



UNIwersytet Marii Curie-Skłodowskiej
w Lublinie
Wydział Filozofii i Socjologii

Kierunek: **Nauki o poznaniu i komunikacji społecznej**

Dyscyplina: **Filozofia**

dr Marlena Stradomska

Nr albumu: 984110

Etyczne aspekty komunikacyjne w sytuacji śmierci

Rozprawa doktorska

napisana w Katedrze Etyki

pod kierunkiem prof. dr. hab. Lesława Hostyńskiego

promotor pomocniczy dr Krzysztof Rojek

Lublin 2023

Składam serdeczne podziękowania promotorowi pracy prof. dr. hab. Lesławowi Hostyńskiemu za wsparcie w przygotowaniu pracy doktorskiej.

Dobrze widzi się tylko sercem. Najważniejsze jest niewidoczne dla oczu.

Antoine de Saint-Exupéry, *Mały Książę*, rozdział XXI

WYKAZ SKRÓTÓW

ALCOR – Alcor Life Extension Foundation
APA – American Psychiatry Association
ATP – Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne
CDC – Centres for Disease Control
COVID-19 – coronavirus disease 2019, ostra choroba zakaźna układu oddechowego wywołana zakażeniem wirusem SARS-CoV-2
DNA – Kwas deoksyrybonukleinowy
DNAR – Do Not Attempt Resuscitation
DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
GUS – Główny Urząd Statystyczny
IASP – International Association for Suicide Prevention
ICCO – Międzynarodowe Stowarzyszenie Konsultantów ds. Komunikacji
ICD – International Classification of Diseases – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
IHP – Instytut Higieny Psychiczej
IPiN – Instytut Psychiatrii i Neurologii
IUS – Indywidualne Uwarunkowania Samobójstwa
KEL – Kodeks Etyki Lekarskiej
KGP – Komenda Główna Policji
KK – Kodeks Karny
MBU – Mali Bracia Ubogich
MOPS – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
MORP – Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
MZ – Ministerstwo Zdrowia
OIT – Oddział Intensywnej Terapii
OPS – Ośrodek Pomocy Społecznej
PTS – Polskie Towarzystwo Socjologiczne
PWN – Polskie Wydawnictwo Naukowe
SIRT6 – Sirtuina 6
SUS – Suicydogenne Układy Sytuacyjne
UE – Unia Europejska
WHO – World Health Organization
ZWJR – Życie Warto Jest Rozmowy

SPIS TREŚCI

WYKAZ SKRÓTÓW	8
Wprowadzenie.....	16
Metodologia badań własnych.....	25
ROZDZIAŁ I	34
ROZWAŻANIA WSTĘPNE	34
1. Wprowadzenie.....	34
1.1. Śmierć i umieranie – aspekt psychologiczny.....	34
1.2. Śmierć i umieranie – aspekt społeczny.....	36
1.3. Śmierć i umieranie – aspekt kliniczny	41
1.4. Śmierć i umieranie – aspekt medyczny, ratownictwa medycznego.....	44
1.5. Śmierć i umieranie – aspekt filozoficzny.....	45
2. Komunikacja w sytuacji śmierci	49
2.1. Rytuał jako pozajęzykowy kod komunikacyjny.	49
ROZDZIAŁ II	52
POSTAWY WOBEC ŚMIERCI	52
1. Wprowadzenie	53
1.1. Zmiana perspektywy spostrzegania śmierci.....	53
1.2. Współczesne postawy wobec śmierci.	56
1.3. Śmierć a lęk.....	60
1.4. Śmierć a ciała zmarłych.....	62
1.5. Postawy dzieci i ich kształtowanie w aspekcie śmierci.	66
1.6. Pacjent w sytuacji śmierci.....	70
1.7. Postawy wobec chorób śmiertelnych.....	72
1.8. Argumentacja dla zamachu suicydoterrorystycznego (ideologia, religia).	73
ROZDZIAŁ III	77
PROBLEMY ETYCZNE ZWIĄZANE ZE ŚMIERCIA	77
1. Wprowadzenie	77
2. Definicje i teorie śmierci.....	80

3. Korelaty związane z przedłużaniem życia	83
4. Reklama wiecznego życia – wieczna młodość	84
5. Krionika.....	88
6. Eutanazja	90
7. Komunikacja na temat śmierci	94
8. Medyczne eksperymenty prowadzone na pacjentach	96
ROZDZIAŁ IV	100
PROCES UMIERANIA JAKO OSTATNIA FAZA ŻYCIA.....	100
1. Wprowadzenie.....	100
2. Pojęcie bólu	101
2.1. Koncepcja bólu.	102
2.2. Doświadczanie bólu.....	106
2.3. Zwalczanie bólu.....	107
2.4. Ból – próba syntezy.	109
3. Cierpienie psychiczne	112
3.1. Pacjent chory a podejmowanie terapii psychologicznej.....	113
3.2. Depresja i lęk.	115
4. Etapy umierania.....	119
4.1. Koncepcja pięciu etapów umierania E. Kübler-Ross.	120
4.2. Koncepcja Pattisona.	122
4.3. Koncepcja Kesslera.	123
5. Zmaganie się ze śmiercią.....	124
5.1. Interakcja z osobą umierającą.	125
5.2. Wartość rozmowy.	126
5.3. Obecność.	127
5.4. Gdy nadchodzi moment śmierci.	128
5.5. Osoby towarzyszące podczas umierania.	128
5.6. Stres u wybranych grup zawodowych.	131

6. Koncepcja kontekstów świadomościowych B. Glasera i A. Straussa	134
6.1. Kontekst zamkniętej świadomości.....	134
6.2. Kontekst podejrzeń.	135
6.3. Kontekst wzajemnego udawania.....	136
6.4. Kontekst otwartej świadomości.	136
6.5. Interakcje w kontekstach świadomościowych a teoria wymiany.	137
7. Postawy wobec śmierci.....	139
ROZDZIAŁ V	142
INSTYTUCJONALIZACJA ŚMIERCI A ETYKA	142
1. Wprowadzenie	142
2. Śmierć w szpitalu	145
2.1. Szpital jako organizacja biurokratyczna.....	146
2.2. Zachowania i strategie personelu szpitala w stosunku do umierających.	148
3. Śmierć w hospicjum.....	150
3.1. Hospicjum – założenia, realizacja praktyczna oraz śmierć w hospicjum.	151
ROZDZIAŁ VI	154
RODZINA UMIERAJĄCEGO	154
1. Wprowadzenie	154
2. Obciążenie rodziny	154
2.1. Proces umierania a rodzina.....	156
2.2. Komunikacja z osobą umierającą.....	157
2.3. Problemy emocjonalne członków rodziny.	158
3. Adaptacja rodziny	159
3.1. Radzenie sobie z procesem umierania członka rodziny.....	167
3.2. Pomoc psychologiczna bliskim osoby umierającej.	168
ROZDZIAŁ VII	170
ŚMIERĆ SAMOBÓJCZA	170
1. Wprowadzenie	170

2. Pojęcie samobójstwa	170
2.1. Definicje samobójstwa.	171
2.2. Typologia samobójstw i pojęcia z tym związane.	172
3. Społeczna reakcja na samobójstwo	174
4. Komunikacja na temat samobójstwa.....	174
4.1. Efekt Wertera.....	176
4.2. Efekt Wertera – z czym jest związany i dlaczego jest traktowany negatywnie?	177
4.3. Efekt Papageno.	180
5. Socjotanatologiczne aspekty umierania	181
6. Cele pisania listów samobójczych.....	182
7. Komunikacja o śmierci w mediach	185
8. Inne zagadnienia.....	188
8.1. Założenia i cele przekazania informacji w przypadku śmierci w szkole.	189
8.2. Zadania psychologa szkolnego w przypadku śmierci ucznia lub pracownika placówki.	189
8.3. Działania w przypadku śmierci w hotelu.	190
ROZDZIAŁ VIII	191
REAKCJA NA ŚMIERĆ	191
1. Wprowadzenie.....	191
2. Żałoba – psychiczna reakcja na śmierć	192
2.1. Żałoba – etapy żałoby.....	192
3. Przekazanie informacji o śmierci	195
3.1. Lingwosecuritologia (językowe aspekty bezpieczeństwa).....	199
ROZDZIAŁ IX	201
PROBLEMY ETYCZNE ZWIĄZANE ZE ŚMIERCIA – PRÓBA SYNTEZY	201
1. Wprowadzenie.....	201
2. Wokół problemów etycznych związanych ze śmiercią.....	202
2.1. Śmierć a konsumpcjonizm.....	205
3. Dlaczego etyczne aspekty komunikacyjne są ważne?	212

4. Implikacje praktyczne dotyczące etycznych aspektów komunikacji	215
ZAKOŃCZENIE	218
ANEKSY	226
BIBLIOGRAFIA	393

Wprowadzenie

Śmierć można rozumieć jako koniec ludzkiego życia. Jednocześnie jest ona jednym z uniwersalnych, a zarówno najmniej znanych faktów ludzkiego funkcjonowania. Wiadomym jest, że śmierć jest nieunikniona, a jednocześnie myśl o niej powoduje pojawienie się mechanizmu związanego z wyparciem w ujęciu psychodynamicznym¹. Należy zwrócić uwagę, jak na przestrzeni czasu określano śmierć. Dawniej uznanie kogoś za zmarłego dotyczyło odejścia w aspekcie duchowym. Natomiast kiedy pojawiły się nauki nowożytne, utożsamiono śmierć z ustaniem funkcji oddechowych. W XVII wieku odkrycie krążenia krwi przez Harveya pozwoliło ustalić dodatkowy czynnik określający śmierć człowieka. Wiek XVIII zapoczątkował stosowanie resuscytacji w celu przywrócenia funkcji życiowych. Miało to na celu uchronić osoby przed śmiercią lub dać pewność, że śmierć już nastąpiła (Kania, 2007). Śmierć biologiczna odnosi się jednak do śmierci ciała, a człowiek jest wszakże istotą odczuwającą, funkcjonującą w stosunku społecznym.

Śmierć obecna jest w filozofii, psychologii, religii, malarstwie, literaturze, sztuce, jest także obiektem badań interdyscyplinarnych grup naukowców. Jednocześnie temat ten stanowi wspólny element wielu rozważań teoretycznych, które są eksplorowane w ostatnich latach. Oprócz tradycyjnego ujęcia śmierci omawianego przez teologów czy lekarzy pojawiają się prace psychologów, psychiatrów, socjologów, etyków i innych przedstawiające śmierć i proces umierania z bardziej poszerzonego stanowiska.

Odpowiadając na pytanie, czym jest śmierć, należy zwrócić uwagę na różnorodne aspekty. Mowa tu o perspektywie filozoficznej, teologicznej, prawnej, socjologicznej czy medycznej. W ujęciu religijnym bądź filozoficznym śmierć określana jest jako oddzielenie duszy od ciała. W takim podejściu istnieje świat pozaziemski, do którego zmierza dusza zmarłego. Socjologia zajmuje się zjawiskami dotyczącymi śmierci w sposób weryfikowalny statystycznie oraz ich interpretacją. Medycyna, ujmując ogólnie, definiuje śmierć jako zakończenie życia. Musi być ono udowodnione poprzez potwierdzenie braku funkcji witalnych organizmu (Kania, 2007).

Można zauważyć, że różne religie oraz wierzenia charakteryzują się dużym szacunkiem do śmierci. Religie zachodnie koncentrują się na dążeniu do nieśmiertelności, natomiast wschodnie cechują się wiarą w reinkarnację. Hindusi uważają, że śmierć to oddzielenie ciała subtelnego od fizycznego. Według nich nieśmiertelność pojawia się wtedy, gdy ciało subtelne opuści człowieka

¹ Wyparcie to jeden ze znanych w psychologii mechanizmów obronnych osobowości. To proces nieświadomy, który polega na tym, aby nie dopuścić do świadomości takich elementów, jak myśli, uczucia, wspomnienia itd. Wymienione mogą doprowadzić do pojawienia się bolesnych wspomnień czy skojarzeń, które mogą zagrozić całości funkcjonowania jednostki.

przez nerw od serca w kierunku głowy. Reinkarnacja ma miejsce, gdy ciało subtelne wychodzi przez ciało fizyczne w każdy inny sposób. W hinduizmie i buddyzmie jest podobnie. Nieśmiertelność jest możliwa dzięki pełnemu pogodzeniu się ze śmiercią. W judaizmie śmierć to kara za grzechy nieposłuszeństwa popełnione za życia. Życie po śmierci jest tutaj rozumiane jako element egzystencji człowieka. Chrześcijanie natomiast uważają śmierć za początek wyższej jakości bytowania niż życie doczesne. Człowiek pojmowany jest jako jedność, którą może uzyskać dzięki zmartwychwstaniu. Podobnie muzułmanie określają śmierć jako początek nowego życia – sprawiedliwego osądu (Tworkowska, 2013, s. 16–18).

Zwracając uwagę na obszerny charakter zjawiska śmierci oraz liczne refleksje go dotyczące, warto przytoczyć kilka aspektów, na które zwraca uwagę Antoni Kępiński w swojej książce *Lęk*. Podkreśla on, że ludzie mniej boją się śmierci, jeżeli czują się spełnieni w tym, co robią w życiu. Dodatkowo uważa, że ciało jest śmiertelne, natomiast dusza nie. Wyjaśnia to na przykładzie osób doświadczonych przymusowym pobytem w obozach koncentracyjnych. Więźniowie, którzy nie myśleli o śmierci, lecz o tym, jak przetrwać, częściej przeżywali. Kępiński (1977) podkreśla, że słowa i uczucia są nieśmiertelne, ponieważ niektóre idee trwają nadal pomimo śmierci ich twórców.

Wybór tematu pracy doktorskiej

Mimo tak ogromnego dorobku polskich i zagranicznych naukowców, instytucji, organizacji, towarzystw śmierć stanowi integralną część funkcjonowania człowieka. Główną motywacją autorki do napisania niniejszej pracy była przede wszystkim działalność praktyczna w zawodzie psychologa i psychoterapeuty, a także Eksperta Biura ds. Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (działającym przy Ministerstwie Zdrowia), gdzie na co dzień spotyka się z osobami, które doświadczają kryzysów, w tym suicydalnych. Członkami towarzystw i organizacji związanych z tematem podejmowanym w niniejszej pracy są psychologowie, prawnicy, socjologowie, lekarze, psychiatry czy nauczyciele akademicy. Wiele osób zwraca uwagę na etyczne aspekty związane z komunikacją w sytuacji śmierci. Jednakże współpraca specjalistów z wielu dziedzin pozwala na eksplorowanie danego tematu badawczego. Niewątpliwie tematyka związana z pandemią koronawirusa – COVID-19 dowodzi, jak bardzo ważnym elementem jest etyka w działaniach pomocowych czy medycznych, chociażby zważając na kwestię dotyczącą przekazywania informacji na temat śmierci czy umierania.

Istnieje prawdopodobieństwo, że wiedza ta nie jest eksponowana w wielu programach nauczania, a praktyka zawodowa wymaga poznania interwencji kryzysowej w aspekcie samobójstwa, terapii psychologicznych czy wyróżniania symptomów presuicydalnych u pacjentów. Za

brak takiej interwencji może grozić odpowiedzialność karna, a ludzie nie zawsze są świadomi swoich praw i obowiązków. Istotne jest szukanie sposobów na poradzenie sobie w sytuacji kryzysowej i nietraktowanie tego zagadnienia jako tematu tabu (ZWJR, (b.d.[a])).

W literaturze wyróżnionych jest wiele uwarunkowań, które mogą doprowadzić człowieka do targnięcia się na własne życie. Statystyki Komendy Głównej Policji (KGP) czy Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) każdego roku są zatrważające (ZWJR, (b.d.[a])).

Wiele osób nie wie, jak rozmawiać z rodziną, która przeżywa śmierć bliskiej osoby. Nie wiadomo często też, jak informować o śmierci, cierpieniu czy trudnych do przyjęcia diagnozach medycznych. Niemniej brakuje implikacji praktycznych, które mogą przyczynić się do zniwelowania takiego stanu rzeczy. W pracy zawodowej autorka zauważyła, że różnice związane z radzeniem sobie z tymi traumatycznymi kwestiami wynikają przede wszystkim z różnic indywidualnych. Duże znaczenie ma wiek, status społeczno-ekonomiczny, wcześniejsze doświadczenia życiowe i zdrowotne, obecność chorób psychicznych, a przede wszystkim możliwość i gotowość do skorzystania ze wsparcia specjalistycznego (Brodniak, 2007).

Autorka dysertacji w pracy magisterskiej eksplorowała temat związany z *Kontrolą emocji a wypaleniem zawodowym wolontariuszy [w szpitalu i klinice psychiatrycznej]*. W trakcie pięcioletniej praktyki i wolontariatu w klinice i szpitalu psychiatrycznym zauważyła deficyty związane z funkcjonowaniem placówek psychiatrycznych i innych w kontekście komunikacji.

Autorka niniejszej pracy wskazuje, że materiał, do którego można było dotrzeć, nie jest w pełni reprezentatywny. Kwestia ta dotyczy tego, że specyfika zjawiska, jakim jest śmierć i umieranie, powoduje, że w pewnych okresach publikowano tylko wybrane prace na ten temat². Trudnością było także to, że źródła zostały zniszczone lub zagubione w wyniku działań wojennych i innych (Gniewkowska, 1973). Ciekawym aspektem jest również to, że nawet w niektórych profesjach zmieniał się sposób komunikowania na temat śmierci – w przypadku instytucji nawet w wewnętrznych wytycznych.

W niniejszej pracy nie został w pełni zrealizowany zamysł przedstawienia wszystkich perspektywy etycznych aspektów komunikacyjnych ze względu na ograniczenia wynikające z ogromnej ilości materiałów oraz różnorodnych uwarunkowań związanych ze zmianami w postrzeganiu tego tematu oraz tego, że autorka dokonała subiektywnych wyborów dotyczących treści. Niemożliwe jest wymienienie, opisanie i zaznaczenie wszystkich dzieł, inicjatyw oraz aktywności badaczy w zakresie śmierci i umierania. To temat wyjątkowo interdyscyplinarny, gdyż szereg profesji, instytucji jest zaangażowanych w realizację niektórych działań, a tak naprawdę śmierć dotyczy każdego z osobna.

² Kwestia dotyczy określonych aspektów społecznych, ogólnego zainteresowania przedstawicieli danych dziedzin nauki.

Podczas kwerendy źródłowej dokonano przeglądu kilku tysięcy materiałów, a do ostatecznych analiz zakwalifikowano 482 pozycje bibliograficzne, które zostały zamieszczone w spisie bibliograficznym, zajmując ostatecznie 32 stron.

Nierównowagę w tej kwestii może kompensować załączony do pracy *Album* (ostatnia część pracy), w którym znajdują się różne źródła: okładki prac, faksymile dokumentów, wycinki prasowe, dzieła sztuki z obszaru śmierci i umierania oraz inne³. Dodać warto, że inspiracją do stworzenia wskazanej części ikonograficznej była książka *Historia polskiego szaleństwa. T. 1: Słońce wśród czarnego nieba. Studium melancholii* autorstwa Miry Marcinów (2017). Materiał wskazuje na wielość kontekstów, w których problem ten funkcjonuje w nauce i kulturze popularnej⁴. Dodatkową inspiracją w zakresie etycznych aspektów komunikacji w sytuacji śmierci była praca Antoniny Ostrowskiej *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa* (1991) oraz dzieło Tadeusza Ślipki *Etyczny problem samobójstwa* (2008). Autorka bazowała też na doświadczeniu przygotowania dysertacji doktorskiej dotyczącej tematyki psychologii samobójstwa pt. *Ewolucja problematyki polskiej psychologii samobójstwa w latach 1877–2017*, obronionej w roku 2022.

Próba wyjaśnienia tematu pracy – *Etyczne aspekty komunikacyjne w sytuacji śmierci*

Wyjaśnienie tematu pracy jest zagadnieniem obszernym ze względu na ilość aspektów, które można przytoczyć, realizując określony temat. Istotnym elementem w przypadku niniejszej pracy jest wszystko to, co etyczne. Sklasyfikowanie wielości etycznych perspektyw będzie skomplikowane z uwagi na to, że będzie zależało od jednostki, kultury, wyznawanych wartości, doświadczeń konkretnej osoby oraz środowiska, w którym dana osoba się rozwija.

Etyka wg ks. prof. Tadeusza Ślipki (2002, s. 22) jest to „nauka filozoficzna, która formułuje ogólne zasady moralne oraz szczegółowe normatywy ludzkiego działania za pomocą wrodzonych człowiekowi zdolności poznawczych”. Etyka to także filozofia moralności / wartości, która zadaje pytania o hierarchię dóbr, wartości. Co więcej, etyka zajmuje się nie tym, co jest, ale tym, co powinno być. To pytania dotyczące hierarchii dóbr, podstaw norm moralnych (Kamiński, 1974).

Etyka, zwana też ogólną teorią moralności, zaliczana jest do jednego z pięciu głównych działów filozofii, na którą składa się ontologia (ogólna teoria bytu), epistemologia (ogólna teoria poznania), logika (ogólna teoria poprawnego rozumowania i uzasadniania twierdzeń) i estetyka

³ W czasie kwerendy prowadzonej od 2017 roku autorka odszukała i skategoryzowała ponad tysiąc przykładów okładek prac poświęconych śmierci i umieraniu, faksymiliów dokumentów, wycinków prasowych, materiałów profilaktycznych, broszur, ulotek, dzieł sztuki, obrazów itd. Analiza i zawartość niniejszych materiałów mogłaby stać się materiałem do zupełnie innej rozprawy doktorskiej.

⁴ Zbiór materiałów zawartych w *Albumie* zawiera wybrane materiały, które dotyczą tematyki śmierci i umierania.

(ogólna teoria piękna / teoria poznania zmysłowego) (Zajadło, 2020). Dodatkowo etyka to „nauka o moralności, zajmująca się opisem, analizą i wyjaśnieniem rzeczywiście istniejącej moralności i ustaleniem dyrektyw moralnego postępowania” (Dubisz, 2008, s. 858).

Etyka jest jednym z najważniejszych elementów każdego zawodu. Określa wartości, według których człowiek powinien postępować, wyznacza ograniczenia, pozwala odróżniać dobro od zła, sformułować normy moralne obowiązujące w danym środowisku. Zasady etyczne w odróżnieniu od norm moralnych są ogólnymi, filozoficznymi twierdzeniami, wynikającymi z wyznawanego światopoglądu – zarówno świeckiego, jak i religijnego. Różne zasady etyczne prowadzić mogą do takich samych zasad moralnych.

Różne systemy etyczne:

- Chrześcijaństwo – życie jest darem boskim (wartością nadrzędną),
- Buddyzm – odbieranie życia jest równoznaczne z zadawaniem największego cierpienia,
- Humanizm (ateizm) – życie ludzkie jest największą wartością – każdy z nas ma takie samo prawo do życia,
- Anarchizm – życie należy do jednostki i jest gwarantem jej najważniejszego prawa – prawa do wolności.

Etyka zawodowa jest szczególnie ważna w przypadku zawodów zaufania publicznego, określa ją np. Kodeks Etyczno-Zawodowy PTP, Kodeks Etyki Lekarskiej KEL. Kodeks etyki zawodowej to „spisany zbiór norm i zasad określających, które zachowania w danym zawodzie są uznawane za moralne, a które należy potępić” (GOV, b.d.). Zasady etyki zawodowej, do których należą m.in. uczciwość, rzetelność, profesjonalizm, muszą obowiązywać wszystkich przedstawicieli danego zawodu. Natomiast ich złamanie może skutkować nałożeniem pewnych sankcji. W skrajnych przypadkach może nawet dojść do odebrania prawa do wykonywania zawodu.

Etyka zawodowa ma na celu ochronę życia, zdrowia, majątku drugiego człowieka, jak również poszanowanie godności jednostki oraz brak dyskryminacji w aspekcie badań naukowych. Dotyczy także elementów chrześcijaństwa (10 przykazań Bożych), dziennikarstwa, jak i prawa (Konstytucja RP).

Temat dotyczący śmierci i umierania jest czymś zdecydowanie skomplikowanym. Ważne jest komunikowanie się w każdej sytuacji, nawet tej bez wykorzystywania słów, m.in. w sytuacji pacjenta z diagnozą choroby terminalnej. Interpersonalne komunikowanie się jest procesem wymiany znaków i symboli, którym nadawane jest znaczenie w kontekście bezpośredniej lub pośredniej interakcji z innymi ludźmi (Morreale i in. 2011). Dodatkowo można uznać, że komunikacja jest procesem organizowania wiadomości oraz środków przekazu w celu tworzenia znaczenia (Frey, Botan, Kreps, 2000).

Komunikowanie się to dwustronny proces przekazywania informacji w formie symbolicznej przez odpowiednie kanały między nadawcą a odbiorcą (Ober, 2013). Do istotnych aspektów komunikacji należy to, że nadawca przekazuje intencje stanowiące źródło treści komunikowanych. To także kod, za pomocą którego informacje mogą zostać przekazane w sposób werbalny i niewerbalny, odbiorca oraz sposób zinterpretowania odebranych przez niego informacji (We-ryszko, 2020).

Komunikacja niewerbalna to wszystkie zachowania, cechy i obiekty (z wyjątkiem słów), które przekazują wiadomości i mają wspólne społecznie znaczenie. Odnosi się ona do aspektów wyglądu fizycznego, ruchów ciała, tonu głosu, wyrazów twarzy, ruchów oczu, dotyku i sposobów wykorzystywania przedmiotów (Morreale i in., 2011).

Komunikacja werbalna jest to komunikacja słowna i językowa, w postaci mowy lub pisma (Dolna, 2019). Do funkcji komunikacji można zaliczyć elementy:

- informacyjne – polegające na zdobywaniu informacji o otoczeniu,
- edukacyjne – dotyczące rozwoju nauki,
- identyfikacji osobistej – pozwalające na utożsamienie się z daną grupą,
- integracyjne – tworzące więzi między ludźmi,
- mobilizacyjne – pobudzające do określonego działania,
- rozrywkowe – związane z relaksem i odpoczynkiem.

Do cech procesu komunikacji można zaliczyć zachodzące w określonym kontekście społecznym zjawiska społeczne. Traktowany jest on jako proces kreatywny, który może polegać na budowaniu nowych pojęć, a jednocześnie dynamiczny, gdyż pozwala na przyjmowanie, rozumienie czy interpretowanie informacji. Co ważne, wydanie komunikatu jest nieodwracalne.

Kolejnymi cechami procesu komunikacji są jego ciągłość (trwa od narodzin do śmierci), symboliczność (wykorzystuje symbole i znaki), interakcyjność (może przyjmować charakter partnerski, dominacji i podporządkowania). Komunikowanie jest celowe i świadome oraz nieuchronne, tzn. nikt nie może się nie komunikować. Nawet w sytuacjach kryzysowych, trudnych i skomplikowanych, jak w okolicznościach śmierci i umierania, zachodzi komunikacja.

Natomiast elementy procesu komunikowania to:

1. Kontekst – to warunki, w jakich można realizować komunikację między nadawcą a odbiorcą. Istnieje kilka aspektów komunikacyjnych, m.in. fizyczne, psychologiczne, historyczne czy kulturowe.
2. Uczestnicy – komunikowanie musi zachodzić między nadawcą a odbiorcą. Można wyróżnić formę komunikowania się nieformalnego, w którym role są symetryczne lub

asymetryczne. W procesach sformalizowanych role często można określić jako niesymetryczne, m.in. w przypadku sytuacji służbowej.

3. Komunikat – jest traktowany jako jeden z ważniejszych elementów procesu komunikowania; wiadomość, która jest zakodowana.
4. Kanał – stanowi drogę przekazywania komunikatu między osobami biorącymi udział w procesie komunikowania się.
5. Szумы – inaczej dystraktory, które traktowane są jako różnorodne zakłócenia. Mogą przybierać formę zewnętrzną, jak i wewnętrzną czy semantyczną, związaną z błędnym użyciem danego komunikatu przez nadawcę (Frączek, 2012).

Struktura pracy

Niniejsza dysertacja doktorska składa się z dziewięciu rozdziałów. Rozdział pierwszy ma charakter wprowadzający w kontekst problemu śmierci i umierania. Początkowa część pracy dotyczy metodologii badań własnych oraz motywacji do napisania niniejszej dysertacji. W tym rozdziale skupiono się na śmierci i umieraniu w różnych aspektach. Wyróżniono kwestie psychologiczne, społeczne, kliniczne oraz medyczne. Każda z nich jest związana z tematyką pracy, jednakże w różny sposób, bazujący na zupełnie innych komponentach. Skupiono się także na opracowaniu zagadnienia rytuału jako pozajęzykowego kodu komunikacyjnego. Praca liczy 424 stron, w tym 48 jest aneksami, 120 jest w albumie.

W rozdziale drugim zajęto się tematyką postaw wobec śmierci. Zwrócono uwagę na aspekty, które są istotne w sytuacji zmiany perspektywy spostrzegania śmierci, a także na współczesne stanowiska wobec śmierci. Interesującą część poświęcono emocjom i trudnościom w obcowaniu ze śmiercią i umieraniem – należy do nich m.in. lęk. Zajęto się także treściami oscylującymi wokół śmierci oraz traktowania ciał zmarłych po śmierci, co z kolei odnosi się do szeregu kwestii etycznych. Dodatkowo wyróżniono komponenty dotyczące kształtowania się postaw społecznych w stosunku do śmierci. Skupiono się także na sytuacji pacjenta, który choruje, jest w trakcie diagnozy lub już zna źle rokującą diagnozę. Zatem pacjent w sytuacji śmierci może przeżywać szereg trudności w interdyscyplinarnym ujęciu – indywidualnym, społecznym, rodzinnym, zawodowym. Wyzwanie może stanowić pogodzenie się z tym, że osoba bliska została dotknięta chorobą śmiertelną, a jej otoczenie nie ma możliwości w realny sposób polepszyć tego stanu. Pojawia się w tym aspekcie szereg trudności komunikacyjnych, gdyż do tak skomplikowanej i wyczerpującej sytuacji nie można się przygotować.

W rozdziale trzecim zawarto informacje o wybranych problemach definicyjnych, korelatkach związanych z przedłużeniem życia i reklamą wiecznego życia, które w XXI wieku, osiągając dużą popularność, poskutkowały powstaniem szeregu stereotypów i trudności związanych z akceptacją starości. Problem ten dotyczy także chorób, utraty sprawności fizycznej, intelektualnej czy zmiany aparycji. Zagadnieniem istotnym w kontekście etyki będzie klonika i eutanazja. Choć w Polsce zmiany w tym obszarze nie są zapowiadane, niejednokrotnie wśród opinii publicznej wiąże się to z przeżywaniem trudności emocjonalnych, strachu, lęku i obawy przed wizją swojej przyszłości. Wskazane zostały aspekty cechujące powszechną trudność w ich akceptacji, co do których postęp wydaje się na ten moment mało prawdopodobny. Dodano także elementy dotyczące komunikacji na temat śmierci i umierania oraz wskazano zagadnienie medycznych eksperymentów prowadzonych na pacjentach.

W czwartej części pracy pojawiła się tematyka dotycząca procesu umierania traktowanego jako ostatnia faza życia. Śmierć i umieranie łączy się z pojawieniem się bólu i cierpienia. To zagadnienie można rozważać z perspektywy nie tylko psychologicznej i neurologicznej, ale również na poziomie społecznym i etycznym. Opisane zostało zatem pojęcie bólu, koncepcje związane z bólem i doświadczaniem cierpienia. Istotną kwestią praktyczną jest także uśmierzenie bólu przy wykorzystaniu nowoczesnych technologii czy medycyny, możliwe dzięki zasobom instytucjonalnym i pozainstytucjonalnym. Skoncentrowano się także na cierpieniu psychicznym, które w konsekwencji może wywołać depresję i lęk. Podjęto zagadnienie dotyczące etapów umierania i wybranych koncepcji na ten temat – pięcioetapowej koncepcji Kübler-Ross, trójfazowej koncepcji Pattisona oraz pięcioetapowej koncepcji Kesslera. Ważnym tematem była także kwestia dotycząca zmagania się ze śmiercią oraz interakcji z osobą umierającą. Zaznaczono istotne elementy, do których zaliczyć można wartość rozmowy, obecność, moment pogodzenia się z odchodzeniem bliskiej osoby oraz opisano kontekst zawodowy obcowania ze śmiercią.

W tym rozdziale omówiono także niektóre tematy dotyczące pacjenta w obliczu śmierci – osobowościowe uwarunkowania, wiek i zawód, związek zaburzeń psychicznych i innych. Przybliżono koncepcję kontekstów świadomościowych Barneya Glasera oraz Anselma Straussa. Wskazano kontekst zamkniętej świadomości, podejrzeń, wzajemnego udawania, otwartej świadomości, a także interakcje w kontekstach świadomościowych a teorię wymiany – zagadnienia istotne w aspekcie etyki. Natomiast w medycynie brak takich zagadnień, gdyż praca w określonych placówkach wiąże się z przestrzeganiem pewnych procedur, a w XXI wieku pacjent niezależnie od wieku, stanu zdrowia, motywacji i innych czynników jest informowany o tym, jak wygląda jego sytuacja zdrowotna oraz jakie są szanse wyzdrowienia.

W rozdziale piątym przedstawiono wybrane problemy dotyczące instytucjonalizacji śmierci – podjęto rozważania na temat śmierci w szpitalu oraz określonych procedur

biurokratycznych z tym związanych. Zwrócono uwagę na zachowania i strategie personelu szpitala w stosunku do umierających. Warty uwagi tematem była śmierć w hospicjum oraz najważniejsze procedury w tym miejscu, uwzględniające założenia tejże instytucji, realizację praktyczną opieki.

W rozdziale szóstym zajęto się zagadnieniem dotyczącym rodziny umierającego. Niewątpliwie śmierć członka rodziny doprowadza do przeformułowania założonych celów przez rodzinę traktowaną jako najmniejsza komórka społeczna. Czynności, które były wykonywane przez zmarłego, zostały przekazane innemu członkowi rodziny. Zatem ważnym tematem jest zastanowienie się nad zagadnieniem obciążenia rodziny, jej adaptacji czy stresu z tym związanego. Istnieje szereg implikacji praktycznych, które mogą pomóc osobom najbliższym w radzeniu sobie ze stratą. Pomagają w tym specjaliści z zakresu zdrowia psychicznego, jednakże aby doszło do prawidłowej relacji terapeutycznej, muszą zostać spełnione zasady, takie jak: szczerłość, motywacja czy gotowość do wprowadzania zmian we własnym życiu. Rodzina umierającego w procesie odchodzenia osoby bliskiej jest postawiona w bardzo trudnej sytuacji – jeżeli nie jest to śmierć nagła, proces umierania może trwać miesiące czy lata, co również będzie wpływało na status socjoekonomiczny osoby opiekującej się oraz jej stan emocjonalny.

Rozdział siódmy został poświęcony śmierci samobójczej. Opisano pojęcie, definicje samobójstwa, a także społeczną reakcję na nie czy komunikację w tym obszarze. Wskazano efekty, które pojawiają się w suicydologii. Pozytywnym efektem w sytuacji zagadnień suicydologicznych jest efekt Papageno, zestawiony z efektem Wertera, który w wielu przypadkach doprowadza do naśladownictwa w autodestrukcji. W rozdziale zawarto informacje o celach pisania listów samobójczych, komunikacji w mediach czy działaniach praktycznych mających na celu zapobieganie aktom autodestrukcji.

W rozdziale ósmym postarano się podsumować zagadnienia związane z żałobą i jej etapami, zależnymi od uwarunkowań indywidualnych człowieka. Ważną treścią jest pogrzeb w ujęciu społecznej reakcji na stres.

W ostatnim rozdziale podsumowano przemiany w zakresie śmierci i umierania. Postawiono także hipotezy na temat dalszego rozwoju etyki w tym kontekście. Postarano się odpowiedzieć na pytania, dlaczego etyczne aspekty komunikacyjne są ważne i jakie zmiany mogą w związku z tym nastąpić w przyszłości. Rozprawa zakończona została podsumowaniem, w którym autorka odpowiedziała na postawione pytania badawcze oraz wypunktowała fakty związane z dostrzeżonymi implikacjami praktycznymi.

Rozprawę zamyka *Aneks*, który według autorki jest klarownym podsumowaniem rozważań, a jednocześnie skrótowym wyznaczeniem inspiracji do dalszych rozważań zarówno teoretycznych, jak i praktycznych w tym zakresie. Autorka zdecydowała się na zawarcie tak

szczegółowej części pracy, ponieważ w trakcie przygotowywania rozprawy doktorskiej zauważyła, że ilość wątków jest tak bardzo rozbudowana, że temat mógłby być jednocześnie pracą składającą się z kilkunastu tomów. *Aneksy* mogą stanowić dalsze źródło inspiracji dla innych badaczy, ale także możliwość rozbudowy własnej koncepcji autorki w przyszłości. Pewną nierównowagę zawartych tematów w części głównej pracy chciała zrekompensować empirycznym podejściem do tematu, ukazując mnogość nazwisk, zdarzeń, publikacji czy wyrazów śmierci nie tylko w literaturze i sztuce. Inspiracją do stworzenia opowieści ikonograficznej była książka Miry Marcinów (2017) *Historia polskiego szaleństwa. T. 1: Słońce wśród czarnego nieba. Studium melancholii*. Materiał pokazuje wielość kontekstów, w których problem ten funkcjonuje w nauce i kulturze popularnej⁵.

Zawarto w nim m.in. zestawienie czasopism polskich i zagranicznych wykorzystanych w pracy, wykaz wybranych prelekcji, spis najważniejszych nazwisk i dat dotyczących badań w aspekcie śmierci i umierania, wyszczególnienie wybranych instytucji akademickich wraz z nazwą przedmiotu i prowadzącym realizującym zagadnienia związane ze wskazaną tematyką oraz osie czasu przedstawiające wieloaspektową ewolucję działań w zakresie śmierci. W *Aneksie* wyszczególniono *Album*, czyli wykaz materiałów źródłowych na temat śmierci i umierania.

Metodologia badań własnych

Niniejsza dysertacja stanowi omówienie dotychczasowego, jednakże wyselekcjonowanego stanu wiedzy z obszaru etycznych aspektów komunikacyjnych w sytuacji śmierci.

Jak wynika z literatury, w niektórych przypadkach nie jest możliwe, aby oddzielić medycynę, w tym psychiatrię, nauki społeczne od psychologii, etyki czy nauk pokrewnych. Wielu badaczy tego tematu, jak Antoni Kępiński⁶ (1918–1972) czy Kazimierz Dąbrowski⁷ (1902–1980), było wykształconych w co najmniej kilku dziedzinach. Dodatkowo sprawowanie jednocześnie kilku funkcji zawodowych, realizacja działań interdyscyplinarnych pomagały w tym, aby lepiej rozumieć zarówno pacjenta, jak i otaczający świat w kwestii zawodowej, naukowej, a także osobistej.

Zagadnienia związane z metodologią badań odnoszą się przede wszystkim do sformułowania: przedmiotu, celu, problemów badawczych oraz hipotez. Konieczne jest także dobranie

⁵ Zbiór materiałów zawartych w *Albumie* zawiera wybrane okładki oraz strony tytułowe książek i materiałów dotyczących tematyki śmierci.

⁶ Antoni Kępiński – polski lekarz, psychiatra, naukowiec, humanista i filozof.

⁷ Kazimierz Dąbrowski – polski lekarz, psychiatra, psycholog kliniczny, filozof oraz pedagog, założyciel Instytutu Higieny Psychiczej.

odpowiednich metod, technik oraz narzędzi badawczych. W przypadku opracowania dysertacji doktorskiej ważne jest określenie podstawowych pojęć terminologicznych w celu jednoznacznego zrozumienia i poznania procedury oraz terminologii z zakresu metodologii badań. Warto rozpocząć od charakterystyki pojęć: *badanie*, *metodologia*, *metodologia nauk*, a także *metodologia badań*. Nowak (1985, s. 15) badanie określił jako „fragment ogółu czynności naukowych, ten odcinek procesu poznawczego, który polega na zbieraniu i analizie danych w toku bezpośredniego lub pośredniego kontaktu z rzeczywistością badaną i który zmierza do uzyskania odpowiedzi na sformułowane uprzednio pytanie czy rozstrzygnięcia prawidłowości sformułowanej hipotezy”. W świetle dostępnej literatury badanie naukowe można uznać za proces. Jego przedmiotem może być proces poznania naukowego, co potwierdza Jerzy Brzeziński (2003). Badacz proponuje schemat poznania naukowego, który jest modelem opartym na czterech głównych komponentach: faktach, teorii, przewidywaniach oraz faktach (Brzeziński, 2003).

Kotarbiński określa metodologię jako „naukę o metodach, czyli sposobach umiejętnego działania” (Kotarbiński, 1986, s. 4). Ponadto pojęcie metodologia może być rozumiane jako „technologie, metodyka, ideologia, metateoria” (tamże). Zaś według Dutkiewicza metodologia to technologia rozumiana jako sposób przeprowadzania badań. Oprócz tego metodyka to sposób, w jaki można posługiwać się metodami, a aspekty wartościujące są związane z ideologią (Dutkiewicz, 2009). Kolejną kwestią jest metateoria tworząca najwyższy poziom trójki, który związany jest z metodami, a także konstruowaniem założeń teoretycznych oraz, co najważniejsze, krytyczną analizą tych aspektów (Dutkiewicz, 2009). Zgodnie z rozważaniami kolejnego uczonego (Okoń, 1995, s. 18) metodologia nauk określana jest jako „metoda o działalności naukowej, obejmującej sposoby przygotowywania i prowadzenia badań naukowych oraz opracowania ich wyników, budowy systemów naukowych oraz ułatwienia w mowie i piśmie osiągnięć nauki”. Okoń uznaje, że w zależności od zakresu stosowania definicji wyróżnia się metodologię ogólną oraz metodologię szczegółową, która bada metody oraz systemy wybranych nauk (tamże). Według Pytkowskiego (1985) metodologię można określić także jako naukę o metodach naukowego badania, której celem jest naukowe rozważanie, badanie, wyjaśnianie, opracowywanie zasad i reguł, które doprowadzają do sytuacji prawidłowego stosowania metod naukowych w zależności od określonych warunków. W książce *Zasady badań pedagogicznych* Tadeusz Pilch stwierdza, że metodologia formułuje się dla każdej dziedziny nauki, gdyż każdej dziedzinie towarzyszy różnorodność. Kwestia ta określana jest jako pluralizm metodologiczny, który stwierdza o różnorodności metod badawczych w aspekcie zróżnicowania otaczającej rzeczywistości (Krzyżanowski, 1999). Generalnie treść metodologii związana jest z: istotą metod, miejscem, znaczeniem i rolą w procesie badawczym, systematyką metod, powiązaniem między metodami czy opracowywaniem prawidłowości metodologicznych. Wobec tego metodologia to przede wszystkim tworzenie ogólnego

modelu procedur naukowych oraz opis procesu konstruowania i przeobrażania się różnych teorii (Pilch, 1998).

Metodologia badań psychologicznych jest opracowywana i rozumiana wieloaspektowo. Ważną koncepcją jest podzielenie badań na trzy rodzaje: teoretyczne, weryfikacyjne oraz diagnostyczne. Jak podaje Pilch, badania teoretyczne oparte są na studiowaniu teorii zawartej w dokumentach i opracowaniach. W tym przypadku jest to wyjątkowo ważna kwestia, gdyż niniejsza praca ma wymiar głównie teoretyczny, choć nie zabraknie w niej przykładów, które wykorzystywane są w praktyce. Kolejnym rodzajem są badania weryfikacyjne, stanowiące próbę sprawdzenia skutków zastosowanych w praktyce rozwiązań, działania określonego układu, poszukiwania cech czy innych właściwości. Ostatnim elementem są badania, które mają na celu diagnozę, np. zjawiska.

Przeprowadzanie badań, analiza i ich opracowywanie nie jest możliwe bez zrozumienia procesu poznania naukowego. Według Dutkiewicza badania czy rozważania teoretyczne dotyczą określonej teorii naukowej lub koncepcji naukowej. Autor wymienia podział prac empirycznych na: deskryptywne, eksploracyjne oraz replikacyjne. Analiza faktów, zjawisk oraz mechanizmów funkcjonowania jest przypisywana pracom deskryptywnym, które są znaczące w przypadku niniejszej dysertacji. Prace eksploracyjne dotyczą badania związków i zależności przyczynowo-skutkowych pomiędzy analizowanymi zjawiskami. Ostatnią grupą wymienianą przez autora są prace replikacyjne, zajmujące się określonym problemem. W tych pracach zwracana jest uwaga na kwestię potwierdzenia lub podważenia wcześniejszych ustaleń (Dutkiewicz, 1998, s. 15).

Cele oraz pytania badawcze

Projektowane analizy w pracy doktorskiej zorientowane zostały na realizację następujących celów:

- *cel poznawczy*: określenie specyfiki związanej z etycznymi aspektami komunikacyjnymi w sytuacji śmierci;
- *cel przewidystyczny*: próba prognozowania kierunków zmian w rozwoju myślenia na temat komunikacji w sytuacji śmierci w etycznym aspekcie;
- *cel praktyczny*: sformułowanie dyrektyw pozwalających na doskonalenie i promocję etycznych aspektów komunikacyjnych w sytuacji śmierci.

Cele szczegółowe

1. Przeanalizowanie dorobku specjalistów badających etyczne aspekty komunikacyjne w sytuacji śmierci.
2. Przeanalizowanie zmian w tematyce związanej z postrzeganiem śmierci w ujęciu etycznym.
3. Przeanalizowanie działań instytucjonalnych związanych ze śmiercią i umieraniem.
4. Przeanalizowanie metod, form i teorii na temat komunikacji.

Konkluzją pracy będzie określenie perspektyw rozwoju etycznych aspektów komunikacyjnych w sytuacji śmierci.

Ogólny problem badawczy i problemy szczegółowe

Określenie ogólnego problemu badawczego nie jest możliwe bez uprzednich przygotowań związanych z gromadzeniem i analizowaniem literatury przedmiotu. Istotne jest eksplorowanie, wyszukiwanie i analizowanie badań o podobnej problematyce w celu uniknięcia replikacji.

Problem badawczy definiowany jest przez Pietera (1967, s. 67) jako „swoiste pytanie określające jakość i rozmiar pewnej niewiedzy oraz cel i granicę pracy naukowej”. To także „określenie obszaru niewiedzy i informacja o osobistym pragnieniu znalezienia odpowiedzi na niepokój ignorancji” (tamże). Dodatkowo naukowcy uznają, że problem badawczy dotyczy natury badanego zjawiska, związków pomiędzy zdarzeniami, istotami i charakterystyką procesów, cech zjawiska, prowadzi do wyjaśnienia i zrozumienia pewnych fragmentów rzeczywistości. Według Pilcha i Bauman (2010, s. 43) jest to natomiast „deklaracja [...] niewiedzy zawarta w gramatycznej formie pytania”. Nowak uznaje ponadto, że problemy badawcze to „pewne pytania lub zespół pytań, na które odpowiedzi dostarczyć ma badanie” (Nowak, 1965; za: Łobocki, 2007, s. 103).

Zgodnie z podejściem Łobockiego (1984) formułowanie problemów badawczych powinno być związane z odpowiednimi kryteriami umożliwiającymi zachowanie poprawności z zakresu metodologii. Podstawowe elementy to: precyzyjne formułowanie problemów badawczych, umiejscowienie problemów badawczych, zapewnienie empirycznej sprawdzalności założeń. Dodatkowo problemy powinny wyczerpać zakres wyżej wspomnianej „niewiedzy związanej z realizowanym tematem” (s. 13).

Korzystając z analiz dostępnej literatury, poniżej przedstawiony zostanie fragment z wyróżnionymi problemami badawczymi. Zostaną one sformułowane w postaci zdań pytających.

Na podstawie przeglądu literatury sformułowano następujące pytania badawcze o charakterze teoretycznym i formalnym:

1. Jakie aspekty komunikacyjne w aspekcie etycznym były najczęściej podejmowane?
2. Jak rozwijała się problematyka związana z etycznym aspektem komunikacyjnym w sytuacji śmierci?
3. Jakie są perspektywy rozwoju komunikacji w sytuacji śmierci?

Procedura przeprowadzenia badań oraz wykorzystane metody

Wybór określonej metody badawczej lub zespołu metod jest warunkiem koniecznym do podjęcia badań. Bez wymienionych podstaw niemożliwe byłoby szukanie odpowiedzi na określone w pracy pytania. Praca metodologiczna stanowi podstawę do wyboru określonych metod na bazie wcześniej wykonanych działań (wyznaczeniu celów, problemów badawczych czy przedmiotu badań). Zgodnie z założeniem Nowaka (1970) jedną z podstawowych, a zarówno najważniejszych, kwestii jest wypracowanie metody umożliwiającej zebranie niezbędnych informacji, które w dalszej perspektywie przyczynią się do poprawności metodologicznych. Badanie dokumentów i materiałów, czyli analiza dokumentów, według Łobockiego (1984) służy do gromadzenia informacji. Warto przytoczyć także definicję Zaczyńskiego, która informuje, że „dokumentem jest każda rzecz mogąca stanowić źródło informacji, na podstawie której można wydawać uzasadnione sądy o przedmiotach, ludziach i procesach” (Zaczyński, 1995, s. 15). Skorny (1974) uważa, że znaczenie analizy dokumentów będzie wiązało się ściśle z zakresem problemów, które mogą stać się przedmiotem rozważań i dociekań, co będzie się łączyło z badaniem „takich zmiennych, jak postawy, potrzeby, motywy, dążenia, zainteresowania, cele i ideały życiowe, a także różnego rodzaju zdolności i uzdolnienia w zakresie poznania i myślenia, jak i praktycznego działania u osób badanych” (s. 21).

Glen (2014, s. 146) – podążając za trendami metodologii XXI – postuluje, iż „konieczność opisu i wyjaśniania takich kategorii, jak: wartości, potrzeby, postawy, motywy wymaga zaangażowania w proces poznania paradygmatów: interpretatywistycznego i personalno-strukturalnego, w których przeważa wykorzystywanie metod jakościowych”. Liberalizacja klasycznej metodologii, na drodze demitologizacji kartezjańskiego „dogmatu” o autonomiczności metody naukowej, sprawia, iż w procesach badawczych zaczęto dostrzegać znaczenie postaci badacza.

Metoda badawcza opiera się w tym przypadku przede wszystkim na analizie idiograficznej i interpretacji źródeł materialnych pisanych. Puślecki (1985) uważa, że przedmiotem badań jest najczęściej to, co jest spójne lub różne w określonej koncepcji, dlatego może być nim obiekt zainteresowań badawczych lub badane zjawisko. Sądzi on także, że przedmiotem badań może być „ściśle zdefiniowany wycinek obiektywnie istniejącej rzeczywistości przyrodniczo-społecznej,

stanowiący obiekt zainteresowań poznawczych określonej dziedziny naukowej” (tamże, s. 3). Według Nowaka (1970, s. 22) cel badań to „udzielenie odpowiedzi na pytanie lub zespół pytań, które stały się punktem wyjścia badania lub kształtowały się w toku jego realizacji”. Jest to również „bliższe poznanie tego, do czego zmierza badacz, co pragnie osiągnąć w swoim działaniu” (Zaczyński, 1995, s. 52). Zaczyński uważa, że podstawą badań jest zdefiniowanie celu w taki sposób, aby móc określić, jakie rezultaty badacz chce zrealizować w swoim przedsięwzięciu. Do innych definicji można zaliczyć opis ze *Słownika pedagogicznego*, gdzie cel uznawany jest za „punkt, do którego skierowane jest działanie, przedmiot (rzecz, osoba) zamierzonych działań, punkt centralny jakiejś akcji” (Okoń, 1980, s. 103). Cel pracy powinien być konkretny, przejrzysty i określony, aby jak najlepiej zrealizować założenie. Komorowska (1982, s. 77) stwierdza, że cel badań to „rodzaj efektu, który zamierzamy uzyskać w wyniku badań, a także rodzaj czynników, z którymi efekty te będą się wiązać”. Kolejnym aspektem definicyjnym są rozważania Pilcha i Bauman (2001, s. 23), według których celem pracy jest „zdobycie wiedzy maksymalnie ścisłej, maksymalnie pewnej, maksymalnie ogólnej, maksymalnie prostej o maksymalnej zawartości informacji”. Stąd często badacze określają cel jako najważniejszą część podejmowanych badań, bez którego żadna z podejmowanych koncepcji nie miałaby znaczenia.

Eksploracja materiału badawczego nastąpiła poprzez zastosowanie takich technik, jak:

- *analiza dokumentów* – polega na selekcji materiałów, opisie oraz interpretacji. Celem zastosowania tej techniki jest pozyskanie danych „o efektach działania, procesie i elementach systemu organizacyjno-gospodarczego” (Mróz-Jagiełło i Wolanin, 2013, s. 113). Zdecydowanym atutem analizy dokumentów jest nieograniczona możliwość ciągłej ich eksploatacji, co pozwala na: dostarczenie bogatego zbioru informacji, replikowanie analizy badanego zjawiska, poznanie częstotliwości występowania badanego zjawiska, znaczenia danego zjawiska, a także powracanie do dokumentów w celu uzyskania innych danych w kontekście innych prac;
- *analiza treści* – uznawana za zespół

różnych technik systematycznego badania strumieni lub zbiorów przekazów, polegającego na możliwie obiektywnym (w praktyce zwykle: intersubiektywnie zgodnym) wyróżnianiu i identyfikowaniu ich możliwie jednoznacznie skonkretyzowanych, formalnych lub treściowych elementów oraz na możliwie precyzyjnym [...] szacowaniu rozkładu występowania tych elementów i na głównie porównawczym wnioskowaniu, a zmierzającego przez poznanie zawartości przekazów do poznania innych elementów i uwarunkowań procesu komunikacyjnego (Pisarek, 1983, s. 45).

Analiza treści to jedna z technik badawczych pozwalających w obiektywny i systematyczny sposób scharakteryzować przede wszystkim język konkretnego tekstu, aby na tej podstawie określić

zastosowane funkcje językowe, a co za tym idzie cały przekaz. Analizie treści można poddać wypowiedzi, zapiski, listy, dokumenty. Przeprowadzenie analizy ma ukazać cechy, właściwości, specyfikę przekazu w celu sklasyfikowania ich w kontekście prowadzonej procedury.

Aby przystąpić do analiz, należy nadmienić, że problem badawczy nie zostanie rozwiązany wraz z zakończeniem zastosowania wymienionych metod. Zebrane fakty – same w sobie – przybliżają jedynie badacza do uzyskania odpowiedzi na postawione pytania. Niezbędnym elementem jest zastosowanie operacji myślowych, w skład których wchodzi: opisy, klasyfikacja, hierarchizacja, taksonomizacja i uogólnienia. Eksploracja zebranych danych za pomocą metod teoretycznych dysponuje wartościowym zasobem. Wiśniewski i inni (1990) wskazują cele zastosowania metod teoretycznych: logiczne uporządkowanie zebranego materiału, spełnienie warunku naukowości procedury, umożliwienie przetwarzania materiału i tworzenia pojęć, twierdzeń i praw, umożliwienie weryfikacji hipotez i teorii naukowych.

Szeroki katalog metod teoretycznych, stosowanych w naukach społecznych, prezentują Stochaj i Roman (2013), przedstawiając: analizę, syntezę, abstrahowanie, porównywanie, uogólnienie oraz metody wnioskowania: redukcja, indukcja, dedukcja, analogia. Katalog ten warto uzupełnić o metodę modelowania i metodę historycznego oraz logicznego poznania naukowego (Nowak i Głowiński, 2013). W celu rozwiązania postawionych problemów badawczych planowane jest zastosowanie następujących metod teoretycznych:

- *analizy* – czynność oparta jest na rozdzielaniu na „części” zjawisk, procesów czy zdarzeń; przewidywane jest zastosowanie różnych rodzajów tej metody: analizy elementarnej, analizy strukturalnej, analizy funkcjonalnej, analizy przyczynowej, analizy porównawczej, analizy jakościowej, analizy logicznej;
- *syntezy* – która określana jest jako odwrotność analizy, czyli łączenie badanych elementów w całość w oparciu o określone zasady, zjawiska, zdarzenia;
- *abstrahowania* – która polega na celowym pominięciu pewnych elementów, które uznane zostały za nieistotne względem innych elementów czy celów badań (w badaniu tak obszernego tematu nie możliwe jest to, aby skupiać się na wszystkich elementach związanych z aspektami związanymi ze śmiercią);
- *wnioskowania* – polega ona na zdobywaniu/formułowaniu nowej wiedzy, która wypływa z wiedzy już istniejącej; projektowane jest wykorzystanie wszystkich rodzajów wnioskowania, czyli: dedukcji, redukcji, indukcji, analogii.

Tematyka związana ze śmiercią od lat jest zagadnieniem analizowanym przez różne grupy zawodowe. W niniejszej pracy niemożliwe było to, aby wykorzystać wszystkie dostępne pozycje literatury (nawet polskiej). Należało zmniejszyć zakres poszukiwań piśmiennictwa ze względu na ograniczenia ilościowe pracy. Przeszukiwane zostały źródła w bibliotekach cyfrowych oraz

bibliotekach stacjonarnych. Niektóre obszary zostały wykluczone z pracy, jednocześnie inne zostały opisane w sposób bardzo ogólny ze względu na to, że każdy z nich mógłby stanowić rozważania teoretyczno-praktyczne oddzielnych prac.

Na tym etapie konieczne było wykorzystanie następujących technik: przeszukiwanie baz elektronicznych, analiza spisów literatury uzyskanych pozycji, wyszukiwanie ręczne pozycji bibliograficznych w papierowych wersjach czasopism. Selekcję prowadzono na podstawie tytułów, które kwalifikowano do przeszukiwania treści. Analizie poddawano abstrakty, słowa kluczowe, streszczenia czy podsumowania, o ile były one dostępne w danej pracy. W rezultacie wymienionych aktywności prace, które były kwalifikowane do dalszej analizy, były opracowywane w całości.

Analizie poddano źródła pierwotne i wtórne. Źródła pierwotne stanowiły książki, rozdziały w książkach oraz artykuły opublikowane w czasopismach. Ich treść zawierała przemyślenia oraz badania własne autorów. Do analizowanych źródeł wtórnych, czyli drugorzędnych, zaliczano takie elementy, jak: encyklopedie, podręczniki czy książki nie stanowiące oryginalnych spostrzeżeń autora, a gromadzące wiedzę o wybranym obszarze, oraz artykuły naukowe o charakterze przeglądowym.

Praca, oprócz analiz teoretycznych, zawiera przykłady autonarracji osób, które związane są zawodowo z podejmowanymi w pracy tematami dotyczącymi śmierci i umierania. Autorka dysertacji doktorskiej przeprowadziła wywiady z wybranymi osobami, które wnoszą do pracy swój wkład praktyczny (implikacje praktyczne) oraz własne doświadczenia zawodowe. W pracy zaprezentowano fragmenty wywiadów z nimi w celu ilustracji niniejszych zagadnień.

Ostatni etap pracy stanowiła ekstrakcja danych do analizowanych publikacji, zawierająca wyszczególnienie i opis rozwoju niniejszego zagadnienia. Udzielono w niej odpowiedzi na poszczególne pytania badawcze, co umożliwiło podzielenie obszaru badań na kilka kategorii, w wyniku czego otrzymano ich syntezę w poszczególnych obszarach.

Tabela 1

Etapy prowadzące do włączenia materiałów (książek, artykułów, publikacji) do dysertacji doktorskiej⁸

Dobór materiałów do analiz w niniejszej dysertacji doktorskiej nastąpił wieloetapowo:	
I etap	Opierał się na przeszukiwaniu zbiorów na podstawie: tytułu pracy, słów kluczowych, streszczenia pracy, podsumowania, implikacji praktycznych (o ile były dostępne). Zwracano uwagę na to, że pozycje naukowe (artykuły, książki, broszury) mogły być tytułowane w sposób nieodpowiadający zawartej w pozycji treści. Brak informacji dotyczącej konkretnej

⁸ Opracowanie własne na podstawie cytowanej literatury metodologicznej.

	tematyki w tytule mógł wpłynąć na trudności w odnalezieniu danej pracy oraz decyzji o analizie zawartości.
II etap	Podczas realizacji drugiego etapu zwrócona została uwaga na treść pracy, m.in. analizowano nazwy rozdziałów, podrozdziałów, wykorzystane pozycje bibliograficzne, aneksy, pojawiające się w treści nazwiska, daty i inne. Istotna była analiza biografii konkretnych autorów, szczególnie osób, które były członkami stowarzyszeń, towarzystw i innych organizacji, które mogły sugerować, że w treści ich publikacji mogą pojawić się kwestie związane z samobójstwem, autodestrukcją, samookaleczeniem itd.
III etap	Podjęmowano decyzję, czy dana pozycja bibliograficzna będzie włączona do analiz, czy zostanie pominięta. Odbywało się to po konsultacji z promotorem oraz promotorem pomocniczym.
IV etap	W czwartym etapie, kiedy podjęto decyzję o tym, aby włączyć artykuł, tekst, książkę, statystki, sprawozdanie do bibliografii, wyszukiwano odpowiednią część pracy do umieszczenia pozycji.
V etap	W ostatnim etapie zwrócono uwagę na nazwiska pojawiające się w polskich stowarzyszeniach, towarzystwach czy zrzeszeniach, które gromadzą osoby zajmujące się daną tematyką, np. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, aby dołączyć te informacje do treści pracy lub do aneksów czy albumu.

ROZDZIAŁ I

ROZWAŻANIA WSTĘPNE

1. Wprowadzenie

Umieranie i śmierć związane są z pojawianiem się wielu niekorzystnych elementów, takich jak żałoba, trudne emocje, stres, lęk, depresja, mechanizmy obronne i inne. Każdy z wymienionych jest przeżywany przez jednostkę w zupełnie inny sposób, co wynika z różnic indywidualnych, wcześniejszych doświadczeń konkretnego człowieka, potrzeb czy możliwości.

Etyka to dziedzina filozofii, która zajmuje się badaniem moralności, czyli analizuje fundamenty nakazów moralnych oraz skutki spowodowane danymi nakazami (Focus, 2012). Termin etyka często funkcjonuje powszechnie jako synonim słowa moralność (Malitowska, 2012). Natomiast moralność to ogół faktów moralnych, a etyka jest procesem teoretycznych refleksji nad tymi faktami. Etyka będzie zatem, według Malitowskiej (2012, s. 121) „namysłem nad fenomenem (zjawiskiem) moralności w świecie, choć namysł ten może przybrać dwojaki charakter: zarazem zaangażowany i neutralny, wartościujący i opisowy”.

Do faktów moralnych badaczka zalicza zachowania, działania, postawy ludzkie, ponadto motywy, intencje, ideały oraz cechy charakteru człowieka. Są to także oceny dokonywane przez jednostkę i przestrzegane zasady oraz normy, a więc przy pomocy faktów moralnych formułowane są postawy godne z moralnego punktu widzenia (tamże).

Etyka opisowa, mająca charakter naukowo-badawczy, obejmuje m.in. psychologię, socjologię, historię moralności. Bada ona powstanie i rozwój moralności, analizuje jej treści (normy i zasady), a także wyjaśnia funkcje moralności rozumianej jako społeczny system regulacji zachowań (tamże). Przyjmowanie wobec przedmiotu postawy twórczej przez etyka wiąże się z ustaleniem i promowaniem określonych norm i ocen. W ten sposób definiowana jest etyka normatywna, a samego etyka nazywa się moralistą (tamże). Poszukiwanie i formułowanie norm dla etycznie właściwego zachowania jest rolą, jaką pełni etyka normatywna (tamże).

1.1. Śmierć i umieranie – aspekt psychologiczny.

Nie ma jednolitej teorii, która pozwalałaby na zrozumienie i interpretację zjawiska umierania. Zmiany i przeobrażenia w stosunku do rozumienia śmierci są elementem dynamicznym. Wcześniej śmierć traktowana była jako koniec życia w sensie biologicznym. Zagadnienia dotyczące aspektów psychologicznych w sytuacji śmierci nie powinny się zamykać w obrębie osoby

chorej. Jednostka żyje i funkcjonuje w systemie. Ta sytuacja będzie wpływać na rodzinę czy bliskich, w szczególności kiedy dojdzie do śmierci. Niewątpliwie ważnym tematem jest stan emocjonalny i przeżycia psychologiczne zachodzące u człowieka na skutek śmierci kogoś bliskiego, a z drugiej strony obiektywna reakcja społeczna (pogrzeb) są elementem badań interdyscyplinarnych różnych nauk.

Niewątpliwie na uwagę zasługuje koncepcja psychoanalityczna Sigmunda Freuda (1957, 1976). W tworzeniu koncepcji uniwersalnego instynktu śmierci Freud opierał się przede wszystkim na teorii psychiki i zachowań ludzkich. Uznawał, że wszystkie działania istot ludzkich są nieświadomymi impulsami oraz popędami, co opiera się na poziomie *id*. *Ego* traktowane jest jako świadomy regulator impulsów, który kieruje się zasadą realizmu. Wiele kwestii autodestrukcyjnych oraz tych związanych z tendencjami masochistycznymi nie mogłyby być wyjaśniane na poziomie *ego*. Popęd destrukcyjny ściera się zawsze z popędem przyjemności. Następnie pojawiła się koncepcja instynktu śmierci, który wynika z potrzeby agresji, zniszczenia, destrukcji. Ludzkie instynkty sprowadzają się głównie do dwóch najważniejszych – instynktu życia (*eros*) i śmierci (*thanatos*). Tendencje do samounicestwienia są osłabiane przez *libido*. Pojawiające się tendencje samobójcze mogą być związane ze sprzyjającymi zasadami *superego*, wówczas tendencje są kierowane do wewnątrz⁹. Koncepcje Freuda nie zyskały wielu zwolenników, świadczy o tym fakt, że jego następcy nie kontynuowali jego rozważań, zresztą sam twórca uważał, że nie można poddać tej teorii naukowej weryfikacji (Sulloway, 1979). Fromm (1969) natomiast uważał, że istnieje w naturze ludzkiej skłonność do destrukcji, mianowicie pęd do niszczenia, jednakże traktowane jest to jako forma ucieczki przed lękiem i bezsilnością. Wyjaśnić to można przy pomocy mechanizmów obronnych, gdyż tendencje autodestrukcyjne są podejmowane przez osoby, które mają poczucie niespełnienia w swoim życiu. Jednakże warto zaznaczyć, że nie ma jednej przyczyny samobójstwa czy zachowań związanych z tendencjami mającymi na celu destrukcję. Jest to element wyjątkowo ważny i delikatny zarazem, m.in. ze względu na dość często pojawiający się w takich sytuacjach efekt Wertera. Zagadnieniem śmierci zajmuje się nie tylko psychologia. Interdyscyplinarna nauka poświęcona temu tematowi nazywa się tanatologią.

Umieranie wiąże się z wieloma emocjami, często interpretowanymi jako trudne. Są to ból i wstyd, agresja i żal, zaprzeczanie czy próba weryfikacji tego stanu rzeczy. Jeśli umieranie wiąże się z chorobą terminalną¹⁰, osoba dodatkowo odczuwa rozdartnienie między swoimi przeżyciami

⁹ Kwestia ta stoi w sprzeczności z rozważaniami na temat instynktu samozachowawczego. Jednakże Freud interpretował to w tym kontekście, że to popęd częściowy, który zapewnia organizmowi drogę do śmierci w sposób indywidualny.

¹⁰ Choroba terminalna to termin medyczny, który określa chorobę, która mimo podejmowanych działań medycznych prowadzi do śmierci. Sposoby leczenia danej choroby mimo postępu medycyny nie są znane. Innym przypadkiem może być to, że choroba jest na tyle zaawansowana, że nie ma możliwości leczenia przyczynowego, a jedynie objawowego. Rozumieć to można na takiej zasadzie, że nie uda się wyleczyć choroby i doprowadzić pacjenta do stanu

wewnętrzny a materialną stroną sytuacji, tj. zadaniem o odpowiednią opiekę medyczną (Panas, 2012). Autorka zaznacza, że słowo śmierć ma konotację negatywną. Najważniejszą rolę odgrywa smutek. Przeżycia psychiczne człowieka to jeden z aspektów umierania poruszanych w psychologii.

Inny aspekt to doświadczanie śmierci z perspektywy obserwatora. Jak pomóc umierającemu bliskiemu? Jak zapobiec negatywnym konsekwencjom? Jak poradzić sobie z trudnymi przeżyciami? Takich przeżyć nie są pozbawione także osoby niemające bliskich więzi uczuciowych z umierającym. Przykładowo badania wskazują na to, że pielęgniarki pomagające ludziom zbliżającym się ku śmierci odczuwają wysoki poziom stresu (Pokrzycka-Walczak, 2021). Szczególnie dotyczy to młodego, niedoświadczonego personelu, który często jeszcze nie miał doświadczenia ze śmiercią w pracy (tamże). Napięcie emocjonalne, empatia i brak możliwości pomocy cierpiącej osobie może doprowadzić do kryzysu nawet w sytuacji pełnienia funkcji/profesji medycznej (Stradomska 2020a, 2020b, 2020c).

Ludzie umierający często potrzebują ciszy i spokoju. Dla ludzi wierzących jest to czas, w którym przebywają w okresie oczekiwania połączenia się z Bogiem. Z kolei bliscy osoby umierającej często chcą pocieszyć się rozmową z tą osobą. Trudno wskazać jednoznacznie, skąd wynikają trudności w komunikacji, gdyż jest to aspekt wielowątkowy, a dodatkowo interpretowalny w sposób indywidualny. Ludzie różnie przeżywają proces umierania. Często doświadczają ogromnego lęku, który jest kolejnym tematem badań psychologów. Wraz ze śmiercią osoby psychologiczne problemy dotyczące tego tematu nie kończą się. Bliscy zmarłego lub przyjaciele często odczuwają głęboką żalobę, której przezwyciężenie jest niezbędne do przywrócenia zdrowia psychicznego.

Mniej oczywistym, ale ważnym, aspektem umierania może być brak lub niedostatek komunikacji z osobami ważnymi. Według Grofa (2015) jest to charakterystyczne dla społeczeństw zachodnich, gdzie śmierć jest zinstytucjonalizowana. Praktykowane jest umieranie pod nadzorem lekarzy i pielęgniarek w specjalnych ośrodkach, np. hospicjach.

1.2. Śmierć i umieranie – aspekt społeczny.

Śmiercią w zajmowali się także socjologowie, a ich prace były oparte na badaniach statystycznych. Émile Durkheim zajmował się przede wszystkim tematyką samobójstw. Problem ten spostrzegał jako zjawisko społeczne. W odróżnieniu od innych badaczy twierdził, że samobójstwa nie są zdeterminowane czynnikami psychicznymi (Durkheim, 1951). Wyznaczył on tzw. grupy

zdrowia, ale jednocześnie można zapewnić jednostce pomoc medyczną w postaci zmniejszenia ilości odczuwanego bólu czy zwiększenia komfortu życia przez opiekę, farmakoterapię mimo braku dobrych rokowań.

szczególnego ryzyka, które pozwoliły na identyfikację problemów oraz typów samobójstw. Podzielił on samobójstwa na altruistyczne, anomiczne i egoistyczne. Pierwsze z nich stanowi poświęcenie się dla dobra innych; klasyczne przykłady: żołnierz, który rzuca się na granat, by ratować innych; człowiek popełniający samobójstwo rytualne, np. *harakiri*, w celu ratowania honoru rodziny. Kolejne, samobójstwo anomiczne, to akt będący rezultatem poczucia, że życie straciło sens, wyobcowania, samotności, odosobnienia i utraty kontaktu z normami i wartościami społecznymi. Ostatnie z klasyfikacji, egoistyczne, to samobójstwo będące rezultatem poczucia głębokiego niepowodzenia osobistego, poczucia osobistej odpowiedzialności za niespełnienie oczekiwań społecznych i własnych (Reber, Reber, 2008, s. 684–685). Pojęcie społeczeństwa suicydogennego związane jest przede wszystkim z postrzeganiem struktury społecznej jako wadliwej, odpowiedzialnej za stwarzanie warunków sprzyjających tendencjom autodestrukcyjnym. Ważnym elementem jest agresja i autoagresja, które na siebie wpływają. Hołyst (1997, s. 15) twierdzi, że „kontynuatorzy koncepcji durkheimowskiej zwracali uwagę na to, że agresja i autoagresja są następstwem konfliktu ról pełnionych przez jednostkę”. Zmiennymi pośredniczącymi są natomiast dezintegracja czynników statusowych, takich jak: aspekty materialne, prestiżowe, dostęp do władzy czy dóbr społecznie pożądanym. Natomiast wysokie wskaźniki samobójstw zmniejszają agresywność społeczną, a duże nasilenie agresji zmniejsza liczbę samobójstw i odwrotnie. Durkheim był inspiracją do dalszych badań nad tym zjawiskiem (Szczepański, 1961; Parsons, 1963).

Śmierć była także obszarem badań Parsonsa, który postrzegał to zjawisko w sposób podobny do choroby, która może zakłócić doczesne funkcjonowanie społeczne na długi czas. Wprowadził pojęcie apatii, które związane było ze stanem zdeorientowanego umysłu, dotyczącym zachowywania się w sposób etyczny w sytuacji śmierci – o czym nie mówić, jak postępować itd. Polemizował z psychoanalitycznym podejściem do mechanizmów obronnych. Według niego śmierć nie jest wypierana ze świadomości, a człowiek maskuje reakcje związane ze śmiercią i umieraniem. W świetle różnych badań można stwierdzić, że tematyka śmierci jest tak skomplikowanym aspektem, że człowiek może omijać i dystansować się od bezpośrednich konfrontacji ze śmiercią (Stephenson, 1985).

Refleksje dotyczące śmierci i obecne nad nią dyskusje podejmowane wśród nauk społecznych i humanistycznych mogą wywoływać poczucie dyskomfortu, a wręcz ryzyko pojawienia się skandalu. Proces umierania oraz doświadczanie śmierci nierzadko mają miejsce w szpitalnych izolatkach, gdzie aparatura – nazywana paradoksalnie podtrzymującą życie – sprawia, że umierający staje się niemal niedostrzegalny wśród medycznych parametrów. W przenośnym sensie aparatura ta zastępuje także rodzinę i najbliższych. Współcześnie człowiek często umiera osamotniony zarówno w aspekcie fizycznym, jak i emocjonalnym. Odchodzenie z doczesnego świata przez lekarzy, rodzinę i przyjaciół objęte jest sferą milczenia. Refleksja nad śmiercią postrzegana

jest element będący w opozycji do optymizmu życia. Bycie obecnym przy umierającym nie jest współcześnie, tak jak dawniej, obowiązującym każdego rytuałem. Jak uważa Kaczmarek (2009, s. 14), odchodzącą osobę zaczęto traktować poniekąd technicznie, przez co nie budzi ona szczególnego zainteresowania:

Fikcyjność troski, pozorność trwania zwykle najdłużej są utrzymywane na obszarze lingwistycznym – od momentu zainicjowania zmowy milczenia, nieinformowania chorego o jego faktycznym stanie, o zbliżającej się śmierci, pozbywania go świadomości bliskiego końca i pozostawienia go w stanie niewiedzy, aż po zastąpienie słowa umierać – zaśnięciem, odejściem, zgaśnięciem.

Śmierć w wielu przypadkach jest długim procesem, który traktowany jest niekiedy jako problematyczny pod kilkoma względami. Człowiek w świecie, w którym w wielu przypadkach kontroluje kolejność zdarzeń, w aspekcie śmierci jest bezbronny i często pozbawiony wiedzy o tym, co może się wydarzyć.

Rytualizacja umierania i śmierci, przybierająca określony porządek, wraz z postępującym rozwojem społeczeństw stała się odizolowanym wydarzeniem zaburzającym codzienny harmonogram danego społeczeństwa. Natomiast w monografii *Death and Eternal Life* autor John Hick ukazuje, w jak dużym stopniu współczesna postawa wobec śmierci wyewoluowała z formy rytuału wspólnotowego do niewygodnej traumy, jednocześnie stając się jednym z najtrudniejszych doświadczeń. Wskazuje też na istnienie tematu tabu, do którego powstania przyczyniła się m.in. medykalizacja życia, umierania i śmierci, a także wynikające z niej zasadnicze przekonanie o sprawczości techniki, mogącej dać złudną nadzieję nieśmiertelności. Niewątpliwie śmierć wykracza poza przyczynowo-skutkowe rozumienie rzeczywistości z uwagi na nieprzewidywalność funkcjonowania ludzkiego organizmu. W dobie rozwoju techniki, która wykracza poza zwykłe poznanie, śmierć traktowana jest jako wydarzenie nieodpowiednie, zaburzające harmonijne funkcjonowanie i realizację celów społecznych (Hick, 1976; za: Kaczmarek, 2009).

Natomiast religia, szczególnie chrześcijańska, traktująca umieranie jako proces, którego nie można zredukować jedynie do sfery biologicznej czy cielesnej, jest przeciwstawna w stosunku do wcześniejszej koncepcji. Z punktu widzenia religii śmierć nigdy nie jest negatywnością. Niewątpliwie ważnym aspektem etycznym jest to, że nadejścia śmierci nie powinno się ani przyspieszać, ani odwlekać. W pewnych kręgach to problematyczna teza.

Mimo pewnego zgrzytu definicyjnego pozytywne podejście do procesu umierania podkreśla konieczność swobodnego osławiania śmierci jako wyraz troski o człowieka do momentu naturalnej śmierci, z zachowaniem jego godności, wykluczając aspekty dotyczące eutanazji. Działania podejmowane na całym świecie przez środowiska hospicyjne są ukierunkowane przede wszystkim na ponoszenie współodpowiedzialności za umierającego oraz to, w jakich warunkach odchodzi i

na jakich zasadach. To zagadnienie trudne w praktycznym aspekcie, gdyż wiąże się z pojawianiem się wielu emocji, a niekiedy odpowiedzialność członków rodziny nie jest wystarczająco duża, aby poradzić sobie z tymi aspektami. Inaczej niż zdepersonalizowane przestrzenie szpitala hospicja zgodnie ze swoimi podstawowymi deklaracjami funkcjonowania traktują każdego chorego i umierającego człowieka w sposób indywidualny, subiektywnie podchodząc również do każdego przypadku śmierci. Warto wspomnieć, że jest to przestrzeń, która nie zaprzecza istnieniu śmierci, ale jednocześnie nie traktuje jej jako coś, co nie powinno się wydarzyć. Ruchy hospicyjne dokładają wielu starań dążących do demitologizacji śmierci, do mówienia o niej, nazywania i stosownego przygotowania do niej w oparciu o szczerłość, zaangażowanie i profesjonalizm (Kaczmarek, 2009).

Niewątpliwie postawy wobec śmierci są wypadkową wielu czynników. Będzie to zależało od wcześniejszych doświadczeń osobistych czy wykonywanego zawodu. Poczucie zagrożenia życia, indywidualne lęki, ale także doświadczenia z umieraniem innych dodatkowo się na nie składają. Zarówno czynniki kulturowe, jak i religijne oddziałują na te postawy, pomagają one zinterpretować śmierć oraz nadać jej dane znaczenie. W czasie i w przestrzeni społecznej ulegają one przemianom (Ostrowska, 2016). Według analiz w ciągu ubiegłych wieków postawy ludzkie wobec śmierci uległy zmianom. Kierunki, w których owe przemiany nastąpiły, można określić jako wypieranie śmierci ze świadomości społecznej i jej postępująca tabuizacja. Największe zmiany zostały zaobserwowane między XVI a XVII wiekiem. W okresie średniowiecza śmierć była traktowana jako naturalna kolej rzeczy, natomiast obecnie jest faktem trudnym do zaakceptowania. Śmierć i umieranie przekształciły się z wydarzenia rodzinnego w wydarzenie medyczne, niekiedy nieuwzględniające właściwych potrzeb pacjentów oraz ich najbliższych. Od połowy XX wieku nastąpiły kolejne zmiany, mianowicie powolne otwarcie się na świadomość społeczeństwa na problem śmierci w wyniku wszechobecnej potrzeby humanizacji procesu umierania (Ostrowska, 2016).

Pod koniec XX wieku można dostrzec pierwsze symptomy przemian społecznego nastawienia wobec śmierci i umierania. W latach 70. została podjęta problematyka umierania przez lekarzy i humanistów, podczas gdy pod auspicjami Towarzystwa Krzewienia Kultury Świeckiej odbyła się konferencja *Człowiek w obliczu śmierci* (Kielanowski, 1979).

Mniej więcej od tego czasu problematyka śmierci i umierania coraz częściej zaczyna być obecna zarówno w publikacjach naukowych, jak i popularnonaukowych. Najbardziej wymagającym momentem jest trudność związana z rozmową z osobą umierającą. Skomplikowanie dotyczy interpretacji stanu świadomości oraz wiedzy na temat swojego stanu zdrowia. Problemem dla nadawcy komunikatu może być przejawianie przez umierającego chęci walki o życie mimo świadomości nadawcy o braku takiej szansy. Okazuje się w wielu przypadkach, że rozmowa o śmierci i umieraniu może być trudna także dla specjalistów (Stradomska, 2020b). Personel medyczny,

mimo wprowadzenia do aspektów psychologicznych podczas studiów, nie jest w pełni przygotowany do tego, aby rozmawiać na tak trudne tematy. Ważnymi aspektami są czynniki indywidualne jednostki. Zastanawiające pod wieloma względami jest też to, w jaki sposób specjalista powinien zachować się w sytuacji, kiedy pacjent umiera. Niekiedy kwestie związane z motywacją są trudne do wyjaśnienia – myśl o nieuchronnej śmierci dla pacjenta może stać się czynnikiem wyzwalającym i momentem ważnym, aby podsumować życie, pożegnać się z bliskimi. Co jednak z osobami, które z punktu widzenia lekarza nie są gotowe na przyjęcie takiej diagnozy. W sytuacji śmierci, umierania pojawia się szereg coraz to nowszych pytań, na które nie ma uniwersalnej odpowiedzi. Podobnie jak w aspekcie psychologicznym, także w medycznym i komunikacyjnym niezbędne jest podejście indywidualne do każdego chorego. Ważnym elementem jest także to, w jaki sposób szereg informacji, które może uzyskać pacjent, będzie wpływać na proces ewentualnego zdrowienia czy wiele procesów psychicznych (Ostrowska, 1991).

Koniec XX wieku to czas rozpoczęcia procesu otwierania się na problemy śmierci i jakości umierania. Zagadnienie coraz częściej pojawia się w debacie publicznej, dokonuje się instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych prób przywracania umieraniu godności, czynione są wysiłki, by zwiększyć komfort życia na każdym jego stadium. Tak naprawdę kwestia dotycząca umierania jest czymś bardzo ważnym z uwagi na starzejące się społeczeństwo, ale także sytuacje niespodziewane, takie jak pandemia czy wojna (Stradomska, 2021). Społeczeństwo coraz bardziej uwrażliwia się na rozumienie stanów doświadczanych przez osoby umierające, czuje potrzebę uczestniczenia wraz z nimi w procesie odchodzenia (Ostrowska, 2016).

Niezaprzeczalną kwestią jest to, że postrzeganie śmierci będzie zależało zarówno od postaw życiowych osoby, ale i wyborów w kontekście moralności. Kluczowy wydaje się być także kontekst społeczny i kulturowy. W wielu sytuacjach dnia codziennego człowiek myśli o śmierci, niekoniecznie jest to aspekt związany z samobójstwem czy chorobą, ale też lękiem przed śmiercią w trakcie szybkiej jazdy samochodem czy w sytuacji uczestniczenia w zagrażającej sytuacji. Warto dodać, że myślenie o śmierci dotyczyło będzie specyfiki czasów oraz jakości życia, jakie może z tego wynikać. Nie trudno zauważyć, że śmierć jest istotną częścią życia człowieka, jednakże brak wglądu w ten aspekt lub zbyt intensywne rozmyślanie o umieraniu może mieć wpływ na odczuwanie indywidualnej i społecznej egzystencji. Co ważne, w XXI wieku propaguje się ideę traktowania pacjenta/osoby w sposób podmiotowy. Podkreślane jest też prawo do godnej śmierci w odpowiednich do tego procesu warunkach. Zmiany związane z postrzeganiem śmierci powodują, że śmierć w coraz mniejszym stopniu jest tematem tłumionym przez społeczną cenzurę. A jednocześnie umieranie i śmierć stanowi aspekt rozważań współczesnej bioetyki kulturowej (Pawlak, 2003).

1.3. Śmierć i umieranie – aspekt kliniczny.

Lata 60. XX wieku można uznać za szczególny moment zainteresowania się problematyką śmierci oraz umierania. Oprócz wymiaru ontologicznego dostrzegano wymiar także epistemologiczny, co wiązało się z metodologią. Oprócz badań na temat umierania i śmierci konieczne było wypracowanie metod i pewnych standardów, które umożliwiłyby adekwatne funkcjonowanie, pracowanie i opiekę np. nad osobami umierającymi. Temat stał się ciekawy i został eksplorowany przez interdyscyplinarne grupy badaczy. Aspekt kliniczny może być traktowany jako ten, który zmienia orientację – z biologicznej, opartej na podstawowych kwestiach organicznych, na humanistyczną, która wymaga wieloaspektowego zrozumienia (Jankowski, 1975; Paszkiewicz, 1983). W tym kontekście mędrzec, szkiełko i oko przestaje mieć znaczenie takie, jak dawniej, bez zaangażowania emocjonalnego w proces nie ma odpowiednich rezultatów. Okazuje się, że model medyczny może ograniczać problematykę choroby do kwestii biologicznych, fizjologicznych. Z jednej strony jest to możliwość socjalizacji lekarzy do zawodu, z drugiej zbyt duże ograniczenie dla wyjaśniania kwestii tylko w tym wymiarze.

Paradygmaty medycyny jako nauki są przyswajane przez studentów medycyny czy nauk pokrewnych, co pozwala im na odpowiednie przygotowanie, chociażby teoretyczne, do dalszych etapów zawodowych. Odnoszenie się do zjawisk biologicznych jest możliwe dzięki skomplikowanej aparaturze, która służy do orzekania o stanie fizjologicznym człowieka. Z jednej strony przygotowanie teoretyczne jest istotne, gdyż lekarz realizuje procedury, które są adekwatne do odpowiednich przypadków. Analiza objawów, decyzja o terapii, stosowanie środków farmakologicznych – wiedzy jest dużo i bez niej lekarz jest niekompetentny. Z drugiej strony natomiast każdy przypadek jest indywidualny i znacząco się różni w holistycznym ujęciu. Osoby prezentujące zawody zaufania społecznego są świadomi trudności, z jakimi musi zmagać się pacjent, np. odczuwany lęk, panika, cierpienie, trudności adaptacyjne. Jednakże posługując się wiedzą specjalistyczną, mogą wybierać rodzaje leczenia, które są bardziej nastawione na farmakoterapię niż psychoterapię, np. w przypadku depresji.

Jedną z norm etycznych w medycynie jest poszanowanie autonomii chorego. Przez autonomię rozumie się „zdolność do podejmowania kompetentnych, racjonalnych decyzji bez zewnętrznego przymusu. Chory musi być zdolny do porównania proponowanych opcji leczenia, a także do zrozumienia przekazywanych mu informacji, do oceny problemów i konsekwencji podjętych decyzji” (Niemiec, 2016, s. 6). Pacjent ma prawo do zgłaszania roszczeń, a także odmówienia leczenia na każdym etapie choroby. Do praw pacjenta należy również możliwość niewyrażenia zgody na terapię ratującą lub podtrzymującą życie (Szewczyk, 2009).

Poszanowanie autonomii pacjenta obejmuje także wyrażenie przez niego świadomej zgody na objęcie opieką, badanie czy leczenie. Nieoderwana od etyki medycznej jest etyka katolicka, która daje pacjentowi przywilej podejmowania świadomych decyzji, które lekarz powinien w pełni respektować (Muszala, 2009). Natomiast w sytuacji, kiedy pacjent z jakiegoś powodu nie jest zdolny do wyrażenia zgody na leczenie do etycznych obowiązków lekarza należy zastosowanie terapii najwłaściwszej dla chorego (Twycross, 2009).

Formą zabezpieczenia autonomii pacjenta jest dyrektywa na przyszłość, czyli oświadczenie woli *pro futuro*. Podpisanie takiego dokumentu przez pacjentów autonomicznych daje innym możliwość decydowania o przebiegu leczenia chorego na wypadek utraty przez niego świadomości podejmowania decyzji.

Wyróżnia się trzy rodzaje dyrektyw na przyszłość, co podaje za Szewczykiem (2009) Małgorzata Niemiec (2016, s. 2):

- testament życia – prawo człowieka do braku zgody na leczenie lub podtrzymywanie życia w stanie nierokującym żadnych możliwości wyleczenia;
- stałe pełnomocnictwo dla osoby bliskiej lub adwokata do podejmowania decyzji w przedmiocie dotyczącym postępowania medycznego;
- opis uznawanych wartości.

Innym rodzajem dyrektywy na przyszłość jest deklaracja DNAR (*do not attempt resuscitation*), na mocy której pacjent nie wyraża zgody na resuscytację krążeniowo-oddechową w ściśle określonych przypadkach po zatrzymaniu czynności życiowych. W Polsce protokół DNAR jest stosowany jedynie w kilku placówkach, ponieważ polskie prawo nie obejmuje jeszcze takich kwestii. W większości placówek medycznych dominuje przestarzały i kontrowersyjny sposób podejmowania decyzji o resuscytacji, zapadających często jednoosobowo, w ostatniej chwili. Zdarza się, że lekarz nie posiada informacji o chorobie, która doprowadziła do zatrzymania krążenia. Obowiązuje wtedy zasada najpierw ratować, pytania zadawać w trakcie (Muszala, 2009).

W sytuacji gdy brakuje wskazań do wykonywania czynności ratowniczych, na mocy art. 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej lekarz zobowiązany jest odstąpić od prowadzenia akcji resuscytacyjnej. Na każdym lekarzu spoczywa moralny obowiązek znajomości zasad postępowania resuscytacyjnego i praktycznych szkoleń w tym zakresie. Jednym z istotnych terminów związanych z proporcjonalnymi (zwykłymi) i nieproporcjonalnymi (nadzwyczajnymi) metodami leczniczymi jest uporczywość terapeutyczna. Polega ona na „utrzymywaniu przy życiu nieuleczalnie chorego przy pomocy nieproporcjonalnych środków terapeutycznych, nie zważając na godność pacjenta, wbrew jego interesom i przekonaniom” (Niemiec, 2016, s. 3). Do zadań lekarza należy wskazanie takich zaleceń do intensywnej terapii, aby nie stanowiły nadużycia działań uciążliwych dla pacjenta, co nie jest łatwe i wiąże się z dużą odpowiedzialnością – mającą wymiar zawodowy,

moralny i karny. Lekarz musi także samodzielnie zdecydować o ewentualnym niestosowaniu daremnej terapii. Niezastosowanie terapii u nieuleczalnie chorego przy braku przesłanek medycznych nie jest eutanazją (Szeroczyńska, 2013). Jednak ze względu na niedostosowanie polskiego wymiaru sprawiedliwości do uwarunkowań oddziałów dla nieuleczalnie chorych zaleca się, aby o hamowaniu daremnej terapii decydowało co najmniej dwóch ekspertów. Każda placówka opieki paliatywnej powinna dysponować opisem procedury sedacji terminalnej, aby minimalizować ryzyko oskarżeń o uciekanie się do powolnej eutanazji (Siewiera i Kübler, 2015).

Celem opieki paliatywnej jest afirmacja życia chorego, z którą wiąże się konieczność poszanowania jego godności na każdym etapie życia. Zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności (art. 12) oraz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej, również po śmierci (art. 23). Lekarz zobowiązany jest przede wszystkim do wysłuchania pacjenta oraz jego bliskich.

Idealnym modelem [trudnych rozmów, kiedy nie ma już nadziei na wyzdrowienie], chociaż niełatwym do osiągnięcia dla osób opiekujących się chorym, jest sugerowanie prawdy bez odbierania nadziei. Informacje, które otrzymuje chory powinny dawać ukojenie, minimalizować lęk, zapewniać o tym, że wszystko zostanie uczynione, żeby mógł godnie żyć do końca (Górecki, 2000; za: Niemiec, 2016, s. 5).

Nie należy zapominać, że „prawda jest jak lekarstwo, które należy dawkować w zależności od indywidualnych potrzeb i wrażliwości pacjenta” (de Walden-Gałuszko, 2006, s. 80). Osoby nieuleczalnie chore zwykle chcą posiadać pełne informacje o swoim stanie, chcą o tym rozmawiać, ponieważ obawiają się odosobnienia i odrzucenia. Cicely Saunders wyróżniła trzy prośby, jakie może mieć chory przed śmiercią: „pomóż mi, wysłuchaj mnie, nie opuszczaj mnie” (Orońska, 2000). Cierpienie może mieć pozytywne aspekty w wymiarze duchowym – jest ono obecne podczas całego życia i pozwala na uporządkowanie jego wartości (Muszala, 2009). Człowiek w cierpieniu „odnajduje siebie, swoje człowieczeństwo, swoją godność” (Bartoszek, 2000, s. 19). Cierpienie i umieranie najczęściej łączy się z samotnością, co jest istotne w aspekcie etycznym (Szewczyk, 2009). Największym przejawem opieki nad chorym i empatii w stosunku do niego jest obecność przy nim i współtowarzyszenie mu w umieraniu.

Celem etyki medycyny etapu umierania jest zachowanie humanistycznego oblicza opieki zdrowotnej, które skupia się na cierpiącym pacjencie. Granica się przesuwana, ale zawsze gdzieś musi przebiegać, pytanie tylko gdzie? I zwłaszcza: czy sprawa życia i śmierci człowieka należy jeszcze do zakresu sacrum, czy też jest to coś, czym wolno manipulować?

1.4. Śmierć i umieranie – aspekt medyczny, ratownictwa medycznego.

Zasada „po pierwsze nie szkodzić” jest istotnym elementem w rozważaniach na temat etyki z perspektywy medycyny i ratownictwa medycznego. W medycynie decyzje o ograniczeniu leczenia mogą być interpretowane w różny sposób, podobnie jest z nazewnictwem tych aspektów. To trudne zagadnienie szczególnie w sytuacji śmierci i umierania chorego. Jednakże w środowiskach medycznych – szczególnie takich specjalizacji jak anestezjologia czy intensywna terapia – od lat funkcjonuje określenie „terapii daremnej”. To termin określający, że podtrzymywane są czynności narządów (organów) człowieka, które nie przynoszą żadnych korzyści dla chorego. Zagadnieniem etycznym i wciąż kontrowersyjnym jest to, że osoby z różnych dziedzin decyzję o zaprzestaniu terapii daremnej traktują jako bierną eutanazję (Malczewski, 2012). Ryszard Fenigsen określa bierną eutanazję nieuzasadnioną medycznie decyzją o zaprzestaniu leczenia w celu przyspieszenia zgonu (Fenigsen, 2002). Osoby zapewniające pacjentowi najwyższy poziom opieki ostatniego etapu życia, a dodatkowo przedstawiciele nauk medycznych uważają, że „opieka paliatywna szanuje życie” (Gaines, 2012, s. 9). W swoich działaniach ujmuje pacjenta w sposób całościowy – uwzględniając kwestię fizyczną, psychologiczną, duchową czy socjalną. Uwolnienie pacjenta od cierpienia jest kluczowym aspektem nie tylko medycznym, ale i moralnym opieki nad pacjentem umierającym (Chyrowicz, 2012).

Można wyróżnić wiele aspektów związanych z etyką – także medycynę. Z umieraniem często wiąże się cierpienie i samotność, niekiedy personel medyczny to jedyne osoby, które towarzyszą osobie umierającej do końca. Eugenia Łoch twierdzi, że „człowiek w obliczu cierpienia odnajduje siebie, swoją godność i człowieczeństwo” (Łoch, 2005, s. 271).

W tym fragmencie zostanie wskazana część wywiadu z badań własnych przeprowadzonych przez autorkę niniejszej dysertacji. Badania były realizowane od 2018 do 2021 roku. Przeprowadzono je w formie pogłębionych wywiadów indywidualnych, ukierunkowanych na generowanie autonarracji. Każde spotkanie trwało 1,5 h. Zostało zrealizowane z uwzględnieniem takiej samej procedury badawczej w każdym z nich. Do badań zaproszone zostały osoby, które w swojej praktyce zawodowej mają do czynienia z tematyką śmierci i umierania oraz aspektami etycznymi z tym związanymi. Cytowany fragment pochodzi z wywiadu przeprowadzonego 5 sierpnia 2021. Osobą badaną jest fizjoterapeuta, pracujący w Domu Seniora w Łodzi.

Etyczne aspekty komunikacji w sytuacji śmierci to temat poważny. W momencie gdy mamy do czynienia z osobą w wieku geriatrycznym / podeszłym, mierzymy się z sytuacją, gdzie nie tylko wiek ma duże znaczenie w stanie zdrowia pacjenta, ale również choroby współistniejące. Codzienne funkcjonowanie takiej osoby bywa bardzo utrudnione i ograniczone. Zwykłe czynności

wymagają pomocy osób trzecich. Cała sytuacja zmusza najbliższych, jak i samego pacjenta do podjęcia trudnych decyzji, tj. umieszczenia w specjalistycznym ośrodku opiekuńczym. Zespół opiekuńczy wraz z personelem medycznym, tj. lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, stara się w jak najlepszy sposób zaopiekować osobą w wieku podeszłym, żeby ulżyć w trudzie codziennego funkcjonowania. Bywa jeszcze ciężiej, jeśli do tego dochodzą sytuacje, gdzie pacjent umieszczony w ośrodku opiekuńczym jest śmiertelnie chory. Bardzo ważny jest wtedy dialog między personelem medycznym i opiekuńczym a pacjentem i jego rodziną. Informowanie na bieżąco o stanie zdrowia, a tym samym osvajanie ze śmiercią należą do najtrudniejszych. Ważne jest, aby w takich sytuacjach pamiętać o godności drugiego człowieka. Relacja pacjent–personel medyczny / rodzina–personel medyczny jest kluczowa dla dobrostanu podopiecznego, który jest u kresu swojego życia. Wszelkie rozmowy dają wgląd w sytuację chorobową pacjenta, a bycie otwartym na sugestie rodziny, jak i personelu pozwala na zaplanowanie jak najlepszych rozwiązań. Przykładem takiej rozmowy może być sytuacja, gdzie małżeństwo w podeszłym wieku i z wieloma chorobami współistniejącymi zostało umieszczone w domu opieki przez rodzinę. Po pewnym czasie ze względu na komplikacje zdrowotne podopieczna zmarła. Po pogrzebie rodzina zwróciła się do personelu medycznego z prośbą o nieinformowanie podopiecznego ze względu na przebyty w poprzednich latach zawał i udar niedokrwienny. Decyzja ta była mniejszym złem ze względu na zaawansowaną chorobę Alzheimera podopiecznego, który nie pamiętał żony czy innych członków najbliższej rodziny.

1.5. Śmierć i umieranie – aspekt filozoficzny.

Śmierć jest naturalnym zjawiskiem ludzkiej egzystencji i stanowi ważny element kultury duchowej. Temat śmierci poruszany jest na różnych poziomach: religijnym, filozoficznym, psychologicznym, artystycznym i naukowym. Kontemplacją zjawiska śmierci zajmowali się najważniejsi przedstawiciele filozofii starożytnej Grecji oraz w mniejszym stopniu filozofii rzymskiej. Śmierć z perspektywy filozofii rozpatrywali także chrześcijanie. Pytania o nią obecne były już u wczesnych reprezentantów greckiej filozofii przyrody, którzy pod wpływem koncepcji bytu Parmenidesa starali się pokazać, że śmierć tak naprawdę nie istnieje, bo jest jedynie rozkładem, zmianą, a więc iluzją. Da się zatem rozróżnić śmierć w ujęciu ogólnym, wywołującą naturalny strach przed nią jako końcem istnienia, oraz filozoficznym – ukazującą jej fenomen w rzeczywistej perspektywie wolnej od złudzeń (Orbik, 2013).

Według Parmenidesa byt, czyli to, co istnieje – jest jeden, niestworzony, wieczny, niezmienny oraz nie ulega zniszczeniu. Natomiast śmierć w ujęciu teorii rzeczywistości jest jedynie złudzeniem.

A zatem powiem ci, a ty wysłuchaj i zapamiętaj sobie me słowo o drogach badania, jakie jedynie dadzą się pomyśleć. Pierwsza jest ta, że byt istnieje i jest niemożliwe, aby nie istniał. Jest to droga przekonania, towarzyszy bowiem prawdzie. Druga, że niebyt nie istnieje i z konieczności nie może istnieć. [...] Nie ma i nie może być czegoś innego poza bytem, ponieważ przeznaczenie go tak zespoliło, że jest niepodzielny i nieruchomy. Dlatego mamy do czynienia tylko z pustymi nazwami, jakie ludzie nadali rzeczom w przekonaniu, że są prawdziwe, jak powstawanie i zanikanie, istnienie i nieistnienie, zmiana miejsca i zmiana jasnej barwy (Legowicz, 1970, s. 85–86).

Kwestia śmierci jest jednym z najbardziej fundamentalnych tematów refleksji filozoficznej. Już w starożytności rozumiano, że zadanie zrozumienia bezwzględnej skończoności człowieka było jego głównym problemem, a według jednej z ówczesnych definicji filozofia właściwie „myślała o śmierci”. Najbardziej uwidacznia to sentencja Cycerona, brzmiąca: „całe życie filozofa to rozmyślanie o śmierci” (*Tota philosophorum vita commentatio mortis est*) (za: Tyburski, 2007, s. 1).

Inni filozofowie greccy również dokonywali prób wyjaśnienia pochodzenia zmysłowych złudzeń dotyczących zmiany i zanikania. Skupili swoją uwagę na wykazaniu, że śmierć stanowi wyłącznie pewne złudzenie i w rzeczywistości nie istnieje. Nauka Demokryta dotyczyła tego, że wszystkie rzeczy są zbudowane z wiecznych i niezmiennych atomów, a to, co ludzie nazywają śmiercią, jest jedynie rozpadem atomów. Z kolei według koncepcji Empedoklesa wszystkie rzeczy są mieszaniną czterech niezmiennych składowych: ziemi, ognia, wody i powietrza, które wprawia w siłę miłość oraz niezgoda. Również dusze ludzkie powstają z połączenia tych czterech elementów. „Nic się nie rodzi, nic nie ginie, nic się nie przeobraża. To, co ludzie nazywają powstawaniem czy śmiercią, to tylko wymiana, mieszanie się niezmiennych żywiołów” (Dąbska, 1970, s. 85–86).

Podobne nauki głosił wczesny filozof przyrody Anaksagoras. To, co nazywane jest rodzeniem się i śmiercią, de facto stanowi połączenie i oddzielenie rzeczy, za które odpowiada rozum, będący boską, ostateczną zasadą porządku we wszechświecie, niezależną od innych rzeczy. Pitagorejczycy natomiast uważali, że śmierć jest pewnym dobrem, więc nie można się jej bać, a wręcz przeciwnie – mądry człowiek powinien jej pragnąć. Ich poglądy obejmowały doktrynę o niematerialności duszy i transcendencji ciała. Kontakt z ciałem jest niekorzystny dla duszy. Z drugiej strony śmierć to nic innego jak wyzwolenie duszy od ciała. Dopiero uwolniona dusza może rozwijać się przez poznanie prawdy, w pełni realizując tym swoją naturę.

Tezy Platona scalają dwa powyższe ujęcia problematyki śmierci. Filozof napisał w *Fedonie*:

Ja się przed wami przecież, przed sędziami muszę już usprawiedliwić, że słuszność mam, kiedy myślę, że człowiek, który naprawdę życie spędził na filozofii, będzie dobrej myśli przed śmiercią i będzie się

tam największego dobra spodziewał po śmierci. A jakim sposobem tak być może, spróbuję wam, Simiaszu i Kebesie, wykazać. Zdaje się, że ci, którzy się z filozofią zetknęli jak należy, niczym innym się nie zajmują, jak tylko tym, żeby umrzeć i nie żyć, a ludzie bodaj że tego nie wiedzą. Otóż, jeżeli to prawda, to głupio byłoby przez całe życie niczego innego nie szukać, tylko tego właśnie, a kiedy ono przyjdzie, wzdygać się przed tym, czego człowiek z dawna pragnął i starał się o to (Platon, s. 140).

Biorąc pod uwagę powyższe, śmierć wydaje się najwyższym rozważaniem filozofii. Warto też nadmienić, że Sokrates, którego znamy z *Dialogów* Platona, określa filozofię jako myślenie o śmierci. Filozof to ktoś, kto nie tylko nie boi się śmierci, ale ktoś, kto jej wręcz pragnie. Dopiero dusza uwolniona z „więzienia” ciała może w pełni prowadzić do poznania prawdy.

Ci, którzy kochają naukę, poznają, że filozofia duszę ich znajduje po prostu związaną i przyrosłą do ciała i przymuszoną oglądać byty przez ciało niby przez kraty więzienia: dusza ich nie może patrzeć sama przez się i w tej ciemności swojej wije się i widzi, jak straszne jest to więzienie, w którym ją żądze trzymają, a sam więzień pomaga własne zacieśniać kajdany – więc, jak mówię, poznają miłujący naukę, że filozofia w tym stanie duszę ich znajduje i zaczyna jej ciche, dobre słowa szeptać, wykazując, że błędu pełne jest poznanie przez oczy i pełne błędu owo przez uszy i przez inne wrażenia zmysłowe i radzi jej oddalić się od nich, o ile tylko ich koniecznie używać nie potrzeba, a samej w sobie się zebrać i skupić i nikomu innemu nie wierzyć, jak tylko sobie samej, kiedy sama w sobie jakiś byt sam w sobie dostrzeże (Platon; za: Orbik, 2013, s. 269).

Zdaniem Izydory Dąbskiej (Dąbska, 1975, s. 121) „to, że Platon zagadnienie śmierci uczynił problemem centralnym swojej filozofii, ma niewątpliwie m.in. swe źródło w roli, jaką w jego życiu odegrała śmierć Sokratesa”. Autorka dodaje: „ta śmierć wstrząsnęła duszą młodego wówczas człowieka do głębi. Nie tylko dlatego, że w osobie Sokratesa tracił umiłowanego i podziwianego nauczyciela. I nie tylko dlatego, że śmierć ta, tak bardzo niesprawiedliwa, kazała mu dla niej szukać sensu w jakimś ponadludzkiem, metafizycznym wymiarze. Ale także, i może przede wszystkim dlatego, że Sokrates ze swojej śmierci zrobił ostatnią wielką lekcję pogładową filozofii” (tamże). Możemy zatem wnioskować o wiarygodności tezy o podstawowym znaczeniu problematyki śmierci w kontekście całej filozofii. Zakładając, że filozof jest osobą pragnącą śmierci jako celu jego życia, należy zwrócić szczególną uwagę na praktyczny aspekt znaczeniowy tego podejścia. Mówimy tu o sposobie życia, który stanowić będzie ostateczny sprawdzian jego wartości. Godna śmierć wynika bowiem z dobrego życia (Dąbska, 1975).

Wydaje się, że w okresie hellenistycznym ideał filozofa upatrywany w Sokratesie miał decydujący wpływ na filozoficzne szkoły myślenia o śmierci tamtej epoki. Głównym obszarem zainteresowania ówczesnych filozofów były takie problemy jak możliwości szczęścia człowieka. Szczęście rozumiano wówczas jako dobro najwyższe. Nie brakowało jednak skrajnie odmiennych głosów, na przykład wzywania do śmierci drugiego człowieka bez realnych podstaw ku temu. Zwolennikiem takiego podejścia był Hegezjasz ze szkoły cyrenejskiej. Głosił on pogląd, że śmierć

jest lepsza od życia, skoro życie jest – jak twierdził – marne. Problematyką śmierci zajmowały się wówczas największe szkoły, tj. epikurejczycy i stoicy.

Epikurejczycy twierdzili, że to, co najbardziej unieszczęśliwia człowieka, to lęk przed śmiercią. Nawiązywali oni do atomizmu Demokryta, sprowadzającego śmierć człowieka do rozpadu atomów, w następstwie którego tworzone były z nich nowe ciała i dusze kolejnych ludzi. Nie powinno jednak być to przyczynkiem do pojawienia się lęku, ponieważ uświadomienie sobie tego, czym jest śmierć, miało napawać spokojem i być źródłem szczęścia. Ta wizja śmierci bowiem wolna była od strachu przed pośmiertnymi karami i nawoływała do cenięcia życia na Ziemi. Ponadto śmierć miała stanowić ukojenie od doznań zmysłowych i związanych z nimi cierpień. Epikurejską naukę na temat śmierci można wyrazić następującymi słowami: „śmierć, najstraszniejsze z nieszczęść, wcale nas nie dotyczy, bo gdy my istniejemy, śmierć jest nieobecna, a gdy tylko śmierć się pojawi, wtedy nas już nie ma”. Mędrzec natomiast „ani się życia nie wyrzeka, ani się śmierci nie boi, albowiem życie nie jest mu ciężarem, a nieistnienia nie uważa wcale za zło”, ponieważ „troska o życie piękne nie różni się niczym od troski o jego piękny koniec” (Legowicz, 1970, s. 318).

Podobne ujęcie problemu śmierci wyrażane jest w neoplatonizmie. Również Plotyn, powtarzając za Pitagorasem i Platonem, uważa śmierć za dobro, uwalniające duszę z łańcuchów ciała. Dusza jednak przywiązana do ciała nigdy nie traci kontaktu ze swoim źródłem, którym jest boski umysł wywodzący się z pierwotnej jedności. Śmierć w perspektywie neoplatońskiej to powrót duszy do świata nadprzyrodzonego, który jest jej prawdziwą ojczyzną. Życie w urojonym świecie jest jak wytchnienie, po którym dusza odzyskuje materialną formę, by wypełnić swoje przeznaczenie, zanim ostatecznie połączy się z Bogiem.

Pogląd chrześcijan na temat śmierci różni się od powyższych tez. Już w czasach starożytnych ten kontrast był widoczny i trwa on po dziś dzień. Szczegółowe opisanie tutaj tego zjawiska byłoby nieadekwatne ze względu na jego obszerność, dlatego należy się skupić na podstawowych kwestiach. Chrześcijanie podkreślają przede wszystkim wymiar eschatologiczny zjawiska śmierci. Śmierć jawi się jako zmiana formy życia, nie zaś jego ostateczne zakończenie. Ten pogląd zakłada istnienie duszy, czyli pierwiastka niezniszczalnego i niezależnego od ziemskiej śmierci człowieka. W przeciwieństwie do filozofii pogańskiej śmierć jest tylko „stanem przejściowym” – chwilowym rozłączeniem ciała i duszy, które ponownie łączą się w momencie paruzji. Zatem śmierć i rozkład materialny ciała nie stanowi już problemu, bo zakłada nieskończoność ludzkiej egzystencji w wymiarze ponadmaterialnym. W przekazie biblijnym, gdzie śmierć jest zsyłana na grzeszników przez Boga, moralne spojrzenie na śmierć można poprzeć wieloma cytatami: „Ale w oczach Jahwe ten, pierworodny Judy, okazał się złym i Jahwe pozbawił go życia” (Rdz 38,7). „Lecz czyn ten nie podobał się Jahwe, więc i jego pozbawił życia” (Rdz 38,10). „Ktokolwiek zlorzeczy swemu ojcu

albo matce, musi ponieść śmierć” (Kpł 20,9). „Nieprawość zabija bezbożnego; kto nienawidzi sprawiedliwego, będzie ukarany” (Ps 34,22). „A jak przez jednego człowieka pojawił się na świecie grzech, wskutek zaś grzechu śmierć, i w ten sposób śmierć dotknęła wszystkich ludzi, ponieważ wszyscy zgrzeszyli” (Rdz 5,12). Zatem według praw biblijnych podstawową prawdą jest to, że Bóg jest Panem zarówno życia, jak i śmierci. Dla chrześcijan śmierć nie jest ostatecznością, gdyż Bóg daje im nadzieję na zmartwychwstanie. „Podobnie jak na skutek łączności z Adamem wszyscy umierają, tak samo dzięki łączności z Chrystusem wszyscy zostaną ożywieni” (1 Kor 15,22). Istotne jest zatem pogodzić się z nieuchronnością śmierci (Hostyński, 2015).

Podsumowując, w rozważaniach o traktowaniu śmierci przez filozofów można dostrzec próby przezwyciężenia lęku przed nieuniknionym. Lęk przed śmiercią jest istotnym momentem egzystencjalnym, spowodowanym z jednej strony świadomością własnej śmiertelności, a z drugiej ludzkim instynktem samozachowawczym, który przejawia się w chęci zachowania własnego życia. Z punktu widzenia logiki istnieją dwa sposoby rozwiązania rodzącego się dylematu: jest to wyeliminowanie instynktu samozachowawczego oraz wyeliminowanie śmierci. Jak wynika z praw natury, żadne z tych rozwiązań nie jest możliwe.

2. Komunikacja w sytuacji śmierci

Do ważnych pojęć w tym zakresie można dodać deontologię lekarską, która określa zasady postępowania lekarza wobec pacjenta, jego rodziny, a także wobec współpracowników. Celem nadrzędnym każdego lekarza podczas wykonywania czynności zawodowych powinno być dobro osoby chorej. Przez dobro osoby chorej rozumie się równe traktowanie każdego pacjenta, udzielanie pomocy według swojej wiedzy, okazywanie każdemu choremu należytego szacunku, zachowując przy tym tajemnicę lekarską. Deontologiczne zasady lekarskie są podstawą przysięgi lekarskiej. Niektóre kwestie moralno-etyczne normują kodeksy etyczne uprawomocniane przez poszczególne korporacje bądź samorzady lekarskie oraz przez prawo (np. ustawa z 5 XII 1996 *O zawodzie lekarza*).

Kodeks deontologii lekarskiej z 1907 roku jasno podaje, że: „Każdy lekarz powinien sumiennie wykonywać obowiązki swego zawodu, mając przede wszystkim na względzie dobro chorego, powinien też przestrzegać godności i honoru tudzież wspólnych interesów moralnych i materialnych stanu lekarskiego” (Sikora, 2002, s. 104).

2.1. Rytuał jako pozajęzykowy kod komunikacyjny.

Przeglądając badania psychologów, pedagogów, socjologów, politologów oraz językoznawców, można zauważyć, że od dawna sięgają oni w swoich badaniach po temat rytuału. Jak podaje Jaskulska (2013, s. 79), „rytuał to kategoria antropologiczna służąca początkowo opisowi społeczeństw pierwotnych, z biegiem lat zakorzeniała się jako kluczowe pojęcie w naukach społecznych i nie tylko”. Jako że istnieją różne ujęcia kategorii rytuału, właściwe dla ich osadzenia teoretycznego i metodologicznego, mogą też być różnie definiowane.

W dużym uproszczeniu można powiedzieć, że istnieją dwa podejścia do rytuałów: ujęcie wąskie i szerokie. Wąskie nakazuje myśleć o rytuałach tylko wtedy, gdy odnosimy się do sfery religijnej. W podejściu rozszerzającym rytuały, oprócz obszaru religijnego, dotyczą różnych zachowań mających znamiona powtarzalności i zestandaryzowania. Jeśli przytoczymy Jeana Maissonneuve (1995, s. 7), podaje on następującą definicję: „rytuały mogą być religijne (msza, szabas), świeckie (protokół, zaprzysiężenie), zbiorowe (święta narodowe i rodzinne), prywatne (modlitwa i niektóre rytuały cielesne). Inne dotyczą po prostu życia codziennego”. Warto przytoczyć jeszcze definicję Ellera, który zaznacza, że rytuał nie jest zjawiskiem zarezerwowanym tylko dla religijności, ale, jak podkreśla, ludzie mogą ze wszystkich swoich zachowań stworzyć rytuał. Definiuje on rytuał jako wszystko, co jednostka czy nawet całe społeczeństwo robi w ten sam, powtarzalny sposób. Zatem cała kultura lub jej część ma charakter obrzędowy lub zrytualizowany, ponieważ u podstaw takich działań leżą wyuczzone zachowania, które w odpowiednich momentach społecznych ludzie wykonują (Eller, 2012).

Biorąc za przykład ceremonię pogrzebową w katolickim obrzędzie, uroczystość ta składa się z konkretnych elementów: pieśni, modlitwy, tekstu nabożeństwa pogrzebowego, kolejności wykonywanych czynności. Widoczna jest w tym charakterystyczna dla rytuałów ekspresja i niezmienność. Tak samo uroczystość ślubną, chrzcielną czy absolutoryjną łączą elementy wspólne, które są charakterystyczne dla kultury danej społeczności. Kultura jest zakorzeniona w rytuałach i za ich pośrednictwem przekazywana (Farnicka i Sałatka, 2013; Jaskulska i Motyl, 2014).

Cechy rytuałów wiążą się z funkcjami, które one pełnią. Obrzędy i ceremonie w życiu ludzi towarzyszyły najważniejszym momentom życia społeczności. Były to ciąża i poród, śmierć, wchodzenie w dorosłość, zmiana statusu społecznego, obejmowanie władzy. Wszystkie te sytuacje łączy doza tajemniczości i jakiegoś trudu. Rytuał porządkuje to, co nieuporządkowane, objaśnia niewyjaśnione, zapobiega buntom, wprowadza porządek. Służy rozładowaniu napięcia (Jaskulska, Motyl, 2014, s. 77).

Za pośrednictwem rytuałów przekazywana jest tradycja, są one też formą komunikacji międzypokoleniowej, jednak nie jako swobodna wymiana myśli czy dyskusja, lecz konkretny przekaz. Świadczy to o społecznym wymiarze rytuałów przy równoczesnym tworzeniu ich przez doświadczenia poszczególnych jednostek (Motyl, 2014).

Istotną rolę w życiu rodziny pojmowanej jako całość oraz jej poszczególnych członków, szczególnie najmłodszych, stanowią rodzinne rytuały. Mogą mieć one nieoceniony wpływ na kształtowanie się tożsamości (Farnicka, Liberska, 2013), zarówno wśród społeczności, w której są pielęgnowane, jak i tożsamości indywidualnej. Można zatem przypisać rytuałom rolę spajania tożsamości rodzinnej oraz kształtowania tożsamości jej członków (Zagórska i Lipska, 2013, 2015).

Reasumując, rytuały stanowią pozajęzykowy kod komunikacyjny, szczególnie uwidoczniiony w podtrzymywaniu rytuałów rodzinnych czy zachowywaniu ciągłości międzypokoleniowych (Zagórska, Lipska, 2013). Główne cechy rytuałów to niezmienność, szablonowość i powtarzalność. Od zawsze miały one zbliżone do siebie znaczenie, pełniły podobne funkcje oraz role. Jedną z głównych funkcji rytualności nieprzerwanie jest podtrzymywanie relacji w społeczności, ugruntowanie przywiązania do grupy (Motyl, 2014). Również współcześnie rytualności nie są pozbawione zachowania młodzieży, często na nowo stworzonej.

Kultywowanie rytuałów pomaga młodym ludziom m.in. radzić sobie ze zmian psychologicznymi, które wynikają z okresu dojrzewania. Są też formą manifestu wejście w nowy etap życia (Kurzydło, Zagórska, 2016).

ROZDZIAŁ II

POSTAWY WOBEC ŚMIERCI

U każdego człowieka bardziej lub mniej obecna jest myśl, że u schyłku drogi życia czeka śmierć. Świadomość ta jest często zależna od wieku, stanu zdrowotnego, planów na przyszłość. Niektórzy próbują jak najdalej odciągnąć od siebie tę myśl, ciesząc się życiem i sprawnie pokonują przeszkody, które stają na ich drodze. Inni pod ciężarem codzienności wypatrują w śmierci ukojenia. Podążają za myślami samobójczymi, które z czasem pochłaniają ich coraz bardziej, niekiedy aż do samobójstwa dokonanego (Stradomska, 2019a). Tego typu zagadnienia nie są charakterystyczne jedynie dla ludzi żyjących w terażniejszości, lecz jest to temat, który fascynował, a jednocześnie przerażał ludzi od tysięcy lat. Często pogląd na daną sytuację zależy od kwestii materialnych, prywatnych stosunków z innym ludźmi (związki, rodzina) i innych. Wpływ mają również tendencje filozoficzno-moralne, stan psychiczny, w jakim znajduje się osoba oraz jej podejście do religii i życia pozaziemskiego.

W dzisiejszych czasach wielu badaczy łączy trudności ludzi w zmierzeniu się ze swoją śmiertelnością z kryzysem religijnym, twierdząc, że bez wiary w nieśmiertelność człowiek może jedynie unikać śmierci. Uznanie prawdy o własnej śmiertelności możliwe jest wyłącznie po poznaniu całościowej prawdy o człowieku, istocie jego życia oraz po odnalezieniu jego sensu. Mówienie o śmierci w perspektywie sensu życia jest osiągnięciem życiowej i duchowej dojrzałości. Pomimo chęci odrzucenia wizji śmierci przez większość ludzi, ciągle powraca ona w postaci wojny, przemocy i zabójstw. Stanowisko człowieka wobec śmierci zależy od co najmniej siedmiu czynników, takich jak: „kontekst kulturowy, różne doświadczenia rozwojowe, światopogląd, odporność na stresory, aktualna sytuacja życiowa, styl życia, preferowane wartości oraz prawdopodobieństwo zgonu osoby bliskiej lub własnego” (Izdebski, Jurga, Kosiol, 2012, s. 156). Natomiast według Próchniaka (2010) na kształtowanie podejścia do śmierci ma wpływ udział procesów uwagi, pamięci, przetwarzania informacji, a także kształtowania pojęć i sądów. Zwraca on uwagę, że „stosunek człowieka do śmierci jest uzależniony od podmiotowych właściwości jego funkcjonowania” (za: Izdebski, Jurga, Kosiol, 2012, s. 156). W dzisiejszych czasach staramy się realnie i logicznie podejść do tematu śmierci. Nawet w odniesieniu do religii śmierć traktowana jest jako etap ostateczny, pewny. Badacze dostrzegają absurdalność unikania tematu śmierci, wypierania jej ze świadomości i zaprzeczania jej. Mówi się o nowym światopoglądzie, który zakłada nieodłączność przyszłego odejścia ze świata, śmierć traktowana jest więc jako nieunikniona (Stradomska, 2020b). Podkreśla się, że zarówno śmierć, jak i narodziny są etapami, które łączą całe życie, spinają je razem jak klamry.

1. Wprowadzenie

Zagadnienie dotyczące postaw wobec śmierci jest przedmiotem badań i rozważań naukowców i badaczy reprezentujących szereg dziedzin naukowych. Mimo tak ogromnego dorobku w tym aspekcie brak jest jednoznacznych i konkretnych działań czy rekomendacji ułatwiających poznanie tej kwestii. Nie jest to zadanie proste ze względu na to, że badacze i naukowcy kierują się w swoich rozważaniach szeregiem różnic indywidualnych, które wpływają ostatecznie na prezentowany obraz danego zagadnienia. Niejednokrotnie widoczne są zmiany w spostrzeganiu tych treści nawet u jednego badacza na przestrzeni lat, co może być związane ze zmianą światopoglądu, doświadczeń życiowych czy wieku.

1.1. Zmiana perspektywy spostrzegania śmierci.

Starożytne greckie wierzenia na temat śmierci wywodzą się z teorii Orfeusza odnoszącej się do dionizyjskiego mitu, który utożsamia życie ze śmiercią w następujący sposób: tak jak życie jest procesem umierania, tak śmierć stanowi akt umierania. Życie i śmierć występują wobec siebie w ciągłości i wzajemnych powiązaniach. Aby życie istniało, musi mieć równoległe niezbędne ograniczenia – koniec istnienia. Śmierć jednostki jest podstawą nowego życia, które trwa w następstwie pokoleń, wpisuje się w harmonię świata i nie prowadzi do nieprzewidzianych konsekwencji. Według Heraklita śmierć i życie są współzależne. W skali kosmicznej i osobistej rozgrywa się gra przeciwieństw: życie staje się śmiercią, a śmierć życiem, jedno niezrozumiałe bez drugiego. Życie i śmierć mają wyjątkową dialektykę. Śmierć nie jest ostatecznym końcem, ale formą przejścia do życia. Śmierć stanowi cel ostateczny – ostateczne unicestwienie wszystkiego. Nie jest więc przypadkowa i bezsensowna, ale konieczna i uzasadniona zarówno z indywidualnego punktu widzenia, jak i w skali kosmicznej, gdzie panuje porządek i harmonia. Według Greków wszystko ma prawomocność i ostatecznie światem rządzi *logos*, więc śmierć jest świadomie wpisana w tkankę panującego porządku (Tyburski, 2007).

Sokrates w swoich wypowiedziach wyraźnie próbował osłabiać lęk przed tym, co nieuniknione. Skłaniał do przekonania, że śmierć nie jest nieszczęściem, ponieważ jest końcem jakiegokolwiek świadomości, stanowi „całkowite znieczulenie”. Na zasadzie analogii porównywał to do snu, podczas którego nie doświadcza się marzenia sennego, a „cała wieczność okazuje się tylko jedną nocą”. Uwzględniając teorię dualizmu duszy i ciała, śmierć prowadzi duszę do pewnego rodzaju przemiany, jest wędrówką do innego miejsca – tam, gdzie „przebywają wszyscy zmarli”. „Cóż nad to większym może być szczęściem”, jak mawiał Platon (Platon, 1993, s. 206).

Personifikacją śmierci w mitologii greckiej był Tanatos, który „[...] zlatuje na czarnych skrzydłach, wchodzi niepostrzeżony do pokoju i złotym nożem odcina konającemu pukiel włosów. W ten sposób niby kapłan umarłych poświęca człowieka na ofiarę bóstwom podziemnym i na zawsze odrywa od ziemi” (Parandowski, 1992, 161–162).

Natomiast w greckiej filozofii śmierć rozumiana była nie jako fakt stwierdzony empirycznie, ale jako zjawisko tłumaczone racjonalnie. Wyjaśnić można to na podstawie teorii płaszczyzn. W pierwszej z nich, metafizyczno-ontologicznej, dokonuje się racjonalizacja śmierci aż po jej zanegowanie, jak u eleatów, a szczególnie u Parmenidesa, przyjmującego, że byt jest wieczny, tym samym negującego powstawanie (czyli rodzenie się) i ginięcie (Reale, 2002). Druga płaszczyzna, religijna bądź metafizyczno-religijna, bierze swój początek w wierzeniach orfickich, według których człowiek równolegle z ciałem posiada pewien nieśmiertelny pierwiastek, czyli duszę. Według Platona i tradycji platońskiej śmierć pojmowano jako proces oddzielania duszy od ciała, co według orfików stanowiło wyzwolenie nieśmiertelnej duszy. W *Kratylosie* Platon omawia swoje stanowisko następująco:

Bo niektórzy wyjaśniają, że ciało (*soma*) jest grobem (*sema*) duszy, gdzie ona przebywa w tym życiu. A ponieważ poprzez ciało siebie okazuje, dając znak (*semaineiri*) o sobie, dlatego zostało trafnie nazwane znakiem (*sema*). Moim zdaniem głównie orficy wprowadzili tę nazwę, bo według nich dusza w ciele odbywa pokutę za winy, mając ciało za mocną osłonę, podobną do więzienia, aby się w nim zachować (*sozetai*), dopóki nie odkupi win, i stąd nazwa soma (przechowanie, osłona), i nie ma potrzeby wprowadzania tutaj ani jednej litery (Platon, 1990, s. 70–71).

Zatem śmierć nabiera nowego znaczenia i staje się początkiem nowego życia duszy. Reale twierdzi, że „w nauce orficko-pitagorejsko-platońskiej karą dla dusz ma być właśnie reinkarnacja, czyli ponowne podjęcie życia w ciele, a nie śmierć, która jest [...] wyzwoleniem od ciała”. Jest to ujęcie śmierci pod wieloma względami stanowiące antytezę wizji biblijno-chrześcijańskiej (Reale, 2002, s. 230). Trzecią płaszczyzną, wyjaśniającą w starożytności fenomen śmierci, jest płaszczyzna antropologiczna. Z punktu widzenia czysto fizycznego śmierć jest niczym więcej niż jedynie rozpadem atomów duszy i ciała, który powoduje, że przestają działać zmysły i świadomość. Konsekwencją podejmowania problemów śmierci na płaszczyźnie ontologicznej i egzystencjalno-antropologicznej było to, że jej aspekt moralny rozumiany głównie jako następstwo grzechu i kara jest właściwie nieobecny w filozofii starożytnej Grecji.

Zagadnienie śmierci stanowiło przedmiot rozważań również schyłkowego okresu starożytności, przenikniętego religijnością. Ówczesni filozofowie zainteresowani byli tak samą śmiercią, jak i pośmiertnymi losami duszy (Dąmbska, 1975).

Natomiast śmierć wczesnego średniowiecza w dużej mierze związana była z arystokracją rycerską i nie nawiązywała do wzorców starożytnych, a wywodziła się z wyobrażeń i wierzeń

ludowych. Nie pojawiała się gwałtownie, bez wcześniejszego przygotowania, lecz była zapowiadana przez różnego rodzaju sny, przeczucia czy znaki. Najgroźniejszym z marzeń sennych było ukazanie się ducha. Buntowanie się przed śmiercią czy negowanie jej nieuchronności było pozbawione sensu. Ci, którzy przyjmowali postawę „oszukiwania” śmierci, narażali się na drwiny i ośmieszenie. Jak pisał Ariès: „Skoro śmierć miała być w ten sposób zapowiedziana, nie mogła być nagła, *repentina*. Kiedy nie uprzedzała o sobie, przestawała być koniecznością groźną, ale oczekiwaną i chcąc nie chcąc, akceptowaną. Rujnowała wtedy porządek świata, w który wszyscy wierzyli, stawała się bezsensownym narzędziem przypadku, a czasem przejawem gniewu Bożego. Dlatego *mors repentina* uchodziła za haniebną i wstydliwą” (Ariès, 1992, s. 24).

Śmierć gwałtowna mogła być ponadto postrzegana jako prywatna, czyli przeciwieństwo śmierci publicznej. W dużym stopniu była ona oswojona i funkcjonowała w tradycji europejskiej do przełomu XIX i XX wieku. „Jeszcze z początkiem XX w., powiedzmy do wojny w 1914 roku, na całym Zachodzie kultury łacińskiej, katolickiej albo protestanckiej śmierć jednostki w uroczysty sposób zmieniała przestrzeń i czas pewnej grupy społecznej, a nawet całej wspólnoty, na przykład wsi. W izbie umierającego zamykano okiennice, zapalano świece, przynoszono święconą wodę: do domu schodzili się sąsiedzi, krewni, przyjaciele, szepczący i poważni. Dzwon żałobny odzywał się w kościele, skąd przed chwilą wyszła mała procesja: ksiądz z Panem Bogiem...” (Ariès, 1992, s. 549).

W średniowieczu w takim samym stopniu ceniono sobie życie teraźniejsze, jak i wieczne. Ludziom towarzyszyło motto *memento mori*, czyli pamiętaj o śmierci. Popularne było również motto *ars moriendi*, czyli sztuka umierania. To, jaka śmierć spotka daną osobę, zależało od tego, jakie życie prowadziła na ziemi. Ludzie postępujący zgodnie z zasadami umierali bezboleśnie. Renesans był epoką maksymy *carpe diem*, co oznacza chwytaj dzień. Według tego motto ludzie odstąpili od zatrwazania się tematem śmierci. Od końca XIV do wieku XVIII temat śmierci przedstawiany był jako proces, do którego człowiek jest przygotowany. Była to śmierć spokojna, ponieważ człowiek myśląc o niej, był na nią gotowy. W baroku panowało przeświadczenie o ciągłym konflikcie pomiędzy śmiertelnym ciałem a nieśmiertelną duszą. Człowiek jako istota bezsilna nie miał wpływu na to, co się z nim dzieje. Życie traktowane było jako ulotne, kruche i nietrwałe. W okresie oświecenia śmierć rozumiana była jako kara od Boga. Wyrok, któremu człowiek musi się poddać niezależnie od okoliczności. Natomiast pod koniec XVIII wieku w świadomości ludzi pojawiła się idea życia wiecznego, w którym po śmierci połączą się kochające się osoby, ponieważ śmierć jest tylko przerwą we wspólnym życiu. Śmierć zaczęła kojarzyć się jako pozytywny aspekt. Miejsce w zaświatach, które jest nagrodą za godne życie, bez bólu i cierpienia. W romantyzmie zaczęło dominować przekonanie, że strach przed śmiercią wynika z oddalenia od natury, wychowania, dlatego większy panuje wśród mieszkańców miast, którzy wyolbrzymiają potęgę śmierci.

W kolejnych epokach tematyka śmierci budziła mieszane odczucia. Z jednej strony traktowana była jako coś, czemu trzeba się poddać, lecz z drugiej jako biologiczny etap, przez co życie duchowe spychane było na drugi tor. W wieku XX doszło do postępującego słabnięcia wpływu religii na różne dziedziny życia społecznego. W konsekwencji śmierć stała się tematem tabu, myśl o niej była wręcz odrzucana, ponieważ ludzie zaczęli żyć dłużej, w lepszych warunkach bytowych (Guzowski, Krajewska-Kułak i Bejda, 2016).

W dziejach filozofii poszczególne problemy hierarchizowano w przeróżny sposób, jednak żadna z epok nie pozostała obojętna wobec zagadnienia śmierci. Proces umierania zawsze zmusza do egzystencjalnego zaangażowania i prowokuje do teoretycznych rozważań. Ponadczasowy, uniwersalny wymiar tego przedmiotu badań akcentował także wybitny polski filozof i aforysta Henryk Elzenberg. W pracy zatytułowanej *Kłopot z istnieniem* napisał: „Dla społeczeństwa jest zawsze najważniejszy problem ustroju. Dla jednostki natomiast problemem problemów jest problem śmierci” (Elzenberg, 2002, s. 385).

1.2. Współczesne postawy wobec śmierci.

Człowiek przejawia różnorodne postawy wobec śmierci. Postawa oznacza ustosunkowanie się osoby do danego zjawiska, w tym przypadku śmierci, któremu towarzyszą zabarwienia emocjonalne i ocena. Komponenty postawy są zarówno poznawcze, emocjonalne, jak i wolicjonalne, zależne od woli, co związane jest m.in. ze świadomością. To, jaką postawę człowiek będzie przejawiał wobec śmierci, zależy między innymi od jego uprzednich doświadczeń w tym obszarze, opinii głoszonych przez osoby znaczące dla tego człowieka czy środowisko, w którym przebywa. Postawy są swoistego rodzaju tendencjami, które skłaniają do podejmowania konkretnych działań względem danego zagadnienia (Grzendzicki, 2009, s. 65).

Przy omawianiu zagadnienia śmierci bardzo ważne jest przedstawienie dwóch klasycznych już teorii śmierci. Teoria cykliczna stworzona przez Kübler-Ross, zwana inaczej teorią etapów umierania. Śmierć w tym ujęciu jest procesem powolnym. Model ten często omawiany jest w przypadku chorych nieuleczalnie pacjentów (Grzendzicki, 2009, s. 66). Umieranie rozpoczyna się zapoznaniem pacjenta z diagnozą, obejmuje ono:

1. *Fazę zaprzeczenia i izolacji.* Występuje zwykle u osób, które niespodziewanie otrzymały informację o stanie swojego zdrowia. Reagują one, zaprzeczając możliwości bliskiej śmierci oraz negując wszystkie niepozytywne informacje o swojej sytuacji. Możliwe jest w tej fazie zjawisko polegające na tym, że zdiagnozowany pacjent zaprzecza śmiertelnej chorobie swoim zachowaniem i sposobem ubioru, podkreślając swoją żywotność. Taka osoba nie czuje też potrzeby konsultowania się ze specjalistami danej dziedziny, mimo że

racjonalnie jest to konieczne.

2. *Fazę gniewu.* Charakteryzuje się silnym i niekontrolowanym uczuciem gniewu, wściekłości, żalu oraz poczucia winy, które może być ukierunkowane na osoby bliskie choremu, ale także na osoby czy przedmioty niezwiązane emocjonalnie z pacjentem. Chory zdaje sobie sprawę z grozy i powagi sytuacji.
3. *Fazę targowania się ze śmiercią.* Osoba zdiagnozowana żywi nadzieję, że dzięki zmianie zachowania wobec Boga, istot czy i innych ludzi będzie miała szansę na przedłużenie swojego życia.
4. *Fazę depresji.* Stan ten może przybierać dwie formy – reaktywną i przygotowawczą. Depresja reaktywna następuje na etapie, gdy jednostka zaczyna dostrzegać postępującą chorobę, zdaje sobie sprawę ze słabości własnego ciała i przemijającego właśnie życia, przez co pojawia się refleksja nad własną przyszłością i konsekwencjami tego, co dzieje się obecnie. Ważne jest wtedy wyzbycie się poczucia winy. Depresja przygotowawcza natomiast charakteryzuje się skoncentrowaniem się na własnej przeszłości, koniecznością pogodzenia się z faktem nadchodzącej śmierci i podsumowywaniem tego, co było i czego prawdopodobnie nie będzie możliwości powtórzyć.
5. *Fazę pogodzenia się ze śmiercią.* Na końcu życia pojawia się wyciszenie emocji i uczuć. Etap ten jest często bolesny. „Człowiek potrzebuje wtedy obecności innych ludzi, bliskich, aby znaleźć w sobie spokój i siłę do oderwania się od ziemskiej rzeczywistości” (Makselon, 1983; za: Grzendzicki, 2009, s. 31–33).

We wszystkich etapach poprzedzonych informacją o zbliżającej się śmierci zawsze pojawia się nadzieja na nieprzewidzianą zmianę sytuacji. Poszczególne stadia umierania mogą się przenikać albo występować obok siebie – zależne to jest od psychiki umierającego (Makselon, 1988, s. 46). Etapy te mogą zachodzić u konkretnych ludzi zupełnie odmiennie, co związane jest z szeregiem różnic indywidualnych i uwarunkowań osobniczych.

Drugą istotną współcześnie teorią procesu umierania jest ta stworzona przez Edwina S. Shneidmana, zwana rekapitulacyjną. Jej podstawy zakładają, że proces umierania przebiega według schematu, jaki ukształtował organizm, przechodząc przez różne sytuacje stresowe. Badacz stawia hipotezę, że „w procesie umierania odzwierciedla się strumień zachowań związanych z zagrożeniem lub stresem, które były udziałem człowieka przed popadnięciem w śmiertelną chorobę” (Makselon, 1983b, s. 34). Shneidman uznaje umieranie za rodzaj kryzysu, którego źródłami mogą być: wyizolowanie, nieprawidłowości somatyczne i społeczne, ograniczenie autonomii i ruchliwości organizmu. Pełne doświadczanie umierania może być ograniczone ze względu na kilka czynników, które mogą występować podczas tego procesu. Należą do nich:

- ból fizyczny i osłabienie organizmu, które mogą wzmacniać poczucie bezsilności i beznadziei, a także odczuwania lęków;
- zaburzenia psychiczne mogące zaburzać zdolność do klarownego myślenia i autorefleksji;
- moment w życiu pacjenta, w którym pojawiła się nieuleczalna choroba;
- lokalizacja w odniesieniu do faz życia (Grzendzicki, 2009, s. 69).

Według teorii Edwina S. Shneidmana to, w jaki sposób człowiek radził sobie w przeszłości z sytuacjami trudnymi, np. przechodzeniem z dzieciństwa w młodość, może znaleźć analogię w umiejętności akceptowania konieczności przejścia między życiem a śmiercią. Jeśli przez sytuacje graniczne człowiek przechodził z trudnością, zaakceptowanie śmiertelnej choroby może być cięższe. Jednym z głównych elementów poglądów badacza na temat śmierci i umierania jest to, że każda śmierć jest idiosynkratyczna, czyli właściwa dla każdej osoby, wobec czego nie ma określonej ilości stadiów umierania, które dotyczą człowieka śmiertelnie chorego. Dostrzegając zależności pomiędzy umiejętnością radzenia sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi a przeżywaniem śmierci, można stwierdzić, że proces umierania jest pewnego rodzaju rekapitulacją życia. Teorie zarówno Kübler-Ross, jak i Shneidmana uznają, że proces umierania ma ogromne znaczenie w życiu człowieka i łączy się z sytuacjami kryzysowymi (Grzendzicki, 2009, s. 69).

Filozoficzne podejście do problematyki śmierci i przemijania wykształciło się na podstawie koncepcji antropologicznych obecnych od wieków w poszczególnych gałęziach filozofii. Syntezy postaw filozofów do tematyki umierania dokonał Makselon (1981):

- *postawy negatywno-pasywne* (Epikur, Seneka, Epitet, Heidegger, Sartre, Camus). Pozytywne strony zjawiska śmierci nie są dostrzegane, za to wskazuje się na jej nieuchronność i zaleca zachowanie pogody ducha;
- *postawy pozytywno-aktywne naturalistyczne* (Spinoza, Hegel, Marks, Bloch). Cechują się próbą uchwycenia sensu śmierci i bezsensu, lęku przed nią;
- *postawa pozytywno-aktywna chrześcijaństwa* (św. Augustyn, św. Tomasz, Boros, Krapiec, Marcel, Pieper, Rahner). Według chrześcijaństwa śmierć nie jest końcem ludzkiego bytowania, lecz stanowi przejście na inną formę egzystencji (Grzendzicki, 2009, s. 69).

Śmierć stanowi dla człowieka odwieczną tajemnicę i budzi lęk, ponieważ jest zjawiskiem nieuniknionym i niepoznanym w pełni przez nikogo. Dla wyznawców jakiejś religii stanowi przeniesienie się do świata nadnaturalnego, dla innych oznacza koniec wszystkiego, wiąże się z całkowitą destrukcją. Tak jak umieranie obecne jest wśród ludzkości od zawsze, tak i różnorodne postawy przyjmowane wobec śmierci (Janukowicz, 2003).

Może się wydawać, że dawniej śmierć traktowano jako naturalne zjawisko, z którym człowiek w trakcie życia był oswajany, a w konsekwencji bardziej przygotowywany na jej

przyjście. Stosunek do śmierci jako czegoś naturalnego nadal obecny jest w kulturze ludowej. Społeczność ludowa w dużej mierze opiera się na wierzeniach religijnych i pozareligijnych, specyficznych w jej obrębie, oraz na bliskich kontaktach interpersonalnych i podtrzymywaniu wspólnoty. Odpowiednikiem takiej wspólnoty może być rodzina wielopokoleniowa zamieszkująca to samo gospodarstwo domowe. Jak opisuje Grzendzicki (2009, s. 71), „następstwo pokoleń dokonuje się tu na oczach dzieci, choroba i śmierć osób bliskich jest namacalna, zastępowanie osób starszych przez młodsze staje się procesem naturalnym”. Spełnianie określonych ról i zadań spaja członków wspólnoty i daje poczucie uporządkowania. Ze śmiercią wiąże się też obrzędowość pogrzebowa, w której uczestniczy większa część danej społeczności oraz duchowni, dzięki czemu rodzina zmarłego nie czuje się osamotniona w swoim cierpieniu. Ponadto według wierzeń wspólne żegnanie denata może ułatwić przejście duszy zmarłego pomiędzy światami, co również stanowi pocieszenie dla jego najbliższych. Rytualizacja ostatniego pożegnania może zatem wpływać na zmniejszenie poziomu lęku tanatalnego u członków danej społeczności, pomaga też przygotować się na nadchodzącą śmierć bliskiej osoby.

Współcześnie żyjące wspólnie rodziny wielopokoleniowe stanowią niewielki odsetek, zatem najmłodszy członkowie tej komórki społecznej nie są oswajani z naturalną obserwacją odchodzenia najstarszych pokoleń. Według badaczy „współczesny człowiek nie chce i nie umie cierpieć, ucieka przed świadomym procesem umierania” (Grzendzicki, 2009, s. 72). Obserwuje się też brak zainteresowania ludzi aspektami egzystencjalnymi, takimi jak umieranie i śmierć, natomiast za pośrednictwem środków masowego przekazu promowana jest młodość i wszelkie elementy życia doczesnego, a umieranie jest czymś odrealnionym. Jedyna akceptowalna społecznie forma śmierci to odejście szybkie i bezbolesne, nie w chorobie ani powolnej starości. W dobie globalnej wymiany informacji śmierć w wielu przypadkach zostaje zdezawuowana do faktu medialnego. Doświadczenie realnej śmierci dla jednostek, które nie są na nią przygotowywane, wiąże się z jeszcze większym niż kiedyś lękiem i niepokojem (Janukowicz, 2003).

Współczesne kierunki badań obejmują wpływ szeroko rozwiniętej medycyny i techniki na percepcję śmierci. Zaawansowane osiągnięcia opieki zdrowotnej niewątpliwie wpłynęły na laicyzację śmierci. Śmierć, będąca wcześniej w sferze wpływów Kościoła, w „rękach” medycyny została zmarginalizowana do pojęcia choroby, która zaburza idealistyczną wizję współczesnego człowieka.

Technologia przejmuje rolę kulturową, która dotychczas przypisywana była systemom aksjologicznym i wyłaniającym się z nich systemom sensorycznych działań. Technologia zapewnia wygodę i poczucie szczęścia. Jednak wyobcowuje ona człowieka z wszystkiego, co ludzkie, stwarzając iluzję boskiej

władzy technologii nad światem i jego procesami (Wolak-Wereśniak, 2003; za: Grzendzicki, 2009, s. 72).

Uporczywa walka o życie poprzez nowoczesne technologie medycyny obecnie pozbawia człowieka jego odwiecznego prawa do własnej, naturalnej śmierci. Umieranie zaczęło mieć miejsce w szpitalnych salach, stało się anonimowe. „Ratowanie życia ludzkiego za wszelką cenę i do ostatniej chwili” stanowi teraz podstawową zasadę wpisaną w Kodeks Etyki Lekarskiej. Jak twierdzi Grzendzicki (2009, s. 72), „nigdy jeszcze postęp nauki i techniki nie wywoływał tak zasadniczych wątpliwości natury moralnej i metafizycznej. Obawy o stosowanie najnowszych technik budzą niepokój mający dużo wspólnego z teologicznymi obawami przed profanacją”.

1.3. Śmierć a lęk.

Strach oraz ból należą do bodźców, które pomagają człowiekowi utrzymać *status quo*, czyli pobudzić pokłady energetyczne organizmu konieczne do przezwyciężenia przyczyny zagrożenia (Kierkegaard, 2000; za: Solecka, 2011). W przypadku lęku trudno jednak jednoznacznie określić przyczynę go wywołującą. Emocja ta jest demobilizująca dla zasobów psychosomatycznych organizmu, co więcej, nie można go sprawnie i szybko wyeliminować, przez co wyczerpanie organizmu lękiem zachodzi z dużą intensywnością (Solecka, 2011).

Lęk przed umieraniem stanowi obszerny temat podejmowanych badań w wieloaspektowym ujęciu. Jednym z najbardziej nurtujących pytań jest to, czy strach przed śmiercią jest samodzielnym problemem psychologicznym, czy też stanowi obawę przed innymi przedmiotami lub zjawiskami? Tanatologowie Collett i Lester (1969; za: Makselon, 1981) dokonali podziału na 4 główne rodzaje lęku przed śmiercią:

- strach przed własną śmiercią;
- lęk przed śmiercią innego człowieka;
- lęk przed własnym umieraniem;
- strach przed umieraniem innych ludzi (Hensle, 1977; za: Makselon, 1981).

Pierwotnym lękiem w psychice człowieka jest obawa przed śmiercią własną lub innej osoby. Pierwotność postrzegania tych zjawisk różnicowana jest tym, że śmierć odbierana jest jako nagłe i szybkie zakończenie życia, natomiast umieranie stanowi proces rozciągnięty w pewnym okresie. Zatem aspekt czasu pozwala na odróżnienie śmierci od umierania. Niektóre badania dowodzą, że istnieje różnica pomiędzy lękiem przed śmiercią a lękiem przed umieraniem (Hoelter i Hoelter, 1978; za: Makselon, 1981).

Począwszy od strachu przed własną śmiercią, pojawia się on wtedy, gdy człowiek zda sobie sprawę z nieodwracalności fizycznie złego stanu zdrowia oraz zewnętrznych i wewnętrznych znaków świadczących o odchodzeniu ze światem. Ponadto lęk ten może również uzewnętrznić się w postaci obawy przed karą od Boga, który traktowany jest jako ostateczny i bezwzględny wymiar sprawiedliwości. Czasami przyczyną lęku przed własną śmiercią może być też troska o pozostawionych krewnych (Ariès, 1975; za: Makselon, 1981).

Natomiast lęk przed śmiercią innych dotyczy aspektów związanych z powiązaniem interpersonalnymi. Gdy umiera osoba bliska, u osoby pozostającej przy życiu może dojść do utraty celu i istoty życia, które zyskiwało na znaczeniu jedynie w relacji ze zmarłą osobą. Badacze sugerują, że strach przed śmiercią bliskiej osoby jest silnie skorelowany z lękiem przed własnym przemijaniem, co wiąże się z depresją, żałobą oraz izolowaniem się od kwestii związanych ze śmiercią (niechęć do bycia przy umierającym, dotknięcia ciała zmarłego, odrzucanie sytuacji przypominających o śmierci) (Nelson, 1975; za: Makselon, 1981). Można zatem wnioskować, że granice między lękiem przed śmiercią własną a innych zacierają się. W obu przypadkach człowiek prawdopodobnie obawia się utraty celowości życia i odczuwania radości.

Strach przed własnym umieraniem dotyczy takich odczuć, jak cierpienie i ból doświadczane podczas całego procesu umierania, nieporadność, zależność od innych, poczucie utraty własnej godności (Munnichs, 1973; za: Makselon, 1981). Z kolei lęk przed umieraniem innych osób podobny jest do lęku przed zmarłymi. Może wtedy towarzyszyć obawa przed współcierpieniem, ale także bezradność w konfrontowaniu się z osobami umierającymi (Kübler-Ross, 1979; za: Makselon, 1981). Lęk przed umierającym wpływa na zmianę stosunku do umierającego – otoczenie przyjmuje często wobec niego postawę unikową (Glaser, 1974; za: Makselon, 1981)

Zagadnieniem lęku wobec śmierci zajmowali się także J.W. i J.A. Hoelterowie (Hoelter, Hoelter, 1978; za: Makselon, 1981). Sklasyfikowali oni kilka rodzajów tej emocji związanej ze śmiercią. Należą do nich lęk:

- przed procesem umierania;
- przed wczesną śmiercią;
- wobec kogoś, kto cierpi po śmierci;
- przed zniszczeniem istnienia;
- przed ciałem po śmierci;
- przed nieznanym;
- przed zwłokami;
- fobiczny strach przed wszystkim, co przypomina śmierć.

Można zauważyć, również na podstawie wcześniej przywołanych podziałów lęku wobec śmierci, że lęk przed śmiercią dotyka trzech podstawowych czynników: lęku przed własną śmiercią, śmiercią kogoś bliskiego oraz niepokoju dotyczącego ogólnego procesu przemijania ludzkości (Diggory, 1966; za: Makselon, 1981).

Przyczyną lęku może być także świadomość własnej ograniczoności. Im większa wiedza o poznawalnym świecie, tym większy lęk przed tym, co nieznanne. W ten sposób można też tłumaczyć zjawisko lęku tanatycznego.

Nie jest on dekonstrukcją, dezintegracją; przyczynia się raczej do większego zdyscyplinowania, do realizacji imperatywu poznawania zgodnie z prawdą na każdym poziomie egzystencji. Jest otwarciem na nieznanne i nieskończone. Nie jest zatem niedoskonałością, lecz zapowiedzią doskonałości. Odczuwane jest trwanie, upływ chwili, zadanie do wykonania – jest cieniem, który towarzyszy ludzkości zawsze (Solecka, 2011, s. 256).

1.4. Śmierć a ciała zmarłych.

Ważnym elementem każdej kultury jest zmaganie się z myślą o nieuniknionej śmierci, a co za tym idzie, stwarzanie określonych rytuałów pogrzebowych. Każda społeczność posiada swoje własne sposoby postrzegania śmierci oraz tego, co dzieje się z duszą, gdy opuszcza ciało. Istnieją różne kulty ciała zmarłego, bardziej lub mniej radykalne, na przykład: spożycie zwłok przez niektóre plemienia w celu wcielenia się duszy zmarłego w żywych. Znany przykładem rytuałów dotyczących ciała zmarłego jest starożytny Egipt, w którym powszechnym zjawiskiem była mumifikacja zwłok. Miało to na celu przyspieszenie dostania się do wiecznej krainy szczęścia (Krzemiński, 2012). Egipcjanie wierzyli również, że jeśli ciało zostanie zabalsamowane, to człowiek przedostanie się do świata umarłych. Istotny więc zdaje się proces balsamowania zwłok, który polegał na zakonserwowaniu ciała zmarłego woskiem. Proces mumifikacji był udoskonalany na przełomie dziejów Egiptu, a szczyt swojej popularności zyskał w czasach Nowego Państwa (od XVI do XI wieku p.n.e). Proces balsamowania oraz czas przeznaczony na mumifikację był zależny od tego, czy zmarły był bogaty, czy nie posiadał znaczących zasobów. W okresie predynastycznym natomiast ciało było chowane w wąskiej jamie na pustyni. Ważne było ułożenie ciała w pozycji wyglądającej tak, że zmarły śpi. Ciało miało mieć więc podkurczone nogi i ręce, które były złożone przy twarzy, oraz było zasłonięte skórą zwierzęcą lub innym materiałem. Około 3500 roku p.n.e. ciała były okładane licznymi materiałami oraz płótnami, usuwano również wnętrzności lub pokrywano ciała rozpuszczoną żywicą. Jednym z czynników, który umożliwił jak najlepsze zachowanie stanu ciała, był gorący piasek, który działał jak naturalny środek wysuszający wilgoć, co hamowało rozwój bakterii i rozkład ciała. Podczas wykopalisk w Nubii w latach 1907–1908 odkryto, że niektóre mumie miały wypełnione ciała żywicą, w której zatopione były

owady. W okresie I dynastii ciała zostały składane w specjalnych komorach grobowych, lecz oddzielał je od siebie piasek, co niestety powodowało szybszy rozkład. Egipcjanie, zauważając ten problem, szukali metod, które pozwoliłyby wyeliminować niszczenie zwłok. Zaczęli więc owijać poszczególne części ciała bandażami, sądząc złudnie, że proces rozkładu można powstrzymać przez dokładne zakrycie. Następnie zaczęto wzmocniać bandaże gipsem, lecz taka metoda pozwalała zachować jedynie kształt ciała, ale nie powstrzymywała rozkładu. Dopiero w momencie, gdy zaczęto usuwać organy wewnętrzne, problem zdawał się zostać rozwiązany. Ciało odpowiednio zmodyfikowane było chowane w oddzielnych grobowcach, a odpowiednio zabezpieczone organy kładzione były obok (Guzowski, Krajewska-Kułak i Bejda, 2016).

W późnym średniowieczu pogłębiało się podejście, które polegało na rozdzieleniu spraw duszy i ciała. Martwe ciało, wręcz rozkładające się, było uznane za nieżywe poprzez doznania wzrokowe i dotykowe. Miało to związek z licznymi epidemiami, na przykład czarną śmiercią¹¹, która budziła lęk poprzez naoczne przeobrażanie ciała w proch. Na co dzień więc ludziom towarzyszył lęk przed rozpadem ciała. Traktowane było ono jako cuchnące, nikczemne, a wszystko, co było z nim związane, to trucizna. Śmierć była zatem ukojeniem, wyzwoleniem ludzkiej duszy (Mróz, 2009).

Wśród rzymskich gladiatorów lub świętych Kościoła katolickiego przepisywano zmarłemu oraz częściom jego ciała cudowną siłę leczniczą. Pomimo obdarzania ciała zmarłego wielkim szacunkiem oraz celebracji pogrzebu, starożytni bali się obecności zwłok oraz starali się trzymać je na dystans. Chcąc oddzielić świat umarłych od świata żywych, czcili groby oraz starali się oddawać jak największy szacunek zmarłym. W Rzymie zapanował zwyczaj lokowania grobów wzdłuż dróg, lecz musiały być one umieszczone poza miastem. Obowiązywał więc kategoryczny zakaz pochówku w mieście, ponieważ miejscowość, w której mieszkali ludzie, przeznaczona była tylko dla żywych. Pewnego rodzaju wyjątkiem mógł się okazać przypadek Jezusa Chrystusa, ponieważ wcześniej chrześcijanie nie skupiali się zbyt wiele na ciałach zmarłych. Chrześcijanie, na przykład święty Jan Złotousty, również byli sceptycznie nastawieni do przetrzymywania zwłok w domach. Dopiero w następnych latach uwierzono, że groby męczenników mają za zadanie opiekę nad żyjącymi oraz przestrzeganie ich przed grzechem (Krzemiński, 2012).

W wieku VI postanowiono umożliwić pochówek również na terenie miast, lecz w miejscach do tego przeznaczonych. Zazwyczaj były to katedry oraz poszczególne kościoły. W momencie gdy przypadków pochówku było coraz więcej, mocno zarysowane granice pomiędzy kościołem a cmentarzem powoli się scalały. Przyjęła się wtedy zasada, iż kościół składał się głównie

¹¹ Czarna śmierć to pandemia dżumy dymienicznej, która występowała w latach 1346–1353 w Eurazji oraz Afryce Północnej.

z dzwonnicy i cmentarza. Sam fakt zwłok zmarłego nie budził aż takiego zainteresowania jak rytuał pochówku (Krzemiński, 2012).

W wieku XV na paryskim Cmentarzu Niewiniątek można było zaobserwować, że ciała były chowane w dołach, które następnie przesypany ziemią. Niekiedy zdarzało się, że kości ciał pochowanych wcześniej wydostawały się poza ziemię, przez co były widoczne. Z biegiem czasu cmentarz stał się miejscem publicznym, do którego mieli wstęp handlarze, osoby zajmujące się rozrywką, a także prostytutki oraz pisarze i adwokaci (Krzemiński, 2012).

W wieku XVII doszło do tego, iż ilość ciał chowanych w dołach była tak wielka, że widok odsłoniętych kości oraz czaszek nie robił na nikim większego wrażenia. Ludzie zaczęli akceptować fakt śmierci jako coś nieuchronnego. Już nie próbowali przed nią uciekać ani traktować jako niezwykle zjawisko. Wraz z nadejściem ery Renesansu sytuacja się skomplikowała, ponieważ jedną z powszechnych zasad stało się to, że człowiek jest oceniany według swych dobrych i złych uczynków. To, czy zostanie dopuszczony do wiecznego potępienia, nie zależało już wyłącznie od tego, czy przyjął chrzest lub nie, lecz od jego całościowego życia (Krzemiński, 2012).

Dzieła malarskie zaczęły uwieczniać moment śmierci oraz sądu ostatecznego. W wieku XVII powstała tak zwana sztuka umierania, na której przedstawiony jest umierający człowiek, otoczony rodziną, a za nim Trójca Święta, Matka Boska oraz Szatan. Popularny stał się również wizerunek tańca śmierci. Makabryczne dzieła przedstawiające czaszki i piszczele, a także rozkładające się ciała, stały się symbolem nie tylko zwłok, ale także samego umierania. Motto *pamiętaj o śmierci* stało się mocno rozpowszechnione jako symbol nieuchronnego odejścia ze świata. Ludzie zaczęli więc coraz bardziej oswajać się z faktem śmierci (Krzemiński, 2012).

Z biegiem lat ciało zmarłego nie było oceniane tylko przy pomocy zmysłu dotyku i wzroku, ale również przez pryzmat wiedzy i umiejętności medyka. Popularne w tych czasach stało się publiczne prezentowanie ludzkich zwłok i przeprowadzanie na nich sekcji. Zdaje się, że była to wręcz pewnego rodzaju rozrywka, pokaz anatomiczny. Publiczne sekcje zazwyczaj przeprowadzane były na złoczyńcach i skazańcach, były więc one traktowane jako pewnego rodzaju kara (Mróz, 2009).

Dopiero w XX wieku śmierć postrzegana została jako duży kłopot. Zmieniły się kryteria dotyczące śmierci klinicznej, która to zostaje stwierdzona w momencie, gdy ustaną funkcje życiowe mózgu. Oslawiony preparator zwłok, Gunther von Hagens, uznał się za renesansowego artystę anatomii, przyrównując się do Leonarda da Vinci. Autor do dziś organizuje wystawy oraz sprzedaje swoje dzieła składające się z poszczególnych ludzkich organów. Przyglądając się bliżej tego typu zachowaniom, nasuwa się pytanie, co dzieje się z duszą zmarłego (Krzemiński, 2012).

Według Arystotelesa każdy żywy obiekt oceniany jest na podstawie materii i energii. Materia uznawana jest za ciało, czyli fizyczną otoczkę człowieka, energia natomiast interpretowana

jest jako podstawowa właściwość umożliwiająca działanie. Z filozoficznego punktu widzenia, mówiąc o śmierci, trzeba odpowiedzieć na ważne aspekty prawne, m.in. kiedy kończy się życie, co należy zrobić z ciałem, a także co można zrobić ze zwłokami. W historii Dzikiego Zachodu wciąż, zdaje się, żywa jest historia zjadania zwłok zmarłych członków Donner Party. Często poruszana jest historia katastrofy lotniczej, w której przeżyli ci, którzy dopuścili się zjedzenia zwłok swoich kolegów. 13 października 1972 roku samolot rozbił się na nieznanym lądzie. W wyniku katastrofy zginęło osiemnastu z czterdziestu pięciu pasażerów. W momencie gdy skończyły się zapasy żywności, osoby, które uszły z życiem, z niechęcią dopuściły się spożycia mięsa zmarłych osób. W wyniku dalszej katastrofy lawinowej zginęło ośmiu pozostałych uczestników. Reszta osób, które przeżyły, została uratowana po siedemdziesięciu dwóch dniach od katastrofy, a przeżyli dzięki kanibalizmowi (Wolniewicz, 1993).

Ludzkie zwłoki znalazły zastosowanie również jako materiał dydaktyczny, a także – co jest przerażające – dekoracyjny. Abstrahując od makabrycznych sytuacji związanych z wojnami, ludzkie szkielety i kości służyły do tworzenia wystroju kościołów i kaplic. Ludzkie zwłoki znalazły zastosowanie również w medycynie, mianowicie w przeszczepach organów, które umożliwiają uratowanie życia innym. Dotychczas jest to zdecydowanie jedno z najważniejszych zastosowań zwłok mimo tego, że budzi w niektórych społecznościach opory etyczne (Vetulani, 2015).

Teresa Gardocka (2015) w swojej publikacji przedstawia kontrowersyjne z punktu widzenia etyki poglądy, które mówią, że w świetle polskiego prawa zwłoki ludzkie są rzeczą. Oczywiście kwestią jest to, że czynności w stosunku do zwłok oraz ich traktowanie poddane są wielu ograniczeniom, ponieważ należy się z nimi obchodzić z należyтым szacunkiem. Poruszane są kwestie związane z przeszczepami organów osoby zmarłej, a także rozważania dotyczące własności przedmiotów nałożonych na zwłoki, w tym prawa do tych przedmiotów. Poruszony został również temat przestępstw związanych z obrabowywaniem grobów. Naruszanie zwłok osoby zmarłej wiąże się z integracją naruszenia dobra osobistego osób najbliższych, takich jak rodzina. Tematem problematycznym więc zdaje się być uzasadnienie faktu pobrania narządów od osoby zmarłej bez jej pisemnej zgody, co ostatecznie może powodować konsekwencje prawne.

Poruszając tematykę śmierci, należy wymienić rodzaje lęku z nią związane. Najczęściej pojawia się lęk przed samym umieraniem, a także przed zmarłymi, czyli oglądaniem zwłok. Może występować również lęk przed zniszczeniem i destrukcją ciała, a w psychologicznym ujęciu – przed pozostawieniem bliskich i brakiem realizacji życiowych celów. Skupiając się na chrześcijańskim pochówku, można zauważyć, że modlitwa kapłana przy grobie zmarłego wskazuje na nadzieję, iż ciało zmartwychwstanie. Oczywiście jest to symboliczna definicja, która bardziej odnosi się do życia wiecznego osoby zmarłej (Bukalski, 2014).

W tym kontekście naturalnie pojawia się dylemat związany z wykorzystywaniem ciała ludzkiego po śmierci. Taką tematykę w swojej pracy postanowił również podjąć ksiądz Jacek Meller (2007). Jak sam twierdzi, w każdej kulturze zwłoki traktowane są w inny sposób, ma to związek z obrzędami pogrzebowymi. Ważny jest fakt, że w prawie zapisane są ustawy oraz zasady mówiące o tym, w jaki sposób można postępować z martwym ciałem człowieka. Zwłoki dotyczy zasada nietykalności, która mówi, że zabronione jest dokonywanie czynności uszkadzających ciało lub zmieniających jego wygląd, wyjątkiem jest proces konserwacji. Z biegiem czasu zaczęto poszerzać działania mające związek z szeroko pojętymi rytuałami oraz obrzędami pogrzebowymi – sekcja zwłok w celach badawczych lub dydaktycznych, możliwość pobrania organów, a nawet tkanek lub komórek w celu przeszczepu (Morciniec, 2009), wykorzystywanie części ciała jako surowca, przenoszenie ciała z miejsca spoczynku lub dzielenie zwłok ze względu religijnego (np. w katolickim kościele są to relikwie) (Stefański, 2004), wreszcie kontrowersyjne działania artystyczne. Większość z wymienionych zachowań w stosunku do zwłok spotyka się z dużą polemiką odnośnie do aspektów moralnych. O ile praktyki medyczne zostały prawnie uwarunkowane, o tyle inne działania budzą ciągłą dyskusję. Zastosowanie zwłok w nieodpowiedni sposób jest procesem nieetycznym i niezgodnym z prawem. Należy pamiętać, iż zwłokami nazywa się martwe ciało człowieka, lecz wcześniej należało ono do osoby żyjącej, przez co zasługuje na należyty szacunek (Meller, 2007).

1.5. Postawy dzieci i ich kształtowanie w aspekcie śmierci.

Jedno z podejść do śmierci, które polega na unikaniu myślenia o niej i „zaprzeczaniu” jej istnieniu, jest starannie wpajane dzieciom. Dorośli próbują przekonać dzieci o tym, że śmierci nie ma. Można domyśleć się motywów – jednakże z drugiej strony jest to bardzo nieprofesjonalne i nieetyczne. Niektóre dzieci już od najmłodszych lat muszą mierzyć się z tematem śmierci oraz umierania. Dla przykładu, kiedy zwierzę umiera, rodzice starają się jak najszybciej kupić nowe, podobne do poprzedniego, aby zachować ciągłość jego istnienia w umyśle dziecka. Kiedy umiera członek rodziny lub przyjaciel, zastąpienie nawet kimś podobnym nie jest już takie proste, choć kompensacja zachodzi. Z perspektywy dorosłego człowiek może on bać się, że wiadomość o czyjejś śmierci głęboko i niepotrzebnie zasmuci dziecko, pozostawi trwały ślad w psychice. Nikt tak naprawdę nie wie, jaka będzie reakcja, ale jednocześnie przez swój lęk dochodzi do postawy unikania.

Dzieci w niektórych rodzinach oczywiście „chronione” są jak najdłużej przed zrozumieniem i zaakceptowaniem ich nieuchronnej śmierci. Jeszcze w ubiegłym stuleciu było całkiem naturalne, że dzieci brały udział w opiece nad ciężko chorymi w domu i często były świadkami ich

śmierci (Anthony, 1940). Nawet bez bezpośredniej konfrontacji z kimś, kto jest bardzo chory lub umierający, rozmowa z dzieckiem na te tematy stwarza problemy, a odpowiedzi niezaprzeczalnie są trudne. W sytuacji śmierci kogoś bliskiego zwykle jest się zdezorientowanym. Zwykle też człowiek stara się bagatelizować lub ignorować pytanie, chwalić dziecko za poświęcenie czasu, opóźniać odpowiedź na pytanie. Powszechnie uważa się, że o sprawach śmierci nie powinno się rozmawiać z dziećmi. Wyobrażenia dzieci na jej temat są zatem dość naiwne i często stanowią mieszaninę fragmentarycznych, słyszalnych poglądów, których dorośli nie chcieli rozwijać, poprawiać ani pogłębiać. Z tego samego powodu wiedza na temat śmierci dzieci i kształtowania się ich postaw nie jest zbyt obszerna. Obserwacja umierającej osoby i zachowania dzieci w obecności zmarłych nie jest często przedmiotem badań. Ograniczone umiejętności werbalne małych dzieci i przekonanie, że nie wiedzą wystarczająco dużo o śmierci, aby uzasadnić badanie swoich uczuć, uniemożliwiają im to zadanie. Być może chęć uratowania małego dziecka przed koniecznością zmierzenia się z czymś, co dorosły człowiek uważa za nieprzyjemne i smutne, również odgrywa swoją rolę.

Jednak badacze, którym udało się pokonać powyższe trudności, stwierdzają najczęściej, że dzieci reagują na rozmowy o śmierci w sposób naturalny zainteresowaniem i w efekcie zyskują wygląd w problem, który normalnie pojawia się w znacznie późniejszym wieku. Jednym z klasycznych badań nad postawami dzieci w stosunku do śmierci jest badanie Marii Nagy, przeprowadzone na grupie około 400 dzieci w Budapeszcie. Autorka analizowała rysunki dzieci przedstawiające ich wyrażenia na temat śmierci, a także przeprowadzała z nimi wywiady. Badanie wykazało, że w postawach dzieci w stosunku do śmierci można wyróżnić 3 główne fazy rozwojowe – do 5 lat, od 5 do 9 lat oraz 9 i więcej. Okazuje się, że dzieci poniżej 5 roku życia nie rozróżniały dokładnie życia od śmierci. Dla nich śmierć była czymś więcej niż snem i była uważana za wydarzenie ostateczne i nieodwracalne. Popularne było również utożsamianie zmarłych z aniołami. Śmierć była postrzegana przede wszystkim jako rozkład, chociaż nie musiała być trwała. Interpretacja śmierci w tym okresie to głównie izolacja (Nagy, 1959).

Cechą charakterystyczną kolejnego etapu jest personifikacja śmierci. Chociaż obraz śmierci pojawił się również w poprzednim kroku, tutaj można zauważyć wyraźny rozwój myślenia w kierunku, po którym następuje znacznie bardziej szczegółowe zobrazowanie śmierci. Widziana jest ona jako duch, biała postać, szkielet lub trup. Dzieci wiedzą, że zmarli ludzie nie mówią, nie poruszają się, nie komunikują się w żaden sposób. Istnieją również analogie między martwą osobą a widzianym gdzieś martwym ptakiem lub zwierzęciem. W tym czasie dziecko zaczyna rozumieć, że śmierć jest zjawiskiem ostatecznym i nieodwracalnym. Niejednokrotnie pojawiają się także elementy strachu. Najczęściej są to lęki przed pójściem spać i nieobudzeniem się rano. Na ogół jednak dzieci wciąż mają nadzieję, że śmierci niektórych osób można zapobiec poprzez

„oszukiwanie”, ostrożne zamykanie drzwi, chowanie się pod kocem lub chowanie się za inną osobą dorosłą (tamże).

Dziewięcio- i dziesięciolatkowie na ogół rozumieją, że śmierć jest nie tylko zjawiskiem nieodwracalnym, ale także nieuniknioną rzeczą, która przydarza się im i wszystkiemu, co żyje na świecie (tamże). Trendy rozwojowe zaobserwowane przez Marię Nagy zostały potwierdzone także w angielskim badaniu Sylvii Anthony, przeprowadzonym na grupie 120 dzieci. Jednym z najważniejszych wyników tego badania było stwierdzenie, że zdrowe i normalnie rozwijające się dziecko często myśli o śmierci, nawet jeżeli jego wyobrażenia na ten temat są bardzo naiwne. W tekstach skojarzeń spontanicznych około połowa badanych dzieci nawiązywała do śmierci. Trudno przypuszczać, że dzieci częściej mówią o śmierci niż myślą. Można więc zaryzykować przypuszczenie, że liczba dzieci, które na swój własny użytek dokonują w myślach jakichś konfrontacji ze śmiercią, jest jeszcze większa. Do tego samego wniosku skłaniała obserwacja zabaw dzieci, a także indeks pytań czy uwag na ten temat przeprowadzonych przez rodziców wybranej grupy. Podobnie jak w badaniu Nagy dzieci mówiły o śmierci w sposób bezpośredni i naturalny. Śmierć odczuwały głównie jako rozstanie wiążące się z uczuciem smutku i samotności. Smutek ten łączyły przede wszystkim ze stratą dziecka przez rodziców lub też stratą któregoś z rodziców przez dziecko (Anthony, 1940).

W myśleniu o śmierci dzieci jest wiele elementów magicznych. Często są przekonane, że pewne rzeczy dzieją się w określony sposób, ponieważ myślą o nich w określony sposób. Z tego powodu dzieci czasami wierzą, że gniewne myślenie o kimś, przeklinanie go lub życzenie mu śmierci może faktycznie przyczynić się do tej śmierci. Dzieci w takich sytuacjach, kiedy faktycznie następuje śmierć, czują się winne, a nawet odpowiedzialne za śmierć określonej osoby lub zwierzęcia. Dorośli, którzy nie zawsze są świadomi tego, co dzieje się w umyśle dziecka, mogą stworzyć jeszcze silniejszy związek między śmiercią a poczuciem winy. Podobnie jak w przypadku utrzymywania się lęku przed śmiercią, dzieci, które są zaniepokojone widokiem martwego zwierzęcia, często uspokajają się, słysząc, że nie żyje, ponieważ było złe. Takie zagadnienia, skróty myślowe i błędy komunikacyjne mogą doprowadzić do tragedii. Dziecko może po takim komunikacie od dorosłego wpaść na pomysł, że jeśli zwierzę jest złe, ma prawo umrzeć. Jeśli jest to sytuacja, na którą rodzic silnie reaguje, dziecko może odczuwać potężny niepokój wynikający z lęku przed śmiercią.

Emocjonalny świat śmierci dziecka jest prawdopodobnie dużo bardziej skomplikowany, niż można wskazać. Problem polega więc na tym, że rodzice, opiekunowie, dorośli w ogóle przez swoje lęki mogą traumatyzować dziecko, co może mieć poważne konsekwencje dla funkcjonowania dziecka w dorosłości.

Wskazane zagadnienie jest czymś bardzo trudnym, gdyż oprócz aspektów etycznych, komunikacyjnych – istotne jest też to, w jaki sposób rodzic wychowuje dziecko i jaki styl wychowawczy preferuje. Do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie potrzebne jest zrozumienie, że cierpienie i silne przeżycia emocjonalne są częścią życia. Rozumienie, akceptacja, komunikacja i otwartość na drugiego człowieka może doprowadzić do wypracowania mechanizmów obronnych w przypadku zdarzenia związanego ze śmiercią.

Oba badania omówione w tej części zostały przeprowadzone w latach czterdziestych XX wieku. Niewątpliwie w wielu przypadkach poglądy i rozumienie śmierci przez dzieci uległy zmianie poprzez rozwój telewizji, a tym samym dostępność nowych modeli. Śmierć i umieranie niekoniecznie są obecnie kojarzone ze szkieletem czy postacią anioła. Można stwierdzić, że rozwój postaw, zgodnie z etapami wymienionymi przez Nagy przebiega w ten sam sposób. Jednakże okazuje się, że faza, którą badaczka zaobserwowała u dzieci w wieku 5–8 lat, może nastąpić wcześniej. Trudno jednak określić, czy pewnego rodzaju przyspieszeniu doznań związanych ze śmiercią towarzyszą zmiany w sferze emocjonalnej. Niełatwo porównać to badanie z wynikami analiz w ostatnich latach. Autorzy bowiem tych ostatnich oparli się na eksperymentalnych i laboratoryjnych metodach badawczych. Na ich podstawie trudno jest odtworzyć pełny obraz stanu rzeczy. Trzeba jednak dodać, że badania Rochlina, przeprowadzone 20 lat później, wskazywały na inne uwarunkowania, i wyniki różniły się od siebie (Rochlin, 1967)¹².

Badania te poświęcone były głównie ocenie zdolności dzieci w różnym wieku do rozumienia śmierci. Były one jednak odseparowane od szerszego kontekstu, tła społecznego i kulturowego, m.in. procesów rozwojowych i poznawczych dziecka, ale także postaw religijnych rodziców czy bezpośrednich doświadczeń ze śmiercią. Wykazały istnienie wielu charakterystycznych różnic u dzieci w tym względzie. Czarnoskóre dzieci wiedziały więcej o śmierci, miały więcej bezpośrednich doświadczeń z nią. Częściej łączyły śmierć z użyciem przemocy i częściej personifikowały śmierć. Natomiast rzadziej wierzyły w życie po śmierci w porównaniu do dzieci o białej skórze. W obu zaś grupach wyraźnie istniała u dzieci potrzeba rozmowy o śmierci i dyskusji o związanych z nią problemach i uczuciach. Najbardziej powszechnym źródłem wiedzy o śmierci dla dzieci jest telewizja. Jest to jednak mało rzetelne źródło. Wpływa to na powstawanie dość specyficznych koncepcji śmierci, które bywają nekorygowane przez rodziców ani przez innych dorosłych.

¹² Zaznaczyć warto, że przeprowadzenie eksperymentów jest zadaniem bardzo skomplikowanym, szczególnie jeśli grupą badawczą są dzieci. Badanie realizowane w obserwacjach zabaw inspirowanych rozmowami o śmierci dzieci poniżej piątego roku życia trudno jest odtworzyć. Te badania miały na celu identyfikację interakcji związanych ze śmiercią. W kolejnych badaniach dzieci zachowywały się odmiennie do badania opisanego przez Nagy i Anthony. Istotne jest też w takich przypadkach przeanalizowanie dystraktorów.

Tak kształtowane poglądy ulegają zmianie dopiero wśród dzieci starszych, kiedy pojawia się zrozumienie śmierci jako skutku „powolnego zużywania się mechanizmu” traktowanego jako ciało ludzkie. Tak więc można uznać, że wśród dzieci dziewięcio-, dziesięcioletnich obserwowane są już elementy rozumienia śmierci zbieżne dla koncepcji osób dorosłych. Podlegają one dalszemu urealnieniu w okresie adolescencji, choć nadal swoją dojrzałością odbiegają jeszcze od postaw dorosłych. Wiedzą, że śmierci jest zjawiskiem nieuniknionym, ale jednocześnie bardzo odległym. Ich wzory myślowe widzenia siebie samego dotyczą zazwyczaj bliskiej przyszłości. Trudno jest im konceptualizować daleką przyszłość w oparciu o krótkie doświadczenie przeszłości. Badacze zajmowali się także samoświadomością chronicznie chorych dzieci z zaburzeniami układu krwionośnego. Porównano niniejszą grupę z grupą kontrolną, wykorzystując metodę wywiadu z dziećmi i rodzicami. Brano pod uwagę także spostrzeżenia kliniczne. Autorzy podkreślali ogromny trud realizowania takich badań (Burns, Zweig, 1980).

W badaniu McLaughlina i Kastenbauma (1966) młodzież komunikowała się w sprawach swojej śmierci w sposób spokojny i bardzo zdystansowany. Śmierć była zjawiskiem odległym, o którym można było mówić niemal bez emocji. Kiedy jednak badanych poproszono o wyobrażenie sobie własnej śmierci w inny sposób, następną projekcją była znacząco różna. W wielu wypadkach śmierć pojawiła się znacznie wcześniej. Następowala niejednokrotnie w wyniku wypadku lub aktu przemocy. Była bardziej dramatyczna lub romantyczna, a sposób mówienia o niej bardziej emocjonalny. Trudno powiedzieć, które z wyobrażeń śmierci było bardziej realne. Być może zresztą tak postawione pytanie nie ma sensu. Natomiast obie koncepcje śmierci mogą współgrać ze sobą, odzwierciedlając różne aspekty postaw i związanych z nimi uczuć czy obaw.

Stosunek osób dorosłych do śmierci nie jest także jednolity i niezmienny. Jest w znacznym stopniu kształtowany przez kontekst sytuacyjny. Oczekiwanie długiego życia mogło się więc przeplatać z możliwością gwałtownej śmierci. Zrozumienie faktu, że przyczyn śmierci w dalszej perspektywie nie da się przewidzieć jest elementem różniącym młodzież od starszych dzieci i można je uznać za kolejny etap dojrzewania postaw.

1.6. Pacjent w sytuacji śmierci.

Kwestia dotycząca zagadnień związanych z perspektywą czasową ma bardzo duże znaczenie dla osób niezależnie od wieku. Istotne jest umiejscowienie pewnych zagadnień na kontinuum przeszłość–teraźniejszość–przyszłość. Czas jest zagadnieniem ważnym niezależnie od podejścia psychologicznego, gdyż w pewnym stopniu związany z procesami poznawczymi. Od różnic indywidualnych zależeć będzie to, w jaki sposób dana osoba będzie myślała o sobie i swoim funkcjonowaniu, uwzględniając przemijający czas (Izdebski, Jurga, Kosiol, 2012). Taka sama refleksja

nad osiągnięciami życia i podsumowywanie go może dotyczyć osoby, które nie wchodzi jeszcze w wiek emerytalny, ale w ich życiu nastąpiła drastyczna zmiana, jaką mogła być wiadomość o zbliżającej się śmierci z powodu choroby.

Tomira Chmielewska-Ignatowicz (2013, s. 29) pisze o tym, że „otrzymanie informacji o chorobie zmienia niejednokrotnie w sposób dramatyczny choremu obraz jego przyszłości, rodzi wiele bardzo silnych emocji, które z różną intensywnością przez długi czas towarzyszą choremu w jego zmaganiach z chorobą”. Według Jastrzębskiego (2001, s. 84) strach przed śmiercią to jedno z „najbardziej pierwotnych przeżyć w świecie ożywionym, a u człowieka nabiera szczególnego znaczenia, wynika to z jego zdolności wyobrażeniowych”. Dowodzi to tego, że lęk przed śmiercią opiera się na prawdopodobieństwie wystąpienia śmierci.

Często ludzie w swoim życiu spotykają się ze śmiercią bliskich. Wiedzą, że utrata życia kogoś bliskiego pozostawia po sobie smutek i rozpacz (Bubiak, Bartnicki, Knihnicka-Mercik, 2014). Zarówno w sytuacji, gdy doświadcza się straty kogoś bliskiego, jak i na wiadomość o zbliżającej się śmierci ludzie mogą potrzebować podobnych rzeczy: poświęcenia odpowiedniej ilości czasu, zachęcania do ekspresji i werbalizacji uczuć, czasu, wsparcia. Kto był przy cierpiącym obecny na sposób, który można nazwać towarzyszeniem – świadczył pomoc. Szczególnie ważne jest owo towarzyszenie, gdy mówimy o pacjentach spotykanych w opiece paliatywnej, doświadczających szczególnie mocno egzystencjalnych pytań (Wojdała, 2016). „Aby móc skutecznie postępować z chorym, którego wyleczyć nie można, trzeba dobrze poznać jego oczekiwania, zbliżyć się do jego »wewnętrznego człowieka«” (Janecki, Flakus, 2014, s. 71).

Pacjenci, którzy usłyszeli, że medycyna nie może im już pomóc, często stają w obliczu trwogi, czyli bardzo silnego strachu przed śmiercią. Odczuwanie trwogi może wpływać na szereg aspektów psychosomatycznych, w tym drżenie ciała, smutek, stres, bóle. Według badań ukojenie pacjentom może przynieść wiara, a także rytuały religijne, które zmniejszają niepewność i nieco łagodzą spoglądanie w przyszłość. Ważne jest także podtrzymywanie wysokiej samooceny, instynkt samozachowawczy, instynkt przetrwania oraz obrona uprzedzająca, która jest obroną światopoglądu i poczucia własnej wartości (Rogiewicz, 2008).

Zadanie uporania się z kryzysem można podjąć samodzielnie, można też odwoływać się do wsparcia emocjonalnego osób bliskich: rodziny i przyjaciół lub skorzystać z pomocy profesjonalistów (Kubacka-Jasiecka, 2010). Akceptacja bliskości śmierci pacjenta nie neguje potrzeby poprawy jakości życia pod względem kardiologicznym, ortopedycznym, stomatologicznym itp. Warto zapewniać chorym wybór i przekazywać informacje tak, aby mieli możliwość selekcji instytucji medycznych, które realnie będą odpowiadały ich oczekiwaniom (Kowalczyk, 2012).

Poniżej zostanie przytoczony fragment wywiadu z badań własnych przeprowadzonych przez autorkę niniejszej dysertacji. Badania zostały zrealizowane w tym samym okresie, co wcześniej cytowany fragment, przeprowadzono je z uwzględnieniem takiej samej procedury badawczej, a uczestnikami badania również były osoby mające w swojej praktyce zawodowej do czynienia z tematyką śmierci i umierania oraz aspektami etycznymi z tym związanymi. Osobą badaną jest pielęgniarka, wykładowca akademicki z wieloletnim stażem klinicznym, rozmowę przeprowadzono 15 listopada 2021 roku.

Etyczne aspekty komunikacyjne są bardzo ważne w sytuacji śmierci i umierania. Warto pomyśleć o tym, że nawet gdy zdrowy człowiek, który zachoruje poważnie na gripę, trafi do szpitala, widzi urywek rzeczywistości. Trudno sobie wyobrazić, jak trudna jest to sprawa w szpitalu czy klinice, szczególnie na tych oddziałach, gdzie umierają ludzie. Lekarze nie mają przygotowania psychologicznego czy pedagogicznego, oni traktują śmierć inaczej. Patrzą na swoją pracę zgodnie z procedurami. Inaczej to wygląda, niż może się człowiekowi wydawać. Dobrze też powiedzieć, że lekarze na takich trudnych oddziałach są perfekcjonistami – na Oddziale Intensywnej Terapii OIT, hematologii – bo tam najczęściej jest śmierci. Jak jest nagłe zatrzymanie krążenia, jest telefon w odpowiednie miejsce – do dzieci 6 lat jeden zespół, do tych starszych – 7–18 inny zespół. Jeśli dziecko umiera, przyjeżdżają specjaliści z całą aparaturą. Jeśli osoba wymaga podłączenia pod respirator, jest to zorganizowane. Znowu inne procedury. Jest taki mit, że w służbie zdrowia pielęgniarki się przyzwyczajają – ale jest to nieprawda, szczególnie, jeśli chodzi o dzieci. Są przecież takie sytuacje, gdzie ludzie oddają wszystkie narządy zmarłego – nawet skórę. Pamiętam taką sytuację, że tylko helikoptery lądowały, bo tutaj czas się liczy. Stwierdzono śmierć kliniczną mózgu i rodzice się zdecydowali na oddanie organów – serce, płuca, nerki. No cóż, dużo tego w nas jest. To reguluje karta zgody, że po twojej śmierci możesz oddać narządy. Są też takie sytuacje, że rodzina zaprzecza i nie daje takiej możliwości. To są trudne sytuacje. Bardzo. Dlatego mówienie, komunikacja z osobą, która jest w kryzysie, jest czymś niesamowicie ważnym.

1.7. Postawy wobec chorób śmiertelnych.

Stosunek człowieka do śmierci jest uwarunkowany co najmniej ośmioma czynnikami. Są to: tło kulturowe, doświadczenia w okresie dorastania, światopogląd, odporność na czynniki stresogenne, obecna sytuacja życiowa, styl życia, wyznawane wartości, prawdopodobieństwo zgonu osoby bliskiej lub własnego (Krajewska-Kułak, 2016). Autorzy różnych badań postawę wobec śmierci rozumieją jako lęk przed śmiercią, intensywność myślenia o śmierci i umieraniu, działanie

mechanizmów obronnych w tej postawie oraz akceptację lub obojętność dotyczącą zjawiska umierania (Makselon, 1983b). Makselon na podstawie swoich badań wyróżnił osiem wymiarów postawy wobec śmierci: konieczność, centralność, tajemniczość, wartość, groza, tragiczność, destrukcyjność oraz absurdalność (Makselon, 1983a).

Zagadnienie dotyczące śmierci jest aspektem wielowymiarowym. Świadomość i analiza własnych poczynań może mieć duże znaczenie w perspektywie przemijalności świata. Z perspektywy psychologicznej ważne jest to, aby zdawać sobie sprawę z istoty swoich potrzeb i chęci ich realizowania (Izdebski, Jurga i Kosiol, 2012). Dwie postawy wobec śmierci pokazał Ariès (1989).

Pierwsza z nich, najdawniejsza, najtrwalsza i najbardziej powszechna, to poddawanie się zbiorowemu losowi gatunku z poczuciem jego zwyczajności. Streszcza ją formuła – »wszyscy umrzemy«. Druga pojawiła się w XII wieku jako wyraz ważności przyznawanej przez cały okres nowożytności własnemu istnieniu i można streścić ją w innej formule: »umieram ja« (s. 121).

Reakcja na śmierć człowieka w postaci negatywnych uczuć charakteryzuje ludzi kultury Zachodu. Na wielu uczelniach medycznych świata zachodniego powstają programy mające na celu zmniejszenie lęku i przygnębienia wobec śmierci pacjentów (Nyklewicz, Krajweska-Kułąk, 2008). Zdecydowana większość badanych twierdzi, że ma problemy w pewnych aspektach opieki nad umierającymi oraz że potrzebuje wsparcia (np. ze strony bliskich), aby poradzić sobie z przeżywaniem tych trudności. W opinii pielęgniarek opieka nad pacjentami umierającymi ma jednak również pozytywny wpływ na ich osobowość. Podczas doświadczania troski o umierających dokonuje się wymiana wartości, co może uczyć pielęgniarki m.in. wrażliwości, szacunku do życia, pokory, pożytkowania każdej chwili (Sleziona, Krzyżanowski, 2011).

Percypowanie śmierci ulegało zmianom na przestrzeni dziejów. Początkowo zgon wiązano z przemianą duchową i cielesną (co było istotą wielu religii i systemów filozoficznych), natomiast obecnie mamy do czynienia z odhumanizowaną medykacją śmierci. Dawne kultury były bardziej oswojone i pogodzone z umieraniem – umierano najczęściej w domach, wśród najbliższych. W opinii Ostrowskiej (1991; za: Guzowski, Krajewska-Kułąk, Bejda, 2016) ludzie reagują na *nie-naturalną śmierć* bardziej naturalnie niż na śmierć z powodu choroby, która dotyka większości ludzi. Dziś akceptuje się jedynie śmierć szybką, bez bólu, w znieczuleniu czy we śnie (Guzowski, Krajewska-Kułąk, Bejda, 2016).

1.8. Argumentacja dla zamachu suicydoterrorystycznego (ideologia, religia).

Szeroko pojęty terroryzm samobójczy definiuje się jako

atak (zamach) terrorystyczny dokonywany przez jednostki świadome konieczności poniesienia śmierci w celu zabicia niewinnych ofiar, zastraszenia rządów państw i społeczeństw, zaplanowany z powodów politycznych, religijnych, kulturowych i innych przy użyciu materiałów wybuchowych, broni masowego rażenia, improwizowanych środków (np. samochodu pułapki, samolotu, łodzi itp.) (Lasota, 2014, s. 25).

Jeden z polskich ekspertów w tematyce terroryzmu samobójczego, Maciej Zimny (2006), dokonał podziału tych zdarzeń na zamachy i operacje. Zamach suicydoterrorystyczny to akt terrorystyczny, w którym incydentalnie dokonano eksplozji ładunku materiału wybuchowego, lecz jest to także zdarzenie bez użycia materiału wybuchowego, w którym wykonawca jest gotowy ponieść śmierć w celu dokonania skutecznego zamachu. Natomiast terrorystyczna operacja samobójcza to skomplikowany akt terrorystyczny, w którym dokonano złożonej eksplozji ładunku wybuchowego, będącej elementem szerszego współdziałania co najmniej dwóch wykonawców, którzy nie giną w wyniku tego samego wybuchu. Operacja suicydoterrorystyczna może także zostać przeprowadzona bez użycia materiału wybuchowego, lecz wykonawcy zamachu muszą być gotowymi zginąć, by dokonać tego aktu z powodzeniem (Lasota, Grenda, 2017).

Wnioskując na podstawie literatury, sprawcą samobójczego ataku terrorystycznego jest

osoba podejmująca działania niezgodne z prawem, w postaci zamachów terrorystycznych, których intencją jest zabicie siebie i jak największej ilości osób znajdujących się w obszarze rażenia materiałów wybuchowych bądź jakichkolwiek innych środków (biologicznych, radiologicznych, chemicznych itp.), aby osiągnąć określony cel polityczny, religijny, kulturowy lub inny (Lasota, Grenda, 2017, s. 45).

Terrorystę samobójcę charakteryzują cechy wykluczające się. Jest to osoba postępująca niedorzecznie i nieracjonalnie (Hołyst, 2005). Z drugiej strony w jej profilu można dostrzec rozsądek, precyzyjność, konsekwencję. Celem jej dążeń jest miano bohatera, dlatego śmierć samobójcza w akcie terrorystycznym może jej zapewnić *życie wieczne* (Kolek, Szczęśniak, 2009).

Możliwe jest dokonanie podziału zamachowców samobójców ze względu na motywy działania, wyznawane idee oraz metody działania. Są to następująco:

- zamachowiec egzystencjalny – motywem aktu terrorystycznego jest ofiarowanie swojego życia dla wartości wyższych; dokonują tego ludzie poczytalni;
- zamachowiec z zaburzeniami psychicznymi – przejawia zachowania sadomasochistyczne i agresywne, stwierdza się urojenia wielkości i prześladowania; wykonawca jest zmotywowany wskazanym przez kogoś celem działania samobójczego;
- zamachowiec infantylny – może przejawiać cechy niekompetentności, być nisko wykształcony, może być także fanatykiem religijnym pochodzącym z ubogiej rodziny;

- zamachowiec zombie – osoba uzależniona od środków odurzających, której wmawia się istnienie przeciwników do wyeliminowania;
- terrorystka wdowa – kobieta z zaburzeniami psychicznymi, które pojawiły się po stracie bliskiej osoby, wykorzystywana przez pomysłodawców zamachów terrorystycznych;
- zamachowiec lojalny – jego motywacją jest dobro wspólne, chce po śmierci spotkania ze swoimi zmarłymi bliskimi;
- zamachowiec zmanipulowany – dokonuje aktu suicydoterrorystycznego w imię korzyści finansowych lub dla ratunku swoich bliskich; osoba, wobec której przejawiano ciągłą agresję oraz łamano prawa człowieka (Ismahilova, 2012).

Za jedną z najczęstszych przyczyn zamachów suicydoterrorystycznych uznaje się religię. Termin *religia* według Encyklopedii popularnej PWN oznacza zjawisko społeczno-kulturowe, którego istotnym elementem jest stosunek człowieka do sacrum (to, co święte); religię bada się jako strukturę złożoną z doktryny (wierzenia dotyczące genezy, struktury i celu istnienia człowieka i świata), kultu (praktyki związane z tymi wierzeniami) oraz organizacji (instytucje kształtujące świadomość religijną i formę życia religijnego wyznawców) (Encyklopedia popularna PWN, s. 718).

Religie, których doktryny zawarte są w zbiorach ksiąg świętych, jako jedyne w pełni rozwinięły teologię i zainspirowały rozwój filozofii. Do najważniejszych zalicza się: hinduizm, buddyzm, judaizm, chrześcijaństwo i islam. W 1900 roku liczbę chrześcijan zachodnich szacowano na 26,9% ludności świata, natomiast w roku 2000 na 29,9%. Liczba wyznawców hinduizmu również wzrosła z 12,5% w 1900 roku do 13,7% w 2000 roku. Jednak w najszybszym tempie zwiększyła się liczba muzułmanów – z 12,4% w 1900 roku do 19,2% w roku 2000. Wzrost liczby wyznawców islamu o 5,15% można zauważyć również w kolejnej dekadzie (2000–2010) (Huntington, 2011).

Powyższe dane są niezwykle istotne z punktu widzenia dysertacji, albowiem większość samobójczych ataków terrorystycznych przeprowadzona została przez wyznawców islamu. Oczywiście nie religia jako taka jest tego przyczyną. Jednym z doniosłych problemów współczesnego świata jest terroryzm fundamentalistów muzułmańskich. Stanowi on największe zagrożenie dla krajów uznanych przez jego wykonawców za twórcę szatana i wrogów Allaha, gdyż terroryści nie są zainteresowani prowadzeniem rozmów pokojowych, dążą jedynie do niszczenia. Religia w kulturach Wschodu i Zachodu pojmowana jest w diametralnie odmienny sposób. W krajach demokracji europejskiej i amerykańskiej religia jest oddzielona od polityki, natomiast w krajach muzułmańskich stanowi instrukcję postępowania w życiu świeckim. Narody te traktują życie świeckie jako przejaw religii (Stańczyk-Minkiewicz, 2009).

Proces sakralizacji przemocy politycznej po raz pierwszy został dostrzeżony w latach osiemdziesiątych XX wieku po zwycięstwie rewolucji islamskiej w Iranie. W 1968 roku żadna grupa terrorystyczna nie była zdominowana przez cele i motywacje religijne. Natomiast w latach 90. nastąpiła eksplozja terroryzmu religijnego. W 1995 roku prawie połowa terrorystycznych ugrupowań miała charakter religijny. Terrorysty religijni tylko we wspomnianym roku przeprowadzili 25% wszystkich międzynarodowych ataków, w wyniku których 58% ofiar poniosło śmierć. Organizacje islamskie stanowią najsilniejszą i najbardziej agresywną grupę (Bolechów, 2002).

Blisko 20 największych islamskich organizacji terrorystycznych na Bliskim Wschodzie, w Afryce Północno-Wschodniej, Azji Środkowej oraz na Kaukazie Północnym może dokonywać terroryzmu samobójczego. W organizacjach działających na wymienionych obszarach mogło powstać aż ok. 500 doświadczonych grup terrorystycznych o odpowiednim zapleczu finansowym i ludzkim, które zdolne są do organizowania i dokonywania terrorystycznych ataków samobójczych na całym świecie (Filipkowski i Lonca, 2010).

Na osobowość terrorysty samobójcy mogą wywierać wpływ ideologie, potrzeby osobiste, hierarchia wyznawanych wartości oraz oddziaływanie różnych organizacji i rodziny, co w konsekwencji może determinować profil podejmowanych przez terrorystę działań. Na kształt profilu terrorysty może oddziaływać także typ usposobienia, cechy charakteru oraz rozwój społeczeństwa. Atak samobójczy ma charakter przedmiotowy, co ma skłonić przyszłego samobójcę-terrorystę do spełnienia swojego celu. Badania dotyczące terroryzmu samobójczego mogłyby pomóc przybliżyć społeczeństwu sylwetkę terrorysty stwarzającego niezwykle niebezpieczeństwo dla ogółu (Kolek i Szczęśniak, 2009).

ROZDZIAŁ III

PROBLEMY ETYCZNE ZWIĄZANE ZE ŚMIERCIA

1. Wprowadzenie

Kwestie dotyczące problemów etycznych związanych ze śmiercią są czymś niezwykle skomplikowanym i trudnym do analizy, mimo tak wielu publikacji naukowych i działań w tym zakresie. Elementy te będą różnić się w odniesieniu do profesji oraz związanych z nimi kodeksów etyki czy innych dokumentów ułatwiających procedury w tych sprawach.

Wszystko to, co związane z aspektami etycznymi, może być traktowane w sposób indywidualny. Dla przykładu opieka nad osobą ciężko chorą wymaga profesjonalnego przygotowania, poprzedzonego głęboką refleksją etyczną i moralną. Problemy z tym związane stanowią źródło zainteresowania zasadami etyki w medycynie paliatywnej. U schyłku życia pacjenta istotne jest, aby zadbać o jego podmiotowość i adekwatną komunikację. Poszanowanie autonomii daje pacjentowi prawo do podejmowania świadomych decyzji w zakresie jego leczenia. Istotną etyczną trudnością w podejmowaniu decyzji o zaniechaniu wszelkich daremnych działań jest koncepcja opieki ciągłej, która może niepotrzebnie przedłużać cierpienie pacjenta. Ważnym dylematem etycznym jest stosowanie zasady podwójnego działania w sedacji paliatywnej, która jest częścią terapii i ma na celu ulżenie w cierpieniu. Na opiekę paliatywną składa się wsparcie medyczne, psychologiczne, socjalne i duchowe. Umieranie postrzegane jest jako naturalny i nieuchronny proces. Najważniejsze jest zapewnienie możliwie najlepszych warunków ostatniego okresu życia pacjenta. Żaden lekarz ani specjalista nie jest zobligowany do utrzymywania przy życiu pacjenta za wszelką cenę, co niejednokrotnie stawia ich przed wieloma dylematami moralnymi.

Odpowiedzialność pacjenta za jego decyzje i wybory jest podrzędna względem ustaleń lekarza, sprawującego pieczę nad procesem terapeutycznym zgodnym z zasadami etycznymi. Zdarza się, że lekarz nie udostępnia pacjentowi informacji o jego stanie zdrowia i rokowaniach. Wynika to z przysługującego mu przywileju terapeutycznego, opisanego w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty oraz w Kodeksie etyki lekarskiej. Lekarz nie może jednak okłamywać chorego. Poszanowanie KEL daje pacjentowi możliwość świadomej zgody na bycie objętym opieką, badanie oraz podjęcie procesu leczenia. Podobnie etyka katolicka mówi o przywileju

podejmowania autonomicznych decyzji pacjenta, które lekarz powinien respektować (Muszala, 2009).

Etyczne aspekty radzenia sobie ze śmiercią to zasady i wartości, którymi należy się kierować w kontakcie ze śmiercią, aby okazać szacunek i wziąć pod uwagę potrzeby emocjonalne wszystkich zaangażowanych osób. Aspekty te obejmują: szacunek, łagodność, poufność, empatię i uczciwość. Ich celem jest zapewnienie, aby komunikacja w tak trudnej sytuacji odbywała się odpowiedzialnie i z poszanowaniem godności ludzkiej i uczuć wszystkich zaangażowanych.

Umieranie wiąże się z zerwaniem więzi międzyludzkich oraz objawami natury biologicznej. Obiektywne i subiektywne objawy nadchodzącej śmierci w przypadku pogarszania się stanu zdrowia podlegają codziennej obserwacji. W końcowym etapie życia najczęściej zauważa się: pogłębiające się osłabienie, leżący tryb życia przez większą część dnia, zmniejszenie apetytu, zaburzenie świadomości, dezorientację. Dominować może nasilający się ból, zanikanie mięśni spowodowane długim czasem przebywania w pozycji leżącej.

Człowiek chory oprócz doświadczania cierpienia biologicznego zmagają się także z psychicznym ciężarem zbliżającej się śmierci. Zmiany w sferze emocjonalnej są związane ściśle z etapem przeżywania choroby. Wyróżnia się pięć etapów zmagania się z nieuleczalną chorobą: zaprzeczanie, bunt, pertraktowanie, depresję oraz akceptację. Zaprzeczenie jest nieświadomym mechanizmem obronnym, natomiast świadoma część psychiki konfrontuje się z nieuchronnością śmierci. W aspekcie psychologicznym etap buntu to nieuznawanie realności choroby, która prowadzi do śmierci. Jej świadomość staje się jednak coraz wyraźniejsza. Na tym etapie doświadcza się złości, agresji, drażliwości, niechęci do leczenia, podważa się kompetencje lekarza. Pertraktowanie jest próbą pozornego objęcia kontroli nad swoim stanem. W momencie gdy człowiek uświadamia sobie, że jest nieuleczalnie chory i nie uniknie śmierci, pojawić się może depresja. Jest to też etap refleksji nad własnym istnieniem. Z czasem chory zaczyna akceptować swój stan i świadomie podchodzić do swojej śmiertelności (Kübler-Ross, 1998).

Podczas komunikowania się z chorym niezbędne jest uwzględnienie jego stanu emocjonalnego i poziomu zaawansowania dolegliwości. W przypadku gdy pacjent zaprzecza chorobie, nie powinno się dużo z nim rozmawiać o sposobach leczenia. Owo zaprzeczenie jest mechanizmem osvajania się z chorobą i sposobem na zachowanie równowagi psychicznej. Wobec tego, gdy pacjent wyraża złość, nie należy brać tego osobiście. Ważne jest poddawanie autorefleksji sposobu postępowania względem pacjenta, aby nie spowodować u niego stanu przewlekłego gniewu. Metodą zapobiegania temu stanowi rzeczy jest pozwolenie mu na wyrażanie swojej złości.

Opiekowanie się osobami u schyłku ich życia nie jest emocjonalnie łatwym zadaniem. Niezwykle trudnym stanem mogącym spotkać pacjenta oraz opiekuna jest depresja. W zawodzie opiekuna wyróżniamy depresję „naturalną” oraz depresję kliniczną. W depresji klinicznej wymagana jest terapia farmakologiczna. Mogą towarzyszyć jej lęk przed śmiercią oraz przed sprośaniem założonym celom. Ważną rolą opiekuna jest empatyczne podejście do pacjenta, bo od tego w dużej mierze zależy sukces w komunikowaniu oraz rozwiązywaniu problemów. Ma to bezpośrednie przełożenie na motywację u pacjenta, jak i opiekuna. Samoświadomość własnych stanów emocjonalnych jest ważnym elementem inteligencji emocjonalnej, ponieważ jest ona kluczowa do zrozumienia pacjenta, a to z kolei ma olbrzymi wpływ na relacje między nimi (Wrona-Polańska, 2005).

Istotna dla dobrej komunikacji między opiekunem a chorym jest jakość relacji między nimi, w tym zdolność do emocjonalnego towarzyszenia choremu i radzenia sobie z emocjonalną bezradnością. Może mieć to kluczowe znaczenie dla procesu leczenia. To, w jaki sposób odbywa się rozmowa, może wpłynąć kojąco na negatywne emocje, a także na sam ból. Człowiek chory często u kresu swojego życia jest zależny od innych, dlatego aby sprośać temu zadaniu, swoje zastosowanie znajdują przeznaczone do tego celu profesjonalne narzędzia. Jest nimi między innymi trening Balintowski, który pomaga w kształtowaniu oraz uświadamianiu sobie własnych emocji. Wpływa także na rozwój empatii, zrozumienia innych oraz uczy dobrego kontaktu z osobą będącą u schyłku życia (Łazowski, 2002).

Ważne jest kierowanie się etycznymi aspektami postępowania ze śmiercią, aby osoby, których dotyczy sytuacja umierania, mogły przejść przez to z godnością i łagodnością. Osoba obcuująca z umierającym powinna unikać niemożliwych do spełnienia obietnic i zapewnień oraz szanować emocje osoby pogrążonej w żałobie. Należy także udzielać należytego wsparcia osobom doświadczającym straty, a w trakcie pogrzebu stosować adekwatne do sytuacji formy komunikowania się (Wrona-Polańska, 2005).

Dobra komunikacja w relacji opiekun–pacjent to umiejętność, której można się nauczyć, a która bywa niedoceniana w postępowaniu leczniczym. Skuteczna komunikacja umożliwia sprawowanie kontroli nad objawami cierpiącej osoby. Dzięki temu ból fizyczny, lęk czy też poczucie samotności może być stanem łatwiejszym do przejścia. Artykuł 30 KEL mówi o tym, że działanie lekarza powinno sprowadzać się także do łagodzenia cierpienia u osób chorych w stanach terminalnych. Nie jest to łatwe zadanie, ale mieści się w zakresie obowiązków każdego lekarza. Nietycznym jest zaniechanie skutecznych metod ratowania zdrowia i życia pacjenta oraz łagodzenia jego cierpienia. Lekarz zobligowany jest do stałego poszerzania swojej wiedzy na temat sposobów działania w tym obszarze. Pozwala to także na unikanie ryzyka w stosowaniu leków

opiodowych i wykorzystanie ich w leczeniu przeciwbólowym. Opioidofobia to zjawisko występujące nie tylko w gronie pacjentów, ale także lekarzy (Niemiec, 2016).

Cierpienie obecne jest w ciągu całego życia, dając możliwość przewartościowania swojego istnienia. W cierpieniu człowiek odnajduje siebie, człowieczeństwo, a nawet godność. Długotrwałe cierpienie i proces umierania niewątpliwie wiążą się z samotnością, która stanowi obszar zainteresowania etyki. W trosce o chorego należy trwać przy nim i współtowarzyszyć mu w umieraniu (Szewczyk, 2009).

W ujęciu etycznym życie nie jest zupełnym dobrem, a śmierć nie jest bezwzględny złem. W związku z tym najbardziej perspektywicznym elementem medycyny paliatywnej powinna być kompleksowa opieka nad pacjentami. Celem etyki lekarskiej u schyłku życia jest zachowanie humanistycznego wymiaru medycyny, który skupia się na cierpiącym pacjencie. Dalszy rozwój medycznych i etycznych działań paliatywnych może prowadzić do przywrócenia właściwych postaw wobec śmierci i umierania, zapewniając również warunki do aktywnego przeciwdziałania próbom eutanazji.

Mimo wielu publikacji, działań praktycznych – poprawna komunikacja z pacjentem i jego rodziną jest wciąż niedocenianym elementem leczenia. Skuteczne zarządzanie objawami choroby, takimi jak ból i niepokój, jest niemożliwe bez efektywnej komunikacji między osobą cierpiącą a osobą opiekującą się.

2. Definicje i teorie śmierci

W *Słowniku encyklopedycznym* w ujęciu biologicznym uznaje się, że śmierć jest stanem charakteryzującym się ustaniem oznak życia, powodującym nieodwracalne zachwianie równowagi funkcjonalnej organizmu. Przyczyn śmierci można wymieniwać naprawdę wiele, m.in. prowadzą do niej procesy starzenia się organizmu, odwodnienie, niedożywienie, choroby, śmierć nagła w wyniku wypadku czy samobójstwa. Problem śmierci towarzyszy kulturze człowieka od zawsze i pełni funkcję kulturotwórczą. Wiele dzieł kultury daje nadzieję na przezwyciężenie grozy śmierci poprzez konkretne działania związane z rytuałami czy kultem religijnym. Historia XX wieku przyniosła dziedzinę wiedzy zwaną tanatologią, będącą naukowym badaniem różnych aspektów zjawiska śmierci, zarówno społecznych, jak i historycznych, medycznych oraz kulturowych. W psychologii istnieje dziedzina tanatopsychologii, która odnosi się zarówno do aspektów osobowościowych zjawiska, jak i wpływów religijnych na zagadnienie śmierci w oczach człowieka. Według Makselona (1981, s. 114) myślenie o śmierci to „część poznawczej

aktywności człowieka. Dzięki niej człowiek może być świadomy samego siebie oraz otoczenia i tym samym właściwie spotkać się z rzeczywistością. Nie podlega dyskusji, że funkcje poznawcze człowieka są tylko częścią postawy wobec śmierci”.

Ludzie zwykli łączyć pojęcie śmierci z rzeczywistością pozaempiryczną, jednak psychologia problem śmierci widzi zgoła odmiennie. Psychologiczną definicję śmierci charakteryzuje relatywność, jej znaczenie jest odniesione do ponadjednostkowej sieci poznawczej. Idea śmierci jest względna zarówno z uwagi na osobiste teorie śmierci, jak również na funkcjonujące w danych społecznościach koncepcje śmierci. Aspekt śmierci zawsze związany jest z określoną sytuacją życiową podmiotu, ale nie pozostaje bez wpływu środowiska zewnętrznego.

Pojęcie śmierci w ujęciu psychologicznym charakteryzuje się również złożonością. Szczególnie u osób dorosłych definicja śmierci nie jest jednoznaczna, posiada bowiem wiele odcieni, niepodobna określić ją raptem jednym słowem. W sensie bardziej globalnym złożoność śmierci potwierdza różnorodność uzyskiwana w badaniach nad jej zdefiniowaniem. Słowo to ma bardzo różnorodne znaczenia i zdaje się być niejednorodną strukturą psychologiczną. Badania eksperymentalne dowodzą, że koncepcje śmierci są konstruktami bardzo labilnymi i płynnymi. Zmieniają się zarówno przez wzgląd na wiek, jak i różne doświadczenia.

Ambiwalencja jest kolejną charakterystyką terminu śmierć. W tym kontekście oznacza zróżnicowanie posiadanej przez jednostkę koncepcji śmierci, zachowań i działań przez nią podejmowanych. Odnotowano, że podobne spostrzeganie śmierci może prowadzić do zupełnie rozbieżnych zachowań. Koncepcje śmierci różnicują ludzi w aspekcie zachowań działających motywująco czy hamująco (Makselon, 1981, s. 115).

Pośredniość pojęcia śmierci związana jest ze samoświadomością podmiotu, zdolnością do wykonywania operacji logicznych, myśleniem w abstrakcyjnych kategoriach. Człowiek, zdając sobie sprawę, że jedną z cech natury ludzkiej jest śmiertelność, w pewnym momencie życia uświadamia sobie, że jego śmierć również jest pewna. Może ona być spowodowana wieloma czynnikami pozostającymi ze sobą we wzajemnych stosunkach, jak również wyłącznie jednym. O ile nie ma pewności co do terminu nastąpienia śmierci, o tyle nie budzi wątpliwości fakt, że kiedyś nastąpi nieodwracalne zaprzestanie działania, przeżywania i myślenia, ponieważ „śmierć jest całkowitą separacją od tego świata, w którym człowiekowi dano aktywność intelektualną i emocjonalną” (Makselon, 1981, s. 116). Definiując zagadnienie śmierci, należy odróżniać to, co żywe od tego, co martwe. Ważna jest samoświadomość, zdolność do myślenia logicznego i abstrakcyjnego, umiejętność obserwacji przyczynowo-skutkowych oraz zaakceptowanie linearnej koncepcji czasu (Szaniawski, 1998, s. 25–26).

Percepcja jakiegokolwiek przedmiotu przez człowieka jest wypadkową składników pojęciowych oraz uczuciowych, ale często samo wstępne poznanie decyduje o stosunku psychologicznym. Poprzez konceptualizację jakiegoś przedmiotu rodzi się zaklasyfikowanie go do grupy pożądaney lub wprost odwrotnie.

Pozytywny sens ludzkiej śmierci psychologowie dostrzegają w kontekście wcześniejszego sensownego życia. „Śmierć nie ma sensu jedynie dla tych, dla których bezsensowne wydaje się również życie” (Bukalski, 2014, s. 104).

W myśleniu ludzi o śmierci dość często występuje fantazja, w której jest antycypowana własna rzeczywista śmierć (wyobrażanie sobie siebie jako umierającego lub zmarłego). Natomiast realistyczne myślenie o śmierci spotyka się rzadziej. Nie jest także pewne, czy myślenie o śmierci daje się oddzielić od myślenia w ogóle, a w szczególności od refleksji nad pewnego rodzaju tematyką (los człowieka, sens istnienia, starość, analizowanie dnia, wyobrażanie sobie śmierci, rozważania filozoficzno-światopoglądowe).

Nie ulega wątpliwości, że częstotliwość myślenia o śmierci i skupiania się na niej wzrasta wraz z wiekiem, co wynika ze zintensyfikowania pytań o skończoność życia i pozostały czas. Wpływa m.in. na to fakt, że ludzie w podeszłym wieku doświadczają często śmierci przyjaciół, co może zmieniać postrzeganie kwestii umierania. Jednak badania empiryczne nie potwierdzają tej hipotezy, ponieważ jednocześnie nie wykazano wpływu wieku na częstotliwość i charakter refleksji o przemijaniu człowieka (Makselon, 1981, s. 118).

Wiek XX przyniósł odmienny stosunek do śmierci. Dotychczasowa naturalna obawa wobec „rzeczy ostatecznych” zmieniła się stricte w niezgodę na śmierć. Na początku dwudziestego stulecia w literaturze pojawił się wzorzec tzw. śmierci zdziczałej, cechującej się represją śmierci ze świadomości jednostkowej i społecznej lub zdystansowaniem się do niej. Śmierć staje się pomijana w myśleniu i rozmawianiu o niej, wypierana ze świadomości, doświadczenie bycia z umierającym jest marginalne. Ostatnie chwile życia człowieka przemijają w atmosferze przemilczeń, następuje zanik żałobnych rytuałów. Śmierć pozbawiona kontekstu kulturowego „dziczeje”, tak jak „dziczeje oswojony zwierzak wypędzony z domu czy obecnie zapuszczony, a niegdyś uprawiany ogród” (Szewczyk, 1996, s. 16).

Śmierć mózgu po raz pierwszy opisali w 1959 roku Mollaret i Gulon, a kilka lat później podano pierwsze w Europie kryteria śmierci mózgu. W 1968 roku scharakteryzowano najbardziej znane kryteria śmierci mózgu, tzw. harwardzkie, wedle których śmierć mózgu rozpoznaje się na podstawie kilku objawów, zaobserwowanych w ciągu 24 godzin. Należą do nich brak percepcji i reaktywności układu nerwowego, zanik odruchów (również rdzeniowych), brak

spontanicznych ruchów w czasie godzinnej obserwacji, bezdech w czasie trzech minut, a także zaobserwowanie linii izoelektrycznej w badaniu EEG (Iwańczuk, 2006).

Obecnie coraz więcej mówi się o potrzebie zarówno autentyczności ludzkiego życia, jak i stworzenia człowiekowi warunków godnej śmierci. Co za tym idzie, nie należy uciekać przed nieuchronnym, ale z godnością i odwagą mierzyć się z własnym losem. Jak zauważył Karl Jaspers, autentyczny sposób życia nie polega na sprzeciwie wobec śmierci czy odrzucaniu jej do podświadomości. Życie autentyczne to zwrot ku śmierci, liczenie oraz mierzenie się z nią, a także konieczność znoszenia trudu umierania. Łatwiej jest mierzyć się ze śmiercią, mając przeświadczenie, że życie miało niepowtarzalny sens, że „żyliśmy, kochaliśmy, cierpieliśmy, podejmowaliśmy dobre i złe decyzje”. Śmierć nie przekreśla dokonań człowieka i ich nie zmienia: „owszem pewnego dnia przestaniemy istnieć, natomiast nasze życie nigdy nie stanie się niebyłe [...]. Fakt życia pozostaje faktem wiecznym” (Kwaterko, 2005, s. 14).

3. Korelaty związane z przedłużaniem życia

Próby przedłużania życia polegające na hamowaniu lub odwracaniu procesu starzenia się mają na celu wydłużenie oczekiwanej maksymalnej długości życia. Badacze z zakresu gerontologii eksperymentalnej twierdzą, że przyszłe dokonania naukowe w zakresie regeneracji tkanek (za pomocą komórek macierzystych, naprawy molekularnej) oraz wymiany narządów (ksenotransplantacje) sprawiają, że możliwa będzie nieograniczoność długości życia oraz zupełne odmłodzenie i wyleczanie chorób.

Ważnym odkryciem w tym zakresie okazuje się białko SIRT6 pełniące istotną funkcję w naprawianiu DNA, co z kolei może zapobiegać starzeniu się na poziomie komórkowym. Jedną z rokujących strategii przedłużania życia są osiągnięcia nanomedycyny. Rozwój tej dziedziny umożliwił stworzenie specjalnych przekaźników leków, które zwiększają wchłanianość nisko przyswajalnych leków słabo rozpuszczalnych w wodzie, a także wydłużają aktywność substancji zbyt szybko wchłanianych i usuwanych z organizmu. Jest to niezwykle istotne z punktu widzenia podawania leków w terapii, np. nowotworowej. Nanotechnologia pozwoliła na taki sposób dostarczania do organizmu toksycznych leków, aby docierały one bezpośrednio do komórek nowotworowych bez uszkodzania komórek zdrowych (Perliński, 2006).

Innym sposobem na przedłużenie życia jest klonowanie, czyli rozmnożenie żywego organizmu w taki sposób, że jego kopia ma identyczny lub prawie identyczny materiał genetyczny. W przyrodzie obserwuje się niewielką liczbę organizmów podlegających

naturalnym procesom klonowania – są to kolonie bakterii, organizmów jednokomórkowych czy też odrosty i sadzonki roślin. Mechanizm klonowania został w ostatnich latach dobrze poznany i opanowany przez naukowców, tak że są oni w stanie (przynajmniej teoretycznie) sklonować każdy żywy organizm, łącznie z człowiekiem. Pierwsze pomysły z tym związane miały miejsce już w latach 30. XX wieku. W 1996 roku po raz pierwszy sklonowano owcę. W 2000 roku sklonowano małpę, a następnie wiele innych ssaków – świnię, krowę, kota, mysz, królika, konia, szczura oraz psa w roku 2005. Proces klonowania organizmów wyższych, lub w przyszłości nawet ludzi, budzi ogrom kontrowersji wśród wielu kręgów społecznych, głównie ze względu na aspekty etyczne i prawne. Obecnie prowadzone są jednak badania nad klonowaniem komórek macierzystych, które mogą zrewolucjonizować terapię wielu nieuleczalnych chorób. Komórki macierzyste mają zdolność zmiany w dowolną tkankę ciała, mogą zastąpić chore komórki np. w sercu, a także mogą być pomocne w leczeniu choroby Alzheimera i choroby Parkinsona. Większość naukowców nie widzi w klonowaniu w celu pozyskania komórek macierzystych niezgodności z etyką badawczą, jednak w niektórych środowiskach uznaje się to za nieetyczne, ponieważ klonowanie wiąże się z tworzeniem sztucznych embrionów następnie podlegających niszczeniu.

Przypuszcza się, że klonowanie może być strategią na osiągnięcie długowieczności czy też nieśmiertelności poprzez klonowanie osób zmarłych lub wymarłych gatunków zwierząt. Jednak jeśli chodzi o wymarłe gatunki, to obecnie nie ma wystarczającej ilości materiału genetycznego koniecznego do przywrócenia ich do życia. Natomiast w przypadku klonowania ludzi, oprócz oczywistych dylematów etycznych, wątpliwości budzi również to, czy taki sam materiał genetyczny jest równoznaczny z przejęciem identycznych cech psychicznych i osobowościowych. Kopia zmarłego krewnego nie miałaby również zachowanej pamięci zmarłej osoby.

Kolejnym korelatem związanym z przedłużeniem życia są modyfikacje genetyczne. Obecnie dzięki terapiom genowym możliwe już jest leczenie niektórych chorób genetycznych. Procedura polega na tym, że od chorego pozyskuje się komórki i przekształca w nich uszkodzony fragment DNA. Kiedy komórki zaczynają funkcjonować poprawnie, namnaża się je i doprowadza do organizmu chorego (Kass, 1999).

4. Reklama wiecznego życia – wieczna młodość

Zmiany w strukturze demograficznej ludności od połowy XX wieku dokonują się równoległe z procesami cywilizacyjnymi i nie pozostają obojętne wobec populacji osób starszych (Stradomska, 2019b). Kryteriami nowoczesności są zmiany społeczne, modernizacja społeczna, medializacja i globalizacja. Pierwsze z nich kojarzone są z oczekiwanym rozwojem i pozytywnym efektem, ale także dezaktualizacją dotychczasowego wzorca funkcjonowania. Istotą modernizacji jest przekształcanie społeczeństwa tradycyjnego w nowoczesne. Obydwa procesy przynoszą pozytywne zmiany, ale mogą także prowadzić do negowania i niszczenia tego, co ma dla starszego pokolenia wymiar tradycyjny i wartościowy. Silnie propagowany kult młodości może generować postrzeganie osób starszych jako niepasujących do współczesnego społeczeństwa. Efektem może być ich dążenie do radykalnych zmian w wyglądzie i niegodzenie się na nieunikniony proces starzenia się, któremu towarzyszy przekonanie, że zmiana wyglądu przyczyni się do nowej jakości życia lub izolacji i poczucia osamotnienia (Steuden, 2016). Najstarsza grupa wiekowa, podobnie jak pozostałe grupy, tworzy zróżnicowaną populację, która nie powinna być obciążona brzemieniem stereotypów. Niestety mimo rozwoju nauki ciągle przybywa stereotypów na temat ludzi starych. Wynika to z panującego kultu kreatywności, aktywnego stylu życia pełnego osobistych sukcesów i dóbr materialnych, a także dobrostanu fizycznego i psychicznego. Zatem osoba stara utożsamiana jest w społeczeństwie z przemijaniem, smutkiem, a nawet śmiercią (Kołodziej, 2006). Zdaniem Kocimskiej (2003; za: Frąckowiak i Straś-Romanowska, 2008, s. 29) „polski stereotyp starości utożsamiany jest z wizją klęski. Brak odpowiedniej edukacji powoduje, że na nieuniknioną starość patrzy się z lękiem. Istnieje obawa, że nastąpi rozwój współczesnej gerontofobii”.

Kult młodości polega na postrzeganiu młodości jako stylu życia, odchodząc od pierwotnego jej rozumienia, czyli biologicznego etapu życia człowieka (Daszykowska, 2018, s. 67). Kult młodości jako styl życia zawiera w sobie takie cechy, jak: młodość, autentyczność, odpowiedzialność, tolerancja, duża aktywność życiowa. Główne zainteresowania osób reprezentujących ten sposób funkcjonowania skupiają się wokół samych siebie, edukacji i pracy, rekreacji i życia towarzyskiego oraz mody. Badania prowadzone od kilkunastu lat wskazują na następujące prawidłowości wśród współczesnego społeczeństwa:

- dzieci dorastają w coraz wcześniejszym wieku, już około 14–15 roku życia;
- młodość trwa w przedziale między 16–17 a 34–35 lat.

Osoby powyżej 35 roku życia starają się często na wielu płaszczyznach upodabniać do grupy wiekowej ok. 30 lat. W konsekwencji fazy życia człowieka przeciągane są w obu

kierunkach w stosunku do grupy osób młodych – ludzie wcześniej dorastają, lecz także chcą później się starzeć. Olejniczuk-Merta (2012, s. 5) wyróżnia następujące przyczyny tego zjawiska:

- prężny postęp technologiczny sprzyja chęci zaspokajania na raz wielu potrzeb w sposób nowoczesny;
- łatwy i wielowymiarowy dostęp do informacji i wiedzy dzięki mediom społecznościowym;
- stymulowanie aspiracji inwestowania w rozwój własny dzięki popularnym hasłom motywacyjnym *żyj w zgodzie ze sobą i korzystaj z życia*;
- kultura globalna wpływająca na zmianę dotychczasowych wartości;
- zmiany demograficzno-społeczne (nowy model rodziny i zawierania związków, a także zmiany w piramidzie potrzeb);
- lepsza jakość życia dzięki poprawie warunków ekonomicznych wielu osób.

Kult młodości dotyczy głównie trzech aspektów funkcjonowania człowieka: wizerunku, stylu życia, a czasem także głęboko ukrytej duchowości. Konsumentów propagujących taki styl życia określa się mianem *kidult*, czyli dorosły dzieciak, stary młody, a w przypadku mężczyzn też syndrom Piotrusia Pana. Osoby takie metrycznie są dorosłe, jednak ich mentalność odpowiada grupie młodych. Korzystają oni z atrybutów dorosłości, jednak uciekają od odpowiedzialności i powagi, chcąc zachować młodzieżowy styl życia. Kidult poświęcają dużo uwagi na dbanie o utrzymanie młodego wyglądu, odpowiednie zachowanie, modny ubiór, wykazują fascynację rozrywką i gadżetami. Przedstawicielami kidult często są celebryci (Olejniczuk-Merta, 2012).

Katarzyna Drogowska w publikacji *Medioznawcze spojrzenie na młodość. Młodość w hierarchii wartości* wykazała, że telewizja stanowi jedno z głównych źródeł kulturowego wzorca młodości. Analizując głównie zachodnie seriale telewizyjne, stwierdziła, że największy wpływ na współczesne wzorce młodości ma utowarowienie produkcji telewizyjnych. Temat ten nie często jest jednak poruszany w mediach wprost. Młodość przekazywana jest podprogowo przez postaci inspirujące społeczeństwo – aktorów, dziennikarzy, wokalistów czy influencerów. W przekazach medialnych biorą udział osoby młode, aktywne, a ponadto często można zobaczyć reklamy produktów zapobiegających starzeniu się, co może oddziaływać negatywnie na odbiór swojego ciała przez osoby starsze (Price, 2010). Jednak, paradoksalnie, nie ulega wątpliwości, że obecne zmiany demograficzne prowadzą do starzenia się społeczeństwa, więc ludzie starsi będą zauważalnie funkcjonowali w przestrzeni społecznej.

Feliciano Villar i Josep Faba (2012) stwierdzili, że najwięcej negatywnych stereotypów na temat osób starszych i procesu starzenia się funkcjonuje w społeczeństwach zachodnich. Co

ciekawe, treścią utartych przekonań nie jest jednak głównie spadek fizycznej kondycji człowieka. Osoby w podeszłym wieku kojarzone są przede wszystkim z depresją, łatwiejszym popadaniem w złość, większą zależnością od innych, dziecinnością, izolacją czy też brakiem aktywności. Autorzy zauważają, że osoby starsze faktycznie mogą starzeć się zgodnie z panującymi przekonaniami (Villar i Faba, 2012). Jednak Schoemann i Branscombe (2011) wskazują także na akcentowanie pozytywnych cech ludzi starzejących się, np. wizerunek dobrego dziadka / dobrej babci. Niestety cechy negatywne starości są częściej podkreślane w różnego rodzaju przekazach.

Jak spostrzegła Sarah Grogan (2008), osoby powyżej 65. roku życia prezentowane w telewizji stanowią tylko ok. 5% bohaterów programów telewizyjnych, przy czym więcej jest mężczyzn. Starszych ludzi przedstawia się często w niekorzystnym świetle – jako osoby niesprawne, niekompetentne czy nawet będące obiektem kpin, a starsze kobiety także jako aseksualne.

Kathleen F. Slevin (2010; za: Wiśniewska, 2014) dostrzega medykalizację procesu starzenia się w kampaniach walczących ze starością (*anty-ageing*), w których starość postrzegana jest jako uleczalna choroba, którą można zwalczać, poświęcając czas, zaangażowanie i środki finansowe, co pozwoli zdyscyplinować ciało do starzenia się z godnością. Podobne spostrzeżenia ma Cesar Gonzalez (2009; za: Wiśniewska, 2014), zauważając potrzebę uzdrowienia czy naprawy starości. Europejski i amerykański przekaz kulturowy promuje, aby być sprawnym i pozostawać wiecznie młodym. Jednak Alexander M. Schoemanna i Nyla R. Branscombe (2011; za: Wiśniewska, 2014) przeprowadzili badania, z których wynika, że osoby stare, poprzez różne działania, chcąc uchodzić za młodsze, są nielubiane i ocenia się je negatywnie. Sprzeczności wynikające z haseł starzeć się z godnością, wyglądać dobrze jak na swój wiek czy nie wyglądać staro powodują, że osoby starsze nie wiedzą, czego właściwie od nich się oczekuje, co prowadzi do niezamierzonych efektów. Ponadto zakres badań z różnych dziedzin nie obejmuje osób starszych (Slevin, 2010; za: Wiśniewska, 2014). Dla przykładu, badania psychologiczne dotyczące ciała i cielesności obejmują głównie osoby w okresie dorastania oraz młodych dorosłych (Tigge-mann i Slevic, 2012; za: Wiśniewska, 2014). Dopiero w ostatnich latach osoby w wieku średnim i starszym zaczynają być interesujące z perspektywy badawczej (Wiśniewska, 2014).

Starzenie się to proces nieunikniony, jednak coraz częściej budzący lęk, gdyż w przekazie kulturowym dość nieprzychylnie przedstawia się funkcjonowanie osób starzejących się. Zdaniem Głębockiej osoby starsze „internalizują stereotypowe przekonania w zakresie atrakcyjności fizycznej, wierząc nie tyle w opinie, że ładny oznacza dobry, ale raczej, że brzydki, a więc stary, oznacza zły – niepożądany i nieakceptowany przez otoczenie” (2009; za: Wiśniewska, 2014, s. 85). Negatywne postrzeżenie ludzi starych przez osoby młodsze może mieć podłoże w lęku przed tym, że kiedyś także ich ciało przestanie być młode, sprawne i podziwiane. Ważne zdaje się

podkreślenie, że według wielu starzejących się osób nie piękno, lecz sprawność ciała jest istotna, więc osoby młode mogą pomagać tymże osobom w jak najdłuższym utrzymywaniu mobilności, a w konsekwencji zdrowia.

Starość stanowi etap, w którym człowiek dokonuje podsumowania i rozliczenia wcześniejszych okresów życia, również w kontekście własnego ciała. Na zadowolenie z wyglądu swojego ciała na etapie starości może mieć wpływ poziom samoakceptacji w okresie dojrzewania i młodości oraz akceptacji ciała ze strony otoczenia i najbliższych, jak również to, czy osoba doświadczyła zauważalnych zranień lub chorób, a w przypadku kobiet – przebieg ciąży i okres menopauzy. Również inne czynniki, takie jak utrzymywanie pozytywnych relacji z innymi ludźmi, aktywny styl życia (w tym angażowanie się w działania społeczne), mają wpływ na odbiór własnego ciała poprzez priorytetowość wartości pozacielesnych. Wydaje się zatem zasadne, aby wśród osób starszych promować także sfery aktywności wykraczające poza aktywność fizyczną, zdrowotną czy pielęgnacyjną (Wiśniewska, 2014).

Reasumując, ciało nie przestaje więc być ważne w grupie osób starszych – ale wydaje się, że kult ciała powinien przyjąć (i do pewnego stopnia przyjmuje) inną formę – nie uporczywych zabiegów mających zapewnić wieczną młodość, ale tych aktywności, które pozwolą jak najdłużej zachować ciało sprawne i funkcjonalne. Utrata piękna, ale przede wszystkim utrata sprawności (a niekiedy również kontroli na ciałem) staje się ważnym (i trudnym) zadaniem rozwojowym (Wiśniewska, 2014).

5. Krionika

Metodą mającą na celu przedłużenie życia jest także krionika (grec. *kryos* – zimno). Technologia ta polega na schładzaniu ciał ludzi i zwierząt do temperatury bliskiej -200°C w celu przechowywania ich przez długi czas w warunkach ochronnych. Ma to pozwolić zachować organizm przed rozkładem do momentu, gdy medycyna będzie zdolna zwalczać dotychczas nieuleczalne choroby, a w efekcie przedłużyć życie. Ciało powinno się poddać zamrożeniu zaraz po śmierci. Schładza się je za pomocą ciekłego azotu. Działanie zimna pozwala na zatrzymanie wszelkich procesów chemicznych zachodzących w tkankach (Adamkiewicz, 2007). Mimo że ciało formalnie jest martwe, jego komórki biologicznie nadal są żywe. Proces ten kojarzony jest często z hibernacją, jednak nie ma z nią nic wspólnego. Według zwolenników krioniki życie nie jest nieodwracalnie przerwane, lecz tymczasowo zawieszane. Mimo że od dawna znane są techniczne możliwości zamrażania ciała, wciąż kwestię problematyczną stanowi „wybudzenie”

rozumiane jako wyprowadzenie organizmu ze stanu krioprezerwacji tak, by możliwe było przywrócenie funkcji życiowych. Niewiadomą jest też to, czy zamrożony wcześniej człowiek w przyszłości będzie w stanie całkowicie odzyskać życie.

Badania nad technikami przechowywania zamrożonego ciała ludzkiego pojawiły się już w połowie lat 60. XX wieku. Pierwszym na świecie człowiekiem, który zdecydował się na zamrożenie swojego ciała po śmierci, był chory na raka, pochodzący z Arizony, 75-letni profesor psychologii James Bedford. W latach 70. zaczęło przybywać śmiertelnie chorych osób, które po śmierci chciały się poddać procesowi krioniki, do tego stopnia, że zaczęły powstawać liczne towarzystwa krioniczne. Jak dotąd zamrożeniu po śmierci poddano 200 osób, a kolejnych 500 wyraziło życzenie poddania się zabiegowi po ich odejściu. Bariery rozwoju metody przedłużającej życie są ogromne nakłady finansowe konieczne do jej realizacji oraz wysokie wymagania klientów. Osoby decydujące się na zamrożenie po śmierci mają nadzieję nawet na zachowanie nieśmiertelności¹³.

Krionika może występować w pełnej postaci, czyli obejmować tymczasowe zamrożenie całego ciała, lub neurooszczędnościowej, zamrażając jedynie głowę. Charakterystyka krioniki nie pojawia się zbyt często w publikacjach naukowych, ponieważ jest pojęciem stosunkowo nowym. Na gruncie polskiej nauki nie jest nawet sygnalizowana w encyklopediach i słownikach. Również zachodnie renomowane leksykony naukowe, jak „Encyclopaedia Britannica” czy „Webster’s New World Medical Dictionary”, nie definiują tej metody. Co więcej, niekiedy metodę *cryonic suspensio*, polegającą na zamrażaniu umierających ciał ludzi przy użyciu chemicznych procesów zachowywania komórkowej struktury organizmów, określa się zamiennie kriogenizacją, którą stanowi zamrażanie martwej materii. Wymienione technologie różnią się jednak tym, że „o ile kriogenika służy przewyciężaniu tylko gnicia tkanki niegdyś ożywionej, o tyle sam proces krionizacji ma na celu dodatkowo ową jeszcze przywrócić do życia” (Adamkiewicz, 2007, s. 57).

Najwięcej firm zajmujących się krioprezerwacją ciał i mózgow oraz badaniami naukowymi nad tą metodą znajduje się w Stanach Zjednoczonych. Jedną z najpopularniejszych jest Alcor Life Extension Foundation, a od niedawna także rosyjska firma KrioRus. Oferta tych

¹³ „Spełniło się ostatnie życzenie śmiertelnie chorej czternastolatki. Sąd w Wielkiej Brytanii zgodził się zamrozić jej ciało po śmierci. – »Chcę żyć« – mówiła umierająca dziewczynka sędziemu. »Poproszono, mnie abym wytłumaczyła, dlaczego chcę zrobić tę niecodzienną rzecz« – napisała w liście do brytyjskiego sądu dziewczynka występująca pod pseudonimem JS. – »Mam tylko czternaście lat i nie chcę umierać, a wiem, że to się stanie. Według mnie zamrożenie mojego ciała da mi szansę na wyleczenie i ponowne obudzenie się, nawet jeśli stanie się to za setki lat« – dodała nieżyjąca już nastolatka. Jak podkreśliła w liście dziewczynka, która była chora na bardzo rzadki typ raka, »nie chce być pochowana pod ziemią. – »Chcę żyć, żyć długo i myślę, że w przyszłości mogą wynaleźć lekarstwo na mojego raka i mnie obudzić. Chcę mieć tę szansę, chcę żyć« – zakończyła swój list czternastolatka, która o krionice dowiedziała się z Internetu, kilka miesięcy przed śmiercią” (Gersz, 2016).

instytucji kierowana jest głównie do najbogatszych klientów, ponieważ koszt zamrożenia całego ciała oscyluje w granicach 200 000 USD, a dodatkowo wymagane jest uiszczenie corocznej opłaty za poddanie się zamrożeniu w wysokości 500 USD (Bieniek, 2018).

6. Eutanazja

Słowo *euthanasia* pochodzi z języka greckiego i tłumaczone jest jako „lekka, szczęśliwa śmierć”, natomiast *euthanatos* to „dobra śmierć” (Szeroczyńska, 2004). Eutanazja¹⁴ to świadomy i dobrowolny wybór uśmiercenia osoby nieuleczalnie chorej lub cierpiącej na jej żądanie lub żądanie osoby bliskiej, do którego skłaniają takie czynniki, jak współczucie, skrócenie długotrwałych i ogromnych cierpień. Zarówno osoba poddająca się uśmierceniu, jak i zadająca śmierć uważają tę sytuację za niezbędną. Literatura bioetyczna zgodnie podaje, że aby można było mówić o eutanazji, konieczna jest intencja spowodowania śmierci pacjenta. Według wielu autorów eutanazja powinna być także przeprowadzana przez lekarza. Wynika to z przekonania, że jedynie lekarze mają niezbędne do tego kompetencje. W przypadku gdy eutanazji dokonają bliscy czy rodzina pacjenta uważa się, że mowa wtedy o zabójstwie z litości, a nie o eutanazji.

W piśmiennictwie spotkać można określenia „pomoc w umieraniu” czy też „wspomagane samobójstwo”. Czasami o eutanazji mówi się także w stosunku do zaprzestania podtrzymywania czynności życiowych osób, u których nie można jednoznacznie stwierdzić aktywności mózgu (Pajkert, 2009).

Eutanazja, podobnie jak aborcja, stanowi niezwykle kontrowersyjny temat społeczny, który prowadzi do podziałów na zwolenników oraz przeciwników tych zabiegów. W Polsce eutanazja stanowi tabu, natomiast w krajach zachodnich również wzbudza kontrowersje, jednak staje się przedmiotem coraz większej ilości badań. Problematyka eutanazji dotyczy dylematów zarówno prawnych, jak i – być może przede wszystkim – etycznych. W ujęciu etycznym życie ludzkie postrzegane jest jako świętość, jednak nie można pomijać prawa jednostki do decydowania o własnym losie. Dla zwolenników tego kroku stanowi ona przejaw empatycznej miłości do drugiego człowieka. Kwestia ta jest jednak bardzo złożona, ponieważ eutanazja jest procesem nieodwracalnym. Nie można wykluczyć, że eutanazja jest nadużyciem (Głowacki, 2011; Malczewski, 2012).

Autorzy nie są zgodni co do wymagań dotyczących kompetencji pacjenta oraz jego stanu. Jeśli eutanazji dokonuje się na żądanie pacjenta zdolnego do podejmowania świadomych decyzji,

¹⁴ Eutanazja z gr. złożony z *eu* = dobro i *thanatos* = śmierć.

mowa o eutanazji dobrowolnej, natomiast w przypadku pacjenta niekompetentnego, czyli niezdolnego do świadomego decydowania o sobie, mówi się o eutanazji niedobrowolnej. Eutanazji niedobrowolnej nie należy jednak mylić z aktem wbrew woli pacjenta. Kolejnym aspektem ważnym do scharakteryzowania eutanazji jest obecność nieznośnego i nieodwracalnego cierpienia pacjenta. Jednak mimo że diagnoza choroby nieuleczalnej, stan terminalny lub przewidywana długość życia mogą stanowić prawną podstawę dopuszczalności eutanazji, to nie są częścią jej definicji. W wyniku rozbieżnych przesłanek definicyjnych eutanazji istnieje jej wąska i szeroka definicja. W oparciu o definicję wąską eutanazja to „działanie lekarza mające na celu spowodowanie śmierci nieznośnie cierpiącego kompetentnego pacjenta na jego (pacjenta) życzenie, które musi posiadać następujące cechy: intencja spowodowania śmierci, lekarz sprawcą czynu, cierpienia pacjenta nieznośne i nieusuwalne, czyn będący działaniem, pacjent kompetentny prawnie i/lub psychologicznie” (Alichniewicz, 2013, s. 285–286). Zgodnie z definicją szeroką eutanazja może być zarówno działaniem, jak i zaniechaniem, a sprawcą czynu jest lekarz, który ma na celu „spowodowanie śmierci nieznośnie cierpiącego pacjenta na jego życzenie, jeśli pacjent jest kompetentny, albo pacjenta niekompetentnego” (Alichniewicz, 2013, s. 286). Zatem w przypadku eutanazji definiowanej w sposób szeroki „wspomagane samobójstwo” może być nie tylko działaniem, ale także zaniechaniem, a pacjent poddany czynnościom eutanatycznym może być prawnie i/lub psychologicznie niekompetentny (Alichniewicz, 2013).

W prawodawstwie wielu krajów obecny jest podział na eutanazję czynną oraz bierną. Eutanazja bierna polega na zaprzestaniu działania wobec osoby chorej, w wyniku czego następuje śmierć pacjenta z przyczyn naturalnych. Może być dokonana poprzez odłączenie od aparatury podtrzymującej życie, ograniczenie czy zaprzestanie terapii lub podawania pacjentowi leków przeciwbólowych mogących przyspieszyć śmierć. W większości państw istnieje zasada, że pacjent powinien wyrazić zgodę na każdą interwencję medyczną. Kwestia ta komplikuje się, gdy pacjent z pewnych względów nie może podjąć decyzji, czy jego wolą jest pozostanie przy życiu, czy zakończenie leczenia, a w konsekwencji śmierć. W takiej sytuacji kontynuuje się leczenie do uzasadnionego medycznie momentu, czyli gdy możliwa jest poprawa zdrowia pacjenta. Eutanazja czynna jest natomiast świadomym działaniem mającym na celu spowodowanie lub przyspieszenie przez lekarza śmierci pacjenta. W wielu międzynarodowych ustawodawstwach eutanazja czynna jest zabroniona jako przestępstwo przeciwko życiu (Pacian, Pacian, Skórzyńska i Kaczoruk, 2014).

Prawo Międzynarodowe nie zawiera norm bezpośrednio regulujących kwestię eutanazji. Jej zakaz opiera się głównie na ogólnych uregulowaniach orzekających, że nikt nie może być świadomie i celowo pozbawiony życia, co zawarte jest m.in. w art. 3 Powszechnej Deklaracji

Praw Człowieka z 10 grudnia 1948 roku. W sposób pośredni do eutanazji odnosi się także art. 6 ust. 1 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych z 16 grudnia 1966 roku oraz art. 2 ust. 1 Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 4 listopada 1950 roku (tamże).

Obowiązek „poszanowania i ochrony godności nieuleczalnie chorego czy umierającego” zapisano w zaleceniu Rady Europy *Ochrona Praw Człowieka i Godności Osób Nieuleczalnie Chorych i Umierających* z 25 czerwca 1999 roku (tamże, s. 21). Od państw członkowskich wymaga się, aby „zapewnić nieuleczalnie chorym i umierającym konieczną prawną i społeczną ochronę przed ryzykiem bólu nie do zniesienia, uporczywej terapii, samotnej śmierci czy samobójstwa z altruistycznych przesłanek” (tamże, s. 21). W § 9 zalecenia Rady Europy podkreślono, że „pragnienie śmierci przez nieuleczalnie chorego czy umierającego nigdy nie może stanowić prawnego uzasadnienia jego śmierci z rąk osoby trzeciej” (tamże, s. 21). Zatem w większości krajów europejskich, m.in. we Francji, Wielkiej Brytanii, Szwecji czy Czechach, eutanazja czynna jest przestępstwem klasyfikowanym jako rodzaj zabójstwa. Niektóre kraje uznają ją za uprzywilejowany typ zabójstwa. Takie prawodawstwo funkcjonuje w Polsce, a także m.in. w Niemczech, Austrii, Danii, Włoszech, Grecji czy Szwajcarii. Jednak są państwa, w których ten typ eutanazji stosowany jest legalnie – m.in. w Holandii, Belgii, Luksemburgu, Albanii, Japonii czy w amerykańskich stanach Oregon i Teksas (Pacian, Pacian, Skórzyńska i Kaczoruk, 2014).

Zgodnie z polskim prawem eutanazja uznawana jest za przestępstwo przeciwko życiu, jednak za taki typ zabójstwa (zabójstwo uprzywilejowane) grozi mniej surowa odpowiedzialność karna niż za zabójstwo w innych okolicznościach. Regulacje prawne dotyczące eutanazji na gruncie polskim znajdują się w Kodeksie Karnym oraz Kodeksie Etyki Lekarskiej. Eutanazja określana jest tam jako czyn dokonany pod wpływem współczucia dla cierpiącej osoby i na jej stanowcze żądanie. Za świadome uśmiercenie człowieka grozi kara pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat (tamże).

Jeśli życie jest równoznaczne z jakąś formą aktywności, to śmierć – prawem kontrastu – jest czystą pasywnością, jest jak »noc, kiedy nikt nie będzie mógł działać« [...]. Ale ponieważ mamy świadomość śmierci i możemy ją przeżywać w świadomej antycypacji, jesteśmy w stanie przemienić czyste doznawanie w *actushumanus*. Przyjęcie śmierci jest ostatecznym (najwyższym) *actushumanus*, gdyż nie można go już rozumieć w kategoriach czysto witalnych potrzeb (Spaemann, 1999, s. 107).

Autorzy podają pięć możliwych czynów medycznych dokonywanych przez lekarzy na umierającym pacjencie (Aumonier, Beignier i Letellier, 2003; za: Pajkert, 2009):

1. Podawanie podwyższonych dawek leków przeciwbólowych, które mogą doprowadzić do szybszej śmierci.
2. Ograniczenie lub zaprzestanie czynnego leczenia, reanimacji.
3. Odłączenie urządzeń sztucznie podtrzymujących życie (np. respiratora).
4. Pomoc lub towarzyszenie przy samobójstwie.
5. Wprowadzenie do organizmu śmiertelnie działającej substancji.

Wymienione działania podlegają podziałowi na eutanazję bierną (nazywaną ortotanazją) i czynną (określaną jako zabójstwo z litości). Do pierwszego typu odnoszą się punkty 1–3, natomiast do drugiego dwa ostatnie. Niektórzy za eutanazję uznają jedynie czynności opisane w punkcie 4–5, jednak według Aumoniera, Beigniera i Letelliera (za: Pajkert, 2009) czyn ten może charakteryzować się takimi cechami, jak: dobrowolność (na prośbę pacjenta), mimowolność (bez prośby pacjenta), jak również niedobrowolność (wbrew prośbie pacjenta).

Z punktu widzenia etyki przyzwolenie na eutanazję jest kwestią niezwykle trudną. Osoby traktujące życie jako dar od Boga oraz najwyższą wartość nie dostrzegają możliwości zgody na ten czyn. Z kolei aprobata eutanazji wynika z przekonania, że argumentem nadrzędnym jest uszanowanie woli chorego, prawo do zachowania jego godności czy uwolnienie go od cierpienia.

Skutkiem możliwości tak długotrwałego przedłużania ludzkiego życia jest popularne hasło o prawie do godnej śmierci. Eutanazja – bo o niej mowa – jest niezwykle kontrowersyjnym tematem pod względem etycznym, również poszczególne państwa dość mocno różnią się pod tym względem. W niektórych krajach eutanazja jest legalna, a w innych całkowicie zakazana. Gdziekolwiek eutanazja czynna jest zabroniona, natomiast istnieje (przynajmniej do pewnego stopnia) przyzwolenie na eutanazję bierną lub pośrednią. W Polsce na przykład eutanazja – zarówno bierna, jak i czynna – pod względem prawnym traktowana jest jako przestępstwo. Osoba, która dokona eutanazji, jest narażona na karę więzienia od 3 miesięcy aż do 5 lat. Jest to jednak uprzywilejowany typ zabójstwa, traktowany jako wynikający ze współczucia, dlatego niejednokrotnie zdarza się, że w przypadku sprawy sądowej oskarżony jest zwolniony z kary bądź jego kara jest złagodzona (Pacian, Pacian, Skórzyńska i Kaczoruk, 2014).

Filipczak-Bryniarska i Wordliczek (2008) dość mocno kwestionują określenie *dobra śmierć* wobec eutanazji. Wysuwają nawet twierdzenie, że ciężko chory, który jest otoczony troską ze strony prawidłowo funkcjonującej rodziny, nie poprosi o eutanazję. Według nich prośba o tzw. godną śmierć jest wołaniem o pomoc osoby osamotnionej w swoim cierpieniu.

Sobczak, Janaszczyk i Leoniuk (2012) wyróżniają trzy postawy wobec prawa do śmierci. Postawa eutanatyczna powstała na gruncie utilitaryzmu i bazuje na użyteczności jednostki dla społeczeństwa, a także agapizmu, według którego miłość określa wartość czynu. Postawa dystanatyczna z kolei nawiązuje do deontologii oraz etyki chrześcijańskiej. Tutaj podkreślana jest przede wszystkim godność i świętość życia ludzkiego. Postawa ortotanatyczna łączy w sobie przekonanie o świętości życia z kwestią wyboru jednostki, czy podejmować dalej leczenie, czy go zaniechać.

Eutanazja opisuje każdy środek mający na celu ułatwienie umierania osobie. Istnieją różne rodzaje eutanazji, które są zdefiniowane w następujący sposób:

- Czynna eutanazja zdefiniowana jest jako „celowa, aktywna interwencja medyczna mająca na celu zakończenie życia”. Celem działania jest doprowadzenie do śmierci. Cechą charakterystyczną eutanazji czynnej (zwanej też „piękną” śmiercią) jest to, że pacjent umiera przedwcześnie z powodu działania innego, a nie z powodu skutków swojej choroby.
- Eutanazja pośrednia opisuje terapeutyczne środki farmaceutyczne pod koniec życia, które służą głównie łagodzeniu bólu. Skutki uboczne skracają życie.
- Eutanazja bierna oznacza rezygnację ze środków przedłużających życie lub ich zupełne odstawienie albo dlatego, że nie są już wskazane medycznie (w bezpośredniej fazie śmierci), albo dlatego, że pacjent odmawia takich środków. W przeciwieństwie do czynnej eutanazji nie ustala się tutaj żadnego nowego przebiegu przyczynowego (poprzez podanie środka zabijającego), ale raczej pozwala się na naturalny proces umierania (Pietrzykowski, 2007).

7. Komunikacja na temat śmierci

Komunikację można zdefiniować jako proces porozumiewania się jednostek, grup czy instytucji. Ma na celu wymianę myśli, dzielenie się wiedzą, informacjami, ideami. Przebieg komunikacji jest zjawiskiem złożonym, które odbywa się na różnych poziomach, przy użyciu zróżnicowanych środków, w konsekwencji wywołując określone skutki (Dobek-Ostrowska, 1999, s. 13). Komunikacja, podobnie jak każde inne działanie – podlega ocenie etycznej.

Nowa encyklopedia powszechna PWN (za: Gawrych, 2007, s. 234) etykę w ujęciu normatywnym charakteryzuje jako naukę zajmującą się „ustalaniem, co jest moralnie dobre, a co złe oraz – na podstawie przyjętych ocen i związanych z nimi powinności – wytyczaniem dyrektyw,

tj. norm moralnie pozytywnego postępowania i wskazywaniem sposobów takiego przekształcania obiegowej moralności, by dostosować ją do przyjętego ideału moralnego”. Obszar badań etyki normatywnej dotyka głównie aksjologii, czyli natury wartości, oraz deontologii, tj. nauki o powinnościach. Z kolei etyka w komunikacji, ogólnie ujmując, określa normy postępowania w procesie porozumiewania się. Do zasad kodeksu etycznego komunikowania należy:

- *zasada prawdy* – dokładanie wszelkich starań, by przekazywane informacje były zgodne z prawdą, sumiennie i bez zniekształceń relacjonowały fakty w ich właściwym kontekście, a w razie rozpowszechniania błędnej informacji dbałość o to, by niezwłocznie dokonano ich sprostowania;
- *zasada obiektywizmu* – przedstawienie rzeczywistości niezależnie od swoich poglądów, rzetelne relacjonowanie różnych punktów widzenia;
- *zasada oddzielania informacji od komentarza* – wypowiedź ma umożliwić odbiorcy odróżnienie faktów od opinii i poglądów;
- *zasada uczciwości* – działanie zgodnie z własnym sumieniem, nieuleganie wpływom, nieprzekupność, odmowa działania niezgodnego z przekonaniami;
- *zasada szacunku i tolerancji* – poszanowanie ludzkiej godności, praw, dóbr, osobistych, a szczególnie prywatności i dobrego imienia;
- *zasada dobrego odbiorcy* – podstawowe prawa odbiorcy powinny być zachowane i uszanowane (Żywczok, 2016).

Przedstawione powyżej zasady klarują w sposób zrozumiały istotę komunikacji. Wymienione zasoby mogą przyczynić się do poprawnego rozumienia wielu kwestii. Aktywność osób uczestniczących w komunikacji wymaga użycia odpowiednich środków, metod i zasad. Z reguły są one etycznie dobre, jednak wykształciły się również metody niestosowne, etycznie złe. Wśród nich można wyróżnić: kłamstwo, hipokryzję, perswazję, manipulację, agresję werbalną, dogmatyczność i apodyktyczność oraz generalizację.

W obecnych czasach coraz większą uwagę należy skupiać na aspekcie komunikacji cyfrowej. Rada Etyki Public Relations w swoim apelu ws. etycznego zachowania w komunikacji cyfrowej skierowanym do środowisk zajmujących się profesjonalną komunikacją (ze szczególnym uwzględnieniem branży public relations, komunikacji marketingowej oraz wydawców) nawołuje do zwracania „większej uwagi na znaczenie i przestrzeganie standardów etycznych w procesie komunikacji i wymiany informacji w sieci” (Rada Etyki PR, 2019). Na podstawie obserwacji treści publikowanych w przestrzeni medialnej rada wzywa do „przestrzegania standardów komunikacji zgodnych z zasadami Deklaracji Helsińskiej przyjętej w 2017 roku przez

Międzynarodowe Stowarzyszenie Konsultantów ds. Komunikacji (ICCO) dotyczącymi wiarygodności informacji, poufności oraz transparentności” (tamże).

Uwzględniając wzrost wpływu i znaczenia public relations, powstają takie dokumenty, zobowiązania czy deklaracje, jak Deklaracja Helsińska ICCO, która zobowiązuje jej członków do stosowania się do 10 głównych zasad:

- pracować etycznie, z uwzględnieniem interesu publicznego;
- w praktyce public relations i szeroko rozumianej komunikacji stosować najwyższe standardy profesjonalne;
- okazywać poszanowanie prawdzie i zwracać szczególną uwagę na przejrzystość działań i uczciwość relacji ze współpracownikami, mediami oraz wobec społeczeństwa/opinii publicznej;
- pracować ze zwracaniem szczególnej uwagi na dochowanie poufności informacji, aby chronić prawo do prywatności klientów, organizacji oraz instytucji;
- będąc reprezentantem branży i środowiska public relations, pracować ze świadomością współodpowiedzialności za reputację profesji;
- dbać o transparentność podejmowanych działań, w szczególności co do reprezentowanych interesów i sponsorów idei. Nigdy nie stosować nieuczciwych praktyk takich jak *astroturfing*;
- pracować ze świadomością potęgi mediów społecznościowych i korzystać z nich z odpowiedzialnością za publikowane treści;
- unikać/nie brać udziału w tworzeniu i w rozpowszechnianiu nieprawdziwych informacji, tzw. *fake news*;
- pracować zgodnie z Kodeksem Postępowania Stowarzyszenia, pamiętając o odpowiednich regułach obowiązujących w innych państwach i organizacjach. Zawsze okazywać szacunek cechujący profesjonalistę;
- wykonując obowiązki zawodowe, wystrzegać się jakiegokolwiek formy dyskryminacji, w szczególności ze względu na płeć, rasę, wyznanie czy niepełnosprawność (tamże).

8. Medyczne eksperymenty prowadzone na pacjentach

Konieczność dokładnego określenia momentu śmierci jest istotna. Konsekwencje braku informacji są ważne z perspektywy medycznej, etycznej, od strony prawa cywilnego czy przepisów administracyjnych. Uznanie osoby za zmarłą skutkuje zmianą w określeniach. Mówi się

wtedy o zmarłym, a nie osobie fizycznej. Ciało człowieka staje się natomiast zwłokami. Bliscy zaczynają być spadkobiercami i zmianie ulega ich stan cywilny (Tworkowska, 2013, s. 13).

Podejście medyczne wobec kresu życia należy uszczegółowić, ponieważ ta perspektywa wymaga kompetencji do określenia zaprzestania funkcji witalnych organizmu i to lekarz jest osobą, która ostatecznie stwierdza śmierć osoby. Próbuąc określić, na jakiej podstawie osoba uznawana jest za zmarłą, zwraca się uwagę na czynniki krążeniowo-oddechowe, mianowicie – brak oddechu lub ustanie pracy serca (Kania, 2007).

Definiowanie śmierci ewoluowało jednak na przestrzeni lat, przez co można wyróżnić trzy czynniki kwalifikujące wymienione w Komunikacie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 października 1996 r. o wytycznych w sprawie kryteriów stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej):

1. Nieodwracalne ustanie krążenia krwi oznacza śmierć człowieka jako całości. Niekoniecznie oznacza ona natychmiastową śmierć wszystkich komórek ciała (definicja klasyczna).
2. Nieodwracalne ustanie funkcji mózgu oznacza śmierć człowieka jako całości. Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć innych układów (definicja tzw. nowa).
3. Nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu oznacza śmierć pnia mózgu jako całości. Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć wszystkich komórek mózgu (definicja tzw. nowa zmodyfikowana) (za: Wolski, 2010, s. 224).

Procedura rozpoznawania śmierci pnia mózgu polega na sprawdzeniu, czy nie występują określone odruchy nerwowe i czy brak jest spontanicznej czynności oddechowej. Nieodwracalne zmiany funkcji mózgu stwierdza się w dwóch etapach. Pierwszy z nich to wysunięcie podejrzenia śmierci mózgu, natomiast drugi polega na wykonaniu badań potwierdzających śmierć mózgu (Nestorowicz i in., 2007).

Tabela 2

Charakterystyka śmierci w ujęciu medycznym¹⁵

Śmierć w ujęciu medycznym charakteryzuje się pewnymi etapami	
<i>Vita reducata</i>	osłabienie podstawowych czynności układów w aspekcie fizjologicznym
<i>Vita minima</i>	rozregulowanie czynności życiowych oraz zanikanie przejawów życia

¹⁵ Analiza własna na podstawie Wolski, 2010, s. 222.

<i>Animatio suspensa</i>	minimalne życie, na pozór będące śmiercią
<i>Mors clinica</i>	zaprzeszanie funkcjonowania układów w organizmie
<i>Vita intermedia</i>	życie pośrednie, istnieje możliwość wywołania reakcji interletalnych tkanek
<i>Mors biologica cerebri</i>	śmierć mózgowa
<i>Mors biologica</i>	biologiczna śmierć organizmu, zamierają wszystkie czynności komórek i tkanek

Doświadczenie śmierci można opisać na trzy sposoby: w pierwszej osobie, drugiej i trzeciej. W odniesieniu do osoby trzeciej (jej/jego) śmierć opisujemy jako fakt, obiektywny, rozumiany jako zdarzenie. Takie podejście określa tę sytuację jako aspekt zewnętrzny, pomijając istotę zjawiska. Nie ujmuje ono znaczenia śmierci dla osoby, która tego doświadczyła (Ziemiński, 2007, s. 114–115).

Poniżej przytoczona zostanie część rozmowy zarejestrowanej podczas badań własnych przeprowadzonych przez autorkę niniejszej dysertacji 12 lipca 2021. Wywiad został zrealizowany z uwzględnieniem takiej samej procedury badawczej w każdym badaniu. Rozmówcą jest prawnik.

Kwestie śmierci są zagadnieniami bardzo zawiłym i trudnymi, także w aspektach prawnych ważne jest, aby przed śmiercią sporządzić między innymi testament, ażeby zaoszczędzić kłopotów rodzinie w kwestii pozostawionego majątku. Także ważne jest, aby wszelkie dokumenty trzymać w jednym miejscu i informować najbliższą rodzinę, gdzie znajdują się dane przedmioty – na przykład ukryte pieniądze, kosztowności itd. Dobrze wiedzieć, czy mamy jakieś wierzytelności, roszczenia czy inne prawne kwestie, aby w sytuacji śmierci nic nie zaskoczyło najbliższych i aby byli przygotowani na pozamykanie naszych spraw. Te kwestie dotyczą przede wszystkim finansów.

Natomiast z perspektywy osoby bliskiej musimy zdawać sobie sprawę, że okres przed śmiercią bywa bardzo trudny. Powinniśmy wspierać osobę, która znajduje się w takiej sytuacji i warto pomyśleć o tym, iż wspomaganie takiej osoby lub też opieka nad nią pochłania bardzo dużą ilość pieniędzy. W związku z powyższym warto zawsze pomyśleć o ubezpieczeniu, które pomogłoby pokryć takie koszty. Warto też znać swoje prawa w szpitalu i kontrolować działania personelu w sposób profesjonalny, jeśli znamy osobę, która aktualnie leczy się w szpitalu, należałoby się tym zainteresować. Śmierć łączy się z wieloma aspektami prawnymi, jednak nie sposób wszystkich wymienić. Są poszczególne sytuacje, które są tak indywidualne, że nie da się ująć ich w sposób

generalny. Natomiast wszystkie zdarzenia sprzed i po śmierci wywołują jakieś skutki prawne i są regulowane zazwyczaj określonymi przepisami. Dlatego warto się orientować i być na bieżąco z przepisami, ażeby zawsze być pewnym, że zrobiło się wszystko dla osoby umierającej. Ważne są także kwestie udzielania pierwszej pomocy, co wynika z przepisów prawnych, ponieważ nakładają na nas obowiązek ratowania ludzkiego życia w sytuacji zagrożenia. Jednak, co ważne, wiele osób nie ma podstawowej wiedzy na ten temat, tzn. jak zachować się w sytuacji kryzysowej, gdy nadarzy się wypadek lub osoba na przykład zasłabnie i wystąpi zagrożenie życia. W związku z tym nie tylko aspekty etyczne, ale także obowiązki prawne są ważne. Najważniejsze jest to, aby mieć ich świadomość i aby zawsze być psychicznie przygotowanym na takie sytuacje.

ROZDZIAŁ IV

PROCES UMIERANIA JAKO OSTATNIA FAZA ŻYCIA

1. Wprowadzenie

Ból niewątpliwie stanowi część życia. Można traktować go jako wyznacznik egzystencji. Prawdopodobnie nie ma osoby – lub jest ich niewiele w skali globalnej – która nie doświadczyłaby bólu. Odczuwanie go może mieć różnego rodzaju pochodzenie. Jednakże jest to wieloaspektowy problem, który może oddziaływać na samopoczucie psychiczne, nastrój, emocje czy subiektywne odczuwanie życia. Warto dodać, że nieustanne odczuwanie bólu może wpływać na funkcjonowanie człowieka. Ból doświadczany jest już od najmłodszych lat, towarzyszy na każdym etapie życia. Odczuwanie go może powodować szereg konsekwencji – frustrację, negatywne emocje, agresję. Niekiedy poradzenie sobie z bólem jest niemożliwe, a brak sposobu na mierzenie się z nim może być dla człowieka elementem wypalającym i powodującym kryzys. Nawet lekarze są często bezsilni wobec odczuć bólowych, szczególnie w przypadku bólu nieznanego pochodzenia pomoc cierpiącym może być bardzo skomplikowana.

Ból jest niekomfortowym doświadczeniem związanym ze sferą emocjonalną i zmysłową. Uczucie bólu znajduje się na poziomie zmysłów połączonych z emocjonalnym postrzeganiem danej sytuacji. Z tego względu określany jest jako subiektywne uczucie, odczuwane w zależności od interpretacji, której dokonuje się samodzielnie na podstawie wcześniejszych doświadczeń, zachodzącego zjawiska oraz uwarunkowań psychosomatycznych. Pojęcie bólu jest szerokie i obejmuje różne podłoża. Może dotyczyć faktycznych lub potencjalnych uszkodzeń. Z jednej strony ma związek z subiektywnym odbiorem, z drugiej powoduje realne uczucie dyskomfortu.

Ból charakteryzuje się dwoma składnikami – elementem sensorycznym i emocjonalnym. Ten pierwszy oznacza świadomość, jaką człowiek ma podczas odczuwania bólu. Z kolei aspekt emocjonalny skupia się na nieprzyjemnym, wewnętrznym odczuciu, które wpływa na nasze samopoczucie oraz dyskomfort psychiczny¹⁶. Bólu z reguły nie widać, chociaż można wyróżnić i zaobserwować pewne sygnały, które informują o tym, że w danej chwili człowiek cierpi. Inni mogą obserwować mimowolne zachowania oraz znaki na ciele, które wskazują na odczuwanie dolegliwości. Każdy ból jest ważny, nawet ten, którego pochodzenia człowiek nie zna i nie jest

¹⁶ Z tego względu, że odczuwanie bólu jest indywidualne, nie ma możliwości wykrycia go, ponieważ jest subiektywnym odczuciem. Jednostka jest zdolna do samookreślenia, czy w danej chwili doświadcza bólu, jednak nikt obok nie jest w stanie tego stwierdzić.

związany z uszkodzeniami ciała, które da się dostrzec bez przeprowadzania specjalistycznych badań.

2. Pojęcie bólu

Najczęściej używaną definicją bólu jest ta autorstwa Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu. „Ból to subiektywnie przykre i negatywne wrażenie zmysłowe i emocjonalne, powstające pod wpływem bodźców tzw. nocycyptywnych, uszkadzających tkankę lub zagrażających jej uszkodzeniem” (Strong, Unruh, 2008, s. 8).

Ból to zazwyczaj nieprzyjemne wrażenie, które jest wywoływane przez szkodliwy bodziec¹⁷. To aspekt, który zwraca uwagę jednostki na m.in. niebezpieczeństwo. Ludzie, którzy mają wrodzoną niewrażliwość na ból, często doznają urazów.¹⁸ Warto zaznaczyć, że czucie bólu zależy od kilku rodzajów aksonów, kilku neuroprzekaźników oraz obszarów mózgu. Odpowiedzi na pytania, dlaczego jedni ludzie znoszą ból lepiej niż inni – można szukać także w neurobiologii (Kalat, Kaiser, 2006).

Analizując pojęcie bólu, należy zwrócić uwagę na cechy kliniczne bólu. Zalicza się do nich: lokalizację, czas trwania, jakość oraz natężenie. Lokalizacja pozwala na określenie potencjalnego podłoża bólu. Określenie jakości pozwala na szerszą analizę przyczyny – opasujący, rwący, palący, piekący, dławiący, pulsujący, ściskający itd. Czas trwania wskazuje na charakter przewlekły lub ostry. Natężenie jest z kolei bardzo indywidualną kwestią, ponieważ każdy człowiek może mieć inny próg bólu. Ocena skali bólu może być zatem różna u każdej osoby, nawet w obliczu bólu tego samego pochodzenia.

Ból jest zatem stanem psychologicznym, jednak nierozzerwalnie wiąże się z fizycznym aspektem¹⁹. Informuje o zagrożeniu i pełni funkcję ostrzegająco-ochronną. Alarmuje o złym stanie organizmu oraz o tym, że coś złego dzieje się w naszym ciele. Ból skłania do działania i motywuje²⁰.

¹⁷ Więcej informacji na temat bólu można znaleźć na poniższych stronach internetowych: www.painnet.com, www.ampainsoc.org (strony w języku angielskim).

¹⁸ Przykładami urazów może być odgryzienie koniuszka języka, oparzenie się czy zbyt długie wystawianie na działanie czynników zewnętrznych – gorąca czy zimna, co powoduje często bardzo poważne konsekwencje.

¹⁹ Definicja bólu informuje człowieka o jego potencjalnym bądź faktycznym istnieniu. Istnieje możliwość nieodczuwania bólu, pomimo wyraźnych uszkodzeń tkanek – taki ból może mieć związek z uszkodzeniami centralnego układu nerwowego.

²⁰ Jest to rodzaj pozytywnego bólu, dzięki któremu można podjąć się odpowiednich działań. Bez niego człowiek nie byłby w stanie zareagować w sytuacjach zagrożenia życia.

Istotnym elementem w aspekcie bólu są neuroprzekazniki bólu. Od dawna znane jest działanie różnych środków chemicznych, jak morfina czy opiaty. Aksony odpowiedzialne są za ból i wydzielają co najmniej dwa rodzaje neuroprzekazników. Odczuwanie umiarkowanego bólu powoduje uwalnianie glutaminianu, a przy silniejszym bólu oprócz glutaminianu substancji P – neuroprzekaznika związanego z silnym bólem. Estrada i DeFelipe (1998) wskazali, że myszy, które są pozbawione wspomnianych receptorów substancji P, reagują na ból o umiarkowanym stopniu w podobny sposób jak inne myszy. Co ciekawe, na silny uraz reagują tak samo jak w pierwszym przypadku, co oznacza, że bez substancji P utrudnione jest odczuwanie zwiększonej intensywności bólu. Mechanizmy opioidowe²¹ pomagają zablokować przedłużający się ból. Candace Pert i Solomon Snyder (1973) odkryli, że działanie opiatów polega na wiązaniu się ze specyficznymi receptorami w mózgu. Odkrycie mechanizmów opiatów było istotnym wydarzeniem, gdyż pozwoliło na wskazanie pierwszego dowodu na to, że substancje oddziałują głównie na mózg²², a nie obwodowy układ nerwowy (Murtra, Sheasby, Hunt, De Felipe, 2000). Co istotne, znajdujące się w mózgu związki chemiczne nazywane endorfinami²³ łączą się z tymi samymi receptorami co morfina.

2.1. Koncepcja bólu.

Choć ból, cierpienie i śmierć to sprawy nieuniknione i każdy się z nimi zetknie, w dzisiejszym społeczeństwie są to tematy wręcz tabuizowane, gdyż media – które w dużej mierze kierują naszym życiem – narzucają nieosiągalny wzór młodości, piękna i zdrowia (Wicka, 2012). Filipczak-Bryniarska i Wordliczek (2008) uważają to wręcz za przejawy społecznej tanatofobii. Dawniej ludzie umierali często we własnych domach, w otoczeniu najbliższych. Teraz natomiast śmierć przeniosła się za szpitalne i hospicyjne mury (Niedojad, Rybka, Rezmerska i Ślusarz, 2016).

Jednak przed omówieniem bólu czy cierpienia w kontekście umierania należy w pierwszej kolejności odpowiedzieć na pytanie – czym jest ból? I czym różni się od cierpienia? Ból jest jednym z pięciu objawów życiowych (obok ciepłoty ciała, częstości oddechów, ciśnienia tętniczego oraz tętna), a także najczęściej występującym objawem medycznym (Wicka, 2012). Ból

²¹ Mechanizmy opioidowe do układu, które są wrażliwe na opiaty i pokrewne substancje.

²² Z tego odkrycia wynikał również wniosek, że mózg musi mieć swoje własne substancje opiatopodobne. Dwie z nich to neuroprzekazniki peptydowe: met-enkefalina i leu-enkefalina. Wskazane enkefaliny to łańcuchy aminokwasów różniące się tylko tym, że met-enkefalina kończy się aminokwasem metioniną, a leu-enkefalina – leucyną. Mimo iż enkefaliny pod względem chemicznym nie są podobne do morfiny, oddziałują na te same receptory, tak jak kilka innych substancji obecnych w mózgu, m.in. β -endorfina.

²³ Inna nazwa – morfiny endogenne mózgu.

to nieprzyjemne doświadczenie, zarówno pod względem czuciowym, jak i emocjonalnym. Bywa związany nie tylko z rzeczywistym uszkodzeniem, przypuszczalnie dotyczy również potencjalnego zagrożenia i psychicznej interpretacji sytuacji. Ze względu na charakter uszkodzenia ból może być receptorowy, neuropatyczny bądź psychogeny. Natomiast ze względu na kryteria czasowe wyróżniamy ból ostry oraz przewlekły (Dobrogowski, Zajączkowska, Dutka i Wordliczek, 2011). Ból jest zjawiskiem nie tylko różnorodnym, ale również bardzo subiektywnym (de Walden-Gałuszko, 2007).

A czym jest cierpienie? I czym różni się od bólu? Cierpienie to reakcja emocjonalna na ból (uczucie przykrości) (Wicka, 2012). Natomiast Filipczak-Bryniarska i Wordliczek (2008) używają określenia ból totalny. Oznacza to, że ból dotyka nie tylko fizycznego wymiaru, lecz również psychicznego, społecznego oraz duchowego.

De Walden-Gałuszko (2007) wyróżnia cztery etapy bólu. Pierwszy dotyczy doświadczenia zmysłowego. Drugi to prosta reakcja emocjonalna w postaci uczucia przykrości, w czym mniejszy udział mają również funkcje poznawcze. Trzeci etap to cierpienie, czyli bardziej rozbudowane reakcje emocjonalne na zaistniałą sytuację (np. depresja, lęk itd.). Etap ten jest w dużej mierze uzależniony od cech osobowości czy też doświadczeń danej osoby. Czwarty etap to inaczej zachowanie bólowe, czyli behawioralna ekspresja bólu.

Jak ocenić poziom bólu pacjenta? Jakie narzędzia umożliwiają zbadanie i określenie tak subiektywnego doświadczenia? W przypadku bólu o bardziej prostym charakterze można zastosować wizualną skalę VAS bądź jej numeryczny odpowiednik, czyli NRS. W przypadku bólu o bardziej złożonym charakterze proponowanym narzędziem jest – przykładowo – kwestionariusz Melzacka-McGilla, który pozwala określić zarówno somatyczny, jak i emocjonalny aspekt bólu (de Walden-Gałuszko, 2007). Istnieją również narzędzia, które badają jakość umierania, np. Quality of Dying and Deathquestionnaire (QODD) (Hales, Zimmermann i Rodin, 2012). Kwestionariusz ten umożliwia ilościowy oraz jakościowy pomiar bólu poprzez wybór odpowiednich określeń z listy przymiotnikowej (Kałwak, 2011). Proces umierania zazwyczaj związany jest z objawami bólowymi (Hales, Zimmermann i Rodin, 2012).

Dynamiczny rozwój medycyny w ostatnich dziesięcioleciach sprawił, że proces umierania znacznie się przedłużył i nawet kryteria śmierci nie są już tak jednoznaczne. Krążeniowo-oddechowe kryterium (ustanie akcji serca, którą teraz można przywrócić za pomocą współczesnych metod reanimacji) zostało zdezaktualizowane (Domżał, 2008).

Obecnie śmierć utożsamiana jest z trwałym oraz nieodwracalnym zatrzymaniem funkcji mózgu. Wykorzystywana we współczesnej medycynie technologia z jednej strony potrafi znacznie wydłużyć życie, czasem jednak paradoksalnie tworzy znaczne komplikacje (Pacian, Pacian,

Skórzyńska i Kaczoruk, 2014). Często wręcz próby podtrzymania życia za wszelką cenę powodują tylko przedłużenie cierpienia pacjenta (Filipczak-Bryniarska i Wordliczek, 2008).

W przypadku leczenia przewlekłego bólu bardzo często stosuje się opioidy prowadzące do fizycznego uzależnienia, które w przypadku odstawienia powodują wręcz nasilenie się objawów somatycznych. Przy zażywaniu opioidów u pacjentów występują również różne zaburzenia świadomości (de Walden-Gałuszko, 2007). W opozycji do długotrwałego przedłużania życia ludzkiego stoi prawo do godnej śmierci, czyli eutanazja.

Każdy ból powinien być traktowany w ten sam sposób, nawet jeżeli nie doszło do żadnych cielesnych uszkodzeń na poziomie tkanek lub narządów. Czasami nie da się w prosty sposób wytłumaczyć procesów zachodzących w ludzkim mózgu. Bólu można doświadczyć w związku z: podrażnieniami receptorów bólowych – nocyreceptorów oraz obniżeniem progu ich pobudliwości – ból receptorowy. W wyniku uszkodzeń struktur układu nerwowego pojawia się z kolei ból niereceptorowy, neuropatyczny. Odczuwanie bólu pomimo braku uszkodzeń tkanek niesie ze sobą ból niereceptorowy psychogeny. Warto zatem wskazać, jakie rodzaje bólu można wyróżnić:

- Ból nocycyptywny – związany z normalną, prawidłową pracą somatosensorycznego układu nerwowego. Nocyreceptory pobudzają się na skutek oddziaływania bodźców mechanicznych, termicznych i chemicznych. Pojawiający się sygnał elektryczny trafia do ośrodkowego układu nerwowego. Ten rodzaj bólu związany jest z fizycznymi objawami – urazami, oparzeniami, stanami zapalnymi itp.
- Ból neuropatyczny – ma związek z chorobą lub uszkodzeniem somatosensorycznego układu nerwowego. Układ ten wiąże się również ze zmysłami dotyku, propriocepcją i wrażeniem odczuwania temperatury. Wynika z zachodzącego w nerwie stanu zapalnego, uszkodzenia rdzenia kręgowego, udaru mózgu, zakażenia wirusowego, stwardnienia rozsianego, neuropatii cukrzycowej, choroby nowotworowej lub amputacji kończyn.
- Ból nycoplastyczny – powstaje w związku z zaburzoną nycoccepcją. Nie odpowiada żadnemu z powyższych rodzajów. Nie wiąże się z uszkodzeniami oraz chorobami. Dolegliwości bólowe nie są związane z nycoccepcją lub neuropatią. Jest to nowo opisany rodzaj bólu, o którym wciąż niewiele wiadomo.

Analizując pojęcie bólu, należy wspomnieć o jego charakterze – przewlekłym lub ostrym (Dobrogowski, Wordliczek, 2004). Różnica pomiędzy tymi rodzajami leży głównie w długości występowania bólu. Ból przewlekły doświadczany jest powyżej trzech miesięcy oraz może stanowić samodzielną chorobę. Odpowiada za zmiany w zachowaniu, upośledzenie życia i funkcji

poznawczych oraz zmniejszenie przepływu mózgowego. Nie każdy ból przewlekły można wytłumaczyć. W takiej sytuacji stwierdza się ból pochodzenia nerwowego, który powinien być leczony poprzez usunięcie go (Davis, Moayed, 2013). Ten rodzaj bólu jest najtrudniejszy do postępowania z nim, ponieważ nie ma wielu metod leczenia bólu, który nie ma faktycznego odzwierciedlenia w rzeczywistości. Niektórzy wyróżniają także ból podostry, który nie pasuje do dwóch powyższych rodzajów. Jest czymś pomiędzy, co nie może zostać określone jako ból ostry i przewlekły²⁴.

Ból prowadzi do określonych reakcji organizmu – psychicznej, ruchowej, wegetatywnej, hormonalnej i immunologicznej. W zależności od indywidualnych predyspozycji każda osoba reaguje inaczej w obliczu dolegliwości bólowych. Istotne są różnice indywidualne i wyposażenie w określone predyspozycje osobowościowe (Basiński, 2019). To one warunkują każdą reakcję.

Poniżej zostaną wskazane czynniki związane z bólem:

- Psychologiczny czynnik zwraca uwagę na strach, który odczuwamy, gdy pojawia się ból. Lęk jest charakterystyczny dla bólu ostrego, z kolei depresja dla przewlekłego. Reakcje są różnorodne. Niekiedy pacjenci ograniczają swoją aktywność ruchową, inni natomiast będą silnie pobudzeni w tej kwestii.
- Ruchowy czynnik to reakcje mięśni w postaci silnego napięcia związane z doświadczaniem bólu. Najsilniejsza reakcja dotyczy mięśni przykręgowych, co wskazuje na widoczne odczuwanie bólu. Czynnik ruchowy dzieli się na trzy typy. Pierwszy to obrona lub ucieczka. Najbardziej widoczny dla bólu ostrego, kiedy przykładowo cofamy rękę, dotykając gorącego przedmiotu. Kolejny typ to odruch bezwarunkowy, czyli kurczenie się mięśni w miejscu bólu. Charakterystyczny jest dla bólu przewlekłego i ostrego. Ostatni typ to reakcja ruchowa w korelacji z reakcją psychiczną, na przykład twarz Hipokratesa (zaostrzone rysy twarzy, zapadnięte policzki i oczy, wydłużony nos, ziemista cera, suche śluzówki).
- Wegetatywny czynnik opiera się na doświadczaniu objawów w związku z pracą różnych układów (tachykardia, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, biegunka, wzmożona potliwość, rozszerzenie źrenic, zwiększenie diurezy) – takie reakcje są zauważalne przy bólu ostrym.
- Hormonalny czynnik wskazuje na stymulację osi podwzgórze-przysadka-nadnercza. W konsekwencji zwiększona zostaje produkcja hormonów (Domżał, 2008; Basiński, 2019).

²⁴ Ból informuje o zwiastującym uszkodzeniu tkanek lub narządów. Na nasze subiektywne odczucie bólu wpływa również stan zdrowia pacjenta, a nawet pora dnia. Dlatego też powinien być rozpatrywany w szerokim spektrum. Wszystkie czynniki mają znaczenie w kwestii bólu. Żadnego z nich nie można lekceważyć.

2.2. Doświadczanie bólu.

Ból stanowi wrażenie, ale to, jak bardzo *boli*, zależy od reakcji emocjonalnej, która może mieć inną intensywność niż reakcja fizyczna. Niektórzy ludzie cierpią o wiele bardziej niż inni z powodu podobnych – jakby się wydawało – obrażeń. Sportowcy i żołnierze czasami nie zwracają uwagi na poważne urazy, dopóki trwa mecz lub bitwa, choć innym razem mogą silnie reagować na lżejsze urazy (Jaworek, 2012).

Pojęcie bólu jest szerokie i zawiera wiele interesujących kwestii. Badania nad bólem są ciągle przeprowadzane, ponieważ wiele faktów niedostatecznie wyjaśniono. Ból jest subiektywny i uniwersalny. Można go doświadczyć w każdej części ciała: ból zęba, głowy, nogi, żołądka lub serca. Każdy narząd, w którym dochodzi do jakichś zmian, może wywoływać dolegliwości bólowe. Walka z bólem wymaga posiadania odpowiedniej wiedzy oraz specjalistycznych informacji na temat mechanizmów powstawania bólu (Wordliczek, Dobrogowski, 2007).

Ciekawym zagadnieniem jest także placebo. To lek lub zabieg nieposiadający działania farmakologicznego. Podaje się je często w grupie kontrolnej w celu porównania z grupą eksperymentalną, w której stosuje się potencjalnie aktywną substancję. W przypadku większości schorzeń placebo wywołuje niewielki efekt leczniczy, ale za to skutecznie łagodzi ból, a przynajmniej subiektywne cierpienie (Hróbjartsson, Gøtzsche, 2010). W badaniu Pollo i współpracowników (2001) podawano środki analgetyczne (przeciwbólowe) pacjentom, którzy przeszli operację chirurgiczną. Połowa otrzymywała lek w postaci zastrzyków wykonywanych przez lekarza, a druga połowa dostawała ten sam lek o tych samych porach przez pompę infuzyjną, więc pacjenci z drugiej grupy nie wiedzieli, kiedy podawany jest im lek. Okazało się, że zastrzyki robione przez lekarza o wiele skuteczniej zmniejszały ból (Pollo i in., 2001). Wyjaśnienie tej zmienności oddziaływania wymaga odróżnienia emocjonalnych aspektów bólu od aspektów sensorycznych (czuciowych). Aspekt emocjonalny jest bardziej zróżnicowany. Ból pobudza zarówno drogę czuciową do kory somatosensorycznej, jak i szlak prowadzący do obszarów podwzgórza, ciała migdałowatego oraz kory zakrętu obręczy, o których wiadomo, że są istotne dla reakcji emocjonalnych (Hunt, Mantyh, 2001).

Kiedy ludziom znajdującym się w hipnozie mówi się, iż ukłucie igły lub podobny bodziec „nie będzie boleć”, to uzyskuje się zwykłą reakcję w korze somatosensorycznej i tylko nieznaczną reakcję w korze zakrętu obręczy (Rainville, Duncan, Price, Carrier, Bushnell, 1997). I odwrotnie – u osób, które nastawiły się, że odczują ostry ból, umiarkowanie ciepły bodziec powoduje taką reakcję w korze zakrętu obręczy, jakby był bolesny (Sawamoto i in., 2000). Szczury z uszkodzeniem w tym obszarze mózgu reagują na ból w stopach, cofając lub liżąc je, ale nie

uczą się unikać miejsca, w którym doznają bólu (Johansen, Fields, Manning, 2001). Zatem zakręt obręczy reaguje na emocjonalny aspekt bólu, a nie na samo czucie bólu.

2.3. Zwalczanie bólu.

Hamowanie bólu związane jest z uwalnianiem endorfin i zachodzi pod wpływem przyjemnych i nieprzyjemnych bodźców. Sutton, Pooley, Ewen i Haines (1997) stwierdzili, że ból, którego nie można unikać, wpływa na silną stymulację wydzielania endorfin. Ewolucyjna funkcja tego zjawiska jest przypuszczalnie taka, że ból ostrzega zwierzę o niebezpieczeństwie, ale jeśli zwierzę nie może nic z tym zrobić, dalszy ból nie przynosi żadnych korzyści. Endorfiny są wydzielane także podczas seksu, podczas stanu „euforii biegacza”, doświadczanego przez wielu długodystansowców, oraz w trakcie słuchania przejmującej muzyki, która sprawia, że ciarki przechodzą po plecach (Goldstein, 1980).

Odkrycie endorfin pozwoliło zrozumieć fizjologiczne podłoże teorii bramkowania, zaproponowanej kilkadziesiąt lat wcześniej przez Ronalda Melzacka i P.D. Walla (1965). Teoria ta miała służyć wyjaśnieniu, dlaczego jeden człowiek może krzyczeć w męczarniach pod wpływem bólu, który ktoś inny znosi bez słowa skargi. Częściowo mogą to tłumaczyć różnice genetyczne w receptorach neuroprzekaźników (Wei, Lui, Song, Romilly, 2001), ale większe znaczenie ma wpływ innych bodźców i doświadczeń. Zgodnie z teorią bramkowania obszary rdzenia kręgowego, otrzymujące komunikaty od receptorów bólowych, odbierają również informacje od innych receptorów na skórze oraz aksonów zstępujących z mózgu. Te inne informacje czasami zamykają „bramki” dla sygnałów bólowych. Teoria bramkowania Melzacka i Walla zawierała pewne szczegóły, które okazały się błędne, ale ogólna zasada nadal obowiązuje: niebólone bodźce mogą zwiększyć lub zmniejszyć intensywność bólu.

Ból spowodowany niewielkim skaleczeniem można załagodzić poprzez delikatne pocieranie skóry wokół. Intensywność bólu można zmniejszać również na wiele innych sposobów, choćby przez samo skupienie uwagi na czymś innym (Task Force On Taxonomy, 1994).

Różne bodźce zamykają bramki bólowe między innymi przez aktywację neuronów, które uwalniają endorfiny i w istocie szarej okołowodociągowej, i sąsiednich obszarach w śródmózgowiu. Pod wpływem endorfin istota szara okołowodociągowa pobudza komórki w rdzeniu przedłużonym, a następnie aksony wychodzące z obu tych obszarów hamują wydzielanie substancji P w rdzeniu kręgowym i pniu mózgu, co zmniejsza natężenie bólu (Reichling, Kwiat, Basbaum, 1988). Oddziaływania te przedstawia rycina 109 (zob. Aneks 9). Nazwa tej struktury – istoty

szarej okołowodociągowej – wzięła się stąd, iż otacza ona wodociąg mózgu, czyli kanalik łączący trzecią i czwartą komorę mózgu (Wypyszewska i in., 2018).

Świadomość bólu staje się złożonym doznaniem ukształtowanym przez opisane obszary mózgu. Istnieje zależność, iż stan psychiczny oddziałuje na stan fizyczny chorego oraz stan fizyczny oddziałuje na stan psychiczny. W odczuwaniu bólu przewlekłego istotną rolę odgrywają składowe osobowości pacjenta. Osoba chora z objawami depresji czy lęku będzie wykazywała większą wrażliwość na ból.

Czynniki, które mogą zwiększać odczuwanie bólu, to:

- gorączka,
- bezsenność,
- zmęczenie,
- niepokój,
- lęk,
- depresja,
- samotność,
- odczucie odizolowania od społeczeństwa (Strong, Unruh, 2008).

Istotne są badawcze czynniki poznawcze bólu. Przykładowy zestaw czynników chronicznego bólu i jego opanowania:

- Uczenie się bólu, jak i sposobu, jak go przeżywać.
- Kształtowanie celu, który może zmniejszyć ból.
- Oddychanie i relaksacja w sytuacjach stresowych.
- Ćwiczenia i treningi ruchowe.
- Prawidłowe funkcjonowanie uwagi. Ważną rolę odgrywa tu wyobraźnia i uczenie się.
- Restrukturyzowanie poznawcze. Dotyczy to zarówno treści, jak i procesów myślowych.
- Rozwiązywanie problemów. Dotyczy to różnych metod identyfikowania i rozwiązywania problemów (Strong, Unruh, 2008).

Ważnym elementem, o którym warto wspomnieć, jest sensytyzacja bólu. Oprócz mechanizmów zmniejszania bólu organizm dysponuje również mechanizmami zwiększającymi ból. Przykładem może być poparzenie słoneczne. Tkanka uszkodzona lub objęta stanem zapalnym, np. spalona słońcem skóra, wydziela histaminę, czynnik wzrostu nerwów oraz inne substancje, które biorą udział w procesach naprawczych. Jednocześnie substancje te zwiększają liczbę kanałów bramkowanych sodem w sąsiednich receptorach, między innymi w receptorach bólu, co

potęguje reakcje bólowe (Devor, 1996; Tominaga i in., 1998). Przyczyniają się także do wzrostu aktywności w receptorach kapsaicyny, nasilając w ten sposób uczucie pieczenia (Chuang i in., 2001). Niesterydowe leki przeciwzapalne, np. ibuprofen, zmniejszają ból poprzez ograniczenie wydzielania takich substancji przez uszkodzone tkanki (Hunt, Mantyh, 2001). W badaniach na zwierzętach stwierdzono, że podwyższoną wrażliwość na ból po uszkodzeniu tkanki jeszcze silniej blokuje neurotrofina GDNF (Boucher i in., 2000).

Uśmierzanie bólu staje się zatem coraz częstszym przedmiotem rozważań. Morfina i inne opiaty nadal pozostają głównymi lekami w zwalczaniu silnego bólu. Warto dodać, że są one potencjalnie uzależniające, a ich długotrwałe stosowanie może prowadzić do tolerancji. Z badań wynika, iż osoby poddające się poważnej operacji chirurgicznej powinny zacząć przyjmować morfinę jeszcze przed rozpoczęciem operacji (Keefe, France, 1999). Dopuszczenie do tego, żeby mózg był bombardowany informacjami o bólu w trakcie i po operacji, zwiększa wrażliwość nerwów bólowych i ich receptorów (Malmberg, Chen, Tonagawa, Basbaum, 1997). Osoby, które zaczynają przyjmować morfinę przed operacją, potrzebują jej mniej, niż wynosi zwykła dawka podawana po zabiegu. Pacjenci przyjmujący morfinę w celu uśmierzenia bólu podczas pobytu w szpitalu rzadko się od niej uzależniają, nie przypominają to bowiem zażywania morfiny jako narkotyku²⁵.

2.4. Ból – próba syntezy.

Oparzenie może boleć intensywnie, ale to inny poziom bólu niż ten spowodowany skaleczeniem czy uszczyplnięciem. W organizmie znajdują się specjalne receptory ciepła, które reagują również na kwasy. Jednym ze sposobów pobudzenia tych receptorów ciepła jest wstrzyknięcie kapsaicyny²⁶ (Caterina i in., 2000). Substancja ta pobudza również neurony do wydzielania substancji P, co powoduje powstanie odczucia bólu. Po spożyciu substancji, w której zawarta jest kapsaicyna, człowiek odczuwa wrażenie bólu i gorąca. Następnie osoba dozna ulgi, gdyż zmniejszy się wrażliwość na dalsze odczuwanie gorąca i bólu na języku. Dzieje się tak dlatego, że pod wpływem kapsaicyny substancja P wydzielana jest w szybszym tempie niż uzupełnianie

²⁵ W szpitalu pacjenci przyjmują tylko niezbędne dawki i to w warunkach, które nie sprzyjają oddawaniu się przyjemnościom. Zatem dlaczego morfina uśmierza pewne rodzaje bólu silniej niż inne? Odpowiedź na pytanie jest następująca – ostry ból, jaki odczuwa się po przecięciu tkanki, jest przewodzony przez aksony o większej średnicy, natomiast ból tępy, np. ból pooperacyjny, przewodzą cieńsze, wolniejsze i niezmielinizowane aksony. Morfina o wiele skuteczniej blokuje aktywność cienkich aksonów, a zatem zmniejsza ból pooperacyjny, ale jej działanie nie byłoby wystarczające w trakcie samej operacji (Taddese, Nah, McCleskey, 1995).

²⁶ Kapsaicyna to substancja występująca w ostrych odmianach papryki, takich jak jalapeños. Substancja ta bezpośrednio stymuluje receptory bólowe, które zwykle reagują na żrący kwas lub temperaturę powyżej 43°C. Zwierzęta reagują na kapsaicynę, tak samo, jak na wysoką temperaturę, poceniem się lub ślinieniem.

jej zapasów w neuronach, następuje więc chwilowy niedobór tego neuroprzekaźnika bólu. Wysokie dawki kapsaicyny uszkadzają receptory bólu. Podobnie kapsaicyna wtarta w bolące miejsce wywołuje chwilowe uczucie pieczenia, po którym następuje dłuższy okres zmniejszonego bólu (Karrer, Bartoshuk, 1991).

Ból jest odczuciem subiektywnym, więc może nim być wszystko, co chory tak nazwie. Nocyceptory są receptorami wykrywającymi ból. Nadaktywny impuls świetlny spowoduje ból gałek ocznych, głośna akustyka może poruszyć receptory w uszach. Wymienia się dwa gatunki bólu: ból receptorowy oraz pozareceptorowy. Ból receptorowy, inaczej znany jako nocycyptywny, jest powodowany przez bodźce uszkadzające tkanki. Przy odczuciu bólu można zauważyć przyspieszenie czynności serca czy wzrost ciśnienia tętniczego, wskazuje to na pobudzenie układu współczulnego. Zjawisko bólu odgrywa istotną rolę w rozpoznaniu i umiejscowieniu procesu chorobowego. Pomaga w uniknięciu uszkodzenia tkanki (de Walden-Gałuszko, 2007).

„Czynność nocycyptorów i dróg nocycyptywnych wywołana przez szkodliwy bodziec nie jest tożsama z bólem, który jest stanem psychologicznym, mimo że wszyscy uważamy, iż ból najczęściej ma swoją przyczynę somatyczną” (Dziak, Skoczylas 1996).

Badanie i analiza bólu pozwala wyodrębnić ból ostry, trwający do trzech miesięcy, lub ból przewlekły, trwający od trzech do sześciu miesięcy. Bólem ostrym jest na przykład ból pooperacyjny, czyli silny ból po nacięciu tkanek, założeniu szwów czy po innych zabiegach. Ból przewlekły to zespół objawów chorobowych, które powodują chorobę samą w sobie (Strong, Unruh, 2008). Psychologiczne ujęcie bólu definiuje ból jako popęd uruchamiający pewne formy zachowań zwierzęcych, które mają na celu doprowadzenie do usunięcia bodźca bólowego lub jego uniknięcia. W związku z rozległymi więziami społecznymi człowiek silniej niż inne zwierzęta odczuwa ból. Ludzie sygnalizują swój ból innym, co jest zapoczątkowane jako strategia ewolucyjna (Żylicz, Zapaśnik, 1998).

Wśród narzędzi określających nasilenie odczuwalnego bólu rozpoznaje się grupy oceniające skale:

- Wizualne – najbardziej rozpoznawalna jest skala wzrokowo-analogowa, znana jako VAS (*Visual Analogue Scale*). Za pomocą dziesięciocentymetrowej linijki określa się nasilenie odczuwanego bólu. Punkt zerowy utożsamiany jest z brakiem bólu, a liczba 10 – najsilniejszym bólem. W przypadku dzieci stosuje się obrazki twarzy prezentujące różną mimikę.
- Werbalne – gdy pacjent ocenia ból w sposób opisowy. Przykładowo: brak bólu, słabo odczuwalny ból, umiarkowany lub silny.

- Numeryczne – oceniają ból w skali liczbowej. Najczęściej 0 oznacza brak bólu, a 10 najsilniejszy możliwy.

Dla przykładu dla dzieci niepotrafiących mówić lub z niepełnosprawnością umysłową przeznaczone są skale behawioralne, oceniające ból na podstawie obserwacji zachowania pacjenta (de Walden-Gałaszko, 2007).

Ból psychogeny rozpoznaje się, gdy jest spowodowany dolegliwościami psychicznymi. Stawia on wyzwania podczas leczenia, gdyż nie posiada przyczyny fizjologicznej. Objawy somatyczne, zaliczane do bólu psychogenego, to na przykład:

- hipochondria,
- zaburzenia dysmorficzne,
- zaburzenia nerwicowe (tamże).

Smutek, przygnębienie, stres, strach, dezorientacja to odczucia bezpośrednio związane z bólem. Stany psychiczne w tych sytuacjach mogą ból nasilać lub osłabiać. Przykładem są bóle somatyczne nasilające się w depresji. Ciężko ocenić skalę natężenia bólu, gdy jest on odczuwalny fizycznie i psychicznie. Ból w odpowiednich sytuacjach może być atutem. Aktywizuje organizm do podejmowania działań, aczkolwiek posiada negatywne skutki oddziałujące na zdrowie fizyczne i psychiczne (Żylicz, Zapaśnik, 1998).

Leczenie bólu skupia się na nauczaniu pacjenta taktyk radzenia sobie z bólem, zwiększaniu tolerancji na ból oraz zarządzaniu stresem. Kuracja bólu polega na zastosowaniu:

- medycznych środków przeciwbólowych,
- użyciu metod farmakologicznych,
- fizjoterapii,
- rehabilitacji,
- psychoterapii (tamże).

Proces bólu można podzielić na ściśle związane ze sobą cztery etapy. Pierwszy etap przejawia się doznaniem zmysłowo-dyskryminacyjnym. Prowadzi do drugiego etapu, gdzie doznajemy przykrości, czyli prostą reakcją uczuciową z udziałem naszych funkcji poznawczych. Powyżej opisane etapy można ocenić np. za pomocą skal wizualnych, jak VAS. Następny, trzeci etap bólu identyfikujemy jako zjawisko złożone. Składa się na nie rozbudowane reakcje uczuciowe, takie jak lęk czy gniew, związane z poglądami chorego na temat bólu. Trzeci etap cechuje największa odmienność. Ostatni etap to behawioralnie usytuowana ekspresja bólu, czyli

zachowanie bólowe. Określa się je poprzez codzienną aktywność, sprawność ruchową i podobne czynniki. Czwarty etap można ocenić za pomocą kwestionariuszy wypełnianych przez chorych (de Walden-Gałuszko, 2007).

Na percepcję bólu w czwartym etapie wpływają czynniki poznawcze: uwaga, pamięć i przyjęty przez chorego system wartości. Ostatni etap jest również znany jako cierpienie. Psychiczne nieprzystosowanie do bólu może być predyktorem gorszych wyników rehabilitacji, spowodowanych brakiem współpracy. Ocena czynników psychologicznych w sytuacji bólu przewlekłego jest często istotnym warunkiem skuteczności postępowania terapeutycznego. Dotyczy to niektórych sytuacji klinicznych:

- problemu w postawieniu diagnozy, gdy istnieje podejrzenie, że skargi chorego wynikają z przyczyn natury psychopatologicznej,
- oporności na leczenie, spowodowanej złym stanem psychicznym,
- braku motywacji chorego do współpracy z lekarzem,
- patologicznej koncentracji na dolegliwościach bólowych (tamże).

Ból jest złożonym procesem psychicznym, jak i fizycznym. Bodziec bólowy jest prowadzony do ośrodków w mózgu. Komunikaty bólowe docierają do wzgórza i do ośrodka w strukturach mózgowych. Można to porównać do stacji przekaźnikowo-rozdzielczej. Wzgórze przekazuje informację do trzech ośrodków kory:

- bodźce fizyczne do kory somatosensorycznej,
- bodźce czuciowo-emocjonalne do układu limbicznego,
- procesy myślowe do kory czołowej (Strong, Unruh, 2008).

Co ważne, odczuwanie bólu ma nie tylko konsekwencje fizyczne, ale też psychiczne. Otóż pacjent walczący z przewlekłym bólem narażony jest na symptomy depresji. Objawy przewlekłego bólu często eliminują go z życia społecznego. Kontrolowanie odczuwania bólu to jedna z podstawowych metod terapeutycznych. Techniki wspomagające to: kontrola oddechu, techniki medytacyjne oraz ćwiczenia relaksacyjne (de Walden-Gałuszko, 2007).

3. Cierpienie psychiczne

Odczuwanie bólu to nie tylko doznanie fizyczne. Do zagadnień trudnych w tym kontekście zaliczyć można także cierpienie psychiczne, które może być spowodowane pojawieniem się

zaburzeń natury psychicznej, które w konsekwencji mogą doprowadzić do trudności psychosomatycznych. Ból stanowi przeżycie emocjonalne, które najczęściej jest zapamiętywane jako negatywne. Wiele rodzajów bólu wiąże się z problemami natury psychicznej, co jeszcze bardziej utrudnia diagnozę oraz znajdowanie sposobów leczenia. Emocje stanowią silny komponent doznawania bólu. Ból powoduje emocje, ale również emocje mogą powodować ból. Odczuwając ból, człowiek jest silniej podatny na doświadczanie emocji o zabarwieniu negatywnym (Wordliczek, Dobrogowski, 2007).

3.1. Pacjent chory a podejmowanie terapii psychologicznej.

Od zarania dziejów ludzi dotykały zarazy, nieurodzaje, susze, głód, powodzie, pożary, inne kataklizmy oraz choroby. Nie jest inaczej w obecnym czasie. Do tej pory ludzie byli w stanie wytworzyć różne środki służące do walki z nieszczęściami, takie jak ubezpieczenia zdrowotne, przychodnie zdrowia, medykamenty, rozprawy naukowe o naturalnych metodach walki z chorobami czy wsparcie społeczne, które uzyskiwali w rodzinie, kręgu najbliższych znajomych. W roku 1879, w którym Wilhelm Wundt założył pierwsze laboratorium psychologiczne na uniwersytecie w Lipsku, wyodrębniono psychologię jako samodzielną dyscyplinę. To wydarzenie uruchomiło, w sposób prężnie działający, profesjonalną pomoc psychologiczną (Janik, 2015).

Biorąc pod lupę pacjentów zmagających się z chorobami związanymi z układem sercowo-naczyniowym, można zobaczyć, jak duża grupa tych osób jest hospitalizowana. Według Ogólnopolskiego Rejestru Ostrego Zespołu Wieńcowych w 2007 roku łączna liczba hospitalizacji z powodu ostrego zespołu wieńcowych wyniosła około 125 000. Z tego około 39 000 stanowili pacjenci z zawałem serca z przetrwałym uniesieniem odcinka ST (Kubica, 2009). Osoby z chorobami układu sercowo-naczyniowego często zmagają się z poważnymi konsekwencjami społecznymi i ekonomicznymi. Postępy w zakresie kardiologii interwencyjnej pozwoliły na znaczące zmniejszenie śmiertelności wśród pacjentów. Kubica (2009) zwraca uwagę, że poza somatycznym sukcesem w leczeniu pacjentów dużą rolę odgrywa niedostrzegany psychologiczny aspekt choroby, jakim jest – stres.

Stres oraz radzenie sobie z nim to jeden z ważniejszych problemów we współczesnej psychologii zdrowia (Taylor, 1992). Powstające badania przypisują stresowi ważną rolę w powstawaniu dyskomfortu psychicznego, zaburzeń zachowania i trudności z przystosowaniem się społecznym człowiekowi. W sposób istotny podkreśla się jego rolę, jeśli ma charakter chroniczny i bardzo intensywny, dowodzi się jego znaczenia w powstawaniu nerwicy i

chorób psychicznych. Zwraca się także uwagę na stres jako źródło wielu chorób określanych mianem psychosomatycznych. Do takich chorób zalicza się między innymi wrzody trawienne, zaburzenia układu krążenia, alergie, astmę, migrenę, atopię (Jarosz, 1978).

Ze względu na specyficzne funkcjonowanie osób doświadczających trudności chorobowych, na przykład osób z niewydolnością serca, pacjenci po przyjęciu do kliniki czy oddziału kardiologicznego powinni być objęci postępowaniem psychologicznym sprzyjającym temu, aby skomplikowane leczenie farmakologiczne, a czasami także i inwazyjne, było bardziej skuteczne. Każda choroba, a przede wszystkim choroba serca, może prowadzić do kryzysu psychicznego (Nasiłowska-Barud, 2006). Człowiek staje wtedy w obliczu poważnego problemu, nie może od niego uciec ani ruszyć dalej, jeśli wcześniej go nie rozwiąże (Stradomska, 2020b).

W Polsce stale obserwowany jest wzrost zapadalności na nowotwory złośliwe i umieralności z ich powodu. Zgony z przyczyn onkologicznych znajdują się na drugim miejscu pod względem częstości (93 060 zgonów w 2008 roku), zaraz po chorobach układu krążenia (Grabińska, Szewczyk-Cisek, Hernik, Mykała-Cieśla i Kaziród, 2011). Już samo rozpoznanie choroby nowotworowej jest jednym z najistotniejszych czynników obniżających jakość życia pacjentów (Kozieł, Lomper, Uchmanowicz i Polański, 2016). Badania z psychoneuroimmunologii potwierdzają silny wpływ stresu na funkcjonowanie układu odpornościowego. Zaobserwowano, że stres przez aktywację osi podwzgórze–przysadka–nadnercza, a także układu współczulnego, powoduje osłabienie mechanizmów odpowiedzi immunologicznej przeciw komórkom nowotworowym (Grabińska, Szewczyk-Cisek, Hernik, Mykała-Cieśla i Kaziród, 2011). Trening psychologiczny (oddechowy, wizualizacyjny czy autogeny) poprzez zmniejszenie wpływu czynników stresogennych może wpływać na poprawę funkcjonowaniu układu immunologicznego (Luebbert, Dahme i Hasenbring, 2001). Jak wynika z badań (Grabińska, Szewczyk-Cisek, Hernik, Mykała-Cieśla i Kaziród, 2011), 65% pacjentów stwierdziło, że pomoc psychologiczna jest dla nich korzystna i może pozytywnie wpływać na tolerancję oraz efekty leczenia onkologicznego, 30% – że jest potrzebna tylko niektórym pacjentom, a tylko 5% – że jest nieistotna. Same opinie pacjentów zwracają uwagę na potrzebę wsparcia psychologicznego w takich miejscach, jak szpitale onkologiczne.

Doświadczenie choroby nowotworowej oraz możliwości jej nawrotu nierzadko dotkliwie obciąża psychicznie chorego. Wsparcie psychologiczne może pomagać w przywróceniu równowagi wewnętrznej, głównie poprzez zmniejszenie silnego napięcia emocjonalnego oraz polepszenie poczucia kontroli i stabilności. Może to wpłynąć na lepsze, silniejsze nastawienie do ponownego zmagania się z chorobą oraz może pomóc

w podtrzymaniu zachwianej nadziei. Uruchomienie terapii, pomocy psychologicznej dla pacjentów w ramach opieki interdyscyplinarnej nad pacjentem może przyczynić się do poprawy jakości życia chorego, poprawy nastroju, lepszego przebiegu procesu leczniczego oraz wydolniejszej współpracy między pacjentem a personelem medycznym (Zagozda, Litwiniuk i Ziarko, 2017). Często psycholog przygotowuje pacjenta na przyjęcie nierokujących wyników lekarskich lub sam je przekazuje.

Poruszony zostanie teraz aspekt współpracy psychologa z pacjentem cierpiącym na RZS, czyli reumatoidalne zapalenie stawów. Wśród czynników bezpośrednio związanych z chorobą, które mają istotny wpływ na rozwój niepełnosprawności w RZS, wymienia się: ból, aktywność choroby, uszkodzenie stawów i tkanek okołostawowych, zmiany pozastawowe i powikłania układowe. Psycholog ma za zadanie pracować z pacjentem nad: znoszeniem sytuacji choroby, sposobem radzenia sobie z emocjami dotyczącymi zaostrzenia choroby i oczekiwaniem zaostrzeń po remisji. Dodatkowo w tej chorobie dużą rolę odgrywa stres, który może pogłębiać zaniżony nastrój pacjentów i wpływać na zaostrzenie choroby. Psycholog może włączyć pacjenta w proces, to znaczy zwiększać jego wiedzę na temat choroby, zapoznać go ze sposobami radzenia sobie oraz możliwościami pomocy. Wiedza na temat choroby może być czynnikiem motywującym do określonych działań, walki z bólem i chorobą. Umiejętność radzenia sobie z chorobą korzystnie wpływa na przystosowanie do życia w społeczeństwie ludzi zdrowych (Mojs, Warchulska i Samborski, 2010).

Podsumowując, pacjenci zmagający się z chorobami są szczególną grupą osób, do której kierowane są różnego rodzaju formy wsparcia psychologicznego. Wszystkie podejmowane działania mają pomóc im przezwyciężyć kryzysy, których doświadczają w obliczu choroby. Poradnictwo psychologiczne ma na celu niesienie pomocy osobom przechodzącym jakiegoś rodzaju kryzys w odzyskaniu równowagi emocjonalnej, przeświadczenia o możliwości wpływania na swoje życie, a także w dostrzeżeniu wsparcia otrzymywanego ze strony innych osób w realizacji własnych potrzeb i zadań rozwojowych (Czabała, 2016). O tym, jak ważna rola spoczywa na psychologach pracujących z osobami chorymi, wspominają w swoich artykułach Bogaczewicz, Kuryłek, Sysa-Jędrzejowska, Woźniacka, Janowski i Studen (2007), Grabińska, Szewczyk-Cisek, Hernik, Mykała-Cieśla i Kaziród (2011), Kubica (2009) oraz Zagozda, Litwiniuk i Ziarko (2017), podkreślając, że oprócz leczenia farmakologicznego i operacyjnego równocześnie powinno zachodzić wsparcie i pomoc psychologiczna.

3.2. Depresja i lęk.

Śmierć jest zjawiskiem nierozzerwalnie związanym z życiem człowieka. I choć perspektywa śmierci zawsze jest obecna w życiu każdej jednostki, sam człowiek na przestrzeni wieków zmienił swoją postawę wobec niej. Dawniej śmierć była niejako śmiercią publiczną, gdzie zmarłego oprócz rodziny oplakiwała nieraz cała wioska. Sama ceremonia pogrzebu składała się z trzydniowego wystawienia zwłok, żalów i modlitw odmawianych całą noc, pochodu żałobnego, samego aktu pochówku i uczyty żałobnej (Kulmiński, 2011; za: Guzowski, Krajewska-Kułak i Bejda, 2016). Jednak, jak stwierdziła Ostrowska (2016), postawa wobec śmierci uległa znacznym przemianom, z których najważniejszymi są wypieranie śmierci ze świadomości społecznej wraz z jej postępującą tabuizacją. Średniowieczne traktowanie śmierci z otwartością, z rodziną i przyjaciółmi jako osobami, z którymi pacjent przygotowywał się do swojej ostatniej podróży, zamieniło się w wydarzenie medyczne, które rzadko uwzględnia prawdziwe potrzeby pacjenta (Toynbee, 1973; Ariès, 1992). Jednak w połowie XX wieku można zauważyć szereg zmian pozytywnych – współczesne społeczeństwo powoli otwiera swoją świadomość na problemy śmierci oraz dostrzega potrzeby humanizacji procesu umierania (Ostrowska, 2016).

Terminami najczęściej używanymi do charakterystyki postawy wobec śmierci będą „lęk” i „niepokój”. Jak pisze Gebert (2016; za: Guzowski, Krajewska-Kułak i Bejda, 2016), lęk przed śmiercią jest zjawiskiem charakterystycznym dla ludzi, jako że zwierzęta go nie odczuwają. Zadaniem autora, aby móc bać się śmierci, potrzebne jest wyobrażenie o niej. Ponieważ śmierć jest przeciwieństwem życia i tym samym neguje istnienie, w pierwszej kolejności trzeba być świadomym istnienia. Lęk przed śmiercią jest więc jednym z najbardziej bazowych elementów samoświadomości człowieka, który reguluje ludzkie zachowania i jest nierozzerwalnie związany z poczuciem własnego istnienia.

Makselon (1981) stwierdził, że lęk wobec śmierci zawiera trzy podstawowe czynniki i jest wypadkową:

1. lęku przed własną śmiercią;
2. lęku o śmierć bliskiej osoby;
3. zaniepokojenia odnoszącego się do zjawiska ogólnego przemijania człowieka.

Według badacza lęk przed własną śmiercią jest związany z nieodwracalnym końcem naszego życia i rozwoju i może dotyczyć aspektów: umierania, czyli zbliżania się do śmierci, zniszczenia ciała po śmierci, pozostawienia bliskich, nieznannej oceny moralnej przez Boga, pozornej albo przedwczesnej śmierci, wyglądu ciała po śmierci, określonego typu śmierci lub śmierci społecznej.

Jarzębski (2005) zaniepokojenie śmiercią łączy z dwoma instynktami biologicznymi: zachowania gatunku oraz zachowania własnego życia. Tajemniczość i nieokreśloność zjawiska śmierci mogą być źródłem lęku przez to, że styczność ze śmiercią nie jest czymś powszechnym dla człowieka, który doświadcza jej jednak przez okoliczności i otoczenie, w jakim się znajduje. Kolejnym źródłem lęku jest prawdopodobieństwo osamotnienia, może ono wystąpić, gdy stajemy w obliczu utraty bliskiej nam osoby. Istotnym elementem, którego nie należy pomijać, jest lęk przed własną śmiercią. W psychologicznym aspekcie śmierć występuje jako siła, która przymusza nas do porzucenia ciała, będącego nieoderwalną częścią naszego istnienia.

Lęk przed śmiercią jest zjawiskiem dynamicznym (Mesjasz, 2010). Wzrost lęku, siła odczucia, a także jego rola zwiększa się wraz z wiekiem. W okresie dorastania występuje pierwszy szczytowy punkt, drugi zaś w wieku średnim, pod koniec życia znajdując się w fazie spadkowej.

- 2–3 rok życia: z reguły nie pojawia się lęk przed śmiercią. Dominacją jest myślenie konkretne i obrazowe. Poznanie śmierci oparte jest na niedoborze ruchu, niezdolności jedzenia i picia oraz braku odczuwania;
- 3–5 rok życia: tak samo jak we wcześniejszych latach życia dzieci nie odczuwają lęku przed własną śmiercią. Wierzą, że osoby zmarłe wciąż żyją, jednakże w innym miejscu. Akceptują fakt, że śmierć przytrafiła się tylko innym osobom. Charakter śmierci i niemożność jej uniknięcia nie są jeszcze rozumiane przez dziecko;
- 4–7 rok życia: śmierć sama w sobie nie jest do końca jasna, jednakże dziecko zaczyna rozumieć jej cechę – nieodwracalność;
- 6 rok życia: występuje umiejętność rozróżniania śmierci od snu, jednakże podstawowe aspekty śmierci nadal nie są jasne. Dzieci wierzą, że da się w pewien sposób zabezpieczyć przed śmiercią;
- 7–8 rok życia: dziecko jest świadome nieodwracalności śmierci, bierze pod uwagę możliwość swojej śmierci, jednakże uważa to za coś odległego, a nawet niemożliwego. Zrozumiałe są dla niego fizjologiczne aspekty śmierci, jest w stanie przyjąć ją jako zjawisko biologiczne, choć istotną rolę przyjmuje religia;
- 8–9 rok życia: dziecko zaczyna dostrzegać zewnętrzne objawy śmierci i widzi jej powszechność;
- 9–10 rok życia: w tym wieku wzrost lęku narasta, chociaż jeszcze nie jest w pełni zrozumiany. Dziecko dostrzega, że śmierć dotknie każdego człowieka i nie można odwrócić tego procesu, z czym nie może sobie poradzić – to warstwa duchowa i psychologiczna;

- 11 rok życia: wyobrażenie o śmierci zaczyna się kształtować, może to doprowadzić do głębokiego lęku z nią związanego;
- W okresie dojrzewania pojawia się lęk tanatyczny, ponieważ w tymże okresie kształtuje się tożsamość osobowa, a w niej zachwiana samoocena, poczucie końca dzieciństwa, konieczność odnalezienia sensu życia. Młodociany obawia się utraty najbliższych, ale także konsekwencji, jakie wystąpią po śmierci wraz z przeżyciem własnej skończoności;
- Okres największej aktywności życiowej powiązany jest ze zrozumieniem śmierci jako niesprecyzowanego zjawiska aniżeli jako czegoś, co jest dla nas bezpośrednim zagrożeniem;
- W połowie życia człowieka zjawisko to jest w pełni zrozumiałe. Perspektywa ta zmieniała się w czasie, od urodzenia do czasu liczonego do śmierci. Zauważalna jest personifikacja śmierci, przejawia się ona w oznakach starzenia się, gorszej sprawności fizycznej oraz śmierci najbliższych (rodzice i krewni).

Do ciekawych koncepcji można zaliczyć tę Ochsmanna (1993), wymienił on sześć sposobów ustosunkowania się wobec zjawiska śmierci, wyrażonych jako lęk przed:

- 1) przed spotkaniem ze śmiercią (bezpośrednio z osobą umierającą);
- 2) śmiertelnością związaną z troską o plany i zamierzenia, które nie mogą być urealnione przez fakt śmierci, oraz z zetknięciem się z cierpieniem bliskich osób;
- 3) końcem swojego życia – objawia się brakiem akceptacji śmierci, która rozumiana jest jako ostateczne zakończenie egzystencji;
- 4) fizycznym zniszczeniem – związanym z silnym lękiem, co stanie się z ciałem po śmierci;
- 5) życiem po śmierci – związanym z brakiem pewności, jak będzie wyglądało życie po śmierci;
- 6) procesem umierania – związanym z obrazowaniem cierpienia, które towarzyszy śmierci.

Zdarza się, że śmierć traktowana jest jako wybawienie, w szczególności w sytuacjach, gdy chory bardzo cierpi lub gdy dana osoba głęboko wierzy w nieśmiertelność duszy. Akceptacja własnej śmierci i pogodzenie się z nią pozwala na oczekiwanie jej bez uczucia lęku. Tak samo będzie w przypadku aktów śmierci bohaterskiej, oddanej w słusznej i szlachetnej sprawie (Ostrowska, 1997).

Zjawiskiem normalnym, a może naturalnym jest to, że człowiek obawia się śmierci. Wszystko, co nieznanne i niezbadane, rodzi lęk, jednak nie powinien on przeszkadzać w codziennym funkcjonowaniu. Skrajny lęk przed śmiercią nazywany jest tanatofobią. Ludzie, którzy go

doświadczają, zmagają się z objawami fizycznymi, emocjonalnymi i psychicznymi. Ich umysł nieustannie zaprzęta myśli o utracie życia swojego, ale również bliskich. Osoby cierpiące na tanatofobię unikają rozmów o śmierci, jak również miejsc z nią związanych (cmentarz, zakłady pogrzebowe). Każdy przejaw choroby traktują jako nadchodzącą śmierć. Najczęściej tanatofobia rozwija się poprzez udział w traumatycznym wydarzeniu związanym ze śmiercią. Czasami jednak pojawia się na skutek bycia świadkiem umierania bliskiej osoby lub ma swoje podłoże w wychowaniu i doświadczeniach z dzieciństwa. Tanatofobia może mieć również związek z religijnością. Ludzie wierzący w Boga mogą częściej doświadczać lęku przed śmiercią, gdy przyjmą błędne wyobrażenie o złu i grzechu. Każde ich postępowanie będą kategoryzować na dobre i złe, co będzie rodzić napięcie i lęk przed wyobrażeniem o sądzie ostatecznym. Tanatofobia wymaga leczenia – najczęściej pracy z psychoterapeutą, jednak w cięższych przypadkach wskazana będzie również terapia farmakologiczna (Chrapińska-Krupa, 2022).

4. Etapy umierania

Śmierć jest zjawiskiem pewnym, które spotka każdego człowieka i inne organizmy żywe. Świadomość ta wynika z doświadczenia śmierci innych. Śmierć pojawić się może wyłącznie w doświadczeniu innych. Własna śmierć nigdy nie stanie się własnym doświadczeniem. „Jestem ja, nie ma śmierci – jest śmierć, mnie nie ma” – jak głosi antyczny sofizmat, „więc nie mogę jej doświadczyć”. O śmierci mógłby opowiedzieć jedynie ten, kto ją „przeżył”, ale śmierci nie da się przeżyć. Idąc tokiem rozumowania Schelera (2008), istnieje jedynie „intuicyjna pewność śmierci”, dzięki której człowiek wie, że umrze i wiedziałby to nawet wtedy, gdyby nie doświadczał śmierci innych.

Biesaga i inni (2009) opisali śmierć jako wszechstronne zagadnienie, dotyczące wielu płaszczyzn człowieczeństwa. Rozważania tanatologii medycznej są pierwszą płaszczyzną kojarzoną ze śmiercią. Autorzy wyróżniają również trzy etapy procesu umierania u osób bez perspektywy wyzdrowienia, których następstwem jest śmierć.

Pierwszym etapem jest okres preterminalny/przedterminowy, trwający od kilku tygodni nawet aż do kilku lat, kiedy leczenie przyczynowe zastąpione jest leczeniem paliatywnym.

Okres terminalny definiowany jest jako bezpowrotne pogorszenie stanu zdrowia, trwające około 6–8 tygodni, którego konsekwencją jest okres od kilku dni do kilku godzin, zwany stanem agonii (okresem umierania), kończący się śmiercią. Jest to symptomatyczna faza życia człowieka, który „gaśnie” w charakterystyczny, obserwowalny sposób. Towarzyszą mu

niewydolność wszystkich układów narządów ludzkich, ogólne osłabienie wpływające na ruch, odmowa przyjmowania płynów i pokarmów, zapominanie o połykaniu, brak kontroli wydalania moczu i kału, zmiana rysów twarzy oraz wyglądu skóry oraz wiele zaburzeń psychicznych (de Walden-Gałuszko, 2005).

Bardzo ważną kwestią dotyczącą procesu śmierci i umierania jest ich psychologiczny aspekt oraz zauważalny związek wymiaru psychicznego i fizycznego osób umierających. Ten model umierania odznacza się przytomnością pacjenta pomimo bycia „nieobecnym”. Chory nie przejawia zainteresowania życiem, nie wchodzi w dialog, przeważnie odmawia jedzenia. Rodzaj zaburzeń psychicznych koreluje z okresem terminalnym. Na tym etapie spotyka się załamania psychiczne, brak chęci do życia, zmienność nastrojów, powstające poczucie winy u człowieka. Możliwe jest także pojawienie się zespołu psychoterminalnego, który charakteryzuje się ograniczeniem dotychczasowych aktywności, skupieniem na własnym zdrowiu, rozrachunku z życiem oraz utworzeniem bilansu z przeszłości, docelowo myśląc o umieraniu i śmierci.

Czas agonii charakteryzuje się oziębłością w sferze uczuciowej, małomównością, brakiem reakcji na otoczenie (Górecki, 2010).

4.1. Koncepcja pięciu etapów umierania E. Kübler-Ross.

Jedną z cenniejszych koncepcji, która ma zastosowanie w kilku dziedzinach nauki, jest ta stworzona przez Elisabeth Kübler-Ross (1969). Głównie dotyczy pracy z osobą w kryzysie psychicznym i pomocna jest w psychoterapii, chociaż trudno o potwierdzenie tychże konkretnych aspektów w ujęciu holistycznym.

Z postawami wobec śmierci wiąże się to, że umieranie jest niezaprzeczalnym faktem. Według Kübler-Ross, której badania oparte były na opinii osób nieuleczalnie chorych (n=762), występuje pięć reakcji wobec śmierci (Kübler-Ross, 2005, s. 299). Autorka nazwała je etapami (ryc. 1).



Rycina 1. Etapy umierania wg Elisabeth Kübler-Ross.

Niewątpliwie usłyszenie diagnozy, która wiąże się z koniecznością rozpoczęcia diagnozy, badań, leczenia jest czymś zdecydowanie trudnym. Z punktu widzenia pacjenta, który otrzyma informacje o swoim stanie zdrowia, pierwszym etapem – w wielu przypadkach, chociaż nie wszystkich – jest zaprzeczenie i izolacja. Drugi etap to gniew, który skierowany jest na otoczenie, los, bliskich itd. Targowanie się jest elementem, który ma na celu zmianę obecnego stanu rzeczy – to próba zmiany swojego zachowania, tak aby to los czy Bóg mógł dać jeszcze jedną szansę danej osobie w tej trudnej sytuacji. Depresję można traktować jako konsekwencję rozważań nad swoim losem i wygaszanie nadziei na poprawę danej sytuacji. Ostatnim etapem jest pogodzenie się ze swoim stanem. Dochodzi do tego wyciszenie wewnętrzne oraz przewartościowanie dotychczasowego życia.

W koncepcji można wyróżnić szereg ważnych elementów, tj. zaprzeczenie, gniew, targowanie się, depresję, akceptację.

1. *Zaprzeczenie* – pierwszą reakcją na wiadomość o zbliżającej się śmierci jest szok i odrętwienie, po czym następuje etap zaprzeczenia (*nie, to nie ja, to nie może być prawda*). Pacjent nie bierze pod uwagę możliwości, że to właśnie jego dotyczy diagnoza śmiertelna.

2. *Gniew* – człowiek zaczyna przyjmować do świadomości wizję swojej śmierci, ale nie może się z nią pogodzić, uważa to niesprawiedliwość. Odczuwa gniew i złość, zadając sobie pytanie *dlaczego właśnie ja?*.
3. *Targowanie się* – po etapie gniewu następuje proces negocjacji z losem lub Bogiem w zamian za przedłużenie życia. Pacjent chwytą się nadziei, że dzięki jakiemuś poświęceniu z jego strony, np. obietnicy pobożnego życia, można odroczyć nadchodzącą śmierć.
4. *Depresja* – jest wynikiem niemożności zaprzeczenia śmierci i wynegocjowania życia, gdy w świadomości pacjenta jego bliska śmierć jest już nieunikniona. Etap ten określa się mianem depresji przygotowawczej – pacjent przeżywa oczekiwaną żałobę po sobie samym, przygotowuje się na koniec życia. Zdaniem autorki koncepcji pięciu etapów umierania w tym okresie nie należy podejmować prób pocieszania pacjenta. Powinno się zapewnić mu swobodę wyrażania smutku i bólu, by łatwiej mógł zaakceptować swoją sytuację.
5. *Akceptacja* – stan spokoju i wyciszenia pojawia się w końcu u każdego pacjenta, który przeszedł wszystkie poprzednie, trudne etapy. Osoba zaniecha zaprzeczania własnej śmierci, porzuci próby targowania się o życie, przeminie gniew i depresja – człowiek zaakceptuje nieuchronną, bliską śmierć (Ostrowska, 1991, s. 126–127).

Teoria pięciu etapów umierania człowieka Kübler-Ross nie znalazła odzwierciedlenia w innych badaniach empirycznych przeprowadzonych przez psychologów, psychiatrów czy socjologów (Kastenbaum, 1981). Koncepcja nie została potwierdzona także w powtórzonych badaniach Kastenbauma i Weismana (1972).

4.2. Koncepcja Pattisona.

Inną koncepcję procesu umierania przedstawił E.M. Pattison (1977, 1978; za: Ostrowska, 1991, s. 121–122). Według badacza umierający pacjent w sposób świadomy przechodzi przez pewne etapy czy fazy, jednak poszczególne z nich nie są charakteryzowane rodzajem doświadczanych emocji, lecz natężeniem odczuwanego niepokoju. Pattison wyróżnił trzy następujące etapy:

1. *Ostra faza kryzysu* – ma miejsce wtedy, gdy pacjent otrzyma wiadomość o swojej zbliżającej się śmierci lub przyjmie do świadomości ten fakt. Człowiek reaguje na to wzrastającym poczuciem niepokoju, które w pewnym momencie osiąga apogeum, po czym powoli zaczyna opadać dzięki mechanizmom obronnym uaktywnionym przez chorego.

2. *Przewlekła faza życia – umierania* – następuje po wykształceniu umiejętności radzenia sobie z niepokojami. Zwykle obserwuje się wtedy obniżenie aktywności życiowych, osłabienie kondycji fizycznej, natężenie doświadczanych dolegliwości, a także wzrost uzależnienia od innych. W tym czasie pacjenta poddaje się często różnym działaniom medycznym mającym na celu przedłużenie, a nawet uratowanie jego życia.
3. *Faza terminalna* – pacjent zaakceptował nieodwracalność swojego położenia. Trudno szczegółowo scharakteryzować tę fazę, jednak z pewnością człowiek u kresu życia zamyka się w sobie, skupia się na sygnałach płynących z własnego wnętrza, a odwraca się od świata zewnętrznego, zarówno w aspekcie psychicznym, jak i fizycznym. Da się odnieść wrażenie, że człowiek próbuje zatrzymać swoją zanikającą energię życiową (Ostrowska, 1991, s. 121–122).

4.3. Koncepcja Kesslera.

Teoria Davida Kesslera opiera się na pięciofazowym procesie rozpoczynającym się po rozpoznaniu choroby terminalnej. Badacz wyróżnia pięć etapów duchowego uzdrowienia: wyrażenie siebie, odpowiedzialność, przebaczenie, akceptację i wdzięczność (Kessler, 1999; za: Bogacz-Wardzińska, 2007).

1. *Postawa zaprzeczenia – wyrażenie siebie* – występuje zaraz po otrzymaniu diagnozy o śmiertelnej chorobie. Faza ta trwa krótko, jest swego rodzaju mechanizmem obronnym pozwalającym na przeżycie wstrząsu, a następnie opanowanie się. Charakteryzuje się odizolowaniem się pacjenta od środowiska i rodziny. Człowiek przyjmujący tę postawę jest obojętny na pocieszenie, zalecenia lekarza czy bliskich oraz jakiegokolwiek rozmowy.
2. *Postawa gniewu – odpowiedzialność* – etap ten charakteryzuje się niepanowaniem nad napadami gniewu i agresji oraz drażliwością. Chory zamyka się wtedy na pomoc płynącą z zewnątrz. Należy wykazywać empatyczne zrozumienie i cierpliwość wobec pacjenta, poświęcać mu uwagę oraz wykazywać poszanowanie jego godności.
3. *Postawa negocjacji – przebaczenie* – człowiek próbuje targować się o własne życie: w sensie biologicznego przetrwania, pokonania choroby, przedłużenia życia. Jest też gotowy na kompromisy. Usiłuje w pełni wykorzystać pozostałe mu życie poprzez różne satysfakcjonujące go aktywności. Swoją energię osoba śmiertelnie chora koncentruje na życiu, a nie na śmierci. Faza ta jest jedną z najważniejszych – niejednokrotnie też trwa najdłużej i przynosi najwięcej szczęścia.

Ale może też być »przeskoczona« przez chorego, gdy stwierdzi on, że na pewno nie ma o co prosić życia. Tak jednak zazwyczaj nie jest, więc czeka na osobę uczuciowo mu najbliższą, aby mu pomogła odzyskać jakieś zainteresowanie, uprzywilejować je, wynieść nad wszystkie inne, uczynić celem ostatecznym, najważniejszym właśnie dlatego, że ostatecznym. [...] Istnieje ryzyko, że po prostu zabraknie czasu na osiągnięcie tego celu, ale same już przygotowania utrzymują chorego przy życiu i nadają temu życiu cel (Kubacka-Jasiecka i Łosiak, 1999, s. 135).

4. *Depresja – akceptacja* – depresja pojawia się u osoby terminalnie chorej po doświadczeniu zaprzeczenia, gniewu i kompromisu. Zwykle stan zdrowotny chorego ulega wtedy pogorszeniu. Zaczyna on dostrzegać fizyczne oznaki osłabienia czy nasilenie się nowych objawów. Przyczyną silnego przygnębienia staje się też zaprzestanie pracy zawodowej, jak również długotrwały pobyt w szpitalu, poza własnym domem. Najbardziej dołujący jest jednak fakt, że chory nieuchronnie zostawi swoją rodzinę i nie zdąży rozwiązać wielu zajmujących problemów.
5. *Postawa pogodzenia się – wdzięczność* – człowiek zupełnie akceptuje swój los, jest gotowy na przyjęcie tego, co przyniesie mu pozostałe życie. Wynika to z tanatologicznej autorefleksji. To postawa typowa dla pacjentów w trzecim etapie rozwoju choroby nowotworowej, kiedy gniew, depresja i walka zostają zastąpione pogodą ducha i potrzebą spokoju. Chory dystansuje się od świata materialnego. Czuje gotowość do spotkania ze śmiercią, nie obawia się jej, ponieważ osiągnął zgodę z własnym sumieniem. „[...] odczuwa wdzięczność za darowane życie, choćby było nie najlepsze. Przemiana duchowa dokonała się. Jest naprawdę wolny, gdyż zwyciężył ból i cierpienie” (Bogacz-Wardzińska, 2007, s. 213–220).

5. Zmaganie się ze śmiercią

Temat śmierci, w wielu przypadkach, stanowi tabu, co odnosi się nie tylko do kwestii medycznych, ale także psychologicznych. Śmierć dla każdej osoby może przybierać inną formę. Przykładów może być niezliczenie wiele, gdyż każdą sytuację związaną ze stratą, śmiercią można rozpatrywać z uwzględnieniem różnic indywidualnych, wcześniejszych doświadczeń czy strategii radzenia sobie w sytuacji trudnej. Dla przykładu kobieta w sytuacji poronienia w położnej odnajduje źródło bezpieczeństwa i wsparcia, które otrzymała podczas całego procesu porodu. Kobieta odbierająca poród stała się świadkiem niezwykle traumatycznego wydarzenia – śmierci dziecka, a następnie rozpaczy matki. Zdaniem Sebastyańskiej-Targowskiej (2012, s. 64) „proces komunikacji [niewerbalnej położnej] z pacjentką jest wynikiem: świadomości siebie, postawy

akceptacji, autentyczności i elastyczności, umiejętność empatii, umiejętności radzenia sobie z wysokim poziomem stresu, mechanizmów obronnych oraz strategii postępowania w sytuacji zespołu stresu pourazowego”.

W każdym przypadku doświadczane stany emocjonalne mogą znacząco się od siebie różnić. Dlatego też w programach profilaktycznych powinno się zachęcać osoby doświadczające straty do tego, aby aktywnie poszukiwały wsparcia (Ludwikowska i Steuden, 2017). Żałobę nie rzadko przeżywa się w izolacji, która utrudnia proces przezwyciężania bólu oraz godzenia się ze stratą (Klein, 1940). Osoby, które nie mają możliwości pełnego przeżywania żałoby, czynią to niejako w sposób pośredni za pomocą mediów, na przykład w Internecie, jako autorzy blogów czy internetowych pamiętników dostępnych dla innych, w których dzielą się swoimi bolesnymi doświadczeniami poprzez upublicznianie ich. W przestrzeni wirtualnych komunikatorów mogą oni otrzymać empatyczne wsparcie od osób doświadczających choroby swojej lub bliskich, a także śmierci innych (Basek i Chudzicka-Czupała, 2016).

5.1. Interakcja z osobą umierającą.

Obecność przy osobie umierającej to szczególne, często trudne doświadczenie dla jej bliskich i opiekunów. Pomimo że śmierć jest czymś niezmiennym i na przestrzeni życia stykamy się z nią wielokrotnie, często można nie wiedzieć, co powiedzieć, jak się zachować, w jaki sposób pomóc. Dla osoby u kresu życia najważniejsza jest jednak obecność, świadomość bycia ważnym i kochanym. Zachowanie wobec chorego czy temat rozmowy powinien być dostosowany przede wszystkim do jego samopoczucia, potrzeb i oczekiwań. Niekiedy rozmowa nie jest potrzebna, a samo obcowanie z osobą, której jest trudno, może mieć niewyobrażalne znaczenie i uchronić przed konsekwencjami kryzysu psychologicznego (Stradomska, 2020b).

Czas umierania jest okresem szczególnego wysiłku, cierpliwości, wyrozumiałości i delikatności dla wszystkich osób z otoczenia chorego. Trudno jest o nim myśleć jako o kimś, kogo wkrótce nie będzie. Po poznaniu ostatecznej diagnozy bliscy osoby umierającej doświadczają wielu trudnych emocji, takich jak smutek, rozpacz, bezsilność, lęk, złość czy współczucie. Nie da się jednak towarzyszyć w odchodzeniu, gdy sami wypieramy ten temat ze świadomości lub nie radzimy sobie z własnymi emocjami. Jeśli osoby z otoczenia umierającego same nie akceptują swojego smutku, łez, złości czy bezradności, nie będą potrafiły empatycznie towarzyszyć choremu. Jeśli więc przeżywane emocje są zbyt trudne lub intensywne, warto porozmawiać z kimś bliskim lub poprosić o pomoc i doradztwo specjalistów (Krzyżanowski, Turkiewicz-Maligranda, Godawa i Hanulewicz, 2013).

5.2. Wartość rozmowy.

Rozpoczęcie rozmowy o umieraniu wymaga odwagi i wysiłku. Otwarta, bezpośrednia i szczerza rozmowa na ten temat przynosi jednak zwykle spokój i ukojenie zarówno dla chorego, jak i osób z jego otoczenia. Dzielenie się swoimi obawami może zbliżyć ludzi do siebie. Warto wprost mówić o swoich emocjach, lęku, dyskomforcie, ponieważ często otwiera to chorego na rozmowę o jego własnych przeżyciach. Warto również zapytać osobę umierającą, czego potrzebuje lub oczekuje. Niektórzy chorzy będą chcieli bardzo otwarcie rozmawiać o swojej chorobie i zbliżającej się śmierci. Inni z kolei będą unikać rozmów na ten temat i będą woleli skupić się na miłych wspomnieniach lub życiu swoich bliskich. Niektórzy nie będą chcieli w ogóle rozmawiać, ale poproszą o potrzymanie za rękę, przeczytanie książki czy obejrzenie ulubionego filmu.

O czym rozmawiać? O wszystkim, o czym chce i potrzebuje chory. Często tematem bardzo istotnym dla umierającego, a unikany przez bliskich, są ustalenia dotyczące pogrzebu czy kwestii majątkowych. Wiele osób czuje się bezpieczniej i spokojniej, gdy mają świadomość, że wszystko jest zorganizowane i ułożone, a ich śmierć nie spowoduje dodatków problemów czy konfliktów w rodzinie. Osoby umierające przeprowadzają także tzw. bilans życia: przepraszają za sytuacje z przeszłości, dziękują za kwestie, które już dawno zostały przez innych zapomniane, porządkują swoje wspomnienia i relacje z otoczeniem. Należy pozwolić na to – nie zaprzeczając, nie zmieniając tematu, nie ignorując i nie zostawiając chorego z poczuciem lęku o niezłatwione sprawy i nienaprawione relacje. Chory potrzebuje otwartości słuchacza na tematy, które chce podjąć, i na różną intensywność rozmów (Morrow, 2021; Cancer Research UK, b.d).

Należy pamiętać, że każdy człowiek jest inny, nie ma również dwóch takich samych procesów umierania. Chory może unikać rozmów ze względu na poziom bólu lub innych objawów i sposobów radzenia sobie z nimi. Może także nie chcieć angażować się w pełne rozmowy i preferować krótką zwięzłą komunikację. Zdarza się, że chory nie akceptuje faktu zbliżającej się śmierci i potrzebuje więcej czasu na oswojenie się z nią. Należy wtedy okazać cierpliwość i pozwolić mu na przyzwyczajenie się do faktu, że nie da się już podjąć efektywnego leczenia przyczynowego. Osoba umierająca może również, pomimo świadomości kresu swojego życia, zupełnie odmawiać rozmowy na ten temat. Ma do tego prawo. Należy to uszanować, zapewnić o swojej obecności i otwartości do rozmowy, kiedy tylko będzie na to gotowa (Pogrzebny, 2017; Szczepaniak, 2021; Piesik, b.d.).

5.3. Obecność.

Można towarzyszyć drugiej osobie poprzez rozmowę, ale także w milczeniu, poprzez samą swoją obecność. Uśmiech, trzymanie za rękę czy przytulenie są często bardziej porozumiewawcze i cenne niż wypowiedane słowa (Fundacja Hispicyjna, b.d.).

Zdarza się, że ze względu na stan zdrowia chorego dialog nie jest już możliwy. Warto wtedy zwracać szczególną uwagę na sygnały niewerbalne. Odpowiedzią na pytania dotyczące pragnienia, bólu, duszności czy innych potrzeb może być uścisk dłoni czy mrugnięcie oczami. W ten sposób chory ma możliwość wyrażenia swoich potrzeb oraz uzyskania pomocy i ulgi w cierpieniu. Język niewerbalny może być początkowo trudny do zrozumienia, ale stanowi on bardzo istotny element komunikacji z umierającym człowiekiem, dlatego warto uważnie wypatrywać wszystkich sygnałów pozawerbalnych i na bieżąco na nie reagować.

Czas umierania często jest okresem, w którym nasilają się pragnienia duchowe i egzystencjalne, pojawiają potrzeby natury religijnej, rozliczenia nie tylko z ludźmi, ale także z Bogiem czy siłą wyższą. Warto być otwartym na potrzeby duchowe osoby umierającej i umożliwić jej spotkanie z księdzem, spowiedź czy modlitwę. Można zaproponować choremu wspólną modlitwę, włączenie muzyki medytacyjnej, zapalenie świec, kadzideł czy inne praktyki właściwe dla tradycji i kultury umierającego. Należy jednak pamiętać, że wsparcie duchowe musi oznaczać przyjęcie i zrozumienie potrzeb chorego, nie może być nastawione na pouczanie czy nawracanie ani ze strony bliskich ani duchownych (Fundacja TZMO, b.d.).

Cytowany poniżej fragment pochodzi z autorskiego wywiadu przeprowadzonego 20 czerwca 2021. Osobą badaną jest ratownik medyczny, opiekun osób starszych, przedstawiciel Fundacji CLARK im. Erica i Very Clark.

Komunikacja. Właściwie czym jest taka komunikacja? Można mówić o wielu teoriach, a nie zawsze to będzie mądre. Jednym z największych w medycynie paliatywnej wyzwań etyczno-moralnych jest szczerść wobec umierającego. Wiele osób z nas boi się tego, co nas czeka. Czasem w duchu można cieszyć się, że to – nie ja. Opiekunowie pracujący z ciężko chorymi powinni odpowiedzieć sobie na pytanie – jakie oni sami prezentują stanowisko w sprawie śmierci. Nie tylko śmierci, bo i umierania, i własnej śmiertelności może tak ogólnie. Może jeszcze trochę z perspektywy opiekuna osób starszych, ratownika medycznego – podstawowym obowiązkiem opiekuna jest wysłuchanie pacjenta. Nawet jeśli nie do końca podoba się człowiekowi, co go czeka, i że czasem nic z tym nie można zrobić. Kiedy choroba postępuje, medycyna nie zapewnia wyzdrowienia, między opiekunem a pacjentem i jego rodziną mają miejsce takie rozmowy.

Trudne. Ze łzami. Bólem. Konieczne jest mówienie prawdy, ale tak, żeby nie odbierać nadziei. Przecież nadzieję na to, że jutro będzie lepiej, że jest nadzieja na to, że słońce zaświeci, że mniej będzie bolało, apetyt będzie lepszy, a sen spokojniejszy, należy mieć zawsze. Czasem przesłania to ból czy niepełnosprawność. Informacje, które otrzymuje chory, powinny dawać ukojenie, zapewniać o tym, że wszystko zostanie uczynione, żeby mógł godnie żyć do końca. Zawsze trzeba pamiętać, że prawda jest jak lekarstwo, które należy dawkować w zależności od indywidualnych potrzeb i wrażliwości pacjenta. Nieuleczalnie chorzy przeważnie chcą znać prawdę o swoim stanie, chcą móc o swojej sytuacji rozmawiać, obawiają się izolacji, samotności, odrzucenia. Według mnie – opiekuna i ratownika medycznego – trzy główne prośby terminalnie chorych to: pomóż mi, wysłuchaj mnie, nie opuszczaj mnie.

5.4. Gdy nadchodzi moment śmierci.

Wiele badań wykazało, że gdy ciało umiera, słuch jest jednym ze zmysłów funkcjonujących najdłużej. Zawsze należy założyć, że chory słyszy, co mówią osoby znajdujące się obok niego. Nie należy zatem mówić o umierającym w trzeciej osobie, głośno płakać i wyrażać swoich emocji czy dyskutować z innymi osobami. Ostatnie chwile życia są zwykle bardzo bolesne dla otoczenia umierającego. Powinni oni jednak zachować spokój, nie krzyczeć, nie inicjować niepotrzebnych interwencji medycznych, pielęgniarskich czy opiekuńczych (Michalczuk, Piszcz, Ślifirczyk, Zalewski i Krajewska-Kułak, 2018).

Warto po raz ostatni zapewnić umierającego o swojej obecności, miłości i akceptacji. Bardzo ważna jest atmosfera skupienia i ciszy, która zapewni osobie umierającej komfort fizyczny, emocjonalny i duchowy. Pozwoli to osobie umierającej na godne i spokojne odejście w gronie najbliższych (Gośliński, 2018).

5.5. Osoby towarzyszące podczas umierania.

Choroba, śmierć czy proces doprowadzający do tego, że dana osoba przestaje funkcjonować, może być dla personelu szpitalnego czymś bardzo skomplikowanym. Trudno przyzwycząć się do śmierci i umierania, jednakże po pewnym czasie staje się to naturalną częścią pracy. W pewnym momencie można mówić o tolerancji na zachowania trudne, ale niejednokrotnie będzie się to wiązało z odczuwaniem emocji czy związanego z tym trudu, nawet po wielu latach wykonywania danej profesji.

Ciekawe badanie zostało opublikowane w roku 2011 w czasopiśmie „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”. W badaniu wzięło udział 120 osób. Aż 53% ankietowanych odpowiedziało, że pamięta swoje pierwsze doświadczenie ze śmiercią pacjenta. Część badanych była w stanie odtworzyć pojawiające się w takiej sytuacji emocje i odczucia. Można było wyróżnić strach, współczucie oraz bezradność. Dla ponad połowy ankietowanych (58%) śmierć pacjenta była niezapomniana z uwagi na to, że pacjent cierpiał, był w młodym wieku oraz ze względu na obecność osoby bliskiej czy członka rodziny przy umieraniu. Ważnym elementem stała się także kwestia psychologiczna – w trakcie opieki można przyzwyczaić się do pacjenta i się z nim żyć. Badane pielęgniarki odtworzyły emocje, które im towarzyszyły, a zaliczyć do nich można smutek, przygnębienie czy poczucie straty (Śleżiona i Krzyżanowski, 2011).

Goss (2018) przytoczył, że jedna z pielęgniarek miała do czynienia z pacjentem, który dużo z nią rozmawiał, często opowiadał o swojej rodzinie, zwierzętach, sadzie. Bardzo słabł, choroba postępowała, pewnego dnia powiedział, że zjadłby truskawki. Opowiadał, że chciał być ogrodnikiem i bardzo lubił te owoce. Pielęgniarka będąca na praktykach w szpitalu nie myślała o śmierci, mimo iż temat był bardzo często poruszany w rozmowach, a jednak śmierć pacjenta wywołała poczucie bezradności, bezsilności i strach. Zaczęła zastanawiać się nad sensem istnienia, a mimo żalu i współczucia uświadomiła sobie, że musi nauczyć się panowania nad emocjami i towarzyszenia pacjentowi w cierpieniu, a czasami też w ostatniej drodze życia.

Emocje, które towarzyszą utracie dziecka, można by nazwać jednymi z największych, gdyż przeżycia matki są wręcz nie do opisanie. Odszedł siedmioletni mały człowiek, gdyż chciał nazbierać trochę kasztanów, po wspięciu się na drzewo spadł z niego. Rodzice postanowili, że ich dziecko zostanie dawcą organów. Pielęgniarka nie mogła powstrzymać swoich emocji, lecz nie było tam miejsca na panikę i histerię. Przy innym zabiegu usłyszała historię biorczyni, młodej dziewczyny, która straciła wzrok z powodu niewydolności nerek i pogarszającego się stanu trzustki.

„Od tego nie da się tak po prostu odciąć”, mimo że sam proces umierania jest naturalną kolejną rzeczą, emocje, które mu towarzyszą, są nieuniknione. Mimo pełnego profesjonalizmu i opanowania takim zdarzeniom towarzyszą silne emocje i uczucia, a w szczególności: opuszczenie, żal, brak nadziei. Ciężko czasem jest oddzielić pracę zawodową od życia prywatnego, dlatego pielęgniarka może przynosić do domu przeżycia i emocje, które miały miejsce w pracy. Myśli dotyczące pacjentów występują dość często, nawet o tych chorych, których już nie ma. Kontakt pacjentów ze śmiercią niesie ze sobą wiele doświadczeń, nie zawsze są one negatywne pomimo smutku i przygnębienia. Ważne jest przypomnienia, jak kruche jest życie, a także to, że należy okazywać szacunek temu, co nas otacza. Widok młodej kobiety, matki dwójki dzieci,

która jest na łożu śmierci, sprawia, że sytuacje życia codziennego przestają mieć jakiegokolwiek znaczenie. Nie zmienia to faktu, że ciągły kontakt ze śmiercią niesie ze sobą negatywny wpływ, po wyjściu z pracy nie można się całkowicie od tego odciąć. Smutek w takich sytuacjach jest rzeczą normalną, jednak można spojrzeć na to z drugiej strony, szczególnie gdy pod opiekę trafi osoba, która ma szansę na lepsze warunki w szpitalach/hospicjach aniżeli w domu. W momencie gdy taka osoba odejdzie, pojawiają się myśli, że powinna mieć więcej czasu na tym świecie w bardzo dobrych warunkach, zaznawać codziennych miłych doświadczeń. W obecnych czasach obserwuje się pójście na przysłowiową łatwiznę, kłótnie, nierozmawianie z innymi. Gdyby chociaż raz w roku ktoś przyszedł do hospicjum jako wolontariusz, to zobaczyłby, jak ciężko jest ludziom odchodzić, w szczególności, gdy są niepokodzeni ze śmiercią. Wtedy osobiste decyzje i życie rodzinne byłyby bardziej doceniane.

Każdy pacjent jest inny – czasem występują szczerze rozmowy w cztery oczy bez wiedzy bliskiej rodziny oraz prośby: „Nic im nie mów”, czasem to zwykłe spędzanie czasu w ciszy i trzymanie za rękę. Czasem to mała prośba: „Zajmiesz się moim kotem?”. „Przytul się do mnie, może mnie już tu nie być, jak przyjdiesz następnym razem”, „Odejście naszego pacjenta nie jest naszą porażką”. Przez całe życie pielęgniarki szkolą się, jak radzić sobie ze śmiercią pacjenta, jest to nauka nie tylko ze szkół i uczelni, ale także z własnego doświadczenia i doświadczeń kolegów. Na pierwszym miejscu stawia się dobro pacjenta, pomoc mu. W Polsce i na świecie ok. 45% pacjentów onkologicznych można wyleczyć, ważna jest świadomość o chorobie, z jaką się pracuje, i pewność, że wszystko, co mogło być zrobione, miało miejsce. W przypadku gdy nie ma możliwości uratowania pacjenta, powinno się mu zapewnić wygodę w ostatnich dniach, dodatkową opiekę psychologa, środki farmakologiczne, empatię, a także możliwość kontaktu z najbliższymi (Goss, 2018).

Jednym z najtrudniejszych działań może okazać się opieka nad osobami umierającymi. Wymagania, jakie zostają postawione przed pracownikiem, niekiedy mogą wykraczać poza kompetencje zawodowe. Nieustanny kontakt czy to psychologiczny, czy też fizyczny jest fundamentem relacji z człowiekiem, który umiera. Obowiązki te wymagają od pracownika pełnego zaangażowania emocjonalnego, a zaangażowanie niekiedy może doprowadzić do utraty energii. Służba zdrowia skierowana jest na człowieka przez pryzmat całości – wysłuchiwanie tego, co przeżywa pacjent, ale także uśmierzanie objawów i okazywanie wsparcia, jeśli chodzi o trudy społeczne i emocjonalne. Śmierć wywołuje silne reakcje, które również dotyczą osoby, która odchodzi. Musi ona pożegnać się ze wszystkim, co miało dla niej jakąś wartość. Interdyscyplinarny zespół, który również opiekuje się taką osobą, ma na celu zmniejszenie bólu, jaki występuje w ciele, ale także pomóc załagodzić ból psychiczny, społeczny i duchowy. Szczególna

relacja między osobą, która sprawuje opiekę nad chorym, a chorym powstaje podczas uzewnętrżnień pacjenta, osoba ta często zaznajamia się z jego biografią, a także poznaje historie jego rodziny. Skutkuje to poniesieniem emocjonalnych kosztów przez opiekuna (Fopka-Kowalczyk, 2014).

5.6. Stres u wybranych grup zawodowych.

Zagadnienie związane ze stresem i stylami radzenia sobie z nim jest tematem kluczowym wśród rozważań psychologów, psychoterapeutów, psychiatrów oraz przedstawicieli innych dyscyplin (np. pedagogiki, socjologii, medycyny). Zgodnie z dostępną literaturą wskazać można wiele metod radzenia sobie ze stresem: wysiłek fizyczny, racjonalne myślenie, choreoterapię, korzystanie z metod relaksacji i wiele innych (Klukowski, 2005).

Według Heszen-Niejodek (1996) wyróżnić można trzy sposoby radzenia sobie ze stresem, których działanie jest na optymalnie wysokim poziomie terapeutycznym (ryc. 2).



Rycina 2. Style radzenia sobie ze stresem w opinii Ireny Heszen-Niejodek 1996, s. 92.

Pierwszym wskazanym sposobem radzenia sobie ze stresem jest wyznaczenie zadania do wykonania. Dany cel może w perspektywie zmienić tok myślenia i stan psychiczny. Zadania te mogą być powiązane z pracą fizyczną bądź umysłową, wykonaniem czynności niezwiązanej z czynnikami stresogennymi.

Druga kategoria wskazuje na emocje, które są przeciwstawne do tych, które wywołały stres – co jest konsekwencją krótkiego lub długiego stresu. Dbanie o stan emocjonalny może w sytuacji stresowej pozwolić na skuteczne zmierzenie się z trudnościami.

Ostatnim stylem jest unikanie. Unikanie sytuacji, która powoduje stres, jest dość trudnym zagadnieniem. Czasem brak jest możliwości nieuczestniczenia w zdarzeniach, które mogą generować trudne emocje.

Skuteczność powyższych modeli radzenia sobie ze stresem jest uzależniona od wielu czynników, np. rodzaju stresora, czynników charakterologicznych oraz osobniczych danej jednostki. Zasadniczą kwestią mierzenia się z tym zjawiskiem jest odpowiedź na pytanie: w jak dużym stopniu można zniwelować stres i jego skutki? (Tokarczyk, 2011, s. 82).

Niewątpliwie duże zainteresowanie społeczne i naukowe wzbudza występujący powszechnie stres. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż wywołuje on negatywne, jak i pozytywne skutki. Ważnym aspektem stresu z medycznego punktu widzenia jest to, że czynniki stresogenne (zewnętrzne) naruszają równowagę organizmu. Od kilku dekad przeprowadza się coraz więcej badań dotyczących stresu doświadczanego w pracy służb mundurowych. Policja oraz Straż Pożarna to współcześnie jednostki systemu mające najlepiej zorganizowaną pomoc psychologiczną, świadczoną osobom w nich zatrudnianych. Świadczenie pomocy dla formacji mundurowych ma charakter grupowy, a w razie potrzeb indywidualny.

Środowisko zawodowe personelu medycznego często podnosi temat niesienia pomocy psychologicznej wśród pracowników służby zdrowia, natomiast instytucje prawodawcze bardzo niechętnie poruszają ten temat. Ciągłe zmiany i modernizacje, jakie mają miejsce w służbie zdrowia, niestety niosą za sobą konsekwencje w postaci ponadnormatywnej liczby godzin pracy, co samo w sobie tworzy sytuację stresogenną. W wielu pozycjach literackich nadużywany jest argument (przejawia się to również w społecznym przekonaniu), iż osoby należące do personelu medycznego posiadają odpowiednie predyspozycje psychiczne do wykonywania tego rodzaju pracy.

Specyfika pracy w służbie zdrowia wynika nie tylko z wykonywania procedur medycznych, ale też wiąże się z intensywnym kontaktem z ludźmi (najczęściej w różnym stanie i okolicznościach). Radzenie sobie ze stresem jest kluczowym procesem adaptacyjnym. W przypadku ratowników medycznych pierwotna ocena sytuacji stresowej pozwala na uruchomienie procesów zaradczych, ważne jest też oszacowanie sytuacji i zagrożenia wtórego, tzn. w jaki sposób można sprostać danej sytuacji. Radzenie sobie obejmuje z jednej strony czynności behawioralne, a z drugiej poznawcze – co w efekcie ma zmienić obecną sytuację na lepszą.

W opanowywaniu stresu przez personel medyczny ważną rolę odgrywa osobowość. Jedną z teorii (najbardziej rozpowszechnionych w środowisku psychologicznym) osobowości jest pięcioczynnikowy model osobowości (zwany również Wielką Piątką). Model ten dotyczy pięciu wymiarów, z których składa się osobowość: otwartość na doświadczenia, neurotyczność, ugodowość, ekstrawersja i sumienność. Otwartość na doświadczenia to pozytywne wartościowanie doświadczeń życiowych, neurotyczność z kolei charakteryzuje się podatnością na doświadczanie emocji negatywnych (np. strach, poczucie winy itp.). Natomiast ugodowość jest sposobem pozytywnego nastawienia do opinii innych ludzi, ekstrawersja odznacza się otwartym stosunkiem do świata i ludzi, natomiast sumienność jest przedstawiana jako wysoki poziom obowiązkowości i motywacji danej jednostki do działania (Piasecka, 2011, s. 173).

Kwerenda potwierdza istotny związek cech osobowości, a także metod rozładowywania stresu wśród pracowników personelu medycznego. Cechami osobowości, które korelują ze stresem, jest neurotyczność, a także ekstrawersja. Neurotycy mają skłonność do oceniania zdarzeń i doświadczanych sytuacji i to oni są najbardziej narażeni na doświadczenia negatywne. Ekstrawertycy natomiast często analizują informacje zwrotne i opinie o sobie, a także efekty własnych działań, co umożliwia im lepsze radzenie sobie nie tylko z sytuacjami stresogennymi, ale też z samym stresem.

Co ciekawe, w grupie studentów aplikujących na stanowiska personelu medycznego nie ma obowiązku wykonywania testów psychologicznych, co w efekcie pozwalałoby na dobór tylko predysponowanych jednostek do wykonywania tego zawodu. Nie jest to odosobniony przypadek braku badań psychologicznych u osób, które w przyszłości mogą pracować w trudnych warunkach, takich, które mogą doprowadzić do wyczerpania emocjonalnego. Grupa personelu medycznego czynnego zawodowo również nie jest kierowana na takie badania. Pracownicy służby zdrowia każdego dnia są narażeni na trudne sytuacje związane z obowiązkiem i odpowiedzialnością wynikającą z podejmowania decyzji o zdrowiu czy życiu chorego. Studenci kierunków medycznych w pracowniach symulacyjnych są przygotowani do podejmowania trafnych decyzji w uzależnieniu od zmiany stanu klinicznego pacjenta. Elementem, który pozwala przystosować adeptów medycyny do wykonywanego zawodu, są praktyki zawodowe odbywające się w warunkach naturalnych, co pozwala na zaadaptowanie się do przyszłej pracy (Łosiak, 2003, s. 274). Nie zawsze jednak są to zagadnienia, które pomagają osobie w radzeniu sobie z trudnościami.

Warto dodać, że praca personelu medycznego związana jest na każdym kroku z ustawicznym narażeniem na bodźce generujące stres. Czynnikiem stresu działa na każdego inaczej, dlatego wymaga zapewnienia dużego wsparcia psychologicznego dla osób wykonujących zawody w służbie zdrowia.

6. Koncepcja kontekstów świadomościowych B. Glasera i A. Straussa

Awareness of dying to przełomowa rozprawa Glasera i Straussa z 1965 roku zawierająca główne myśli dotyczące teorii kontekstów świadomości umierania. Praca była poprzedzona wielomiesięcznymi badaniami przeprowadzonymi w szpitalach, jednak koncepcja ta odnosi się także do śmierci, która ma miejsce we własnym domu, w hospicjach i domach opieki. Badania realizowano w oparciu o metodologię wypracowaną w amerykańskich szpitalach w latach 60. XX w., choć badacze powołali się także na obserwacje własne z praktyki w szpitalach europejskich oraz w Japonii. Istotą badań było opisanie interakcji między umierającym a personelem szpitala, umierającym a rodziną i/lub bliskimi oraz rodziną i/lub bliskimi a personelem. Badacze doszli do wniosku, że rodzaj zachodzącej interakcji między poszczególnymi grupami uczestników w największym stopniu wynika z kontekstu świadomości umierania, jaki wytworzył się pomiędzy nimi. Na podstawie analiz własnych autorzy wskazali cztery rodzaje możliwych kontekstów: zamkniętej świadomości, podejrzeń, wzajemnego udawania oraz otwartej świadomości.

6.1. Kontekst zamkniętej świadomości.

Kontekst zamkniętej świadomości ma miejsce w sytuacji, w której lekarz lub rodzina, mimo posiadanej wiedzy na temat stanu chorego, nie informują go o nim. Lekarz i/lub rodzina odrzucają postawę otwartości i szczerości wobec pacjenta na rzecz uchronienia go przed negatywnymi konsekwencjami poznania prawdy, np. utratą nadziei czy załamaniem. Dochodzi do swoistej „zmowy milczenia”, mogącej trwać tak długo, jak długo będzie trwał proces umierania od momentu diagnozy śmiertelnej. Kontekst zamkniętej świadomości może podlegać zmianom w trakcie odchodzenia. W miarę pogarszającego się stanu zdrowia chorego może on zacząć dostrzegać swoją sytuację, a także nieautentyczny sposób zachowania personelu medycznego czy rodziny. Pacjent może również intensywnie dociekać informacji o swoim faktycznym stanie i poprzez obserwację reakcji osób, z którymi wchodzi w interakcję, skonfrontować swoje przypuszczenia. Z drugiej strony istnieją okoliczności, w których zmiana kontekstu świadomości nie jest możliwa – gdy pacjent traci świadomość otaczającej rzeczywistości, np. zapadając w śpiączkę.

Według Glasera i Straussa (1965; za: Wiatr, 2011) im dłużej proces umierania przebiega w charakterze zamkniętego kontekstu świadomości, tym bardziej obciążające i wyczerpujące jest

to dla osób wchodzących w jakikolwiek rodzaj interakcji z pacjentem. Tym samym doświadczanie umierania bliskiej osoby przez rodzinę jest bardziej bolesne.

Kwestia może być trudna i skomplikowana z uwagi na to, że zamknięty kontekst świadomości nie zakłóca pracy konkretnego oddziału szpitalnego. Chociaż obecność osoby ciężko chorej i umierającej może zmieniać przyjęty porządek, który jest niewątpliwie istotny dla interakcji, które są już stworzone.

Omawiany kontekst świadomości można zachodzić nie tylko w murach szpitala i domu, lecz także w hospicjum, co jest dość paradoksalne z punktu widzenia charakteru tej placówki. Jednak stan pacjentów trafiających pod opiekę hospicyjną jest często na tyle ciężki, że wszelkie decyzje podejmowane są przez rodzinę, więc chory może nie być świadomy, w jakiego rodzaju zakładzie się znalazł. Zdarza się, że rodzina oczekuje od personelu placówki zatajenia prawdy przed pacjentem, jednak zasady panujące w hospicjum zobowiązują pracowników do informowania o tym, co pacjent może przyjąć. Według Wiatra (2011, s. 261) „takie okoliczności często wzmacniają zamknięcie się kontekstu – zarówno przez interakcje między pacjentem a rodziną, jak i pacjentem a personelem oraz personelem a rodziną”. Niemożliwe jest stwierdzenie, czy opisywany kontekst zamkniętej świadomości można zakwalifikować jako coś, co jest złe i nieetyczne. Zależać to będzie od różnic indywidualnych i uwarunkowania danej osoby, co może wynikać z historii życia jednostki. Jeśli osoba przez lata nie potrafiła poradzić sobie z porażką lub każdą sytuację trudną traktowała jako tę, która jest karą – informacja o śmiertelnej chorobie może być czymś, co spowoduje negatywne konsekwencje i brak motywacji do – dla przykładu – podejmowania dalszego leczenia przez przyjmowanie leków przeciwbólowych. Z drugiej jednak strony obciążenie personelu medycznego, rodziny czy osób towarzyszących w procesie odchodzenia może doprowadzić do wypalenia emocjonalnego.

6.2. Kontekst podejrzeń.

Granice między niektórymi kontekstami świadomości są płynne – wszystko to zależy od dynamiki interakcji, jakie między nimi występują. Zamknięty kontekst świadomości może przyjąć postać trzech pozostałych kontekstów. Podczas procesu umierania sam kontakt z najbliższymi, jak i z pielęgniarkami może doprowadzić pacjenta do podejrzeń, że jest śmiertelnie chory, co skutkować może zadawaniem otwartych pytań o swój stan zdrowia. Utrwalenie tych podejrzeń wynikać może z przekonania o tym, że pacjent „już wie”, co Glaser i Strauss (1965) nazywają „mitem”. W kontekście zamkniętej świadomości istnieje przekonanie ze strony otoczenia, że „pacjent wolałby nie wiedzieć, że umiera”.

Kontekst podejrzeń jest walką o kontrolę nad świadomością „o tym”, prowadzi to do słownych i bezsłownych taktyk ukrywania. Po części jest to ułatwienie, gdyż temat nie jest poruszany, z drugiej strony nie współtowarzyszy się choremu w samym procesie umierania. Strategie te odnoszą się do procesów interpretacji, oznacza to, że pacjent i otoczenie posługują się inną wiedzą podręczną.

Kontekst podejrzeń w swoim największym natężeniu ma miejsce w zamkniętych czterech ścianach – w domu czy w szpitalu. W hospicjum podejrzania, jakie ma pacjent, są traktowane przez personel jako gotowość do otrzymania wiedzy, co tak naprawdę się dzieje, kontekst podejrzeń zmieni się w kontekst otwartej świadomości. W domu opieki mieszkańcy nie są umierający w medycznym tego słowa znaczeniu (nie oznacza to, że nie umierają). Wydawać się może, że kontekst świadomości jest tam otwarty, również przed samym procesem umierania.

6.3. Kontekst wzajemnego udawania.

Interakcje między pacjentem a personelem przybierają formę kontekstu wzajemnego udawania, kiedy obie strony są świadome terminalnego stanu pacjenta, jednak subtelnością swoich postaw sprawiają wrażenie, jakoby chory mógł wyzdrowieć. Glaser i Strauss (1965; za: Wiatr, 2011) określają ten stan maskaradą, w czasie której wrażenie normalności sprawia nie tylko przybrana persona, lecz także ubrania, sceneria czy wiele innych rekwizytów. Obecne w szpitalnej przestrzeni powtarzalne działania, takie jak podawanie posiłków o stałych porach, zmienianie pościeli czy codzienne mierzenie temperatury ciała, mają na celu przekonanie pacjenta i jego otoczenia o zwyczajnej, niezmienną się rzeczywistości. Również podejmowane w rozmowach bezpieczne tematy sugerują, że jest tak, jak zwykle – dyskutuje się o jedzeniu czy bieżących wydarzeniach politycznych. Najważniejszą prawidłowością kontekstu wzajemnego udawania jest tabuizacja umierania. Jeżeli nie uda się jednak ominąć w rozmowie niebezpiecznego tematu śmierci, udaje się, że nie dotyczy on stanu pacjenta. Kontekst wzajemnego udawania może przechodzić jedynie w kontekst otwartej świadomości.

6.4. Kontekst otwartej świadomości.

Kontekst otwartej świadomości należy do najrzadziej występujących interakcji między pacjentem terminalnie chorym a jego otoczeniem. Glaser i Strauss (1965) w swoich badaniach skupili się przede wszystkim na obserwacjach pacjentów w sytuacji, gdy mogą oni wyrażać

życzenia związane z własnym umieraniem, co zmienia dramaturgię tego procesu. Problematyczność kontekstu otwartej świadomości, dostrzeżona przez autorów, dotyczy włączenia ludzkiej i medycznej odpowiedzialności do płaszczyzny interakcji, np. lekarz musi mierzyć się z prośbami pacjenta o nieprzedłużanie życia. Pozytywnym aspektem takiej postawy wobec umierania jest możliwość „domknięcia” swojego życia przed śmiercią w kontekście psychologicznym. Rodzina i najbliższym umierającego pozwala to na odczuwanie mniejszego obciążenia dzięki temu, że nie są zmuszeni do zakłamywania rzeczywistości. Według autorów przygotowania do śmierci mogą stać się dla rodziny i dla personelu ważnym doświadczeniem. Spośród personelu szpitalnego największą otwartość na kontekst otwartej świadomości przejawiają pielęgniarki.

Otwarty kontekst świadomości nie jest jednoznaczny z akceptacją zbliżającej się śmierci. Oznacza konfrontację z faktyczną sytuacją chorego, natomiast umiejętność radzenia sobie z procesem umierania może być różna w każdym przypadku (Wiatr, 2011).

6.5. Interakcje w kontekstach świadomościowych a teoria wymiany.

Wzory interakcji, stosowane techniki i strategie, które mają na celu zapewnienie im określonej formy opisane były przez Glasera i Straussa (1965). Mechanizm kształtowania się tych interakcji nie był jednak uwzględniony. Wyjaśnienie tego zjawiska może przybliżyć teoria Georgra Homansa. Homans na podstawie ogólnej teorii zachowania zinterpretował procesy zachodzące między ludźmi, które są źródłem wzajemnych kar i nagród pomiędzy partnerami. Ludzie w relacjach społecznych spośród więcej niż jednego możliwego zachowania wybierają takie, które umożliwia im uzyskanie czegoś od partnera. Partner natomiast reaguje na to zachowanie z uwzględnieniem uzyskania kar bądź nagród. Pozytywne reakcje podlegają wzmocnieniu, czyli dalszym nagrodom, natomiast niewłaściwe – wygaszaniu karami (Homans, 1961). Postępując w określony sposób, ludzie otrzymują pożądane wartości, przy czym sami ponoszą pewne koszty, np. rezygnacja z innych nagród, które otrzymaliby przy wyborze innego sposobu zachowania. Natomiast tendencja do stabilizacji zachowania występuje w sytuacji, kiedy osiągnięte wartości są najwyższe w stosunku do ponoszonych kosztów.

Zatem interakcja traktowana w przedstawiony sposób, jako rodzaj wymiany, przypomina transakcję ekonomiczną. Wymiana społeczna wiąże się jednak z elementami o znaczeniu wewnętrznym dla partnerów, co nie ma miejsca w transakcjach ekonomicznych. Wspomniane nagrody mogą mieć charakter bezpośredni lub symboliczny. Do tych pierwszych można zaliczyć uzyskanie danego dobra, a symbolicznie – otrzymanie uczucia, bezpieczeństwa. Ważne do przeanalizowania jest to, że aby uzyskać te dobra, pacjenci muszą zachować się w odpowiedni

sposób, który zgodnie z ich oczekiwaniami wyzwoli odpowiednie zachowanie wśród personelu czy innych osób. Logiczne jest zatem, że otrzymywanie kar jest odwrotnością nagród, a co za tym idzie pozbawieniem dóbr czy uczuć.

Dodatkowym czynnikiem jest to, że w całym procesie wymiany są możliwe pewne zakłócenia, które ją utrudnią lub uniemożliwią. Dla przykładu chorzy pacjenci mogą używać niewłaściwych wzmocnień w stosunku do pielęgniarek, odwołując się do obowiązków. Nie są oni wtedy w stanie bowiem wyegzekwować pożądanego nagród. Próbując modelować zachowanie pacjentów, otoczenie czasami kieruje się niewłaściwymi założeniami co do skuteczności określonych bodźców lub pożądanego wartości nie są inwestowane. Skutkiem tego pacjenci przejawiają zachowania, które określa się jako kłopotliwe i trudne.

W omawianych kontekstach świadomościowych towarzyszących umieraniu otoczenie może nagradzać lub karać pewne zachowania pacjenta, ponosząc przy tym wyrzeczenia i koszty związane z przyjęciem każdego kontekstu. W przypadku pacjenta sytuacja jest podobna, choć zazwyczaj to nie on inicjuje zachowania prowadzące do utrzymania określonego kontekstu. Pojęcie zamkniętej świadomości mówi o utwierdzaniu chorego w przekonaniu o procesie zdrowienia, pomimo odmiennego stanu. Zachowania pacjenta, które zbliżą go do tego celu, będą nagradzane, przeciwne będą karane. Potocznie nazwany „spokój ducha pacjenta” jest dla opiekunów nagrodą, dzięki czemu unikają oni trudnych sytuacji, a także następuje dowartościowujące postrzeganie swoich zachowań jako altruistycznych. Różne mogą być koszty tych działań w zależności od odmiennych czynników. Jednym z nich może być brak szczerości w relacjach i konieczność udawania.

To, czy wymiana będzie miała miejsce, zależy przede wszystkim od pacjenta. W sytuacji podejrzewania czegoś będzie on swoim zachowaniem wywierał wpływ na otoczenie, w wyniku czego uzyska poszukiwane informacje. Takie zachowanie jest uważane za szkodliwe i niewłaściwe. Klient tym samym naraża się na konflikty z otoczeniem i są to jego koszty inwestycyjne. Jedną z kar jest izolacja społeczna, unikanie go.

Wzajemne udawanie może wynikać z pobudek altruistycznych, co stanowi nagrodę dla obu stron. Lekarze i rodzina dbają o interesy pacjenta, on natomiast chce chronić swoich bliskich. Dla chorego udawanie może być konieczne, aby uzyskać aprobatę otoczenia, akceptację, brak izolacji. Otoczenie z kolei ponosi koszty zbliżone do tych w przypadku zamkniętej świadomości. Największe konsekwencje dotyczą pacjenta. Nie wyrażając tego, co dla niego najważniejsze, traci możliwość rozładowania napięcia i pozostaje w stanie lęku i obaw do końca życia. Natomiast nagrodą w kontekście otwartej świadomości jest pozbycie się kosztów ponoszonych przez pacjenta w procesie wzajemnego udawania. Karą dla chorego jest przymus adaptacji do

warunków szpitalnego umierania. Nagrodą dla otoczenia jest możliwość przejawiania zachowań zgodnych z „wnętrzem”, brak udawania, szczerość. Ceną jest konieczność stawiania czoła przynoszącym lęk problemom, do rozwiązania których nie jest na ogół przygotowany (Ostrowska, 1991).

7. Postawy wobec śmierci

Śmierć jest jednym z najbardziej uniwersalnych doświadczeń, które dla każdego jest nieuniknione. To zjawisko budzi jednak bardzo różnorodne, często skrajne interpretacje i postawy. Przede wszystkim ze względu na nieuniknioną śmierci oraz tajemniczość, która jest z tym zjawiskiem związana (Bołoz, 2005). Guzowski i współpracownicy (2016) zwracają ponadto uwagę na paradoksalność postrzegania śmierci – z jednej strony to wstydlivy temat, zepchnięty na margines w zlaicyzowanym społeczeństwie, z drugiej strony nadal będący przedmiotem nieustającej fascynacji.

Postawa definiowana jest jako względnie trwała tendencja danej osoby do określonego (np. pozytywnego bądź negatywnego) ustosunkowania się do pewnego obiektu. Na to ustosunkowanie składa się zachowanie, myślenie, czy odczuwanie (Grzendzicki, 2009). Dlatego mówimy o behawioralnych, poznawczych oraz emocjonalnych komponentach postawy (Makselon, 1984; Jankowska, 2018).

We współczesnych badaniach pojawia się termin postawa wobec śmierci. Ich celem jest ustalenie zależności między postawą a – na przykład – indywidualnymi cechami osobowości. Często bada się to zjawisko również w kontekście religijności (Grzendzicki, 2009).

Postawa wobec śmierci jest w dużej mierze uwarunkowana przez czynniki społeczno-kulturowe. Ogromne znaczenie w tej kwestii mają również wizje śmierci, kreowane przez religie (Fiedorczuk i Owłasiuk, 2007).

Na co dzień człowiek współczesny nie myśli o śmierci. Zazwyczaj dopiero zdiagnozowanie choroby, która niepomyślnie rokuje, powoduje duchową przemianę oraz zmianę postawy wobec śmierci (Bogacz-Wardzińska, 2007).

Wszelkie religie opierają się w dużej mierze na przeświadczeniu, że śmierć nie jest kresem ludzkiego życia – w zaświatach czeka kolejny etap egzystencji. We współczesnym świecie jednak, pod wpływem postępu w technologii i medycynie, w podejściu do zjawiska śmierci istotną rolę odgrywiają naukowe przesłanki (Grzendzicki, 2009).

Według badań z 1986 roku, przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii, tylko połowa respondentów wierzy w możliwość życia po śmierci. W podobnych badaniach, które zostały przeprowadzone w Polsce w 2001 roku, aż 68% badanych wierzy w jakiś rodzaj egzystencji po śmierci (Pawlak, 2003).

Bołoz (2005) zwraca uwagę na współczesne tendencje do wypierania problematyki śmierci ze zbiorowej świadomości.

Cierpienie, umieranie oraz śmierć to zjawiska, które obecnie w przekazie medialnym (który ma istotny wpływ na nasze codzienne życie) są niemalże tabuizowane, gdyż ta problematyka nie pasuje do promowanych przez środki masowego przekazu nieosiągalnych wzorców młodości, zdrowia i piękna (Wicka, 2012).

Filipczak-Bryniarska i Wordliczek (2008) z kolei używają nawet terminu społeczna tanatofobia. Natomiast Fiedorczuk i Owłasiuk (2007) nazywają to samo zjawisko odwróconą śmiercią lub śmiercią na opak. Każdy z terminów odnosi się do tego, że w wysoko rozwiniętych społeczeństwach śmierć stanowi swego rodzaju tabu. Ludzie nie są aktualnie przygotowani nawet, by wspierać umierających czy przeżywających żałobę.

Dawniej człowiek umierał we własnym domu, otoczony opieką swojej rodziny. Natomiast aktualnie śmierć coraz częściej przenosi się z domu do szpitala (Ostrowska, 2016). Sokołowska (1986) zastosowała wobec tego zjawiska termin hospitalizacji śmierci.

Jeleń-Kubalewska (2014) uważa, że postęp technologiczny, medyczny, urbanizacja oraz tendencje do powstawania rodzin nuklearnych (zamiast wielopokoleniowych, jak dawniej) to czynniki, które mają istotny wpływ na współczesne postawy wobec śmierci.

Pośród pojęć, które zazwyczaj są używane do określenia postawy wobec śmierci, należy wyróżnić lęk, niepokój oraz strach. Według badań większy poziom lęku związany jest z negatywnymi postawami wobec śmierci. Pacjenci terminalni o radykalnych poglądach religijnych charakteryzują się mniejszym niż u pacjentów mniej religijnych lękiem przed śmiercią. Strach przed śmiercią jest również powiązany z obrazem siebie. Okazało się, że niższej samoocenie towarzyszy wyższy niepokój przed śmiercią. Poczucie sensu oraz poczucie osamotnienia to kolejne istotne korelaty lęku tanatycznego. Ludzie o wysokim poczuciu sensu oraz o niskim poczuciu osamotnienia posiadają niższy wskaźnik lęku przed śmiercią. Z postawą i lękiem wobec zjawiska śmierci nierozzerwalnie są związane również mechanizmy obronne. Badacze uważają, że ich powstawanie w psychice człowieka jest niezbędne, by zredukować poziom obaw przed śmiercią (Grzendzicki, 2009).

Bogacz-Wardzińska (2007) rozpatruje postawy wobec śmierci i umierania na podstawie rozwoju duchowego według Kesslera oraz teorii pięciu etapów umierania Kübler-Ross, które

zostały scharakteryzowane w poprzedniej części pracy. Na podstawie dwóch powyższych teorii autorka wyróżnia następujące postawy wobec śmierci:

1. *Postawa zaprzeczenia* – wyrażanie siebie. Zaprzeczenie i izolacja to forma ochłonięcia po wstrząsającej diagnozie.
2. *Postawa gniewu* – odpowiedzialności. Charakteryzuje się zwiększoną skłonnością do wybuchów gniewu i agresji. Jednak pomoc w uporaniu się z tymi trudnymi emocjami może poczucie odpowiedzialności za swoje życie.
3. *Postawa negacji* – przebaczenie. Postawa związana z *targowaniem się z Bogiem o własne życie*. Jest to dość twórcza i aktywna faza, w której człowiek bardziej skupia się na życiu niż na śmierci. Jednocześnie zastanawia się nad przebiegiem swojego życia oraz oceną własnych czynów.
4. *Postawa depresja–akceptacja*. Etap związany z osłabieniem oraz pogorszeniem się stanu zdrowia.
5. *Postawa pogodzenia się* – wdzięczność. Całkowita akceptacja własnego losu. Dominujące uczucia to pogoda ducha oraz potrzeba spokoju.

Powyższa koncepcja zakorzeniona jest mocno w wierze chrześcijańskiej.

Podsumowując, śmierć to uniwersalne zjawisko, które w takim samym stopniu dotyczy każdego, jednak budzi skrajne postawy. I mimo laicyzacji społeczeństwa, postawy wobec śmierci nadal są badane w dużej mierze w kontekście religijności.

ROZDZIAŁ V

INSTYTUCJONALIZACJA ŚMIERCI A ETYKA

1. Wprowadzenie

Śmierć przez definicję jest rozumiana jako stan martwoty, rozdzielony na trzy etapy: śmierć kliniczną, osobniczą i biologiczną. Śmierć kliniczna jest poprzedzona zanikaniem czynności organizmu, czyli agonią (Piątkowski, Majchrowska 2017).

Stosunek osoby umierającej do procesu, przez który przechodzi, jest zależny nie od cykli biologicznych, a od religijności, wykształcenia i związków środowiskowych. W obecnych czasach ciałem oraz organizacją pochówku zajmują się specjalne firmy, a kontakt rodziny jest zaniechany (tamże).

Zjawisko instytucjonalizowania śmierci można zauważyć w krajach wysoko rozwiniętych. Osoby starsze są częściej oddawane do szpitali, domów, hospicjów czy zakładów opieki, gdzie zostają aż do śmierci, z potęgującym uczuciem samotności czy lęku. W XXI wieku za początek umierania najczęściej przyjmuje się zdiagnozowanie nieuleczalnej choroby. Pacjent zostaje przypisany do instytucji szpitala, gdzie posiada ograniczony kontakt z rodziną oraz załogą medyczną. Szpitale nie są przystosowane do zaspokajania wszystkich potrzeb osób umierających. Uśmierzenie bólu jest głównym celem przebywania w szpitalu. Osoba chora otrzymuje opiekę i wsparcie. Hospicja zostały zapoczątkowane przez zgromadzenia zakonne. Skupiają się na: pielęgnacji chorych, leczeniu objawów, uśmierzaniu bólu, łagodzeniu cierpień psychospołecznych i fizycznych, wspieraniu rodziny i pacjenta, edukacji rodzin i bliskich, a także ochronie życia (tamże).

Opieka paliatywna może odbywać się w domu chorego, w specjalistycznej poradni lub w stacjonarnych oddziałach opieki. Oprócz wsparcia medycznego skupia się na walce z lękiem – przed bólem fizycznym, utratą własnej godności, przed własnym ciałem, uzależnieniem od innych, przed pozostawieniem bliskich samych, przed karą za grzechy.

Przebywanie w szpitalu na wieloosobowych salach negatywnie wpływa na odczucie lęku i radzenie sobie z wizją nieistnienia. Osoba umiera samotnie, a rodzina nie jest edukowana na temat następujących etapów odchodzenia (Piątkowski, Majchrowska, 2017).

Jedną z ważniejszych zasad etycznych, które obowiązują w medycynie, jest poszanowanie autonomii pacjenta, rozumianej jako możliwość podejmowania decyzji, które są kompletne i

racjonalne, bez przymusu. Aby podejmować decyzje, pacjent powinien przyswajać informacje, które pomogą mu w dalszych etapach, np. wyboru sposobu jego leczenia. Pacjent, który jest świadomy, na każdym etapie choroby może odmawiać wszystkich lub wybranych metod leczenia czy zgłaszać żądania. Chory może się także nie zgodzić na zabiegi czy terapie, które mogłyby ratować jego życie.

Warto zaznaczyć, że to lekarz nadzoruje proces leczenia i kieruje działaniami, w tym podstępowaniem terapeutycznym, zgodnie z etosem medycyny. Ważnym etycznym elementem jest to, że nawet w samej definicji mówiącej o poszanowaniu autonomii mieszczą się przywileje i prawa pacjenta do tego, aby uzyskać informację o rozpoznaniu choroby, leczeniu oraz rokowaniach na przyszłość – niezależnie czy są dobre, czy nie. Niekiedy zdarza się, że lekarz ogranicza informacje o stanie zdrowia pacjenta. Przyczyn tego działania może być wiele. Często jest to tłumaczone troską i obawą przed tym, że udzielenie informacji może spowodować załamanie pacjenta czy inne trudności. Jednak w XXI wieku i zgodnie z przedmiotem literatury i doświadczeniami praktycznymi lekarz nie może okłamać chorego, niezależnie od tragizmu sytuacji, w której chory się znalazł (Karkowska, 2008).

Poszanowanie autonomii odnosi się do świadomej zgody pacjenta na oferowaną mu pomoc. Etyka katolicka obdarza chorego dobrowolnością wyboru, który powinien być szanowany przez osoby zajmujące się chorym. Niejednokrotnie są sytuacje, które nie pozwalają pacjentowi samodzielnie decydować (świadomość chorego jest na niskim poziomie). W takiej sytuacji lekarz powinien zastosować terapię najbardziej optymalną dla pacjenta.

Duża część osób znajdujących się na OIT-ie²⁷ jest nieprzytomna z powodu poważnych urazów czy uszkodzeń układu nerwowego, dlatego też są nieświadome tego, że dana decyzja została podjęta. Podczas czynności wykonywanych na OIT-ie ustalenia lekarza są znaczące. Niejednokrotnie będą wpływać na zdrowie bądź śmierć pacjenta. Lekarze mają obowiązek doboru odpowiednich metod i celów leczenia (Maślanka, 2012).

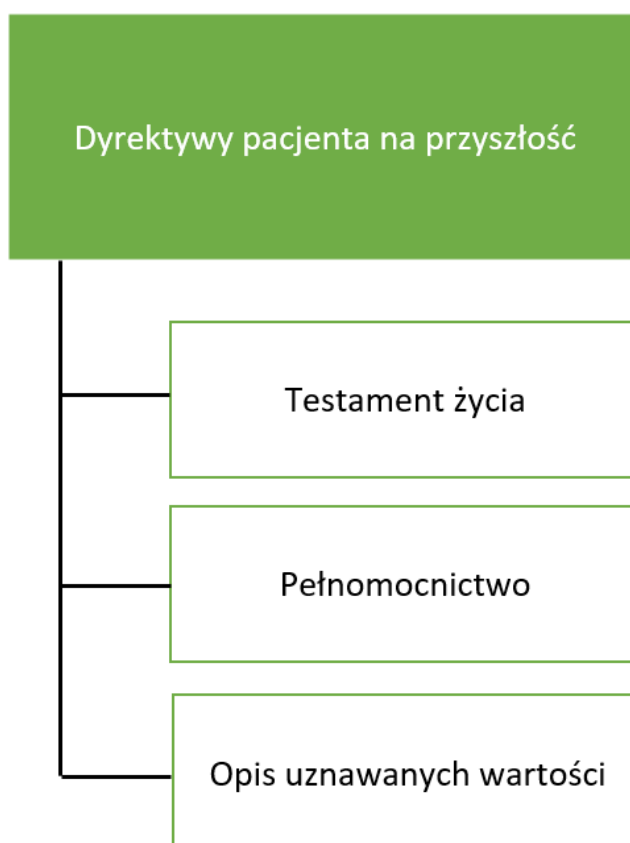
Najpewniejszą formą do egzekwowania zasady autonomii jest oświadczenie *pro futuro*. Jest ono spisywane przez pacjentów w normie, świadomych, często z mocnymi zasobami procesów poznawczych na wypadek utraty zdolności podejmowania decyzji, w sposób samodzielny.

Wyróżnić można trzy rodzaje dyrektyw na przyszłość:

- *testament życia*, który odnosi się np. do prawa człowieka / pacjenta stanowiącego odmowę leczenia lub podtrzymywania życia w stanie nierokującym żadnych możliwości wyleczenia;

²⁷ Oddział Intensywnej Terapii.

- *stałe pełnomocnictwo* jest głównie dedykowane dla osoby, której pacjent ufa (członek rodziny, osoba bliska itd.), której zostaje powierzona decyzyjność co do dalszego postępowania medycznego;
- *opis uznawanych wartości* może dotyczyć wierzeń bądź przekonań religijnych (ryc. 3).



Ryc. 3. Dyrektywy na przyszłość należące do przywileju autonomii pacjenta.

Inną formą dyrektyw na przyszłość jest deklaracja DNAR (z ang. *Do Not Attempt Resuscitation*), która dotyczy niewyrażania zgody na resuscytację krążeniową w wybranych przypadkach po zatrzymaniu krążenia. Protokół DNAR określa plan stosowanej procedury i obejmuje wcześniejszą identyfikację osób, u których nie wyrażono zgody na podejmowanie czynności ratowania życia w tym przypadku²⁸. Jednak w Polsce protokół DNAR obowiązuje tylko w wybranych szpitalach, ponieważ brak jest rzetelnych regulacji prawnych odnośnie do tego problemu. Jednakże zachodzą sytuacje, w których lekarz nie jest poinformowany o przyczynie zatrzymania

²⁸ W praktyce decyzję o zaniechaniu bądź rozpoczęciu resuscytacji podejmuje lekarz dyżurny, którego stan wiedzy o chorym jest w większości przypadków minimalny. Jednak resuscytacja jest nieskuteczna w 70–98% przypadków, co wiąże się z nieuchronną śmiercią (Lippert, Raffay, Georgiou, Steen, Bossaert, 2010).

krążenia. Wtedy medyk kieruje się zasadą „najpierw ratować, pytania zadawać w trakcie” (Maślanka, 2012, s. 321).

2. Śmierć w szpitalu

Choroby przewlekłe od zawsze były dla ludzi tematem ciężkim, zważając na sytuację bezpośredniego zagrożenia życia. Pacjent postawiony jest w sytuacji bez wyjścia. W zależności od stadium choroby oraz wsparcia, jakie otrzymuje od personelu szpitala i rodziny, przyjmuje określone postawy. W oparciu o dziedzinę socjologii możemy wyróżnić określone stany świadomości pacjenta. Świadomość podejrzana występuje, gdy pacjent podejrzewa, że jest nieuleczalnie chory i próbuje udowodnić lub unieważnić swoje przypuszczenia. Otoczenie pacjenta, czyli rodzina, przyjaciele, jest świadome jego stanu terminalnego. Świadomość wzajemnego udawania pojawia się natomiast, gdy obydwie strony (pacjent i otoczenie) mają wiedzę na temat rokowań pacjenta, lecz udają, że pacjent nie jest umierający. Obserwuje się w tym przypadku mocno naostrzony mechanizm wyparcia sytuacji chorego. Jedną z najkorzystniejszych dla pacjenta, lecz ciężkich do osiągnięcia, jest świadomość otwarta, gdzie obydwie strony zachowują się otwarcie w obliczu zaistniałych warunków – są świadome zbliżającej się śmierci. Nie istnieje udawanie i wypieranie faktów. Osoba umierająca świadomie akceptuje swój los, personel medyczny i otoczenie towarzyszą jej w ostatnich chwilach życia.

Sytuacja choroby, w której znajduje się pacjent, jest niesamowicie ciężka do przyjęcia oraz dalszego zaplanowania, co można zrobić, aby chociaż w niewielkim ułamku pomóc osobie chorej. Pacjent przechodzi przez poszczególne fazy, które opisane zostały we wcześniejszych częściach niniejszej pracy.

Poruszając temat podejścia do śmierci przez pacjentów, trzeba nakreślić terminalną fazę choroby nowotworowej, czyli okresu od zdiagnozowania porażki leczenia przyczynowego do śmierci chorego. Jest to moment, w którym pacjenci odczuwają presję rozliczenia się z życia oraz potrzebę samozachowawczą, która wiąże się z poczuciem trwogi. Negatywne uczucia, które pojawiają się u pacjentów, takie jak paraliżujący lęk, trwoga uniemożliwiają funkcjonowanie. U większości pacjentów pojawia się chęć opanowania sytuacji, lecz nie u wszystkich.

Świadomość własnej śmiertelności wpływa na elastyczność światopoglądu, poziom samooceny i poczucia własnej wartości. Aby umiejętnie radzić sobie z negatywnymi emocjami, kluczowe jest zewnętrzne potwierdzenie przez otoczenie kulturowe światopoglądu oraz samooceny, a także wspierająca postawa bliskich. Zdaniem Rogiewicz (2008, s. 109) „w teorii

oponowywania trwogi kultura jest źródłem poczucia bezpieczeństwa bycia kimś, zachowywania się w pewien sposób. Dostarcza scenariuszy, jak się zachowywać, pomagając zmierzyć się z nadchodzącą śmiercią”.

W sytuacjach choroby oraz perspektywy śmierci pacjenci często odczuwają potrzebę zbliżenia się do Boga. Jest to dla nich pomocne, daje ulgę oraz pozwala przekierować trwogę, rozliczyć się, znaleźć ukojenie. Nie można pominąć więc ważnej roli religii, która stanowi istotną część światopoglądu. Większość religii obiecuje swoim wyznawcom różne formy przedłużania egzystencji po śmierci, gdy będą postępować w zgodzie z przepisami i przykazaniami danego wyznania. Charakterystyczny jest tu brak możliwości sprawdzenia obietnic i znaczenie wsparcia współwyznawców. U osób starszych i chorych religia staje się siłą w wymiarze duchowym. Nie jest jednak bezpośrednio związana z rozwiązaniem problemu śmierci i redukcją lęku przed nią. Pomaga ona choremu osiągnąć równowagę, stanowi wsparcie emocjonalne, przyczynia się do pozytywnego – jeśli to możliwe – lub neutralnego ustosunkowania się do śmierci. „Bóg staje się najwyższą wartością, dzięki czemu życie przestaje być wartością absolutną i jedyną” (Widera-Wysoczańska, 2000; za: Rogiewicz, 2008, s. 109).

Patrząc na sytuację pacjenta, który informowany jest o śmiertelności choroby, nie możemy zapominać o otoczeniu, w którym się znajduje. Rodzina, a także bliscy są w stanie przejść przez resztę drogi pacjenta, próbując go wspierać i pocieszać, podnosząc go tym samym na duchu. Poruszając ten kontekst, musimy się również zastanowić, co dzieje się u pacjentów wykluczonych społecznie, w sytuacji zmiany społecznej czy przeżywających bardzo silne napięcie ze względu na zbliżającą się śmierć. Osoby takie odczuwają większy lęk, trwogę i w mniejszym stopniu identyfikują się z normami, wartościami, które uznaje się za słuszne, a co się z tym wiąże, dysponują mniej skutecznymi sposobami radzenia sobie z negatywnymi emocjami. Chory przeżywający silne napięcie ze względu na nadchodzącą śmierć nie potrafi o niej nie myśleć, poddaje się trwodze, jest nieszczęśliwy i trudno wtedy mówić o dobrej jakości jego życia. Lecząc, wspierając, pomagając, towarzysząc pacjentowi w ostatniej fazie choroby, nie należy zapominać, że oprócz lęku może on również odczuwać trwogę.

2.1. Szpital jako organizacja biurokratyczna.

Rosnąca biurokracja to dość duża trudność zauważalna w złożonym systemie opieki zdrowotnej. Pojawia się pytanie, jak dużo z tego systemu zarządzania jest konieczne. Specjaliści, którzy faktycznie pomagają pacjentom, podlegają większej, a nie mniejszej liczbie fragmentarycznych dyrektyw.

Biurokracja to zintegrowany system w organizacjach, mający na celu utrzymanie jakości opieki zdrowotnej. Zintegrowane systemy biurokracji są ściśle powiązane z ekonomicznymi, politycznymi, technologicznymi, prawnymi, humanistycznymi, duchowymi i etycznymi aspektami organizacji. Należą do nich hierarchia administracji, procesy zarządzania oraz realizacja opieki lekarskiej i pielęgniarskiej opartej na działaniach opiekuńczych. Czasami jednak złożoność biurokracji zmniejsza wdrażanie i zachowanie odpowiedniej praktyki opiekuńczej, a to sprawia, że biurokracja i opieka są trudne do zintegrowania. Troskliwe zachowanie w organizacji wynika z wartości, norm i przekonań personelu. Kultura organizacyjna kształtuje to zachowanie, więc ściśle zależy od ról i funkcji personelu w jednostce lub danym pionie (Turkel, Ray, 2000). Głównym celem zarządzania tym zachowaniem jest zwiększenie zadowolenia, utrzymanie zatrudnienia i produktywności personelu (Reed, 2009). Tak więc troska o wykwalifikowaną siłę roboczą może łączyć się bezpośrednio z biurokracją organizacji. Nie jest to jednak spójne z teoretyczną koncepcją Habermasa, zgodnie z którą zachowanie opiekuńcze w organizacji ochrony zdrowia może zmniejszyć korzyści organizacyjne, ponieważ wdrożenie wysokiej jakości i wyrafinowanej opieki lekarskiej oraz pielęgniarskiej zajmuje dużo czasu (Racko, 2017).

Standardowa konsultacja lekarska zajmuje przeważnie kilkanaście minut, jednak najczęściej tylko 2–3 minuty to faktyczny czas badania fizykalnego pacjenta, wydania diagnozy i zaplanowania właściwych kroków terapii. Większą część wizyty zabiera medykowi m.in.: przygotowanie recept, wystawienie zwolnienia lekarskiego, wypełnianie licznej dokumentacji medycznej oraz pozostałych, obligatoryjnych dokumentów. W rezultacie personel medyczny ma bardzo ograniczony czas na realizację swojego podstawowego obowiązku, jakim jest ochrona zdrowia i życia swoich podopiecznych. Lekarze potrzebują więc maksymalnego skupienia się na podjęciu działań niezbędnych, ratujących życie i zdrowie pacjentów, oddalając pozostałe, wymagające większych rezerw czasowych i uwagi czynności, jak chociażby komfort i zadowolenie swojego pacjenta, w tym zrealizowanie jego potrzeb psychicznych. Pacjentom doskwiera często niepokój podyktowany obowiązującym systemem opieki medycznej. W zdecydowanej większości uskarżają się na brak dialogu ze specjalistą, który lekceważy ich pytania, w trakcie wizyty zamiast z pacjentem, rozmawia z pozostałym personelem, śpieszy się i milczy. W niektórych przypadkach czują się zupełnie niedoinformowani w swojej diagnozie, krokach terapeutycznych czy nawet tak podstawowej kwestii jak prawidłowe podawanie / dawkowanie medykamentów. Bezradność lekarska wynika często z braku poczucia kontroli swojej sytuacji, nie tylko z deficytu wiedzy czysto medycznej (Polityka zdrowotna, 2021).

Pandemia COVID-19 odcisnęła duże piętno na szpitalach i rozwoju maszyny biurokratycznej. Z punktu widzenia personelu w ostatnich latach zauważalnie wzrosła liczba

rozporządzeń i zasad. Wiele osób chęć osiągnięcia jakości poprzez zalew kontroli, sankcji, ograniczeń ilościowych i potrąceń z wynagrodzenia określa jako błędne. W ten sposób zamiast upragnionej lepszej jakości i specjalizacji polityka promuje niwelację i przeciętność. To również nie leży w interesie pacjentów (Kopielski, 2018).

Dodatkowo istnieje wiele wyrobów medycznych pierwszej potrzeby. Wśród nich figurują różnego rodzaju protezy, pasy, kule, wózki itd., jednak aby refundacja na te artykuły mogła dojść do skutku, lekarz musi wystawić tzw. zlecenie na wyroby medyczne. Obecnie jest to dwustronny dokument, którego wypełnienie zajmuje lekarzom dużo czasu i często bywa problematyczne. Ministerstwo Zdrowia postanowiło „ułatwić” pracę lekarzom i proponuje nowy wzór zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy tychże. Niestety wbrew zapowiedziom nie będzie to zmniejszenie biurokratyzacji. Nowy wzór, którego wypełnienie może pochłonąć nawet 20 minut, liczy aż 7 stron (etermed, 2022). Palącym problemem służby zdrowia jest nie tylko brak personelu, ale także czasochłonna biurokracja.

2.2. Zachowania i strategie personelu szpitala w stosunku do umierających.

Wielu badaczy starało się sklasyfikować ludzkie postawy w kontakcie z osobą umierającą. Najpowszechniejsza teoria wyróżnia cztery główne wzorce zachowań. Pierwszym z nich jest uprzedmiotowienie człowieka umierającego. Kierując się potencjalnym dobrem osoby, otoczenie decyduje w pełni o jego losie pomimo ewentualnych możliwości stanowienia umierającego o sobie. Otacza go nadzwyczajną opieką, człowiek ten traktowany jest jak przedmiot.

Kolejnym wzorcem jest model indywidualistyczny, w którym nie bierze się udziału, uznając czas śmierci jako indywidualną sprawę każdej osoby. Czynności i obowiązki życiowe bliskich w tej koncepcji nie mogą oznaczać poświęceń z ich strony, obarczania ich emocjami, oczekiwaniami bycia obok w czasie odejścia, i osoba umierająca powinna to zrozumieć. Ten kontrowersyjny model jest popularny w krajach wysoko rozwiniętych. Schemat personalistyczny jest przeciwieństwem modelu indywidualistycznego.

W odniesieniu do socjologicznego pryzmatu rozpatrywania śmierci oraz ludzi umierających należy zwrócić uwagę na postawy personelu medycznego, który codziennie ma kontakt z pacjentami, ich emocjami i rozterkami. Badacze zachowań członków zespołów interdyscyplinarnych w odniesieniu do tematu zbliżającej się śmierci wyróżnili determinanty ich postaw, którymi są emocje, doświadczenia i zachowania.

Pielęgniarki w sytuacji starcia z trudną sytuacją zbliżającej się śmierci pacjenta przyjmują wiele różnych postaw w stosunku do pacjentów (Gaworska-Krzemińska, Kujawska, Żuralska i

in., 2007). Wedle Ślęziona i Krzyżanowskiego (2011) postawy te mają charakter partnerski, filozoficzno-heterocentryczny, religijny bądź obojętny. Postawa partnerska polega na tym, że pielęgniarka jedynie pomaga pacjentowi w czynnościach, których samodzielnie nie może wykonać, a nie wyręcza go. Istotne jest to, że pacjent może sam decydować o tym, co się z nim dzieje, ma prawo do osobistych przekonań, czego nie podważa zespół interdyscyplinarny. Szacunek i zrozumienie są fundamentalne w postawie partnerskiej i przynoszą wzajemne korzyści. Stosunek filozoficzno-heterocentryczny objawia się zaspokojeniem przez pielęgniarkę potrzeby poczucia bycia potrzebną. Determinantem postawy religijnej jest stosunek osoby do wiary. W Polsce głównie Kościół katolicki kształtuje światopogląd procesu umierania i śmierci. Postawę obojętną cechuje unikanie rodziny umierającego oraz wykonywanie w stosunku do chorego czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych przy braku chęci utrzymywania kontaktu z nim. Ślęziona i Krzyżanowski (2011) określają tę postawę jako szkodliwą dla umierającego, jak i dla personelu medycznego.

De Walden-Gałuszko (2005) podzieliła postawy personelu medycznego w stosunku do umierającego na pozytywne i negatywne. Poszanowanie praw pacjenta oraz partnerskie traktowanie go jest postawą pozytywną. Negatywna postawa przejawia się w nierespektowaniu decyzji chorego oraz w przedmiotowym traktowaniu go.

Chmielewska-Ignatowicz (2013) wskazuje na to, że obecność tematyki nowotworowej nie tylko w kręgu medycyny (programy profilaktyczne), ale także w serialach telewizyjnych, wywiadach ze znanymi osobami, które przeszły chorobę nowotworową, oprócz nakłonienia ludzi do badań profilaktycznych ma na celu również zmianę przeświadczenia społeczeństwa o śmiertelności osób zderzających się z chorobą nowotworową oraz oswojenie z lękiem przed diagnozą tego rodzaju choroby.

Jedną z metod pozyskiwania informacji klinicznych przez lekarza jest odpowiednia komunikacja z pacjentem. Wpływa ona na poziom satysfakcji oraz całokształt oddziaływania medycznego. Częstotliwość prowadzenia wywiadów medycznych przez lekarzy, wynosząca około tysiąca w trakcie trwania ich kariery zawodowej, ma wpływ na to, iż ta procedura medyczna staje się najczęściej stosowaną. Proces terapeutyczny ulega polepszeniu, kiedy komunikacja w zakresie informacji zwrotnych od lekarza w stosunku do pacjenta ma właściwą formę. Wpływa również na wyższy poziom zaufania do lekarza, a obniża poziom wypalenia zawodowego wśród medyków oraz zwiększa ich satysfakcję z wykonywanej pracy. Powoduje wzrost zadowolenia pacjentów ze świadczonych usług medycznych (Czarny, 1998; Mendyk, Kowalik, Kuczyński i Nurzyńska-Flak, 2016; Sobczak, Leoniuk, Pawłowski i Spolak, 2016).

Buczowski i Krajnik (2003) w pracy naukowej dotyczącej postępowania lekarza rodzinnego wobec chorych na raka w ostatnich dniach życia wskazują na częstą współpracę lekarza rodzinnego z zespołami opieki paliatywnej. Zespoły te dają znaczne wsparcie chorym, ich bliskim oraz lekarzom. Wykształcenie lekarza rodzinnego w zakresie opieki paliatywnej ma ogromne znaczenie przez wzgląd na to, iż większość pacjentów z pomocą lekarza rodzinnego wykazuje chęć umierania w domu.

W sprawozdaniu z Konferencji Naukowej poświęconej ks. kard. Augustowi Hlondowi przedstawione zostały zmiany w postawach społeczeństwa wobec śmierci i umierania w okresie od średniowiecza do współczesności. Akceptacja i otwartość zmieniły swój charakter w zaprzeczenie i tabu. Wpływ na to mają mieć szersze procesy społeczne, do których zaliczają się sekularyzacja życia, industrializacja, transformacja wartości i struktury rodziny, a jako główny czynnik wskazuje się postęp w nauce i medycynie. Śmierć i umieranie z wydarzenia rodzinnego przeliczyło się w doświadczenie medyczne.

W pracy *Jana Pawła II wskazania etyczne kierowane do służby zdrowia* Garbarza (2005) uwzględnione zostały granice życia doczesnego, wskazane jako poczęcie i śmierć, które niosą ze sobą wiele problemów, zwłaszcza etycznych. Poza rolę matki i ojca za bardzo ważną uznaje się rolę ginekologów i położnych. Jan Paweł II wśród tych ról wymienia „czuwanie z troską nad cudownym i misteryjnym procesem rodzenia, jakie dokonuje się w łonie matki, w celu śledzenia jego naturalnego przebiegu i sprzyjania jego wynikowi z przyjściem na świat nowego stworzenia”. Opisane czuwanie wymaga pełnej akceptacji życia.

3. Śmierć w hospicjum

W aspekcie tabuizacji śmierci czy braku pogodzenia się z tym, co czeka człowieka u schyłku życia, wybór miejsca śmierci stanowi dość osobliwy temat. Faktem jest, że hospicjum to instytucja, która funkcjonuje w ramach pewnych struktur – opieki zdrowotnej. Zastosowane są tam metody opieki paliatywnej, czyli skierowanej do pacjentów przewlekle chorych. Istotnym aspektem jest leczenie objawowe (uśmierzanie bólu, usuwanie dolegliwości związanych z chorobą). Warto zaznaczyć trud personelu medycznego pracującego w takiej instytucji – radzenie sobie z osłabieniem, dusznościami, odleżynami, nudnościami czy ogólną utratą sprawczości może być czymś wyjątkowo trudnym w kontekście fizycznym, ale i psychologicznym. Oprócz działań higienicznych, farmakologicznych ważne jest wsparcie wykraczające poza to, co fizyczne i cielesne.

3.1. Hospicjum – założenia, realizacja praktyczna oraz śmierć w hospicjum.

Podstawą opieki paliatywno-hospicyjnej jest pogląd, że każdy człowiek powinien posiadać prawo do godnej śmierci (Mastalski, 2007). Hospicjum pochodzi od łacińskiego wyrażenia *hospitium*, co oznacza przyjęcie kogoś pod swój dach (Stolińska-Pobrala, 2012). *Pallium* natomiast oznacza kołdrę (Krukowski, 2009).

Pierwsze współczesne hospicjum zostało utworzone w 1967 roku z inicjatywy Dame Cicely Saunders w Londynie. Natomiast w Polsce pierwsze stowarzyszenie hospicyjne powstało w 1981 roku w Krakowie (Mastalski, 2007). Ruch hospicyjny związany jest z rosnącą liczbą pacjentów, którzy zmagają się z chorobami nowotworowymi bądź innymi przewlekłymi schorzeniami (Antos, Kowalik i Kopański, 2012). Opieka hospicyjna jest stosowana w momencie, gdy współczesna medycyna okazuje się bezradna wobec dolegliwości pacjenta (Stolińska-Pobrala, 2012). Zaprzestaje się wtedy leczenia przyczynowego. Dalsze leczenie ma już charakter objawowy, czyli skupiony na łagodzeniu skutków nieuleczalnej choroby, na przykład dbanie o to, żeby pacjent nie odczuwał związanego ze swoim schorzeniem bólu (Krukowski, 2009).

Flakus (2008) zwraca uwagę na całościowy charakter opieki paliatywnej, która jest nie tylko redukowaniem bólu i fizycznych dolegliwości pacjenta w terminalnej fazie choroby. Nacisk jest również kładziony na doświadczane przez pacjentów problemy psychiczne, społeczne czy duchowe. Ponadto wsparcie jest zapewniane również rodzinom chorych. Krukowski (2009) ukazuje różnorodność pracowników hospicjum, którzy tworzą razem interdyscyplinarny zespół. Obok lekarzy, pielęgniarek czy fizjoterapeutów wymienia także i podkreśla istotną rolę psychologów, kapłanów, terapeutów zajęciowych, pracowników socjalnych oraz wolontariuszy.

Opieka paliatywna występuje w różnych formach w różnego rodzaju placówkach. Można wyróżnić oddziały dziecięce i dla dorosłych, dzienne i stacjonarne czy też hospicja domowe (Krukowski, 2009).

Początkowo hospicja były przygotowane przede wszystkim do opieki nad nieuleczalnie chorymi dorosłymi. Brakowało jednak wyodrębnionego personelu, który specjalizowałby się w opiece nad dziećmi. Dopiero pod koniec lat 70. XX wieku zaczęto zwracać uwagę na ten problem. Pierwsze polskie hospicjum dziecięce, czyli Warszawskie Hospicjum dla Dzieci (WHD), zostało utworzone w 1994 roku (Łuczak, 2004).

W opiece hospicyjnej niezwykle istotną rolę odgrywa jakość życia pacjentów podczas ich ostatnich dni, również z naciskiem na potrzeby psychologiczne oraz duchowe. Hospicjum zgodnie z założeniami powinno zapewnić nieuleczalnie chorym jak najlepsze warunki do godnego

umierania. Zaangażowanie rodziny ma tutaj istotne znaczenie, często też opieka hospicyjna ma miejsce w warunkach domowych, by pacjent mógł odejść w otoczeniu najbliższych mu osób. Według badań dla większości pacjentów optymalnym miejscem na odejście jest ich własny dom, jednak wymaga to wielu przygotowań, by zapewnić choremu opiekę na najwyższym poziomie w jego własnym mieszkaniu (Flakus, 2008).

Optymalna opieka hospicyjna jest wręcz niemożliwa bez zaangażowania ze strony rodziny. Współpracując z interdyscyplinarnym zespołem hospicyjnym, bliscy umierającego mogą zapewnić mu najlepsze możliwe warunki do odejścia. Jednak trzeba zwrócić uwagę, że członkowie rodziny pacjenta są narażeni na szczególny stres, zmęczenie oraz emocjonalne wyczerpanie (Flakus, 2008).

Istotną rolę w zespole hospicyjnym odgrywa psycholog, który udziela wsparcia zarówno umierającemu pacjentowi, jak i jego rodzinie. Tylko w nielicznych przypadkach zdarza się, by odmawiano pomocy psychologicznej. W przypadku umierającego stosuje się przede wszystkim terapię o charakterze podtrzymującym, ponieważ terminalna faza choroby raczej nie jest dobrym czasem na radykalną przemianę osobowości. Psycholog przede wszystkim pomaga pacjentowi w odreagowaniu napięcia oraz nieprzyjemnych emocji związanych z oczekiwaniem na śmierć, chociażby poprzez aktywne słuchanie bądź techniki relaksacyjne czy wizualizacje. Bliskim chorego, którzy również są obciążeni emocjonalnymi konsekwencjami trudnej sytuacji, psycholog pomaga przejść zarówno przez okres powolnego umierania pacjenta hospicjum, jak i przez okres żałoby. W obszarze komunikacji z rodziną rolę psychologa i pracownika socjalnego czasem się zająbiają (Flakus, 2008).

Szot (2008) zwraca uwagę na to, że ruch hospicyjny istotnie wpływa na kształtowanie się odpowiednich postaw wobec nieuleczalnie chorych. Podkreśla również bardzo ważną rolę wolontariuszy w opiece paliatywnej oraz ideę bezinteresownej pomocy.

W stacjonarnych hospicjach około 80% pacjentów cierpi z powodu choroby nowotworowej. Natomiast pozostałe 20% to inne śmiertelne schorzenia przewlekłe (Krukowski, 2009).

W Polsce obecnie większość stacjonarnych ośrodków hospicyjnych działa według zasad, które określił Narodowy Fundusz Zdrowia. Placówki, zawierając umowę z NFZ, są zobowiązane do udzielania świadczeń zdrowotnych na jego zasadach (Krukowski, 2009).

Poniżej fragment wywiadu pochodzący z opisanych już wcześniej badań własnych autorki niniejszej dysertacji. Cytowany fragment pochodzi z rozmowy z interwentem kryzysowym, przeprowadzonej 22 listopada 2021 roku.

Jestem interwentem kryzysowym, wcześniej byłem negocjatorem policyjnym i wraz z moimi przyjaciółmi negocjatorami / negocjatorami pomagaliśmy ludziom, którzy stali na krawędzi, na krawędzi swojego życia. Tutaj na pewno muszę bardzo pochylić się i podziękować tym wszystkim negocjatorom i negocjatorkom, z którymi miałem okazję i przyjemność pracować i ratować życie ludzkie. Interwent kryzysowy to osoba, która pomaga w kryzysie, jednak nie wszyscy jeszcze wiedzą, jak szukać takiej pomocy w kryzysie i kto może takiej pomocy udzielić. Więc jestem jedną z takich osób świadczących pomoc jako interwencję kryzysową. Pracuję w nurcie terapii krótkoterminowej, tak zwanej TSR, czyli terapii skoncentrowanej na rozwiązaniu, i w tym nurcie pomagam, w tym się odnajduję. Nie wszyscy do końca wiedzą, co to jest ta interwencja kryzysowa i nie wszyscy wiedzą, jak z tego skorzystać. Już to wszystkim wyjaśnię. To taka forma pomocy psychologicznej, polegająca na kontakcie terapeutycznym, skoncentrowana na problemie wywołującym kryzys. Na takim, w którym dochodzi do konfrontacji osoby z sytuacją, która ją spotyka nagle i niespodziewanie. To są najprostsze rzeczy, od jedyńki w szkole po próbę samobójczą. Oczywiście ta forma pomocy jest ograniczona, bo jest krótkoterminowa. Ale też działa, też pomaga się wyzwolić, iść dalej, żyć dalej. Ta forma pozwala na przeżycie tego kryzysu, odnalezienie się w nowej sytuacji, która nagle zaskakuje człowieka. Zadając pytanie, komu ja mogę pomóc, sam czasami się zastanawiam, bo tak patrząc za siebie, co dotychczas się zadziało, widzę każdego młodego człowieka, każdą dorosłą osobę, którą do tej pory poznałem na swojej drodze, która skorzystała z mojej pomocy, która zawalczyła o siebie, o swoje emocje przy pomocy mojej skromnej osoby, której się udało iść dalej w momencie, kiedy stanęła na krawędzi życia, kiedy stanęła przed ścianą, na której nie widziała drabiny albo drzwi wyjściowych. Jedną najważniejszą wartością, którą posiadam, jaką mam w pomaganiu drugiemu człowiekowi, to jest wartość życia, bo wartość życia jest bezcenna dla każdego. Jest bezcenna dla mnie, a także dla osób, którym pomagam. Warto pomagać każdemu, kto tej pomocy potrzebuje, i trzeba wiedzieć, że pomocy można udzielić każdemu człowiekowi.

ROZDZIAŁ VI

RODZINA UMIERAJĄCEGO

1. Wprowadzenie

Doświadczenie śmierci i jej rozumienie zależne jest od wieku życia. Już dzieci potrafią rozróżnić śmierć od snu. Ich zdaniem można przywrócić osobę do życia za pomocą magii czy modlitwy. Dzieci, które doświadczyły śmierci kogoś bliskiego, mogą lepiej rozumieć to zjawisko. Około 7. roku życia mały człowiek nabywa wiedzę dotyczącą pewnych pojęć związanych z odejściem z tego świata – jaki jest wygląd ciała i tego, że osoba nie oddycha. W wieku 8 do 10 lat pojawia się lęk przed opuszczeniem przez rodziców. Dokładniejsze rozumienie skutków, jakie niesie za sobą śmierć oraz strachu przed nią, pojawia się, gdy dziecko ma 11–12 lat. Całkowite zrozumienie zjawiska umierania następuje w okresie dorastania. Wiąże się to z trudnością w akceptacji śmierci osoby kochanej i bliskiej. Dorosłe osoby postrzegają umieranie jako stratę, która zmienia relacje społeczne i wzbudza refleksje wobec własnej śmierci (Bee, 2004).

Choroba śmiertelna i proces umierania dotyczą nie tylko osobę chorą, ale także jej bliskich. Dla rodziny pacjenta umierającego jest to ogromne wyzwanie i obciążenie emocjonalne. Opieka nad bliskim chorym wymaga niejednokrotnie przeorganizowania swojego życia prywatnego czy zawodowego i przyjęcia nowych ról. Co ważne, stabilne relacje rodzinne, dające poczucie wsparcia, przyczyniają się do poprawy jakości życia chorego, zmniejszają stres psychospołeczny oraz lęk i objawy depresyjne u wszystkich członków rodziny. Zatem w trudnej sytuacji umierania ważne jest, aby nie zapominać również o osobach, które są wokół pacjenta (Roller, 2009).

2. Obciążenie rodziny

Zagadnienia związane ze śmiercią i umieraniem oraz konsekwencjami takiego zdarzenia są od wielu dekad podejmowane przez badaczy m.in. w aspekcie psychologii nieświadomości (Freud, 2009), poczucia sensu życia osób w żałobie (Felcyn, Ogińska-Bulik, 2009), aspektów terapeutycznych (Paul, Grosser, 1965; Nadeau, 1998) czy śmierci i żałoby w rodzinie (Janusz, Drożdżowicz, 2013), a to jedynie wybrane obszary. Natomiast John Bowlby utratę bliskiej osoby

w swojej teorii opisał jako pokonanie dotychczas istniejącej relacji przywiązania (Bowlby, 2007).

Według Moniki McGoldrick (2004) w rodzinach, w których zachowana jest lojalność rodzinna, adaptacja do zmieniających się warunków jest dość skomplikowana. Członkowie rodzin charakteryzują się zaprzeczaniem, nie akceptują tego, co aktualnie się dzieje, uciekają w nadaktywność, narkotyki, alkohol i różnego rodzaju fantazje, co może się skończyć uzależnieniem. Rozwój krytycznej utraty wpływa na powstanie mitów, sekretów, oczekiwań, które zostają włączone w reguły rodziny i powielane są kolejnym pokoleniom. To zagadnienie skomplikowane z uwagi na to, że takie działania mogą wpływać na jednostkę pokoleniowo. Okazuje się, że wskazane metody ucieczki i zaprzeczenia pozwalają uniknąć prawdziwości straty, w sposób patologiczny wiążą członków rodziny, tym samym tworząc psychologiczną trudność w tej relacji. Trudnością jest także to, gdy widoczne są w takich przypadkach tajemnice między członkami lub wykluczenie innych z wiedzy o nich. Duże znaczenie dla adaptacji do straty ma wpływ przekazów rodzinnych, dlatego rolą terapeuty – w sytuacji psychoterapii – jest odnalezienie takich znaczeń w dziedzictwie pokoleniowym, etnicznym, wierzeniach religijnych oraz kluczowych wartościach oraz działaniach społecznych, które pozwolą nadać sens stracie. Podczas terapii rodzinnej nieoceniony zatem staje się genogram czy odpowiednio wykwalifikowany specjalista systemowy, aby badać nie tylko jednostkę, ale również to, w jakim otoczeniu żyje i funkcjonuje (McGoldrick, 2004).

Poradzenie sobie ze śmiercią w sytuacji rodzinnej wydaje się być trudnym aspektem. Dla przykładu J. William Worden (1996) określa następujące problemy adaptacyjne żałobników. Po pierwsze akceptacja rzeczywistości odnośnie do śmierci osoby bliskiej – etap żałoby musi poprzedzić akceptacja straty. Jednakże normalne będzie to, że pojawić się może negowanie zdarzenia. Po drugie otworzenie się na nowe doświadczenia emocjonalne: bólu, tęsknoty oraz poczucia utraty. Charakterystyczna może być też próba ukrycia bólu lub jego umniejszenia, także przerzucenie swojej uwagi na smutek rodziny, który powoduje przedłużenie procesu żałoby, dając chwilową ulgę. Po trzecie, aby uwolnić się od bólu, należy pozwolić sobie na doświadczenie go. Istotne jest zaadaptowanie się do nowej sytuacji, w której brakuje osoby zmarłej – do życia bez bliskiej osoby, która odeszła. Po czwarte istotne jest wykluczenie zmarłego ze swojego życia oraz znalezienie metod wspominania go czy nowego miejsca dla bliskiej osoby w swoim życiu.

Walsh i McGoldric (2004) wskazują na zadania adaptacyjne dla osób dotkniętych żałobą. Najważniejszym z nich jest akceptacja realności śmierci oraz możliwej straty osoby bliskiej. Bardzo ważne w rodzinie żałobników jest wspólne doświadczanie żałoby – podejmowanie rytuałów żałobnych, w tym pogrzebu, odwiedzanie grobu bliskiej osoby. Mimo że to kwestia wymagająca i wyczerpująca, może budzić poczucie bezpieczeństwa.

Biorąc pod uwagę aspekty komunikacyjne – możliwość rozmowy o stracie, uczuciach jest bardzo ważnym elementem wspomagającym przystosowanie żałoby. Człowiek, przez wzgląd na pełnienie określonych funkcji w rodzinie, powinien dokonać transformacji życia codziennego, aby przejąć obowiązki kogoś innego. Warto angażować się w nowe relacje, aby uniknąć pogrążania się w tęsknocie. Strata może powodować u jednostki zatracanie poczucia sensu życia. Istotne w takiej sytuacji jest realizowanie swoich celów, mimo okresowych trudności (tamże).

Rola terapeuty w pracy z rodziną, która doświadczyła śmierci bliskiej osoby, wedle teorii D'Amore'a i Scariotta (2011) powinna zawierać odtworzenie historii utraty, ożywienie zaprzeczonych oraz ukrytych uczuć. W pracy z rodziną nie jest oczywiste rozpoznanie, że problemem jest nieprzeżyta strata bliskiej osoby. Do trudnych strat można zaliczyć te, które są nieuznane – przykładem może być poronienie, lub te, które charakteryzować się mogą stygmatyzacją społeczną, m.in. jak w przypadku samobójstwa.

2.1. Proces umierania a rodzina.

Opieka nad pacjentem w okresie terminalnym ukierunkowana jest na łagodzenie objawów klinicznych i poprawę jakości życia. Bardzo istotne jest, aby bliscy chorego mieli wiedzę nt. możliwych do wystąpienia dolegliwości oraz sposobów reagowania.

Do najczęściej występujących objawów u osób będących w terminalnej fazie choroby (trwającej zwykle 4–6 tygodni przed śmiercią chorującego) należą:

- osłabienie fizyczne,
- objawy neuropsychologiczne,
- dolegliwości bólowe,
- objawy ze strony układów pokarmowego i oddechowego,
- inne specyficzne dla danej choroby.

Natomiast okres umierania – agonia obejmuje kilka ostatnich godzin, czasem dni życia osoby. Wśród najczęściej obserwowanych objawów fizycznych wymienić można:

- utratę łaknienia i zaburzenia połykania,

- trudności z oddychaniem,
- rzęzenie przedśmiertne,
- zaburzenia termoregulacji,
- nietrzymanie moczu i stolca,
- spadek ciśnienia tętniczego,
- zaburzenia krążenia powodujące znaczne ochłodzenie skóry,
- plamy na skórze,
- sinicę (Gośliński, 2021).

Poza objawami fizycznymi występują także bardzo różnorodne objawy psychiczne, takie jak: zaburzenia świadomości, np. niepokój, pobudzenie, majaczenie, senność oraz halucynacje wzrokowe i słuchowe – związane często z bliskimi osobami zmarłymi. Niektórzy chorzy w ostatnich chwilach swojego życia wycofują się z życia rodzinnego i społecznego, inni z kolei chcą przebywać z najbliższymi. Często osoby umierające mają świadomość zbliżającej się śmierci, mówią swoim bliskim, że „to już czas”, „ja umieram”.

Każdy z wymienionych objawów, obserwowany przez rodzinę i bliskich, jest dla nich bardzo trudnym przeżyciem. Dlatego w przypadku osoby umierającej, szczególnie przebywającej w warunkach domowych, bardzo ważna jest wiedza najbliższych nt. możliwości reagowania w przypadku wystąpienia poszczególnych objawów. Niemniej istotne jest także przygotowanie opiekunów osoby umierającej, że nadejdzie moment, w którym najlepszą pomocą dla ich najbliższego będzie zaprzestanie uporczywej terapii, niekarmienie na siłę, jeśli umierający odmawia jedzenia i pozwolenie mu na odejście bez powodowania dodatkowych cierpień. Przez cały okres choroby, ale szczególnie w ostatnich jej dniach i godzinach, ogromną wartość dla rodziny ma dostępność personelu medycznego, posiadającego wiedzę w zakresie opieki paliatywnej i stanowiącego wsparcie – nie tylko medyczne, ale również psychologiczne i moralne.

2.2. Komunikacja z osobą umierającą.

Istotnym elementem dobrej opieki i relacji z chorym jest komunikacja. Bliscy osoby chorej terminalnie nie wiedzą, o czym rozmawiać, a jakich tematów lepiej jest nie poruszać, w jaki sposób prowadzić rozmowę, jakie emocje okazywać i wreszcie jakich unikać. Nie istnieje jeden uniwersalny sposób najlepszej komunikacji, ponieważ w każdej rodzinie występują inne relacje. Wydaje się także, że nie ma tematów tabu, których nie powinno się poruszać, jeśli tylko chory jest na nie otwarty. Należy być cierpliwym, gotowym do słuchania i podążania za osobą

umierającą. Często umiejętnie wysłuchanie i pełna akceptacji rozmowa o uczuciach chorego pozwalają mu poradzić sobie z trudnymi emocjami. Warto potrafić również milczeć. Choć czasem to właśnie milczenie wydaje się być najtrudniejsze, powinniśmy pamiętać, że można towarzyszyć umierającemu w milczeniu, samą tylko obecnością i trzymaniem za rękę – to często znaczy więcej niż wiele słów (Dorf Müller, 2009).

Poniżej fragment wywiadu pochodzący z opisanych już wcześniej badań własnych autorki niniejszej dysertacji. Cytowany fragment pochodzi z wywiadu przeprowadzonego 15 listopada 2021. Osobą badaną jest pielęgniarka, wykładowca akademicki z wieloletnim stażem klinicznym.

Radzenie sobie z chorobą i żałobą to bardzo ważny temat. Rodzina i opiekunowie osoby, która umiera, potrzebują pomocy. Wiadomość jest trudna do przyjęcia niezależnie, czy to faza terminalna, czy nagła śmierć. To jest trudne. Nawet bardzo. Ludzie w takiej sytuacji potrzebują rzeczowych, konkretnych wiadomości na temat tego wszystkiego. Dużo rzeczy to mity. Ludzie są informowani. Nie ma okłamywania. Nie ma zakłamanego informowania. Faktem jest to, że mówi się najgorszą prawdę. Dzieciom mówi się, że niedługo odejdą do aniołków, że one odejdą, że są potrzebne tam... na górze. To współpraca także z księżmi. Kontakt ze wszystkimi – kilkanaście grup wyznaniowych jest do wyboru – od buddystów, przez świadków Jehowy, po grekokatolików itd. Na oddziale pacjenci mają telefony i mają dostęp w nocy o północy do wsparcia duchowego, nie są zostawieni sami sobie. To, że ktoś profesjonalny wytłumaczy, to jest niesamowicie ważne. Ludzie w stresie słuchają wybiórczo. Umiera dziecko, często jedyne... To są rzeczy nie do opisanego. Co jest ważne? Wiele rzeczy. Wsparcie. Wyciszenie. Co więcej, Oddział Hematologii to oddział, gdzie leczone są dzieci z chorobami nowotworowymi. Psychologowie, łącznie z księżmi katolickimi, bo jest ich najwięcej, ale nie tylko. Jest to straszne. Dziewczynka kilkunastoletnia nie umiała się uśmiechać – białaczka złośliwa, bardzo trudna w terapii. Bardzo trudne powikłania. Matka nigdy nie jest pozostawiona sama sobie. Jeden człowieczek może być przy takim dziecku. Ludzie żałobę przechodzą już w czasie choroby dziecka. Dorosły człowiek a dziecko to coś zupełnie innego, niewyobrażalnego. Nieprawdą jest to, że personel się przyzwyczaja, to nieprawda, że ma pancerz. Osoby te są zupełnie inne, mają inny charakter. Nie zwraca się uwagi na to, że pada deszcz, że jest mróz czy dużo śniegu – nie da się wyobrazić tego, co odczuwa osoba pracująca na tego typu oddziale. Na pytanie do pracownika OIT-u, co tak wzdychasz, często odpowiedzią będzie agresywnie wypowiedziane – no, dwa zgony. Takie osoby, pracujące w ciągłym stresie, a dodatkowo z cierpieniem, mają zupełnie inny obraz rzeczywistości.

2.3. Problemy emocjonalne członków rodziny.

Świadomość nadchodzącej śmierci bliskiej osoby zawsze wywołuje lęk – przed samym procesem umierania i cierpieniem chorego, ale także przed tym, co będzie, gdy umierający odejdzie, przed własną samotnością i niepewną przyszłością. Tak trudny okres, jakim jest doświadczanie umierania członka rodziny, wywołuje wiele różnych emocji, takich jak: gniew, poczucie winy, żal, rozpacz, bezradność, poczucie krzywdy itp. Poza sferą psychiczną opiekunowie chorych odczuwają także szereg problemów związanych ze zdrowiem fizycznym: zmęczenie, przeciążenie organizmu czy chroniczne niewyspanie, które jeszcze bardziej potęgują trudne objawy psychologiczne. Wyczerpanie fizyczne i psychiczne może tworzyć konflikty wewnątrz rodziny oraz wywoływać choroby somatyczne i psychiczne jej członków.

Należy podkreślać, że okazywanie negatywnych emocji nie jest niczym złym i niepożądanym. Często bliscy chorego jeszcze w trakcie trwania jego życia przechodzą przez wszystkie etapy żałoby. Najważniejsze jest, aby im na to pozwolić i szanować ich potrzeby, wspierać i pomóc dotrzeć do momentu akceptacji nieuchronności śmierci bliskiego. Jest to istotne nie tylko dla członka rodziny chorego, ale także dla samego umierającego – poczucie zgody, przyzwolenia na odejście pozwala mu umrzeć w spokoju (Heußner, 2009).

3. Adaptacja rodziny

Rodzina mierząca się trudnościami i problemami, które wykraczają poza zakres jej normalnego funkcjonowania, podobnie jak inne systemy dąży do utrzymania lub przywrócenia równowagi. Aby ją osiągnąć, potrzeba wielu zmian – po pierwsze należy stworzyć określone zasady postępowania, wzorce zachowań, wewnętrzne hierarchie czy sojusze. Niejednokrotnie rodzina będzie musiała wyjść poza własne zasoby – te fizyczne, emocjonalne i poznawcze.

W kwestii śmierci to umierająca osoba zaburza w rodzinie równowagę przez to, że nie może już wypełniać dotychczasowych ról i zadań, przez co inni zmieniają i poszerzają swoje obowiązki. Zatem energia i zasoby rodziny są skoncentrowane na osiągnięciu równowagi i stabilności. Należy wdrożyć dwa rodzaje procesów adaptacyjnych. Jeden to doraźny proces skupiający się na funkcjonowaniu rodziny w sytuacji umierania, drugi to długotrwały proces obejmujący przystosowywanie się do życia bez zmarłego.

Procesy adaptacji zależą od charakterystycznych cech danej rodziny. Oprócz opisanych powyżej różnic w indywidualnym natężeniu stresu na procesy te mają wpływ parametry charakteryzujące stopień otwartości oraz jakości w relacjach rodzinnych oraz „status” osoby umierającej.

Weigert i Hasting zwrócili uwagę, że rodzina jest jedyną instytucją, która umiera wraz ze śmiercią swoich członków. Natomiast inne instytucje społeczne, np. polityczne czy religijne, zazwyczaj nie reagują w ten sposób. W przypadku systemu rodzinnego śmierć członka rodziny oznacza śmierć samej rodziny (Weigert i Hasting, 1973). Rodzina zmienia się nieodwracalnie i trwale poprzez zmianę jednego z jej elementów. W trakcie umierania jednego z jej członków musi radzić sobie nie tylko z utratą osoby chorej, ale także ze śmiercią członków rodziny. Dotychczasowe dyskusje na ten temat pokazały, że rodziny muszą dokonać wielu zmian, dostosowując się do nowych, trudnych okoliczności. Rozważając warunki tego dostosowania, należy wziąć pod uwagę wiele czynników wewnętrznych i zewnętrznych.

Czynniki zewnętrzne to między innymi istniejące systemy wsparcia społecznego rodziny czy instytucje pomocy społecznej, hospicja medyczne oraz hospicja udzielające wsparcia materialnego i organizacyjnego oraz pomocy psychologicznej rodzinie. Rola tego ostatniego czynnika została potwierdzona wieloma badaniami empirycznymi (Corr, Corr, 1983).

Czynniki wewnętrzne obejmują fizyczne zasoby rodziny, jej mocne strony i zasoby, a także specyficzne cechy rodziny jako systemu społecznego, podział ról, zdolność do wspólnej pracy w celu rozwiązywania konfliktów oraz indywidualne mocne strony każdego członka rodziny. Wśród tych ostatnich najważniejszymi cechami umożliwiającymi jednostce panowanie nad stresem i rozładowywanie napięć jest pozytywna samoocena i wiara we własne możliwości wpływania i kontrolowania własnego życia (Pearlini, Scholer, 1978). Sytuacja materialna traktowana jest jako zasób i polega na zapewnieniu umierającemu odpowiedniego komfortu fizycznego i dodatkowego wsparcia.

Za strategie dysfunkcjonalne według Hanna (1977) można uznać takie, które powodują:

- izolowanie osoby chorej, umierającej od reszty rodziny,
- długotrwałe zaprzeczenie realności sytuacji, istnienia choroby, zagrożenia dla życia,
- pojawienie się objawów hipochondrycznych u innych członków rodziny, „ucieczka w chorobę”,
- trwałe rzutowanie negatywnych uczuć na innych członków rodziny,
- wycofanie się z dotychczasowych kontaktów społecznych,
- pojawienie się nadmiernej aktywności w sferze pozarodzinnej,
- poczucie zdominowania, obezwładnienia przez chorobę,
- nadużywanie alkoholu, środków uspokajających itd.

Warto dodać, że Olson, Sprenkle i Russel (1979) przeprowadzili wtórną analizę i syntezę wielu badań dotyczących funkcjonowania rodziny i zidentyfikowali trzy fundamentalne aspekty, które decydują o jakości tegoż. Są to spójność, zdolność adaptacji i komunikacja.

Spójność rodziny to więź emocjonalna, która łączy jej członków, a także stopień indywidualnej autonomii. U podstaw adaptacji tej komórki społecznej leży jej zdolność do zmiany struktur władzy, ról i zasad. Wreszcie komunikacja to umiejętność sprawnego porozumiewania się, przekazywania zrozumiałych komunikatów i dzielenia się informacjami pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny. Najbardziej korzystne dla funkcjonowania systemu rodzinnego w normalnych warunkach są umiarkowane poziomy spójności i adaptacyjności oraz mniej korzystne poziomy skrajne. Zbyt duża spójność prowadzi do nadmiernej identyfikacji, co utrudnić może rozwój indywidualizacji i autonomii. Z drugiej strony zbyt duża adaptacyjność prowadzi do niestabilności i chaosu w rodzinie. Jeśli zdolność adaptacji jest zbyt niska, konstrukcja będzie zbyt sztywna. Musi istnieć równowaga między zdolnością rodziny do dokonywania zmian (Radochoński, 1987).

Utrzymanie systemu na zrównoważonym poziomie sprzyja prawidłowej komunikacji między członkami rodziny. Wzorzec wzajemnej komunikacji w rodzinie determinuje w pewnym stopniu stopień otwartości systemu. Systemy otwarte charakteryzują się prostymi, jasnymi i spójnymi środkami komunikacji, swobodą wypowiedzi, akceptacją zmian i elastycznością. Systemy zamknięte ograniczają komunikację, która podlega autocenzurze.

W rodzinach, których któryś z członków cierpi na śmiertelną chorobę i czeka go nieuchronna śmierć, kwestia otwartości systemu jest bardzo ważna. Istotne jest, aby móc otwarcie wyrażać swoje uczucia i obawy, komunikować swoje potrzeby, prosić o pomoc, a także artykułować wzajemne oczekiwania, możliwości i granice (Satir, 1972). Brak takiej komunikacji między członkami rodziny tworzy barierę izolacyjną i znacznie utrudnia funkcjonowanie.

Najważniejszą konsekwencją braku właściwej komunikacji w rodzinie są dysfunkcyjne relacje. Przykładami są rodziny, w których jedna osoba ponosi największą odpowiedzialność, ma ścisłą kontrolę nad wszystkim, podczas gdy inni członkowie są pasywni. Brak właściwej komunikacji wiąże się również z niewłaściwymi mechanizmami adaptacyjnymi u niektórych jej członków, którzy np. szukają ulgi w dolegliwościach w alkoholu i, rzadziej, narkotykach. Metody zmniejszania napięć, które mogą chwilowo odciążyc użytkowników, w dłuższej perspektywie zwiększają obciążenie systemu rodzinnego i utrudniają konstruktywne dostosowanie.

Kluczowa dla funkcjonowania rodziny i toczących się procesów dostosowawczych jest elastyczność systemu, możliwość wprowadzania zmian w rolach i obowiązkach oraz demokratyczne style przywództwa. W rodzinach, w których ktoś umiera, w praktyce oznacza to odpowiedzialni podział nowych zadań związanych z opieką nad osobą umierającą i wykonywaniem dotychczasowych działań na rzecz rodziny, oparty na wzajemnych negocjacjach, w sposób szanujący i chroniący interesy rodziny jako całości oraz poszczególnych jej członków.

Niektórym członkom rodziny łatwiej jest zrezygnować z bieżących zobowiązań niż innym. Może być tak, że poszczególne zadania są względnie mniej ważne niż inne. Dobrze jest wziąć pod uwagę osobiste ograniczenia, zdolności i niepełnosprawności, siłę fizyczną, wytrzymałość, wrażliwość lub określone antypatie (Vernon, 1970).

U pacjentów umierających z powodu choroby przewlekłej, kiedy postępują ograniczenia w możliwości brania udziału w życiu rodzinnym, wszelkie zmiany i procesy adaptacyjne zachodzą mimowolnie. Mogą być skutkiem krótkotrwałej choroby lub śmierć wcale nie była poprzedzona trudną sytuacją rodzinną. Im bardziej zdecydowana zmiana ról, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia sytuacji konfliktowej. Oczekiwania rodziny czy osób umierających co do zachowań członków rodziny mogą różnić się od oczekiwań w innych systemach społecznych, zwłaszcza tam, gdzie jednostki odgrywają kluczową rolę. Zmiany w samej rodzinie również mogą prowadzić do konfliktów. Szczególnie przy dziedziczeniu atrakcyjnych stanowisk w rodzinie, przynoszących wyraźne korzyści lub prestiż, lub odwrotnie, przy podejmowaniu szczególnie przykrych zadań, np. związanych z opieką nad umierającym chorym w domu. Występowanie takich konfliktów, niezależnie od ich pochodzenia, niekorzystnie wpływa na solidarność i spójność rodziny.

Ważną rolę w kształtowaniu procesu adaptacyjnego rodziny odgrywają istniejące wyobrażenia o obrazach idealnych, które wyznaczają standardy wzajemnych oczekiwań, lojalności, oddania i wzajemnej odpowiedzialności. Są w ścisłym kontakcie z wyznawanym systemem wartości. Istotne znaczenie ma również pojęcie śmierci i stosunek bliskich do niej. Odczuwany przez rodzinę strach, doprowadzony do kontaktu z umierającą osobą utrudnia zarówno interakcję, jak i koordynację z nią. Namysłowska zwraca uwagę na rozpoznanie cierpienia i jego wpływ na rozwój człowieka. Zrozumienie i zaakceptowanie cierpienia może mieć duże znaczenie w hierarchii wartości i planów życiowych (Namysłowska, 1985).

Sytuacja rodzinna w momencie śmierci osoby bliskiej zmienia się. Najczęściej jest trudna, choć będzie zależec od szeregu czynników, m.in. związanych ze zdrowiem psychicznym oraz odczuwanymi emocjami. Niewątpliwie stres i napięcie psychiczne to najbardziej powszechne reakcje rodziny na śmierć, pojawiają się one w momencie uświadomienia sobie końca życia, jednak trwają zazwyczaj o wiele dłużej. Osoby bliskie, które silnie utożsamiały się z umierającym, doświadczają różnych stanów emocjonalnych – lęku, złości, poczucia niesprawiedliwości. Niewątpliwie przeżycia emocjonalne rodziny i ich intensywność zależec będą od pozycji zmarłego w systemie rodzinnym, rodzaju i siły więzi, która łączyła go z innymi członkami. Nie zawsze jednak tak jest, bowiem w niektórych przypadkach czyjaś śmierć w ogóle nie wywołuje trudnych uczuć. Niekiedy śmierć w przenośni niczego nie zmienia – zmarły nadal jest odbiorcą komunikatu. Chodzi przede wszystkim o „rozmowy” ze zmarłym

na cmentarzu, dotyczące dzielenia się troskami dnia codziennego. Metaforycznie takie rozmowy mogą pełnić funkcję terapeutyczną, choć nie znajduje to wyjaśnienia pod względem psychoterapeutycznym. Niemniej może mieć to funkcję oczyszczającą, budującą więź czy wspierającą. Oprócz pozytywnych aspektów „komunikowania się” ze zmarłym można odnaleźć też negatywne – taka sytuacja świadczyć może o braku przeżytej żałoby. W niektórych przypadkach nieetyczne byłoby odebranie możliwości takiej komunikacji osobom, które potrzebują budowania więzi w ten sposób.

Napięcia i stany emocjonalne mają charakter pierwotny i wtórny. Stanowi to psychologiczną reakcją na utratę bliskiej osoby, a także na obiektywne trudności i problemy w funkcjonowaniu rodziny spowodowane procesem umierania. Ogólne obciążenie rodziny jest często pomijane i niedoceniane w rozumieniu społecznym, które koncentruje się głównie na kwestiach psychicznych. Jest ich jednak wiele i mogą powodować poważne zakłócenia w życiu rodzinnym. Podobnie jak reakcja psychologiczna, stopień obciążenia rodziny różni się w zależności od wielu czynników²⁹.

Obecnie w wielu sytuacjach rodziny korzystają z pomocy wyspecjalizowanych systemów społecznych (MOPS, MOPR, OPS). W momencie sprawowania opieki nad osobami chorującymi często odpowiedzialność tę przejmują instytucje medyczne, choć kilkanaście lat temu w Polsce było to podejście niszowe. Kawczyńska-Butrym (1987) zauważa, że kwestie instytucjonalne nie do końca skutecznie pozwalają na rozwiązanie wszelkich problemów. Opieka prowadzona przez instytucje wymaga od rodziny zazwyczaj mimo wszystko zaangażowania czasowego, organizacyjnego, finansowego³⁰ czy emocjonalnego.

Zmiany mogą objawiać się także w odczuwanej atmosferze rodzinnej w związku z relacjami między członkami. Pojawianie się różnorodnych problemów może powodować tworzenie trudności na wielu płaszczyznach, związanych m.in. z nieprzystosowaniem. Jeden kryzys może determinować pojawienie się kolejnych niekorzystnie działających na elementy adaptacyjne w rodzinie zjawisk (tamże). Problemy mogą zwiększyć się przez kumulację kosztów leczenia, pogrzebu czy procesu związanego z umieraniem. W niektórych sytuacjach dochodzi do całkowitej reorganizacji rodziny – osoba, która nie pracowała i zajmowała się domem zaczyna praktykę zawodową albo dzieci przejmują obowiązki rodziców. Trudności stanowi także

²⁹ Można wyróżnić także *śmierci niezauważone*, rozumiane jako te, w których człowiek, na ogół stary (choć nie zawsze, gdyż może być to osoba uzależniona, nieakceptowana itd.), umiera w izolacji od bliskich sobie osób. To osoba, która została zapomniana przez system za życia. Jednostka, która żyła na marginesie rodziny i była nieistotna dla funkcjonowania rodziny, społeczności, komuny. Zupełnie inaczej ta kwestia wygląda w sytuacji rodziny nuklearnej, kiedy umiera rodzic, pozostawiając po sobie dziecko czy dzieci wymagające jeszcze opieki itd.

³⁰ Kwestia finansowa może być związana z koniecznością zapewnienia odpowiedniej opieki, lekami, dojazdem. Wydatki te wiążą się z poszukiwaniem specjalistów, leków, sposobów leczenia itd.

zaangażowanie czasowe, bowiem w ostatnim okresie życia chorego bliscy mogą mieć potrzebę, aby poświęcić osobie umierającej szereg swoich zasobów, w tym swój czas. W niektórych przypadkach dochodzi do nieodwracalnych zmian w zasobach emocjonalnych, ale i czasowych rodziny.

Badacze wskazują, z tendencją stereotypową, że obowiązki członków rodziny są liczniejsze w sytuacji śmierci kobiety – matki, żony, w rozumieniu, że to ona była odpowiedzialna za prowadzenie domu, opiekę nad dziećmi itd. Jednak nie zależy to typowo od płci, a podziału ról w systemie rodzinnym.

W wielu przypadkach nie ma czasu i przestrzeni na praktykowanie zajęć prokreacyjnych w rodzinie. Trudno o angażowanie się w typowo odprężające zajęcia, co jednocześnie powoduje szereg trudności emocjonalnych, np. wyczerpanie, kumulację stresu itd. Związane może być to także z zaburzonymi relacjami intymnymi między parą, małżonkami.

To, co kontroluje lub ogranicza w sytuacji śmierci i umierania, to normy społeczne. Ten aspekt zmienia się z uwagi na przekształcenia z rodzin wielopokoleniowych na te, które tworzą bardzo małą strukturę społeczną, np. rodzice i dzieci. Związane jest to ze spadkiem kontroli społecznej, co widoczne jest często w dużych miastach. W takich przypadkach izolacja może zachęcać do szukania innych form pomocy i wsparcia m.in. w instytucjach medycznych i społecznych. Coraz więcej osób korzysta z pomocy pielęgniarki, pielęgniarki PCK, a nie krewnego czy sąsiada.

Do czynników adaptacyjnych rodziny można zaliczyć także potrzebę szukania przyczyn danego zjawiska, np. poprzez kontakt z profesjonalistami z zakresu medycyny, aby znaleźć odpowiedź na pytania dotyczące choroby, jej objawów i sposobów pomocy osobie umierającej. Niekiedy wyrzuty sumienia czy brak poczucia kontroli determinują wyszukiwanie nowych form wsparcia. Przeżywając swoje cierpienie, rodzina zapomina, że wiele osób jest w podobnej sytuacji – nie ma możliwości, aby lekarz czy pielęgniarka byli zawsze dostępni. Często w takich przypadkach postawa rodzin charakteryzuje się złością i frustracją. W sytuacji choroby i umierania osób starszych można spotkać się z zupełnie innymi trudnościami, dotyczącymi problemów materialnych, niepełnosprawności fizycznej czy ograniczonej mobilności. Chorującym w wielu przypadkach znany jest także lęk nie tylko przed śmiercią, ale i samotnością czy bólem.

Trudnym aspektem jest pogłębiający się proces izolacji społecznej. Wiele problemów może się pojawić w funkcjonowaniu rodzin zdradzających symptomy rozbicia w okresie poprzedzającym zbliżającą się śmierć któregoś z jej członków³¹. Niejednokrotnie wcześniej też

³¹ Stopień dezorganizacji funkcjonowania rodzin może się zwiększać w momencie umierania chorego w domu. Wtedy ilość dodatkowych zadań i obciążeń często przewyższa fizyczne i emocjonalne możliwości rodzin. Oprócz

mogą istnieć zakłócenia w oczekiwaniach dotyczących sposobu pełnienia ról, w interakcjach i komunikacji. Paradoksalnie groźba śmierci może skonsolidować rodzinę we wzajemnym uczuciu ponoszonej straty i wspólnych wysiłkach podejmowanych na rzecz opieki nad umierającymi, nie zawsze jednak do tego dochodzi. Niestety zgodnie z doświadczeniami badawczymi częściej występują sytuacje odwrotne – rodziny z trudnościami w porozumiewaniu się, dotknięte m.in. chłodem emocjonalnym czy gniewem albo zrzucaniem na siebie winy, co może powodować po pierwsze brak odbudowania relacji, a po drugie pojawienie się kolejnych kryzysów (Parad, Caplan, 1965).

Sytuacja śmierci nie jest obca także dzieciom – zarówno chorującym, jak i obserwującym zmagania radzenia sobie rodziny z trudami u osoby bliskiej. Ich potrzeby można przeoczyć, gdy uwaga rodziny skupiona jest na potrzebach osoby umierającej. Bardzo często dba się o to, aby dzieci nie doznały wszystkich trudów i ciężarów rodzinnego doświadczenia. Jednakże nawet chronione dziecko zauważy elementy komunikacyjne – te niewerbalne. Reakcje dziecka na śmierć kogoś z rodziców są zróżnicowane i zależą w znacznym stopniu od wieku dziecka, emocjonalności, rozwoju poznawczego czy bliskości emocjonalnej ze zmarłym rodzicem. Jednym z najważniejszych czynników jest postawa drugiego rodzica, a mianowicie kontrolowanie swoich emocji, aby nie prowadziły do tego, aby dziecko czuło się odsunięte (Schiff, 1977). Brak odpowiedniego zadbania o dziecko może powodować inne pozornie niezwiązane z sytuacją trudności, jak na przykład niepowodzenia w szkole, problemy w relacjach rówieśniczych i inne – będące w rzeczywistości odbiciem sytuacji rodzinnej (Barton, 1977).

Gold (1983) prowadził badania nad rodzinami osób chorych na raka, których bliscy opiekowali się nimi w domu. Wykazano, że oprócz tradycyjnych czynności osoby te wykonywały takie zadania, jak: transportowanie, przenoszenie (blisko 100%), podawanie leków (63%), mycie pacjenta (60%), asystowanie przy czynnościach toaletowych (ponad 50%), zmienianie pozycji (40%), ubieranie (38%), karmienie (25%) i inne.

Te zagadnienia to ważny aspekt etyczny w rozumieniu poszanowania godności ludzkiej. Przekłada się on na samopoczucie pacjenta lub też osób opiekujących się nim. Owe czynności kojarzą się z czymś nieprzyjemnym, krępującym. Bez odpowiedniego przeszkolenia istnieje wysokie ryzyko wystąpienia negatywnych skutków medycznych, również w sferze psychiki. Może mieć to także związek z wypaleniem zawodowym, spowodowanym między innymi koniecznością pracy w nocy. Okazało się, że 1/3 badanych rodzin wskazała, że w krytycznym okresie choroby praktycznie nie otrzymała pomocy od krewnych, przyjaciół czy znajomych. To niewątpliwie wiąże się z odczuwaniem obojętności czy atmosferą izolacji.

typowo fachowych umiejętności technicznych, pielęgnowanie leżącej, obłożnie chorej osoby wymaga sił fizycznych, empatii i cierpliwości.

W Wielkiej Brytanii przeprowadzono badanie, które wskazało, że w rodzinach, w których ktoś umierał w domu, zazwyczaj jedna osoba brała największą odpowiedzialność na siebie. W 3/4 przypadków tę rolę pełniła obecna w rodzinie kobieta. Powodowało to konieczność zakończenia pracy zawodowej, aby sprostać trudnemu i obciążającemu zadaniu. Spośród tych, którzy pracowali zawodowo, 1/4 głównych opiekunów musiała przerwać pracę na rok lub dłużej. Prawie 1/5 respondentów zmuszona była dokonać znaczących zmian w swoim zatrudnieniu (zmniejszenie wymiaru godzin czy zmiana godzin pracy). Miało to w większości rodzin negatywne skutki finansowe. Natomiast 1/5 opiekunów stwierdziła, że opieka nad osobą chorą przekraczała ich siły (Cartright, Hockey, Andersen, 1973). Warto jednak wskazać na różnice kulturowe – podobne badania przeprowadzone w Polsce niewątpliwie wykazałyby znacznie większe obciążenie rodzin. Opieka bliskich nad zmarłym w domu nie zawsze gwarantuje wysokiej jakości „usługi”. Nasilenie trudności rodziny może pojawić się przy wyczerpaniu z powodu braku pomocy z zewnątrz, objawów dezorganizacji, załamania, niezdolności do radzenia sobie z trudnościami, jak również szeregu problemów związanych ze śmiercią. W wielu przypadkach można niewątpliwie znaleźć elementy syndromu wypalenia zawodowego. Osoby sprawujące przez długi czas opiekę nad ciężkimi mogą mieć objawy zaburzeń somatycznych, psychicznych i interpersonalnych.

Sytuacje kryzysowe w rodzinie można charakteryzować przy pomocy pięciu twierdzeń opracowanych przez Parada i Caplana (1965):

1. Kryzys powoduje problem, który nie może być od razu rozwiązany.
2. Rozmiar problemu przekracza posiadane wzory strategii radzenia sobie z trudnymi sytuacjami (zasoby emocjonalne rodzin zostają przekroczone).
3. Cele życiowe rodziny mogą być zagrożone z uwagi na pojawienie się problemu.
4. W ostrej fazie kryzysu napięcie osiąga swój szczyt, następnie następuje przesilenie oraz powolna reakcja adaptacji problemów i następstw z tym związanych.
5. Kryzys uaktywnia inne nierozwiązane problemy z przeszłości, co utrudnia przystosowanie się rodziny do aktualnych zmagania (Parada, Caplan, 1965).

Przedłużający się, nierozwiązany kryzys w swojej skrajnej postaci może prowadzić do pojawienia się symptomów patologii społecznej w rodzinie, a postępująca jej dezorganizacja – do rozpadu (Schiff, 1980).

Poznanie czynników, które wpływają na zdolność rozwiązywania problemów przez rodzinę, jest możliwe dzięki modelom, np. klasycznemu modelowi kryzysu rodziny. Opisując założenia schematu, pojawienie się i zasięg kryzysu zależy od niekorzystnego oddziaływania czterech czynników:

- odpowiednio silnego stresora,
- znacznej ilości wywołanego nim stresu,
- niewystarczających zasobów rodziny,
- doświadczenia sytuacji jako przytłaczającej (Hill, 1949).

Każda rodzina może traktować te sytuacje w sposób subiektywny, zależny od szeregu czynników oraz sposobów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi w perspektywie czasu. Inni badacze wzbogacali zaprezentowany model, dodając cechy rodzinne, np. czynniki adaptacyjności, polegające na zdolności do indywidualnej interakcji między członkami systemu. Dodano także czynniki zewnętrzne, rozumiane jako osoby czy systemy spoza rodziny. Te elementy będą różnić się w zależności od wielości interakcji. Pokonanie trudności, kryzysu może przyczynić się do lepszej integracji i funkcjonowania tych osób w przyszłości (Dąbrowski, 1985).

3.1. Radzenie sobie z procesem umierania członka rodziny.

Przeżywane emocje i strategie radzenia sobie z nimi są odmienne dla różnych osób w zależności od ich stanu fizycznego i psychicznego oraz wsparcia rodzinnego i społecznego. Członkowie większych, bardziej zżytych rodzin, mają często lepsze zasoby radzenia sobie z trudnymi emocjami, właśnie ze względu na wzajemne wsparcie (Rymarek, b.d.). Także w dotychczas mniej zżytych rodzinach obserwuje się zwiększenie spójności w czasie choroby jednego z jej członków, koncentrację na jego potrzebach, unikanie konfliktów, wzajemną pomoc w zakresie codziennych obowiązków i opieki nad chorym. Poczucie wspólnoty stanowi bardzo ważny czynnik w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami, ale każdy z członków rodziny powinien również zadbać o indywidualne aspekty przeżywania procesu umierania bliskiej osoby:

- czas na odnalezienie się w trudnej sytuacji – przepracowanie emocji, dostosowanie życia codziennego, zebranie potrzebnych informacji,
- realna ocena własnych możliwości – określenie, co możemy zrobić, a czego nie jesteśmy w stanie, stawianie granic własnej pomocy,
- przeżywanie i wyrażanie emocji – ich akceptacja, rozmowa na ich temat (także z chorym), płacz,
- znalezienie czasu tylko dla siebie, bez wyrzutów sumienia – zadbanie o własne potrzeby i przyjemności, regeneracja sił i odpoczynek, rozwijanie zainteresowań i kontaktów niezwiązanych z chorującym bliskim,
- duma z opieki nad bliskim i docenienie swojego wysiłku zarówno przez siebie, jak i

- innych,
- znalezienie wsparcia – podzielenie się obowiązkami z innymi członkami rodziny, współpraca ze specjalistami medycyny paliatywnej, w razie potrzeby poszukanie także pomocy psychologicznej dla siebie samego (Fuchs-Dzierżyc, 2021).

3.2. Pomoc psychologiczna bliskim osoby umierającej.

Opiekunowie osób umierających powinni być szczególnie wyczuleni na osobiste emocje i przeżycia. Zaangażowani we wsparcie chorego często nie zauważają symptomów problemów zdrowotnych – fizycznych i psychicznych – lub ignorują je. W przypadku rozpoznania u siebie objawów np. depresji konieczny jest jak najszybszy kontakt z lekarzem pierwszego kontaktu lub psychiatrą. Pomocy można i warto szukać również u psychologów i psychoterapeutów czy w grupach wsparcia.

Wśród symptomów sugerujących problemy z samodzielnym radzeniem sobie z trudną sytuacją możemy wyróżnić:

- objawy psychiczne, takie jak: obniżony przez większość dnia nastrój, spadek energii i męczliwość, utrata zainteresowań i umiejętności odczuwania przyjemności, osłabienie uwagi i koncentracji, obniżona samoocena i wiara w siebie, niskie poczucie własnej wartości, poczucie winy, brak nadziei, pesymistyczne postrzeganie przyszłości, myśli i tendencje samobójcze, zaburzenia snu (trudności z zasypianiem, częste budzenie się lub nadmierna senność), spadek popędu płciowego, poczucie lęku,
- objawy fizyczne, takie jak: zaburzenia łaknienia, utrata lub przybieranie na wadze bez żadnego powodu, przyspieszone tętno, potliwość, suchość w ustach, zaburzenia związane z układem pokarmowym (biegunka, bóle brzucha), chroniczne zmęczenie, spowolnienie, bóle głowy i inne bóle (Piotrowska, 2015).

Wymienione wyżej objawy mogą być normalne w trakcie przeżywania tak trudnej sytuacji, jaką jest umieranie bliskiej osoby. Jeśli jednak występują w dużym nasileniu, są zwielokrotnione i trwają dłużej niż 2 tygodnie, warto poszukać pomocy specjalisty (Kowalska, Podymniak, 2013).

Pomoc psychologiczna członkom rodziny osoby umierającej ukierunkowana jest w pierwszej kolejności na indywidualne potrzeby i budowanie brakujących zasobów radzenia sobie. Bardzo często są to:

- radzenie sobie ze stresem związanym z lękiem przed śmiercią bliskiej osoby, ale także nadmiarem informacji dotyczących choroby oraz potrzeb i opieki nad umierającym,

- zdobycie dodatkowej wiedzy merytorycznej związanej z procesem chorowania i umierania, potrzeb psychologicznych umierającego, komunikacji z nim,
- adaptacja do nowej roli związanej z sytuacją umierania bliskiej osoby, zmiana dotychczasowego trybu życia,
- poczucie docenienia, dumy z radzenia sobie z opieką nad chorym, rozwój osobisty,
- przepracowanie własnego nastawienia do procesu umierania i śmierci,
- poprawienie relacji z rodziną, bliskimi i otoczeniem społecznym.

Oprócz indywidualnych spotkań z psychologiem lub psychoterapeutą, warte rozważenia są także spotkania w ramach tzw. grup wsparcia, organizowanych przez szpitale, placówki specjalistyczne czy fundacje. Grupy wsparcia zrzeszają ludzi przeżywających podobne trudności, dających poczucie zrozumienia i oferujących wiele informacji nt. własnych doświadczeń i strategii radzenia sobie w różnych sytuacjach (Zaręba, 2014; Szczepaniak, 2021).

ROZDZIAŁ VII

ŚMIERĆ SAMOBÓJCZA

1. Wprowadzenie

Brunon Hołyst (1996) był osobą odpowiedzialną za szukanie przyczyn samobójstw oraz zajmował się metodami pomocy osobom z myślami samobójczymi jeszcze przed powstaniem Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego. W wyjątkowy sposób podkreślił w swojej książce *Na granicy życia i śmierci*, iż samobójstwo stanowi temat tabu. Z reguły wszystkie przypadki zamachów samobójczych są sprawdzane przez uprawnione do tego organy, np. przez funkcjonariuszy policji pod nadzorem prokuratora. Częścią takiego dochodzenia jest upewnienie się, że zgon nastąpił w wyniku samobójstwa, a nie poprzez udział osób trzecich. Hołyst stwierdził, że przypadki samobójstw dokonanych są zgłaszane, gdyż w związku ze śmiercią osoby konieczne jest podjęcie pewnych decyzji związanych z organizacją pogrzebu czy innymi formalnościami. Jednak liczba usiłowanych samobójstw pozostaje zagadką. Wiele osób, kierując się niezliczoną ilością powodów, nie ujawnia przypadków prób samobójczych, które nie zakończyły się zgonem.

2. Pojęcie samobójstwa

Cofając się w czasie, można dostrzec, że najstarsze zapisy na temat samobójstwa są notowane już w źródłach dokumentujących życie codzienne starożytnych kultur Dalekiego Wschodu (Chiny, Japonia i Indie), Bliskiego Wschodu w Babilonii (Mezopotamii), Egipcie, w antycznej Grecji i Rzymie. Wzmianki o samobójstwie znajdują się także w Biblii, czyli pojawiają się w kręgu kultury judeochrześcijańskiej (Hołyst, 2012). Osoby z chorobami psychicznymi oraz samobójcy już wtedy byli postrzegani negatywnie przez społeczeństwo, wręcz jako osoby niepasujące do reszty. Niewielki odsetek społeczeństwa potrafi zrozumieć, dlaczego ktoś nie widzi sensu życia. Czyn samobójczy stygmatyzował daną osobę jako obłąkaną, od której reszta powinna trzymać się z daleka zamiast pomagać jej. Na ziemiach polskich już w czasach prasnówiańskich znano niektóre choroby i zaburzenia natury psychicznej, natomiast nie były one leczone. Z informacji zawartych w literaturze w tym czasie można wywnioskować, iż osoby chore były wręcz gnębione, co zwiększało zjawisko samobójstw. W XVI wieku problemy psychiczne zaczęły mieć większe znaczenie. Dowodem na to jest ogłoszony w roku

1529 *Statut Litewski*, obowiązujący za czasów panowania Zygmunta Starego, który zawierał zapis mówiący, że „obłąkani lub [szaleni] ludzie powinni być pod strażą [opieką] krewnych, a ubodzy [którzy żyją] w miastach pod dozorem urzędu miejskiego, we wsiach pod baczością właściciela lub rządcy dóbr” w celu zapewnienia należytej opieki tym osobom (Bilikiewicz i Gallus, 1962, s. 111). Z kolei car Iwan Groźny decyzją z roku 1551 polecił umieszczać chorych psychicznie w zakładach z osobami cierpiącymi somatycznie (cieleśnie).

Spostrzeganie osób chorych psychicznie zależało w dużej mierze od postawy władz, mogło znacznie się różnić w poszczególnych regionach kraju lub świata. Na Wschodzie chorych zamykano w klasztorach i czekano, „kiedy pozbawieni rozumu odzyskają [go]” (Gilarowski, 1957, s. 6). Osoby chore pracowały w klasztorach, a także pełniły określone funkcje w gospodarstwie. Natomiast osoby, których stan psychiczny i fizyczny był uznawany za dobry, dostawały „patronaż rodzinny”. Ustalanie danych restrykcji wobec osób odbiegających od normy fizycznej czy umysłowej miało postać kar fizycznych lub ograniczania ruchów poprzez zakuwanie w kajdany, co w tych czasach uznalibyśmy za niehumanitarne i będące przeciwieństwem terapii. Niektórzy uznawali chorobę psychiczną za stan, w którym jednostka, w stosunku do osób zaliczanych do normy, funkcjonuje w specyficzny i niezrozumiały sposób. Przyjmowano, na niekorzyść osób chorych psychicznie, że obłąd odróżnia ludzi chorych od zdrowych, a dodatkowo charakteryzuje się określonym zbiorem cech i możliwości. Uważano, że „[obłąd] daje odporność na głód, upał, zimno czy ból” (Barański, 2000, s. 63–76). Takie traktowanie osób z zaburzeniami psychicznymi prowadziło często do zachowań autodestrukcyjnych ze względu na brak możliwości poznawczych osoby z trudnościami psychicznymi, a także brak odpowiednich czynników, które mogłyby pomóc doprowadzić do poprawy stanu chorego (Baranowski, 1952; Łyskanowski, 1969; Foucault, 1987; Tazbir, 1993).

2.1. Definicje samobójstwa.

Encyklopedia PWN definiuje samobójstwo jako „celowe zachowanie samodestrukcyjne prowadzące do śmierci biologicznej”. Może mieć ono charakter gwałtowny, gdy następuje np. poprzez powieszenie się, lub stopniowy, gdy mamy do czynienia z np. długotrwałym głodzeniem się. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) traktuje samobójstwo jako świadomy akt, mający śmiertelny skutek, na który osoba zdecydowała się, mając świadomość i oczekując tego skutku, a jej celem było wywołanie pożądanych przez siebie zmian. Definicja ta pomija przypadki odebrania sobie życia w zaburzeniach świadomości, ostrych stanach psychotycznych czy zatruciach substancjami psychoaktywnymi. Jak w takim razie je zaklasyfikować? Czy w takich sytuacjach można mówić o nieszczęśliwych

wypadkach? Wydaje się, że nie ma definicji uniwersalnych, a każdy autor zwraca uwagę na inne aspekty związane z odebraniem sobie życia.

Émile Durkheim (1897, 2006) określił samobójstwo jako „przypadek śmierci będący bezpośrednim lub pośrednim wynikiem działania jednostki wobec siebie”. Definicja ta kładzie nacisk na śmiertelny skutek samobójstwa, dzięki czemu odróżnia samobójstwo od próby samobójczej niekończącej się śmiercią. Krytycy tej definicji zwracają jednak uwagę na brak określenia czasu pomiędzy aktem a momentem śmierci, co może sugerować, że np. palenie papierosów czy nadużywanie alkoholu należałoby traktować jako samobójstwo.

Erwin Stengel (1973), jeden z ojców światowej suicydologii, zamachem samobójczym nazywa „rozmyślny akt samouszkodzenia, który przed popełnieniem wyklucza w świadomości sprawcy pewność przeżycia”. Maurice Halbwachs (2008) za samobójstwo uważa każdy przypadek śmierci popełnionej przez samą ofiarę w intencji lub z przewidywaniem zabicia się, wykluczając jednak akty poświęcenia się. Karl Menninger (1938) natomiast sugeruje, że samobójstwo popełnia człowiek, u którego zaistniała chęć zabicia, bycia zabitym lub chęć śmierci. Menninger stwierdził także, że samobójstwo osoby opiera się na jej pragnieniu śmierci będącej wyrazem stałej agresji względem siebie (Bielicki, 2004).

Wszystkie wskazane i pojawiające się w literaturze definicje opierają się na trzech aspektach: dobrowolności, samodzielnym dokonaniu aktu i świadomości skutku tego aktu (w postaci możliwości utraty życia). Specjaliści z obszaru suicydologii zwracają jednak uwagę na trudność w zdefiniowaniu prób odebrania sobie życia przez dzieci i młodzież. W ich przypadku trudno bowiem mówić o pełnej świadomości popełnionego czynu.

Pod względem prawnym, również w Polsce, śmierć może być zakwalifikowana jako samobójstwo po stwierdzeniu intencji pozbawienia się życia. Nie zawsze jest to jednak możliwe ze względu na sposób popełniania samobójstwa, ale także jego społeczne napiętnowanie. W polskim prawie karnym samobójstwo nie jest uznawane za przestępstwo, a jego usiłowanie nie podlega karze, ale namawianie czy doprowadzenie innej osoby do samobójstwa jest przestępstwem. Większość religii (np. chrześcijaństwo, judaizm, islam) zakazuje i piętnuje samobójstwa. W pewnych kulturach z kolei (np. w Indiach czy Japonii) w określonych okolicznościach są one akceptowane społecznie i religijnie ze względu na tradycję.

2.2. Typologia samobójstw i pojęcia z tym związane.

Istnieje wiele typologii i nazw dla zachowań i aktów suicydalnych. Zamiar odebrania sobie życia może być sygnalizowany wcześniej lub nie, świadomy bądź nieświadomy,

rzeczywisty lub symulowany. Bardzo trudno jest odróżnić prawdziwy zamiar pozbawienia się życia od tzw. demonstracji samobójczych, które stanowią większość samobójstw usiłowanych, które nie kończą się śmiercią. Demonstracje samobójcze są raczej uznawane za wołanie o pomoc lub zainteresowanie, a ich celem jest zmiana zachowania innych ludzi wobec osoby dokonującej tego aktu (Grela, 2007; Greszta, Kwiatkowska, Trębicka i Nowak, 2018).

Wspomniany już wcześniej Durkheim, opierając się na założeniu, że samobójstwo to wynik oddziaływania społeczeństwa na osobę, wyróżnił cztery typy samobójstw:

- *samobójstwo egoistyczne*, będące wynikiem słabych więzi z innymi i braku wsparcia społecznego;
- *samobójstwo altruistyczne*, do którego dochodzi pod wpływem zbyt wysokich oczekiwań społecznych względem osoby i poczucia braku możliwości ich spełnienia;
- *samobójstwo anomiczne*, związane z gwałtownymi zmianami społecznymi i poczuciem braku stabilności oraz alienacji;
- *samobójstwo fatalistyczne*, spowodowane poczuciem braku kierunku w życiu oraz trudności z zapanowaniem nad własnym losem.

W ujęciu psychologicznym samobójstwo traktowane jest jako akt na pewnym kontinuum. Najpierw pojawiają się myśli samobójcze takie jak: moje życie nie ma sensu, lepiej byłoby dla wszystkich, gdybym zniknął, czyli zastanawianie się nad skutkami samobójstwa oraz jego wpływem na inne osoby, nie wiążące się jednak z pragnieniem śmierci czy decyzją o odebraniu sobie życia. Kolejnym etapem mogą być tendencje samobójcze, czyli coraz większe przywiązanie do myśli samobójczych, poszukiwanie informacji oraz planowanie sposobu i miejsca popełnienia samobójstwa, pisanie pożegnalnych listów (Witkowska, 2021). Akt samobójstwa, czyli dokonanie świadomej próby odebrania sobie życia, jest ostatnią częścią kontinuum (Gmitrowicz, 2014).

Brunon Hołyst (1983) wyróżnia nieco inne etapy prowadzące do samobójstwa:

- *samobójstwo wyobrażeniowe* – dostrzeżenie możliwości odebrania sobie życia jako sposobu rozwiązania problemów;
- *samobójstwo upragnione* – uporczywe myśli samobójcze, przeradzające się w traktowanie samobójstwa jako pożądanego celu;
- *samobójstwo umiłowane* – ciąg zachowań prowadzących do odebrania sobie życia, ale bez realizacji samego aktu;
- *samobójstwo dokonane* – odebranie sobie życia.

Samobójstwo jest zjawiskiem bardzo złożonym. Trudno mówić o nim w oderwaniu od etiologii, symptomów czy wpływu na społeczeństwo. Niezależnie jednak od tego, jaką jego

definicję przyjmujemy, jak zaklasyfikujemy dane zachowanie, jaka jest jego przyczyna, należy pamiętać, że samobójstwo zawsze jest przede wszystkim tragedią – zarówno dla samej ofiary, jak i jej rodziny, bliskich i społeczeństwa (Tubisz, 2017).

3. Społeczna reakcja na samobójstwo

W Polsce zajmowano się również tematyką postaw oraz stosunkiem społecznym w przypadku wystąpienia samobójstwa usiłowanego oraz dokonanego (Koślacz i Oleszczuk-Kryj, 1970; Rendecka i Żuraw, 1978; Szymanowski, 1994; Czabański, 1997). Karolina Krysińska (2000) w artykule *Empatia pracowników służby zdrowia a ich gotowość do udzielania pomocy pozamedycznej pacjentom po próbach samobójczych* skupiła się na zagadnieniu nieporuszonym wcześniej w polskiej literaturze suicydologicznej. Na podstawie badań ukierunkowanych na stosunek lekarzy oraz pielęgniarek do pacjentów po próbie samobójczej zwrócono uwagę na jakość pomocy pozamedycznej, badania potwierdziły, że gotowość pracownika medycznego zależy głównie od empatii. Autorka zauważyła, że szczególnie istotny jest aspekt związany ze zdolnością empatycznej troski oraz umiejętnością wczuwania się w przeżycia innych osób, także fantazjowaniem.

Związkami zaburzeń psychicznych z czynem samobójczym zajmowali się nie tylko lekarze. Na przykład ks. Tadeusz Szwagrzyk (1960) wyjaśniał, czym charakteryzuje się brak poczucia winy z perspektywy trwałego i ciągłego zaburzenia psychicznego, np. w schizofrenii. Brak poczucia winy oraz świadomości popełnianego samobójstwa jest kwestią kluczową do oceny sytuacji przez Kościół, ponieważ świadczy o przeżywaniu poczucia winy oraz grzechu lub wyklucza taką motywację. Jerzy Haszczyński (1993) również przyglądał się zjawiskom samobójstwa z religijnego punktu widzenia. Traktował samobójstwo bez odniesienia do grzechu, wyjaśniał wyjątki, które pozwalają na wybaczenie tego czynu, poruszył temat choroby psychicznej i tego, co traktowane jest jako obłąd samobójców. Z kolei Krzysztof Tittenbrun (1986) porusza w swojej książce etyczne kwestie samobójstwa. Omówił także aborcję, moralność, zło, tabu, społeczeństwo i prawo. Szawarski (1984) opisał kwestie moralne związane z samobójstwem i eutanazją. Opracował również definicję problemu (Szawarski, 1988).

4. Komunikacja na temat samobójstwa

Warto zaznaczyć to, że ryzyko samobójstwa jest duże. W ostatnich latach zauważyć to można szczególnie w grupie wiekowej dzieci i młodzieży. Nastolatki mogą doprowadzić

do samobójstwa dokonanego, często nie zdając sobie wcześniej sprawy z konsekwencji swoich działań. W wielu przypadkach komunikacja nie jest na tyle satysfakcjonująca, aby mogła ona stanowić czynnik chroniący wśród tej grupy. Nieefektywna komunikacja lub jej brak stanowi poważny czynnik ryzyka, jeśli chodzi o zachowania samobójcze – niekiedy osobami, które mogą wiedzieć o problemach dziecka czy nastolatka, jest tylko jego najbliższe otoczenie. Nieodosobnione są też przypadki śmierci samobójczych osób dorosłych, a szczególnie mężczyzn, także w Polsce (Kielan i in. 2020; Stradomska, Kielan, Walewska-Zielecka, 2020).

Istotna jest w tym przypadku profilaktyka i prowadzenie działań edukacyjnych. Niewątpliwie ważne jest, aby dawać osobom zagrożonym samobójstwem nadzieję na to, że dana sytuacja minie i odczuwanie najtrudniejszych emocji w pewnym momencie może się zakończyć przy wykorzystaniu konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem. Niekiedy komunikacja w przypadku śmierci, umierania czy samobójstwa może być dla jednostki czymś bardzo skomplikowanym. Jednakże milczenie, brak reakcji czy nadzieja, że „samo minie” mogą nie być słuszne, a prowadzić do jeszcze większej stygmatyzacji. Obawa przed zachowaniami samobójczymi czy brak odczuwanych kompetencji nie zwalnia ludzi z obowiązku zgłaszania takich zdarzeń odpowiednim służbom.

Prawidłowe wyrażanie emocji i prośba o pomoc powinny być o wiele łatwiejsze niż odebranie sobie życia, każdy z nas może odegrać tu znaczącą rolę³².

Sposób informowania o samobójstwie przez media – zwłaszcza jeśli chodzi o znane osoby – ma istotne znaczenie i wpływ na odbiorców. Na szczęście dzięki licznym badaniom na ten temat powstają publikacje skierowane do pracowników mediów o tym, jak istotna jest ich rola w zapobieganiu samobójstwom. Dziennikarze, pisząc o samobójstwach, powinni traktować to jako okazję do działań prewencyjnych i zawsze informować, gdzie można znaleźć pomoc. Poza znajomością aktualnych numerów i adresów pomocowych autor powinien również pamiętać, by nie stosować sensacyjnych nagłówków, nie opisywać szczegółowo metody odebrania sobie życia itd. (Baran, Gmitrowicz, Pawelec, 2018).

Gdy mowa o środkach masowego przekazu, trudno nie wspomnieć o złożonym wpływie Internetu na zjawisko samobójstw. Niekontrolowany przepływ informacji może prowadzić do rozprzestrzeniania się zarówno efektu Wertera, jak i Papageno. Wpływ Internetu na zachowania samobójcze jest w tej chwili dość niejednoznaczny. Z jednej strony w mediach społecznościowych pojawia się sporo prewencyjnej działalności, użytkownicy mają dostęp do grup wsparcia oraz e-terapii. Z drugiej strony istnieją strony prosuicydalne czy takie zjawiska, jak *cyberbullying* oraz pakiety samobójcze (Koszevska, Średniawa i Koszevska, 2014).

³² Światowa Organizacja Zdrowia kilka lat temu stworzyła nawet dokument z wytycznymi dla dziennikarzy, w jaki sposób pisać o samobójstwach, żeby nie prowokować naśladowców.

Niedostępne już wpisy (z 2011 roku) o przewrotnym tytule *Jak popełnić samobójstwo* blogerów Kominka i Dantego miały na celu przyciągnąć osoby zamierzające targnąć się na swoje życie. Jednak zamiast metod na szybkie i bezbolesne samobójstwo trafili na zdecydowanie antysuicydalne treści oraz informacje, gdzie szukać pomocy (Drzewiecki, 2011). W 2014 roku autor bloga Stay Fly opublikował artykuł o bardzo podobnym charakterze – *Jak skutecznie i bezboleśnie popełnić samobójstwo*. Zaskoczony był faktem, że na jego stronę wchodzi ok. czterech tysięcy użytkowników miesięcznie właśnie po wpisaniu w wyszukiwarkę fraz związanych z odebraniem sobie życia. Zachęcił wtedy innych twórców internetowych do publikacji podobnych przewrotnych treści na swoich blogach. Aktualnie po wpisaniu w wyszukiwarkę Google frazy „jak popełnić samobójstwo” na pierwszych stronach wyników wyszukiwania pojawiają się artykuły będące wynikiem wspomnianej akcji.

4.1. Efekt Wertera.

Motyw samobójstwa obecny jest w literaturze i sztuce od wieków z różnych przyczyn, jak np. w dramacie Williama Shakespeare’a *Romeo i Julia*, gdzie samobójstwo zostaje dokonane w dowodzie miłości i oddania. Jest to zjawisko opisywane nie tylko w literaturze. Wielu naukowców z dziedziny filozofii, psychologii, prawa, etyki czy socjologii rozważa, jakie są przyczyny oraz powody, które skłaniają osobę do zakończenia swojego życia. Motyw samobójstwa występuje także w *Antygonie* Sofoklesa, *Hamlecie* Szekspira, *Dziadach* Mickiewicza, *Cierpieniach młodego Wertera* Johanna Wolfganga Goethego, *Kordianie* Słowackiego czy *Granicy* Zofii Nałkowskiej. Samobójstwo popełniali również przedstawiciele kultury, np. Ernest Hemingway, Sylvia Plath, Virginia Woolf czy Edward Stachura. Czyn ten rzutował w dalszej perspektywie na odbiór ich dzieł. Zjawisko to występuje do dzisiejszych czasów, na co dzień słyszy się o samobójstwie znanej osoby bądź pokrewnej.

Jednym z najszlachetniejszych bohaterów kończących swoje życie w sposób samobójczy w literaturze stał się powołany przez Johanna Wolfganga Goethego Werter. Dzieło Johanna Wolfganga Goethego było zapowiedzią epoki romantyzmu. W wielu przypadkach konstrukcja bohaterów opierała się na zmaganiach z samobójstwem. Werter był osobą, która przedstawiała życie mieszczańskie, zaś największym marzeniem jego matki było to, aby jej jedyny syn został dyplomatą. Wynikało to z tego, że miał dostęp do najlepszego wykształcenia oraz wszystkich dzieł literackich i twórców, w tym Homera. Jednym z motywów literackich w dziele Goethego jest motyw samobójstwa. Pomimo swoich osiągnięć bohater odczuwa niespełnioną miłość, kieruje nim smutek, ponieważ ukochana Lotta nie odwzajemnia uczucia i jest dla niego nieosiągalna. Werter jest bardzo wrażliwy i uczuciowy i na wieść o tym, że do Lotty powrócił jej

narzeczony, odczuwa wielkie przygnębienie i smutek, nie potrafi poradzić sobie ze swoimi uczuciami i zaczyna rozważać samobójstwo. Ta myśl wydaje mu się jedynym rozsądnym rozwiązaniem, uważa, że po śmierci Lotty ich dusze spotkają się i będą mogli żyć miłością wieczną. W śmierci upatruje największe zbawienie i poczucie wolności.

Historia ta miała dramatyczną genezę, bowiem przypuszcza się, iż była zainspirowana życiorysem Goethego. Pierwowzorem była Charlotta Buff, w której literat się zakochał. Miała narzeczonego, zatem w żadnym wypadku nie odwzajemniła zalotów Goethego. Pisarz pogodził się z jej decyzją. Dzieło było więc mieszanką jego życiowych doświadczeń, ponieważ jego niefortunnie zakochany przyjaciel popełnił samobójstwo poprzez strzał w głowę pistoletem. Dzieło Goethego miało wielki wpływ na młode pokolenie oraz na osoby zafascynowane literaturą, jak też eksploracją ludzkiej duszy oraz depresyjnymi wątkami swojej egzystencji. Po pierwszej publikacji powieści mnóstwo osób zostało zainspirowanych czynem głównego bohatera.

Od 1974 roku socjolog David Phillips zajmował się wyjaśnieniem ogółu zagadnień dotyczących naśladownictwa w samobójstwach, nazywanych efektem Wertera. W latach 1947–1968 analizował też statystyki amerykańskich samobójców, wskazując, iż nagłośnienie samobójstwa w prasie powoduje wzrost liczby samobójstw. Jak uważają badacze – nastoletkowe najbardziej narażeni są na tego rodzaju zjawiska (Overholser, Evans i Spirito, 1990; Cialdini, 1996). Zauważono, że nagłośnienie samobójstwa w środkach masowego przekazu może powodować większą liczbę samobójstw w określonych regionach (Czabański, 2002). Badania na ten temat realizowane są też obecnie.

Porównywanie, usprawiedliwianie, aż w końcu inspirowanie się osobą może powodować jeszcze większe zagrożenie suicydalne. Zasada ta istotna jest w przypadku osób sławnych, jak również bohaterów dzieł literackich lub innych. Szczególnie niebezpieczna jest tzw. śmierć celebryty. Wówczas osoby niemające takich zasobów jak osoba sławna, np. majątku czy pozycji społecznej itd., mogą odczuwać bezradność, beznadziejność swojego istnienia i pesymizm (Czabański, 2002).

4.2. Efekt Wertera – z czym jest związany i dlaczego jest traktowany negatywnie?

Na początku ważne jest, aby wyjaśnić, dlaczego powstała ta nazwa i skąd się wzięła. Efekt Wertera został opisany przez socjologa Dawida Philipisa w 1974 roku w celu zdefiniowania naśladowczego efektu zachowań samobójczych. Osoby widzące na czołowych stronach gazet sławną osobę popełniającą samobójstwo, naśladowały to zachowanie, dając poparcie i

usprawiedliwienie dla takiego czynu. Można mówić o normalizacji samobójstwa, a wręcz o trendzie.

Również szeroko nagłośnione samobójstwo Marylin Monroe przyniosło w ciągu pierwszego miesiąca wzrost liczby samobójstw o 198 przypadków w stosunku do zwykle obserwowanej średniej. W 1774 roku około 40 młodych ludzi odebrało sobie życie w bardzo podobny sposób do młodego Wertera. W konsekwencji nie można było kupić książki w takich państwach, jak Włochy czy Dania. Fala samobójstw spowodowała, że władze niektórych krajów zakazały wówczas rozpowszechniania książki (Wojciszke, 2009). Bardziej współczesnym przykładem efektu Wertera może być śmierć Kurta Cobaina³³. Medialne nagłośnienie samobójstwa lidera Nirvany sprawiło, że pojawili się liczni naśladowcy (Kulikowska, Bratnicka-Myśliwiec, Ingram, 2017).

Wspomniany efekt jest tłumaczony tym, że zostaje zwiększona psychiczna dostępność do zachowań autodestrukcyjnych. Ważne jest, aby dbać o to, aby w sposób świadomy lub nie doprowadzić do inspiracji samobójstwem. Nie ma określonego profilu suicydenta, zatem każdy niezależnie od wieku czy statusu może być osobą zagrożoną samobójstwem³⁴.

Badania przeprowadzone w latach 1947–1968, realizowane przez Philipa wykazały, że publikowanie treści dotyczących samobójstwa w różnego rodzaju czasopismach, np. „The New York Times”, może powodować wzrost wskaźnika samobójstw nawet o 12%. To zagadnienie nie jest obce także w obecnych czasach, dlatego istotne są spójne działania, które mogą powodować zmniejszenie ilości zachowań samobójczych w populacji ogólnej³⁵. W Polsce takimi zagadnieniami zajmuje się np. Krajowe Biuro ds. Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym, działające przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (Zapobiegajmy samobójstwom, b.d.).

³³ Na przykład śmierć Kurta Cobaina, poza falą samobójstw, spowodowała również częstsze zgłaszanie się do instytucji interwencji kryzysowych, dlatego że działania mediów oraz wdowy po muzyku skupiały się też na rozpowszechnianiu telefonów do tych instytucji. Również po samobójczej śmierci szwedzkiego DJ-a i producenta Avicii'ego w 2018 roku medialny przekaz był skupiony na prewencji (Kwiatkowska, 2019).

³⁴ Z niektórych źródeł wynika, że efekt Wertera powoduje także wzrost liczby śmiertelnych wypadków samochodowych, będących ukrytymi samobójstwami. Raz jeszcze warto zaznaczyć, że badanie niniejszego efektu jest czymś bardzo skomplikowanym, a jednocześnie trudnym do wskazywania czegoś z dużym prawdopodobieństwem z uwagi na szereg czynników związanych z motywacją do podjęcia zamachu samobójczego.

³⁵ Zagrożenie zostało zauważone m.in. w 2017 roku, kiedy Kanada rozpoczęła pracę nad zakazem emitowania serialu *13 powodów* i usunięciem go z różnych platform. Historia bohaterki może wywołać tragiczny skutek. Otóż najważniejszym wątkiem było samobójstwo głównej bohaterki i swego rodzaju zemsta z za grobu. Popularność serialu przełożyła się na zdecydowany wzrost internetowych wyszukiwań hasła „jak popełnić samobójstwo”. Ayers wraz z zespołem (2017) w dyskusji wyników badań, do których nawiązano powyżej, uznali, że serial również w pewien sposób podnosi społeczną świadomość, jeśli chodzi o problematykę samobójstw, lecz zasugerowali, by usunąć z *13 powodów* scenę śmierci bohaterki oraz dodać do każdego odcinka informację, gdzie nastoletni widz w razie myśli samobójczych powinien szukać pomocy. Po fali krytyki, która spadła na serial, zalecenia zostały zrealizowane. Światowa Organizacja Zdrowia przygotowała nawet dokument z wytycznymi dla dziennikarzy na temat tego, jak powinni relacjonować wydarzenia związane z samobójstwem.

Na efekt Wertera istotnie wpływa stan psychiczny, w jakim się znajduje dana osoba, oraz jej osobowość. To zjawisko najczęściej występuje u młodzieży ze względu na poszukiwanie w tym wieku wzoru do naśladowania, wpływ mediów i pierwsze przeżywane miłości, chęć odnalezienia się w świecie i przynależności, poczucie wspólnoty, dlatego często młode osoby utożsamiają się z bohaterami bajek, filmów czy poszukują idoli. Do chorób, które mogą ułatwić przeżywanie silnych emocji i wchodzenie w efekt Wertera, zaliczana jest: depresja, zaburzenia osobowości (osobowość antyspołeczna oraz osobowość typu borderline – „z pogranicza”, z cechami impulsywności, agresją i częstymi zmianami nastroju), schizofrenia oraz zaburzenia psychiczne o podłożu organicznym. Poza czynnikami psychicznymi istotnym będą właściwości miasta, tj. wysoki stopień dezorganizacji, rozluźnienie więzi rodzinnych oraz sąsiedzkich, słabsza kontrola społeczna, anonimowość, izolacja. Są to czynniki wpływu miasta na procent występujących samobójstw. Światowa Organizacja Zdrowia zwróciła uwagę, że u większości osób podejmujących próbę samobójczą próg odporności na stres jest bardzo niski. W związku z tym nawet błahе zdarzenie może wywołać u nich cierpienie, które jest związane z urażoną godnością, co może doprowadzić do próby samobójczej. Dlatego obserwując losy bohatera serialu czy filmu, młodzież może zostać w łatwy sposób zmanipulowana podobną historią uczucia smutku, zranienia, tak jak u niego. Przy głębokim przeżywaniu może doprowadzić to do chęci uczucia zjednoczenia się z bohaterem poprzez popełnienie takiego samego czynu. Zdarza się, że historie samobójstw pokazywane na ekranach czy w książkach kończą się współczuciem i zainteresowaniem ze strony bliskich i innych, czego potrzebuje młody człowiek. Dzięki tak pokazanej historii bohatera osoba oczekuje, że jeśli zrobi to samo, to doświadczy czegoś identycznego, czego jednak nie można potwierdzić. Dlatego jest to silna chęć regulowania potrzeby przynależności, zaakceptowania, odnalezienia siebie.

Największe zagrożenie związane z efektem Wertera można zaobserwować w sytuacji śmierci samobójczej osoby znanej, celebryty, aktora itd. Śmierć osoby, która dla części społeczeństwa jest autorytetem, może sprawić, że ten czyn będzie stanowił inspirację do identycznego działania. Niepokojąca sytuacja związana z tym zagadnieniem ma miejsce, kiedy informuje się opinię publiczną o aktach terroryzmu, co w określonych przypadkach może stanowić inspirację do podobnych czynów (Hołyst, 1983, 1991, 1997, 1999).

Wszystkie próby samobójcze powinny być traktowane poważnie, nawet jeżeli wydaje się oczywiste, że są wołaniem o pomoc. Takiego wołania nie należy nigdy lekceważyć ani minimalizować jego znaczenia, tak samo, jak warto przyjrzeć się zachowaniu dziecka po obejrzeniu jakiegoś filmu czy książki, zapytać jakie ma odczucia. Nie dziwne, że Efekt Wertera jest postrzegany jako negatywne zjawisko, ponieważ jest niebezpieczny, co potwierdzają liczne statystyki i obserwacje.

4.3. Efekt Papageno.

Występujące u ludzi skłonności samobójcze są wynikiem połączenia różnorodnych czynników, które obejmują genetykę, doświadczenia życiowe, aktualne relacje międzyludzkie, sytuację społeczną, choroby fizyczne, stres i wiele innych (Kulikowska, Bratnicka-Myśliwiec, Ingram, 2010). Stąd samobójstwo jest przedmiotem zainteresowania aż tylu dyscyplin naukowych – psychologii, psychiatrii, medycyny, kryminologii, teologii, filozofii i pedagogiki (Szymczak, Tworek, Kędziński, Krzyżaniak, Kandulski, 2017).

Efekt Papageno jest zjawiskiem wyróżnianym w suicydologii i socjologii. Polega on w skrócie na pozytywnym oddziaływaniu, które mogą wywrzeć media, przedstawiając informację o samobójstwie. Nazwa efektu wywodzi się od imienia jednej z postaci utworu Mozarta *Magiczny flet* (Niederkrotenthaler i Stack, 2017). W tym utworze Papageno miał zamiar popełnić samobójstwo, aczkolwiek porzucił tę ideę po rozmowie z przyjacielem.

Wspomniany efekt często jest porównywany do efektu Wertera, jako że jest jego przeciwieństwem. Efekt Wertera oznacza sytuację, w której jeden przypadek samobójstwa nagłośniony w mediach prowadzi do wybuchu „epidemii” samobójstw.

Efekt Wertera w naukach społecznych zauważono wcześniej, w związku z czym przez dłuższy czas ekspozycję zagadnień dotyczących samobójstw w mediach wiązano wyłącznie z negatywnymi skutkami (Niederkrotenthaler i in., 2010). W związku z tym Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) stworzyła wskazówki, zgodnie z którymi zaleca się informowanie o samobójstwach za pośrednictwem mediów. Wskazano, że: należy uczyć społeczeństwo o samobójstwie, unikać konstrukcji językowych, które wskazywałyby, że samobójstwo jest właściwym sposobem na rozwiązanie problemów, unikać wielokrotnego nagłaśniania sytuacji, która się wydarzyła i inne (WHO, 2008).

Niederkrotenthaler i współpracownicy (2010) przeprowadzili badanie efektu Papageno, który dotychczas istniał w teorii i nie był sprawdzany. Analiza gazet i danych dotyczących samobójstw w Austrii w latach 2001–2005 wykazała, że zapobieganie zachowaniom suicydalnym za pomocą mediów jest możliwe, a wspomniany efekt istnieje. Efekt Papageno może być wzmocniony w przypadku, gdy media udają się do pewnych technik przekazywania informacji. Nowsze badanie, przeprowadzone w roku 2017, dają podstawy, aby stwierdzać, że przytoczenie w przekazie medialnym wywiadu z ekspertem z dziedziny zapobiegania samobójstwom przyczynia się do większej efektywności w edukacji społeczeństwa względem samobójstw.

Przytoczone wyżej efekty dotyczą mediów takich, jak telewizja czy radio i wydają się zanikać we współczesnych czasach. Wyjaśnia się to rozpowszechnieniem Internetu, który jest pierwszorzędowym źródłem informacji dla większości ludzi. Zaniku owych efektów sprzyja fakt, że

możliwość sterowania informacją w Internecie jest silnie ograniczona (Koszevska, Średniawa i Koszevska, 2014).

5. Socjotanatologiczne aspekty umierania

Socjologiczne badania nad tematyką śmierci zwracają uwagę, że we współczesnej sytuacji społeczno-kulturowej zmieniają się związane z umieraniem rytuały. Niegdyś człowiek kończył swój żywot we własnym domu, w otoczeniu rodziny. Natomiast aktualnie śmierć coraz częściej przenosi się z domu do szpitala. Jak już wcześniej wspomniano, Sokołowska (1986) określiła to zjawisko mianem *hospitalizacji śmierci* i wysuwa wobec niego sporo zastrzeżeń.

Klimek (2005) również krytykuje zachodzące zmiany w dość dobitny sposób. Zwraca uwagę, że dzisiaj śmierci towarzyszy „milczenie, oszustwo, zatajenie, samotność” (s. 214). Bo to zjawisko niewygodne, sprzeczne „z pogonią za wieczną młodością” i innymi mrzonkami współczesnego człowieka, którego zachwyca fizyczna doskonałość i piękno. Dlatego spychamy śmierć na margines, oddalamy od siebie, by nie przypominała nam, że nas kiedyś również to czeka.

Co sprawiło, że rytuał umierania zaczął się zmieniać na przestrzeni ostatnich kilkadziesiąt lat? Należy zwrócić uwagę przede wszystkim na dwa czynniki – upadek wielopokoleniowego modelu rodziny oraz postęp medycyny, który umożliwił długotrwałe podtrzymywanie gasnącego życia.

Proces umierania znacznie się wydłużył. Pomiędzy niepomyślną diagnozą a zgonem upływa teraz średnio 29 miesięcy. Aktualnie śmierć jest zazwyczaj finałem choroby terminalnej (Piątkowski i Majchrowska, 2017). Dodatkowy czas, który daje pacjentowi współczesna medycyna, z jednej strony pozwala mu uporządkować osobiste sprawy przed odejściem. Jednak z drugiej strony rodzi to szereg nowych problemów, przed którymi staje rodzina, personel medyczny oraz, oczywiście, sam umierający. Świadomość, że śmierć nieuchronnie się zbliża, rzutuje na relacje osoby z otoczeniem, zaczyna się wtedy odgrywanie współczesnych „rytuałów” związanych z powolnym umieraniem (Sokołowska, 1986).

Najlepszym miejscem do spędzenia ostatnich chwil życia wydaje się dom rodzinny, potwierdza to nawet Centrum Badań Opinii Społecznej (2012). Aż 66% Polaków chciałoby umrzeć w domu, w otoczeniu najbliższych. Zaledwie 8% badanych zadeklarowało, że woli odejść w szpitalu. Preferencje nie do końca pokrywają się z rzeczywistością. Według Głównego Urzędu Statystycznego (2014) co drugi umierający Polak w 2013 roku odszedł jednak w szpitalu (Piątkowski i Majchrowska, 2017).

Upadek wzorca rodziny wielopokoleniowej sprawia, że współczesne rodziny nie są przygotowane do opieki nad nieuleczalnie chorym. Obecny styl życia, zanik tradycyjnych ról (kobieta poza

sprawowaniem opieki nad *ogniskiem domowym* zazwyczaj poświęca mnóstwo czasu na pracę zarobkową) sprawia, że rodzina nie jest gotowa, by w należyty sposób zająć się umierającym i rozwiązywać wszystkie problemy natury medycznej, psychologicznej, społecznej i duchowej. Dlatego nieuleczalnie chorzy są oddawani w ręce specjalistów (Klimek, 2005).

Przeciągająca się terminalna choroba to nie tylko ciągle napięcie emocjonalne związane z czekaniem na nieuniknione. W tym procesie występuje często bardzo specyficzna forma komunikacji, swego rodzaju gra pozorów. Glaser i Strauss (1965) wyróżnili cztery typy *kontekstu świadomości* w odniesieniu do umierającego. Pierwszy typ – *świadomość zastrzeżona*, czyli sytuacja, w której pacjent nie zdaje sobie sprawy ze zbliżającej się śmierci, chociaż wszyscy inni o tym wiedzą. Drugi – *świadomość podejrzana*, czyli pacjent podejrzewa, a inni wiedzą; chory próbuje wtedy potwierdzić bądź unieważnić swoje przypuszczenia. Trzeci – *świadomość wzajemnego udawania*, czyli każda strona zdaje sobie z faktycznej sytuacji, lecz wszyscy udają, że jest w porządku. Typ czwarty – *świadomość otwarta*, czyli zarówno pacjent, jak i rodzina oraz personel zdają sobie sprawę z nadchodzącej śmierci i zachowują się przy tym wobec siebie zupełnie otwarcie (Sokołowska, 1986).

Szpital jest aktualnie miejscem, w którym ludzie umierają najczęściej, jednak ten rodzaj instytucji nie posiada warunków ani procedur, które umożliwiają pacjentowi *odejście z godnością*. Lekarze i pielęgniarki dzięki intensywnej terapii potrafią aktualnie dłużej utrzymać pacjenta przy życiu, jednak nie posiadają kompetencji, by zaspokajać bardziej rozbudowane potrzeby osób w stanie terminalnym. Krytyka szpitalnego umierania zwróciła uwagę badaczy w stronę hospicjów, które zaczęły dynamicznie rozwijać się pod koniec lat 70. XX wieku, głównie w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii. W opozycji do aktywnego modelu *cure system*, znanego ze szpitali – idea *care system* (leczenie objawowe, służące złagodzeniu dolegliwości w stanie terminalnym) jest realizowana w hospicjach. Instytucje tego rodzaju, zamiast uporczywie walczyć o życie pacjenta w stanie terminalnym, z założenia towarzyszą człowiekowi umierającemu i jego rodzinie w ostatnich chwilach. Większość współczesnych szpitali jest natomiast zaplanowana i zorganizowana tak, aby nieść pomoc w przypadkach chorób ostrych i nie uwzględnia potrzeb ludzi chorujących przewlekle i umierających. Czy oznacza to, że w kontekście umierania dostępna oferta hospicyjna jest alternatywą wobec zjawiska hospitalizacji śmierci? Zdaniem Piątkowskiego i Majchowskiej (2017), wbrew zastrzeżeniom wobec medykalizacji procesu umierania, w określonych przypadkach hospicja powinny być traktowane jako opcja komplementarna.

6. Cele pisania listów samobójczych

Mniej więcej jeden na trzech samobójców pozostawia po sobie list pożegnalny. Najczęściej są to kobiety, ludzie samotni, a także osoby, które wybrały najbardziej brutalne sposoby na odebranie sobie życia (James i Gilliland, 2001).

Edwin Shneidman, jeden z ojców suicydologii, w dość zmienny sposób oceniał wagę listów samobójców. W latach 50. XX wieku twierdził, że takie dokumenty są najlepszym narzędziem do zbadania umysłu samobójcy. Dwadzieścia lat później doszedł do wniosku, że listy pomagają zrozumieć decyzję o odebraniu sobie życia przez autora konkretnego tekstu, natomiast nie wyjaśniają ogólnej natury aktów samobójczych. Tym bardziej, że jakiegokolwiek zapiski pozostawia po sobie właściwie mniejszość. Schneidman w latach 70. uważał nawet, że umysł samobójcy podlega tylu ograniczeniom, że nie sposób interpretować czegokolwiek, co zostało zawarte w liście napisanym tuż przed targnięciem się na własne życie. Współcześnie Shneidman nie wyklucza użyteczności listów samobójczych w kontekście badawczym pod warunkiem, że będą analizowane przez pryzmat życia i doświadczeń zmarłego (Rosa, 2015).

Listy, oświadczenia, notatki itp., które często zostawiają po sobie samobójcy, są dość różnorodne, zarówno jeśli chodzi o formę, jak i objętość. Koncentrują się też wokół różnych zagadnień. Według Hołysta (1983) „niekiedy listy samobójców zawierają szczegółowe wskazania co do podziału majątku oraz ceremonii pogrzebowej. Niektóre wyjaśniają podjętą decyzję, a nawet wskazują winnych” (s. 12). Przymuszczalnie autorzy listów mogą mieć często świadomość przepisów polskiego prawa związanych z samobójstwem, dlatego w treści znajdują się akty obwiniania bądź przeciwnie – zapewnienia o niewinności osób trzecich (Zaśko-Zielińska, 2013).

Taki list daje możliwość rekonstrukcji przeżyć człowieka, który stoi w obliczu odebrania sobie życia. Wyjątkowość tej formy wypowiedzi determinują okoliczności jej spisywania. A każdy przypadek jest unikatowy; ten moment, w którym rzeczywistość przygniata jednostkę tak bardzo, że podejmuje decyzję o samounicestwieniu (Bednarski i Urbanek, 2012).

Analiza treści listów pożegnalnych i notatek – obok danych medycznych czy wypowiedzi osób z otoczenia – stanowi materiały źródłowe, którymi zajmuje się nurt rekonstrukcyjny w badaniach nad samobójstwem. Według koncepcji Baumeistera sfery: emocjonalna, poznawcza i behawioralna człowieka, który zamierza targnąć się na swoje życie, ulegają zniekształceniom, co przedśmiertne zapiski wyraźnie obrazują. Nadmierny stres i subiektywne przekonanie, że osoba nie poradzi sobie z oczekiwaniami, które przed sobą postawiła, prowadzi do poczucia winy za własne słabości i niedoskonałości. Pojawia się wtedy utrzymujący się przez dłuższy czas negatywny nastrój, połączony często z bezsennością. Poczucie zawiedzenia sobą przejawia się niekiedy w listach jako wulgarne, negatywne epitety skierowane do siebie (Urbanek, 2017).

Jak w przypadku większości tekstów prywatnych, listy samobójców cechuje często mniejsza troska o poprawność językową. Sposób używania znaków interpunkcyjnych często odbiega od normy – od nagromadzenia po zupełny brak. Zwiększona częstotliwość występowania dotyczy

przede wszystkim wykrzykników i nawiasów. Interpunkcja jest tutaj środkiem, by wyróżnić treść i podkreślić emocje. Dość typowa dla takich tekstów jest chaotyczność spowodowana przez liczne dopiski po właściwej treści lub na marginesach. W jednym liście znajduje się czasem aż kilka podpisów. Pozostawiony przez samobójcę zapisek często wieńczy wyróżniona finalna formuła, która wyraża pożegnanie, przeprosiny bądź podziękowanie. Dokonano prób klasyfikacji tematyki listów samobójczych na podstawie analizy ilościowej słownictwa. Najczęściej poruszonym tematem są uczucia – stan emocjonalny nadawcy, jego problemy uczuciowe, zapewnianie odbiorcy o swojej miłości. W listach samobójców bogate jest również słownictwo związane z ocenianiem, przekonywaniem i wyjaśnianiem. Co ciekawe, autorzy rzadko używają słowa samobójstwo, dużo chętniej korzystają z eufemizmów typu: decyzja, krok, wybór, czyn, rozwiązanie (Zaśko-Zielińska, 2013).

Listy zostawiają częściej kobiety niż mężczyźni, ludzie starsi niż młodszy, wdowcy niż osoby rozwiedzione i samotne. Częściej listy były napisane przez tych, którzy przeżyli śmierć partnera albo przez ludzi, których decyzję o odebraniu sobie życia umotywowały racje filozoficzne. Chorzy psychicznie bardzo rzadko pozostawiają jakiegokolwiek notatki. Wymieniane w listach przyczyny samobójstw zależą w dużej mierze od wieku autora. Wśród dzieci i nastolatków w przedziale wiekowym 10–19 lat przyczynami jest przemoc, utrata sympatii, ambiwalencja w związkach. Samobójcy w wieku 20–39 lat często wymieniali poczucie odrzucenia i problemy miłosne. Osoby w średnim wieku często wskazywały poczucie przytłoczenia wymaganiami, które stawia im życie. Najstarsi autorzy listów za przyczyny podawali choroby, ból, inwalidztwo, samotność oraz izolację (Rosa, 2015).

Trudno o precyzyjne statystyki co do listów samobójczych. Według dostępnych źródeł listy pozostawia ok. 25% samobójców (Hołyst, 1983) albo według nowszych badań 15–40% (James i Gilliland, 2001) lub też 15–30% (O'Connor i Sheehy, 2012). Zaśko-Zielińska (2013) sugeruje, że tak niewielka liczba odnalezionych listów samobójczych jest związana z prośbą nadawcy o ich ukrycie (bądź zniszczenie) i nieprzekazywanie policji.

W badaniu Meyer, Irani, Hermes i Yung (2017) zebrano powyżej tysiąca listów samobójczych z całego świata. Listy, które nie zawsze mają postać pisanej ręcznie notatki, zachodzą w 14% przypadków. Istnieją niektóre korelacje pomiędzy pozostawieniem listu samobójczego a płcią, a także niektóre różnice pomiędzy ludźmi, którzy zostawiali wiadomość i nie. To, co powszechnie jest nazywane *listem samobójczym*, jak wspomniano, w większości wypadków nie ma wyglądu listu. Może to być wiadomość zostawiona na lustrze lub podłodze, na filtrze od kawy, a także obrazy lub symbole. We wspomnianym badaniu psychologowie szacowali treść wiadomości przedśmiertnych. W wyniku analizy stwierdzono, że 70% listów mieści opis bólu, który przeżywali autorzy. W około 23% listów wspomnianą przyczyną samobójstwa było niepowodzenie w relacji romantycznej (rozstanie się, rozwód). Prócz wyjaśnienia decyzji o zabraniu sobie życia w listach samobójczych występują czasami wskazania winnego, co obserwuje się w 22% przypadków. Tacy ludzie uznają, że

to ich zła decyzja doprowadziła do rozwodu, utraty pracy itd. W zdecydowanej większości notatek osoby wspominają, że ich bliscy są niewinni, a sytuacja samobójstwa była nieodwracalna. Większość osób popełniających samobójstwo uważa, że ból jest zbyt przytłaczający, aby go znieść. Około jedna trzecia notatek wspomina o religii, wierze lub Bogu.

Statystycznie więcej kobiet niż mężczyzn zostawia notatki. Istnieje także zależność od dnia miesiąca: więcej notatek napisano pierwszego dnia miesiąca niż w jakikolwiek inny dzień (Perry, 2017).

W innym badaniu, przeprowadzonym w Indiach, zebrano łącznie 22 listy samobójcze w okresie od 2010 do 2013 roku. Długość listów wynosiła od kilku słów do kilku stron pisanej ręcznie wiadomości. Treść notatek samobójczych obejmowała przeprosiny/wstyd/winę (80%), miłość do tych, którzy zostali (55%) oraz instrukcje dotyczące spraw praktycznych (23%). Połowa osób nie obwiniała nikogo za swój czyn (50%). 23% stwierdziło, że popełnia samobójstwo, aby udowodnić swoją niewinność. 32% wspomniało o ostatnim życzeniu (Namratha, Kishor, Rao i Raman, 2015). Mimo analizy treściowej notatek samobójczych badacze dokonują także analizy lingwistycznej. Przykładowo Fernández-Cabana, Ceballos-Espinoza, Mateos, Alves-Pérez i García-Caballero w 2015 oceniali stricte językowy wymiar 80 listów samobójczych napisanych w latach 2010–2012. Wyniki analizy okazały się innymi od poprzednich analogicznych badań w Hiszpanii i są następujące. Przede wszystkim, w badaniu wykazano różnice płciowe. Kobiety częściej używały słów z kategorii człowiek, co może wskazywać na wyższe zainteresowanie komunikowaniem się u kobiet. Inne różnice dostrzeżono względem wieku. Język użyty w notatkach samobójczych młodszych osób wykazywał wyższy wskaźnik wyrazów uczuciowych i pozytywnych emocji. Użycie słów nacechowanych emocjonalnie może być wskaźnikiem większego osobistego zaangażowania w pisanie, a zastosowanie form terażniejszych zapewnia bliskość i ciepło. Z kolei język używany przez osoby starsze w notatkach samobójczych jest bardziej skomplikowany i ostrożny oraz skoncentrowany na konkretnych zagadnieniach (pieniądze, zawód), a także ma mniej wskaźników powiązań społecznych i integracji. Notatki samobójcze, które zawierały odniesienia do czynnika „czuć się jak ciężar”, miały także większy odsetek słów kategorii przyczyna, optymizm i osiągnięcie. Były bardziej skoncentrowane na wyjaśnieniu powodów podjęcia decyzji i podkreśleniu korzyści dla osób pozostawionych, którym „byłoby lepiej, gdy jednostka odejdzie” (Fernández-Cabana i in., 2015).

7. Komunikacja o śmierci w mediach

Nie ma możliwości, aby przed swoją śmiercią nie doświadczyć śmierci innej osoby. W celu oswojenia z tym, co dzieje się w sytuacji śmierci, ludzie stworzyli szereg rytuałów, wierzeń czy

przesądów związanych z tematyką śmierci i umierania. Pewne normy zachowania czy działania w określonych momentach mają na celu także zmniejszenie lęku, niepokoju, a zajęcie się realizacją pewnego rodzaju zadań niezbędnych w takiej sytuacji, np. organizacją pogrzebu, przygotowaniem itd. (Di Nola, 2006).

Kwestia dotycząca postrzegania śmierci będzie się różnić w aspekcie społecznym, np. w mniejszych miejscowościach widoczne będzie większe współczucie ze strony społeczności związanej z żegnaniem bliskiego (Littlewood, 1993).

W dużych miastach rozluźniają się więzi społeczne ze względu na większą anonimowość, ale i zmiany związane z rozwojem osobistym czy priorytetami. Proces indywidualizacji prowadzi do faktu, że część osób w styczności ze śmiercią zostaje w rezultacie pozbawiona społecznego wsparcia. Niektórzy nie wiedzą, skąd mogą czerpać wiedzę o tym, co powinno robić się w sytuacji śmierci bliskiej osoby. Niekiedy zderzenie osoby z taką sytuacją w świecie postępujących zmian może stać się czymś trudnym i powodować poczucie zagubienia (Mellor i Shilling, 1993, s. 417).

Wraz z coraz częstszym mówieniem o śmierci w kategoriach tabu w życiu codziennym obserwowany jest odwrotny proces w mediach. Medialne wypowiedzi są pełne śmierci i jej obrazów, w tym wojen, katastrof i wypadków, w których masowo giną ludzie. Niestety takie informacje mają dużo więcej odsłon niż wartościowy tekst. O wiele częściej mówi się o wypadkach drogowych niż o samobójstwach, których jest dwa razy więcej niż tych pierwszych. Przerwanie milczenia na temat śmierci wydaje się wywoływać konsternację, jednakże narodziła się innego rodzaju „kultura śmierci”. Przejawia się ona na przykład w żądaniu prawa do eutanazji czy do kary śmierci oraz w liberalizacji przepisów w tym zakresie w niektórych krajach Europy i w Stanach Zjednoczonych.

Śmierć w mediach stanowi raczej środek wyrazu, który służy do wywoływania szoku, zaskoczenia lub stanowi system obrazów, będących źródłem rozrywki (Gibson, 2007). Zainteresowanie mediów śmiercią i umieraniem w wyniku różnych chorób, zabójstw czy wypadków widoczne jest w serwisach informacyjnych, szczególnie w przypadku śmierci celebrytów, lokalnych lub globalnych tragedii i bardziej spektakularnych katastrof. Zdaniem Kałużnego (2012, s. 141) śmierć „odgrywa niemalejącą rolę w wytworach wyobraźni serwowanych masowemu odbiorcy – w Internecie, kinie, muzyce, powieściach, telewizji czy przestrzeni turystycznej. Kultura popularna znajduje się w objęciach Tanatosa”.

Natomiast Zaborowski (2014, s. 10) wspomina o bardzo ważnej roli mediów w przebiegu procesów społecznych, definiuje mediatyzację jako „postępujący i pogłębiający się proces, polegający na udziale mediów w wyznaczaniu ram debaty publicznej, w określaniu pożądanych zachowań społecznych i postaw, a także w kreowaniu rzeczywistości”.

Ważnym aspektem może być pojęcie mediatyzacji śmierci. Okazuje się, że przeniesienie śmierci, jej obrazów i dyskusji o niej do mediów z jednej strony może stać się obszarem refleksji i naukowych poszukiwań, a z drugiej polem do powstawania nowych form zachowań czy rytuałów

społecznych. Może stać się to niepokojącym zagadnieniem, gdyż już podczas obserwacji świąt czy tego, jak wyglądają i jakie zasoby finansowe są przeznaczane np. na pomniki cmentarne, budzi pewnego rodzaju kontrowersje. Jednakże mediatyzacja śmierci zachęca do obserwacji zachowań, zmieniających się norm, tworzących się i wykorzystywanych przez ludzi nowych form funkcjonowania.

Mediatyzacja śmierci w społeczeństwie, gdzie na poziomie indywidualnym człowiek może czuć się bezradny wobec umierania, może pełnić zarówno funkcję informacyjną, jak i rozrywkową. Niewątpliwie ukazywanie śmierci ma najczęściej na celu wzbudzenie silnych emocji oraz zainteresowania – śmierć w mediach jest sensacyjna. Nieco rzadziej mediatyzacja pełni funkcję edukacyjną, wskazującą, w jaki sposób należy lub można zachować się w określonych sytuacjach, czy skłaniającą do refleksji nad sensem i celem życia. Co więcej, Goldberg (1998) twierdzi, że śmierć zawsze była obecna w mediach, ale wraz z jej zniknięciem z bezpośredniego codziennego doświadczenia, odkąd mniej ludzi umiera w domach, w sąsiedztwie, media zwiększają koncentrację ludzi na obrazach związanych ze śmiercią, ukazywaną na przykład w wieczornych wiadomościach lub w programach dokumentalnych, stanowiących źródło specyficznej rozrywki (Klastrup, 2015). Według Kałużnego (2012, s. 147) „epatowanie naturalistycznymi scenami okrucieństwa naraża odbiorców na zgorzenie oraz obrzydzenie, a wykorzystywanie wizerunków ofiar pozbawia je godności, uprzedmiotawia, zmieniając w komercyjny towar”. Zagadnienie dotyczące śmierci i umierania może mieć wpływ nie tylko na społeczne spostrzeganie tej kwestii, ale i psychologiczne. Widz przyzwyczajają się do coraz to nowych bodźców i może potrzebować większej ilości wrażeń, co może stać się czymś zagrażającym – może prowadzić do zwiększonej tolerancji.

Ukazywanie śmierci lub umierania w mediach obok motywu wzbudzania sensacji może dawać możliwość towarzyszenia innym w żałobie, przyglądania się temu, jak umiera i odchodzi konkretny człowiek. Mediatyzacja śmierci pozwala na aktywne uczestnictwo w tym procesie, na przykład poprzez identyfikowanie się z bliskimi osoby chorej lub zmarłej, co może pomagać współczesnemu człowiekowi uczyć się poprzez obserwację zachowania innych, jak przeżywa się stratę, ból, jak należy i można przeżywać żałobę. Media pełnią ważne funkcje – dzięki nim można doświadczyć tak zwanych relacji paraspołecznych, co związane jest z kreowaniem poczucia więzi z postacią ukazywaną w mediach, która jest znana, ale nie w sposób osobisty (Eyal i Cohen, 2006). Zbiorowa żałoba w reakcji na śmierć celebrytów lub ofiar nagłośnionych medialnie zabójstw może być traktowana jako sposób na oswojenie się ze śmiercią i trudnymi uczuciami przeżywanymi w obliczu straty. Strata oraz obcowanie z nią, nawet jeśli nie dotyczy personalnie danej osoby, może stać się czynnikiem edukacyjnym, który w przyszłości pozwoli na lepsze poradzenie sobie w takiej sytuacji i wykorzystywanie dostępnych strategii radzenia sobie w sytuacji trudnej lub kryzysowej.

Poniżej fragment wywiadu pochodzący z opisanych już wcześniej badań własnych autorki niniejszej dysertacji. Cytowany fragment pochodzi z rozmowy z dziennikarzem, przeprowadzonej 8 września 2020.

Kwestia dotycząca etycznych aspektów komunikacji w sytuacji śmierci, umierania i samobójstwa jest czymś naprawdę trudnym. Przede wszystkim ze względu na to, że tak naprawdę nikt nie uczy tego, jak się dobrze komunikować. W aspekcie bycia dziennikarzem to też trudne, bo nie wszystko będzie zależało ode mnie – co by człowiek nie zrobił, i tak może być źle. Często tak mam, że na przykład dzwonię do szefa z informacją i informuję o zdarzeniu. Wspominam, że w danym miejscu, o danej godzinie miało miejsce zdarzenie, np. samobójstwo. Często ten temat jednak nie jest wcale brany pod uwagę – i słyszę – daj spokój, nie będziemy tego materiału puszczać dalej, bo przecież to może być niebezpieczne także dla naszych odbiorców. Ja jednak uważam, że dobrze byłoby, gdybyśmy o trudnych rzeczach mówili. Dla mnie tymi tematami ważnymi, ale jednocześnie trudnymi, jest śmierć i umieranie. Przecież jest tyle takich traumatycznych rzeczy związanych z umieraniem – co związane może być także z samotnością. Dla przykładu starsza babcia pozostawiona sama sobie, bez opieki, doświadczająca bólu, cierpienia – trudno sobie to wyobrazić, ile pojawiło się u niej trudu, w tym ostatnim czasie. Dochodzi także do patologii, takiego zaniedbania, że mówimy o tym, że ktoś może zostać żywcem zjadany przez robaki. Warto mówić o konsekwencjach prawnych, o cierpieniu, o trudzie. Z perspektywy dziennikarza wiem, jak ważne jest mówienie o takich działaniach – często usłyszymy o wypadkach samochodowych, zdarzeniach, utrudnieniach w ruchu drogowym i innych – warto jednak nie zapominać o tym, że pod tym wszystkim stoi człowiek ze swoją całą historią. Dobrym przekazem w obecnych czasach jest to, co można opublikować w social mediach. Istotne jest mówienie o takich sprawach na konferencjach naukowych, konferencjach społecznych, na spotkaniach czy na innych wydarzeniach kulturalnych, politycznych, ekonomicznych. Zagadnienie, o które pytasz, wiąże się ze wszystkimi tymi elementami. Bardzo często jest też tak, że mnóstwo osób nie chce doprowadzić do śmierci, robi wszystko, żeby tej śmierci nie było. Jako dziennikarze często informujemy o oszustach na wnuczka w stosunku do seniorów, są nawet takie specjalne audycje. Mówimy o tym, że nawet bankowość internetowa nie jest do końca czymś, co można uznać za bezpieczne. Teraz naprawdę oszuści mają różnorodne możliwości na to, żeby nas wprowadzić w błąd – wielu ludzi próbuje sprzedawać tabletki „na życie wieczne”. Konieczne jest, żeby informować o skrajnych sytuacjach, to znaczy kiedy grozi nam niebezpieczeństwo. Działania profilaktyczne mają duże znaczenie. Ważne jest też to, aby nie wygrało to przekonanie wśród przedstawicieli mojego zawodu, że najważniejsze jest to, co jest klikane.

8. Inne zagadnienia

Działania, które może podjąć szkoła w sytuacji śmierci ucznia lub pracownika szkoły:

- powołanie zespołu kryzysowego;

- weryfikacja informacji o śmierci;
- ustalenie informacji, które rodzina zgadza się ujawnić oraz tych już ujawnionych przez środowisko;
- powiadomienie pracowników szkoły, uczniów oraz rodziców;
- wdrożenie krótko- i długoterminowego programu wsparcia dla uczniów i pracowników.

8.1. Założenia i cele przekazania informacji w przypadku śmierci w szkole.

Czołową grupą, która interweniuje w przypadku śmierci ucznia lub pracownika szkoły, jest zespół kryzysowy, który stwarza długoterminowy i krótkofalowy plan działania dotyczący żałoby w szkole. Jego zadaniem jest także wsparcie udzielone dyrektorowi.

Kolejną grupę tworzy personel szkoły (pracownicy administracji, psychologzy, pedagodzy, nauczyciele), którzy spotyka się wspólnie w celu omówienia zaistniałych faktów, odreagowania trudnych emocji oraz omówienia metody przekazania informacji o śmierci uczniom.

Uczniowie tworzą trzecią grupę, dla której ważna jest rzetelność i prawdziwość informacji o śmierci, a także możliwość wyładowania emocji podczas rozmowy w małych grupach. Przykra informacja powinna zostać przekazana uczniom przez pracownika, z którym grupa jest najbardziej związana emocjonalnie i którego darzy zaufaniem.

Ostatnia grupa, złożona z rodziców uczniów, powinna otrzymać powiadomienia o śmierci ucznia/pracownika placówki stworzone najlepiej przy współpracy zespołu kryzysowego z rodziną zmarłej osoby (Tumbo pomaga, b.d.[b]).

8.2. Zadania psychologa szkolnego w przypadku śmierci ucznia lub pracownika placówki.

1. Organizacja zebrania dla całego personelu szkoły, które ma na celu przekazanie takich samych informacji, w tym samym czasie. Każdy z pracowników powinien mieć jednolity dostęp do rzetelnych informacji dla uzyskania poczucia bezpieczeństwa i uniknięcia plotek i spekulacji. Po zebraniu konieczny jest niezwłoczny kontakt z nieobecnymi pracownikami w celu przekazania identycznych informacji.
2. Opowiedzenie o tym, co wiemy na temat zaistniałego zdarzenia. Stworzenie przestrzeni dla uwolnienia różnych emocji osób zgromadzonych. Jeżeli w szkole znajdują się osoby bliżej związane ze zmarłym, wówczas należy porozmawiać z nimi przed zebraniem, ponieważ z całą pewnością potrzebują więcej czasu na odreagowanie tragicznej wiadomości.

3. Kiedy pierwsze, często skrajne emocje opadną, należy przedstawić plan działania. W małych grupkach trzeba zaprezentować nauczycielom, w jaki sposób powinni przekazać uczniom informację o zgonie.
4. Gotowość do wsparcia indywidualnego dla personelu oraz uczniów mierzących się z trudnym tematem śmierci osoby z ich otoczenia.

8.3. Działania w przypadku śmierci w hotelu.

Pierwszorzędne jest ustalenie z policją osoby, która najszybciej zidentyfikuje zwłoki. Dane, a nawet dokumenty osoby zmarłej znajdują się w obiekcie hotelowym. W przypadku śmierci z przyczyn naturalnych przedstawiciel obiektu ma możliwość poinformowania o zgonie rodziny zmarłego, jeśli możliwe jest skontaktowanie się z najbliższymi denata. Jeżeli przyczyna śmierci nie jest naturalna (samobójstwo, zabójstwo, przedawkowanie używek itd.), wówczas piecza nad zwłokami oraz rodziną zmarłego leży po stronie policji. Osoba, która otrzymała informację o zgonie bliskiego, zostaje zaopatrzona w kartę informacyjną wystawioną przez lekarza, która daje podstawę do dopełnienia pozostałych formalności (karta zgonu, akt zgonu itd.) (Piasta, 2019).

ROZDZIAŁ VIII

REAKCJA NA ŚMIERĆ

1. Wprowadzenie

Pojęcie *reakcja* według *Słownika języka polskiego* to „działanie lub zajęcie jakiegoś stowiska jako odpowiedź na coś” czy „zachowanie się żywego organizmu wywołane przez jakieś bodźce” (*Słownik języka polskiego*, b.d.). Niewątpliwie człowiek w trakcie swojego życia będzie reagował na wielość zdarzeń. Jednakże reakcja związana ze śmiercią i umieraniem może przyjmować skrajne formy ze względu na to, że strata dotyczyć może nie tylko sfery poznawczej, psychologicznej, ale i tej związanej z aspektami prawnymi, medycznymi czy społecznymi. Znaczenie ma też to, w jakiej sytuacji ma miejsce dane zdarzenie oraz jak wygląda proces umierania u danej jednostki. Każdy przypadek będzie inny, zatem trudno o stworzenie uniwersalnego sposobu radzenia sobie w takich momentach.

Antonina Ostrowska swoją książkę *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa* rozpoczęła od cytatu: „Śmierć jest jednym z najbardziej uniwersalnych, a jednocześnie najmniej znanych faktów życia ludzkiego. Wprawdzie obecna w filozofii, religii, malarstwie, literaturze, w indywidualnych i zbiorowych wyobrażeniach – częściej pojawia się w abstrakcyjnej, wysublimowanej formie niż jako konkretne zdarzenie egzystencjalne, mające miejsce w życiu każdego, w określonym czasie i w określonych realiach” (Ostrowska, 1991, s. 5).

Reakcję na śmierć traktować należy w ujęciu indywidualnym, bowiem każda jednostka będzie inaczej reagowała na zdarzenie trudne w swoim życiu. Odmienną formę przyjmie również w momencie bezsilności i towarzyszenia osobie bliskiej w umieraniu czy podczas działań w pracy zawodowej. Nawet to, że śmierć dzieli się na etapy – kliniczną, osobniczą czy biologiczną może powodować szereg trudności interpretacyjnych i konieczność traktowania tego tematu w sposób interdyscyplinarny.

Reakcja na śmierć czy umieranie to co najmniej pięć faz, które jednocześnie mogą różnić się w znaczący sposób. Niekiedy informacja o śmierci musi pociągnąć za sobą działania jednostki pozwalające zachować zdrowie psychiczne, np. poproszenie o pomoc i wsparcie, gdyż reakcja na trudną wiadomość i sytuację może być zbyt traumatyczna, aby móc poprawnie funkcjonować (Radio Lublin, 2022). W literaturze przedmiotu można co prawda odnaleźć ramy czasowe trwania danego etapu radzenia sobie ze śmiercią, jednak i tak będzie to rozpatrywane przez wzgląd na różne doświadczenia jednostki, począwszy od wieku, wykonywanej pracy, reakcji na stres czy historię

życia. Faza szoku i otępienia, tęsknoty i żalu, dezorientacji czy akceptacji to proces zależny od wielu czynników, co zostanie w dalszej części pracy scharakteryzowane (Guzowski, Krajweska-Kułak, Bejda, 2016).

2. Żałoba – psychiczna reakcja na śmierć

Słownik PWN (b.d.) definiuje żałobę jako smutek po śmierci osoby bliskiej, sprecyzowany czas doświadczania oraz wyrażania żalu. Można ujmować ją również jako sprecyzowane zachowania, takie jak noszenie czarnych ubrań, a także brak uczestnictwa w życiu rozrywkowym oraz towarzyskim. Inne definicje podkreślają, iż żałoba jest naturalnym i adaptacyjnym procesem pojawiającym się w sytuacji, gdy jednostka ponosi ważną stratę (Mullan i in., 2003, Stroebe i in., 2005; za: Kleszcz-Szczyrba, 2016). Strata ta odnosić się może zarówno do bliskiej osoby, jak i pewnych wartości. Oznacza to, że reakcje związane z żałobą mogą wystąpić w sytuacji utraty pracy, majątku, zdrowia, pełnosprawności bądź wieloletniej przyjaźni.

Reakcja żałobna obejmuje trzy sfery życia ludzkiego: psychiczną, somatyczną oraz społeczną (Huges, 1995; Mullan i in., 2003; Strobe i in., 2005; za: Kleszcz-Szczyrba, 2016). Obszar psychiczny odnosi się do trudnych emocji takich jak żal, smutek, tęsknota, osamotnienie, a także niepokój. Jednostka w żałobie może przejawiać problemy ze snem oraz sferą poznawczą, takie jak spowolnienie myślenia oraz kłopoty z zapamiętywaniem. Kłopoty w sferze somatycznej mogą ujawniać się poprzez: bóle, ucisk w gardle, spadek wagi, omdlenia oraz osłabienie. Problemy w sferze społecznej odnoszą się do: wycofania z życia społecznego lub dotychczasowych aktywności, unikania kontaktów bądź wzrostu postawy zależnościowej.

Przeżycie żałoby w sposób prawidłowy jest bardzo istotne. Zdaniem Kleszcz-Szczyrby (2016) pozwala ona jednostce na reorganizację tych obszarów życia, które zostały dotknięte stratą. Autorka podkreśla, iż głównym celem żałoby jest „możliwie płynne połączenie dwóch etapów życia: życia sprzed straty z życiem po niej” (tamże, s. 112). Rogiewicz i Buczkowski (2006) w swym artykule zwrócili uwagę na to, że praktycznym celem przeżycia żałoby jest rzeczywiste zaakceptowanie straty, upust emocji takich jak żal, ból, a na końcu przystosowanie się do nowej rzeczywistości bez zmarłego, rozwinięcie nowych sposobów radzenia sobie oraz przezwyciężenie trudnych uczuć.

2.1. Żałoba – etapy żałoby.

Osoba finalnie godzi się z utratą bliskiej osoby i powraca do aktywności życiowych, co poprzedza dynamiczny proces przeżywania żałoby. Każde jej stadium ma charakterystyczne dla

siebie zachowania i emocje. Catherine M. Sanders (2001) wyodrębnia następujące fazy: szok, uświadomienie sobie straty, wycofanie się oraz powrót do zdrowia i odnowa.

1. *Faza szoku* odznacza się początkowym niedowierzaniem. Osoba zaprzecza wydarzeniom, nie potrafi uwierzyć w śmierć bliskiej osoby. Mogą u niej wystąpić dysfunkcje poznawcze, otępienie emocjonalne, jak i wewnętrzny chaos w sektorze poznawczo-behawioralnym.
2. *Faza uświadomienia sobie straty*. Człowiek może odczuwać sprzeciw oraz nie dawać zgody na utratę bliskiego. Osoby mogą odczuwać znaczne odległości fizyczne oraz psychiczne, a także niepokój, nadwrażliwość, zwiększoną podatność na zranienie, poczucie winy, żalu, niesprawiedliwości, jak również gniew.
3. *Faza wycofania się*. Nazwa tego etapu wynika z tego, że osoba wycofuje się przez wzgląd na wyczerpanie emocjonalne oraz obniżenie poziomu systemu odpornościowego. Ta część żałoby nacechowana jest smutkiem, przygnębieniem, żalem, wycofaniem z życia społecznego, płaczliwością. Osoba preferuje samotność, przeżywa głęboki smutek, daje zezwolenie na odczuwanie trudnych emocji oraz „odpoczęcie i odreagowanie”.
4. *Faza powracania do zdrowia*. Osoba etapowo przejmuje ponownie kontrolę nad swoim życiem, powrotem do rzeczywistości, podejmowaniem nowych ról społecznych oraz kreuje nową tożsamość. Poszukiwanie znaczenia jest bardzo ważne w tej fazie.
5. *Faza odnowy*. Na tym etapie żałobnik otwiera się na aktywności życia codziennego, społeczne, zawodowe, kontakt ze światem zewnętrznym. Uczy się funkcjonowania bez zmarłej osoby oraz troski o swoje potrzeby.

Steuden i Tucholska (2009) na podstawie prac Nolen-Hoeksenna i Larson wyróżniły cztery charakterystyczne objawy i przeżycia dla trzech faz żałoby: wczesnej, środkowej i przemiany:

- *Faza wczesna* w zakresie poznawczym odznacza się spowolnieniem oraz zdezorganizowanym myśleniem, pojawieniem się myśli samobójczych, a także utratą zaufania do innych. Odrętwienie psychiczne, otępienie oraz histeria mogą pojawić się w funkcjonowaniu afektywnym, natomiast zachowanie może charakteryzować płaczliwość, pasywność, zobojętnienie na innych, nadpobudliwość ruchowa, wybuchowość, nadmierna wrażliwość. Na płaszczyźnie somatycznej dostrzega się utratę przytomności, poczucie oszołomienia.
- *Faza środkowa* w sferze poznawczej może wyrażać się w postaci stałego myślenia o osobie zmarłej, idealizacji tej osoby, zaburzeń snu, pamięci oraz poczucia bezsensu. W obszarze afektywnym może występować lęk, poczucie winy, depresja, tęsknota, osamotnienie, apatia, gniew złość oraz irytacja. Zachowanie osoby może cechować spowolnienie, wycofanie, zależność od innych, poszukiwanie wsparcia lub nerwowość. Mogą pojawić się objawy somatyczne w postaci osłabienia organizmu, problemów sercowych, bóli, niewydolności mięśniowej oraz oddechowej.

- *Faza przemiany.* Sfera poznawcza w tej fazie odznacza się realistycznym wspomnianiem zmarłego oraz poszukiwaniem sensu życia. Następuje zrównoważenie reakcji emocjonalnych. Osoba powraca do poprzedniej formy funkcjonowania lub kreuje nowe sposoby zachowań oraz rodzajów aktywności, a także wraca do pełnienia ról społecznych.

Elisabeth Kübler-Ross przedstawiła model, który zawiera pięć etapów żałoby: zaprzeczenie, gniew, targowanie się, depresję oraz akceptację. Faza zaprzeczenia wiąże się z odrzuceniem wiadomości o fakcie śmierci bliskiej osoby. Osoba nie wierzy w odejście bliskiego. Faza gniewu jest etapem świadomości utraty. Osoba może odczuwać poczucie winy, złość, gniew, poczucie niesprawiedliwości. Targowanie się jest fazą, która nierzadko występuje w związku z nieuleczalną chorobą. Osoba ma poczucie, że gdyby mogła cofnąć czas, zmienić tok wydarzeń, to zrobiłaby wszystko, co możliwe. Depresja, którą cechuje smutek, płacz, żal, poczucie beznadziei oraz bezsensowności, jest bolesnym starciem ze stratą. Akceptacja, jako ostatnia faza żałoby, odznacza się poradzeniem sobie w sferze poznawczo-emocjonalnej oraz nauką.

Żałoba, samotność, umieranie to zagadnienia, z którymi mają kontakt osoby pracujące w Stowarzyszeniu mali bracia Ubogich. Poniżej przedstawiony zostanie fragment wywiadu z koordynator regionalną wolontariatu Stowarzyszenie mali bracia Ubogich w Lublinie – Agnieszką Kozak. Rozmowa odbyła się 12 grudnia 2021 roku.

Takich rozmów o śmierci odbywa się sporo, nawet jak rekrutuję podopiecznych. Te rozmowy są po śmierci osób bliskich dość częste. Przeprowadziłam ich trochę... w różnych kontekstach. To jest bardzo trudne. Nigdy nie czułam się przygotowana do takiej rozmowy. Każda jest inna. Co byś nie powiedziała, to frazes. Nieraz wystarczy złapać kogoś za rękę i nic nie mówić. I więcej to daje wsparcia niż gadanie w stylu „jak bardzo rozumiem twój ból”. A nie rozumiem. Bo nikt nie zrozumie tego stanu po odejściu kochanego od 50 lat męża. Nie tylko śmierć, ale i rozmowy o diagnozie są trudne – jak już wiesz, że masz chorobę śmiertelną... Nie jesteśmy w stanie przygotować się na taką rozmowę. Każda sytuacja jest inna. W każdej sytuacji inaczej reagujemy. Każda rozmowa jest inna, jest innym przekazem. To jest dla nas bardzo obciążające. Nigdy nie zamknęłam drzwi i koniec. Zawsze jest tak, że musiałam przetrwać to, co się dzieje po śmierci czy odchodzeniu. Zdaję sobie sprawę z tego, że może jednej dziesiątej pomogłam. Tak dokładnie raz na dziesięć razy. I uważam i tak, że to dużo.

Trudno wrócić do życia po takich rozmowach. Niedawno miałam rozmowę z podopieczną, która straciła męża. Została zaproszona na wigilię stowarzyszenia i to było trudne. Patrzenie jej w oczy było czymś, co nie dawało spokoju, bo miała świeczki w oczach, opanowywała łzy. Tylko się mogłam domyśleć tego, co ona ma w głowie i czy przy tym stole widzi męża, którego nie ma na tych świętach – to jest bardzo trudne. Nie jesteśmy w stanie pomóc tej osobie, mimo że jesteśmy

stowarzyszeniem, które się tym zajmuje. Mamy jako ludzie potrzebę pocieszenia, ale to nie jest dobre. Wiemy, że te frazesy są puste, ale co zrobić. Jak wracamy do domu, to zdajemy sobie sprawę z tego – coś ty za bzdury opowiadała. Działasz na szybko, na gorąco – co język przyniesie. Zazwyczaj to frazesy.

Praca w takim miejscu często może wypalić mimo najszczerzych chęci – niesiemy problemy innych ludzi, nie da się wysłuchać seniora i nie przynieść tego do domu. Byłam dwie godziny – rozmawiałam o śmierci i umieraniu i zamknęłam drzwi. Nie jest to proste. Są to lata pracy i nie zawsze się po latach udaje.

Nie ma pracy, w której nie ma stresu. Moja praca niesie ze sobą stres, ale daje satysfakcję, i to się równoważy. Ale niekiedy jest tak, że idziesz do pracy i masz tylko stres.

3. Przekazanie informacji o śmierci

Przekazanie wiadomości o śmierci nie jest niczym przyjemnym. Przynajmniej w tej kulturze. Osoba, która musi przekazać tę smutną informację, może mieć obawy przed niechęcią ze strony żałobników, dlatego też ważne jest, aby zapytać samego siebie, czy nie boimy się być owym posłańcem. Wsparcie emocjonalne jest obowiązkowym zadaniem, jakie ciąży w momencie przekazania tej informacji. Wysłuchanie, możliwość wyrażenia swoich uczuć oraz wypowiedzenia się są niezmiernie istotne dla członków rodziny.

Istnieje wiele koncepcji, które mają na celu wskazanie przyczyn trudności mówienia o skomplikowanych aspektach komunikacyjnych. Ciekawym zagadnieniem, wykreowanym przez Irvina Yaloma (2008), jest to, w którym istotą jest zastanowienie się nad emocjami towarzyszącymi śmierci. Okazuje się, że zawiadamianie innych o śmierci może konfrontować osobę z momentem, który będzie zbliżony do przeżywania własnych trudności związanych z pożegnaniem bliskich. Badacz wspomina o tym, że obawa przed śmiercią może korelować z brakiem korzystania z możliwości, które daje codzienne funkcjonowanie.

Można spotkać się z mitem dotyczącym psychologów przekazujących smutną nowinę o odejściu bliskich, że osoba, która otrzyma taką informację, nie będzie przeżywać cierpienia. Mit ten stara się zaprzeczyć cierpieniu, gdyż strata bliskich wiąże się z opłakiwaniem ich. „Jaki jest sens życia teraz, gdy zmarło moje jedyne dziecko?”, „Dlaczego to właśnie on/ona?”, „Jak Bóg mógł na to pozwolić?”, „Po co mam teraz żyć?” – są to tylko niektóre z pytań zadawanych przez rodziny w momencie przekazania ciężkiej informacji o odejściu ich bliskich. Psychologowie czy też duchowni mogą być bardziej kompetentni, aby odpowiedzieć na konkretne pytania, gdyż mają one charakter psychologiczny, filozoficzny oraz religijny. Zachowanie balansu między chęcią wsparcia w bólu a zdawkowym pocieszaniem, np. „Będzie dobrze”, „Czas leczy rany”, jest kluczowe.

Należy pamiętać, że aby wsparcie zostało przekazane we właściwy sposób, trzeba przyjąć, że śmierć jest czymś powszechnym, a pomoc ze strony najbliższych jest najbardziej potrzebna. Skutecznym czynnikiem, który pomaga łagodzić stres, jest wsparcie ze strony społeczeństwa. Wyróżnia się dwa jego modele: główny i buforowy. W modelu buforowym ważne jest to, aby kontakty z innymi ludźmi były jakościowe, ale także, by zaspokoić potrzeby emocjonalne, poznawcze i praktyczne poprzez relacje interpersonalne – jest to tarcza obronna przed stresem. Podkategoriami tego wsparcia są: wsparcie instrumentalne, informacyjne oraz dowartościowanie. Wsparcie instrumentalne polega na rozwiązywaniu problemów w sposób bezpośredni, informacyjne przekazuje niezbędne informacje oraz porady, jak kierować swoim zachowaniem, a dowartościowanie sprawia, że czujemy się doceniani oraz obdarzeni szacunkiem.

Wsparcie emocjonalne jest niezmiernie ważne w momencie, gdy musimy przekazać informację o śmierci. Czas, możliwość wypowiedzenia się, wysłuchanie oraz wyrażenie uczuć jest potrzebne, gdy przykra wiadomość zostaje przekazana. Należy mieć na uwadze, że cały ten proces może zająć nawet kilka godzin. Niemniej nie jest to regułą – zdarzyć się może, że rodzina podziękuje za przekazanie informacji i będzie wolała zostać bez dodatkowego towarzystwa. Wówczas wizyta w ich miejscach zamieszkania trwa bardzo krótko. Jeśli jednak ktoś ma potrzebę wypowiedzenia się, to trzeba wysłuchiwać go z empatią, zbędnie nie wtrącając się. Spokój i powaga są w danym momencie konieczne. Jeśli zdarzy się, że powiadamiający przeżywa emocje (zakłopotanie, wzruszenie), to powinien się na nie otworzyć; tłumienie ich w sobie nie jest dobrym rozwiązaniem. Wszystko ma jednak swoje granice, nie należy dać się porwać tym emocjom: „Nie wiem, co mam Pani teraz powiedzieć”. Zachowanie balansu między ludzkim wsparciem a profesjonalizmem powinno być zachowane, powiadamiający powinien „wykonać swoje zadanie”, czyli przekazać informację.

Istotną rzeczą jest, aby odpowiedzieć na pytania ze strony rodziny, które dotyczą okoliczności śmierci, przebiegu i organizacji pogrzebu. Pytania, jakie zazwyczaj można usłyszeć, dotyczą samej sytuacji, kiedy się to wydarzyło, oraz gdzie znajduje się ciało. Dyskusja na tematy podjęte przez powiadamianych nie jest wskazana, np. „Będziemy mieli jeszcze jedno dziecko”. Spora część z nich nigdy nie będzie wdrożona w życie. Wyjątkiem jest moment, w którym obecni zarzucają sobie winę, np. „gdybyś nie kazał mu jechać, nie zginąłby” – wtedy przerwanie dyskusji jest jak najbardziej wskazane. Takie słowa najczęściej padają pod wpływem silnych emocji. Kłótnie i wyrzuty zostają zapamiętane jako krzywda i mają wpływ na dalsze kontakty wewnątrzrodzinne.

Sprawa dotyku jest również warta poruszenia. Czy powinniśmy przytulić, objąć tudzież podać rękę? Pewne jest, że należy utrzymywać kontakt wzrokowy podczas informowania o śmierci oraz podczas dalszej rozmowy. Do reguł stosownego zachowania należy także podanie dłoni podczas składania kondolencji. Gdy jednak odniesiemy wrażenie, że osoba powiadamiana potrzebuje przytulenia i nie będzie to niezręczne, wtedy z pewnością można podjąć się tego kroku.

Szczególnym przypadkiem jest informowanie dziecka o śmierci rodzica. Przytulenie dziecka jest na miejscu, jednak gdy tylko to możliwe, należy oddać je pod opiekę znanym mu osobom – rodzinie, znajomym rodziny, sąsiadom.

Każda niezręczność tudzież błąd mogą być zapamiętane na bardzo długo, dlatego ważne jest, aby sposób przekazywania informacji był odpowiedni. Dodatkowo rodzina może cierpieć z powodu niewłaściwego obrazu śmierci swoich bliskich, wywołanego przez nieprawidłowy opis ze strony powiadamiającego. Zapewnienie rodziny o podjęciu wszelkich istotnych kroków ze strony lekarzy, braku cierpienia ze strony umierającego są kluczowe. Opis wypadku należy podać jedynie z inicjatywy rodziny, należy jednak pamiętać o odpowiednim doborze słów. Takt oraz dobra organizacja powiadamiania o śmierci są bardzo ważne, z tych też powodów warto się zastosować do kilku reguł:

1. Gdy wejdzie się do domu rodziny zmarłego, należy się przedstawić – osoba, która nie jest anonimowa, jest lepiej postrzegana przy przyjmowaniu smutnej informacji.
2. Należy się upewnić, z kim mamy do czynienia – w danym miejscu mogą zamieszkiwać inni członkowie rodziny.
3. Trzeba przygotować rozmówcę na smutną wiadomość: „Mam dla Pana smutną wiadomość”. Nie należy odpowiadać w drzwiach na pytanie: „Kto umarł?”. Oczywiście jest, że członkowie rodziny mogą się domyślać z kontekstu sytuacji, o co może chodzić, jednakże czas na przygotowanie do żałoby jest od momentu, gdy usiądziemy.
4. Usiądź – w naszej kulturze przygotowanie do poważnej rozmowy zaczyna się od tej właśnie czynności. Gdy siedzimy, upływ czasu wydłuża się, dzięki czemu osoby, którym zostaje przekazana ta informacja, czują, że został im okazany szacunek.
5. Wyjaśnij powiązania między osobami przebywającymi w pomieszczeniu, aby zdecydować, czy powinny one pozostać, czy też opuścić pokój. Zalecane jest, aby małe dzieci zostały powiadamiane osobno, po przekazaniu informacji osobie dorosłej. Rodzic ma prawo zdecydować, jak dużo dziecko powinno wiedzieć o śmierci członka rodziny. Nie ma jednak na to zasady – rodzic może zdecydować, czy chce to zrobić osobiście, czy za pośrednictwem osoby powiadamiającej.
6. Bardzo ważne jest, aby dzieci były poinformowane, że śmierć członka rodziny nie miała nic wspólnego z ich zachowaniem. Dzieci mogą mieć fałszywy obraz, że to właśnie one przyczyniły się do odejścia rodziców przez swoje niegrzeczne zachowanie. Zdania typu „Wpędzisz mnie do grobu” mogą być tego przyczyną. Bardzo podobnie jest z nastolatkami; szczególnie gdy rodzic popełnił samobójstwo, młodociany może odnieść wrażenie, że został porzucony, gdyż nie był kochany.
7. Należy używać prostych i jednoznacznych zdań: „Pana żona miała ciężki wypadek”, „Pana żona zmarła na miejscu” itp.

8. Unikaj negatywnych słów jak „zwłoki”, bardziej adekwatne będzie użycie sformułowań „Pani mąż/ pana dziecko” itp.
9. W przypadku powiadamiania osób starszych czy kobiet w ciąży należy rozważyć, czy nie wezwać pogotowia ratunkowego.
10. Nie należy pozostawiać osoby powiadamianej samej sobie. W pierwszej kolejności trzeba jej zapewnić bliską osobę. Jest to naturalna grupa wsparcia. Powiadamiający nie może zastąpić jej najbliższych. Jeśli osoba ta odmówi towarzystwa, to najlepszym krokiem będzie zadzwonienie bądź przyjechanie do niej po 2–3 godzinach, by sprawdzić, jak sobie radzi (Czuchnowska, 2010).

W zależności od reakcji osób powiadamianych, zachowania i wypowiedzi powiadamiającego mogą się różnić. Płacz, smutek, myśli o stracie są najczęściej spotykaną reakcją. Należy wyrazić stosowne współczucie, podejść z empatią oraz powagą. Przeżywanie szoku, milczenie ze strony powiadamianego, niemożność zebrania myśli, trudności z usłyszeniem i zrozumieniem tej wiadomości są równie częste. Należy dać czas na przeżycie tej informacji i nakłonić do rozmowy, zadając pytania zamknięte, np. „Czy chciałby pan poznać okoliczności...”. Istotne jest, by pozostawić takie osoby pod czyjąś opieką, ponieważ stan emocjonalny może być zmienny, a nawet gwałtowny. Są też osoby, które szukają pomocy u powiadamiającego. Reakcja ta może być częstsza u kogoś, komu zmarł współmałżonek i to on był odpowiedzialny za sprawy formalne, urzędowe oraz finansowe. Osoby takie szukają wsparcia związanego z pogrzebem, pytają o to, jak radzić sobie z trudnościami życiowymi, np. jak uregulować opłaty za mieszkanie. Zadaniem powiadamiającego nie jest przejmowanie opieki nad daną osobą, a znalezienie osoby, która mogłaby przejąć tę opiekę. Możemy sprowadzić członka rodziny, podać informację o instytucjach zajmujących się pomocą (Ośrodek Pomocy Społecznej, Centrum Interwencji Kryzysowej).

Przeciwną reakcją jest zachowanie zimnej krwi w momencie otrzymania wiadomości o śmierci. Osoba powiadamiana jest opanowana, ukrywa się pod maską spokoju. Powiadamiający powinien obserwować i ocenić, czy jest to reakcja szoku. Niektórzy nie potrafią się rozpląkać przed nieznanymi i czekają na moment, w którym będą same, by dać upust swoim emocjom.

Zawiadomienie o śmierci zapoczątkowuje żałobę, a sposób przekazania informacji wpływa na przeżywanie smutku. W późniejszym czasie osoba powiadamiana może stać się klientem Centrum Interwencji Kryzysowej. Pracy terapeutycznej powinien podjąć się inny specjalista aniżeli ten, który powiadomił o stracie. Nie jest to łatwe zadanie i funkcjonariusze, którzy są w takiej sytuacji, mogą liczyć na swoje umiejętności, gdyż każda gwałtowna śmierć powoduje silne emocje. Jest to bardzo trudne zadanie.

3.1. Lingwosecuritologia (językowe aspekty bezpieczeństwa).

Securitologia ukształtowała się na bazie łacińskiego słowa *securus*: *se* – oddzielnie, *cura* – dbałość, *logos* wywodzi się z greckiego słowa *logia*, co oznacza zbiór, rozum. Securit(o)logia jest zatem nauką o bezpieczeństwie (Korzeniowski, 2008). Przedmiotem jej badań jest funkcjonowanie systemów bezpieczeństwa na wybranych poziomach organizacyjnych.

Badacze, którzy podejmują się problemu związanego z bezpieczeństwem, w centrum uwagi stawiają człowieka, jego wartości i potrzeby (tamże). Celami są: wykrywanie prawidłowości i nieprawidłowości informacji w sytuacjach kryzysowych, wyjaśnianie i usprawnianie procesów informacyjno-decyzyjnych, wykrywanie prawidłowości w relacjach interpersonalnych, pracowanie nad doskonaleniem form przekazywania i przyswajania wiedzy o sposobie użycia języka w sytuacjach kryzysowych. Nauka ta ma na celu opis i analizę przykładów pochodzących z obserwacji świata (Stawnicka, 2016).

Można również dokonać opisu przedmiotu zainteresowań securitologii, którymi są: „podstawowa terminologia z zakresu bezpieczeństwa; charakter środowiska bezpieczeństwa, tendencje jego rozwoju; płaszczyzna analityczna, podstawowe jednostki i uczestnicy procesu poprawy bezpieczeństwa; rodzaje ryzyka i zagrożenia bezpieczeństwa człowieka, grup społecznych, państw, ludzkości, ich charakterystyka i właściwości; źródła i sprawcy zagrożeń bezpieczeństwa; przyczyny i skutki zjawisk i procesów poprawiających bezpieczeństwo; czynniki, które wpływają na ryzyko i zagrożenia bezpieczeństwa; systemy bezpieczeństwa, możliwości i środki pomocnicze do ich tworzenia, struktura, cele i zadania, formy ich skutecznego działania” (Hofreiter, 2012, s. 38).

Lingwosecuritologia zawiera w sobie terminy symbolizujące myślowe odzwierciedlenia ważnych cech sytuacji kryzysowych przez jej wszystkich uczestników. Niezmiernie ważne jest zawarcie jej w negocjacjach (Stawnicka, 2016).

Negocjacja jest to „dwustronny proces komunikowania się, którego głównym celem jest osiągnięcie porozumienia, za pomocą różnych kanałów komunikacji” (Fisher, Ury i Patton, 1997, s. 28). Pozwalają one na rozwiązanie konfliktu, aby każda ze stron była usatysfakcjonowana. W literaturze przedmiotu każda próba podjęcia dialogu nazywana jest negocjacją, „w której ludzie dążą do jakiegoś rozwiązania konfliktu, a ponieważ różnią się między sobą, więc stosują negocjacje, aby dać sobie radę z tymi różnicami” (tamże).

Negocjatorem może zostać policjant, który przepracował co najmniej 3 lata oraz nie jest na stanowisku kierowniczym. Praca negocjatora nie jest etatowa, tego trzeba być świadomym. Jedynie negocjatorzy z Biura Operacji Antyterrorystycznym KGP pracują na pełen etat (Bartuszek, 2008). Osoby, które kandydują na takie stanowisko, najczęściej zdobyły doświadczenie podczas dochodzeń, wywiadów, przesłuchań z pionów kryminalnych (Bielska, 1999).

Aktywne słuchanie, komunikacja, otwartość i zdolność przekonywania, troskliwość, wysoka samoświadomość są najważniejszymi umiejętnościami dobrego negocjatora policyjnego. Używanie spokojnego i budzącego szacunek głosu, umiejętność zadbania o drugą osobę czy też rozgraniczanie relacji z przeciwną stroną są przykładami pożądanymi umiejętnościami. Ponadto trzeba szanować partnera negocjacyjnego, szybko się adaptować, a także być wytrzymałym fizycznie oraz psychicznie. Aktywne wysłuchiwanie, odpowiednie prowadzenie rozmowy oraz niezawodna ocena sytuacji są jednymi z cech, którymi powinien się charakteryzować negocjator. Odpowiednie doświadczenie prywatne i zawodowe powinny być niezbędne w tej profesji (Biel, 2010).

Próby samobójcze, przetrzymywanie zakładników, grożenie bronią lub innymi niebezpiecznymi narzędziami tudzież protesty uliczne są przykładami sytuacji, w których negocjacje policyjne powinny mieć miejsce (Piotrowicz, 2010).

Współpraca, rywalizacja, uleganie, unikanie i kompromis to 5 stylów negocjacji według Piotrowicza (2010). Najbardziej skuteczną strategią jest współpraca. Negocjator musi wziąć pod uwagę realizację celów swoich, jak i przeciwnika. Kreatywność oraz dobra umiejętność komunikacji może przyczynić się do oczekiwanych rezultatów. Wadą może okazać się długość trwania takiego procesu. Jeśli chodzi o rywalizację, to potrzeby przeciwnika nie są brane pod uwagę. Wiąże się to z lekceważeniem oczekiwań rywala. Wywieranie presji i stawianie warunków mają wysoką skuteczność w tym stylu. Kompromis ma na celu usatysfakcjonować obie strony. Zaletami są: brak przymusu, chęć znalezienia złotego środka oraz pójście na ustępstwa. Wadami są: słaba umiejętność komunikacyjna, brak całkowitego zaspokojenia potrzeb obu stron, a także niska konsekwencja w dążeniu do wyznaczonego celu. Głównymi cechami ulegania jest brak wrogości. Celem negocjacji jest porozumienie, okazanie zaufania wobec strony przeciwnej. W stylu tym istotne jest utrzymanie poprawnych relacji między stronami. Zaletami są: empatia, zrozumienie i pójście na ustępstwa. Unikanie natomiast świadczy o niskim poziomie orientacji negocjatora w potrzebach obu stron. Słabymi stronami są: brak umiejętności komunikowania się i wyrażania własnych potrzeb, frustracja z powodu braku porozumień oraz braku reagowania na potrzeby drugiej strony (tamże). Negocjacje niosą ze sobą ryzyko, jednakże nie mniejsze niż brak ich podejmowania. Sprawca stawia warunki całego procesu, a negocjator musi się na nich skupiać. Impulsywne emocje, jak np. złość, strach, panika występują podczas przebiegu negocjacji, a w szczególności gdy działa się pod presją czasu (Call, 1996).

ROZDZIAŁ IX

PROBLEMY ETYCZNE ZWIĄZANE ZE ŚMIERCią – PRÓBA SYNTEZY

1. Wprowadzenie

Wraz z rozwojem medycyny pojawia się coraz więcej sytuacji, które stawiają przed dylematami różnego rodzaju, w tym etycznymi. Okoliczności, w których zachowanie nie jest określone przez normy społeczne lub prawne, regulujące dostęp do możliwości oferowanych przez nowe technologie biomedyczne, są jeszcze bardziej skomplikowane. Pozyskiwanie narządów do przeszczepów, inżynieria genetyczna i sztuczne podtrzymywanie życia osób umierających to przykłady tego, co może rodzić wiele pytań etycznych. Kwestie etyczne zawsze istniały w praktyce medycznej, ale obecnie stwarzają jeszcze więcej potencjalnych zagrożeń. Coraz bardziej złożona technologia medyczna sprawia, że jej specjaliści zyskują coraz większą autonomię. Bez odpowiedniej wiedzy pacjenci i ich rodziny stają się jeszcze bardziej zależnymi i mniej aktywnymi uczestnikami leczenia. Niekiedy też działania w celu kontrolowania sytuacji są zagadnieniem skomplikowanym – raz ze względu na posiadaną wiedzę lub jej brak, a dwa, że w sytuacji skomplikowanej, granicznej trudno niekiedy o racjonalność myślenia. Stwarza to niebezpieczeństwo nieprzestrzegania woli pacjenta, traktowania go jako przedmiotu działania i całkowitego uzależnienia go od decyzji lekarza.

Warto zaznaczyć, że duża ilość problemów dotyczy śmierci i umierania, zwłaszcza w przypadku problemów na dużą skalę, opartych na zaawansowanej technologii medycznej. Wskazane zagadnienia pokazują potrzebę szerszego rozważenia życia, śmierci, cierpienia, godności człowieka i wartości samostanowienia. Obecnie istnieje pewna rozbieżność między możliwościami technicznymi a społecznym postrzeganiem wykorzystania tych działań. W wyniku wszystkich rozterek, sprzecznych wartości i orientacji śmierć spokojna i godna jest bardziej przywilejem i wyjątkiem niż prawem człowieka. Nie jest też tak, że zawsze dana osoba będzie spotykała się ze wszystkimi problemami etycznymi, które pojawiają się, gdy zbliża się śmierć. Część z nich wynika z postępu technologicznego w medycynie, norm i tabu conceptualnych. Niektóre problemy prawdopodobnie istniały od zawsze, a postęp technologiczny w medycynie tylko je skomplikował i zmienił potencjalne zagrożenia, jak na przykład problem informowania osób nieuleczalnie chorych, umierających o ich diagnozie i prognozie.

Niektóre problemy prawdopodobnie istniały od zawsze, a postęp technologiczny w medycynie tylko je skomplikował i zmienił potencjalne zagrożenia. Tak się stało na przykład z problemami dotyczącymi poprawności kryteriów śmierci, czyli poszukiwaniem jej precyzyjnej definicji. Kwestii etycznych jest bardzo wiele i są związane już nawet z samą definicją śmierci czy moralnymi konfliktami wokół sztucznego podtrzymywania życia i przyspieszonej śmierci. Istotną kwestią jest

również rozmowa o śmierci z osobami bliskimi śmierci, informowanie ich o stanie zdrowia oraz kwestie etyczne eksperymentów medycznych przeprowadzanych na osobach nieuleczalnie chorych i umierających. Niektóre problemy związane z tematem będą dotyczyły wykorzystywania ciał zmarłych i sposobu ich traktowania.

W naszej kulturze trudno np. mówić o zabijaniu, zadaniu śmierci innemu człowiekowi czy zasadności kary śmierci bez uchronienia komponentu moralnego. Już w II połowie XX wieku następowała śmierć w coraz bardziej wyspecjalizowanych technicznie instytucjach, gdzie rzadziej jest ona traktowana jako naturalny fakt życiowy, a częściej jako porażka medycyny w walce z chorobą, co związane jest z określonymi konsekwencjami dla pacjentów, ich rodzin i instytucji medycznych.

Oczywiście kwestie te nie stanowią wyczerpującej listy wszystkich problemów etycznych związanych ze śmiercią i umieraniem. Jest ich o wiele więcej, a przyszłość przyniesie dodatkowe trudności.

2. Wokół problemów etycznych związanych ze śmiercią

Rozważania na temat etycznych problemów związanych ze śmiercią nierozłącznie wiążą się z cytatem Haruki Murakamiego – „Śmierć nie jest przeciwieństwem życia, a jego częścią”. Zasadniczo ludzie starają się oddalać od siebie myśli o przemijaniu i jego finale, co związane jest np. z elementami ewolucyjnymi. Jak się okazuje nawet na podstawie niniejszej pracy, czynnik etyczny jest nieodłącznym komponentem powiązany ze śmiercią. Zmiana norm dotyczących śmierci wynika z postępów technologicznych, rozwijającej się medycyny i wielu innych dziedzin.

Nie jest tak, że medycyna i technologia zna odpowiedź na każdą trudność. Nadal wiele nowoczesnych metod leczenia nie jest w stanie poradzić sobie z chorobami przewlekłymi, interwencjami medycznymi. Niewątpliwie takie działania, jak sztuczne odżywianie i wspomaganie oddychania mogą przedłużyć życie ludzi, zapewniając im jednocześnie dodatkowe wsparcie.

Opieka u schyłku życia staje się coraz ważniejszym tematem we współczesnej praktyce medycznej. Proces ten rozpoczyna się od rozpoznania śmiertelnej choroby i obejmuje godną śmierć – której świadomie bądź nie pragnie pacjent – oraz okres żałoby po jego odejściu. Wiadome jest, mimo nadziei na nieśmiertelność, że śmierć jest nieuniknioną częścią życia. Niestety niezliczona ilość osób pod koniec życia doświadcza trudności i cierpienia. Członkowie rodzin pacjentów, bliscy przyjaciele i nieformalni opiekunowie również przeżywają szereg problemów. Odgrywają oni bardzo ważną rolę w opiece nad bliskimi przed, w trakcie i po śmierci. Diagnoza choroby terminalnej powoduje, że rodzina umierających pacjentów przeżywa okres silnego stresu³⁶. Bliscy mogą

³⁶ Stresowi może towarzyszyć złość, depresja, szereg konfliktów intrapersonalnych czy problemów psychosomatycznych.

odczuwać beznadziejność, złość, poczucie winy i bezsilność, gdy nie są w stanie ulżyć w cierpieniu śmiertelnie choremu członkowi rodziny. Bardzo ciężko jest patrzeć na osobę, na której bardzo nam zależy, a jednocześnie mieć związane ręce i wyczerpane wszelkie możliwości pomocy, wsparcia (Ziemiński, 1973).

Z etycznego punktu widzenia to pacjent, a nie rodzina, pełnomocnik czy lekarz podejmuje najlepsze decyzje dotyczące ograniczenia leczenia lub terapii, które nie przynoszą co prawda wyleczenia, ale przedłużają życie na jakiś czas. Jeżeli jednak pacjent utracił zdolność do podejmowania decyzji, to rodzina, pełnomocnik służby zdrowia lub lekarz muszą podjąć decyzję o tym, jaką opiekę należy zapewnić pacjentowi. Członkowie rodziny, którzy odczuwają smutek, strach, niepokój i są zestresowani, ponieważ ukochana osoba jest śmiertelnie chora, będą mieli trudności z podejmowaniem racjonalnej decyzji, skupionej na pacjencie, a nie własnym cierpieniu psychicznym, co staje się jeszcze bardziej skomplikowane przy współwystępowaniu wyrzutów sumienia itp. Jeśli nie znają preferencji bliskiej osoby w zakresie opieki u schyłku życia, nie mogą być pewni, czy będą w stanie podjąć najodpowiedniejsze dla pacjenta decyzje. Czasami członkowie rodziny mogą mieć różne preferencje dotyczące opieki. Podczas gdy niektórzy wyraźnie i jednoznacznie chcą, aby zrobiono „wszystko”, aby ich ukochana osoba żyła, inni nie mogą się zdecydować na ograniczenie leczenia i mogą chcieć, aby to personel medyczny podejmował te decyzje za nich (Thorns, 2010).

Istotna jest tu także perspektywa lekarska. Celem opieki u schyłku życia nad umierającymi pacjentami jest zapobieganie cierpieniu lub łagodzenie go w jak największym stopniu, przy jednoczesnym poszanowaniu preferencji pacjentów. Lekarze stoją jednak przed wieloma wyzwaniami natury etycznej w opiece u schyłku życia. Decyzje, które należy podjąć, mogą dotyczyć zarówno członków rodziny pacjenta, społeczeństwa, jak i samych pacjentów, ważna jest ochrona praw, godności i komfortu wszystkich stron zaangażowanych w proces podejmowania decyzji w zakresie etyki klinicznej. Zrozumienie zasad leżących u podstaw etyki biomedycznej jest ważne dla lekarzy w rozwiązywaniu problemów, z jakimi borykają się w opiece u schyłku życia. Główne sytuacje, które stwarzają etyczne trudności dla pracowników służby zdrowia, to decyzje dotyczące resuscytacji, wentylacji mechanicznej, sztucznego odżywiania i nawadniania, ostatecznej sedacji, wstrzymania i odstawienia leczenia, eutanazji.

Dodatkowo w przypadku każdej terapii należy wziąć pod uwagę jej cel. Wyzwanie etyczne polega na tym, że granica między zalecaną a odrzuconą terapią nie jest wyraźna. Medycyna i opieka musi dostosować swoje postępowanie do indywidualnego przypadku. Jeśli proces chorobowy jest nieodwracalny i daleko zaawansowany, czyli rozpoczął się etap umierania, śmierci nie da się już zapobiec żadną terapią zgodną z ustaleniami medycznymi. W takim przypadku po sumiennym zbadaniu można powstrzymać się od dalszych prób uzdrowienia. Mogą one co najwyżej spowodować jedynie bardzo niewielkie, ale tym bardziej bolesne wydłużenie życia. Moralnie uzasadnione jest zatem zrezygnowanie lub zaprzestanie stosowania środków terapeutycznych, jeśli są one

nieproporcjonalne do pożądanego rezultatu. W takich przypadkach celem nie jest doprowadzenie do śmierci pacjenta. W działaniu kieruje się raczej przekonaniem, że procesu umierania nie można skutecznie przerwać, a śmierci nie można już uniknąć. Z etycznego punktu widzenia nie ma zatem powodu, aby lekarze lub pielęgniarki uważali, że odmówili pomocy pacjentowi (Crane, Wittink, Doukas, 2005). Jeśli zatem nie można zastosować bardziej rozsądnych środków do wyleczenia pacjenta (terapia lecznicza), leczenie koncentruje się na łagodzeniu objawów negatywnych (terapia paliatywna). Wtedy decyzja to „zmiana celu terapii”, odejście od podejścia leczniczego do podejścia paliatywnego (uśmierzanie bólu, podstawowa opieka, ludzka uwaga, wsparcie psychiczne i duchowe itp.). Jest to zgodne z zasadą, że nie ma reguły zobowiązującej do niemożliwości przedłużenia życia „za wszelką cenę”. Zatem można uznać, w najprostszym rozumieniu tego zagadnienia, że obowiązuje zasada proporcjonalności, tj. środki nieproporcjonalne do możliwego sukcesu nie są obowiązkowe. Wręcz przeciwnie: jeśli coś nie ma już sensu z medycznego punktu widzenia, środek nie może być już stosowany (Cavalieri, 2001).

Trudnym elementem będzie wybór, co ma się stać z ciałem człowieka po śmierci. Niektórzy ludzie doskonale to wiedzą i zgłaszają preferencje, nawet jeśli nie zdiagnozowano choroby, z uwagi np. na strach przed obudzeniem się żywym w trumnie; nie pomagają w tym wytwory filmowe, np. horrory. W wyniku braku wyboru decyzja przekazywana jest członkom rodziny, ale w obliczu tabu śmierci często nie mają oni pojęcia, jaka była wola ich zmarłego krewnego. Rodzina, w przeciwieństwie do jednostki, nie ma innego wyjścia, jak ocenić sytuację i podjąć trudną decyzję po śmierci bliskiego. Kampanie komunikacji publicznej powinny obejmować strategie prowokowania komunikacji międzyludzkiej na temat śmierci mózgu, dawstwa narządów jako sposobu na tworzenie reprezentacji społecznych, zdolnych do promowania zachowań wspierających dawstwo i przeszczepianie narządów.

Z punktu widzenia nauki czy rozwoju technologicznego kliniczne przeszczepy narządów zostały uznane za jedno z najbardziej fascynujących osiągnięć medycyny stulecia, ponieważ zapewniają dar życia pacjentom ze śmiertelną niewydolnością ważnych dla życia narządów, co wymaga udziału innych osób i całego społeczeństwa poprzez oddawanie narządów od osób zmarłych lub żyjących. Rosnąca częstość występowania niewydolności ważnych dla życia narządów i niewystarczająca podaż narządów, zwłaszcza pochodzących ze zwłok, spowodowały powstanie znacznej przepaści między podażą narządów a zapotrzebowaniem na narządy, co skutkowało bardzo długim czasem oczekiwania na narząd oraz rosnącą liczbą zgonów podczas oczekiwania. Wydarzenia te wywołały wiele problemów etycznych, moralnych i społecznych, dotyczących zaopatrzenia, metod alokacji narządów, wykorzystania żywych dawców jako ochotników, w tym dzieci, nastolatków. Doprowadziło to również do praktyki sprzedaży organów przez przedsiębiorców w celu uzyskania korzyści finansowych w niektórych częściach świata.

Jednym z problemów nieodłącznie związanych z wykorzystaniem do przeszczepów narządów pochodzących od zmarłych jest to, że śmierć musi zostać ustalona przed usunięciem narządów. Wykorzystanie narządów ze zwłok rodzi zatem pytanie, jakie kryteria należy przyjąć w celu ustalenia zgonu, ponieważ narządy ze zwłok muszą zostać szybko usunięte z neomortów, zanim staną się bezużyteczne do przeszczepów. Problemy etyczne i konflikty interesów pojawiają się, gdy śmierć jest definiowana inaczej niż śmierć tradycyjna lub gdy definicja jest aktualizowana do celów przeszczepu lub innych celów. Tradycyjnie zgon stwierdzano po ustaniu czynności serca i płuc. Jednak współczesna technika medyczna umożliwiła dalsze utrzymanie prawidłowych funkcji układu krążenia i oddechowego organizmu uznanego za zmarłego klinicznie. Taka sztuczna konserwacja tworzy nową klasę zmarłych, którzy nieodwracalnie utracili wszystkie funkcje mózgu, ale których funkcje komórkowe i narządy są kontynuowane dzięki sztucznym podporom³⁷.

W rozważaniach o śmierci i etyce nie sposób pominąć wątku eutanazji. Dyskusje na temat eutanazji są zawsze bardzo różnorodne i emocjonalne; to trudny temat, którego obecność zawsze będzie zauważalna. Zdania na jej temat są bardzo zróżnicowane, zwłaszcza Kościoła chrześcijańskiego. Do tej pory nie ma jednego stanowiska w tej sprawie, jest to kwestia dotycząca wielu czynników. Faktem jest, że zbadanie tego tematu ma niezwykle duże znaczenie, ponieważ przede wszystkim należy określić wartość samostanowienia i godnej śmierci w obliczu nieuleczalnej / śmiertelnej choroby. Eutanazja ma na celu oszczędzić umierającemu niepotrzebny ból i cierpienia. Jest sztuką umożliwienia (godnej) śmierci umierającym (Pietrzykowski, 2007).

Historia eutanazji rozpoczęła się w starożytnej Grecji, poczynając od Platona, który uważał, że lekarze nie powinni udzielać pomocy medycznej tym, którzy nie mają wystarczającej witalności do wyzdrowienia, gdyż nie jest to już opłacalne i przynosi wstyd państwu. Arystoteles, uczeń Platona, zgodził się. Tak więc „prawo”, zgodnie z którym nie zabiegano o „termalnie chorych”, obowiązywało do końca II wieku naszej ery. Dzisiaj eutanazja jest wciąż bardzo kontrowersyjna i uważana za temat tabu. 13 lutego 2014 roku Belgia jako pierwszy kraj na świecie uchwaliła ustawę zezwalającą na eutanazję ciężko chorych dzieci, co wywołało potrzebę ożywionej dyskusji w wymiarze globalnym.

2.1. Śmierć a konsumpcjonizm.

³⁷ Ta sama technologia podtrzymuje również funkcje organizmu pacjentów w stanie krytycznym, jej użycie powoduje pewne mylące dwuznaczności co do tradycyjnych sposobów określania śmierci. Współczesna technologia medyczna zaciera ważne rozróżnienie między zmarłymi na tych, którzy umierają, i tych, którzy wracają do zdrowia po operacji ratującej życie lub ciężkim urazie.

Lesław Hostyński w książce *Karnawał czy post* napisał rozdział o śmierci jako wielkiej nieobecnej w świecie konsumpcji. To temat wyjątkowo ważny w rozważaniach dotyczących niniejszej dysertacji z uwagi na zmieniające się realia dotyczące społecznego postrzegania śmierci i umierania.

Filozoficzne refleksje na temat śmierci są niewątpliwie interesujące. Fundamentalne znaczenie dla aspektu spostrzegania śmierci ma również monografia Philippe Ariès'a *Człowiek i śmierć*. Autor, dokonując analizy problemu śmierci, stwierdził, że „[...] od Homera i Tołstoja odnajdujemy stały wyraz tej samej ogólnej postawy wobec śmierci, nie znaczy, że dostrzegamy w niej strukturalną trwałość niepodlegającą zmianom typowo historycznym. Wiele innych elementów obciążało to pierwotne i odwieczne podłoże, ale opierało się ono ewolucyjnym naciskom przez blisko dwa tysiąclecia. W podlegającym zmianom świecie tradycyjne zachowanie wobec śmierci wydaje się czymś w rodzaju tamy bezwładu i ciągłości” (Ariès, 1989, s. 41). Jest to tradycyjna forma zachowania wobec śmierci, w której śmierć staje się oswojona. Nie jest to często występujące zjawisko w obecnych czasach (Hostyński, 2015).

Spostrzeganie śmierci wpływa na formę spędzania czasu z osobą umierającą i pozwala na odroczynek psychiczny w innych grupach społecznych. Niekiedy śmierć kogoś istotnego może w pewien sposób scalać grupy społeczne, co miało miejsce w przypadku śmierci Jana Pawła II. Wydaje się jednak, że owo scalanie opierało się na bardzo płytkich i krótkoterminowych przesłankach (tamże).

O przemianie w podejściu do tematu śmierci można mówić, odnosząc się do doświadczeń I i II wojny światowej. Wtedy bardzo często śmierć nie mogła być już przeżywana w sposób indywidualny z uwagi na ilość zdarzeń i ich okoliczności. Tak trudne doświadczenia wiążą się z traumą wojenną. Najprostszy sposób na poradzenie sobie z nią to wyparcie poprzez uaktywnienie mechanizmów obronnych ludzkiej psychiki.

Zaniechanie mówienia o śmierci wprost może być związane z postrzeganiem jej jako tematu niestosowny. „Śmierć nie tylko wywołuje strach swoim absolutnym negatywizmem, ale również budzi wstręt, jak każdy odrażający widok. Staje się nieprzyzwoita jak czynności fizjologiczne człowieka, wydzieliny jego ciała. Nieprzyzwoicie jest ukazywać je publicznie. Ludzie nie chcą wpuszczać wszystkich do pokoju cuchnącego moczem, potem, ropą, zabrudzoną pościelą. Wchodzą tam tylko nieliczni, bliscy, którzy potrafią opanować odrazę, i ci, którzy chorego leczą i pielęgnują. Tworzy się nowy obraz śmierci: śmierci brzydkiej i ukrywanej, bo jest brzydka i brudna” (Ariès, 1989, s. 558).

Co ciekawe, Geoffrey Gorer (1995) uważał, że współczesne mu społeczeństwo traktuje śmierć w taki sposób, w jaki traktowano temat seksu w XIX wieku. Stwierdził, że śmierć jest tematem podejmowanym niechętnie, traktowanym jako tabu, którego najlepiej unikać, szczególnie w obecności dzieci. Dodatkowo Gorer analizował różnice między kulturowymi postawami wobec śmierci w połowie XX wieku a wobec seksu w czasach wiktoriańskich. Uznał, że obecnie śmierć skrywana jest tak, jak dawniej skrywany był seks (za: Hostyński, 2015).

Żałoba w wielu przypadkach także nie jest traktowana jako coś, o czym warto mówić i to pokazywać. Otóż okazywanie bólu, smutku czy złości po stracie bliskiej osoby w obecnych czasach nie jest przejawem czegoś pozytywnego. Freud uważa, że żałoba jest złożoną reakcją w aspekcie semantycznym, psychicznym i społecznym „[...] na utratę ukochanej osoby czy też zajmującej jej miejsce abstrakcji w rodzaju ojczyzny, wolności, ideału itd.”, a ponadto „[...] nigdy nie przychodzi nam do głowy, by żałobę określić mianem stanu chorobliwego i poprosić o terapię lekarza, mimo że stan ów w poważny sposób odbiega od normalnej sytuacji życiowej. Mamy nadzieję, iż po jakimś czasie żałoba zostanie pokonana, a zaburzenie jej uważamy za bezcelowe, a nawet szkodliwe” (Freud, 2009, s. 147). Dla psychologów żałoba jest czymś zupełnie naturalnym, a trwanie jej będzie zależało od różnic indywidualnych oraz osobniczych uwarunkowań. Brak możliwości przeżycia żałoby może wiązać się z pojawieniem się wielu trudności natury psychicznej.

Gorer (1965) uznaje, że żałoba może być przeżywana indywidualnie, jednakże nie jest postrzegane pozytywnie to, kiedy okazywana jest ona publicznie, gdyż można to uznać za pewnego rodzaju niestosowność. W rozumieniu autora można wyróżnić co najmniej kilka kategorii osób, które w dany sposób przeżywają swój ból. Po pierwsze można wyróżnić tych, którzy panują nad swoim bólem, dbają o to, aby w życiu nie wydarzyło się nic złego. Kolejni to ci, którzy nie pokazują swoich emocji i odczuć na zewnątrz – przeżywając wszystko w osamotnieniu. Trzecia postawa to natomiast pokazywanie swojego bólu bez ograniczeń społecznych. Ta ostatnia jest najmniej adekwatna dla społeczeństwa XXI wieku, gdyż w wielu przypadkach może to doprowadzić do negatywnego spostrzegania społecznego (Hostyński, 2015).

Kwestia dotycząca wypierania trudnych elementów codziennego życia nie jest czymś obcym, a aspekty, które są związane ze śmiercią i żałobą oraz ich odpieranie zaczęto badać na początku XX wieku. Wciąż da się wyróżniać nowe mechanizmy wypierania.

Norbert Elias w pracy *Über die Einsamkeit der Strebenden in unseren Tagen (O samotności umierających w naszych czasach)* przytoczył, że „zakres słów dostępnych w tej sytuacji jest stosunkowo wąski. Poczucie zakłopotania powstrzymuje słowa” (Elias, 1982, s. 39). Odnośnie komunikacji pojawia się co najmniej kilka pytań, które stają się problematyczne w tym aspekcie – kwestia dotyczy zubożenia zasobu słów, intencjonalności, skuteczności, obaw czy braku chęci do komunikacji z osobami, które umierają.

Zygmunt Bauman zastanawiał się także nad aspektami komunikacyjnymi w sytuacji śmierci:

Żałowanie się komunikacji z umierającymi jest ceną, jaką my, mieszkańcy nowoczesnego świata płacimy za luksus życia, w którym widmo śmierci zostało wypędzone na czas jego trwania; ceną za osobliwie nowoczesny sposób pozbawienia śmierci jej żądła, a Hadesu jego śmiertelności oddechu. Nowoczesna instrumentalność zdekonstruowała śmiertelność. Dekonstrukcja jednak nie znosi śmierci. Pozostawia ją nagą, bez jakichkolwiek ozdób, pozbawioną znaczenia. Śmierć jest niczym innym, jak tylko odpadem produkcji życia:

bezużyteczną resztką, całkowicie obcą w semiotycznie bogatym, zabieganym, pewnym siebie świecie zręcznych i pomysłowych aktorów. Śmierć jest Innym nowoczesnego świata (Bauman, 1998, s. 157–158).

Według Lesława Hostyńskiego (2015) takie aspekty jak towarzyszące śmierci obrzędy w świecie konsumpcji mogą być nieadekwatne dla społeczeństwa. Ostatnie namaszczenie, bicie dzwonów czy kondukty pogrzebowe mogą psuć samopoczucie osobom obserwującym te zdarzenia³⁸.

Biznes usług pogrzebowych nie istnieje od dziś, a był zapoczątkowany od końca XIX wieku. Początki w dużej mierze można obserwować szczególnie w Stanach Zjednoczonych. Mimo że branża opiera się na śmierci czy umieraniu, nie brak tu aspektów psychologii społecznej i metod marketingowych, konkurencji czy reklamy. Zaczęło się od dostawców trumien oraz osób, które odpowiedzialne były np. za transport zwłok. Z biegiem czasu takich specjalistów można określać jako *funeral directors* (Hostyński, 2015).

Co ciekawe, przemysł pogrzebowy chciał być traktowany jako poważna branża, o czym świadczyć może uchwała podjęta w 1885 roku przez Executive Committee National Funeral Directors Association w sprawie żądań obniżenia cen za usługi pogrzebowe.

Obserwuje się stopniowy, ale ciągły rozwój branży pogrzebowej. Ważne jest zwrócenie uwagi na jej etyczne aspekty. Zostanie to przedstawione na przykładzie branży pogrzebowej w Stanach Zjednoczonych. Wszystkich jej członków obowiązuje Kodeks etyki zawodowej wprowadzony w 2008 roku, który reguluje obowiązki pogrzebowe w pięciu obszarach. Należy je przekazać rodzinie zmarłego, społeczeństwu oraz władzom. Kodeks ten ma na celu profesjonalną pomoc rodzinie zmarłego, a pracownicy rzetelnie muszą wypełniać wymagania postawione m.in. przez rodzinę. Ich obowiązkiem jest świadczenie usług pogrzebowych wszystkim osobom bez względu na religię, rasę, płeć, orientację czy niepełnosprawność – generalnie obowiązuje zasada równości. Zasady etyki biznesu zostały sformułowane nie tylko w Stanach Zjednoczonych, ale są ustanowione na całym świecie. Ważnym elementem Kodeksu etyki zawodowej jest obowiązek poszanowania tajemnicy zawodowej.

Zakłady pogrzebowe umacniają swoją pozycję rynkową nie tylko poprzez tworzenie i przestrzeganie Kodeksu etyki zawodowej, ale przede wszystkim poprzez wyznaczanie profesjonalnych standardów. O nadzwyczajnej opłacalności prowadzenia domu pogrzebowego w Stanach Zjednoczonych decydują również warunki prawne, które zabraniają pochówku zmarłego bez udziału zakładu pogrzebowego.

Istotnym aspektem jest możliwość pozyskiwania klientów w różny sposób. Niekiedy umożliwiają to kampanie reklamowe. Handlarze pogrzebowi ofertami swoich usług „zalewają” Internet

³⁸ Pewnego rodzaju działania ograniczono do minimum – im mniej społecznie dostępnych elementów mogących wywołać dyskomfort, tym lepiej dla społeczeństwa. Zatrószono się o wyeliminowanie czuwania przy zwłokach zmarłego w domu. Przygotowanie do pogrzebu i sam pogrzeb to już zupełnie coś innego niż to, co było spotykane i obserwowane choćby dwie dekady temu.

(wyszukiwarka Google dla zapytania „funeral homes” dostarczyła ok. 540 mln wskazań, a dla frazy „dom pogrzebowy” było ok. 800 tyś. wyników). W reklamach domów pogrzebowych dominują zdjęcia uśmiechniętych właścicieli i członków rodziny zmarłego, którzy gwarantują szeroki zakres obsługi technicznej, obejmującej balsamowanie i kremację, jak i wsparcie psychologiczne. Od tego typu placówki usługowej można również oczekiwać dokonania sekcji zwłok.

Oczywiście domy pogrzebowe nie działają na zasadzie organizacji non-profit, wręcz przeciwnie, mają na celu generowanie wysokich zysków. Ich zarobki w dużej mierze zależą od ceremonii pogrzebowych. Warto zapoznać się z trendami mody pogrzebowej i dostarczyć klientom najmodniejsze modele trumien, urn, kostiumów, wieńców, zniczy itp. W wielu przypadkach dyrektorzy zakładów pogrzebowych muszą sprostać potrzebom swoich klientów, a te mogą być co najmniej kontrowersyjne, np. urny i suknie żałobne w kształcie grobowca, ozdobione kamieniami Swarovskiego itd.

Najnowszym zjawiskiem na polskim rynku pogrzebowym, wywodzącym się z USA, jest możliwość wykupienia ubezpieczenia na koszt własnego pogrzebu. Ze Stanów Zjednoczonych wywodzi się też moda na wcześniejsze planowanie własnego pogrzebu poprzez wybór odpowiedniego domu pogrzebowego i stworzenie szczegółowego scenariusza uroczystości pogrzebowych.

Konkurencja na rynku pogrzebowym może prowadzić do niestosownych zachowań. Dla przykładu jeden z czołowych europejskich producentów trumien od 2010 roku w ramach kampanii marketingowej wydaje kalendarze zawierające treści erotyczne, na których naga modelka pozuje obok reklamowanej trumny. W przypadku wzrostu sprzedaży reklamowanych trumien można by się zastanowić, kim jest odbiorca takiej usługi.

Mimo wielu działań podejmowanych w XX wieku wypieranie śmierci z życia społecznego, oddawanie chorych do szpitali i hospicjów, a także śmiertelność nie zostały jeszcze pokonane. Aby utrzymywać stan szczęścia, można próbować wyprzeć ze świadomości nieuchronność śmierci. Jak mówił francuski filozof Emmanuel Levinas, jednostkowa wiedza o śmierci jest wiedzą pochodzącą od innych, a nie z własnych doświadczeń. W związku z tym można odczuwać, że umieranie nie dotyczy bezpośrednio konkretnej osoby. Strach, który pojawia się w związku ze śmiercią, to przede wszystkim „śmiertelny strach przed byciem obecnym tuż przed śmiercią”. Świat konsumpcjonizmu polega na zagłuszaniu tego strachu i próbie utrzymania egzystencji konsumenta pod kontrolą. Konsumenty muszą być wolni od strachu, w tym strachu przed śmiercią nagłą.

W przestrzeni konsumpcyjnego świata człowiek rzadko myśli o tym, czym jest śmierć, co będzie po niej. Religijne poglądy na temat zbawienia i życia wiecznego zanikają. Kiedy nadchodzi umieranie, poczucie nieodwracalności śmierci pozostaje poza kręgiem świadomości człowieka.

W świecie konsumpcji śmierć nie jest traktowana poważnie, a myślenie o niej może powodować duży dyskomfort i pogorszenie samopoczucia. Kojarzona jest z niepewną przyszłością, która zaburza szczęście konsumentów. Śmierć nie funkcjonuje w sferze życia społecznego jako poważny

problem filozoficzny, ale jako cel i jest dostrzegalnie niezgodna z moralnością. Michael Sandel, amerykański filozof polityczny, wyjaśnia i analizuje, czego w miejscu pracy nie można kupić za pieniądze. Problem śmiertelności marketingowej stał się widoczny w latach 90. ubiegłego wieku, kiedy firmy zaczęły oferować swoim pracownikom ubezpieczenia na całe życie, które jednak były własnością firm. Narzędziem zasilającym biznes ubezpieczeniowy, który nie ma nic wspólnego z zasadami moralnymi, jest wzbogacanie się korporacji z okazji podatkowych.

Z punktu widzenia korzyści finansowych firm ubezpieczeniowych wczesna śmierć jest pożądana. „Wartość” ubezpieczonych pracowników pod koniec życia wzrasta. Na ten rentowny biznes, ale etycznie nieakceptowalny, zwrócono uwagę w serii artykułów opublikowanych w „Wall Street Journal” w 2002 roku.

Co ciekawe, ubezpieczenie na życie wykupione bez wiedzy i zgody ubezpieczonego to przykład uprzedmiotowienia człowieka. Tak jak pracodawca nie ma moralnego obowiązku poinformowania pracowników o ubezpieczeniu pojazdów od kradzieży lub uszkodzenia, tak też nie musi ich informować, że są ubezpieczeni od śmierci. Pracownicy, podobnie jak samochody, są narzędziami napędzającymi konkretny zysk, więc nie przynoszą strat, nawet jeśli staną się bezużyteczni. Osoby, które rozpatrują innych w kategorii podmiotów, a nie jako obiekty zainteresowania, bez wątpienia przekroczyli pewną granicę. Z drugiej strony w tym kontekście ludzie stali się jedynie użytecznymi narzędziami.

Mimo że ubezpieczenie powiernicze z moralnego punktu widzenia jest nieakceptowalne, nie jest jedynym produktem na rynku ubezpieczeniowym stanowiącym wyzwanie. Jeszcze większą niezgodę moralną budzi tzw. ubezpieczenie wiatyku, którego istotę stanowi zakład o życie. Ten rodzaj ubezpieczenia powstał na wzór polis ubezpieczeniowych na życie dla pacjentów nieuleczalnie chorych, m.in. na AIDS.

Również w latach 90. XX wieku hazard stawał się bardzo popularny w Internecie. Jego najbardziej nieetyczną formą były zakłady dotyczące próby przewidzenia, który celebryta umrze w danym roku. Najbardziej znaną witryną oferującą udział w takiej grze jest stiffs.com. Każdy uczestnik typuje dziesięć znanych osób, które według niego umrą w danym roku. Pierwszy na liście ma najmniejsze szanse na przeżycie, ostatni – największe. Zwycięza gracz, który był najbliższy daty śmierci faworyta zakładów. Wygrany otrzymuje nagrodę w wysokości 3000 dolarów. Jednak zasady gry są ironiczne i humanitarne, ponieważ zabronione jest krzywdzenie osób znajdujących się na liście, a także ich zastraszanie. Z pewnością uczestnicy nie dopuszczają się również żadnych działań mających na celu przyspieszenie śmierci celebryty.

Jak stwierdził Sandel, już sam udział w tej grze jest promowaniem śmierci, i ciężko się z tym nie zgodzić. „To niezdrowa mieszanka niefrasobliwości i obsesji – zabawianie się śmiercią przy jednoczesnej fiksacji na jej punkcie. Nie chodzi tylko o to, że osoby grające w totalizatorze śmierci po prostu stawiają zakłady; uczestniczą też w pewnej kulturze. Poświęcają czas i energię na

analizę oczekiwanej długości życia wytypowanych przez siebie osób. Rozbudzają w sobie niestosowne zainteresowanie zgonami celebrytów” (za: Hostyński, 2015, s. 226).

Z punktu widzenia logiki rynkowej nie potępia się ubezpieczenia opieki długoterminowej i umowy najmu. Obiektywne prawa ekonomiczne nie powinny podlegać kompromisowi. Logika rynku, dehumanizująca relacje międzyludzkie, nie jest jedyną logiką stosowaną w życiu społecznym. Problem zatem pozostaje. Czy nawet niczego niepodejrzewający konsument chciałby żyć w świecie rządzonym przez takie prawa?

Śmierć i podejście do niej od zawsze było wyznacznikiem humanizmu. W uproszczeniu można przyjąć, że postawa wobec śmierci określa człowieka jako istotę ludzką. Obecny świat konsumpcjonizmu na niespotykaną dotąd skalę wypiera kwestię śmierci poza sferę życia społecznego. Śmierć może zakwestionować jedną z najważniejszych niepewności na świecie: szczęście. Trudno oczekiwać od obywatela konsumenta odpowiedzialności za drugiego człowieka (Hostyński, 2015).

3. Dlaczego etyczne aspekty komunikacyjne są ważne?

Aby odpowiedzieć na pytanie, dlaczego etyczne aspekty komunikacji są ważne w życiu jednostki i grupy, należy przybliżyć czytelnikowi to, czym jest komunikacja, kim w komunikacji jest jednostka i jakimi narzędziami się posługuje, aby prawidłowo się komunikować. Ponadto należy zwrócić szczególną uwagę na etyczne aspekty tejże komunikacji, a więc to, w jaki sposób powinna się ona odbyć, aby była zrozumiała dla każdej ze stron i jednocześnie nie wykraczała poza aspekt etyki zawodowej.

W języku potocznym informację nazywa się wiadomością, powiadomieniem, zakomunikowaniem komuś o czymś ważnym lub mniej ważnym z punktu widzenia informatora. Informację określa się więc mianem działania, przez które jednostka lub grupa osób przekazuje odbiorcy pewną treść. Na kanwie rosnących zainteresowań tematyką komunikacji zakłada się, że informacja jest podstawą działań komunikacyjnych i w sposób istotny przyczynia się do kształtowania więzi społecznych. Mimo iż na ogół uznaje się informację za pozytywny aspekt rozwoju osobowości, bywa też i tak, że może być ona sporym zagrożeniem. Czynnikiem, który udaremnia rozwój osobowości jest nadmiar informacji. Zjawisko to występuje, gdy zbyt duża ilość informacji dociera do psychiki jednostki, niemalże bombardując ją z każdej strony. W efekcie powstaje przeciążenie informacyjne. Jednym z poważnych następstw tego zjawiska jest opóźnienie w rozumieniu otrzymywanych informacji, pojawia się chaos informacyjny, który może doprowadzić człowieka do stanu jarmarcznego (osobowość jarmarczna), tj. braku umiejętności selekcji i koncentracji, trudności w skupieniu myśli, zmniejszenia kreatywności, niechęci do ciszy, akceptacji chaosu itp. Informacja staje się szkodliwa, kiedy wybiórczo przedstawia fakty, stanowiska, opinie i wprowadza odbiorcę w błąd. Najbardziej szkodliwa jednak jest informacja, która została celowo zmanipulowana i występuje w postaci mitu, plotki czy stereotypu. Znaczną krzywdę może wyrządzić człowiekowi informacja, która jest nośnikiem i/lub reklamą pewnych patologii, takich jak przemoc, nadużycie seksualne, narkomania.

Nasuwa się tutaj pewna refleksja dotycząca komunikacji interpersonalnej – nie można dziś rozpatrywać problematyki informacji niezależnie od etyki, ponieważ zjawisko przekraczania jej granic daje o sobie znać coraz częściej i z coraz większą siłą. Odpowiedzialnością za to najczęściej obciąża się „ludzi mediów”, a więc osoby znane z telewizyjnych programów rozrywkowych, które często za sówitą zapłatę naginają albo wręcz łamią etykę zawodową. Nie należy także zapominać o przedstawicielach zawodów zaufania publicznego, takich jak lekarz, policjant, psycholog, nauczyciel, których także obowiązuje etyka zawodowa zawierająca

obostrzenia, zakazy czy nakazy dotyczące pracy, przechowywania i rozpowszechniania zdobytych informacji. Szczególnie widoczne są one w pracy lekarza czy psychologa.

Etyka w zawodzie psychologa jest priorytetem od wielu lat. Natomiast w ostatnim czasie coraz większa uwaga jest zwracana na brak etyki lub działania zagrażające ze strony osób, które tej etyki powinny przestrzegać najbardziej.

Relacje między pacjentem a specjalistą mają szczególny, niesymetryczny charakter, który wynika z przewagi kompetencji interpersonalnych po stronie psychologa. Osoba zajmująca się taką profesją dysponuje lub powinna dysponować specjalistyczną wiedzą i technikami służącymi do poznawania innych ludzi i oddziaływania na nich, co związane jest z procesem edukacji i ukończeniem studiów wyższych. Skutki ingerencji psychologa czy innego specjalisty z zakresu zdrowia psychicznego bywają nieodwracalne. Priorytetem stają się okoliczności, w jakich psycholog stosuje się do stawianych mu wymagań etycznych.

Naczelną wartością dla psychologa powinno być dobro drugiego człowieka. Natomiast celem działalności psychologa jest niesienie pomocy innej osobie w rozwiązywaniu trudności życiowych i osiąganiu lepszej jakości życia oraz ulepszaniu kontaktów międzyludzkich. To przede wszystkim towarzyszenie w tych zmianach, edukowanie i zapewnianie wsparcia w podejmowaniu własnych decyzji przez klienta/pacjenta. Granica, aby pozostawić pacjentowi możliwość dokonywania własnych wyborów, jest zdecydowanie cienka.

Specjalista zobligowany jest do respektowania podstawowych wartości, zwłaszcza godności, podmiotowości i autonomii człowieka oraz jego prawa do rozwoju. Psycholog powinien szanować prawo każdej jednostki do kierowania się własnym systemem wartości, dokonywania odpowiednich dla siebie wyborów. Specjalista świadomy jest skutków oddziaływania na osobę potrzebującą (PTS, b.d.).

Biorąc pod uwagę sposób komunikowania się, należy mieć na uwadze to, iż każdy jest inny i mimo styczności z tą samą sytuacją może reagować na nią zgoła inaczej. Ważne jest więc to, aby sposób przekazywania informacji dostosować do każdego pacjenta/klienta osobno, bez sztywnego trzymania się reguł i zasad, które zadziałały ostatnio. Psycholog powinien adekwatnie do sytuacji zaplanować długość i ilość spotkań, tak aby przepracować problem klienta z jak największą korzyścią dla jednostki potrzebującej wsparcia i pomocy. Jednocześnie nie może on zapomnieć o pewnej prawidłowości, z której wynika to, że inaczej powinno się przeprowadzić rozmowę z dzieckiem, a inaczej z osobą dorosłą, inaczej z osobą z niepełnosprawnością intelektualną, a zupełnie inaczej z osobą w pełni świadomą i poczytalną.

Jedną z trudniejszych sytuacji, w której znajdują się nierzadko przedstawiciele zawodów zaufania publicznego – w tym lekarze czy psychologowie – jest przekazanie informacji o

śmierci bliskiej klientowi osoby. Mimo iż jest to sytuacja nieodłączna – rodzimy się i umieramy – często jest to zdarzenie, które powoduje załamanie dotychczasowego sposobu życia osoby, która doznała straty.

Reakcja na stratę może być destabilizująca dla życia i zdrowia człowieka. Istotnymi poziomami pojawienia się trudności może być komponent fizjologiczny, emocjonalny, poznawczy oraz duchowy. Nie bez przyczyny żałoba nazywana jest często „psychiczną raną”, która niekiedy bez pomocy specjalistycznej staje się czymś traumatogennym.

Jest etapem, który nierzadko wymaga pomocy specjalistów. Musimy jednak pamiętać, że nie ma jednego dobrego sposobu pomocy, który zadziała zawsze i na każdego pacjenta. Nie ma jednej regułki, która pomoże uporać się ze stratą zarówno dorosłemu, jak i dziecku, dlatego tak ważny jest sposób, w jaki psycholog, lekarz, terapeuta przeprowadzi takową rozmowę. Powinna ona opierać się na ogólnym schemacie rozmowy, jednak sposób, w jaki przekazane zostaną wiadomości, które mogłyby stać się dla klienta trudne do zrozumienia, należy dostosować do każdego osobno.

Podsumowując tematykę etyki zawodowej, głównie wśród przedstawicieli zawodów zaufania publicznego, należy zwrócić szczególną uwagę na aspekt komunikacyjny owej etyki. Jak już zostało wspomniane, komunikacja jest nieodłączną częścią życia jednostki. Rozmowa z drugim człowiekiem kształtuje naszą osobowość i charakter, dlatego jej prawidłowe przeprowadzenie jest bardzo istotne. Stąd też tak wiele prac, badań i wywodów poświęconych jest aspektom komunikacji w oparciu o etykę, której nie należy pomijać, biorąc pod uwagę poprawnie przeprowadzoną rozmowę z drugim człowiekiem.

Oto fragment rozmowy będącej efektem badań własnych, przeprowadzonych według identycznej procedury badawczej, co przytoczone poprzednio wywiady. Rozmowę przeprowadzono 14 listopada 2021. Osobą badaną jest lekarz z dwudziestopięcioletnim stażem, pracujący w klinikach i szpitalach specjalistycznych.

Trudno wskazać, dlaczego te aspekty są ważne. Dla moich pacjentów najważniejsze jest to, żeby oni mogli jeszcze przed śmiercią zdecydować, co tak naprawdę chcą. Niektórzy boją się pochówku, więc proponuję rodzinie, aby zapisali na kartce to, co mają zrobić, jak stan pacjenta się pogorszy. To dobre, aby pacjent wiedział, co go czeka już po tym, jak niekiedy mocno się męczy na ziemi. To jest dla niego uspokajające, w końcu czuje, że coś może polepsza niekiedy jego funkcjonowanie. Ja jako specjalista wiem, z czym się to wiąże, ale dla niego to jest ten moment, że ma poczucie, że wygrał, bo został wysłuchany. Mi też to pomaga, mimo tak wielu lat pracy, z różnymi przypadkami – diagnoza nowotworu, a takich jest teraz naprawdę sporo,

wydaje się być dla każdego z tych pacjentów końcem świata. Trudne jest to, że moje dzieci są w wieku tych młodych ludzi – często 18–30 letnich, którzy przychodzą z dużą nadzieją, planami na życie, a jednocześnie widzę, co jest zapisane w wynikach badań. Wiem, że do tego ślubu na 99% niestety nie dożyje. Ciekawym jest też to, że w gabinecie sami ze sobą, w dobrym ujęciu tego znaczenia, prowadzą polemikę. Przecież jestem młody, wystportowany, mam tyle planów, to nie moment na to, żeby umierać. Nie mam na to czasu. To takie typowe rozumienie choroby przez pokolenie Y i Z. Poradzenie sobie z tym jest trudne. Niejednokrotnie wracam do domu z kamieniami na łopatkach czy ramionach, mówiąc metaforycznie, ale ciężar jest tak jakby realny.

4. Implikacje praktyczne dotyczące etycznych aspektów komunikacji

1. Istotne jest prowadzenie profilaktyki w aspekcie komunikacji dla przedstawicieli zawodów zaufania społecznego, w szczególności wśród psychologów, policjantów, przedstawicieli służb medycznych (lekarzy, pielęgniarek, położnych).
2. Ważne jest prowadzenie kampanii społecznych dotyczących przedstawiania śmierci, w tym komunikatów na temat umierania, żałoby, obrządków pogrzebowych i innych.
3. Większą uwagę powinno się przykładac do planowania programów nauczania, tak aby zwiększyć świadomość planujących pracę z ludźmi studentów / absolwentów na aspekty etyczne tejże pracy.
4. Ważne jest zachęcanie pacjentów / klientów do czytania książek / poradników, które opisują, jak poradzić sobie ze zgłaszanym przez klienta problemem (lub problemem podobnym) po to, aby łatwiej zrozumieć pewne procesy i schematy.
5. W kodeksie etyki zawodowej nierzadko pojawia się zapis, aby podczas rozmowy brać pod uwagę doświadczenia własne klientów, pacjentów, osób, które doświadczyły sytuacji traumatycznych, sytuacji śmierci, straty w celu jak najszybszej pomocy w poradzeniu sobie ze zgłaszanym problemem.
6. Jeden z etycznych aspektów komunikacji mówi, aby posługiwać się wyłącznie prawdziwymi informacjami, które nie zawierają niedomówień, manipulacji i nie wprowadzają w błąd odbiorcy komunikatu po to, aby rozmowa była zrozumiała zarówno przez nadawcę, jak i odbiorcę.
7. Nie mniej istotna, ale często pomijana pozostaje zasada obiektywizmu, a więc przedstawienia rzeczywistości niezależnie od swoich poglądów. Rzetelne relacjonowanie problemu jest niezwykle istotne, aby zarówno nadawca, jak i odbiorca komunikatu mieli

- takie same informacje na temat danego zdarzenia. W innym razie sądy wydane na dany temat mogą być nieprawdziwe ze względu na szczątkowe informacje o nim.
8. Warto także wspomnieć o zasadzie szacunku i tolerancji dla każdego, bez względu na jego poglądy, sądy i opinie, jakie wyraża. Jest to zasada niezwykle istotna zarówno z punktu widzenia psychologa / lekarza, jak i pacjenta.
 9. Kluczowa podczas pracy z drugim człowiekiem jest zasada dobra odbiorcy, która mówi o tym, że podstawowe prawa jednostki – godność, podmiotowość i autonomia oraz prawo nieskrępowanego rozwoju – powinny być zawsze respektowane przez innych ludzi.
 10. Podejmowanie większej ilości działań specjalistycznych jest niezwykle cenne ze względu na wpływ procesu umierania oraz zjawiska śmierci na osoby wykonujące profesję medyczną, prawną, terapeutyczną. Wpływ ten jest czynnikiem generującym negatywne doświadczenia, co w konsekwencji oddziałuje na ich sferę fizyczną oraz psychiczną;
 11. Podejmowanie działań na rzecz rodziny, osób bliskich pacjentowi chorującemu, gdyż śmierć pacjenta jest jednym z wielu czynników stresogennych, które wpływają na samopoczucie psychiczne personelu medycznego.
 12. Zastosowanie profilaktyki stresu w interdyscyplinarnym kontekście, gdyż stres jest nieodłącznym elementem pracy m.in w służbie zdrowia, policji oraz wpływa destabilizująco na osobę, która wykonuje daną profesję. Ważnym elementem w walce ze stresem personelu medycznego (gdzie występuje duża częstotliwość zetknięcia się z procesem umierania bądź śmierci) jest wsparcie rodziny oraz bliskich.
 13. Zwrócenie uwagi przez pracodawcę na specyfikę wykonywania zawodu, w którym osoba jest narażona na częsty kontakt ze zjawiskiem śmierci, wpływający destrukcyjnie na relacje w jej rodzinie i bliskim otoczeniu. Istotne może być zapewnienie pomocy specjalistycznej, aby osoba była zabezpieczona przez zespół terapeutyczny.
 14. Zabiegiem pomocnym w zniwelowaniu poziomu stresu u osób należących do grup ryzyka, które mają częsty kontakt ze zjawiskiem umierania, byłyby dodatkowe szkolenia z zakresu radzenia sobie ze stresem, pozwalające zapoznać się z metodami jego redukcji, strategii radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, dobrostanu psychicznego itd.
 15. Wdrażanie działań, które mają na celu zabezpieczenie osoby przed wyczerpaniem emocjonalnym czy wypaleniem zawodowym.

16. W pracy zawodowej osoba zatrudniająca powinna zapewnić działania audytorów zewnętrznych, aby móc realnie sprawdzić zagrożenia w miejscu pracy.
17. Skuteczne będzie monitorowanie stanu zdrowia pracowników wspomnianych profesji i ich funkcjonowania, także w kontekście psychologicznym.
18. Słusznym zabiegiem będzie wydawanie wewnętrznych broszur czy poradników wpływających na poprawę jakości komunikacji w miejscu pracy.
19. W aspekcie komunikacyjnym dobrze będzie zapewnić gotowe procedury w postaci gotowych rekomendacji.
20. Staranie się o tworzenie poczucia bezpieczeństwa w zespole i otwartej komunikacji, która może pozwolić na szybkie działania prewencyjne w sytuacji zagrożenia.
21. Istotne będzie proponowanie grup wsparcia, aby móc podzielić się swoimi doświadczeniami w pracy zawodowej, oraz przełożenie tych zagadnień na emocjonalne komponenty.
22. Dobrą praktyką w aspekcie komunikacyjnym będzie stworzenie grupy superwizyjnej – zarówno grupowej, jak i możliwości kontaktów indywidualnych z wykwalifikowanym specjalistą.
23. Uczestniczenie w konferencjach naukowych i praktycznych dotyczących nie tylko nowych metod leczenia czy innych ważnych zagadnień danej profesji, ale też zadbanie o poszerzenie umiejętności w aspekcie komunikacyjnym i psychologicznym.
24. Implikacjami praktycznymi, które mogą pomóc w radzeniu sobie w sytuacji komunikacji, jest zadbanie o przestrzeganie procedur z uwzględnieniem Kodeksu Karnego, Kodeksu Etyki Lekarskiej czy innych dokumentów.

ZAKOŃCZENIE

Mimo że śmierć jest czymś, co nieuniknione, bywa trudna do zrozumienia. Śmierć zostaje przede wszystkim tajemnicą i zagadką mimo tak wielkich osiągnięć w zakresie technologicznym (Mojżysz, 2003). Koniec życia dotyka wszystkich, jednak trudnością jest to, kiedy człowiek będzie musiał poradzić sobie ze śmiercią osób bliskich, z którymi ma relację emocjonalną, lub z chorobą i swoim zmaganiem się z odchodzeniem.

W sytuacji śmierci jednak w dużej mierze, oprócz występującego bólu związanego z chorobą, braku pogodzenia się z tym, jak zmienia się sytuacja, niewątpliwie kluczowa jest komunikacja, czyli wymiana informacji, przekaz i odbiór danych służący wzajemnemu porozumieniu się. Wymiana ta przebiega dwoma kanałami (werbalnym i niewerbalnym) na dwóch poziomach (świadomym i nieświadomym). Kanał werbalny stanowi 7% przekazu, a niewerbalny 93% (Sebastyańska-Targowska, 2012). Obecna w literaturze przedmiotu charakterystyka komunikacji nie wskazuje wyraźnie na to, co w tym procesie jest kluczowe, mianowicie nawiązanie relacji z drugim człowiekiem. Łacińskie *communio*, od którego pochodzi termin komunikacja, oznacza uczestnictwo, więź, to, co nas łączy (Czerw, Borkowska, 2012).

Śmierć osoby bliskiej lub sama sytuacja, w której człowiek jest narażony na doświadczenie skrajne, może spowodować kryzys (Borkowski, 2016). Wówczas skuteczna będzie interwencja kryzysowa, rozumiana jako proces diagnozowania oraz komunikowania się i udzielania konkretnych wskazówek co do dalszego działania klienta (Biel, 2012). Praktyczne nauczanie przedstawicieli zawodów medycznych oraz tych specjalistów, którzy mają kontakt z osobami cierpiącymi i umierającymi, jest niewątpliwie ważne. Kwestia profilaktyki i uwrażliwienia społeczeństwa na sytuacje trudne może okazać się elementem przyczyniającym się do zmiany spostrzegania śmierci i umierania. Naukowcy proponują m.in. sześćoetapowy model interwencji, stworzony przez Jamesa i Gillilanda (2001). Istotne okazuje się być wysłuchiwanie, które pozwala na zdefiniowanie problemu, przy jednoczesnym zapewnieniu klientowi wsparcia i bezpieczeństwa. Poszukuje się także możliwości rozwiązania problemu, ustala plany rozwiązania kryzysu, a w konsekwencji klient zobowiązuje się do realizacji planu (Biel, 2012). Dialog jest jednym z ważnych czynników (Wal, 2009). Można wyróżnić szereg czynników ochronnych przyczyniających się do tego, że wizja nadchodzącej śmierci może stać się czymś naturalnym – zrozumieniem sensu śmierci. Jednocześnie świadomość, odpowiednia opieka i zapewnione wsparcie w stosunku do chorego może być pomocne, aby zaakceptować to, co

dzieje się w obecnej chwili (Dyk i Kolwicz, 2017). W życiu cierpiących, chorych i umierających oraz osób, które na różnej zasadzie spotykają na swej drodze śmierć, to właśnie gesty, odpowiednie komunikaty czy inne werbalne i niewerbalne aspekty mogą być istotne w budowaniu płaszczyzn dialogu (Grzybowski, 2017).

Niewątpliwie zachodzą zmiany w aspekcie postrzegania śmierci i umierania. Ilość wątków poruszonych w pracy nie jest wyczerpana ze względu na obszerne rozbudowania teoretyczne tego tematu. Śmierć jest tematem zainteresowania wielu specjalistów, stąd bardzo duże zasoby w tym zakresie.

Symptomami przemian w zakresie śmierci i umierania są pojawiające się coraz częściej relacje na temat śmierci. Regularnie w mediach społecznościowych, wpisach można zaobserwować nowe pomysły na dzielenie się swoimi doświadczeniami życiowymi, także tymi trudnymi. Coraz częściej pojawiają się w przestrzeni publicznej skomplikowane treści, a także publikacje dokumentów osobistych czy internetowych blogów pisanych przez osoby zbliżające się do śmierci i świadomie podchodzące do kresu swojego życia. To niesamowicie ważne doświadczenie dla osób, które również przeżywają podobne trudności. Opisuując swoje doznania, przemyślenia i refleksje, pokazują, że śmierć niekoniecznie musi być tematem tabu, a przeżyciami, nawet tymi trudnymi, można się dzielić. Tego typu wypowiedzi spotykają się z rosnącym zainteresowaniem, prowadząc do refleksji i głębszego zrozumienia natury umierania. Motywacją do takich rozważań może być gotowość do współodczuwania i udzielania wsparcia w zmaganiach z chorobą i koniecznością rozstania się z życiem. Innym symptomem coraz większej otwartości społeczeństwa na problemy śmierci i umierania jest stale rosnąca liczba osób zainteresowanych wolontariatem i tworzeniem grup wsparcia na rzecz osób znajdujących się u kresu życia np. stowarzyszenie mali bracia Ubogich. Śmierć jest także coraz powszechniej obecna w mediach, co zmusza człowieka w różnym wieku do konfrontacji z własną śmiertelnością (Ostrowska, 2016).

Obcowanie z umierającym niesie za sobą ryzyko wystąpienia symptomów wypalenia emocjonalnego. Niekiedy nawet osoby profesjonalnie zajmujące się pomocą mogą wymagać wsparcia. Tym bardziej dotyczyć to może rodziny lub bliskich – w tym obszarze mniej przygotowanych. To zagadnienie w naszym kraju nie było dość często analizowane w aspekcie interdyscyplinarnym. Co więcej, kwerenda pozwala stwierdzić, że dostępne dane są raczej wynikiem refleksji opartej na praktyce niepoprzedzonej gruntownymi badaniami. Ponadto pojawia się wiele stereotypów i mitów związanych z funkcjonowaniem zarówno kadry medycznej, jak i opiekunów osób mających do czynienia z ludźmi u schyłku swojego wieku czy ze zdiagnozowaną chorobą.

Niewątpliwie opieka nad człowiekiem cierpiącym, chorym, niezależnie od wieku, i towarzyszenie jego zmaganiom jest sytuacją mogącą wywołać kryzys emocjonalny. Okazuje się, że poznawanie historii pacjenta oraz jego rodziny tworzy więź między chorym a specjalistą. Warto nadmienić, że dla niektórych pacjentów szpital, hospicjum czy inne placówki stają się domem, czego owe „koszty emocjonalne” ponoszą pracownicy. W literaturze przedmiotu dotyczącej pracy w opiece paliatywnej szeroko opisywane jest zagadnienie stresu w pracy z osobą umierającą i związane z tym wypalenie zawodowe.

Najistotniejsze jest to, aby pracodawcy zadbał o zdrowie psychiczne osób, które regularnie mają do czynienia ze śmiercią i umieraniem. To nie tylko kadra medyczna i personel instytucji. To także psychologowie, interwenci kryzysowi, pracownicy zakładów pogrzebowych i inni. Pracodawcy powinni otoczyć te osoby pomocą. Faktem jest, że istnieją możliwości pomocowe, ale praktyka wskazuje, że z reguły inicjowane są dopiero po zgłoszeniu tego typu dolegliwości. Jednak niejednokrotnie nie jest łatwo przyznać się do tego typu odczuć. Kontakt z osobami umierającymi jest czymś bardzo skomplikowanym. Istotne w tym względzie powinno być wdrożenie terapii dla wszystkich w ramach profilaktyki I stopnia, niezależnie, czy ta pomoc jest wymagana natychmiast. Dzięki działaniom profilaktycznym możliwe jest wyselekcjonowanie grupy ryzyka i zmobilizowanie wszelkich środków do tego, aby pomóc we wczesnej fazie wystąpienia trudności. Proces opieki nad osobami umierającymi wymaga dużego poziomu empatii oraz zaangażowania. Ważnym czynnikiem jest tutaj poziom świadomości opiekuna, zrozumienie cierpienia i bólu, a także bezsilności osoby chorej czy umierającej.

Cezary W. Domański twierdzi, że „nauka, która nie ceni swojej przeszłości, nie ma szansy znaczyć wiele w przyszłości” (2018, s. 453). Rozważania analityczne, które zostały zaprezentowane w niniejszej pracy, są próbą wskazania wielu nowych kontekstów, które mogą być przydatne w dalszej perspektywie badań nad etycznymi aspektami komunikacyjnymi w sytuacji śmierci i umierania, traktowanymi jako wskaźniki postępu w poznaniu tego zjawiska. Do celów poznawczych pracy zaliczyć można określenie specyfiki związanej z etycznymi aspektami komunikacyjnymi w sytuacji śmierci. Do celu przewidystycznego należało podjęcie próby prognozowania kierunków zmian dotyczących myślenia o śmierci i umieraniu, uwzględniając etykę. Według autorki najważniejszym celem był ten praktyczny, który objął próbę tworzenia implikacji praktycznych, które w przyszłości mogą przyczyniać się do promocji etycznych aspektów komunikacyjnych w sytuacji śmierci nie tylko wśród specjalistów zajmujących się tymi aspektami zawodowo (lekarze, pielęgniarki, terapeuci, psychologowie i szereg innych profesji), ale u każdego człowieka. Śmierć dotyczy każdego i przygotowanie się na proces umierania jest w dużej części niemożliwe. Aspekty praktyczne powinny być znane każdemu

człowiekowi, niezależnie od zawodu, ze względu na to, że prawdopodobieństwo pojawienia się choroby (w tym śmiertelnej) w najbliższym otoczeniu jest wysokie.

Próba uporządkowania dotychczasowej wiedzy na temat etycznych aspektów śmierci i umierania dowodzi, że temat ten miał szeroki odzew w interdyscyplinarnym kontekście. Problem dotyczący tematyki pracy nie daje się analizować jedynie z punktu widzenia danej dyscypliny, w związku z czym wymaga nowych ustaleń. Dodatkowo ze względu na swoją specyfikę problem dotyczący śmierci i umierania będzie dalej trudny do jednoznacznego zweryfikowania i osadzenia w jednej dziedzinie nauki. Zagadnienia te wymagają nowych ustaleń. Zatem wszelkie zmiany kulturowe i cywilizacyjne mają odbicie w stosunku człowieka do swojego życia, o czym można się przekonać, analizując wpływ Internetu na nowe formy zagrożeń.

Na etapie planowania niniejszej pracy autorka nie spodziewała się aż tak ogromnej ilości materiałów dotyczących elementów śmierci i umierania w kontekście etycznym. Aby wyjść temu naprzeciw, do pracy dodano szereg załączników, które miały na celu pomoc w ujęciu graficznym dorobku specjalistów, którzy zajmują się aspektami komunikacyjnymi w sytuacji śmierci. Dane te zawarte zostały w części *Wykaz nazwisk osób zajmujących się etyką w komunikacji śmierci*. Ważnym elementem stały się też zagadnienia związane z nomenklaturą, która zmieniała się na przestrzeni lat. Jest to istotne do sprawnej komunikacji, aby strony miały dokładnie taki sam poziom świadomości na temat podejmowanych zagadnień. Zostały one ujęte w części *Wykaz najważniejszych pojęć dotyczących etycznych aspektów komunikacyjnych w sytuacji śmierci*. Tematy analizowane w aneksach mogą uzmysłowić zmiany w tym aspekcie. Ujęte zostały m.in. w *Wykazie publikacji i grupy odbiorców na temat aspektów komunikacyjnych w sytuacji śmierci*. Ewolucję, proces zmian można zaobserwować wówczas, kiedy dokonują się one na przestrzeni lat. W niniejszej pracy jest to swoiste kalendarium – *Najważniejsze daty dotyczące etycznych aspektów komunikacyjnych w sytuacji śmierci*. Jeśli przyjrzeć się zagadnieniom wartościowym w szerokiej perspektywie, to niewątpliwie są to różnego rodzaju szkolenia, zajęcia czy działania instytucjonalne poświęcone niniejszej tematyce. Zostało to ujęte na *Liście szkoleń / zajęć poświęconych tematyce etycznych aspektów komunikacyjnych w sytuacji śmierci*.

Podczas realizacji niniejszej pracy próbowano odpowiedzieć na pytanie: jakie czynności komunikacyjne w zakresie etyki były najczęściej podejmowane? To temat, który można oczywiście interpretować interdyscyplinarnie, gdyż niemożliwe jest ograniczenie go jedynie do filozofii lub psychologii. Do wyznaczników kolejnych trendów w psychologii (ale i w innych dziedzinach) można zaliczyć pojawienie się międzynarodowych klasyfikacji DSM oraz ICD, zawierających szerokie spektrum chorobowe, schorzeniowe czy zaburzeniowe. Dzięki tym

skalom specjaliści na całym świecie mają wgląd w zmiany zachodzące u klienta / pacjenta bez konsultacji z nim. Koncepcja umiędzynarodowienia nauki poprowadziła nauki społeczne w kierunku holistycznego rozwiązywania problemów jednostki i społeczeństwa. Zwolennicy tego podejścia liczą na to, że pozwoli ono rozwiązać najważniejsze problemy cywilizacyjne – choroby, starość i kwestie etyczne związane z umieraniem i pogodzeniem się ze śmiercią. Jednak z uwagi na nieuporządkowany charakter tych zagadnień nie stanowią one stabilnego obiektu pokładania nadziei w ów rozwój i nie są panaceum na problemy społeczne.

Do ważniejszych tematów można zaliczyć aspekt związany z przedłużaniem życia, eutanazją, bólem, cierpieniem, depresją czy zgodą lub jej brakiem na leczenie czy stosowanie innych interwencji medycznych. Szczegóły tych rozważań przedstawiono w tabeli.

Tabela 3

Główne problemy podejmowane w zakresie etycznych aspektów komunikacyjnych w sytuacji śmierci i umierania³⁹

L.p.	Zagadnienie
1.	Czynniki psychologiczne dotyczące śmierci i umierania.
2.	Czynniki neurologiczne dotyczące śmierci i umierania.
3.	Czynniki społeczne dotyczące śmierci i umierania.
4.	Czynniki medyczne dotyczące śmierci i umierania.
5.	Czynniki prawne dotyczące śmierci i umierania (KK, KEL).
6.	Czynniki filozoficzne dotyczące śmierci i umierania.
7.	Zagadnienia dotyczące samobójstwa.
8.	Wyczerpanie emocjonalne u przedstawicieli grup pracujących z osobami śmiertelnie chorymi.
9.	Kształtowanie się postaw w stosunku do śmierci i ich zmiana np. w szpitalu – od nieinformowania pacjenta o stanie zdrowia po całościowe informowanie.
10.	Rozwijanie aspektu profilaktycznego w zakresie śmierci i umierania.
11.	Instrumentalizacja pewnych działań – oddawanie organów, świadoma zgoda na leczenie, upoważnienie kogoś, aby decydował o chorym.
12.	Problemy etyczne związane ze śmiercią – krionika, eutanazja, traktowanie ciał zmarłych.
13.	Zmiany w odczuwaniu trudności natury psychicznej – depresja, lęk, stres, mechanizmy radzenia sobie.
14.	Rodzina w sytuacji śmierci i umierania chorego.

³⁹ Analiza własna.

15.	Śmierć w hospicjum.
16.	Śmierć w szpitalu.
17.	Dostrzeganie niestereotypowych zjawisk i reakcji na nie – długość trwania żałoby, konieczność podjęcia terapii, pojawianie się mechanizmów obronnych.
18.	Weryfikacja mitów na temat aspektów związanych ze śmiercią i umieraniem.

W piśmiennictwie dotyczącym tego zagadnienia bardzo często nawiązuje się do odkryć europejskich i światowych, niekiedy pomijając to, co określono już w pracach polskich, np. w aspekcie samobójstwa – książka Tadeusza Ślipki – *Etyczny problem samobójstwa* (2008). Zatem trudno jest dokonać właściwej oceny wkładu polskich etyków do rozwoju etycznych aspektów samobójstwa w wymiarze uniwersalnym.

W tym kontekście dla autorki niniejszej pracy za mało poruszonych zagadnień odnosi się do dorobku z okresu dwudziestolecia międzywojennego, a przecież to okres ogromnego rozwoju intelektualnego, za miarę czego można przyjąć ilość publikowanych prac. Jednakże mógłby być to temat zupełnie innej dysertacji doktorskiej.

Kolejnym ważnym zagadnieniem niniejszej pracy było pytanie o rozwój etycznych aspektów komunikacji w sytuacji śmierci. Ukazane jest to w *Albumie*. Tematyka śmierci i umierania widoczna jest w szeregu wytworów kulturowych. Należą do nich zdjęcia, obrazy, teksty naukowe czy publicystyczne. Postęp stanowi przede wszystkim wszystko to, co związane z rozwojem technicznym, medycznym czy kognitywistycznym. Zmiany nie zachodzą tylko w ostatnich latach. Już Leon Blumenstok na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego dnia 15 czerwca 1869 roku mówił o konieczności obecności lekarza w szpitalach. Sytuacja w II połowie XIX wieku znacząco różniła się od współczesnych realiów. Już wtedy specjalista był potrzebny chorym całodobowo, szczególnie w placówkach psychiatrycznych, gdyż wielu pacjentów potrzebowało natychmiastowego, ciągłego wsparcia specjalistycznego (Blumenstok, 1869). Te zagadnienia opisał w „Przeglądzie Lekarskim”. Podejmował tematykę uwag sądowo-lekarskich i przypadków samobójstwa przez powieszenie. W tej pracy autorka ograniczyła ilość materiałów dotyczących aspektów zachowań samobójczych, ponieważ jest to zagadnienie na oddzielną rozprawę doktorską⁴⁰.

Jeszcze kilkadziesiąt lat temu niemożliwe było myślenie o transplantologii, krionice czy eutanazji z etycznego punktu widzenia. Takie „problemy społeczno-medyczne” rozwiązywane były w inny sposób, np. poprzez zostawienie chorego, niepełnosprawnego dziecka czy osoby

⁴⁰ Autorka niniejszej dysertacji przygotowała inną rozprawę doktorską z zakresu suycydologii – *Ewolucja problematyki samobójstwa w latach 1877–2017*, napisaną pod kierunkiem dr. hab. Cezarego W. Domańskiego, prof. Uczelni.

starszej w miejscu zagrażającym życiu. Ludzie na przestrzeni dziejów poszukiwali sposobów na nieśmiertelność. W starożytnym Egipcie wykorzystywano zabiegi mumifikowania. Obecnie wykonuje się zabiegi medycyny estetycznej, które w niektórych przypadkach mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia. Etycznym aspektem, który ewoluuje, jest pojawienie się i ciągły rozwój „szarej strefy”. Należą do niej m.in. handel ludźmi, organami i dopuszczanie się innych czynów opisanych m.in. w Kodeksie Karnym.

Do pozytywnych zmian etycznych można zaliczyć pojawienie się coraz większej ilości poradników, co również przytoczono w aneksach w niniejszej pracy. Obecnie to pacjent decyduje o tym, jak ma być pochowany, a jego wola respektowana jest w testamencie, a tym samym chroniona jest prawnie. Niezależnie od grupy wiekowej, pozycji społecznej czy wiary pacjent ma być traktowany na równi. Czasem jednak zagadnienie śmierci i umierania jest tak trudne, że nawet specjalista może mieć problem z wdrożeniem odpowiedniej komunikacji.

Zmienia się zatem także zagadnienie dotyczące komunikacyjnych aspektów etycznych w sytuacji śmierci i umierania dzieci i młodzieży. Obecnie wiedza o chorobie nie jest przekazywana tylko rodzicom. O możliwościach leczenia jest informowane także dziecko. Często dochodzi do bardzo trudnych sytuacji, kiedy na oddziale do osoby obcej podchodzi dziecko, mówiąc o tym, że umrze, bo „ktoś na górze go potrzebuje”. Zgodnie z wywiadami przeprowadzonymi z kadrą medyczną pięcioletnie dziecko niejednokrotnie ma dużą świadomość na temat śmierci, umierania oraz swojej choroby. Tematyka ta nie została jednak podjęta w niniejszej dysertacji, gdyż byłoby konieczne stworzenie nowej pracy – co najmniej tak długiej, jak ta.

Do perspektyw rozwoju komunikacji w sytuacji śmierci można zaliczyć powstawanie coraz większej ilości instytucji pozarządowych oferujących wsparcie dla osób zagrożonych samobójstwem czy cierpieniem w wyniku straty osoby bliskiej. Pomaga się również osobom dotkniętym wypaleniem zawodowym czy wyczerpaniem emocjonalnym, specjalizującym się pomocą w tym obszarze. W literaturze przedmiotu można spotkać się także z wypowiedziami specjalistów, które są ze sobą sprzeczne. Dla przykładu na podstawie badań ilościowych z wykorzystaniem kwestionariuszy można stwierdzić, że pielęgniarki są w stanie przystosować się do obcowania ze śmiercią, natomiast w badaniach jakościowych – case study – ta teza jest negowana. Pielęgniarki dzieląc się doświadczeniem, mówią o zmianach w adaptacji i akceptacji etycznych form komunikacji. Nie oznacza to jednak, że nie odczuwają trudności komunikacyjnych czy emocjonalnych w tym zakresie. Powstają także instytucje rządowe, które wspierają działania podejmowane przez specjalistów, wpływając też na ogół społeczeństwa. Przykładem jest Biuro ds. Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

W literaturze przedmiotu można zaobserwować zmiany w podejściu do śmierci czy umierania – od tematu tabu po pełną akceptację. Obecnie jednak ważne jest propagowanie grup wsparcia, które mają realną możliwość wpływu na zachowanie i sposoby poradzenia sobie m.in. z żałobą. Nacisk kładziony jest także na promocję zdrowia psychicznego, co w przeszłości było rzadkością. Coraz częściej osoby potrzebujące pomocy zgłaszają się do specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego – psychologów, psychoterapeutów, psychiatrów w celu poradzenia sobie ze swoimi trudnościami. Dla przykładu specjaliści z zakresu suicydologii, którzy specjalizują się temacie śmierci, pomagają w przepracowywaniu traum czy starają się pomóc w poradzeniu sobie z kolejnymi fazami żałoby itd. Jednak często spadkobiercami ciężaru emocjonalnego pomocy pacjentom są specjaliści.

Śmierć i umieranie jest tematem ponadczasowym. W pracach badawczych niezmiennie pojawiają się analizy przyczyn schorzeń i śmierci. Coraz więcej badaczy dzieli się swoimi doświadczeniami ze specjalistami z innych dziedzin, publikując zagadnienia w czasopismach naukowych (wykaz czasopism polskojęzycznych i obcych zawarto w aneksie).

Zagadnieniami stale poddawany analizom są i będą elementy dotyczące różnic indywidualnych, czynników ryzyka, mówiące o wspieraniu i strategiach komunikacyjnych. Dotyczy to także grup zawodowych, którym po pierwsze może być potrzebna pomoc specjalistyczna, a po drugie ze względu na możliwość dzielenia się doświadczeniem. Określone grupy zawodowe będą bardziej narażone na wypalenie z uwagi na częstotliwość kontaktu z opisywanym zagadnieniem. Należą do nich pracownicy służby zdrowia, psychologowie, psychoterapeuci, suicydologowie, kuratorzy społeczni, sędziowie, pracownicy służby więziennej, ratownicy medyczni, pracownicy hospicjum, lekarze, duchowni, ale także szereg osób, które mają kontakt z podopiecznym. Są to np. pracownicy Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej (MOPS), Miejskich Ośrodków Pomocy Rodzinie (MOPR), Regionalnych Ośrodków Pomocy Społecznej (ROPS) czy Ośrodków Pomocy Społecznej (OPS) i wiele innych.

Badacze zjawiska dotyczącego śmierci i umierania nie negują, że jest to problem wciąż nie tylko aktualny, ale i ważny społecznie. Będziemy się z nim mierzyć zawsze, gdyż śmierć dotyczy każdego. Sposoby radzenia sobie z tym zagadnieniem są ważne, aby uniknąć zaangażowania wszystkich możliwości poznawczych i emocjonalnych człowieka, nie doprowadzając go do wyczerpania emocjonalnego, wypalenia zawodowego czy też załamania w sytuacji dowiedzenia się o diagnozie choroby śmiertelnej czy w sytuacji śmierci osoby bliskiej. Odczuwanie silnych emocji w sytuacji związanej ze śmiercią i umieraniem jest w większości przypadków dotkliwym doświadczeniem. Poradzenie sobie z tymi aspektami w skali globalnej jest

obecnie tylko futurystyczną wizją. Z uwagi na to zagadnienia te wymagają dalszych analiz z uwagi na interdyscyplinarność zjawiska, jak i zmieniających się realiów.

ANEKSY

Aneks 1. Wykaz czasopism polskich wykorzystanych w pracy

Analecta Cracoviensia
Anestezjologia i Ratownictwo – Polska i Świat
Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio FF
Annales. Etyka w Życiu Gospodarczym
Borgis – Anestezjologia Intensywna Terapia
Civitas Hominibus: Rocznik Filozoficzno-Społeczny
Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych Akademii Marynarki Wojennej
Cywilizacja i Polityka
Czasopismo Psychologiczne
Dermatologia Kliniczna
Dyskurs i Dialog
Edukacyjna Analiza Transakcyjna
Etyka
Fides et Ratio
Filozofia Publiczna i Edukacja Demokratyczna
Folia Sociologica
Forum Medycyny Rodzinnej
Forum Psychologiczne
Gerontologia Polska
Historia i Polityka
Humanum. Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne
Internetowy Biuletyn Instytutu Studiów nad Terroryzmem
Journal of Modern Science
Kultura – Media – Teologia
Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio
Łódzkie Studia Teologiczne
Medycyna Nowożytna. Studia nad Kulturą Medyczną
Medycyna Paliatywna
Medycyna Paliatywna w Praktyce
Niebieska Linia

Nowiny Psychologiczne
Obronność – Zeszyty Naukowe Wydziału Zarządzania i Dowodzenia Akademii Obrony Narodowej
Opieka Paliatywna nad Dziećmi
Państwo i Społeczeństwo
Pedagogika Rodziny
Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne
Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej
Pisma Humanistyczne
Polityka
Polska Medycyna Paliatywna
Polska Sztuka Ludowa
Polski Przegląd Neurologiczny
Polski Tygodnik Lekarski
Polskie Forum Psychologiczne
Pomeranian Journal of Life Sciences
Poznańskie Studia Teologiczne
Prace Naukowe / Akademia Ekonomiczna w Katowicach
Prawo Kanoniczne
Problemy Pielęgniarstwa
Problemy Społeczne, Edukacyjne i Artystyczne
Prokuratura i Prawo
Przedsiębiorczość i Zarządzanie
Przegląd Filozoficzny
Przegląd Prawa i Administracji
Przegląd Socjologiczny
Psychiatria
Psychiatria i Psychologia Kliniczna
Psychiatria po Dyplomie
Psychiatria Polska
Psychologia Rozwojowa
Psychologia Wychowawcza
Psychoonkologia
Psychoterapia
Resovia Sacra. Studia Teologiczno-Filozoficzne Diecezji Rzeszowskiej
Reumatologia
Rocznik Andragogiczny
Rocznik Kognitywistyczny
Rocznik Lubuski
Roczniki Filozoficzne
Roczniki Pastoralno-Katechetyczne
Roczniki Psychologiczne
Społeczeństwo i Edukacja
Społeczeństwo i Rodzina

Studia Edukacyjne
Studia Elbląskie
Studia Gdańskie
Studia Koszalińsko-Kołobrzeskie
Studia Paradyskie
Studia Philosophiae Christianae
Studia Psychologica
Studia Warmińskie
Suicydologia
Sztuka Leczenia
Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne
Teka Komisji Politologii i Stosunków Międzynarodowych OL PAN
Teksty: Teoria Literatury, Krytyka, Interpretacja
Teologia i Człowiek. Półrocznik Wydziału Teologicznego UMK
Udar Mózgu
Władza Sądenia
Wrocławski Przegląd Teologiczny
Wszechświat
Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna
Zdrowie Psychiczne
Zeszyty Naukowe AON
Zeszyty Naukowe Ostrołęckiego Towarzystwa Naukowego
Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej
Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie
Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas

Aneks 2. Wykaz czasopism zagranicznych wykorzystanych w pracy

American Family Physician
Cerebral Cortex
Clinical Medicine
Cochrane Database of Systematic Reviews
Current Directions in Psychological Science
Death Studies
Diametros
Educational Gerontology
Ethos
European Journal of Social Psychology
Family Process
Fertility and Sterility
Folia Cardiologica
Hygeia Public Health
Journal American Osteopath Association
JAMA Internal Medicine
Journal of Broadcasting & Electronic Media
Journal of Clinical Healthcare

Journal of Family Psychotherapy
Journal of Health Social Behavior
Journal of International Development
Journal of Neuroimmune Pharmacology
Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue
Letters in Oncology Science
Maps Bulletin
Nature
Neuron
New Review of Hypermedia and Multimedia
Nature Reviews Neuroscience
Nurse Leader
Nursing Older People
Nursing Science Quarterly
Pain
Palliative Medicine in Practice
Philosophy
Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America
Physiology and Behavior
Progress in Brain Research
Psychooncology
Science
Sociology
Studia Ecologiae et Bioethicae
The American Behavioral Scientist
The British Journal of Psychiatry
The European Journal of Psychiatry
The Indian Journal of Psychiatry
The International Journal of Psychoanalysis
The Journal of Genetic Psychology
The Journal of Neuroscience
The Neuroscientist

Aneks 3. Lista szkoleń / zajęć poświęconych tematyce etycznych aspektów komunikacyjnych w sytuacji śmierci⁴¹

L.p	Organizator	Tytuł	Informacje szczegółowe	Odbiorcy	Link do szkolenia
1.	Fundacja Nagle Sami i Fundacja Rak'n'Roll	<i>Musimy porozmawiać</i>	Sposoby rozmowy z osobami w żałobie; mówienie do zmarłego jako sposób	Całe społeczeństwo, osoby pogrążone w żałobie/stracie	http://nagle-sami.org.pl/fundacja-nagle-sami-kampania.html

⁴¹ Źródło: opracowanie własne.

			przeżywania za- łoby, dokument filmowy <i>Musimy porozmawiać</i> i de- bata na jego temat		
2.	Fundacja Nagle Sami	<i>Jak rozmawiać o chorobie i śmierci z pacjentami terminalnie chorymi i ich rodzinami – szkolenie dla lekarzy i personelu medycznego</i>	Specyfika psychologicznego podejścia do pacjentów terminalnie chorych i ich rodzin	Lekarze, personel medyczny, pielęgniarki, wolontariusze, rehabilitanci, personel pomocniczy	http://naglesami.org.pl/jak-rozmawia%C4%87-o-chorobie-i-%C5%9Bmieci-z-pacjentami-terminalnie-chorymi.html
3.	Centrum Edukacji i Biznesu	<i>Rozmowa z rodziną i radzenie sobie ze stresem w sytuacji śmierci pacjenta</i>	Komunikacja w sytuacjach trudnych – skargi i reklamacje, nauka asertywnej i medialnej postawy wobec pacjentów, trening umiejętności	Wszystkie osoby mające kontakt z pacjentem; lekarze, pielęgniarki, recepcjoniści	https://ceib.com.pl/ochrona-zdrowia/rozmowa-z-rodzina-i-radzenie-sobie-ze-stresem-w-sytuacji-smierci-pacjenta/
4.	Pracownia Pomocy Psychologicznej. Ośrodek Szkoleniowy	<i>Pomoc psychologiczna dla osób terminalnie chorych i ich rodzin – terapia wobec</i>	Omówienie pomocy psychologicznej osobom chorym terminalnie i ich rodzinom, ocena własnych możliwości i	Psychologowie, psychoterapeuci, interwenci kryzysowi	https://pracownia-mm.pl/oferta/szkolenie-krotkotermi-nowe-31/

		<i>straty i żaloby jako integralnej części pracy z pacjentem</i>	ograniczeń w sytuacji straty, wpływ własnych doświadczeń na kontakty z pacjentem i ich rodzinami		
5.	Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych	<i>Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej</i>	Nabycie wiedzy i umiejętności do samodzielnej, profesjonalnej i całościowej opieki nad dorosłym i dzieckiem z zaawansowaną chorobą niepoddającą się leczeniu oraz rodziną/opiekunami pacjenta dorosłego i dziecka	Pielęgniarki, położne	http://www.ckppip.edu.pl/kafelki/programy-ksztalcenia/szkolenia-specjalizacyjne.html
6.	Studio Profilaktyki Społecznej	<i>Wokół śmierci i umierania</i>	Śmierć jako ostatni etap życia, komunikacja z umierającym i jego rodziną, pomoc emocjonalna i religijna, uwolnienie umierającego od lęku i poczucia winy, umieranie godne, błędy i nieporozumienia w dyskusji	Kadra domów pomocy społecznej	https://www.sps.org.pl/images/oferta/SPS_DPS_zamkniete_2019.pdf

			o umieraniu i śmierci, granice pomagania		
7.	Polski Instytut Psychoterapii Integratywnej	<i>Choroba i śmierć – od walki i lęku do spokoju i miłości</i>	Odkrywanie własnych możliwości w towarzystwie przewlekle chorym i umierającym, empatyczne odczuwanie sygnałów wysyłanych przez pacjentów (pomocne w zachowaniu integralności życia i śmierci, systemu pacjenta, człowieczeństwa)	Psychoterapeuci, psychologowie	http://pipi.org.pl/
8.	Fundacja Nagle Sami	<i>Kontakt z klientem w żałobie</i>	Obawy w pracy z pacjentem w żałobie, charakterystyka procesu żałoby, sposoby wsparcia i rozmowy, koncentracja na zadaniu przy jednoczesnym dbaniu o relację, możliwości odreagowania i zadbania o siebie	Osoby pracujące z klientami w żałobie	http://www.naglesami.pl/szkolenia/naglesami/kontakt-z-klientem-w-zalobie.html
9.	Fundacja Nagle Sami	<i>Dobre praktyki HR w</i>	Obowiązki i donatkowe	Osoby związane z obszarem HR,	http://naglesami.pl/szkolenia

	<i>przypadku śmierci pracownika lub bliskiej mu osoby</i>	możliwości działania pracodawcy po śmierci pracownika, komunikacja wewnętrzna i zewnętrzna dotycząca śmierci pracownika, organizacja pracy z uwzględnieniem braku pracownika, psychologiczne reakcje na utratę, wsparcie pracownika przeżywającego żałobę po stracie bliskiej osoby	szczególnie dyrektorzy, managerowie, specjaliści HR	lenia/nagle-sami/szkolenie-hr.html	
10.	Fundacja Nagle Sami	<i>Jak rozmawiać z rodziną po stracie osoby bliskiej?</i>	Wiedza nt. aktualnych sposobów działania w ramach zasad interwencji kryzysowej związanej z utratą, śmiercią i przeżywaniem żałoby, sposoby podejmowania rozmowy z osobami w kryzysie, zmniejszenie ryzyka wypalenia zawodowego i	Personel medyczny szpitali i hospicjów, lekarze, pielęgniarki, wolontariusze, rehabilitanci, personel pomocniczy	http://www.naglesami.org.pl/assets/pdf/szkolenia/Nagle_Sami_Jak_rozmawiac_z_rodzina_po_stracie_osoby_bliskiej.pdf

			budowanie pewności siebie w pełnieniu roli zawodowej oraz satysfakcja pacjentów, którym udzielana jest pomoc		
11.	Fundacja Rozwoju i Promocji Psychoterapii	<i>Interwencja kryzysowa w sytuacji śmierci dziecka</i>	Zasady prowadzenia interwencji kryzysowej dla osób, którym zmarło dziecko, charakterystyka kryzysu psychologicznego związanego ze stratą i żałobą, fazy procesu żałoby, reakcje na stratę	Pracownicy służb pomocowych, np. psychologowie (za-leca się, by uczestnicy mieli ukończone szkolenie z umiejętności prowadzenia interwencji kryzysowej)	http://fripp.org.pl/szkolenia/specjalistyczne/interwencja-kryzysowa-w-sytuacji-smierci-dziecka
12.	Fundacja Aplica Instytut Rozwoju Osobistego i Psychoterapii	<i>Żałoba i utrata – interwencja kryzysowa i wsparcie</i>	Mechanizmy żałoby, charakterystyka procesu żałoby, mechanizmy obronne, elementy składowe żałoby, modele i stadia smutku po stracie, rodzaje strat i strategie interwencji kryzysowej, typowy a nietypowy przebieg żałoby	Nauczyciele, pedagodzy, psychologowie, pracownicy socjalni, kuratorzy, terapeuci, katecheci, księża, policja, straż miejska, studenci, słuchacze policealnych szkół pracowników służb społecznych	https://www.aplica.pl/szkolenia/specjalistyczne/zaloba-i-utrata-interwencja-kryzysowa-i-wsparcie/

13.	PARP	<i>Praca z osobą i rodziną doświadczającą żałoby i straty</i>	Udzielanie pomocy psychologicznej osobom w stanie żałoby doświadczanej na skutek straty osoby bliskiej oraz pracy z rodziną/bliskimi klienta w żałobie	Specjaliści zajmujący się udzielaniem pomocy i wsparcia psychologicznego	https://uslugi-rozwojowe.parp.gov.pl/uslugi/wie-w?id=132512
14.	Wyższa Szkoła Bankowa Gdynia	<i>Praca z żałobą – czyli jak żyć po stracie?</i>	Żałoba i jej etapy, jak radzić sobie ze stratą, jak towarzyszyć innym w żałobie oraz jakie powinno być dobre pożegnanie	Psychologowie, psychoterapeuci, psychotraumatologowie, lekarze, pielęgniarki, pedagodzy, studenci wyżej wymienionych kierunków oraz osoby, które pracują z jednostkami po stracie	https://www.wsb.pl/gdynia/studia-i-szkolenia/szkolenia-i-kursy/listing-szkolen/praca-z-zaloba-czyli-jak-zyc-po-stracie
15.	Fundacja Nagle Sami ⁴²	<i>Jak pracować z dziećmi i nastolatkami w żałobie? (online)</i>	Specyfika procesu żałoby u dzieci i nastolatków, pojęcie śmierci u dzieci, wsparcie udzielane dziecku i jego opiekunom	Psychologowie, pedagogowie, psychoterapeuci	https://www.facebook.com/events/1582448275261066/

⁴² Dodatkowe materiały Fundacji Nagle Sami to Poradnik dla osób w żałobie dostępny na stronie <https://nagle-sami.org.pl/o-zalobie/>.

Aneks 4. Najważniejsze daty dotyczące etycznych aspektów komunikacyjnych w sytuacji śmierci⁴³

1935 r.	założenie Towarzystwa Dobrowolnej Legalizacji przez Karola Kilicka Millarda. Przyjęcie przez towarzystwo nazwy Godność w Umieraniu i Działanie na Rzecz Legalizacji Eutanazji w Wielkiej Brytanii
1936 r.	zaaplikowanie śmiertelnej dawki morfiny i kokainy królowi Grzegorzowi V w celu przyspieszenia jego śmierci
1949 r.	przedstawienie petycji legalizującej eutanazję rządowi Nowego Yorku przez organizację amerykańską. Podpisanie petycji przez 379 członków grup religijnych
1964 r.	opublikowanie rozważań Roberta C.W. Ettingera na temat zastosowania technik kriogenicznych w pracy <i>The Prospect of Immortality</i> . Ujęcie śmierci jako procesu, który można zatrzymać, wykorzystując osiągnięcia fizyki i niskie temperatury
1967 r.	założenie Immortlist Society przez Roberta Ettingera i pięciu innych mieszkańców Michigan
1976 r.	zmienienie nazwy korporacji na Cryonics Association (Towarzystwo Krioniczne)
1980 r.	opublikowanie przez Kongregację Nauki Wiary Deklaracji <i>lura et bona</i>
1983 r.	opublikowanie rozprawy <i>Poczucie sensu życia a postawa wobec śmierci</i> przez księdza Józefa Makselona
1985 r.	zmodyfikowanie statutu Articles of Incorporation w celu zmiany nazwy na Immortalist Society (Stowarzyszenie Nieśmiertelnych)
1986 r.	opublikowanie artykułu <i>Koniec życia: eutanazja i moralność</i> przez Jakuba Rachela

⁴³ Źródło: opracowanie własne.

1990 r.	opublikowanie artykułu <i>Psychology and Heath: Meaningful rediscovery</i> przez Hermana Feifela
1993 r.	wydanie książki <i>Księga żałoby i śmierci</i> przez Mariana Wańczkowskiego przetłumaczenie książki Bréhanta Thanatosa <i>Chory i lekarz w obliczu śmierci</i> przez Urszulę Sudolską
1995 r.	opublikowanie artykułu <i>The relationship of religious variables to Heath depression and Health anxiety</i> przez Katherine A. Alvarado, Donald I. Templera, Charlesa Bresler, Shana Thomasa-Dobsona wydanie książki <i>Krótką historia etyki</i> przełożonej na język polski przez Adama Chmielewskiego wydanie <i>Karty Pracowników Służby Zdrowia</i> przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia
1996 r.	sklonowanie pierwszego ssaka z komórki pobranej od dorosłego osobnika. Owca Dolly stworzona przez Iana Wilmuta oraz Keitha Campbella
1997 r.	wydanie książki <i>O życiu i śmierci: upadek etyki tradycyjnej</i> przez Petera Singera przełożenie na język polski książki <i>Pytania ostateczne</i> Nagela Thomasa przez Michała Szczubiłka
1998 r.	opublikowanie dokumentu <i>Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających</i> przez Papieską Radę Cor Unum sklonowanie i nazwanie pierwszej myszy Cumulina opublikowanie artykułu <i>Elements of Heath anxiety and meanings of Heath</i> przez Jamesa A. Thorsona oraz F.C. Powella
1999 r.	wydanie książki <i>Śmierć jest częścią życia: o prawo do godnego umierania</i> przez Davida Kesslera wydanie książki <i>Zagadnienie śmierci w filozofii analitycznej</i> przez Ireneusza Ziemińskiego
2000 r.	sklonowanie pierwszej mały Rezusa

	sklonowanie pierwszej świni
	opublikowanie książki <i>Życie czy śmierć: stare i nowe tajemnice eutanazji</i> przez Johna C. Willkego
	opublikowanie książki Marka Wrężela <i>Partnerski charakter relacji między lekarzem i chorym: aspekt moralny</i>
	opublikowanie książki Jamesa D. Torra <i>Eutanazja: przeciwnostawne punkty widzenia</i>
	napisanie artykułu przez Johna Maltby'ego i Lizę Day <i>Religious Orientation and Death Obsession</i>
2001 r.	sklonowanie bawoła oraz krowy
	sklonowanie kota i nazwanie go CopyCat
	opublikowanie artykułu Jarosława Jastrzębskiego <i>Emocjonalne i religijne uwarunkowania lęku przed śmiercią u młodzieży akademickiej</i>
2002 r.	sklonowanie myszy z limfocytów T przez Konrada Hochedlingera oraz Rudolfa Jaenisch
2003 r.	sklonowanie muła przez firmy Idaho Gem oraz Utah Pioneer
	sklonowanie jelenia i nazwanie go Dewey
	sklonowanie konia i nazwanie go Prometea
	sklonowanie szczura i nazwanie go Ralph
	przeprowadzenie dyskusji przez Europejskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej (EPAC) na temat postrzegania eutanazji jako morderstwa w przypadku braku zgody pacjenta
2004 r.	sklonowanie muszki owocówki
	stworzenie pierwszej kampanii <i>Pomóż hospicjom</i> przez Fundację Hospicyjną
	ogłoszenie fałszywej informacji dotyczącej sklonowania ludzkiego zarodka przez Woo Suk Hwanga oraz jego grupę koreańskich uczonych
	Opublikowanie książki Iry Byock <i>The Four Things That Matter Most: A Book About Living</i>
2005 r.	rozpoczęcie przez Fundację Hospicyjną drugiej kampanii <i>Zdążyć z prawdą</i>

	<p>napisanie książki przez Antonię Ostrowską <i>Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa</i></p> <p>sklonowanie psa rasy chart afgański i nazwanie go Snuppy</p>
2006 r.	<p>rozpoczęcie przez Fundację Hospicyjną trzeciej kampanii <i>Strata, osierocenie, żałoba</i></p> <p>opublikowanie przez Piotra Aszyka artykułu <i>Granice leczenia: etyczny problem odstąpienia od interwencji medycznych</i></p> <p>opublikowanie przez Claire d’Hennezel książki <i>W imieniu życia opowiedz mi o śmierci...</i></p>
2007 r.	<p>opublikowanie przez Marka Adamkiewicza artykułu <i>Projekt społeczeństwa krionicznego</i></p> <p>sklonowanie wilka i uzyskanie dwóch samic – Snuwolf oraz Snuwolffy</p> <p>Opublikowanie przez Viriginę Slaughter oraz Mayę Griffiths artykułu <i>Death Understanding and Fear of Death in Young Children</i></p> <p>rozpoczęcie przez Fundację Hospicyjną czwartej kampanii <i>Wolontariat hospicyjny – lubię pomagać</i></p>
2008 r.	<p>sklonowanie psa rasy labrador</p> <p>przeprowadzenie przez Fundację Hospicyjną piątej kampanii <i>Lubię pomagać</i></p>
2009 r.	<p>rozpoczęcie przez Fundację Hospicyjną szóstej kampanii <i>Podaruj swój czas</i></p> <p>sklonowanie pierwszego zwierzęcia z wymarłego gatunku: koziorożca pirenejskiego</p> <p>sklonowanie wielbłądzicy Injaz powstałej z komórek jajników samicy zabitej dla mięsa</p> <p>stworzenie przez Magdalenę Żemojtel-Piotrowską oraz Jarosława Piotrowskiego <i>Skali lęku i fascynacji śmiercią</i></p> <p>opublikowanie przez Łukasza Grzendzickiego artykułu <i>Po-stawy człowieka wobec śmierci</i></p>

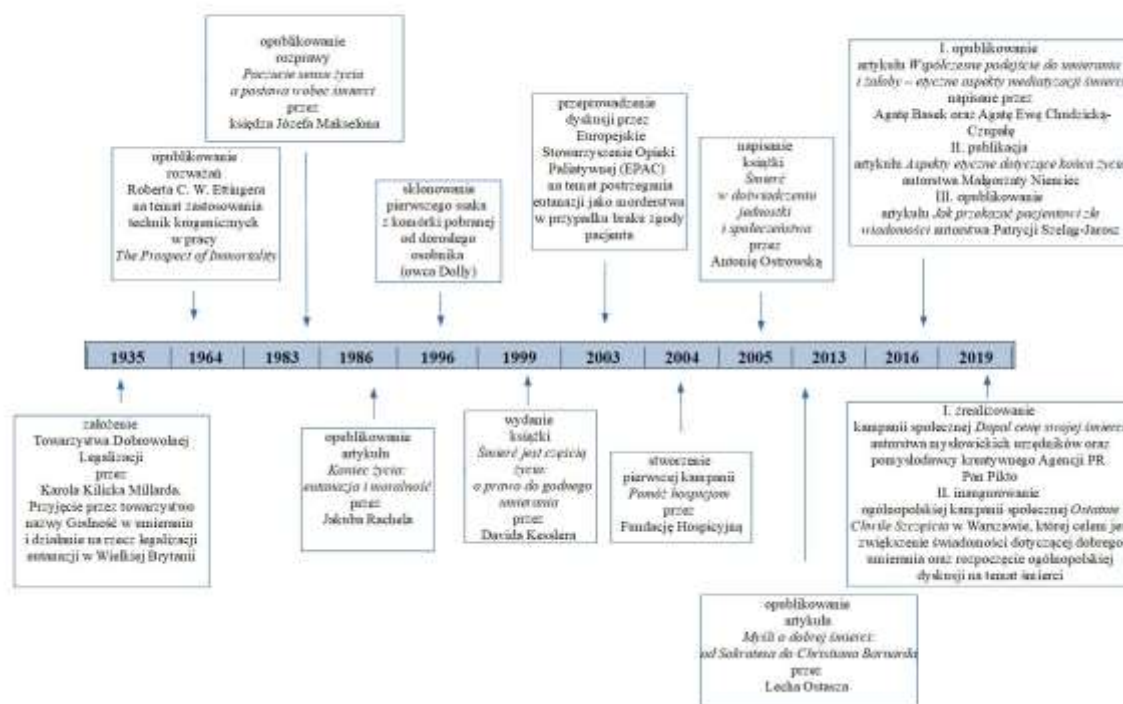
	przeprowadzanie prac badawczych dla Immortalist Society przez Aschwina i Chana de Wolf z Advanced Neural Biosciences dotyczących zmniejszania uszkodzeń mózgu spowodowanych niedokrwieniem
	Opublikowanie przez Maggie Callanan artykułu <i>A Practical Guide for Bringing Care and Comfort at the End of Life</i>
2010 r.	przeprowadzenie przez Fundację Hospicyjną siódmej kampanii <i>Pomóż dzieciom osieroconym</i>
2011 r.	przeprowadzenie przez Fundację Hospicyjną ósmej kampanii <i>Podaruj swój czas</i>
	opublikowanie przez Mariusza Jędrzejko artykułu <i>Śmierć jako zabawa – człowiek w świecie gier komputerowych i sieciowych</i>
2012 r.	przeprowadzenie przez Fundację Hospicyjną dziewiątej kampanii <i>Zdrowa rozmowa pomaga leczyć. Mów słuchaj – zaufaj</i>
	opracowanie badań <i>W obliczu śmierci</i> przez Natalię Hiszp na zlecenie Fundacji Centrum Badania Opinii Społecznej
	opublikowanie przez Wiesława Łukaszewskiego i Julię Boguszewską artykułu <i>Uroda przeciw śmierci: doświadczenie wyrazistości śmierci a koncentracja na własnym wyglądzie</i>
	Opublikowanie przez Davida A. Sbarry, Karen Hasselmo oraz Widyasita Nojopranoto artykułu <i>Divorce and Death: A Case Study for Health Psychology</i>
2013 r.	rozpoczęcie przez Fundację Hospicyjną dziesiątej kampanii <i>Pomóż ukoić ból</i>
	opublikowanie przez Dominika Krzyżanowskiego, Agnieszkę Turkiewicz-Maligranda, Grzegorza Godawę oraz Mirosława Hanulewicza artykułu <i>Komunikacja z osobą ciężko chorą i u kresu życia</i>
	opublikowanie przez Lecha Ostasza artykułu <i>Myśli o dobrej śmierci: od Sokratesa do Christiana Barnarda</i>

2014 r.	<p>rozpoczęcie przez Fundację Hospicyjną jedenastej kampanii <i>Pomagamy dzieciom i młodzieży w żałobie</i></p> <p>opublikowanie artykułu <i>Zdrowa rozmowa. Sztuka komunikacji z osobami u kresu życia i ich opiekunami</i> napisanego przez Piotra Krakowiaka, Annę Janowicz, Barbarę Sikorę oraz Agnieszkę Paczkowską</p>
2015 r.	<p>rozpoczęcie przez fundację hospicyjną dwunastej kampanii <i>Dzieci radzą sobie same tylko w bajkach. Pomóż osieroconym dzieciom</i></p> <p>fundacja Razem Zmieniamy Świat otrzymuje status organizacji pożytku publicznego – od tego momentu można przekazać jej 1% podatku</p>
2016 r.	<p>opublikowanie artykułu <i>Współczesne podejście do umierania i żałoby – etyczne aspekty mediatyzacji śmierci</i> napisane przez Agatę Basek oraz Agatę Ewę Chudzicką-Czupałę</p> <p>opublikowanie artykułu <i>Kultura śmierci, kultura umierania</i> autorstwa Andrzeja Guzowskiego, Elżbiety Krajewskiej-Kułak oraz Grzegorza Bejdy</p> <p>publikacja artykułu <i>Aspekty etyczne dotyczące końca życia</i> autorstwa Małgorzaty Niemiec</p> <p>opublikowanie artykułu <i>Jak przekazać pacjentowi złe wiadomości</i> autorstwa Patrycji Szelaąg-Jarosz</p>
2016–2017 r.	<p>prowadzenie trzynastej kampanii <i>Opiekun rodzinny – samotny bohater?</i> przez Fundację Hospicyjną</p>
2017 r.	<p>wydanie książki <i>Śmierć. Ostatni etap rozwoju</i> autorstwa Elisabeth Kübler-Ross</p> <p>zrealizowanie badań nad percepcją lęku przed śmiercią w kontekście Tanatopedagogicznej Relacyjnej Terapii Zastępczej przez Józefa Jana Binnebesela oraz Zbigniewa Formella</p>
2017–2018 r.	<p>prowadzenie czternastej kampanii <i>Opiekun rodzinny – nie musi być sam</i> zrealizowanej przez Fundację Hospicyjną</p>

2018–2019 r.	prowadzenie piętnastej kampanii <i>Opiekun rodzinny – nie musi być sam</i> przez Fundację Hospicyjną
2019 r.	zrealizowanie kampanii społecznej <i>Dopal cenę swojej śmierci</i> autorstwa myślowickich urzędników oraz pomysłodawcy kreatywnego Agencji PR Pan Pikto
	inaugurowanie ogólnopolskiej kampanii społecznej <i>Ostatnie Chwile Szczęścia</i> w Warszawie, której celem jest zwiększenie świadomości dotyczącej dobrego umierania oraz rozpoczęcie ogólnopolskiej dyskusji na temat śmierci

Rysunek 1.

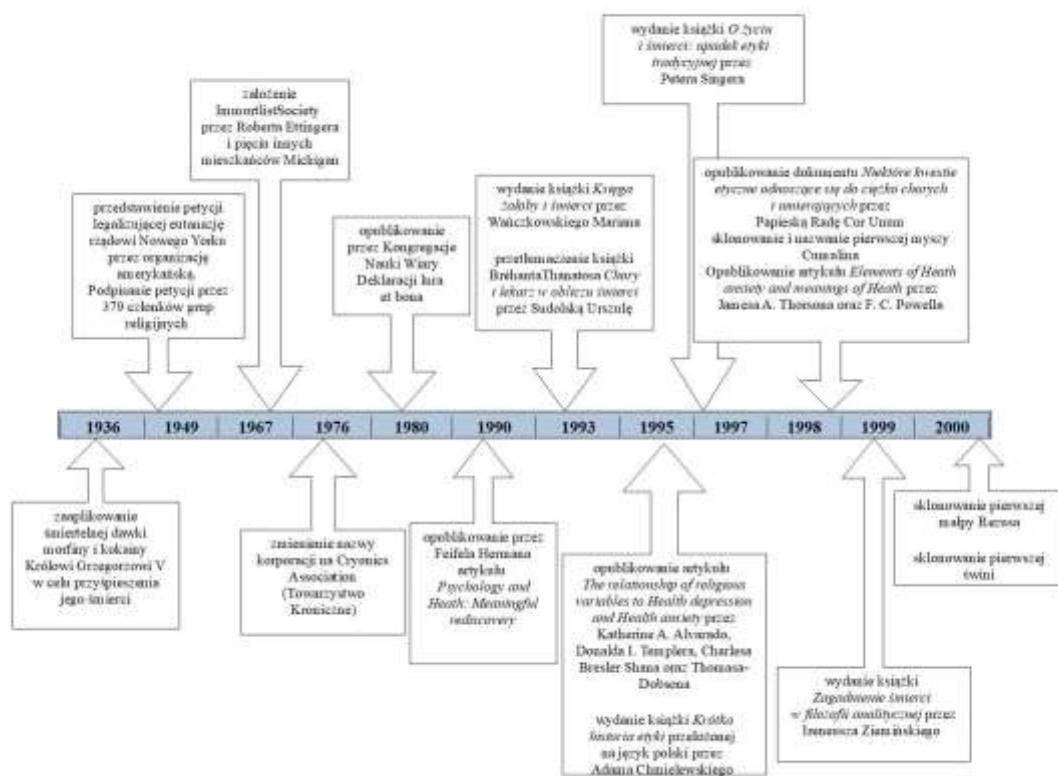
*Oś czasu – wybrane daty dotyczące etycznych aspektów komunikacyjnych w sytuacji śmierci*⁴⁴



⁴⁴ Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 2.

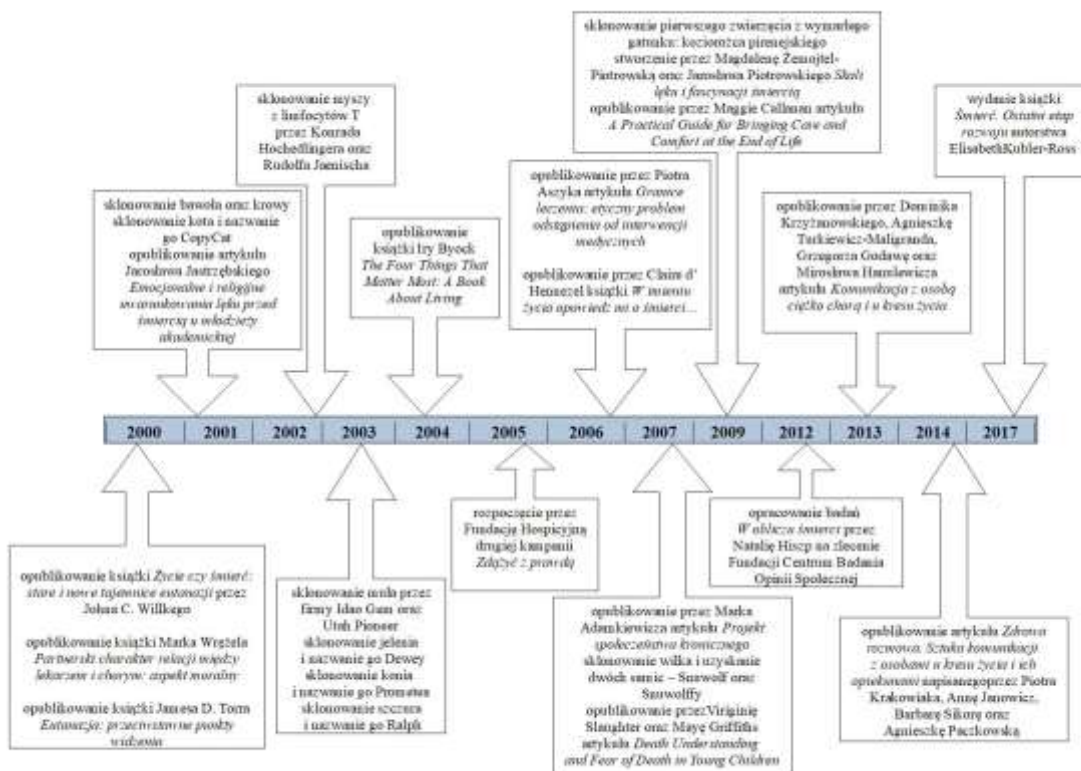
Os czasu – wybrane daty dotyczące etycznych aspektów komunikacyjnych w sytuacji śmierci⁴⁵



⁴⁵ Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 3.

Os czasu – wybrane daty dotyczące etycznych aspektów komunikacyjnych w sytuacji śmierci⁴⁶



Aneks 5. Wykaz publikacji i grupy odbiorców na temat aspektów komunikacyjnych w sytuacji śmierci⁴⁷

⁴⁶ Źródło: opracowanie własne.

⁴⁷ Źródło: opracowanie własne.

Lp.	Autorzy	Nazwa publikacji	Informacje na temat publikacji	Grupa odbiorców
Książki dedykowane dorosłym i młodzieży				
1.	Theillier Patrick	<i>Za progiem śmierci. O tych, którzy widzieli zaświaty</i>	Informacje na temat doświadczeń z pogranicza śmierci. Wspomnienia ludzi, którzy znaleźli się na granicy życia i śmierci	Ogół społeczeństwa
2.	Morawska Olga	<i>Poradnik dla osób w żałobie</i>	Informacje dotyczące żałoby oraz sposobów radzenia sobie w tej sytuacji. Odpowiedzi na pytania dla osób wspierających osobę przeżywającą stratę	Ogół społeczeństwa
3.	Bejda Grzegorz, Guzowski Andrzej, Krajewska-Kułak Elżbieta	<i>Kultura śmierci, kultura umierania</i>	Postrzeganie śmierci w kontekście zachodzących zmian w środowisku oraz sposoby traktowania śmierci w obecnych czasach	Dorośli
4.	Newton Michael	<i>Wędrówka dusz. Tajemnice życia po życiu</i>	Odpowiedzi na pytania dotyczące tajemnicy nieśmiertelności ludzkiej duszy w kontekście historii zahipnotyzowanych pacjentów, którzy sięgają pamięcią do poprzednich wcieleń	Dorośli
5.	Duffek Andrzej	<i>Po drugiej stronie życia</i>	Historia człowieka, który przeżył wydarzenia mistyczne podczas bycia w śpiączce. Relacja z wydarzeń mężczyzny opowiedziana z perspektywy	Dorośli, młodzież

			głównego bohatera oraz jego bliskich	
6.	Ziółkowska Justyna	<i>Samobójstwo. Analiza narracji osób po próbach samobójczych</i>	Opisanie nieudanych prób samobójczych, ich motywacji, decyzji, próby, postaw, myśli i decyzji z perspektywy osób po dokonanych zamachu na własne życie	Dorośli
7.	Woydyłło Ewa	<i>Żal po stracie. Lekcje akceptacji.</i>	Opisanie sposobów radzenia sobie z emocjami po traumie, stracie oraz określenie siebie na nowo w dalszym życiu	Dorośli, młodzież
8.	McDowell Josh, Stewart Ed	<i>Pierwsza pomoc. Śmierć ukochanej osoby</i>	Opisanie sposobów radzenia sobie w sytuacji straty bliskiej osoby oraz w sytuacji wsparcia osoby, która straciła kogoś bliskiego. Poznanie mechanizmów przeżywania żałoby	Dorośli, młodzież
9.	Chauran Alexandra	<i>Rozmowy z bliskimi po drugiej stronie</i>	Poradnik parapsychologiczny o możliwości kontaktowania się ze zmarłymi	Dorośli
10.	Nydahl Lama Ole	<i>O śmierci i odrodzeniu, czyli jak umrzeć bez lęku</i>	Buddyjskie spojrzenie na umieranie i śmierć. Przedstawienie tajemnicy przemiany i funkcjonowania po śmierci	Dorośli
11.	Dąbek Tomasz	<i>Życie po śmierci. I co dalej...</i>	Odpowiedzi na pytania dotyczące końca życia oraz życia po śmierci	Dorośli i młodzież
12.	Perszon Jan	<i>Na brzegu życia i śmierci</i>	Opracowanie informacji o rytuałach i wierzeniach związanych ze śmiercią i pogrzebem	Dorośli i młodzież

13.	Ojciec Ba- demi Joa- chim	<i>Śmierć? Każdemu po- lecam!</i>	Rozmawianie o śmierci w cza- sach, gdy śmierć stała się te- matem tabu. Poruszanie kwe- stii własnej śmierci	Ogół społec- zeństwa
14.	Keirse Manu	<i>Smutek, strata, żałoba. Jak sobie z nimi ra- dzić? Jak pomóc in- nym?</i>	Opracowanie informacji o sposobach radzenia sobie w sytuacji straty, żałoby i smutku. Poruszanie kwestii związanych z pomocą sobie oraz innym w kryzysie	Ogół społec- zeństwa
15.	Didion Joan	<i>Rok magicznego my- ślenia</i>	Biograficzna historia straty i żałoby po najbliższych człon- kach rodziny	Dorośli
16.	Barnes Ju- lian	<i>Barnes</i>	Wyważona i oszczędna histo- ria opowiadająca o stracie małżonki. Próba odnalezienia odpowiedzi o możliwości przygotowania się na stratę oraz o emocjonalnym zabez- pieczeniu	Dorośli, mło- dzież
17.	Heinrich Bernd	<i>Wieczne życie. O zwie- rzęcej formie śmierci</i>	Studium na temat zwyczajów panujących w świecie przy- rody oraz naszego stosunku do życia i śmierci	Dorośli
18.	Trobisch Ingrid	<i>Ucząc się żyć po utra- cie ukochanej osoby</i>	Poruszanie kwestii żałoby oraz procesu uzdrawiania w przypadku śmierci bliskich osób, życia po rozwodzie oraz bycia samotnym	Dorośli
19.	Paczkow- ska Agnieszka	<i>Dziecko i nastolatek w żałobie</i>	Kryzysowe sytuacje spowo- dowane śmiercią członka spo- łeczności szkolnej lub osoby bliskiej uczniowi	Nauczyciele, pedagodzy

20	Barton-Smoczyńska Izabela	<i>O dziecku, które odwróciło się na pięcie</i>	Zagadnienia żałoby oraz radzenia sobie z kryzysem. Wskazówki dla osób dotkniętych śmiercią dziecka poczętego oraz osób wspierających	Dorośli
21.	Olczyk Arkadiusz	<i>Czy dzieci nienarodzone idą do nieba? Pomoc dla rodziców po stracie</i>	Zagadnienia dotyczące radzenia sobie ze stratą dziecka, spojrzeniem w przyszłość oraz nadzieją	Dorośli
Książki dedykowane dzieciom i młodzieży ⁴⁸				
22.	Karine-Marie Amiot	<i>Rozmawiamy o przemijaniu</i>	Przybliżanie dzieciom tematu przemijania i śmierci. Oswajanie dzieci ze śmiercią oraz zachęcanie do rozmowy o przemijaniu w przystępny i pogodny sposób za pomocą historii małego rodzeństwa	Dzieci
23.	Stalfelt Pernilla	<i>Mała książka o śmierci</i>	Udzielanie odpowiedzi na pytania dotyczące śmierci oraz wprowadzanie najmłodszych do dyskusji o przemijaniu	Dzieci
24.	Opracowanie zbiorowe	<i>Bajkoterapia, czyli bajki pomagajki dla małych i dużych</i>	Historie, które za pomocą świata baśni pomagają dzieciom zrozumieć różne wydarzenia życiowe, a rodzicom pokazują, w jaki sposób rozmawiać z dzieckiem w konkretnych sytuacjach	Rodzice, dzieci

⁴⁸ Do ciekawych zagadnień dotyczących aspektów komunikacyjnych w sytuacji śmierci można zaliczyć Program Tumbo Pomaga *Śmierć bliskiej osoby. Poradnik dla dzieci i młodzieży* (<https://tumbopomaga.pl/dla-dzieci-i-mlodziezy/wszystko-o-zalobie/smierc-bliskiej-osoby-poradnik-dla-dzieci-i-mlodziezy>) oraz *Śmierć. Poradnik dla rodziców i opiekunów* (http://tumbopomaga.pl/images/pdf/PDF_Poradnik-dla-rodzicow-i-opiekunow_zaloba.pdf).

25.	Tumbo po- maga	<i>Wszystko o żałobie – poradnik dla dzieci i młodzieży</i>	Poradnik dla dzieci i młodzieży poruszający kwestie przyczyn śmierci, śmierci rodzica lub rodziców, rodzeństwa, osoby z rodziny lub przyjaciela, zagadnień dotyczących żałoby, radzenia sobie oraz możliwości wsparcia	Dzieci i młodzież
26.	ErlbruchWolf	<i>Gęś, śmierć i tulipan.</i>	Proste, czułe i szczere ujęcie tematu śmierci. Ilustrowane strony	Dzieci, dorośli
27.	Schmitt Eric-Em- manuel	<i>Oskar i pani Róża</i>	Opowieść o odchodzeniu z perspektywy dziecka. Symboliczne przejście z życia do śmierci w kilka dni	Dzieci, młodzież, dorośli
28.	Kołyszek, Wojciech, Tomaszewska Jovanka	<i>Smutek i zaklęte miasto</i>	Praktyczne sposoby radzenia sobie ze smutkiem, zabawy oraz ćwiczenia pomagające rozpoznawać smutek	Dzieci
29.	Ferrero Bruno, Pe- iretii Anna	<i>Śmierć opowiadana dzieciom</i>	Historie dla dzieci o śmierci i umieraniu ludzi w różnym wieku od dziecka po osoby starsze	Dzieci
30.	Baranowska Agata	<i>Dzidziuś. Niewielka książeczka o wielkiej stracie</i>	Książka pisana oczami dziecka, które przygotowywało się na przybycie rodzeństwa na świat. Sytuacja poronienia oraz radzenia sobie rodziny po stracie	Dzieci, młodzież, dorośli

Aneks. 6. Wykaz przedmiotów realizowanych na uniwersytetach w Polsce powiązanych z tematyką etycznych aspektów komunikacyjnych w sytuacji śmierci⁴⁹

Lp.	Nazwa Uniwersytetu	Nazwa przedmiotu	Od kiedy jest realizowany oraz przez kogo
1.	Uniwersytet Warszawski	Etyka końca życia	2021 Anna Alichniewicz
2.		Etyka współczesności	2019/2021 Katarzyna Szumlewicz
3.		Etyka	2019/2021 Katarzyna Filutowska, Emilia Kaczmarek, Agata Łukomska, Paweł Łuków, Magdalena Środa
4.		Etyka kliniczna	2019/2021 Paweł Łuków
5.		Etyka w ochronie zdrowia	2020 Waldemar Grzywacz
6.		Śmierć i umieranie we współczesnym świecie	2020 Mirosław Górecki
7.	Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie	Etyka	2019/2020 Dariusz Barbaszyński, Jacek Sobota
8.		Śmierć jako problem egzystencjalny	2020/2022 Mirosław Pawliszyn
9.	Uniwersytet w Białymstoku	Etyka społeczna (fakultet)	2018/2020 Józef Chwał
10.		Przedmiot specjalizacyjny – Prawo i etyka wobec śmierci człowieka	2018/2019 Sławomir Oliwniak

⁴⁹ Źródło: opracowanie własne.

11.	Politechnika Rzeszowska im. Ignacego Łukasiewicza	Etyka	2013/2020 Andrzej Sołtys
12.	Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie	Śmierć i umieranie w perspektywie spo- łeczno-kulturowej	2019/2020 Stanisław Strękowski
13.		Rodzina wobec cho- roby i śmierci	2019 Anna Czyżkowska
14.		Rodzina wobec cho- roby i śmierci dziecka	2019 Anna Czyżkowska
15.	Uniwersytet Jagielloński w Krakowie	Etyka, śmierć i umiera- nie	2019 Piotr Nowak
16.		Śmierć i żałoba. Osoby bliskie i lekarze wobec śmierci pacjenta – fa- kultet	2019 Bernadetta Janusz
17.	Uniwersytet Łódzki	M31. Choroba termi- nalna i śmierć w rodzi- nie	2020 Dorota Merecz-Kot
18.	Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grze- gorzewskiej w Warszawie	Psychologia śmierci: aspekty kliniczne i roz- wojowe	2017/2018 Marcin Sękowski
19.	Uniwersytet Marii Curie- Skłodowskiej w Lublinie	Etyka	2019/2020 Lesław Hostyński
20.		Fakultet intra i interdy- scyplinarny: Żałoba po śmierci bliskiej osoby – aspekty kliniczne i tera- peutyczne	2020 Karolina Ludwikowska- Świeboda
21.	Uniwersytet Mikołaja Ko- pernika w Toruniu	Tanatologia i aksjolo- gia śmierci	2020 Marcin Leźnicki

22.		Etyczna i socjokulturowa problematyka śmierci i umierania	2021 Waldemar Kwiatkowski
23.	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu	Etyka lekarska	2019 Jarosław Barański
24.		Czy można zestarzeć się w dobrym zdrowiu?	2019 Iwona Pirogowicz
25.		Kodeks Etyki Lekarskiej	2019 Dagmara Gawęł-Dąbrowska
26.	Katolicki Uniwersytet Lubelski	Etyka	2019/2020 Wojciech Lewandowski, Małgorzata Borkowska-Nowak
27.		Tanatologia ludowa	2019/2020 Jacenty Mastej, Zdzisław Kupisiński
28.		Problematyka moralna zdrowia i choroby	2019/2020 Józef Wróbel
29.		Etyka ogólna	2019/2020 Alfred Wierzbicki, Marcin Ferdynus, Anna Krajewska
30.		Etyka szczegółowa	2019/2020 Anna Krajewska, Barbara Chyrowicz
31.		Opieka paliatywna i hospicyjna	2019/2020 Mirosław Kalinowski
32.		Poradnictwo wychowawcze w sytuacjach trudnych	2019/2020 Julia Gorbaniuk
33.	Uniwersytet Medyczny w Lublinie	Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych w tym: niewydolność krążenia	2019/2020 Agnieszka Zwolak

		i zaburzenia rytmu, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydol- ność oddechowa	
34.		Opieka i edukacja tera- peutyczna w chorobach przewlekłych w tym: choroba nowotworowa; ból; leczenie żywie- niowe	2019/2020 Elżbieta Stasiak
35.		Opieka i edukacja tera- peutyczna w chorobach przewlekłych w tym: zaburzenia zdrowia psychicznego	2019/2020 Piotr Paluszkiewicz
36.		Opieka i edukacja tera- peutyczna w chorobach przewlekłych w tym: tlenoterapia ciągła i wentylacja mecha- niczna, leczenie nerko- zastępcze	2019/2020 Piotr Paluszkiewicz
37.	Uniwersytet Opolski	Antropologia śmierci	2020/2021 Mateusz Szubert
38.	Uniwersytet Opolski	Człowiek wobec nieu- leczalnej choroby i śmierci	2019/2020 Andrzej Muszala
39.	Uniwersytet Opolski	Śmierć i umieranie w różnych kulturach	2019/2020 Małgorzata Jantos
40.		Psychologia starzenia się i umierania	2020 Michał Gwiżdż

Aneks 7. Wykaz najważniejszych pojęć dotyczących etycznych aspektów komunikacyjnych w sytuacji śmierci

Adaptacja do sytuacji śmierci – przystosowywanie się do zbliżającej się śmierci swojej lub bliskiej osoby.

Aparatura podtrzymująca życie – urządzenia medyczne służące utrzymywaniu funkcji życiowych.

Ból – „nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z rzeczywistym lub potencjalnie zagrażającym uszkodzeniem ciała albo opisywanym w kategoriach takiego uszkodzenia” (Dobrogowski, Zajączkowska, Dutka i Wordliczek, 2011, s. 20).

Choroba – pogorszenie stanu organizmu związane z dolegliwościami wywołanymi przez zmiany strukturalne lub zmienioną czynnością organizmu.

Choroba śmiertelna – pogorszenie stanu organizmu związane z nieuleczalną chorobą, która prowadzi do śmierci.

Ciało zmarłego – ciało osoby, której funkcje życiowe ustały.

Cierpienie psychiczne – doświadczenie obejmujące wszystko to, czego osoba doświadcza jako przykre, niepożądane i bolesne.

Człowiek umierający – osoba, której funkcje życiowe ustają.

Efekt Papageno – efekt osiągany przez środki masowego przekazu mające na celu przedstawianie sposobów rozwiązywania sytuacji kryzysowych oraz dawanie nadziei.

Efekt Wertera – efekt naśladownictwa. Wzrost liczby samobójstw spowodowany nagłośnieniem w mediach informacji o samobójstwie znanej osoby.

Eksperyment kliniczny – badanie naukowe, które ma na celu sprawdzenie skuteczności oraz bezpieczeństwa produktu leczniczego, wyrobu medycznego lub innej techniki medycznej (zabiegu, testu diagnostycznego).

Etapy umierania – następowanie po sobie faz prowadzących do śmierci: zredukowanie, życie minimalne, śmierć pozorną, śmierć kliniczną, życie pośrednie.

Etapy żałoby – następowanie po sobie stadiów przeżywania straty bliskiej osoby. Stadia obejmują: fazę początkową, fazę dezorganizacji, fazę przemiany, fazę orientacji na przyszłość.

Etyka – ogół zasad i norm składających się na właściwe i moralne postępowanie ludzkie przyjęte w danym okresie i miejscu.

Eutanazja – pozbawienie życia osoby w sytuacji nieuleczalnej choroby na prośbę jej lub kogoś z rodziny.

Hospicjum – instytucja stosująca metody opieki paliatywnej, skierowana do pacjentów przewlekle oraz nieuleczalnie chorych. Działania w hospicjum skupiają się na leczeniu objawowym, czyli łagodzeniu objawów choroby.

Informowanie o zbliżającej się śmierci – jest to przekazywanie informacji osobie chorej lub jej rodzinie o niepomyślnych rokowaniach, a w konsekwencji zbliżającej się śmierci.

Instytucjonalizacja śmierci – śmierć w szpitalu lub hospicjum.

Kampania społeczna – różne działania zaplanowane w danym czasie, mające określoną grupę odbiorców, zmierzające do poszerzania wiedzy, zmiany myślenia, postaw wobec określonych problemów społecznych lub prowadzące do rozwiązywania problemu społecznego ograniczającego osiągnięcie dobra wspólnego sformułowanego jako dany cel marketingowy.

Komunikacja – proces porozumiewania się przebiegający na różnych poziomach i przy użyciu zróżnicowanych środków. Celem komunikacji powinna być wymiana myśli, dzielenie się wiedzą, informacjami i ideami.

Komunikacja w sytuacji śmierci – są to wszelkiego rodzaju rozmowy odbywające się w sytuacji związanej ze śmiercią, na przykład zbliżającą się, nagłą, samobójczą, mające na celu niesienie wsparcia i psychoedukacji.

Krionika – wprowadzenie ciała ludzi i zwierząt w stan głębokiego ochłodzenia i przechowywanie go w temperaturze ciekłego azotu (-196°C) w celu przywrócenia do życia w momencie rozwoju medycyny pozwalającego na utrzymywanie jednostki przy życiu.

Lekarz – osoba zajmująca się utrzymywaniem lub poprawą zdrowia dzięki: badaniu, diagnozowaniu, prognozowaniu, leczeniu.

Lęk – stan emocjonalny odznaczający się przewidywaniem pojawienia się niebezpieczeństwa z zewnątrz lub wewnątrz organizmu. Do najczęstszych objawów należy niepokój, uczucie napięcia, skrępowania lub zagrożenia.

List samobójczy – list, najczęściej pożegnalny, napisany przez osobę, która zamierza popełnić samobójstwo.

Nagła śmierć – śmierć niewywołana przyczynami naturalnymi. Do zgonu dochodzi w kilka sekund.

Osoba przewlekle chora – jest to osoba dotknięta chorobą o: powolnym początku, objawach utrzymujących się przynajmniej 3 miesiące lub często nawracających, niemożliwości całkowitego wyleczenia.

Pacjent – osoba korzystająca ze świadczeń opieki zdrowotnej.

Personel medyczny – wszystkie osoby pracujące w szpitalu lub innych placówkach opieki zdrowotnej. Celem ich pracy jest pomoc w powrocie do zdrowia.

Pielęgniarka – „samodzielny, medyczny zawód z grupy specjalistów do spraw zdrowia. Sprawuje opiekę medyczną nad pacjentem, asystuje lekarzowi w czasie zabiegów, operacji, wykonuje samodzielne działania w zakresie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji medycznej, a także wykonuje zlecenia lekarskie. Zajmuje się także szeroko rozumianą edukacją zdrowotną i promocją zdrowia” (Pielęgniarki Cyfrowe, 2018).

Pogrzeb – obrzęd towarzyszący ostatniemu pożegnaniu z osobą zmarłą, związany z pochówkiem lub kremacją zwłok.

Pomoc w sytuacji śmierci – wszelkie działania mające na celu wsparcie osób dotkniętych śmiercią bliskiej osoby.

Poradnik – zbiór rad i informacji z jakiejś dziedziny, często skupiający się nie tylko na aspekcie teoretycznym, ale również na praktyce (na przykład lista zadań do wykonania).

Reakcja na samobójstwo – jest to ogół zachowań, emocji i myśli towarzyszących przeżywaniu wiadomości o samobójstwie bliskiej osoby.

Reakcja na śmierć – ogół zachowań, emocji i myśli towarzyszących przeżywaniu wiadomości o śmierci bliskiej osoby.

Rodzaje śmierci – różne odmiany śmierci. Wyróżniamy śmierć: biologiczną, kliniczną, mózgu i gwałtowną.

Samobójstwo – celowe i świadome działanie mające na celu odebranie sobie życia.

Stadia choroby – etapy rozwoju choroby. Każdy etap niesie ze sobą określone objawy i najczęściej powoduje pogorszenie stanu zdrowia.

Strach – stan silnego napięcia emocjonalnego pojawiający się w sytuacjach realnego lub wyobrażonego zagrożenia zdrowia i życia. Reakcją organizmu na strach jest na przykład silne napięcie mięśni.

Szpital – miejsce w systemie opieki zdrowotnej. Celem działania placówki jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w warunkach zamkniętych, leczenie pacjentów, a także zajmowanie się opieką zdrowotną ludzi zdrowych.

Sztuczne podtrzymywanie życia – utrzymanie funkcji życiowych poprzez specjalistyczną aparaturę.

Śmierć – ustanie funkcji życiowych.

Śmierć kliniczna – całkowite, lecz odwracalne ustanie czynności układu oddechowego i krążenia. Odwracalność trwa jednak tylko do pewnego momentu, do osiągnięcia okresu interletalnego.

Śmierć naturalna – zgon wskutek procesów starzenia się.

Śmierć przedwczesna – sytuacja, w której do śmierci doszło w okresie poprzedzającym okres starości.

Śmierć w nieszczęśliwym wypadku – śmierć mająca miejsce wskutek gwałtownego zdarzenia, będącego jedyną i bezpośrednią przyczyną czyjejś śmierci. Nieszczęśliwy wypadek nie zależy od woli ani stanu zdrowia, lecz jest związany z przyczyną zewnętrzną.

Tabu – „głęboki i fundamentalny zakaz kulturowy, którego złamanie powoduje spontaniczną i niejednokrotnie gwałtowną reakcję ze strony ogółu przedstawicieli tej kultury, gdyż jest przez nich odbierane jako zamach na całą strukturę tej kultury i jej integralność” (za: Boniecka, 2016, s. 187).

Telefon pomocowy – forma pomocy mająca na celu udzielenie wsparcia osobie w kryzysie.

Testament – spisanie ostatniej woli. Najczęściej dotyczy rozporządzenia własnym majątkiem.

Umieranie – proces ustawiania funkcji życiowych.

Zakończenie życia – inaczej śmierć. Jest to moment ustania funkcji życiowych.

Żaloba – „psychiczna, społeczna i cielesna reakcja stanowiąca odpowiedź człowieka na utratę najwyżej cenionych wartości i choć kojarzy się głównie ze śmiercią najbliższych, może również pojawić się, gdy nagle zabraknie ważnego uczucia, nadziei, pozycji społecznej, bezpieczeństwa, majątku, zdrowia, pracy i innych” (za: Lange, 2021, s. 92).

Aneks 8. Wykaz nazwisk osób zajmujących się etyką w komunikacji śmierci

Adamkiewicz Marek – projekt społeczeństwa krionicznego

Albrizio M. – opracowanie zagadnień utraty bliskiej osoby, osierocenie

Antczykowski Maurycy – opieka paliatywna w pediatrii, śmierć dziecka a możliwe skutki psychologiczne i psychiatryczne u rodziców

Aumonier Nicolas – opracowanie zagadnienia eutanazji

Badura-Madej Wanda – psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby

Baranowska Anna – etyczne aspekty eutanazji

Barańska Agnieszka – zapobieganie społecznej śmierci osób starszych, aktywizacja seniorów w Uniwersytetach Trzeciego Wieku

Barraclough Jean – emocje towarzyszące chorobie onkologicznej

Bartoszek Antoni ks. – człowiek w obliczu śmierci i umierania, moralne aspekty opieki paliatywnej, etyczne aspekty terapii przeciwnowotworowej

Bartnicki Janusz – psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalnym

Basek Agata – współczesne podejście do umierania i żałoby, etyczne aspekty mediatyzacji śmierci

Beiginier Bernard – opracowanie zagadnienia eutanazji

Bejda Grzegorz – zagadnienia związane z kulturą śmierci oraz kulturą umierania

Biel Dariusz – komunikacja w sytuacjach kryzysowych w aspekcie językowym, psychologicznym, prawnym

Bielecka Urszula – mity na temat zdrowej i patologicznej żałoby

Bitiucka Dorota – profilaktyka zakażeń dróg oddechowych u pacjentów leczonych na oddziałach chirurgii onkologicznej

Block Bogusław – leczenie nieuleczalnie chorych, sposoby rozmowy z dziećmi na temat śmierci i żałoby

Blok Katarzyna – opieka paliatywna w pediatrii, problemy psychologiczne u pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową, znaczenie rehabilitacji u kobiet z rakiem piersi

Bołoz Wojciech – problemy etyczne końca życia

Bomber Kamil – metody i formy duszpasterskiego towarzyszenia w żałobie, adaptacja społeczna kobiet po poronieniu

Boratyński Wojciech – stosunek przedstawicieli różnych religii do transplantacji

- Borys Mariusz ks.** – rola duszpasterza w opiece paliatywnej i szpitalnej
- Bosek Leszek** – opracowanie zagadnienia eutanazji i wspomaganego samobójstwa
- Bossaert Leo** – etyka resuscytacji oraz problemy końca życia
- Breczko Jacek** – filozoficzne sposoby radzenia sobie ze śmiercią
- Bryk Andrzej** – eutanazja jako prawo człowieka i forma konsumpcjonizmu
- Bubiak Agata** – psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalnym
- Burak Anna** – podeszły wiek jako czynnik warunkujący dyskryminację
- Burkhard Peter** – rozmowy o śmierci i umieraniu, hipnoterapia pacjentów chorych na nowotwór
- Cepuch Grażyna** – medykalizacja śmierci a prawa i godność dziecka u kresu życia, rodzina w sytuacji wyznaczonej chorobą zagrażającą życiu dziecka
- Chadzopulu Antyгона** – podejście do starości na przestrzeni wieków i w różnych kulturach
- Chęciński Igor** – intensywna terapia bezpieczna dla lekarza i pacjenta – dylematy medyczne i prawne
- Chmielewska-Ignatowicz Tomira** – sposoby przekazywania pacjentowi przez lekarza informacji o chorobie nowotworowej
- Chrystowska-Jabłońska Bogumiła** – strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową
- Chudzicka-Czupała Agata** – współczesne podejście do umierania i żałoby, etyczne aspekty mediatyzacji śmierci
- Ciałkowska-Rysz Aleksandra** – organizacja opieki paliatywnej
- Cohen Jacob** – znaczenie śmierci bliskich osób
- Cybulski Mateusz** – podejście do starości na przestrzeni wieków i w różnych kulturach
- Czuchnowska Hanna** – sposoby powiadamiania o śmierci nagłej

Czupryna Antoni – specyfika życia z chorobą nowotworową

Dąbska Olga – zapobieganie społecznej śmierci osób starszych, aktywizacja seniorów w Uniwersytetach Trzeciego Wieku

Dembna Iwona – podeszły wiek jako czynnik warunkujący dyskryminację

de Walden-Gałuszko Krystyna – zasady komunikacji i problemy etyczne w opiece paliatywnej i psychopaliatywnej, zasady pomocy choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi, psychospołeczne aspekty opieki, filozoficzne postępowanie w opiece paliatywnej

Dębska Grażyna – rodzina w sytuacji wyznaczonej chorobą zagrażającą życiu dziecka

Di Nola Alfonso Maria – tryumf śmierci, antropologia żałoby

Dorna Krzysztof – znaczenie rehabilitacji u kobiet z rakiem piersi

Drożdżowicz Lucyna – sposoby pracy z rodzinami w sytuacji śmierci i żałoby

Durek Grażyna – wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli oddziałach intensywnej terapii

Durkheim Émile – opracowanie zagadnień związanych z samobójstwami

Dyk Tomasz Stefan – problemy komunikacyjne w otoczeniu pacjenta w kontekście emocji związanych ze śmiercią

Dziadel Agnieszka – przyczyny upadku dawnych kultur w ujęciu kontekstu religijnego i stosunku do śmierci

Dziewiszek Małgorzata – problemy psychologiczne u pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową, znaczenie rehabilitacji u kobiet z rakiem piersi

Eyal Keren – znaczenie śmierci bliskich osób

Ferenc Andrzej – podeszły wiek jako czynnik warunkujący dyskryminację

Ferenc Stanisław – znaczenie rehabilitacji u kobiet z rakiem piersi, śmierć dziecka a możliwe skutki psychologiczne i psychiatryczne u rodziców

Filipczak-Bryniarska Iwona – komunikacja w opiece paliatywnej

Flakus Joanna – pozamedyczne aspekty opieki paliatywnej

Fopka-Kowalczyk Małgorzata – poczucie straty po śmierci pacjenta wśród pracowników opieki paliatywnej

Foryś Zofia – rodzina w sytuacji wyznaczonej chorobą zagrażającą życiu dziecka

Franek Grażyna – ocena poziomu depresji u pacjentów onkologicznych

Gawłów-Nowak Lilianna – krytyczne spojrzenie na regulację prawną stwierdzenia ustania czynności mózgu, transplantacja jako nadzieja na nowe życie, aspekty prawne opieki nad matką po urodzeniu dziecka martwego, wykorzystywanie martwych ciał do badań naukowych, śmierć pacjenta na bloku operacyjnym, porażka zawodowa w odczuciu pielęgniarki anestezyjologicznej, pozaszpitalne zatrzymanie krążenia i jego konsekwencje dla najbliższych

Georgiou Michael – etyka resuscytacji oraz problemy końca życia

Głąb Dorota – trudne sytuacje w opiece paliatywnej, możliwości pomocy psychologicznej

Gnus Jan – opieka paliatywna w pediatrii, problemy psychologiczne u pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową, śmierć dziecka a możliwe skutki psychologiczne i psychiatryczne u rodziców

Gołąb Dorota – pomoc psychologiczna w opiece paliatywnej, specyfika kontaktu z osobą chorą na nowotwór

Gołębiwska Katarzyna – specyfika komunikowania się pielęgniarki z chorym umierającym

Gonet Martyna – opieka paliatywna w pediatrii, problemy psychologiczne u pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową, znaczenie rehabilitacji u kobiet z rakiem piersi

Goździk Jolanta – granice interwencji medycznych, opieka paliatywna dzieci chorych nieuleczalnie

Górecki Mirosław – hospicjum w służbie umierającym, geneza i rozwój opieki hospicyjno-paliatywnej, umieranie i tajemnica śmierci

Górka Swietłana – psychologiczne aspekty pomocy psychologicznej uczniom w sytuacji śmierci samobójczej ucznia, interwencje kryzysowe w szkole oraz trauma przeżywana przez dzieci

Górna Krystyna – specyfika komunikowania się pielęgniarki z chorym umierającym

Grabowski Rafał – dylematy etyczne końca życia, problemy uporczywej terapii

Gracjarek Anna – sztuka rozmowy z osobą chorą

Graf Lucyna – krytyczne spojrzenie na regulację prawną stwierdzenia ustania czynności mózgu, transplantacja jako nadzieja na nowe życie, aspekty prawne opieki nad matką po urodzeniu dziecka martwego, wykorzystywanie martwych ciał do badań naukowych, śmierć pacjenta na bloku operacyjnym, porażka zawodowa w odczuciu pielęgniarki anestezyjologicznej, pozaszpitalne zatrzymanie krążenia i jego konsekwencje dla najbliższych

Grassmann Magdalena – potrzeby duchowe chorych, postawy ludzi wobec śmierci

Grzybowski Przemysław Paweł – cierpienie, choroba i śmierć w sytuacji spotkania z drugim człowiekiem, od spotkania do dialogu z Innym i Obcym

Gurowiec Piotr – pozaszpitalne zatrzymanie krążenia i jego konsekwencje dla najbliższych

Guzowski Andrzej – potrzeby duchowe chorych, zagadnienia związane z kulturą śmierci oraz kulturą umierania, postawy ludzi wobec śmierci

Habrajska Grażyna – etyka w komunikacji

Harasim-Piszczałowska Emilia – żałoba w rodzinie pacjenta lekarza rodzinnego

Hauser Willy – opieka paliatywna w pediatrii

Hącia Paulina – opieka paliatywna w pediatrii, problemy psychologiczne u pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową

Irzyniec Tomasz – ocena poziomu depresji u pacjentów onkologicznych

Jacenko Anna – specyfika komunikowania się pielęgniarki z chorym umierającym

Janecki Marcin – zadania pielęgniarki w procesie promocji i edukacji zdrowotnej wobec chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową

Jankowiak Barbara – etyczne aspekty eutanazji

Janusz Bernadetta – sposoby pracy z rodzinami w sytuacji śmierci i żałoby

Jaracz Krystyna – specyfika komunikowania się pielęgniarki z chorym umierającym

Jastrzębski Jarosław – emocjonalne i religijne uwarunkowania lęku przed śmiercią u młodzieży

Jędrzejewski Wit – adaptacja społeczna kobiet po poronieniu

Juczyński Zygfryd – strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową

Kaczmarek Agnieszka – śmierć i poszukiwanie znaczenia w kontekstach kulturowych

Kaptur Anna – problemy i oczekiwania chorych umierających i ich rodzin

Karczewska Olimpia – krytyczne spojrzenie na regulację prawną stwierdzenia ustania czynności mózgu, transplantacja jako nadzieja na nowe życie, aspekty prawne opieki nad matką po urodzeniu dziecka martwego, wykorzystywanie martwych ciał do badań naukowych, śmierć pacjenta na bloku operacyjnym, porażka zawodowa w odczuciu pielęgniarki anestezyjologicznej, pozaszpitalne zatrzymanie krążenia i jego konsekwencje dla najbliższych

Kasperczak Michał – opieka paliatywna w pediatrii, śmierć dziecka a możliwe skutki psychologiczne i psychiatryczne u rodziców

Kęciek Krzysztof – opracowanie zagadnień związanych z krioniką

Kielanowski Tadeusz – człowiek w obliczu śmierci

Kleja Justyna – komunikacja w opiece paliatywnej

Klimaszewska Krystyna – etyczne aspekty eutanazji

Klimek Krystyna – holistyczna opieka nad człowiekiem chorym u schyłku życia i jego rodziną w środowisku domowym

Kobylarz Krzysztof – granice interwencji medycznych, opieka paliatywna dzieci chorych nieuleczalnie

Kolwitz Marcin – problemy komunikacyjne w otoczeniu pacjenta w kontekście emocji związanych ze śmiercią

Komarnicka-Jędrzejewska Olga – metody i formy duszpasterskiego towarzyszenia w żałobie, adaptacja społeczna kobiet po poronieniu

Kotlińska-Lemieszek Aleksandra – dziecko po śmierci rodzica lub innej znaczącej osoby

Kowalewska Beata – etyczne aspekty eutanazji

Kowalewska Inga – adaptacja społeczna kobiet po poronieniu

Kowalczyk-Sroka Bogumiła – poziom lęku a stopień akceptacji choroby nowotworowej

Knihnicka-Mercik Zdzisława – psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalnym

Krajewska-Kulak Elżbieta – potrzeby duchowe chorych, zagadnienia związane z kulturą śmierci oraz kulturą umierania, wpływ przekonań religijnych pielęgniarki na sprawowanie przez nie funkcji zawodowych, postawy ludzi wobec śmierci, różne podejścia do starości

Krajnik Małgorzata – problemy etyczne końca życia, dylematy etyczne końca życia

Królowski Michał – współczesne wyzwania bioetyczne

Kruszecka-Krówka Agnieszka – medykalizacja śmierci a prawa i godność dziecka u kresu życia

Kuciel-Lewandowska Jadwiga – problemy psychologiczne u pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową, śmierć dziecka a możliwe skutki psychologiczne i psychiatryczne u rodziców

Kupcewicz Ewa – analiza poczucia satysfakcji z życia kobiet leczonych z powodu nowotworu piersi

Kusza Krzysztof – wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii

Kübler Andrzej – terapia daremna dla lekarzy i pracowników, intensywna terapia bezpieczna dla lekarza i pacjenta – dylematy medyczne i prawne, wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii

Kübler-Ross Elisabeth – rozmowy o śmierci i umieraniu, śmierć jako ostatni etap rozwoju

Lankau Agnieszka – wpływ przekonań religijnych pielęgniarki na sprawowanie przez nią funkcji zawodowych

Lehman Ryszard – opracowanie zagadnienia kriogeniki

Lelonek Barbara – poziom lęku a stopień akceptacji choroby nowotworowej

Leszczyńska Katarzyna – ocena poziomu depresji u pacjentów onkologicznych

Leśniewski Krzysztof – filozoficzne i teologiczne sposoby przezwycięzania lęku przed śmiercią

Letellier Philippe – opracowanie zagadnienia eutanazji

Lickiewicz Jakub – postępowanie i kontakt z rodziną krytycznie chorego

Lippert Freddy K. – etyka resuscytacji oraz problemy końca życia

Liszka-Kisielewska Bogusława – psychologiczna specyfika rozmowy z chorym, znaczenie informacyjne i terapeutyczne rozmowy

Litiwniuk Maria – emocjonalne konsekwencje i możliwości pomocy psychologicznej w nawrotach choroby nowotworowej

Litwiński Robert – rozprawa o etyce w komunikacji

Łukaszewicz Marcin – opracowanie zagadnienia związanego z kroniką

Łukaszuk Cecylia – podejście do starości na przestrzeni wieków i w różnych kulturach, analiza czynników ryzyka samobójstw

Macdonald Elizabeth – spokojna śmierć, opracowanie zagadnienia współtowarzyszenia przy odchodzeniu

Majchrowska Anita – instytucjonalizacja śmierci i umierania w klasycznej polskiej socjologii medycyny

Makowska Magdalena – sytuacja socjalna pacjentów kliniki opieki paliatywnej, problemy pacjentów kliniki paliatywnej, rola pracownika socjalnego w opiece paliatywnej, sposoby werbalizacji i wizualizacji żałoby w tekstach medialnych

Malczewski Jacek – etyczno-prawne ujęcie pojęcia eutanazji

Marcysiak Małgorzata – postawy pielęgniarek wobec eutanazji

Marcysiak Miłosz – postawy pielęgniarek wobec eutanazji

Maślanka Paulina – problemy psychologiczne u pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową, śmierć dziecka a możliwe skutki psychologiczne i psychiatryczne u rodziców

Miodońska Elżbieta – ocena poziomu depresji u pacjentów onkologicznych

Mroczkowska Renata – krytyczne spojrzenie na regulację prawną stwierdzenia ustania czynności mózgu, transplantacja jako nadzieja na nowe życie, aspekty prawne opieki nad matką po urodzeniu dziecka martwego, wykorzystywanie martwych ciał do badań naukowych, śmierć pacjenta na bloku operacyjnym, porażka zawodowa w odczuciu pielęgniarki anestezyjologicznej, pozaszpitalne zatrzymanie krążenia i jego konsekwencje dla najbliższych

Mrówczyńska Ewa – sedacja w opiece paliatywnej, nadzieje i zagrożenia różnych środków uspokajających u pacjentów paliatywnych

Mularczyk Paulina – stosunek przedstawicieli różnych religii do transplantacji

Nawrot Oktawian – opracowanie zagadnienia eutanazji i wspomaganego samobójstwa

Nęcek Robert ks. – komunikacja i opieka religijna ze starszymi i umierającymi

Niemiec Małgorzata – etyczne aspekty dotyczące końca życia

Nowaczyk Agnieszka – poród martwego płodu a wpływ na psychikę rodzącej

Nowak Irena – doświadczenie kryzysu w chorobie nowotworowej

Nowak-Kapusta Zofia – ocena poziomu depresji u pacjentów onkologicznych

Ochotny Piotr – metody i formy duszpasterskiego towarzyszenia w żałobie, adaptacja społeczna kobiet po poronieniu

Olejniczak Dominik – stosunek przedstawicieli różnych religii do transplantacji

Opozda Danuta – rodzina w sytuacji straty bliskiej osoby

Orońska Anna – rozmowa z nieuleczalnie chorym i jego rodziną, godność człowieka umierającego w różnych religiach świata

Ostoja-Zawadzka Krystyna – psychologiczne znaczenie żałoby w rodzinie

Ostrowska Antonina – przemiany postaw wobec śmierci, śmierć w doświadczeniu jednostki oraz społeczeństwa

Ostrowska Bożena – postawy pielęgniarek wobec eutanazji

Otrębski Wojciech – człowiek nieuleczalnie chory w różnych aspektach

Panas Krystyna Teresa – psychologiczny wymiar śmierci i aspekty umierania

Paprocka-Borowicz Małgorzata – opieka paliatywna w pediatrii, problemy psychologiczne u pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową, znaczenie rehabilitacji u kobiet z rakiem piersi, śmierć dziecka a możliwe skutki psychologiczne i psychiatryczne u rodziców

Pawlak Agnieszka – społeczne postrzeganie śmierci i umierania we współczesnej perspektywie tanatologicznej

Pawlikowska-Łagód Katarzyna – zapobieganie społecznej śmierci osób starszych, aktywizacja seniorów w Uniwersytetach Trzeciego Wieku

Pawłowski Leszek – problemy etyczne w opiece paliatywnej

Perkowska Marlena – analiza czynników ryzyka samobójstw

Pfanhauser Monika – opieka paliatywna w pediatrii, śmierć dziecka a możliwe skutki psychologiczne i psychiatryczne u rodziców

Piątkowski Włodzimierz – instytucjonalizacja śmierci i umierania w klasycznej polskiej socjologii medycyny

Piechota Mariusz – wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii

Pilitowski Andrzej – postawy pielęgniarek wobec eutanazji

Plagens-Rotman Katarzyna – poród martwego płodu a wpływ na psychikę rodzącej

Podławska Paulina – problemy psychologiczne u pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową, śmierć dziecka a możliwe skutki psychologiczne i psychiatryczne u rodziców

Połocka-Molińska Maria – poród martwego płodu a wpływ na psychikę rodzącej

Ptaszek Gabriela – krytyczne spojrzenie na regulację prawną stwierdzania ustania czynności mózgu, transplantacja jako nadzieja na nowe życie, aspekty prawne opieki nad matką po urodzeniu dziecka martwego, wykorzystywanie martwych ciał do badań naukowych, śmierć pacjenta na bloku operacyjnym, porażka zawodowa w odczuciu pielęgniarki anestezyjologicznej, pozaszpitalne zatrzymanie krążenia i jego konsekwencje dla najbliższych

Rabiega Remigiusz – eutanazja jako problem prawny i etyczny

Raffay Violetta – etyka resuscytacji oraz problemy końca życia

Rajczuk Katarzyna – nagła głuchota a śmierć społeczna

Rogiewicz Maria – trwoga u pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej

Rolka Hanna – etyczne aspekty eutanazji

Rygorowicz Ewa – potrzeby duchowe chorych, postawy ludzi wobec śmierci

Rzędzian Joanna – stosunek przedstawicieli różnych religii do transplantacji

Sebastyańska-Targowska Izabela – obszar komunikacji niewerbalnej między położną a pacjentką w sytuacji poronienia

Sejboth Justyna – aspekty prawne opieki nad matką po urodzeniu dziecka martwego, pozaszpitalne zatrzymanie krążenia i jego konsekwencje dla najbliższych

Serdnicki Wojciech – postępowanie i kontakt z rodziną krytycznie chorego

Sielicka Edyta – Internet jako środowisko wsparcia młodzieży w sytuacji żałoby

Sierżantowicz Regina – profilaktyka zakażeń dróg oddechowych u pacjentów leczonych na oddziałach chirurgii onkologicznej

Siewiera Jacek – terapia daremna dla lekarzy i prawników, wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii

Sinkiewicz Władysław – dylematy etyczne końca życia, problemy uporczywej terapii

Sojka Jerzy – etyczne rozważania wobec końca życia

Stachnik Katarzyny – dziecko po śmierci rodzica lub innej znaczącej osoby

Stachowiak Andrzej – sedacja w opiece paliatywnej, nadzieje i zagrożenia różnych środków uspokajających u pacjentów paliatywnych

Stecler Bogusław – chory i jego cierpienie, sytuacje śmierci i żałoby dzieci w szkole, rozmowy z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym

Steen Petter A. – etyka resuscytacji oraz problemy końca życia

Stepulak Marian Zdzisław ks. – problemy etyczno-zawodowe psychologa klinicznego pracującego z chorymi terminalnie, człowiek wobec śmierci

Studen Stanisława – psychologiczne aspekty doświadczania żałoby

Sternik Anna – krytyczne spojrzenie na regulację prawną stwierdzenia ustania czynności mózgu, transplantacja jako nadzieja na nowe życie, aspekty prawne opieki nad matką po urodzeniu dziecka martwego, wykorzystywanie martwych ciał do badań naukowych, śmierć pacjenta na bloku operacyjnym, porażka zawodowa w odczuciu pielęgniarki anestezjologicznej, pozaszpitalne zatrzymanie krążenia i jego konsekwencje dla najbliższych

Stępień Renata – problemy i oczekiwania chorych umierających i ich rodzin

Stolecka Barbara – krytyczne spojrzenie na regulację prawną stwierdzenia ustania czynności mózgu, transplantacja jako nadzieja na nowe życie, aspekty prawne opieki nad matką po urodzeniu dziecka martwego, wykorzystywanie martwych ciał do badań naukowych, śmierć pacjenta na bloku operacyjnym, porażka zawodowa w odczuciu pielęgniarki anestezjologicznej, pozaszpitalne zatrzymanie krążenia i jego konsekwencje dla najbliższych

Stradomska Marlena – komunikacja w relacji pomocowej w aspekcie suicydologicznym

Suchocka Lilia – psychologia bólu, psychologiczna analiza cierpienia w chorobie przewlekłej

Sumiała Johanna – komunikacja w mediach, rytuałach oraz sytuacji śmierci

Synowiec-Piłat Małgorzata – kontekst społeczny komunikacji z chorymi na raka

Syrek Ewa – jakość życia w chorobie, zdrowie w obszarze pedagogiki specjalnej

Szczepaniak Lucjan ks. – moralne problemy związane ze szpitalną opieką medyczną służby medycznej

Szczepaniec-Cięciak Elżbieta – opracowanie zagadnienia kriogeniki

Szeroczyńska Małgorzata – odstępianie od uporczywej terapii, eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie

Szewczyk Kazimierz – zagadnienia bioetyki, medycyna na granicach życia

Szkulmowski Zbigniew – wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii

Szypulska Marzena – profilaktyka zakażeń dróg oddechowych u pacjentów leczonych na oddziałach chirurgii onkologicznej

Śledzianowski Jan ks. – etyczne spojrzenie na eutanazję

Śleziona Mariola – krytyczne spojrzenie na regulację prawną stwierdzenia ustania czynności mózgu, transplantacja jako nadzieja na nowe życie, aspekty prawne opieki nad matką po urodzeniu dziecka martwego, wykorzystywanie martwych ciał do badań naukowych, śmierć pacjenta na bloku operacyjnym, porażka zawodowa w odczuciu pielęgniarki anestezjologicznej, pozaszpitalne zatrzymanie krążenia i jego konsekwencje dla najbliższych

Ślipko Tadeusz Tomasz ks. – etyczne problemy aborcji oraz samobójstw

Śliwowska Marta – profilaktyka zakażeń dróg oddechowych u pacjentów leczonych na oddziałach chirurgii onkologicznej

Świętochowski Waldemar – system rodzinny wobec przewlekłej choroby somatycznej

Świrydowicz Teresa – psychologiczne aspekty komunikowania się z pacjentem w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej

Tatuur G. – rola etyki a filozofia wsparcia i troski w pielęgniarstwie onkologicznym

Thorpe G. – rehabilitacja w opiece paliatywnej

Tlappa Jacek – podeszły wiek jako czynnik warunkujący dyskryminację

Tołoczko Aleksandra – analiza poczucia satysfakcji z życia kobiet leczonych z powodu nowotworu piersi

Tomaszewska I. – psychologiczne aspekty depresji w chorobach nowotworowych

Trusewicz Zygmunt – podejście do starości na przestrzeni wieków i w różnych kulturach

Trylińska-Tekielska Elżbieta – rola psychologa w hospicjum

Tworkowska Anna – implikacje prawne i społeczno-kulturowe śmierci człowieka ze szczególnym uwzględnieniem problematyki ochrony dóbr osobistych

Twycross Robert – psychologiczne zagadnienie zgody na odejście bliskiej osoby

Tucholska Stanisława – psychologiczne aspekty doświadczania żałoby, psychologiczna analiza procesu żałoby

Urawska Paulina – śmierć dziecka a możliwe skutki psychologiczne i psychiatryczne u rodziców

Walejewska-Iwaszko Krystyna – przyczyny upadku dawnych kultur w ujęciu kontekstu religijnego i stosunku do śmierci

Warnock Mary – spokojna śmierć, opracowanie zagadnienia współtowarzyszenia przy odchodzeniu

Warzeszak Stanisław ks. – etyczne aspekty opieki paliatywnej

Wawros Karina – krytyczne spojrzenie na regulację prawną stwierdzenia ustania czynności mózgu, transplantacja jako nadzieja na nowe życie, aspekty prawne opieki nad matką po urodzeniu dziecka martwego, wykorzystywanie martwych ciał do badań naukowych, śmierć pacjenta na bloku operacyjnym, porażka zawodowa w odczuciu pielęgniarki anestezyjologicznej, pozaszpitalne zatrzymanie krążenia i jego konsekwencje dla najbliższych

Wenzel M. – zebranie opinii o eutanazji

Wesołowska Iwona – sytuacja socjalna pacjentów kliniki opieki paliatywnej, problemy pacjentów kliniki paliatywnej, rola pracownika socjalnego w opiece paliatywnej

Winch Bożena – komunikacja z rodziną pacjenta chorego onkologicznie, specyfika rozmowy z rodziną osoby terminalnie chorej

Winter Paweł – opieka paliatywna w pediatrii, problemy psychologiczne u pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową

Wiraszka Grażyna – problemy i oczekiwania chorych umierających i ich rodzin

Wiśniewska Ewa – postawy pielęgniarek wobec eutanazji, śmierć w pracy a obraz śmiertelnych skutków nieprzestrzegania zasad BHP

Wojtasiński Zbigniew – opracowanie zagadnień związanych z nieśmiertelnością, przedłużaniem życia, życie z rakiem

Woźniak Magdalena – granice interwencji medycznych, opieka paliatywna dzieci chorych nieuleczalnie

Wordliczek Jerzy – postępowanie i kontakt z rodziną krytycznie chorego, życie z chorobą nowotworową, komunikacja w opiece paliatywnej, leczenie bólu

Wrona Barbara – lęk przed śmiercią a wybrane koncepcje polskich bioetyków

Wrona-Polańska Helena – psychologiczne aspekty informowania o chorobie

Wrońska Irena – wpływ przekonań religijnych pielęgniarki na sprawowanie przez nie funkcji zawodowych

Yalom Irwin David – psychoterapeutyczne spojrzenie na zjawisko śmierci, traumy i żałoby oraz przemijania

Zabielski Józef ks. – posługa duszpasterska w opiece paliatywno-hospicyjnej jako świadectwo chrześcijańskiego miłosierdzia

Zagozda Marta – emocjonalne konsekwencje i możliwości pomocy psychologicznej w nawrotach choroby nowotworowej

Zagroba Małgorzata – postawy pielęgniarek wobec eutanazji

Zalewski Grzegorz – przyczyny upadku dawnych kultur w ujęciu kontekstu religijnego i stosunku do śmierci

Zasada Ewa – postępowanie i kontakt z rodziną krytycznie chorego

Zawadzka Anna – nagła głuchota a śmierć społeczna

Zdrowicka-Wawrzyniak Magdalena – rzeczywistość szpitalna bliskich pacjenta głęboko nieprzytomnego

Zdunek Roksana – komunikacja wizerunkowa organizacji hospicyjnych i jej wpływ na kształtowanie się świadomości społeczeństwa

Zdybek J. – cierpienie i problem psychoterapii

Zdziebło Kazimiera – problemy i oczekiwania chorych umierających i ich rodzin

Ziarko Michał – emocjonalne konsekwencje i możliwości pomocy psychologicznej w nawrotach choroby nowotworowej

Ziębińska-Witek Anna – turystyka śmierci jako zjawisko kulturowe.

Aneks 9. Wykaz materiałów źródłowych na temat śmierci i umierania (Album)

Spis treści

Rycina 1. Sofokles, <i>Antygona: tragedia Sofoklesa</i> , 442 p.n.e (tłum. Kaszewski Kazimierz, Warszawa 1853).....	280
Rycina 2. Sofokles, <i>Król Edyp</i> , 427 p.n.e. (tłum. Franciszek Wężyk, Kraków 1882).....	281
Rycina 3. <i>Pieśń o Rolandzie: poemat średniowieczny francuski z XI wieku</i> (tłum. Franciszek Wężyk, Kraków 1882)	282
Rycina 4. <i>Rozmowa Mistrza Polikarpa ze Śmiercią z XV wieku</i>	283
Rycina 5. <i>Złożenie do grobu</i> , Rafael Santi (1507)	284
Rycina 6. <i>Triumf śmierci</i> , Pieter Bruegel (1562)	285
Rycina 8. <i>Przemowy weselne i pogrzebowe</i> , Antoni Wosiński, 1628.....	287
Rycina 9. Darłowo – Sarkofag księżnej Jadwigi w kościele NMP, 1650	288
Rycina 10. Darłowo – Sarkofag księżnej Elżbiety z kościoła NMP, 1653	289
Rycina 11. Ostrowiec, p. sławieński – Epitafium Joachima von Podewils, 1676.....	290
Rycina 12. Karlino – Płyta nagrobna rodziny Petera Crolowa, 1681	291
Rycina 13. Karścino, p. białogardzki – Epitafium Zofii Charlotty von Manteüflen, I poł. XVII w.	292
Rycina 14. Słupsk MPŚ – Tablica fundacyjna kaplicy grobowej w Pieszczu, p. Sławno, 1728	293

Rycina 15. <i>Cierpienia młodego Wertera</i> (niem. <i>Die Leiden des jungen Werthers</i>) – powieść Johanna Wolfganga von Goethego, opublikowana w roku 1774.....	294
Rycina 16. Sulechówko, p. sławieński – Tablica epitafijna małżonków von Schliefen, 1779	295
Rycina 17. Rarwino, p. białogardzki – Epitafium Friedricha Dubisława von Platten, 1787	296
Rycina 18. Słupsk MPŚ – Epitafium nieznaney osoby z Komorowa, pow. Koszalin, XVIII wiek	297
Rycina 19. Słupsk MPŚ – Epitafium nieznaney osoby z Łącka, pow. Sławno, XVIII wiek.	298
Rycina 20. Słupsk MPŚ – Epitafium nieznaney osoby z Domasławic, p. Sławno, XVIII wiek	299
Rycina 21. Słupsk MPŚ – Konsola na koronę śmierci, XVIII wiek	300
Rycina 22. <i>Dziady</i> , Adam Mickiewicz, 1822 (Lwów, 1896).....	301
Rycina 23. <i>Konrad Wallenrod</i> , Adam Mickiewicz, 1828 (Warszawa, 1928).....	302
Rycina 24. <i>Reduta Ordona</i> , Adam Mickiewicz, 1833 (Kraków, 1882).....	303
Rycina 25. <i>Śmierć pułkownika</i> , Adam Mickiewicz, 1836 (Kraków, 1882).....	304
Rycina 26. Białogard – Płyta nagrobna Christiny Krigern, 1836	305
Rycina 27. <i>Pogrzeb Górala</i> , Aleksander Kostis, 1860	306
Rycina 28. <i>Kochanowski nad zwłokami Urszulki</i> , Jan Matejko, 1862.....	307
Rycina 29. Portret niezidentyfikowanej kobiety w stroju z okresu żałoby narodowej z chłopcem, Maksymilian Fajans, 1862–1868	308
Rycina 30. <i>Przy łożu śmierci</i> , Maurycy Gottlieb, 1876	309
Rycina 31. <i>Antek</i> , Bolesław Prus, 1880 (Warszawa, 1907)	310
Rycina 32. <i>Śmierć Ellenai</i> , Jacek Malczewski, 1883, olej na płótnie, fot. Muzeum Narodowe w Krakowie	311
Rycina 33. Piotr Stachiewicz: obraz znany jako „Widma w pracowni”, „Ukojenie”, „Śmierć”, farba olejna, tektura, datowany między 1883 a 1885, fot. z kolekcji Muzeum Narodowego w Krakowie	312
Rycina 34. <i>Śmierć sieroty</i> , Stanisław Grocholski, 1884	313
Rycina 35. <i>Śmierć Chopina</i> Félix-Josepha Barriasa, 1885	314

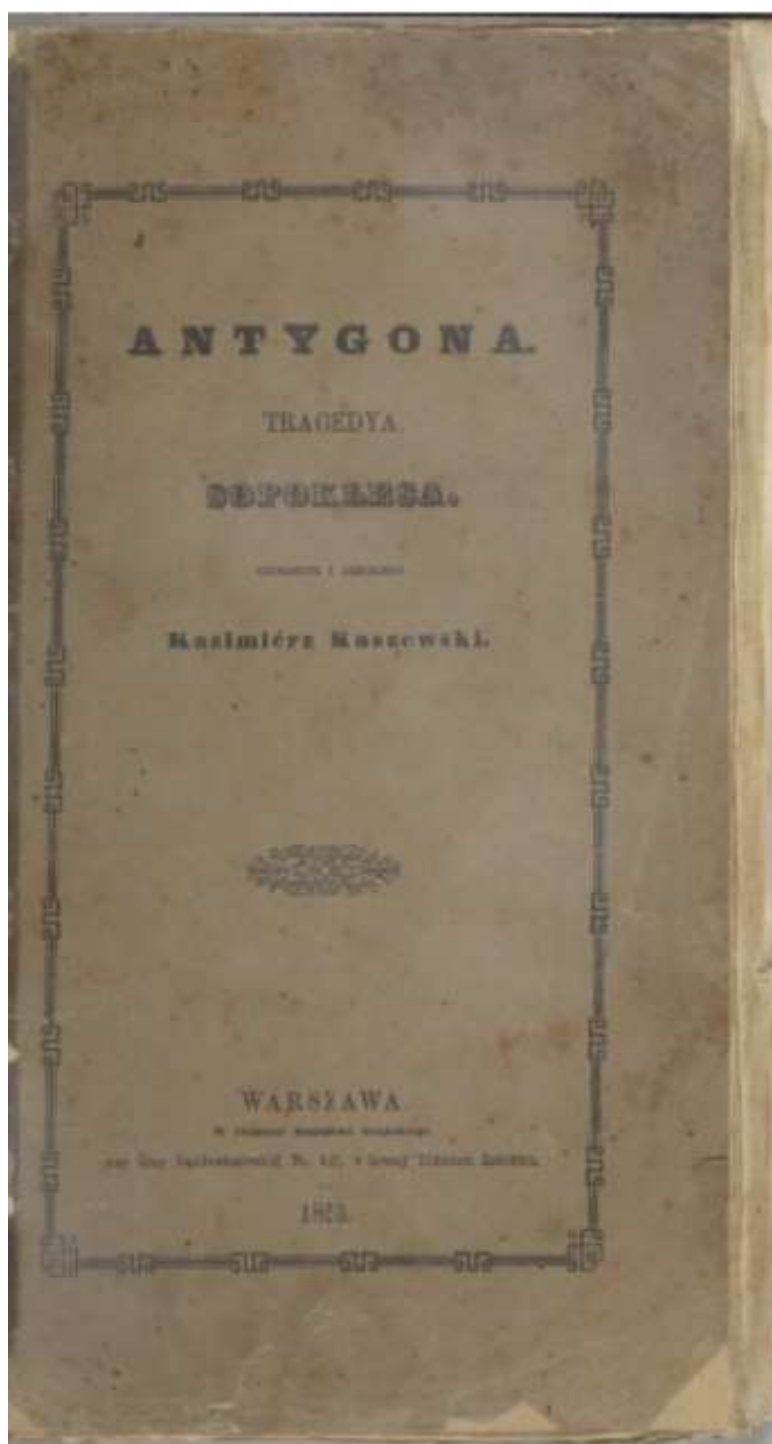
Rycina 36. <i>Stanisław Oświęcim przy zwłokach Anny Oświęcimówny</i> , Stanisław Wojciech Bergman, 1888	315
Rycina 37. <i>Pogrzeb Giedymina</i> , Kazimierz Alchimowicz, 1888	316
Rycina 38. Fotografia [<i>Kobieta w czerni płacząca nad nagrobkiem</i>], 1890–1920.....	317
Rycina 39. <i>Trumna chłopska</i> , Aleksander Gieryski, 1894, fot. Muzeum Narodowe w Warszawie	318
Rycina 40. <i>Marsz żałobny Chopina</i> , Władysław Podkowiński, 1894, olej na płótnie, 83,5 x 119,5 cm, wł. Muzeum Narodowe w Krakowie, fot. dzięki uprzejmości MNK	319
Rycina 41. <i>Pogrzeb</i> , Wojciech Weiss, 1895, własność Fundacji im. Raczyńskich przy Muzeum Historycznym miasta Krakowa, fot. Tomasz Kalarus/Muzeum Historyczne miasta Krakowa	320
Rycina 42. <i>Pochód śmierci po drodze życia</i> , Czesław Tański, obraz olejny na płótnie, 1898, fot. Muzeum Sztuki w Łodzi	321
Rycina 43. <i>Śmierć Paganiniego</i> , Edward Okuń, 1898, płótno, technika olejna, 184 x 134 cm, wł. Muzeum Lubelskie w Lublinie	322
Rycina 44. <i>Śmierć każdego ulagodzi olej na płótnie</i> , Marian Wawrzeniecki, 1898, fot. Muzeum Narodowe w Krakowie.....	323
Rycina 45. <i>Thanatos</i> , Jacek Malczewski, 1899	324
Rycina 46. <i>Padlina</i> , Charles Baudelaire, XIX wiek.....	325
Rycina 47. <i>Tanatos</i> , replika płaskorzeźby autorstwa Johanna Gottfrieda Schadowa pochodzącej z nagrobka hrabiego Aleksandra von der Marka, XIX wiek.....	326
Rycina 48. <i>Żałoba</i> , Artur Grottger, 1903	327
Rycina 49. <i>Śmierć Elenai</i> , Jacek Malczewski, 1907	328
Rycina 50., 50.1, 50.2, 50.3. Fotografie z pogrzebu pięcioletniej dziewczynki w Mszance, 1915	329
Rycina 51. Fotografia z pogrzebu, 1915	333
Rycina 52. <i>Zwyczaj pogrzebowe ludu polskiego</i> , Adam Fischer, 1915	334
Rycina 53. <i>Chorągiewka żałobna: wieczny odpoczynek racz im dać Panie</i> , 1915.....	335
Rycina 54. <i>Nieustalony pogrzeb (1918–1939)</i>	336

Rycina 55. <i>Śmierć księdza Skorupki</i> , obraz artysty malarza Jana Henryka Rosena, 1920–1939	337
Rycina 56., 56.1, 56.2, 56.3, 56.4, 56.5. Fotografie z chińskich obrzędów pogrzebowych, 1920–1939.....	338
Rycina 57. <i>Śmierć</i> , obraz Jacka Malczewskiego znajdujący się w pokojach Podkomorzego, 1926.....	341
Rycina 58. Fotografia z obrzędu pogrzebowego w Indonezji, 1928.....	342
Rycina 59. Niemcy. Sprawa Józefa Jakubowskiego – robotnika skazanego na karę śmierci. Korespondencja, notatki, wycinki prasowe, 1929–1930.....	343
Rycina 60. Kondolencje z powodu śmierci Marszałka Józefa Piłsudskiego. Korespondencja, 1935.....	344
Rycina 61. <i>Granica</i> , Zofia Nałkowska, 1935 (Wydanie 2018)	345
Rycina 62. <i>Guernica</i> , Pablo Picasso, 1937	346
Rycina 63. <i>Pochód żałobnic</i> , Stanisław Ostoja-Chrostowski, 1938	347
Rycina 64. Listy i depesze kondolencyjne przesłane z powodu śmierci płk. Walerego Sławka. T.V. Klepsydry żałobne, wykaz szarf z pogrzebu, 1939.....	348
Rycina 65. Obwieszczenia dowództwa SS dotyczące osób skazanych na śmierć i rozstrzelanych w Warszawie, 1941	349
Rycina 66. Obwieszczenia dowództwa SS dotyczące osób skazanych na śmierć i rozstrzelanych w Warszawie, 1942	350
Rycina 67. <i>Obcy</i> , Albert Camus, 1942.....	351
Rycina 68. Obwieszczenia dowództwa SS dotyczące osób skazanych na śmierć i rozstrzelanych w okręgu radomskim, 1943–1944.....	352
Rycina 69. Obwieszczenia – zarządzenia z 11.12.1943 r. wykonania egzekucji w Zamościu na 59 osobach oraz wyroku kary śmierci z 17.12.1943 r. dla 20 osób, 1943	353
Rycina 70. Płaskorzeźba na drzwiach katedry przedstawiająca śmierć św. Wojciecha, 1943	354
Rycina 71. <i>Pokolenie</i> , Krzysztof Kamil Baczyński, 1943	355
Rycina 72. <i>Mały Książę</i> , Antonie De Saint-Exupery, 1943	357

Rycina 73. Komisja Rzecznawców. Sprawozdanie rzeczoznawców prof. Stanisława Mahrburga o obozie śmierci w Ponarach pod Wilnem, 1944	358
Rycina 74. Obwieszczenia Placówki Policji Państwowej w Katowicach o skazaniu na śmierć Polaków i zwalczaniu nieprzyjacielskich spadochroniarzy, 1944	359
Rycina 75. Sąd Apelacyjny i Sąd Okręgowy w Warszawie. Sprawozdania z oględzin /lustracji/ obozów: w Chełmie k/Kolna, w Warszawie u zbiegu ulic Gęsiej i Zamenhoffa, 1945.....	360
Rycina 76. <i>Medaliony</i> , Zofia Nałkowska, 1946.....	361
Rycina 77. <i>Pożegnanie z Marią</i> , Tadeusz Borowski, 1946	362
Rycina 78. <i>Dżuma</i> , Albert Camus, 1947	363
Rycina 79. Zdjęcie Roberta Wileisa – <i>Najpiękniejsze samobójstwo w historii</i> , 1 maja 1947	364
Rycina 80. <i>Syn i zabita matka</i> Andrzeja Wróblewskiego, 1949	365
Rycina 81. <i>Zabity mąż</i> Andrzeja Wróblewskiego, 1949	366
Rycina 82. <i>Inny świat</i> , Gustaw Herling-Grudziński, 1951	367
Rycina 83. <i>Pętla</i> , Marek Hłasko, 1956	368
Rycina 84. <i>Śmierć Ellenai</i> , Zbigniew Pronaszko, 1957.....	369
Rycina 85. <i>Tango</i> , Sławomir Mrożek, 1965	370
Rycina 86. <i>Zdążyć przed Panem Bogiem</i> , Hanna Krall, 1976	371
Rycina 87. <i>Wywiad</i> , Miron Białoszewski, 1985	372
Rycina 88. <i>Weronika postanawia umrzeć</i> , Paulo Coelho, 1998	373
Rycina 89. <i>Oscar i pani Róża</i> , Eric-Emmanuel Schmitt, 2002.....	374
Rycina 90. <i>Pasja</i> , reżyseria Mel Gibson, 2004	375
Rycina 91. <i>Smutek, strata, żaloba. Jak sobie z nimi radzić? Jak pomóc innym?</i> , Manu Keirse, 2004.....	376
Rycina 92. <i>Katyń</i> , reżyseria Andrzej Wajda, 2007	377
Rycina 93. <i>Pora umierać</i> , reżyseria Dorota Kędzierzawska, 2007	378
Rycina 94. <i>Tatarak</i> , reżyseria Andrzej Wajda, 2009	379

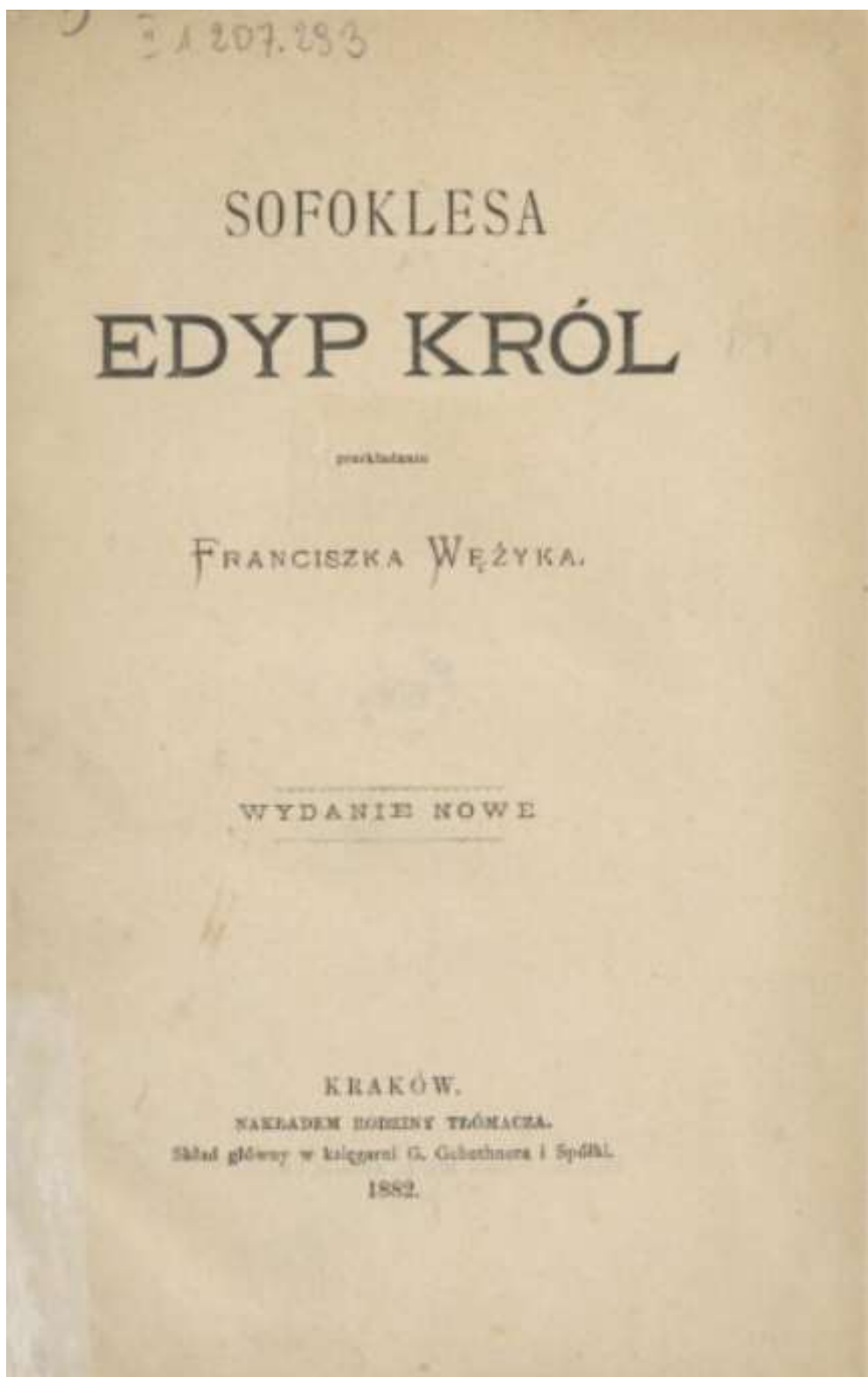
Rycina 95. <i>Poradnik szkoleniowy dla lekarzy orzekających o przyczynach zgonów i wystawiających kartę zgonów</i> , dr hab. n med. Barbara Stawińska- Witoszyńska, dr n. med. Jerzy Gałęcki, Wojciech Wasilewski, Warszawa, listopad 2019	380
Rycina 96. <i>Postawy pielęgniarek wobec śmierci pacjenta</i> , Izabela Gołębiak, Robert Szczepaniak, Anna Łazowa, Grażyna Dykowska, Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Filia w Warszawie, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego, 2019	381
Rycina 97. <i>Raport o dobrym umieraniu</i> , autorka raportu (koncept, redakcja, opracowanie): Maria Wieczorek	382
Rycina 98. <i>Śmierć w społeczności szkolnej – poradnik dla nauczycieli</i> , Fundacja Hospicyjna www.tumbopomaga.pl , ul. Chodowieckiego 10, 80-208 Gdańsk	383
Rycina 99. <i>Śmierć w rodzinie ucznia – poradnik dla nauczycieli</i> , Fundacja Hospicyjna www.tumbopomaga.pl , ul. Chodowieckiego 10, 80-208 Gdańsk	383
Rycina 100. <i>Poradnik dla osób w żałobie</i> , Fundacja NAGLE SAMI, www.naglesami.org.pl , Olga Morawska, Ewa Chalimoniuk	384
Rycina 101. <i>Poradnik</i> , Fundacja NAGLE SAMI, www.naglesami.org.pl , Olga Morawska, Ewa Chalimoniuk	385
Rycina 102. Pierwsze laboratorium krioniki w Australii	386
Rycina 103. <i>Taniec śmierci</i> , Michael Wolgemut, 1493	387
Rycina 104. Patogeneza bólu, przewodzenie oraz obszary mózgu odpowiadające za ból Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.	
Rycina 105. Synapsy odpowiedzialne za ból – budowa neuronu oraz przekazywanie sygnału	Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.
Rycina 106. Droga impulsu nerwowego	Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.
Rycina 107. Budowa rdzenia kręgowego	Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.
Rycina 108. Jak powstaje ból? – nieprzyjemny bodziec	Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.
Rycina 109. Istota szara okołowodociągowa	Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.

Rycina 1. Sofokles, *Antygona: tragedia Sofoklesa*, 442 p.n.e (tłum. Kaszewski Kazimierz, Warszawa 1853)



Źródło: <https://polona.pl/item/antygona-tragedya-sofoklesa,OTI4OTQyNzg/2/#info:metadata> (dostęp: 8.09.2020).

Rycina 2. Sofokles, *Król Edyp*, 427 p.n.e. (tłum. Franciszek Wężyk, Kraków 1882)



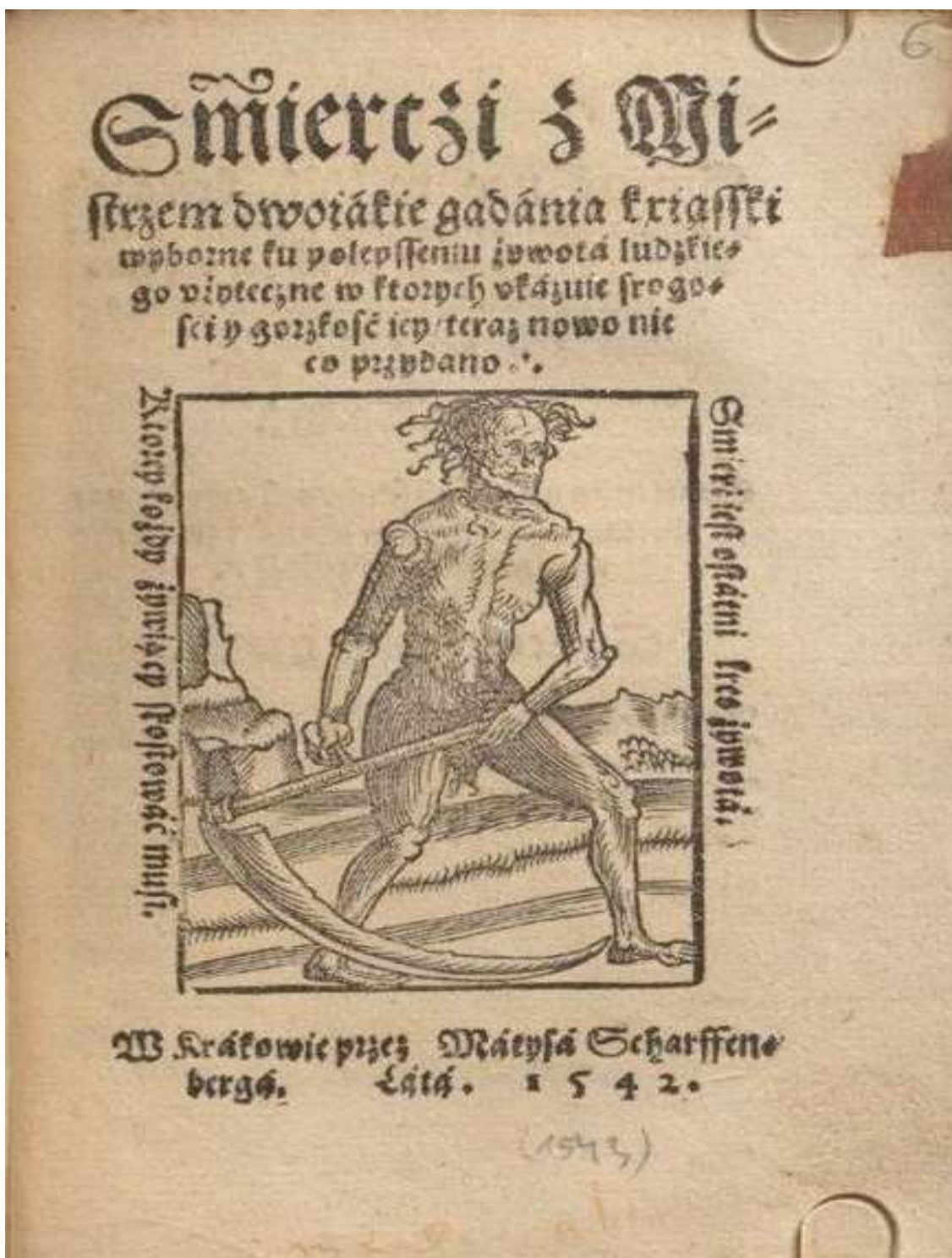
Źródło: <https://polona.pl/item/sofoklesa-edyp-krol,ODk3NDY5Njc/4/#info:metadata> (dostęp: 8.09.2020).

Rycina 3. *Pieśń o Rolandzie: poemat średniowieczny francuski z XI wieku* (tłum. Franciszek Wężyk, Kraków 1882)



Źródło: <https://polona.pl/item/piesn-o-rolandzie-poemat-sredniowieczny-francuski,OTgwNTk4MDg/0/#info:metadata> (dostęp: 8.09.2020).

Rycina 4. Rozmowa Mistrza Polikarpa ze Śmiercią z XV wieku



Źródło: https://pl.wikipedia.org/wiki/Rozmowa_Mistrza_Polikarpa_ze_%C5%9Amierci%C4%85 (dostęp: 8.09.2020).

Rycina 5. *Złożenie do grobu*, Rafael Santi (1507)



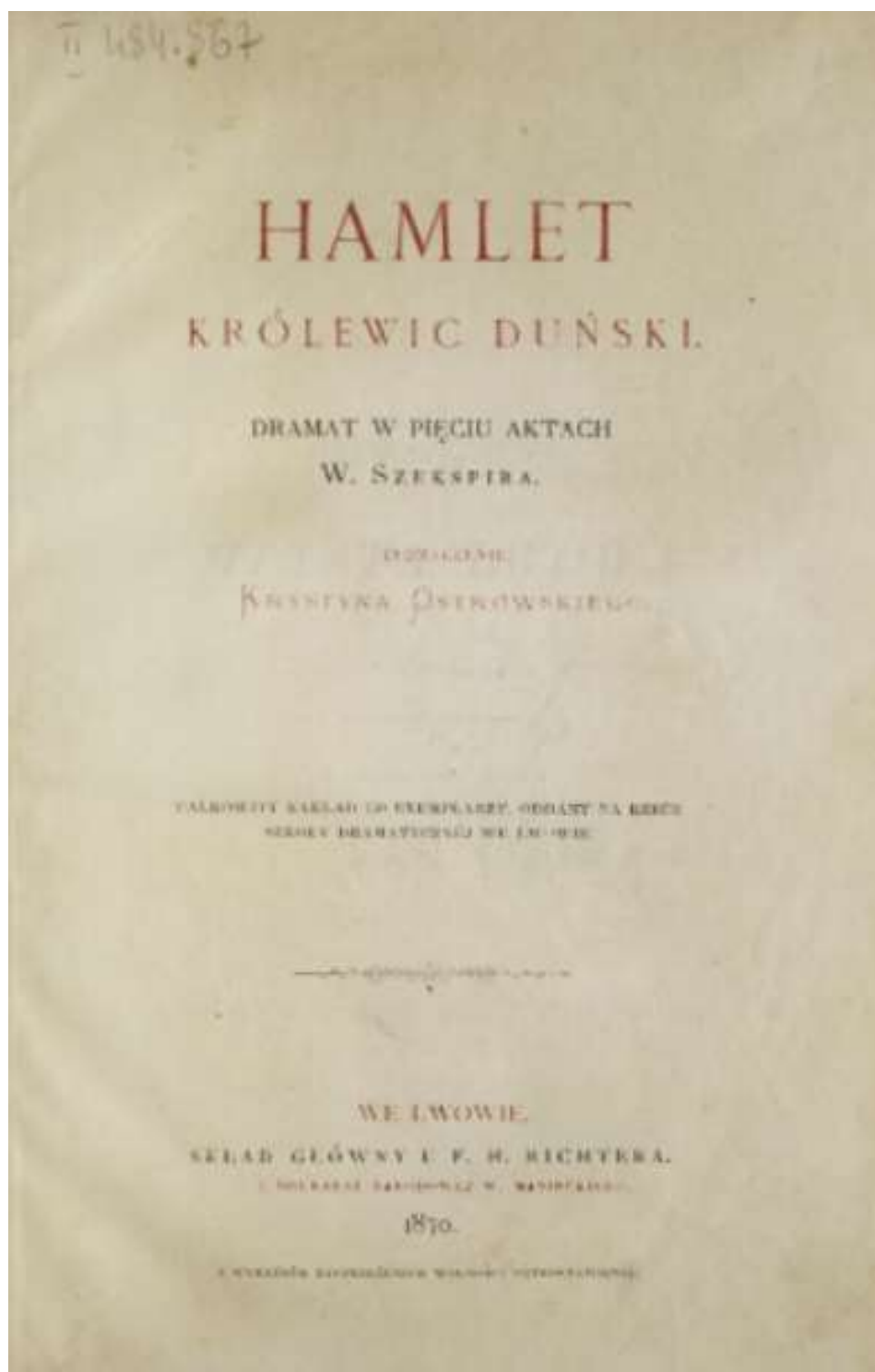
Źródło: <https://2l.pl/dzial-400.html> (dostęp: 20.07.2020).

Rycina 6. *Triumf śmierci*, Pieter Bruegel (1562)



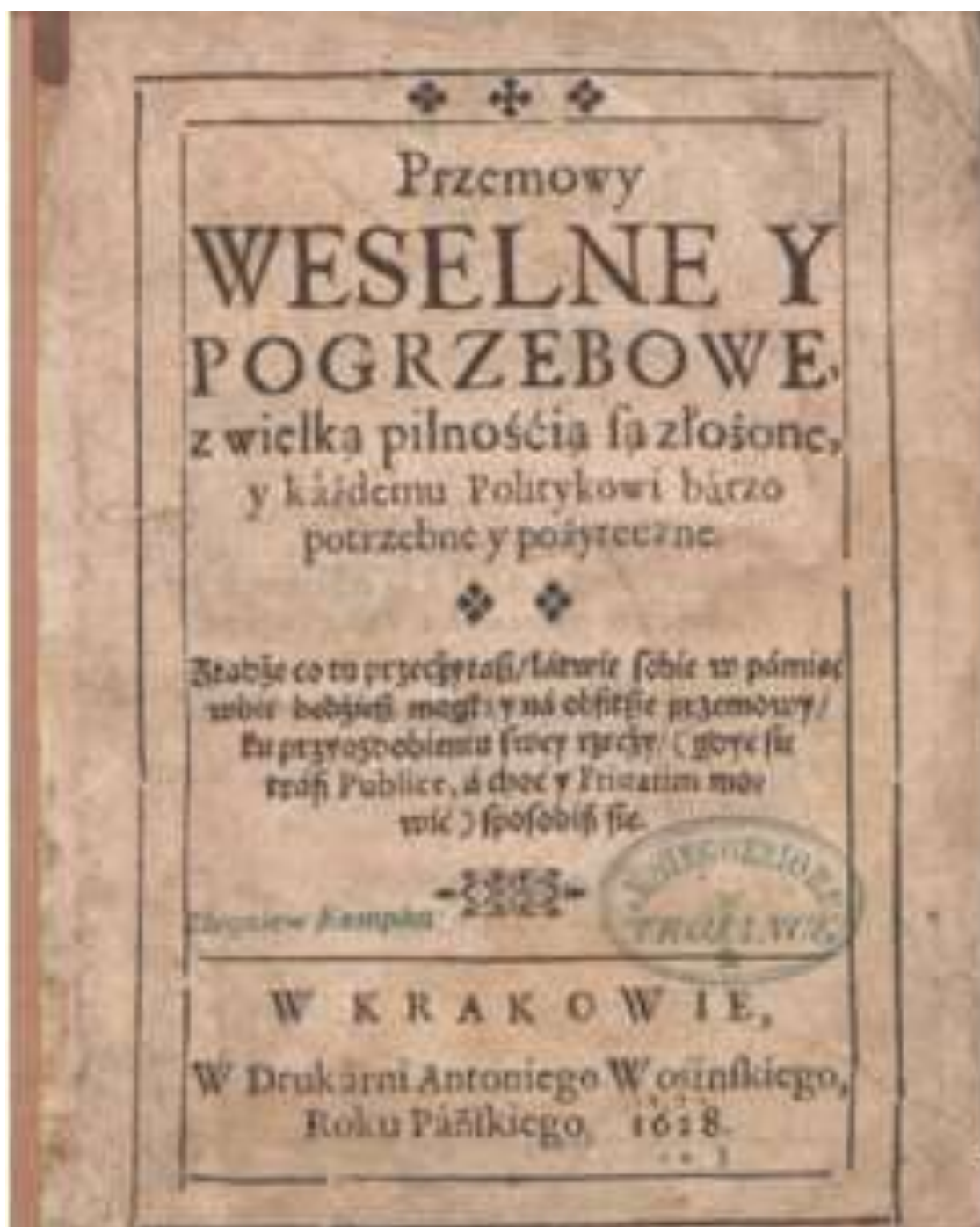
Źródło: https://pl.wikipedia.org/wiki/Triumf_%C5%9Bmierci_%28obraz_Pietera_Bruegla_starszego%29#/media/Plik:The_Triumph_of_Death_by_Pieter_Bruegel_the_Elder.jpg
(dostęp: 03.01.2023).

Rycina 7. *Hamlet. Królewic duński: dramat w 5 aktach* W. Szekspira, 1599 (tłum. Ostrowski Krystyn, Lwów 1870)



Źródło: <https://polona.pl/item/hamlet-krolewic-dunski-dramat-w-5-aktach-w-szekspira,MTczNDI2MzI/4/#info:metadata> (dostęp: 8.09.2020)

Rycina 8. *Przemowy weselne i pogrzebowe*, Antoni Wosiński, 1628



Źródło: <https://polona.pl/item/przemowy-weselne-y-pogrzebowe-z-wielka-pilnoscia-sa-zlozone-y-każdemu-politykowi-barzo,MjI3OTM1NDQ/2/#info:metadata> (dostęp: 9.09.2020).

Rycina 9. Darłowo – Sarkofag księżnej Jadwigi w kościele NMP, 1650



Źródło: <http://epigrafika.slupsk.pl/darlowo-sarkofag-ksieznej-jadwigi-w-kosciele-nmp> (dostęp: 17.08.2020).

Rycina 10. Darłowo – Sarkofag księżnej Elżbiety z kościoła NMP, 1653



Źródło: <http://epigrafika.slupsk.pl/darlowo-sarkofag-ksieznej-elzbiety-z-kosciola-nmp> (dostęp: 17.08.2020).

Rycina 11. Ostrowiec, p. sławieński – Epitafium Joachima von Podewils, 1676



Źródło: <http://epigrafika.slupsk.pl/ustrowiec-epitafium-joachima-von-podewils> (dostęp: 17.08.2020).

Rycina 12. Karlino – Plyta nagrobna rodziny Petera Crolowa, 1681



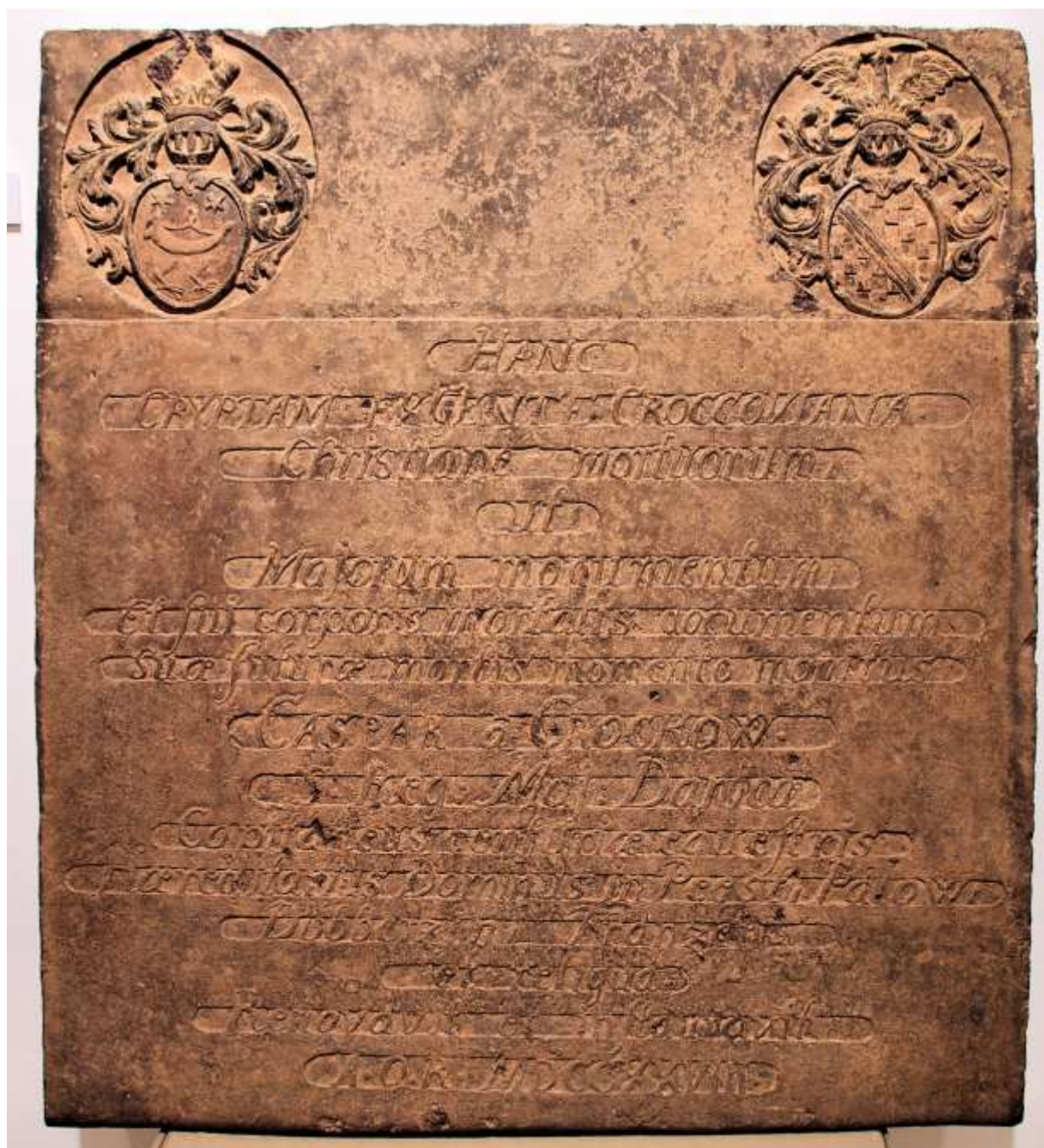
Źródło: <http://epigrafika.slupsk.pl/karlino-plyta-nagrobna-rodziny-petera-crolowa> (dostęp: 13.08.2020).

Rycina 13. Karścino, p. białogardzki – Epitafium Zofii Charlotty von Manteüflen, I poł. XVII w.



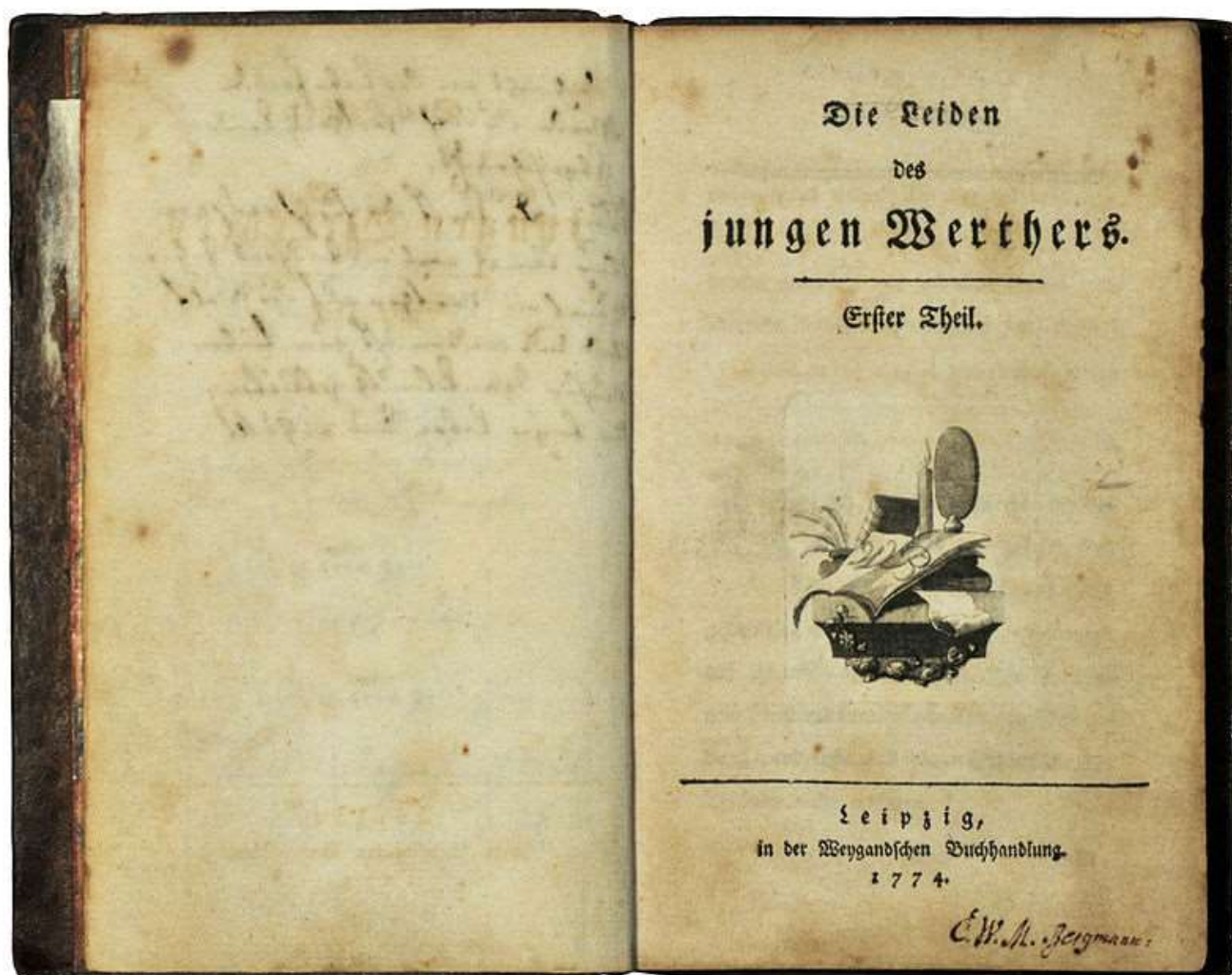
Źródło: <http://epigrafika.slupsk.pl/karscino-p-bialogardzki-epitafium-zofii-charlotty-von-manteuffen> (dostęp: 13.08.2020).

Rycina 14. Słupsk MPŚ – Tablica fundacyjna kaplicy grobowej w Pieszczu, p. Sławno, 1728



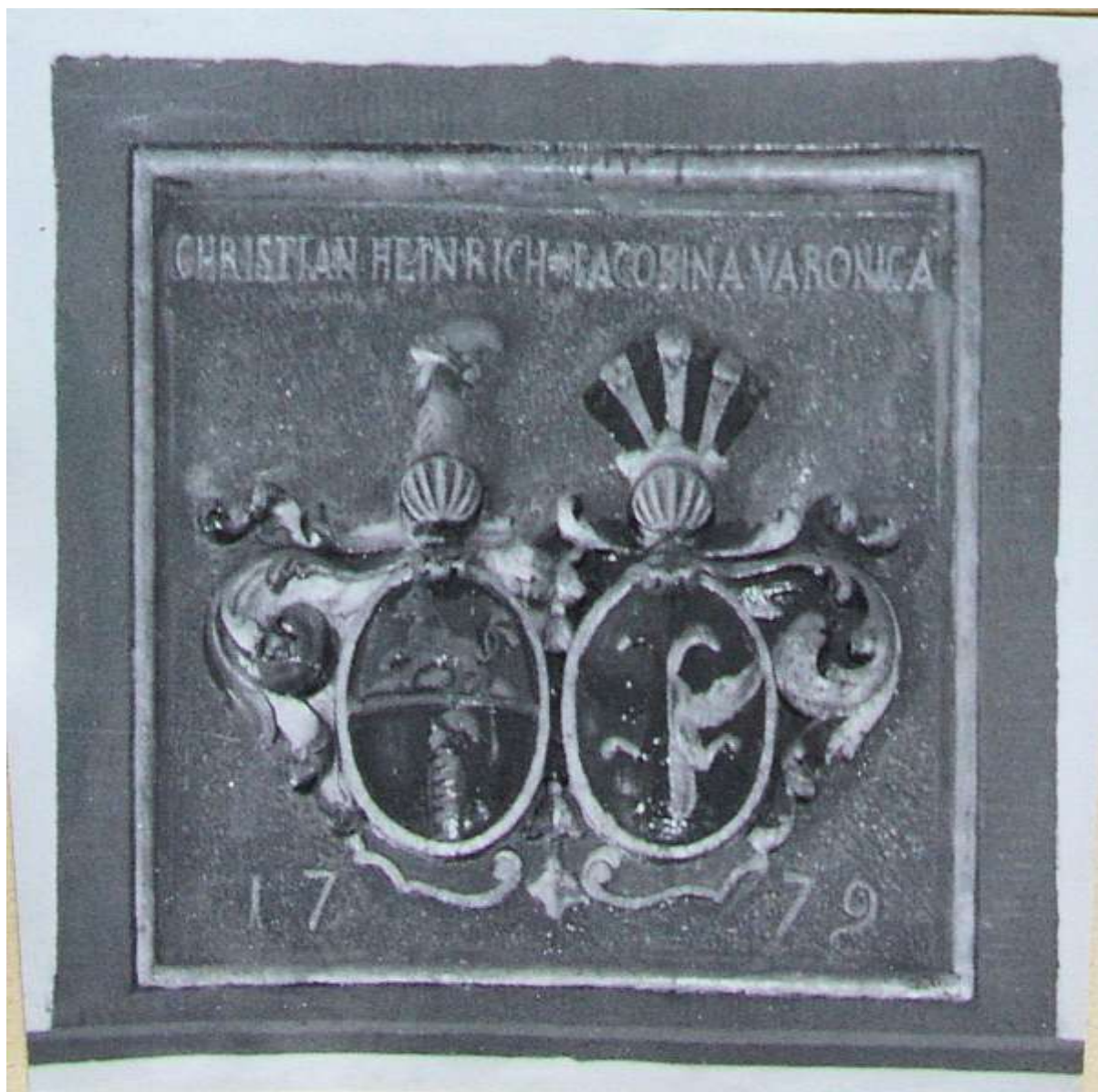
Źródło: <http://epigrafika.slupsk.pl/slupsk-mps-tablica-fundacyjna-kaplicy-grobowej-w-pieszcze-p-slawno> (dostęp: 13.08.2020).

Rycina 15. *Cierpienia młodego Wertera* (niem. *Die Leiden des jungen Werthers*) – powieść Johanna Wolfganga von Goethego, opublikowana w roku 1774



Źródło: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/0/0f/Goethe_1774.JPG (dostęp: 8.09.2020).

Rycina 16. Sulechówko, p. sławiński – Tablica epitafijna małżonków von Schliefen, 1779



Źródło: <http://epigrafika.slupsk.pl/sulechowko-p-slawienski-tablica-epitafijna-malzonkow-von-schliefen> (dostęp: 13.08.2020).

Rycina 17. Rarwino, p. białogardzki – Epitafium Friedricha Dubislawa von Platten, 1787



Źródło: <http://epigrafika.slupsk.pl/rarwino-p-bialogardzki-epitafium-friedricha-dubislawa-von-platten> (dostęp: 13.08.2020).

Rycina 18. Słupsk MPŚ – Epitafium nieznannej osoby z Komorowa, pow. Koszalin, XVIII wiek



Źródło: <http://epigrafika.slupsk.pl/komorowo-p-koszalinski-epitafium-nieznanej-osoby> (dostęp: 17.08.2020).

Rycina 19. Słupsk MPŚ – Epitafium nieznannej osoby z Łącka, pow. Sławno, XVIII wiek



Źródło: <http://epigrafika.slupsk.pl/slupsk-mps-epitafium-nieznanej-osoby-z-lacka-pow-slawno>
(dostęp: 17.08.2020).

Rycina 20. Słupsk MPŚ – Epitafium nieznannej osoby z Domasławic, p. Sławno, XVIII wiek



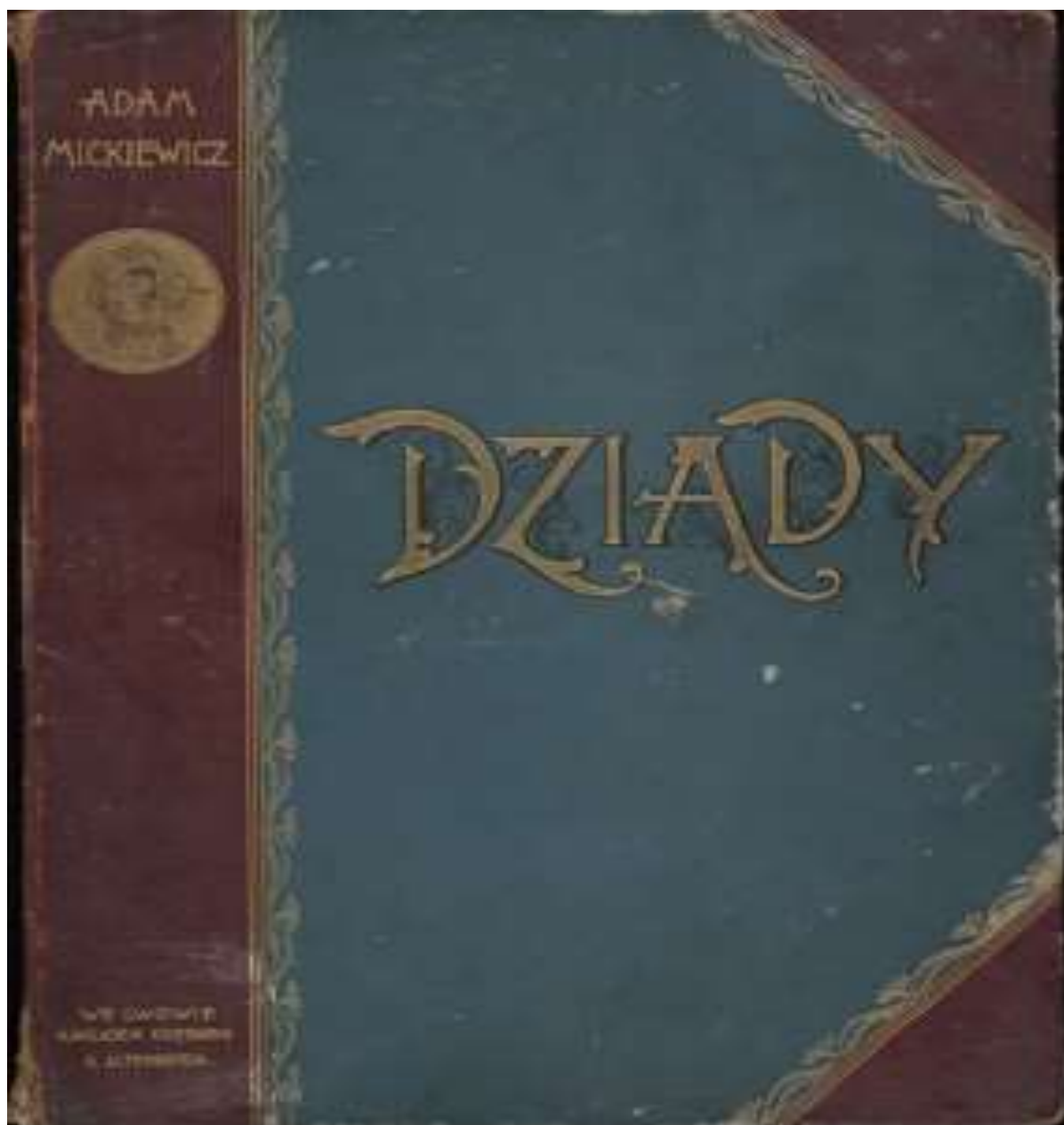
Źródło: <http://epigrafika.slupsk.pl/slupsk-mps-epitafium-nieznanej-osoby-z-domaslawic-p-slawno> (dostęp: 17.08.2020).

Rycina 21. Słupsk MPŚ – Konsola na koronę śmierci, XVIII wiek



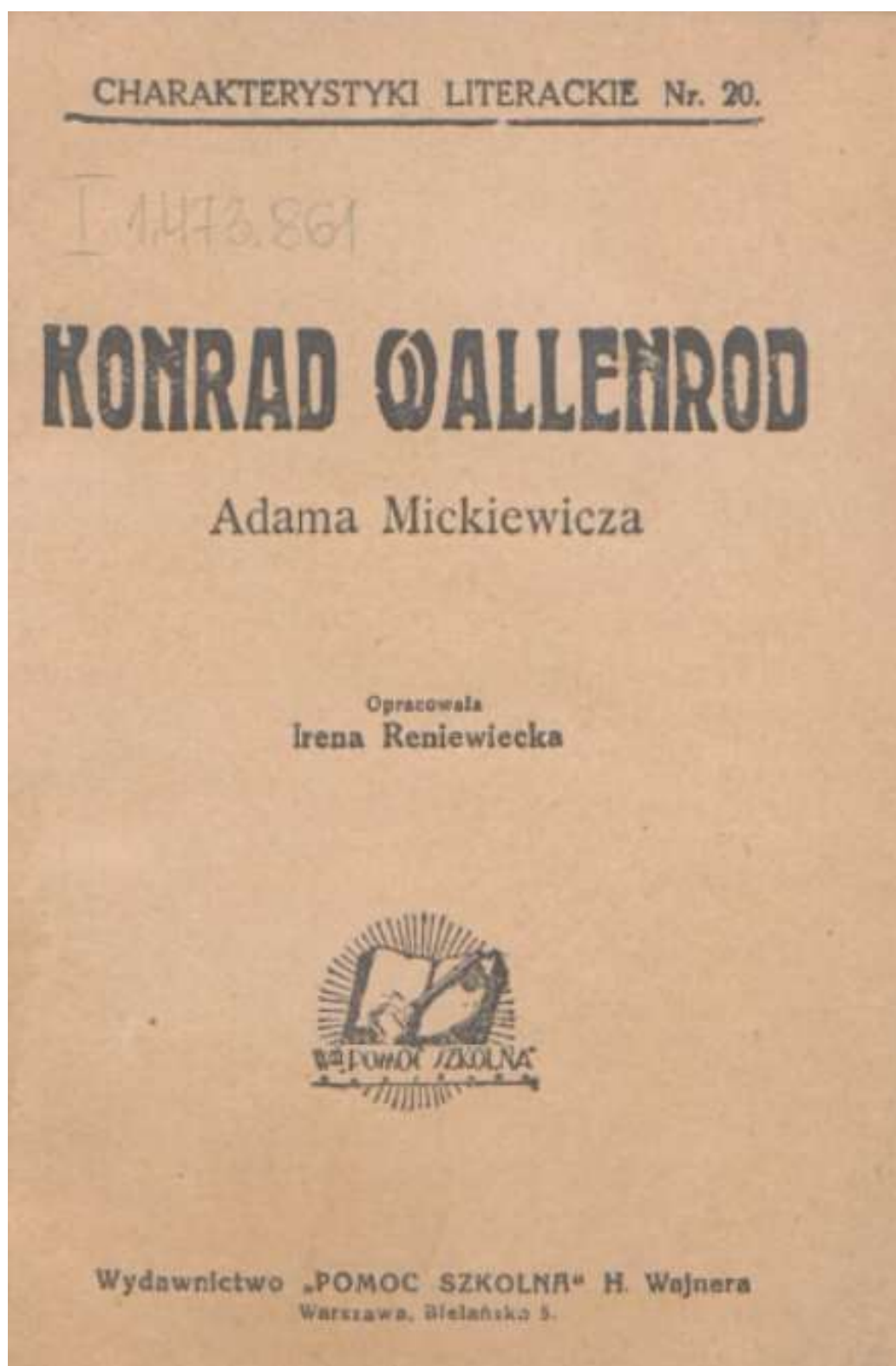
Źródło: <http://epigrafika.slupsk.pl/slupsk-mps-konsola-na-korone-smierci> (dostęp: 17.08.2020).

Rycina 22. *Dziady*, Adam Mickiewicz, 1822 (Lwów, 1896)



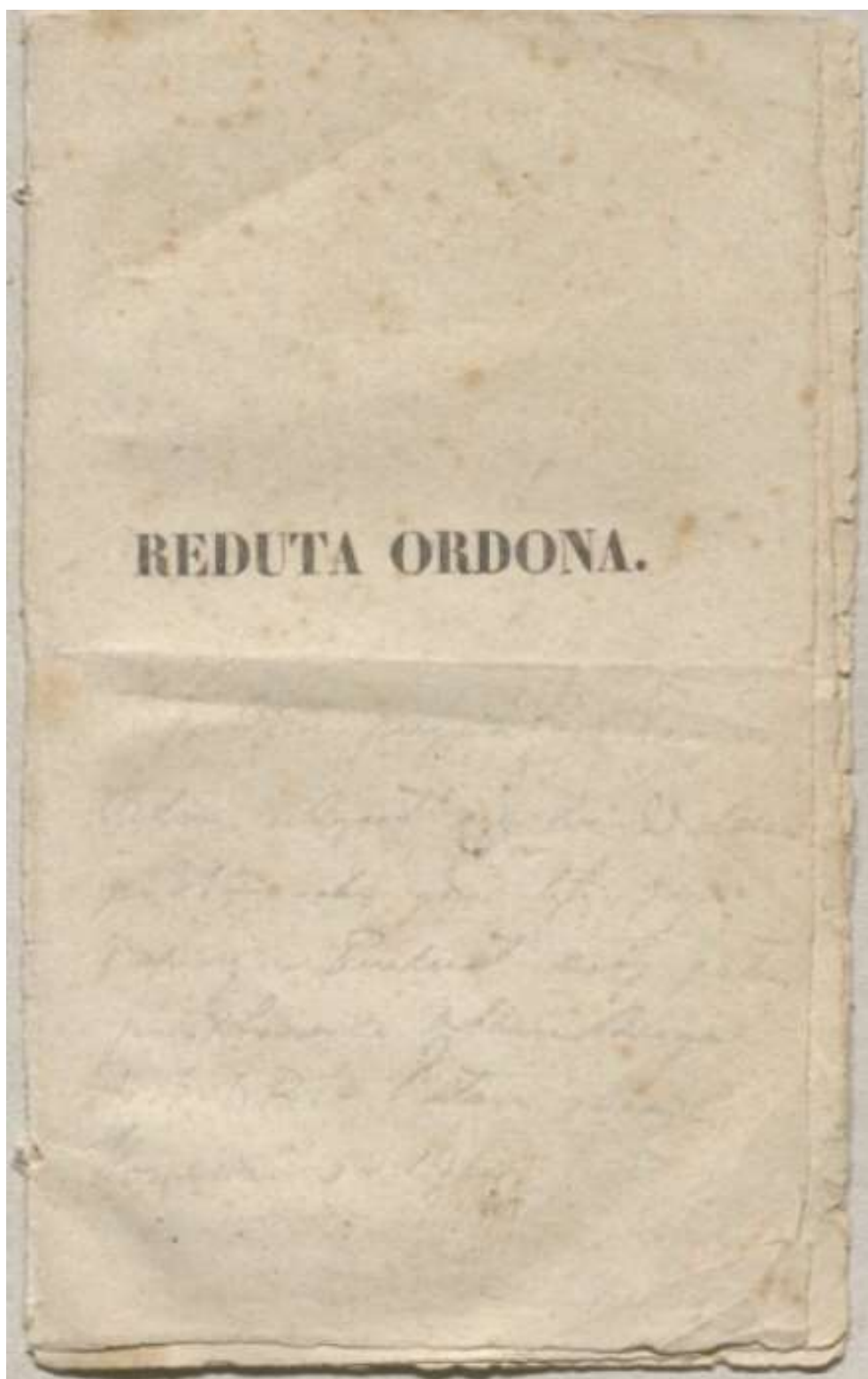
Źródło: <https://polona.pl/item/dziady-cz-1-2-i-4,ODI3NjM2MDk/0/#info:metadata> (dostęp: 8.09.2020).

Rycina 23. *Konrad Wallenrod*, Adam Mickiewicz, 1828 (Warszawa, 1928)



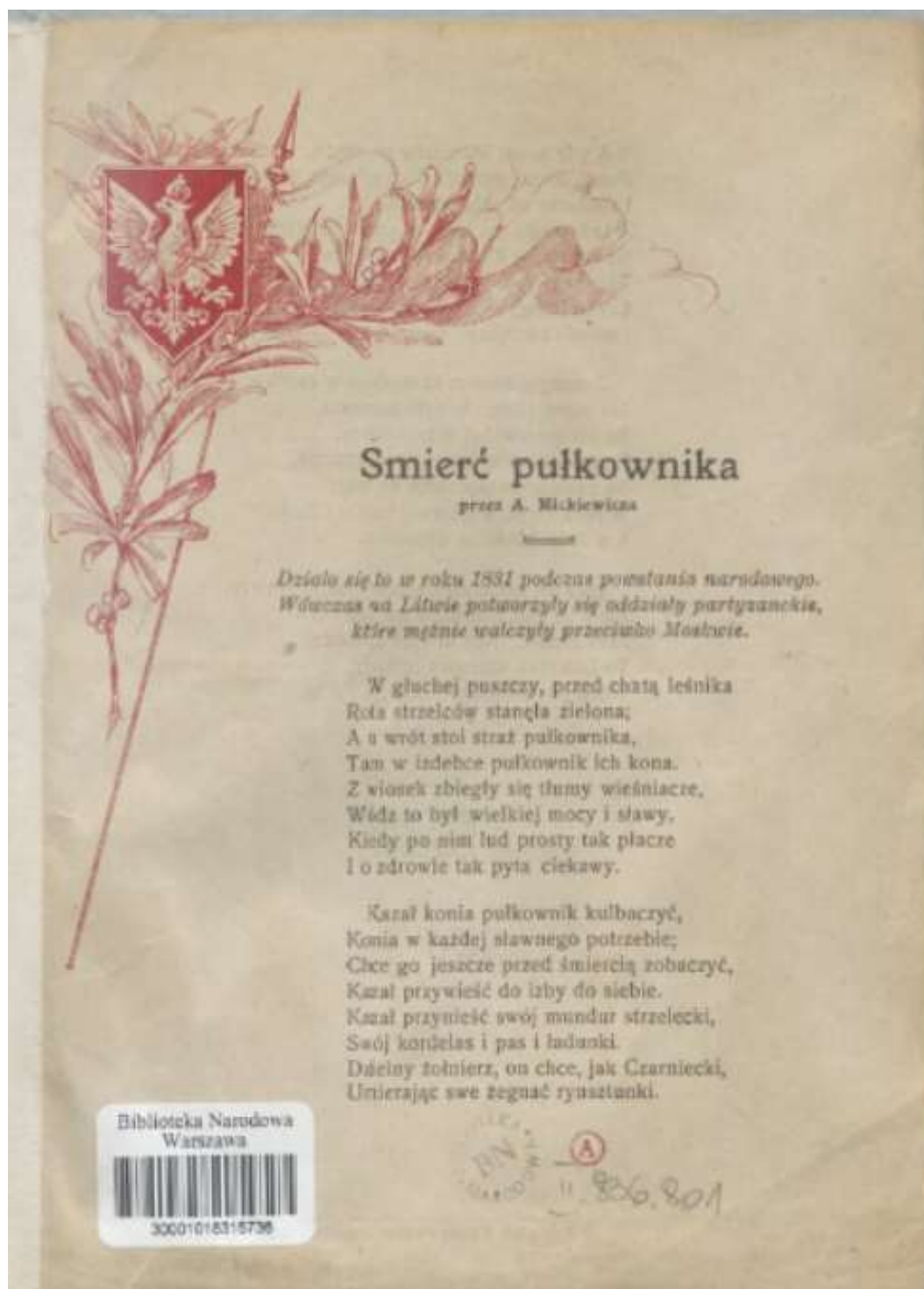
Źródło: <https://polona.pl/item/konrad-wallenrod-adama-mickiewicza,ODk2OTgzNDE/4/#info:metadata> (dostęp: 8.09.2020).

Rycina 24. *Reduta Ordona*, Adam Mickiewicz, 1833 (Kraków, 1882)



Źródło: <https://polona.pl/item/reduta-ordona-opowiadanie-adjutanta,OTI4OTg0NjA/2/#info:metadata> (dostęp: 8.09.2020).

Rycina 25. *Śmierć pułkownika*, Adam Mickiewicz, 1836 (Kraków, 1882)



Źródło: <https://polona.pl/item/smierc-pulkownika,ODk3NTYwODU/2/#info:metadata> (dostęp: 8.09.2020).

Rycina 26. Białogard – Płyta nagrobna Christiny Krigern, 1836



Źródło: <http://epigrafika.slupsk.pl/bialogard-plyta-nagrobna-christiny-krigern> (dostęp: 13.08.2020).

Rycina 27. Pogrzeb Górala, Aleksander Kostis, 1860



Źródło: https://mnk.pl/images/upload/fotogalerie/2016/Smierc/smierc_000985.jpg (dostęp: 27.07.2020).

Rycina 28. Kochanowski nad zwłokami Urszulki, Jan Matejko, 1862



Źródło: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/68/Treny_normal.jpg (dostęp: 20.07.2020).

Rycina 29. Portret niezidentyfikowanej kobiety w stroju z okresu żałoby narodowej z chłopcem, Maksymilian Fajans, 1862–1868



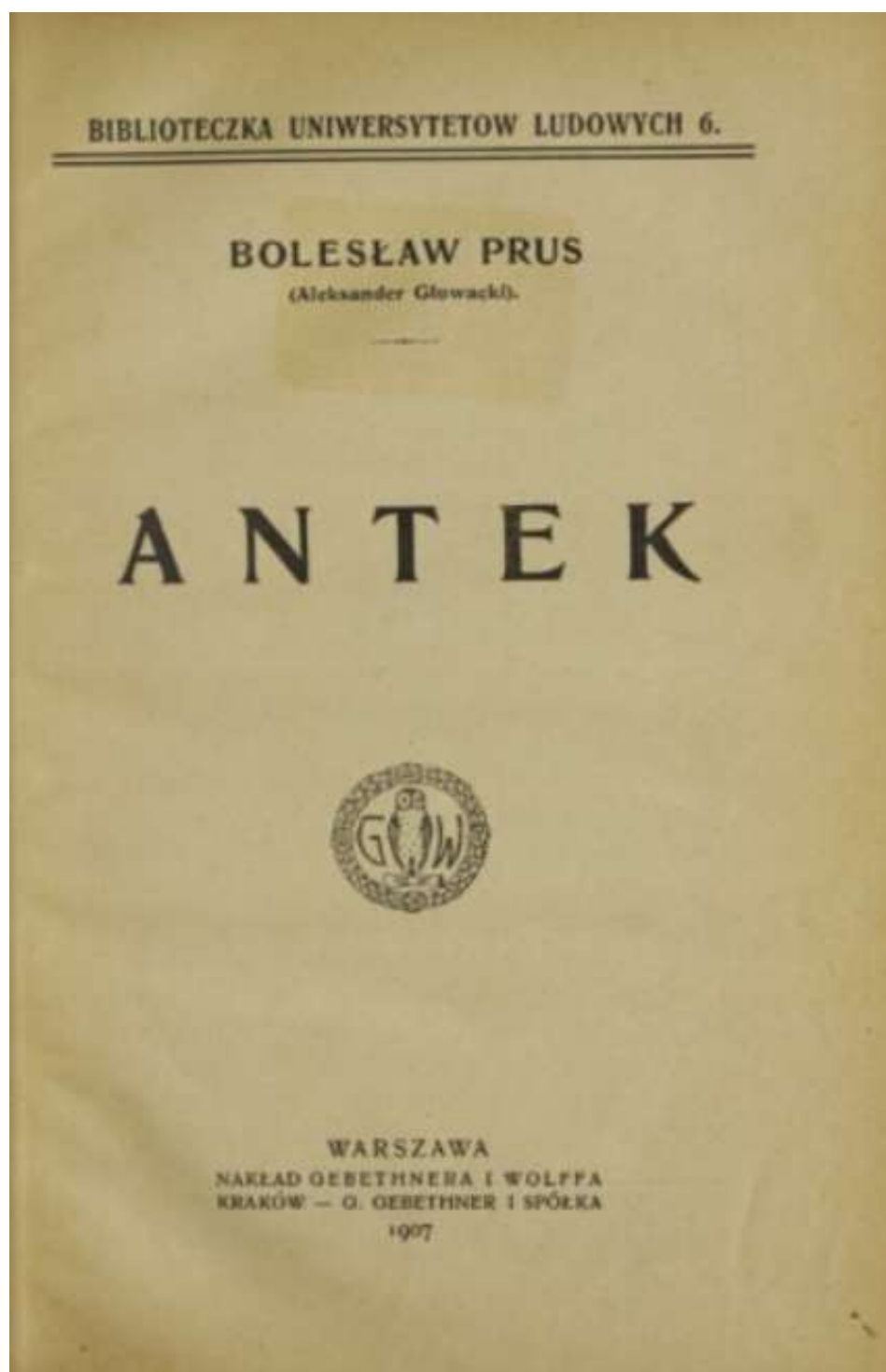
Źródło: <https://polona.pl/item/portret-niezidentyfikowanej-kobiety-w-stroju-z-okresu-zaloby-narodowej-z-chlopcem,NjA5NjgxNw/0/#info:metadata> (dostęp: 9.09.2020).

Rycina 30. Przy łożu śmierci, Maurycy Gottlieb, 1876



Źródło: https://mnk.pl/images/upload/fotogalerie/2016/Smierc/smierc_001277.jpg (dostęp: 27.07.2020).

Rycina 31. *Antek*, Bolesław Prus, 1880 (Warszawa, 1907)



Źródło: <https://polona.pl/item/antek,NzI1NTM2NjE/6/#info:metadata> (dostęp: 8.09.2020).

Rycina 32. *Śmierć Ellenai*, Jacek Malczewski, 1883, olej na płótnie, fot. Muzeum Narodowe w Krakowie



Źródło: <https://culture.pl/pl/artykul/8-obrazow-o-smierci> (dostęp: 22.07.2020).

Rycina 33. Piotr Stachiewicz: obraz znany jako „Widma w pracowni”, „Ukojenie”, „Śmierć”, farba olejna, tektura, datowany między 1883 a 1885, fot. z kolekcji Muzeum Narodowego w Krakowie



Źródło: <https://culture.pl/pl/artykul/8-obrazow-o-smierci> (dostęp: 22.07.2020).

Rycina 34. *Śmierć sieroty*, Stanisław Grocholski, 1884



Źródło: https://mnk.pl/images/upload/fotogalerie/2016/Smierc/smierc_000137.jpg (dostęp: 27.07.2020).

Rycina 35. *Śmierć Chopina* Félix-Josepha Barriasa, 1885



Źródło: https://mnk.pl/images/upload/fotogalerie/2016/Smierc/smierc_000227.jpg (dostęp: 27.07.2020).

Rycina 36. *Stanisław Oświęcim przy zwłokach Anny Oświęcimówny*, Stanisław Wojciech Bergman, 1888



Źródło: https://mnk.pl/images/upload/fotogalerie/2016/Smierc/smierc_000439.jpg (dostęp: 27.07.2020).

Rycina 37. Pogrzeb Giedymina, Kazimierz Alchimowicz, 1888



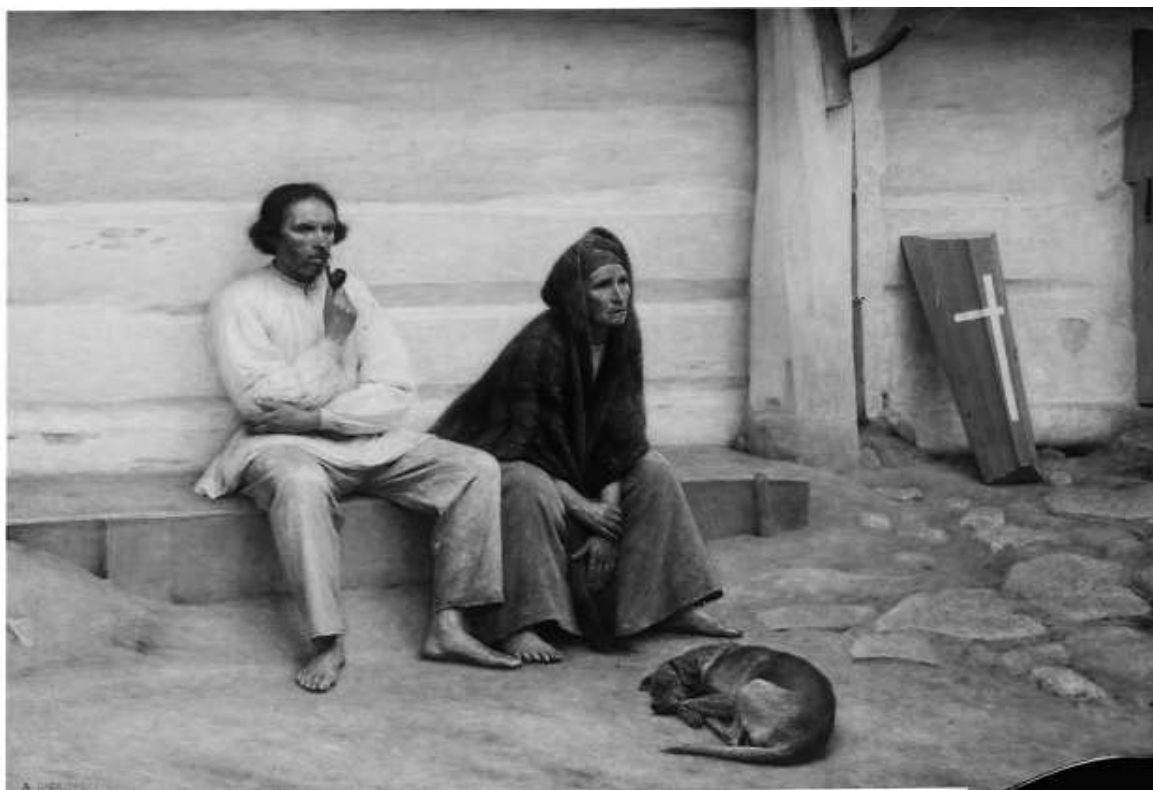
Źródło: https://mnk.pl/images/upload/fotogalerie/2016/Smierc/smierc_000241.jpg (dostęp: 27.07.2020).

Rycina 38. Fotografia [Kobieta w czerni płacząca nad nagrobkiem], 1890–1920



Źródło: <https://polona.pl/item/kobieta-w-czerni-placzaca-nad-nagrobkiem,OTM0ODI10A/0/#info:metadata> (dostęp: 9.09.2020).

Rycina 39. *Trumna chłopska*, Aleksander Gieryski, 1894, fot. Muzeum Narodowe w Warszawie



Źródło: <http://cyfrowe.mnw.art.pl/dmuseion/docmetadata?id=17812> (dostęp: 22.07.2020).

Rycina 40. *Marsz żałobny Chopina*, Władysław Podkowiński, 1894, olej na płótnie, 83,5 x 119,5 cm, wł. Muzeum Narodowe w Krakowie, fot. dzięki uprzejmości MNK



Źródło: <https://culture.pl/pl/artykul/8-obrazow-o-smierci> (dostęp: 22.07.2020).

Rycina 41. *Pogrzeb*, Wojciech Weiss, 1895, własność Fundacji im. Raczyńskich przy Muzeum Historycznym miasta Krakowa, fot. Tomasz Kalarus/Muzeum Historyczne miasta Krakowa



Źródło: <https://culture.pl/pl/artykul/8-obrazow-o-smierci> (dostęp: 22.07.2020).

Rycina 42. *Pochód śmierci po drodze życia*, Czesław Tański, obraz olejny na płótnie, 1898, fot. Muzeum Sztuki w Łodzi



Źródło: <https://culture.pl/pl/artykul/8-obrazow-o-smierci> (dostęp: 22.07.2020).

Rycina 43. *Śmierć Paganiniego*, Edward Okuń, 1898, płótno, technika olejna, 184 x 134 cm, wł. Muzeum Lubelskie w Lublinie



Źródło: <https://culture.pl/pl/artykul/8-obrazow-o-smierci> (dostęp: 22.07.2020).

Rycina 44. *Śmierć każdego ułagodzi olej na płótnie*, Marian Wawrzeniecki, 1898, fot. Muzeum Narodowe w Krakowie



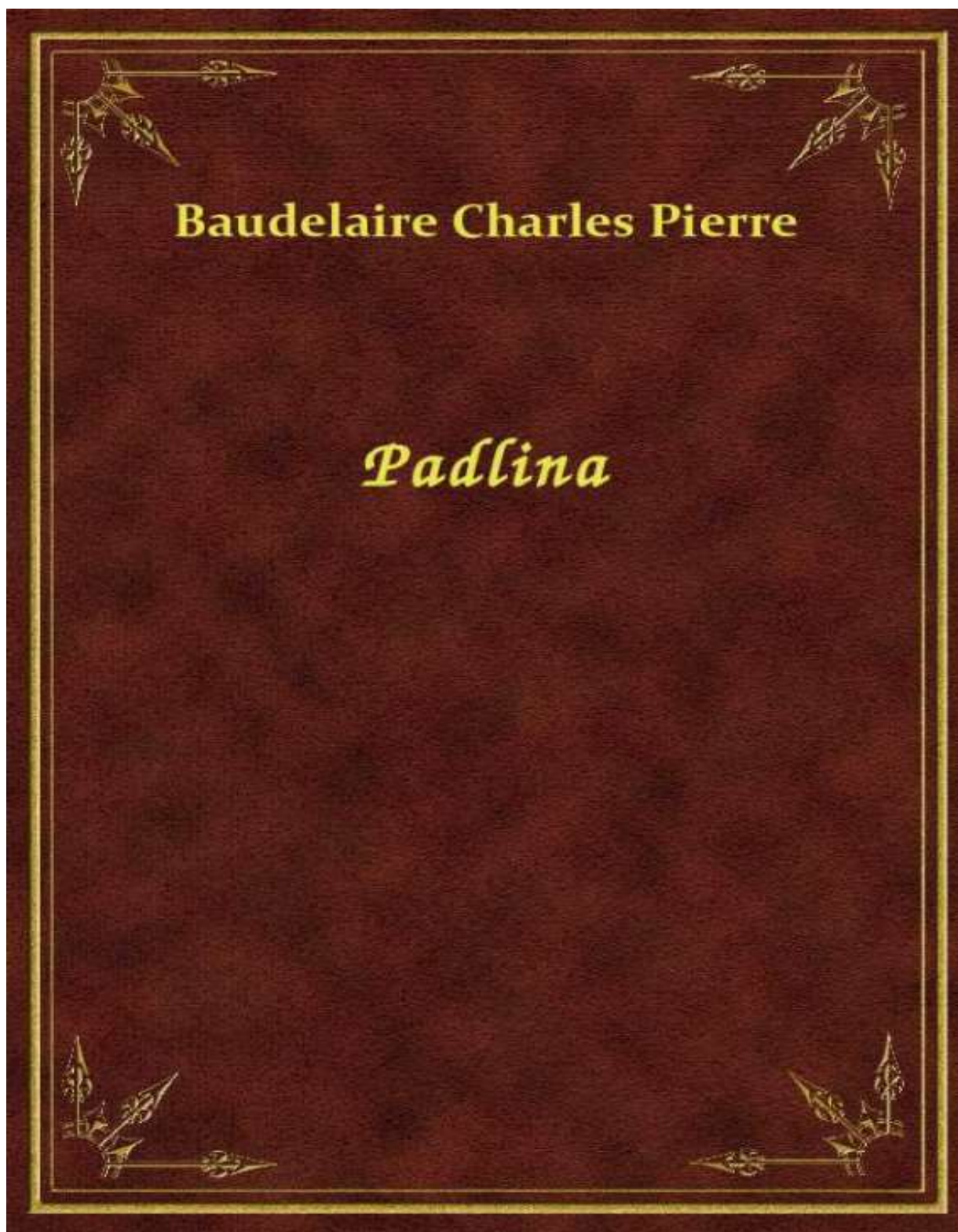
Źródło: <https://culture.pl/pl/artykul/8-obrazow-o-smierci> (dostęp: 22.07.2020).

Rycina 45. *Thanatos*, Jacek Malczewski, 1899



Źródło: <https://21.pl/dzial-400.html> (dostęp: 20.07.2020).

Rycina 46. *Padlina*, Charles Baudelaire, XIX wiek



Źródło: <https://literatura.wywrota.pl/wiersz-klasyka/7283-charles-baudelaire-padlina.html> (dostęp: 8.09.2020).

Rycina 47. Tanatos, replika płaskorzeźby autorstwa Johanna Gottfrieda Schadowa pochodzącej z nagrobka hrabiego Aleksandra von der Marka, XIX wiek



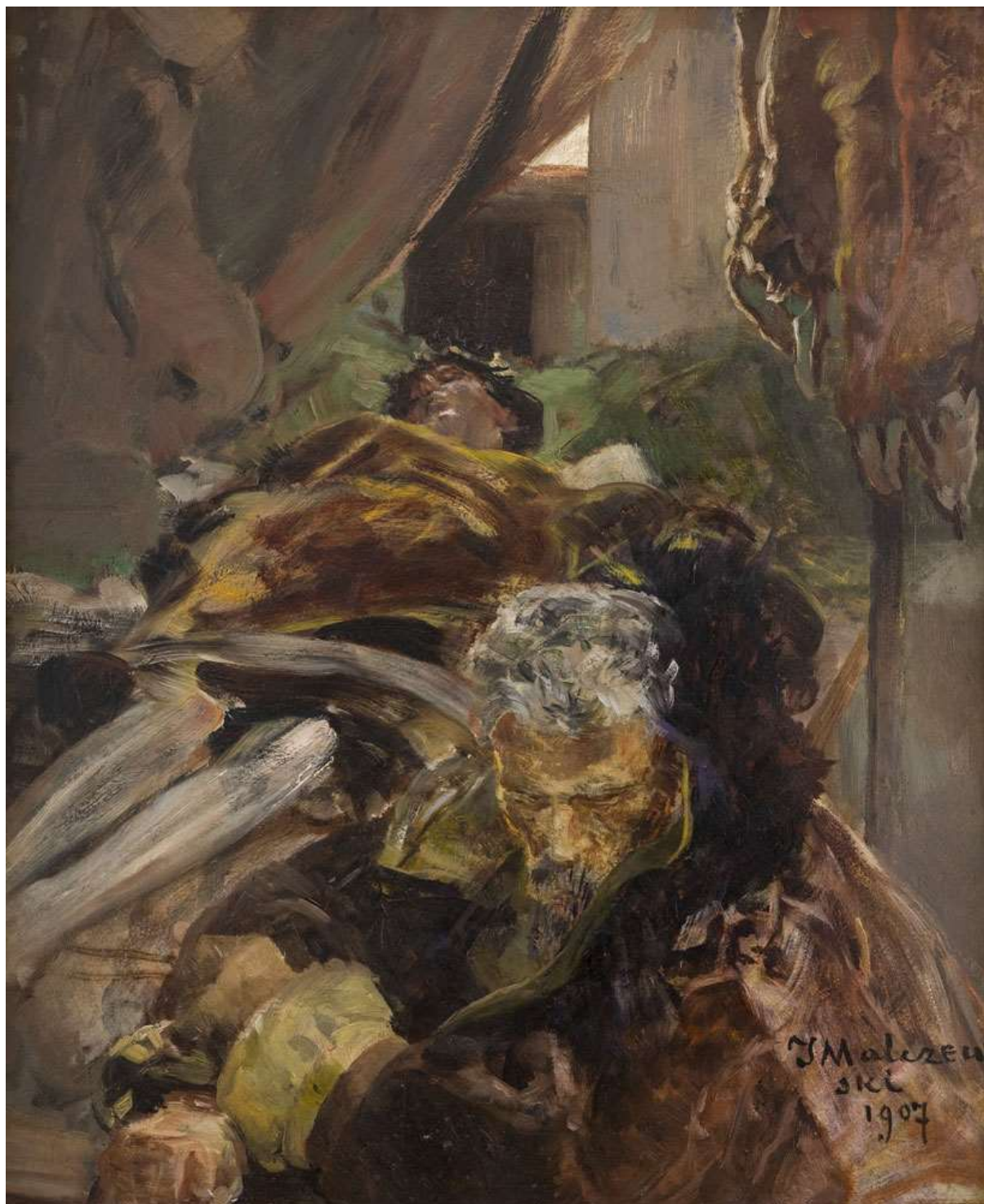
Źródło: [https://pl.wikipedia.org/wiki/Tanatos_\(mitologia\)](https://pl.wikipedia.org/wiki/Tanatos_(mitologia)) (dostęp: 8.09.2020).

Rycina 48. *Żałoba*, Artur Grottger, 1903



Źródło: <https://polona.pl/item/ix-zaloba-la-deuil,NzgzMjMwMzE/0/#info:metadata> (dostęp: 9.09.2020).

Rycina 49. *Śmierć Elenai*, Jacek Malczewski, 1907



Źródło: https://mnk.pl/images/upload/fotogalerie/2016/Smierc/smierc_001108.jpg (dostęp: 27.07.2020).

Rycina 50., 50.1, 50.2, 50.3. Fotografie z pogrzebu pięcioletniej dziewczynki w Mszance, 1915



Źródło: <https://polona.pl/item/pogrzeb-piecioletniej-dziewczynki-w-mszance,NTY0ODEyNQ/0/#info:metadata> (dostęp: 9.09.2020).



Źródło: <https://polona.pl/item/pogrzeb-piecioletniej-dziewczynki-w-mszance,NTY0ODEyNQ/0/#info:metadata> (dostęp: 9.09.2020).



Źródło: <https://polona.pl/item/pogrzeb-piecioletniej-dziewczynki-w-mszance,NTY0ODEyNQ/0/#info:metadata> (dostęp: 9.09.2020).



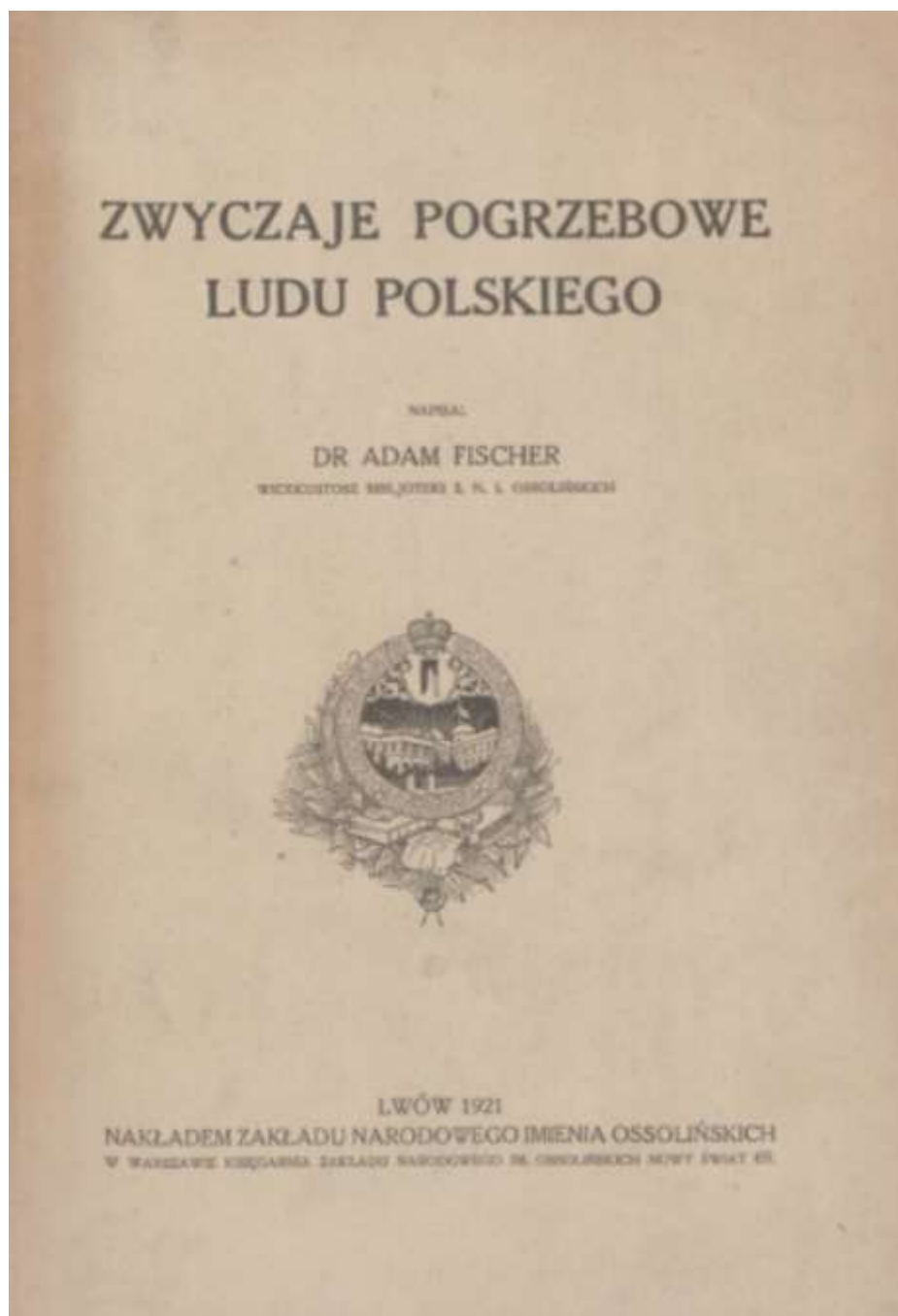
Źródło: <https://polona.pl/item/pogrzeb-piecioletniej-dziewczynki-w-mszance,NTY0ODEyNQ/0/#info:metadata> (dostęp: 9.09.2020).

Rycina 51. Fotografia z pogrzebu, 1915



Źródło: <https://polona.pl/item/pogrzeb-begrabnis,MjA2NjU4MjQ/0/#info:metadata> (dostęp: 9.09.2020).

Rycina 52. *Zwyczajne pogrzebowe ludu polskiego*, Adam Fischer, 1915



Źródło: <https://polona.pl/item/zwyczajne-pogrzebowe-ludu-polskiego,NjEwNjUw-MDE/4/#info:metadata> (dostęp: 9.09.2020).

Rycina 53. Chorągiewka żałobna: wieczny odpoczynek racz im dać Panie, 1915



Źródło: <https://polona.pl/item/choragiewka-zalobna-wieczny-odpoczynek-racz-im-dac-panie-1915,OTg5MDg3ODI/0/#info:metadata> (dostęp: 9.09.2020).

Rycina 54. Nieustalony pogrzeb (1918–1939)



Źródło: <https://www.szukajwarchiwach.gov.pl/jednostka/-/jednostka/5907979> (dostęp: 20.07.2020).

Rycina 55. *Śmierć księdza Skorupki*, obraz artysty malarza Jana Henryka Rosena, 1920–1939



Źródło: https://www.szukajwarchiwach.gov.pl/jednostka/-/jednostka/5933235/obiekty/271177#opis_obiektu (dostęp: 20.07.2020).

Rycina 56., 56.1, 56.2, 56.3, 56.4, 56.5. Fotografie z chińskich obrzędów pogrzebowych, 1920–1939



Źródło: <https://www.szukajwarchiwach.gov.pl/jednostka/-/jednostka/5944885> (dostęp: 9.09.2020).



Źródło: <https://www.szukajwarchiwach.gov.pl/jednostka/-/jednostka/5944885> (dostęp: 9.09.2020).



Źródło: <https://www.szukajwarchiwach.gov.pl/jednostka/-/jednostka/5917192> (dostęp: 9.09.2020).



Źródło: <https://www.szukajwarchiwach.gov.pl/jednostka/-/jednostka/5962646> (dostęp: 9.09.2020).



Źródło: <https://www.szukajwarchiwach.gov.pl/jednostka/-/jednostka/5917191> (dostęp: 9.09.2020).



Źródło: <https://www.szukajwarchiwach.gov.pl/jednostka/-/jednostka/5980439> (dostęp: 9.09.2020).

Rycina 57. *Śmierć*, obraz Jacka Malczewskiego znajdujący się w pokojach Podkomorzego, 1926



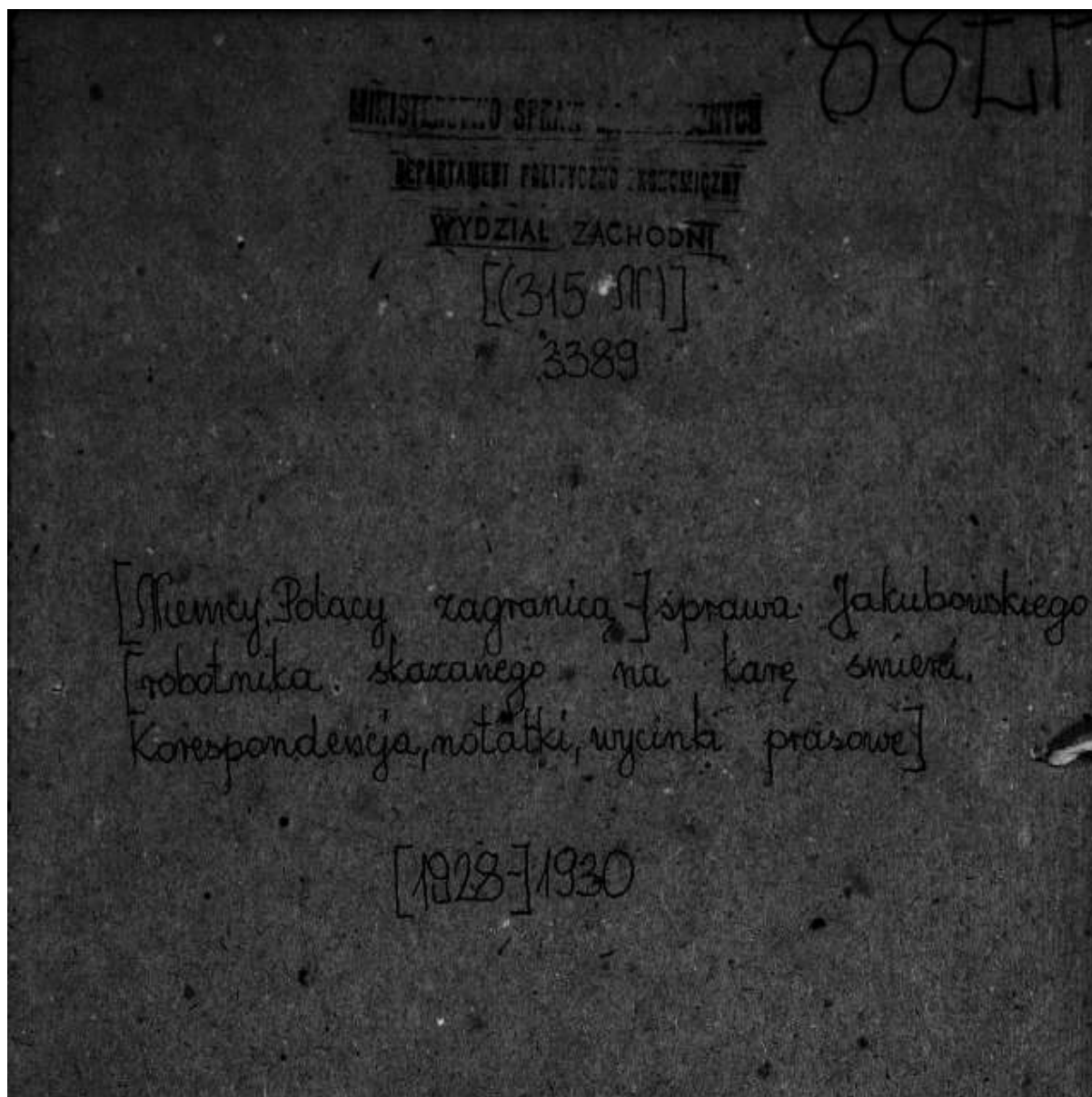
Źródło: https://www.szukajwarchiwach.gov.pl/jednostka/-/jednostka/5947569/obiekty/367414#opis_obiektu (dostęp: 20.07.2020).

Rycina 58. Fotografia z obrzędu pogrzebowego w Indonezji, 1928



Źródło: <https://www.szukajwarchiwach.gov.pl/jednostka/-/jednostka/5918341> (dostęp: 9.09.2020).

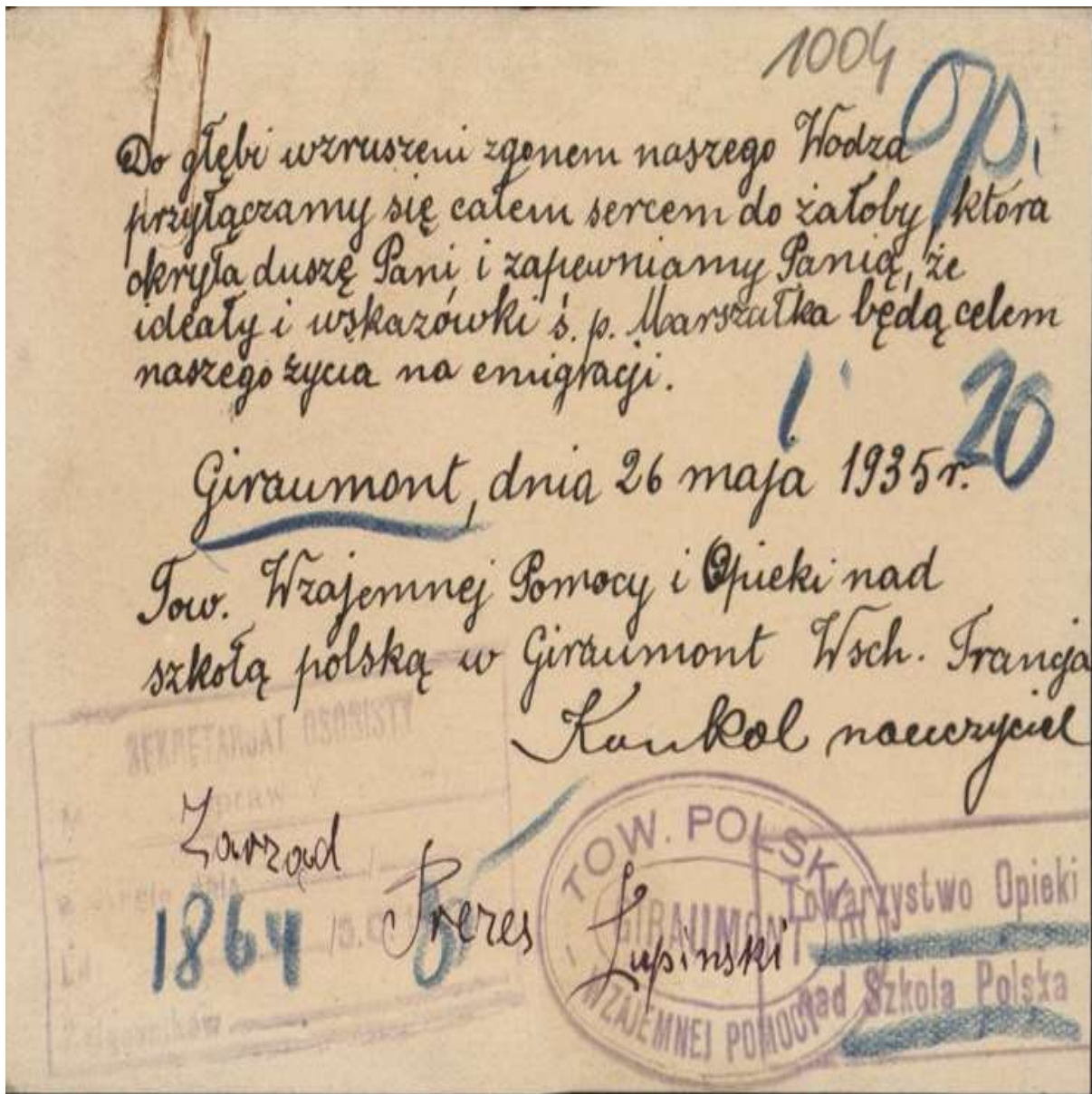
Rycina 59. Niemcy. Sprawa Józefa Jakubowskiego – robotnika skazanego na karę śmierci. Korespondencja, notatki, wycinki prasowe, 1929–1930



Źródło:

<https://szukajwarchiwach.pl/2/322/0/-/4788?q=%C5%9Bmier%C4%87+XSKANro:t+XARCHro:2&wynik=8&rpp=15&page=1#tabSkany> (dostęp: 15.07.2020).

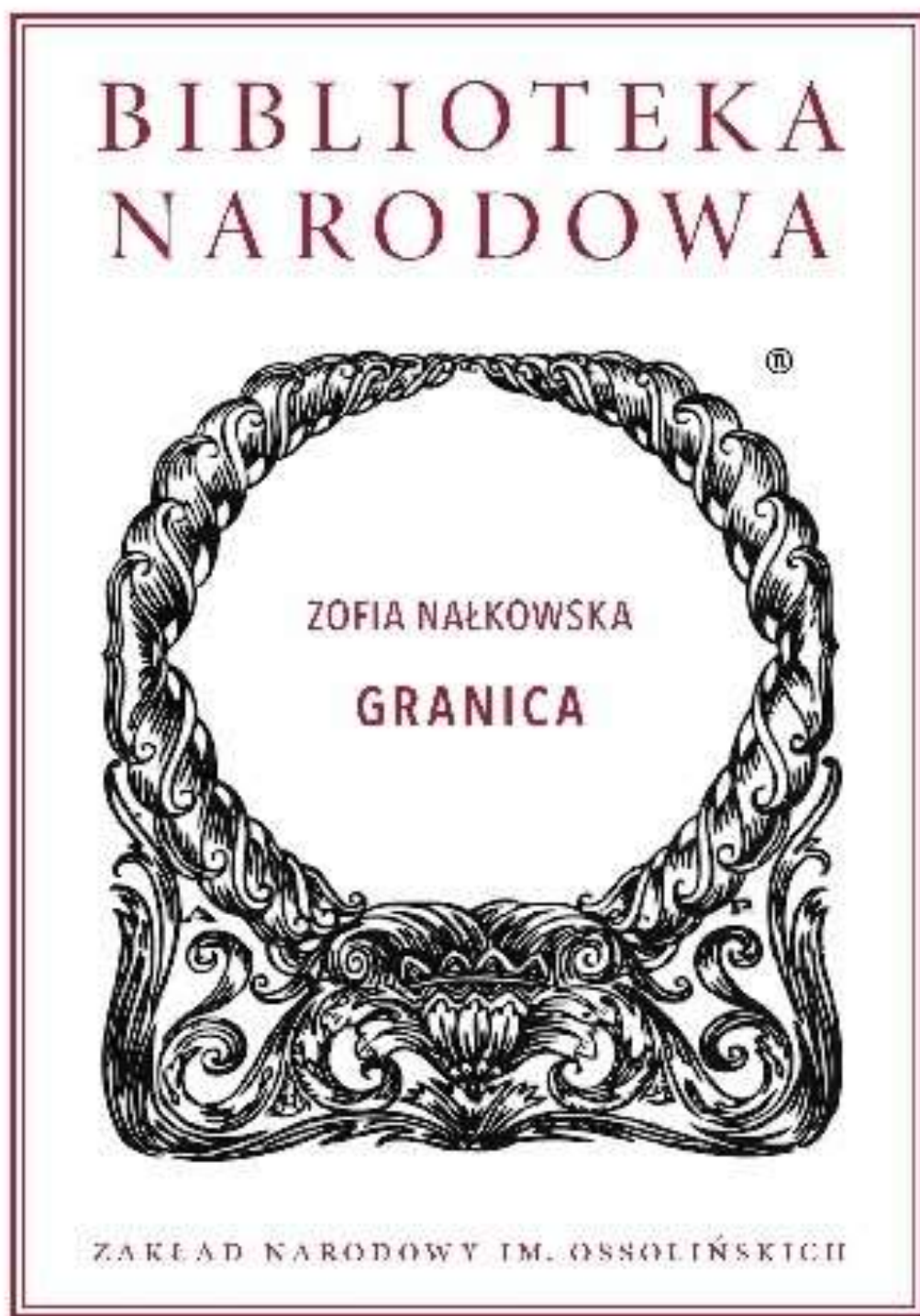
Rycina 60. Kondolencje z powodu śmierci Marszałka Józefa Piłsudskiego. Korespondencja, 1935



Źródło:

<https://szukajwarchiwach.pl/2/106/0/2/2.36?q=%C5%9Bmier%C4%87+XSKANro:t+XARCHro:2&wynik=1&rpp=15&page=1#tabSkany> (dostęp: 15.07.2020).

Rycina 61. *Granica*, Zofia Nałkowska, 1935 (Wydanie 2018)



Źródło: <https://wydawnictwo.ossolineum.pl/products/83> (dostęp: 8.09.2020).

Rycina 62. *Guernica*, Pablo Picasso, 1937



Źródło: <https://21.pl/dzial-400.html> (dostęp: 20.07.2020).

Rycina 63. *Pochód żalobnic*, Stanisław Ostoja-Chrostowski, 1938



Źródło: <https://polona.pl/item/pochod-zalobnic,MTE3ODQ0NTI4/0/#info:metadata> (dostęp: 9.09.2020).

Rycina 64. Listy i depesze kondolencyjne przesłane z powodu śmierci płk. Walerego Sławka. T.V. Klepsydry żałobne, wykaz szarf z pogrzebu, 1939



Źródło:

<https://szukajwarchiwach.pl/2/365/0/4/18?q=%C5%9Bmier%C4%87+XSKANro:t+XARCHro:2&wynik=16&rpp=15&page=2#tabSkany> (dostęp: 15.07.2020).

Rycina 65. Obwieszczenia dowództwa SS dotyczące osób skazanych na śmierć i rozstrzelanych w Warszawie, 1941



Źródło:

<https://szukajwarchiwach.pl/2/1335/0/8.5/145?q=%C5%9Bmier%C4%87+XSKANro:t+XARCHro:2&wynik=14&rpp=15&page=1#tabSkany> (dostęp: 15.07.2020).

Rycina 66. Obwieszczenia dowództwa SS dotyczące osób skazanych na śmierć i rozstrzelanych w Warszawie, 1942

Bekanntmachung

Als Vergeltungsmassnahmen für das am 15. September 1942 bei Lipce, Kreishauptmannschaft Lowitsch, verübte Eisenbahnattentat wurden heute

in Skierniewice	10	Kommunisten,
in Lipce	5	„
und in Rogów	5	„

öffentlich gehängt.

Bei Wiederholung ähnlicher Vorfälle werden schärfere Massnahmen ergriffen.

Warschau, den 5. Oktober 1942

DER KOMMANDEUR DER SICHERHEITSPOLIZEI
und des SD
FÜR DEN DISTRIKT WARSCHAU

Ogłoszenie

Jako odwet za popełniony w dniu 15 września 1942 r. na linii kolejowej w pobliżu Lipiec, pow. łowicki, napad terrorystyczny powieszono publicznie w dniu dzisiejszym

w Skierniewicach	10	komunistów,
w Lipcach	5	„
w Rogowie	5	„

W razie powtórzenia podobnych wypadków powzięte zostaną jeszcze surowsze zarządzenia karne.

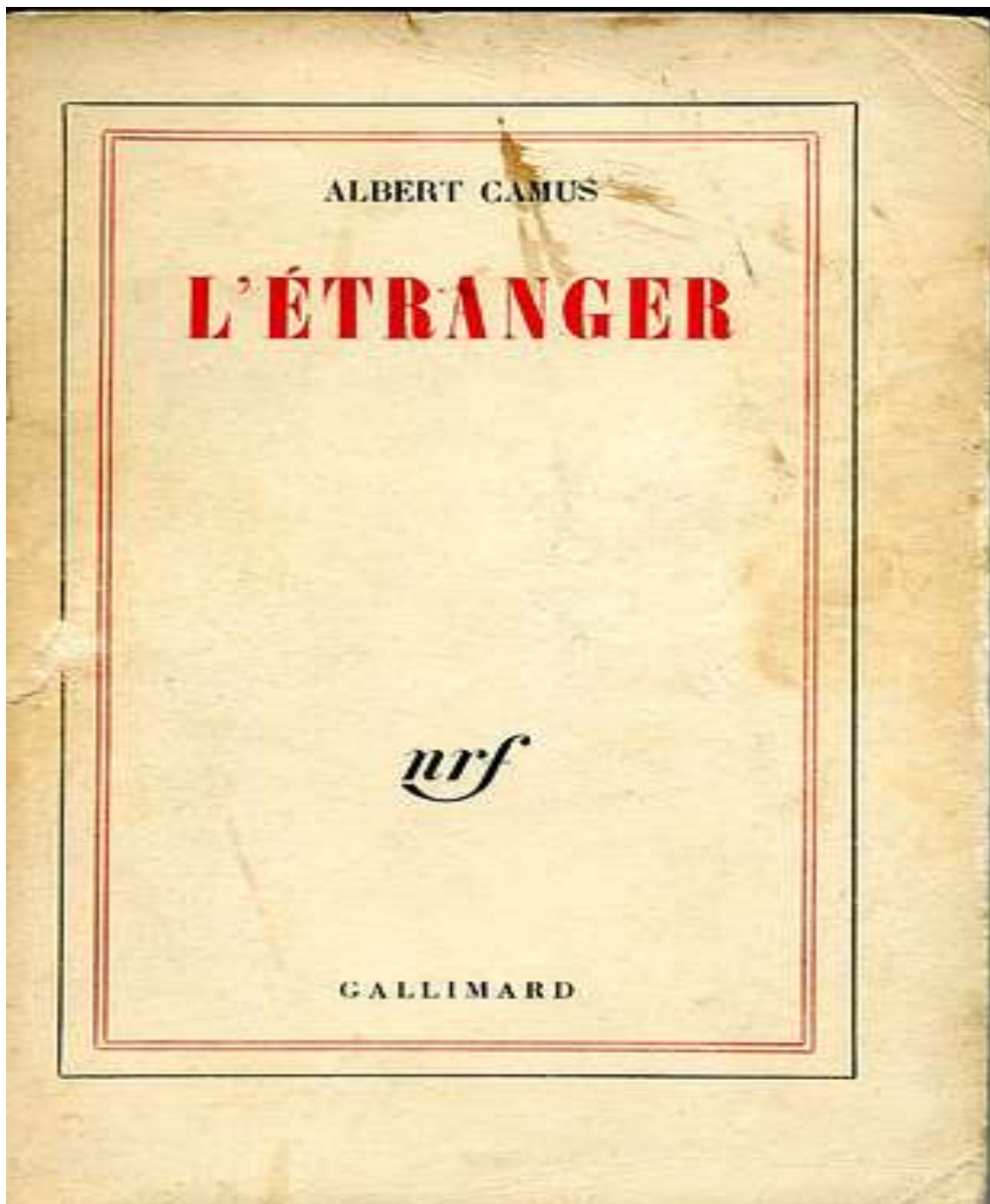
Warszawa, dnia 5 października 1942 r.

KOMENDANT POLICJI BEZPIECZEŃSTWA
I SD
OKRĘGU WARSZAWSKIEGO

Źródło:

<https://szukajwarchiwach.pl/2/1335/0/8.5/145?q=%C5%9Bmier%C4%87+XSKANro:t+XARCHro:2&wynik=14&rpp=15&page=1#tabSkany> (dostęp: 15.07.2020).

Rycina 67. *Obcy*, Albert Camus, 1942



Źródło: [https://pl.wikipedia.org/wiki/Obcy_\(powie%C5%9B%C4%87\)#/media/Plik:Camus23.jpg](https://pl.wikipedia.org/wiki/Obcy_(powie%C5%9B%C4%87)#/media/Plik:Camus23.jpg) (dostęp: 9.09.2020).

Rycina 68. Obwieszczenia dowództwa SS dotyczące osób skazanych na śmierć i rozstrzelanych w okręgu radomskim, 1943–1944



Źródło:

<https://szukajwarchiwach.pl/2/1335/0/8.4/141?q=%C5%9Bmier%C4%87+XSKANro:t+XARCHro:2&wynik=19&rpp=15&page=2#tabSkany> (dostęp: 15.07.2020).

Rycina 69. Obwieszczenia – zarządzenia z 11.12.1943 r. wykonania egzekucji w Zamościu na 59 osobach oraz wyroku kary śmierci z 17.12.1943 r. dla 20 osób, 1943

OBWIESZCZENIE

Pomimo publicznego ostrzeżenia i zagrożenia, że osoby, które miały skorzystać z prawa łaski zgodnie z wyrokiem Sądu Doraźnego Policji Bezpieczeństwa i SD, zostaną rozstrzelane, zostały popełnione dalsze akty przemocy przeciw Niemcom i to:

1. dnia 11.1.1944 w Stawie Noakowskim, w powiecie zamojskim, napad na Dorfführera wsiaki Nawóz, w powiecie zamojskim,
2. dnia 13.1.1944 w Dulniku, w powiecie zamojskim, napad na Niemkę,
3. dnia 15.1.1944 w Łosińcu, w powiecie zamojskim, napad na Forstschutzeistra z Suśca, w powiecie zamojskim.

W odwet za powyższe akty przemocy zostały osoby, które miały, na mocy mego obwieszczenia z dnia 11-ego grudnia 1943 r., wymienione od liczby 40 do 59, skorzystać z prawa łaski, w dniu 17.1.1944 r. rozstrzelane, a mianowicie:

<ol style="list-style-type: none"> 1. Dziezic Stanisław, z Siemierza, pow. Zamość 2. Obuchowicz Stanisław, z Siemierza, pow. Zamość 3. Dziezic Władysław, z Siemierza, pow. Zamość 4. Kukieliś Stanisław, z Komarów Górnego, pow. Zamość 5. Dziezic Józef, z Siemierza, pow. Zamość 6. Gajewski Jan, z Komarów Górnego, pow. Zamość 7. Rożaniecki Jan, z Janówka, pow. Zamość 8. Bodziuch Adolf, z Kol. Brudek, pow. Zamość 9. Bodziuch Franciszek, z Kol. Brudek, pow. Zamość 10. Buczak Feliks, z Kol. Sochówka, pow. Zamość 	<ol style="list-style-type: none"> 11. Saputa Edward, z Kol. Brudek, pow. Zamość 12. Pudęko Jan, z Kol. Brudek, pow. Zamość 13. Mazurek Czesław, z Kol. Brudek, pow. Zamość 14. Mazurek Antoni, z Kol. Brudek, pow. Zamość 15. Karchul Tadeusz, z Bachocznowa, pow. Zamość 16. Szaruga Antoni, z Kol. Brudek, pow. Zamość 17. Pietryk Bernhard, z Kol. Brudek, pow. Zamość 18. Sachajko Michał, z Zaleszczyzna, pow. Zamość 19. Karpewicz Michał, z Tomaszowa, pow. Zamość 20. Aręstowicz Zygmunt, z Zamościa
--	---

Dochodzenia wykazały, że napady w dniu 11.1.44, 13.1.44 i w dniu 15.1.44 r. zostały dokonane przez bandytów i podburzonych Polaków.

Dlatego zostały następujące osoby, za zbrodnie wykroczenia przeciwko 88 I i 2 rozporządzeniu o zwalczaniu napadów na dzieło niemieckiej odbudowy w Generalnym Gubernatorstwie z dnia 2.10.1943 r. (Dziennik Rozporządzeń dla Gen. Gubernatorstwa Nr. 82/43) przez Sąd Doraźny Dowódcy Policji Bezpieczeństwa i SD w Okręgu Lubelskim w dniu 16.1.44 r.

skazane na karę śmierci:

<ol style="list-style-type: none"> 1. Kasz Henryk, z Czysówka, pow. Krasnostaw <small>za udział w zabójstwie ogarnięty</small> 2. Kasz Józef, z Czysówka, pow. Krasnostaw <small>za udział w zabójstwie ogarnięty</small> 3. Walwander Kazimierz, z Niemców, pow. Zamość <small>za sprzyjanie bandytom</small> 4. Kalisz Józef, z Woli Góreckiej, pow. Zamość <small>za sprzyjanie bandytom</small> 5. Łaba Mieczysław, z Podharcza, pow. Zamość <small>za współudział w wypadkach ofiarokrownych i sprzyjanie bandytom</small> 6. Wajłowicz Tadeusz, z Podharcza, pow. Zamość <small>za współudział w wypadkach ofiarokrownych i sprzyjanie bandytom</small> 7. Wajłowicz Julian, z Justynówka, pow. Zamość <small>za współudział w wypadkach ofiarokrownych i sprzyjanie bandytom</small> 8. Mazur Błażej, z Zamościa <small>za udział w zabójstwie ogarnięty</small> 9. Jank Marcin, z Zamościa <small>za udział w zabójstwie ogarnięty</small> 10. Lesiak Błażej, z Zamościa <small>za udział w zabójstwie ogarnięty</small> 	<ol style="list-style-type: none"> 11. Ramanowski Piotr, z Tytyna, pow. Zamość <small>za sprzyjanie bandytom</small> 12. Podolek Józef, z Tytyna, pow. Zamość <small>za sprzyjanie bandytom</small> 13. Pilaga Jan, z Pawłówka, pow. Zamość <small>za sprzyjanie bandytom</small> 14. Pilaga Feliks, z Pawłówka, pow. Zamość <small>za sprzyjanie bandytom</small> 15. Halczy Jan, z Pawłówka, pow. Zamość <small>za sprzyjanie bandytom</small> 16. Kosyra Jan, z Pawłówka, pow. Zamość <small>za sprzyjanie bandytom</small> 17. Kosyra Edward, z Pawłówka, pow. Zamość <small>za sprzyjanie bandytom</small> 18. Halczy Marcell, z Pawłówka, pow. Zamość <small>za sprzyjanie bandytom</small> 19. Kudak Jan, z Kol. Półówek, pow. Zamość <small>za sprzyjanie bandytom</small> 20. Kozan Michał, z Kawenczynna, pow. Zamość <small>za posiadanie broni i listy śmiertelnej</small>
--	--

O ile jednak w następnych trzech miesiącach w okręgu miasta Zamość i powiatu Zamojskiego powtórzyłyby się dalsze akty przemocy, a przede wszystkim napady na Niemców, na obywateli państw z Rzeszą Niemiecką sprzymierzonych, albo też obywateli nieniemieckich, którzy pracują przy odbudowie Generalnego Gubernatorstwa, w tym wypadku -- o ile zbrodniarz nie zostanie natychmiast ujęty -- zostanie wyrok wykonany na osobach wymienionych w obwieszczeniu z dnia 21.12.1943 r. od liczby 1 do 15 i na osobach wymienionych w moim dzisiejszym obwieszczeniu od liczby 1 do 20, które zostały także przedstawione do ułaskawienia, a mianowicie w ten sposób, że za każdy akt przemocy na osobach stojących pod opieką Rzeszy Niemieckiej przynajmniej dziesięć z przedstawionych do ułaskawienia osób nie skorzysta z prawa łaski.

**Dlatego też leży w interesie ludności nieniemieckiej
przez natychmiastowe ujęcie
względnie spowodowanie ujęcia sprawcy lub sprawców
albo przez odpowiednie oddziaływanie na im znane w błąd wprowadzone jednostki
albo przez doniesienie podejrzanych osób
o to się postarać, aby wyrok na tych do ułaskawienia przedstawionych osobach
nie został wykonany.**

Zamość, dnia 17 grudnia 1944 r.

Dowódca Policji Bezpieczeństwa i SD
Na Okręg Lubelski

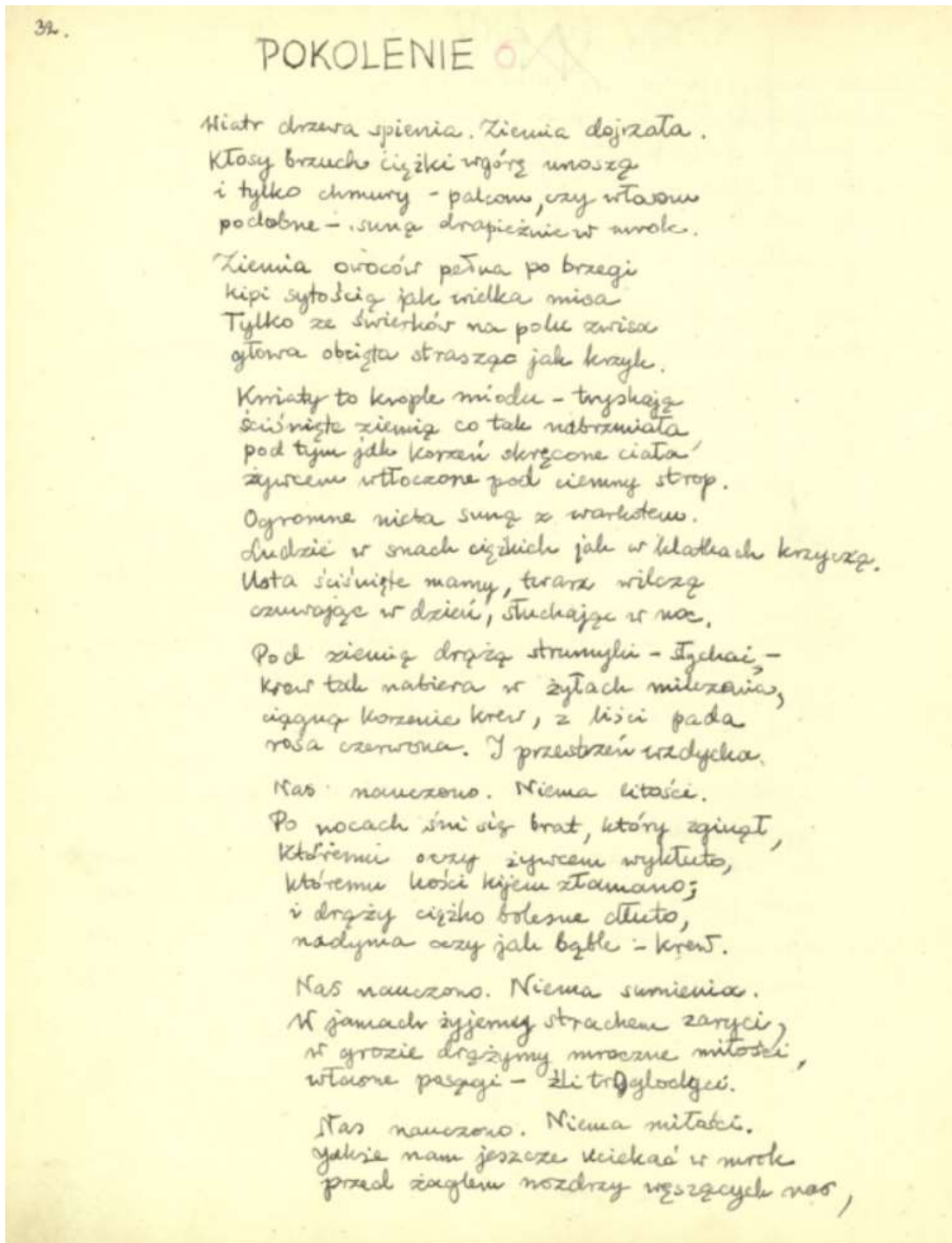
Źródło:

<https://szukajwarchiwach.pl/2/1335/0/3.2/85?q=%C5%9Bmier%C4%87+XSKANro:t+XARCHro:2&wynik=25&rpp=15&page=2#tabSkany> (dostęp: 15.07.2020).

Rycina 70. Płaskorzeźba na drzwiach katedry przedstawiająca śmierć św. Wojciecha, 1943



Źródło: https://www.szukajwarchiwach.gov.pl/jednostka/-/jednostka/5895798/obiekty/406569#opis_obiektu (dostęp: 20.07.2020).



53.
19
przed siecią ^{widzę} ~~opieki~~ kijów i ręk,
kiedy nie wróci matki ni dzieci
w pustego serca rozpruty strzęk.

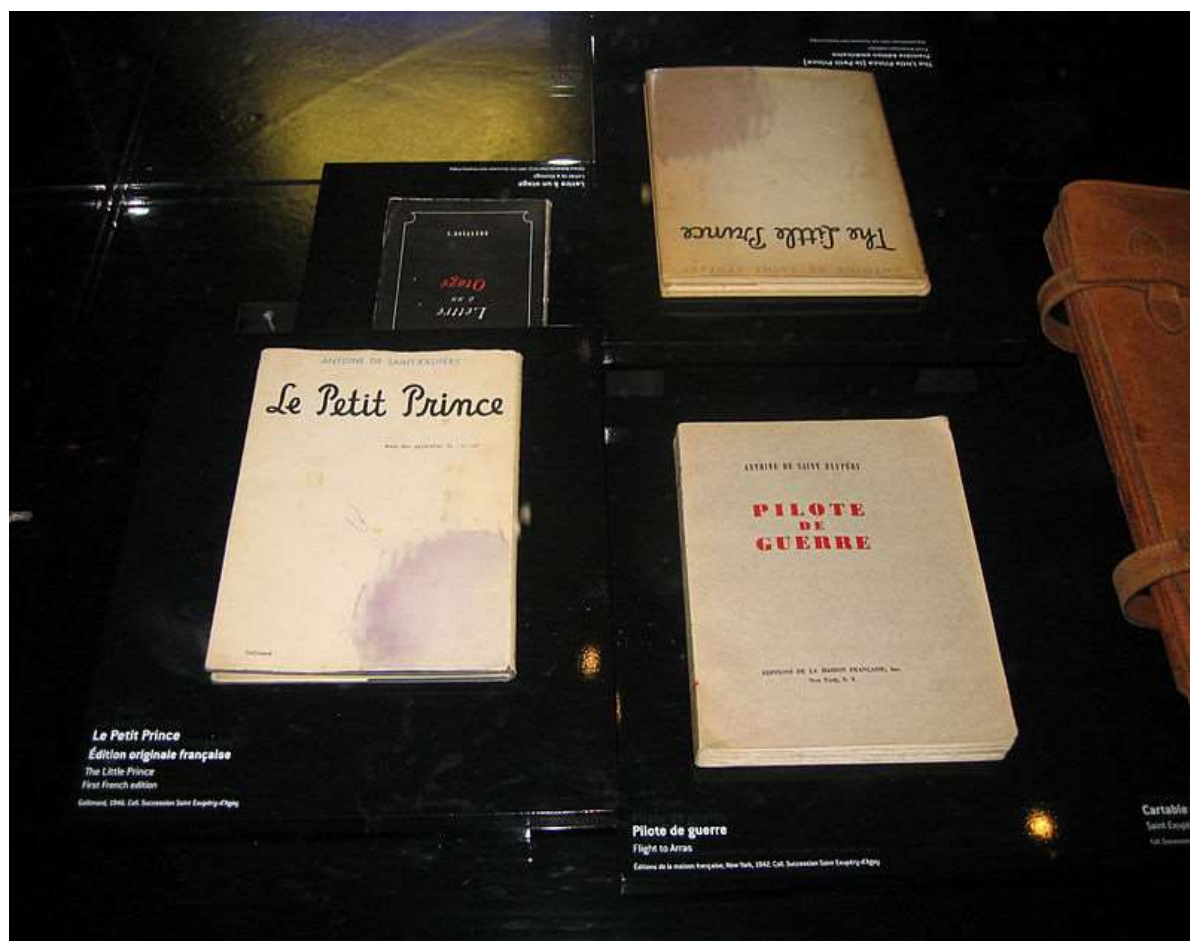
Nas nauczano. Trzeba zapamiętać,
żeby nie umrzeć rojąc to wszystko.
Wstajemy nocą. Ciemno jest, blisko.
Szukamy serca - bierzemy w rękę,
nastuchujemy: wygaranie mleka,
ale zostanie kawałek - tak - gładzi.

W tak staniemy na wzorach, czotkach,
na samolotach, na ramoniskach,
gdzie po nas wóz się ciszy przeczołga,
gdzie zimny potop omija nas,
nie niedzga: stoi, czy płynie czas.
Wali obcefniaosta z głębin kopane,
popielejste ludzkie pokłady
naprzód leżące, stojące rzewyzi
nie niedzga, czy my karty iliady
rzebione ogniem w blyszczącym stacie
czy nam postawię z litości chosiozi
nad grobem Krzyż.

22 . VII . 43.

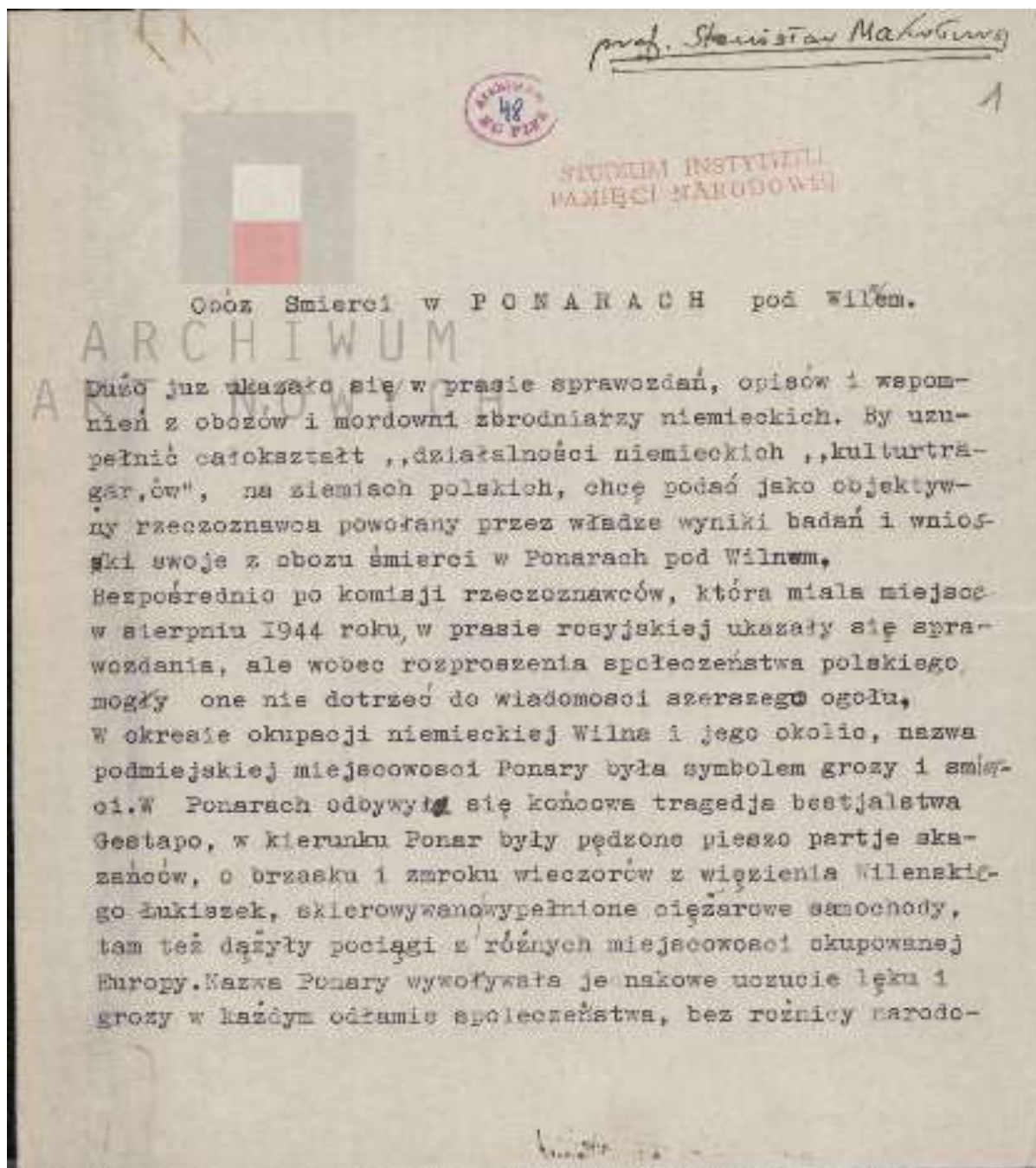
Źródło: <https://polona.pl/item/kodeks-42-44,MjYzNTg1MTU/37/#info:metadata> (dostęp: 9.09.2020).

Rycina 72. *Mały Książę*, Antonie De Saint-Exupery, 1943



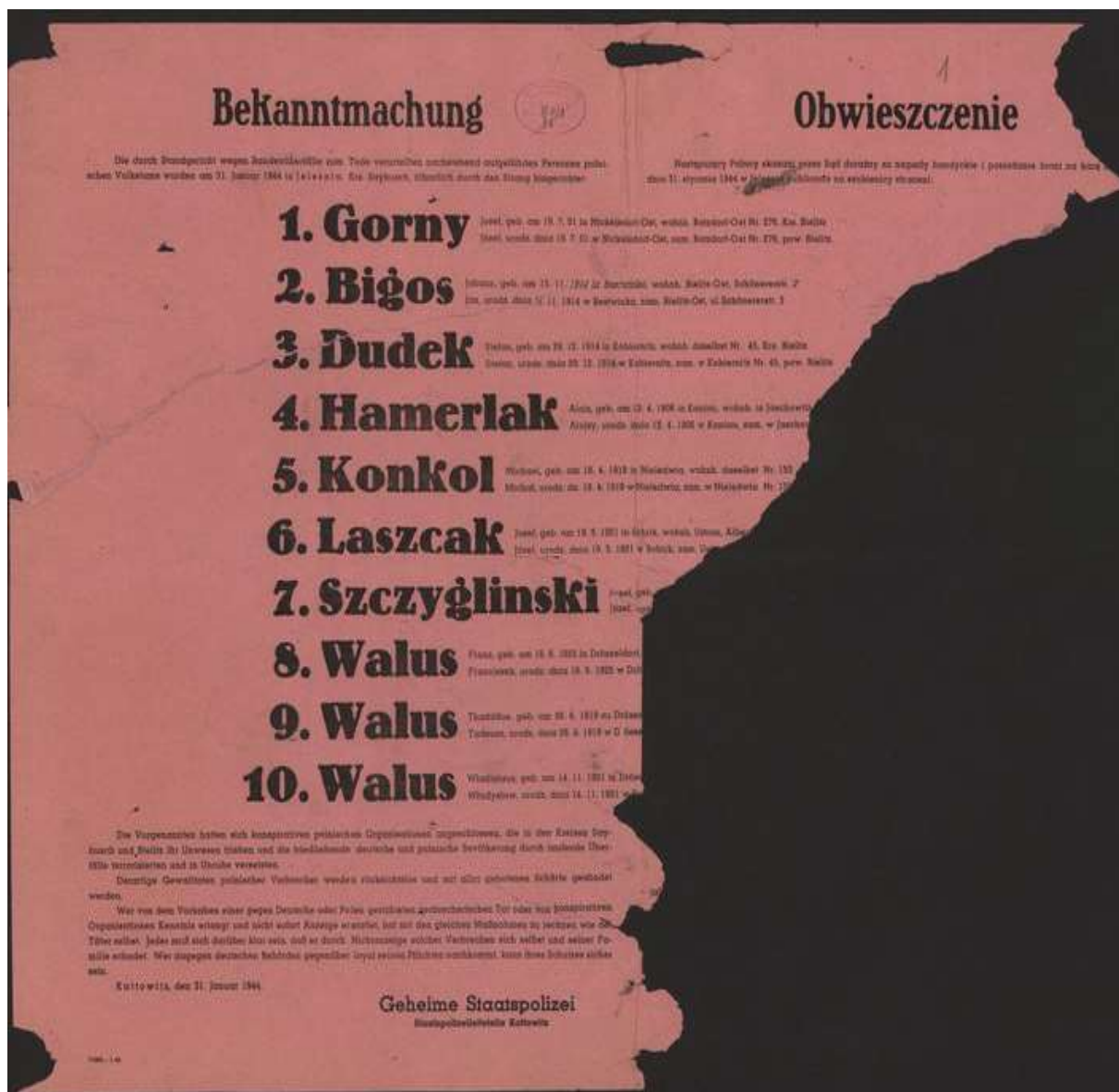
Źródło: https://pl.wikipedia.org/wiki/Ma%C5%82y_Ksi%C4%85%C5%BC%C4%99#/media/Plik:Saint_Exupery_exhibit_-_Air_&_Space_Museum,_Le_Bourget,_Paris,_France,_absent_artwork_and_not_subject_to_copyright.jpg (dostęp: 9.09.2020).

Rycina 73. Komisja Rzecznawców. Sprawozdanie rzeczoznawców prof. Stanisława Mahrburga o obozie śmierci w Ponarach pod Wilnem, 1944



Źródło: <https://szukajwarchiwach.pl/2/1333/0/2/212.II.8#tabSkany> (dostęp: 15.07.2020).

Rycina 74. Obwieszczenia Placówki Policji Państwowej w Katowicach o skazaniu na śmierć Polaków i zwalczaniu nieprzyjacielskich spadochroniarzy, 1944

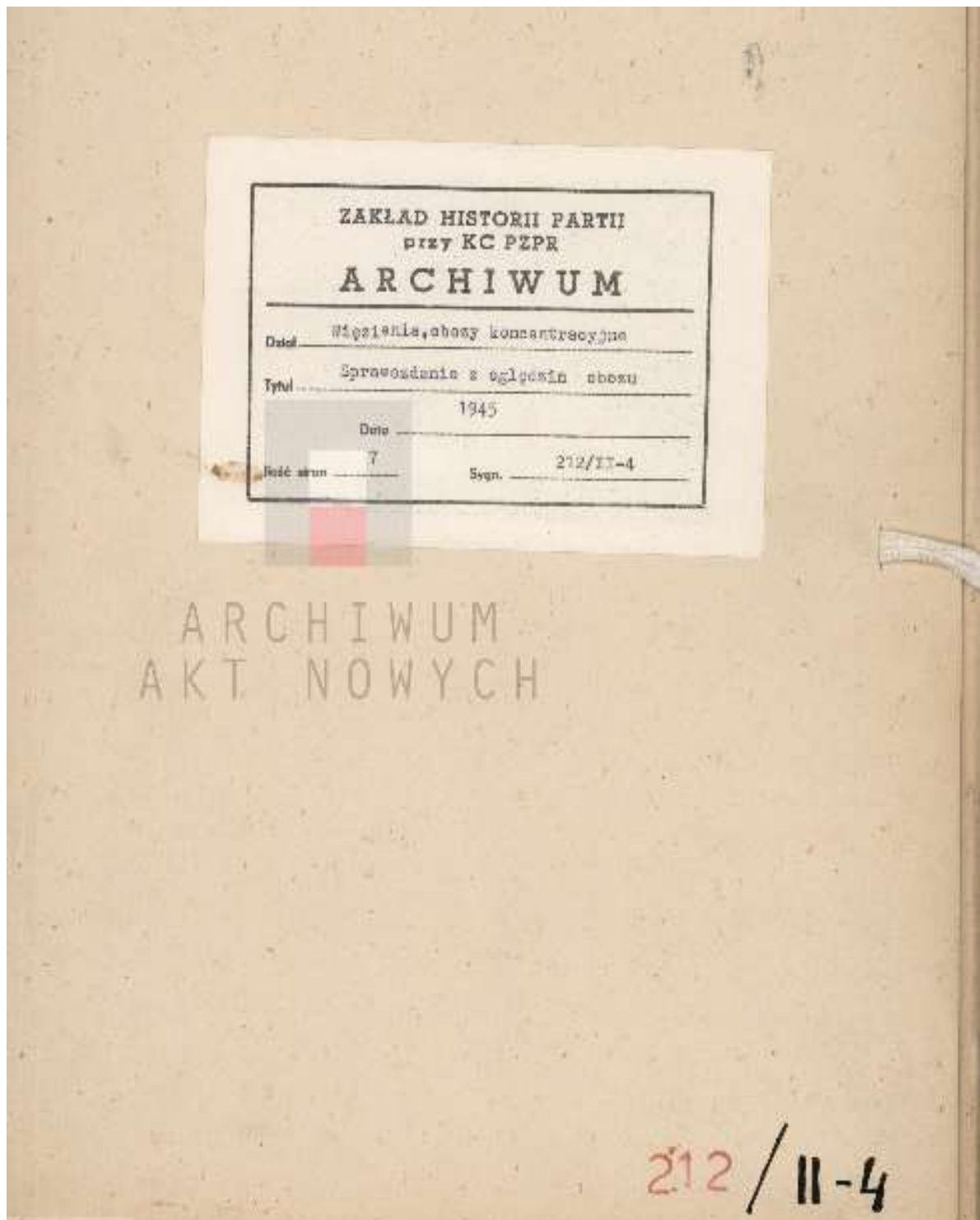


Źródło:

<https://szukajwarchiwach.pl/2/1335/0/10/159?q=%C5%9Bmier%C4%87+XSKANro:t+XARCHro:2&wynik=10&rpp=15&page=1#tabSkany>

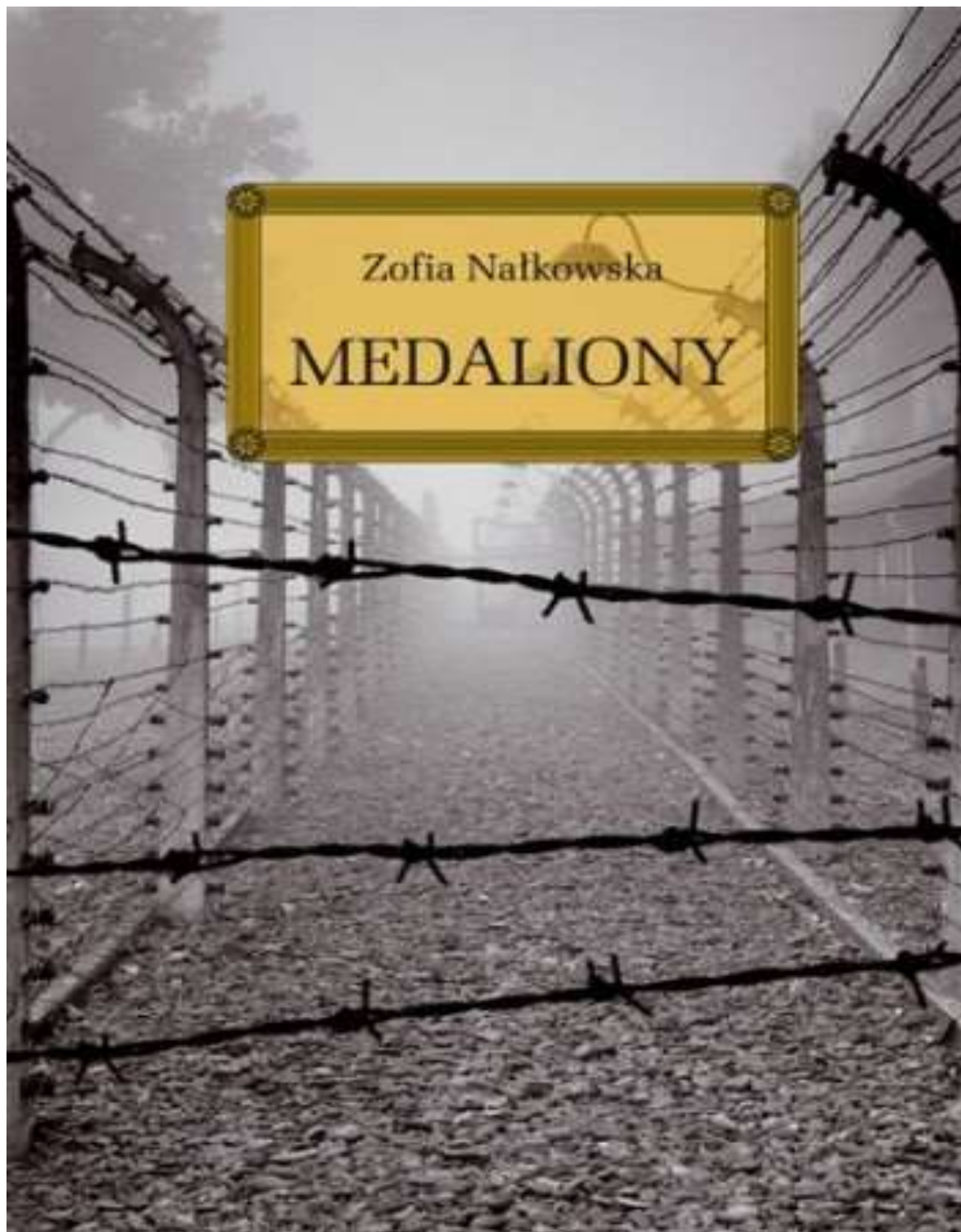
(dostęp: 15.07.2020).

Rycina 75. Sąd Apelacyjny i Sąd Okręgowy w Warszawie. Sprawozdania z oględzin /ilustracji/ obozów: w Chełmie k/Kolna, w Warszawie u zbiegu ulic Gęsiej i Zamenhoffa, 1945



Źródło: <https://szukajwarchiwach.pl/2/1333/0/2/212.II.4#tabSkany> (dostęp: 15.07.2020).

Rycina 76. *Medaliony*, Zofia Nałkowska, 1946



Źródło: <https://lubimyczytac.pl/ksiazka/92926/medaliony> (dostęp: 9.09.2020).

Rycina 77. *Pożegnanie z Marią*, Tadeusz Borowski, 1946



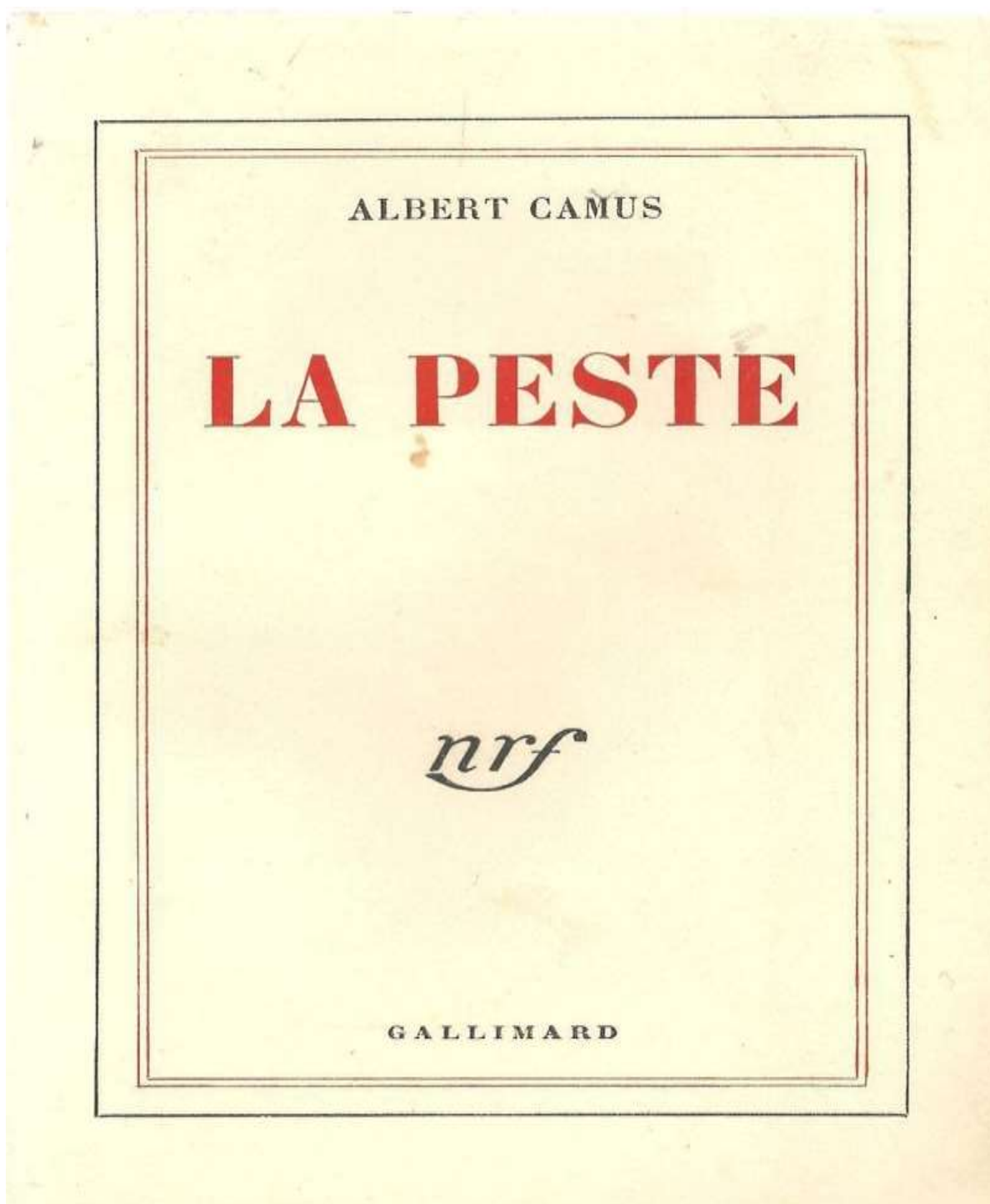
TADEUSZ BOROWSKI
Pożegnanie z Marią
i inne opowiadania



Narodowa Biblioteka Arcydzieł

Źródło: <https://lubimyczytac.pl/ksiazka/165974/pozegnanie-z-maria-i-inne-opowiadania> (dostęp: 9.09.2020).

Rycina 78. *Dżuma*, Albert Camus, 1947



Źródło: [https://pl.wikipedia.org/wiki/D%C5%BCuma_\(powie%C5%9B%C4%87\)#/media/Plik:La_Peste_book_cover.jpg](https://pl.wikipedia.org/wiki/D%C5%BCuma_(powie%C5%9B%C4%87)#/media/Plik:La_Peste_book_cover.jpg) (dostęp: 9.09.2020).

Rycina 79. Zdjęcie Roberta Wilesa – *Najpiękniejsze samobójstwo w historii*, 1 maja 1947



Źródło: <https://www.swiatobrazu.pl/zdjecie/artykuly/535101/100-najbardziej-zaskakujacych-zdjec-swiata-robert-wiles-ndash-najpiekniejsze-samobojstwo-w-historii.jpg> (dostęp: 3.06.2020).

Rycina 80. *Syn i zabita matka* Andrzeja Wróblewskiego, 1949



Źródło: https://mnk.pl/images/upload/fotogalerie/2016/Smierc/smierc_003467.jpg (dostęp: 27.07.2020)

Rycina 81. *Zabity mąż* Andrzeja Wróblewskiego, 1949



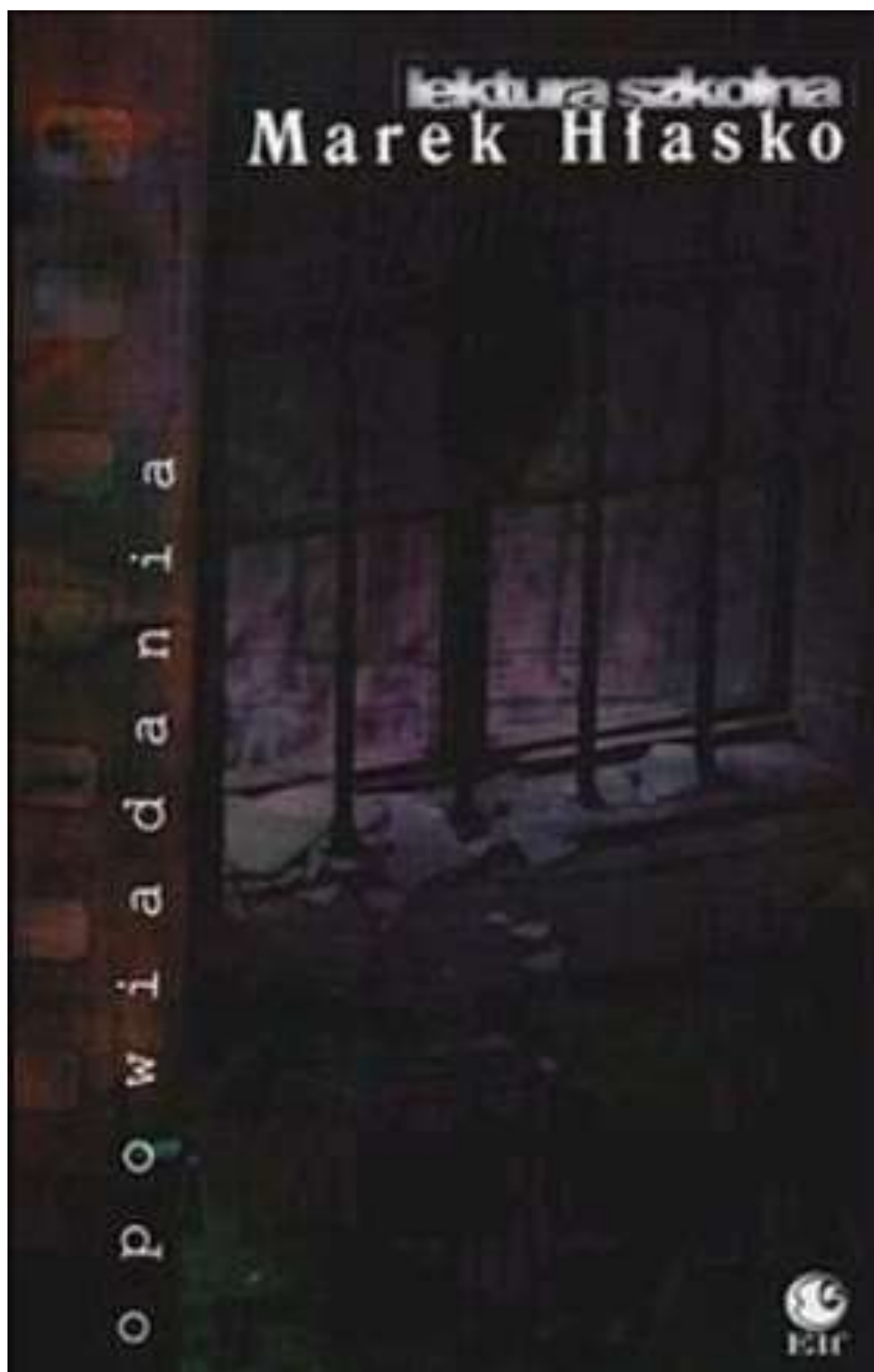
Źródło: https://api.culture.pl/sites/default/files/styles/auto_400/public/images/culture.pl/andrzej_wroblewski_spacer_zakochanych_ze_sloncem_fot._dzieki_uprzejmosci_fundacji_andrzeja_wroblewskiego.jpg?itok=HF0CVtUi (dostęp: 27.07.2020).

Rycina 82. *Inny świat*, Gustaw Herling-Grudziński, 1951



Źródło: <https://lubimyczytac.pl/ksiazka/4881732/inny-swiat-zapiski-sowieckie> (dostęp: 9.09.2020).

Rycina 83. *Pętla*, Marek Hlasko, 1956



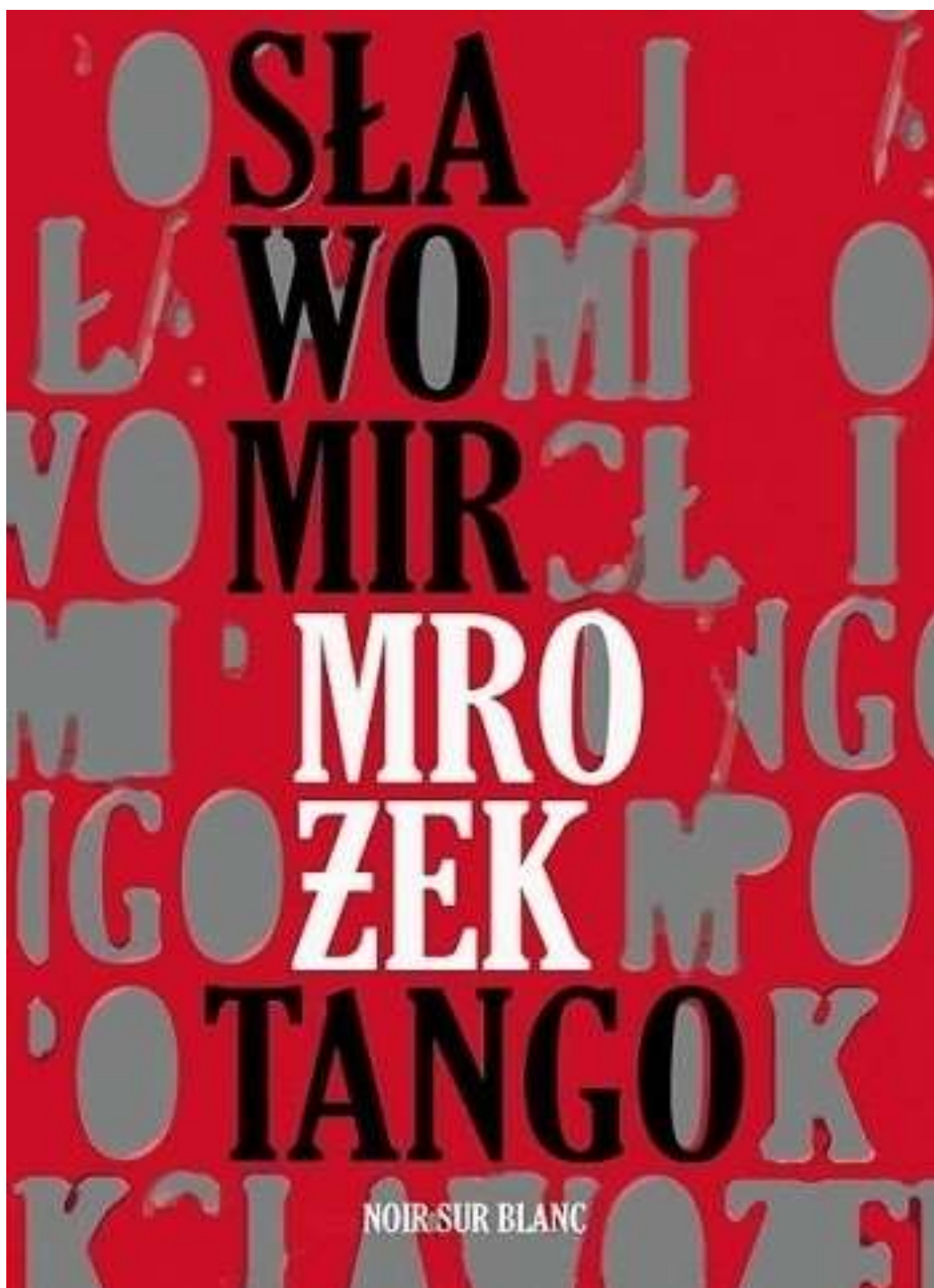
Źródło: <https://lubimyczytac.pl/ksiazka/39784/opowiadania> (dostęp: 9.09.2020).

Rycina 84. *Śmierć Ellenai*, Zbigniew Pronaszko, 1957



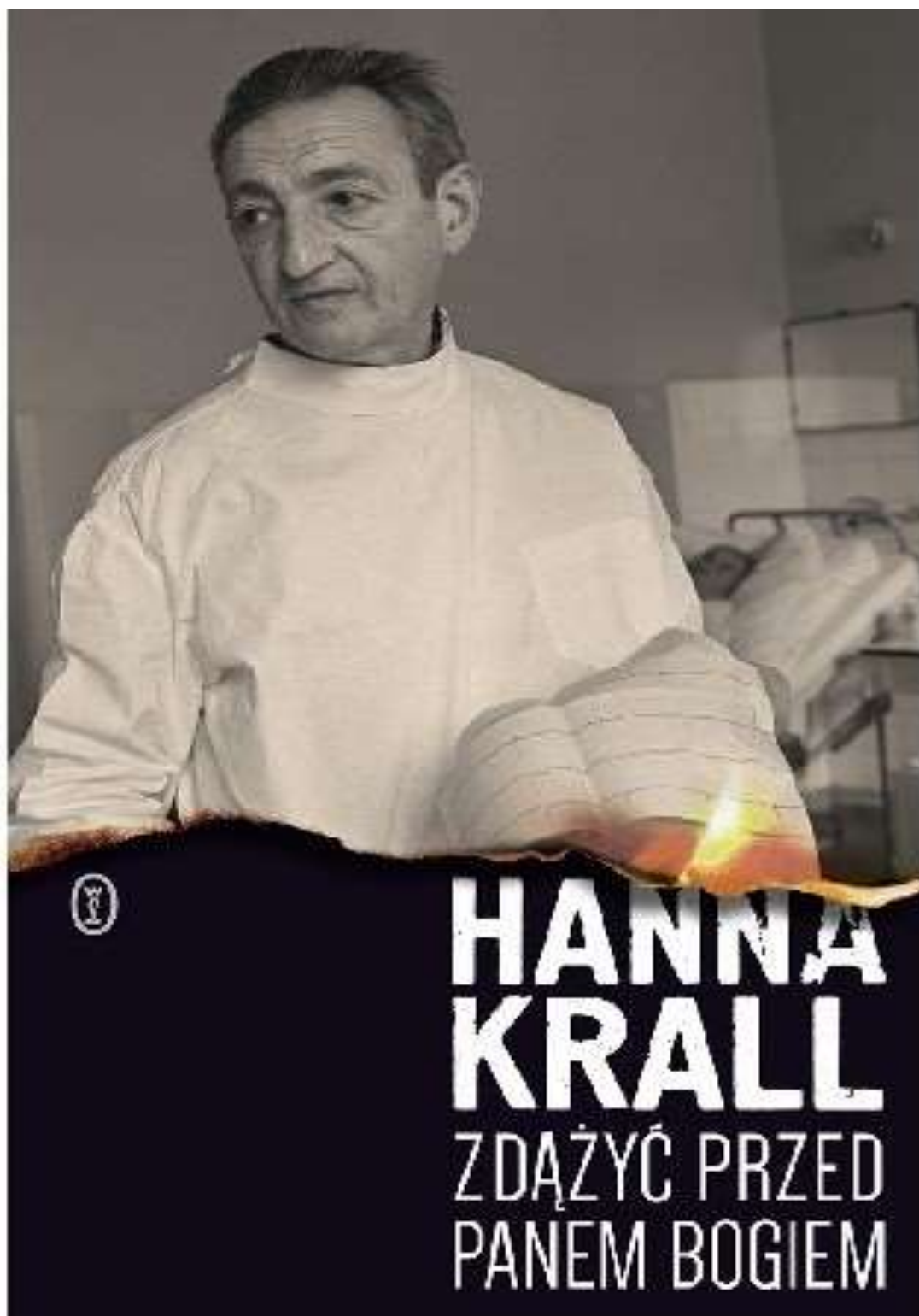
Źródło: https://media.mnk.pl/images/upload/fotogalerie/2016/Smierc/smierc_001464.jpg (dostęp: 27.07.2020).

Rycina 85. *Tango*, Sławomir Mrożek, 1965



Źródło: <https://lubimyczytac.pl/ksiazka/234034/tango> (dostęp: 9.09.2020).

Rycina 86. *Zdażyć przed Panem Bogiem*, Hanna Krall, 1976



Źródło: <https://lubimyczytac.pl/ksiazka/4859145/zdazyc-przed-panem-bogiem> (dostęp: 9.09.2020).

Rycina 87. Wywiad, Miron Białoszewski, 1985

Miron Białoszewski

„Oho”
i inne wiersze
opublikowane po roku 1980

Źródło: https://piw.pl/uploads/original/062018/22/f14c047ff1_Bialoszewski-OHO-fragment.pdf (dostęp: 9.09.2020).

Rycina 88. *Weronika postanawia umrzeć*, Paulo Coelho, 1998



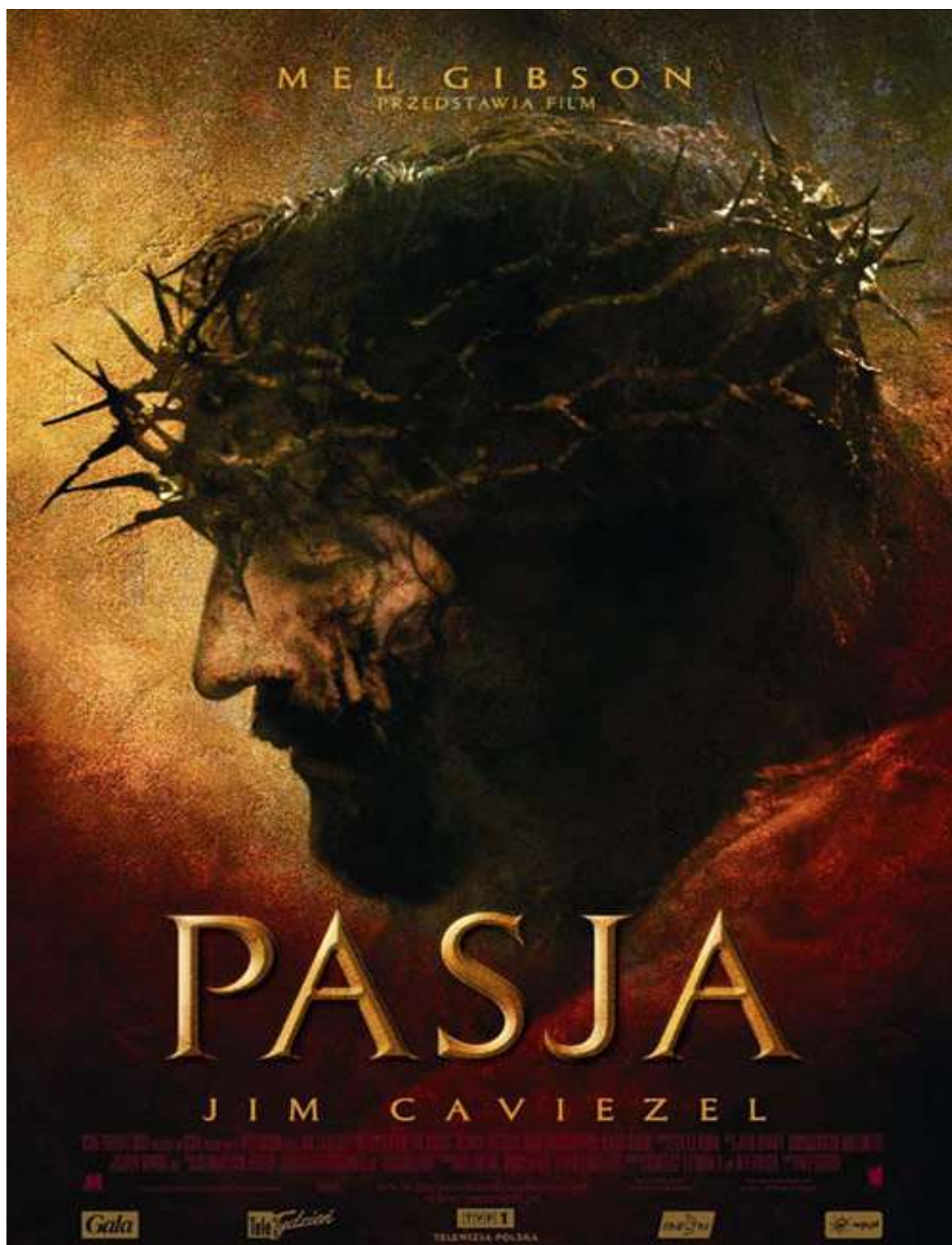
Źródło: <https://lubimyczytac.pl/ksiazka/105773/weronika-postanawia-umrzec> (dostęp: 9.09.2020).

Rycina 89. *Oskar i pani Róża*, Eric-Emmanuel Schmitt, 2002



Źródło: <https://lubimyczytac.pl/ksiazka/4805264/oskar-i-pani-roza> (dostęp: 9.09.2020).

Rycina 90. *Pasja*, reżyseria Mel Gibson, 2004



Źródło: <https://www.filmweb.pl/film/Pasja-2004-38233> (dostęp: 7.09.2020).

Rycina 91. *Smutek, strata, żałoba. Jak sobie z nimi radzić? Jak pomóc innym?*, Manu Keirse, 2004



Źródło: <https://lubimyczytac.pl/ksiazka/59394/smutek-strata-zaloba-jak-sobie-z-nimi-radzic-jak-pomoc-innym> (dostęp: 9.09.2020).

Rycina 92. *Katyń*, reżyseria Andrzej Wajda, 2007



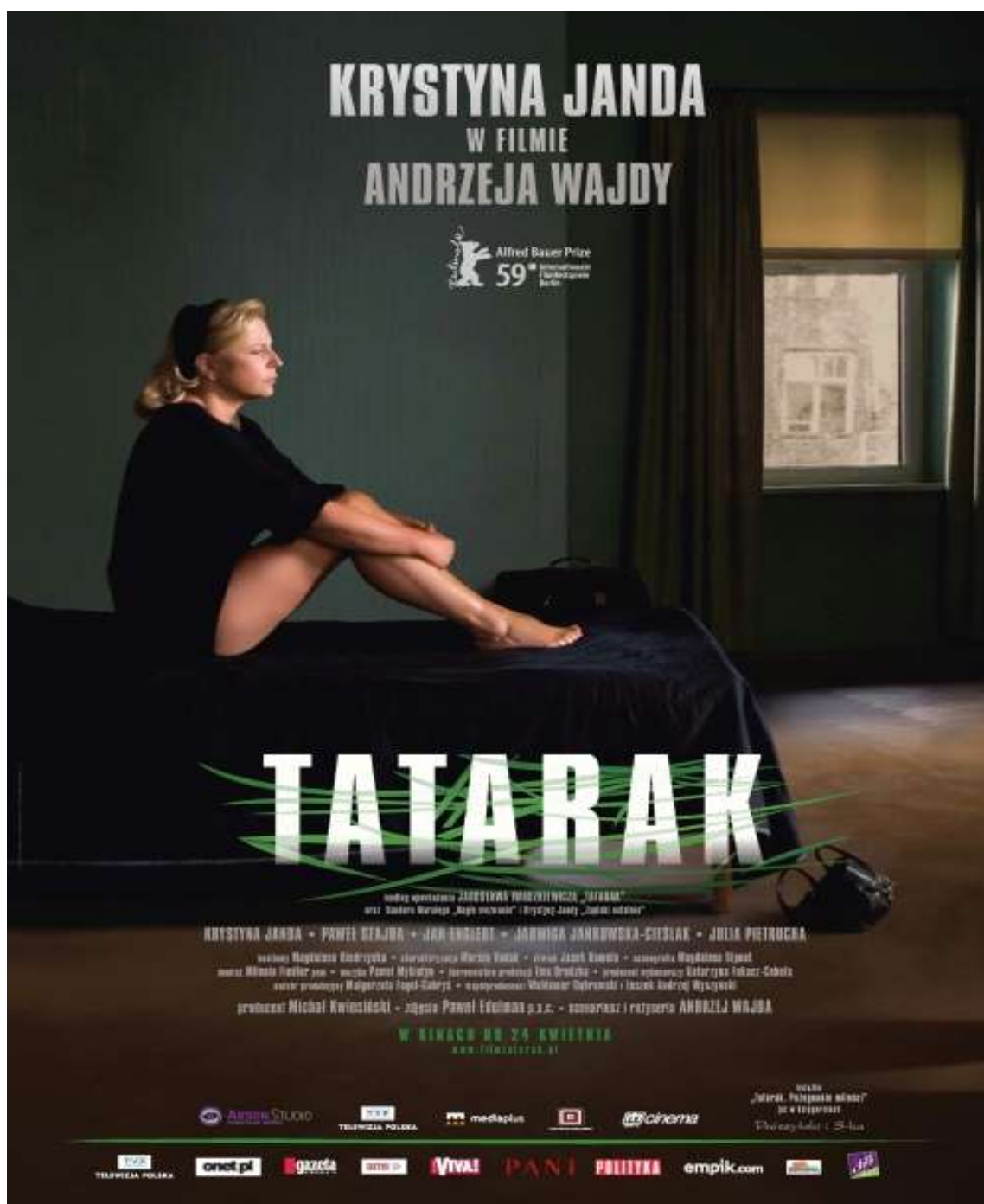
Źródło: <https://www.filmweb.pl/film/Katy%C5%84-2007-271956> (dostęp: 7.09.2020).

Rycina 93. *Pora umierać*, reżyseria Dorota Kędzierzawska, 2007



Źródło: <https://www.filmweb.pl/film/Pora+umiera%C4%87-2007-338318> (dostęp: 7.09.2020).

Rycina 94. *Tatarak*, reżyseria Andrzej Wajda, 2009



Źródło: <https://www.filmweb.pl/film/Tatarak-2009-346475> (dostęp: 7.09.2020).

Rycina 95. Poradnik szkoleniowy dla lekarzy orzekających o przyczynach zgonów i wystawiających kartę zgonów, dr hab. n med. Barbara Stawińska- Witoszyńska, dr n. med. Jerzy Gałęcki, Wojciech Wasilewski, Warszawa, listopad 2019



Poradnik

szkoleniowy dla lekarzy
orzekających
o przyczynach zgonów
i wystawiających kartę
zgonu

Źródło: https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5746/7/1/1/po-radnik_szkoleniowy_dla_lekarzy_orzekajacych_o_przyczynach_zgonow_pelny.pdf (dostęp: 4.01.2023).

Rycina 96. *Postawy pielęgniarek wobec śmierci pacjenta*, Izabela Gołębiak, Robert Szczepaniak, Anna Łazowa, Grażyna Dykowska, Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Filia w Warszawie, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego, 2019

Izabela Gołębiak¹, Robert Szczepaniak¹, Anna Łazowa¹, Grażyna Dykowska²

¹Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Filia w Warszawie

²Warszawski Uniwersytet Medyczny, Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego

POSTAWY PIELEŃNIAREK WOBEC ŚMIERCI PACJENTA

Attitudes of nurses in the face of a patient's death

Streszczenie

Wstęp

Śmierć od zawsze łączy się z nieprzyjemnymi uczuciami, takimi jak ból, strach, cierpienie, poczucie straty. Obecnie ludzie częściej umierają na szpitalnym łóżku, gdzie niezbędna jest opieka pielęgniarska. Śmierć pacjenta należy do stałych elementów w pracy pielęgniarek, która związana jest z różnorodnymi czynnikami stresującymi. W prezentowanej pracy została podjęta próba poznania postaw pielęgniarek wobec śmierci pacjenta.

Cel

Celem prezentowanej pracy było poznanie postaw pielęgniarek wobec śmierci pacjenta.

Materiał i metoda

Źródło: <http://ltn.eu/POSTAWY-PIELEGNIAREK-WOBEC-SMIERCI-PACJENTA,150,38821,0,0.html> (dostęp: 4.01.2023).

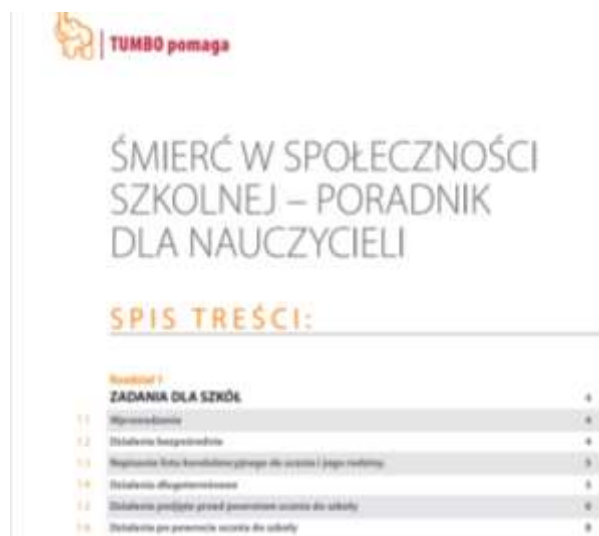
Rycina 97. *Raport o dobrym umieraniu*, autorka raportu (koncept, redakcja, opracowanie): Maria Wiczorek



<p>I. CZŁOWIEK Szczęście człowieka na końcu życia. Rozmowy o śmierci. Czy umierający człowiek może być szczęśliwy?</p>	8	<p>Z powodu przedwczesnych chorób śmierć może w Polsce stać się dla tysięcy osób. Terminową rolę choroby tworzący wiele istotnych aspektów: problemy egzystencjalne i duchowe. Problem dotyczy także chorych ludzi z powszechnym zjawiskiem społecznym.</p>
<p>II. BLISCY Wspólny, dobrze spędzony czas. Rodzina i bliscy są najważniejsi. Chcemy odchodzić w domu. Czy znamy potrzeby ludzi umierających? Czy chcemy znać prawdę? Jak rozmawiać? Czas dobrej jakości. Trudności w opiece.</p>	16	<p>Zjemy pełną żyzną. Chwile zwalają naschoda w tym momencie. A my, dopiero na wami jak zachować się wobec śmierci jak dobrać przenieć kwę życia.</p>
<p>III. POMOC SPECJALISTYCZNA Świadomość odpowiedniej opieki. Zakończenie leczenia przyczynowego. Opieka paliatywna i hospicyjna. Mała wiedza o medycynie paliatywnej. Złe skojarzenia. Nasza opieka hospicyjna. Piramida dobrego umierania. Chory w centrum uwagi. Edukacja studentów medycyny. Puckie Hospicjum. Cele kampanii.</p>	30	<p>Dobre umieranie - wspólnie się tamie nastąpić - to dla nas przede wszystkim czas dobrej jakości życia i umocnienie poczucia godności człowieka w obliczu zbliżającej się śmierci.</p> <p>Dobre umieranie to taki czas, którego każdy człowiek życia. Każdy ma do tego prawo.</p> <p>Zacznijmy więc o tym rozmawiać...</p>

Źródło: <https://api.ngo.pl/media/get/123950> (dostęp: 9.09.2020).

**Rycina 98. Śmierć w społeczności szkolnej – poradnik dla nauczycieli, Fundacja Hospicyjna
www.tumbopomaga.pl, ul. Chodowieckiego 10, 80-208 Gdańsk**



TUMBO pomaga

ŚMIERĆ W SPOŁECZNOŚCI SZKOLNEJ – PORADNIK DLA NAUCZYCIELI

SPIS TREŚCI:

Recenzja 1	
ZADANIA DLA SZKÓŁ	4
1.1 Wprowadzenie	4
1.2 Działania bezpośrednie	4
1.3 Rozpoznanie i wyznaczenie grupy do wsparcia i jego rodzimcy	5
1.4 Działania długoterminowe	5
1.5 Działania podjęte przez powierników ucznia do szkoły	6
1.6 Działania po powrocie ucznia do szkoły	6

Źródło: https://tumbopomaga.pl/images/pdf/Nauczyciele_spolecznoscszkolna_a.pdf (dostęp: 7.09.2020).

**Rycina 99. Śmierć w rodzinie ucznia – poradnik dla nauczycieli, Fundacja Hospicyjna
www.tumbopomaga.pl, ul. Chodowieckiego 10, 80-208 Gdańsk**



TUMBO pomaga

ŚMIERĆ W RODZINIE UCZNIĄ – PORADNIK DLA NAUCZYCIELI

SPIS TREŚCI:

Recenzja 1	
ZADANIA DLA SZKÓŁ	3
1.1 Wprowadzenie	3
1.2 Działania bezpośrednie	3
1.3 Działania długoterminowe	3
1.4 Działania podjęte przez powierników ucznia do szkoły	4
1.5 Działania po powrocie ucznia do szkoły	4

Źródło: https://tumbopomaga.pl/images/pdf/Nauczyciele_smiercwwrodzinie_a.pdf (dostęp: 7.09.2020).

Rycina 100. *Poradnik dla osób w żałobie*, Fundacja NAGLE SAMI, www.naglesami.org.pl,
Olga Morawska, Ewa Chalimoniuk

FUNDACJA NAGLE SAMI

PORADNIK DLA OSÓB W ŻAŁOBIE

Znajdują się tu informacje
przydatne osobom, które straciły
kogoś bliskiego oraz osobom,
które je wspierają.

Fundacja NAGLE SAMI

Źródło: http://naglesami.org.pl/poradnik_nagle_sami.pdf (dostęp: 7.09.2020).

Rycina 101. *Poradnik*, Fundacja NAGLE SAMI, www.naglesami.org.pl, Olga Morawska,
Ewa Chalimoniuk

FUNDACJA NAGLE SAMI

PORADNIK

ZNAJDUJĄ SIĘ TU INFORMACJE
PRZYDATNE W SYTUACJI NAGŁEJ,
NIEOCZEKIWANEJ UTRATY
KOGOŚ BLISKIEGO, KREWNEGO
BĄDŹ PRZYJACIELA

POŁSKA WERSJA PORADNIKA POWSTAŁA DZIĘKI
UPRZEJMOŚCI AUSTRALIJSKIEJ MINISTER ZDROWIA,
PANI MICHELLE O'BYRNE.

Źródło: <https://tumbopomaga.pl/images/pdf/NagleSami.pdf> (dostęp: 7.09.2020).

Rycina 102. Pierwsze laboratorium krioniki w Australii



Źródło: <https://www.canberratimes.com.au/story/6039839/building-set-to-start-on-australias-first-cryonics-lab/> (dostęp: 4.01.2023).

Rycina 103. *Taniec śmierci*, Michael Wolgemut, 1493



Źródło: https://pl.wikipedia.org/wiki/Taniec_%C5%9Bmierci#/media/Plik:Danse_macabre_by_Michael_Wolgemut.png (dostęp: 4.01.2023).

Źródła:

1. Sofokles, *Antygona: tragedia*, 442 p.n.e (Tłumaczenie: Kaszewski Kazimierz, Warszawa 1853), <https://polona.pl/item/antygona-tragedya-sofoklesa,OTI4OTQyNzg/2/#info:metadata> (dostęp: 8.09.2020).
2. Sofokles, *Król Edyp*, 427 p.n.e. (Tłumaczenie: Franciszek Wężyk, Kraków 1882), <https://polona.pl/item/sofoklesa-edyp-krol,ODk3NDY5Njc/4/#info:metadata> (dostęp: 8.09.2020).
3. *Pieśń o Rolandzie: poemat średniowieczny francuski* z XI wieku (Tłumaczenie: Franciszek Wężyk, Kraków 1882), <https://polona.pl/item/piesn-o-rolandzie-poemat-sredniowieczny-francuski,OTgwNTk4MDg/0/#info:metadata> (dostęp: 8.09.2020).
4. *Rozmowa Mistrza Polikarpa ze Śmiercią* z XV wieku, https://pl.wikipedia.org/wiki/Rozmowa_Mistrza_Polikarpa_ze_%C5%9Amierci%C4%85 (dostęp: 8.09.2020).
5. *Złożenie do grobu*, Rafael Santi (1507), <https://2l.pl/dzial-400.html> (dostęp: 20.07.2020).
6. *Triumf śmierci*, Pieter Bruegel (1562), https://pl.wikipedia.org/wiki/Triumf_%C5%9Bmierci_%28obraz_Pietera_Bruegla_starszego%29#/media/Plik:The_Triumph_of_Death_by_Pieter_Bruegel_the_Elder.jpg (dostęp: 03.01.2023).
7. *Hamlet. Królewic duński: dramat w 5 aktach* W. Szekspira, 1599 (Tłumaczenie: Ostrowski Krystyn Lwów 1870), <https://polona.pl/item/hamlet-krolewic-dunski-dramat-w-5-aktach-w-szekspira,MTczNDI2MzI/4/#info:metadata> (dostęp: 8.09.2020).
8. *Przemowy weselne i pogrzebowe* Antoni Wosiński, 1628, <https://polona.pl/item/przemowy-weselne-y-pogrzebowe-z-wielka-pilnoscia-sa-zlozone-y-kazdemu-politykowi-ba-rzo,MjI3OTM1NDQ/2/#info:metadata> (dostęp: 9.09.2020).
9. Darłowo – Sarkofag księżnej Jadwigi w kościele NMP, 1650, <http://epigrafika.slupsk.pl/darlowo-sarkofag-ksieznej-jadwigi-w-kosciele-nmp> (dostęp: 17.08.2020).
10. Darłowo – Sarkofag księżnej Elżbiety z kościoła NMP, 1653, <http://epigrafika.slupsk.pl/darlowo-sarkofag-ksieznej-elzbiety-z-kosciola-nmp> (dostęp: 17.08.2020).
11. Ostrowiec, p. sławieński – Epitafium Joachima von Podewils, 1676, <http://epigrafika.slupsk.pl/ustrowiec-epitafium-joachima-von-podewils> (dostęp: 17.08.2020).
12. Karlino – Płyta nagrobna rodziny Petera Crolowa, 1681, <http://epigrafika.slupsk.pl/karlino-plyta-nagrobna-rodziny-petera-crolowa> (dostęp: 13.08.2020).
13. Karścino, p. białogardzki – Epitafium Zofii Charlotty von Manteüflen, I poł. XVII w, <http://epigrafika.slupsk.pl/karscino-p-bialogardzki-epitafium-zofii-charlotty-von-manteuflen> (dostęp: 13.08.2020).
14. Słupsk MPŚ – Tablica fundacyjna kaplicy grobowej w Pieszczu p. Sławno, 1728, <http://epigrafika.slupsk.pl/slupsk-mps-tablica-fundacyjna-kaplicy-grobowej-w-pieszczu-p-slawnno> (dostęp: 13.08.2020).
15. *Cierpienia młodego Wertera* (niem. *Die Leiden des jungen Werthers*) – powieść Johanna Wolfganga von Goethego, opublikowana w roku 1774, https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/0/0f/Goethe_1774.JPG (dostęp: 8.09.2020).
16. Sulechówko, p. sławieński – Tablica epitafijna małżonków von Schlieffen, 1779, <http://epigrafika.slupsk.pl/sulechowko-p-slawnski-tablica-epitafijna-malzonkow-von-schlieffen> (dostęp: 13.08.2020).
17. Rarwino, p. białogardzki – Epitafium Friedricha Dubisława von Platten, 1787, <http://epigrafika.slupsk.pl/rarwino-p-bialogardzki-epitafium-friedricha-dubislawa-von-platten> (dostęp: 13.08.2020).
18. Słupsk MPŚ – Epitafium nieznaney osoby z Komorowa, pow. Koszalin, XVIII wiek, <http://epigrafika.slupsk.pl/komorowo-p-koszalinski-epitafium-nieznanej-osoby> (dostęp: 17.08.2020).
19. Słupsk MPŚ – Epitafium nieznaney osoby z Łacka pow. Sławno, XVIII wiek, <http://epigrafika.slupsk.pl/slupsk-mps-epitafium-nieznanej-osoby-z-lacka-pow-slawnno> (dostęp: 17.08.2020).

20. Słupsk MPŚ – Epitafium nieznannej osoby z Domasławic, p. Sławno, XVIII wiek, <http://epigrafika.slupsk.pl/slupsk-mps-epitafium-nieznanej-osoby-z-domaslawic-p-slawn> (dostęp: 17.08.2020).
21. Słupsk MPŚ – Konsola na koronę śmierci, XVIII wiek, <http://epigrafika.slupsk.pl/slupsk-mps-konsola-na-korone-smierci> (dostęp: 17.08.2020).
22. *Dziady*, Adam Mickiewicz, 1822 (Lwów, 1896), <https://polona.pl/item/dziady-cz-1-2-i-4,ODI3NjM2MDk/0/#info:metadata> (dostęp: 8.09.2020).
23. *Konrad Wallenrod*, Adam Mickiewicz, 1828 (Warszawa, 1928), <https://polona.pl/item/konrad-wallenrod-adama-mickiewicza,ODk2OTgzNDE/4/#info:metadata> (dostęp: 8.09.2020).
24. *Reduta Ordon*, Adam Mickiewicz, 1833 (Kraków, 1882), <https://polona.pl/item/reduta-ordona-opowiadanie-adjutanta,OTI4OTg0NjA/2/#info:metadata> (dostęp: 8.09.2020).
25. *Śmierć pułkownika*, Adam Mickiewicz, 1836 (Kraków, 1882), <https://polona.pl/item/smierc-pulkownika,ODk3NTYwODU/2/#info:metadata> (dostęp: 8.09.2020).
26. Białogard – Płyta nagrobna Christiny Krigern, 1836, <http://epigrafika.slupsk.pl/bialogard-plyta-nagrobna-christiny-krigern> (dostęp: 13.08.2020).
27. *Pogrzeb Górala*, Aleksander Kostis, 1860, https://mnk.pl/images/upload/fotogalerie/2016/Smierc/smierc_000985.jpg (dostęp: 27.07.2020).
28. *Kochanowski nad zwłokami Urszulki*, Jan Matejko (1862), https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/68/Treny_normal.jpg (dostęp: 20.07.2020).
29. Portret niezidentyfikowanej kobiety w stroju z okresu żałoby narodowej z chłopcem, Maksymilian Fajans, 1862–1868, <https://polona.pl/item/portret-niezidentyfikowanej-kobiety-w-stroju-z-okresu-zaloby-narodowej-z-chlopcem,NjA5NjgxNw/0/#info:metadata> (dostęp: 9.09.2020).
30. *Przy łożu śmierci*, Maurycy Gottlieb 1876, https://mnk.pl/images/upload/fotogalerie/2016/Smierc/smierc_001277.jpg (dostęp: 27.07.2020).
31. *Antek*, Bolesław Prus, 1880 (Warszawa, 1907), <https://polona.pl/item/antek,NzI1NTM2NjE/6/#info:metadata> (dostęp: 8.09.2020).
32. *Śmierć Ellenai*, Jacek Malczewski, 1883, olej na płótnie, fot. Muzeum Narodowe w Krakowie, <https://culture.pl/pl/artykul/8-obrazow-o-smierci> (dostęp: 22.07.2020).
33. Piotr Stachiewicz: obraz znany jako „Widma w pracowni”, „Ukojenie”, „Śmierć”, farba olejna, tektura, datowany między 1883 a 1885, fot. z kolekcji Muzeum Narodowego w Krakowie, <https://culture.pl/pl/artykul/8-obrazow-o-smierci> (dostęp: 22.07.2020).
34. *Śmierć sieroty*, Stanisław Grocholski, 1884, https://mnk.pl/images/upload/fotogalerie/2016/Smierc/smierc_000137.jpg (dostęp: 27.07.2020).
35. *Śmierć Chopina* Félix-Josepha Barriasa, 1885, https://mnk.pl/images/upload/fotogalerie/2016/Smierc/smierc_000227.jpg (dostęp: 27.07.2020).
36. *Stanisław Oświęcim przy zwłokach Anny Oświęcimówny*, Stanisław Wojciech Bergman, 1888, https://mnk.pl/images/upload/fotogalerie/2016/Smierc/smierc_000439.jpg (dostęp: 27.07.2020).
37. *Pogrzeb Giedymina*, Kazimierz Alchimowicz, 1888, https://mnk.pl/images/upload/fotogalerie/2016/Smierc/smierc_000241.jpg (dostęp: 27.07.2020).
38. Fotografia [*Kobieta w czerni płacząca nad nagrobkiem*], 1890–1920, <https://polona.pl/item/kobieta-w-czerni-placzaca-nad-nagrobkiem,OTM0ODI1OA/0/#info:metadata> (dostęp: 9.09.2020).
39. *Trumna chłopska*, Aleksander Gierymski, 1894, fot. Muzeum Narodowe w Warszawie, <http://cyfrowe.mnw.art.pl/dmuseion/docmetadata?id=17812> (dostęp: 22.07.2020).

40. *Marsz żałobny Chopina*, Władysław Podkowiński, 1894, olej na płótnie, 83,5 x 119,5 cm, wł. Muzeum Narodowe w Krakowie, fot. dzięki uprzejmości MNK, <https://culture.pl/pl/artykul/8-obrazow-o-smierci> (dostęp: 22.07.2020).
41. *Pogrzeb*, Wojciech Weiss, 1895, własność Fundacji im. Raczyńskich przy Muzeum Historycznym miasta Krakowa, fot. Tomasz Kalarus/Muzeum Historyczne miasta Krakowa, <https://culture.pl/pl/artykul/8-obrazow-o-smierci> (dostęp: 22.07.2020).
42. *Pochód śmierci po drodze życia*, Czesław Tański, obraz olejny na płótnie, 1898, fot. Muzeum Sztuki w Łodzi, <https://culture.pl/pl/artykul/8-obrazow-o-smierci> (dostęp: 22.07.2020).
43. *Śmierć Paganiniego*, Edward Okuń, 1898, płótno, technika olejna, 184 x 134 cm, wł. Muzeum Lubelskie w Lublinie, <https://culture.pl/pl/artykul/8-obrazow-o-smierci> (dostęp: 22.07.2020).
44. *Śmierć każdego ulagodzi olej na płótnie*, Marian Wawrzeniecki, 1898, fot. Muzeum Narodowe w Krakowie, <https://culture.pl/pl/artykul/8-obrazow-o-smierci> (dostęp: 22.07.2020).
45. *Thanatos*, Jacek Malczewski, 1899, <https://21.pl/dzial-400.html> (dostęp: 20.07.2020).
46. *Padlina*, Charles Baudelaire, XIX wiek, <https://literatura.wywrota.pl/wiersz-klasyka/7283-charles-baudelaire-padlina.html> (dostęp: 8.09.2020).
47. *Tanatos*, replika płaskorzeźby autorstwa Johanna Gottfrieda Schadowa pochodzącej z nagrobka hrabiego Aleksandra von der Marka, XIX wiek, [https://pl.wikipedia.org/wiki/Tanatos_\(mitologia\)](https://pl.wikipedia.org/wiki/Tanatos_(mitologia)) (dostęp: 8.09.2020).
48. *Żałoba*, Artur Grottger, 1903, <https://polona.pl/item/ix-zaloba-la-deuil,NzgzMjMwMzE/0/#info:metadata> (dostęp: 9.09.2020).
49. *Śmierć Elenai*, Jacek Malczewski, 1907, https://mnk.pl/images/upload/fotogalerie/2016/Smierc/smierc_001108.jpg (dostęp: 27.07.2020).
- 50., 50.1, 50.2, 50.3. Fotografie z pogrzebu pięcioletniej dziewczynki w Mszance, 1915, <https://polona.pl/item/pogrzeb-piecioletniej-dziewczynki-w-mszance,NTY0ODEyNQ/0/#info:metadata>
<https://polona.pl/item/pogrzeb-piecioletniej-dziewczynki-w-mszance,NTY0ODE0NQ/0/#info:metadata>
<https://polona.pl/item/pogrzeb-piecioletniej-dziewczynki-w-mszance,NTY0ODEyNg/0/#info:metadata>
<https://polona.pl/item/pogrzeb-piecioletniej-dziewczynki-w-mszance,NTY0ODE0Ng/0/#info:metadata> (dostęp: 9.09.2020).
51. Fotografia z pogrzebu, 1915, <https://polona.pl/item/pogrzeb-begrabnis,MjA2NjU4MjQ/0/#info:metadata> (dostęp: 9.09.2020).
52. Zwyczaje pogrzebowe ludu polskiego Adam Fischer, 1915, <https://polona.pl/item/zwyczaje-pogrzebowe-ludu-polskiego,NjEwNjUwMDE/4/#info:metadata> (dostęp: 9.09.2020).
53. Chorągiewka żałobna: wieczny odpoczynek racz im dać Panie, 1915, <https://polona.pl/item/choragiewka-zalobna-wieczny-odpoczynek-racz-im-dac-panie-1915,OTg5MDg3ODI/0/#info:metadata> (dostęp: 9.09.2020).
54. Nieustalony pogrzeb (1918–1939), <https://www.szukajwarchiwach.gov.pl/jednostka/-/jednostka/5907979> (dostęp: 20.07.2020).
55. *Śmierć księdza Skorupki*, obraz artysty malarza Jana Henryka Rosena, 1920–1939, https://www.szukajwarchiwach.gov.pl/jednostka/-/jednostka/5933235/obiekty/271177#opis_obiektu (dostęp: 20.07.2020).
- 56., 56.1, 56.2, 56.3, 56.4, 56.5. Fotografie z chińskich obrzędów pogrzebowych, 1920-1939, <https://www.szukajwarchiwach.gov.pl/jednostka/-/jednostka/5944885>
<https://www.szukajwarchiwach.gov.pl/jednostka/-/jednostka/5944885>
<https://www.szukajwarchiwach.gov.pl/jednostka/-/jednostka/5917192>
<https://www.szukajwarchiwach.gov.pl/jednostka/-/jednostka/5962646>
<https://www.szukajwarchiwach.gov.pl/jednostka/-/jednostka/5917191>

- <https://www.szukajwarchiwach.gov.pl/jednostka/-/jednostka/5980439> (dostęp: 9.09.2020).
57. *Śmierć*, obraz Jacka Malczewskiego znajdujący się w pokojach Podkomorzego, 1926, https://www.szukajwarchiwach.gov.pl/jednostka/-/jednostka/5947569/obiekty/367414#opis_obiektu (dostęp: 20.07.2020).
58. Fotografia z obrzędu pogrzebowego w Indonezji, 1928, <https://www.szukajwarchiwach.gov.pl/jednostka/-/jednostka/5918341> (dostęp: 9.09.2020).
59. Niemcy. Sprawa Józefa Jakubowskiego – robotnika skazanego na karę śmierci. Korespondencja, notatki, wycinki prasowe, 1929–1930, <https://szukajwarchiwach.pl/2/322/0/-/4788?q=%C5%9Bmier%C4%87+XSKANro:t+XARCHro:2&wynik=8&rpp=15&page=1#tabSkany> (dostęp: 15.07.2020).
60. Kondolencje z powodu śmierci Marszałka Józefa Piłsudskiego. Korespondencja, 1935, <https://szukajwarchiwach.pl/2/106/0/2/2.36?q=%C5%9Bmier%C4%87+XSKANro:t+XARCHro:2&wynik=1&rpp=15&page=1#tabSkany> (dostęp: 15.07.2020).
61. *Granica*, Zofia Nałkowska, 1935 (Wydanie 2018), <https://wydawnictwo.ossolineum.pl/products/83> (dostęp: 8.09.2020).
62. *Guernica*, Pablo Picasso, 1937, <https://2l.pl/dzial-400.html> (dostęp: 20.07.2020).
63. *Pochód żałobnic*, Stanisław Ostoja-Chrostowski, 1938, <https://polona.pl/item/pochod-zalobnic,MTE3ODQ0NTI4/0/#info:metadata> (dostęp: 9.09.2020).
64. Listy i depesze kondolencyjne przesłane z powodu śmierci płk. Walerego Sławka. T.V. Klepsydry żałobne, wykaz szarf z pogrzebu, 1939, <https://szukajwarchiwach.pl/2/365/0/4/18?q=%C5%9Bmier%C4%87+XSKANro:t+XARCHro:2&wynik=16&rpp=15&page=2#tabSkany> (dostęp: 15.07.2020).
65. Obwieszczenia dowództwa SS dotyczące osób skazanych na śmierć i rozstrzelanych w Warszawie, 1941, <https://szukajwarchiwach.pl/2/1335/0/8.5/145?q=%C5%9Bmier%C4%87+XSKANro:t+XARCHro:2&wynik=14&rpp=15&page=1#tabSkany> (dostęp: 15.07.2020).
66. Obwieszczenia dowództwa SS dotyczące osób skazanych na śmierć i rozstrzelanych w Warszawie. (1942), <https://szukajwarchiwach.pl/2/1335/0/8.5/145?q=%C5%9Bmier%C4%87+XSKANro:t+XARCHro:2&wynik=14&rpp=15&page=1#tabSkany> (dostęp: 15.07.2020).
67. *Obcy*, Albert Camus, 1942, [https://pl.wikipedia.org/wiki/Obcy_\(powie%C5%9B%C4%87\)#/media/Plik:Camus23.jpg](https://pl.wikipedia.org/wiki/Obcy_(powie%C5%9B%C4%87)#/media/Plik:Camus23.jpg) (dostęp: 9.09.2020).
68. Obwieszczenia dowództwa SS dotyczące osób skazanych na śmierć i rozstrzelanych w okręgu radomskim, 1943–1944, <https://szukajwarchiwach.pl/2/1335/0/8.4/141?q=%C5%9Bmier%C4%87+XSKANro:t+XARCHro:2&wynik=19&rpp=15&page=2#tabSkany> (dostęp: 15.07.2020).
69. Obwieszczenia – zarządzenia z 11.12.1943 r. wykonania egzekucji w Zamościu na 59 osobach oraz wyroku kary śmierci z 17.12.1943 r. dla 20 osób, 1943, <https://szukajwarchiwach.pl/2/1335/0/3.2/85?q=%C5%9Bmier%C4%87+XSKANro:t+XARCHro:2&wynik=25&rpp=15&page=2#tabSkany> (dostęp: 15.07.2020).
70. Płaskorzeźba na drzwiach katedry przedstawiająca śmierć św. Wojciecha. (1943), https://www.szukajwarchiwach.gov.pl/jednostka/-/jednostka/5895798/obiekty/406569#opis_obiektu (dostęp: 20.07.2020).
71. *Pokolenie*, Krzysztof Kamil Baczyński, 1943, <https://polona.pl/item/kodeks-42-44,MjYzNTg1MTU/37/#info:metadata> (dostęp: 9.09.2020).
72. *Mały Książę*, Antoine De Saint-Exupery, 1943, https://pl.wikipedia.org/wiki/Ma%C5%82y_Ksi%C4%85%C5%BC%C4%99#/media/Plik:Saint_Exupery_exhibit_-_Air_&_Space_Museum,_Le_Bourget,_Paris,_France,_absent_artwork_and_not_subject_to_copyright.jpg (dostęp: 9.09.2020).

73. Komisja Rzecznawców. Sprawozdanie rzeczoznawców prof. Stanisława Mahrburga o obozie śmierci w Ponarach pod Wilnem, 1944, <https://szukajwarchiwach.pl/2/1333/0/2/212.II.8#tabSkany> (dostęp: 15.07.2020).
74. Obwieszczenia Placówki Policji Państwowej w Katowicach o skazaniu na śmierć Polaków i zwalczaniu nieprzyjacielskich spadochroniarzy, 1944, <https://szukajwarchiwach.pl/2/1335/0/10/159?q=%C5%9Bmier%C4%87+XSKANro:t+XARCHro:2&wy-nik=10&rpp=15&page=1#tabSkany> (dostęp: 15.07.2020).
75. Sąd Apelacyjny i Sąd Okręgowy w Warszawie. Sprawozdania z oględzin /lustracji/ obozów: w Chełmie k/Kolna, w Warszawie u zbiegu ulic Gęskiej i Zamenhoffa, 1945, <https://szukajwarchiwach.pl/2/1333/0/2/212.II.4#tabSkany> (dostęp: 15.07.2020).
76. *Medaliony*, Zofia Nałkowska, 1946, <https://lubimyczytac.pl/ksiazka/92926/medaliony> (dostęp: 9.09.2020).
77. *Pożegnanie z Marią*, Tadeusz Borowski, 1946, <https://lubimyczytac.pl/ksiazka/165974/po-ze-gnanie-z-maria-i-inne-opowiadania> (dostęp: 9.09.2020).
78. *Dżuma*, Albert Camus, 1947, [https://pl.wikipedia.org/wiki/D%C5%BCuma_\(po-wie%C5%9B%C4%87\)#/media/Plik:La_Peste_book_cover.jpg](https://pl.wikipedia.org/wiki/D%C5%BCuma_(po-wie%C5%9B%C4%87)#/media/Plik:La_Peste_book_cover.jpg) (dostęp: 9.09.2020).
79. Zdjęcie Roberta Wileasa – *Najpiękniejsze samobójstwo w historii*, 1 maja 1947, <https://www.swiatobrazu.pl/zdjecie/artkuły/535101/100-najbardziej-zaskakujacych-zdjec-swiata-robert-wiles-ndash-najpiekniejsze-samobojstwo-w-historii.jpg> (dostęp: 3.06.2020).
80. *Syn i zabita matka* Andrzeja Wróblewskiego, 1949, https://mnk.pl/images/upload/fotogalerie/2016/Smierc/smierc_003467.jpg (dostęp: 27.07.2020).
81. *Zabity mąż* Andrzeja Wróblewskiego, 1949, https://api.culture.pl/sites/default/files/styles/auto_400/public/images/culture.pl/andrzej_wroblewski_spacer_zakochanych_ze_slon-cem_fot._dzieki_uprzejmosci_fundacji_andrzeja_wroblewskiego.jpg?itok=HF0CVtUi (dostęp: 27.07.2020).
82. *Inny świat*, Gustaw Herling-Grudziński, 1951, <https://lubimyczytac.pl/ksiazka/4881732/inny-swiat-zapiski-sowieckie> (dostęp: 9.09.2020).
83. *Pętla*, Marek Hłasko, 1956, <https://lubimyczytac.pl/ksiazka/39784/opowiadania> (dostęp: 9.09.2020).
84. *Śmierć Ellenai*, Zbigniew Pronaszko, 1957, https://media.mnk.pl/images/upload/fotogalerie/2016/Smierc/smierc_001464.jpg (dostęp: 27.07.2020).
85. *Tango*, Sławomir Mrożek, 1965, <https://lubimyczytac.pl/ksiazka/234034/tango> (dostęp: 9.09.2020).
86. *Zdążyć przed Panem Bogiem*, Hanna Krall, 1976, <https://lubimyczytac.pl/ksiazka/4859145/zdazyc-przed-panem-bogiem> (dostęp: 9.09.2020).
87. *Wywiad*, Miron Białoszewski, 1985, https://piw.pl/uploads/original/062018/22/f14c047ff1_Bialoszewski-OHO-fragment.pdf (dostęp: 9.09.2020).
88. *Weronika postanawia umrzeć*, Paulo Coelho, 1998, <https://lubimyczytac.pl/ksiazka/105773/weronika-postanawia-umrzec> (dostęp: 9.09.2020).
89. *Oscar i pani Róża*, Eric-Emmanuel Schmitt, 2002, <https://lubimyczytac.pl/ksiazka/4805264/oskar-i-pani-roza> (dostęp: 9.09.2020).
90. *Pasja*, reżyseria Mel Gibson, 2004, <https://www.filmweb.pl/film/Pasja-2004-38233> (dostęp: 7.09.2020).
91. *Smutek, strata, żaloba. Jak sobie z nimi radzić? Jak pomóc innym?*, Manu Keirse, 2004, <https://lubimyczytac.pl/ksiazka/59394/smutek-strata-zaloba-jak-sobie-z-nimi-radzic-jak-pomoc-innym> (dostęp: 9.09.2020).
92. *Katyn*, reżyseria Andrzej Wajda, 2007, <https://www.filmweb.pl/film/Katy%C5%84-2007-271956> (dostęp: 7.09.2020).
93. *Pora umierać*, reżyseria Dorota Kędzierzawska, 2007, <https://www.filmweb.pl/film/Pora+umiera%C4%87-2007-338318> (dostęp: 7.09.2020).

94. *Tatarak*, reżyseria Andrzej Wajda, 2009, <https://www.filmweb.pl/film/Tatarak-2009-346475> (dostęp: 7.09.2020).
95. *Poradnik szkoleniowy dla lekarzy orzekających o przyczynach zgonów i wystawiających kartę zgonów*, dr hab. n. med. Barbara Stawińska-Witoszyńska, dr n. med. Jerzy Gałęcki, Wojciech Wasilewski, Warszawa, listopad 2019, https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5746/7/1/1/poradnik_szkoleniowy_dla_lekarzy_orzekajacych_o_przyczynach_zgonow_pelny.pdf (dostęp: 4.01.2023).
96. *Postawy pielęgniarek wobec śmierci pacjenta*, Izabela Gołębiak, Robert Szczepaniak, Anna Łazowa, Grażyna Dykowska, Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Filia w Warszawie, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego, 2019, <http://ltn.eu/POSTAWY-PIELEGNIAREK-WOBEC-SMIERCI-PACJENTA,150,38821,0,0.html> (dostęp: 4.01.2023).
97. *Raport o dobrym umieraniu*, autorka raportu (koncept, redakcja, opracowanie): Maria Wiczorek, <https://api.ngo.pl/media/get/123950> (dostęp: 9.09.2020).
98. *Śmierć w społeczności szkolnej – poradnik dla nauczycieli*, Fundacja Hospicyjna www.tumbopomaga.pl, ul. Chodowieckiego 10, 80-208 Gdańsk, https://tumbopomaga.pl/images/pdf/Nauczyciele_spolcznoscszkolna_a.pdf (dostęp: 7.09.2020).
99. *Śmierć w rodzinie ucznia – poradnik dla nauczycieli*, Fundacja Hospicyjna www.tumbopomaga.pl, ul. Chodowieckiego 10, 80-208 Gdańsk, https://tumbopomaga.pl/images/pdf/Nauczyciele_smiercwrodzinie_a.pdf (dostęp: 7.09.2020).
100. *Poradnik dla osób w żałobie*, Fundacja NAGLE SAMI, www.naglesami.org.pl, Olga Morawska, Ewa Chalimoniuk, http://naglesami.org.pl/poradnik_nagle_sami.pdf (dostęp: 7.09.2020).
101. *Poradnik*, Fundacja NAGLE SAMI, www.naglesami.org.pl, Olga Morawska, Ewa Chalimoniuk, <https://tumbopomaga.pl/images/pdf/NagleSami.pdf> (dostęp: 7.09.2020).
102. Pierwsze laboratorium klonowania w Australii, <https://www.canberrati-mes.com.au/story/6039839/building-set-to-start-on-australias-first-cryonics-lab/> (dostęp: 4.01.2023).
103. *Taniec śmierci*, Michael Wolgemut, 1493, https://pl.wikipedia.org/wiki/Taniec_%C5%9Bmierci#/media/Plik:Danse_macabre_by_Michael_Wolgemut.png (dostęp: 4.01.2023).
104. Patogeneza bólu, przewodzenie oraz obszary mózgu odpowiadające za ból, *Zarys*

BIBLIOGRAFIA

- Adamkiewicz, M. (2007). Projekt społeczeństwa krionicznego. *Civitas Hominibus: Rocznik Filozoficzno-Społeczny*, 2, 53–66.
- Alichniewicz, A. (2013). Eutanazja i lekarska pomoc w samobójstwie. W: J. Różyńska, W. Chańska (red.), *Bioetyka* (s. 282–294). Warszawa: Wolters Kluwer.

- D'Amore, S., Scariotta, L. (2011). Los(t)s in transitions: How diverse families are grieving and struggling to achieve a new identity. *Journal of Family Psychotherapy*, 22, 46–55.
- Anthony, S. (1940). *The Child's Discovery of Death*. New York: Harcourt, Brace and World.
- Antos, E., Kowalik, K., Kopański, Z. (2012). Postrzeganie hospicjum i opieki paliatywnej przez wolontariuszy. *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*, 2, 48–51.
- Ariès, P. (1989). Śmierć drugiego. *Teksty: Teoria Literatury, Krytyka, Interpretacja*, 3(45), 121–137.
- Ariès, P. (1992). *Człowiek i śmierć*. Warszawa: PIW.
- Aszyk, P. (2006). *Granice leczenia: etyczny problem odstąpienia od interwencji medycznych*. Kraków: Rethos.
- Aumonier, N., Beignier, B., Letellier, P. (2003). *Eutanazja*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Ayers, J.W., Althouse, B.M., Leas, E.C., Dredze, M., Allem, J.-P. (2017). Internet Searches for Suicide Following the Release of 13 Reasons Why. *JAMA Internal Medicine*, 177(10), 1527–1529.
- Baran, A., Gmitrowicz, A., Pawelec, R. (2018). *Rola mediów w promocji zdrowia psychicznego i w zapobieganiu samobójstwom. Poradnik dla pracowników mediów*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Baranowski, B. (1952). *Procesy czarownic w wieku Polsce w XVII i XVIII*. Łódź: Replika.
- Barański, J. (2000). Melancholia: między dewiacją psychiczną a nastrojem intelektualnym. *Medycyna Nowożytna. Studia nad Kulturą Medyczną*, 7(1), 63–76.
- Barton, D. (1977). The Family of the Dying Person. W: D. Barton (red.), *Dying and Death: A Clinical Guide for Caregivers*. Baltimore: Wiliam and Wilkins.
- Bartoszek, A. (2000). *Człowiek w obliczu śmierci i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*. Katowice: Księgarnia św. Jacka.
- Bartuszek, G. (2008). Tu nie ma gwiazd. *Policja 997*, 9(42), 20–21.
- Basek, A., Chudzicka-Czupała, A. (2016). Współczesne podejście do umierania i żałoby – etyczne aspekty mediatyzacji śmierci. *Społeczeństwo i Edukacja*, 20(1), 1–14.
- Basiński, K. (2019). *Ocena psychologicznych wyznaczników powstawania bólu przewlekłego u chorych z niespecyficznym bólem okolicy lędźwiowo-krzyżowej*. Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny.

- Bauman, Z. (1998). *Śmierć i nieśmiertelność. O wielości strategii życia*. Warszawa: PWN.
- Bednarski, L., Urbanek, A. (2012). *Śmierć samobójcza. Perspektywa kryminalistyczna i pedagogiczna*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Bee, H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Biel, D. (2010). Rola aktywnego słuchania w komunikacji interpersonalnej. Uwagi ogólne. W: M. Michalska-Suchanek (red.), *Literatura i język. Szkice. Szkice opisowe i komparatywne* (s. 160–167). Gliwice: Gliwicka Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości.
- Biel, D. (2012). *Komunikacja w sytuacjach kryzysowych. Aspekt językowy, psychologiczny, prawny i organizacyjny negocjacji policyjnych*. Rozprawa doktorska. Katowice.
- Bielicki, R. (2004). *Dynamika, uwarunkowania, profilaktyka samobójstw w ostatnim ćwierćwieczu XX w. w Polsce*. Toruń: Wydawnictwo Duet.
- Bielska, T. (1999). Problematyka negocjacji policyjnych na poszczególnych etapach kształcenia psychologicznego. W: I. Krzyna (red.), *Psychologia a praktyka policyjna. Dotychczasowe doświadczenia i kierunki rozwoju kształcenia psychologicznego w szkołach policyjnych* (s. 6). Szczytno.
- Bieniek, J. (2018). *Ile kosztuje hibernacja, czyli zamrożenie ciała? Co na to prawo (i ZUS)?* Pobrano z: <https://bezprawnik.pl/ile-kosztuje-hibernacja/> (dostęp: 09.09.2021).
- Biesaga T., Galewicz W., Krajewski R., Łuczak J., Marczewski K., Radziwiłł K., Umiastowski J., Dymna A.. 2009. Kiedy lekarz może pozwolić choremu umrzeć? Głosy w dyskusji. *Medycyna Praktyczna*, 9, 167–177.
- Bilikiewicz, T., Gallus, J. (1962). *Psychiatria polska na tle dziejowym*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Blumenstok, L. (1869). Uwagi sądowo-lekarskie i przypadek samobójstwa przez powieszenie. *Przegląd Lekarski*, 27, 214–216. (rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego dnia 15 czerwca 1869).
- Bogaczewicz, J., Kuryłek, A., Sysa-Jędrzejowska, A., Woźniacka, A., Janowski, K., Steuden, S. (2007). Aspekt psychologiczny w leczeniu chorób skóry. *Dermatologia Kliniczna*, 9(4), 263–267.
- Bogacz-Wardzińska, H. (2007). Postawy wobec śmierci i umierania. W: E. Krajewska-Kułak, C.R. Łukaszuk, J. Lewko (red.), *W drodze do brzegu życia* (s. 313–320). Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
- Bolechów, B. (2002). *Terroryzm w świecie podwubiegunowym. Przewartościowania i kontynuacje*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Bołoz, W. (2005). Historyczne i współczesne postawy wobec śmierci. *Studia Ecologiae et Bioethicae*, 3, 173–186.

Boniecka, B. (2016). Tabu czy zwykłe akty dyrektywne? *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Section FF*, 34(1), 187–200.

Boston Children Museum (b.d.). *The Boston Children's Museum Timeline*. Pobrano z: <https://bostonchildrensmuseum.org/history-timeline/> (dostęp: 07.01.2023).

Boucher, T.J., Okuse, K., Bennett, D.L., Munson, J.B., Wood, J.N., McMahon, S.B. (2000). Potent Analgesic Effects of GDNF in Neuropathic Pain States, *Science*, 290(5489), 124–127.

Bowlby, J. (2007). *Przywiązanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Brodniak, W.A. (red.). (2007). *Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły*. Warszawa: Fraszka Edukacyjna.

Brzeziński, J. (2003). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: PWN.

Bubiak, A., Bartnicki, J., Knihnicka-Mercik, Z. (2014). Psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalnym. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 4(1), 69–78.

Buczowski, K., Krajnik, M. (2003). Postępowanie lekarza rodzinnego wobec chorych na raka w ostatnich dniach życia. *Polska Medycyna Paliatywna*, 2(4), 241–250.

Bukalski, S. (2014). Śmierć i umieranie. Aspekty psychologiczno-pastoralne. *Studia Paradyskie*, 4, 101–112.

Burns, W.J., Zweig, A.R. (1980). Self-Concepts of Chronically Ill Children. *The Journal of Genetic Psychology*, 137(2), 179–190.

Call, J.A. (1996). *The hostage triad: Takers, Victims and Negotiators*. Unpublished manuscript.

Cancer Research UK. (b.d.). *Talking about dying*. Pobrano z: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/coping/dying-with-cancer/coping-with-the-news/talking-about-dying> (dostęp: 27.09.2022).

Cartright, A., Hockey, L., Andersen, J.L. (1973). *Life Before Death*. London: Routledge and Kegan Paul.

Caterina, M.J., Leffler, A., Malmberg, A.B, Martin, W.J, Trafton, J., Petersen-Zeit, K.R, Koltzenburg, M., Basbaum, A.I., Julius, D. (2000). Impaired nociception and pain sensation in mice lacking the capsaicin receptor. *Science*, 288(5464), 306–313.

Cavalieri, T. (2001). Ethical issues at the end of life. *Journal of Osteopathic Medicine*, 101(10), 616–622.

Cialdini, R. (1996). *Wywieranie wpływu na ludzi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Chmielewska-Ignatowicz, T. (2013). Diagnoza: rak. Rzecz o ważności sposobu przekazania pacjentowi przez lekarza informacji o chorobie nowotworowej. W: M. Synowiec-Piłat, A. Łaska-Formejster (red.), *Spoleczne konteksty chorób przewlekłych. Wybrane zagadnienia* (s. 27–42). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Chrapieńska-Krupa, M. (2022). *Tanatofobia – lęk przed śmiercią*. Pobrano z: <https://spokojwglowie.pl/tanatofobia-lek-przed-smiercia/> (dostęp: 29.09.2022).

Chuang, H.H., Prescott, E.D., Kong, H., Shields, S., Jordt, S.E., Basbaum, A.I., Chao, M.V., Julius, D. (2001). Bradykinin and nerve growth factor release the capsaicin receptor from PtdIns(4,5)P2-mediated inhibition. *Nature*, 411(6840), 957–962.

Chyrowicz, B. (2012). *Eutanazja: prawo do życia, prawo do wolności*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Corr, C.A., Corr, D.M. (1983). *Hospice Care. Principles and Practice*. New York: Springer Company.

Crane, M., Wittink, M., Doukas, D.J. (2005). Respecting end-of-life treatment preferences. *American Family Physician*, 72(7), 1263–1268.

Czabała, J.C. (2016). Poradnictwo psychologiczne a psychoterapia. *Roczniki Psychologiczne*, 19(3), 519–533.

Czabański, A. (1997). *Młodzież wobec samobójstwa*. Poznań: Wydawnictwo Michael.

Czabański, A. (2002). Zachowania samobójcze „zaraźliwe” i pakt samobójczy wśród młodzieży. W: B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer (red.). *Samobójstwo* (s. 196–207). Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.

Czarny, J. (1998). Osoba ludzka w umieraniu i śmierci: ujęcie personalistyczne. *Wrocławski Przegląd Teologiczny*, 6(1), 19–26.

Czerw, A., Borkowska, A. (2012). Zróżnicowanie struktury wartości realizowanych w pracy wśród pracowników zawodów z misją społeczną. *Czasopismo Psychologiczne*, 18(2), 203–209.

Czuchnowska, H. (2010). Posłaniec śmierci, czyli powiadamanie o śmierci nagłej. *Niebieska Linia*, 3.

Daszykowska, S. (2018). Od kultu młodości do stylu życia kidult. *Spoleczeństwo i Rodzina*, 54(1), 58–84.

Davis, K.D., Moayed, M. (2013). Central Mechanisms of Pain Revealed Through Functional and Structural MRI. *Journal of Neuroimmune Pharmacology*, 8(3), 518–534.

Dąbrowski, K. (1985). Co to jest zdrowie psychiczne? W: K. Dąbrowski (red.), *Zdrowie Psychiczne* (s. 7–35). Warszawa: PWN.

- Dąbska, I. (1975). Zagadnienie śmierci w greckiej filozofii starożytnej. W: I. Dąbska, A. Hutnikiewicz, Z. Mocarska-Tycowa (red.), *Znaki i myśli. Wybór pism z semiotyki, teorii nauki i historii filozofii* (s. 119–129). Warszawa–Poznań–Toruń: PWN.
- Dąbska, I. (1993). *Zarys historii filozofii greckiej*. Lublin: Daimonion.
- Devor, M. (1996). Review: Pain Mechanisms. *The Neuroscientist*, 2(4), 233–244.
- Di Nola, A.M. (2006). *Tryumf śmierci. Antropologia żałoby* (tłum. M. Woźniak, J. Kornecka, R. Sosnowski, M. Surma-Gawłowska, M. Olszańska). Kraków: Universitas.
- Dobek-Ostrowska, B. (1999). *Podstawy komunikowania społecznego*. Wrocław: Wydawnictwo ASTRUM.
- Dobrogowski, J., Wordliczek, J. (2004). *Medycyna bólu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Dobrogowski, J., Zajączkowska, R., Dutka, J., Wordliczek, J. (2011). Patofizjologia i klasyfikacja bólu. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 7(1), 20–30.
- Dolna, H. (2019). *Komunikacja interpersonalna*. Pobrano z: https://modle.umk.pl/WNEiZ/pluginfile.php/41006/mod_resource/content/1/Komunikacja%20interpersonalna%2C%20Hanna%20Dolna.pdf (dostęp: 13.01.2023).
- Domański, C.W. (2018). *Historia psychologii w Europie Środkowej. Badacze, inspiracje, koncepcje*. Warszawa: PWN.
- Domżał, T.M. (2008). Ból przewlekły – problemy kliniczne i terapeutyczne. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 4(1), 1–8.
- Dorfmüller, M. (2009). Czynniki umożliwiające pokonanie choroby nowotworowej i sytuacja rodzin pacjentów z chorobą nowotworową. W: M. Dorfmueller, H. Dietzfelbinger (red.), H. Sęk (red. I wydania polskiego), *Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne* (s. 205–210). Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Drzewiecki, P. (2011). Samobójstwa nastolatków w Internecie w perspektywie pedagogiki mediów. *Kultura – Media – Teologia*, 5, 61–73.
- Dubisz, S. (red.) (2008). Etyka. W: *Uniwersalny słownik języka polskiego, t. A–J* (s. 858). Warszawa: PWN.
- Durkheim, É. (1897). *Le suicide. Étude de sociologie*. Paris: F. Alcan.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide*. New York: The Free Press.
- Durkheim, É. (2006). *Samobójstwo. Studium z socjologii*. Przeł. K. Wakar. Warszawa: Oficyna Naukowa.

Dutkiewicz, M. (2009). *Technokraci dobroczynności. Samoświadomość społeczna pracowników organizacji pozarządowych w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

Dutkiewicz, W. (1998). *Praca magisterska: przewodnik metodyczny dla studentów pedagogiki*. Kielce: Strzelec.

Dyk, T., Kolwicz, M. (2017). Problemy komunikacyjne w otoczeniu pacjenta w kontekście emocji związanych ze śmiercią. *Pomeranian Journal of Life Sciences*, 63(4), 18–22.

Dziak, J., Skoczylas, A. (1996). The Application of thin-film evaporator for getting solid products from liquid solutions. [*Drying '96 – Proceedings of the 10th International Drying Symposium (IDS'96)*], 447–454.

Elias, N. (1982). *Über die Einsamkeit der Strebenden in unseren Tagen*. Berlin: Suhrkamp Verlag.

Eller, J.D. (2012). *Antropologia kulturowa. Globalne siły, lokalne światy*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Elzenberg, H. (2002). *Kłopot z istnieniem. Aforyzmy w porządku czasu*. Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

Encyklopedia PWN. *Religia*. Pobrano z: <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/religia;3966983.html> (dostęp: 28.09.2022).

Encyklopedia PWN. *Samobójstwo*. Pobrano z: <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/samobojstwo;3971663.html?fbclid=IwAR3wyCgQh6kT6GyXBoxw9dPfeug4dMjQgw8ooXoFH41MEaoXKw7ijyI2Kp0> (dostęp: 28.09.2022).

etermed. (2022). *Miało być mniej biurokracji, a będzie więcej. Komu ma to służyć?* Pobrano z: <https://etermed.pl/mialo-byc-mniej-biurokracji-a-bedzie-wiecej-komu-ma-to-sluzyc/> (dostęp: 10.01.2023).

Estrada, C., DeFelipe, J. (1998). Nitric oxide-producing neurons in the neocortex: morphological and functional relationship with intraparenchymal microvasculature. *Cerebral Cortex*, 8(3), 193–203.

Eyal, K., Cohen, J. (2006). When good friends say goodbye: A parasocial breakup study. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 50, 502–523.

Farnicka, M., Liberska, H. (2013). Wizja własnego życia i rytuały rodzinne wskazywane jako życiowe źródła wsparcia. *Rocznik Lubuski*, 39(2), 215–225.

Farnicka, M., Sałatka, T. (2013). Rytuały religijne w życiu młodzieży. *Studia Paradyskie*, 23, 43–57.

Felcyn, M., Ogińska-Bulik, N. (2009). Poczucie sensu życia osób w żałobie. *Polskie Forum Psychologiczne*, 14(1), 63–77.

- Fenigsen, R. (2002). *Eutanazja: śmierć z wyboru?* Poznań: Wydawnictwo W drodze.
- Fernández-Cabana, M., Ceballos-Espinoza, F., Mateos, R., Alves-Pérez, M., García-Caballero, A. (2015). Suicide notes: Clinical and linguistic analysis from the perspective of the Interpersonal Theory of Suicide. *The European Journal of Psychiatry*, 29(4).
- Fiedorczuk, I., Owłasiuk, A. (2007). Współczesne postrzeganie śmierci i umierania. W: E. Krajewska-Kułak, C.R. Łukaszuk, J. Lewko (red.), *W drodze do brzegu życia* (s. 321–328). Białystok: Akademia Medyczna w Białymstoku.
- Filipczak-Bryniarska, I., Wordliczek, J. (2008). Lekarz wobec bólu i cierpienia człowieka. *Anestezjologia i Ratownictwo – Polska i Świat*, 8(2), 101–108.
- Filipkowski, W., Lonca, R. (2010). Analiza zamachów samobójczych w aspekcie kryminologicznym i prawnym. Cz. I. W: B. Hołyst (red.), *Przegląd bezpieczeństwa wewnętrznego* (s. 13–28). Warszawa: Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego.
- Fisher, R., Ury, W., Patton, B. (1997). *Dochodząc do Tak. Negocjowanie bez poddawania się*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Flakus, J. (2008). *Hospicjum jako instytucjonalna forma pomocy i wsparcia społecznego w chorobie terminalnej*. Katowice: Uniwersytet Śląski.
- Focus. (2012). *Czym się różni etyka od moralności?* Pobrano z: <https://www.focus.pl/artykul/czym-sie-rozni-etyka-od-moralnosci> (dostęp: 7.06.2020).
- Fopka-Kowalczyk, M. (2014). Poczucie straty po śmierci pacjenta doświadczane przez pracowników opieki paliatywnej. Badania jakościowe. *Palliative Medicine in Practice*, 8(1), 23–28.
- Foucault, M. (1987). *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu* (tłum. H. Kęszycka). Warszawa: Wydawnictwo PIW.
- Frąckowiak, T., Straś-Romanowska, M. (2008). *Potoczne przekonania na temat starzenia się w świetle badań psychologicznych*. Wrocław: Uniwersytet Wrocławski.
- Frączek, A. (2012). Komunikacja interpersonalna. *Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość*, 9, 118–131.
- Freud, S. (1957). *Thoughts for the Time of War and Death. Standard Edition of the Complete Psychological Works of S. Freud*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Freud, S. (1976). *Poza zasadą przyjemności*. Warszawa: PWN.
- Freud, S. (2009). *Psychologia nieświadomości*. Warszawa: Wydawnictwo KR.

Frey, L., Botan, C.H., Kreps, G. (2000). *Investigating communication*. New York: Allyn & Bacon.

Fromm, E. (1969). *Escape from Freedom*. New York: Avon Books.

Fuchs-Dzierżyc, N. (2021). *Jak dbać o siebie, gdy wspieramy bliską osobę w chorobie onkologicznej*. Pobrano z: <https://alivia.org.pl/wiedza-o-raku/jak-dbac-o-siebie-gdy-wspieramy-bliska-osobe-w-chorobie-onkologicznej> (dostęp 26.10.2022).

Fundacja Hospicyjna. (b.d.). *Jak się pożegnać?* Pobrano z: https://opiekunrodzinny.pl/jestem-opiekunem/opiekuje-sie-chorym-doroslym/towarzyszenie-umierajacemu-choremu/jak-sie-pozegnac/?fbclid=IwAR1EvPOHXf63JqcINhsUAX6cLf1RCNo7XdnlDm7_jnq_mYUvSifFlOMAwj8 (dostęp: 26.09.2022).

Fundacja TZMO. (b.d.). *Towarzyszenie osobie umierającej*. Pobrano z: https://damy-rade.info/opieka-w-domu-2/jak-opiekowac-sie-osoba-przewlekle-chora-w-domu/opiekun-przewlekle-chorego/towarzyszenie-osobie-umierajacej?fbclid=IwAR3omFziiyDI_knSe3C85QgLGCUjzVanwzf3fvN3psPd9WlbiSMDBivlNM (dostęp: 26.09.2022).

Gaines, S. (2012). *Opieka paliatywna*. Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner.

Garbarz, A. (2005). Jana Pawła II wskazania etyczne kierowane do służby zdrowia. *Resovia Sacra. Studia Teologiczno-Filozoficzne Diecezji Rzeszowskiej*, 12, 127–146.

Gardocka, T. (2015). Czy zwłoki ludzkie są rzeczą i co z tego wynika? W: J. Gołaczyński, J. Mazurkiewicz, J. Turłukowski, D. Karkut (red.), *Non omnis moriar: osobiste i majątkowe aspekty prawne śmierci człowieka: zagadnienia wybrane* (s. 268–280). Wrocław: Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego.

Gaworska-Krzemińska A., Kujawska L., Żuralska R., Książek J., Grabowska H. (2007). Postawy i emocje towarzyszące pielęgniarcom w opiece nad pacjentem umierającym. W: E. Krajewska-Kułak, M. Szczepański, C. Łukaszuk, J. Lewko (red.), *Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom II* (s. 173–180). Białystok: Wydawnictwo Akademia Medyczna w Białymstoku.

Gawrych, R. (2007). Etyka a kultura organizacyjna dyrektora szkoły. *Zeszyty Naukowe Ostrołęckiego Towarzystwa Naukowego*, 21, 233–241.

Gebert, K. (1986). Skonać przed śmiercią. *Polska Sztuka Ludowa*, 40(1–2), 17–20.

Gersz, A. (2016). *Krionika. 14-letnia dziewczynka poddała się hibernacji, na zamrożenie ciała zgodził się sąd*. Pobrano z: <https://polskatimes.pl/krionika-14letnia-dziewczynka-poddala-sie-hibernacji-na-zamrozenie-ciala-zgodzil-sie-sad-video/ar/11489897> (dostęp: 15.07.2021).

Gibson, M. (2007). Death and mourning in technologically mediated culture. *Health Sociology Review*, 16, 415–424.

- Gilarowski, W.A. (1957). *Psychiatria* (tłum. A. Jus). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Glaser, B.G., Strauss, A.L. (1965). *Awareness of Dying*. London: Aldine Transaction.
- Glaser, B.G., Strauss, A.L. (1971). *Status Passage*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Glaser, B.G., Strauss, A.L. (1974). *Time for dying*. Chicago: Aldine Publishing company.
- Glen, A. (2014). Model procesu poznania w naukach o bezpieczeństwie. *Zeszyty Naukowe AON*, 4(97), 144–160.
- Głowacki, J. (2011). Eutanazja – problem życia, a nie śmierci. *Teologia i człowiek. Półrocznik Wydziału Teologicznego UMK*, 18, 175–215.
- Gmitrowicz, A. (2014). Diagnoza zachowań suicydalnych z uwzględnieniem DSM-5 i procesu samobójczego. *Psychiatria po dyplomie*, 11(5).
- Gniewkowska, H. (1973). Pamięci Stefana Szumana. *Wychowanie Fizyczne i Higiena Szkolna*, 5, 7–10.
- Gold, M. (1983). *Life Support. Families Speak about Hospital, Hospice and Home Care for the Fatally Ill*. New York: Institut for Consumer Policy Research, Mount Vernon.
- Goldberg, V. (1998). Death takes a holiday, sort of. W: J.H. Goldstein (red.), *Why we watch: The attractions of violent entertainment* (s. 27–52). New York: Oxford University Press.
- Goldstein, I. (1980). Why people prefer pleasure to pain. *Philosophy*, 55(213), 349–362.
- Gorer, G. (1965). *Death, Greif, and Mourning in Contemporary Britain*. London: The Cresset Press.
- Goss, P. (2018). *Jak radzić sobie ze śmiercią pacjenta? Wyznania pielęgniarek*. Pobrano z: <https://everethnews.pl/newsy/jak-radzoc-sobie-ze-smiercia-pacjenta-wyznania-pielgniarek/> (dostęp: 17.07.2021).
- GOV. (b.d.). *Zasady etyki zawodowej funkcjonariuszy PSP*. Pobrano z: <https://www.gov.pl/web/kppsp-aleksandrow-kujawski/zasady-etyki-zawodowej-funkcjonariuszy-psz> (dostęp: 13.01.2023).
- Gośliński, J. (2018). *Jak towarzyszyć umierającemu na raka?* Pobrano z: https://www.zwrotnikraka.pl/jak-towarzyszc-umierajacemu-na-raka/?fbclid=IwAR1EvPOHXf63JqcINhsUAX6cLf1RCNo7XdnIDm7_jnq_mYUvSifFIOMAwj8 (dostęp: 27.09.2022).
- Gośliński, J. (2021). *Jakie są pierwsze objawy śmierci?* Pobrano z: <https://www.zwrotnikraka.pl/objawy-smierci-agonia/> (dostęp 25.10.2022).
- Górecki, M. (2010). Kres życia. W: M. Górecki (red.), *Prawda umierania i tajemnica śmierci* (s. 18–19). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.

Grabińska, K., Szewczyk-Cisek, I., Hernik, P., Mykała-Cieśla, J., Kaziród, D. (2011). Problemy i potrzeby psychosocjalne pacjentów poddanych chemioterapii onkologicznej. *Psychoonkologia*, 2, 39–47.

Grela, E. (2007). *Definicja, etapy oraz czynniki ryzyka samobójstwa*. Pobrano z: http://zobacznikam.pl/definicja-etapy-oraz-czynniki-ryzyka-samobojstwa/?fbclid=IwAR2kmKMJL80w3X6X0Uz3JDKMgfjjC8fcyTalzuKcGH_qxRWrqGmog2MoLQY (dostęp: 28.09.2022).

Greszta, E., Kwiatkowska, A., Trębicka, P., Nowak, M. (2018). Uwarunkowanie samobójstw – przegląd teorii i badań. *Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio*, 33(1), 263–289.

Grof, S. (2015). The Experience of Death and Dying: Psychological, Philosophical, and Spiritual Aspects. *Maps Bulletin*, 2, 1–37.

Grzendzicki, Ł. (2009). Postawy człowieka wobec śmierci. *Studia Koszalińsko-Kołobrzeskie*, 14, 63–80.

Grzybowski, P.P. (2017). Od spotkania do dialogu z Innym i Obcym, w obliczu cierpienia, choroby i śmierci. W: P.P. Grzybowski, K. Kramkowska, M. Pluta (red.), *Wspólne obszary tanatopedagogiki i pedagogiki międzykulturowej. Chorzy, cierpiący i umierający, jako Inni i Obcy* (s. 34–53). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.

Guzowski, A., Czartoszewski, A., Łukaszuk, C.R., Lewko, J., Sarnacka, E., Van Damme-Ostapowicz, K., Cybulski, M., Kowalczyk, K., Kondzior, D., Szyszko-Perłowska, A., Jankowiak, B., Rolka, H., Krajewska-Kułak, E. (2016). Postawy wobec śmierci. W: A. Guzowski, E. Krajewska-Kułak, G. Bejda (red.), *Kultura śmierci, kultura umierania* (s. 29–51). Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.

Guzowski, A., Krajewska-Kułak, E., Bejda, G. (2016). *Kultura śmierci, kultura umierania*. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.

Habrajska, G. (2018). *Etyka w komunikacji*. Łódź: Premium Verbum.

Halbwachs, M. (2008). *Společne ramy pamięci* (przeł. M. Król). Warszawa: PWN.

Hales, S., Zimmermann, C., Rodin, G. (2012). Systematyczny przegląd narzędzi pomiaru jakości umierania i śmierci. *Palliative Medicine in Practice*, 6(2), 77–98.

Hann, N. (1977). *Coping and Defending. Process of Self-Environment Organization*. New York: Academic Press.

Haszczyński, J. (1993). Wiara i samobójstwo. *Przełąd Filozoficzny*, 2(1), 5–24.

Heszen-Niejodek, I. (1996). *Człowiek w sytuacji stresu: problemy teoretyczne i metodologiczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

- Heußner, P. (2009). Osoba pomagająca czy osoba potrzebująca pomocy – psychoonkologiczne aspekty postępowania z członkami rodziny pacjenta z chorobą nowotworową. W: M. Dorfmueller, H. Dietzfelbinger (red.), H. Sęk (red. I wydania polskiego), *Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne* (s. 211–214). Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Hill, R. (1949). *Families under Stress*. Harper, New York.
- Hofreiter, L. (2012). *Wstęp do studiów bezpieczeństwa*. Kraków: Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego Wydział Nauk o Bezpieczeństwie.
- Hołyst, B. (1983). *Samobójstwo. Przypadek czy konieczność*. Warszawa: PWN.
- Hołyst, B. (1991). *Przywrócenie życiu*. Warszawa: PWN.
- Hołyst, B. (1996). *Na granicy życia i śmierci*. Warszawa: Wydawnictwo „69”.
- Hołyst, B. (1997). *Przemoc w życiu codziennym: praca zbiorowa*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
- Hołyst, B. (1997). *Wiktymologia*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze PWN.
- Hołyst, B. (1999). *Kryminologia*. Warszawa: PWN.
- Hołyst, B. (2005). Terrorysty–samobójcy. *Suicydologia*, 1, 98–109.
- Hołyst, B. (red.) (2012). Zainteresowanie psychiatrii samobójstwami. W: *Suicydologia* (s. 5–65). Warszawa: Wydawnictwo Lexis Nexis.
- Homans, G.C. (1961). *Social Behavior. Its Elementary Forms*. New York: Harcourt, Brace.
- Hostyński, L. (2015). *Karnawał czy post? O moralnych zagrożeniach w świecie konsumpcji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hróbjartsson, A., Gøtzsche, P.C. (2010). Placebo interventions for all clinical conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(1).
- Hunt, S.P., Mantyh, P.W. (2001). The molecular dynamics of pain control. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(2), 83–91.
- Huntington, S.P. (2011). *Zderzenie cywilizacji i nowy kształt ładu światowego*. Warszawa: Wydawnictwo Zysk.
- Ismahilova, H. (2012). Terrorysta samobójca. *Internetowy Biuletyn Instytutu Studiów nad Terroryzmem*, 11, 15–16.
- Iwańczuk, W. (2006). Definicja i rozpoznanie śmierci mózgu: porównanie wytycznych w różnych krajach. *Borgis – Anestezjologia Intensywna Terapia*, 2, 97–103.

Izdebski, P., Jurga, M., Kosiol, M. (2012). Bilans życiowy a postawa wobec śmierci w późnej dorosłości. *Gerontologia Polska*, 20(4), 155–159.

James, R.K., Gilliland, B.E. (2001). *Crisis intervention strategies*. London: Thomson Brooks/Cole Publishing Co.

Janecki, M., Flakus, J. (2014). Zadania pielęgniarki w procesie promocji i edukacji zdrowotnej wobec chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową. *Medycyna Paliatywna*, 6(2), 71–75.

Janik, R. (2015). Refleksje nad powstaniem Völkerpsychologie w kontekście jej wpływu na psychologię, socjologię i pedagogikę. W: M. Piasecka (red.), *Podstawy edukacji. Między porządkiem a chaosem*, t. 8 (s. 259–268). Częstochowa: Akademia im. Jana Długosza.

Jankowska, M. (2018). Psychologiczne aspekty postaw wobec śmierci. *Fides et Ratio*, 36(4), 375–397.

Jankowski, K. (1975). *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej*. Warszawa: PIW.

Janukowicz, B. (2003). Człowiek współczesny wobec zjawiska śmierci i umierania. W: J. Kolbuszowski (red.), *Problemy współczesnej tanatologii*. *Medycyna – Antropologia Kultury – Humanistyka*. T. 7 (s. 160–179). Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.

Janusz, B., Drożdżowicz, L. (2013). Śmierć i żałoba w rodzinie. Oddziaływania Terapeutyczne. *Psychoterapia*, 2(165), 45–54.

Jarosz, M. (1978). *Psychologia lekarska*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Jaskulska, S. (2013). „Rytuał przejścia” jako kategoria analityczna. Przyczynek do dyskusji nad badaniem rytualnego oblicza rzeczywistości szkolnej. *Studia Edukacyjne*, 26, 79–96.

Jaskulska, S., Motyl, K. (2014). Gra o Tron? Rytuały i gry w optyce teorii antropologicznej Clifforda Geertza i analizy transakcyjnej. Przyczynek do badania codzienności szkoły. *Studia Edukacyjne*, 31, 73–93.

Jastrzębski, J. (2001). Emocjonalne i religijne uwarunkowania lęku przed śmiercią u młodzieży akademickiej. *Studia Psychologica*, 2, 83–102.

Jastrzębski, J. (2005). *Psychologiczny wymiar lęku przed śmiercią*. Pobrano z: <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=209> (dostęp: 29.09.2022).

Jaworek, J. (2012). *Podstawy fizjologii medycznej*. Kraków: Medycyna Praktyczna.

Jeleń-Kubalewska, E. (2014). *Cierpienie i śmierć jako współczesny performans medialny. Perspektywa performatyczna*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe WNS UAM.

- Johansen, J.P., Fields, H.L., Manning, B.H. (2001). The affective component of pain in rodents: direct evidence for a contribution of the anterior cingulate cortex. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98(14), 8077–8082.
- Kaczmarek, A. (2009). Śmierć. Poszukiwanie znaczenia w kontekstach kulturowych, społecznych i politycznych. *Teka Komisji Politologii i Stosunków Międzynarodowych OL PAN*, 4, 165–179.
- Kalat, J.W., Kaiser, J. (red.). (2006). *Biologiczne podstawy psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kałużny, Ł. (2012). Pomiędzy tabu a pornografią. Graficzne reprezentacje śmierci w prasie. *Kultura Popularna*, 4(34), 40–48.
- Kaławak, W. (2011). Metody jakościowe w badaniu bólu—doniesienie z badań. *Rocznik Kognitywistyczny*, 5, 73–81.
- Kamiński, S. (1974). Metodologiczne typy etyki. *Roczniki Filozoficzne*, 22(2), 5–18.
- Kania, W. (2007). Kryterium śmierci mózgowej w perspektywie historycznej. *Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne*, 40(2), 350–363.
- Karkowska, D. (2008). *Prawo ochrony zdrowia w pytaniach i odpowiedziach*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Karrer, T., Bartoshuk, L. (1991). Capsaicin desensitization and recovery on the human tongue. *Physiology and Behavior*, 49, 757–764.
- Kass, L.R. (1999). Mądrość oburzenia. Dlaczego powinniśmy zakazać klonowania człowieka. W: B. Chyrowicz (red.), *Klonowanie człowieka. Fantazje-zagrozenia-nadzieje* (s. 187–194). Lublin: Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego KUL.
- Kastenbaum, R., Weisman, A. (1972). The Psychological Autopsy as a Research Procedure in Gerontology. W: D. Kent, R. Kastenbaum, S. Scherwood (red.), *Research Planning and Action for the Elderly* (s. 365–394). New York: Behavioral Publications.
- Kastenbaum, R.J. (1981). *Death, Society and Human Experience*. St. Louis, Toronto, London: The C.V. Mosby Company.
- Kawczyńska-Butrym, Z. (1987). *Funkcjonowanie rodziny a choroba. Analiza socjologiczna*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Keefe, F.J., France, C.R. (1999). Pain: Biopsychosocial Mechanisms and Management. *Current Directions in Psychological Science*, 8(5), 137–141.
- Kępiński, A. (1977). *Lęk*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Kielan, A., Stradomska, M., Jaworski, M., Mosiołek, A., Chodkiewicz, J., Święcicki, Ł., Walewska-Zielecka, B. (2020). Promotion of men's mental health. *Psychiatria*, 17(4), 212–215.

Kielanowski, T. (red.). (1979). *Człowiek w obliczu śmierci* (Materiały z krajowej konferencji lekarzy i humanistów w Gdańsku).

Klastrup, L. (2015). "I didn't know her, but...": parasocial mourning of mediated deaths on Facebook RIP pages. *New Review of Hypermedia and Multimedia*, 21(1–2), 146–164.

Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. *The International Journal of Psychoanalysis*, 21, 125–153.

Kleszcz-Szczyrba, R. (2016). Czy każdej stracie „potrzebna jest” żałoba i czy każdej żałobie „potrzebna jest” terapia? W: R. Kleszcz-Szczyrba, A. Gałuszka (red.), *Utrata i żałoba: teoria i praktyka* (s. 111–121). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Klimek, K. (2005). Holistyczna opieka nad człowiekiem chorym u schyłku życia i jego rodziną w środowisku domowym (zadania i sposób ich realizacji). *Państwo i Społeczeństwo*, 3, 213–223.

Klukowski, K. (2005). *Przygotowanie psychofizyczne oraz kształcenie umiejętności niezbędnych w działaniach interwencyjnych i ratunkowych służb mundurowych. Tom 9*. Szczytno: Wydział Wydawnictwa i Poligrafii Wyższej Szkoły Policyjnej w Szczytnie.

Kolek, A., Szczeńsiak, J. (2009). Psychologiczne uwarunkowania samobójczych zamachów terrorystycznych. Potrzeby i motywacje zamachowców samobójców. W: B. Hołyst, K. Jałoszyński, A. Letkiewicz (red.), *Wojna z terroryzmem w XXI wieku* (s. 71–75). Szczytno: Wyższa Szkoła Policji.

Kołodziej, W. (2006). Stereotypy dotyczące starzenia się i ludzi w podeszłym wieku. W: S. Steuden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia* (s.). Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Komorowska, H. (1982). *Metody badań empirycznych w glottodydaktyce*. Warszawa: PWN.

Korzeniowski, L. (2008). *Securitologia: nauka o bezpieczeństwie człowieka i organizacji społecznych*. Kraków: EAS.

Koszewska, I., Średniawa, M., Koszewska, J. (2014). *Internet i nowe technologie w zapobieganiu samobójstwom*. Raport na zlecenie MaiC. Warszawa.

Koślacz, A., Oleszczuk-Kryj, B. (1970). Ocena społeczna niektórych form profilaktyki społecznej. *Polski Tygodnik Lekarski*, 31, 1166–1168.

Kotarbiński, T. (1986). *Myśli o ludziach i ludzkich sprawach*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.

Kowalczyk, M. (2012). Opieka paliatywna jako jedna z form opieki nad pacjentem terminalnie chorym. *Państwo i Społeczeństwo*, 12(2), 73–82.

Kowalska, K., Podymniak, E. (2013). *Gdy bliski choruje. Poradnik dla rodzin i opiekunów osób z chorobą nowotworową*. Warszawa: PRIMOPRO.

Kozieł, P., Lomper, K., Uchmanowicz, B., Polański, J. (2016). Związek akceptacji choroby oraz lęku i depresji z oceną jakości życia pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 10(1), 28–36.

Krajewska-Kułał, E. (2016). *Ocena rozprawy doktorskiej mgr Tadeusza Wadasant. „Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci”*. Białystok: Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Krukowski, J. (2009). *Ocena jakości opieki pielęgniarskiej w hospicjum stacjonarnym*. Gdańsk: Akademia Medyczna w Gdańsku.

Krysińska, K. (2002). Prewencja samobójstw w Stanach Zjednoczonych. W: B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer (red.), *Samobójstwo* (s. 297–316). Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.

Krzemiński, A. (2012). *Jak przez wieki oswajano śmierć*. *Polityka*, 44, 11–14.

Krzyżanowski, L.J. (1999). O podstawach kierowania organizacjami inaczej: paradygmaty, modele, metafory, filozofia, metodologia, dylematy trendy. Warszawa: PWN.

Krzyżanowski, D.M., Turkiewicz-Maligranda, A., Godawa, G., Hanulewicz, M. (2013).

Komunikacja z osobą chorą i u kresu życia. W: J. Czepczarz, W. Duczmala, S. Śliwa (red.), *Pedagogiczne, medyczne i ekonomiczne aspekty niepełnosprawności* (s. 116–133). Opole: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu.

Kopielski, A. (2018). *Was tun gegen zu viel Bürokratie im Gesundheitswesen?* Pobrano z: <https://www.nexus-marabu.de/nachricht/was-tun-gegen-zu-viel-buerokratie-im-gesundheitswesen> (dostęp: 10.01.2023).

Kubacka-Jasiecka, D., Łosiak, W. (1999). *Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesne wobec pacjentów onkologicznych*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński.

Kubacka-Jasiecka, D. (2010). *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

Kubica, A. (2009). Psychologiczny aspekt zawału serca – niedoceniana zmienna w procesie terapii i rehabilitacji. *Folia Cardiologica*, 4(4), 197–199.

Kulikowska-Pawlak, M. (2010). Pojmowanie efektywności organizacji – definiowanie, pomiar. *Prace Naukowe / Akademia Ekonomiczna w Katowicach*, 63–99.

- Kulikowska-Pawlak, M., Bratnicka-Myśliwiec, K., Ingram, T. (2017). *The bright side of organizational politics as a driver of firm competitiveness. The mediating role of corporate entrepreneurship*. Singapur: ICIESM.
- Kurzydło, D., Zagórska, W. (2016). Nie jestem już dzieckiem. Quasi-rytuały wyjścia z dzieciństwa w narracjach nastolatków. Perspektywa psychologii antropologicznej. *Psychologia Rozwojowa*, 21(1), 77–96.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York: The Macmillan Company.
- Kübler-Ross, E. (1998). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Poznań: Media Rodzina.
- Kübler-Ross, E. (2005). *Życiodajna śmierć*. Poznań: Księgarnia św. Wojciecha.
- Kwaterko, M. (2005). Śmierć i filozof. W: V. Jankélévitch (red.), *To, co nieuchronne: rozmowy o śmierci* (s. 11–14). Warszawa: PIW.
- Kwiatkowska, A. (2019). Między Werterem a Papageno, czyli jak informować o samobójstwie, aby nie zaszkodzić. *Dyskurs i Dialog*, 2, 21–29.
- Lange, Ł. (2021). *Doświadczenie żałoby po dziecku w perspektywie biograficznej*. Rozprawa doktorska.
- Lasota, M. (2014). Cywilizacyjne czynniki determinujące podejmowanie samobójczych ataków terrorystycznych. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie*, 4(1), 21–37.
- Lasota, M., Grenda, B. (2017). *Arena samobójców. Wybrane aspekty terroryzmu i terroryzmu samobójczego*. Warszawa: Akademia Sztuki Wojennej.
- Legowicz, J. (1970). *Filozofia starożytna Grecji i Rzymu*. Warszawa: PWN.
- Lepa, A. (2008). Logosfera a etyka społeczeństwa komunikacji. *Annales. Etyka w Życiu Gospodarczym*, 11(2), 133–144.
- Lippert, F.K., Raffay, V., Georgiou, M., Steen, P.A., Bossaert, L. (2010). Etyka resuscytacji oraz problemy końca życia. W: J. Andres (red.), *Wytyczne resuscytacji* (s. 280–288). Kraków: Polska Rada Resuscytacji.
- Littlewood, J. (1993). The denial of death and rites of passage in contemporary societies. W: D. Clark (red.), *The sociology of death* (s. 69–84). Oxford: Blackwell.
- Litwiński, R. (2018). *O etyce w komunikacji. Sprawozdanie z konferencji*. Lublin: Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie.

Ludwikowska, K., Steuden, S. (2017). Radzenie sobie ze stratą i sposób doświadczania śmierci rodzica przez osoby dorosłe pochodzące z rodzin alkoholowych i niealkoholowych. *Forum Psychologiczne*, 221, 20–39.

Luebbert, K., Dahme, B., Hasenbring, M. (2001). The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psychooncology*, 10(6), 490–502.

Łazowski, J. (2002). Balintowskie treningi grupowe. *Polska Medycyna Rodzinna*, 4(1), 31–38.

Łobocki, M. (1984). *Metody badań pedagogicznych*. Warszawa: PWN.

Łobocki, M. (2007). *Wprowadzenie do metod badań pedagogicznych*. Kraków: Wydawnictwo Impuls.

Łoch, E. (2005). *Między literaturą a medycyną: literackie i pozaliterackie dzieła środowisk medycznych a problemy egzystencjonalne człowieka XIX i XX wieku. Tom 1*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Łosiak, W. (2003). *Natura stresu. Spojrzenie z perspektywy ewolucyjnej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Łuczak, J. (2004). Geneza działalności Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci na tle ruchu hospicyjnego w Polsce i Europie. *Opieka Paliatywna nad Dziećmi*, 12, 8–17.

Łyskanowski, M. (1969). Chorzy psychicznie w Polsce w wieku XVIII. *Psychiatria Polska*, 2, 202–206.

Maisonneuve, J. (1995). *Rytuály dawne i współczesne*, tłum. M. Mroczek. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne.

Makselon, J. (1981). Specyfika postaw wobec śmierci. *Studia Philosophiae Christianae*, 17(2), 113–134.

Makselon, J. (1983a). Poczucie sensu życia a postawa wobec śmierci. *Analecta Cracoviensia*, 15, 73–91.

Makselon, J. (1983b). *Struktura wartości a postawa wobec śmierci*. Lublin: Katolicki Uniwersytet Lubelski.

Makselon, J. (1984). Przedmiotowy aspekt postaw wobec śmierci. *Analecta Cracoviensia*, 16, 359–378.

Makselon, J. (1988). *Człowiek wobec śmierci. Wybrane teorie i badania psychologiczne*. Kraków.

Malczewski, J. (2012). *Eutanazja. Gdy etyka zderza się z prawem*. Warszawa: Wolters Kluwer.

- Malitowska, A. (2012). Czym jest filozofia moralna. *Filozofia Publiczna i Edukacja Demokratyczna*, 1(1), 120–126.
- Malmberg, A.B., Chen, C., Tonegawa, S., Basbaum, A.I. (1997). Preserved acute pain and reduced neuropathic pain in mice lacking PKC γ . *Science*, 278(5336), 279–283.
- Marcinów, M. (2017). *Historia polskiego szaleństwa. T. 1: Słońce wśród czarnego nieba. Studium melancholii*. Gdańsk: Fundacja Terytoria Książki.
- Marx, J. (2003). *Idea samobójstwa w filozofii: od antyku do współczesności*. Warszawa: Wydawnictwo Alfa.
- Mastalski, J. (2007). Hospicjum w służbie człowiekowi (wybrane zagadnienia z tanatopedagogiki). *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas*, 2, 125–134.
- Maślanka, M. (2012). *Ratownictwo Medyczne. Procedury od A do Z*. Wrocław: Elsevier Urban & Fischer.
- Mazurek, M., Harpula, W. (2021). *Nad życie: czego uczą nas umierający*. Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy Znak.
- McGoldrick, M. (2004). Echoes from the past: Helping families deal with their ghosts. W: F. Walsh, M. McGoldrick (red.), *Living beyond loss* (s. 310–339). New York, London: W.W. Norton & Company.
- McLaughlin, N., Kastenbaum, R. (1966). *Engrossment in personal past, future and death*. [Wykład zaprezentowano na spotkaniu APA, New York].
- Meller, J. (2007). Moralny aspekt wykorzystywania zwłok ludzkich. *Studia Gdańskie*, 21, 427–440.
- Mellor, P.A., Shilling, C. (1993). Modernity, self-identity and the sequestration of death. *Sociology*, 27, 411–431.
- Melzack, R., Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150(3699), 971–979.
- Mendyk, K., Kowalik, M., Kuczyński, B., Nurzyńska-Flak, J. (2016). Wybrane aspekty komunikacji lekarza z pacjentem: opinia studentów medycyny i lekarzy stażystów. W: D. Żołnierczuk-Kieliszek, M. Janiszewska (red.), *Zdrowie, psychologia, społeczeństwo – przegląd wybranych zagadnień* (s. 267–277). Lublin: Wydawnictwo Naukowe TYGIEL.
- Menninger, K. (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Mesjasz, J. (2010). *Klątwa czy dar przemijania? Studium z tanatopsychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Meyer, C., Irani, T., Hermes, K., Yung, B. (2017). *Explaining Suicide: Patterns, Motivations and What Notes Reveal*. Amsterdam: Elsevier.

- Michalczuk, T., Piszcz, P., Ślifirczyk, A., Zalewski, R., Krajewska-Kułak, E. (2018). Życie przed śmiercią – służba chorym umierającym. W: E. Krajewska-Kułak, C.R. Łukaszuk, J. Lewko, W. Kułak (red.), *W drodze do brzegu życia* (s. 406–417). Białystok: „Duchno” Teresa Duchnowska.
- Mojs, E., Warchulska, B., Samborski, W. (2010). Pomoc psychologiczna pacjentom z chorobami reumatycznymi na przykładzie reumatoidalnego zapalenia stawów. *Reumatologia*, 2, 121–127.
- Mojżysz, M. (2003). Człowiek i śmierć: fenomen śmierci i jej oblicza. *Pisma Humanistyczne*, 5, 3–15.
- Morciniec, P. (2009). *Ludzkie zwłoki jako obiekt badawczy: dowolność działania czy normowanie?* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Morreale, S.P., Spitzberg, B.H., Barge, J.K., Izdebski, P., Jaworska, A., Kobylińska, D., Jakubowska, U.T. (2011). *Komunikacja między ludźmi: motywacja, wiedza i umiejętności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Morrow, A. (2021). *Talking About Death With a Dying Person*. Pobrano z: <https://www.verywellhealth.com/interaction-with-a-dying-person-1132502> (dostęp: 27.09.2022).
- Motył, K. (2014). Rytuał – od antropologii kulturowej do analizy transakcyjnej. *Edukacyjna Analiza Transakcyjna*, 3, 65–78.
- Mróz, P. (2009). „Zła śmierć” w polskim społeczeństwie średniowiecznym. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 3(3), 186–198.
- Mróz-Jagiełło, A., Wolanin, A. (2013). Metoda analizy i krytyki dokumentów w naukach o bezpieczeństwie. *Obronność – Zeszyty Naukowe Wydziału Zarządzania i Dowodzenia Akademii Obrony Narodowej*, 2(6), 109–118.
- Murtra, P., Sheasby, A.M., Hunt, S.P., De Felipe, C. (2000). Rewarding effects of opiates are absent in mice lacking the receptor for substance P. *Nature*, 405(6783), 180–183.
- Muszala, A. (2009). *Encyklopedia bioetyki*. Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne.
- Nadeau, J.W. (1998). *Families making sense of death*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Nagy, M. (1959). *The Child's View of Death*. New York: McGraw Hill.
- Namratha, P., Kishor, M., Rao, T., Raman, R. (2015) Mysorestudy: A study of suicidal notes. *The Indian Journal of Psychiatry*, 57(4), 379–382.
- Namysłowska, I. (1985). Życie z chorobą. W: W. Brodniak (red.), *Społeczne problemy leczenia zaburzeń psychicznych* (s. 27–42). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Nasiłowska-Barud, A. (2006). Specyfika pomocy psychologicznej u chorych z niewydolnością serca. *Sztuka Leczenia*, 13(3–4), 61–66.

Nestorowicz, A., Bohatyrewicz, R., Józwik, S., Kusza, K., Kwieciński, H., Mayzner-Zawadzka, E., Mądro, R., Roszkowski, M., Ząbek, M. (2007). *Kryteria i sposób stwierdzania trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu ustalone przez specjalistów z dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej. Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007, nr 46 poz. 547*. Pobrano z: <https://sip.lex.pl/akty-prawne/mp-monitor-polski/kryteria-i-sposob-stwierdzenia-trwalego-nieodwracalnego-ustania-17367866> (dostęp: 19.09.2021).

Niederkröthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., Eisenwort B., Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *The British Journal of Psychiatry*, 197(3), 234–243.

Niederkröthaler, T., Stack, S. (2017). *Media and Suicide: International Perspectives on Research, Theory, and Policy*. New York: Taylor & Francis.

Niedojad, K., Rybka, M., Rezmerska, L., Ślusarz, R. (2017). Śmierć i umieranie w opinii personelu pielęgniarskiego. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 3(2), 12–18.

Niemiec, M. (2016). Aspekty etyczne dotyczące końca życia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 10(1), 1–7.

Nowak, S. (1965). *Metodologia badań socjologicznych. Wybór tekstów*. Warszawa: PWN.

Nowak, S. (1970). *Metodologia badań socjologicznych. Zagadnienia ogólne*. Warszawa: PWN.

Nowak, S. (1985). *Metodologia badań społecznych*. Warszawa: PWN.

Nowak, E., Głowiński, K. (2013). Teoretyczne metody badawcze w naukach społecznych. *Obronność – Zeszyty Naukowe Wydziału Zarządzania i Dowodzenia Akademii Obrony Narodowej*, 2(6), 136–146.

Nyklewicz, W., Krajewska-Kułak, E. (2008). Śmierć a emocje pielęgniarek – doniesienie wstępne. *Problemy Pielęgniarstwa*, 16(3), 248–254.

Ochsmann, R. (1993). *Angst vor Tod und Sterben. Beiträge zur Thanato-Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.

Okoń, W. (1980). *Słownik pedagogiczny*. Warszawa: PWN.

Okoń, W. (1995). *Wprowadzenie do dydaktyki ogólnej*. Warszawa: Wydawnictwo Żak.

Olejniczuk-Merta, A. (red.). (2012). Kult młodości jako styl życia. W: *Kult młodości a trendy konsumenckie* (s. 4–6). Warszawa: Akademia Leona Koźmińskiego.

- Olson, D.H., Sprenkle, D.H., Russel, C.S. (1979). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Family Process*, 18(1), 3–28.
- Orbik, Z. (2013). Problematyka śmierci w filozofii starożytnej. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej*, 65, 267–280.
- Orońska, A. (2000). Rozmowa z nieuleczalnie chorym. W: J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko (red.), *Komunikowanie się lekarza z pacjentem* (s. 39–62). Wrocław: Wydawnictwo ASTRUM.
- Ostrowska, A. (1991). *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*. Warszawa: Wydawnictwo IfiS.
- Ostrowska, A. (2016). Przemiany postaw wobec śmierci. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 10(2), 41–47.
- Overholser, J., Evans, S., Spirito, A. (1990). Sex differences and their Relevance to Primary Prevention of Adolescent Suicide. *Death Studies*, 14(4), 391–402.
- O'Connor, R., Sheehy, N. (2012). *Zrozumieć samobójcę*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Pacian, J., Pacian, A., Skórzyńska, H., Kaczoruk, M. (2014). Eutanazja – zabójstwo człowieka czy uśmierzenie bólu. Regulacje prawne wybranych państw świata. *Hygeia Public Health*, 49(1), 19–25.
- Pajkert, J. (2009). Psychologiczne aspekty legalizacji eutanazji. *Przegląd Prawa i Administracji*, 83, 141–151.
- Panas, K. (2012). Psychologiczny wymiar śmierci i umierania aspekty. *Humanum. Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne*, 9(2), 291–297.
- Parad, H.J., Caplan, G. (1965). A Framework of Studing Families in Crisis. W: H.J. Parad (red.), *Crisis Intervention* (s. 3–15). New York: Family Service Association.
- Parandowski, J. (1992). *Mitologia: wierzenia i podania Greków i Rzymian*. Londyn: Wydawnictwo Puls.
- Parsons, T. (1963). Death on American Society – A Brief Working Paper. *The American Behavioral Scientist*, 6, 61–65.
- Paszkievicz, E. (1983). *Struktura teorii psychologicznych. Behawioryzm. Psychoanaliza. Psychologia Humanistyczna*. Warszawa: PWN.
- Pattison, E.M. (1977). *The Experience of Dying*. Englewood Cliffs N.Y.: Prentice Hall.

- Pattison, E.M. (1978). *The Living – Dying Process*. W: C.A. Garfield (red.), *Psychosocial Care of the Dying Patient*. New York: MacGraw-Hill.
- Paul, N.L., Grosser, G.H. (1965). Operational mourning and its role in conjoint family therapy. *Community Mental Health Journal*, 1(4), 339–345.
- Pawlak, A. (2003). Społeczne postrzeganie śmierci i umierania we współczesnej perspektywie tanatologicznej. *Folia Sociologica*, 30, 57–67.
- Pearlini, L., Scholer, C. (1978). The Structure of Coping. *Journal of Health Social Behavior*, 19(1), 2–21.
- Perliński, J. (2006). Inżynieria komórkowa, klonowanie – szanse i zagrożenia dla medycyny XXI wieku. *Studia Elbląskie*, 7, 187–203.
- Perry, P. (2017). *1st Scientific Analysis of Suicide Notes Lends Insights into the Heartbreaking Act*. Pobrano z: <https://bigthink.com/philip-perry/1st-scientific-analysis-of-suicide-notes-lends-insights-into-the-heartbreaking-act> (dostęp: 07.06.2020).
- Pert, C.B, Snyder, S.H. (1973). Properties of opiate-receptor binding in rat brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 70(8), 2243–2247.
- Piasecka, B. (2011). *Przetrwać w placówce. Kultura organizacyjna, stres pracy i reforma w placówkach opiekuńczo-wychowawczych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Piasta, J. (2019). *Śmierć gościa w hotelu. Jak postępować?* Pobrano z: <http://www.e-hotelarstwo.com/tematy/poradnik?more=1312694455> (dostęp: 20.07.2021).
- Piątkowski, W., Majchrowska, A. (2017). Instytucjonalizacja śmierci i umierania w klasycznej polskiej socjologii medycyny – wybrane wątki badawcze. *Władza Sądzenia*, 12, 14–27.
- Pielęgniarki Cyfrowe. (2018). *Pielęgniarka, czyli kto?* Pobrano z: <https://www.mede-xpress.pl/pielęgniarka-czyli-kto/72246> (dostęp: 27.10.2022).
- Piesik, T. (b.d.). *Jak rozmawiać, kiedy zostało niewiele czasu?* Pobrano z: <https://bliskochorego.pl/emocje/jak-rozmawiac-kiedy-zostalo-niewiele-czasu.html> (dostęp: 27.09.2022).
- Pieter, J. (1967). *Ogólna metodologia pracy naukowej*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Pietrzykowski, T. (2007). *Spór o eutanazję: etyczne problemy prawa*. Katowice: Sonia Draga.
- Pilch, T. (1998). *Zasady badań pedagogicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Żak.

Pilch, T., Bauman, T. (2001). *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.

Piotrowicz, D. (2010). *Negocjacje kryzysowe i policyjne. Wybrane zagadnienia psychologiczne i kryminologiczne*. Warszawa: nakładem własnym.

Piotrowska, E.Z. (2015). Problemy społeczne rodzin opiekujących się swoimi bliskimi w terminalnym okresie choroby nowotworowej. *Medycyna Paliatywna*, 7(1), 45–57.

Pisarek, W. (1983). *Analiza zawartości prasy*. Kraków: Ośrodek Badań Prasoznawczych.

Platon. (1990). *Kratylos*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.

Platon. (1993). *Dialogi*. Warszawa: Unia Wydawnicza „VERUM”.

Platon. (2000). Fedon. W: Platon (tłum. W. Witwicki), *Dialogi*. Warszawa: CIL Polska.

Pogrzebny, R. (2017). *Człowiek, który wie, że odchodzi, potrzebuje szczerzej rozmowy*. Pobrano z: <https://www.mp.pl/pacjent/onkologia/wywiady/174854,czlowiek-ktory-wie-ze-odchodzi-potrzebuje-szczerej-rozmowy?fbclid=IwAR1u2jkMwDBH8S66MzJwthhWIPnCNvbUIYSEJSwhfhuoOTk7jJCrrnOZ6zM> (dostęp: 26.09.2022).

Pokrzycka-Walczak, M. (2021). *Marlena Stradomska: teraz jest czas, aby zadbać o wsparcie emocjonalne pracowników medycznych*. Pobrano z: <https://serwiszoz.pl/praktycy-radza/marlena-stradomska-teraz-jest-czas-aby-zadbac-o-wsparcie-emocjonalne-pracownikow-medycznych-6503.html> (dostęp: 3.01.2023).

Polityka zdrowotna. (2021). *Medycy zbyt dużo czasu tracą na biurokrację*. Pobrano z: <https://politykazdrowotna.com/arttykul/medycy-zbyt-duzo-czasu-traca-na-biurokracje/825562> (dostęp: 10.01.2023).

Pollo, A., Amanzio, M., Arslanian, A., Casadio, C, Maggi, G., Benedetti, F. (2001). Response expectancies in placebo analgesia and their clinical relevance. *Pain*, 93(1), 77–84.

Price, B. (2010). The older woman’s body image. (Cover story). *Nursing Older People*, 22(1), 31–37.

PTS. (b.d.). *Kodeks etyczno-zawodowy psychologa. Polskie Towarzystwo Psychologiczne*. Pobrano z: http://www.ptp.org.pl/teksty/NOWY_KODEKS_PTP.pdf (dostęp: 23.07.2021).

Puślecki, W. (1985). *Metody badań pedagogicznych*. Kalisz: Oddział Doskonalenia Nauczycieli.

Pytkowski, W. (1985). *Organizacja badań i ocena prac naukowych*. Warszawa: PWN.

PWN (b.d.). *Żaloba*. Pobrano z: <https://sjp.pwn.pl/szukaj/%C5%BCa%C5%82oba.html> (dostęp: 18.10.2022).

Racko, G. (2017). Bureaucratization and medical professionals' values: a cross-national analysis. *Social Science & Medicine*, 180, 76–84.

Rada Etyki PR. (2019). *Etyczne zachowanie w komunikacji cyfrowej. Stanowisko Rady Etyki Public Relations*. Pobrano z: <https://repr.pl/informacje/czytaj/417843/stanowisko-repr-ws-etycznego-zachowania-w-komunikacji-cyfrowej> (dostęp: 19.09.2021).

Radio Lublin. (2022). *Dr Marlena Stradomska – jeśli straciliśmy bliską osobę, ważne, by nie bać się prosić o pomoc*. Pobrano z: <https://radio.lublin.pl/2022/10/dr-marlena-stradomska-jesli-stracilismy-bliska-osobe-wazne-by-nie-bac-sie-prosic-o-pomoc/> (dostęp: 6.01.2023).

Radochoński, M. (1987). *Choroba a rodzina*. Rzeszów: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej.

Rainville, P., Duncan, G.H., Price, D.D., Carrier, B., Bushnell, M.C. (1997). Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science*, 277(5328), 968–671.

Reale, G. (2002). *Historia filozofii starożytnej. T. 5, Słownik, indeksy i bibliografia*. Lublin: Wydawnictwo KUL.

Reber, A.S., Reber, E. (2008). *Słownik psychologii*. Warszawa: Scholar.

Reed, S.B. (2009). Creating a leadership legacy of caring: a health care leader's ultimate journey. *Nurse Leader*, 7(1), 12–15.

Reichling, D.B., Kwiat, G.C., Basbaum, A.I. (1988). Anatomy, physiology and pharmacology of the periaqueductal gray contribution to antinociceptive controls. *Progress in Brain Research*, 77, 31–46.

Rendecka, A., Żuraw, J. (1978). Postawy psychologów klinicznych wobec zdrowia psychicznego i patologii społecznej na podstawie badań dyferencjałem semantycznym. *Zdrowie Psychiczne*, 21(4), 721–734.

Rochlin, G. (1967). *How younger children view death and themselves*. W: E.A. Grollman (red.), *Explaining Death to Children*. Boston: Boston Press.

Rogiewicz, M. (2008). Trwoga u pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Palliative Medicine in Practice*, 2(3), 108–110.

Rogiewicz, M., Buczkowski, K. (2006). Dorosły pacjent w żałobie po śmierci bliskiej osoby – rola lekarza rodzinnego. *Polska Medycyna Paliatywna*, 5(1), 21–29.

Roller, S. (2009). Opieka w okresie umierania. W: M. Dorfmueller, H. Dietzfelbinger (red.), H. Sęk (red. I wydania polskiego), *Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne* (s. 235–240). Wrocław: Edra Urban & Partner.

Rosa, K. (2015). Listy pożegnalne niedoszłych samobójców. Analiza treści. *Przegląd Socjologiczny*, 4(64), 103–128.

Rymarek, K. (b.d.). *Pomyśl o sobie. Poradnik dla opiekunów i rodzin osób chorych*. Pobrano z: <https://www.opta.org.pl/files/1514090894/poradnik-pomysl-o-sobie.pdf> (dostęp 26.10.2022).

Sanders, C.M. (2001). *Jak przeżyć stratę dziecka* (przeł. E. Knoll). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Satir, V. (1972). *Peoplemaking*. Palo Alto: Science and Behavior Books.

Sawamoto, N., Honda, M., Okada, T., Hanakawa, T., Kanda, M., Fukuyama, M., Konishi, J., Shibasaki, H. (2000). Expectation of pain enhances responses to nonpainful somatosensory stimulation in the anterior cingulate cortex and parietal operculum/posterior insula: an event-related functional magnetic resonance imaging study. *The Journal of Neuroscience*, 20(19), 7438–7445.

Schiff, H.S. (1977). *The Bereaved parent*. New York: Crow Publishers.

Schoemann, A.M., Branscombe, N.R. (2011). Looking young for your age: perceptions of anti-aging actions. *European Journal of Social Psychology*, 41(1), 86–95.

Sebastyańska-Targowska, I. (2012). Obszar komunikacji niewerbalnej między położną a pacjentką w sytuacji poronienia. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 3(11), 61–70.

Siewiera, J., Kübler, A. (2015). *Terapia daremna dla lekarzy i prawników*. Wrocław: Edra Urban & Partner.

Sikora, A. (2002). Pojęcie, rozwój i struktura polskich kodeksów etyki lekarskiej na tle etyki zawodowej. *Poznańskie Studia Teologiczne*, 13, 95–109.

Skorny, Z. (1974). *Metody badań i diagnostyka psychologiczna*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.

Słownik języka polskiego. (b.d.). *Reakcja*. Pobrano z: <https://sjp.pwn.pl/slowniki/reakcja.html> (dostęp: 6.01.2023).

Sobczak, K., Janaszczyk, A., Leoniuk, K. (2012). Prawo do śmierci – lekarz i chory w obliczu śmierci. *Palliative Medicine in Practice*, 6(2), 39–45.

Sobczak, K., Leoniuk, K., Pawłowski, L., Spolak, L. (2016). Komunikacja kliniczna – porównanie opinii lekarzy i pacjentów. *Pomeranian Journal of Life and Science*, 62(3), 67–73.

Sokołowska, M. (1986). *Socjologia Medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Solecka, G. (2011). Lęk tanatyczny. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 1(3), 251–257.

Spaemann, R. (1999). Śmierć – samobójstwo – eutanazja. *Ethos*, 12(3), 107–114.

Sprawozdanie Z Konferencji Naukowej Poświęconej Ks. Kard. Augustowi Hlondowi Z Okazji 135. Rocznicy Urodzin I 90. Rocznicy Objęcia Stolicy Prymasowskiej W Gnieźnie Kardynał August Hlond Prymas Polski Na Nowo Odczytany (Mysłowice, 9 Grudnia 2016 Roku).

Stańczyk-Minkiewicz, M. (2009). Znaczenie motywacji religijnej w terroryzmie międzynarodowym. *Colloquium WNHIS*, 1, 203–2016.

Stawnicka, J. (2016). *Dyskurs o bezpieczeństwie z perspektywy lingwosecuritologii*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Stefański, R.A. (2004). Przepięstwo znieważenia zwłok, prochów ludzkich lub grobu (art. 262 k.k.). *Prokuratura I Prawo*, 10, 20–21.

Stengel, E. (1973). *Próba samobójcza* (przeł. Paulina Durakiewicz). W: E. Stengel, *Suicide and Attempted Suicide*. London: Penguin Books.

Stephenson, J. (1985). *Death Grief and Mourning*. London: The Free Press.

Studen, S. (2016). Psychologia kliniczna seniorów. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 555–573). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Studen, S., Tucholska, S. (2009). *Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby*. Lublin: Wydawnictwo KUL.

Stochaj, J., Roman, Ł. (2013). Wybrane metody teoretyczne w naukach społecznych i ich zastosowanie. *Obronność – Zeszyty Naukowe Wydziału Zarządzania i Dowodzenia Akademii Obrony Narodowej*, 2(6), 178–197.

Stolińska-Pobralaska, N. (2012). Hospicjum dla dzieci jako instytucja wspierająca rodzinę w kryzysie. *Pedagogika Rodziny*, 2(1), 112–123.

Stradomska, M. (2019a). Determinants of suicide attempts in a group of students – a preventive program at the university. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 19(3), 293–307.

Stradomska, M. (2019b). Problem starzenia się społeczeństw a inicjatywy zrzeszające osoby w okresie późnej dorosłości – ujęcie suicydologiczne. *Cywilizacja i Polityka*, 17(17), 115–123.

Stradomska, M.W. (2020a). Komunikacja w sytuacji kryzysu suicydalnego: relacja pacjent – wolontariusz w placówce psychiatrycznej. W: K. Plutecka, A. Gagat-Matuła (red.), *Komunikowanie się społeczne osób zagrożonych marginalizacją – konteksty teoretyczne i praktyczne rozwiązania* (s. 245–262). Wydawnictwo Naukowe UP.

Stradomska, M.W. (2020b). Komunikacja w sytuacji leczenia – biały personel a pacjent – ujęcie suicydologiczne. *Journal of Modern Science*, 44(1), 29–42.

Stradomska, M.W. (2020c). Zasoby indywidualne osób pracujących z grupą trudną – na przykładzie pracy wolontariuszy w klinikach medycznych. *Studia Pedagogiczne. Problemy Społeczne, Edukacyjne i Artystyczne*, 35(1), 89–103.

Stradomska, M. (2021). Perception of old age by people in the late adulthood – reports from own research. W: G.E. Kwiatkowska (red), *Old age in the perception of postmodern man* (s. 141–157). Łódź: Wydawnictwo Naukowe ArchaeGraph.

Stradomska, M. (2022). *Ewolucja problematyki samobójstwa w polskiej psychologii samobójstwa w latach 1877–2017*. [Rozprawa doktorska].

Stradomska, M., Kielan, A., Walewska-Zielecka, B. (2020). Przykłady kierowanych do mężczyzn kampanii dotyczących zdrowia psychicznego. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 20(3), 196–201.

Strong, J., Unruh, A.M. (2008). *Psychologiczne metody leczenia bólu: Podręcznik dla terapeutów*. Warszawa: Dobrogniewa Bakowska.

Sulloway, F.J. (1979). *Freud, Biologist of the Mind*. New York: Basic Books.

Sutton, C.J.G, Pooley, A.S., Ewen, S.P., Haines, P. (1997). Follow-up report on a randomized controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal to moderate endometriosis. *Fertility and Sterility*, 68(6), 1070–1074.

Szaniawski, T. (1998). *Typy postaw wobec śmierci*. Kraków: Papieska Akademia Teologiczna.

Szawarski, Z. (1984). Samobójstwo i eutanazja. *Etyka* 21, 201–205.

Szawarski, Z. (1988). Samobójstwo: w poszukiwaniu definicji. *Etyka* 23, 27–61.

Szczepaniak, W. (2021). *Jak rozmawiać z umierającym człowiekiem*. Pobrano z: https://zdrowie.pap.pl/wywiady/psyche/jak-rozmawiac-z-umierajacym-czlowiekiem?fbclid=IwAR3_6SkzxZ4tKXEW_u1PteiBoIXKbMRIUo71xuVqPLT4cWczoeBAS0xTgMU (dostęp: 26.09.2022).

Szczepański, J. (red.). (1961). Rozwój socjologii francuskiej. W: *Socjologia. Rozwój problematyki i metod*. Warszawa: PWN.

Szeroczyńska, M. (2004). *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie. Studium prawnoporównawcze*. Kraków: Universitas.

Szeroczyńska, M. (2013). Odstąpienie od uporczywej terapii – de lege lata i de lege ferenda. *Medycyna Paliatywna*, 5, 31–40.

Szewczyk, K. (1996). Lęk, nicość i respirator. Wzorce śmierci w nowożytnej cywilizacji Zachodu. W: M. Gałuszka, K. Szewczyk (red.). *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej* (s. 17–29). Warszawa: PWN.

- Szewczyk, K. (2009). *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szot, L. (2008). Dobro wspólne podstawą społecznej aktywności hospicjum. *Studia Warmińskie*, 44–45, 219–229.
- Szwagrzyk, T. (1960). Studia i wychowanie duchowieństwa diecezjalnego w świetle prawa kanonicznego. *Prawo Kanoniczne*, 3(1–2), 421.
- Szymanowski, T. (1994). *Młodzi Polacy wobec niektórych zachowań patologicznych, przestępczych oraz budzących współczesne kontrowersje*. Gdańsk–Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Szymczak, M., Tworek, M., Kędziński, R., Krzyżaniak, M., Kandulski, S. (2017). *Samobójstwo – przyczyny natury społecznej i aspekt psychologiczny*. Pobrano z: http://www.wpsnz.uz.zgora.pl/pliki/prace_studentow/prace/samobojstwa2.pdf (dostęp: 19.07.2021).
- Śleżiona, M., Krzyżanowski, D. (2011). Postawy pielęgniarek wobec śmierci i umierania. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 1(3), 217–223.
- Ślipko, T. (2002). *Zarys etyki ogólnej*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Ślipko, T. (2008). *Etyczny problem samobójstwa*. Kraków: Petrus.
- Taddese, A., Nah, S.Y., McCleskey, E.W. (1995). Selective opioid inhibition of small nociceptive neurons. *Science*, 270(5240), 1366–1369.
- Task Force On Taxonomy. (1994). *Pain Terms. A Current List with Definitions and Notes on Usage*. Seattle: International Association for Suicide Prevention.
- Taylor, S.E. (1992). Psychologia zdrowia: nauka i praktyka. *Nowiny Psychologiczne*, 1, 37–56.
- Tazbir, J. (1993). *Okrucieństwo w nowożytnej Europie*. Warszawa: BGW.
- Thorns, A. (2010). Ethical and legal issues in end-of-life care. *Clinical Medicine*, 10(3), 282–285.
- Tittenbrun, K. (1986). Etyczne problemy samobójstwa. Samobójstwo. *Etyka*, 22, 293–297.
- Tokarczyk, R. (2011). *Medycyna a normy. Sztuka leczenia wśród innych sztuk*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Tominaga, M., Caterina, M.J., Malmberg, A.B., Rosen, T.A., Gilbert, H., Skinner, K., Raumann, B.E., Basbaum, A.I., Julius, D. (1998). The cloned capsaicin receptor integrates multiple pain-producing stimuli. *Neuron*, 21(3), 531–543.
- Toynbee, A. (red.) (1973). Zmiana postaw wobec śmierci w nowożytnej cywilizacji. W: *Człowiek wobec śmierci* (s.). Warszawa: PWN.

Tubisz, M. (2017). Samobójstwo jako skrajny przejaw autonomii jednostki. W: E. Żywucka-Kozłowska, A. Opalska, M. Treder (red.), *Śmierć w wielu odsłonach: problemy wybrane* (s. 209–219). Olsztyn: Uniwersytet Warmińsko-Mazurski. Wydział Prawa i Administracji.

Tumbo pomaga. (b.d.[a]). *Spotkanie z pracownikami*. Pobrano z: <https://tumbopomaga.pl/kategoria-dla-nauczycieli/575-spotkanie-z-pracownikami> (dostęp: 20.07.2021).

Tumbo pomaga. (b.d.[b]). *Z jakimi osobami należy się spotkać w celu przekazania informacji o śmierci oraz jakie założenia zrealizować?* Pobrano z: <https://tumbopomaga.pl/kategoria-dla-nauczycieli/572-jakie-dzialania-moze-podjac-szkola-gdy-nastapi-smierc-ucznia-lub-pracownika-szkoly> (dostęp: 20.07.2021).

Turkel, M.R., Ray, M.A. (2000). Relational complexity: a theory of the nurse-patient relationship within an economic context. *Nursing Science Quarterly*, 13(4), 307–313.

Tworkowska, A. (2013). *Implikacje prawne i społeczno-kulturowe śmierci człowieka, ze szczególnym uwzględnieniem problematyki ochrony dóbr osobistych*. Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.

Twycross, R. (2009). Pozwolić odejść. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 3, 161–165.

Tyburski, W. (2007). Śmierć człowieka w ujęciu filozoficznym (szkic do tematu). *Udar Mózgu*, 9(1), 1–7.

Vernon, G.M. (1970). *Sociology of Death*. New York: The Roland Press Company.

Vetulani, J. (2015). Neurobiologia śmierci i zjawisko okołośmiertne. *Wszechświat*, 116(1–3), 5–10.

Villar, F., Faba, J. (2012). Draw a Young and an Older Person: Schoolchildren's Images of Older People. *Educational Gerontology*, 38(12), 827–840.

Urbanek, A. (2017). Bezradność wobec życia – dramat starości w cieniu samobójstwa. *Rocznik Andragogiczny*, 24, 249–266.

Wal, J. (2009). Poszukiwanie i komunikacja prawdy w dialogu. *Roczniki Pastoralno-Katechetyczne*, 1(56), 133–150.

de Walden-Gałuszko, K. (2005). Problemy psychiczne, duchowe i etyczne. W: K. de Walden-Gałuszko, A. Kaptacz (red.), *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej* (s. 194–221). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

de Walden-Gałuszko, K. (2006). Zasady komunikacji w opiece paliatywnej. W: A. Szczeklik (red.), *Choroby wewnętrzne* (s.). Kraków: Medycyna Praktyczna.

de Walden-Gałaszko, K. (2007). Psychologiczne aspekty bólu i jego leczenia. *Palliative Medicine in Practice*, 1(2), 66–70.

Walsh, F., McGoldrick, M. (2004). Loss and the family. A systemic perspective. W: F. Walsh, M. McGoldrick (red), *Living beyond loss* (s. 3–26). New York, London: W.W. Norton & Company.

Weber, T. (2009). *Oswajanie umierania: ocena terapii paliatywnej w opiece domowej, w hospicjum i w szpitalu*. Kraków: Fall.

Wei, Y., Lui, X., Song, H., Romilly, P. (2001). Endogenous innovation growth theory and regional income convergence in China. *Journal of International Development*, 13(2) 153–168.

Weigert, A.J., Hastling, R. (1973). *The family as a Matrix of Tragedy*. Referat wygłoszony na konferencji „Rozwój dziecka i relacje rodzinne” w Toronto.

Weryszko, M. (2020). Komunikacja interpersonalna jako esencja interakcji społecznych. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 42(2), 253–268.

Wiatr, A. (2011). Życie i umieranie: (nie)normalna, (nie)ludzka rzecz. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 1(3), 259–267.

Wicka, J. (2012). Ból i cierpienie – interdyscyplinarny przegląd stanowisk. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2(4), 301–310.

Wiśniewska, L.A. (2014). Kult ciała a starość. Refleksje psychologiczne. *Rocznik Andragogiczny*, 21, 259–270.

Wiśniewski, Z., Dolny, E., Meller, J. (1990). *Zarys polityki zatrudnienia*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne.

Witkowska, H. (2021). Samobójstwo i list samobójcy – definicje, statystyki, typologia. W: H. Witkowska (red.), *Samobójstwo w kulturze dzisiejszej. Listy samobójców jako gatunek wypowiedzi i fakt kulturowy* (s. 19–35). Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.

Wojciszke, B. (2009). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej. T. 8*. Warszawa: Scholar.

Wojdała, B. (2016). Sytuacja pacjenta jako sytuacja graniczna. *Psychoterapia*, 176, 77–86.

Wolniewicz, B. (red.). (1993). Neokanibalizm. W: *Filozofia i wartości. T. 1* (s. 273–278). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

Wolski, J. (2010). Śmierć mózgowa a śmierć człowieka. *Łódzkie Studia Teologiczne*, 19, 222–224.

- Worden, J.W. (1996). *Children and grief when a parent dies*. New York: The Guilford Press.
- Wordliczek, J., Dobrogowski, J. (2007). *Leczenie bólu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Wrona-Polańska, H. (2005). Psychologiczne aspekty informowania pacjentów o chorobie. W: D. Kubacka-Jasiecka, T.M. Ostrowski (red.), *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby* (s. 87–89). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wypyszewska, J., Kopański, Z., Kulesa-Mrowiecka, M., Rowiński, J., Furmanik, F., Tabak, J., Kieczka-Radzikowska, K., Liniarski, M. (2018). *Wybrane cechy anatomiczno-fizjologiczne bólu*. *Journal of Clinical Healthcare*, 2, 1–5.
- Yalom, I.D. (2008). *Patrząc w słońce. Jak przezwyciężyć groźbę śmierci*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Zaborowski, M. (2014). Mediatyzacja jako wyzwanie dla politologa. *Historia i Polityka*, 11(18), 9–21.
- Zaczyński, W. (1995). *Praca badawcza nauczyciela*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Zagozda, M., Litwiniuk, M., Ziarko, M. (2017). Nawrót choroby nowotworowej – emocjonalne konsekwencje i możliwości psychologicznej pomocy. *Letters in Oncology Science*, 14(4), 125–132.
- Zagórska, W., Lipska, A. (2013). „Tak kiedyś zostało ustalone”. Funkcje rytuałów rodzinnych z perspektywy autobiograficznej młodych dorosłych. *Psychologia Wychowawcza*, 4, 117–137.
- Zagórska, W., Lipska, A. (2015). Rytuały rodzinne – koncepcje, badania, funkcje psychologiczne. *Psychologia Rozwojowa*, 2, 11–25.
- Zajadło, J. (2020). Pojęcie i koncepcje etyki prawniczej. W: S. Sykuna, N. Szutta, J. Zajadło (red.), *Etyka prawnicza i kodeksy etyki zawodowej* (s. 1–6). Warszawa: C. H. Beck.
- Zapobiegajmy samobójstwom. (b.d.). *Program zapobiegania zachowaniom samobójczym*. Pobrano z: <https://zapobiegajmysamobojstwom.pl/> (dostęp 4.01.2023).
- Zaręba, M. (2014). *Jak radzić sobie z chorobą bliskiej osoby i jak umiejętnie ją wspierać*. Pobrano z: <https://avonkontrarakpiersi.pl/jak-radzic-sobie-z-choroba-bliskiej-osoby-i-jak-umiejtnie-ja-wspierac> (dostęp 25.10.2022).
- Zaśko-Zielińska, M. (2013). *Listy pożegnalne. W poszukiwaniu lingwistycznych wyznaczników autentyczności tekstu*. Wrocław: Wydawnictwo Quaestio.
- Ziemiński, Z. (1973). Prawne i moralne problemy śmierci i umierania. *Etyka*, 14, 107–115.
- Ziemiński, I. (2007). Twoja śmierć. Próba eksplikacji doświadczenia śmierci. *Diametros*, 11, 111–141.

Zimny, M. (2006). *Terroryzm samobójczy*. Warszawa: Dom wydawniczy Bellona.

ZWJR. (b.d.[a]). *Dlaczego tutaj jesteś?* Pobrano z: <https://zwjr.pl/dlaczego-tutaj-jestes> (dostęp: 2.01.2023).

ZWJR. (b.d.[b]). *Statystyki samobójstw. Polska i świat*. Pobrano z: <https://zwjr.pl/artykuly/statystyki-samobojstw-polska-i-swiat> (dostęp: 2.01.2023).

Żylicz, Z., Zapaśnik, A. (1998). Podstawy diagnostyki i leczenia bólu w chorobie nowotworowej. W: M. Hebanowski, K. de Walden-Gałuszko, Z. Żylicz (red.), *Podstawy opieki paliatywnej chorobach nowotworowych* (s. 53–68). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Żywczok, A. (2016). *Wychować człowieka prawdomównego. Koncepcje, badania naukowe, wdrożenia*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.