

**J.T.W.**

---

## Umieranie z godnością

---

Ars Regia 3/1 (6), 90-94

---

1994

Artykuł został zdigitalizowany i 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](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

interesu własnego. Rozwój nowoczesnej technologii powoduje, że pracodawca – bo to jest ten sojusznik – woli zatrudniać kogoś o ukształtowanej psychice wolnego człowieka, niż kogoś biernego i bezradnego. Zatrudnianie ludzi wolnych i rozgarniętych prowadzi do wyższej wydajności pracy i redukuje obowiązki pracodawcy w zakresie bezpieczeństwa socjalnego. To dlatego zapewne w Wojnie Secesyjnej stronami były Północ i Południe, a nie Czarni i Biali. Anglicy wyszli też z Afryki nie z obawy przed włóczykami autochtonów.

To rozumowanie zalatuje oczywiście nieświeżą wonią marksizmu, jest jednak fundamentalna różnica: kluczowa figura pracodawcy nie występuje tu w roli Czarnego Piotrusia. Z przeciwstawnej natomiast, teologicznej perspektywy – rzecz jest naturalna, skoro wolność jest nam dana i zadana przez Stwórcę.

L.: Matka „Kopernik” na Wsch.: Warszawy, marzec 5994

J.T.W.

## UMIERANIE Z GODNOŚCIĄ

Życie ludzkie to jego początek — narodziny, trwanie oraz koniec — śmierć. Żyć godnie to nie tylko godnie urodzić się i trwać, ale również móc godnie odejść z tego świata. U podstaw masonerii, stawiającej człowieka w centrum wszechświata stworzonego przez Wielkiego Architekta, leży poczucie ludzkiej godności. Nasz lęk przed śmiercią oraz złudna nadzieja, że pomagamy choremu powodują, iż skazujemy naszych bliskich na umieranie w warunkach i okolicznościach uniemożliwiających godne rozstanie ze światem. Każdy z trzech etapów życia człowieka wiąże się z określonymi potrzebami; nie zawsze zdajemy sobie sprawę z potrzeb człowieka umierającego. Chcąc stworzyć choremu lepsze warunki stawiamy go w sytuacji, w której nie są one rozpoznawane i zaspokajane.

★

★

★

Z upływem wieków stosunek człowieka do śmierci zmienił się w znacznym stopniu. Ongiś, życie doczesne pojmowane było jedynie jako ciemna droga wiodąca do pełnego szczęśliwości wiecznego istnienia. Punktem, w którym oba te byty stykają się, który kończy ziemską marność i otwiera

przed cnotliwymi wspaniałości obiecanie przez Boga, była śmierć. Nic więc dziwnego, iż pojmowana jako koniec ziemskiej tułaczki stanowiła tak ważny, bo niosący nadzieję, element niełatwego życia codziennego. Nie sposób było nie zetknąć się z nią na każdym kroku. Liczne choroby, na które podówczas jeszcze nie znano remedium, często rozprzestrzeniające się szeroko w postaci zarazy, duża śmiertelność położnic i noworodków, ciągle wojny, wszystko to powodowało, że długość życia znacznie różniła się od dzisiejszej, a śmierć była zjawiskiem znacznie powszechniejszym niż dzisiaj.

Oczywiste więc jest, że śmierć — towarzysząca człowiekowi w codziennym życiu — była tak powszechnym motywem malarstwa, muzyki, rzeźby, literatury. Często gloryfikowana — bohaterska śmierć była bądź ukoronowaniem cnót bohatera eposu, to znowu najwyższą ofiarą złożoną na ołtarzu patriotyzmu.

Jako ważny element życia społecznego miała swoją zwyczajową, religijną czy rytualną oprawę. Czyniła ona osobę umierającą postacią centralną, wokół której gromadziła się najbliższa rodzina, krewni, znajomi. Dawało to umierającemu poczucie wsparcia, możliwość pożegnania najbliższych, załatwienia ostatnich spraw, wzajemnego wybaczenia żalów, wreszcie możliwość wydania ostatnich dyspozycji. Rodzina i znajomi przebywali niejednokrotnie znaczne, jak na tamte czasy, odległości, by móc towarzyszyć bliskiej osobie w ostatniej drodze.

Jakże inaczej odbywa się to obecnie w tak zwanych krajach rozwiniętych. Tak często ten ostatni akt życia człowieka dokonuje się w obcym dla niego miejscu, w otoczeniu obcych osób i przedmiotów, w samotności. Dla kontrastu, do dziś w wielu krajach afrykańskich końcowi bytu ziemskiego człowieka towarzyszą wielodniowe uroczystości, w których uczestniczy nie tylko rodzina, ale i inni członkowie plemienia.

Postęp cywilizacyjny, a właściwie wynikające z niego wydłużenie życia, oraz poprawa warunków egzystencji przesunęły środek ciężkości na życie doczesne, odsuwając byt pozaziemski oraz wiodącą doń śmierć na dalszy plan. Dążenie do zbawienia jako cel życia ustąpiło miejsca pogoni za szczęściem. Produkcja coraz to większych ilości dóbr zwiększyła głód posiadania. Tworząc świat przedmiotów jednorazowych, ze swojej natury nietrwałych, które po zużyciu wyrzuca się, sami uczyniliśmy z istoty ludzkiej przedmiot, który gdy utraci zdolności produkcyjne, staje się zbędnym rekwizytem. Skrajnym tego przykładem była Rumunia, gdzie osoby w starszym wieku traciły prawo do bezpłatnej opieki zdrowotnej. Jednak w dalszym ciągu słychać stawiane tu i ówdzie pytanie: czy warto w tym wieku leczyć?

Kiedyś starość była cnotą, dziś nikt nie chce być stary. Żyjemy w czasach powszechnej apologii młodości, zdrowia, sprawności. Nic więc dziwnego, że podeszły wiek, choroba, niesprawność fizyczna, śmierć — jako

antywartości — stały się czymś wstydlivym, o czym niechętnie wspominamy, czego staramy się nie dostrzegać, o istnieniu czego pragniemy zapomnieć.

Konsumpcyjny model życia, głoszący hedonistyczne „korzystaj z chwili”, wyparł powoli takie pojęcia jak „śmierć” i „życie wieczne” do rzadko i niechętnie przez nas odwiedzanych, odległych obszarów podświadomości. Śmierć stała się zatem czymś obcym, o czym najchętniej byśmy zapomnieli, czego tak bardzo się obawiamy. Nic więc dziwnego, że gdy zaskakuje nas wiadomość o nieuleczalnej chorobie osoby bliskiej, gdy stajemy wobec faktu nieuchronnej śmierci, zupełnie nie jesteśmy przygotowani do jej właściwego przyjęcia.

Wiadomość o nieuleczalnej chorobie osoby bliskiej jest zawsze wielkim wstrząsem. Wywołuje ona u nas różne reakcje: wyparcie (lekarze się mylą — przecież to taka zdrowa osoba, dolegliwości napewno ustąpią), wołę walki (wezwe wszystkich możliwych specjalistów, zastosuję wszelkie możliwe terapie), rezygnację (to już koniec, pozostaje tylko czekać). Każda z tych postaw w swej skrajności niesie wiele zła. Jedynie właściwe jest tu wyśrodkowanie pomiędzy negacją—nadzieją, działaniem—walką i poddaniem się—akceptacją.

Powszechnie uważa się, że najwłaściwszym miejscem, w którym ma się rozegrać ostatni akt ludzkiego życia, jest sala szpitalna. Ten pozornie oczywisty pogląd rzadko poddawany jest w wątpliwość, zarówno przez tych, którzy tak czynią, jak i przez osoby stojące z boku. Gdy jednak pojawia się takie pytanie, w odpowiedzi powołujemy się na dobro chorego, lepszą opiekę pielęgniarską i lekarską. Wydaje się jednak, iż w gruncie rzeczy za taką postawą ukrywa się nasze nieprzygotowanie do podjęcia problemu śmierci, nasz lęk, wreszcie nasza przed nią ucieczka. Przytoczona argumentacja to jedynie próba racjonalizacji decyzji, oddalającej od nas ten trudny problem. Kierując się troską o chorego nie wiemy i podświadomie nie chcemy wiedzieć, że postępowanie nasze przyniesie więcej złego niż dobrego. Poza sytuacjami, gdy chory wymaga zabiegu paliatywnego (tj. nie skierowanego na leczenie choroby podstawowej, a jedynie przynoszącego ulgę, zapobiegającego powikłaniom), lub jest osobą samotną, leczenie szpitalne nie jest doprawdy niczym uzasadnione. Niesie ono za sobą rozstanie z bliskimi, pobyt w obcym miejscu wśród obcych ludzi, stawia w sytuacji jakże czasem upokarzającej zależności od osób obcych. Narąza także na nieprzyjemne, męczące, a często wręcz bolesne zabiegi diagnostyczne (pobieranie krwi, badania Rtg), które prowadzą donikąd i są wyrazem tak częstego „zaślepienia terapeutycznego” lekarzy, zobowiązanych przysięgą Hipokratesa do walki o życie chorego za wszelką cenę.

W przypadku chorego terminalnie, terapia powinna być nastawiona na zapewnienie maksymalnego komfortu, na zniesienie lub zminimalizowanie dolegliwości związanych z chorobą. Zwalczanie bólu wysuwa się tu na plan pierwszy. Zabiegi pielęgnacyjne i terapeutyczne w większości przypadków mogą być z łatwością wykonywane przez członków rodziny, pozostających w kontakcie z lekarzem. Czasem niezbędne są wizyty pielęgniarki rejonowej. Kto lepiej będzie zajmował się pielęgnacją chorego niż oddana i kochająca rodzina? Od kogo łatwiej będzie on przyjmował taką opiekę? Pytania te nabierają szczególnego wymiaru w warunkach polskiej służby zdrowia, nieodpowiednio opłaconej, zmęczonej, często pozbawionej podstawowych środków.

W obliczu nadchodzącej śmierci nie do przecenienia stają się takie potrzeby chorego:

- poczucie oparcia w bliskich;
- dobrze znane otoczenie: pomieszczenia, przedmioty, zapachy;
- zaspokojenie duchowych, religijnych potrzeb chorego;
- zachowanie poczucia własnej podmiotowości (godności osobistej), pomimo wzrastającego w miarę postępu choroby uzależnienia od pomocy innych;
- możliwość rozwiązania istniejących konfliktów;
- możliwość wydania ostatnich dyspozycji;
- uniknięcie cierpienia;
- kontakt fizyczny z bliskimi osobami.

W miarę postępu choroby świat chorego zawęża się, jego zainteresowania ograniczają się do własnego otoczenia, w końcu do własnej osoby. Niezwykle ważny w takim momencie jest bezpośredni kontakt fizyczny z chorym.

Widać tu od razu, że szpital nie może być miejscem, w którym potrzeby chorego zostaną zaspokojone. Nie potrzeba do tego wyspecjalizowanego personelu, ale zrozumienia, miłości, oddania. Nie znajdzie się tego nigdzie poza kręgiem własnych bliskich.

Sprawę podstawową i najważniejszą musi być jakość życia nie zaś jego długość. Czy jest etyczne podtrzymywanie życia za wszelką cenę, odbieranie zarazem choremu możliwość godnej śmierci? Czy jest etyczne przedłużanie życia za cenę cierpienia psychicznego i fizycznego? Czy powstrzymanie się od działań, które nie przywrócą zdrowia, a jedynie odsuną w czasie nieuchronną śmierć, skazując na trwanie w cierpieniu, jest zgodne z naszym sumieniem?

Opieka nad umierającymi wiąże się z wieloma problemami. Na całym świecie powstają ośrodki, w których zespół kierowany przez pielęgniarkę,

a składający się z lekarzy, psychologów, duchowych oraz pracowników społecznych (*social workers*) pomaga rodzinom pacjentów w rozwiązaniu tych problemów. Również w Polsce istnieją takie ośrodki.

Pisząc te słowa autor postawił sobie za cel pobudzenie refleksji nad naszym dzisiejszym „cywilizowanym” stosunkiem do problematyki umierania i śmierci, a także obalenie równie powszechnych co, według niego, nieprawdziwych opinii na temat opieki nad umierającym człowiekiem. Pragnął przekonać, iż nikt nie zapewni umierającemu lepszej opieki niż jego bliscy, że ceną za przedłużenie życia, czy w praktyce przedłużenie umierania, jest godność umierającego. Pragnął w końcu, by każdy zadał sobie pytanie, czy rachunek ten nie jest zbyt wysoki.

L. . nr 2 „Walerian Łukasiński”

na Wsch. . Warszawy, 10 stycznia 5994 r.