

# BÓL i cierpienie

pod redakcją  
GRAŻYNY MAKIEŁŁO-JARZY i ZDZISŁAWA GAJDY

ACTA ACADEMIAE MODREVIANAЕ  
Kraków 2006

Rada Wydawnicza:  
Klemens Budzowski, Andrzej Kapiszewski,  
Zbigniew Maciąg, Jacek M. Majchrowski

Recenzje:  
prof. dr hab. med. Jan Grochowski  
prof. dr hab. med. Zdzisław Gajda  
dr n. med. Alicja Macheta  
prof. dr hab. med. Andrzej Śródka  
doc. dr hab. med. Władysław Lejman

Projekt okładki:  
Joanna Sroka

Redaktor prowadzący:  
Halina Baszak-Jaroń

Adiustacja i korekta redakcyjna:  
Kamila Zimnicka-Warchoł



Copyright© by Krakowska Szkoła Wyższa im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,  
Kraków 2006

ISBN 83-89823-04-7

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

Na zlecenie:  
Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego  
[www.ksw.edu.pl](http://www.ksw.edu.pl)

Wydawca:  
Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM,  
Kraków 2006

Łamanie:  
Joanna Sroka

Druk i oprawa:  
Eikon Plus

# Spis treści

<b>Wstęp</b> .....	7
<b>Przedmowa</b> .....	9
<b>Zbigniew Orbik</b> Cierpienie jako swoiście ludzki moment egzystencjalny .....	11
<b>Krystyna Klimek</b> Rozważania o tajemnicy i sensie ludzkiego cierpienia .....	19
<b>Katarzyna Wójcik</b> Ból ciała – ból psychiki. Paradygmat holistyczny .....	35
<b>Jan Iwaszczyszyn, Agnieszka Kwiecińska</b> Cierpienie chorych terminalnych – refleksje filozoficzno-etyczne w świetle wytycznych proponowanych przez medycynę paliatywno-hospicyjną .....	41
<b>Renata Witkowska-Mańko</b> Ocena wpływu Metamizolu i Tramadolu na stopień natężenia bólów pooperacyjnych po zabiegach urologicznych .....	47
<b>Edward Charczuk</b> Ból i cierpienie u chorych sztucznie wentylowanych.....	51
<b>Dorota Ortenburger, Arkadiusz Ortenburger</b> Proaktywna postawa wobec dolegliwości kręgosłupa a jakość życia .....	54

## **Dorota Magosa**

Zastosowanie fotografii cyfrowej w dokumentacji odleżyn  
w opiece paliatywnej .....63

## **Wojciech Kłapa, Agnieszka Szczurek**

Wybrane techniki diagnozy pedagogicznej  
w opiece paliatywnej .....71

## **Joanna Wylegała**

Radio i telewizja dla pacjentów w hospicjum .....79

## **Agnieszka Miller**

Radość w cierpieniu .....94

## **Wojciech Kłapa, Alicja Kamińska**

Mikronauczanie w edukacji osób przewlekle chorych  
w opiece paliatywnej .....99

## **Dominika Siwiec**

Postawy studentów Wydziału Nauk o Rodzinie Krakowskiej Szkoły Wyższej  
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego wobec opieki paliatywnej ..... 106

## **Marta Szeliga, Iwona Repka**

Opieka paliatywna w opiniach wolontariuszy  
Hospicjum Św. Łazarza w Krakowie ..... 118

## **Błażej Pasiut**

Problematyka eutanazji w oczach młodego pokolenia  
– postawy wobec bólu i cierpienia ..... 124

**Noty o autorach** ..... 129

## Wstęp

Nie wszystko, co polskie, jest zarazem ogólnoludzkie, ale na pewno wszystko, co ludzkie, jest zarazem polskie. Encykliki Jana Pawła II z całą pewnością miały charakter uniwersalny, wszakże – jak dopatrzył się tego ks. J. Tischner – wywodziły się z polskiego doświadczenia ich Autora. Czegoś, co ogólnoludzkie, nie da się oddzielić od tego, co polskie. Podobnie z europejskością. Oto wiek XIII. W Rzymie pojawiają się zakonnicy św. Ducha, którzy myśl chrześcijańską o miłości bliźniego wprowadzają w czyn. Akceptuje ich papież Innocenty III, upominając, by w Chrystusie widzieli chorego, tak jak w chorym mają widzieć samego Chrystusa. Tenże papież ustanawia im coroczne święto na drugą niedzielę po święcie Trzech Króli. Duchacy są w całej Europie. Wkrótce znajdują się w Polsce, gdzie będą działać przez wieki. W Krakowie mają swój szpital pod wezwaniem św. Ducha.

Pod koniec XVIII w. zakon podupada; gałąź męska zostaje rozwiązana. Tak jest w całej Europie. Szpital krakowski zostaje zburzony sto lat później. Ale pozostaje gałąź żeńska i ona podtrzymuje tradycję. Do niej przed laty nawią-

zali krakowscy lekarze. Dzień święta duchackiego stał się dla nich sposobnością do pogłębionej refleksji nad codzienną pracą z chorymi, do podzielenia się doświadczeniem i własnymi przemyśleniami. Obecnie młode adeptki sztuki pielęgniarstwa wzbogacają nasze spotkania własnymi obserwacjami. Tylko teolodzy krakowscy stale skąpią nam spojrzenia transcendentnego. W samej tradycji wolno dopatrzeć się dowodu przynależności do chrześcijańskiej niegdys Europy, która coraz mniej staje się chrześcijańską. Czy nie czas pomyśleć o rewanżu, czyli o przekazaniu im tych wartości, które u nas są żywotne?

Wzorem lat ubiegłych i w tym roku oddajemy do rąk Czytelników kolejny zeszyt cyklicznego wydawnictwa Krakowskiej Szkoły Wyższej „Acta Academiae Modrevianae”, na łamach którego zamieszczono referaty wygłoszone na sesji „Ból i cierpienie” w 2006 roku. W dniach 14–15 stycznia 2006 roku spotkaliśmy się w Sali Malinowej Domu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego przy ul. Radziwiłłowskiej 4 i u Sióstr Duchaczek w kościele Św. Tomasza przy ul. Szpitalnej w Krakowie. Komitet organizacyjny sympozjum, w stałym już składzie: dr hab. med. Zdzisław Gajda, prof. UJ, dr med. Alicja Macheta i dr Maria Dorota Schmidt-Pospuła, dołożył wszelkich starań, aby obrady były interesujące i refleksyjne. Do wzięcia udziału w sesji zostali zaproszeni przedstawiciele środowiska lekarskiego, pielęgniarstwa, filozoficznego, psychologicznego i teologicznego z całej Polski. Referaty były wygłaszane w czterech sesjach z licznymi, ciekawymi głosami w dyskusji. Miłym uwieńczeniem naszego spotkania był „Wieczór przy świecach”, zakończony wspólnym śpiewaniem kolęd i pastorałek i poczęstunkiem. Szczególne wyrazy podziękowania należą się tu panu Kanclerzowi dr. Klemensowi Budzowskiemu, prof. KSW, oraz pani Dziekan Wydziału Nauk o Rodzinie dr hab. Grażynie Makiełło-Jarży, prof. KSW, za pomoc i życzliwość przy organizowaniu naszego sympozjum, a autorom cennych prac serdecznie dziękujemy i zapraszamy do wzięcia w nim udziału w przyszłym roku.

Zdzisław Gajda, Maria Dorota Schmidt-Pospuła, Alicja Macheta

## Przedmowa

Oddajemy nowy tom, edycja 2006, będący owocem sympozjum „Ból i cierpienie”, które odbyło się w Krakowie w styczniu 2006 roku. Warto odnotować, że kolejne sympozja corocznie gromadzą coraz liczniejsze grono przedstawicieli nie tylko nauk medycznych, ale i psychologów, socjologów i pedagogów. Dowodzi to zarówno rosnącej rangi sympozjum, jak i niesłabnącego zainteresowania odpowiedzią na pytanie, jak uśmierzyć ból i jak przyjmować cierpienie.

Każdy z nas musi poradzić sobie z tym, że ból towarzyszy naszemu życiu. Ból często jest sygnałem zaburzenia funkcjonowania naszego organizmu, jego rodzaj, natężenie i lokalizacja ułatwiają postawienie wstępnej diagnozy. Gdy wiemy, co oznacza – ból przestaje mieć znaczenie informacyjne. Uważamy, że w miarę leczenia ból powinien ustępować.

A jeśli nie ustępuje, jeśli nie potrafimy wyleczyć choroby, wówczas staramy się coraz to innymi sposobami zmniejszyć doznania bólowe, co nawet ciężko choremu pacjentowi przynosi ulgę. Ból i cierpienie są ze sobą związane, ale jednocześnie nie każdemu cierpieniu towarzyszy ból fizyczny, a i ten nie zawsze związany jest z cierpieniem.

Czy cierpienie ma sens? Większość autorów piszących o cierpieniu uważa, że tak. Pozwala ono zrozumieć innych ludzi, ustalić właściwą hierarchię wartości, uszlachetnia tego, kto cierpi.

Ale, czy każde cierpienie ma sens, czy każde uszlachetnia? Nie sądzę, aby było pozbawione egoizmu twierdzenie, że cierpienie innych pomaga zdrowym docenić wartość zdrowia, a pomoc osobie cierpiącej wpływa na uszlachetnienie tego, który tę pomoc niesie. Można walczyć z bólem, ale czy można walczyć z cierpieniem? Może starając się o nadanie sensu cierpieniu, chcemy je oswoić i usprawiedliwić jego istnienie? Odnoszę wrażenie, że wciąż o to pytamy i wciąż szukamy odpowiedzi.

Cierpienie jako moment egzystencjalny ukazuje w swoim artykule Z. Orbik, a o sensie cierpienia przekonuje nas K. Klimek. O konieczności podejścia holistycznego do problemu bólu i cierpienia napisała K. Wójcik. Kilku autorów podejmuje próbę przedstawienia swoich doświadczeń związanych z walką z bólem i cierpieniem. O cierpieniu chorych terminalnie piszą J. Iwaszczyszyn i A. Kwiecińska, a R. Witkowska-Mańko dzieli się doświadczeniami odnośnie do wpływu metamizolu i tramadolu na stopień natężenia bólu. E. Charczuk opisuje cierpienie chorych sztucznie wentylowanych. D. i A. Ortenburger ukazują, jak ważna jest proaktywna postawa pacjentów z dolegliwościami kręgosłupa, a D. Magosa przedstawia możliwość zastosowania fotografii cyfrowej w dokumentacji odleżyn w opiece paliatywnej.

Pozamedyczne formy pomocy chorym i cierpiącym przedstawiają W. Kłapa i A. Szczurek, proponują stawianie diagnozy pedagogicznej w stosunku do pacjentów wymagających opieki paliatywnej, J. Wylegała opisuje znaczenie korzystania przez tych pacjentów z radia i telewizji. A. Miller w pracy „Radość w cierpieniu” opisuje, jak można zmienić jakość codzienności nieuleczalnie chorej osoby przez okazywanie jej miłości i troski.

Nieco inne problemy mamy w trzech ostatnich artykułach poświęconych wynikom badań nad ustosunkowaniem się osób zdrowych do cierpiących. Stosunek studentów Wydziału Nauk o Rodzinie Krakowskiej Szkoły Wyższej do problemów opieki paliatywnej badała D. Siwiec. Opinie wolontariuszy hospicjum o opiece paliatywnej przedstawiła M. Szeliga, B. Pasiut zaprezentował doniesienie z badań nad stosunkiem młodzieży szkół średnich do eutanazji. Interesował go także stosunek młodych ludzi do cierpienia i bólu, tak własnego, jak i bliźnich.

Żywię nadzieję, że dla niektórych Czytelników efektem lektury będzie refleksja egzystencjalna, dla innych „podpowiedź” różnego rodzaju terapii i wspomaganie pacjenta – dla wszystkich pochylene się nad chorym i cierpiącym człowiekiem i próba zrozumienia go.

Grażyna Makiełło-Jarża



Zbigniew Orbik

## Cierpienie jako swoiście ludzki moment egzystencjalny

Cierpienie towarzyszy człowiekowi od zarania dziejów, ponieważ jest ono w sposób nierozzerwalny związane z jego egzystencją. Od momentu pojawienia się refleksji filozoficznej istotnym jej składnikiem jest rozważanie nad cierpieniem. Charakterystyczne jest przy tym, że odmiennie niż w przypadku innego typu rozważań dotyczących świata (ontologicznych) bądź poznania (epistemologicznych) człowiekowi zajmującemu się problematyką cierpienia niezwykle trudno jest zachować „chłodną” postawę badacza. Dzieje się tak dlatego, iż każdy z nas ma osobiste, nieco odmiennie doświadczenia z różnego typu cierpieniem, które nie tylko zmuszają do poszukiwania sensu własnego cierpienia, ale też otwierają nas na cierpienia innych. Cierpienie jest przedmiotem zainteresowania różnych nauk, które w odmienny sposób opisują to zjawisko. Nauki medyczne na przykład bardziej zainteresowane są fizjologicznymi aspektami cierpienia, usiłują poznać mechanizmy jego powstawania oraz znaleźć środki eliminacji bólu. Dyscypliny huma-

nistyczne usiłują rozważyć cierpienie na poziomie teoretycznym, zdefiniować jego istotę, zrozumieć wpływ na życie ludzkie, a także często odnaleźć jakiś sens uzasadniający jego istnienie.

## Cierpienie w perspektywie religijnej

Szczególne miejsce refleksja nad cierpieniem zajmuje w religii. W tym kontekście tajemnicy cierpienia poświęcona jest w Biblii cała Księga Hioba oraz wiele innych fragmentów. W świetle zbawczego cierpienia Chrystusa staje się ono centralnym punktem refleksji chrześcijańskiej. Na poparcie tej tezy zacytujmy słowa Jezusa skierowane do Jego uczniów: „Jeśli ktoś chce pójść za Mną, niech się zaprze samego siebie, niech weźmie krzyż swój i niech Mnie naśladuje”<sup>1</sup>. Teologia chrześcijańska ukazuje cierpienie jako tajemnicę, jednocześnie wskazując na jego wymiar nadprzyrodzony. W perspektywie chrześcijańskiej cierpienie, które zawsze wiąże się jakoś ze złem, którego człowiek doznaje, prowadzi w ostateczności do dobra. Przytoczmy słowa Jana Pawła II: „Chrześcijaństwo głosi zasadnicze dobro istnienia oraz dobro tego, co istnieje, wyznaje dobroć Stwórcy i głosi dobro stworzeń. Człowiek cierpi z powodu zła, które jest jakimś brakiem, ograniczeniem lub wypaczeniem dobra (św. Augustyn). Można by też powiedzieć, że człowiek cierpi z *racji* dobra, które nie jest jego udziałem, od którego został niejako odcięty lub którego sam się pozbawił. Cierpi w szczególności wówczas, kiedy to dobro w normalnym porządku rzeczy winno być jego udziałem, a nie jest. Tak więc w rozumieniu chrześcijańskim rzeczywistość cierpienia tłumaczy się poprzez zło, które zawsze w jakiś sposób jest odniesione do dobra”<sup>2</sup>. Cierpienie, które w perspektywie chrześcijańskiej przyjmuje się jako nieodłączny element ludzkiej natury, poprzez włączenie go do programu życia nabiera dzięki cierpieniu Chrystusa wartości zbawczej i jako takie, „choć brzmi to jak paradoks [...] staje się darem”<sup>3</sup>. Inne tradycje religijne i kulturowe również podejmują zagadnienie cierpienia w sposób charakterystyczny dla ich wizji świata, systemów wartości czy przyjmowanej perspektywy antropologicznej.

---

<sup>1</sup> Mt 16, 24.

<sup>2</sup> Jan Paweł II, *List apostolski Salvifici Doloris. O chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia*, Rzym 1984, nr 7. W dalszej części artykułu cytuję ten tekst, używając skrótu SD wraz z podaniem numeru paragrafu.

<sup>3</sup> F. Cuccarese, *Zamyślenia nad losem człowieka. Czy człowiek może nadać sens własnemu cierpieniu bez wiary w Chrystusa zmartwychwstałego*, przeł. S. Czerwik, Kielce 1995, s. 149.

## Cierpienie jako zagadnienie filozoficzne

Filozofia, rozważając zagadnienie cierpienia, stara się włączyć je w nurt refleksji o naturze człowieka, jej niedoskonałości, celu istnienia itp. Różne systemy filozoficzne jednak przyjmują odmienne założenia dotyczące kondycji człowieka i jego miejsca w świecie, stąd też analizując omawiane zagadnienie, dochodzą do przeciwstawnych często poglądów: dostrzegając w cierpieniu jakąś wartość bądź też uznając jego totalny bezsens (absurd). Filozofowie usiłują dokonywać analiz terminologicznych występujących tutaj pojęć, poszukują definicji różnych rodzajów cierpienia, jego genezy czy też funkcji, jakie spełnia. Pomimo różnic, jakie dzielą rozmaite teoretyczne ujęcia cierpienia, wspólne jest im, jak się wydaje, wskazywanie na swoiście ludzki charakter tego fenomenu. Znalazło to odzwierciedlenie chociażby w słowach wybitnego przedstawiciela filozofii i psychologii sensu V.E. Frankla, który stwierdza: „istotnym przeznaczeniem człowieka jest cierpieć: być *homo patiens*”<sup>4</sup>.

## Powszechność cierpienia

Podstawową cechą cierpienia, która narzuca się każdemu zajmującemu się tym zjawiskiem, jest jego powszechność. Przede wszystkim w tym sensie, że cierpienie nie jest doświadczeniem wyłącznie ludzkim, cierpią również zwierzęta. Wedle stanu współczesnej wiedzy dotyka je zarówno ból fizyczny, jak również cierpienie psychiczne. Różnica jest tutaj jednak fundamentalna: jedynie człowiek jest zdolny do tego, aby swoje cierpienie zracjonalizować, poddać je świadomej refleksji, do czego nie jest zdolna żadna inna istota żywa. Owa racjonalizacja prowadzi nas do najbardziej ludzkiego aspektu cierpienia: do pytania o jego sens. Do tej kwestii wrócimy jednak jeszcze w dalszej części artykułu.

W obrębie świata ludzkiego cierpienie jest powszechne w tym sensie, że może być odnalezione w takiej bądź innej postaci u każdego człowieka. Podlegają mu wszyscy ludzie bez względu na dzielące ich różnice: biedni i bogaci, wykształceni i nieuczeni, religijni i ateści, panujący i poddani. Wiąże się ono z pewną niedoskonałością natury ludzkiej, jej swoistą niekompletnością.

<sup>4</sup> V. E. Frankl, *Homo patiens*, przeł. R. Czernecki i J. Morawski, Warszawa 1984, s. 77.

## Różne wymiary cierpienia ludzkiego

Nie możemy cierpienia ludzkiego sprowadzać wyłącznie do przeżycia bólu fizycznego. Jakkolwiek trudno jest wskazać wszystkie cechy konstytutywne natury ludzkiej, wydaje się, iż najbardziej specyficzną cechą tejże natury jest to, że człowiek jest istotą żyjącą niejako w dwóch światach. Z jednej strony jako *animal rationale* należy on do świata natury, jest jej integralną częścią. Z drugiej – człowiek świat ten nieustannie przekracza (transcenduje) poprzez to, iż człowiek jest również istotą duchową, która tworzy świat specyficznie ludzki – kulturę. Jak pisze Roman Ingarden: „Natura ludzka polega na nieustannym wysiłku przekraczania granic zwierzęcości tkwiącej w człowieku i wyrastania ponad nią człowieczeństwem i rolą człowieka jako twórcy wartości. Bez tej misji i bez tego wysiłku wyrastania ponad samego siebie człowiek zapada z powrotem i bez ratunku w swoją czystą zwierzęcość, która stanowi jego śmierć”<sup>5</sup>. Jako istota cielesno-duchowa człowiek jest narażony nie tylko na ból fizyczny, ale może też cierpieć moralnie. Cierpienie jest zjawiskiem wielowymiarowym, wielce zróżnicowanym. Podejście medyczne nie wyczerpuje całej złożoności tego fenomenu. „Człowiek cierpi nie tylko fizycznie, kiedy ma wrażenie bólu, ale również dzięki wyobraźni, pamięci, zdolności do antycypacji i sądzenia”<sup>6</sup>. Chociaż podmiotem każdego przeżycia bólu zarówno fizycznego, jak i duchowego jest człowiek jako byt psychiczny, to cierpienie moralne jest czymś jakościowo różnym od bólu fizycznego. Nie zmienia tego to, iż cierpienia moralne często łączą się z określonymi zmianami somatycznymi w obrębie organizmu, a nawet mogą wpływać na stan całego organizmu. Źródłem tych cierpień jest często konflikt wartości, niemożność realizowania określonych spośród nich lub życie niezgodne z przyjętym wcześniej przez człowieka systemem wartości. Każda z tych sytuacji jest przez człowieka odczuwana jako źródło cierpienia „dotykającego duszę”<sup>7</sup>. Według Jana Pawła II „Rozległość i wielorakość cierpienia moralnego jest z pewnością nie mniejsza niż fizycznego, równocześnie zaś zdaje się ono jakby mniej zidentyfikowane i mniej objęte terapią”<sup>8</sup>. Cały olbrzymi obszar cierpienia moralnego jest dostępny jedynie człowiekowi, ponieważ zakłada on tak zdolność refleksji, jak również

<sup>5</sup> R. Ingarden, *Książeczka o człowieku*, Kraków 1975, s. 26.

<sup>6</sup> J. Makselon, *Spotkanie w sytuacji cierpienia*, „Zeszyty naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego”, „Prace Psychologiczne” 1993, z. 9, s. 52.

<sup>7</sup> Zob. tenże, *Psychologiczne aspekty cierpienia*, „Analecta Cracoviensis” 1992, t. XXIV, s. 41–51.

<sup>8</sup> SD, nr 5.

zdolność przeżywania uczuć wyższych, do których spośród wszystkich istot żywych zdolny jest jedynie człowiek.

Mimo że cierpienie jest zjawiskiem powszechnym, dotyczącym wszystkich ludzi w różnych fazach ich życia, każdego człowieka cechuje indywidualny „próg wrażliwości” na cierpienie. Występuje tutaj pewna korelacja pomiędzy światem danej osoby a światem jej cierpienia. Niektóre bodźce nie wywołują cierpienia, dopóki nie przekroczą pewnego poziomu wrażliwości danej osoby, z drugiej strony bywa tak, że jeżeli cierpienie osiągnie pewien poziom, wówczas żadne nowe czynniki go wywołujące ani niczego do cierpienia nie dodają, ani go już nie intensyfikują. Przeżywanie cierpienia zawsze jest jednak powiązane z poczuciem jakiegoś zła, którego człowiek doznaje.

## Poszukiwanie sensu cierpienia

Cierpienie włączone jest w istnienie człowieka jako bytu osobowego. Jako osoba, której istotną cechą stanowi rozumność, człowiek zadaje pytanie: dlaczego? „Jest to pytanie o powód, o rację, zarazem pytanie o cel (po co?), w ostateczności zaś zawsze pytanie o sens. Pytanie to nie tylko towarzyszy ludzkiemu cierpieniu, ale zdaje się wręcz wyznaczać jego ludzką treść – to, przez co cierpienie jest właśnie ludzkim cierpieniem”<sup>9</sup>. Człowiek jest bowiem jedyną istotą, która cierpiąc, wie o tym, i pyta: dlaczego. Pytanie o cierpienie jest jednocześnie pytaniem, dlaczego istnieje zło. Jest to pytanie trudne, na które człowiek nie znajduje odpowiedzi, szczególnie w obliczu ogromnych cierpień niezawinionych, jak również w świetle win, które pozostają bezkarne. Nie uzyskując zadowalającej odpowiedzi na to pytanie zadane innym ludziom, człowiek zwraca się ku Bogu i tutaj rodzą się liczne konflikty, załamania, a nawet postawa negacji Boga. W ten sposób pytanie o sens cierpienia ukazuje z jednej strony cierpienie jako tajemnicę, z drugiej – jest przejawem tragiczności życia.

Cierpienie jest swoistego rodzaju wyzwaniem rzuconym człowiekowi, które podejmując, doświadcza on transcendencji, przekracza samego siebie<sup>10</sup>. Jest ono, jak zauważa hiszpański myśliciel, przedstawiciel filozofii egzystencjalnej, Miguel de Unamuno, drogą świadomości, dzięki której istoty żywe uzyskują samoświadomość. „Bowiem mieć świadomość sa-

---

<sup>9</sup> SD, nr 9.

<sup>10</sup> SD, nr 2.

mego siebie, mieć osobowość znaczy wiedzieć i czuć, że jest się różnym od pozostałych istot, a do poczucia tej różnicy dochodzi się tylko przez zderzenie, przez większy lub mniejszy ból, przez odczucie własnej granicy. [...] I jakże, bez większych czy mniejszych cierpień, wiedzieć o własnym istnieniu?”<sup>11</sup>. W tej perspektywie teoretycznej cierpienie wpisuje się wręcz w naturę człowieka, jest od niej nieodłączne, ponieważ bez jego obecności w różnych formach i wymiarach człowiek nie byłby w stanie uświadomić sobie własnej odrębności.

Cierpienie, które wdziera się w świat osoby ludzkiej jako pewne zło, którego człowiek nie jest w stanie ominąć, stawia tego człowieka, jak mówią niektórzy, w sytuacji granicznej. Jest to sytuacja ukazująca cierpienie jako coś, czego uniknąć nie można, a co samo w końcu okazuje się wszechogarniającą rzeczywistością<sup>12</sup>. Człowiek pragnący żyć świadomie nie może cierpienia, podobnie jak śmierci, przemijania, choroby, maskować, ponieważ są to wysiłki z góry skazane na niepowodzenie. Powinien jednak jako istota świadoma starać się nadać im sens. W sposób najpełniejszy los człowieka w sytuacjach granicznych, w tym w sytuacji cierpienia, określa religia. Jan Paweł II, podsumowując rozważania nad sensem cierpienia, stwierdza: „Miłość jest też najpełniejszym źródłem odpowiedzi na pytanie o sens cierpienia. Odpowiedzi tej udzielił Bóg człowiekowi w Krzyżu Jezusa Chrystusa”<sup>13</sup>. Oczywiście perspektywa religijna jest jedną z możliwych odpowiedzi na zasadnicze pytanie: „Dlaczego istnieje cierpienie?”

Różne są możliwe formy reakcji człowieka na cierpienie. Można wobec tego zjawiska przyjąć postawę jego uprzedmiotowienia i rezygnacji bądź postawę jego aktywnego znoszenia. Pewną formą ucieczki przed cierpieniem jest hedonizm. Niektórzy przyjmują postawę „przytępienia cierpienia aż do zupełnej apatii; drogę tłumaczenia cierpienia oraz jego iluzjonistycznej negacji; drogę usprawiedliwienia wszelkiego cierpienia – jako kary”<sup>14</sup>. Reagując w taki lub inny sposób na cierpienie, człowiek doświadcza swego paradoksu. Doświadcza siebie jako istoty obdarzonej mocą i słabością. Moc w cierpieniu przejawia się w tym, że można mu nadać sens i wartość. Słabość wyraża się głównie w poczuciu własnej ograniczoności. Określona postawa wobec cierpienia może powodować poja-

<sup>11</sup> M. de Unamuno, *O poczuciu tragiczności życia wśród ludzi i wśród narodów*, przeł. H. Woźniakowski, Kraków-Wrocław 1984, s. 156.

<sup>12</sup> K. Jaspers, *Filozofia egzystencji*, przeł. D. Lachowska i A. Wołkowicz, Warszawa 1990, s. 371.

<sup>13</sup> SD, nr 13.

<sup>14</sup> M. Scheller, *Cierpienie, śmierć, dalsze życie*, przeł. A. Węgrzecki, Warszawa 1994, s. 45.

wienie się różnych negatywnych lub pozytywnych cech, takich jak lęk czy rozpacz, ale też akceptacja i współczucie. Owe postawy mogą przyczyniać się do tworzenia i pogłębiania istniejących pomiędzy ludźmi więzi lub, jeśli przeżywaniu cierpienia nie towarzyszy poszukiwanie jego sensu, może się ono przerodzić w destrukcyjną siłę niszczącą międzyludzkie relacje. Niekiedy cierpienia innych ludzi stają się dla nas źródłem własnego cierpienia. Łatwiej jest czasami cierpieć samemu, niż znosić cierpienie innych, szczególnie bliskich nam ludzi.

Nadając sens swojemu cierpieniu, człowiek jednocześnie nadaje sens własnemu życiu. Sens ten, jak się wydaje, polega głównie na tworzeniu, jak pisał Jan Paweł II, „cywilizacji miłości”<sup>15</sup>. Idzie tutaj zarówno o tworzenie właściwej relacji pomiędzy człowiekiem a Bogiem (aspekt indywidualny), ukształtowanie właściwych relacji międzysobowych (ja-bliźni), ale również chodzi o aspekt, który możemy nazwać ogólnoludzkim – o tworzenie klimatu wspomnianej cywilizacji miłości, gdzie „osoba jest ważniejsza od rzeczy, etyka od techniki, być od mieć, a miłosierdzie idzie przed sprawiedliwością”<sup>16</sup>.

Wydaje się, że podstawową funkcją cierpienia w życiu osobowym człowieka jest jego psychiczno-duchowy rozwój, który nie byłby możliwy bez tych różnorodnych przeżyć, które określamy mianem cierpienia. W ten sposób cierpienie wpisuje się niejako w naszą naturę i w tym można dostrzegać jego sens. Rozwija nas, głównie pod względem duchowym, cierpienie, którego sami doświadczamy, ale wpływ na nasz rozwój mają również przeżycia, które są naszym udziałem w obliczu cierpienia innych osób. Przytoczmy na koniec słowa ks. Józefa Tischnera: „Cierpienie jest podstawowym faktem ludzkim, a nawet czymś więcej – jest próbą człowieczeństwa człowieka, próbą jego wewnętrznej prawdy. Przechodzący przez tę próbę człowiek okazuje się takim, jakim jest. Jego maski opadają, traci sens wszelka gra”<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> SD, nr 30.

<sup>16</sup> J. Makselon, dz. cyt., s. 55.

<sup>17</sup> J. Tischner, *Myslenie według wartości*, Kraków 1982, s. 307–308.

## Bibliografia

1. Cuccarese F., *Zamyślenia nad losem człowieka. Czy człowiek może nadać sens własnemu cierpieniu bez wiary w Chrystusa zmartwychwstałego*, przeł. S. Czerwik, Kielce 1995.
2. Frankl V.E., *Homo patiens*, przeł. R. Czernecki i J. Morawski, Warszawa 1984.
3. Ingarden R., *Księżeczka o człowieku*, Kraków 1975.
4. Jan Paweł II, *List apostolski Salvifici Doloris. O chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia*, Rzym 1984.
5. Jaspers K., *Filozofia egzystencji*, przeł. D. Lachowska i A. Wołkowicz, Warszawa 1990.
6. Makselon J., *Spotkanie w sytuacji cierpienia*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego”, „Prace Psychologiczne” 1993, z. 9.
7. Makselon J., *Psychologiczne aspekty cierpienia*, „Analecta Cracoviensis” 1992, t. XXIV.
8. *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Biblia Tysiąclecia*, Poznań 2003.
9. Scheller M., *Cierpienie, śmierć, dalsze życie*, przeł. A. Węgrzecki, Warszawa 1994.
10. Tischner J., *Myślenie według wartości*, Kraków 1982.
11. Unamuno de M., *O poczuciu tragiczności życia wśród ludzi i wśród narodów*, przeł. H. Woźniakowski, Kraków–Wrocław 1984.



Krystyna Klimek

## Rozważania o tajemnicy i sensie ludzkiego cierpienia

### Wprowadzenie

Problem i tajemnica cierpienia niepokoją ludzkość od zarania dziejów. Jednakże niepokój ten motywuje do poszukiwania przybliżonej wiedzy o cierpieniu.

Jest ono fenomenem ludzkiego życia towarzyszącym człowiekowi we wszystkich wymiarach jego egzystencji. Trafne w tym kontekście było stwierdzenie Ojca Świętego Jana Pawła II: „cierpienie trzeba przyjąć jako tajemnicę, że człowiek nie jest w stanie jej przeniknąć do głębi swoim rozumem” (Jan Paweł II, 1984, s. 17). Cierpienie jest czymś bardziej podstawowym od choroby i głębiej osadzonym w człowieczeństwie, dotyka całej struktury materialno-duchowej. Szczególnie dotkliwie cierpienie odczuwa chory u kresu życia.

Gdy w życiu człowieka pojawia się cierpienie związane z nieuleczalną chorobą, sytuacja staje się bardzo skomplikowana. Uporządkowany świat nagle ulega zburzeniu. Często człowiek doświadcza takich emocji, jak:

szok, gniew, lęk, poczucie winy i przygnębienia. Towarzyszy mu również bezradność i poczucie beznadziejności. Chorego dotyka **wszecmogarniający ból** zwany też **totalnym** (*total pain*) obejmujący całość psycho-fizyczno-duchową, jego pozycję rodzinną i społeczną (por. Saunders 1993, Twycross za: Łuczak 1999). Dodatkowym czynnikiem jest to, że chory odczuwa ten ból jako znak klęski i zapowiedź umierania w cierpieniu (por. Stolarczyk, 1998).

Schemat cierpienia (bólus wszecmogarniającego – *total pain*). Istota opieki paliatywnej/hospicyjnej

### SOMATYCZNE

- uszkodzenie ciała wywołane ciężką postępującą chorobą oraz ubocznymi efektami leczenia
- zniedołężnienie
- zmiany wyglądu ciała
- wystąpienie dokuczliwych objawów
- osłabienie
- bezsenność

### PSYCHICZNE

Złość z powodu:

- braku efektów leczenia
- progresji lub nawrotu choroby
- odstąpienia od leczenia przyczynowego,
- opóźnienia w ustaleniu rozpoznania
- niekorzystnych zmian wyglądu
- strachu przed bólem śmiercią umieraniem
- poczucia beznadziejności w cierpieniach



### SOCJALNE

- troska o los bliskich i ich zabezpieczenie finansowe
- utrata pozycji społecznej
- utrata roli w rodzinie
- uczucie opuszczenia i izolacji

### DUCHOWE

- Dlaczego mnie to spotkało?
- Dlaczego Bóg skazuje mnie na takie cierpienia?
- Czy takie życie ma sens?
- Czy ktoś mi przebaczy popełnione winy?
- Co jest po śmierci?
- Czy jest życie wieczne?
- Czy ja TAM będę?
- Czy spotkam się znów z moimi bliskimi?

## Cierpienie jest częścią życia

Medycyna stara się ból somatyczny opanować w miarę swych możliwości. Chory natomiast zazwyczaj samotnie zmagają się z bólem w wymiarze psychicznym, społecznym i duchowym. Rozległość i natężenie cierpienia duchowego są z pewnością nie mniejsze niż rozległość i natężenie cierpienia fizycznego. Różne mogą być źródła cierpienia, liczne są jego rodzaje, niejednakowe też jego wymiary. Wśród wielu pytań, które zadaje sobie cierpiący, często pojawiają się pytania: dlaczego właśnie ja?; dlaczego mnie to spotkało?; dlaczego muszę cierpieć? Są to pytania, na które z reguły nie ma odpowiedzi.

Chociaż cierpienie jest rzeczywistością doświadczaną przez wszystkich ludzi, to jednak istnieją różnice w nastawieniu i podejściu do niego. Im lepiej zrozumiemy osobowość cierpiącego, tym bardziej będziemy zdolni do towarzyszenia mu i przeprowadzenia go przez bolesny proces zmagania się z chorobą. W opiece nad chorymi spotykamy się z różnymi reakcjami ludzi na cierpienie. Niektórzy nie potrzebują niczego, żeby je pokonać, ale są i tacy, którzy toczą z nim ciężką walkę. Zależy to od struktury osobowości, wrażliwości i osobistych doświadczeń życiowych. Jak wynika z obserwacji życia codziennego, choroba, ból i cierpienie mogą powodować rozpad osobowości, ale mogą też prowokować do osobistego i religijnego rozwoju, do ujawnienia niemal nadludzkiej siły i odwagi. Jedną osobę cierpienie doprowadza do depresji, druga zaś poradzi sobie z nim z łatwością. C. Saunders (1993) i A. Kępiński (1993) dostrzegli, że osoby chore u kresu życia dokonują *bilansu życiowego*. Jest to na pewno okres przeżywania goryczy przeszłości, tego, co ich spotkało, i wciąż powracającego uczucia bezsensownej teraźniejszości. Dla podkreślenia tej tezy przytoczę fragment poezji Zbigniewa Herberta, który w wierszu pt. *Brewiarz* z tomu *Epilog burzy* dał diagnozę kondycji człowieka XXI wieku, zwłaszcza jego rozdarcia między wykluczającymi się wartościami.

*życie moje powinno zatoczyć koło  
zamknąć się jak dobrze skomponowana sonata  
a teraz widzę dokładnie  
na moment przed codą  
porwane akordy  
źle zestawione kolory i słowa  
jazgot dysonansu,  
języki chaosu*

Te i inne rozterki natury moralnej u kresu życia są źródłem niepokoju egzystencjalnego człowieka. Ale mądry terapeuta może umiejętnie pomóc w cierpieniach duchowych, ukazując, że nawet w okrucinach życia, które chorym pozostało, jest możliwość naprawienia konsekwencji minionych błędów, aby bilans życiowy dzięki temu zmienił swój znak z ujemnego na dodatni. Nieraz w życiu, które pozornie wydaje się przegrane, można dojrzeć wiele dodatnich cech i odwrotnie, życie na pozór pełne sukcesów przy głębszej analizie okazuje się klęską. Należy uświadomić choremu, iż najważniejszym zadaniem w schyłkowym okresie życia jest akceptacja go takim, jakie było, mimo niedoskonałości i błędów i uznanie jego określonej wartości.

## Duchowość jako przedmiot rozważań

Opieka nad ciężko i terminalnie chorymi ma na celu nie tylko uwolnienie ich od cierpienia, ale przez odniesienia do duchowej głębi osoby ludzkiej również skierowanie ich ku wartościom wyższym – duchowym. Duchowość stanowi najgłębszy wymiar człowieczeństwa, dlatego też posługa wobec niej określana jako towarzyszenie jest podstawową powinnością wobec ciężko i terminalnie chorych. W Polsce od niedawna problem duchowości jest poruszany w dość licznych artykułach i monografiach, ale ciągle jakby trochę wstydliwie i z pewnym zakłopotaniem. Myślę, że jest to bardzo istotny temat w dobie technizacji i dehumanizacji medycyny, gdyż panuje przekonanie, że cierpienie jest darem i ma niezastąpione znaczenie w kształtowaniu człowieka w kierunku dojrzałości osobowej. Maslow (1986, s. 17) uważał, że „pozbawienie ludzi możliwości przeżywania cierpień, nadmierne ochranianie ich przed nimi może się okazać nawet niekorzystne [...] dla [...] przyszłego rozwoju jednostki”. Jan Paweł II (1984, 1998) nauczał, że cierpienie jest bramą do współczucia i miłości i tylko w tej perspektywie należy je rozumieć. Jeśli to przesłanie Ojca Świętego pomoże zrozumieć cierpienie, to pozostawił On nam wspaniałe dziedzictwo. Dlatego też niepokoić nas winno nie to, że tylu z nas cierpi, lecz to, że tylu z nas nie umie cierpieć. Jeśli więc cierpienie dotknie nas lub naszych bliskich, nie łażmy rąk. Możemy bowiem sprawić, aby stało się ono inspiracją do dalszego i pełniejszego rozwoju osobowego. Cierpienie jest osobiste i domaga się osobistego zrozumienia i odpowiedzi, wobec osób dotkniętych chorobą nowotworową istnieje potrzeba mobilizacji uczuć (cierpliwości, życzliwości, troski) odbieranych jako wyraz miłości. A zatem na cierpienie jest cudowny lek: miłość drugiego człowieka.

## Opieka duchowa – kluczowy aspekt opieki paliatywnej

Opieka duchowa jest bardzo istotna w przygotowaniu chorego do godnej śmierci. Profesor D. Adams (1997) zauważa, iż pracując z chorymi u kresu życia, zespół terapeutyczny może się znaleźć w ekstremalnie trudnej sytuacji. Musi jednak pomóc swym pacjentom:

- uwierzyć w siebie, w czasie choroby, kiedy ich stan fizyczny i psychiczny uległ pogorszeniu z powodu choroby, jak również na skutek agresywnego leczenia;
- utrzymać więzi rodzinne i koleżeńskie narażone na rozluźnienie z powodu choroby i hospitalizacji;
- utrzymać system wierzeń, którym kierują się korzystający z opieki, nawet jeżeli jest on sprzeczny z jej własnym;
- stworzyć wokół chorego atmosferę sprzyjającą pozytywnej refleksji nad minionym czasem;
- zachować nadzieję na przyszłość w bardzo trudnej i beznadziejnej sytuacji, ponieważ chory odczuwa nadzieję wyłącznie w odniesieniu do rezultatów leczenia;
- przygotować się do rozstania z życiem ziemskim.

Z powyższych rozważań wynika, że wrażliwość na duchowe udręki chorego i gotowość przyjścia mu z pomocą w *napięciu między lękiem a nadzieją* to nie tylko zadanie kapelana, ale także lekarza, pielęgniarki i innych członków zespołu opiekuńczego.

Opieka duchowa według L. Lunn i M. Harris (1990) jest czymś, co wszyscy dajemy, gdy poświęcamy komuś całą naszą uwagę. Istotą opieki duchowej jest umiejętność wejścia w świat drugiego człowieka i reagowanie z uczuciem. H.K. Bell (1990, s. 2) uważa, że „z bogactwa duchowości wpływają: religie, sztuka, poezja, muzyka, filozofia”.

H.K. Bell rozróżnia pięć podstawowych potrzeb duchowych:

1. potrzebę sensu życia,
2. potrzebę otrzymywania miłości,
3. potrzebę dawania miłości,
4. potrzebę (umiejętność) przebaczenia,
5. potrzebę nadziei i tworzenia.

De Walden-Gałaszko (2000) określa duchowość jako jeden z obszarów życia człowieka, który wyraża się przez rozpoznanie, uznanie i dążenie do wartości niematerialnych – idei, pozbawionych bezpośrednich walorów użytkowych. Duchowość nie jest synonimem religijności (ludzie niewierzący mogą mieć bardzo głębokie życie duchowe). Religijność to sfera ludzkiej aktywności i przeżyć, której treścią jest siła wyższa – Bóg. Życie duchowe jest pojęciem szerszym, mieszczącym w sobie przejawy życia religijnego. Przejawy życia duchowego nie są spowodowane przez czynniki materialne, są jednak przez nie uwarunkowane. Życie duchowe wyraża się poprzez określone potrzeby, np. kontemplację piękną, zrozumienie prawdy, dobra, osobowego przeżywania wolności, miłości itp. W zaawansowanej fazie choroby nowotworowej szczególnie istotne stają się niektóre aspekty duchowości, jakimi są pytania o sens choroby, sens cierpienia, nieśmiertelność itp.

## Jak wspierać duchowo?

W opiece nad chorym u kresu życia wsparcie duchowe odgrywa bardzo ważną rolę. Dr Ch.M. Puchalski (USA) pracująca 27 lat w opiece paliatywnej, zauważa, że ze wszystkich trudnych i ważnych doświadczeń życiowych umieranie jest być może najtrudniejszym, jakiego doświadcza człowiek. Chwila śmierci oraz poprzedzające ją umieranie kończy ludzką egzystencję, którą odbywa każdy z nas. Jest przywilejem towarzyszyć umierającym, bez względu na to, czy są to nasi pacjenci, czy osoby nam bliskie i przyjaciele. Często drugi człowiek jest tym, który może przynieść nadzieję i pocieszenie umierającym pacjentom, w chwili kiedy kończą swoje życie. W naszym społeczeństwie zorientowanym na szybkie rozwiązania jest nadzwyczaj ważne uświadomienie sobie, że chęć zmniejszenia cierpienia bez dzielenia go jest jak chęć ratowania dziecka z płonącego domu bez ryzyka poparzenia się (por. Puchalski, 2000).

Celem dobrej opieki paliatywnej jest działanie w najlepszym interesie pacjenta. Coraz jaśniejsze staje się, że aby osiągnąć ten cel, istotne jest słuchanie pacjenta z empatią i szacunkiem oraz zdobywanie informacji na temat jego potrzeb, obaw, marzeń, nadziei i celów. Ważne jest, aby wiedzieć, kim są pacjenci, a nie tylko, na jaką chorobę zapadli. Historia duchowości jest jednym ze sposobów osiągnięcia tego celu. Pytając pacjentów, co nadaje sens ich życiu oraz jak radzą sobie z chorobą, można otworzyć drzwi do relacji bardziej opartej na zaufaniu, mającej głębsze

znaczenie. Jest to punkt centralny opieki holistycznej skupionej na pacjencie, a nie na chorobie. Lekarze, uznając duchowy wymiar życia, mogą wrócić do duchowych korzeni współczucia i służby. Jest to jeden ze sposobów powrotu współczucia do sztuki i nauki medycznej.

Kiedy pacjenci zauważą, że ich potrzeby duchowe są zaniedbywane, wielu z nich może oddalać się od skutecznego leczenia medycznego. Badania pokazują, że duchowość pacjenta może odegrać ważną rolę w procesie leczenia i w łagodzeniu następstw poważnej choroby. Ponieważ pacjenci w sytuacji poważnej choroby często zwracają się w stronę religii, lekarze, którzy nie mają takich przekonań, mimo wszystko muszą rozważyć, jak najlepiej uszanować, i jeśli jest to stosowne, wspierać te przekonania pacjentów, które mogą pomóc im w przezwyciężaniu choroby. 94% wierzących pacjentów uważa, że lekarze powinni pytać ich w razie nieuleczalnej choroby, czy mają przekonania religijne. Współczesny lekarz powinien również umieć odczytać problemy duchowe chorych (por. Puchalski, 2000).

W sytuacji gdy rynek opieki medycznej kładzie nacisk, aby osoby świadczące usługi medyczne szły bardziej w kierunku holistycznej opieki nad pacjentem, która zwraca uwagę na jego duchowość, oczekuje się, że zagadnienia etyczne staną się jeszcze ważniejsze w standardowym kontekście klinicznym.

W USA w 1997 roku firma Gallup przeprowadziła badania na temat pragnień ludzi w sytuacji, gdyby wiedzieli, że niedługo umrą. Wiele z odpowiedzi brzmiało: posiadanie ciepłych, zażyłych stosunków z lekarzem. Respondenci zgłaszali także, że lekarzom brakuje umiejętności w nawiązywaniu takich kontaktów. Częściowo przyczyną tej bariery jest to, że lekarze nie poświęcają wystarczająco dużo czasu na znalezienie w pacjencie prawdziwie *głębokiej* osoby. Zbyt często zdarza się, że lekarz wchodzi do gabinetu, wykonuje szybko różne czynności, skupia się zazwyczaj na działaniach instrumentalnych i biurokratycznych.

Duchowość ma kluczowe znaczenie dla opieki nad umierającymi. Kiedy ktoś umiera, najważniejsza jest troska o duchowy wymiar jego egzystencji. Jeśli personel medyczny nie zapyta umierającego o potrzeby duchowe, to dopuści się zaniedbania obowiązków zawodowych.

Jak ogólnie można rozumieć opiekę duchową? W dużej mierze jako gotowość do wysłuchania historii życia chorego i ułatwienie dokonania mu *niedokończonych spraw życiowych* poprzez: obecność opartą na miłości bliźniego, łagodzenie lęku przed śmiercią, trzymanie chorego za rękę, pozostawianie czasu i miejsca na modlitwę, tworzenie klimatu sprzyjającego religijnemu przeżyciu (por. Pawlak, 1998).

## Problem nadziei u osób chorych terminalnie

Jednym z warunków zapewnienia troskliwej pomocy choremu jest podtrzymywanie i budowanie utraconej nadziei. Nadzieja wynikająca z duchowości dynamizuje ludzką egzystencję, albowiem jest „jednym z obronnych mechanizmów, który chroni przed załamaniem się, rezygnacją i rozpaczą” (Block, 2001, s. 16). Block twierdzi, że nadzieja może przejawiać się jako uczucie, mechanizm regulacyjny, obronny lub postawa.

De Walden-Gałaszko (2000, s. 27) definiuje nadzieję jako „stan oczekiwania od przyszłości czegoś dobrego, skojarzony z pozytywnym uczuciem zadowolenia lub radości. Nadzieja leży u podstaw optymistycznego stosunku do życia, mobilizuje do działania, ułatwia znoszenie trudności i jest bardzo istotnym elementem dobrej *jakości życia*”. Z powyższego rozumienia wynika, że nadzieja jest oczekiwaniem czegoś dobrego od przyszłości. W przypadku chorego terminalnie dobrem może stać się zorganizowanie skutecznej opieki, realizowanie przez niego jakiegось celu itp.

Ochronić nadzieję to nie dopuścić, by się wypaliła, zwłaszcza w trudnych momentach choroby, słabości, dodawać woli życia – to właśnie jest *sztuką terapii*, misterium relacji z drugim człowiekiem. To coś zupełnie innego niż pocieszenie i obietnice bez pokrycia typu: *głowa do góry, proszę się nie martwić, wszystko będzie dobrze, jeszcze Pani/Pan będzie tańczyć na weselu syna* (por. Lenartowicz, 2001). Nadzieja w przypadku chorego u kresu życia, gdy nie ma szansy na wyleczenie, umożliwia przetrwanie najtrudniejszych chwil, dostarcza energii do walki z chorobą.

Wiele osób przed śmiercią doświadcza nadziei, że nie wszystko kończy się z chwilą odejścia z tego świata. Zdaniem Makselona (1996, s. 147) „bez niej niepodobna żyć ani umierać w sposób godny człowieka”. Ważne, by pomóc choremu podtrzymać gasnącą i budować już utraconą nadzieję. Utrata nadziei prowadzi chorego do biernego poddania się chorobie, załamania, co z kolei powoduje szybką inwazję choroby. „Utrata wszelkiej nadziei prowadzi w głęboką rozpacz, za którą czai się pragnienie unicestwienia (śmierć samobójcza i prośba o eutanazję)” (Block, 2001, s. 16).

Pomoc niesiona chorym powinna być pełna życzliwości, lecz bez czułości, praktyczna, lecz nie bezduszna, gdy wszystko zdaje się spowite czernią, powinna dawać otuchę. Nadzieja podlega właściwej sobie dynamice. Dotyczy to zwłaszcza człowieka w sytuacji ciężkiej, nieuleczalnej



choroby, który często upada na duchu; wtedy: „Odnalezienie nadziei pomaga odzyskać względną równowagę ducha, głęboki wewnętrzny pokój nawet w obliczu śmierci” (Block, 2001, s. 16). Są chorzy, którzy potrafią ją wskrziesić sami, ale są i tacy, którzy potrzebują do tego pomocy.

Dla zobrazowania sytuacji podam przykłady nierealnej i realnej nadziei na wyzdrowienie. Zdaniem Lichter (1987) nadzieja jest silnym uczuciem, silniejszym niż się na ogół przypuszcza. Zdarza się, że lekarze, mówiąc o nadziei i jej zachowywaniu, mają na myśli nadzieję na wyleczenie. Próbując podtrzymywać taką nadzieję w pacjencie, uświadamiają mu, że sukces w walce z chorobą zależy od mobilizacji psychicznej, od woli walki. W sytuacji gdy choroba postępuje, a pacjent traci siły fizyczne i psychiczne potrzebne do walki z nią, może on przeżyć ogromny stres. Jest to cena, jaką chory płaci za podtrzymywaną w nim fałszywą nadzieję na osiągnięcie sukcesu w leczeniu, gdy sukces ten miał zależeć od woli walki.

Powiedzenie choremu prawdy o nieuleczalnej chorobie nie zawsze musi zniszczyć nadzieję czy wywołać przygnębienie. Nie jest łatwo pozbawić człowieka nadziei, natomiast skutki podtrzymywania fałszywej nadziei mogą być bardziej dramatyczne niż skutki powiedzenia prawdy.

„Łagodne, przyjazne, stopniowe dawkowanie prawdy choremu wraz ze stałym wsparciem i dodawaniem odwagi prowadzi do odzyskania nadziei” (Twyccross, Lack 1991, s. 218). Wówczas nadzieja wyleczenia zamienia się w inne nadzieje. Możemy tu wyróżnić:

- nadzieję zniesienia dolegliwości,
- nadzieję spokojnej śmierci,
- nadzieję, że przebyte życie miało wartość,
- nadzieję nieśmiertelności,
- nadzieję na opiekę osób bliskich do samego końca,
- nadzieję, że ukochani poradzą sobie sami,
- nadzieję na godne zakończenie życia.

Na zwiększenie nadziei w cierpieniu wpływają cztery czynniki: „poczucie własnej wartości, związki osobowe posiadające znaczenie, osiągnięcie realnych celów oraz właściwa kontrola bólu” (Twyccross, Lack 1991, s. 51).

Cytowani wyżej autorzy podają, iż nadzieja zmniejsza się, gdy:

- chory jest izolowany psychicznie przez *zmowę milczenia*,
- zakłada się, że *nic więcej nie można już zrobić*,
- ból i inne objawy pozostają nieopanowane, a nawet ignorowane,
- chory czuje się osamotniony i pozbawiony wsparcia.

Zdaniem Łuczaka nadzieja ma być ważnym hasłem pomagającym chorym w znalezieniu sensu cierpienia i na ten cel ukierunkowuje się pracowników służby zdrowia, co jest istotne i może w efekcie złagodzić cierpienia (por. Łuczak, 1998). W tym postępowaniu pracownicy służby zdrowia winni uwzględniać życzenia chorych. Według de Walden-Gałuszki (2001) podtrzymywanie realnej (nie fałszywej) nadziei na wszystkich etapach okresu terminalnego jest jednym z najważniejszych zadań (lekarza, pielęgniarki, psychologa i innych osób z zespołu terapeutycznego).

## Sens ludzkiego cierpienia

Sytuacja zagrożenia, jaką niesie ze sobą ludzkie cierpienie, skłania człowieka do jego usensownienia. Poszukiwania sensu ludzkiego cierpienia uświadamiają, że wiele różnych czynników może ułatwić jego odnajdywanie. Do takiego przekonania doszedł między innymi na podstawie swoich obserwacji oraz praktyki medycznej prof. V.E. Frankl. Stał on na stanowisku, że podstawową potrzebą człowieka jest dążenie do znalezienia sensu życia, jak również przyjmowanie na siebie *znoszenie cierpienia*. V.E. Frankl (1971, s. 7) pisał, że „istotnym przeznaczeniem człowieka jest cierpieć i być *homo patiens*”. Cytowany autor uważał, że cierpienie jest częścią życia oraz że „bez cierpienia i śmierci życie nie byłoby pełne” (1968). W sytuacji cierpienia pytanie o sens życia zyskuje niezwykłą intensywność. Z badań empirycznych wynika, że w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej u wielu osób występuje średnie, obniżone lub niskie poczucie sensu życia, a nawet jego brak.

Aby było możliwe zaistnienie poczucia sensu, istotnym elementem warunkującym jego powstanie jest świat wartości. Żeby usensownić swoją egzystencję, człowiek świadomie podejmuje pewną hierarchię wartości, którą stara się w życiu realizować. Takimi wartościami są na pewno: miłość, prawda, dobro, piękno, godność, pokój. Poprzez realizację wartości można utrzymać bezwarunkową sensowność życia. Nawet w sytuacji, gdy pytania stawiane przez *życie* nabierają charakteru próby (*cierpienie, śmierć*), człowiek może przekształcić te sytuacje w coś pozytywnego i twórczego.

V. Frankl (1978, s. 24) twierdził, że „człowieka nie niszczy samo cierpienie, ale cierpienie pozbawione sensu”. Sens życia i działań człowieka jest

związany z ukierunkowaniem na cel (np. osiągnięcie szczęścia, przyjaźń, rozwój sił witalnych, doskonałość moralną, samorealizację). Życie sensowne to tyle, ile życie celowe, równocześnie dla nas zrozumiałe zarówno w wymiarach indywidualnych, jak i społecznych, a także w zakresie zjawisk i wydarzeń, w których uczestniczymy. Życie sensowne układa się w pewną uporządkowaną całość i jest najgłębiej osobistą potrzebą każdego człowieka (Mariański, 1990).

Zarówno filozofowie, psychologowie, jak i socjologowie wskazują, że z sensem życia łączą się zagadnienia przemijania. Pytanie o sens życia nabiera znaczenia, gdy w życiu człowieka dochodzi do sytuacji kryzysowej, a zwłaszcza cierpienia i śmierci. Człowiek, wchodząc w sytuacje *naznaczone cierpieniem i lękiem*, traci niejednokrotnie poczucie sensu życia. Aleksandrowicz (1982, s. 76) pisał, iż „zaspokojenie potrzeby sprecyzowania celu życia, nastawienie na poszukiwanie jego sensu staje się w pewnych warunkach czynnością nadrzędną w procesie leczenia”. Zatem cierpienie jest wplecione w życie człowieka, każda istota ludzka pragnie znaleźć sens w swoim życiu, cierpieniu i śmierci, nie jest to tylko idea filozoficzna.

Tajemnica cierpienia nie może być rozumiana do końca bez odniesienia do argumentacji, która przekracza to, co mogą osiągnąć zdobycze nauki i techniki. Odkrycie sensu cierpienia nie tylko jest ważne dla tego, kto go doświadcza, ale także dla tego, kto je obserwuje: rodzina, przyjaciele, personel itp. Troska o chorego ze strony personelu winna być oparta na prawdziwej solidarności, która oznacza zrobienie wszystkiego, co możliwe, aby złagodzić cierpienie chorego i pomóc mu w jego akceptacji. Tischner pisał, że „być solidarnym to dźwigać ciężar cierpienia drugiego człowieka, dźwigać ciężar jego bezradności i bezsilności” (Tischner, 1999, s. 11).

Badania psychologiczne i lektura dotycząca tych problemów wskazują, iż nawet w sytuacjach ciężkich chorób związanych często z przewlekłym cierpieniem część ludzi chorych efektywnie przystosowuje się do nowej sytuacji, a nawet rozwijają się osobowo, odzyskują poczucie sprawowania kontroli nad własnym życiem, czerpiąc z niego satysfakcję (por. Frankl, 1971). Powyższe doświadczenia chorego umożliwiają zwrócenie się ku wartościom religijnym. Tym sposobem choroba daje czas na refleksję, bardzo często kieruje myśli chorego ku Bogu.

## Chrześcijańskie wyjaśnienie sensu cierpienia

Pomoc cierpiącemu w zrozumieniu i odnalezieniu sensu cierpienia może przynieść modlitwa. Ten kojący środek pozwala znosić cierpienie z cierpliwością i pokorą oraz uczy, jak ofiarować je Bogu. W perspektywie transcendentnej, w której budzą się pytania o prawdę oraz sens życia i śmierci, otwiera się przestrzeń dla doznań i myśli natury religijnej. Zwrócenie się ku religii wymaga od człowieka wysiłku, poszukiwania centralnego punktu w życiu, pomimo ciągłego doświadczania bólu i frustracji. Gdy życie ma sens, ludzie doświadczają specjalnej siły, która motywuje ich i umożliwia bardziej efektywne zmaganie się z problemami. W swojej publikacji *Człowiek w poszukiwaniu sensu* V.E. Frankl (1978) stwierdza, że ludzie głęboko religijni mają większe szanse na przetrwanie niż Ci, dla których życie straciło wszelki sens. Cierpienie stanie się efektywne tylko wtedy, gdy jednostka nie będzie z nim walczyć, ale potraktuje je jako możliwość dalszego rozwoju. Ale zachowania jednostki zmieniają się w obliczu nieuchronnej rzeczywistości bólu i cierpienia. Z tej perspektywy Jan Paweł II (1984) nauczał, że *religia jest podstawowym czynnikiem kształtującym nawyki i skłonności a wiara doskonale wskaże sposób, w jaki zareagujemy na nieszczęście*.

Badania wykazują, iż dla wielu ludzi religia stanowi podstawę znaczenia sensu życia. Jej wartość pogłębia się wraz ze zbliżaniem się śmierci. Religia dostarcza wartości, przekonań, nadaje sens ludzkiej egzystencji, uczy człowieka cierpieć i umierać z nadzieją. Wierzącemu chrześcijaninowi daje nadzieję na spotkanie z Bogiem i życie wieczne. Poważnie niepokojące skutki choroby mogą przywołać na myśl pytania o *tamten świat*, o życie pozagrobowe, zmartwychwstanie itp. Takie spojrzenie na cierpienie zakłada wiarę w to, że życie człowieka nie kończy się wraz ze śmiercią, ale za jej progiem ma nie tylko swoje dopełnienie, ale i cel.

## Towarzystwo osobie chorej terminalnie

Większość pacjentów ma wystarczającą wewnętrzną siłę, aby poradzić sobie z emocjonalnymi i egzystencjalnymi problemami cierpienia wszechogarniającego ale są też tacy, dla których obecność drugiej osoby jest nieoceniona. Albowiem człowiek jest istotą społeczną, powołaną do życia we wspólnocie. Wspólnota taka wytwarza się przez obecność przy umierającym.

Człowiek chory i cierpiący potrzebuje obecności, pomocy zewnętrznej i duchowego wsparcia, *potrzebuje miłości większej niż ludzkie słowa*. Nic nie zastąpi tej miłości, która jest gotowością *bycia przy chorym* (por. Bartoszek, 2000).

Obecność przy umierającym jest podstawową usługą, do której wezwane są wszystkie osoby zespołu paliatywnego/hospicyjnego, każda w zakresie odpowiednim do spełnianej funkcji. Obecność jest zadaniem, które w różnym zakresie spoczywa na wszystkich członkach zespołu. W opiece paliatywnej/hospicyjnej mówi się o uważnej, dyskretnej, delikatnej obecności przy człowieku cierpiącym, chorym terminalnie i umierającym (por. Bartoszek, 2000).

Osoby, które towarzyszą umierającemu, są *powołane do współczucia*. Taką postawą zachęca do silnej troski o bliskość z umierającym. Obecność przy umierającym jest podstawową formą towarzyszenia. Przebywanie przy łóżku chorego nie oznacza tylko bliskości jego łóżka, ale także bycie bliżej autentycznych problemów osoby umierającej, tego wszystkiego, co dzieje się w jej wnętrzu (por. Dutkiewicz, 2000).

Dzięki temu chory czuje niejako namacalnie, iż ci, którzy są przy nim, prawdziwie mu towarzyszą, oni mają odwagę nieść *jego ból w swoim sercu*. I to jest to, czego od nas wymaga obecność. To oznacza dzielić z kimś jego ból, poruszać się razem z nim w obszarze jego spraw, identyfikując się z nim, być do dyspozycji zawsze w takim stopniu, w jakim nas potrzebuje i to bez względu na nasz rozkład zajęć (por. Block, Mazurkiewicz, 1999).

Doświadczenie pokazuje, że można być blisko umierającego, ale jednocześnie pozostać zamkniętym na jego problemy i potrzeby, np. w przypadku pielęgniarki, lekarza, kapłana, którzy stają na chwilę blisko chorego, ale *duchowo pozostają z dala od jego najgłębszych problemów*. Okres umierania to wielkie, dramatyczne przeżycie budzące potrzebę zwierzeń, wołanie o obecność bliskiej, ukochanej osoby, przyjaźń, miłość (por. Łuczak, 1998).

„Dramat człowieka umierającego i odsłaniające się w nim dylematy psychologiczno-moralne mogą inspirować i wspomagać radykalne dojrzewanie osobowe. Mogą też (w skrajnych przypadkach) stać się zarzewiem myślenia proeutanazyjnego. Aby neutralizować tego rodzaju odczuwanie i myślenie, konieczna jest twórcza obecność przy umierającym i zdolność do spotkania z jego autentycznymi potrzebami” (Makselon, 1996, s. 142–149).

Zadanie obecności przy umierającym w pierwszym rzędzie spoczywa na rodzinie. Oprócz rodziny do obecności są wezwani pracownicy służby

zdrowia. Karta Pracowników Służby Zdrowia mówi o solidarnej obecności personelu medycznego przy chorym umierającym.

Ten sam dokument mówi o opiece nad chorym umierającym i obecności *pełnej miłości*. Oprócz opieki medycznej chory potrzebuje miłości, gorącego uczucia ludzkiego i nadprzyrodzonego, którym mogą i powinni go otoczyć bliscy, rodzice i dzieci, lekarze i służba zdrowia (Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, 1995, s. 120).

Zarówno choroba, jak i umieranie mogą być szansą na uzdrowienie relacji osobowych, na humanizację nie tylko cierpiącego, ale również tych, którzy są obecni w cierpieniu. Cierpienie uczy pokory i uszlachetnia każdego z osobna, a zatem możemy wzbogacić swe społeczeństwo, jeśli zdecydujemy się towarzyszyć choremu w godnym przygotowaniu się do przekroczenia bariery życia i śmierci.

Towarzyszenie choremu od momentu przekazania mu niepomyślniej diagnozy, przez cały okres terminalny i okres umierania, aż do śmierci to nie tylko alternatywa stanowiąca opozycję dla eutanazji, towarzyszenie to coś więcej niż jedna z form dobrej śmierci. Towarzyszenie choremu stanowi naszą powinność, którą medycyna XXI wieku powinna mieć do zaoferowania każdemu potrzebującemu. Po okresie, kiedy zajmowała się tylko przywracaniem mu zdrowia, powinna być gotowa dać mu również śmierć bardziej godną i jak najbardziej naturalną, bez uporczywej terapii mającej na celu przedłużanie życia za wszelką cenę.

W nawiązaniu do tego przytoczę słowa Elizabeth Kubler-Ross (1979, s. 27) z jej pięknej książki *Rozmowy o śmierci i umieraniu*: „Czy nasze skoncentrowanie się na skomplikowanej aparaturze, na ciśnieniu krwi nie jest rozpaczliwą próbą, żeby zaprzeczyć nadchodzącej śmierci, która tak nas przeraża i przyprawia o taką niepewność, że całą naszą wiedzę przelewamy na maszyny, gdyż mniej się ich obawiamy niż cierpiącej twarzy istoty ludzkiej, która raz jeszcze przypomina nam o naszej bezsilności, o naszych ograniczeniach i błędach i co najważniejsze – o naszej własnej śmiertelności?”.

## Zakończenie

Na zakończenie pragnę podkreślić, iż u chorych znajdujących się u kresu życia ważniejsze od obsłużenia aparatury jest zrozumienie sytuacji człowieka żegnającego się ze światem. Jest to moment, w którym medycyna

udowodnić powinna w sposób najbardziej przekonujący, że „jest zawodem wynikającym z najszczytniejszego prawa – *miłości bliźniego*” (Grochowski, 1999, s. 65), a lekarz, że nie tylko jest inżynierem – specjalistą od organizmu ludzkiego, lecz także humanistą.

A zatem, aby rozumieć ducha chorego, trzeba posiadać *dar leczenia*. W obecności ludzi obdarzonych darem leczenia ból i cierpienie nabierają łagodniejszej postaci. Leczenie bólu wszechogarniającego (cierpienia) jest sztuką, a sztukę, jak wiadomo, od doskonałego rzemiosła różni *miłość* do tego, co się robi (por. Stolarczyk, 1998).

## Bibliografia

1. Adams D. (1997), *Nasza duchowość i określenie sposobu, w jaki rozpoznajemy potrzeby duchowe*, w: red. B. Block, W. Otrębski, *Człowiek nieuleczalnie chory*, Lublin.
2. Aleksandrowicz J. (1982), *Nie ma nieuleczalnie chorych*, Łódź.
3. Bartoszek A. (2000), *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania (moralne aspekty opieki paliatywnej)*, Katowice.
4. Bell H.K. (1990), *Potrzeby duchowe*, „Materiały Konferencyjne. Hospicjum św. Łazarza”, Kraków.
5. Block B., Mazurkiewicz M. (1999), *Twój ból w moim sercu*, Lublin.
6. Block B. (2001), *Podtrzymywanie realnej nadziei u chorych terminalnie*, „Materiały Konferencyjne II Galicyjskie Spotkania Medyczne, Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego”, Kraków.
7. Dutkiewicz E. (2000) *Rola hospicjum w opiece nad terminalnie chorym w: Materiały z sympozjum, IV Zjazd Ogólnopolskiego Forum Ruchu Hospicyjnego*, Kraków.
8. Frankl V.E. (1968), *Man's Search for Meaning*, New York.
9. Frankl V.E. (1971), *Homo patiens*, Warszawa.
10. Frankl V.E. (1978) *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, „Kierunki” nr 35.
11. Gallup (1997), *Religion in America*, Princeton–New York.
12. Grochowski J. (1999), *Słowo wstępne*, w: red. Szczepaniak L., *Duchowa troska o chorego*, Kraków.

13. Jan Paweł II (1984), *List apostolski Salvifici Dolores. O chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia*, Rzym.
14. *Karta Pracowników Służby Zdrowia* (1995), Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Watykan.
15. Kępiński A. (1993), *Melancholia*, Kraków.
16. Kübler Ross E. (1979), *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Poznań.
17. Lenartowicz H. (2001), *Profesja, w której dopełniają się humanistyczne transakcje*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” nr 10.
18. Lichter E. (1987), *Communication in cancer care*, London.
19. Lunn L., Haris M. (1990), *Pojmowanie duchowego bólu i opieki duchowej*, „Materiały Konferencyjne. Hospicjum Św. Łazarza”, Kraków.
20. Łuczak J. (1998), *Towarzyszenie umierającym chorym w ich cierpieniach duchowych*, „Problemy Nauki, Dydaktyki i Lecznictwa” nr 6, Lublin.
21. Makselon J. (1996), *Dramat umierania*, w: A. Biela, *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*, Lublin.
22. Maslow A.H. (1986), *W stronę psychologii istnienia*, Warszawa.
23. Pawlak Z. (1998) *Opieka duchowa w terminalnej fazie choroby*, „Problemy Nauki, Dydaktyki i Lecznictwa” nr 6, Lublin.
24. Puchalski Ch.M.(2000), *Taking a Spiritual History Allows Clinicians to Understand Patients More Fully*, „Journal of Palliative Medicine” Vol. 3, No. 1, Washington.
25. Saunders C. (1993), *Management of Terminal Malignant Diseases*, London.
26. Stolarczyk J. (1998), *Sztuka leczenia bólu totalnego w chorobie nowotworowej*, „Problemy Nauki, Dydaktyki i Lecznictwa” nr 6, Lublin.
27. Tischner J. (1999), *Drogi i bezdroża miłosierdzia*, Kraków.
28. Twycross R.G., Lack S. (1991), *Leczenie terminalnej fazy choroby nowotworowej*, Warszawa.
29. Walden-Gałużsko de K. (2000), *U kresu*, Gdańsk.
30. Walden-Gałużsko de K. (2001), *Warunki właściwego przekazywania niepomysłnych informacji a chorzy w stanie terminalnym*, „Materiały Konferencyjne, Szpital Zakonu Bonifratrów św. J. Grzegorzego”, Kraków.



Katarzyna Wójcik

## Ból ciała – ból psychiki. Paradygmat holistyczny

*Być może niewiele osób [...] jest w stanie uświadomić sobie, jaki wpływ zarówno na ciało, jak i na umysł ma trwający przez długi czas, nieznosny ból ... W takich męczarniach zmienia się charakter człowieka, najbardziej uprzejmy zaczyna się irytować, żołnierz staje się tchórzem, a człowiek najbardziej opanowany nie jest mniej nerwowy, niż rozhisteryzowana dziewczyna<sup>1</sup>.*

Postulat holistycznego ujmowania problemów zdrowia i choroby wydaje się tak dobrze utrwalony w świadomości profesjonalistów zajmujących się człowiekiem, że może zdawać się niepotrzebne rozpatrywanie tej kwestii po raz kolejny. Od lat czterdziestych ubiegłego wieku, kiedy medycyna psychosomatyczna święciła swoje największe triumfy, przełamanie kartezjańskiego dualizmu ciała i duszy wydawać by się mogło oczywiste<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> S.W. Mitchell, *Injuries of nerves and their consequences*, Lippincott, Philadelphia 1872.

<sup>2</sup> S. Wójcik, K. Wójcik, *Nowe, pragmatyczne rozumienie terminu „psychosomatyka” w praktyce lekarskiej i psychoterapii. Referat dyskusyjny*, Sympozjum Medycyny Psychosomatycznej, Kraków 2004.

Spotykając się w codziennej praktyce klinicznej z ludźmi borykającymi się z cierpieniem i profesjonalistami wspomagającymi ich w tych zmaganiach, a także studiując literaturę traktującą o naturze cierpienia, można jednak odnieść wrażenie, że w dalszym ciągu ciało i psychika traktowane są jako dwie niezależne od siebie jakości. W codziennej praktyce lekarze preferują walkę z cierpieniem z pomocą farmakoterapii i innych, coraz bardziej zaawansowanych technik biomedycznych. Z drugiej strony psycholodzy i psychoterapeuci chętnie skupiają się na rozumieniu bólu wyłącznie jako wyrazu zaprzeczonej lub stłumionej agresywności, efekcie konfliktów psychicznych, nie zwracając wystarczającej uwagi na somatyczne aspekty dolegliwości. Ponadto zarówno lekarze, jak i psychoterapeuci wydają się często zapominać o egzystencjalno-duchowym wymiarze cierpienia.

Przyczynkiem do pierwszych psychologicznych badań nad bólem była obserwacja, że ten sam rodzaj bodźca może być rozmaicie odbierany przez różne osoby, a nawet przez tę samą osobę w różnym czasie, co wskazywało na błąd w założeniu, że doznanie bólu jest prostym odzwierciedleniem bodźca, który go wywołuje. Zmienne natury psychicznej, takie jak: indywidualny próg czułości i tolerancji na ból, uprzednie doświadczenia wynikające z historii życia, nastawienie, aktualny stan emocjonalny, poczucie kontroli i sensu oraz wiele innych czynników pośredniczy pomiędzy bodźcem i wywoływaną przez niego reakcją<sup>3</sup>. Tak rozumiany „ból staje się funkcją jednostki jako całości, łącznie z jej aktualnymi myślami, obawami i nadziejami na przyszłość”<sup>4</sup>. Saunders pierwsza ujęła ten problem całościowo, tworząc pojęcie bólu totalnego (wszechogarniającego), definiowalnego jako suma wszystkich oddziaływań: ciała, psychiki i duszy<sup>5</sup>. Według tej teorii negatywne doznania płynące z każdej z tych płaszczyzn wzajemnie na siebie oddziałują, składając się na aktualne doznanie dyskomfortu, w którym niezwykle trudno dokonać jednoznacznych podziałów na czynniki pierwotne i wtórne. Na podstawie ob-

---

<sup>3</sup> W.C. Clark, S.B. Clark, *Pain responses in Nepalese porters*, „Science” 1980, 209(4454): 410-2; R. Sternbach, B. Tursky, *Ethnic differences among housewives in psychophysical and skin potential responses to electric shock*, „Psychophysiology” 1965, 148: 241-6; H.E. Hill, C.H. Kornetsky, H.G. Flanary, A. Wikler, *Effects of anxiety and morphine on discrimination of intensities of painful stimuli*, „Journal of Clinical Investigation” 1952, 31(5): 473-80; H.E. Hill, C.H. Kornetsky, H.G. Flanary, A. Wikler, *Studies on anxiety associated with anticipation of pain. I. Effects of morphine*, „AMA Arch Neurol Psychiatry” 1952, 67(5): 612-9.

<sup>4</sup> R. Melzack, P.D. Wall, *Tajemnice bólu*, Kraków 2006, s. 51.

<sup>5</sup> C. Saunders, *The symptomatic treatment of incurable malignant disease*, „Prescribers Journal” 1964, 4: 68-73.

serwacji klinicznych i danych eksperymentalnych zaproponowano wiele różnorodnych technik psychologicznych skutecznych w łagodzeniu bólu fizycznego i napięcia psychicznego. Większość znanych strategii psychologicznych pomocnych w zwalczaniu z bólem opiera się na relaksacji i technikach behawioralno-poznawczych, których oddziaływanie polega w głównej mierze na przywracaniu pacjentowi poczucia kontroli i wpływu na trudne do zniesienia i budzące lęk doznania. Skuteczność technik wyobrażeniowych<sup>6</sup>, opartych na przekształcaniu w wyobraźni samego doznania bólu lub kontekstu jego występowania, zmianie ukierunkowania uwagi czy wreszcie przekształcaniu znaczenia odczuwanego doznania zostało potwierdzone zarówno w odniesieniu do bólu o zdefiniowanej etiologii somatycznej (metoda Simontona w walce z bólem nowotworowym<sup>7</sup>), jak i bólu psychogenego i idiopatycznego.

Rzadziej stosowane w codziennej praktyce – prawdopodobnie głównie ze względu na swą czasochłonność i brak odpowiednio wyszkolonych profesjonalistów – metody psychoterapii egzystencjalnej i psychodynamicznej również mogą przynosić ulgę w cierpieniu, zarówno tym pacjentom, którzy źródła doznań bólowych lokują przede wszystkim w ciele, jak i tym, dla których pierwotna etiologia bólu znajduje się w sferze psychicznej.

Zaproponowana przez Frankla logoterapia przypisuje doniosłe znaczenie umiejętności odnajdywania sensu cierpienia jako źródła pozytywnej adaptacji do życia z bólem, którego nie da się wyeliminować (dotyczy to również, a może przede wszystkim bólu egzystencjalnego)<sup>8</sup>. Psychoterapia psychodynamiczna i klasyczna psychoanaliza pozwalają znaleźć ulgę w cierpieniu przez „przepracowanie” wewnętrznych konfliktów, traumatycznych doświadczeń, nazwanie i wyrażenie trudnych emocji. Skuteczność „terapii słowem” potwierdzają nie tylko obserwacje kliniczne, ale i najnowsze doniesienia z zakresu neuronauki – psychoterapia wpływa nie tylko na zmiany funkcjonalne i strukturalne w ośrodkowym układzie nerwowym. Badania w tym zakresie wskazują również, że przeżywanie bólu pierwotnie psychogenego, podobnie jak przeżywanie silnych emocji, wiąże się z powstawaniem zmian neurobiologicznych<sup>9</sup>.

<sup>6</sup> S.Y. Tan, *Cognitive and cognitive-behavioral methods for pain control: a selective review*, „Pain” 1982, 12(3): 201-28.

<sup>7</sup> O.C. Simonton, *Jak żyć z rakiem i pokonać go*, Łódź 2004.

<sup>8</sup> V.E. Frankl, *Homo patient*. Warszawa 1998.

<sup>9</sup> L.J. Cozolino, *Neuronauka w psychoterapii. Budowa i przebudowa ludzkiego mózgu*, Poznań 2004.

W obliczu bólu zarówno psychicznego, jak i fizycznego ludzie często starają się sięgać do swoich zasobów duchowych i religijnych<sup>10</sup>. Praktyki duchowe – z psychologicznego punktu widzenia – mogą pomóc w walce z bólem na kilka różnych sposobów<sup>11</sup>. Po pierwsze, praktyki takie jak modlitwa lub medytacja mogą służyć jako dystrakcja „odsuwająca” doznania bólu na dalszy plan. Po drugie, aktywne uczestnictwo w religijnych wspólnotach może być nieocenionym źródłem wsparcia w sensie instrumentalnym, społecznym i duchowym. Po trzecie, praktyki religijne mogą być formą relaksacji, która, jak wiadomo, bezpośrednio wpływa na odczuwanie bólu. Badacze zwracają jednak uwagę, że religia i techniki duchowe mogą być źródłem strategii będących przyczynkiem do pozytywnej lub negatywnej adaptacji do długotrwałego bólu. W badaniach Busha<sup>12</sup> pacjenci cierpiący z powodu chronicznego bólu odwołujący się do Siły Wyższej jako źródła wsparcia i wytrwałości osiągnęli wyższy poziom pozytywnej adaptacji. Osoby stosujące duchowe strategie radzenia sobie z zaistniałą sytuacją nie tylko znacznie lepiej radziły sobie z przeżywaniem codziennego bólu, ale zgłaszały również niższy poziom bólu i negatywnych emocji oraz wyższy poziom wsparcia środowiska. Z drugiej strony może się jednak zdarzyć, że przeżywanie Boga jako karzącego (zsyłającego ból) lub nieobecnego (opuszczającego w potrzebie) będzie potęgowało cierpienie i negatywnie wpłynie na przystosowanie się do niego.

Wniosek z tego, że warto zachęcać pacjentów do stosowania pozytywnych strategii radzenia sobie z sytuacją, odwołując się i modulując istniejące, znane pacjentowi techniki duchowe, oraz uczyć pacjenta nowych dróg ich wykorzystania do redukcji negatywnego wpływu bólu na ich życie. Przy pojawieniu się wątpliwości natury religijnej wskazane byłoby zaś głębsze odwołanie się do istoty wiary, w czym ważną rolę powinny odgrywać osoby duchowe.

Jeszcze raz warto podkreślić za Franklem, jak ważne dla możliwości przetrwania cierpienia jest nadanie mu znaczenia i sensu. Dla wielu ludzi pomocne w poszukiwaniu sensu jest odwołanie do duchowej tradycji kultury, w której żyją, lub angażowanie się w eksplorację nowych ścieżek rozwoju duchowego.

---

<sup>10</sup> K.I. Pargament, G.G. Ano, *Spiritual resources and struggles in coping with medical illness*, „Southern Medical Journal” 2006, 99(10): 1161-2.

<sup>11</sup> A.B. Wachholtz, F.J. Keefe, *What physicians should know about spirituality and chronic pain*, „Southern Medical Journal” 2006, 99(10): 1174-5.

<sup>12</sup> E.G. Bush, M.S. Rye, C.R. Brant, E. Emery, K.I. Pargament, C.A. Riessinger, *Religious coping with chronic pain*, „Appl Psychophysiol Biofeedback” 1999, 24(4): 249-60.

Współcześnie bezdyskusyjny wydaje się pogląd wskazujący na poważne psychologiczne konsekwencje doświadczenia bólu, zwłaszcza przewlekłego. Ból rodzi napięcie emocjonalne i lęk, może wywoływać lub nasilać objawy depresji, prowadząc w ekstremalnych przypadkach nawet do samobójczej śmierci. Badania pokazują, że chroniczny ból niejednokrotnie staje się przyczyną „neurotyzacji” – ujawnienia się objawów nerwicowych, wzrostu wrażliwości i podatności na odczucia płynące z ciała. Wbrew wcześniejszym oczekiwaniom niektórych badaczy bólu o „psychogennej etiologii” obserwowana neurotyzacja nie jest przyczyną bólu przewlekłego, lecz jego skutkiem. Pokazują to badania pacjentów, których udało się w końcu uwolnić od przykrych objawów<sup>13</sup>.

Już Freud zwracał uwagę na możliwość istnienia niezidentyfikowanych przyczyn organicznych mogących wpływać na rozwój i obraz kliniczny zaburzeń psychicznych<sup>14</sup>.

W tym kontekście mało zrozumiałe wydaje się przeciwstawianie bólu psychogennego bólowi somatogennemu, z którego *a priori* wynika, że diagnoza medyczna jest tak doskonała, iż z całą pewnością pozwala wykluczyć somatyczne podłoże dolegliwości. Ponadto mogłoby się wydawać, że zidentyfikowanie poważnej choroby somatycznej lub psychicznej upoważnia do jednoznacznego wskazania przyczyny bólu. Jak bardzo złudne mogą być takie ostateczne diagnozy, pokazują liczne przypadki znane każdemu klinicyście. Przykładowo głęboka depresja stanowi często pierwszy zwiastun rozwijającej się choroby somatycznej, czy też sięgając po bardziej ekstremalny przykład jednostkowy – u pacjenta przez wiele miesięcy leczonego psychiatrycznie z powodu objawów psychozy wykryto ostatecznie rozległy guz mózgu. W związku z tym bardziej zasadne wydaje się mówienie o bólu idiopatycznym, to jest takim, którego przyczyn nie udaje się jednoznacznie zdefiniować. W tym miejscu konieczne jest wspomnienie o licznej grupie pacjentów z rozpoznaniem hipochondrii, którzy wydają się najbardziej cierpieć z powodu dychotomii somy i psyche. Ze względu na niezwykle złożony mechanizm psychodynamiczny leżący u podłoża hipochondrii, przypomnę jedynie, że w rozumieniu psychologicznym z hipochondrią mamy do czynienia, gdy pacjent mimo braku obiektywnych przyczyn somatycznych lokalizuje źródło swojego cierpienia w ciele. Skargi tych pacjentów nie są przyjmowane i traktowane z należytą powagą przez lekarzy somatycznych, którzy nie znajdując

<sup>13</sup> R.A. Sternbach, G. Timmermans, *Personality changes associated with reduction of pain*, „Pain” 1975, 1(2): 177-81.

<sup>14</sup> H. Merskey, F.G. Spear, *Pain: psychological and psychiatric aspects*, London 1967.

biologicznych przyczyn dolegliwości, czują się bezradni wobec objawów. Skierowanie do psychiatry lub psychologa często spotyka się z dużym oporem pacjenta, który czuje się taką propozycją zlekceważony, między innymi dlatego, że zwykle nie odczuwa dolegliwości natury psychicznej (takich jak lęk czy depresja). Specjaliści zajmujący się psyche często nie są w stanie dostrzec do realnych źródeł cierpienia pacjenta ze względu na niezwykle sztywne, nieświadome mechanizmy psychologiczne utrwalające objawy hipochondryczne. Podczas gdy chorzy cierpiący na depresję z towarzyszącymi objawami somatycznymi oraz na schorzenia dawniej określane mianem „nerwic narządowych” skłonni są przyjąć perspektywę psychologiczną i rozumieć psychoterapię jako jedną z metod mogących złagodzić cierpienie, „hipochondrycy” nie są w stanie dostrzec takiej szansy. Nie pozwalają im na to nieświadome mechanizmy, które są jednocześnie genezą schorzenia. Właśnie ci pacjenci najczęściej pozbawieni są pomocy i najczęściej padają ofiarą nieświadomych zaniedbań profesjonalistów<sup>15</sup>. Aby móc skutecznie pomagać tej grupie chorych, konieczne wydaje się zintegrowanie oddziaływań na poziomie zarówno somatycznym, jak i psychologicznym. Koncentrując się zbyt często tylko na jednym wymiarze bólu, zapominamy o pozostałych, jakbyśmy zakładali, że człowiek chory psychicznie nie może doświadczać bólu fizycznego i odwrotnie – jakby choroba i ból fizyczny redukowały człowieka jedynie do jego ciała. Zbyt często także zaklasyfikowanie bólu jako psychogenego staje się przyczynkiem do rezygnacji z bacznego przyglądania się somatycznemu funkcjonowaniu organizmu i odwrotnie – rozpoznanie somatycznych przyczyn dolegliwości sprzyja zaniedbaniom w sferze psychicznej i duchowej. Idąc dalej, ból idiomatyczny nie powinien być zakończeniem procesu diagnostycznego, lecz jego początkiem. Szczególnie istotne wydaje się, aby dostępne klasyfikacje bólu, które przecież nie wyczerpują wszystkich istniejących możliwości, zamiast pomagać w pełniejszym rozumieniu cierpienia, nie stawały się powodem redukcjonistycznego traktowania człowieka.

---

<sup>15</sup> J.J. Rubin, *Psychosomatic pain: new insights and management strategies*, “Southern Medical Journal” 2005, 98(11): 1099-110; F. Creed, *Should general psychiatry ignore somatization and hypochondriasis?*, “World Psychiatry” 2006, 5(3): 146-50.

Jan Iwaszczyszyn, Agnieszka Kwiecińska

## Cierpienie chorych terminalnych – refleksje filozoficzno- -etyczne w świetle wytycznych proponowanych przez medycynę paliatywno-hospicyjną

Cierpienie to ból, który dotyczy sfery psychicznej i duchowej człowieka. Trudniej je usunąć niż ból fizyczny, gdyż cierpienie dotyczy problemów bardziej złożonych i subiektywnych. W medycynie paliatywnej, gdzie na co dzień mamy do czynienia ze świadomością złego rokowania i zbliżającej się śmierci, cierpienie jest jednym z ważniejszych problemów terapeutyczno-etycznych (Łuczak, 1986; Jan Paweł II, 1984).

Medycyna paliatywna będąca specjalizacją ciężko chorego i umierającego musi rozwiązywać problemy psychiczno-duchowe pacjenta. Źródła cierpienia są różne: często jest to utrata pozycji społecznej i rodzinnej chorego, będąca następstwem pogłębiającej się bezradności i zależności od innych osób. Bardzo niebezpieczny z perspektywy dalszej jest ból psychiczno-duchowy z powodu utraty godności lub zezwolenia, jakże często niezauważany przez rodzinę i otoczenie chorego, a mogący być przyczyną wołania o eutanazję (Iwaszczyn, 1999; Trojanowski). Również nawet

przypadkowe okazanie pacjentowi niechęci ze strony bliskich, krewnych, otoczenia lub personelu medycznego wywołuje często u cierpiącego nieproporcjonalne reakcje: rezygnację, depresję, a nawet domaganie się eutanazji (Iwaszczyn, 1999; Łuczak, 1996).

Odrębnym problemem medycyny paliatywnej jest ból egzystencjalny, przejawiający się między innymi w zadawanych przez chorego pytaniach w rodzaju: „po co się urodziłem?”, „dlaczego żyję, cierpię i umieram?”, „co będzie po mojej śmierci?” itp.

Istnieje niestety również niezamierzony ból i cierpienie spowodowane postępowaniem medycznym. Najczęściej mamy do czynienia z dwoma postaciami bólu (cierpienia) jatrogennego – wywołanego stosowaniem nieproporcjonalnych metod diagnostyczno-terapeutycznych oraz nieumiejętnym przekazywaniem złych wiadomości choremu lub ich ukryciem przed pacjentem.

Tak zwana „agresja diagnostyczno-terapeutyczna” wynika najczęściej z nieznamości odrębności i filozofii medycyny paliatywnej. Polega ona, jak wiadomo, na stosowaniu tzw. metod nieadekwatnych do sytuacji i stanu chorego, czyli metod nieproporcjonalnych (nadmierzających). Mamy tu na myśli przede wszystkim obciążenie chorego terminalnego bardzo specjalistycznymi badaniami, które niewiele mogą zmienić w postępowaniu medycznym. Również obciążające metody terapeutyczne (intensywna chemioterapia, resuscytacja itp.) najczęściej nie poprawiają rokowania, na pewno obniżają jakość życia, co więcej mogą nawet skrócić przeżycie (Biesaga, 2005; Iwaszczyn, 1999; Łuczak, 1996).

Sposób przedstawiania choremu wiadomości o jego niepomyślnym rokowaniu i zagrożeniu życia jeszcze ciągle budzi kontrowersje, zwłaszcza w środowiskach niezajmujących się medycyną paliatywną, gdzie przeważają tendencje, aby zataić przed chorym te wiadomości (Iwaszczyn, Kwiecińska, 2003).

W świetle aktualnej wiedzy medycyna paliatywna stoi na stanowisku, że chory ma prawo do uzyskania wiadomości o swoim aktualnym stanie zdrowia, ale nie ma obowiązku poznania prawdy, gdy sobie tego nie życzy (Walden-Gałuszko de, 1996).

Opieka paliatywna uczy szczegółowo, jak przekazywać niekorzystne wiadomości, aby zapobiec rozczarowaniu chorego po przypadkowym poznaniu prawdy, które może powodować utratę zaufania do lekarza i w rezultacie zadać dodatkowe cierpienie pacjentowi (Iwaszczyn, 1999; Łuczak, 1996; Jan Paweł II, 1984; Walden-Gałuszko de, 1996).



Odwiecznym problemem medycyny jest, jak wiadomo, zwalczanie cierpienia przy równoczesnym nierozwiązalnym pytaniu: „dlaczego cierpiemy?”, „czy cierpienie odgrywa jakąś rolę w naszym życiu?” (Jan Paweł II, 1984). Potocznie, jak również w znacznej części środowisk medycznych przeważa opinia o negatywnej, a nie kreatywnej roli cierpienia, którego jako zła za wszelką cenę należy uniknąć, nawet eliminując podmiot cierpiący (przez eutanazję lub wspomagane samobójstwo) (Szawarski, 2001; Walden-Gałuszko de, 1996). W ostatnim okresie obserwujemy nasilenie tendencji proeutanatycznych nie tylko w społeczeństwie, ale również, wbrew Kodeksowi Etyki Lekarskiej (art. 31, 32), w środowisku medycznym (*Kodeks etyki lekarskiej...*). Zjawisko to nabrało większego znaczenia zwłaszcza po legalizacji eutanazji w Holandii i Belgii. Propaganda proeutanatyczna wywołuje zrozumiałą reakcję środowisk broniących życia i godności osoby i podmiotowości cierpiącego chorego (Biesaga, 2005; Biesaga, 1998). Ten nierozwiązywalny spór dotyczy interpretacji antropologicznej podmiotu cierpiącego (tj. chorego) oraz podejścia do istoty ludzkiego cierpienia. Relatywizm moralny, negacja prawa naturalnego powodują zastępowanie odwiecznego uniwersalnego kodeksu etycznego nowymi wzorcami etycznymi. Te rzekome indywidualne kodeksy, opierając się na ekonomicznym liberalizmie i filozofii utylitarystycznej, rzekomo dla dobra ludzkości lansują bezwzględną autonomię człowieka chorego, bezsens ludzkiego cierpienia z negowaniem kreatywnej roli bólu duchowo-psychicznego, jak też dopuszczają możliwość eutanazji lub wspomaganego samobójstwa.

Sedno wyżej wymienionych sporów tkwi głównie w odrębnych kierunkach filozoficznych będących podstawą do różnych ujęć bioetyki. Najogólniej możemy wyodrębnić trzy główne nurty filozoficzne, tj. utylitaryzm, deontonomizm oraz personalizm (Biesaga, 1998).

Upraszczając znacznie zagadnienie, utylitaryzm kieruje się zasadą, że to jest dobre, co przynosi korzyść jednostce i społeczeństwu (*utilitas* – korzyść, wygoda). Twierdzi również, że życie ma wtedy wartość, jeśli jest użyteczne dla społeczeństwa, a człowiek jest osobą z przysługującymi jej prawami, gdy spełnia pewne warunki. W tym ujęciu człowiek pozbawiony pewnych cech, takich jak świadomość, planowanie przyszłości i inne, przestaje być osobą. Wyłania się potrzeba zastąpienia określenia nieuleczalnie chorych osób terminami takimi, jak: „byłe osoby”, „przedmioty moralne” itp. (Szawarski, 2001). Jest to oczywista próba destrukcji pojęcia osoby. W świetle tej filozofii, jak wspomniano, przeżywany przez chorego ból i cierpienie są całkowicie bezsensowne i powinny być usunięte

dostępny metodami łącznie z zastosowaniem eutanazji lub wspomaganego samobójstwa.

Drugi kierunek filozofii, tzw. deontologizm, lansuje etykę opartą na obowiązkach moralnych (*deon* – powinność). Interpretacja bólu i cierpienia opiera się na tzw. deontologizmie autonomicznym, który zakłada, że czyn jest wtedy dobry, gdy jest aktem autonomicznej decyzji. Wolność jest tu traktowana jako wartość absolutna. Zatem autonomia podmiotu (np. chorego) jest sama w sobie źródłem słuszności czynu, w jej zakresie może mieścić się żądanie eutanazji i wspomaganego samobójstwa.

Pryncypializm jako aktualnie propagowany wzorzec prawidłowego stosunku lekarz–chory zawiera zarówno aspekty deontologiczne i utylitarystyczne, opierając się na czterech fundamentalnych zasadach (pryncypiach): autonomii, dobroczynności, nieszkodzeniu i sprawiedliwości (Beuchamp, Childress, 1996). Przez respektowanie bezwzględnej autonomii chorego eutanazja może stać się możliwa, o ile domaga się jej cierpiący.

Jednakże cztery wymienione wyżej zasady nie mają stałej ściślej treści i mogą kolidować ze sobą, uciekając od teorii etycznej, a opierając się na relatywizmie moralnym, pryncypializm może stać się „moralnością potoczną”. Również etyka zdana na „procedury legislacyjne” traci swą niezależność od sytuacji społecznej, politycznej i ekonomicznej. Stwarza możliwość wynegocjowania, np. przez parlamenty, prawa pozwalającego rzeczy niegodziwe: eutanazję, wspomaganego samobójstwa, jako remedium na cierpienie chorego.

Odrębny pogląd reprezentuje bioetyka oparta na kierunku personalistycznym filozofii (Jan Paweł II, 1984; Makselon, 1992; Pellegrino, Thomasoma, 1998). Zakłada ona zasadę nietykalności ludzkiego życia opartą na godności osoby ludzkiej. Twierdzi zatem, że godność (*dygnitas humana*) dana jest człowiekowi przez urodzenie, a nie przez państwo, społeczeństwo „grupę ekspertów” (*vide*: utylitaryzm), organizacje międzynarodowe lub krajowe, prawo, partie polityczne itp. Osobę charakteryzują, a nie tworzą pewne cechy, zatem brak niektórych z nich (np. świadomości, planowania przyszłości) nie warunkuje bycia osobą i posiadania godności osoby ludzkiej. W kwestii dotyczącej zwalczanego bólu i cierpienia personalizm ujawnia możliwość odkrycia jego sensu. Głosząc zasadę nietykalności ludzkiego życia, jest zdecydowanym przeciwnikiem eutanazji i wspomaganego samobójstwa.

Omawiając istotę cierpienia chorych terminalnych, mimo usilnych starań dotykamy jedynie jego nietykalnej tajemnicy, ponieważ w dużej mierze ból psychiczno-duchowy jest abstrakcją. Cierpienie jako zwalczane zło

indukuje, jak wspomniano, odwieczny spór o ewentualny jego jakiś sens. Jakże trudne jest podanie odpowiedzi na wcześniej wspomniane pytanie: „dlaczego cierpimy?”. Pytanie to kieruje nas ku przeszłości i prowadzi donikąd. Należy je zaś kierować ku przyszłości i sformułować: „dla kogo cierpimy?”. To personalistyczne interpretowanie cierpienia może nam pomóc odnaleźć jego sens i kreatywną funkcję. Ból i cierpienie wywołują najsilniejsze impulsy, przyspieszając procesy myślowe. Wyzwalając zatem refleksje nad dotychczasowym życiem pacjenta, doskonałą wewnątrz człowieka, uwalniając duchowość, odślaniając systemy ponadosobistych wartości. Cierpienie może również powodować chęć naprawienia popełnionych krzywd. Ponadto uczy tolerancji, pokory, odpowiedzialności i miłości. Pozwala dostrzec i zrozumieć innych. Uodpornia na inne zło niż doznawany ból i cierpienie. Sprzyjając terapii tzw. „schorzeń moralnych”, może być rzuconym człowiekowi wyzwaniem poszukiwania świadomości samego siebie, przez co może stać się impulsem do nawrócenia.

Prócz indywidualnej, kreatywnej funkcji przeżyć duchowych ból i cierpienie mogą wpływać na osoby bliskie choremu oraz terapeutów, humanizując wzajemne relacje między ludźmi. W sensie ogólnym cierpienie często zmienia preferencje społeczne, takie jak: zaakcentowanie duchowego wymiaru ludzkiego bytu, ograniczenie materialistycznej wizji świata oraz kreowanie tzw. „cywilizacji miłości”.

Mimo powszechności cierpienia ból fizyczny i psychiczno-duchowy jest głównie domeną medycyny paliatywno-hospicyjnej, zajmującej się ciężko chorymi i umierającymi pacjentami.

Zwłaszcza w tej dziedzinie istotną rolę odgrywa właściwy model relacji pacjent–lekarz. Wydaje się, że najbardziej wskazany jest model podany przez E.D. Pellegrina i T. Biesagę zakładający tzw. „dobroczynność w zaufaniu” (*beneficence in trust*) (Biesaga, 2005; Pellegrino, Thomasma, 1998). W przeciwieństwie do dawnego modelu paternalistycznego opartego na autorytarnym podejściu lekarza do problemów chorego, ograniczającego tym samym autonomię pacjenta, „dobroczynność w zaufaniu” wydaje się modelem korzystniejszym w relacjach lekarz–ciężko chory pacjent, nawet w stosunku do pryncypializmu lansującego bezwzględna autonomię chorego, gdyż nie redukuje godności podmiotu cierpiącego tylko do jego wolności i autonomii.

Jak wspomniano, z wolności i bezwzględnej autonomii człowieka przy pomijaniu jego godności prócz efektów pozytywnych mogą wpływać zachowania niegodne osoby ludzkiej, do których zaliczamy przede wszystkim eutanazję.

## Bibliografia

1. Beauchamp T.L. Childress J.F. (1996), *Zasady Etyki Medycznej*, Warszawa.
2. Biesaga T. (2005), *Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny*, „Medycyna Praktyczna”, nr 6, s. 20–24.
3. Biesaga T. (1998), *Personalizm czy utilitaryzm jest właściwą postawą etyki medycznej*, „Folia Medica Cracoviensia” 39, 3–4, s. 43–52.
4. Iwaszczyszyn J. (1999), *Opieka paliatywna jako optymalne postępowanie w terminalnej fazie choroby nowotworowej*, „Przegląd Lekarski”, 56, s. 7–8.
5. Iwaszczyszyn J. (2000), *Potrzeby psychiczne i duchowe w medycynie paliatywnej*, „Światło i Cienie”, 4/30, s. 28.
6. Iwaszczyszyn J., Kwiecińska A. (2003), *Spór o sposób komunikowania się terapeutów z chorym w okresie terminalnym*, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. VIII Konferencja, s. 110–113.
7. Kodeks etyki lekarskiej: tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy 2004, Warszawa.
8. Łuczak J. (1996), *Etyka w Opiece Paliatywnej*, w: *Eutanazja a opieka paliatywna*, red. A. Biela et. al., Lublin, 29–60.
9. Jan Paweł II (1984), *List apostolski Salvifici Doloris. O chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia*, Rzym, nr 7.
10. Makselon J. (1992), *Psychologiczne aspekty cierpienia*, „Analecta Cracoviensia”, 24, s. 41–51.
11. Pellegrino E.D., Thomasoma D.C. (1988), *For the patient's good; the restoration of beneficence in health care* New York, Oxford, s. 74–91.
12. Szawarski Z. (2001), *Zrozumieć człowieka umierającego*, Oświęcimskie Centrum Praw Człowieka. Sympozjum, 6–7, 2.
13. Trojanowski P., *Eutanazja aktem wolności*, „Głos dla Życia”, 3–95, 2, s. 15.
14. Walden-Gałuszko de K. (1996), *Eutanazja a jakość życia pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej*, w: *Eutanazja a opieka paliatywna*, red. A. Biela et. al., Lublin, s. 60–65.

Renata Witkowska-Mańko

## Ocena wpływu Metamizolu i Tramadolu na stopień natężenia ból pooperacyjnego po zabiegach urologicznych

Ból pooperacyjny pojawia się wtedy, gdy przestaje działać śródoperacyjna analgezja, a jego źródłem są uszkodzone tkanki powierzchniowe oraz głębiej położone struktury.

W przypadku rozległego zabiegu operacyjnego poza bólem somatycznym, powierzchniowym i głębokim pojawia się również komponent trzewny wywołany zarówno przez skurcz mięśni gładkich (zgniatanie bądź rozciąganie struktur trzewnych), jak i spowodowany zmianami zapalnymi bądź pociąganiem czy skręceniem kreski.

Na stopień odczuwania bólu przez chorego wpływa:

- lokalizacja zabiegu,
- rozległość zabiegu,
- stopień traumatyzacji tkanek, stosowanie w okresie przedoperacyjnym analgezji z wyprzedzeniem,

- przedoperacyjny poziom endogennych opioidów,
- poziom neurotyzmu i lęku,
- stopień uświadomienia chorego o czekających go dolegliwościach bólowych.

W ostatnich latach do uśmierzania bólu pooperacyjnego coraz częściej stosuje się leki z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych oraz Paracetamol.

NLPZ i Paracetamol bezpośrednio po zabiegu operacyjnym powinny być podawane drogą dożylną, ponieważ śródoperacyjna utrata krwi krążącej oraz zmniejszenie przepływu tkankowego powodują upośledzenie wchłaniania leków podanych domięśniowo lub podskórnice.

Zastosowanie leków tej grupy pozwala na zmniejszenie dawki opioidów o 40–50%, a tym samym zmniejszyć ryzyko objawów niepożądanych, takich jak senność, splątanie, nudności, wymioty, zawroty głowy.

Celem prowadzonych badań jest optymalizacja postępowania analgetycznego w okresie pooperacyjnym u chorych, u których przeprowadzono otwarte zabiegi urologiczne, a także ocena wpływu zastosowanej analgezji pooperacyjnej na wybrane parametry metabolicznej odpowiedzi ustroju na uraz operacyjny.

Badania kliniczne są prowadzone w Zespole Anestezji i Intensywnej Terapii w Katedrze Urologii CMUJ, natomiast badania biochemiczne w Katedrze Biochemii Klinicznej CMUJ.

## Materiał i metoda

Badaniem zostało objętych 45 chorych w wieku pomiędzy 18. a 60. rokiem życia, z BMI 23–28, nieobciążonych schorzeniami w zakresie układu krążenia, oddechowego, nerek i wątroby poddanych zabiegom urologicznym (nefrektomia, pyelolitotomia, adenomektomia). Chorzy zostali losowo przydzieleni do trzech grup:

**Grupa I** – stanowiło ją 18 chorych, którzy w okresie pooperacyjnym otrzymywali stały wlew dożylny ze strzykawki automatycznej Metamizolu i Tramadolu.

Lek podawany	Zawartość leku w strzykawce	Szybkość podawania	Ostrzeżenia i zalecenia
Metamizol	5000 mg w 50 ml 0,9% NaCl	2 ml/godz.	Nie stosować w dychawicy oskrzelowej, uczuleniach, leukopenii, ciąży, laktacji. Kontrola RR i pulsoksymetria
Tramadol	5000 mg w 50 ml 0,9% NaCl	2 ml/godz.	Dawka początkowa 0,5-1 mg kg <sup>-1</sup> mc. Ostrożnie dawkować w niewydolności nerek. Gdy zużycie przekracza 500 mg, przejść na analgezję opioidową

**Grupa II** – stanowiło ją 12 chorych, którzy otrzymywali ciągły dożylny wlew ze strzykawki automatycznej Metamizolu w dawce 5000 mg/50 ml 0,9% NaCl z szybkością przepływu 2 ml/godz. oraz Tramadol metodą *risk medication*, jeżeli natężenie bólu przekraczało II stopień w skali VAS.

**Grupa III** – stanowiło ją 15 chorych, którzy otrzymywali Metamizol w krótkotrwałych wlewach dożylnych co 6 godz. w dawce 1000 mg/100ml 0,9% NaCl w ciągu 15 minut oraz Tramadol metodą *risk medication*, jeżeli natężenie bólu przekraczało II stopień w skali VAS.

U wszystkich chorych w badanych grupach został zbadany stopień natężenia bólu pooperacyjnego według skali VAS w 1, 3, 6, 12, 24 i 48 godz. po zabiegu operacyjnym, oceniano częstość występowania objawów niepożądanych, jak nudności, wymioty, zawroty głowy, nadmierna sedacja oraz ich natężenie według skali VAS. We wszystkich badanych grupach było oceniane zapotrzebowanie na dodatkowe dawki Tramadolu w poszczególnych okresach obserwacyjnych:

Okres 1: 1–3 godz., okres 2: 3–6 godz., okres 3: 6–12 godz., okres 4: 12–24 godz., okres 5: 24–48 godz.

We wszystkich grupach badanych w 1, 3, 6, 12, 24 i 48 godzinie obserwacji było wykonywane oznaczenie poziomu prostaglandyny E<sub>2</sub>, cytokiny TNF $\alpha$ , białka C-reaktywnego, transferyny i leukocytozy w celu określenia modulacji przez stosowane leki przeciwbólowe, aktywacji poprzez zabieg operacyjny kaskady prozapalnych cytokin, jak i aktywacji kaskady kwasu arachidonowego.

## Wyniki

We wszystkich badanych grupach średnie zapotrzebowanie na Metamizol wynosiło 4600 mg/dobę, natomiast na Tramadol w grupie I – 290 mg/dobę, w grupie II – 380 mg/dobę i w grupie III – 460 mg/dobę.

Stopień natężenia bólu badany za pomocą skali VAS wynosił średnio w grupie I – 2, w grupie II – 3, w grupie III – 5. Zaletą ciągłego wlewu Metamizolu i Tramadolu była znacznie niska częstość występowania bólów przemijających wymagających dodatkowych dawek leków przeciwbólowych. W grupie I zaobserwowano istotnie niższe oddziaływanie zastosowanej u chorych metody analgezji na parametry hemodynamiczne i biochemiczne oraz wartości wysycenia tlenem krwi tętniczej monitorowanej przy użyciu pulsoksymetru. Nie zaobserwowano występowania istotnych objawów niepożądanych. W grupie I zaobserwowano w dwóch przypadkach nadmierne pocenie, w grupie II w trzech przypadkach nudności, a w grupie III w dwóch przypadkach nadmiernej senność. Wyniki badań biochemicznych potwierdzają najlepsze zahamowanie nocycencji w grupie I.

## Wnioski

1. NPLZ i Paracetamol powinny być stosowane po rozległych zabiegach operacyjnych jako leki wspomagające terapię opioidalną.
2. Zastosowanie tych leków pozwala zmniejszyć dawkę opioidów o 40–50%.
3. Zmniejsza się ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych związanych z zastosowaniem opioidów.



Edward Charczuk

## Ból i cierpienie u chorych sztucznie wentylowanych

Chorzy wentylowani sztucznie za pomocą respiratora są w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i całkowicie zależni od sprawności aparatury oraz kwalifikacji zawodowych, sumienności i serdeczności personelu medycznego leczącego i pielęgnującego. O ile niesprawności technicznej w porę zauważonej można zapobiec, o tyle zawodność ludzi może okazać się w skutkach okrutna, a nawet śmiertelna.

Oto trzy autentyczne przypadki kliniczne:

1.

Chory, lat 47, lekarz, operowany doraźnie z powodu ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego, znieczulany ogólnie, dotchawiczo. Po operacji z powodu braku powrotu własnego oddechu znieczulająca anestezjolog, koleżanka operowanego, najpierw odwróciła działanie opiatu (Fentanyl),

podając Naloxon, aby znieść działanie porażające ośrodek oddechowy, ale przy okazji lek ten znosi też silne działanie przeciwbólowe. Nie przyniosło to spodziewanego efektu i chory nadal nie miał nawet śladu oddechu, więc otrzymał Polstygminę, która obniża skuteczność działania niedepolaryzujących środków porażających mięśnie. Ale nadal nie oddychał, więc został podłączony do respiratora. Po około czterdziestu minutach odzyskał w miarę wydolny oddech i okazało się, że przez cały czas był w pełni świadomy, słyszał, co się wokoło dzieje, a zarazem odczuwał potworny ból pooperacyjny, miał uczucie strachu, bezsilności, myślał, że umiera, nie ma szans na jakąkolwiek obronę i nawet nie mógł o tym zawiadomić.

## 2.

Chory, lat 54, w 18. godzinie po resuscytacji z powodu zatrzymania pracy serca na skutek ostrego zawału, już przytomny, ale jeszcze niewydolny oddechowo, więc podłączony do respiratora. Z chwilą spłycenia sedacji zaczął „walczyć” z respiratorem. Pielęgniarka „uspokoila” go, podając kolejną dawkę Pavulonu, ale całkowicie zignorowała potrzebę podania leków przeciwbólowych i sedatywnych. Po kilku minutach nagle wzrosły u pacjenta ciśnienie tętnicze i tętno, szybko przechodząc w migotanie komór. Kolejna resuscytacja okazała się już dla tego chorego nieskuteczna.

## 3.

Chora, lat 90, operowana z powodu rozlanego, kałowego zapalenia otrzewnej wywołanego przez pęknięcie jelita grubego. Stan chorej był ciężki, septyczny, więc po operacji została przekazana na Oddział Intensywnej Terapii, a tam prawidłowo podłączona do respiratora. W piątej dobie była już przytomna, ale wymagała jeszcze oddechu wspomagane-go typu CPAP, czyli była zaintubowana. Odwiedzająca chorą córka zapytała panią doktor o stan matki. Lekarka, stojąc przy łóżku chorej, dość opryskliwie odpowiedziała: „A cóż pani myśli, że mamusia będzie żyć 100–120 lat?!”. W następnej dobie chora po odłączeniu od respiratora i rozintubowaniu pełna przerażenia i oburzenia powtórzyła te słowa.

### Wnioski – przyczyny zadawania bólu i cierpienia u chorych sztucznie wentylowanych:

1. Zdenerwowanie, emocje i w konsekwencji nieracjonalne postępowanie.
2. Ignorancja stosowania wiedzy medycznej przez personel, którego opiece powierzone zostało zdrowie i życie ciężko chorego.
3. Przedmiotowe, bezduszne traktowanie chorego.

Dorota Ortenburger, Arkadiusz Ortenburger

# Proaktywna postawa wobec dolegliwości kręgosłupa a jakość życia

## Wprowadzenie

W niniejszym artykule odwołujemy się do doświadczeń w pracy z pacjentami Poradni Leczenia Bólu cierpiącymi na ból chroniczny różnych odcinków kręgosłupa. Doświadczenia te mieszczą się zasadniczo w obrębie trzech głównych obszarów problemowych. Dwa pierwsze dotyczą psychologicznych i medycznych czynników, o których sądzi się, że przyczyniają się do efektywności radzenia sobie z przewlekłymi dolegliwościami, natomiast trzeci zakres zainteresowań obejmuje badanie pewnych zależności między stanem psychicznym a efektywnością postępowania przeciwbólowego w zależności od charakterystyk algologicznych, zmieniających się podczas uczęszczania na zabiegi do poradni. Zarówno badania dotyczące bólu ostrego<sup>1</sup>, jak i zespołów bólowych o chronicznym

---

<sup>1</sup> Temu problemowi poświęcono odrębne opracowanie D. Ortenburger, *Psychofizjologiczne uwarunkowania bólu i jego leczenie*, Częstochowa 2003.

charakterze wpisują się w konwencję badań o charakterze interdyscyplinarnym.

Podejmując problematykę bólu chronicznego w badaniach poświęconych znaczeniu czynników medycznych i psychologicznych w kształtowaniu się bólu i efektywności terapii przeciwbólowej, w zależności od ich sprofilowania tematycznego, znajdujemy się w pewnych przypadkach bliżej psychologicznego punktu widzenia, a w innych bliżej ujęcia medycznego (Ortenburger, 2005). Pozwala to dostrzec, jak wiele wnosi do własnego rozumienia problemu bólu (ukierunkowanego, ale też zarazem w pewnej mierze ograniczanego rodzajem dominujących kompetencji związanych z posiadanym wykształceniem) korzystanie z dobrodziejstwa informacji płynących z zetknięcia się z odmiennym spojrzeniem na ten sam lub zbliżony problem. Niezmiernie wartościowe okazuje się łączenie w opisie poszczególnych przypadków przeciwbólowego postępowania terapeutycznego informacji pochodzących z różnych źródeł. Są to głównie dane zebrane bezpośrednio od samego pacjenta oraz pośrednio wynikające z badania psychologicznego, a w wielu przypadkach od rodziny oraz od osób prowadzących rehabilitację.

### Czynniki psychologiczne w bólu przewlekłym: w kierunku proaktywnej postawy wobec dolegliwości kręgosłupa

Skutki bólu, z którymi zmagają się odczuwający go człowiek, ujawniają się przede wszystkim w sferze psychosomatycznej, emocjonalnej i poznawczej oraz w zaburzeniach zachowania i kontaktów społecznych (prywatnych i związanych z aktywnością zawodową). Chroniczny ból niemal zawsze powoduje ograniczenia w aktywności życiowej i w dotkliwy sposób zmienia dotychczasowe funkcjonowanie. Stopień ograniczeń dotyczących różne sfery życia człowieka bezpośrednio wpływa na poczucie jakości życia. Psychologiczne konsekwencje doświadczania bólu przewlekłego w postaci pojawienia się czy też nasilenia zaburzeń w funkcjonowaniu psychicznym i społecznym stanowią jeden z aspektów diagnozy nocycyptywnej, odnoszącej się do ponoszonych przez pacjenta kosztów spowodowanych bólem przewlekłym.

Każdy, kto w pracy zawodowej styka się z cierpiącymi ludźmi, z czasem zyskuje świadomość, że część tego cierpienia w pewien sposób

zostanie przelana na niego z tej przyczyny, że starając się nieść ulgę, nie zawsze jesteśmy w stanie bólowi psychicznemu zaradzić. Wprawdzie zgodnie z algologicznymi koncepcjami, w oparciu na wiedzy dotyczącej przetwarzania nocycyptywnego można już dość precyzyjnie określić, czym jest ból oraz jakie są główne cechy konkretnych zespołów bólowych, to jednak nadal przełożenie tego na praktykę w celu jego skutecznego leczenia bywa, jak wiadomo, bardzo trudne. Powstają też pewne problemy związane z efektami ubocznymi w postaci obniżenia poprzez konkretne środki farmaceutyczne ogólnej aktywności życiowej chorego, co wielokrotnie sprzyja piętrzeniu się kolejnych trudności (Sheridan, Radamacher, 1998). Stąd też u osób zaangażowanych w postępowanie przeciwbólowe (prowadzone indywidualnie i w ramach różnych form opieki instytucjonalnej) wielokrotnie niestety pojawia się poczucie bezsilności, a u wielu pacjentów niestety brak nadziei na poprawę samopoczucia i znaczące zmniejszenie doświadczanych dolegliwości.

Rodzi się pytanie, jaką rolę w trudnej sytuacji doświadczania przewlekłych dolegliwości odgrywają tak intensywnie rozposzechniane w reklamach telewizyjnych informacje, z których wynikałoby, że na wszystko istnieje prosta rada, także na ból i cierpienie. Według tych komunikatów (sugestywnie skonstruowanych przez twórców przekazów reklamowych) wystarczy zażyć odpowiedni wskazany środek farmakologiczny, a ulga będzie natychmiastowa oraz długotrwała.

W Polsce do najczęściej reklamowanych i zażywanych należą właśnie leki przeciwbólowe oraz uspokajające. Popyt na nie wydaje się wiązać się z jednej strony z rozwojem chorób cywilizacyjnych, a z drugiej z podatnością odbiorców na siłę perswazyjnych komunikatów zawartych w reklamach. W opinii wielu pacjentów zażywanie reklamowanych środków (bez konsultacji ze specjalistą) to wyraz ich próby poradzenia sobie z dolegliwościami „na własną rękę”. Do tego typu aktywności w poszukiwaniu lepszego samopoczucia często ogranicza się wiele spośród osób cierpiących z powodu bólu kręgosłupa (Sheridan, Radamacher, 1998).

## Postawa proaktywna wobec dolegliwości kręgosłupa w kontekście poczucia jakości życia

Doświadczenia wynikające z pracy z pacjentami z przewlekłym bólem różnych części kręgosłupa wskazują, że aby proces terapii przebiegał prawidłowo, powinien być weń zaangażowany sam zainteresowany, czyli pacjent, i to w stopniu daleko większym niż zażycie, ewentualnie szukanie odpowiedniego leku. Dla poczucia jakości życia poprzestawanie na stosowaniu leków należących do grupy silnych opioidów<sup>2</sup> w pewnych przypadkach bywa przysłowiową drogą donikąd w tym sensie, że efekty uboczne terapii wpływają negatywnie na całość aktywności życiowej. Nie zawsze jednak istnieje inna, alternatywna droga do zmniejszenia uporczywych dolegliwości.

W oparciu na wiedzy z zakresu psychologii w naszych kontaktach z osobami cierpiącymi z powodu dolegliwości kręgosłupa, staramy się zawsze – o ile tylko jest to możliwe – odwoływać się do takiego modelu postępowania przeciwbólowego, w którym ważnym celem jest pobudzenie aktywności człowieka. W badaniach przeprowadzonych wśród pacjentów regionu częstochowskiego stwierdzono istotną statystycznie ujemną zależność między siłą postawy proaktywnej a występowaniem zaburzeń depresyjnych (Ortenburger, 2004a, b; Ortenburger, 2005).

W literaturze istnieją dane empiryczne dotyczące funkcji, jaką pełni poczucie skuteczności i stopień zaangażowania się pacjenta w proces terapii przeciwbólowej i poprzez to pogłębienie poczucia odpowiedzialności za swoje zdrowie. Poczucie współodpowiedzialności za proces leczenia jest jednym z istotnych wymiarów postawy proaktywnej wobec dolegliwości oraz dbania o przywrócenie i utrzymanie zdrowia. Ludzie różnią się między sobą otwartością, z jaką podchodzą do prób pobudzenia aktywności prozdrowotnej (Sheridan, Radamacher, 1988).

Uwypuklone zostało znaczenie pobudzania aktywności pacjenta w kierunku większego zaangażowania w proces terapeutyczny w koncepcji wielowymiarowego postępowania przeciwbólowego obejmującego diagnozę nocyceptywną i wszechstronną terapię. W programie tym bardzo ważną rolę odgrywa kontakt ze specjalistą z dziedziny leczenia bólu i podjęcie usystematyzowanego postępowania przeciwbólowego pod jego kierunkiem, w sposób, w którym brane jest pod uwagę indywidualne podejście, oparte na poznaniu cech psychologicznych danego pacjen-

<sup>2</sup> Opioidy potocznie nazywane są narkotykami.

ta (Salomon, 2000; McCracken, Eccleston, 2003). Podejmowanie decyzji o wprowadzeniu silnych leków przeciwbólowych powinno być poparte konsultacjami w wyspecjalizowanym ośrodku leczenia bólu, jak poradnia lub klinika leczenia bólu.

Zgodnie z podejściem wielowymiarowym do terapii bólu współczesne, coraz doskonalsze metody rozpoznawania i leczenia chorób zwyrodnieniowych i chronicznych dolegliwości, jak również spotęgowane wysiłki medycyny skierowane na ich opanowanie (np. przez rozwój farmakoterapii) nie powinny redukować roli pacjenta w procesie leczenia zespołów bólowych. Wielokrotnie decydującym czynnikiem w kształtowaniu poczucia jakości życia okazują się czynniki pozamedyczne, takie jak między innymi nastawienie psychiczne wobec choroby dominujące u danej osoby oraz jej zachowania i postawy wobec ewentualnych pojawiających się trudności.

W świetle literatury postawa proaktywna wobec dolegliwości obejmuje przede wszystkim czynne uczestniczenie w programie przeciwbólowym, który jest ukierunkowany na przeciwdziałanie bieżącym i odległym konsekwencjom bólu przewlekłego<sup>3</sup>. 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). Autorzy zwracają uwagę na rolę edukacyjnych aspektów 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 przewlekłego bólu kręgosłupa. Obejmuje to między innymi pewne formy edukacji w zakresie radzenia sobie z objawami ubocznymi stosowanego leczenia. Istotną kwestią jest również zredukowanie lęku metodami pozafarmakologicznymi, czemu sprzyja korzystanie z oferty psychologicznej obejmującej pomoc w nauczaniu się radzenia sobie z lękiem, przygnębieniem, złością i poczuciem beznadziei. Za przydatne uważane jest też opanowanie technik pomagających uzyskać stan odprężenia, który sprzyja regeneracji organizmu.

Uczestniczenie w programie przeciwbólowym wiąże się z poszerzeniem własnej wiedzy, dotyczącej dbania o ogólny stan zdrowia, którego wyższy poziom może sprzyjać prewencji wtórnej, czyli zapobieganiu bólowi

---

<sup>3</sup> Zarazem pełni funkcję formy promocji zdrowia i przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym.



i cierpieniu w przyszłości. Wśród zalecanych środków do realizacji tych celów znajduje się aktywny wypoczynek oraz adekwatne do wieku i stanu zdrowia formy podejmowanej rekreacji ruchowej. W doborze tych form uwzględnia się to, że kręgosłup spełnia wiele bardzo ważnych funkcji. Z perspektywy profesjonalnie koordynowanego postępowania przeciwbólowego ważny jest fakt, że kręgosłup ochrania rdzeń kręgowy i nie tylko stanowi narząd podporowy tułowia, ale i sam w sobie jest narządem ruchu. Ponadto poprzez wychodzące nerwy rdzeniowe bierze udział w unerwieniu ciała, wpływając tym samym na funkcjonowanie narządów wewnętrznych.

W wielu przypadkach bardzo istotna dla efektywności leczenia zespołu bólowego staje się aktywność pacjenta, wyrażająca się właściwym wykonywaniem odpowiednich ćwiczeń, prowadzących do usprawnienia oraz lepszego odżywienia otaczającej je tkanki łącznej (przez terapeutyczne rozciąganie mięśni i więzadeł i ćwiczenie stawów). Wykonywanie ćwiczeń sprzyja wyciszeniu i uzyskaniu równowagi wegetatywnej, jak też zwiększeniu wydzielania endorfin, co wiąże się z poprawą nastroju i efektem analgetycznym (Kozłowski, Nazar, 1995).

Z proaktywną postawą wiążą się aktywne strategie skierowane na poszukiwanie informacji i pomocy innych osób, przede wszystkim profesjonalistów. Uwidacznia się tu element mobilizacji do działań podejmowanych w celu poradzenia sobie z licznymi trudnościami, współistniejącymi z zespołami bólu przewlekłego.

Rodzi się pytanie o częstotliwość występowania określonej postawy względem odczuwanych chronicznych dolegliwości. W świetle literatury można dostrzec, iż dane dotyczące rozpowszechnienia postawy proaktywnej nie są jednoznaczne. U pewnej części badanych osób ujawnia się trudny problem, wpływający na proces leczenia zespołów bólowych. Polega on na tym, że dla części spośród pacjentów uwolnienie od objawów wydaje się mieć charakter zagrażający. Dotyczy to tych osób, dla których koncentracja na dolegliwościach stała się częścią tożsamości, pewnego rodzaju sposobem na życie (Salomon, 2004). Obawa przed zmianą wiąże się tu z antycypowaną utratą przywilejów płynących z roli chorego. Według Ireny Heszen Niejodek stosunkowo często osoba chora, skupiając na sobie zainteresowanie, uwagę i troskę rodziny, odczuwa pewnego rodzaju satysfakcję. W innych przypadkach człowiek, który jest nadmiernie przytłoczony obowiązkami, korzysta z możliwości i uwalnia się od nich (2000). W rzeczywistości niejednokrotnie więc część spośród tych osób nie

czuje się przygotowana do pogłębienia zrozumienia swojej roli w terapii czy też szerzej – roli, jaką odgrywają czynniki psychologiczne w leczeniu zespołu bólu przewlekłego.

## Refleksje końcowe

W literaturze z zakresu socjologii czy psychologii pojęcie zdrowia bywa definiowane z zaakcentowaniem różnych przesłanek, obiektywnych lub subiektywnych, ze wskazaniem, że jest to pewien określony stan z charakterystycznymi parametrami lub też raczej subiektywne samopoczucie, świadomość własnego zdrowia.

Interesujące, że choć w świetle danych statystycznych zdrowie jest najczęściej stawiane na czołowym miejscu w hierarchii wartości, to zarazem widać, że w pewnym stopniu ma to raczej deklaracyjny charakter. Dotyczy to także przewlekłych dolegliwości, szczególnie o niewielkim nasileniu. Dbałość o zdrowie bywa rozmaicie rozumiana i traktowana (pomimo formułowanych deklaracji), choć jest to ogromny problem poruszany zarówno we współczesnej nauce, jak i przed wiekami w Księdze Ksiąg św. Paweł pisał: „ciało jest Świątynią Ducha Świętego, który jest w nas” (Kor 6, 16).

Ciągle aktualne wydaje się pytanie o to, czy tę rozbieżność wskazywaną w literaturze z zakresu promocji zdrowia można tłumaczyć tym, że zdrowie częściej bywa wymieniane przez respondentów jako wartość instrumentalna niż ostateczna<sup>4</sup>. Pozostaje tym samym niejako w tle aż do chwili pogłębienia się istniejących problemów, które uświadamiają rangę aktywnego dbania o zdrowie w kontekście zarysującej się perspektywy ewentualnych strat (Sęk, 2005).

Wydaje się, że nadal jest wiele do zrobienia w ramach edukacji zdrowotnej dotyczącej znaczenia przejawiania własnej aktywnej postawy w terapii i zabieganiu o poprawę zdrowia i podniesieniu poczucia jakości życia. Według literatury najistotniejsze obiektywnie istniejące wskaźniki jakości życia odnoszą się przede wszystkim właśnie do stanu zdrowia, następnie do małżeństwa i rodziny, płci, poziomu zaspokajania potrzeb materialnych, poziomu życia oraz warunków pracy, a subiektywne poczucie

---

<sup>4</sup> Przez wiele osób z naszym społeczeństwie zdrowie bywa traktowane jako nie tyle wartość ostateczna (autoteliczna), ile raczej służąca do realizacji cenionych wartości – podobnie jak inteligencja i kompetencje.

jakości życia odnosi się do rezultatów wewnętrznych procesów wartościowania różnych sfer życia, w tym własnego zdrowia, i życia jako całości (Sęk, 2005). We współczesnym rozumieniu zdrowia badacze w różnym stopniu odwołują się do poszczególnych modeli teoretycznych, w tym modelu medycznego, biopsychospołecznego, a ostatnio również ujęcia salutogenetycznego, w którym istotną rolę odgrywa duchowy wymiar zdrowia. Jego aspekty dostrzegane u ludzi w bardzo zróżnicowanym zakresie odnoszą się do obiektywnych warunków i indywidualnego wartościowania zdrowia (Diener, Luckas, 2005).

Łączenie wiedzy i doświadczeń z zakresu medycyny, psychologii, rehabilitacji i innych pokrewnych dziedzin wiedzy sprzyja dalszemu rozwojowi skutecznych programów przeciwbólowych, w których bardzo ważne znaczenie ma aktywność własna człowieka w prowadzonym postępowaniu przeciwbólowym.

## Bibliografia

1. Diener E., Luckas R.E. (2005), *Dobrostan emocjonalny*, w: M. Lewis, Haviland-Jones J.M. (red.), *Psychologia emocji*, Gdańsk.
2. Dobrogowski J. (2004), *Patomechanizm bólu przewlekłego*, w: J. Dobrogowski, J. Wordliczek (red.), *Medycyna bólu*, Warszawa.
3. Dobrogowski J., Wordliczek J., Bromboszcz J. (red.) (1999), *Klasyfikacja bólu przewlekłego*, Kraków.
4. Heszen-Klemens I. (2000), *Radzenie sobie z chorobą – przegląd zagadnień*, w: I. Heszen-Klemens (red.), *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*, Katowice.
5. Heszen-Klemens I. (1983), *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań*. Katowice.
6. Kozłowski S., Nazar K. (1995), *Wprowadzenie do fizjologii klinicznej*, Warszawa.
7. McCracken L.M., Eccleston Ch. (2003), *Coping or acceptance: what to do about chronic pain?*, „Pain” (105).
8. Muller D., Lehr (1998), *Sposoby wyrażania bólu*, w: C. Saint-Maurice, A. Muller, J. Meynadier, *Ból, diagnostyka, leczenie, prewencja*, Warszawa.
9. Ortenburger D. (2003), *Psychofizjologiczne uwarunkowania bólu i jego*

*leczenie*, Częstochowa.

10. Ortenburger D. (2004a), *Ból i depresja*, w: Z. Gajda (red.), *Ból i cierpienie*, Kraków (Acta Academiae Modrevianae).
11. Ortenburger D. (2004b), *Psychologiczne czynniki determinujące percepcję bólu przewlekłego*, referat podczas V Zjazd Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Wrocław 15–18 IX 2004.
12. Ortenburger D. (2005), *Ból przewlekły a osobowość*, w: G. Makiello-Jarża, Z. Gajda (red.), *Ból i cierpienie*, Kraków (Acta Academiae Modrevianae).
13. Sęk H. (red.) (2005), *Psychologia kliniczna*, Warszawa.
14. Sheridan Ch.L., Radamacher S.A. (1998), *Psychologia zdrowia*, Warszawa.
15. Salomon P. (2002), *Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia*, Gdańsk.
16. Zimbardo Ph. (1999), *Psychologia i życie*, Warszawa.

Dorota Magosa

# Zastosowanie fotografii cyfrowej w dokumentacji odleżyn w opiece paliatywnej

*Nie możesz powiedzieć więcej, niż widzisz.*  
Henry. D Thoreau

## Wstęp

Jeszcze w pierwszych dekadach minionego stulecia aparaty fotograficzne były urządzeniami, które z racji ich dostępności otaczała swoista aura tajemniczości. Równie tajemniczy byli sami fotografujący: wiedza o tym, jak robić zdjęcia, była dostępna wybranym. Aparatów nie produkowano na skalę masową, dlatego były to urządzenia bardzo drogie i trudne w obsłudze.

W miarę rozwoju techniki sytuacja sukcesywnie ulegała zmianie. Na rynku pojawiało się coraz więcej firm zajmujących się produkcją sprzętu fotograficznego, które bardzo szybko zaczęły ze sobą konkurować. Konkurencja zaś stała się katalizatorem swoistej rewolucji w technologii robienia zdjęć. Cyfrowe aparaty fotograficzne osiągnęły status urządzenia powszechnego użytku, a najprostszy model aparatu cyfrowego można już kupić za kilkaset złotych.

Dzięki spopularyzowaniu tej formy utrwalania zapisu obrazu fotografia cyfrowa współcześnie ma zastosowanie między innymi w dokumentacji

pielęgniarskiej. Stosowanie tej techniki dokumentacji w opiece paliatywnej w istotny sposób może poprawić przepływ informacji w zespole terapeutycznym oraz w obiektywny sposób przyczynić się do oceny stanu fotografowanych chorobowych wykwitów skórnych, przykurczy, zaniku mięśni i tym podobnych zmian chorobowych, które można sfotografować. Dzięki temu wzrasta jakość sprawowanej opieki, co przyczynia się w istotny sposób do ograniczenia bólu i cierpienia pacjenta.

Fotografia cyfrowa w połączeniu z dokumentacją stosowaną w oddziale stanowi dokumentację holistyczną. Zebrane zdjęcia monitorujące procesy progresji lub regresji wykwitów skórnych, zaniku mięśni, przykurczy lub innych zmian chorobowych mogą pomóc w ocenie skuteczności stosowanych środków farmakologicznych, zabiegów pielęgnacyjnych lub ćwiczeń rehabilitacyjnych, a także posłużyć jako materiał edukacyjny tak personelowi medycznemu, jak i studentom.

## Cechy fotografii cyfrowej

W dzisiejszych czasach fotografia towarzyszy nam od narodzin do ostatnich lat życia. Dzięki fotografii możemy przekazać w formie obrazu wiele informacji, wywołać emocje, nauczać, wzruszać. Jedna fotografia, przytaczając słowa wydawcy magazynu „Life”, może zastąpić opis złożony z dziesięciu tysięcy słów, jej język jest dla wszystkich zrozumiały – uniwersalny.

Fotografia świetnie nadaje się do dokumentowania różnych zdarzeń, od najbardziej altruistycznych i idealistycznych, takich jak rejestracja zagrożonych wyginięciem gatunków lub skutków skażenia środowiska.

Równie świetnie nadaje się do diagnozy stanu fizycznego pacjenta (np. progresji lub regresji zmian skórnych, przykurczy, zaniku mięśni itp.), dokumentacji medycznej (lekarskiej i pielęgniarskiej), wypełniania czasu wolnego, przekazywania informacji o interesujących pacjentów wydarzeniach.

Obraz zapisany w formie fotografii cyfrowej można przekształcać na wiele sposobów. Elastyczności i precyzji kontroli, jaką można nad nim sprawować, nie da się w żaden sposób osiągnąć w ciemni, posługując się konwencjonalną obróbką chemiczną do błon i papierów.

Dzięki dynamicznym postępom w rozwoju techniki mamy możliwość zastosowania i korzystania z nowoczesnych form dokumentacji w postaci fotografii cyfrowej.

Termin „fotografia” definiowany jest zazwyczaj w sposób popularny jako malowanie światłem, co odnosi się zarówno do fotografii cyfrowej, jak i klasycznej.

Fotografia cyfrowa zmieniła sposób patrzenia na rzeczywistość, dając nam możliwość natychmiastowego przywołania oglądanego przed chwilą widoku.

Podsumowując, za sprawą fotografii cyfrowej mamy możliwość sporządzania nowej formy dokumentacji medycznej w opiece paliatywnej, co przyczynia się do poprawy jakości sprawowanej opieki pielęgniarstwa (monitorowanie zmian chorobowych, ocena skuteczności leczenia, działań pielęgniarstwa oraz ich modyfikacja).

## Wnioski z analizy literatury przedmiotu

W literaturze fachowej nie ma zbyt wielu pozycji na temat zastosowania technik fotografii w dokumentacji pielęgniarstwa (tytuły związane z fotografią cyfrową pochodzą z lat 2002–2005).

Na podstawie analizy literatury dotyczącej opieki paliatywnej można stwierdzić, że brakuje wiadomości na temat prowadzenia dokumentacji w oddziałach opieki paliatywnej. Osoby prowadzące taką dokumentację powinny:

1. dbać o systematyczne gromadzenie danych o pacjencie,
2. zadbać o zorientowanie planu opieki na konkretnego podopiecznego,
3. podejmować działania na rzecz utrzymania stanu już istniejącego lub dokonania celowych zmian,
4. dopilnować, aby realizacja przebiegała według planu, zgodnie z ustaleniami mającymi bezpośredni związek z rozpoznanym stanem pacjenta.

Końcowym etapem procesu pielęgnacyjnego jest ocena stanu i efektu pielęgnacji.

Ze względu na niewielką ilość danych na temat sposobów prowadzenia dokumentacji pielęgniarstwa z użyciem fotografii cyfrowych w oddziałach opieki paliatywnej konieczne jest opracowanie i opublikowanie tych zagadnień. Pielęgniarki, chcąc wykonywać taką dokumentację, powinny bowiem znać pewne standardy i kierować się nimi.

## Możliwości zastosowania fotografii cyfrowej w dokumentacji pielęgniarskiej

Fotografia cyfrowa może okazać się szczególnie przydatna w opiece paliatywnej. Chorzy w okresie terminalnym ze względu na swój stan somatyczny są szczególnie narażeni na występowanie chorobowych wykwitów skórnych (odleżyny, odparzenia, owrzodzenia nowotworowe itp.) pozwala to na wprowadzenie do dokumentacji pielęgniarskiej zdjęć cyfrowych jako jednego z elementu holistycznego procesu pielęgnowania.

Świadomość czynników ryzyka przyczynia się do szybkiego rozpoznania problemów, planowania, realizacji i oceny opieki oraz pozwala na wprowadzanie analizy porównawczej skuteczności prowadzonej profilaktyki. Uzyskane wyniki powinny podlegać dokumentacji.

Niestety, w literaturze dotyczącej opieki paliatywnej mamy deficyt wiadomości na temat wytycznych co do prowadzenia dokumentacji pielęgniarskiej w opiece terminalnej. Poruszane są natomiast problemy odleżyn, które w opiece paliatywnej są jednymi z najczęściej spotykanych problemów pielęgniacyjnych, które można sfotografować.

Owrzodzenia odleżynowe występują u ok. 12–24% chorych w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej i niewątpliwie są przyczyną bólu oraz cierpienia pacjentów.

Wprowadzenie pielęgniarskiej dokumentacji do oddziałów opieki paliatywnej ma na celu:

1. planowanie opieki pielęgniarskiej na podstawie oceny stanu chorobowego,
2. prowadzenie oceny stanu chorego pod kątem zagrożenia odleżynami,
3. prowadzenie monitoringu skuteczności podejmowanych działań,
4. poszukiwanie rozwiązań na etapie realizacji zadań pielęgniarskich
5. analizę porównawczą skuteczności prowadzonej profilaktyki.

Każdy pacjent w chwili przyjęcia na oddział podlega ocenie pod kątem zagrożenia odleżynami. Pielęgniarskie działania profilaktyczne są realizowane na podstawie liczby punktów mieszczącej się w zakresie odpowiedniej skali. Wynik poniżej maksymalnej liczby punktów przyjętej skali wskazuje na pacjenta w dużym stopniu zagrożonego powstaniem odleżyn. Dokumentacja ta wchodzi w skład dokumentacji lekarskiej i pielęgniarskiej.



Do dokumentacji prowadzonej przez pielęgniarki w oddziałach opieki paliatywnej można dołączyć fotografie wydrukowane na papierze, zapisane w komputerze lub na płycie CD-ROM. Za pomocą zdjęć można monitorować efekty procesu pielęgnacyjnego i/lub leczniczego oraz w sposób obiektywny oceniać działania tych procesów. Możliwość przesyłania fotografii cyfrowych pocztą elektroniczną umożliwia zespołowi terapeutycznemu konsultowanie się z innymi zespołami pielęgniarskimi i lekarskimi, co pozwala na osiągnięcie lepszego efektu pielęgnacyjno-leczniczego, a tym samym przyczynia się do poprawy jakości sprawowanej opieki nad pacjentem.

**Cel:** Celem badań było poznanie możliwości zastosowania fotografii cyfrowej w dokumentacji odleżyn w opiece paliatywnej.

**Materiały i metodyka:** Badania były przeprowadzone na grupie trzech pacjentów znajdujących się w stacjonarnym oddziale opieki paliatywnej w Hospicjum Św. Łazarza w Krakowie od marca do czerwca 2005 r.

Zdjęcia wykonano aparatem cyfrowym Kodak Easy Share CX 7310 Digital Camera z użyciem programu do przetwarzania fotografii Turbo Photo i Kodak Easy Share.

Fotografowano wyłącznie obszary, na których występowały chorobowe wykwyty skórne u chorych.

Uzyskane zdjęcia po przeniesieniu z aparatu cyfrowego na ekran komputera zostały opracowane za pomocą programów edycyjnych. Następnie zostały one przeanalizowane, uporządkowane oraz skatalogowane wraz z opisem (kod pacjenta, data wykonania). Kolejną czynnością było stworzenie ze zdjęć albumów stanowiących dokumentację progresji i regresji zmian odleżynowych występujących u poszczególnych pacjentów.

### Wytyczne do *quasi*-eksperymentu:

- W trakcie sporządzania dokumentacji w postaci zdjęć cyfrowych osoba fotografująca powinna kierować się prawami pacjenta oraz stanem somatycznym i psychicznym chorego, posługiwać się ustalonymi technikami fotografowania, uwarunkowanymi typem aparatu cyfrowego i warunkami panującymi w pomieszczeniu, w którym wykonywane jest zdjęcie.
- Optymalnymi momentami, w których należy wykonać fotografie, są: moment bezpośrednio po zdjęciu opatrunków i moment bezpośrednio po oczyszczeniu rany.

- Aby wykonać zdjęcie o optymalnej jakości, należy dokładnie sprawdzić stan czystości obiektywu i ewentualnie oczyścić go, ustabilizować aparat na statywie, materacu chorego lub małej poduszce wypełnionej kaszą lub ryżem (pełni ona funkcje stabilizatora aparatu), konieczne jest zapewnienie optymalnego nasłonecznienia poprzez odsłonięcie zasłon, używanie dodatkowych źródeł światła (blenda, lampka jarzeniowa osłonięta białym materiałem dająca światło rozproszone).
- Fotografie powinny być wykonane w trybie makro lub auto z wyłączoną lampką błyskową (aby zapobiec powstaniu odbłasków).
- Przy fotografowanym chorobowym wykwicie skórny należy umieścić skalę pomiarową, co ułatwia ocenę wielkości fotografowanego miejsca. Przy kolejnych zdjęciach skala ta powinna być umieszczana zawsze w tym samym miejscu (miejsce to można zaznaczyć długopisem na skórze pacjenta, za jego zgodą).
- Przetwarzanie fotografii cyfrowych programach do obróbki zdjęć powinno być stosowane jedynie w celu podwyższenia jakości fotografii, a nie zmiany jej treści.
- Dokumentacje w postaci fotografii cyfrowych można tworzyć w formie albumów zdjęć w programie Microsoft Word (lub innych do przetwarzania zdjęć).
- Ze względu na charakter prowadzonej dokumentacji w postaci zdjęć cyfrowych powinny być one szczególnie chronione. W tym celu istotne jest kodowanie fotografii, albumów oraz przestrzeganie tajemnicy zawodowej.
- W trakcie wykonywania zdjęć należy zachować zasady aseptyki i antyseptyki (m.in. skali pomiarowej nie należy przykładać bezpośrednio do rany, do każdego zdjęcia powinna być zastosowana skala jednorazowego użytku).

## Wyniki

Zebrany od trójki pacjentów materiał obejmował:

- U pierwszej pacjentki 4 zdjęcia odleżyn wykonane w ciągu 4 tygodni.
- U drugiej pacjentki 7 zdjęć wykonanych w ciągu 7 tygodni. W przypadku trzeciej pacjentki wykonano 11 zdjęć jednej odleżyny, 11 zdjęć drugiej odleżyny i 11 zdjęć owrzodzenia nowotworowego w ciągu 11 tygodni.

Łącznie uzyskano 140 fotografii. Z tej liczby 107 stanowiły fotografie niepełniające podstawowych kryteriów technicznych oraz 33 fotografie prawidłowo wykonane pod względem technicznym.

Jak wynika z analizy uzyskanych fotografii, nie zawsze możliwe jest osiągnięcie zdjęć optymalnej jakości. W dużym stopniu uwarunkowane jest to parametrami aparatu cyfrowego, a także techniką fotografowania, którą należy modyfikować w zależności od stanu somatycznego oraz psychicznego pacjenta, warunków pomieszczenia (nasłonecznienie, kolor ścian, pościeli itp.), w którym wykonane jest zdjęcie.

## Wnioski

Fotografie pozwalają uzyskać dokumentację bardziej szczegółową i dokładniejszą, nawet jeśli są wykonane aparatem o niskim parametrze, niedostateczną jakość zdjęć można poprawić w programach do przetwarzania fotografii. Uzyskane zdjęcia można ze sobą zestawiać, aby na podstawie ich analizy oraz oceny dokumentacji pisemnej wszechstronnie oceniać i analizować procesy progresji i regresji chorobowych wykwitów skórnych.

Na podstawie analizy wyników badań można stwierdzić, iż stosowanie dokumentacji w formie zdjęć cyfrowych ułatwia i uzupełnia dokumentację prowadzoną w oddziałach opieki paliatywnej oraz podnosi jej jakość. W czasie prowadzenia takiej dokumentacji osoba fotografująca może stanąć wobec dylematów etycznych i moralnych, należy wtedy kierować się przede wszystkim dobrem pacjenta i jego prawami. Konieczna jest też zawsze zgoda pacjenta na wykonanie zdjęć oraz na udostępnianie innym osobom.

Dzięki możliwości fotograficznego monitorowania procesów progresji i regresji chorobowych wykwitów skórnych można dokonywać modyfikacji działań pielęgnacyjno-leczniczych, oceniać ich skuteczność, a także konsultować się z innymi zespołami pielęgnacyjno-leczniczymi, znajdującymi się poza placówkami opieki paliatywnej.

Szczególne znaczenie może mieć fotografia cyfrowa w opiece paliatywnej domowej, za jej pomocą można bowiem informować specjalistów o stanie pacjenta. Osoby opiekujące się chorym lub jego rodzina za pośrednictwem poczty elektronicznej mają możliwość przesłania fotografii cyfrowej miejsca zmienionego chorobowo lekarzowi lub pielęgniarce w celu

konsultacji. Można też dzięki niej uświadamiać rodzinie znaczenie profilaktyki przeciwoleżynowej, np. konieczności częstej zmiany pozycji chorego lub właściwej zmiany opatrunków. Takie są podstawowe wskazania do upowszechnienia tej metody pozyskiwania i przekazywania danych o stanie zdrowia chorego.

Wykonywanie zdjęć cyfrowych stanowi również dobrą okazję do nawiązania kontaktu z chorymi oraz ich rodzinami. Pacjenci chętnie podejmowali tematy związane z fotografią, wykazywali duże zainteresowanie przebiegiem prowadzonych badań, procesem leczenia ran, budziła w nich entuzjazm świadomość, iż mogą się do czegoś przydać.

Wykonane fotogramy mogą również posłużyć jako informacja o stanie zdrowia chorych. Należy jednak w tym celu zawsze posługiwać się fotografią bardzo rozważnie, kierując się zasadami etyki oraz prawami pacjenta.

Wojciech Klapa, Agnieszka Szczurek

## Wybrane techniki diagnozy pedagogicznej w opiece paliatywnej

Szybki w ostatnich latach rozwój opieki paliatywnej i pedagogiki (zwłaszcza andragogiki i pedagogiki czasu wolnego) powoduje powstawanie pomiędzy nimi wielu nowych zależności.

Specjaliści z obu dziedzin mogą wspomagać chorych, ich rodziny czy osoby zajmujące się opieką paliatywną. Wymienimy tu przykładowo: edukację chorych i ich rodzin, organizację czasu pacjentom i ich rodzinom, wsparcie i opiekę (w pedagogicznym rozumieniu tego słowa). Wszystkie te działania wymagają jednak wcześniejszej diagnozy, a ta z kolei wymaga odpowiednich do warunków panujących w opiece paliatywnej narzędzi diagnostycznych.

Zarówno studentki przygotowujące prace licencjackie i magisterskie, jak i osoby zaangażowane w działalność hospicyjną wskazywały na brak miarodajnych i możliwych do zastosowania wśród chorych narzędzi pozwalających dokonać pedagogicznej diagnozy.

Postanowiliśmy opracować, a następnie poddać ocenie „sędziów kompetentnych” kilka prostych rozwiązań, możliwych do stosowania zarówno

w codziennej pracy, jak i przy prowadzeniu badań naukowych.

Postępowanie nasze przebiegało następująco:

1. Przeprowadziliśmy rozpoznanie potrzeb związanych z diagnozą pedagogiczną prowadzoną w opiece paliatywnej.
2. Dokonałiśmy przeglądu i oceny istniejących narzędzi diagnostycznych stosowanych w pedagogice.
3. Przeprowadziliśmy aplikację wybranych narzędzi, dostosowując je do warunków, jakie występują w opiece paliatywnej.
4. Opracowaliśmy własne narzędzia.
5. Uzyskane rezultaty poddaliśmy ocenie sędziów kompetentnych (osób zaangażowanych w opiekę paliatywną i pracowników hospicjów, legitymujących się dużym doświadczeniem zawodowym i wiedzą pedagogiczną).
6. Uwzględniając sugestie sędziów, dokonaliśmy zmian w poszczególnych technikach i narzędziach.

Naszym celem było opracowanie technik i narzędzi pozwalających zdiagnozować: potrzeby, oczekiwania i możliwości pacjentów i ich rodzin związane z:

- edukacją,
- organizacją czasu (zwłaszcza korzystanie z mediów).

Przyjęliśmy jednocześnie, że stosowanie wspomnianych technik i narzędzi nie może męczyć chorych ani wywoływać innych negatywnych dla nich skutków oraz że nie będzie wymagać specjalnego przygotowania.

Nasze działania są co prawda w fazie początkowej i należy je traktować jako „wstępne propozycje”, sądzymy jednak, że niektóre z nich warto zaprezentować.

Efekty naszych poczynań przedstawiamy poniżej, podzieliliśmy je na dwie grupy: w pierwszej przedstawiamy nieco inne niż zazwyczaj stosowane sposoby analizy zachowań i przyzwyczajzeń chorych, w drugiej prezentujemy przygotowane przez nas narzędzia poznania potrzeb, oczekiwań i możliwości chorych związanych z edukacją i spędzaniem czasu wolnego.

## Sposoby diagnozy pedagogicznej niewymagające specjalnych narzędzi

### **Analiza wypowiedzi pacjentów**

Źródłem informacji o stanie chorego i jego potrzebach mogą być jego wypowiedzi. Analizując je, należy zwracać uwagę na następujące elementy:

#### **1. Do kogo skierowany jest komunikat:**

- czy do konkretnego adresata,
- czy „sobie a muzom”,
- czy stanowi zaproszenie do dialogu.

#### **2. Czas trwania wypowiedzi:** (rozbieżności mogą wynikać m.in. z różnego stopnia zaangażowania pacjentów, ich otwartości, chęci odpowiadania na pytania):

- krótka, lakoniczna,
- rozciągnięta w czasie,
- wielokrotnie powtarzana.

#### **3. Język:**

- czy zdania są logicznie zbudowane?
- czy występują tautologie?
- czy pojawiają się perseweracje?
- co nowego pojawia się w wypowiedziach?
- jakich terminów chory stara się nie używać?

#### **4. Sposób wypowiadania się:**

- sposób budowania zdań,
- na ile wypowiedzi są „samoistne”, na ile wymuszone przez inne osoby lub sytuacje?
- jakie jest tempo wypowiedzi?
- możliwości werbalne (przerwy i trudności w wysławianiu się, „braki słów”, „skrót myślowe”, „choroba docentów”),
- alogiczności,
- język ciała (czy jego „mowa” współgra z wypowiedzią?),
- zmiany w sposobie wypowiadania się w toku choroby.

## Analiza sposobów korzystania z mediów przez pacjentów w opiece paliatywnej

Proces chorobowy powoduje wiele zmian w percepcji i sposobie korzystania z mediów przez pacjentów, właściwa diagnoza pozwala poznać ich potrzeby i oczekiwania, a także ułatwić chorym korzystanie z dostępnych środków masowego przekazu.

Z naszych doświadczeń wynika, że należy zwracać uwagę na:

### ♦ Czytanie książek i czasopism:

Zazwyczaj wraz z rozwojem choroby zmienia się tematyka czytanych tekstów: zaczynają pojawiać się, a niekiedy dominować, prace o tematyce medycznej (zwłaszcza z zakresu onkologii i pielęgniarstwa), filozoficznej i teologicznej. Opasłe tomy powieści są zastępowane stopniowo krótszymi dziełami. Książki o drobnym druku – książkami drukowanymi dużą czcionką. Pacjenci częściej zamiast do książek sięgają do kolorowych czasopism, w których więcej jest fotografii i rysunków niż tekstu.

Analiza tekstu drukowanego staje się dla chorych coraz trudniejsza. Pacjenci czytają rzadziej i coraz krótsze fragmenty. W czasie czytania dłuższe stają się przerwy, drzemki, bierne patrzenie na tekst.

W kontekście powyższych uwag, diagnozując zjawiska związane z czytaniem książek i czasopism, należy zwracać uwagę na:

1. kryteria doboru lektur stosowane przez pacjentów,
2. częstotliwość czytania,
3. czas czytania,
4. dzielenie się (lub nie) przeczytanymi treściami z innymi osobami,
5. zwracanie się z prośbą o wyjaśnienie czytanych treści,
6. powracanie do już znanych ulubionych lektur,
7. zmiany rodzaju i tematyki czytanych pozycji.

### ♦ Oglądanie telewizji

Wyznacznikami zmian mogą tu być: sposób oglądania, rodzaj i tematyka oglądanych programów. U części chorych można wyróżnić trzy formy oglądania telewizji związane z postępem choroby.

1. W początkowej fazie choroby chorzy oglądają telewizję tak jak ludzie zdrowi – wybierają interesujące ich programy, a po ich zakończeniu wyłączają telewizor.



2. Rozwój choroby, a także unieruchomienie w łóżku powodują, że telewizor jest włączony niemal przez całą dobę, a chory jedynie od czasu do czasu patrzy na ekran.
3. W zaawansowanym stanie choroby oglądanie telewizji – zwłaszcza programów informacyjnych, w których wiadomości są podawane bardzo szybko – zaczyna drażnić chorych, pojawiają się u nich trudności ze zrozumieniem przekazywanych informacji, coraz dłuższe stają się drzemki w trakcie oglądania.

#### ♦ Słuchanie radia

Danych o zainteresowaniach chorego, rozkładzie jego dnia, a nawet trudnościach ze snem może dostarczyć analiza rodzaju słuchanych przez niego audycji radiowych, czasu słuchania audycji oraz pór doby, w których się to odbywa. Radio może też być czynnikiem izolującym pacjenta od otoczenia, pozwalającym na chwilę samotności, mimo obecności innych osób.

Analizując sposób słuchania radia, należy zwrócić uwagę na: rodzaj słuchanych rozgłośni – część chorych to słuchacze stacji lokalnych, chcący dowiedzieć się, „co dzieje się z oknem, na sąsiedniej ulicy”. Niekiedy pacjenci ci chcą nawiązać kontakt (najczęściej telefoniczny) z redakcją. Wiedząc, czego słucha chory, można ustalić wspomniane potrzeby. Religijne lub filozoficzne treści audycji słuchanych przez pacjenta mogą wskazywać na jego potrzeby związane z życiem religijnym lub poszukiwaniem wartości, a także na postawy wobec życia i śmierci. Niektórzy pacjenci słuchają radia w nocy, zjawisko to może wskazywać na trudności z zasypianiem, lecz może też oznaczać potrzebę kontaktu z innymi ludźmi w godzinach nocnych – w tym przypadku radio zastępuje niekiedy bliską osobę, która w tym czasie śpi lub wypoczywa.

### Narzędzia pomocne w diagnozie pedagogicznej pacjentów

#### ♦ Chronokarta

Ciągły kontakt z pacjentem uniemożliwia wychwycenie niekiedy subtelnych czy minimalnych różnic w jego zachowaniu, takich jak: moment pojawienia się zmiany, jej kierunek, zakres, tempo, związek z innymi zachowaniami.

Do poznania tych zjawisk przydatna może być chronokarta, której układ przypomina plan lekcji. Umieszczając w odpowiednich rubrykach opisy zachowań chorego, możemy ustalić m.in.:

- czas trwania określonego zachowania,
- preferowane sposoby spędzania czasu,
- zainteresowania,
- relacje z otoczeniem.

Analiza chronokart prowadzonych w miarę systematycznie przez dłuższy okres pozwala stworzyć dość wyraźny „obraz pacjenta” i zmian, jakie zachodzą w jego zachowaniu.

### ♦ Fotografia jako narzędzie do diagnozy potrzeb i oczekiwań pacjentów

Prezentując chorym cyfrowe fotografie znanych lub nieznanymi im osób czy miejsc, możemy poznać ich zainteresowania, rozbudzić wspomnienia, skłonić do wypowiedzi czy nawiązania kontaktu. Dla chorych szczególnie interesujące są cykle fotografii „wykonane na ich zamówienie” (są to zazwyczaj fotografie dobrze znanych im osób lub miejsc). Komentowanie zdjęć przez pacjentów czy reakcje emocjonalne na ich widok mogą stanowić źródła informacji o możliwościach percepcyjnych, pamięci lub stanie psychicznym pacjentów, mogą też wskazywać na ich potrzeby czy zainteresowania związane z wypełnianiem czasu wolnego.

Wiele informacji o pacjentach można uzyskać, prosząc ich o porządkowanie i opisywanie rodzinnych fotografii. Zajęcie to daje też chorym wiele satysfakcji, pozwala czuć się potrzebnymi, występować w roli eksperta. Większość zmian w zachowaniu chorego można zarejestrować za pomocą aparatu cyfrowego. Należy przy tym zwracać uwagę na typowe zachowania, a także pojawianie się nowych zachowań lub zanik dotychczasowych, np. niewyłączanie telewizora i oglądanie wszystkiego „jak leci” lub niechęć do oglądania ulubionych dotychczas programów. Dobrze jest wykonywać wspomnianą dokumentację w ściśle określonych przedziałach czasowych, pozwala to bowiem określić zakres i tempo pojawiających się zmian. Wykonywanie zdjęć musi się jednak wiązać z uzyskaniem, wyraźnej, „niewymuszonej” zgody pacjentów. Muszą oni również zgodzić się na udostępnianie fotografii osobom trzecim. Jeśli pacjenci zechcą, należy wykasować zdjęcia lub zniszczyć odbitki.

### ♦ Układanie puzzli, oglądanie rysunków

Porównanie przez chorych rysunków różniących się szczegółami czy układanie przez nich puzzli pozwala z jednej strony wypełnić im czas wolny, z drugiej – poznać w pewnym stopniu ich możliwości percepcyjne i męczliwość. Rysunki (zwłaszcza satyryczne) różniące się szczegółami, barwą, w których występują alogiczności prezentowane pacjentom, umożliwiają im chwilę wytchnienia, pozwalając jednocześnie dowiedzieć się wiele o chorych. Podobnie układanie puzzli daje poczucie satysfakcji i radości z dobrze wykonanego zadania. Jednocześnie obserwując te czynności, można uzyskać wiele informacji na temat stanu pacjenta. Z naszych doświadczeń wynika, że chorych interesują zwłaszcza rysunki komentujące aktualne wydarzenia czy zawierające „głębsze przesłanie”. Niektórym chorym satysfakcję daje rozpoznawanie rysunków czy karykatur znanych postaci literackich lub historycznych. Analizując sposób odbioru rysunków, należy zwrócić uwagę na:

- kryteria ich doboru,
- sposób i czas ich oglądania,
- emocje, jakie wywołują u pacjenta,
- jego komentarze,
- przejawy znudzenia lub znużenia.

Niektórym chorym sprawia przyjemność układanie puzzli, zwłaszcza wykonanych specjalnie dla nich, np. z pocztówek czy reprodukcji obrazów. Zajęcie to może stanowić źródło informacji o zainteresowaniach chorego, jego możliwościach percepcyjnych i manualnych oraz męczliwości.

### ♦ Rozwiązywanie krzyżówek i rebusów jako źródło wiedzy o zainteresowaniach i poziomie wiedzy pacjentów

Część pacjentów często rozwiązuje krzyżówki i rebusy, dla niektórych jest to ulubiony sposób spędzania wolnego czasu. Przygotowane dla chorych krzyżówki lub rebusy mogą stanowić swego rodzaju testy wiadomości, testy badające zasób pojęć, a także czas reakcji, koordynację wzrokowo-ruchową pacjentów itp. Krzyżówki takie można układać, umieszczając w nich hasła pozwalające poznać terminy medyczne, filozoficzne, teologiczne oraz określenia związane z dziedzinami, którymi interesuje się pacjent. Podobnymi założeniami można kierować się, przygotowując rebusy.

## Podsumowanie

Z naszych doświadczeń wynika, że nie zawsze jest konieczne tworzenie nowych, „wystandaryzowanych” narzędzi badawczych, wymagających wcześniejszego przygotowania osób, które mają się nimi posługiwać, czy dużego „zaplecza technicznego”. Zazwyczaj wystarczy „diagnostyczne spojrzenie” w codziennej pracy z chorym oraz posługiwanie się prostymi technikami i narzędziami – zwłaszcza tymi, których stosowanie nie męczy nadmiernie pacjentów. Warto natomiast zawsze zwracać uwagę na z pozoru „niezauważalne” sygnały, jakie często możemy od nich uzyskać.

Joanna Wylegała

# Radio i telewizja dla pacjentów w hospicjum<sup>1</sup>

## Wstęp

Media takie jak radio i telewizja mają bardzo duże znaczenie dla pacjentów w hospicjum. Są dla nich oknem na świat zewnętrzny i przemiany, jakie się w nim dokonują. Pozwalają im być w kontakcie z otaczającą rzeczywistością, tą spoza budynku hospicjum.

Słuchanie radia i oglądanie telewizji to jeden ze sposobów na spędzanie wolnego czasu. Pacjenci w hospicjum mają go dużo i potrzeba, aby istniały zadowalające metody i środki, by efektywnie go zorganizować. Właśnie dlatego ważne jest, aby zająć się tematem radia i telewizji w życiu pacjentów hospicjum stacjonarnego.

---

<sup>1</sup> Przedstawione poniżej wyniki badań zostały zawarte w mojej pracy licencjackiej „Radio i telewizja w życiu pacjentów hospicjum stacjonarnego”, napisanej w 2005 roku pod kierunkiem dr. n. hum. Wojciecha Klapy w Zakładzie Pedagogiki Medycznej. Artykuł zawiera także badania przedstawione na „Sesji plakatowej” podczas sympozjum „Ból i cierpienie” w Krakowie 15 stycznia 2005 roku oraz badania kontynuowane w ramach pracy licencjackiej.

Wiedząc, jakie audycje radiowe i telewizyjne interesują pacjentów, a które ich drażnią, można pomóc i ułatwić im słuchanie radia i oglądanie telewizji przez zmianę tych czynników. Trzeba udoskonalić i zmodyfikować możliwość korzystania przez podopiecznych hospicjum z radia i telewizji, aby media te były bardziej dostępne, zaspokajały zainteresowania pacjentów i pozwoliły im zachować aktywność społeczną.

„Celem pracy było poznanie:

- uwarunkowań dotyczących odbioru przez chorych audycji telewizyjnych i radiowych,
- czasu korzystania ze wspomnianych mediów (ilości czasu, jego rozkładu w ciągu doby),
- rodzajów i tematyki najczęściej oglądanych i słuchanych audycji,
- znaczenia radia i telewizji dla chorych”<sup>2</sup>.

### **Organizacja i przebieg badań:**

Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentów Hospicjum Św. Łazarza w Krakowie oraz pacjentów Oddziału Paliatywnego Domu Pomocy Społecznej przy ulicy Wielickiej w Krakowie w dniach od 6 XII do 22 XII 2004 roku. Kontynuowane w dniach od 7 II do 20 II 2005 roku.

### **Metody, techniki, narzędzia badawcze:**

W badaniach posłużyłam się sondażem diagnostycznym składającym się z następujących technik badawczych: obserwacji, wywiadów, analiz dokumentów i wytworów. Jako narzędzia badawcze zastosowałam: arkusz obserwacji i kwestionariusz wywiadu.

### **Sposoby opracowania zebranego materiału:**

Zebrany materiał poddałam analizie ilościowej i jakościowej, a następnie ujęłam w formie arkusza zbiorczego. Tak przygotowane informacje stanowiły podstawę do opracowania tabel, dane w nich zawarte uzupełniałam wypowiedziami badanych pacjentów.

### **Charakterystyka badanej grupy:**

W badaniu uczestniczyło trzydziestu jeden pacjentów. Było to siedemnaście kobiet i czternastu mężczyzn. Badania były przeprowadzone wśród

---

<sup>2</sup> Wylegała J., Waligóra I., *Znaczenie radia i telewizji w organizacji wolnego czasu pacjentów hospicjum stacjonarnego*, „Sesja plakatowa” podczas sympozjum „Ból i cierpienie”, Kraków, 15 stycznia 2005.

osób, z którymi możliwy był kontakt werbalny. Wiek pacjentów przedstawiłam za pomocą tabeli 1.

Tabela 1. Wiek badanych pacjentów

<b>Wiek pacjentów</b>	<b>Liczba kobiet</b>	<b>Liczba mężczyzn</b>
do 40 lat	–	2
45–55 lat	2	2
55–65 lat	4	4
65–79 lat	9	4
powyżej 80 lat	2	2
<b>suma</b>	17	14

Źródło: opracowanie własne.

Poziom wykształcenia pacjentów pokazuje tabela 2.

Tabela 2. Wykształcenie badanych pacjentów

<b>Wykształcenie pacjentów</b>	<b>Liczba kobiet</b>	<b>Liczba mężczyzn</b>	<b>Suma</b>
podstawowe	4	2	6
zawodowe	4	5	9
średnie	7	5	12
wyższe	1	3	4

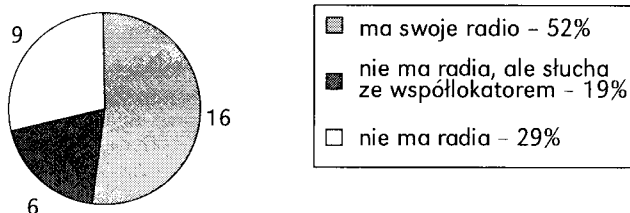
Źródło: opracowanie własne.

Najwięcej – dwanaście osób miało wykształcenie średnie. Natomiast najmniej – cztery osoby miały wykształcenie wyższe. Pozostałe osoby miały wykształcenie podstawowe bądź zawodowe.

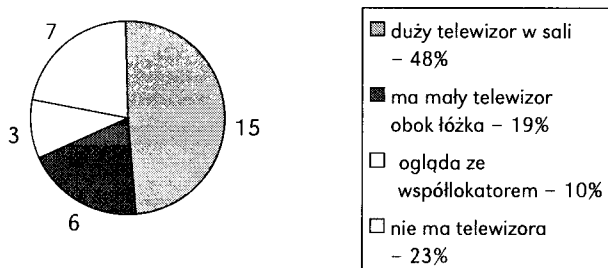
## Radio i telewizja jako źródło informacji dla chorych

Dostęp do radia i telewizji, jaki mają pacjenci w hospicjum, przedstawiają wykresy:

Wykres 1. Dostęp do radia



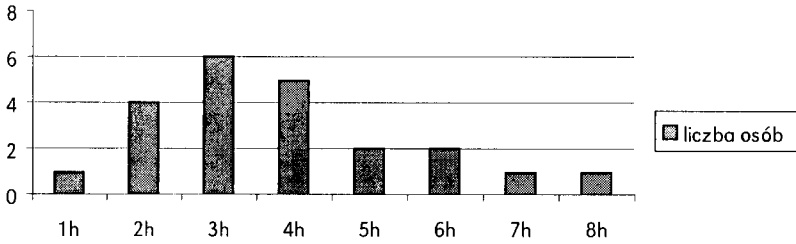
Wykres 2. Dostęp do telewizora



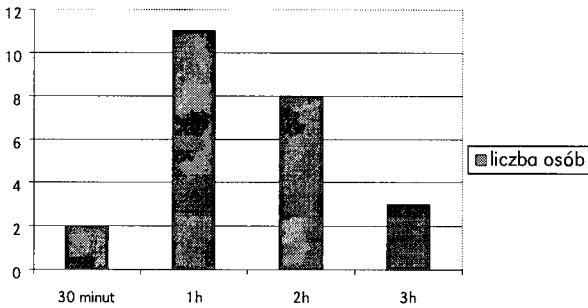
Wśród badanych pacjentów 22 osoby, tj. 71%, mają dostęp do radia, a 24 osoby, tj. 77%, mają dostęp do telewizora. Osoby te mają swoje odbiorniki bądź słuchają radia i oglądają telewizję razem ze współlokatorem. Pacjenci słuchają radia od jednej do ośmiu godzin na dobę, średnio jest to 3,8 godziny.



Wykres 3. Liczba godzin słuchania radia w ciągu doby

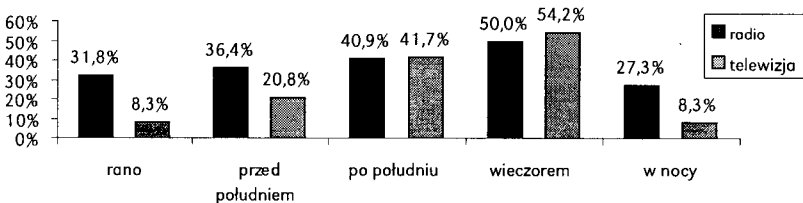


Wykres 4. Liczba godzin oglądania telewizji w ciągu doby



Badani pacjenci średnio w ciągu doby oglądają telewizję przez 1,5 godziny. Najliczniejszą grupę stanowią oglądający telewizję przez 1 godzinę. Dwie osoby oglądają telewizję do 30 minut na dobę. Rozkład słuchania przez pacjentów radia i oglądania telewizji w ciągu doby przedstawia wykres 5:

Wykres 5. Pora doby, w której pacjenci słuchają radia i oglądają telewizję

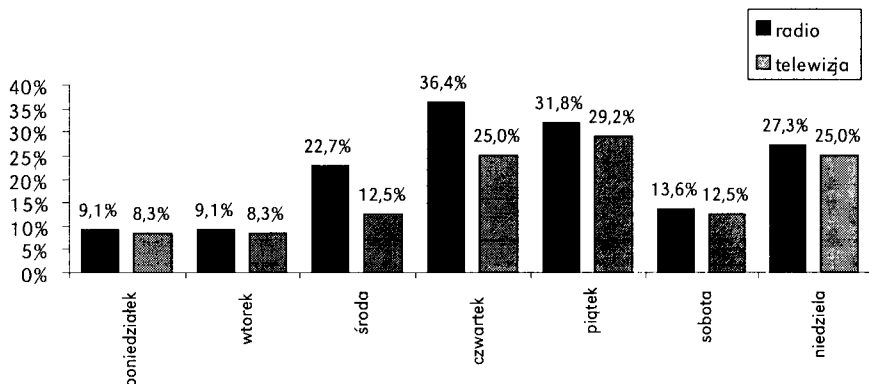


Dane nie sumują się do 100, bo badani podali więcej niż jedną odpowiedź.

Z powyższego wykresu wynika, że pacjenci najchętniej słuchają radia i oglądają telewizję wieczorem i po południu. Nieliczni słuchają radia i oglądają telewizję również w nocy i rano.

Istnieje także zróżnicowanie co do słuchania radia i oglądania telewizji w zależności od dni tygodnia.

Wykres 6. Słuchanie radia i oglądanie telewizji w ciągu tygodnia

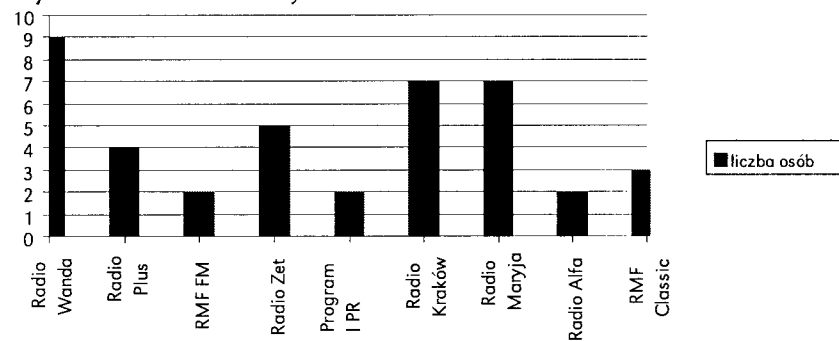


Dane nie sumują się do 100, bo badani podali więcej niż jedną odpowiedź.

Pacjenci najczęściej słuchają radia w środę, czwartek, piątek i niedzielę. Również w te dni tygodnia częściej oglądają telewizję. Dni tygodnia mniej popularne to poniedziałek i wtorek (niecałe 10% pacjentów).

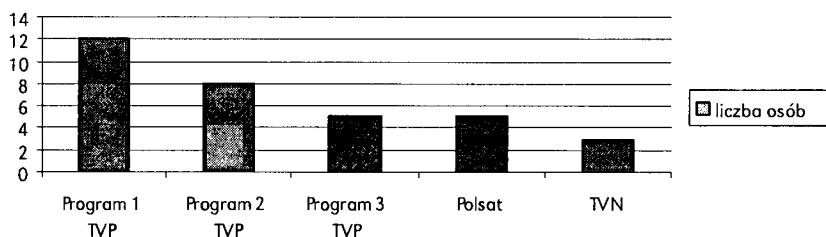
Pacjenci mają także swoje ulubione stacje radiowe i telewizyjne, których słuchają najczęściej:

Wykres 7. Ulubione stacje radiowe



Dane nie sumują się do 22, bo badani podali więcej niż jedną odpowiedź.

Wykres 8. Ulubione stacje telewizyjne



Dane nie sumują się do 24, bo badani podali więcej niż jedną odpowiedź.

Najpopularniejszą stacją radiową słuchaną przez pacjentów w hospicjum jest radio Wanda. Także dość często słuchane jest lokalne Radio Kraków. Jeśli chodzi o stacje telewizyjne, to najczęściej pacjenci oglądają Program 1 i 2 TVP. Powodem takiej popularności jest przywiązanie, pacjenci zawsze je oglądali i teraz również to robią. Stacją telewizyjną, którą ogląda najmniej osób, jest TVN. Ta stacja podaje informacje bardzo szybko i pacjenci nie są w stanie skupić się na programie.

Tabela 3. Ulubione audycje radiowe

Rodzaj audycji	Liczba osób	
Programy informacyjne	12	55%
Spokojna muzyka	11	50%
Audycje religijne	10	46%
Audycje sportowe	5	23%
Konkursy	3	13%
Audycje rozrywkowe	3	13%
Muzyka klasyczna	2	9%
Pogoda	2	9%
Audycje publicystyczne	2	9%
Brak	2	9%

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Ulubione programy telewizyjne

Rodzaj programu	Liczba osób	
Programy informacyjne	16	67%
Programy sportowe	8	34%
Programy przyrodnicze	7	29%
Konkursy, teleturnieje	6	25%
Seriale	6	25%
Pogoda	6	25%
Programy z poradami	5	20%
Msza św.	4	16%
Reportaże	3	12%
Komedie polskie	3	12%
Programy rozrywkowe	3	12%
Koncerty	2	8%
Filmy sensacyjne	2	8%

Dane nie sumują się do 100, bo badani podali więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: opracowanie własne.

Najpopularniejsze zarówno wśród audycji radiowych, jak i telewizyjnych są programy informacyjne i sportowe. Pacjenci często także słuchają audycji religijnych, co ściśle wiąże się z wysoką popularnością Radia Maryja. Kilka osób ze względu na sytuację zdrowotną, w jakiej się znalazły, interesuje się programami telewizyjnymi z poradami medycznymi. Niektóre z wymienionych wyżej audycji radiowych i telewizyjnych są przez pacjentów słuchane i oglądane regularnie.

Tabela 5. Audycje radiowe słuchane regularnie

Rodzaj audycji	Liczba osób	%
Modlitwy/Msza św./Różaniec	9	41
Brak	8	36
Programy informacyjne	5	23
Muzyka na życzenie	2	9
Sport	2	9

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6. Programy telewizyjne oglądane regularnie

<b>Rodzaj programu</b>	<b>Liczba osób</b>	<b>%</b>
Programy informacyjne	11	46
Sport	9	38
Brak	7	29
Polskie seriale	6	25
Modlitwy/Msza św./ Różaniec	4	17
Pogoda	4	17
Programy rozrywkowe	2	8

Dane nie sumują się do 100, bo badani podali więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: opracowanie własne.

Audycje radiowe słuchane regularnie to w większości programy o tematyce religijnej. 41% pacjentów regularnie słucha Mszy świętej, odmawia Różaniec i inne modlitwy. Drugie co do regularności słuchania są audycje informacyjne. Dużo jest także osób (36%), które nie słuchają regularnie audycji radiowych. Jeśli chodzi o programy telewizyjne oglądane regularnie, to na pierwszym miejscu znajdują się programy informacyjne, a dalej sportowe i seriale.

Wśród programów radiowych i telewizyjnych są również takie, które nie odpowiadają chorym – drażnią ich, ponieważ nie są dostosowane do możliwości odbioru przez pacjentów paliatywnych.

Tabela 7. Audycje radiowe, które drażnią pacjenta

<b>Audycje radiowe, które drażnią pacjenta</b>	<b>Liczba osób</b>	<b>%</b>
Informacje w skrócie	15	68
„Mocna muzyka”	19	86
Nie drażnią go żadne audycje	4	18

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 8. Programy telewizyjne, które drażnią pacjenta

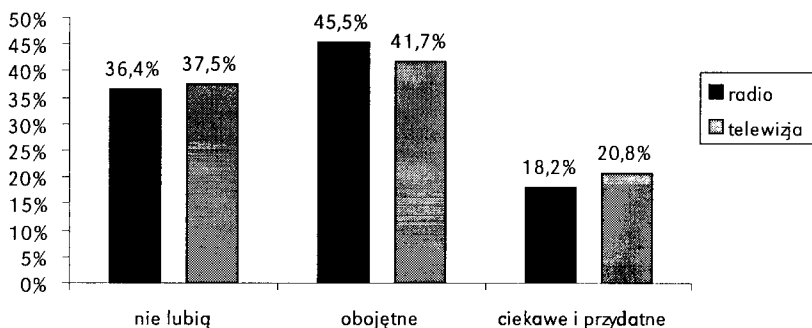
Programy telewizyjne, które drażnią pacjenta	Liczba osób	%
Informacje w skrócie	12	55
Programy typu <i>reality show</i>	4	18
Seriale	3	13
Reportaże	8	36
Programy publicystyczne	4	18
Nie drażnią go żadne programy	4	18

Dane nie sumują się do 100, bo badani podali więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: opracowanie własne.

Pacjenci nie lubią ani słuchać, ani oglądać informacji w skrócie, które są podawane bardzo szybko, pacjent zaś ma obniżoną możliwość skupienia uwagi, dlatego bywa, że po wysłuchaniu bądź obejrzeniu takiego programu nie wie, co w nim było. Zaczyna się tym denerwować, woli więc w ogóle nie włączać takich programów.

Wykres 9. Stosunek pacjentów do reklam



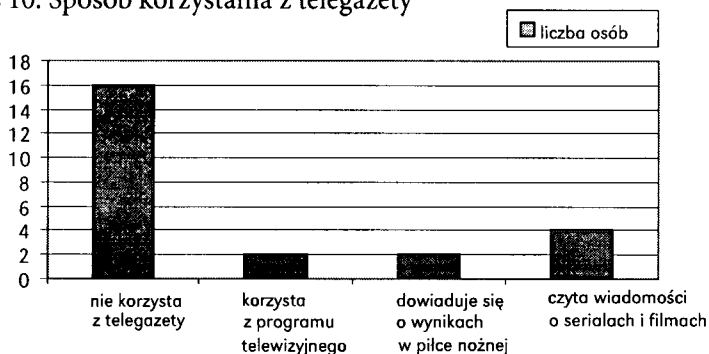
Najliczniejszą grupę stanowią ci, którym reklamy są obojętne, ale jest także wiele osób, które nie lubią reklam. Cztery pacjenci podali, że uważają reklamy za przydatne i ciekawe, ponieważ sami lubią oglądać reklamy



produktów leczniczych. Jedną osobę z badanej grupy interesują reklamy sprzętu sportowego.

Mając odbiornik telewizyjny, pacjenci mogą korzystać z telegazety, chociaż niewielu z nich to robi.

Wykres 10. Sposób korzystania z telegazety



Aż 66% pacjentów zaś w ogóle nie korzysta z telegazety, często dlatego że nie umieją jej obsługiwać. Także kłopoty ze wzrokiem i sprawnością rąk w znacznym stopniu to utrudniają.

## Spółeczne uwarunkowania słuchania radia i oglądania telewizji

Ograniczenia związane ze zdrowiem pacjenta mogą utrudniać mu korzystanie z radia i telewizji.

Tabela 9. Ograniczenia zdrowotne utrudniające pacjentowi korzystanie z radia

Ograniczenia zdrowotne	Liczba osób	%
Niedosłyszcy	8	36
Niedowidzi, aby zmienić stację radiową	4	18
Ograniczenia ruchowe, które utrudniają zmianę fali radiowej i ustawienie głośności	3	14

Dane nie sumują się do 22, bo pacjenci podawali więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 10. Ograniczenia zdrowotne utrudniające pacjentowi korzystanie z telewizji

Ograniczenia zdrowotne	Liczba osób	%
Niedosłyszcy	8	33
Niedowidzi obrazu na telewizorze	4	16
Ograniczenia ruchowe utrudniające obsługę pilota	3	13

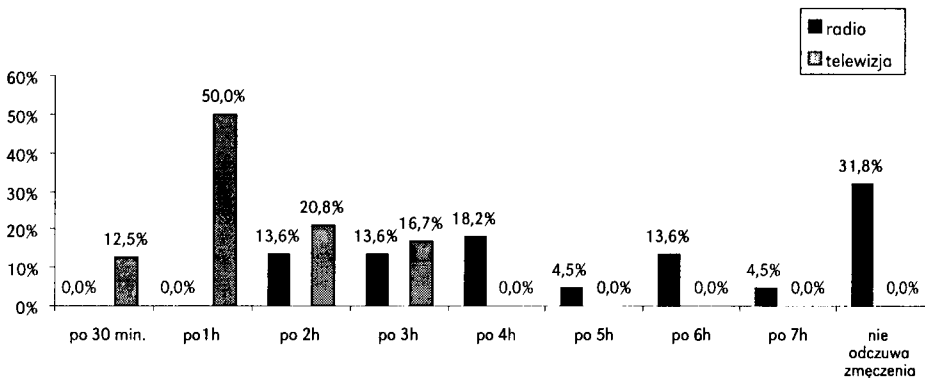
Dane nie sumują się do 24, bo badani podali więcej niż jedną odpowiedź.

Zródło: opracowanie własne.

Dane przedstawione w tabelach 9 i 10 pokazują, że pacjenci mają często utrudnione korzystanie z radia i telewizji ze względu na ograniczenia zdrowotne. Są to kłopoty ze wzrokiem, słuchem i trudności z poruszaniem rękoma.

Jak każda czynność, również słuchanie radia i oglądanie telewizji wywołuje u pacjentów uczucie zmęczenia.

Wykres 11. Czas, po którym występuje zmęczenie



Konieczność skupienia uwagi, programy podające kolejne informacje w szybkim tempie, nagła zmiana tematu audycji radiowej czy telewizyjnej lub mało interesujący program – to wszystko powoduje, że pacjent zaczyna odczuwać zmęczenie. Ponieważ słuchając radia, pacjent nie wkłada w to tyle sił, ile oglądając telewizję, dlatego czuje się mniej zmęczony. Prawie 32% badanych pacjentów w ogóle nie odczuwa zmęczenia.



nia, słuchając radia. Połowa badanych już po godzinnym oglądaniu odczuwa zmęczenie i jest zmuszona wyłączyć odbiornik.

Pacjenci włączają radio lub telewizor z następujących powodów:

Tabela 11. Motywy słuchania radia

<b>Motywy słuchania radia</b>	<b>Liczba osób</b>	<b>%</b>
aby wypełnić wolny czas	15	68
by posłuchać wiadomości z Polski i ze świata	10	45
lubię wolną muzykę, która mnie uspokaja	10	45
za pośrednictwem stacji radiowej mogę się modlić	9	41
lubię budzić się przy spokojnej muzyce	5	23
chcę posłuchać wiadomości i relacji sportowych	4	18

Dane nie sumują się do 22, bo pacjenci podawali więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 12. Motywy oglądania telewizji

<b>Motywy oglądania telewizji</b>	<b>Liczba osób</b>	<b>%</b>
aby wypełnić wolny czas	15	63
by obejrzeć wiadomości z Polski i ze świata	10	42
aby obejrzeć relacje sportowe	5	21
aby uczestniczyć we Mszy św.	4	17
aby obejrzeć filmy sensacyjne	2	8
dla rozrywki	2	8

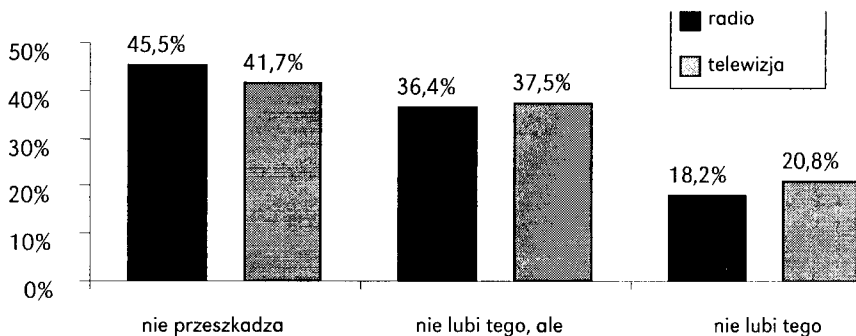
Dane nie sumują się do 24, bo pacjenci podawali więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: opracowanie własne.

Głównym motywem, który skłania pacjentów do słuchania radia i oglądania telewizji, jest chęć wypełnienia w ten sposób swojego czasu wolnego. Dużo osób za pośrednictwem radia i telewizji chce się pomodlić. Innym ważnym powodem słuchania radia przez pacjentów jest możliwość posłuchania uspokajającej muzyki.

Pacjent dzieli salę w hospicjum z innymi chorymi paliatywnie. Dlatego zdarza się, że przeszkadza mu, jeżeli inna osoba włączy głośno radio bądź telewizor. Reakcje pacjentów przedstawia wykres 12.

Wykres 12. Reakcja pacjentów, gdy współpacjenci głośno słuchają radia lub oglądają telewizor



Badanym osobom przeszkadza, gdy współpacjenci głośno słuchają radia lub oglądają telewizor, ale niewiele z nich zwraca współpacjentowi uwagę, ponieważ nie chcą one wchodzić w konflikt, a także próbują zrozumieć, że osoby niedosłyszające muszą głośno włączyć odbiornik. Media, zwłaszcza lokalne, dają każdemu człowiekowi możliwość włączenia się w pewien sposób w tworzenie audycji. Również pacjenci w hospicjum mogą nawiązywać kontakt z radiem lub telewizją, choć, jak wynika z przeprowadzonych badań, robią to rzadko.

Tabela 13. Nawiązywanie przez pacjenta kontaktu z radiem

Rodzaj kontaktu z radiem	Liczba osób	%
nie nawiązuje kontaktu	15	68
chce zadzwonić do radia, ale sądzi, że się nie dodzwoni, więc nawet nie próbuje	4	18
niekiedy bierze udział w konkursach.	2	9
dzwonił kilka razy do radia, aby wyrazić swoje opinie, zwykle z zakresu polityki, spraw społecznych i religijnych	1	5

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z powyższej tabeli, niewielka liczba osób nawiązuje kontakt z radiem. Zwykle opiera się on na udziale w konkursach. Natomiast żaden z badanych pacjentów nie włączył się do audycji telewizyjnej, co wynika z większej niedostępności tego medium. Telewizja raczej narzuca odbiorcom swój program i tylko pośrednio pozwala widowni wziąć w nim udział.

## Podsumowanie

Z przeprowadzonych badań wynika, że pacjenci lubią słuchać radia i oglądać telewizję, mimo że mają z tym pewne problemy wynikające z ich sytuacji zdrowotnej bądź związane z trudnościami technicznymi. W miejscach, w których przeprowadzałam badania, dużą rolę w słuchaniu radia i oglądaniu telewizji przez pacjentów odgrywają osoby opiekujące się nimi. W miarę możliwości starają się one umożliwić i ułatwić pacjentom korzystanie z wyżej wymienionych mediów. Poznają zainteresowania pacjentów i proponują im te programy, które mogłyby być dla nich interesujące. Dbają o to, aby radio i telewizja były jednym ze sposobów spędzania wolnego czasu przez podopiecznych hospicjum.

Agnieszka Miller

## Radość w cierpieniu

Pewien hinduski jezuita Anthony de Mello określił nieuchronność śmierci słowami, że wszystko, co prawdziwie żyje, umiera; nigdy nie umierają tylko sztuczne kwiaty. Naturalne i powszechne zjawisko śmierci jest jednak źródłem lęku, wszechogarniającego cierpienia, którego nie sposób wyrazić i opisać słowami. Nic w tym dziwnego, ponieważ śmierć jawi się człowiekowi jako coś obcego, strasznego, tajemniczego, a przede wszystkim niechcianego. Największe cierpienie osoby, która zdaje sobie sprawę, że niedługo umrze, dotyczy niespełnionego pragnienia życia. Mając w perspektywie koniec własnego istnienia, nie chce pogodzić się z rzeczywistością będącą zaprzeczeniem jego podstawowych potrzeb i najgłębszych pragnień (rozwoju, miłości, samorealizacji). Wyrazem cierpienia człowieka są przyjmowane przez niego postawy zwane etapami umierania, które wyodrębniła Elizabeth Kübler-Roos: zaprzeczanie i izolacja, gniew, targowanie się, depresja oraz pogodzenie się (akceptacja)<sup>1</sup>.

W opiece paliatywnej istnieje pojęcie cierpienia tanatologicznego, którego podstawą jest lęk egzystencjalny oparty na wizji nicości.

---

<sup>1</sup> E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Poznań 1998.

Źródłem takiego lęku może też być perspektywa rozliczenia się z życia, perspektywa samotności (poczucie opuszczenia i braku zrozumienia), troska o los najbliższych, obawa przed bólem i utratą niezależności, godności<sup>2</sup>.

Obecny poziom wiedzy pozwala nazwać cierpienie ludzi umierających, ale nikt nie jest w stanie w pełni go zobrazować. Każdy inaczej przeżywa i pojmuje otaczającą go rzeczywistość. Istnieje również kwestia niemierzalności, indywidualności i tajemnicy człowieczeństwa, wobec której sfera psychiczna lub duchowa osoby jest zakryta przed innymi, a niekiedy nawet przed nią samą.

Trudno sobie wyobrazić, że w obliczu takiego cierpienia mogłoby się znaleźć miejsce na choćby najmniejszą radość. Dlatego warto tutaj przywołać filozofię Maksa Schellera, który na podstawie głębi ludzkiej istoty, przechodząc z jednego poziomu duchowości na drugi, pokazał, jak radość, którą nazwał też przyjemnością, może się pojawić mimo cierpienia. Ból i przyjemność wykluczają się nawzajem w „najbardziej peryferycznych stanach naszego zmysłowego istnienia”<sup>3</sup>. Natomiast im więcej człowiek wchodzi we własną jaźń i zwraca uwagę na własną aktywność, tym łatwiej ból i przyjemność przenikają się, a uczucia negatywne i pozytywne mogą występować jednocześnie. Oznacza to, że istnieją takie poziomy uczucia pomiędzy uczuciami zmysłowymi (ból, rozkosz) a szczęśliwością i rozpaczą, na których możliwa jest zarazem przyjemność i przykrość. Można np. „pogodnie cierpieć jakiś ból oraz w przygnębieniu rozkoszować się bukietem wina”<sup>4</sup>. Człowiek tym łatwiej może znosić cierpienie na peryferycznym poziomie, im bardziej jest zadowolony na poziomie centralnym, czyli, jak to określił M. Scheller: „im jest szczęśliwszym i w Bogu chronionym człowiekiem”<sup>5</sup>. Szczególną rolę odgrywa tutaj chrześcijaństwo. Chrześcijanin, otwierając swoją duszę przed Bogiem i oddając siebie Bogu, staje się szczęśliwy, a cierpienie nabiera wymiaru krzyża. To poczucie szczęścia pozwalające radośnie znosić cierpienie daje mu świadomość, że cierpienie jest sposobem oczyszczenia, oraz przekonanie o miłości i łączności z Miłosiernym Bogiem, od którego to cierpienie pochodzi<sup>6</sup>.

<sup>2</sup> A. Miller, *Udział pielęgniarek w łagodzeniu cierpienia psychoduchowego pacjentów w terminalnej fazie choroby*, Kraków 2005.

<sup>3</sup> M. Scheller, *Cierpienie, śmierć, dalsze życie*, Warszawa 1994, s. 20.

<sup>4</sup> Tamże, s. 58.

<sup>5</sup> Tamże, s. 59.

<sup>6</sup> Tamże.

Aby jeszcze poszerzyć refleksje nad cierpieniem w radości, chciałam wspomnieć o tym, że jednym ze sposobów, w jaki człowiek odkrywa rzeczywistość, jest doświadczanie poprzez przeciwieństwa. Często dopiero w obliczu śmierci człowiek w pełni poznaje wartość życia. Dlatego trzeba zrobić wszystko, aby mógł jak najlepiej wykorzystać ostatnie chwile. Należy pamiętać, że umieranie stanowi część życia. Radość, która może stać się udziałem tych ludzi, różni się od tej przeżywanej w życiu codziennym przez ludzi zdrowych. Istota tej radości nie polega na pełnym euforii cieszeniu się, ale na świadomym przeżywaniu ostatnich chwil, nadziei, odnajdywaniu sensu życia, poczuciu bycia kochanym i rozumianym, rozwijaniu swojej osobowości i zainteresowań na miarę własnych możliwości, klarowaniu wartości oraz na poszukiwaniu spełnienia. Taka radość staje się owocem akceptacji sytuacji, w której znalazła się osoba zmierzająca do kresu życia oraz holistycznej opieki całego personelu medycznego, rodziny i wolontariuszy.

Antoine de Saint-Exupéry twierdził, że prawdziwą i jedyną radością jest obcowanie z ludźmi. Dlatego w opiece nad osobami w terminalnej fazie choroby poza oczywistą obecnością podczas wykonywania określonych czynności pielęgnacyjnych czy leczniczych ważne jest trwanie przy chorym, zwane towarzyszeniem, nawet w milczeniu. Takie otwarcie na drugiego człowieka, pełne akceptacji, miłości, troskliwości i zrozumienia, będące wyrazem solidarności daje poczucie bezpieczeństwa, godności, znosi uczucie osamotnienia, zaspokaja najgłębszą potrzebę bycia z kimś, dla kogo jest się ważnym, oraz daje pocieszenie. Życie staje się prawdziwe, nabiera sensu i nadziei.

Wacław Buryła pięknie powiedział, że czasami trzeba usiąść obok i wziąć człowieka za rękę, a wówczas nawet łzy będą smakować jak szczęście. Oprócz towarzyszenia Buryła poruszył w tym zdaniu kwestię dotyku będącego namacalnym znakiem obecności, dającym osobie umierającej oprócz wsparcia także poczucie odprężenia, a nawet zadowolenia<sup>7</sup>.

Radość człowieka cierpiącego utożsamiana z poczuciem szczęścia wynika z akceptacji swojej sytuacji oraz zaspokojenia choćby częściowo jego potrzeb, takich jak: potrzeba bezpieczeństwa, przebywania z ludźmi, potrzeba sensu życia, samorealizacji, godności oraz miłości i piękna.

Aby zweryfikować tę teorię, posłużę się przykładem pacjentki z Hospicjum Św. Łazarza w Krakowie. 57-letnia nauczycielka ze średnim

---

<sup>7</sup> B. Jankowiak, *Komunikowanie z pacjentem umierającym*, w: *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, red. A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kulak, W. Pank, Lublin 2003.

wykształceniem została przyjęta na oddział 16 maja 2005 r. z rozpoznaniem raka języka. Była wyniszczona (duży ubytek masy ciała) i osłabiona. Odczuwała silny ból w okolicy języka i prawej dolnej okolicy twarzy i szyi. Miała zachrypnięty głos, a niekiedy nie była w stanie nic powiedzieć. Na początku pobytu w hospicjum skrywała lęk, odsuwała od siebie myśli o śmierci, walczyła z chorobą. Miała nadzieję na wyzdrowienie, a otwarty i życzliwy kontakt z personelem wywoływał na jej twarzy uśmiech. Pragnienie życia potęgowała chęć bycia dla innych, chęć pomagania ludziom. Miała świadomość powagi swojej sytuacji, jednak nie wierzyła, że niedługo nastąpi koniec. Lubiła i często wspominała lata młodości, swoją pracę z dziećmi, które naprawdę kochała, i rodziców, z którymi czuła się silnie związana. Wspominała także bolesne doświadczenia, takie jak śmierć ojca i matki. Dużo myślała, snuła refleksje i wnioski. Jako że nie mogła wiele mówić, swoje cierpienie, myśli, nadzieję przelewała na papier, pisząc wiersze, w których wyraźnie widać uczucia, które pacjentka chce dzielić z bliskimi.

Przełomowym dla niej momentem była rezygnacja lekarzy z dalszej chemioterapii, którą uznali za nieskuteczną. Pacjentka bardzo posmutniała, płakała, w jej oczach można było zobaczyć ogromny żal, niemożność pogodzenia się z zaistniałą sytuacją, zapytała: „Z której strony mieć nadzieję?”. Wówczas niezastąpione okazały się obecność przy niej, trzymanie za rękę, głaskanie, okazywanie ciepła i rozmowa. Na jej twarzy kilka razy pojawił się delikatny uśmiech. Jako że pacjentka była wierząca, pomocne stały się dla niej rozmowy o Bogu, jego niepojętej miłości. Możliwość oddania się i zaufania Bogu przyniosła jej ulgę.

Oprócz przebywania i rozmów z drugą osobą nauczycielka bardzo lubiła słuchać opowiadań oraz pieśni religijnych, szczególnie Maryjnych. Sprawiało jej radość, gdy ktoś jej śpiewał, modliła się wtedy w duchu. Była nawet w stanie zanucić melodię, gdy została ona zapomniana – stało się tak podczas śpiewania litanii do Matki Bożej.

Szczególne znaczenie w budowaniu radości miały również dla niej nawet najmniejsze kwiaty. Kiedy osoba odwiedzająca przynosiła bez, stokrotki, wiosenną gałązkę z pąkami czy jakiegokolwiek inne kwiaty, pacjentkę ogarniał zachwyt, od razu na jej twarzy pojawiał się uśmiech. Długo wpatrywała się w bukiet, dotykała, wąchała, dziękowała.

Pisanie wierszy pomagało jej w ekspresji swoich uczuć, dawało satysfakcję i zwiększało poczucie własnej wartości, pisała je bowiem przede wszystkim dla innych.

Największą pociechą było dla niej spotkanie z drugim człowiekiem. Sama serdeczna obecność, uśmiech i pogoda ducha ze strony personelu, wolontariuszy i bliskich oraz trzymanie za rękę, pocałunek na do widzenia, po prostu okazywanie miłości działały jak cudowny balsam na cierpiące ciało, psychikę i duszę. Radość i cierpienie nie były jej obce.



Wojciech Klapa, Alicja Kamińska

## Mikronauczanie w edukacji osób przewlekle chorych w opiece paliatywnej

Zmiany występujące w opiece paliatywnej w ciągu ostatnich lat, coraz lepsza jakość życia pacjentów spowodowały m.in. konieczność uczenia ich nowych umiejętności potrzebnych w samoopiece oraz pozwalających im zachować jak najdłużej sprawność zarówno fizyczną, jak i psychiczną<sup>1</sup>. Nauczanie chorych w opiece paliatywnej jest zadaniem trudnym ze względu na możliwości i stan pacjentów, jak i warunki, w których przebywają. Brak jest też metod dydaktycznych dostosowanych do potrzeb, możliwości i oczekiwań chorych, a także odpowiednio przygotowanej kadry.

Do metod nauczania stosowanych coraz powszechniej i uzyskujących wysokie oceny należy m.in. mikronauczanie. Przyjeliśmy, że ze względu na specyficzne cechy tej metody (nie wymaga ona dużego wysiłku uczącego się można ją stosować w dowolnym czasie, nie jest potrzebne długo-

---

<sup>1</sup> Zob. J. Pyszkowska, *Opieka paliatywna nad człowiekiem w wieku podeszłym*, w: *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku*, red. M. Kronicki, Z. Szarota, Kraków 2004, s. 63, 64

trwałe szkolenie nauczających, nie jest potrzebny specjalistyczny sprzęt (czy pomoce dydaktyczne) może ona znaleźć zastosowanie w edukacji pacjentów przebywających w opiece hospicyjnej. Postanowiliśmy więc dostosować mikronauczanie do potrzeb wspomnianej grupy osób. Działania te prowadziliśmy wśród naszych znajomych, u których zdiagnozowano zaawansowaną chorobę nowotworową. Wyrazili oni chęć uczestniczenia w *quasi*-eksperymentach, a wieloletnia znajomość z nimi ułatwiła przełamanie barier.

Mimo że nasze badania są w fazie początkowej, uznaliśmy, że należy je opisać, gdyż uzyskane rezultaty mogą zainteresować szersze grono; chcemy też uzyskać opinie o działaniach tego typu.

## Opis metody

Istotą mikronauczania jest podział materiału dydaktycznego na niewielkie porcje, tak aby osoba ucząca się mogła je po uprzednim omówieniu i ewentualnym pokazie opanować i samodzielnie zaprezentować w czasie kilkudziesięciu sekund lub kilku minut. W odniesieniu do pacjentów w opiece paliatywnej zazwyczaj są to czynności związane z codziennym życiem lub niektóre ich elementy, np. zmiana pozycji w łóżku, zmiana opatrunku itp.

Prezentacja czynności wykonana przez chorego jest utrwalana w formie zdjęcia lub serii zdjęć cyfrowych czy zapisu wideo i pokazywana następnie pacjentowi. Pozwala to zarówno choremu, jak i osobie nauczającej na dostrzeżenie błędów, jakie zostały popełnione przez pacjenta. Po dokonaniu oceny postępowania i omówieniu ewentualnych zmian i korekt, które należy wprowadzić, następuje powtórzenie całego cyklu, tak aby pacjent mógł doskonalić swe umiejętności.

## Uwagi techniczne

Do stosowania tej metody potrzebny jest aparat cyfrowy oraz telewizor lub komputer (najlepiej laptop). Wskazane jest też posiadanie statywu. Stosując do zapisu obrazu aparat cyfrowy, musimy pamiętać o niewielkiej rozdzielczości uzyskanego zapisu, a także o będącej następstwem tego zjawiska słabej jakości zdjęć czy filmów. Ważne jest takie kadrowanie,

aby interesujące chorego szczegóły były widoczne, należy zatem używać dłuższej ogniskowej obiektywu i kontrolować „wypełnienie” kadru. Istotny jest też punkt widzenia obiektywu, aparat powinien być tak ustawiony, aby zdołał zanotować całą sekwencję ruchu. O ile to możliwe, w trakcie nagrania nie należy zmieniać jego położenia ani ogniskowej obiektywu. Jeśli film wideo lub zdjęcia prezentujemy choremu na ekranie komputera, można wykorzystać kursor do zwrócenia pacjentowi uwagi na istotne elementy obrazu, niekiedy celowe jest powtórzenie najistotniejszych fragmentów zapisu lub pokazanie ich klatka po klatce.

## Uwarunkowania etyczne

Stosując mikronauczanie, należy poza ograniczeniami technicznymi zwrócić także uwagę na ograniczenia etyczne, nie wszyscy pacjenci bowiem chcą być uwieczniani z widocznymi objawami choroby (zmianami w wyglądzie i zachowaniu, np. przerzedzonymi włosami, ciągłym kaszlem). Przystępując do mikronauczania, musimy mieć zgodę pacjenta uzyskaną po wyjaśnieniu mu istoty tej metody. Ze względów etycznych należy skasować zapis tuż po jego wykorzystaniu, chyba że pacjent chce go zachować.

W trakcie prowadzenia *quasi*-eksperymentu okazało się, że nasze obawy dotyczące udziału pacjentów w mikronauczaniu były bezpodstawne. Osoby, które wzięły w nim udział, chętnie wyrażały zgodę, motywując to zarówno „chęcią poznania czegoś nowego”, jak i tym, że „to się przyda innym”.

## Przebieg i organizacja *quasi*-eksperymentu<sup>2</sup>

Metodę mikronauczania zastosowaliśmy wobec dwóch mężczyzn w wieku 55 i 67 lat z zaawansowaną chorobą nowotworową, leczonych paliatywnie w hospicjach domowych. Obaj mężczyźni byli naszymi znajomymi od wielu lat. Jeden z nich był nauczycielem szkoły średniej, a drugi nauczał zawodu i prowadził szkolenia w zasadniczej szkole zawodowej. Mieli więc doświadczenie dydaktyczne, co z kolei pozwoliło

---

<sup>2</sup> Zob. Z. Hajduk, *Ogólna metodologia nauk*, Lublin 2005, s. 119–121.

im łatwiej i obiektywniej ocenić zarówno przebieg, jak i rezultaty stosowanego przez nas sposobu nauczania.

Celem kształcenia było nabycie nowych umiejętności potrzebnych chorym w codziennym życiu po powrocie ze szpitala. Były to m.in. takie czynności, jak: zmiana pozycji w łóżku i wstawanie z niego, podstawowe ćwiczenia usprawniające, zmiany opatrunku itp.

Nasze postępowanie początkowo przebiegało następująco:

- wspólnie z chorymi przygotowaliśmy scenariusze (konspekty) poszczególnych „lekcji”;
- opracowaliśmy szczegółowe scenopisy wykonania nauczanej umiejętności;
- omawialiśmy z pacjentami cele, sposoby i zagrożenia związane z wykonywaniem nauczanych czynności;
- niekiedy wykonywaliśmy pokaz czynności będących przedmiotem nauczania;
- pomagaliśmy choremu w przygotowaniu się do wykonania zaplanowanych uprzednio czynności, czasami ćwiczyliśmy wspólnie z chorym niektóre trudne fragmenty;
- pacjent wykonywał ustalone wcześniej czynności przy jednoczesnej ich rejestracji;
- odtwarzaliśmy choremu zapis lub prezentowaliśmy sekwencję zdjęć;
- pacjent dokonywał samooceny swoich działań;
- wspólnie z chorym ocenialiśmy i komentowaliśmy przebieg ćwiczenia;
- ustalaliśmy, jakie zmiany należy wprowadzić w wykonywaniu nauczanych czynności;
- jeżeli było to możliwe, pacjent powtórnie wykonywał czynności, które były jednocześnie rejestrowane;
- prezentowaliśmy kolejny zapis choremu;
- następowała powtórna samoocena działań przez chorego (podobnie jak po prezentacji pierwszego zapisu);
- omawialiśmy wspólnie z chorym przebieg mikronauczania i dokonywaliśmy oceny końcowej.

W trakcie spotkań z chorymi wprowadziliśmy jednak kilka zmian. Były one uwarunkowane możliwościami fizycznymi chorych, propozycjami zgłaszanymi przez nich w toku mikronauczania oraz następstwem naszych pomysłów.

## Opinie chorych o metodzie

Pacjenci biorący udział w naszym *quasi*-eksperymentcie, oceniając go, zwracali uwagę zarówno na samą jego organizację, jak też stronę techniczną.

Ich zdaniem:

- duże znaczenie ma nie tylko wcześniejsze przygotowanie konspektów poszczególnych „lekcji”, lecz też szczegółowe omówienie ich z pacjentami, gdyż jakiegokolwiek zmiany w trakcie prezentacji rozpraszają ich i zaburzają rytm postępowania, jeśli jest to możliwe, dobrze jest, aby osoba ucząca przeprowadziła pokaz nauczanej czynności,
- wygodniejsze dla chorych jest stosowanie fotografii cyfrowej, a nie technik wideo, gdyż na zdjęciu łatwiej jest im zauważyć istotne szczegóły (czas oglądania zdjęcia jest praktycznie dowolny, istnieje możliwość powiększenia ważnych elementów, oglądanie zdjęć nie męczy, natomiast zapis wideo powoduje niekiedy „gubienie się”, „rozproszczenie uwagi” chorego, zwracanie uwagi na to, „jak człowiek wypadł na filmie”, a nie na nauczane treści),
- istotne jest zachowanie anonimowości fotografowanych osób i ograniczenie odbiorców fotografii czy filmów do bardzo wąskiego grona – osób bezpośrednio zaangażowanych w mikronauczanie.

Chorzy zwracali też uwagę na możliwość wykorzystania tej techniki do edukacji rodzin. Według nich może to spowodować zmniejszenie lęku rodziny przed zajmowaniem się i pielęgnacją chorych, usprawnienie opieki, zmiany relacji między pacjentem a członkami jego rodziny.

## Wnioski

Z naszych doświadczeń wynika, że schemat postępowania w tej metodzie (w zastosowaniu do pacjentów w opiece paliatywnej) powinien być nieco zmodyfikowany w stosunku do założonego:

1. w rozmowie z chorym wystarczy jedynie ustalenie toku postępowania, nie jest konieczne opracowanie szczegółowego scenariusza i scenopisu czynności, których ma się nauczyć chory;

2. ważne jest dokładne omówienie zagrożeń związanych z wykonywaniem nauczanych czynności, zwłaszcza następstw zmęczenia i możliwości powstania urazów;
3. nie należy się spieszyć: w czasie gdy chory przygotowuje się pod kierunkiem nauczającego do wykonania zaplanowanych uprzednio czynności, gdyż zazwyczaj pacjenci wykonują je wolno i z przerwami;
4. powtarzanie czynności męczących zbyt wielu pacjentów powinno być ograniczone lub rozłożone w czasie;
5. w trakcie wykonywania przez chorego ustalonych wcześniej czynności należy je rejestrować z odległości, która nie zaburza postępowania pacjenta (1,52 m);
6. odtwarzając nagranie choremu, należy jednocześnie omawiać z nim oglądane sceny, zwracając uwagę chorego na istotne ich elementy, ułatwia to choremu percepcję obrazu i równocześnie pozwala na natychmiastową ocenę i korektę zarejestrowanych czynności;
7. w zależności od stanu pacjenta można wykorzystać: a) jedynie aparat cyfrowy bądź kamerę – jeśli pacjent jest w stanie dostrzec szczegóły na ekranie LCD (nie wprowadza to „zamieszania” w tok kształcenia); b) ekran komputera czy telewizora – jeśli pacjent ma trudności z percepcją (należy się jednak liczyć w tym przypadku z możliwością przedłużenia się całego cyklu i dużym zmęczeniem pacjenta);
8. z naszych doświadczeń wynika, że najlepsze rezultaty przynosi wykonywanie serii 2–3 zdjęć nauczanej czynności i natychmiastowe prezentowanie ich pacjentom na ekranie LCD aparatu lub na ekranie telewizora oraz omówienie i ocenienie przez osobę wykonującą ćwiczenie, odtwarzanie filmów wideo wiąże się z przerwą na przesunięcie taśmy, co powoduje, że chorzy męczą się i niekiedy denerwują w czasie oczekiwania, nie zawsze są w stanie zwrócić uwagę na najistotniejsze elementy nauczanych czynności, trudniej jest też im uchwycić błędy w trakcie oglądania filmów.

Metoda ta może znaleźć zastosowanie w nauczaniu chorego niezbędnych czynności (np. jedzenia, dawkowania leków, siadania na wózku inwalidzkim, ćwiczeń rehabilitacyjnych). Przyspiesza ona proces edukacji pacjenta, czyni go bardziej atrakcyjnym dla chorego, pozwala mu na obserwację i kontrolę swego postępowania. Jednocześnie stanowi wypełnienie czasu wolnego.

Mikronauczanie może też być, jak sugerowali nasi badani, wykorzystane w nauczaniu rodzin czynności związanych z opieką nad chorymi, pozwala bowiem w trakcie wspólnej pracy na przełamanie wielu barier i lęków mogących pojawiać się w rodzinie.

Dominika Siwec

# Postawy studentów Wydziału Nauk o Rodzinie Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego wobec opieki paliatywnej

## Wprowadzenie

Postawy i przekonania ludności wpływają na odbiór społeczny ruchu hospicyjnego, który w początkowym okresie nie był wiązany z czymś pozytywnym. Obecnie sytuacja się zmieniła, jednak nadal w dyskusjach społecznych rzadko możemy trafić na tematy związane ze śmiercią i umieraniem, są one nadal tematami tabu. Należy pamiętać, że tylko wspierająca działalność i pozytywna postawa społeczeństwa wobec opieki paliatywnej pozwoli na stworzenie prawidłowych warunków dla rozwoju tej dziedziny nauki. Społeczeństwo akceptujące opiekę paliatywną będzie również akceptować ludzi umierających, chcąc im częściej pomagać. Dlatego należałoby rzetelnie poznać postawy, jakie społeczeństwo już reprezentuje, oraz to, jak przedstawiają się postawy młodzieży, w tym studentów, wobec opieki paliatywnej i w jakim kierunku są skierowane,



jest zagadnieniem praktycznie nieopisanym, a na tyle ciekawym, gdyż daje możliwość odpowiedzi na pytanie, czy opieka paliatywna ma przyszłość, szczególnie w oczach młodych zdrowych osób.

## Metodologiczne podstawy badań

### **Problematyka badawcza oraz cele badań**

Celem przeprowadzonych badań było poznanie postaw studentów Wydziału Nauk o Rodzinie Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego wobec opieki paliatywnej.

Celami szczegółowymi badań były:

- poznanie aspektu poznawczego postaw studentów Wydziału Nauk o Rodzinie wobec opieki paliatywnej,
- poznanie aspektu afektywnego postaw studentów Wydziału Nauk o Rodzinie wobec opieki paliatywnej,
- poznanie aspektu behawioralnego postaw studentów Wydziału Nauk o Rodzinie wobec opieki paliatywnej.

Główny problem badawczy to: Jakie postawy prezentują studenci Wydziału Nauk o Rodzinie wobec opieki paliatywnej?

Problemy badawcze szczegółowe:

- Jaki jest zakres wiedzy studentów Wydziału Nauk o Rodzinie na temat zagadnień związanych z opieką paliatywną?
- Jakie rodzaje postaw studenci Wydziału Nauk o Rodzinie prezentują względem opieki paliatywnej?
- Jakie są poglądy studentów Wydziału Nauk o Rodzinie dotyczące charakteru rozwoju opieki paliatywnej?

### **Określenie terenu badań i kryteria jego doboru**

Teren badań stanowili studenci pierwszego roku studiów magisterskich uzupełniających, kierunku Nauk o Rodzinie, Wydziału Nauk o Rodzinie przy Krakowskiej Szkole Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie.

Badania były przeprowadzane wśród studentów, którzy znajdowali się tuż przed wprowadzeniem zajęć z przedmiotu opieka paliatywna.

## Metody, techniki i narzędzia badawcze

W badaniach została zastosowana metoda sondażu diagnostycznego, na który składała się ankieta dla studentów Wydziału Nauk o Rodzinie. Kwestionariusz ankiety zawierał 15 pytań o charakterze zamkniętym i wiele pytań o charakterze otwartym oraz 7 pytań wchodzących w skład kwestionariusza osobowego.

## Postawy studentów Wydziału Nauk o Rodzinie wobec opieki paliatywnej w świetle badań

### Charakterystyka grupy badawczej

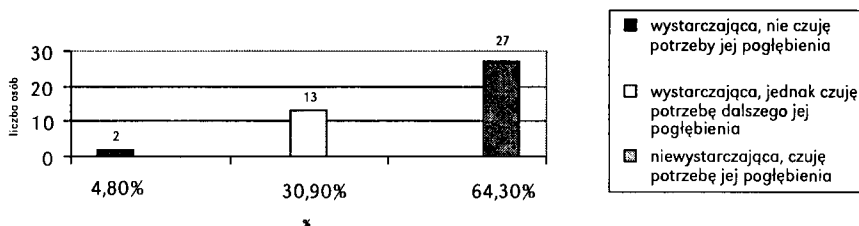
Badana grupa liczyła 42 studentów, w tym 41 kobiet oraz mężczyznę, w wieku 23–48 lat. Średnia wieku wynosiła 30,3 lat.

Pod względem wyników w nauce respondenci w większości ocenili się jako przeciętni, stanowiąc 52,4 %, studentów powyżej przeciętnej było 38,10%. Kwestie religijne przedstawiały się następująco: większość studentów (64,3%) uznała się za osoby wierzące. Studenci regularnie praktykujący stanowili 59,92%, natomiast studenci nieregularnie praktykujący – 30,95%.

## Postawy studentów Wydziału Nauk o Rodzinie wobec opieki paliatywnej w świetle badań

Postawa to zestaw trzech wpływających na siebie komponentów: komponentu poznawczego – wiedza, komponentu afektywnego – emocje, komponentu behawioralnego – zachowanie. Zatem istotne w badaniu postaw staje się ujęcie wszystkich 3 komponentów. Kolejne zestawienie pomoże przybliżyć aspekt poznawczy postaw studentów wobec opieki paliatywnej.

Wykres 1. Wiedza studentów na temat opieki paliatywnej

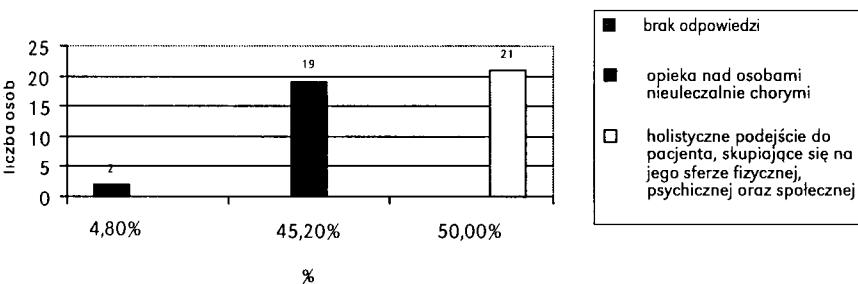


64,3% respondentów uznało, że wiedza z zakresu opieki paliatywnej jest niewystarczająca, natomiast 30,9% stwierdziło, że wiedza, jaką posiadają, jest wystarczająca. Wszyscy ci studenci bez względu na zakres już posiadanej wiedzy czują potrzebę dalszego jej pogłębienia. Tylko 4,8% badanych uznało, że nie czuje potrzeby pogłębienia wiedzy na temat opieki paliatywnej, a już posiadana wiedza jest wystarczająca (wykres 1).

Zdecydowana większość (90,5%) studentów stwierdziła, że już wcześniej miała styczność z pojęciem opieki paliatywnej. Studenci najczęściej słyszeli pojęcie „opieka paliatywna” na zajęciach w Krakowskiej Szkole Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego.

95,2% studentów poprawnie podało definicję pojęcia opieki paliatywnej, w tym 50% respondentów rozwinęło zaproponowaną definicję, która sprowadzała się do określenia opieki paliatywnej jako holistycznego podejścia do pacjenta, skupiającego się na jego sferze fizycznej, psychicznej i społecznej, włączając w to również bardzo cierpiącą rodzinę. Tylko 4,8% nie opisało „własnymi słowami” istoty opieki paliatywnej. Badani studenci, choć dopiero rozpoczynali zajęcia poświęcone opiece paliatywnej, dysponowali pewną wiedzą, a często potrafili ująć w definicji konieczność całościowego spojrzenia na umierającego człowieka w jego wymiarze cielesno-duchowym (wykres 2).

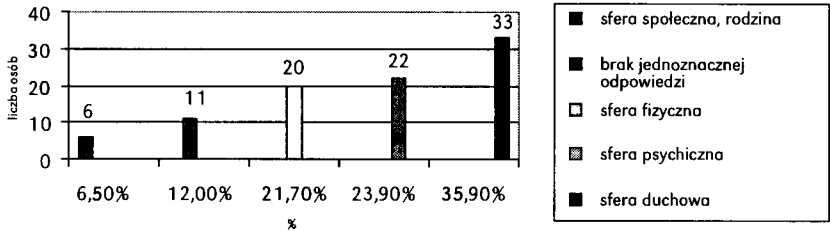
Wykres 2. Definicje pojęcia opieki paliatywnej zaproponowane przez studentów.



Studenci biorący udział w badaniu uważali, że opieka paliatywna swoje działania ukierunkowuje na sferę społeczną (6,5%), sferę fizyczną (21,7%), natomiast 12% nie potrafiło jednoznacznie określić, na jakich sferach życia człowieka umierającego powinna skupiać się opieka paliatywna. Jednak według większości respondentów opieka paliatywna po-

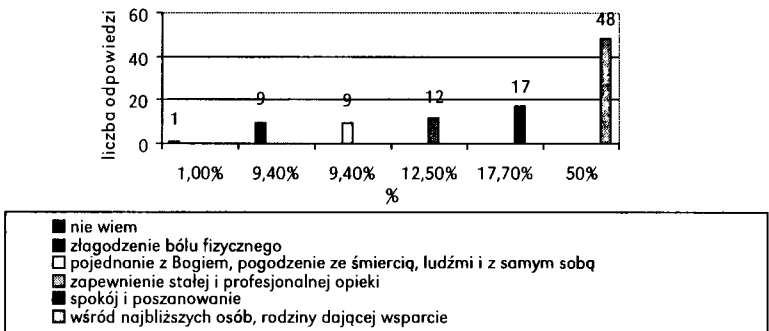
winna być przede wszystkim ukierunkowana na sferę psychiczną (23,9%) oraz duchową chorego (35,9%) (wykres 4).

Wykres 3. Główny kierunek oddziaływania opieki paliatywnej na sfery życia człowieka umierającego według studentów



Według studentów schorowane ciało bardzo często nie poddaje się już leczeniu. Dlatego jeśli nie można uzdrowić ciała, to za wszelką cenę trzeba uchronić przed zachorowaniem duszę. Wiąże się to z zapewnieniem godnych warunków umierania, których rozumienie przez studentów przedstawia wykres 4.

Wykres 4. „Godne warunki umierania” w rozumieniu studentów



Studenci utożsamiają „godne warunki umierania” z łagodzeniem bólu fizycznego (9,4%), pojednaniem z Bogiem, pogodzeniem ze śmiercią, z ludźmi i z samym sobą (9,4%), zapewnieniem stałej i profesjonalnej opieki (12,5%), zapewnieniem spokoju i poszanowania dla umierającej osoby (17,7%). 50% studentów określało godne warunki umierania jako atmosferę ciepła wśród najbliższych osób, rodziny dającej wsparcie.

Jest to niezwykle ważne, że respondenci, dostrzegając znaczenie fachowej opieki medycznej, jednocześnie doceniają bliskość osób kochających jako podstawowego czynnika terapeutycznego, leczącego, utożsamianego z godnymi warunkami umierania (wykres 4).

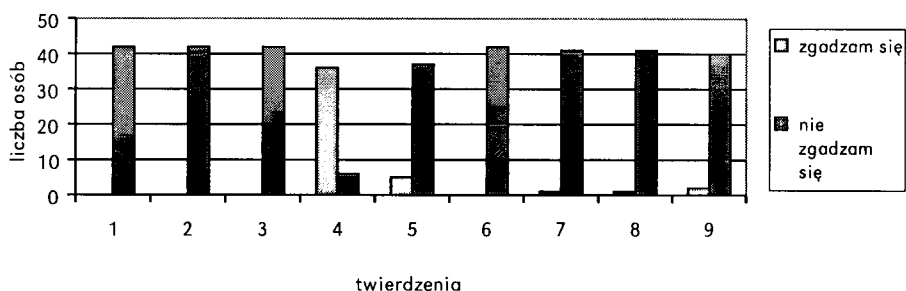
Chcąc poznać aspekt afektywny postaw studentów wobec opieki paliatywnej, między innymi prosiłam o ustosunkowanie się do dziewięciu twierdzeń związanych z opieką paliatywną.

1. Temat śmierci nie powinien być poruszany wśród społeczeństwa, gdyż burzy harmonię i pozytywne nastawienie.
2. Pożądanym działaniem jest izolacja nieuleczalnie chorych od reszty społeczeństwa.
3. Dla chorych nieuleczalnie nie ma ratunku, dlatego kwestia opieki paliatywnej nie powinna być poruszana.
4. Chorzy nieuleczalnie, jeśli to możliwe, powinni do ostatnich chwil być w domu rodzinnym, wśród bliskich.
5. Opieka paliatywna niesie ulgę tylko cierpieniom fizycznym, gdyż cierpienie duchowe nie może być niczym zniwelowane.
6. Personel w opiece paliatywnej powinien być ograniczony do minimum, po to aby zaspokajać podstawowe potrzeby chorego.
7. Najlepszą pomocą ludziom potrzebującym jest okazanie im litości.
8. Ludzie schorowani i umierający są zupełnie bezużyteczni.
9. Człowiek chory, umierający nie może stać na równi z młodym i zdrowym, jego wartość znacznie spada.

Na podstawie otrzymanych wyników można stwierdzić, że wszyscy studenci (100%) uważają, że temat śmierci powinien być poruszany wśród społeczeństwa, dlatego też ludzie umierający nie powinni z żadnych względów w jakikolwiek sposób być izolowani, a kwestia opieki paliatywnej powinna być jak najbardziej poruszana. Każdy człowiek zasługuje na godne traktowanie, szczególnie osoby umierające, które powinny znaleźć fachową opiekę wśród personelu medycznego, który nie będzie wyłącznie skupiał się na zaspokajaniu podstawowych potrzeb człowieka umierającego. Większość respondentów (85,7%) uznała, że chorzy nieuleczalnie, jeśli to możliwe, powinni do ostatnich chwil pozostawać w domu rodzinnym wśród kochających bliskich. Ponadto znacząca większość ankietowanych (95,2%) zdecydowanie nie zgadza się ze stwierdzeniem, że człowiek chory, umierający nie może stać na równi z młodym i zdrowym, a jego wartość znacznie spada. Potwierdzeniem tego jest to, że 97,6% nie

zgadza się, że ludzie schorowani i umierający są zupełnie bezużyteczni i dlatego nie powinno się im okazywać litości (wykres 5).

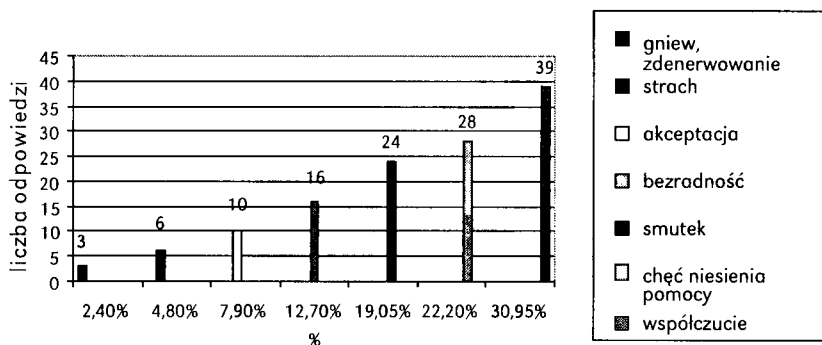
Wykres 5. Stosunek studentów do poszczególnych twierdzeń



Studenci nie tylko akceptują ludzi umierających i działania opieki paliatywnej, o której mają skonkretyzowane wyobrażenie, ale przede wszystkim szanują osoby umierające, uważając je za pełnowartościowych ludzi, od których mogą się jeszcze wiele nauczyć. Uczucia, jakie prezentują studenci wobec ludzi umierających, zostały szerzej przedstawione na wykresie 6.

Wobec ludzi umierających studenci odczuwają gniew, zdenerwowanie, co stanowi 2,4% odpowiedzi, strach (4,8%), akceptację (7,9%), bezradność (12,7%), smutek (19,05%). Zdecydowanie wyróżniają się chęć niesienia pomocy (22,2%) oraz współczucie (30,95%) (wykres 6).

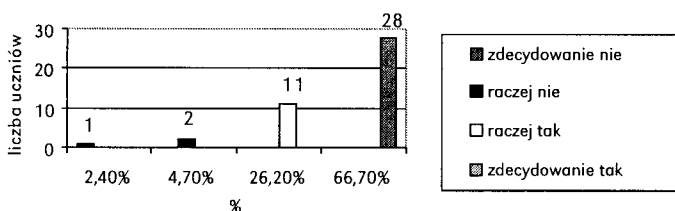
Wykres 6. Uczucia prezentowane przez studentów wobec ludzi umierających



Wielu respondentów zaznacza, że nie można pozostawać biernym wobec cierpienia drugiego człowieka. Odzwierciedlenie tych deklaracji odnajdujemy w kolejnych zestawieniach, które nakreślają aspekt behawioralny postaw studentów wobec opieki paliatywnej.

Znacząca część respondentów wyraża chęć zdobycia umiejętności z zakresu opieki nad osobą umierającą, w tym 26,2% ankietowanych uznało, że raczej chce, a aż 66,7% zdecydowanie stwierdziło, że chce osiągnąć tę umiejętność (wykres 7).

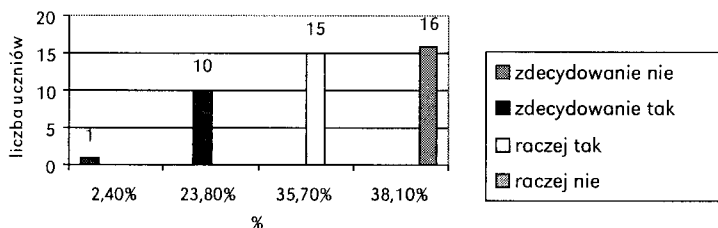
Wykres 7. Chęć zdobycia właściwych umiejętności z zakresu opieki nad osobą nieuleczalnie chorą



Wyniki te wskazują, że studenci chcą aktywnie uczestniczyć w pomaganiu cierpiącym ludziom, dlatego bardzo chętnie poszerzyliby swe umiejętności z zakresu pielęgnowania chorego w opiece paliatywnej.

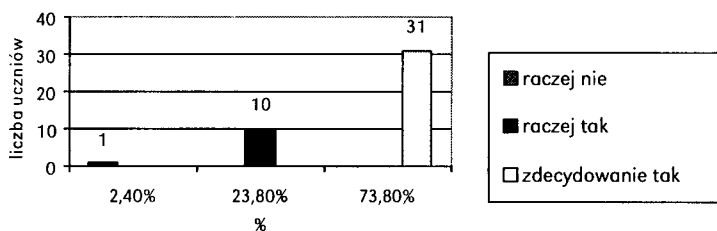
Wśród ankietowanych 2,4% uznało, że zdecydowanie nie podjęłoby się pracy w charakterze wolontariusza w opiece paliatywnej; 23,8% respondentów stwierdziło, że zdecydowanie rozpoczęłoby taką pracę; 35,7% uznało, że raczej widziałoby się w pracy o takim charakterze, oraz podobny odsetek osób, tj. 38,1%, uznało, że raczej nie podjęłoby pracy w opiece paliatywnej jako wolontariusz. Pomimo że najwięcej osób nie jest zainteresowanych takim rodzajem pracy, suma odpowiedzi pozytywnych jest większa niż negatywnych, dzięki czemu można stwierdzić, że studenci raczej chcieliby podjąć taką pracę (wykres 8).

Wykres 8. Chęć podjęcia opieki nad osobą nieuleczalnie chorą jako wolontariusz



Chęć podjęcia opieki nad nieuleczalnie chorą bliską osobą przedstawia się następująco: 2,4% studentów raczej nie podjęłoby się jej, natomiast 23,8% studentów raczej podjęłoby się takiej opieki. 73,8% ankietowanych uznało, że zdecydowanie podjęłoby się opieki ciężko chorej bliskiej osoby. Należy zaznaczyć, że studenci, którzy z niepewnością zdecydowali by się na taką opiekę, w swoich wypowiedziach dodawali, że jedyną przeszkodę stanowił brak umiejętności w tym zakresie, a nie brak chęci czy pozytywnej postawy (wykres 9).

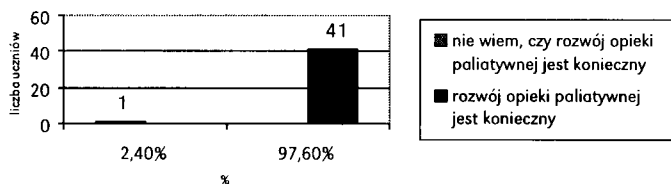
Wykres 9. Chęć podjęcia opieki nad nieuleczalnie chorą bliską osobą



Studenci wypowiedzieli się również na temat konieczności i sposobów rozwoju opieki paliatywnej, co przedstawiają kolejne zestawienia.

Tylko 2,4% studentów przyznało, że nie wie, czy rozwój opieki paliatywnej jest konieczny, natomiast zdecydowana większość uznała, że jest on bardzo konieczny. Według respondentów coraz więcej ludzi umiera samotnie, w odrzuceniu oraz w trudnych warunkach. Ostatnie miesiące, dni, a nawet chwile życia człowieka są bardzo ważne, gdyż ludzie mają nie tylko prawo do godnego życia, ale również do godnego umierania. Dlatego rozwój opieki paliatywnej jest tak istotny (wykres 10).

Wykres 10. Konieczność rozwoju opieki paliatywnej w oczach studentów





W opinii studentów rozwój opieki paliatywnej powinien się odbywać przez prowadzenie szkoleń i kursów wśród personelu medycznego (3,7%), a także przez zaangażowanie władz państwowych, które powinny podjąć wspierającą działalność na rzecz opieki paliatywnej (16,7%). Wśród propozycji sposobów rozwoju opieki paliatywnej szczególnie wyróżnia się uświadamianie społeczeństwa, propagowanie pozytywnych postaw wobec opieki paliatywnej, przez dostarczenie wiedzy już na poziomie ponadgimnazjalnym (35,2% odpowiedzi) oraz dzięki wsparciu środków masowego przekazu. Studenci wyraźnie dostrzegają moc, jaka drzemie w społeczeństwie, od którego zależy dalszy rozwój opieki paliatywnej.

## Wnioski końcowe i postulaty

### Wnioski

Wszyscy respondenci przedstawiają konkretne, a przede wszystkim pozytywne postawy wobec opieki paliatywnej, które mogą stanowić fundament dalszego rozwoju. Wielu z respondentów nie tylko rozumie, czym zajmuje się opieka paliatywna, ale potrafi podkreślić, jakże ważne w opiece paliatywnej, holistyczne podejście, wymieniając sfery życia człowieka, które powinny zostać poddane szczególnej opiece. Według studentów człowiek jest całością fizyczną, psychiczną i społeczną, dlatego opieka paliatywna powinna skupiać się na tych wszystkich aspektach jego życia.

Respondenci zwracają uwagę na terapeutyczne i pozytywne znaczenie wpływu rodziny na stworzenie godnych warunków umierania. Niewątpliwie jest to dowodem dużej dojrzałości i odpowiedzialności młodych ludzi, którzy nie widzą hospicjów w roli elementu opieki paliatywnej wyręczającego rodzinę, są one elementem współpracującym.

Studenci w swoich wypowiedziach wykazują głęboki szacunek, akceptację i zrozumienie dla ludzi chorych nieuleczalnie. Chociaż wielu z respondentów nosi w sercu takie uczucia jak strach czy bezradność, to jednak znacząca większość przejawia chęć niesienia pomocy przez pogłębianie wiedzy i zdobywanie umiejętności z zakresu opieki paliatywnej, a także podjęcie takiej opieki nad człowiekiem umierającym.

Studenci są przekonani o słuszności i celowości dalszego rozwoju opieki paliatywnej w Polsce. Podkreślają w nim znaczenie społeczeństwa, które powinno na każdym kroku być uświadamiane, a personel medyczny szkolony. Według studentów na uwagę zasługuje rozpowszechnianie

problematyki z zakresu opieki paliatywnej wśród młodzieży, ponieważ pomogłoby to w zwiększeniu wrażliwości oraz empatii młodych ludzi. Znaczącą rolę w rozwoju opieki paliatywnej studenci przypisują również mass mediom, które przez wprowadzenie poświęconych jej programów popularno-naukowych mogłyby zmienić nastawienie do umierania i śmierci. Według studentów pozytywne postawy społeczeństwa wobec opieki paliatywnej powinny być głównym kierunkiem jej rozwoju.

Pomimo powszechnej opinii, że tematy związane z umieraniem nie są „modne” i nie spotykają się z pozytywnym odbiorem społeczeństwa, studenci Wydziału Nauk o Rodzinie stanowią grupę, której zależy na spokoju, bezpieczeństwie i godnym umieraniu drugiego człowieka.

### **Postulaty**

Do najważniejszych działań należy wykorzystanie już wykształconych pozytywnych postaw studentów Wydziału Nauk o Rodzinie wobec ludzi objętych opieką paliatywną.

Wykorzystanie drzemiącego w studentach potencjału przyniosłoby korzyści dla opieki paliatywnej, ponieważ mają oni wspaniałe pomysły, dotyczące rozwoju opieki paliatywnej, a przede wszystkim chęci, które muszą znaleźć swoje ujście. Stworzenie pewnego rodzaju koła dyskusyjnego, pozyskanie wielu studentów do współpracy powinny iść w parze z rzetelnym dostarczaniem wiedzy przez wykładowców prowadzących zajęcia z opieki paliatywnej.

Celowe staje się wprowadzenie przedmiotu opieki paliatywnej zarówno na kierunku Nauk o Rodzinie (co jest już realizowane), jak również na studiach z zakresu socjologii, psychologii i pedagogiki. Wskazane jest także organizowanie studiów podyplomowych dla osób zainteresowanych opieką paliatywną, którzy chcieliby pomóc drugiemu człowiekowi. Człowiek zasługuje na godne życie, a jeszcze bardziej na godne umieranie, dlatego należy wykorzystać każdą szansę, która pomogłaby w stworzeniu godnych warunków umierania dla każdej istoty. Pozytywne postawy, jakie prezentują studenci Wydziału Nauk o Rodzinie Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego wobec opieki paliatywnej, niewątpliwie taką szansę stanowią.

## Bibliografia

1. Bohner G., Wanke M., *Postawy i zmiana postaw*, Gdańsk 2004.
2. Główny Urząd Statystyczny, „Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej, rok 2002”, Warszawa 2002.
3. Główny Urząd Statystyczny, „Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej, rok 2003”, Warszawa 2003.
4. Główny Urząd Statystyczny, „Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej, rok 2004”, Warszawa 2004.
5. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, *Program rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce*, Warszawa 1998.
6. Orszański E., *Odbiór społeczny ruchu hospicyjnego*, Kraków 1996.
7. Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa 1995.
8. Walden-Gałuszko de K., *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*, Gdańsk 1996.

Marta Szeliga, Iwona Repka

# Opieka paliatywna w opiniach wolontariuszy Hospicjum Św. Łazarza w Krakowie

Ostatnio zachodzą dość istotne zmiany prawne i organizacyjne zarówno w opiece paliatywnej, jak i pracy wolontariuszy. Sytuacja ta spowodowała, że postanowiliśmy poznać poglądy pracujących w hospicjum wolontariuszy na temat ich posługi.

Celem badań było: określenie postaw wolontariuszy wobec wykonywanej w hospicjum posługi oraz stworzenie na podstawie tych informacji modelu opieki paliatywnej widzianej oczami wolontariuszy.

## Materiał i metoda badań

Badania przeprowadzono w grudniu 2005 roku w krakowskim Hospicjum Św. Łazarza. Wzięło w nich udział 30 losowo wybranych wolontariuszy pracujących w tej placówce. W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego oraz takimi technikami, jak: ankieta, obserwacja uczestnicząca ukryta, wywiad.

W badaniach wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, składający się z trzech pytań otwartych. Pytania zawarte w ankiecie dotyczyły:

- okresu pracy w hospicjum jako wolontariusz,
- obowiązków/czynności wykonywanych w ramach wolontariatu,
- określenia obecnej opieki paliatywnej (jej celów, zakresu, metod i form pracy),
- propozycji zmian w opiece paliatywnej.

Wśród ankietowanych wyróżniono trzy grupy ze względu na staż pracy w hospicjum:

- I grupa – do 5 lat (18 osób),
- II grupa – od 5 do 10 lat (6 osób),
- III grupa – powyżej 10 lat (6 osób).

W badaniach zastosowano technikę obserwacji uczestniczącej ukrytej, którą wykonywano przez tydzień, codziennie o różnych porach: podczas pielęgnacji pacjenta, w trakcie spędzania wolnego czasu z pacjentem, podczas rozmów między wolontariuszami.

Uzyskane wyniki dostarczyły wiedzy na temat zainteresowania wolontariuszy dalszą pracą w hospicjum, ich zaangażowaniem w podejmowane działania, a także kierunku zmian, jakie należy podjąć w celu doskonalenia ich pracy.

W trakcie obserwacji ukrytej zaobserwowano rozbieżność pomiędzy wypowiedziami wolontariuszy w ankietach a ich rzeczywistymi postawami. Przykładowo osoby, które deklarowały, iż pomagają pacjentom w czynnościach dnia codziennego, tak naprawdę skupiały się głównie na życiu towarzyskim z innymi wolontariuszami bez nawiązywania kontaktu z chorymi.

Kwestionariusz wywiadu służył głównie do poznania motywów pracy w hospicjum przez wolontariuszy.

## Wyniki i omówienie badań

Ze względu na niewielką liczbę ankietowanych materiał badawczy został poddany głównie analizie ilościowej. Uzyskany materiał badawczy pozwolił wyróżnić 5 rodzajów motywacji, którymi kierowali się wolontariusze (Górecki 2000, s. 152–162) przy wyborze pracy w hospicjum.

**Motywacja altruistyczna** reprezentowana przez dziesięć osób deklarujących współczucie dla cierpiących i bezinteresowną pomoc innym:

- „Podjęcie pracy w hospicjum to dla mnie przede wszystkim miłość do ludzi chorych i zrozumienie ich problemów”;
- „Dawanie z siebie tego, co jest najcenniejsze i najpiękniejsze, tym, którzy tego najbardziej potrzebują”.

**Motywacja ideologiczna** reprezentowana przez osiem osób deklarujących chęć poznania tajemnice śmierci:

„Wolontariat to służba z potrzeby serca każdemu człowiekowi. Bóg złożył w sercu dary, którymi może służyć innym. Ja służę nie dlatego, by mnie podziwiano, ale największą radość mam, kiedy mój Bóg uśmiecha się do mnie. Wszystko, co czynię moim bliźnim, czynię tak, jakbym służyła samemu Jezusowi”.

„Moja praca w hospicjum to niejako kontynuowanie dzieła Boga”.

**Motywacje zadaniową** wybrało sześć osób z pośród badanych, wykorzystując w hospicjum własne doświadczenie zawodowe (prawnicy, ekonomiści, lekarze, elektrycy).

**Motywacja egoistyczna** towarzyszyła 3 osobom podczas wyboru posługi w hospicjum, związana była głównie z korzyściami prawnymi (ubezpieczenie, Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, Dz. U. z 29 maja 2003, nr 96, poz. 873) oraz podniesienie własnego prestiżu.

**Motywacja afiliacyjna** to przede wszystkim chęć poszukiwania osób podobnie myślących (trzy osoby).

Opieka hospicyjna jest bardzo trudną służbą zarówno dla personelu medycznego, jak i wolontariuszy. Mimo że praca wolontariusza ma charakter bezinteresownej posługi (Kalinowski, 2002, s. 162), to dużą wagę przywiązuje się do umiejętności, którymi oni dysponują. Do motywacji, które ich skłoniły do podjęcia tego rodzaju służby.

Z uzyskanych wyników możemy wnioskować, że przekonania religijne dla zdecydowanej większości osób objętych badaniami odgrywają znaczącą rolę w ich życiu prywatnym, co odzwierciedla się w pracy z chorymi poprzez rozmowy z pacjentami na temat śmierci i tego, co po niej następuje w kontekście wiary, rozumienie istoty cierpienia i choroby, odnajdywanie sensu własnej służby (Bortnowska, 1993, Nikelski, 1989).

Praca z ludźmi umierającymi wymaga od wolontariuszy odpowiedzialności, wrażliwości, ale przede wszystkim determinacji. Praca w hospicjum pozwala na utrwalenie postaw prospołecznych oraz umocnienie relacji międzyludzkich.

Pomoc świadczona przez wolontariuszy w hospicjum jest uzupełnieniem pracy państwowej służby zdrowia, która nie jest w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb ludzi umierających, gdyż oferowane środki i proponowane możliwości działania są niewystarczające.

## Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań sformułowano następujące wnioski:

1. Ponad połowa wolontariuszy ocenia opiekę paliatywną na poziomie dobrym.
2. Praca w hospicjum dla wolontariuszy jest przede wszystkim pomocą ludziom umierającym.
3. Wolontariusze ze stażem pracy w hospicjum powyżej 10 lat dostrzegają konieczność doskonalenia opieki oraz konieczność pokonywania barier finansowych, a także podnoszenia świadomości społeczeństwa.
4. Dla większej grupy wolontariuszy praca z umierającymi stanowi głębsze poznanie własnej duszy, istoty śmierci oraz zbliżenie się do Boga.

## Postulaty

Odpowiedzi uzyskane od osób uczestniczących w badaniach sugerują następujące postulaty:

1. Należy weryfikować bardzo dokładnie motywów wyboru pracy w charakterze wolontariusza.
2. Wskazane jest rozpowszechnianie informacji (w postaci broszur informacyjnych) wśród kandydatów na temat pracy w hospicjum w ramach wolontariatu.
3. Obowiązkowy udział w kursach, które umożliwią przygotowanie do opieki nad osobami umierającymi.
4. Należy dążyć do zmniejszenia negatywnych skutków, które mogą wyniknąć w trakcie kontaktu nie kompetentnych wolontariuszy z pacjentem.

5. Zaleca się wczesne rozpoznanie zagrożeń płynących z chęci pomocy osobom umierającym przez wolontariuszy, poprzez indywidualną organizację pracy oraz weryfikację treści przekazywanych chorym.

Po bardzo wnikliwej analizie zebranych informacji na temat wolontariuszy i ich pracy opracowałyśmy model opieki paliatywnej widzianej oczami wolontariuszy uczestniczących w badaniach.

Opis modelu opieki paliatywnej w opiniach wolontariuszy

<b>Idee</b>	<b>Wzorce</b>
Chęć niesienia pomocy	Zaspokojenie potrzeb biologicznych
Względy religijne	Zapewnienie komfortu psychicznego
Miłość drugiego człowieka	Umożliwienie praktyk religijnych
Względy zawodowe	Udzielenie wsparcia pacjent-rodzina
Podniesienie własnego prestiżu	Towarzyszenie w momencie śmierci
Poszukiwanie osób podobnych do nas	—

### **Propozycje zmian w opiece paliatywnej zgłoszone przez wolontariuszy**

Zebrany materiał pozwolił też sformułować propozycje zmian, które zdaniem wolontariuszy powinny być wprowadzone do opieki paliatywnej:

- podnoszenie jakości opieki,
- dofinansowanie z budżetu państwa,
- rozpowszechnianie wiedzy wśród społeczeństwa na temat wolontariatu,
- doskonalenie umiejętności rozmowy z chorym,
- zapewnienie minimalnej rozrywki choremu,
- zmniejszenie rutyny personelu pielęgniarskiego w kontakcie i pielęgnacji chorego,



- wykorzystanie pomysłów i potencjału wolontariuszy,
- doskonalenie umiejętności współpracy z rodziną.

## Bibliografia

1. Bortnowska H. (red.) (1993), *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, Kraków.
2. Górecki M. (2000), *Hospicjum w służbie umierających*, Warszawa.
3. Kalinowski M. (2002), *Towarzyszenie w cierpieniu*, Lublin.
4. Nikelski H. (1989), *Z pomocą umierającym*, Warszawa.
5. Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, Dz. U. z 29 maja 2003 r., nr 96, poz. 873.

Błażej Pasiut

# Problematyka eutanazji w oczach młodego pokolenia – postawy wobec bólu i cierpienia (doniesienie z badań)

## Wstęp

Współczesne społeczeństwo w wyniku dynamicznego rozwoju wielu dyscyplin naukowych, a co za tym idzie coraz szerszej dostępności zaawansowanych technologii, jest często stawiane przed trudnymi wyborami. Jednym z nich jest decyzja o ratowaniu życia lub zaniechaniu działań mających na celu podtrzymanie życia drugiej osoby. Wskutek rozwoju współczesnej medycyny doszło do swego rodzaju konfliktu pomiędzy możliwościami techniki medycznej a wielowiekową tradycją moralną dotyczącą życia i umierania. Sytuacja ta wyzwoliła w społeczeństwie dyskusję na temat eutanazji. Problem ten, w swej naturze bardzo skomplikowany moralnie i etycznie, budzi burzliwe dyskusje pomiędzy przeciwnikami i zwolennikami eutanazji. Dlatego też istotne wydaje się opisanie tego problemu i poznanie postaw wobec niego, zwłaszcza u młodych ludzi dopiero kształtujących swój system wartości i przekonań.

W celu poznania stanowiska tej grupy naszego społeczeństwa w 2001 roku zostały podjęte badania dotyczące postaw wobec cierpienia, śmierci oraz umierania. Badania były również prowadzone w latach 2003 i 2005. Ponieważ projekt badawczy nie został jeszcze zakończony, niniejsza publikacja ma charakter doniesienia i ukazuje najważniejsze z dotychczas otrzymanych wyników.

## Eutanazja

Zagadnienie eutanazji, choć tak szeroko dyskutowane, do tej pory nie doczekało się jednolitej definicji. Dlatego też niejasność pojęciowa utrudnia konstruktywną dyskusję nie tylko w środowisku naukowym, lecz także społeczne rozumienie tego problemu. Dla nakreślenia obrazu tego zjawiska należy zapoznać się z podstawowymi ujęciami słowa „eutanazja”.

Termin eutanazja pochodzi od greckiego słowa *euthanasia* (dobra śmierć). Jest to śmierć bezbolesna, spowodowana na życzenie nieuleczalnie chorego lub pod wpływem współczucia dla niego. Pierwszy użył tego terminu Francis Bacon, angielski filozof żyjący w siedemnastym stuleciu.

Podejście bioetyczne proponuje dwa ujęcia w rozpatrywaniu eutanazji. W wąskim rozumieniu eutanazja ma miejsce wtedy, gdy lekarz podaje nieuleczalnie choremu pacjentowi środek mający spowodować u niego śmierć i przez to ograniczyć jego cierpienia. Natomiast w ujęciu szerokim za eutanazję uznaje się zarówno podanie środka mającego spowodować śmierć, jak i zaprzestanie stosowania środków podtrzymujących życie nieuleczalnie chorego.

Na gruncie etyki chrześcijańskiej eutanazja zgodnie z Deklaracją Kongregacji Nauki Wiary oznacza czynność lub jej zaniechanie, która ze swej natury lub w zamierzeniu działającego powoduje śmierć w celu wyeliminowania wszelkiego cierpienia. Najszerszą klasyfikację zachowań składających się na pojęcie eutanazji zawiera Wielka Encyklopedia PWN (2002), gdzie eutanazję opisuje się jako „powodowane współczuciem zabicie nieuleczalnie chorego człowieka na żądanie”. Rozróżnia się eutanazję czynną, czyli taką gdzie śmierć jest wynikiem aktywnego działania (podanie środka powodującego śmierć), lub bierną, zwaną ortoanazją, w której śmierć następuje w wyniku zaniechania stosowania środków leczniczych.

Powyższe ujęcia problematyki eutanazji są tylko częścią wielkiej liczby stanowisk wobec tego problemu. Jednak niezależnie od sposobu inter-

pretacji pojawia się nieustannie pytanie o moralne i etyczne prawo do decydowania o zakończeniu życia.

## Osoby badane i narzędzia badawcze

Badaniami objęto młodzież szkół średnich (liceum ogólnokształcące). Podczas każdej edycji badań (2001, 2003, 2005) przebadano 90 osób, co daje łączną liczbę 270 badanych. Byli to uczniowie ostatniej klasy szkoły średniej.

W celu poznania postaw osób badanych wobec eutanazji skonstruowano własne narzędzie badawcze kwestionariusz zawierający siedem pytań z pięciostopniową skalą odpowiedzi.

Pytania dotyczyły następujących kwestii:

- legalizacji eutanazji,
- prawa decydowania o odebraniu życia drugiej osobie,
- sensu cierpienia,
- eutanazji jako zabójstwa,
- decyzji o wykonaniu eutanazji na sobie oraz osobie bliskiej.

Takie ujęcie problematyki eutanazji pozwoliło na szerokie ujęcie tego zagadnienia, od kwestii etycznych aż do deklaracji dotyczących potencjalnego wykonania eutanazji. Respondenci mieli do wyboru jedną odpowiedź, od wariantu „zdecydowanie tak”, poprzez „raczej tak”, „nie wiem”, „raczej nie” i „zdecydowanie nie”.

W badaniu zastosowano trzy wersje kwestionariusza różniące się instrukcją. Dwie wersje zawierały komunikaty perswazyjne mające na celu sprawdzenie podatności osób badanych na modelowanie postaw. Ponieważ jednak powyższe doniesienie z badań nie traktuje o tej części projektu badawczego, prezentacja wyników obejmie jedynie obraz postaw wobec problemu eutanazji.

## Wyniki badań

Wstępne wyniki badań pokazują, iż wśród tej grupy naszego społeczeństwa liczba zwolenników legalizacji eutanazji maleje (51% – 2001, 41% – 2005). Różnica w wynikach jest niewielka, jednak w obu przypadkach

za dopuszczeniem eutanazji jako legalnego środka skracania cierpienia opowiada się około połowa osób badanych. W ciągu pięciu lat dwukrotnie zmalała liczba osób zgadzających się z twierdzeniem, że mamy prawo decydować o odebraniu życia drugiemu człowiekowi. W 2001 roku 14,43% respondentów uważało, że ma takie prawo, natomiast w roku 2005 już tylko 7,19% badanych.

Niezwykle interesujący jest natomiast rezultat dotyczący postawy wobec cierpienia. Analizując wyniki, wyraźnie widać tendencję w kształtowaniu się przekonania, iż cierpienie nie ma sensu i należy go z życia eliminować. W okresie obejmującym projekt badawczy liczba osób odrzucających cierpienie jako środek mogący uszlachetnić człowieka wzrosła o 14%. W dalszej części kwestionariusza zadano respondentom pytanie o to, czy eutanazja jest zabójstwem. Obserwowana malejąca liczba osób postrzegających eutanazję jako zabójstwo (60% – 2001, 42% – 2005) może świadczyć o przebudowywaniu sposobu patrzenia na ten problem wśród społeczeństwa oraz na uruchamianiu silnej racjonalizacji.

Analizując behawioralny komponent postawy wobec eutanazji, ujęty w deklaracji wykonania jej na osobie bliskiej lub sobie, obserwowany jest spadek liczby osób deklarujących podjęcie takich działań (dokonanie eutanazji na osobie bliskiej doznającej cierpień: 37,09% – 2001, 32,60% – 2005; dokonanie eutanazji na sobie: 46,67% – 2001, 39,86% – 2005).

## Perspektywa dalszych badań

Kontynuowane badania mają ukazać obraz problemu w aspekcie przemian społecznych naszego kraju. Pokazać wpływ kryzysu wartości oraz zanik autorytetów potrzebnych młodzieży do kształtowania właściwych postaw moralnych i etycznych. Kontynuowany jest również wątek badań dotyczący oddziaływania komunikatów perswazyjnych na postawy u młodych ludzi. Nowym elementem, który został wpisany w projekt badawczy, jest ujęcie sposobu kształtowania się postaw w biegu życia wobec ważnych zagadnień dotyczących funkcjonowania w społeczeństwie.

## Podsumowanie

Przeprowadzone do tej pory badania ukazują obraz postaw młodzieży wobec problemu eutanazji. Zarysowane tendencje odnoszące się do zmian postaw wobec tej tematyki kreślą obraz funkcjonowania moralnego młodych ludzi w zmieniających się realiach współczesnego społeczeństwa. Badanie postaw w perspektywie upływu czasu skłania również do zadania pytania o czynniki wpływające na zmianę tych postaw. Duże tempo życia, postęp technologiczny, zanik tradycyjnych wartości oraz kształtowanie się nowych jakości i standardów etycznych zmuszają młodzież do eksperymentowania ze swoją tożsamością, systemem wartości i do poszukiwania nowych odniesień do ich kształtowania.

Ważne wydaje się uważne śledzenie tych przemian i opisywanie nimi rządzących prawidłowości, dlatego też powyższe badania oraz ich kontynuacja mają na celu nieustanne poszerzanie wiedzy na ten temat.

## Bibliografia

1. Alichniewicz A. (2002), *Eutanazja a etyczne podstawy medycyny stanów terminalnych*. w: Gałuszka M., Szewczuk K. (red.), *Narodziny i śmierć*, Warszawa.
2. Bernard C. (1996), *Godne życie. Godna śmierć*, Warszawa.
3. Fenigsen R. (1994), *Eutanazja śmierć z wyboru*, Poznań.
4. Israel L. (2002), *Eutanazja czy życie aż do końca*, Kraków.
5. Łukowska A., Karińska A. (1996), *Eutanazja jako kamuflaż*, w: *Eutanazja a opieka paliatywna, aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*, Lublin.
6. Szeroczyńska M. (2004), *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*, Kraków.
7. Teichman J. (2002), *Etyka społeczna*, Warszawa.
8. Tokarczyk R. (1984). *Prawa narodzin, życia i śmierci*, Lublin.

## Noty o autorach

### **Edward Charczuk**

b. ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Poradnią Opieki Paliatywnej i Leczenia Bólu Nowotworowego w Nowym Targu

### **Jan Iwaszczyszyn**

Krakowska Poradnia Paliatywna przy Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Krakowie

### **Alicja Kamińska**

Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa Instytutu Pielęgniarstwa  
Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum UJ

### **Wojciech Kłapa**

Zakład Pedagogiki Medycznej Instytutu Pielęgniarstwa  
Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum UJ

### **Krystyna Klimek**

Wydział Nauk o Rodzinie  
Krakowska Szkoła Wyższa im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

### **Agnieszka Kwiecińska**

Krakowska Poradnia Paliatywna przy Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Krakowie

**Dorota Magosa**

Towarzystwo Przyjaciół Chorych  
Hospicjum Św. Łazarza w Krakowie

**Agnieszka Miller**

Instytut Pielęgniarstwa  
Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum UJ

**Zbigniew Orbik**

Wydział Nauk o Rodzinie  
Krakowska Szkoła Wyższa im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

**Arkadiusz Ortenburger**

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii  
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
Poradnia Leczenia Bólu w Częstochowie  
Polskie Towarzystwo Badania Bólu

**Dorota Ortenburger**

Instytut Filozofii, Socjologii i Psychologii  
Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie  
Poradnia Leczenia Bólu  
Polskie Towarzystwo Badania Bólu  
Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu

**Błażej Pasiut**

Wydział Nauk o Rodzinie  
Krakowska Szkoła Wyższa im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

**Iwona Repka**

Instytut Pielęgniarstwa  
Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum UJ

**Dominika Siwiec**

Instytut Pielęgniarstwa  
Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum UJ

**Agnieszka Szczurek**

Wydział Nauk o Rodzinie  
Krakowska Szkoła Wyższa im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego



**Marta Szeliga**

Instytut Pielęgniarstwa

Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum UJ

**Renata Witkowska-Mańko**

Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Collegium Medicum UJ

**Katarzyna Wójcik**

Wydział Nauk o Rodzinie

Krakowska Szkoła Wyższa im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

**Joanna Wylegała**

Instytut Pielęgniarstwa

Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum UJ

