

Stefan Ewertowski

Diagnosis – solitudo: Antidotum – Praesentia

Forum Teologiczne 10, 197-213

2009

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.

ROZPRAWY I ARTYKUŁY

FORUM TEOLOGICZNE X, 2009
PL ISSN 1641–1196

Ks. STEFAN EWERTOWSKI
Wydział Teologii UWM
Olsztyn

DIAGNOSIS – SOLITUDO. ANTIDOTUM – PRAESENTIA

- Słowa kluczowe:** samotność, obecność, etos pielęgniarki, nadzieja, opieka nad chorymi, towarzyszenie.
- Schlüsselworte:** Einsamkeit, Anwesenheit, Ethos der Krankenpflegerin, Krankenpflege, Begleitung.
- Key words:** loneliness, presence, nurse's ethos, hope, care for the sick, company.

Wstęp

Temat artykułu nie jest przypadkowy. Świat współczesny zachorował na „wieczną młodość”. Epidemią jest jednak stan osamotnienia wielu ludzi. Poczucie samotności w kulturze świata technologii, procedur administracyjnych, wirtualnych kontaktów jest symptomatyczne dla naszych czasów. Ludzie zdrowi i psychicznie silni z trudem pokonują poczucie samotności. Wymaga to od nich wiele wysiłku, aby podtrzymywać bliskie relacje, rozwijać je i umacniać. Twierdzeń tych, jak i podobnych im, że ludzkie serce nie zostało stworzone do samotności, nie trzeba udowadniać.

W filmie przedstawiającym sytuację australijskiego szpitala geriatrycznego pt. *Import/Export* Ulricha Seidla jest taka scena: „ciemną salę szpitalną wypełnia swoista symfonia samotności: szmery modlitw, jęki bólu, majaczenia. Wśród nich głos staruszki powtarzającej jedno niemieckie słowo: *Tod* (śmierć). Jediną osobą, która stara się traktować umierających z uczuciem, jest młoda Ukrainka, pracująca jako sprzątaczką. Szttywne szpitalne procedury zabraniają jej pomagać zniedołężniałym starcom. Gdy umiera podopieczny, z którym nawiązała nić kontaktu, tylko ona żegna go w pustej separacie z krzyżem na ścianie”¹.

¹ B. Dobroch, P. Wilczyński, *Śmierć w czasach medycyny*, Tygodnik Powszechny 2008, z 2 XI, s. 5.

To scena z filmu, a jak jest w rzeczywistości? Szpital to „są sprzęty, windy, podnośniki służące do przebierania pacjentów – ale dekoracje dobrobytu nie zastąpią rodziny przy łóżku. Rodzina, decydując się na oddanie swojego bliskiego do [szpitalnej] instytucji, przeważnie zostawia go już w jej rekach”². „Efektem szpitalnych problemów jest śmierć samotna, a dodatkowo pozbawiona intymności”. Oczywiście to ujęcie skrajne.

Jak w naszych warunkach wygląda praca pielęgniarzek? „Dla chorych nie mają czasu nawet pielęgniarki z oddziałów paliatywnych – mówi Ola. – Jest nas dwie na dwadzieścia pięć osób. Jestem w pracy dwanaście godzin. Godzina to dokumentacja, kilka kolejnych to praca poza salami: przygotowanie leków, zastrzyki. No i praca z pacjentem: mierzenie temperatury, karmienie, higiena. Na rozmowę nie ma czasu. Tymczasem ci ludzie potrzebują kontaktu praktycznie nieustannie”³.

W specyficznej i pogłębionej sytuacji izolacji znajduje się człowiek chory. Tak naprawdę, niewielu ludzi przygotowanych jest na stan choroby, a tym bardziej na śmierć. Samotność chorego rozpoczyna się w domu, w środowisku rodzinnym, a niejednokrotnie pogłębia się w procesie hospitalizacji. Chcąc pomóc człowiekowi choremu, bywa, że lekceważy się okoliczności lub nie dość zwraca uwagę na to, co ma wpływ na pomyślny proces leczenia. Sytuacja ta pogłębia się w schorzeniach psychicznych. Pielęgniarka, która uczestniczy w procesie leczenia, musi respektować obowiązujące w zakładach opieki zdrowotnej przepisy, musi przestrzegać zasad zawartych w kodeksie pracy. Szczególny sposób postępowania w ramach niesienia pomocy oraz świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub terapeutycznych określa *Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej* z 9 grudnia 2003 r. *Kodeks* omawia podstawowe i ogólne ramy pielęgniarstwa służby, ma jednak charakter otwarty: na inwencję, zaangażowanie, umiłowanie zawodu przez pielęgniarkę. Ten zbiór zasad jest fundamentem, na którym opiera się powinność niesienia pomocy choremu. Jednak w zetknięciu ze stanem rzeczywistym powinna być ona szersza i głębsza. Rzetelne wypełnianie obowiązków to jest minimum. Wsparcie w przewycięzaniu traumatycznego doświadczenia spowodowanego osamotnieniem, izolacją z powodu choroby zależy od woli i stopnia zaangażowania osób najbliższych, ale i od pielęgniarki.

Cierpienie, stan choroby lub niepełnosprawność, drugi człowiek – stwarzają stan zobowiązania nie tylko zawodowego, ale i moralną powinność. Powinność ta jest uniwersalna. Dotyczy członków rodziny pacjenta, lekarzy, których chory obdarza swym zaufaniem i zwraca się do nich o pomoc. Zakres

² Ibidem, s. 4.

³ Ibidem, s. 3.

niniejszych rozważań dotyczy powinności pielęgniarki wobec osamotnienia człowieka chorego. W artykule zostały wykorzystane wybrane opracowania w zakresie omawianego tematu.

1. Antropologia samotności

Ludzkie, osobowe życie jest zdumiewającą tajemnicą. Wartość tego życia wiąże się z osobą, która w porządku doczesnym winna być afirmowana dla niej samej. Jednakże jest to specyficzna wartość, której nie widzi się tak, jak dostrzeżać się przedmioty w poznaniu zmysłowym. Wartość osoby nie zależy od koloru skóry, płci, wieku, sprawności, wykształcenia, narodowości, społecznej roli itp. Nie wszyscy widzą wagę i wielkość tego, że to właśnie człowiek jest zdolny do rozumnych i wolnych decyzji, że jest podmiotem, autorem kształtu swego życia, że jest zdolny do miłości. Człowiek w tych aktach objawia się jako osoba, której należy się wyjątkowy status. Według Karola Wojtyły osobowy byt człowieka objawia jego czyn. Człowiek realizuje się osobowo przez współuczestnictwo. Takie rozumienie osoby pozwala widzieć człowieka w świecie ludzi i przyrody, do którego ostatecznie on nie należy, w tym sensie, że nie wyczerpuje się w tych relacjach. Człowiek ma poczucie odosobnienia. Jest to warunek wolności i bycia „kimś więcej niż świat”. Jakakolwiek inna koncepcja, lekceważąca stan odosobnienia, wypacza naturę człowieka.

Odosobnienie, jako element naturalny i konstytuujący tożsamość człowieka, nie jest destrukcyjne w przeciwieństwie do osamotnienia. Samotność ludzie przeżywają tak jak krzywdę, jako coś, co rani i unieszczęśliwia. To sprawia, że wołają: „»Czy jest ktoś, kto może mi pomóc?«. Samotność jest w dzisiejszych czasach jednym z największych źródeł cierpienia. Jest chorobą naszych czasów”⁴.

Osoba pod każdym względem przerasta ożywiony świat przyrody, nie mówiąc o świecie „rzeczy” – przedmiotów. W terminologii filozoficznej określa się to zjawisko jako transcendowanie świata przyrody, a nawet świata społecznego przez akty poznania intelektualnego, miłości i wolności. Osoba domaga się, by odnieść się do niej bezinteresownie, by nie traktować jej utylitarystycznie, tzn. nie warunkować jej istnienia od wartości na rynku pracy, zdolności czy sprawności fizycznej. Ponadto: „Osoba ludzka jest »bogatsza bytowo« od innych istot żywych – i przez to cenniejsza. Z kolei istoty żywe są »bogatsze«, a przez to cenniejsze, od materii martwej. Możemy powiedzieć, że dobro bytu jest proporcjonalne do jego »mocy bytowania«”⁵. Doświadczenie samotności

⁴ H. J. M. Nouwen, *Jedyne, czego nam trzeba*, przeł. K. Tybinka, Kraków 2005, s. 46–47.

⁵ A. Szostek, *Pogadanki z etyki*, Częstochowa 1998, s. 107.

nie zawsze jest destrukcyjne, prowadzi do konfrontacji z sobą, ujawnia pewną życiową pustkę itd. W samotności budzi się w człowieku świadomość własnej osobowości. Jest to doświadczenie „poczucia własnej jednorazowości, niezastąpioności i nieprzemijalności”⁶.

Doktryna personalizmu podkreśla autonomiczną naturę człowieka, a wartości ekonomiczne i techniczne podporządkowuje wartościom osobowo-duchowym. Według chrześcijańskiego personalisty Emanuela Mouniera: „osoba istnieje tylko w kierunku kogoś innego, poznaje siebie dzięki komuś innemu i odnajduje się w innym”⁷. Bycie człowiekiem, najbardziej urzeczywistnia się w komunikacji personalnej. Wyrazem tej relacji jest zdolność do przekraczania siebie i wyjście ku drugiej osobie. Otwieranie się na drugą osobę jest wolnym i odpowiedzialnym wyborem. „Osobowa relacja staje się ostatecznie relacją wierności, nadziei i miłości”⁸. „Tylko ten bowiem, kto może stanowić o sobie [...] może także stawać się darem dla innych”⁹. W odczytaniu wartości osoby i powinności wobec niej można odwoływać się do fenomenu jedności, niezależności, substancjalności, trwałości, ale niezwykle ważny jest ten aspekt, który wprowadza w zagadnienie relacji międzyludzkich, w których człowiek przez współuczestniczenie w świecie ludzi, najpełniej objawia się jako osoba. Relacje międzyludzkie mają wymiar etyczny. Człowiek doświadcza siebie w świadomości moralnej, związanej z odniesieniem do drugiego człowieka, nikt nie może go powtórzyć. Każda sytuacja wydarza się tylko raz.

W powinności konkretnych sytuacji istnieje wezwanie, wobec którego nie można stosować uników. Albo jest odpowiedź, udzielenie siebie, albo odmowa. Akty te są dwubiegunowe. Jeden biegun jest wewnętrzny, podmiotowy, obdarzony zdolnością do przekraczania siebie i wejścia w relacje z drugim, a drugim biegunem jest inna osoba. Tak więc przez uczestniczenie w życiu drugiej osoby urzeczywistnia się bycie osobą. Wchodząc w relację pomocy, opieki, bycia razem z drugą osobą, podmiot przeżywa i odkrywa siebie. To tak, jak gdyby przeżywać siebie w losie wszystkich napotkanych ludzi. „Pełnia dobra nie istnieje nigdy w jednej osobie”¹⁰. Taka postawa określana jest jako personalizm dialogiczny lub komunijny.

⁶ R. Guardini, *Wolność, łaska, los*, w: *Koniec czasów nowożytnych. Świat i osoba*, Kraków 1969, s. 249–250. O pozytywnej roli przeżywania poczucia samotności pisze też H.J.M. Nouwen, *Jedynie, czego nam trzeba*, s. 45–58; A. Bochniarz, *Świat różnych wartości*, Marki, 1998, s. 163–199; M. Buber, *Problem człowieka*, przeł. R. Reszke, Warszawa 1993, s. 19; H. Bergson, *Dwa źródła moralności religii*, przeł. P. Kostyło, K. Skorulski, Kraków 1994, s. 22.

⁷ I. Dec, *Personalizm*, w: A. Maryniarczyk (red.), *Powszechna Encyklopedia Filozofii*, t. 8, Lublin 2007, s. 123.

⁸ Ibidem, s. 124.

⁹ J. Galarowicz, *Osoba jest cudem cudów*, Tygodnik Powszechny 2007, z 16 XII, s. 16; J.F. Crosby, *Zarys filozofii osoby*, przeł. B. Majczyna, Kraków 2007, s. 46–47, 117.

¹⁰ Ibidem, s. 17.

O samotności człowieka można mówić w dwojakim sensie. Samotność jest przeznaczeniem człowieka, jest dobra i zła. Dlatego rozróżnia się samotność od osamotnienia. Pierwsze doznanie samotności wiąże się z byciem odrębną osobą. Ta odrębność dotyczy wszystkiego, co człowieka otacza. Samotność ta wynika również z tego, że osoba nigdy nie jest częścią jakiejś całości. Nie ma analogii związków człowieka ze społeczeństwem jako kropli wody w oceanie, bowiem człowiek zawsze zachowuje rdzeń osobowego „Ja”. Oczywiście, inaczej widzi się człowieka w ujęciu socjologicznym, a inaczej w sensie ontologicznym, gdzie osoba jest niewymienialną istotą, nikt nie może być drugą osobą¹¹.

Doznanie samotności ma wymiar indywidualny, również w sensie psychicznym. Poczucie osamotnienia, opuszczenia, wyizolowania jest złym doświadczeniem. Jest to samotność w sensie braku kontaktu z innymi ludźmi. Jest to nadmiar i dodatkowy ból w chorobie. Takiej samotności – jako klęski na różnym poziomie i w różnym stopniu doświadcza człowiek chory. H. Elzenberg poczucie samotności charakteryzuje następująco: „Tak: w tym znaczeniu samotny czuje się przekreślony; ilekroć się w nim poderwie poczucie życia, samotność odpowiada: «nie ma cię»; jest to przewlekłe zabijanie człowieka, i groza samotności jest dzięki temu równie mroczna i niesamowita, równie się nie dająca pomyśleć do dna ostatniego jak groza śmierci. Toteż mało, kto ją przemyślał”¹².

Szczególną sytuacją jest hospitalizacja. Jest to bolesne doświadczenie izolacji i samotności. „Bo jest samotność, gdy nie ma nikogo lub, gdy się razem płacze, także, że niby są dobre rokowania, lecz nic nie wiadomo, i że się już wie, ale nic nie mówi nikomu. Samotność, gdy minuty są jak ciężkie kamienie, gdy nie ma, do kogo ust otworzyć”¹³.

Analiza egzystencji człowieka ukazuje wielość relacji człowieka do wspólnoty, do drugiego człowieka, które mogą mieć różną jakość, dynamikę, nawet wymiar wrogości. Relacje te są nieodzowne w urzeczywistnianiu siebie, w sposób coraz pełniejszy i bardziej odpowiedzialny. Z jednej strony stwarza głębszą odrębność, a z drugiej jest to punkt wyjścia w stronę drugiego człowieka. Tak dzieje się od najwcześniejszego dzieciństwa po ostatnią godzinę życia. Samotność człowieka w sytuacjach ekstremalnych wyraża jego najgłębszą tragiczność. W każdym cierpieniu istnieje zapowiedź śmierci. Skąd bierze się płacz? Przyczyną może być fizyczny ból, ale jest on często wyrazem bierności,

¹¹ J.F. Crosby, *Zarys filozofii osoby*, s. 35–36.

¹² H. Elzenberg, *Kłopot z istnieniem*, Kraków 1994, s. 241–243. „Najwyższe odmiany szczęścia niosą ten smutek, że nie można się nimi podzielić: nikt ich nie chce, choćby dlatego, że przeważnie ich sobie nie wyobraża. Jest się z nimi sam, i nie po prostu sam: odtracony”. Ibidem, s. 371.

¹³ J. Twardowski, *Różne samotności*, w: *Wiersze*, Białystok 1993.

bezsilności, zagubienia i nieznannej przyszłości. Jest to stan utraty władania sobą, dotknięcie jakiejś granicy. To tak, jak gdyby człowiek skazany był na samotną walkę z losem. Samotną konfrontację z realnością śmierci.

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że: „samotny mężczyzna, statystycznie rzecz ujmując, naraża się na 2–3-krotnie większe ryzyko przedwczesnej śmierci aniżeli samotna kobieta. Mężczyźni wykazują o wiele większą bezradność wobec samotności niż kobiety”¹⁴. Różne są rodzaje oraz źródła osamotnienia. W analizowanym przypadku chodzi o to, by „depersonalizacja zachowań i stosunków międzyludzkich” nie pogłębiała osamotnienia wywołanego chorobą, która jest „zaburzeniem dobrostanu fizycznego i psychicznego, zmienia zasadniczo warunki i drogę człowieka, jego sytuację w rodzinie, w miejscu pracy, w towarzystwie, wyrywa go z całego kontekstu spraw życiowych, staje się źródłem zagrożenia, niepokoju, cierpienia. Odnosi się to do leczenia ambulatoryjnego, szpitalnego, sanatoryjnego, zakładów Opieki Społecznej, a więc do każdego miejsca, gdziekolwiek pojawia się chory człowiek”¹⁵.

J. Szczepański, analizując zagadnienie osamotnienia pisze, że: „Lęk przed osamotnieniem jest progiem lęku przed tym milczeniem ostatecznym”, także lęk przed przemijaniem, wobec niemożliwości ukrycia się w swojej samotności świata wewnętrznego, „[...] czy nawet [przed] lękiem przed utraceniem w ten sposób swojego człowieczeństwa”¹⁶. W czysto ludzkim rozumieniu takim stanem jest choroba człowieka, a samotność bywa pogłębiona przez szpitalne sale, gabinety lekarskie, wyizolowanie poza środowisko pracy, rodziny i domu. Najdotkliwszym przeżyciem jest brak osób bliskich. Rozłąka, a bywa, że zdarza się to po raz pierwszy w życiu, jest stanem bardzo stresującym, wpływa na niskie poczucie bezpieczeństwa, ponieważ dotychczasowy świat zostaje odebrany. Według Ericha Fromma: „Poczucie kompletnego osamotnienia i izolacji prowadzi do psychicznej dezintegracji dokładnie tak samo, jak zagłodzenie prowadzi do śmierci”¹⁷. Ten nowy szpitalny stan, związany z regulaminem zabiegów, procedur, przebywania w anonimowym środowisku, wśród obcych ludzi, jeśli nie zostanie opanowany, jest dodatkową barierą w procesie leczenia i niesienia pomocy. W takiej sytuacji zawsze pozostaje element odrębności (człowiek jest panem swego bycia), jednak nie zawsze wystarcza mu na to sił. Życzliwy dialog łagodzi pustkę i poczucie izolacji. Przewyciężanie osamotnienia „jest jednym z elementów ludzkiej solidarności”¹⁸.

¹⁴ A. Bochniarz, *Świat różnych wartości*, s. 167–168.

¹⁵ L. Kowalczyk, *Lekarz wobec cierpienia i śmierci człowieka*, w: A. J. Nowak (red.), *Cierpienie i śmierć*, Lublin 1992, s. 165.

¹⁶ J. Szczepański, *Sprawy ludzkie*, Warszawa 1984, s. 21–22.

¹⁷ E. From, *Ucieczka od wolności*, przeł. O. i A. Ziemiński, Warszawa 1970, s. 38.

¹⁸ *Ibidem*, s. 32.

Wyjście naprzeciw drugiej osoby może być trudne tak dla pacjenta, jak i dla opiekującej się chorym siostry. Na te relacje nakładają się różne i dobre, i przykre doświadczenia. Drugi człowiek jest konkretnym mężczyzną, kobietą, dzieckiem, dlatego relacja międzypodmiotowa jest asymetryczna. Kto jest na terenie szpitala słabym i potrzebującym, a kto może być tym silnym i dającym swoją pomoc i bliskość?¹⁹ Nie każde spotkanie osób jest łatwe i miłe, tym bardziej w okolicznościach bólu, utraty sił oraz barku cierpliwości. W takich okolicznościach bardzo łatwo o uczucie gniewu, urazy czy zamknięcia się w sobie. Trzeba pokonać to, co w filozofii dialogu nazywa się „egocentryczną idolatrią własnego Ja i otwarciem się na innych”²⁰. Tego oczekuje się od każdej pielęgniarki, i jest to w tym zawodzie umiejętność niezwykle potrzebna. Cierpienie skłania do ucieczki od siebie, ale i od ludzi i świata. W tym trudnym momencie istotną rolę ma do wypełnienia pielęgniarka, której trud codziennej pracy powinien być naznaczony celem, aby nie dopuścić w miarę możliwości do poczucia osamotnienia przez pacjenta.

Analizując sytuację chorego człowieka w jego relacjach z ludźmi, badacz tego zagadnienia napisał: „Każda choroba jest także pewnym rodzajem prośby o miłość i zwrócenie uwagi”²¹. Bywa, że sytuacja osamotnienia w stanie osłabienia jest wydarzeniem prowadzącym do wstrząsu i rewizji życiowej postawy: „[...] lęk przed zostaniem z sobą samym, chociaż przez chwilę bez rytmu muzyki, bez echa jakiegokolwiek wrzawy, jest charakterystyczną cechą współczesności. Cisza i milczenie wywołują natychmiastowe poczucie pustki i niepokoju”²². Obecność personelu, który potrafi wejść w relację dialogu, umie i chce okazać życzliwość, wysłuchać lub służyć pomocą w nawiązaniu kontaktu chorego z otoczeniem, jest tworzeniem „miary świata”, którą mierzy się to, co w życiu najważniejsze. Jakkolwiek ma swoją wymowę twierdzenie Kartezjusza *cogito ergo sum* – „Myślę, więc jestem” – to jednak jak doświadczenie okazuje, aby być, trzeba być dla drugiego człowieka.

2. Etyczna powinność

Etyczna powinność wynika z osobowej godności człowieka. Choroba nie narusza godności człowieka i nie pozbawia należnych praw przynależnych osobie ludzkiej. Jan Paweł II mówi jednoznacznie, że: „Potrzebna jest umiejętność ofiarowania choremu także owego szczególnego lekarstwa duchowego,

¹⁹ M. Jędraszewski, *Wobec Innego. Relacje międzypodmiotowe w filozofii Emanuela Levinasa*, Poznań 1990, s. 49–65.

²⁰ J. A. Kłoczowski, *Filozofia dialogu*, Poznań 2005, s. 135–138.

²¹ M. Marinker, *Po co robić z ludźmi pacjentów?* w: H. Bryant (red.), *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, Kraków 1980, s. 131.

²² *Ibidem*, s. 32.

którym jest autentyczna, serdeczna relacja międzyludzka. To ona jest w stanie na nowo rozbudzić w pacjencie miłość do życia, skłaniając go do walki o nie i uzdalniając do wewnętrznego wysiłku, który czasem jest decydującym warunkiem wyzdrowienia”²³. Benedykt XVI również z wielką wrażliwością zwraca uwagę w encyklice *Spe salvi*, na fakt, że: „Zasadniczo miarę człowieczeństwa określa się w odniesieniu do cierpienia i do cierpiącego. Ma to zastosowanie zarówno w przypadku jednostki, jak i społeczeństwa. Społeczeństwo, które nie jest w stanie zaakceptować cierpiących ani im pomóc i mocą współczucia współuczestniczyć w cierpieniu, również duchowo, jest społeczeństwem okrutnym i nieludzkim” (n. 38). Jednym z wielu źródeł cierpienia jest boleśnie przeżywana i doświadczana samotność. Odpowiedź na tę sytuację to jedno z najpilniejszych wyzwań naszych czasów. Jeżeli nie można pomóc w odzyskaniu zdrowia, to nie znaczy, że nie można już nic zrobić. Z chorym trzeba być, trzeba go wysłuchać. Jest to sytuacja solidarności, przekraczająca obowiązki zawodowe. Powinność wynika z odpowiedzenia na cierpienie człowieka i zgodna jest z zasadami etyki zawodowej, która odwołuje się do „uniwersalnych zasad” z *Karty*, bliżej ich nie wyjaśniając²⁴. Silniejsze jednak od prawa jest świadome i wolne poczucie podjęcia obowiązku jako odpowiedzi na konieczność czynienia dobra dla człowieka.

Relacje międzyludzkie są zwrotne. Pielęgniarka, która umie nawiązywać bliski kontakt z chorymi cieszy się satysfakcją z rezultatów swej pracy, a także wdzięcznością pacjentów. Tej pracy, mającej w pewnym sensie wymiar „życia z innymi i dla innych”²⁵, nie mierzy się materialną gratyfikacją. Taka praca jest podstawowym sposobem realizowania siebie. Pielęgniarka nie może pozwolić sobie na dywagacje typu, że do „osamotnienia w nieuchronny sposób popycha ludzi nierozumny egoizm, każący gromadzić rzeczy tylko dla siebie, izolować się od ludzi w wyłącznym posiadaniu rzeczy, w wyłącznym używaniu dóbr materialnych, wartości kulturalnych i właściwości stosunków społecznych. Mieć, mieć tylko dla siebie, nie dzielić z nikim, nie ponosić wysiłku dla innych [...] wtedy wewnętrzna pustka zostaje spotęgowana...”²⁶. Pielęgniarka staje w sytuacji powinności wobec być może egoisty, lecz przede wszystkim wobec chorego, który stracił swój świat, bliskich i przyjaciół, a teraz znajduje się w sytuacji beznadziei, rozpacz i zagubienia.

²³ Jan Paweł II, *Medycyna a prawa człowieka. Jubileusz Lekarzy katolickich*, Rzym 7 VII 2000 r., w: http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/lekarze_07072000.html (8 III 2009).

²⁴ „Zasady etyki zawodowej wynikają z uniwersalnych zasad etycznych i zobowiązują pielęgniarki i położne do przestrzegania praw pacjenta i dbania o godność zawodu” – *Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej*, cz. ogólna, p.1, w: http://www.izbapiel.wloclawek.pl/root/prawo/kodeks_etyki.pdf (9 III 2009).

²⁵ Ibidem, s. 141.

²⁶ J. Szczepański, *Sprawy ludzkie*, s. 24.

Prawo nigdy nie sprawdzi się w sytuacji skrajnego egoizmu, rozpadu więzi, społecznej próżni i braku empatii. Samym prawem nie można stworzyć solidarności, pozostaje ona powinnością moralną. Żaden człowiek nie powinien umierać w samotności i opuszczeniu²⁷. Benedykt XVI zwraca uwagę, że: „Matka Teresa z Kalkuty ze szczególną troskliwością wyszukiwała nędzarzy i opuszczonych, ażeby przynajmniej w chwili śmierci mogli – w ramionach siostr i braci – zaznać ciepła obecności Ojca”. Etyczna powinność, jako poszanowanie godności człowieka, wobec cierpiącego, dla ludzi wierzących wynika z motywów religijnych, z przykazania miłości bliźniego oraz posłania Tego, który jest „Życiem i Miłością”, ale równie jest to powinność etyczna, gdyż drugi człowiek z racji ludzkiej komunii (*communio personarum*) domaga się i ma prawo oczekiwać od najbliższych wszelkiej pomocy. Istnieje też społeczna umowa, rodzaj konwencji, stworzenia warunków pomocy ze względu na wspólny cel, okoliczności życia, łączące ideały kulturowe. Może to być przesłanka szeroko rozumianego humanizmu. Gdyby nawet przyjąć, że banalne są schorzenia, to nigdy nie jest banalnym człowiekiem chory. Personel pielęgniarstwa w tym zakresie, by nie zostawić człowieka samego sobie, może zrobić niezwykle wiele. Aby skutecznie nieść pomoc choremu, potrzebna jest dojrzałość moralna, wrażliwość, obecność oraz poczucie powinności wykraczającej poza podstawowe obowiązki.

Niezależnie od sytuacji, nawet w stanie określanym jako wegetatywny, człowiek jest zawsze człowiekiem. Nigdy w dziejach medycyny leczenie nie było tak skuteczne i bezpieczne jak obecnie. Rozwój medycyny jest niekwestionowanym osiągnięciem nauki. W zakresie pokonywania osamotnienia, zwłaszcza w sytuacji ekstremalnej, cierpieniu temu może zaradzić tylko troskliwa i możliwie bliska obecność pielęgniarki. Chory człowiek niejednokrotnie jest na granicy moralnego i psychicznego załamania. Zdarza się, że pomocy i obecności bardziej potrzebuje najbliższa osoba człowieka chorego. Według Jana Pawła II podstawowym zadaniem służby zdrowia jest w miarę możliwości leczyć, ale zawsze zapewnić opiekę (*to cure if possible, always to care*), dlatego: „Właściwa pomoc pacjentom oraz ich rodzinom powinna też przewidywać obecność i wsparcie lekarza oraz ekipy sanitarnej, których obowiązkiem jest umacniać w rodzinie poczucie wspólnych celów i wspólnie prowadzonej walki o życie; podstawowe znaczenie ma też udział wolontariuszy, gdyż dzięki nim rodzina może wyjść z izolacji oraz poczuć się wartościową a nie osamotnioną

²⁷ Benedykt XVI, *Żaden człowiek nie powinien umierać w samotności*. Do uczestników zgromadzenia ogólnego Papieskiej Akademii „*Pro vita*” i zorganizowanego przez nią kongresu, Rzym 25 II 2008 r., w: http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/benedykt_xvi/przemowienia/provita_25022008.html (9 III 2009).

częścią społeczeństwa”²⁸. Już nie wystarczy kierowanie się zasadą *primum non nocere* – „po pierwsze nie szkodzić”, nie wystarczy podstawa prawnej odpowiedzialności, *salus aegroti suprema lex esto* – „zdrowie pacjenta powinno być najwyższym prawem”, posługa pielęgniarki, jak i każdego, który zbliża się do człowieka chorego wynika nie tylko z zawodowej odpowiedzialności, lecz z powinności moralnej. Nie ochrona zdrowia, lecz służba zdrowia, co jest bardziej adekwatnym pojęciem, implikującym moralne zaangażowanie, którego kodeks pracy nie jest w stanie uchwycić. Co najwyżej do takiego zaangażowania zachęca.

Cały czas mowa jest o powinności etycznej. Realizację wyższych wartości nie gwarantuje kodeksowy fundament. Prawo pełni funkcję wspomagającą, często na poziomie minimalnych wymagań. Niestety, normy zatrudnienia z racji oszczędności są permanentnie łamane. Powinność moralna jest fundamentalna wobec ustawodawstwa, wobec pozornej litości, pieniędzy czy wobec możliwości medycznych. Wszystkie inne rozwiązania zawsze będą leżały poniżej możliwości ludzkiej natury. Dlatego w części szczegółowej *Kodeksu* czytamy: „We współpracy z pacjentem pielęgniarka/położna powinna okazywać życzliwość, wyrozumiałość, cierpliwość stwarzając atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia” (cz. szczegółowa I. 2). W chrześcijańskiej tradycji monastycznej człowiek chory ważniejszy jest od modlitwy i mistycznych doznań. Sformułowano wręcz coś w rodzaju zasady: „Jeśli masz wizję [choćbyś zobaczył samego Boga], a twój brat obok w celi jest chory, to zostaw wizję, zrób mu ziółka”²⁹.

Cóż po prawie, jeśli człowiek niezdolny jest do rachunku sumienia? Niestety, zdarzają się nader jaskrawe przypadki braku wrażliwości sumienia wśród ludzi pracujących w służbie zdrowia. Są to przykre, ale i marginalne przypadki. Nie może też być usprawiedliwieniem to, jak w Polsce traktuje się pracę pielęgniarek. Według szacunków Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w szpitalach brakuje około 50 tys. pielęgniarek, a na jedną pielęgniarkę przypada 40 pacjentów³⁰. Struktura służby zdrowia utrwalona przez wieki w zasadzie przesądza o nieodzowności pracy pielęgniarki w procesie opieki nad chorym. Jest zrozumiałe, że wszędzie tam, gdzie mamy do czynienia z człowiekiem, zwłaszcza chorym i cierpiącym, pojawiają się problemy natury etycznej, naukowej i religijnej. Zagadnienia te mają istotny wymiar społeczny. Zapewne łatwiej jest leczyć człowieka chorego, który ma głębokie,

²⁸ Jan Paweł II, *Człowiek chory zawsze zachowuje swą godność*, Do uczestników międzynarodowego kongresu lekarzy katolickich, Rzym 20 III 2004 r., w: http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/chory_godnosc_20032004.html (9 III 2009).

²⁹ J. A. Kłoczowski, *Filozofia dialogu*, s. 144.

³⁰ S. Szpakowska, *Czy zabraknie siostr*, Rzeczpospolita 2008, z 26 VIII, s. A4.

rodzinne związki uczuciowe. Gdy związków tych brakuje, z pomocą może przyjść pielęgniarka. W poszanowaniu tajemnicy zawodowej przyjmuje powierzone jej przez chorego poufne informacje. Dba o bezpieczeństwo pacjenta oraz w miarę możliwości stara się, by zaradzić jego potrzebom. Należy pamiętać, że każde takie działanie wiąże się z wysiłkiem duchowym i fizycznym. Między człowiekiem a człowiekiem, a nawet człowiekiem a światem i Bogiem, na przeszkodzie stoi ludzkie *ego*, rozumiane jako nieposkromiony egoizm, każący zajmować się tylko sobą.

Można powiedzieć więcej, etyczna powinność jest podstawą, moralnym kręgosłupem, to dzięki niej podejmuje się działania zmierzające do uczynienia dla pacjenta więcej niż tylko to, co przewiduje technika leczenia farmakologicznego lub chirurgicznego. Powinność sięga godności i zdolności odpowiadania na cierpienie drugiego człowieka oraz przyjście mu z pomocą. Należy uczynić więcej niż określa to chrześcijańska etyka Dekalogu oraz przysięga Hipokratesa. Jakkolwiek to może zabrzmieć, ale dla służby zdrowia, a więc dla lekarza i pielęgniarki najważniejszym i najgłębszym przesłaniem powinności jest miłosierdzie. Jedynym lekarstwem na osamotnienie jest obecność.

3. Podmiotowość w zawodzie pielęgniarki

Nieludzka jest ucieczka od świata wartości, od obowiązku dokonywania wyborów i ponoszenia odpowiedzialności za podejmowane decyzje. Odpowiada jednak za swoje działania tylko osoba wolna i świadoma swych czynów. Nigdy nie wolno sprowadzić człowieka do roli narzędzia. Wymiar moralny człowieka jest jego istotną cechą, decydującą o tym, że możemy mówić o ludzkim działaniu. Nikt nigdy nie może zwolnić pielęgniarki z wymagań moralnych, przed jakimi życie stawia każdą osobę. Niemożliwa jest neutralność aksjologiczna. Również sama pielęgniarka, uczestnicząc w leczeniu chorych, nie może zrezygnować z prawa do kierowania się sumieniem i normami wypływającymi z prawa naturalnego. Gwarantuje to również *Kodeks*: „Pielęgniarka/położna ma prawo odmówić uczestnictwa w zabiegach i eksperymentach biomedycznych, które są sprzeczne z uznawanymi przez nią normami etycznymi” (cz. szczegółowa I. 6.). Chodzi o to, że w imię źle współcześnie rozumianej wolności, nie należy podejmować pseudodyskusji, która za sytuację normalną uznaje aborcję, eutanazję, a nawet przymusową farmakologiczną kastrację ludzi cierpiących na zaburzenia seksualne. Niedopuszczalne są także testy oraz prowadzone eksperymenty na dzieciach³¹. Udział w takich praktykach niszczy zaufanie pacjentów do lekarza i pielęgniarki.

³¹ P. Ramsey, *Pacjent jest osobą*, przeł. S. Łypacewicz, Warszawa 1977, s. 54–55.

Służba zdrowia jest służbą życiu. Andrzej Szczeklik, powołując się na literacki przykład z książki Johna Maxwella Coetzeego (*Slow Man*), ale potwierdzony własną praktyką kliniczną stwierdza: „Obłożnie chory, przykuty do łóżka, targany cierpieniem, zamyka się w sobie, jak w czterech ścianach sali szpitalnej. Świat traci koloryt, oddala się, niknie. Tą, która potrafi przywrócić mu barwy, odsłonić urodę świata – może być pielęgniarka”³². A przecież, zwłaszcza dla człowieka, który po raz pierwszy w życiu trafia do szpitala – „Jest w szpitalnej ciszy coś dziwnego. Coś się wyłania spośród płataniny przewodów, kabli, monitorów, rur intubacyjnych i masek tlenowych, może niespokojne wyczekiwanie, może lęk pomieszany z nadzieją, niezdrowym snem i zmęczeniem”³³. Przyzwyczajenie pielęgniarki do miejsca pracy osłabia świadomość, jak dziwnym i obcym miejscem dla chorego może być szpitalna sala. Oczekuje się, że pielęgniarka, mając konieczny dystans, jednak w pracy nie wypali się do tego stopnia, by wobec bólu chorego, jego nieporadności, nie czuć powinności przyjscia mu z pomocą. Zawsze będą istniały dylematy typu, jak i kiedy oraz w jaki sposób być z chorym? Jak pokonać niewidzialny mur lub obcość, nie naruszając intymności chorego, dając mu czas, a także spokój na przeżywanie choroby.

Jak w oparciu o modelowe rozwiązanie, praktykowane w Szwecji, stwierdza o. prof. Erwin Bischofberger, około 50% pacjentów umiera w samotności. Ponadto zapomina się, że „pacjent ma prawo do śmierci, ale nie do tego, aby być zabitym”³⁴. Nie da się w szpitalu stworzyć domu, a jednak wiele można ofiarować cierpiącemu człowiekowi. Doświadczenie zawodowe, ilość bezpośrednich obserwacji jest niezwykłym kapitałem, który zawsze może zaowocować odpowiednio dobranym słowem, obecnością na czas i pomocną ręką. Lekarz ustala diagnozę, zaleca terapię, lecz nie jest tak, że może obejść się bez pomocy pielęgniarki. To pielęgniarka informuje lekarza, że „chory ma zły kontakt”. Zagadnienie to ujmuje *Kodeks*: „Moralnym obowiązkiem jest kształtowanie poczucia odpowiedzialności za wykonywaną pracę, nawyku uczciwości, rzetelności, pracowitości i dokładności” (cz. IV, 1). Najczęściej to właśnie pielęgniarka ocenia wydolność psychofizyczną chorego i jego rodziny w zakresie samoopieki. Zadziwiające jest, jakich umiejętności oczekuje się od pielęgniarki, aby jednocześnie potrafiła ona na tyle pomagać, by nie sprawić wrażenia, że rodzina jest zbędna. Ocenia się, że zbyt mocna autorytatywna postawa personelu może wywoływać w pacjencie też zbyt wielką bierność, co również w procesie leczenia nie jest korzystne. Nie bez sensu jest uwaga: „Czy to nie dziwne, że ludzie mogą umierać wcześniej, niż umierają ich ciała, [...]”³⁵.

³² A. Szczeklik, *Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny*, Kraków 2007, s. 242.

³³ M. Olszewski, *Pomóż mi umrzeć*, Tygodnik Powszechny 2008, z 1–6 I, s. 14.

³⁴ J. Tomczak, *Lekarz katolicki musi być widoczny*, Nasz Dziennik 2008, z 15 IX, s. 3.

³⁵ M. Wilson, *Zdrowie, postawy i wartości*, w: *Sens choroby...*, s. 106–107.

Według Antoniego Kępińskiego, tak jak symbolem samotności jest noc, tak jest też ona symbolem śmierci. Te lęki się przenikają i dopełniają. „Noc zbliża człowieka do nieznanego, do tego, co w nim i w świetle otaczającym skryte, co ginie w świetle dnia, a odsłania swą twarz dopiero w nocy. Lęk przed samotnością nocy jest lękiem przed nieznanym. Jest lękiem przed zagładą bytu”³⁶. Samotność wynika z rozbicia struktur rodzinnych, społecznych, zerwania z tradycją, „[...] człowiek musi wiedzieć skąd przyszedł i dokąd zmierza, gdyż taka jest jego natura. Samotność jest sprzeczna z naturą człowieka i w ogóle wszystkich istot żywych”³⁷. Dalej, omawiając aspekty psychoterapii i socjoterapii Kępiński pisze: „Jak już wspomniano, chory nie powinien czuć się samotny; samotność zwiększa poczucie zagrożenia, nasila smutek. Chory powinien czuć obecność bliskiej osoby przy sobie, mieć świadomość, że może się na kimsz oprzeć, że nie jest całkiem sam, że ktoś go rozumie lub przynajmniej chce go zrozumieć, że ktoś może mu pomóc i wprawdzie niewiele, ale zawsze, choć trochę przynieść ulgi”³⁸. Przełamać poczucie samotności w pierwszym rzędzie pomaga rodzina, ale również lekarz i pielęgniarz stwarza swą obecnością nadzieję już w momencie pierwszego kontaktu. Natomiast w stosunku do rodziny pielęgniarz bardzo często jest doradczynią, dlatego musi być inteligentna i dobrze przygotowana do zawodu.

Na tym etapie rozważań nie chodzi o to, czy powinność jest nakazem rozumu praktycznego, jak twierdził Kant, lecz o to, że podmiot, czyli pielęgniarz jest istotą moralną. Rozpoznaje możliwe dobro, jakie może uczynić i sama czuje się zobowiązana do czynu. Tym samym, w dobrym czynie aktualizuje się osoba, spełnia się człowiek. Wobec skrajnych propozycji opartych na filozofii nihilizmu, aby eutanazja była rozwiązaniem wobec bólu i cierpienia, tym bardziej widać wyzwanie dla wszystkich, ale szczególnie tych, którzy czują się powołani do ratowania ludzkiego życia. Lekarskie prawo do sprzeciwu sumienia³⁹ przysługuje wszystkim, a więc również pielęgniarzom, położnym, każdemu zatrudnionemu w służbie zdrowia (Kodeks cz. II, 6.). Nie do przyjęcia jest też postawa milczącej zgody na moralnie złe procedury medyczne, choćby zostały one usankcjonowane prawem stanowionym. W ten sposób wyraża się zgodę na moralny relatywizm. Godność, autonomia osoby, podmiotowość zawsze będzie konfrontowana pomiędzy powinnością moralną na straży, której stoi sumienie, a zobowiązaniem do wypełniania prawa stanowionego. W sytuacji konfliktu obowiązuje prawo sprzeciwu sumienia. Nikt nikogo

³⁶ A. Kępiński, *Lęk*, Warszawa 1977, s. 87–88.

³⁷ Ibidem, *Melancholia*, Warszawa 1979, s. 262–263.

³⁸ Ibidem, s. 274–275.

³⁹ Deklaracja Gdańska XI Europejskiego Kongresu Federacji Katolickich Stowarzyszeń Lekarskich (FEAMC), Gdańsk 14 IX 2008, w: <http://www.kdslzdr.katowice.opoka.org.pl> (9 III 2009).

nie może zobowiązać do uczestniczenia w tworzeniu ludzkich hybryd, zmuszać do udzielania pomocy w samobójstwie, praktyce eugenicznej, dyskryminujących pacjentów ubogich itp.

Niebezpieczna jest praktyka nieustannego i skrupulatnego przeliczania kosztów leczenia, bowiem są takie obszary w relacji personel pielęgniarski do pacjenta, których ekonomicznie nie da się określić. Nie chodzi tu o czysty wolontariat i altruizm. Uprawianie zawodu pielęgniarki to także praca ta, która jest źródłem utrzymania i winna być godziwie wynagradzana. Jednakże niskie płace nie mogą decydować o stopniu zaangażowania, sumiennosci, poświęceniu sił i czasu w pielęgnacji ludzi chorych. Istnieją też luki prawne, brak regulacji i niespójności. Pielęgniarka staje wobec zagadnień dyskusyjnych, np., gdzie są granice uporczywej oraz intensywnej terapii, gdzie są granice transplantologii czy kwestie wykorzystywania ludzkich embrionów w celach przemysłowych? W takich sytuacjach decydujący jest głos sumienia.

Mimo różnych opinii, jedno pozostaje pewne: należy dążyć do coraz lepiej zorganizowanej opieki hospicyjno-paliatywnej, gdzie chory może być pewien, że nie jest skazany na samotną walkę z cierpieniem. Jan Paweł II zwraca uwagę na fakt, że nie sposób uniknąć błędnej diagnozy, a jednak praktyka dowodzi, że: „[...] dość licznym pacjentom, dzięki właściwemu leczeniu i trafnym programom rehabilitacyjnym udaje się wyjść ze stanu śpiączki”⁴⁰. Nie można z absolutną pewnością orzec wielkości szansy na odzyskanie zdrowia w stosunku do chorych w stanie klinicznym. Jednak trzeba zrobić to, co nakazuje sumienie wrażliwe na ratowanie życia.

Najczęściej z chorym jest personel przeprowadzający procedury terapeutyczne oraz rehabilitacyjne. Takie czynności, jak odżywianie, podawanie płynów, higiena, utrzymanie temperatury, a nawet bardzo zaawansowane dozowanie leków i ustrojowych preparatów leżą w zakresie obowiązków pielęgniarki. Ten bliski kontakt oraz sposób odniesienia do pacjenta stwarza nieograniczone pole dla inwencji i zaangażowania pielęgniarki, która winna wierzyć w powodzenie udzielanej terapii. Winna wierzyć w niewymierną wartość swej służby. Jakże często ważny jest tylko kontakt wzrokowy. Nawet tzw. mowa ciała (*body language*) jest formą przyjaznej komunikacji. Dobre, przyjazne słowa są jak uśmierzające okłady na otwarte rany. Pielęgniarka musi sama umieć panować nad oznakami zmęczenia i zniechęcenia, które są naturalne. Musi też posiadać umiejętność opanowywania uczuć niepokoju czy nawet zdenerwowania, umieć przyjąć postawę dyspozycyjną i służebną, wsłuchiwać się w skargi, prośby chorego, a więc być w pełni w wyjątkowym „akcie terapeutycznym”. Po latach

⁴⁰ Jan Paweł II, *Człowiek chory zawsze zachowuje swoją godność. Przemówienie do uczestników międzynarodowego Kongresu Lekarzy Katolickich*, w: <http://www.kuria.lomza.pl/index.php?wiad=749> (9 III 2009).

pracy pielęgniarka wie, jak banalnie mogą brzmieć slogany typu „wszystko będzie dobrze” i jak bardzo mogą irytować chorych. Podobnie wie, że nie wolno rozmawiać z człowiekiem cierpiącym, jak z dzieckiem.

Chora, wrażliwa uczuciowość bardzo przeszkadza w pracy i naraża pacjentów na dodatkowe cierpienia. W ten sposób pielęgniarka może zagubić sens i koncentruje się na własnych doznaniach. A. Kępiński skupia się przede wszystkim na roli pielęgniarki psychiatrycznej, ale takie zdania dotyczą właściwie wszystkich biorących udział w procesie leczenia: „[Pielęgniarka] stara się poprawić nastrój chorego, zmniejszyć jego rozdrażnienie czy zły humor, wciągnąć go do życia na oddziale, zmniejszyć jego opór w stosunku do lekarza i leczenia. Czasem wystarczy uśmiech, żart, drobny gest, niekiedy znów trzeba dłużej z chorym porozmawiać. Każdy chory wymaga innego podejścia i na tym polega doświadczenie [...] zarówno lekarza, jak i pielęgniarki, by umieć do chorego znaleźć właściwą drogę”⁴¹. Nikt nie sądzi, że pokonanie uczuć lęku, rezygnacji lub braku nadziei, a nawet rozpacz jest łatwe, ale jakże pożądana w procesie leczenia jest obecność drugiego człowieka. Aby temu podołać, trzeba mieć przekonanie, co do słuszności i pewności wybranych wartości. Człowiek promieniuje tym, co sam czuje i tym, co wypełnia jego serce.

Zapomina się, jak ważną rolę w relacjach i komunikacji spełnia dotyk. Bardzo często istnieje lęk przed dotykiem, przed nadużyciem i przekroczeniem sfery intymności. Bo też ludzkie ciało i wrażliwość ma coś z kruchości. Dotyk może wyrażać ogromny szacunek i być gestem delikatności oraz współczucia. Dotyk jest czymś fundamentalnym w wyrażaniu rzeczywistej komunii z drugą osobą. Dotykiem można przekazać wyrazy szacunku dla chorego ciała, bezbronnego, obnażonego bez zawłaszczania lub obojętności. Teologia ludzkiego ciała to dziedzina dopiero się rozwijająca. Zapewne w przyszłości na niej będzie opierać się wyższa kultura i skuteczność pracy pielęgniarki. Wiąże się to z dużym wyczuciem i umiejętnością zbliżenia się do drugiego człowieka. W sytuacjach wątpliwych, co do trwającego życia, zawsze istnieje zobowiązanie okazywania szacunku, co w naszej kulturze obejmuje również ciało zmarłego człowieka.

Ludzka wytrzymałość jest wielka, lecz także ograniczona. Wiadomo, że nie na wszystkich odcinkach praca pielęgniarek jest jednakowo trudna i wymaga wyjątkowych zdolności oraz wytrzymałości. Takimi trudnymi miejscami są hospicja, oddziały psychiatryczne, oddziały onkologii, również dziecięcej lub ciężkich urazów ze stanem śpiączki włącznie. Wiąże się to z koniecznością zapobiegania załamań „psychicznych” wśród pielęgniarek. Tu niezwykle ważna jest praca zespołowa, klimat panujący na oddziale, solidarność wśród pielę-

⁴¹ A. Kępiński, *Rytm życia*, Kraków 1978, s. 280–281.

gniarek. „Cała organizacja pracy [winna być] skierowana przeciw samotności – nie tylko chorych, lecz i współpracowników. Każdy pacjent [winien być] powierzany szczególnej trosce nie jednej, lecz zawsze dwóch pielęgniarek, które wspólnie »biorą go na siebie« i pomagają jedna drugiej, także w znoszeniu ciężaru, jakim jest uczestniczenie w cierpieniu drugiego człowieka”⁴². W takiej wspólnocie dzielenia się problemami, szybko można się zorientować, że wszyscy mają podobne trudności i że w tych odczuciach nie jest się osamotnionym. Konieczna jest też szersza wymiana doświadczeń niesienia pomocy w osamotnieniu, wynikającym z choroby i pokonywaniu osamotnienia w trudach pracy pielęgniarek, nawet na skalę międzynarodową.

Zakończenie

Praca pielęgniarki/położnej jest w pierwszym rzędzie działaniem etycznym, a w drugim technicznym. Zawsze w każdym przypadku, czy będzie to opieka nad niepełnosprawnymi, czy pielęgniarstwo geriatryczne, neurologiczne, opieka paliatywna, czy na oddziałach chirurgicznych i rehabilitacji, celem jest niesienie pomocy choremu. Praca ta wymaga podejścia i opieki holistycznej. Dlatego, jakkolwiek konieczna jest podstawa i regulacje prawa pracy, standardy etyczne zapisane w *Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej*, to również ważna jest podmiotowa sprawność poczucia powinności wobec ludzkiego życia, śmierci, choroby i zdrowia. Wynika to z poszanowania jego godności, przeżywania ludzkiej solidarności oraz chrześcijańskiej powinności miłości bliźniego, czyli moralnej powinności, która przez wieki kształtowała etyczną kulturę Europy. Chory człowiek, oprócz pomocy medycznej, potrzebuje obecności. W szpitalu, ale i w wielu innych okolicznościach, pomagając choremu, obecność pielęgniarki może być „cudownym lekarstwem”. Pielęgniarka, praktykując ludzkie podejście do człowieka chorego, kierując się powinnością niesienia pomocy, daje medycynie „duszę”, a ludziom nadzieję.

DIAGNOSIS – SOLITUDO. ANTIDOTUM – PRAESENTIA (ZUSAMMENFASSUNG)

Die Einsamkeit kann heute eine der größten Quellen des Leidens werden. Die Erfahrung des Allein-Seins muss jedoch nicht destruktiv werden. Sie kann nämlich zu einer Auseinandersetzung mit sich selbst führen und kann auch die Leere im Leben aufdecken. Im Allein-Sein wacht der Mensch zur bewussten Wahrnehmung der eigenen Person auf. Die Erfahrung der Einsamkeit führt

⁴² C. Saunders, *Hospicjum św. Krzysztofa, w: Sens choroby...*, s. 288–291.

manchmal zum tieferen Bewusstsein der eigenen Einmaligkeit, der Unersetzbarkeit und der Unvergänglichkeit und wird somit zu einer Bereicherung. Eine solche positive Einsamkeit muss von der Vereinsamung unterschieden werden. Das Gefühl der Vereinsamung, des Verlassen-Seins, des Isoliert-Seins ist eine negative Erfahrung, die mit fehlenden Kontakten zu anderen zusammenhängt. Eine solche Situation wird in verschiedener Weise von einem kranken Menschen erfahren. Er erlebt sie als seine eigene Niederlage, die den Schmerz der Krankheit noch verstärkt. Der Autor des Artikels analysiert die Erfahrung der Einsamkeit und Vereinsamung gerade in der Situation der Krankheit, die mit einem Krankenhausaufenthalt zusammenhängt. Er versucht dabei die Verpflichtungen des medizinischen Personals, vor allem der Krankenschwester, zu erörtern. Das *Antidotum*, das die zerstörenden und destruktiven Folgen der Vereinsamung lindern kann, ist die Gabe der Anwesenheit. Die Arbeit der Krankenschwester/Hebamme verlangt nach einer holistischen Einstellung. Im Krankenhaus, aber auch in vielen anderen Situationen kann die hilfreiche Anwesenheit der Krankenschwester wie eine wunderbare Medizin wirken. Durch eine zutiefst menschliche Einstellung zum Kranken, der nach Hilfe und Linderung seines Leidens ruft, gibt eine gute Krankenschwester der Medizin eine „Seele“, und den Menschen Hoffnung.

DIAGNOSIS – SOLITUDO.
ANTIDOTUM – PRAESENTIA
(SUMMARY)

Solitude is in today's life one of the greatest sources of suffering; however, the experience of solitude does not always have to be destructive. It can lead to self-confrontation and reveal some existential emptiness. Solitude awakens in human the awareness of his/her own personality. A solitude experience can lead sometimes to strengthening the feel of one's own uniqueness, indispensability and everlastingness, so it becomes an enriching experience. Such positive solitude is to be seen as different from loneliness. The feeling of loneliness, isolation, being left alone, is a bad experience for it signifies a lack of contact with other people. Such loneliness on various levels and to a varying extent is experienced by a man/woman who is sick, facing a failure which even increases the pain. The author of this article analyzes the experience of solitude and loneliness occurring in the situation of sick people who have to stay in hospital, and he focuses on the duties of the medical staff, especially nurses. An „antidote“ which can help reduce and relieve the devastating and destructive results of loneliness is the gift of attentive presence. The work of a nurse/midwife calls for an appropriate approach and holistic care. In hospital, but also in many other similar circumstances, a nurse's helping hand and presence can be a „miraculous medicine“. A nurse who believes in a deeply human approach to a sick person calling for help and relieve in his/her suffering, gives „soul“ to medical care and hope to people.