możliwość konstruowania własnych pisemnych wypowiedzi, co dało możliwość wniesienia w „głąb” interesującego nas zjawiska [8].

Celem autorów było poznanie najczęstszych typów postaw wobec śmierci wśród pielęgniarek.

Na podstawie analizy literatury opracowano hipotetyczne typy postaw wobec śmierci, które pozwoliły rozpoznać postawy pielęgniarek w badaniach własnych i zakwalifikować je do poszczególnych typów [1, 3, 5, 6, 7, 10].

Spośród 31 badanych osób tylko 11 pielęgniarek w swych pisemnie wyrażonych poglądach spełniało kryteria odnoszące się do opracowanych hipotetycznie typów postaw wobec śmierci, tj. typ zaprzeczający, typ ignorujący, typ wierzący i typ zafascynowany. Pozostali badani nie zostali zakwalifikowani do wyżej wymienionych typów postaw, ponieważ ich poglądy łączyły w sobie cechy różnych typów.

W przeprowadzonych badaniach własnych aż 20 pielęgniarek zostało zakwalifikowanych do typów mieszanych, które zawierały w sobie cechy różnych typów postaw wobec śmierci. Spośród typów mieszanych na szczególną uwagę zasługuje połączenie typu wierzącego z typem ignorującym – 52% (n=16). Osoby te wierzyły w istnienie Boga i życia pozagrobowego, ale popierały karę śmierci, eutanazję i aborcję. Można przypuszczać, że tak ambiwalentne poglądy świadczą o niewystarczającej wiedzy badanych osób na temat śmierci.

Przeprowadzone badania opinii publicznej wykazały, iż 60% studentów medycyny w Polsce popiera prawo człowieka do eutanazji. W 1998 roku społeczeństwo polskie w 39% opowiadało się za tym, aby lekarz przyspieszał śmierć w przypadku, gdy pacjent był nieuleczalnie chory i prosił o eutanazję, 45% była za uznaniem bezbolesnego skrócenia życia na prośbę chorego, a 41% opowiadała się za dopuszczalnym zapisywa-

niem środków przyspieszających śmierć [11]. W badaniach przeprowadzonych w grupie 133 studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu aż 90% deklarowało brak przygotowania do kontaktu z pacjentem umierającym [12]. Wyniki tych badań powinny być wskazówką dla uczelni medycznych, aby w toku kształcenia studentów zwiększyć liczbę godzin zarówno teoretycznych, jak i praktycznych z zagadnień związanych ze śmiercią [10].

Wśród badanych respondentów przeważającą grupę stanowiły osoby praktykujące wyznania katolickiego. Z analizy literatury wynika, że wiara pozwala lepiej zrozumieć sens śmierci, zmniejsza lęk związany z jej nadjeściem i nadaje życiu sens [2, 10].

W 2005 roku CBOS przeprowadziło badania, które wykazały, iż tylko 26% Polaków deklarowało częste myślenie o śmierci, prawie połowa – 45% respondentów rzadko myślała na ten temat, a 29% – nigdy [za: 13]. Jak wynika z przeprowadzonej analizy badań własnych, wszystkie pielęgniarki niezależnie od typu postawy, do jakiej zostały zakwalifikowane, myślą o śmierci w czasie kontaktu z nią, gdy umiera osoba bliska lub pacjent.

Należy podkreślić, że zastosowany model badania jakościowego pozwolił pogłębić temat w zindywidualizowanej perspektywie, w której pojawiają się emocje w obliczu śmierci pacjenta. Temat wymaga kontynuowania tym bardziej, że wiedza z tego zakresu jest niewystarczająca.

Wnioski

1. Spośród wyłonionych czterech typów postaw wobec śmierci nie odnaleziono typu zafascynowanego.
2. Tylko 35% (n=11) respondentów zakwalifikowało się do wyłonionych czterech typów postaw wobec śmierci.
3. Aż 65% (n=20) badanych nie zakwalifikowało się do podstawowych czterech typów postaw wobec śmierci, ponieważ ich pisemne wypowiedzi zawierały cechy kilku typów postaw.
4. Spośród wyłonionych 35% (n=11) podstawowych typów postaw wobec śmierci, najliczniejszą grupę stanowił typ wierzący, bo aż 26% (n=8), następnie typ zaprzeczający – 6% (n=2) i typ ignorujący – 3% (n=1).

5. Spośród typów mieszanych wyłoniono połączenie typu wierzącego i typu ignorującego, który stanowił aż 52% (n=16), następnie 10% (n=3) połączenie typu zaprzeczającego, typu wierzącego i typu ignorującego. Tylko jedna osoba w swoich poglądach łączyła w sobie cechy typu zaprzeczającego i typu wierzącego.
6. Pielęgniarki myślą o śmierci w czasie kontaktu z nią, gdy umiera osoba bliska lub pacjent.

Bibliografia

1. Sahaj T., *Człowiek istota śmiertelna. Filozofia. Religia. Medycyna. Sport*, Poznań 2004, s. 201–203, 215, 220–229.
2. Scherer G., *Filozofia śmierci. Od Anaksymandra do Adorno*, Kraków 2008, s. 16–32.
3. Kübler-Ross E., *Śmierć ostatni etap rozwoju*, Warszawa 2008, s. 36–61, 236–248.
4. *Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej*, www.izbapiel.org.pl.
5. De Walden-Gałuszko K., *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi środkami psychologicznymi*, Gdańsk 2000, s. 128–134.
6. *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, red. T. Pilch, t. 4, Warszawa 2005, s. 743–749.
7. Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Kraków 1995, s. 126–131.
8. Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Warszawa 2001, s. 95–96, 284.
9. Rubach K., *Metodologia badań nad edukacją. Pedagogika wobec współczesności*, Warszawa 2008, s. 259–269.
10. Kübler-Ross E., *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Poznań 2007, s. 28–54.
11. Gawrońska-Krzemińska A., Żuralska R., *Eutanazja w opinii pielęgniarek Pomorza*, [w:] Krajewska-Kuśak E., Nyklewicz W, Lewko J. i wsp., *W drodze do brzegu życia*, t. 2, s. 337–342.
12. Florek K., *Towarzyszenie umieraniu – problemy dydaktyczne*, „Pielęgniarstwo” 2000, 5 (40), s. 44–46.
13. Krakowiak P., *Strata, osierocenie i żałoba. Poradnik dla pomagających i dla osób w żałobie*, Gdańsk 2007, s. 18.

Aneks

Tabela 1. Wiek, miejsce zamieszkania, rodzaj ukończonej szkoły, staż pracy, miejsce zatrudnienia

Wiek	Liczba	%
Do 35 roku życia	13	42%
Powyżej 35 roku życia	18	58%
Miejsce zamieszkania	Liczba	%
Miasto	15	48%
Wieś i gmina	16	52%
Rodzaj ukończonej szkoły	Liczba	%
Liceum medyczne	20	65%
Szkoła medyczna policealna	11	35%
Staż pracy	Liczba	%
Do 5 lat	7	23%
6–15 lat	11	35%
16 i powyżej	13	42%
Miejsce zatrudnienia	Liczba	%
Szpital	13	42%
POZ	9	29%
Hospicjum	1	3%
DPS	2	6%
ZOP	1	3%
Sanatorium	5	16%

Tabela 2. Hipotetyczne typy postaw pielęgniarek wobec śmierci (opracowanie na podstawie literatury)

Typ postawy	Typ zaprzeczający	Typ wierzący	Typ ignorujący	Typ zafascynowany
Opis	Przyjmuje postawę bierną i boi się śmierci. Jest świadomy jej istnienia, ale nie podejmuje rozmyślań na jej temat i unika bezpośredniego kontaktu z nią. Śmierć jest traktowana, jako „zło”. Kontakt ze śmiercią budzi w nim przerażenie, niepokój i bezradność, jednocześnie jest „prześladowany” przez śmierć i bezskutecznie próbuje ją oswoić. Najwyższą wartością dla niego jest życie. Przyjmuje obojętną postawę wobec kary śmierci, eutanazji i aborcji. Boi się cierpienia i nie ma	Śmierć traktuje jako etap w życiu człowieka – przejście duszy do innego wymiaru. Jest głęboko wierzący. Wierzy w życie pozagrobowe, w którym będzie miał kontakt z Bogiem i bliskimi osobami. W kontakcie ze śmiercią przyjmuje postawę aktywną i empatyczną. Wobec eutanazji, kary śmierci i aborcji przyjmuje postawę negatywną, w której to Bóg decyduje o końcu życia. Człowiek według jego opinii nie ma prawa odbierania życia sobie i innym. Boi się cierpienia, ale przeżywanie go jest dla niego „zbawieniem” i nadzieją na lepsze życie po śmierci. Jest silnie związany z Bogiem, Kościołem i rodziną	Typ ten przyjmuje postawę obojętną wobec śmierci. W czasie kontaktu ze śmiercią nie okazuje emocji. Jest świadomy istnienia śmierci, ale nie jest zainteresowany zgłębianiem wiedzy na jej temat. Jego wypowiedzi i zachowania wskazują na bagatelizowanie śmierci. Przyjmuje pozytywną postawę wobec kary śmierci, eutanazji i aborcji, uważa, że człowiek ma prawo decydowania o życiu swoim i innych. Nie jest osobą religijną i nie wierzy w życie pozagrobowe. Nie boi się śmierci i cierpienia, ponieważ według jego opinii jest to nieunikniony i naturalny proces zmierzający do zakończenia życia	Interesuje się tanatologią, filozofią śmierci i parapsychologią. Stawia sobie wiele pytań z nią związanych i szuka odpowiedzi nie tylko w literaturze, lecz też w kontaktach z nią. Poszukuje dowodów na istnienie życia pozagrobowego poprzez kontakt z ludźmi mającymi styczność ze śmiercią, cierpieniem i Kościołem. Nie popiera eutanazji, kary śmierci i aborcji. Jest osobą religijną. Wierzy w życie pozagrobowe. Nie boi się śmierci i cierpienia, ale odczuwa lęk przed cierpieniem osób bliskich

Tabela 3. Typy postaw wobec śmierci

Typ postawy	Liczba	%
Typ zaprzeczający	2	6%
Typ wierzący	8	26%
Typ ignorujący	1	3%
Typ wierzący/typ ignorujący	16	52%
Typ zaprzeczający /typ wierzący	1	3%
Typ zaprzeczający/typ wierzący/typ ignorujący	3	10%

Tabela 4. Typ zaprzeczający

Lp.	Pytanie otwarte	Jednostka tekstowa	Kategoria analityczna	Kod teoretyczny
1.	Co to jest śmierć?	Śmierć jest to koniec życia na ziemi, umiera ciało, tracimy kontakt z bliskimi i przejście duszy do innego wymiaru	Śmierć biologiczna i wędrówka duszy do innego wymiaru	Śmierć jest to zakończenie życia biologicznego na ziemi i przejście duszy do innego wymiaru
2.	Czy boisz się śmierci? Uzasadnij swoją odpowiedź.	Boję się śmierci, ponieważ nie wiem, co się ze mną stanie po jej nadejściu. Boję się, że moje życie w chwili śmierci zakończy się i przestanę już istnieć	Lęk przed śmiercią i tym, co nastąpi po jej nadejściu. Śmierć zaburza poczucie egzystencji	Śmierć jest „niewiadomą” w życiu człowieka wzbudzającą lęk i zaburzającą poczucie ludzkiej egzystencji
3.	Czy myślisz o śmierci – jak często i w jakich sytuacjach?	Staram się o niej nie myśleć, ale gdy umiera ktoś bliski, to przeraża mnie myśl, że śmierć jest nieuchronna	Myśli o śmierci w kontakcie z nią i przerażenie związane z jej nieuchronnością	Człowiek myśli o śmierci w kontakcie z nią. Śmierć budzi lęk, ponieważ jest naturalnym i nieuniknionym etapem ludzkiego życia
4.	Jaka jest twoja opinia na temat eutanazji, kary śmierci i aborcji?	Nie mam poglądów na ten temat	Brak opinii na temat eutanazji, kary śmierci i aborcji	Brak opinii na temat eutanazji, kary śmierci i aborcji

Lp.	Pytanie otwarte	Jednostka tekstowa	Kategoria analityczna	Kod teoretyczny
5.	Czy wierzysz w życie pozagrobowe? Uzasadnij swoją odpowiedź.	Nie wiem, czy istnieje życie pozagrobowe, ponieważ jak dotąd nie ma osoby, która by zmartwychwstała	Zwątpienie w istnienie życia pozagrobowego z powodu braku dowodu na temat jej istnienia	Człowiek wątpi w istnienie życia pozagrobowego, ponieważ brak mu dowodów na temat jej istnienia
6.	Czy boisz się cierpienia?	Tylko głupiec nie boi się cierpienia	Lęk przed cierpieniem	Cierpienie wzbudza w człowieku lęk
7.	Czy religia pozwala ci lepiej rozumieć śmierć? Uzasadnij swoją odpowiedź.	Tak, religia wyjaśnia mi, co to jest śmierć i dlaczego muszę umrzeć	Religia jako nauka o śmierci	Religia jest nauką, która przekazuje wiedzę na temat śmierci

Tabela 5. Typ wierzący

Lp.	Pytanie otwarte	Jednostka tekstowa	Kategoria analityczna	Kod teoretyczny
1.	Co to jest śmierć?	Śmierć jest to przejście na drugą stronę życia, tam po drugiej stronie życia rodzimy się na nowo. Życie na ziemi to tylko stan przejściowy	Śmierć jako kolejny etap życia i ponowne odrodzenie się człowieka	Śmierć jest drogą do nowego życia, w której człowiek ponownie odradza się duchowo
2.	Czy boisz się śmierci? Uzasadnij swoją odpowiedź.	Tak oczywiście, że boję się śmierci, jestem osobą wierzącą i boję się, że mogę umrzeć niepokodzona z Bogiem	Śmierć budzi lęk, ponieważ jest przeszkodą w pojednaniu się z Bogiem	Osoba wierząca boi się śmierci, ponieważ może umrzeć niepokodzona z Bogiem
3.	Czy myślisz o śmierci – jak często i w jakich sytuacjach?	Myślę o śmierci, bo to naturalna kolej rzeczy, wszyscy się rodzimy i musimy umrzeć. Pragnę umrzeć w późnym wieku i mieć zakończone wszystkie sprawy	Myśli o śmierci, jako naturalny element życia związany z jej	Myśli o śmierci są stałym elementem ludzkiego życia, ponieważ jest ona nieuchronna. Człowiek chce umierać w późnym wieku po zrealizowaniu wszystkich zadań życiowych
4.	Jaka jest twoja opinia na temat eutanazji, kary śmierci i aborcji?	Jestem przeciw aborcji, karze śmierci i eutanazji, nikt nie może odbierać życia człowiekowi – tylko Bóg	Zdecydowany sprzeciw przeciwko karze śmierci, aborcji i eutanazji. Tylko Bóg odbiera człowiekowi życie na ziemi	Życie człowieka ma najwyższą wartość i nikt oprócz Boga, nie ma prawa odbierania ludzkiego życia

Lp.	Pytanie otwarte	Jednostka tekstowa	Kategoria analityczna	Kod teoretyczny
5.	Czy wierzysz w życie pozagrobowe? Uzasadnij swoją odpowiedź.	Kościół uczy nas o życiu pozagrobowym, więc wierzę w nie. Po śmierci będę mogła spotkać się z moją mamą i siostrą	Wiara w życie pozagrobowe ugruntowana nauką Kościoła i nadzieją na spotkanie z bliskimi po śmierci	Katolicy wierzą w życie pozagrobowe, ponieważ jest to jedna z nauk Kościoła i nadzieja na spotkanie z bliskimi
6.	Czy boisz się cierpienia?	Boję się cierpienia, ale dzięki cierpieniu na ziemi, mam szansę na zbawienie i lepsze życie po śmierci	Lęk przed cierpieniem. Cierpienie na ziemi, jako wybawienie i nadzieja na lepsze życie po śmierci	Przeżywanie cierpienia na ziemi jest nagrodą i nadzieją na lepsze życie pozagrobowe
7.	Czy religia pozwala ci lepiej rozumieć śmierć? Uzasadnij swoją odpowiedź.	Tak biorąc pod uwagę Chrystusa, który umarł za nas z miłości, w bólu i cierpieniu i później ożył ponownie	Śmierć Chrystusa jako nadzieja na życie wieczne	Religia przygotowuje do śmierci poprzez odniesienie się do symbolu śmierci Chrystusa

Tabela 6. Typ ignorujący

Lp.	Pytanie otwarte	Jednostka tekstowa	Kategoria analityczna	Kod teoretyczny
1.	Co to jest śmierć?	Ustanie funkcji życiowych. Koniec wszystkiego!	Koniec życia	Ustanie funkcji życiowych jest końcem życia człowieka
2.	Czy boisz się śmierci? Uzasadnij swoją odpowiedź.	Nie, bo każdego to czeka. Nie chcę być zależna od innych, sztucznie podtrzymywana i inwazyjnie leczona – tego boję się najbardziej! Nie chcę być bezradna	Brak lęku przed śmiercią, jako nieuniknionym etapem ludzkiego życia. Lęk przed odczuwaniem bezradności, związanej z uzależnieniem od innych osób	Człowiek nie boi się śmierci, ponieważ jest ona stałym elementem jego życia, ale uzależnienie od innych osób, związane z medycznym przedłużaniem życia, budzi w nim lęk
3.	Czy myślisz o śmierci – jak często i w jakich sytuacjach	Tylko w czasie śmierci osób bliskich i pacjentów	Myśli o śmierci w czasie kontaktu z nią	Człowiek myśli o śmierci w kontakcie z nią
4.	Jaka jest twoja opinia na temat eutanazji, kary śmierci i aborcji?	Każdy człowiek ma prawo decydowania o swoim życiu, jestem za eutanazją, aborcją i karą śmierci	Poparcie eutanazji, kary śmierci i aborcji. Człowiek ma prawo do decydowania o swoim życiu	Człowiek ma prawo do decydowania o zakończeniu cierpienia i życia
5.	Czy wierzysz w życie pozagrobowe? Uzasadnij swoją odpowiedź.	Nie wierzę w życie po życiu i w istnienie Boga!	Brak wiary w życie pozagrobowe i istnienie Boga	Człowiek, który nie wierzy w Boga, nie wierzy też w istnienie życia pozagrobowego

Lp.	Pytanie otwarte	Jednostka tekstowa	Kategoria analityczna	Kod teoretyczny
6.	Czy boisz się cierpienia?	Nie boję się cierpienia zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Cierpienie zawsze występowało w ludzkim życiu	Brak lęku przed cierpieniem fizycznym i psychicznym. Cierpienie jako element ludzkiego życia	Człowiek nie boi się cierpienia, ponieważ jest ono elementem ludzkiego życia
7.	Czy religia pozwala ci lepiej rozumieć śmierć? Uzasadnij swoją odpowiedź.	Nie dotyczy!	Brak odpowiedzi	Brak odpowiedzi

Małgorzata Szerla, Michał Kosztołowicz

Ewaluacja bólu pooperacyjnego i czynników osobowościowych za pomocą profilu osobowościowego i mapy czynników osobowościowych

Wprowadzenie

Hipokrates (V w. p.n.e.) uznawał zdrowie jako jedność ciała, umysłu i duszy człowieka. Chorobę postrzegał zaś jako brak równowagi świata wewnętrznego i zewnętrznego. Ujęcie zdrowia jako homeostazy (harmonii) pomiędzy stanem psychicznym a fizycznym organizmu, zaś choroby jako dysharmonii pomiędzy tymi składowymi, cechuje holistyczne podejście do zdrowia. Medycyna holistyczna sięga swymi korzeniami do nauki, a także przysięgi Hipokratesa. Współczesna medycyna dostrzega słusność tej idei. Wciąż jeszcze jednak przeważa w niej przywiązanie do paradygmatu preferującego somatyczną etiologię choroby. Takie podejście nie wykorzystuje należycie osobowościowych predyspozycji chorego. Sprawia to, że niekiedy skupiamy się bardziej na leczeniu samej choroby niż na leczeniu chorej osoby. Wyczerpanie psychiczne, permanentny stres czy też negatywne stany emocjonalne prowadzą często do rozwoju zaburzeń somatycznych,

objawiających się nieprawidłowym funkcjonowaniem poszczególnych narządów czy też całych układów. W takich stanach psychika indywidualnego pacjenta staje się kluczem do przywrócenia homeostazy, a zatem prawidłowego funkcjonowania jego organizmu (Brodziak, Wojtkowiak, 2006).

Konieczność takiego podejścia docenił już pod koniec XIX wieku rosyjski lekarz Grigorij Ivanovich Rossolimo (1821–1888) – twórca dziecięcej neurologii i neuropsychologii. Swą pracą badawczą wniósł wiele do lepszego rozumienia złożoności ludzkiego zachowania, rzutującego na prawidłowość funkcjonowania organizmu jako całości. W tym celu rozwinął metodologię badawczą – opracował odpowiednie testy psychologiczne, które przyporządkowywał poszczególnym funkcjom psychicznym pacjenta. Uzyskane w ten sposób indywidualne wyniki przeliczał na decyle i przedstawiał je na wykresie, który nazywał profilem psychologicznym. Przy czym, w interpretacji takiego badania szczególne znaczenie przypisywał kształtowi powstałego wykresu (psychogramowi). Wartości konkretnych wyników pacjenta (uzyskanych na podstawie testów) mają tu mniejsze znaczenie niż sam kształt wykreślonego na ich podstawie wykresu (Satran, 2005; Vein, 2007). Metoda ta ma wartość typologiczną, co oznacza, że powstała na podstawie ukształtowania linii psychogramu. Fakt ten został zauważony przez Bronisława Biegeleisena-Żelazowskiego (1881–1963), który w swoim dziele *Metody statystyczne w psychologii*, wydanym w 1935 r., napisał: „Dla tego, kto studiuje dużo takich profili ustalają się pewne typy ukształtowania linii łamanych”. Ustalenie typu profilu osobowościowego stanowi wskazówki dla rozumienia podobieństw i różnic pomiędzy poszczególnymi typami osobowości badanych pacjentów. Jednak nie powinny on stanowić jedynej podstawy do interpretacji indywidualnych zależności, gdyż prowadzić mogą do znacznego subiektywizmu, co zauważył już Biegeleisen-Żelazowski: „Najważniejszą atoli rzeczą jest, że interpretacja profilu wymaga bardzo trafnej diagnozy i jest poniekąd impresjonistyczną syntezą, opartą na subiektywnych optycznych wrażeniach i jakby podświadomym sumowaniu wyników różnych testów, zależnie od ich znaczenia”. Interpretacja danej sylwetki osobowościowej, na podstawie tak wyznaczonego profilu, jest syntezą impresjonistyczną opartą na subiektywnych wzrokowych doznaniach.

Metody oparte na typologii osobowościowej znajdują wciąż szeroko zastosowane we współczesnej psychologii, medycynie psychosomatycznej oraz diagnostyce i terapii bólu. W diagnostyce i leczeniu objawów somatycznych, wykorzystywane jest badanie wzoru osobowości i stylu radzenia sobie ze stresem (Ortenburger, 2005). Ból, podobnie jak inne

dolegliwości, jest fenomenem wielowymiarowym. Doznanie to obejmuje zarówno fizyczne, jak też osobowościowe aspekty zdrowia i choroby. Dlatego też wiedza dotycząca wyłącznie mechanizmu wywołującego ból oraz czasu jego trwania nie wystarcza, by można było postawić właściwą diagnozę i wybrać odpowiednie leczenie. Dlatego podczas diagnostyki i terapii bólu szczególnego znaczenia nabiera położenie akcentu przede wszystkim na to, co odczuwa i opisuje indywidualny pacjent.

W niniejszej pracy dokonujemy porównania dwóch metod ewaluacji związku bólu pooperacyjnego z wybranymi czynnikami osobowościowymi. Czynimy to za pomocą dwóch metod: profilu osobowościowego oraz mapy czynników osobowościowych (Kosztolowicz, Kosztolowicz, et al. 1999; Szerla, Kosztolowicz, 2004). Badanie to zostało przeprowadzone wśród dzieci, dlatego rozpatrywano temperamentalne cechy osobowości pacjentów pediatrycznych. Przyjmujemy, że osobowość jest zbiorem czynników osobowościowych, zaś temperament jest jego podzbiorem. Badanie uwzględnia następujące czynniki temperamentu: *E* – emocjonalność, *T* – towarzyskość, *A* – aktywność i *N* – nieśmiałość oraz lęk – C_2 jako cecha osobowościowa. W ewaluacji tak subiektywnego zjawiska jak ból szczególnie istotne znaczenie ma pokonywanie obiektywnych trudności w jego ocenie. Stąd też bardzo ważną rolę odgrywa tu dobór odpowiedniej metody weryfikacji zależności między badanymi zmiennymi (bólem i czynnikami osobowościowymi). Takie oczekiwania spełniają na ogół metody statystyczne (matematyczne).

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest porównanie ewaluacji związku bólu pooperacyjnego (*B*) z wybranymi czynnikami osobowościowymi u dzieci (*E* – emocjonalność, *T* – towarzyskość, *A* – aktywność i *N* – nieśmiałość oraz lęk – C_2 jako cecha osobowościowa) za pomocą profilu osobowościowego oraz mapy czynników osobowościowych.

Materiał

Badanie przeprowadzono w grupie $n=66$ dzieci od 9 do 14 roku życia, które zakwalifikowano do planowych zabiegów operacyjnych na Oddzia-

le Chirurgii, Urologii i Traumatologii Dziecięcej oraz na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Kielcach. Dzieci były badane według kolejności zgłaszania się do szpitala na odpowiedni oddział zabiegowy. Pomiar wybranych cech osobowościowych u dzieci zakwalifikowanych do planowych operacji został przeprowadzony (za zgodą badanych dzieci oraz ich rodziców) podczas konsultacji anestezjologicznej co najmniej jedną dobę przed zabiegiem. Badanie bólu przeprowadzano w trzech kolejnych dobach okołoperacyjnych (B_0 – ból mierzony w dobie zerowej, B_1 – w dobie pierwszej i B_2 – w drugiej).

Narzędzia

Pomiar pooperacyjnego bólu u dzieci przeprowadzono za pomocą wizualno-analogowej skali VAS (Visual Analogue Scale). Dzieci same określały wielkość odczuwanego bólu przez trzy dni, tj. w dobie zabiegu oraz dwu kolejnych dobach. Temperamentalne cechy osobowościowe mierzono za pomocą kwestionariusza temperamentu EAS – C (wg A. H. Buss i R. Plomin w polskiej adaptacji W. Oniszczenko) z 1997 r., który wyodrębnia cztery cechy osobowościowe temperamentu: E – emocjonalność, T – towarzyskość, A – aktywność oraz N – nieśmiałość. Kwestionariusz ten jest przeznaczony do badania temperamentalnych cech u dzieci, na podstawie oceny rodziców (lub opiekunów). Lęk jako cechę osobowościową mierzono za pomocą Inwentarza Stanu i Cechy Lęku dla Dzieci (ISCLD) wg Spielberga i współpracowników, w polskiej adaptacji K. Wrześniewskiego i T. Sosnowskiego (1987). Narzędzie to wyodrębnia, drogą samooceny, dwa różne aspekty lęku: lęk – stan C_1 oraz lęk – cecha C_2 .

Metoda

Mapa czynników osobowościowych oraz profil osobowościowy posłużyły do ewaluacji związku bólu pooperacyjnego z wybranymi czynnikami osobowościowymi.

Omówienie ewaluacji bólu i czynników osobowościowych za pomocą profilu osobowościowego i mapy czynników osobowościowych

Ewaluacji dokonujemy dla losowo wybranego (z grupy $n=66$) dziecka nr 33. Przedstawione poniżej indywidualne postępowanie dotyczy wszystkich pozostałych w tej populacji badanych dzieci. Uzyskane przez pacjenta nr 33 wyniki surowe (empiryczne) dla bólu i czynników osobowościowych zostały zamieszczone w tabeli A.

Tabela A. Wyniki surowe bólu i czynników osobowościowych wyrażone w skali nominalnej

Pacjent nr	Wyniki surowe bólu			Wyniki surowe czynników osobowościowych				
	B_0	B_1	B_2	E	A	T	N	C_2
33	2	2	1	16	20	19	10	32

Uzyskane wyniki empiryczne (surowe) wyrażone są w skali nominalnej, która jest konsekwencją subiektywnego wartościowania odczuć pacjenta (cecha lęku) i jego rodzica (cechy temperamentu). Wyniki surowe (w skali nominalnej) nie uwzględniają ich faktycznej wartości, tj. ich „wagi” na tle badanej populacji, stąd nie podlegają arytmetyzacji. Dlatego wyniki surowe przeliczono na interwałową skalę T_1 , której jednostką jest odchylenie standardowe (s). Wyniki surowe przeliczono zgodnie ze wzorem skali T_1 :

$$y = 10z + 50$$

gdzie:

y – wynik w skali w skali T_1 u i -tego pacjenta,

10 – odchylenie standardowe w skali T_1 ,

50 – wartość średnia w skali T_1 ,

z – wynik standaryzowany, zostało obliczone wg wzoru:

$$z = \frac{X_i - \bar{X}}{S}$$

gdzie:

X_i – wynik surowy badanej zmiennej u i -tego pacjenta,

\bar{X} – średni wynik danej zmiennej,

S – odchylenie standardowe.

Jednostką miary dla wyników empirycznych (surowych) w interwałowej skali T_1 jest odchylenie standardowe. Należy przy tym zaznaczyć, że wyniki w skali T_1 zachowują wszystkie własności wyników empirycznych danej populacji, ponieważ obliczony między nimi współczynnik korelacji jest równy jedności. Wartość 50 (średnia) w skali T_1 pozwala różnicować wyniki względem tej wartości na wysokie i niskie.

Tabela B zawiera wartości wyników surowych (z tabeli A), które zostały przeliczone za pomocą wzór (1) na skalę interwałową.

Tabela B. Wyniki bólu i czynników osobowościowych wyrażone w interwałowej skali T_1

Pacjent nr	Wyniki bólu w skali T_1			Wartości czynników osobowościowych w skali T				
	B_0	B_1	B_2	E	A	T	N	C_2
33	45,85	50,53	50,86	53,24	52,37	47,96	47,36	50,43

Na podstawie wyników zawartych w tabeli B konstruujemy mapę czynników osobowościowych następująco:

1. Do najmniejszego wyniku z tabeli B (tj. 45,85) dodajemy 5 jednostek (w tej samej skali T_1), tworząc pierwszy przedział [40–45] dla klas.
2. Podobnie skonstruowany ostatni przedział [50–55] zawiera największy wynik (tj. 53,24), wyznaczając ostatnią klasę.
3. Mapa czynników osobowościowych indywidualnego pacjenta przedstawia, ile i jakie czynniki znajdują się w danej klasie (wyznaczonej przez przedział klasowy).

Zgodnie z powyższą procedurą skonstruowaną mapę czynników osobowościowych pacjenta nr 33 przedstawia rysunek \overline{C} . Łącząc punkty: E, A, T, N i C_2 , otrzymujemy linię łamaną, czyli profil osobowościowy pacjenta nr 33. Z kolei na mapę (rys. \overline{C}) nanosimy z tabeli B wartości bólu w skali T_1 , otrzymujemy łamaną B_0, B_1, B_2 , która jest profilem bólu pooperacyjnego tego pacjenta (Kosztołowicz, Kosztołowicz, współ., 1999).

Pacjent nr		Wartości czynników osobowościowych i bólu w skali T_1					
33	[50–55]	E ·	· A				· C_2
	[45–50]		· B_1	· B_2	· T	· N	
		· B					

Rysunek \overline{C} . Profil osobowościowy i bólu pooperacyjnego na mapie czynników osobowościowych

Powyższy rysunek \overline{C} ilustruje „przebieg” profilu osobowościowego i profilu bólu pooperacyjnego, którego interpretacja może być przeprowadzona jedynie za pomocą impresjonistycznej syntezy, opartej na su-

biektywnych wzrokowych doznaniach osoby oceniającej. Usytuowanie obu wykreślonych profilów na mapie czynnikowej (wyrażonej w skali T_1) umożliwiło dodatkowo odniesienie wartości bólu i czynników osobowościowych względem siebie oraz poniżej i powyżej wartości średniej (tj. wartości 50).

Dla większej przejrzystości mapę z rysunku \overline{C} przedstawiamy w innej konfiguracji, którą ilustruje poniższy rysunek \overline{C}_1 .

Przedziały	Czynniki osobowościowe i ból w skali T_1	Warstwy
[50-55]	A, E, B ₁ , B ₂ , C ₂	2
[45-50]	B ₀ , T, N	1

Rysunek \overline{C}_1 . Wartości czynników osobowościowych i bólu w skali T_1 pacjenta nr 33

U omawianego pacjenta nr 33 mapa (rys. \overline{C}_1) składa się z wyznaczonych przedziałami wartości, dwóch warstw oznaczonych kolejno 1 i 2. Na podstawie klasycznej definicji prawdopodobieństwa, w każdej warstwie, można określić prawdopodobieństwo występowania liczby połączeń czynników osobowościowych bezpośrednio z bólem do ilości wszystkich możliwych połączeń (tzn. uwzględnia się tu również połączenia pomiędzy samymi czynnikami osobowościowymi). W przypadku omawianego pacjenta mamy dwa następujące połączenia bezpośrednie czynników osobowościowych z bólem (B_0) w zerowej dobie pooperacyjnej: (B_0 , T), (B_0 , N) oraz wszystkie trzy pary połączeń tej warstwy: (B_0 , T), (B_0 , N) i (T, N).

Stąd, prawdopodobieństwo (P_1) występowania bólu B_0 (zerowej dobie operacyjnej) z czynnikami osobowościowymi warstwy pierwszej wynosi: $P_1(B_0) = \frac{2}{3}$. Analogicznie postępując, prawdopodobieństwo występowania bólu w pierwszej dobie pooperacyjnej (B_1) w warstwie drugiej wynosi: $P_2(B_1) = \frac{3}{6}$. Podobnie obliczone prawdopodobieństwo występowania bólu w drugiej dobie pooperacyjnej (B_2) wynosi u tego pacjenta również $P_2(B_2) = \frac{3}{6}$.

Wnioski

1. Profil osobowościowy nie wykrywa zależności pomiędzy wartościami zmiennymi, w ewaluacji związku bólu pooperacyjnego z wybranymi u dzieci cechami osobowościowymi, jedynie dostarcza badającemu subiektywnych spostrzeżeń.
2. Mapa czynników osobowościowych umożliwia wykrywanie zależności pomiędzy badanymi zmiennymi.

Bibliografia

1. Biegeleisen-Żelazowski B. (1935), *Metody statystyczne w psychologii*, Warszawa–Lwów.
2. Brodziak A, Wojtkowiak D, Muc-Wierzgoń M, Ziółko E., Kwiatkowska A. (2006), *Współczesne rozumienie pojęć choroby i stanu zdrowia*, „Ann. Acad. Med. Silesiensis” nr 60(3), s. 248–258.
3. Kosztołowicz M., Kosztołowicz T., Suchańska M. (1999), *Metoda redukcji statystycznej w badaniu struktur osobowościowych uczniów*, [w:] *Niektóre problemy pomiaru czynności i zjawisk dydaktycznych*, Kielce.
4. Ortenburger D. (2005), *Osobowość a ból przewlekły*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makiełło-Jarża, Z. Gajda, Kraków, s. 58–64.
5. Satran R. (2005), *Careers in medicine and neurology in Russia 100 years ago*, “Neurology”, nr 64, s. 121–127.
6. Szerla M., Kosztołowicz M. (2004), *Evaluation of postoperative pain with the statistic reduction method*, Proceedings of the Tenth National Conference on Application of Mathematics in Biology and Medicine. Copyright University of Computer Engineering and Telecommunications in Kielce, s. 201–206.
7. Vein A.A. (2007), *G.I. Rossolimo (1860–1928) Neurologist and Public Benefactor*, “Journal of the History of the Neurosciences”, t. 16, 1–2 January, s. 42–57.

Wojciech Kłapa, Natalia Drwięga

Multimedia a kształtowanie postaw pielęgniarek wobec chorych w opiece paliatywnej

Studia na kierunkach medycznych zatracają powoli charakter studiów formacyjnych. Na takich kierunkach jak medycyna czy pielęgniarstwo główny nacisk kładzie się na opanowanie przez studentów algorytmów postępowania diagnostycznego, terapeutycznego czy opiekuńczego, znacznie mniej uwagi poświęca się kształtowaniu osobowości przyszłego lekarza czy pielęgniarki. O słuszności powyższego sądu może świadczyć *ratio studiorum* wspomnianych kierunków.

Coraz trudniej też mówić o wsparciu studentów przez wykładowców, o tworzeniu wspólnoty czy „kierownictwie duchowym”. Zanika też zwyczaj wspólnych rozmów i dysput, czy podsuwaniu studentom „materiału do przemyślenia”.

Osobiste kontakty zostają bardzo często zastąpione „pokazami” w Power Poincie, a egzaminy ustne (będące też formą kształcenia i wychowania) egzaminami testowymi (najczęściej z użyciem źle opracowanych, nietrafnych testów).

Odchodzi się od tworzonego przez wieki modelu kształcenia uniwersyteckiego na rzecz kształcenia podobnego jak w masowej szkole podstawowej i to jeszcze w czasie byłego ustroju, przygotowując studenta do roli trybiku w jakiejś wielkiej trudnej do ogarnięcia rozumem machinie.

Z drugiej strony rozwój informatyki, multimediiów i postępy dydaktyki wymuszają zmiany w dotychczasowym trybie kształcenia studentów. Dotyczy to również kształtowania ich systemu wartości czy zachowań wobec innych ludzi, zwłaszcza pacjentów.

Za szczególnie istotne należy uznać kształtowanie postaw wobec osób cierpiących, ich otoczenia oraz zmian, jakie w życiu tych osób wywołuje ciągły postęp nauki i techniki.

Rozmowy ze studentami pielęgniarstwa i obserwacja ich poczynań wskazują, że trudno jest im wypracować odpowiednie zachowania wobec pacjentów, zwłaszcza nieuleczalnie chorych i będących w opiece paliatywnej. Trudno też jest im dokonać zmian we własnej osobowości pozwalających na odpowiedni dystans wobec sytuacji, w której się znajdują. Studenci pielęgniarstwa wskazywali też na brak, uwzględniających współczesne realia, wzorców zachowań wobec osób cierpiących, a także dylematy aksjologiczne związane z pracą wśród nich.

Postanowiliśmy więc opracować kilka rozwiązań pozwalających studentom na chwilę refleksji nad kształtowaniem systemu wartości i postaw wobec cierpienia. W tym celu wykorzystaliśmy techniki multimedialne.

Za takim rozwiązaniem przemawiały: powszechność kultury medialnej, stosowania multimediiów w codziennym życiu, ich dostępność, zwyczajnie studentów związane z powszechnym korzystaniem z komputerów, Internetu, telewizji satelitarnej, fotograficznych aparatów cyfrowych.

Kierując się sugestiami i wskazówkami P. Sztompki (2005: 121–129), przygotowaliśmy i zaprezentowaliśmy studentom szereg prezentacji mających wywołać u nich refleksje związane z upływem czasu, cierpieniem, wartościami, jakimi należy się kierować w życiu i pracy pielęgniarstwa.

Tok naszego postępowania był następujący:

1. Uzyskanie informacji o potrzebach, oczekiwaniach, problemach i trudnościach związanych z pracą pielęgniarek z osobami w opiece paliatywnej.
2. Uzyskanie informacji o zainteresowaniach studentów związanych ze sztuką, turystyką, sportem, sposobami spędzania czasu wolnego oraz zainteresowaniach i poziomie wiedzy z filozofii (zwłaszcza etyki i aksjologii), teologii, deontologii.
3. Dokonanie przeglądu treści mogących pomóc studentom w refleksji związanej z pracą dla chorych w opiece paliatywnej – utworów muzycznych, plastycznych, fotografii, wierszy, fragmentów prozy, pieśni czy piosenek, a także miejsc posiadających specyficzne *genius loci* (np. Kaplicy św. Leonarda na Wawelu, Collegium Maius, Piwnicy pod Baranami).

4. Opracowanie pokazów multimedialnych wykorzystujących wybrane treści do wzbudzenia u studentów refleksji związanych z różnymi aspektami nieuleczalnej choroby, bólu, cierpienia, śmierci, żałoby oraz pracy pielęgniarek w opiece paliatywnej.
5. Wstępna ocena, kategoryzacja i hierarchizacja pokazów.
6. Prezentacja pokazów studentom, ich omówienie i ocena w trakcie zajęć z pedagogiki.
7. Korekta i ostateczne opracowanie pokazów.
8. Udostępnienie ostatecznej wersji pokazów studentom do wykorzystania ich w dogodnych dla nich warunkach, jako „materiał do przemyślenia”.

Tematyka prezentacji była uwarunkowana potrzebami i propozycjami studentów, ich poglądami i postawami z jednej strony, a z drugiej – materiałem, jakim dysponowaliśmy. Koncentrowała się ona wokół treści związanych z etyką, aksjologią i deontologią oraz treści wywołujących silne emocje, np. związane z prezentacją dzieł sztuki czy piękna przyrody.

Poszczególne prezentacje nie stanowiły jednolitego ciągu, lecz stanowiły odrębne całości. Jednak wzajemnie uzupełniały się i pozwalały studentom na wielostronną analizę poszczególnych zagadnień.

Czas trwania prezentacji był zróżnicowany od kilkunastu sekund do kilku minut. Podobnie liczba slajdów wynosiła od jednego do kilkunastu. Część pokazów zawierała podkład muzyczny lub dźwiękowy bądź była uzupełniania „żywym słowem”, część składała się jedynie z obrazów.

Sposób prezentacji też był zróżnicowany: niektóre pokazy były poprzedzone komentarzem, inne były komentowane w trakcie trwania, jeszcze inne były pozbawione komentarza lub komentowane po projekcji. Niekiedy zaś pokaz stanowił komentarz czy kontrapunkt do treści wykładu.

Informacje zwrotne o odbiorze pokazów uzyskiwaliśmy w toku zajęć, a także w czasie rozmów prowadzonych ze studentami po zakończeniu zajęć.

W Zakładzie Pedagogiki Medycznej UJ CM wypracowano kilka „nietypowych” sposobów realizacji opisanych wyżej celów. Postanowiliśmy przedstawić niektóre z nich.

1. Praca z tekstem

Sugeruje się studentom, że za chwilę zostanie odczytany bardzo poważny, naukowy tekst, którego treści są znaczące, aktualne i ponad sto lat wytrzymały próbę czasu. Następnie odczytuje się „z lekką ironią” fragmenty rozdziału „O wychowaniu dziewcząt” z wydanej w 1905 książki Henry’ego Thomasa Bucklego. W rozdziale tym padają m.in. następujące stwierdzenia: „... kobiecie przypada w udziale praca domowa, mężczyźni pozadomowa”, „... bo przecież spaceru, w modnych sukienkach, po głównych, zakurzonych ulicach miasta ruchem higienicznym nazwać nie sposób”, „... co godzi się mężczyźnie to hańbą jest dla kobiety”, „... wążła, przepracowana umyślowo, nierozwinięta fizycznie dziewczynka (a takimi jest niestety większość uczennic zakładów naukowych) nigdy w przyszłości nie może zostać matką, zdrowych, prawidłowo rozwijających się dzieci”. Czy przestrzega się przed: „... najniehigienicznymi w świecie wieczorkami tańczącymi” (Buckle, 1905).

Czytając, zachęca się studentki do pilnego notowania wspomnianych myśli, jednocześnie dyktując im nawet kilkakrotnie fragmenty tekstu. Zazwyczaj wywołuje to reakcję zaskoczenia czy nawet, u feministycznie nastawionych studentek, oburzenia. Jednak po chwili pojawiają się refleksje dotyczące dążeń i sposobu życia „współczesnej” kobiety, a także istotnych i pozornych zmian, jakie nastąpiły w ciągu ponad stu lat.

2. Praca z pieśnią

Odtwarza się studentom nagranie *Modlitwy* Françoise’a Villona w oryginalnym wykonaniu B. Okudźawy. Większość studentów nie zna języka rosyjskiego, koncentruje się więc nie na tekście, lecz na linii melodycznej i emocjach, które ona wywołuje. Następnie zadaje się retoryczne pytanie o zrozumienie tekstu. Kiedy studenci stwierdzają, że niewiele zrozumieli, proponuje się im ponowne wysłuchanie utworu. Odtwarza się go jeszcze raz, jednocześnie tłumacząc tekst na żywo, „słowo w słowo”.

Jest to inspiracja do dyskusji o wartości życia, dążeniach ludzi, o ich wadach, zaletach i słabościach, o wartościach, którymi powinni się w życiu kierować.

3. Praca z obrazem

Przykład 1.

Przedstawia się studentom pokaz zdjęć, które u pacjentów w opiece paliatywnej wywołują silne, pozytywne emocje. Jednocześnie opisuje się historię powstania poszczególnych ujęć i relacjonuje rozmowy prowadzone z chorymi w trakcie prezentacji pokazu. Zwraca się też studentom uwagę na cechy charakterystyczne poszczególnych fotografii: ich tematykę (np. „niedostrzegalne” piękno przyrody, sakralny aspekt zdjęcia, emocje ludzi lub zwierząt przedstawione na nim), a także jego plastyczne aspekty – proporcje boków, rozkład plam i linii, tonację barwną (zwłaszcza barw ciepłych, „cukierkowych”), znaczenie światła.

Czas prezentacji poszczególnych klatek jest uwarunkowany reakcjami oglądających.

Pokaz taki zazwyczaj wzbudza silne emocje i inspirowanie do zastanowienia się nad sytuacją pacjentów w opiece paliatywnej, możliwościami pomocy im i ich wspierania, przemijaniem, wartością cierpienia, sensem życia.

Przykład 2.

Prezentacja pokazu „Dziadkowie”. Jest to seria zdjęć przedstawiających codzienne życie starszego małżeństwa. Większość z nich została wykonana przez kilkuletnią wnuczkę fotografowanych osób, która pierwszy raz robiła zdjęcia. Te niekiedy nieostre czy źle skomponowane kadry pozwalają jednak poznać, jak na starość patrzy małe dziecko, jak zauważa blaski i cienie tego okresu życia. Pokaz ten pozwala studentom poznać radosne strony starości i codziennego, trwającego wiele lat „bycia razem”.

Zachęcanie studentów do własnej twórczości

Prosiłiśmy studentów, aby sami spróbowali swych sił w przygotowaniu prezentacji, sugerując jednocześnie tematykę i sposób przygotowania prezentacji, które mogłyby pomóc im w kształtowaniu własnych postaw „ładowaniu akumulatorów”.

Jako przykładowe tytuły prezentacji wymienialiśmy:

- Piękno i przemijanie;
- Kreacja, destrukcja;

- Prawda a nadzieja;
- Wolność i prawo wyboru;
- „Śleboda” i swawola;
- Czas radości i smutku (powagi);
- Dając – biorę;
- Egoizm i poświęcenie;
- Być i mieć.

Najczęściej sugerowanym sposobem przygotowania prezentacji było wykonanie serii zdjęć i ewentualne uzupełnienie ich komentarzem słownym (w formie mówionej lub pisanej) czy muzycznym.

Zachęcaliśmy też studentów do tworzenia własnych prezentacji jako formy refleksji i autokreacji.

Opinie studentów na temat stosowania multimediów

Prezentacje te, zdaniem studentów, wywoływały u nich silne emocje (niekiedy w oczach studentek pojawiały się łzy wzruszenia) i zmuszały do zastanowienia się nad istotą pomocy cierpiącemu człowiekowi, pozwalały też w niekonwencjonalny sposób popatrzeć na siebie i zrewidować własny system wartości, a także motywowały ich do pracy nad sobą.

Niektórzy ze studentów wskazywali też na „łamanie” przez prezentacje schematu zajęć, wymuszając „aktywność intelektualną” oraz szukanie odpowiedzi na pytanie „co jest po drugiej stronie lustra?”.

Jako strony ujemne prezentacji studenci wymieniali:

1. „Brak klucza do niektórych pokazów”. Niedostosowanie ich do poziomu wiedzy studentów związanej z literaturą, sztuką, historią (zwłaszcza historią sztuki), filozofią, kulturą antyczną.
2. Nieprzydatność prezentowanych treści w codziennym życiu, oderwanie ich od realiów pracy pielęgniarek, „górnolotność” opisywanych rozwiązań.
3. Duże różnice w percepcji między zajęciami proponowanymi przez nas a zajęciami „standardowymi”.

Zebrane przez nas doświadczenia nie pozwalają na formułowanie jednoznacznych sądów, wskazują jednak na potrzebę kontynuowania podobnych przedsięwzięć, gdyż wywołują one u studentów refleksje związa-

ne z cierpieniem i jego znaczeniem w życiu człowieka. Pozwalają też pielęgniarcom spojrzeć inaczej na posłannictwo związane z tym zawodem.

Bibliografia

1. *Na czym opiera się wychowanie* (1905), wg D-ra Bucklego opracował Józef Muklanowicz, Wydawnictwo M. Arcta w Warszawie.
2. Sztompka P. (2005), *Socjologia wizualna. Fotografia jako metoda badawcza*, Warszawa.

Noty o autorach

- **Monika Cempa**

Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

- **Edward Charczuk**

Gabinet lekarski: opieka paliatywna i leczenie bólu nowotworowego w Bukowinie Tatrzańskiej

- **Małgorzata Chodak**

Oddział Kliniczny Kliniki Neonatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie; Ecole Europeenne de Psychoterapie Socio- et Somato- Analytique (EEPSSA)

- **Janusz Czekaj**

Zakład Opiekuńczo-Lecniczy w Krakowie

- **Grażyna Dębska**

Instytut Zdrowia Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu; Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego; Instytut Pielęgniarstwa Podhalańskiej Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Targu

- **s. Irena Drozd CSS**

Zgromadzenie Sióstr Kanoniczek Ducha Świętego de Saxia w Krakowie

- **Natalia Drwięga**

Studentka II roku studiów drugiego stopnia Instytutu Pielęgniarstwa, Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

- **Zofia Foryś**

Zakład Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

- **Urszula Gluz-Golik**

Zakład Opiekuńczo-Lecniczy w Krakowie

▪ Henryk Głąb

Zakład Antropologii Uniwersytetu Jagiellońskiego

▪ Agnieszka Górecka

Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

▪ Jan Iwaszczyszyn

Krakowska Poradnia Opieki Paliatywnej przy Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Krakowie

▪ Marek Juryk

Domowe Hospicjum w Bochni

▪ Krzysztof Łukasz Kaczanowski

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

▪ Anna Kliś-Kalinowska

Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

▪ Wojciech Kłapa

Zakład Pedagogiki Medycznej Instytutu Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

▪ Michał Kosztołowicz

Kieleckie Towarzystwo Naukowe, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Kochanowskiego w Kielcach

▪ Andrzej Kukiełka

Zakład Radioterapii, Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie Hospicjum Domowe, Wiśniowa Hospicjum Domowe Królowej Apostołów, Kraków – Kurdwanów

▪ Alicja Macheta

Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

▪ Grażyna Makiełto-Jarża

Wydział Psychologii i Nauk o Rodzinie Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

▪ **Maria Merklinger-Soma**

Instytut Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu

▪ **Andrzej Mirski**

Wydział Psychologii i Nauk o Rodzinie Krakowskiej Akademii
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

▪ **Arkadiusz Ortenburger**

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny;
Poradnia Leczenia Bólu w Częstochowie, członek IASP i PTBB

▪ **Dorota Ortenburger**

Instytut Filozofii, Socjologii i Psychologii Akademia im. Jana Długosza;
Poradnia Leczenia Bólu w Częstochowie, członek IASP i PTBB

▪ **Janusz Pach**

Zakład Ratownictwa Medycznego PWSZ w Nowym Sączu

▪ **Małgorzata Szerla**

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala
Dziecięcego w Kielcach, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy
im. Jana Kochanowskiego w Kielcach

▪ **ks. Jan Śledzianowski**

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

▪ **Jarosław Zawiliński**

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

