

Danuta Seredyńska, Małgorzata Modrak

Oczekiwania osób terminalnie chorych względem siebie, najbliższych, instytucji oraz Kościoła i Boga

Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy.
Transdyscyplinarne Studia o Kulturze (i) Edukacji nr 6, 153-174

2011

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

DANUTA SEREDYŃSKA
Instytut Pedagogiki UKW w Bydgoszczy
Wydział Pedagogiczny KPSW w Bydgoszczy

MAŁGORZATA MODRAK
Studentka, Instytut Pedagogiki UKW w Bydgoszczy

Oczekiwania osób terminalnie chorych względem siebie, najbliższych, instytucji oraz Kościoła i Boga¹

Streszczenie: Śmierć to doświadczenie indywidualne. W pewnym sensie człowiek sam musi stawić czoła własnej śmierci, a osoba zdrowa nie jest w stanie pojąć sytuacji cierpiącego i targających nim uczuć. Umiera się w samotności. Nawet jeżeli umierającemu towarzyszy gwar szpitalnego korytarza może czuć się opuszczony i niezrozumiany. Proces umierania może być długotrwały i nie jest tożsamy z samym momentem śmierci. W tych właśnie chwilach wsparcie bliskich osób wydaje się niezbędne i budujące dla obu stron doświadczających straty. Doskonale ilustruje to łacińska sentencja *Homo toties moritur quoties ammitti suos* (człowiek tylekroć umiera, ilekroć traci swych bliskich). Zgromadzone w doniesieniu refleksje dotyczą oczekiwań chorych (wykazujących zróżnicowane postawy wobec śmierci: ambiwalentna, spokojna, religijna, unikowa, przerażona) względem samych siebie, najbliższych (rodziny), instytucji opiekuńczych jak hospicja, Kościoła oraz Boga (lub losu).

Słowa kluczowe: śmierć, oczekiwania umierających, postawy wobec śmierci.

Wprowadzenie

Problematyka tanatologiczna w większości wysoko uprzemysłowionych krajów świata, w tym w Polsce pozostaje w kręgu tematów tabu. W dobie instytucjonalizacji i sekularyzacji śmierci i umierania refleksja nad tymi zagadnieniami spychana jest na dalszy plan bądź odsuwana zupełnie (Skuza, Jakubowska – Winecka, 2007). Według badań przeprowadzonych przez CBOS w 2005 roku 29% respondentów nigdy nie myślało o śmierci, 45% czyniło to rzadko lub bardzo rzadko. Niemal identyczny odsetek społeczeństwa polskiego deklaruje potrzebę przygotowania do śmierci (47%) i brak takich starań, (odmienne stanowisko reprezentuje bowiem 46% badanych). Jednocześnie ponad połowa ankietowanych twierdzi, że

¹ Referat powstał w oparciu o niepublikowaną pracę licencjacką Małgorzaty Modrak, pod takim samym tytułem, obronioną na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w 2011 roku. Promotorem pracy była D. Seredyńska.

lepiej umierać w nieświadomości oraz w domu (68%), choć zdecydowana liczba zgonów dokonuje się w szpitalach (Boguszewski, 2010).

Brak namysłu nad śmiercią idzie w parze z dominującym u większości ludzi lękiem przed śmiercią, a raczej, jak precyzuje Tadeusz Kielanowski, przed cierpieniami fizycznymi i graniczącą z utratą godności zależnością od innych osób (Kielanowski, 1984). Dodać tu można również strach przed starością i chorobą, nieodzownymi atrybutami śmierci. Choroba, zwłaszcza nieuleczalna i chroniczna powoduje totalną reorganizację życia pacjenta. Zmianie ulegają nie tylko plany, następuje przewartościowanie elementów życiowej hierarchii. Lęk o przyszłość własną i bliskich oraz poczucie bezsilności wywierają destrukcyjny wpływ na jednostkę.

Inaczej odbiera się śmierć w różnych okresach życia ludzkiego. Umieranie i śmierć nie dotyczą wyłącznie ludzi starych, lecz starość nieuchronnie kończy się śmiercią. „Fatalizm i dyskryminacja osób w podeszłym wieku szczególnie silnie fałszują obraz procesu starzenia” (Kirkwood, 2005, s. 32). Według założeń fatalizmu nic nie może trwać w nieskończoność, wiele dolegliwości wieku podeszłego składa się wobec tego na karb starości, tymczasem wielu objawom chorobowym można zapobiec lub w sposób znaczący je ograniczyć. Niekiedy nawet personel medyczny przychodzącym po pomoc seniorom radzi, by z niedogodnościami zdrowotnymi po prostu pogodzić. Podobnie jest ze śmiercią. Śmierć człowieka starego jest akceptowalna. Widoczny w wielu aspektach ludzkiego życia ageizm w dobie kultu młodości i piękna nie oszczędził nawet śmierci. Śmierć człowieka starego nie budzi tylu emocji, co umierające dziecko. Inwolucja i wielochorobowość pacjentów w wieku senioralnym doprowadziły do oswojenia myśli o konieczności zejścia na jakąś chorobę. „Nasi starcy czują, że umierają z powodu konkretnej choroby, podczas gdy starcy biblijni... usypiali syci życia” (Haskovcova, 1978, s. 92).

Strach przed umieraniem wywołuje stres, który redukuje specyficzne mechanizmy obronne. Mechanizmy te nie zmieniają położenia danej osoby, lecz zmniejszają napięcie emocjonalne. Niekiedy mogą to być zachowania irracjonalne. Według klasyfikacji Verwoerda człowiek umierający stosuje trojaki mechanizmy zmagania się ze sterem. Może to być: odsunięcie myśli o śmierci, czyli regresja; wyparcie (zaprzeczenie, represja, supresja, racjonalizacja, depersonalizacja); próby kontrolowania śmierci (intelektualizacja, przeciwstawianie się, sublimacja, mechanizm obsesyjno – kompulsywny) (Ostrowska, 1991).

Wszystkie te mechanizmy mają na celu obronę przed zgubnym działaniem stresu, spowodowanego postępującą chorobą i budzącą przerażenie śmiercią. Pacjent znajdujący się w ostatniej fazie choroby przechodzi przez specyficzne stadia, które sklasyfikowała Elizabeth Kübler – Ross. Choć wyszczególnione fazy stały się niezwykle popularne w literaturze przedmiotu, to jednak sama autorka wycofała się z pewnych punktów swej atakowanej teorii. Pionierskie badania tej amerykańskiej lekarki pozwoliły na wyróżnienie pięciu etapów odchodzenia:

- zaprzeczenia i izolacji – negacja rzeczywistości, niekiedy poprzedzona szokiem na wieść o ciężkiej chorobie i zbliżającej się śmierci;

- ❑ gniewu – wściekłość i rozżalenie w reakcji na diagnozę (w stosunku do siebie, bliskich, personelu medycznego czy Boga);
- ❑ targowania się – negocjacje, próba pójścia na układ z siłą, obwinianą o zły stan zdrowia;
- ❑ depresji – smutek, żal, żałoba po nadchodzącej stracie;
- ❑ pogodzenia się – akceptacja połączona z odzyskaniem spokoju i równowagi (Zawiła, 2008).

Paul Sporken dostrzegł pewne różnice we wspomaganiu umierających w Stanach Zjednoczonych, gdzie pracowała Kübler – Ross, a stadiach procesu umierania w Europie. W podziale tym dodano: nieświadomość (jako pierwszą), potem niepewność, zaprzeczenie pośrednie (przekazanie prawdy lub poznanie prawdy) i wyraźne pragnienie, by to nie była prawda, dalej zaś powtarzają się fazy zaobserwowane przez Kübler – Ross.

Warto w tym miejscu pochylić się nad dodatkowymi fazami. Stadium nieświadomości niezwykle popularne w naszej rzeczywistości społecznej objawia się dwojako. Nieświadomość może wynikać z faktu nieinformowania pacjenta o jego stanie przez personel medyczny lub rodzinę i bliskich. Zachodzący w organizmie proces chorobowy niesie śmiertelne konsekwencje, lecz nieświadomiony chory żyje w niewiedzy, często nawet nie domyślając się powagi sytuacji. Z czasem pojawiają się kolejne, niekiedy dotkliwe objawy. Pacjent podejrzewający zbliżającą się śmierć i półprawdy czy zatajoną diagnozę może przeżyć poważny kryzys zaufania, szczególnie w stosunku do najbliższych. Niewłaściwe relacje pomiędzy pacjentem a otoczeniem prowadzą natomiast do komplikacji w terapii i opiece.

W fazie niepewności dominują wątpliwości. Przeplata się tu nadzieja na wyzdrowienie z obawami i smutkiem. Pacjent odczuwa huśtawkę nastojów i silne pragnienie podzielenia się swymi niepokojami z rodziną, kapłanem, pielęgniarką czy lekarzem.

Kolejna faza, zaprzecanie pośrednie, stanowi trudny etap przeczuwania nieuleczalnej choroby i niemożności pogodzenia się z tym faktem. Nieświadomy opór i zaprzeczanie diagnozie są formą ucieczki przed prawdą i zaklinania rzeczywistości. Niekiedy wyprowadzenie pacjenta z błędu jest niezwykle kłopotliwe, zwłaszcza gdy strategię tę przyjmie również rodzina (Nikelski, 1989).

Założenia psychologiczne pozwalają na lepsze zrozumienie procesu umierania i zachowań ludzi terminalnie chorych.

Rodzina i śmierć

Rodzina stanowi naturalne siedlisko człowieka. W niej jednostka wzrasta, tu dokonuje się pierwotna socjalizacja. Rodzina jest potrzebna zarówno dziecku, jak i dorosłemu. W krytycznych momentach życia jej wsparcie jest nieodzowne.

Według badań Małgorzaty Zawilej rodzina w procesie umierania udziela: pomocy psychicznej (wsparcie, rozmowa), zapewnia kontakt fizyczny (przytulanie, głaskanie) i pomoc finansową oraz tak niezbędne obecność i towarzyszenie w drodze ku śmierci. Wspomaganie psychiczne jest jednym z najistotniejszych elementów szeroko rozumianej pomocy osobom umierającym. Mowa tu o okazywaniu miłości, serdecznej troski czy byciu powiernikiem. Podczas gdy jedni pacjenci to ciepło odnajdują w pełnej zrozumienia rozmowie, dla innych ważna jest sama obecność i wspólne milczenie. W mniejszości znajdują się ludzie zdolni do konstruktywnego przeżywania ostatnich chwil w samotności. Najczęściej są to osoby mające złe doświadczenia z bliskimi i traktujące rodzinę jako zbędny balast. Kolejnym czynnikiem jest kontakt fizyczny, rozumiany jako głaskanie, obejmowanie, trzymanie za rękę. Ten bezpośredni kontakt jest niejako rekompensatą za piętnowanie i izolację osób chorych, odgradzanych od dawnego środowiska i skazanych na śmierć w warunkach szpitalnych (z dala od rodziny, poza domem). Towarzyszenie drogiej osobie w procesie umierania zapewnia poczucie bezpieczeństwa i bliskości. Czuwanie i sama obecność bliskich osób pozwalają na łatwiejsze przejście tego trudnego etapu. Autorka twierdzi, że sami respondenci podkreślali, iż uciekanie od bliskiej umierającej osoby może wywołać trudne do zniwelowania poczucie winy i wstydu. Najmniej istotna okazała się pomoc finansowa. Wszystkie wymienione rodzaje wsparcia świadczone przez rodzinę na każdym etapie procesu umierania wspomagają zarówno chorych, jak i ich bliskich w późniejszym okresie przeżywania żałoby (Zawiła, 2008).

Wśród badanych, w autorskiej pracy, pacjentów hospicjum żadna osoba nie mogła zapewnić o pełnym poczuciu satysfakcji ze stosunków rodzinnych. Mimo to osoby charakteryzujące się pewnym typem osobowości potrafiły lepiej niż inne poradzić sobie ze świadomością choroby i życiowymi trudnościami. Niemniej wszystkim doskwierało poczucie samotności, opuszczenia przez bliskich i stygmatyzacji (człowiek chory zostaje wykluczony ze społeczeństwa i rodziny, a co gorsza zredukowany do atrybutów towarzyszących umieraniu, tj. choroba, ból, szpital).

Śmierć to doświadczenie indywidualne. W pewnym sensie człowiek sam musi stawić czoła własnej śmierci, a osoba zdrowa nie jest w stanie pojąć sytuacji cierpiącego i targających nim uczuć. Umiera się w samotności. Nawet jeżeli pacjentowi towarzyszy gwar szpitalnego korytarza może czuć się opuszczony i niezrozumiany. Proces umierania może być długotrwały i nie jest tożsamy z samym momentem śmierci. W tych właśnie chwilach wsparcie bliskich osób wydaje się niezbędne i budujące dla obu stron doświadczających straty. Doskonale ilustruje to łacińska sentencja *Homo toties moritur quoties amittit suos* (człowiek tylekroć umiera, ilekroć traci swych bliskich). Być może też osoby umierające posiadające wsparcie najbliższych dojrzałyby do takiego przyjęcia śmierci, które pozwoliłoby na odchodzenie w poczuciu pogodzenia z losem, spokoju i akceptacji.

Śmierć w hospicjum

Alternatywną formą opieki instytucjonalnej nad osobami terminalnie chorymi jest hospicjum i szpitalny oddział opieki paliatywnej. Założycielką ruchu hospicyjnego jest doktor Cicely Saunders. Misję wspierania umierających osób, jako cel swego życia odkryła dzięki zażyłej znajomości z Polakiem, żydowskiego pochodzenia, uchodzącą z warszawskiego getta, Dawidem Taśmą. Kobieta podczas opieki nad nieuleczalnie chorym, samotnym mężczyzną przeprowadziła z nim wiele rozmów na temat możliwości pomocy podobnym mu pacjentom. Lekarka doświadczyła podczas tej krótkiej zażyłości gorącego uczucia zakończonego samotną żalobą. O tragicznej i niespełnionej miłości nikt z jej środowiska nie wiedział. W kondukcie pogrzebowym uczestniczyły zaś dwie osoby, ona i pracodawca mężczyzny. Dawid Taśma pozostawił po sobie drobiazgi takie jak zdjęcie, szlafrok, zegarek, ale też 500 funtów i przesłanie o konieczności opieki nad śmiertelnie chorymi pacjentami dla młodej Saunders. Zapisana w testamencie kwota miała być, jak miał rzec Taśma, oknem w jej przyszłym domu. Założone przez nią w 1967 roku Hospicjum św. Krzysztofa było nie tylko instytucją medyczną, ale i chrześcijańską wspólnotą. Domowa atmosfera miała zbliżyć wzajemny stosunek pacjentów, ich rodzin i personelu hospicjum do relacji panujących w rodzinie. „Ci, którzy umierają, potrzebują ratunku, braterstwa i uwagi wspólnoty. Ona nieco zmniejsza ich zamartwienia i strach, pozwala im spokojnie pożegnać się z tym światem” (du Boulay, Rankin, 2009, s. 152) napisała Saunders. Aspekt religijny jest istotnym wyznacznikiem hospicjów, odróżniającym je od szpitali. Zarówno wsparcie wspólnoty połączonej w wierze, jak i opieka duszpasterska stanowią próbę poprawy jakości ostatnich chwil życia i samego umierania pacjenta, a także pomoc dla rodziny i bliskich. Chrześcijańskie pojmowanie i przeżywanie procesu umierania ma ułatwiać pogodzenie ze śmiercią, czy koniecznością cierpienia (Nikelski, 1989).

Leki przeciwbólowe miały maksymalnie wyeliminować symptomy chorobowe i fizyczne cierpienie, lecz zadaniem hospicjum jest również kojenie niepokojów psychicznych umierających pacjentów. Kompleksowość opieki i zasady funkcjonowania hospicjów w Stanach Zjednoczonych określa dokument Państwowej Organizacji Hospicjów. Jego treść jest następująca: „hospicjum jest skoordynowanym programem opieki paliatywnej i podtrzymującej (w sensie psychicznym, fizycznym, społecznym i duchowym) dla osób umierających i ich rodzin, prowadzonych przez interdyscyplinarny zespół specjalistów i wolontariuszy i centralnie administrowanym” (Ostrowska, 1991, s. 88). Pacjenci znajdują się pod całodobową opieką, choć zazwyczaj hospicja oferują też opiekę domową. Charakter tej opieki odbiega od praktyk szpitalnych. Sale pozbawione są specjalistycznego sprzętu medycznego, zamiast tego znajdują się tam drogie dla chorych drobiazgi. Pory odwiedzin są elastyczne, a rodzina i osoby z zewnątrz, mogą uczestniczyć w pielęgnacji umierającej osoby. Wszystkie te zabiegi i mniej

restrykcyjne warunki opieki mają sprzyjać uzyskaniu jak najwyższego komfortu umierania, choć najlepszy nawet zespół specjalistów nie jest w stanie zagwarantować śmierci lekkiej czy pogodnej (Tamże, 1991). Takie są założenia.

Z przeprowadzonych badań autorskich jak i przytoczonych (por.: Ostrowska, 1991) wynika, że zagadnienie śmierci nie tylko nie jest poruszane nawet w instytucjach takich jak hospicja, ale wręcz większość pacjentów utrzymywana jest w nieświadomości bądź wprowadzana w błędne przekonanie, że znajdują się w szpitalach czy ośrodkach pomocy. Mało który pacjent geriatryczny (niedotknięty demencją) może określić schorzenie, na które zapadł, czy też wytłumaczyć w sposób uproszczony przebieg swej choroby i podać możliwe konsekwencje.

Stereotyp hospicjów utożsamianych z „umieralniami” odchodzi do lamusa, m.in. dzięki kampaniom medialnym np. *„Hospicjum to też życie”*. Niemniej w instytucjach tego typu podejmuje się opiekę nad ludźmi umierającymi. Śmierć jest częścią życia, więc próbuje się zadbać o to, by pozbawiona sił witalnych jednostka, nie została obdarta z godności i prawa do takiej samej śmierci.

Oczekiwania osób terminalnie chorych

Według Słownika Języka Polskiego PWN oczekiwanie jest tożsame z określeniami takim jak przypuszczenie, nadzieja, pragnienie. Jest czymś czego się pragnie i spodziewa. Czasownik oczekiwać znaczy zaś tyle co czekać na kogoś, bądź na coś z nadzieją, rozgorączkowaniem, ale też przewidywać nastąpienie jakiegoś zdarzenia czy po prostu stać się w przyszłości czymś udziałem (Dunaj, 2002).

W psychologii pojęcie oczekiwania należy do jednego z bardziej istotnych i „oznacza, że kiedy wytworzy się schemat poznawczy czy działaniowy, to pojawiają się też oczekiwania co do zdarzeń i co do skutków własnych działań. Tolman twierdzi, że zwierzęta badane w laboratoriach uczą się np. oczekiwać określonej nagrody. Jeśli małpa w szeregu prób jako nagrodę dostawała banana, niechętnie przyjmując inną w tej samej sytuacji nagrodę, nawet w postaci odpowiedniego dla niej pokarmu” (Kurcz, 1982, s. 281).

Zarówno u człowieka jak i u zwierząt powstają oczekiwania względem mających nastąpić wydarzeń, ale też względem rezultatów własnych czynności, czyli tworzą się pewne nastawienia. „Rozbieżność między oczekiwaniami a rzeczywistością jest źródłem emocji. Natężenie i znak emocji zależy od stopnia rozbieżności” (Reykowski, 1982, s. 577). Zależność tę wyjaśnia tzw. hipoteza optimum rozbieżności, w której brak rozbieżności jest emocjonalnie obojętny, a jeśli trwa dłużej – wzbudza ujemne emocje; niewielka rozbieżność ma dodatnią wartość emocjonalną; w miarę wzrostu rozbieżności wzrastają emocje ujemne. Czynnikiem warunkującym wielkość reakcji są również cechy czasowe przebiegu informacji – informacje niezgodne z oczekiwaniami, a przy tym nagłe, wywołują silne emocje (Reykowski, 1982).

Własnością ludzkich oczekiwań jest probabilistyczność (pewien stopień niepewności, losowość). Wątpliwości rosną, im słabiej znamy określone zjawisko, im dłużej nie mieliśmy kontaktu z tym zjawiskiem itd. Gdy niepewność zostaje zredukowana powstają emocje dodatnie. Natężenie dodatnich emocji jest tym większe, im większa jest zredukowana niepewność. Niepewność może wywołać rozłąka, czy dłuższa nieobecność w dobrze znanym miejscu (Reykowski, 1982).

Oczekiwania wobec siebie i innych

Istota ludzka żyje w sytuacji zależności od otoczenia. „Człowiek nie mógłby istnieć, ani być taki, jaki jest, gdyby świat w którym żyje, był inny niż jest. (...) ważne jest nie tylko to, w jakim stopniu człowiek jest zależny od tego, jaki jest świat, ale także i to, o ile coś na świecie zależy od człowieka, albo – inaczej mówiąc – ważne jest zarówno to, czego człowiek potrzebuje od świata, jak i to, do czego on sam jest światu potrzebny” (Tomaszewski, 1984, s. 112).

Człowiek ma odmienne, niekiedy nawet sprzeczne oczekiwania wobec tej samej sytuacji. Najdobitniej sprzeczność ta uwidacznia się pomiędzy doraźnymi oczekiwaniami, podyktowanymi bieżącą sytuacją, a stałymi oczekiwaniami, bazującymi na doświadczeniach ubiegłych. „Osoba, z którą nie widzieliśmy się dawno, ale która odegrała ważną rolę w naszym życiu, pozostawia zwykle po sobie trwałe ślad w naszej psychice w formie stałego, mniej lub bardziej wyraźnego nastawienia na ponowne kontakty z nią. Kiedy więc, idąc ulicą spotykamy ją niespodziewanie, zdarzenie to jest wprawdzie niezgodne z doraźnymi oczekiwaniami, ale jest zgodne z trwałym nastawieniem, a przy tym wiąże się z nim znaczna redukcja niepewności, co prowadzi do powstania silnej emocji dodatniej (radość przy spotkaniu starych przyjaciół)” (Reykowski, 1982).

Oczekiwania starszych osób wobec siebie i innych, a także poziom zaspokojenia tych pragnień i antycypacji uwarunkowane są często czynnikami zewnętrznymi np. postawami interpersonalnymi i stosunkiem do seniora. Wykorzystując klasyfikację postaw H. Muszyńskiego można wskazać na kilka typów postaw wobec seniora, które mogą ułatwiać bądź utrudniać porozumienie, a co za tym idzie zadośćuczynienie oczekiwaniom ludzi starszych. Postawy poszanowania godności człowieka, szacunku dla zdrowia i życia, tolerancji, opiekuńczości, poszanowania własności, rzetelności informacji, współodczuwania oraz poszanowania autonomii jednostki rozpatrywane są pod kątem trzech komponentów: poznawczego (znać i rozumieć), emocjonalnego (chcieć i akceptować) oraz behawioralnego (umieć i robić). Przykładowe warianty postaw wobec seniorów prezentują się następująco:

- rodzina zna zarówno problemy seniora, jak i normy, modele postępowania, pomocne w spełnieniu oczekiwań osoby starszej, lecz go nie rozumie np. ma świadomość, że ludzie mają swe filozofie życiowe, ale nie rozumie dlaczego

- senior upiera się przy swoich przekonaniach i sposobie działania, podczas gdy są one nieskuteczne;
- ❑ rodzina zna i rozumie problemy seniora, normy, modele postępowania, pomocne w spełnieniu oczekiwań osoby starszej, jednak ich nie akceptuje np. zna i rozumie zasady postępowania, służące zachowaniu dobrego imienia seniora, ale nie akceptuje ich;
 - ❑ rodzina zna i rozumie zarówno problemy seniora, jak i normy, modele postępowania, pomocne w spełnieniu oczekiwań osoby starszej, poza tym akceptuje je i chce postępować według nich, jednak nie potrafi np. dostrzeżać problem, rozumie, akceptuje i chce postępować w myśl słusznych wzorców, lecz nie potrafi podać niezbędnych informacji;
 - ❑ rodzina chce przestrzegać norm i wartości konstytuujących humanitarne stanowisko wobec drugiego człowieka, lecz nie zna i nie rozumie ich np. generalizowanie na wszystkich seniorów stereotypów ich postrzegania w społeczeństwie (Sereżyńska, 2009).

Istotną kwestię stanowi tu relacja pomiędzy oczekiwaniami, a osiągniętymi rezultatami działań. Uzyskanie spodziewanego rezultatu wyzwala emocje dodatnie, przeciwna sytuacja – ujemne. Poziom natężenia emocji zależy od stopnia niepewności, co do potencjału osiągnięcia pożądanego efektu i jego wartości. Silniejsza niepewność powoduje silniejsze emocje dodatnie, z kolei wzrost pewności powoduje przypadku niepowodzenia silniejsze emocje ujemne. Tłumaczy to fakt frustracji, która objawia się najsilniej, gdy zadanie nie zostało zakończone pomyślnie tuż przed osiągnięciem celu (Reykowski, 1982).

Przytoczone przykłady postaw rodzin seniorów ukazują jak często, mimo woli sprostania oczekiwaniom ludzi starszych, piętrzą się przed rodziną i samymi seniorami przeszkody utrudniające współdziałanie i porozumienie. Ukazują także niezrozumienie, brak akceptacji i chęci zaspokojenia tych oczekiwań. Niespełnienie oczekiwań seniorów i nieumiejętność ich zaspokojenia przez bliskich może powodować obustronną frustrację.

Według badań CBOS autorstwa Agnieszki Kolbowskię dotyczących sytuacji ludzi starszych w polskim społeczeństwie, oczekiwania seniorów nie są zbyt wygórowane. Osoby pobierające świadczenia emerytalne zapytano, jakich usług i produktów skierowanych szczególnie do ludzi starszych brakuje na polskim rynku. Żaden z proponowanych wariantów nie uzyskał pięćdziesięciu procent odpowiedzi badanych. Zdaniem autorki może to być skutek względnego zadowolenia z dostępnej oferty lub co bardziej prawdopodobne ograniczenia przez ludzi starszych własnych potrzeb do najbardziej podstawowych. Seniorzy nie oczekują od życia nic ponad to, co niezbędne do egzystencji stabilnej, lecz na minimalnym poziomie.

Dwie piąte otrzymujących świadczenia emerytalne osób (41%) twierdziło, iż brakuje obecnie w Polsce usług opiekuńczych przeznaczonych dla osób star-

szych. Prawie dwie piąte emerytów (38%) oczekiwało więcej zniżek i karnetów do kin, teatrów, muzeów. Ponad jednej trzeciej (34%) brakowało programów telewizyjnych i radiowych adresowanych do starszego pokolenia, zajęć w przestrzeni lokalnej, pośrednictwa pracy dla osób starszych oraz usług turystycznych dostosowanych do stylu życia seniorów. Osiem procent badanych zadeklarowało brak innych niż wyszczególnione rozwiązań dla seniorów, głównie odpowiedniej opieki medycznej oraz pomocy rehabilitacyjnej (Kolbowska, 2010).

Badanie pozwala stwierdzić, że potrzeby i oczekiwania ludzi starszych są nieskomplikowane, wręcz trywialne. Seniorzy realnie oceniają swe możliwości i szanse na realizację planów. Nie oczekują niczego na wyrost. Nie zamierzają podróżować po świecie, (jak odpowiadali młodszy respondenci), lecz po prostu obejrzeć spektakl w teatrze czy program w telewizji skierowany właśnie do najstarszej generacji. Seniorzy nie mają złudzeń, nie sądzą, by na etapie późnej dorosłości mogło ich spotkać coś lepszego niż we wcześniejszych okresach aktywności na różnych polach funkcjonowania. To trzeźwe spojrzenie ludzi starszych na świat, w sferę oczekiwań, każe *kłaść* elementy postrzegane przez nich w kategoriach braku, jak konieczność poprawy dostępu do usług medycznych i rehabilitacyjnych.

Oczekiwania w sytuacjach trudnych

Według Tadeusza Tomaszewskiego o sytuacjach trudnych mówimy, gdy „wewnętrzna równowaga sytuacji normalnej zostaje zakłócona, tak że normalny przebieg aktywności podstawowej zostanie zakłócony i prawdopodobieństwo realizacji zadania na poziomie normalnym stanie się mniejsze” (Tomaszewski, 1982, s. 32). Ten sam autor wyróżnia pięć typów sytuacji trudnych:

- ❑ **sytuacja deprivacji**, zachodzi podczas niezaspokojenia elementarnych potrzeb i braku dostępu do czynników niezbędnych do normalnej egzystencji i funkcjonowania. W sytuacji deprivacji obniżeniu ulega poziom sprawności organizmu i jakość realizacji celów, wydłuża się czas reakcji, a wzrasta pobudzenie emocjonalne. Deprivacja uważana jest za jedną z głównych przyczyn alkoholizmu, narkomanii, chuligaństwa i podejmowania prób samobójczych (np. niezaspokojenie potrzeb fizjologicznych jak głód, bezsenność, izolacja, osamotnienie);
- ❑ **sytuacja przeciążenia**, występuje, gdy zadanie przekracza możliwości jednostki, jest na granicy sił fizycznych, umysłowych bądź wytrzymałości nerwowej (np. zadanie ponad kwalifikacje pracownika, czy ciężar ponad siły dźwigającej go osoby);
- ❑ **sytuacja utrudnienia**, ma miejsce wówczas, gdy potencjał wykonania zadania jest ograniczony z racji wystąpienia dodatkowych elementów nieprzydatnych albo też niepojawienia się tych niezbędnych do realizacji zadania (np. braki informacyjne, zamknięte wejście lub wyjście, czynniki rozprasające);

- ❑ **sytuacja konfliktowa**, zachodzi, gdy podmiot znajduje się w strefie działania sił przeciwstawnych – pozytywnych lub negatywnych (np. sprzeczne naciski społeczne, fizyczne lub moralne);
- ❑ **sytuacja zagrożenia**, występuje gdy istnieje duże prawdopodobieństwo naruszenia cenionej wartości; przy czym im większe znaczenie ma dla jednostki zagrożona wartość, tym większe pojawia się w niej napięcie (np. zagrożenie życia własnego bądź bliskiej osoby) (Tamże, 1982).

Człowieka umierającego, zwłaszcza starszego może dotknąć każda z pięciu wymienionych sytuacji trudnych. W przypadku deprivacji jest to np. wyłączenie jednostki chorej z sieci socjalnej, a więc społeczne wykluczenie i osamotnienie. Jeśli chodzi o sytuację przeciążenia chory zmaga się z sobą, prowadzi walkę o własne zdrowie, która może z kolei uderzać i być ponad jego wytrzymałość nerwową. Przykładem sytuacji utrudnienia jest brak informacji o chorobie czy konieczność przebywania w tłocznej szpitalnej sali. Konflikt objawia się np. w sprzeczności ról, gdy podmiot wchodzący czy funkcjonujący od dłuższego czasu w roli pacjenta nie jest w stanie sprostać rolam rodzinnym i zawodowym. Sytuacja zagrożenia może dotyczyć samego faktu niebezpieczeństwa, w jakim znajduje się zdrowie i życie chorego.

Z pojęciem oczekiwań ściśle łączy się zagadnienie potrzeb, pojmowanych jako cechy żywych organizmów, stanowiące wewnętrzne źródło siły, nadającej kierunek ludzkiej aktywności. T. Tomaszewski wyszczególnia cztery typy potrzeb: życiowe (np. pokarm), rozwojowe (np. opieka dorosłych nad dzieckiem), czynnościowe (np. warunki, surowce i narzędzia niezbędne do pracy) i emocjonalne (np. wsparcie w trudnej sytuacji) (Tomaszewski, 1984).

Ten sam autor dokonuje jednak i drugiej klasyfikacji, według której potrzeby dzielą się na stałe i zmienne. Stałe dotyczą stabilności wewnętrznej struktury jednostki, a więc budowy organizmu, jego osobowości, czy stabilizacji środowiska. W zależności od poziomu wewnętrznej organizacji osobowości jednostki, rodzi się obiektywna *potrzeba tożsamości*, dążąca do jej zachowania i rozwoju. W przypadku stabilizacji środowiska wyróżnia się specyficzny typ potrzeb, zwany *potrzebami społecznymi*. Człowiek współlistnieje w układzie stosunków społecznych, zinstytucjonalizowanych oraz interpersonalnych. Styl i jakość życia jednostki, jej rozwój i aktywności, uzależnione są od środowiska społecznego. Poza tym funkcjonują różnorodne układy stosunków społecznych obiektywnie pomyślnie lub niepomyślnie, do których adekwatnie kształtują się obiektywne potrzeby ludzkie. „Ze względu na określony układ społeczny ludzie zaczynają potrzebować różnych instytucji (potrzebują szpitala, przedszkola, dodatkowego okienka przy kasie itp.). Ludzie potrzebują ponadto kontaktów interindywidualnych z pojedynczymi osobami, zależą bowiem obiektywnie od ich miłości, przyjaźni, lojalności, współdziałania itp.” (Tomaszewski, 1984).

Potrzeby zmienne, nazywane też sytuacyjnymi (zapotrzebowaniem) warunkuje wzajemna relacja człowiek – otoczenie. Działalność człowieka jest motorem powstawania potrzeb sytuacyjnych. Nie mniej ważna jest tu również zmienność stanu, w jakim bytuje jednostka (np. zmiana statusu ekonomicznego, zawodowego, towarzyskiego czy też przejście ze stanu zdrowia w stan choroby). Szczególnie ważną kwestią dla tych rozważań jest właśnie wejście w stan choroby. „W czasie choroby zmienia się układ zależności człowieka od otoczenia (na ogół zależność ta zwiększa się pod wieloma względami) i w związku z tym potrzeby człowieka chorego są w okresie jego choroby inne niż przed chorobą i po chorobie” (Tomaszewski, 1984).

W przypadku osób terminalnie chorych zarówno potrzeby stałe, w tym społeczne, jak i zmienne są niezwykle istotne. Chory jest istotą osłabioną zarówno w kontekście psychicznego i fizycznego stanu organizmu, jak i społecznych więzi. Człowiek zdrowy jest obiektywnie zależny od miłości, pomocy, przyjaźni innych ludzi. Człowiek o ograniczonych możliwościach psychofizycznych niejako podwójnie odczuwa własne uzależnienie i niemoc. Choroba wymusza potrzebę korzystania z usług placówek medycznych i porad specjalistów. Potrzeba doświadczania w tym okresie ze strony otoczenia życzliwości, wsparcia, współczucia, słów otuchy czy chociażby zrozumienia dla wahań emocjonalnych osoby chorej, stanowi warunek konieczny dla optymalnego przejścia przez proces chorobowy. Zależność od innych ludzi może stanowić dla chorego przytłaczający ciężar.

Kolejny rodzaj potrzeb to potrzeby poznawcze. Jednostki reprezentujące wysoki poziom rozwoju indywidualnego dążą do poznania nie tylko sensu istnienia materii, ale i zrozumienia treści swej jednostkowej egzystencji (Tomaszewski, 1984).

Nieuleczalna choroba i bliska perspektywa śmierci wzbudzają mnóstwo pytań natury egzystencjalnej (*W jakim celu istota ludzka rodzi się i umiera? Dlaczego cierpi? Jaki jest ostateczny sens istnienia?*). Nieuchronność przemijania jednostek i społeczeństw spotęgowana wątpliwością, co do godnego i owocnego wykorzystania swego życia budzi niepokój i moc pytań. Człowiek terminalnie chory narażony jest wobec tego na mnóstwo nieprzyjemności. Oprócz sytuacji trudnych, braku obiektywnej możliwości zaspokojenia wielu potrzeb, chorzy muszą jeszcze zmagać się z brutalną prawdą. Funkcjonowanie osób chorych jest z wszech miar ograniczone, nawet upośledzone, a oczekiwania przechodzą niejako w sferę niespełnienia, zaś te urzeczywistnione stanowią dobro deficytowe.

Metoda

Niniejsze doniesienie jest rezultatem podjęcia próby poznania oczekiwań chorych (wykazujących zróżnicowane postawy wobec śmierci) względem samych siebie, najbliższych, instytucji pomocowych jak hospicja, Kościoła oraz

Boga (lub losu), jak również refleksji wybranych osób na temat własnej śmierci. Starano się odpowiedzieć na pytania:

1. Jakie postawy prezentują badani wobec własnej śmierci?
2. Jakie refleksje o śmierci mają badani w zależności od postawy wobec niej?
3. Jakie oczekiwania mają badani względem samego, najbliższych, Kościoła, instytucji opiekuńczych, Boga/losu w zależności od postawy wobec śmierci?

Tabela 1. Zmienne ich kategorie oraz wskaźniki

Zmienna niezależna	Kategorie zmiennej niezależnej*	Wskaźniki
Postawy wobec śmierci	ambiwalentna	-wskaźnik empiryczny - zachowania werbalne – odpowiedzi badanych na pytania testu (Inwentarz postaw wobec śmierci) oraz -wskaźniki empiryczne i/lub inferencyjne – zachowania niewerbalne – zachowania badanych w trakcie obserwacji uczestniczącej
	spokojna	
	religijna	
	unikowa	
	przerażona	
Zmienna zależna		Wskaźniki
Oczekiwania ludzi terminalnie chorych	względem najbliższych	-wskaźnik empiryczny - zachowania werbalne – odpowiedzi badanych na pytania autorskiego kwestionariusza ankiety oraz -wskaźniki empiryczne i/lub inferencyjne – zachowania niewerbalne – zachowania badanych w trakcie obserwacji uczestniczącej

* w pracy wykorzystano typologię postaw wobec śmierci Tadeusza Szaniewskiego (stworzona na podstawie badań przeprowadzonych za pomocą Inwentarza Postaw wobec Śmierci).

- ❑ **typ ambiwalentny** – badani śmierć traktują jako wartość, zjednoczenie z Bogiem i odrodzenie, ale jednocześnie jako niepewność i tragedię.
- ❑ **typ spokojny** – brak obaw związanych ze śmiercią i stoicki spokój w kontakcie z nią. Przedstawiciele tej podgrupy śmierć traktują jako wielką niewiadomą, chwilę prawdy o samym sobie, która daje sposobność do uzyskania lepszego życia.
- ❑ **typ religijny** – badani mają świadomość swych braków, ale lęk przed śmiercią minimalizowany jest głęboką wiarą w życie pozagrobowe i zjednoczenie z Bogiem. Respondentów cechuje optymizm. Śmierć niczego nie przekreśla, wręcz przeciwnie pozwala dostrzec więcej, w nowym świetle (świadomość śmierci może wpłynąć na ludzkie życie, a nawet je naprawić).

- ❑ **typ unikowy** – znamieny w tej podgrupie jest zarówno brak lęku przed śmiercią, jak i brak refleksji nad nią. Konieczność śmierci nie jest w zasięgu zrozumienia tych osób (jest poza ich świadomością).
- ❑ **typ przerażony** – intensywne myśli o śmierci własnej i najbliższych napawają osoby należące do tego typu głębokim niepokojem oraz stanowią główny życiowy problem (Szaniawski, 1998).

Obraną metodą było studium indywidualnych przypadków. Na bazie informacji uzyskanych od pięciu pacjentów hospicjum – reprezentujących odmienne postawy wobec śmierci – badano rodzaje oczekiwań jednostek względem siebie, bliskich, Kościoła, Boga/losu i instytucji opiekuńczych.

Posłużono się narzędziami takimi jak: kwestionariusz testu mierzący postawy (Inwentarz postaw wobec śmierci), autorski kwestionariusz ankiety oraz arkuszem obserwacji. Inwentarz postaw wobec śmierci stanowił narzędzie determinujące przystąpienie do dalszego badania. Z pośród uczestników poddanych testowi określającemu postawy wobec śmierci (IPŚ) wybrano pięć niewzbudających żadnych wątpliwości typów stanowisk (ambiwalentny, spokojny, religijny, unikowy, przerażony). Kwestionariusz testu składał się z trzech części. W pierwszej znajdowała się skala wartościująca złożona z 33 zdań (każde twierdzenie oceniano w skali punktowej od 1 do 7). Druga część obejmowała test wyboru zbudowany z 13 stwierdzeń (z możliwością jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru). Ostatnia część zawierała test 9 niedokończonych zdań. Z racji problemów z dłuższą koncentracją chorych na problemach poruszanych w teście część pierwsza została wyeliminowana.

Narzędziem wykorzystanym w przypadku wywiadu był kwestionariusz, który składał się z 19 pytań otwartych. Pierwsze pytanie dotyczyło samopoczucia, kolejne podzielono w trzy bloki. W pierwszym znajdowały się pytania dotyczące stanu zdrowia i czasu pobytu w hospicjum, w drugim poruszono kwestie zróżnicowanych oczekiwań pacjentów, natomiast w trzeci dotyczył subiektywnego postrzegania śmierci.

Arkusz obserwacji składał się z dwóch bloków. Pierwszy związany był ze stanem biologicznym, drugi z funkcjami psychicznymi. Zarówno w części dotyczącej somatycznego funkcjonowania organizmu, jak i w przypadku stanu psychicznego wyszczególniono po osiem kategorii z możliwością wyboru określonych wariantów.

Badanie zostało przeprowadzone podczas spotkań realizowanych w świetlicy Hospicjum zgromadzenia sióstr świętej Elżbiety w Złotowie. Wśród badanych znajdowały się cztery kobiety i jeden mężczyzna. Najmłodsza respondentka miała sześćdziesiąt pięć lat, natomiast najstarsza osiemdziesiąt cztery. Badani cierpią na różne choroby (od miażdżycy tętnic i demencji po chorobę nowotworową). Łączy ich jedynie zaawansowany wiek i sytuacja pobytu w hospicjum. Badania były realizowane od 2 do 13 sierpnia 2010 roku do godzin popołudniowych.

Wyniki

Z uwagi na ograniczone ramy artykułu w dalszej części znajdują się uogólnione doniesienia.

Tabela 2. Refleksje o śmierci a postawa wobec niej

Pytania dotyczące śmierci	Rodzaj postaw wobec śmierci				
	ambiwalentna	unikowa	przerażona	spokojna	religijna
lęk przed śmiercią	TAK	TAK	TAK	NIE	NIE
sposób rozumienia	normalność	koniec męki	przykrość	spotkanie z Bogiem	nadzieja na zbawienie
przygotowanie do śmierci	NIE	NIE	NIE	TAK	TAK
nadzieja	CZASAMI	NIE	NIE	TAK	TAK

Na podstawie typologii postaw wobec śmierci Tadeusza Szaniewskiego i badań przeprowadzonych za pomocą autorskiego wywiadu zauważono pewne analogie u poszczególnych badanych. Interesująca zbieżność występuje szczególnie w przypadku postaw spokojnej i religijnej, które w przeciwieństwie do reprezentantów pozostałych typów są pogodzone z losem i koniecznością odchodzenia oraz nadzwyczaj spokojnie przyjmują swą chorobę i bliską perspektywę śmierci. Dla tych też osób śmierć miała wymiar religijny.

Pogłębiany wywiad pozwolił na ustalenie, jak różnicują się oczekiwania przedstawicieli poszczególnych typów postaw wobec śmierci względem siebie, Kościoła, instytucji opiekuńczych, Boga (ewentualnie losu), a także poczucie i poziom zaspokojenia potrzeb ciała i ducha. Zagadnienie oczekiwań poprzedzone zostało pytaniem o to, czy rodzina udziela respondentowi odpowiedniego wsparcia. Nikt z badanych nie miał całkowitego poczucia bliskości i pomocy płynącej ze strony rodziny. Badani o postawach ambiwalentnej, spokojnej i religijnej deklarowali zdecydowany brak wsparcia, natomiast przedstawicielki postaw unikowej i przerażonej zapewniały, że w pewnym stopniu znajdują podporę w bliskich. Typ przyjętej postawy wobec śmierci nie miał żadnego znaczenia dla sposobu postrzegania sytuacji rodzinnej.

Reprezentanci postaw ambiwalentnej, unikowej i przerażonej na pytanie o oczekiwania względem siebie, odpowiedzieli jednoznacznie: zdrowie. Inne odpowiedzi padły w przypadku typu spokojnego i religijnego. Respondentka prezentująca postawę spokojną nie miała wobec siebie żadnych oczekiwań,

natomiast w postawie religijnej te oczekiwania dotyczyły osiągnięcia szczęścia i pogody ducha, która chroni przed przeciwnościami losu.

W kwestii oczekiwań wobec Kościoła, niemal wszyscy badani wymiennie udzielali odpowiedzi modlitwa, opieka duchowa, wsparcie w drodze ku zbawieniu duszy. Przedstawicielka ambiwalentnej postawy wobec śmierci nie wysuwała żadnych roszczeń, rozumiejąc kościół jako instytucję, nie zaś wspólnotę duchową.

Kolejne zagadnienie dotyczyło instytucji opiekuńczych, jak hospicja, czy oddziały paliatywne. Tutaj potrzeby badanych wyraźnie się rozgraniczały i przedstawiciele poszczególnych typów postaw wobec śmierci odpowiadali zgodnie z ich aktualnymi problemami i uwagami odnośnie sposobu funkcjonowania hospicjum i ośrodków, w których przebywali. Kobieta prezentująca typ unikowy oczekiwała od wyszczególnionych instytucji pomocy w podstawowych codziennych czynnościach i poprawy żywienia, również pomocy oczekiwał mężczyzna o postawie religijnej, jednak w jego przypadku chodziło o załatwienie spraw formalnych, których z racji stanu zdrowia i statusu kawalera, a więc braku małżonki i dzieci, nie mógł doglądać samodzielnie lub przez bliskich. Badane o typach ambiwalentnym i spokojnym liczyły na opiekę, przy czym pierwsza respondentka miała na myśli harmonijną dbałość personelu zarówno o sprawy ciała, jak i ducha, druga zaś opiekę nieuwłaczającą ludzkiej godności i wolności, które według niej ograniczono w poprzednim miejscu pobytu, mianowicie szpitalu. Przedstawicielka typu przerażonego była względnie zadowolona z tego, co otrzymywała i nie wysuwała żadnych postulatów czy sugestii zmian.

Ostatnie z wyróżnionych oczekiwań tyczyło się Boga (ewentualnie losu). Istotne jest, że wszyscy badani deklarowali katolicyzm. Reprezentanci postaw spokojnej i religijnej wyczekiwali rychłego spotkania z Bogiem, a więc śmierci. W przypadku typu ambiwalentnego padło określenie: *uśmiech losu*, natomiast unikowego: *starsi ludzie spodziewają się gorszych dni*, typ przerażony oczekiwał powrotu do rodzinnego domu. Pytanie to zostało odczytane przez badanych raczej jako możliwość wyrażenia życzenia niż realnych oczekiwań.

Osoby prezentujące postawy unikową, ambiwalentną i spokojną nie miały poczucia pełnego zaspokojenia potrzeb ducha i ciała. Typ przerażony wyraził częściowe poczucie zaspokojenia potrzeb psychofizycznych, natomiast typ religijny zadeklarował pełne zadowolenie (być może ma to związek z faktem, że pozostałe typy reprezentują kobiety, mające większe wymagania, co do warunków bytu i przykładające większą wagę do sposobu wykonywania określonych czynności np. wyboru menu, konieczności noszenia pieluchomajtek, czy kąpieli w towarzystwie personelu). Zaniechanie drobiazgowo niekiedy przestrzeganych przez całe życie rytuałów wywołuje u nich poczucie bezsilności, braku wpływu na własne życie, nawet w tak mało ważnych kwestiach oraz całkowite zagubienie.

Rozpatrując poszczególne typy postaw w kontekście oczekiwań zauważyć można kilka analogii. Po pierwsze na poziomie oczekiwań wobec siebie przed-

stawiciele wszystkich typów postaw, z wyjątkiem religijnej i spokojnej, pragną zdrowia. Ma to odzwierciedlenie w stosunku tych osób do śmierci. Tylko przedstawiciele postaw religijnej i spokojnej są przygotowani do śmierci, nie obawiają się jej i stanowi ona dla nich obietnicę odrodzenia do nowego lepszego życia. Tylko te osoby określiły się również jako pełne nadziei. Paradoksalnie badani charakteryzujący się innymi typami postaw wobec śmierci nie znajdowali w sobie nadziei, choć wszyscy tak bardzo pragnęli wyzdrowieć. Fakt ten przemawia na korzyść postaw religijnej i spokojnej. Zrównoważona osobowość, często poparta głęboką religijnością pozwala na pogodzenie się człowieka umierającego z koniecznością odchodzenia i wejście w ten proces bez poczucia żalu i straty.

Oczekiwania wobec Kościoła są względnie stałe i wszyscy uczestnicy badania, zupełnie niezależnie, odpowiadali podobnie. Nadzieje snute względem Boga/losu oraz instytucji (np. hospicjum) są różne i zazwyczaj zależne od aktualnego stanu samopoczucia, poziomu zaspokajania podstawowych i wyższych potrzeb pacjentów, a także ich sytuacji rodzinnej i problemów, które zaprzęają ich myśli.

Tabela 3. Oczekiwania a postawy wobec śmierci

Oczekiwania względem	Rodzaj postaw wobec śmierci				
	ambiwalentna	unikowa	przerażona	spokojna	religijna
SIEBIE	zdrowia	zdrowia	zdrowia	brak	szczęście, pogoda ducha
KOŚCIOŁA	brak	opieki duchowej	wsparcia, modlitwy, dalszej opieki	modlitwy, pomocy w zbawieniu duszy	pomocy w zbawieniu duszy
INSTYTUCJI	opieki fizycznej i psychicznej	pomoc w codziennych czynnościach, poprawa warunków bytowych	tego, co otrzymuje	godnej opieki	pomocy
BOGA/losu	uśmiech losu	gorszych dni	powrotu do domu	śmierci	śmierci
RODZINY	powrót do domu	powrót do domu	powrót do domu	brak	życzliwość, zrozumienie
Poczucie wsparcia od rodziny	NIE	CZĘŚCIOWE	CZĘŚCIOWE	NIE	NIE

Zastosowana tu metoda indywidualnych przypadków nie pozwala na generalizowanie, zresztą badanie nie to miało na celu. Osoby o postawach spokojnej i religijnej zdecydowanie lepiej znoszą swoją (skomplikowaną niekiedy) sytuację rodzinną i trudne relacje z najbliższymi, ale też znój szpitalnego życia i przymus

zinstytucjonalizowanej śmierci. Bardziej optymistyczne spojrzenie na świat nie oznacza lepszego położenia prezentujących te postawy osób. Wręcz przeciwnie. Zarówno jeden jak i drugi przypadek wiązały się ze skrajnymi sytuacjami (znęcanie się nad matką czy pozbawienie właściciela mieszkania możliwości do niego powrotu). Te same osoby wskazywały na częściowe lub pełne poczucie zaspokojenia potrzeb ducha i ciała, podczas gdy pozostali określali zupełny jego brak. Jak wytłumaczyć tę sytuację? Akceptacja śmierci dała badanym większą świadomość jej nieodwołalności i bezskuteczności walki z nieuchronnym. Pojawia się jeszcze jednak element wiary w życie pozagrobowe i oczekiwanie lepszego życia (pacjenci Ci deklarowali, pomimo krytycznej sytuacji zdrowotnej i rodzinnej głęboką nadzieję). Obserwacje pozwoliły dostrzec, że Ci właśnie podopieczni hospicjum nie tylko nie obawiali się śmierci, ale też niczego nie żalowali. Ta zgoda na nadejście śmierci, pogodzenie z losem i szczere odżałowanie wszystkiego, co dla nich cenne dawały im siłę do godnego umierania.

Podsumowanie

Podsumowując rozważania warto przywołać spostrzeżenia Wiesława Łukaszewskiego. Badacz operuje interesującym pojęciem *udręka życia*, które oznacza, iż śmierć, choć nie zawsze powoduje lęk, to jednak jest dla człowieka istotną, wzbudzającą emocje kwestią. Niechciane myśli o konieczności umierania powracają w różnych momentach życia. Z tego rodzaju udręki, *udręki życia*, trudno się wyzwolić.

Przeciw wagą dla męki istnienia z świadomością zagłady jest teoria opanowania trwogi. Teoria ta jest jedną z propozycji zmagania się z własną śmiertelnością. Prekursorem tego sposobu myślenia o lęku przed śmiercią jest amerykański antropolog i filozof Ernest Becker. Badacz przez lata zmagał się z chorobą nowotworową, co czyni jego teorię bardziej wiarygodną, bo popartą osobistym doświadczeniem.

Becker odwołał się do dualizmu człowieczej natury i odwiecznego konfliktu pomiędzy Ja symbolicznym i Ja materialnym. „Ja materialne jest bytem nieuchronnie przejściowym, śmiertelnym, [...] Ja symboliczne poszukuje dróg przeciwstawienia się śmiertelności.” (Łukaszewski, 2010, s. 54). Śmierć wzbudza lęk i poczucie zagrożenia. Dzięki zdolności do kreowania kultury, a więc świata symbolicznego oraz abstrakcyjnego myślenia, człowiek nie tylko wie, iż jest śmiertelny, ale również wie, iż może tworzyć mechanizmy chroniące go przed tą trwogą. Narzędziami do walki z lękiem przed śmiercią są według autora kultura i światopogląd.

Jeff Greenberg, Tom Pyszczynski i Sheldon Solomon, bazując na koncepcji Beckera, stworzyli *teorię opanowania trwogi* opartą na założeniu, że podstawowy imperatyw trwania każdej żywej istoty opiera się na instynkcie samozacho-

wawczym. Człowiek, choć targają nim te same popędy i pragnienie utrzymania gatunku, co organizmami niżej uplasowanymi w hierarchii istot żywych, to w przeciwieństwie do zwierząt ma świadomość swej śmiertelności. Ochroną przed dojmującym lękiem wobec śmierci jest w tej teorii (jak u Beckera) kultura i światopogląd. Twórcy teorii nawiązują do idei świata sprawiedliwego, w którym życie zgodne z przyjętymi normami jest nagradzane, natomiast działanie wbrew tym zasadom jest potępiane. Przestrzeganie reguł panujących w danej kulturze oraz własne poczucie wartościowości dla społeczeństwa i siebie samego (wysoka samoocena), stanowią bufory chroniące przed niepokojem egzystencjalnym (Łukaszewski, 2010).

Według autorów światopogląd jest *bezpieczną kryjówką*. Człowiek lękający się własnej kruchości ucieka w system znaczeń kulturowych, bowiem kultura skutecznie może ten lęk zredukować. Światopogląd kulturowy (kolektywny system znaczeń) przyjęty przez daną zbiorowość, a wyrażony w postaci szczególnie cenionych wartości i przekonań, słusznych reguł postępowania, kulturowanych zwyczajów, obrzędów, tradycji itp. konstytuuje granice między normą a dewiacją (Łukaszewski, 2010).

Za słabość tej teorii uznaje się założenie, iż śmierć determinuje wszelkie ludzkie doświadczenie. Każdy człowiek winien lękać się śmierci, jest ona bowiem sprzeczna z imperatywem przetrwania (Łukaszewski, 2010, s. 180). Krytycy poddają w wątpliwość również inne elementy przedstawionej koncepcji, niemniej człowiek od zawsze odczuwał niepokój związany ze swą śmiertelnością.

Przykładem wolnym od strachu przed śmiercią jest wiara, negująca skończoność bytu ludzkiego. Wraz ze śmiercią przychodzi Nowe (dla chrześcijan łaska lub potępienie). W badaniach własnych w przypadku religijnej i spokojnej postawy wobec śmierci w kwestii oczekiwań wobec Kościoła powtórzyło się stwierdzenie *pomoc w zbawieniu duszy*, od Boga respondenci ci (tu znów zbieżność poglądów) oczekiwali *śmierci*. Przedstawiciele wskazanych typów postaw w obu sprawach w jakimś stopniu wskazują na własną religijność.

Jan Szczepański twierdził, że „w szukaniu sensu życia religia gra ogromną rolę” (Szczepański, 1983, s. 149). Autor zalicza religię, określającą zasady postępowania wobec Boga, rzeczy świętych oraz bliźnich, do obiektywnych wyznaczników życia. Religia daje zdecydowane odpowiedzi na najistotniejsze pytania, zwłaszcza te *nieuniknione*. Gdzie ludzki umysł i nauka są bezradne, tam sam Bóg ręczy za pewność i prawomocność prawd objawionych. Zgodnie z filozofią augustiańską „wierząc w Boga wszechmogącego, człowiek ufa jego mądrości, wie, że cały świat i on są jego twórcami i Bóg decyduje o celu i sensie życia. Człowiek poddając się i ufając Bogu, wszystko, co się zdarzy, może wytłumaczyć jego wolą, a słuchając jego przykazań, ma pewność, że dusza jego po śmierci powróci do Boga” (Szczepański, 1983, s. 80 – 81).

Czy wobec tego, religia stanowi bezpieczną kryjówkę, przedmurze, chroniące przed zderzeniem z okrutnym światem i koniecznością odchodzenia?

Wyniki badań tanatopsychologicznych odniesione do religijności są niespójne. Według jednych doniesień pogłębiona duchowość nie ma wpływu na lęk przed śmiercią, według innych istnieje pomiędzy nimi zależność negatywna lub pozytywna. Sprzeczne konkluzje czynią obraz poczynionych badań niejasnym. Padają sugestie, by doprecyzować pojęcie religijności mylone niekiedy z poczuciem spełnienia i sensu istnienia. Poza tym nie sposób pominąć problematyki religii, pojmowanej instrumentalnie. Wiara wszak daje ochronę, uśmierza cierpienie, łagodzi lęk przed śmiercią i niepewnością jutra, „może być siłą, która pomaga człowiekowi żyć autentycznie i świadomie, jednocześnie jednak może służyć jako mechanizm ucieczkowy” (Kolek, 2009, s. 37).

Sfera doświadczeń duchowych jest najbardziej osobistą ze sfer. Człowiek umierający doświadcza wielu rozterek. W obliczu sytuacji trudnych, do jakich niewątpliwie należy nieuleczalna choroba i sytuacja pobytu w szpitalu czy hospicjum, jego religijność może zostać wystawiona na ciężką próbę. Jednostka pod wpływem cierpienia może odstępować od wiary, powrócić do niej lub pogłębić swą duchowość. Śmierć niezależnie od indywidualnego rozumienia tego pojęcia jest niezwykle problematyczna. Budzi emocje, spory natury etycznej. Religia może stanowić swoistą tarczę, chroniącą przed śmiertelnością. „Kłopot tylko z tym, że tak łatwo zwątpić i tak trudno zachować głęboką wiarę dającą zupełny pokój dusz” (Kolek, 2009, s. 150). Otwarty zostaje w tym miejscu następny problem do rozpatrzenia.

Kolejną ważką kwestią jest zbieżność oczekiwań względem siebie u przedstawicieli postaw ambiwalentnej, unikowej i przerażonej. Wszyscy ci badani wbrew logice pragnęli *zdrowia*. Kurczone trzymanie się życia (jakie, by ono nie było) połączyło wszystkie te osoby.

Naiwne pragnienie wymknięcia się śmierci lub wypieranie ze świadomości możliwości odejścia, to próby zaklinalnia rzeczywistości. Chorzy często zapominają, że „żaden cud nie unieważni śmierci” (Hołownia, 2010, s. 75). Śmierć można jedynie odroczyć, a i to nic pewnego.

„Kiedy śmierć staje się faktem, burzy ona całkowicie iluzję poczucia bezpieczeństwa” (Thielicke, 2002, s. 243). Dla osób zdrowych atrybuty takie jak sprawność i niezależność są warunkami koniecznymi do sensownego życia. Osoby trwale chore i niepełnosprawne muszą wykazać się po częstokroć większą odwagą, hartem ducha i zręcznością psychofizyczną, dla przewyciężenia niedomogów organizmu i sensownego stymulowania swej aktywności. „Jest to dodatkowy wymiar życia, stanowiący okrutny sprawdzian siły jednostki i jej zdolności do radzenia sobie ze swoim losem” (Szczepański, 1983, s. 186). Świadomość śmiertelności, więcej bliskość nieuchronnego końca, przypieczętowanego diagnozą lekarską, jest także świadomością własnej bezradności. „Mądrość życia jest także mądrością rezygnacji” (Szczepański, 1983, s. 173). Wycofanie, ograniczenie zakresu swych działań zawsze jest jednak krokiem ku śmierci. Niekiedy wpływy zewnętrzne są zbyt potężne, a wszelkie próby walki z nimi beznadziejne. Rezy-

gnacja staje się koniecznością, przymusem współokreślającym człowieczy byt. Człowiek, który posiada mądrość życiową akceptuje porządek natury i świata, wie kiedy ustąpić. Śmierć nie jest dlań przejawem bezsensu życia. Szczepański w swych rozważaniach zadaje niewdzięczne pytanie retoryczne: „Może właśnie cierpienie i śmierć nadają życiu sens?!” (1983, s. 200).

Przytoczone przemyślenia nie pozwalają na uogólnienia, lecz dowodzą, iż istnieje zauważalny związek pomiędzy religią a lękiem przed śmiercią i przygotowaniem do niej. Wieść o nieuleczalnej chorobie dezorganizuje dotychczasowy rytm życia, przemianowuje znaczenie ideałów lub kreśli na nowo hierarchię wartości i światopogląd jednostki. Lęk przed śmiercią u osoby zdrowej jest inny niż lęk u człowieka, stojącego w obliczu śmierci. Przywołane badania w większości przeprowadzono na grupie respondentów nienękanymi śmiertelnymi chorobami, dlatego nie mają one charakteru porównawczego, a obrazują jedynie zaistniały stan rzeczy. Człowiek terminalnie chory nie musi wyobrażać sobie sytuacji śmierci, ona jest już częścią jego życia. To, w jaki sposób sobie z nią poradzi, zależy od wielu czynników; konstrukcji osobowości i uwarunkowań środowiskowych. Niemniej „umierający pacjenci stoją przed szansą przeobrażenia” (Kübler-Ross, 2008, s. 238). Jest to perspektywa osiągnięcia wyższego stopnia rozwoju w drodze do indywidualnego doskonalenia.

Ostatnia ósma faza rozwojowa według Eriksona wywołuje konflikt: integralność ego *versus* rozpacz. Integralność ego opiera się na akceptacji własnego istnienia jako niezastąpionego i jedyne w swoim rodzaju. Brak akceptacji dla swego dotychczasowego życia jest równoznaczny z brakiem zgody na fakt skończoności swego istnienia (Szatur – Jaworska, Błędowski, Dziegielewska, 2006). Krótkość żywota uniemożliwia przeżycie życia jeszcze raz, od nowa, z uwzględnieniem wszelkich błędnych decyzji i pomyłek. Ta niemoc zmiany rodzi rozpacz i lęk przed śmiercią.

Każda jednostka jest niepowtarzalna, inna od wszystkich, które istniały przed nią i będą istnieć po niej. Ta unikalność obliuguje człowieka do nieustannego rozwoju osobistego oraz pomocy w rozwoju innych. Śmierć jest ostatnim etapem rozwoju. Być może najtrudniejszym. Według Elizabeth Kübler-Ross zrozumienie i zmierzenie się ze swą ostatecznością stanowi o zdolności do produktywnego radzenia sobie z każdą zmianą w życiu. Gotowość podjęcia ryzyka i wejścia w niewiadome wyposaża człowieka w kompas, umożliwiający „poszukiwanie własnej tożsamości – ostatecznego celu rozwoju (Kübler-Ross, s. 224). Kontakt i działanie na rzecz bliźniego pozwala przekraczać siebie i swą indywidualną egzystencję.

„Śmierć trzeba włączyć w cele życia, trzeba sobie zdawać sprawę z tego, że stoi ona stale za nami, że jest tym najsilniejszym i najbardziej nieubłaganym wyznacznikiem przebiegu życia i mądrość polega nie na jej ignorowaniu, ale na takim jej włączeniu, by stanowiła jego sensowny składnik. Jest nieunikniona, tak jak pytanie o sens istnienia. Zamyka i ogranicza tę prawdopodobną liczbę

godzin, które składają się na byt świadomy. Bez sensu jest więc tworzenie planów nie liczących się z nią. Dodajmy więc do wszystkich naszych zasad *memento mori*" (Szczepański, s. 174).

Przedstawione przemyślenia prowokują kolejne pytania:

1. Czy śmierć można *oswoić* (zaakceptować)?
2. Jak dojść do stanu akceptacji śmierci i jak uczynić życie na tyle sensownym, by przestało być udręką?
3. Jak pomagać osobom terminalnie chorym w konstruktywnym przeżywaniu zmierzchu swego istnienia?
4. W końcu, na ile drugi człowiek może ingerować w dążenia umierającego bliźniego do wewnętrznej integracji?
5. Temat wymaga, wobec tego, dalszych pogłębionych badań i dokładnych analiz.

Literatura cytowana

- Boguszewski, R. (2010). *Stosunek Polaków do śmierci*. Źródło: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2005/K_098_05.PDF (28.12.2010).
- Boulay S. du, Rankin M. (2009). *Okno nadziei: Cicely Saunders – założycielka ruchu Hospicyjnego*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Dunaj, B. (red.). (2000). *Słownik współczesnego języka polskiego*. Wydawnictwo Wilga, Warszawa.
- GUS., (2004). *Rocznik demograficzny*. Warszawa, s. 368.
- Haskovcova, H. (1978). *Między życiem a śmiercią*. Warszawa: PWN.
- Hołownia, S. (2010). *Ludzie na walizkach*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Kielanowski, T. (1984). *Rozmyślenia o przemijaniu*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Kirkwood, T. (2005). *Czas naszego życia*. Kielce: Charaktery.
- Kolbowska, A. (2010). *Sytuacja ludzi starszych w społeczeństwie – plany a rzeczywistość*. Źródło: <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=4225> (26.12.2010).
- Kolek, B. (2009). *Sens życia i umierania*. Kraków: Oficyna Impuls.
- Kurcz, I. (1982). *Uczenie się i pamięć*. W: T. Tomaszewski (red.), *Psychologia*. Warszawa: PWN
- Kübler-Ross, E. (2008). *Śmierć : ostatni etap rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo MT Biznes.
- Le Shan, L. (1973). *Psychoterapia a pacjent umierający*. W: L. Pearson (red.), *Śmierć i umieranie*. Warszawa: WZWL.
- Łukaszewski, W. (2010). *Udręka życia*. Sopot: Wydawnictwo Smak Słowa.
- Nikelski, H. (1989). *Z pomocą umierającym: przyczynki do rozmowy na temat umierania i śmierci*. Warszawa: Wydawnictwo PAX.
- Ostrowska, A. (1991). *Śmierć i umieranie*. Warszawa: Almapress.

- Nikelski, H. (1989). *Z pomocą umierającym: przyczynki do rozmowy na temat umierania i śmierci*. Warszawa: Wydawnictwo PAX.
- Reykowski, J. (1982). *Emocje i motywacja*. W T. Tomaszewski (red.), *Psychologia*. Warszawa: PWN.
- Seredyńska, D. (2009). Rodzina jako kontekst rozwoju seniora. W K. Ciżkowicz (red.), *Nauki o edukacji. Rocznik naukowy Kujawsko – Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy*, 4, 131–146.
- Skuza, A., Jakubowska-Winecka A. (2007). Psychologiczne problemy związane z terminalną fazą choroby. W A. Jakubowska-Winecka, D. Włodarczyk (red.), *Psychologia w praktyce medycznej*. Warszawa: Wydaw. Lekarskie PZWL.
- Szaniawski, T. (1998). *Typy postaw wobec śmierci*. Kraków: PAT.
- Szatur-Jaworska, B., Błędowski P. Dziegielewska M. (2006). *Podstawy gerontologii społecznej*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA J-R.
- Szczepański, J. (1983). *Zapytaj samego siebie*. Warszawa: Nasza Księgarnia.
- Szyszko-Bohusz, A. (1977). *Pomoc psychiczna ciężko chorym i umierającym*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich. Wrocław.
- Thielicke, H. (2002). *Życie ze śmiercią*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
- Tomaszewski, T. (1982). Człowiek i otoczenie. W: T. Tomaszewski (red.), *Psychologia*. Warszawa: PWN.
- Tomaszewski, T. (1984). *Ślady i wzorce*. Warszawa: WSiP.
- Zawila, M. (2008). *Religia i śmierć*. Kraków: OMOS

THE EXPECTATIONS OF TERMINALLY ILL PATIENTS TOWARD THEMSELVES, THEIR RELATIVES AND THE INSTITUTION OF A CHURCH AND GOD

Summary: Death is an individual experience. In some sense, every human has to face her/his own death her-/himself, while a healthy person is not able to understand the suffering human's situation and one's feelings. A human dies alone. Even if the dying person is accompanied by the bustling of a hospital corridor, she/he can feel friendless and misunderstood. The process of dying can be prolonged and it is not equal to the exact moment of death. During this process the support of relatives is seemed as a required and constructive action for both sides of experiencing the loss. In this text are collected reflections on the expectations of terminally ill patients, who present different attitudes to death, themselves and their relatives, healthcare institutions as hospices, also to community of Church and God (or fate).

Key words: death, expectations of terminally ill patients, attitudes to death.