

Збігнев Богдан
*Клініка педіатрії, гастроентерології,
гематології та дитячого харчування,
Гданський медичний університет,
м. Гданськ*

МІСЦЕ ТА РОЛЬ МЕДИЧНОЇ ТА МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ДОПОМОГИ

Боже, дай мені душевний спокій
прийняти те, чого я не можу змінити;
відваги змінити те, що я можу змінити;
та мудрість, аби відрізнити перше від другого

*молитва товариства
анонімних алкоголіків*

Ми як сполучені посудини

Зазвичай усе починається з питання про мотивацію, і то достатньо ранню мотивацію, вибору професії. Чому я вирішую стати лікарем, медичною сестрою, психологом, реабілітологом, волонтером, працівником служби здоров'я в широкому сенсі цього слова? Що штовхає мене до важкого, багаторічного навчання з непевною перспективою стабільного майбутнього й особистого задоволення? Молодь, коли ставить собі такі запитання, вже в середині старших класів не завжди має розуміння важливості прийнятих рішень і їхніх наслідків, які визначатимуть їхнє майбутнє. Віддалена перспектива майбутніх досягнень не сприяє глибшим роздумам про долю. Іноді причиною вибору є сімейна традиція, іноді – приклад людини, яка зустрілася нам у житті і настільки захопила, що варта того, щоб її наслідували, іноді – матеріальне становище наявних «прикладів», які є важливими в якомусь локальному середовищі. Багато майбутніх лікарів вибирають медицину для того, аби дослідити загадку якихось захворювань власних чи близьких людей. Деякі, у зовсім виняткових випадках, після поганого власного досвіду (хвороби, страждань, самотності), хочуть показати, що можна добре виконувати медичну роботу – не кривдячи, здійснювати служіння іншій людині, зі свого роду місійністю. Звичайно, буде певна група зрілої молоді, яка обиратиме свідомо, проте мені здається, що частка таких рішень

не надто велика. Ці дилеми торкаються не лише вибору медицини, як майбутньої сфери діяльності. Ймовірно, що подібні життєві рішення приймає більшість молодих людей на певному етапі свого життя, хоча наслідки таких випадкових самовизначень, особливо в галузі медицини, можуть бути набагато важливішими.

Усвідомлення наслідків, імовірно, притаманне «медичним сім'ям», тут наслідування підтримується своєрідним діалогом повсякденності, спостереженням тієї ціни, що пов'язана з емоціями та служінням іншій людині. Як правило, сім'я не захоплює до продовження традиції, пам'ятаючи власні переживання і труднощі, які є частиною цієї професії. Медицина належить до гуманітарних наук і, звичайно, такі її [гуманітарні] риси теж бажані на початку вибору професії. Технізація, устаткування, значний прогрес, особливо в галузі молекулярної біології, генетики, хімії ліків, трансплантології, сьогодні потребують абсолютно інших схильностей, бажаних для майбутнього студента. Інформаційне суспільство набагато швидше засвоює та поширює знання і досвід практично в усіх сферах життя. Сьогодні вже недостатньо бути всесторонньо підготовленим діагностом і терапевтом, не менш важливими є знання у сфері гуманітарних наук з дедалі глибшими знаннями в галузі психології, соціології, духовності, етики (широко усвідомлених основ сучасного життя).

У старших класах рідко трапляється мудрий педагог, який зміцнює і підтримує (чи не підтримує) рішення про вибір майбутньої професії / покликання. Молодь обирає радше випадково, не до кінця розуміючи важливість такого самовизначення. Додаткові труднощі виникають через зміну, що відбувається в останні роки, акцентів, які охоплюють медичні професії із загального покликання на професії з певними особливими здібностями / вимогами / кваліфікаціями. Така класифікація заперечує духовні цінності як необхідний ґрунт, який є основою вибору медичної професії в широкому її розумінні. Скасування вступних іспитів до вищих навчальних закладів, можливо, спростило спосіб чіткої кваліфікації, проте, разом із тим, позбавило кандидата можливості ґрунтового осмислення вибору, що він зробив, і можливості задуматися про себе та власні можливості, які окреслюють майбутню придатність. Зостаються поза увагою риси характеру кандидата, його ставлення до життя, до хворої людини, мотивація до виконання завдань. Абітурієнти є своєрідним усередненим результатом поєднання впливу середовища з його фобіями, прихованими страхами та переживаннями (особистими й колективними). Таким чином описаний «матеріал» майбутнього лікаря, медсестри, психолога, терапевта, духівника не співпадає із соціально визначеними очікуваннями, яких потребують майбутні професійні виклики. Ми не покращимо етосу медицини, не беручи до уваги раніші етапи розвитку та виховання молодого

покоління. Підготовка до навчання мусить передувати підготовці до самостійного життя і в родині, і в школі. Робиться це через формування навички самостійно досліджувати важкі питання, аналізувати побачені явища, критично підходити до спостережуваного світу, та понад усе боротися з собою, власними немочами та слабкими сторонами. Пізніше цей своєрідний тигель суперечки зі світом дає можливість боротися з черговими перешкодами у здобутті знань, обсягами матеріалу, а потім – спілкуватися з пацієнтом з його мікросвітом і складнощами. Досвід пережитого та сприйняття світу в майбутньому стануть мостом для спілкування з пацієнтом, допоможуть говорити про спільність долі та досвіду.

Часом захворювання, особисте пережиття хвороби, страждання дає нам змогу краще зрозуміти стан того, кому ми хочемо допомогти, когось із подібними чи наближеними захворюваннями, обставинами життя. Це своєрідний індивідуальний внесок у розуміння людської реакції на обмеження та нещастя. Як правило, надійнішим педіатром є лікар, який має власну дитину, і який зазнав незручностей, будучи батьком чи матір'ю. Нам легше зрозуміти хворого, якщо ми самі пережили перебування в лікарні у ролі хворого. Такий досвід неможливо пережити теоретично, віртуально. Навчання, формування характеру в молодих людей сьогодні набуло вигляду бізнес-освіти, що перераховує кількість здобутих перемог на тематичних олімпіадах, відсоток складених іспитів, точність записів та оцінок.

Уникають питань про віддалену якість суспільного продукту, про задоволення від обраної професії, досягнення особистого та групового успіху. Університети організують дні відкритих дверей, показуючи можливість семінарських і лабораторних занять. Представники, зокрема теоретичних сфер, відповідають на запитання зацікавлених, однак рідко абітурієнт має можливість пізнати іншу сторону обраної ним професії, теоретично-моральні суперечності, пов'язані з нею, безумовний обов'язок перед хворими і підопічними, встановлений звичаєвим і медичним правом. Чистота намірів першого пориву серця розбивається об черствість, рутину та звички довкілля.

Майбутній адепт медицини, розпочинаючи власну професійну дорогу, стикається в навчанні з акуратно складеною програмою, що визначає обсяг і рівень необхідних знань. Там буде певна кількість годин обов'язкових занять, визначених офіційною структурою, що контролює роботу навчального закладу. З'являється наступний етап бізнес-освіти, проте вже на вищому рівні. Подані вимоги покликані забезпечити, у майбутньому, набуття необхідних професійних знань. Таким чином розроблена програма не спонукає до самонавчання, постановки цілей, дослідження важливих питань. Вистачить добре опанувати поданий на заняттях матеріал, і вмістити його, як наявний, у відповідну графу. Вивчення медицини в такий спосіб

не формує особистості. Немає місця для діалогу між майстром своєї справи й учнем. Зустріч з випадковим викладачем не має індивідуального, формаційного характеру, а набуває форми групового масового переказування, що завершується заліком або екзаменом. Прогрес у медичній сфері призвів до виокремлення авторитетів у вузьких сферах науки, що описують лише фрагмент людини, певний аспект, синдром хвороби. У світі, сформованому таким чином, хворий оточений фахівцями, що намагаються пов'язати воєдино його симптоми та лікування. Навчання в медичних навчальних закладах схожим чином упорядковує свої знання, поділяючи людину на захворювання, а не займається нею, як цілісною особою. Таким чином підготовлений до роботи молодий лікар чи медсестра мають надалі самостійно визначити свою подальшу кар'єрну дорогу, базуючись на скупих, загальних уявленнях замість глибоких переосмислень і здібностей. Сьогоднішня медицина не намагається розглядати пацієнта як єдину цілісність тіла та духа, рідко бачить духовні аспекти людини, ігнорує індивідуальну історію пацієнта з усім його досвідом. Уже звична щоденна поспішність у людських взаєминах проявляється також у стосунках лікар – пацієнт, студент – асистент, майстер – підмайстер, лікар – середній медичний персонал. Переживаємо правдивий голод зустрічі з іншою людиною, котра базувалась би на прийнятті, обміні досвідом, роздумах про життя. Професійно у стосунках із пацієнтом важливішою є так звана життєва мудрість і особистий досвід, аніж отримані титули, не підкріплені ними. Медична модель, чинна в ХІХ ст. (патерналістична), в якій лікар повідомляв про висновки консультації, а пацієнт приймав (або не приймав) рішення, була замінена новою моделлю, що називається моделлю партнерства.

Ми живемо в той час, коли ці дві моделі співіснують між собою – як зі сторони суспільства (і його очікувань), так і зі сторони медичних професій. У «моделі партнерства» потрібне співробітництво для прийняття спільних рішень. Вона спонукає хоча б до базового розуміння з обох сторін – тих, хто надає, і тих, хто отримує послуги. Сьогоднішній молодий студент, майбутній лікар, не підготовлений до діалогу з пацієнтом і його родиною. Набагато простіше оголосити й обґрунтувати рішення, ніж старатися переконати у мудрості своїх аргументів, які базуються на досвіді та глибоких знаннях. Справжній діалог із пацієнтом і його родичами, глибина взаємин виникає з досвіду. Звісно, є зміни в повсякденному середовищі й у самій структурі підготовки лікарів і медсестер. Вони вимагають зміни в культурі наших навчальних закладів. Наукою є також особисте трактування хворого, входження з ним у стосунки. Необхідний вишкіл для членів терапевтичної команди, спільне заангажування всіх її учасників у добробут підопічних. Жоден академічний підручник не може навчити студента / лікаря / медсестру співчуття, гречності,

терпеливості, любові... Професор Стружовський¹, філософ, звертає увагу на багаторівневий уклад описаних явищ. «Буття для іншого не може бути завислим у вакуумі, воно вимагає відповіді й наповнення». Ця ситуація ілюструє історію з учення Платона про дві половинки, що шукають і врешті знаходять і доповнюють одна одну. «З одного боку маємо мое-буття-для (готовність навіть до певного роду жертв (особливо якщо цього вимагатиме вибудовування краси в іншому), з іншого – існує також постійне очікування того, що я щось отримаю взамін. Проблема, однак, не полягає в тому, що я хочу тільки брати, а пов'язана з тим, що я понад усе прагну бути прийнятим іншою людиною, таким, яким є, з усім тим, що в мені найцінніше. Краще показати себе вже не можу. Втім, я пропоную найкраще, що маю і що хотів би, щоб було отримане і прийняте. Це нагадує нерозривний зворотно-поступальний рух. Оскільки любов – це не тільки давати, а й отримувати. І якщо мою жертву відкинули, то я справді можу відчувати, що настає кінець світу».

Цікаво те, що описані явища є універсально пов'язаними з кожною з релігій і зі стосунками між людьми. Пишуть про це Бубер² і Кублер-Росс³: «Найважливіший і найважчий урок полягає в тому, щоби навчитися безумовної любові [...]. Єдина річ, що живе вічно, – це любов [...] ми всі повинні навчитися любити». У житті після смерті кожному поставлять одне й те ж питання: Що ти зробив для блага інших? В який спосіб ти їм допоміг? Метою нашого життя є внутрішній розвиток. Випадковостей не існує. Ти будеш нести позитивну відповідальність не тільки за те, що ти зробив, дав іншим, а й за те, що ти дозволив, щоб інші зробили тобі.

Місія бути медиком часто підсвідомо пов'язується з очікуванням вдячності. Зрештою, ми маємо справу з таємницею спасіння чужого життя і здоров'я, які є безцінними. Життєві реалії не завжди відповідають очікуванням, а тому приходять зневіра і розчарування, що впливають із незнання складності людської психіки.

Під час навчання ми можемо працювати (хоча, не настільки, як нам хотілось би) над якістю комунікації, розмовною мовою, жестами. Проте, зазвичай, навчання бажаних відносин є певною формою наслідування лікарів, з якими зустрічаються під час занять, і дещо нагадують пасивну імітацію міжлюдських стосунків, які можна побачити в сім'ї. Те, чи вони є взірцями, чи, радше, буденною, штучною поведінкою, є, мабуть, питанням випадковості й везіння. Вірю, що гідних до наслідування відносин у медицині є багато, хоча очевидно, що це не поширене явище. Можна сказати, що в сьогоденній медицині натрапити

¹ J. Makowski. *Mistrzowie w krainie życia*. Warszawa: Fundacja Aletheia 2001, s. 71-88.

² M. Buber. *Droga Człowieka*. wyd. Warszawa: Cyklady 2004.

³ E. Kubler-Ross. *Koło życia*. Warszawa: Autobiografia, Klub Świat Książki 2000, s. 149.

на майстра своєї справи, наставника – це професійне й особисте щастя. Ймовірно, що потреба в істинному Авторитеті не є проблемою лише медицини. В Авторитеті, в так званій людині з послідовними цінностями, переконаннями, потрібними практично у всіх сферах суспільного життя. Стає дедалі важче свідчити про істину людської долі, захищати цю правду.

Від правдивого Майстра / Очевидця, як пише філософ, проф. К. Тарновський⁴, «ми вчимося людських стандартів, чи того, що я назвав би ідеальними стандартами людства. Очевидець показує нам не тільки вершини духовних можливостей людини, а й те, на чому вони ґрунтуються: на послуху до цінностей, які цілковито зобов'язують. Розкриваючи ці стандарти, які показують, що ми до них не дістаємо, вони також демонструють, якими ми є насправді. З іншого боку – Очевидець спонукає. Зустріч з Очевидцями – це те, що нас пробуджує, те, що на деякий час змінює і пробує розірвати нашу оболонку нечуйності й егоїзму. Часом це вдається... Думаю, що дуже допомагає, коли ми зустрічаємося з жестами прийняття зі сторони інших і зі свідченнями доброти до самого себе. Тому що це дозволяє вірити, що наше власне життя є даром, за який ми повинні відзвітувати. Ми повинні прожити його так, аби не розчарувати тієї довіри, що на нас покладена. Найбільш сенсовою структурою свідчення є свідчення про “покликання”, трактування власного життя як важкого, до того, як стає зрозумілим наше завдання, що має сенс. Але Очевидці, перш за все, оголошують, дозволяють “бачити” те, що в інший спосіб побачити не можна. Це вони є носіями Божої присутності і приводять нас до думки, що наш світ є не зовсім покинутий, що в ньому є добро, яке перемагає зло».

Сьогодні відсутність Очевидців особливо відчувають сфери, де існує необхідність прийняття важких рішень, які вимагають особливої чутливості і глибоких знань. Ми мали можливість зустрічати на своїй професійній дорозі справжніх Майстрів, і до сьогодні вдячні їм за свідчення їхніх поглядів і цінностей, які ми намагаємося (можливо, невдало) наслідувати. Майстер, який визначає стандарти відповідної поведінки, не завжди мусить бути провідним діячем у медицині. Іноді це буде хтось, хто перебуває на нижчому рівні професійної ієрархії. Елізабет Кублер-Росс⁵ пише: «Для того, щоб розвиватися, не потрібно шукати виняткових гуру чи духовних майстрів. Учителі самі прийдуть до вас під різним виглядом: дітей, невеличково хворих, прибиральників. Усі теорії та наукові системи світу не допоможуть особистості так, як це зробить одна людина, котра не боїться відкрити перед нею [особистістю] серце...» У свого роду школі страждань і втрат часто відбувається зворотній обмін ролями. Людина, якою опікуються, приймає роль вчителя професії, який, як провідник,

⁴ J. Makowski. *Mistrzowie w krainie życia*.

⁵ E. Kubler-Ross. *Koło życia*; E. Kubler-Ross. *Śmierć ostatni etap rozwoju*. Warszawa: wyd. Laurum 2008; E. Kubler-Ross. *Koło życia, Rozważania o życiu i umieraniu*. Warszawa: wyd. Laurum 2010.

веде по території власного переживання захворювання / страждання – вчить настанов, які, на щастя, зараз нас не стосуються⁶. Страждання – індивідуальна дорога, якою доводиться крокувати кожному з нас⁷.

Це показує особливим чином безпорадність людини, що зовні проявляється в жесті розведених рук чи плачу. Проте це також показує глибшу безпорадність – безпорадність метафізичну, пов'язану з нездатністю зберегти якісь цінності, які близькі нам і які ми невідворотно втрачаємо. Страждаючи, ми платимо високу ціну за любов, за прихильність, за прагнення, за втрату рідних, саме тому, що вони були близькими до нас. І чим більше ми прагнемо, тим більше ми страждаємо. Хоча сучасні студенти-медики мають заняття з філософії, соціології, психології та етики, проте ці предмети – радше папка зі запитаннями, ніж ретельний пошук відповідей на важливі проблеми духовності професії. Звичайно, існує жага до знань і бажання використати отримані знання для відповідей на власні запитання, що стосуються людської екзистенції, її обмеженості й ширшого розуміння питання смерті, процесів відходження від цього світу, сенсу людських страждань. У наших університетах немає кафедри духовності, ніби людина позбавлена того, що не піддається виміру. Говорячи про те, що ми не можемо зважити душу, ми так само не звертаємо увагу на потреби хворого і того, хто ним опікується. Співвідносячи хворобу тільки з результатами лабораторних і візуальних обстежень, ми не помічаємо цілісності організму нашого пацієнта. Сьогоднішня медицина дуже раціональна, так само, як і навчання студентів є одностороннім і фокусується на всемогутності «очей і окуляр». Учителі професії рідко вирішують засвідчити власні переконання⁸, зрештою, це не може бути пов'язане з жодною навчальною програмою, а питання відносин з якимсь Абсолютом є індивідуальною справою кожної людини. Програма стає ареглігійнішою, що трактується як толерантність і повага до переконань інших. Мені здається, що якщо людина має широко розплющені очі, то вона здатна побачити світ як упорядковану і цілеспрямовану організацію. Тим паче медицина, яка щоденно отримує чимало причин для захвату від світового укладу на різних його рівнях.

Якщо не втікати від питань про сенс життя, страждання і смерть, то можна побудувати собі світ цінностей, від яких не можна відступити. Коли ми говоримо з людьми, що професійно стикаються з крайніми ситуаціями в житті інших людей⁹, то їх вражають роздуми стосовно поваги до всіх форм існування. «Я люблю життя, намагаюся його розсмакувати, не відкладати

⁶ Z. Bohdan. *Lekarz wobec śmierci dziecka ibidem*, s. 77-83.

⁷ J. Makowski. *Mistrzowie w krainie życia*.

⁸ J. Łuczak. *Sztuka dobrego umierania*. Wiąż 1999, s. 63-76.

⁹ S. Zasada. *Przyzwyczać się nie wolno*. Poznań: W Drodze 11 (45) (2009) 39-47.

на пізніше зустрічі, незважаючи на те, менше чи більше вони приємні. Я почав більше насолоджуватися кожним моментом. Колись я не надавав великого значення звичайним дрібним речам. А сьогодні те, що маю ще один день, що можу випити кави, зайнятися щоденними справами, трактую, як великий подарунок», – це відгук Малгожати, волонтерки хоспіса. Капелан лікарні, Роман¹⁰: «Смерть інших сидить в іншій людині. Це не так, що я відчуваю чийось конкретну смерть. Але всі вони накопичуються в мені. Це коли після важкого робочого дня я повертаюся додому, вмикаю в машині техно, щоби зняти стрес. Багато сплю, іноді пересідаю на велосипед. Я з радістю приходжу на заняття в студентському душпастирстві. Там є так багато молоді, енергії та ідей. Усе це допомагає мені відірватися від служіння в лікарні». Лікар-патологоанатом, Маріуш: «Чи звикся я зі смертю? Я боюся її, як і всі. Проте, можливо, через те, що мені доводиться мати з нею справу кожного дня, я намагаюся жити так, аби мати якнайменше невирішених справ. Є в цьому сенс, що людина, яка помирає, мала відчуття виконаного обов'язку»¹¹.

Працівник кладовища, Пьотр: «Я звикся зі смертю. Навіть власна смерть мене вже не лякає. Це стосується врешті-решт усіх нас. Такий я маю до неї підхід. Життя, звісно ж, є милим і чудовим, але чи я помру зараз, чи пізніше. Яка різниця? Якщо я отримаю кращу пропозицію, то зміню місце роботи. Не хочу працювати на цвинтарі до кінця життя. Зрештою, колись і так туди потраплю»¹². Професора Яцека Лучака, лікаря, засновника Клініки паліативної допомоги в Познані, запитали, чи боїться він смерті? Чоловік відповів: «Звичайно, я не хочу померти в непотрібних і великих стражданнях. І звичайно, я цього боюся. Це щось жахливе. Я також боюся самотності і бути покинутим. Поза цим людина завжди турбується про тих, хто залишається – про своїх близьких. Їхні страждання є дуже пронизливими, такими, що важко прийняти [...] Я відчуваю також певне занепокоєння, роздумуючи: що є там, хоч я вірю, що там Хтось є. [...] Звісно, я боюся. Мушу, однак, сказати, що зустрічі з людьми при смерті можуть додавати втіхи, заглушувати страхи та побоювання. Одна з матерів наших помираючих, мати Марти, сказала, що беручи участь у вмиранні власної доньки, перестала боятися того, що чекає її після смерті»¹³.

Різні постаті, різні заяви, одна спільна ідея – супровід страждань, смерті, помирання – змінює людину. Змушує нас задуматися над собою, над власною долею, ступенем готовності до власної дороги. Пацієнт, його переживання

¹⁰ S. Zasada. *Przyzwyczać się nie wolno.*

¹¹ Там само.

¹² Там само.

¹³ J. Łuczak. *Sztuka dobrego umierania.*

створюють неповторну розповідь / стосунок зі «свого буття на шляху», пізнання його етапів. Допомагаючи йому, ми також допомагаємо собі зрозуміти таємницю людської долі, її трансцендентність, стосунок з Абсолютом (як тільки ми Його розуміємо). Досвід супроводу, бодай одноразовий, змінює кожного учасника. Схожі відчуття торкаються усіх членів команди паліативної допомоги, кожен з яких отримує схожий досвід, який формує його індивідуальну історію, незалежно від того, хто він є професійно чи особисто. Студент-медик рідко має можливість взяти участь у таїнстві смерті, коли людина безпосередньо вмирає і стає вже холодною. Сучасна медицина посунула смерть і вмирання на край, і хоча в підручниках смерть трапляється в невеликого відсотка хворих, утім, чомусь кількість безсмертних людей не збільшується. Смерть людини разом з днем її народження є найважливішим моментом у житті. Наша цивілізація реагує на неї бунтом, спротивом, відразою, а найчастіше – мовчанням, удаючи, що її немає.

Поспіх, культ сили і красивого тіла, обов'язкові складові успіху, які пропагуються через медіа, віддаляють розмови про смерть на потім. Боячись правди про себе, про своє майбутнє, людина втікає від найважливіших питань, які стосуються її буття. Ще гірше, що ця проблема рівною мірою стосується і лікарів, і медичного персоналу, для яких ґрунтовні та ретельні знання з цього питання повинні бути частиною повсякденної практики¹⁴. «Навчання медицини дедалі більше обтяжується матеріалом, який потрібно запам'ятати, натомість даючи мало знань про основні принципи спілкування з пацієнтами та їхніми родинами. Ми по-людськи соромимося своєї безпорадності перед лицем смерті. Хоча наші викладачі були людьми з високою мораллю і ми могли багато від них навчитися, спостерігаючи за їхньою щоденною поведінкою, в своїй пізнішій професійній практиці ми багаторазово мусили послуговуватись інтуїцією, особистим досвідом, звісно ж, не завжди безпомільним. Сьогодні студенти медичних професій і надалі отримують знання про смерть, її механізми, ставлення до неї, в дуже обмеженому полі», – писав я в статті¹⁵. Попри те, що пройшов час, я б небагато змінив в її змісті сьогодні. Може, з'явилося трохи більше наукових публікацій, зв'язків і свідчень хворих, попрощався також із кількома приятелями з медичного курсу мого року, відпровадив батьків і тестів, стояв не при одному ліжку болю і плакав не над одною втратою. Проте, мабуть, це дуже людський досвід, оскільки Ісус лише раз плакав на сторінках цілого Євангелія. Коли він не міг погодитись, як і кожна людина, зі смертю свого друга Лазаря.

¹⁴ A. Zwoliński. *Śmierć kliniczna*. Radom: Polwen 2007.

¹⁵ Z. Bohdan. *Lekarz wobec śmierci dziecka* *ibidem*.

Сучасні виміри ставлення суспільства до смерті

Смерть як табу

ЗМІ багато роблять, аби суспільство звикло до феномена смерті. Щодня телебачення показує масові смерті людей у результаті катастроф, катаклізмів, хвороб, воєн. Масовість убила однозначний характер цього явища. Сьогодні вражає кількість жертв, але, поряд із цим, вони залишаються анонімними, безособовими. Людина звикає до універсальності смерті, хоч і на відстані. Іноді, через публічність похоронної церемонії відомої особистості, ми беремо участь у колективній жалобі. В той же час люди ризикують життям, займаючись екстремальними видами спорту, молодь грає в комп'ютерні ігри, де герой має в запасі додаткове життя, а стимулятори і наркотики дозволяють миттєво замінити щастя. Бальні маскаради, мистецтво, карикатури, що образно висміюють смерть. Існує ще один аспект своєрідного табу, що спостерігається в культурі лікарні, захований у мовній сфері – пацієнт не вмирає, а «відходить», «втрачаємо його на столі» чи використовуємо латинське слово *exit* (вихід).

Десоціалізація смерті

Смерть витіснена за межі місця проживання як щось неприродне. У великих містах у лікарнях помирає понад 90 % населення. Ще в 50-х роках у Сполучених Штатах цей показник становив близько 50 %, сьогодні він сягає 80 %. Посилилася самотність хворого, позбавленого присутності близьких, які були би поруч у час смерті. Стародавні обряди, народні звичаї замінені професіоналізмом спеціалізованих компаній, які діють від імені рідних і близьких. Особливо багато змінюється в похоронних звичаях, аби звести до мінімуму болісний аспект розлуки.

Десакралізація смерті

Поступове усунення Бога з суспільного життя стало приводом для заміни роздумів про вічне життя на поверхневе щастя, підвішене в небутті. Спалене тіло розвіюють у красивих місцях, на газонах колективної пам'яті, поміщують у керамічних посудинах над каміном. Віра в реінкарнацію зумовлює сприйняття навколишнього світу як постійну можливість зустрітися з рідичами. У той же час смерть входить у мистецтво через шокуєче представлення трупів або їхніх фрагментів у розчині формаліну чи просто оброблених просочених елементів... Деякі багаті люди очікують у спеціальних морозильних камерах на той час, коли їхнє захворювання можна буде вилікувати.

Технізація смерті

Вмираючий засуджується на самотність в оточенні моніторів, медичної техніки, постійно оцінюючи хід процесів, зведених до запису біохімії, фізіо-

логії. Він не має змоги поспілкуватися з найближчим оточенням, передати їм свій досвід. Близьке оточення хворого приймає рішення перекласти догляд за ним на професійний, хоч і чужий персонал. Хворий, якого так сприйняли, відчуває себе жахливо самотнім і покинутим, позбавленим, через стерильність і роботу машин, елементарної комунікації.

Смерть, яка позбавляє людськості

Дедалі частіше медицина зосереджується на боротьбі з хворобою, при нагоді забуваючи про індивідуальність людини. Пацієнт стає діагнозом, процедурою, в найкращому випадку нерозв'язною загадкою, відсотком успішного лікування.

Смерть як визволення й акт благодаті

Усе більше країн упроваджують законну можливість допустимості евтаназії. Мотивацією є фізичний та екзистенційний біль, економія коштів на залучення доглядальниць, раціональні погляди суспільства, позбавленого Бога. Новим явищем є евтаназія дітей на прохання батьків або законних опікунів. До подібних явищ зараховують упровадження евгеніки, обов'язкової в багатьох країнах цивілізованої Європи й Америки. Такі заходи поширюються на дітей зі серйозними генетичними порушеннями, виявленими в ході пренатальних обстежень. Право на аборт у таких випадках наводять як рекомендацію з соціального, економічного та людського погляду. Універсальність такої поведінки стала загальноприйнятною соціальною нормою. У деяких країнах змістили термін проведення сонографічних обстежень на 14-16 тиждень вагітності з метою виявлення певних показань для переривання вагітності. Такими «смертельними виявленнями» можуть бути розщеплене піднебіння, заяча губа й інші дефекти, що легко піддаються корекції операційним шляхом у дитинстві. Папа Іван Павло II¹⁶ неодноразово застерігав від суспільної маргіналізації проблеми смерті і страждань. Він писав: «Нашому сучасному секуляризовану суспільству загрожує зникнення страждань, умирання і смерті поза межами особистого досвіду його членів»¹⁷. «Від народження ми наближаємося до смерті, але в старшому віці ми з кожним роком стаємо щораз свідоміші її близькості – якщо, звісно, не відганяємо від себе таких думок і почуттів. Творець зробив так, що старість майже природним чином освоює людину зі смертю»¹⁸. Велика школа життя і смерті приводить нас також до чистішої могили, каже стати при більш ніж одному смертному ліжку, перше ніж ми самі будемо тими, навколо

¹⁶ Jan Paweł II. *Ewangelia cierpienia. Wybór homilii, przemówień i dokumentów*. Kraków: J. Poniański 1997, s. 123.

¹⁷ Там само.

¹⁸ Там само.

яких – дай Бог – інші будуть збиратися для молитви»¹⁹. «Літні люди, що страждають і хворіють, не вписуються в цей світ. Уже самою своєю присутністю вони ставлять під сумнів мудрість цього світу й ієрархію його цінностей. Люди без особливих шансів на успіх, занадто повільні, незграбні, покладені на милість інших, занадто потворні, малоефективні та непродуктивні – вони не можуть бути корисними для сучасного суспільства. Вони непотрібні, некорисні. Їхнім місцем є маргінес суспільства, місце за лаштунками, приміщення за зачиненими дверима, сміття світу. По правді кажучи, повинні відійти»²⁰. «Корисними? Без сумніву, ви корисні своєю присутністю. Ви просто є, разом із вартістю своєї особи, вашого духу, вашою потребою реального людського контакту. І ось світ перед вами зупиняється, замислюється, повертає розуміння того, що найголовніше – безкорисливість любові, самовіддача».

Як узгодити твердження людського життя, що має бути сферою медицини, з сучасними вимогами рентабельності й економії всієї діяльності лікарні? Пам'ятаймо, що вищі медичні навчальні заклади готують молодих фахівців – майбутнього лікаря, медсестру, психолога – для комплексної лікарняної діяльності, але повністю ігнорують підготовку до смерті й умирання, розглядаючи ці два питання більше як професійну неспроможність, аніж як елемент, який природньо завершує життя кожного. Смерть є частиною життя, хтосна, чи не найважливішою. Вона стає підсумком цілісності. Ймовірно тому в лікаря з'являється фрустрація, він сприймає смерть пацієнта як травмувальний фактор, ураження особистості, як професійну некомпетентність. Іноді смерть просто розглядається як зрада пацієнта, що порушив договір, укладений із лікарем. У зв'язку з цим виникає бажання з'ясувати, чи було зроблено все можливе, чи були якісь інші методи, які можна було застосувати, чи були використані всі діагностичні й терапевтичні можливості? Виникає також страх – чи я лікар / медсестра міг / могла зробити помилку, яка призвела до смерті пацієнта. Якщо дивитися зі сторони персоналу лікарні, то існує дві точки зору щодо смерті. Такі події, в яких смерть є очікуваною, і є частиною більше чи менше ідентифікованих явищ, у цьому випадку захворювання. Другий вид смерті – це явища, які не можна було передбачити, що «не повинні були трапитися в лікарні», в цій категорії вони унікальні та рідкісні. Чимось таким є смерть під час пологів, смерть у результаті введення лікарського препарату, контрасту, смертельний збіг обставин, раптове ускладнення. Сьогоднішня медицина – це сфера міжлюдських відносин, в якій постійно відбуваються певні оновлення. Робота з пацієнтами – це колективна робота, що тісно пов'язана з іншими учасниками / співробітниками. Нічого доброго з тієї авторської справи

¹⁹ Jan Paweł II. *Ewangelia cierpienia. Wybór homilii, przemówień i dokumentów.*

²⁰ Там само.

не вийшло би без хорошого спілкування, взаєморозуміння, обміну думками. Лікарські команди часто характеризуються обміном ролей, взаємозамінюючи одне одного, частково потрібно бути медсестрою, духівником, терапевтом, психологом, групою підтримки, лідером і виконавцем. Команда повинна характеризуватися взаємодовірою, повагою – незалежно від виконуваної функції – і, перш за все, любов'ю до пацієнтів (задекларована і підтверджена, зокрема, актом / постановою). Це здається важким, але тільки такі складні виклики приносять творчу радість. Прагнення лідера змінити навколишнє середовище (лідер не обов'язково має бути лікарем) завжди повинно починатися з бажання змінювати стосунки в кращу сторону, перш за все, бажання змінювати себе, працювати над собою та прагнути саморозвитку.

Кублер-Росс²¹, підштовхуючи до змін, сказала: «Зміни в світі починаються з себе...» Зрештою, себе знаєш найкраще. У нашому хоспісі домашнього типу для дітей у Гданську взаємопізнанню слугують спільні відвідування пацієнтів. Розмови під час поїздки автомобілем, спільне обговорення після відвідин, бесіди в будинках пацієнтів дають змогу вільно обмінюватись ідеями, обговорювати проблеми, з якими стикаються, ділитись особистим і професійним досвідом. Із таких розмов з'являється розуміння та наука ставлення до пацієнтів і їхніх родин. Мандрівка всередину себе й іншої людини зближує та зміцнює взаємини, команда стає одним цілим. Це стає дуже корисним потім, у драматичних ситуаціях, які вимагають сміливих учинків, рідко описаних у книжках.

Попри постійні виклики, можливі втрати, члени команди безпосередньо самі для себе є групою підтримки, вони стають малою родиною, що турбується про долю довірених їм пацієнтів. Стосунки базуються на спільному досвіді радості і горя.

Люди чинять ірраціонально, нелогічно й егоїстично,
Якщо ти робиш добро, вони звинувачують тебе в егоцентризмі.
Роби добро, не зважаючи ні на що.
Те, що будуєш роками, може зруйнуватись за одну ніч,
Будуй, не зважаючи ні на що.
Люди, в основному, потребують твоєї допомоги.
Однак вони можуть напасти на тебе, коли ти допомагаєш.
Допомагай, не зважаючи ні на що.
Даючи світу найкраще, що маєш, ти отримуєш удар за ударом.
Віддавай світові найкраще з того, що маєш, не зважаючи ні на що...

*Мати Тереза з Калькутти*²²

²¹ E. Kubler-Ross. *Koło życia. Autobiografia*.

²² A. Krzysztoń. *Modlitewnik grzesznika*. Warszawa: MG 2009.