

dr Agata Maksymowicz

*AGH Akademia Górniczo-Hutnicza, Wydział Humanistyczny, Kraków
Wyższa Szkoła Bankowości i Zarządzania w Krakowie*

SPOŁECZEŃSTWO INFORMACYJNE A JAKOŚĆ UMIERANIA W DZISIEJSZYCH CZASACH

Wprowadzenie

Koncepcje filozoficzne i socjologiczne dotyczące społeczeństwa informacyjnego kładą nacisk na znaczenie wiedzy, procesów modernizacyjnych, rozwój nowoczesnych technologii (głównie elektronicznych i informatycznych), które przyczyniają się do poprawy jakości życia. Czy te wszystkie pozytywne aspekty współczesności mają wpływ na jakość i humanitarne, godne warunki umierania?

Problem ten dotyczy nas wszystkich i z tego chociażby powodu wymaga refleksji, próby analizy i wypracowania pewnych postulatów dotyczących sposobów poprawy istniejących warunków w tym zakresie. Dzisiejsze czasy skłaniają do zadumy nad kresem ludzkiego życia. Ostatnie wydarzenia, takie jak trzęsienie ziemi na Haiti, tsunami w Tajlandii, zamachy terrorystyczne w różnych zakątkach świata nasuwają myśli o kruchości i niepewności ludzkiego istnienia.

Jednak katastrofy, zbrodnie, klęski żywiołowe, nawet o tak masowym charakterze, nie są najczęstszą przyczyną zgonów. Przeważnie ludzie umierają wskutek różnorodnych schorzeń, wśród których największe zniwo zbierają choroby układu krążenia i nowotwory. W Polsce stanowią one ponad 70% wszystkich zgonów¹. A to często oznacza, że zanim umrzemy, czeka nas krótszy lub dłuższy czas chorowania. Celem artykułu jest analiza okresu choroby poddany pod względem warunków towarzyszących człowiekowi w ostatnich chwilach jego życia.

1. Społeczeństwo nowoczesne i medykalizacja śmierci i umierania

Społeczeństwo nowoczesne wraz z rozwojem technologii medycznych, innowacjami naukowymi przyczynia się do poprawy jakości życia i zdrowia ludności, wydłużenia statystycznej długości życia, głównie w zamożnych i rozwiniętych społeczeństwach. Wiele chorób kiedyś uznawanych za śmiertelne, dziś z powodzeniem można wyleczyć, w innych przypadkach leki i specjalistyczna aparatura medyczna sprawia, że chorzy mogą w miarę sprawnie funkcjonować. W dobie społeczeństwa informacyjnego postęp w dziedzinie jakości usług medycznych i specjalistycznych terapii, farmakologii oraz specjalistycznym sprzęcie jest jeszcze bardziej zauważalny w porównaniu do poprzednich lat.

¹*Sytuacja demograficzna w Polsce*, Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Demograficznych, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_LU_podsta_info_o_rozwoju_demograf_polski_do_2008_r.pdf.

Jednak są i mniej optymistyczne strony tej sytuacji. Rozwój techniki medycznej oraz szeroko rozumiane ogólne przemiany kulturowe zachodzące w społeczeństwach rozwiniętych, zamożnych wywołują proces usuwania umierania i śmierci z pola widzenia i przeniesienie ich do szpitali. Śmierć zostaje schowana, wyparta, odizolowana od „normalnego życia”. Śmierć realna, bezpośrednio doświadczana staje się tematem tabu, dotyczy jedynie osoby umierającej i jej najbliższego otoczenia (prywatyzacja śmierci i żałoby). Wyjątkiem od tej reguły jest śmierć znanych osobistości: aktorów, polityków, czy zupełnie wyjątkowe w kontekście zbiorowej i masowej żałoby odejście Jana Pawła II².

Zygmunt Bauman twierdzi, że w społeczeństwie nowoczesnym mamy do czynienia z zabiegiem dekonstrukcji śmiertelności, udawaniem, że śmierci nie ma, są jedynie schorzenia, które da się wyleczyć, z którymi medycyna stara się sobie poradzić i tylko niekiedy, w niektórych indywidualnych przypadkach jej się to nie udaje³.

Ze zjawiskiem przeniesieniem umierania i śmierci do wyspecjalizowanych placówek - szpitali wiąże się ściśle proces ich medykalizacji czyli przejęcie kontroli przez medycynę nad końcową fazą życia ludzkiego. Proces ten doprowadził do zmniejszenia roli rodziny w opiece nad umierającym i zastąpienia jej przez wyspecjalizowany personel. W drastyczny, a zarazem realistyczny sposób medykalizacja śmierci może być przedstawiona jako obraz człowieka „najeżonego rurkami”, podłączonego do aparatury medycznej przedłużającej jego cierpienia i agonię⁴. Taki obraz może nasunąć myśli o niepotrzebnym przedłużaniu cierpienia człowieka, o powszechności zjawiska stosowania uciążliwych terapii w sytuacjach, kiedy lepiej byłoby ograniczyć się do leczenia bólu i przygotowania psychicznego oraz duchowego człowieka do śmierci.

Szpital jako miejsce pobytu dla umierających poddawany jest wielu negatywnym ocenom. Mamy tu do czynienia ze zbiurokratyzowaną, totalną organizacją, w której często spotykamy bezdusność i rutynę, zrytualizowane postawy personelu medycznego, przedmiotowe traktowanie pacjenta uznawanego tylko za konkretny przypadek chorobowy (depersonalizacja). O zachowaniach człowieka, który znajdzie się w szpitalu, decyduje personel medyczny, rozstrzygając kontrolę nad tym co ma on jeść, co zażywać, kiedy spać, etc.⁵. Śmierć w samotności jest zjawiskiem nierzadkim w takich miejscach. Bywa, że w tych ostatnich chwilach nie ma przy umierającym jego rodziny, bliskich.

Dane Głównego Urzędu Statystycznego dotyczące miejsca zgonów w Polsce wskazują, że zmniejsza się ilość osób umierających w domu (z 49% w 2000 roku do 38% w 2004 roku), natomiast powiększa liczba zgonów w szpitalach oraz w mniejszym stopniu w hospicjach i innych specjali-

² M.in.: P. Aries *Śmierć odwrócona* [w:] S. Cichowicz, J. Godzimirski (red.), *Antropologia śmierci. Myśl francuska*, PWN Warszawa 1993; Z. Bauman *Śmierć i nieśmiertelność. O wielości strategii życia*, PWN Warszawa 1998; M. Foucault, *Narodziny kliniki*, Wydawnictwo KR, Warszawa 1999.

³ Z. Bauman, *Śmierć...*, op. cit.

⁴ A. Kubiak, *Inne śmierci. Tanatologiczne nurty we współczesnej kulturze*, „Kultura i społeczeństwo” 2007, nr 1.

⁵ M. Zawiła, *Religia i śmierć. trajektorie umierania i jej religijne elementy na przykładzie środowisk hospicyjnych w Polsce*, NOMOS, Kraków 2008, s. 59–63.

stycznych placówkach, domach opieki społecznej (ponad 50% zgonów w szpitalach w 2004 roku, i 5% w hospicjach i innych zakładach opieki społecznej)⁶.

Opieka rodziny w domu często staje się niewystarczająca, najbliżsi nie są w stanie zastosować terapii wymagających specjalistycznego przygotowania, odpowiednich kwalifikacji i umiejętności. Ponadto przemiany dokonujące się w rodzinie (model rodziny nuklearnej, małe mieszkania, praca zawodowa kobiet, etc.) sprawiają, że nie jest ona w stanie odpowiednio zatroszczyć się o chorego, umierającego człowieka.⁷

2. Społeczeństwo późnej nowoczesności – nowe alternatywy: hospicja i eutanazja

Społeczeństwo nowoczesne „wyprowadziło” proces umierania i śmierci z domu i umiejscowiło je w szpitalach. W dobie społeczeństwa późnej nowoczesności pojawiły się inne, krańcowo różne alternatywy i próby przywrócenia godności umieraniu: hospicja i eutanazja.

Pierwsze hospicjum im. Świętego Krzysztofa powstało w 1968 roku w Wielkiej Brytanii. Stworzyła je Cicely Saunders. Już w latach 70. zawitały one również do Polski (pierwsze było Hospicjum Św. Łazarza w Krakowie)⁸. Obecnie jest w naszym kraju 190 takich placówek⁹. Ich zadaniem jest kompleksowa opieka nad osobami terminalnie chorymi: medyczna, pielęgnarska, psychologiczna i duchowa, oparta w dużej mierze na wolontariacie. Stopień ich sformalizowania i zbiurokratyzowania jest znacznie mniejszy niż w szpitalach.

W związku z technicznymi możliwościami medycyny podtrzymywania życia ludzkiego niemal w nieskończoność, pojawia się też inna propozycja nowego rozwiązania – eutanazji – tak zwanej „śmierci na życzenie”, która pozwoli godnie umrzeć bez niepotrzebnego przedłużania cierpienia i uzależnienia od pomocy innych – najbliższych, personelu medycznego. Termin końca życia ustala sam chory, lub jego bliscy. Oto jak tłumaczy to zjawisko V. Jankelevitz:

„Lekarz ma walczyć o życie. W niektórych przypadkach prowadzi to jednak do absurdu. Ten problem pojawił się wraz z nowoczesnymi technikami reanimacji, dziś możemy niemal w nieskończoność podtrzymywać chorego przy życiu, z tym że pacjent nie jest świadomym człowiekiem, lecz tylko żywym organizmem, znajduje się w stanie śpiączki, wegetuje: oddycha, jego serce bije, ale czy to jest życie? Lekarz może utrzymywać pacjenta w takim stanie bardzo długo. Jest to raczej sztuka dla sztuki, pozbawiona większego sensu. Eutanazja wyrasta ze sprzeciwu wobec takich praktyk”¹⁰.

⁶ Ibidem, s.70, 71.

⁷ Ibidem, s.44, 45.

⁸ J. Stokłosa, *Hospicjum alternatywą wobec eutanazji – jego rola w opiece nad terminalnie chorym i rodziną*, [w:] K. Gryz, B. Mielec (red.), *Chrześcijanin wobec eutanazji*, Wyd. Św. Stanisława BM Archidiecezji Krakowskiej, Kraków 2001, s.87.

⁹ M. Zawila, *Religia...*op. cit., s. 76.

¹⁰ V. Jankelevitz, *To co nieuchronne*, PIW, Warszawa 2005, s. 51.

Postulaty wprowadzenia takiego rozwiązania i odpowiednie ustawodawstwo umożliwiające lekarzom uśmiercanie cierpiących chorych, umierających nie mających szans na wyzdrowienie, pojawiły się i zostały wprowadzone w życie w niektórych bogatych krajach zachodnich (np. Holandia, Belgia, Luksemburg, stan Oregon w USA), gdzie możliwości medycyny w stworzeniu optymalnych warunków chorowania, leczenia i przynoszenia ulgi w cierpieniu są największe.

Wszyscy pamiętamy głośne spory wokół apelu o eutanazję Amerykanki Terri Schiavo, czy Włoszki Eluany. W Polsce dopiero w ostatnich latach pojawiły się dramatyczne apele cierpiących, nieuleczalnie chorych osób o umożliwienie im poddania się eutanazji. Są one odczytywane przez wielu nie jako rzeczywiste prośby o śmierć, lecz jako dramatyczny krzyk o pomoc w sytuacji braku pomocy (medycznej, opiekuńczej i finansowej) i zainteresowania ze strony odpowiednich służb medycznych, socjalnych i innych. Te przypadki, to między innymi głośny apel o eutanazję sparaliżowanego i oddychającego za pomocą respiratora Janusza Świtaja. Takie sygnały świadczą o tym, że również w Polsce znajdujemy się w przededniu debaty dotyczącej legalizacji eutanazji i działań ustawodawczych polityków w tym zakresie.

Badania CBOS z 2009 roku wskazują, że 48% Polaków uważa, że lekarze powinni spełniać wolę cierpiących, nieuleczalnie chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć. Przeciwnego zdania jest 39%, a 13% nie ma wyrobionego zdania w tej kwestii. Wśród zwolenników takiego rozwiązania przeważają ludzie młodzi, nie uczestniczący w praktykach religijnych, o przekonaniach lewicowych, mieszkający w dużych miastach. Częściej są to mężczyźni niż kobiety. Interesujące jest to, że w przypadku użycia w pytaniu ankiety słowa „eutanazja” odsetek zwolenników jej stosowania wyraźnie spada do 36% (przy 37 % przeciwników i 23 % nie mających zdania).¹¹

Mamy zatem w dzisiejszych czasach cztery możliwe rozwiązania dotyczące miejsca i sposobu umierania, przy przyjętym założeniu, że większość z nas przed śmiercią będzie chorować i wymagać opieki innych osób. Są to:

- dom i opieka rodziny – rozwiązanie „tradycyjne”,
- szpital – rozwiązanie „nowoczesne”,
- hospicjum – rozwiązanie „ponowoczesne” (istnieje tu możliwość opieki hospicyjnej w domu osoby terminalnie chorej),
- eutanazja – radykalne „rozwiązanie ponowoczesne”.

Badania CBOS-u pokazują, że Polacy uważają za właściwe miejsce do umierania dom (uważa tak 68% respondentów, jedynie 14% uznaje, że to powinien być szpital, a 18% nie ma zdania w tej

¹¹ R. Boguszewski. *Opinia społeczna o eutanazji*, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_142_09.PDF (na dzień 01.07.2013r.).

kwestii)¹² Jednocześnie Polacy przyznają, iż rzadko myślą o kresie życia: 29% nigdy o tym nie myśli, 45% - rzadko, a jedynie 26% badanych przyznaje się do częstej refleksji nad śmiercią.¹³

Podsumowanie

Wydaje się, że należy spróbować pobudzić opinię publiczną i skłonić ją do głębszego zadumania się nad tą sferą rzeczywistości, ponieważ umieranie i śmierć jako zjawisko nieuchronne i dotyczące każdego z nas zasługuje na odzyskanie ważnego miejsca w debacie publicznej i życiu społecznym. Należy zrobić wszystko, aby ludzie mogli umierać w godnych warunkach i humanitarnym środowisku.

Bibliografia

- [1] Aries P. *Śmierć odwrócona* [w:] S. Cichowicz, J. Godzimirski (red.), *Antropologia śmierci. Myśl francuska*, PWN, Warszawa 1993.
- [2] Bauman Z., *Śmierć i nieśmiertelność. O wielości strategii życia*, PWN, Warszawa 1998.
- [3] Foucault M., *Narodziny kliniki*, Wydawnictwo KR, Warszawa 1999.
- [4] Jankelevitz V., *To co nieuchronne*, PIW, Warszawa 2005.
- [5] Kubiak A., *Inne śmierci. Tanatologiczne nurty we współczesnej kulturze*, „Kultura i społeczeństwo” 2007 nr 1.
- [6] Stokłosa J., *Hospicjum alternatywą wobec eutanazji – jego rola w opiece nad terminalnie chorym i rodziną*, [w:] Gryz K., Mielec B. (red.), *Chrześcijanin wobec eutanazji*, Wyd. Św. Stanisława BM Archidiecezji Krakowskiej, Kraków 2001.
- [7] M. Zawila *Religia i śmierć. trajektorie umierania i jej religijne elementy na przykładzie środowisk hospicyjnych w Polsce* NOMOS, Kraków 2008.
- [8] http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_LU_podsta_info_o_rozwoju_demograf_polski_do_2008_r.pdf
- [9] http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2005/K_098_05.PDF
- [10] http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_142_09.PDF

Streszczenie

¹² R. Boguszewski, *Stosunek Polaków do śmierci. Komunikat z badań*. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2005/K_098_05.PDF.

¹³ Ibidem, s. 2.

Spółeczeństwo nowoczesne wraz z rozwojem technologii medycznych i innowacjami naukowymi przyczynia się do poprawy jakości życia i zdrowia ludności oraz wydłużenia długości życia. Wiele schorzeń, niegdyś uznawanych za nieuleczalne dziś z powodzeniem można wyleczyć. Jednak towarzyszy tym pozytywnym aspektom zjawisko medykalizacji umierania i śmierci, które zostają schowane w szpitalu, gdzie rodzina nie zawsze towarzyszy choremu w tych ostatnich chwilach. Spółeczeństwo ponowoczesne przynosi nowe dwie alternatywy umierania: hospicja i eutanazję.