

AGNIESZKA JANIAK

Ideologia szpitalna wobec śmierci

Miejsce fenomenu śmierci w ludzkiej świadomości i kulturze jest zmienne. W historii sposobu jej pojmowania i reagowania na nią tanatolodzy (Aries 1994; Gałuszko, Szewczyk 1996) dostrzegają kilka wyraźnie wyodrębnionych etapów.

Od starożytności do połowy XIX wieku śmierć była traktowana po prostu jako naturalny i konieczny element życia, akceptowana jako część życia codziennego; ogólną postawę określała świadomość, że umrzemy wszyscy. Co istotne, śmierć uznawano za fenomen egzystencjalny o własnej ontologii, traktowano ją jako samodzielne zdarzenie graniczne, bardzo ważne, godne świadomego przeżycia, a nie ostatni nieudany, wstydlivy etap choroby. Śmierć była aktem społecznym, godzącym w całą wspólnotę; była sprawą publiczną, jawną, widoczną. Ujęta w ramy uspołeczniającego ją rytuału kulturowego, wyznaczającego ramy spotkania ze śmiercią, na które człowiek przybywał nie bez trwogi, ale bez paniki, była śmiercią oswojoną. Ten stosunek do śmiertelności uległ zmianie w połowie XIX wieku. Czynnikiem, które o tym zdecydowały, były: proces indywidualizacji, laicyzacja oraz użycie respiratora. Proces indywidualizacji wyzwolił nas ze związków rodowych i plemiennych oraz przyczynił się do świadomości bezsensu świata i naszego w nim istnienia, pozbawił tym samym śmierć jej miejsca, funkcji i wartości. Laicyzacja obudziła w nas lęk przed rzeczywistością niebytu, strach przed śmiercią-nicością, techniki zaś resuscytacyjne rozpoczęły zawłaszczanie śmierci przez medycynę. Śmierć zostaje utożsamiona z chorobą i przestaje w świadomości społecznej istnieć jako element natury, mający własny byt. Zostaje zaprzeczona w swym istnieniu i zmedykalizowana. Traci znaczenie metafizyczne i sakralne, staje się zdarzeniem wyłącznie medycznym. Takie pojmowanie śmierci nazwano – w przeciwieństwie do śmierci oswojonej – śmiercią zdziczałą. To śmierć wyparta ze świadomości indywidualnej i społecznej. „Dziczeje” ona właśnie wskutek tego wyparcia i napawa człowieka coraz większym lękiem i grozą. Zawiązuje się zмова milczenia. Śmierć staje się tematem tabu, nową kategorią obsceniczności, jest ukrywana, odmawia się jej realności, zaprzecza istnieniu.

Ta powszechna zмова milczenia jest sankcjonowana funkcjonowaniem ideologii szpitalnej. Skrystalizowana w latach 50., opiera się na następujących dogmatach:

I. „wyleczenie choroby jest ważniejsze niż troska o ludzi” (uporczywa terapia schorzeń);

II. „zapewnienie zdrowia jest funkcją ekspertów” (usprawiedliwienie paternalizmu);

III. „śmierć stanowi najgorszą rzecz, jaka człowieka może spotkać” (stanowi widoczny znak niepowodzenia specjalistów w walce z chorobami).

Ideologia szpitalna doprowadziła do całkowitej medykalizacji śmierci. Śmierć zostaje utożsamiona z chorobą i przestaje w świadomości społecznej istnieć jako element natury mający własny byt.

Za ideologię uznaję zespół poglądów i zasad postępowania określonej grupy społecznej – w tym wypadku lekarzy – oparty na określonych wartościach i dotyczący koncepcji człowieka. Zasadne więc będzie omówienie poglądów i zasad ideologii szpitalnej, hierarchii wartości, która je dyktuje, oraz koncepcji człowieka, jaka z niej wynika.

Poglądy i zasady ideologii szpitalnej

W ideologię szpitalną wpisany jest optymizm technologiczny – nadzieja, czy wręcz wiara w możliwość życia bez chorób i bez kresu, która sprawia, że człowiek zostaje oddany we władzę separującej go aparatury.

Śmierć została utożsamiona z chorobą. Umieranie, śmierć według ideologii szpitalnej nie jest odrębnym wydarzeniem egzystencjalnym, nie ma własnej ontologii wymagającej osobnego scenariusza postępowania, stanowi tylko etap choroby – jest chorobą, której nie udało się wyleczyć. Jest klęską eksperta, który z kolei musi (i jest w mocy!) prowadzić uporczywą, nieustanną walkę, by całkowicie zapanować nad śmiercią, chorobą i cierpieniem. W dążeniu do zwycięstwa nie bierze się pod uwagę godności pacjenta.

Zapewnienie zdrowia należy wyłącznie do eksperta. Lekarz wie najlepiej, jak pacjent powinien postępować, przyjmuje więc wobec niego postawę paternalistyczną. Człowiek-nieekspert nie ma prawa do swojej własnej śmierci (ani zresztą do narodzin) – ma ją oddać specjalistom i instytucji szpitalnej. Rodząc się i umierając w szpitalu, z naszej kultury eliminujemy ideę domu.

Lekarza i cały personel medyczny obowiązuje „zmowa milczenia” – nie osławiają człowieka, nawet umierającego, ze śmiertelnością, pielęgnują ułudę nieśmiertelności. Choroba jest czymś nieestetycznym i wstydliwym, trzeba ją społecznie odizolować, zamknąć w szpitalu. Medycyna stanowi rodzaj biowładzy (Foucault) obdarzonej prawem ingerencji we wszystkie – również egzystencjalne – obszary życia ludzkiego, człowiek zaś jest dla niej jedynie przedmiotem manipulacji.

Hierarchia wartości w ideologii szpitalnej

Na szczycie przyjmowanej w ideologii szpitalnej hierarchii wartości sytuuje się dążenie do „nieumieralności”, jako że śmierć uznana została za najgorsze, co może spotkać człowieka. Śmierć oznacza klęskę eksperta i nie należy się na nią nigdy godzić. Wyleczenie choroby, niedopuszczenie do śmierci jest najważniejsze – istotniejsze niż troska o człowieka. Zwłaszcza że leczy się chorobę, a nie pacjenta.

Lekarz działa dla dobra chorego, ale według swojego rozumienia dobra. Dobro w myśl ideologii szpitalnej to życie bez końca i bez choroby. Wszystko więc, co służy jej zwalczaniu – nawet kosztem dobra osobistego, osobowego i ostatecznego – jest dobre. Stąd także wynika nakaz uporczywej terapii.

Koncepcja człowieka w ideologii szpitalnej

W ideologii szpitalnej zostaje ograniczona autonomia pacjenta. Model paternalistyczny akcentujący niepodważalny autorytet lekarza-eksperta i nakaz biernego podporządkowania się pacjenta przyjęty został już w V w. p.n.e., za czasów Hipokratesa i Galena.

Człowiek jest zredukowany do jednostki chorobowej i uprzedmiotowiony, lekarza interesuje wyłącznie mechanizm funkcjonowania ciała ludzkiego, a ta depersonalizacja jest procesem postępującym za sprawą wąskich specjalizacji, w ramach których lekarz jest zainteresowany jedynie poszczególnym organem czy wyizolowaną jego funkcją. Zanik holistycznego postrzegania człowieka, traktowania zdrowia jako dynamicznego układu czynników nie tylko biologicznych, ale również psychologicznych, społecznych i kulturowych, ma swój początek zapewne w wieku XIX, gdy za sprawą wiary w nauki biomedyczne oddzielono sferę psyche od sfery somy oraz gdy za przyczyną paradygmatu filozofii kartezjańsko-newtonowskiej i mechaniczystycznej wizji świata uznano, że człowiek wymaga podejścia jedynie scjencytycznego. Skrajną konsekwencją tych przemian jest fetyszyzacja wyników badań i stawianie diagnozy oraz prowadzenie leczenia wyłącznie na ich podstawie, bez kontaktu z pacjentem.

Ilu pacjentów, tyle zapewne przykładów funkcjonowania aspektów ideologii szpitalnej w praktyce społecznej. Ta ideologia jest tak powszechna i trwała, że znajduje odzwierciedlenie nawet w tym przekazie medialnym, który z założenia swego miał stanowić dla niej alternatywę i być propozycją społecznego programu naprawczego. Przykłady tego zjawiska chciałam przywołać na podstawie bardzo popularnego polskiego serialu szpitalnego *Na dobre i na złe*. Szpital w Leśnej Górze, gdzie chyba chcieliby się leczyć wszyscy oglądający go Polacy, to szpital życzeniowy, szpital ziszczonych marzeń pacjentów, ale z uwzględnieniem wiernych realiów polskiej praktyki medycznej.

W założeniu twórców miał mieć walor wychowawczy dla pacjentów, którym powinien uzmysłowić, jak mogliby być traktowani (a nie są), ale i dla lekarzy, którzy mieli zobaczyć, że pozytywne zmiany w dehumanizującej obie strony ideologii szpitalnej można uzyskać niewielkim nakładem dobrej woli. Pomimo tych celów widoczne jest w obrazie filmowym funkcjonowanie większości wymienionych założeń omawianej ideologii. Istotę choroby i zasadność przebiegu leczenia bohatera tłumaczy się widzom treścią rozmów ekspertów w pokoju lekarskim, natomiast filmowi pacjenci na pytanie „co mi jest?” otrzymują niezmiennie protekcyjną odpowiedź „proszę się uspokoić”, „wszystko będzie dobrze”, „proszę być dobrej myśli” itp. Z chorym nie przeprowadza się wywiadu lekarskiego poza pytaniem „jakie leki pan zażywa?”, ale bardzo częsty jest motyw zdiagnozowania jakiegoś rzadkiego schorzenia na podstawie skojarzenia przypadkowo wyjawionej przez pacjenta okoliczności z jego życia. Te przypadki nie skłaniają jednak filmowych lekarzy do jakiegś mniej zdawkowej rozmowy, kontakt z pacjentem nie jest więc ukazywany jako czynnik ułatwiający terapię. Chorych terminalnie bohaterów serialu nie informuje się o nieuleczalności i skutkach śmiertelnych ich choroby, a nawet zabrania się tego stanowczo rodzinie. Bruno Walicki, mentor młodego chirurga Jacka Meiera, który się z nim spiera w tej kwestii utrzymując, że pacjent powinien przed śmiercią mieć możliwość pożegnania się z bliskimi i zamknięcia swoich ważnych spraw, wykrzykuje w wielkim wzburzeniu: „Zabraniam Ci! W moim szpitalu nikt nie będzie pozabawiał pacjentów nadziei!”. Uderza zresztą w serialu brak wypracowanego wzorca zachowania personelu wobec zgonu pacjenta. W tym szpitalu śmierć nie stanowi codzienności, a gdy sporadycznie się zdarzy, lekarze i pielęgniarki, a nawet salowa – są do tego zupełnie nieprzygotowani, prezentując nieprawdopodobny wstrząs i wzburzenie.

Ideologia szpitalna, jak każda ideologia społeczna, jest w stanie ewoluować, zmieniać się, choć jest to proces mozolny, długotrwały i wymagający głęboko idącej przemiany mentalnej – nie tylko w środowisku lekarskim, lecz także całościowej zmiany świadomości społecznej. Postulowane pożądane zmiany powinny dotyczyć przede wszystkim:

1. Zmiany kształcenia studentów medycyny, przywrócenia przedmiotów humanistycznych – głównie filozofii, psychologii, etyki i osobno deontologii. Greckie *deon* oznacza obowiązek, to, co niezbędne, właściwe – deontologia to nauka o powinnościach lekarza, prezentująca zasady wynikające z ustalonych i akceptowanych norm moralnych; etyka lekarska, normująca obowiązki moralne lekarza względem pacjentów i kolegów lekarzy. Konieczne jest zwrócenie uwagi przyszłych lekarzy na rolę komunikacji z pacjentem, na terapeutyczne właściwości rozmowy i otwartego kontaktu z chorym, na leczenie rozmową – „medycyna powinna odkryć na nowo znaczenie słowa i jego leczniczą wartość” (Sabor i in. 2002). W publikacjach ostatnich lat sami lekarze powszechnie zwracają uwagę na fakt, że pogłębiony kontakt interpersonalny z pacjentem, a przede wszystkim rozmowa – stanowią środek terapeutyczny i ułatwiają pracę. Brak osobowych relacji, brak związku między

leczonym a leczącym nie tylko odhumanizowuje ten kontakt, ale też bardzo utrudnia proces leczenia (Ramsey 1977; Brehant 1993; Tobiasz-Adamczyk 2001; Chmielarczyk 2001; Mayerscough, Ford 2001; Grajcarek 2001).

Studenci – także później, już jako lekarze – powinni mieć możliwość uczestniczenia w częstych warsztatach na temat komunikacji z chorym, umierającym, z ich rodzinami, również trenowania w tzw. grupach Balinta ćwiczeń z wyobraźni, pogłębiania samoświadomości i rozwijania empatii, rozpoznawania emocji i potrzeb (zwłaszcza psychicznych) pacjenta.

2. Należy zapewnić lekarzom na co dzień obcującym ze śmiercią stałą pomoc psychologiczną. Dla lekarza moment, gdy musi poinformować pacjenta i jego rodzinę o śmiertelnym rokowaniu, jest podwójnie trudny. Rozmowa ta jest nie tylko aktem przekazania tragicznej wiadomości, ale również poświadczeniem bezradności zawodowej, poniesionej klęski. W wielu krajach (USA, Wielka Brytania, Dania, Szwecja, Holandia, Kanada) lekarze wraz z całym personelem pracującym na oddziałach o wysokiej śmiertelności co sześć miesięcy mają organizowane obowiązkowe warsztaty psychologiczne, podczas których uczą się ograniczać ponoszone koszty psychiczne. Mają także wydłużone urlopy, a przede wszystkim – do dyspozycji szpitalnego psychologa i traumatologa, którzy czuwają nad przebiegiem tej trudnej rozmowy i przejmują opiekę nad osieroconą rodziną. Polscy lekarze pozbawieni są jakiegokolwiek pomocy, nawet oczywistego uznania, że taka pomoc jest im niezbędna. Pozostawieni sami najczęściej radzą sobie z własnymi emocjami, usiłując się zdystansować, chroniąc się za maską beznamiętnego profesjonalizmu, depersonalizacji i przedmiotowego traktowania chorego, niedostępności i pośpiechu, który przez rodzinę odbierany jest jako całkowita obojętność i brak usilnych starań o ratowanie chorego. Tymczasem są to typowe symptomy tzw. zespołu wypalenia, inaczej syndromu „zmęczenia współczuciem”, który stanowi naturalną reakcją na smutek z powodu cierpienia i śmierci pacjentów oraz codziennie przeżywaną bezradność wobec nieuleczalnego.

Wypalenie jest rezultatem długotrwałego lub powtarzającego się obciążenia w wyniku długoletniej intensywnej pracy dla innych ludzi [...] jest bolesnym uświadomieniem sobie (przez osoby pomagające), że nie są w stanie już więcej pomóc tym ludziom, że nie mogą dać im z siebie nic więcej i całkowicie zużyli swe siły.

(Z materiałów konferencyjnych sympozjum *Psychologia w onkologii*, Poznań, 9–10 marca 2007 r.)

Lekarze i cały personel medyczny, by być skutecznymi w swojej profesji, powinni mieć zapewnioną podczas rozmów z umierającymi i ich rodzinami obecność psychologów, sami powinni być przez nich otoczeni opieką, mieć możliwość uczestniczenia w zawodowych – opartych na wspólnocie doświadczeń – grupach wsparcia.

3. Lekarze powinni podjąć z przekonaniem świadomy wysiłek zarzucenia paternalizmu, uprzedmiotowienia pacjenta, postawy inżynierskiej – na rzecz partnerstwa wynikającego z postawy ukierunkowanej na dialog i szacunku dla podmiotowości chorego. Prof. Stefan Raszeja na sesji naukowej przygotowanej w ramach obchodów

IX Światowego Dnia Chorego (11.02.2001) przez Akademię Medyczną w Gdańsku i tamtejsze Duszpasterstwo Akademickie mówił:

Istotą tych zmian jest przede wszystkim wzrost znaczenia chorego, który staje się pełnoprawnym podmiotem, równorzędnym lekarzowi, wspólnie z nim świadomie podejmującym decyzje dotyczące własnego zdrowia. Lekarz przestaje być wyrocznią, a staje się doradcą, pomagającym choremu wybierać właściwe kierunki postępowania.

Kodeks Etyki Lekarskiej uchwalony przez III Krajowy Zjazd Lekarzy w grudniu 1993 r. poszanowaniu praw pacjenta poświęcił aż dwa artykuły (12 i 13), w których bardzo dobitnie nakazuje się uznanie podmiotowości, niezależności, godności i życzliwego, kulturalnego traktowania pacjenta przez lekarza.

4. Śmierć powinna się stać przedmiotem szerokiej edukacji społecznej, walki z tanatofobią, z bezsenssem współczesnego samooszukiwania się, że człowiek może żyć wiecznie, na rzecz powszechnego wyraźnego wskazania, że ważne jest raczej, by godnie żył i godnie umierał.

Wydaje się, że ten akurat postulat jest już od jakiegoś czasu realizowany. W latach 80. XX w. pojawiły się w Europie liczne apele i inicjatywy przywracania wypartej świadomości śmierci i „prawa do spotkania się z nią w jej istotności”. Ukonstytuowała się wtedy dziedzina wiedzy zwana antropologią śmierci, tanatologią humanistyczną czy też antropotanatologią, która stawia między innymi – ustami polskiego lekarza-humanisty Tadeusza Kielanowskiego – pytanie, „czy nie należałoby się pogodzić z myślą o nieuchronności śmierci i dążyć do odebrania jej choć części grozy”. Tanatologia pragnie uświadomić nam, na czym obecnie polega sztuka dobrego umierania. Chce przywrócić i dostosować do współczesności taki sposób społecznej reakcji na śmierć, który uczyni ją godniejszą i łatwiejszą. Te pożądane zmiany obejmują:

a) Kształcenie lekarzy (specjalność: lekarz tanatolog) w sztuce dobrego umierania. Lekarz musi umieć uznać różnice między chorym a umierającym, a także zaakceptować i przeżyć śmierć pacjenta, towarzysząc mu w umieraniu.

b) Uznanie autonomii pacjenta, przywrócenie mu godności i możliwości samostanowienia, porzucenie nastawienia paternalistycznego i okazywanie szacunku dla umierającego.

c) Realizacja postulatu tzw. etyki troski. Głównym nakazem etycznym dla lekarza ma być nie bezwzględna walka o życie, ale troska o umierającego i wszechstronna opieka. Pojawiła się nowa specjalizacja – lekarz opieki terminalnej. Choremu terminalnie trzeba zapewnić umieranie możliwie bezbolesne, w otoczeniu osób bliskich i poza szpitalem – w domu rodzinnym lub hospicjum. Opieką specjalistyczną psychologów, tanatologów i duszpasterzy powinny zostać otoczone także rodziny umierających i pogrążeni w żałobie.

d) Zerwanie ze złą milczeniem. Lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o śmiertelnym rokowaniu (artykuł 17 polskiego *Kodeksu Etyki Lekarskiej*) – „przywrócenie godności śmierci wymaga przede wszystkim świadomego jej przeżycia” (Gałuszko, Szewczyk 1996: 145).

e) Uznanie, że umieranie jest procesem o określonych etapach, który rozpoczyna się w chwili usłyszenia niepomyślniej diagnozy, i że śmierć wymaga czasu, by się do niej przygotować. Gdy umierającego pozbawia się tej możliwości np. przez brak informacji, „zagrożone są jego wyższe dobra, związane z dopełnieniem przez niego obowiązków wobec siebie samego i otoczenia. Chodzi tu przede wszystkim o przyjęcie sakramentu, sporządzenie testamentu czy przeprowadzenie ostatniej rozmowy z bliskimi” (tamże: 153).

Istnieje dyscyplina, którą można by nazwać pedagogiką tanatologiczną, w myśl której do śmierci trzeba się przygotować, umierania można i należy się nauczyć. Pedagogika umierania, obejmująca m.in. ćwiczenia „dobrej śmierci”, ma na względzie właściwą kulturę śmierci. Nie propaguje biernej postawy wobec śmierci, ale przekonuje, że jest ona naturalnym i koniecznym elementem życia, stanowi najdonioślejszy jego moment i podsumowuje je. Pedagogika tanatologiczna ma długą historię. Narodziła się w średniowieczu, szczególnie popularna była w XIV i XV wieku. Powstał wtedy i szybko się upowszechnił gatunek literatury religijno-moralizatorskiej zwanej *ars moriendi* (sztuka umierania). Początkowo były to poradniki pisane z myślą o kapłanach wzywanych do umierających, którym mieli towarzyszyć. Zawierały obok wykładu wiary i rozważań ascetyczno-mistycznych rady, zasady i wskazówki, jak przygotować umierającego do „dobrej śmierci”, tzn. świadomej, godnej i spokojnej. Tekstowi towarzyszył najczęściej materiał ilustracyjny, alegoryczne wyobrażenia duszy, nieba itp. Najbardziej znane to *Admonitio moriendi* Anselma z Canterbury (1034–1109) i *De arte moriendi* Jana Gersona (1363–1429). Szybko krąg adresatów i treści znacznie się poszerzyły. Odbiorcami stali się:

a) umierający, którzy znajdowali eschatologiczną pociechę i praktyczne rady, czego powinni dopełnić, by czuć się spokojnymi (pożegnać się z bliskimi, pojednać z nieprzyjaciółmi, prosić o przebaczenie, przekazać ostatnie ważne rady i życzenia, podsumować życie, przyjmując sakramenty);

b) wszyscy towarzyszący umierającemu, którym tłumaczono głęboki sens i wartość śmierci, a także wskazywano, jakimi gestami i słowami ulżyć i uszczęśliwić umierającego;

c) przeżywający żalobę wspierani przez *ars moriendi* w procesie nauki życia na nowo bez bliskiej osoby;

d) wszyscy żyjący, którzy otrzymywali wskazówki, jak żyć, by przygotować się do „dobrej śmierci”.

Powodzenie społecznej akcji *Rodzić po ludzku* mogłoby przekonać media do podjęcia kampanii *Umierać po ludzku*. Jestem przekonana, że byłaby ona w mocy doprowadzić do zmiany naszego stosunku do śmierci – oswojenia jej na nowo, zmierzania się ze świadomością, że każdy z nas umrze, i przywrócenia możliwości uczynienia z tej wiedzy fragmentu bezpośredniego doświadczenia m.in. przez towarzyszenie bliskim umierającym. Każdy bezpośredni kontakt ze śmiercią, także towarzyszenie w realnym umieraniu, można potraktować jako doświadczenie edukacyjne, jako lekcję życia, ponieważ:

a) zmusza do szukania i przywracania sensu swojego życia, a przynajmniej do zadawania poniechanych dziś pytań: po co żyję?, co po sobie zostawię?, co jest naprawdę ważne?;

b) pozwala odróżnić sprawy błahe od istotnych, dobra pozorne od prawdziwych;

c) odkrywa nowy wymiar bliskości między ludźmi i znaczenie drobnych gestów, uczy okazywania miłości, czułości, bezinteresowności;

d) pozwala dostrzec, że godność ludzka sytuuje się ponad cierpieniem, poniżeniem i ograniczeniami fizycznymi;

e) uczy, że na pełnię życia składa się obok szczęścia i przyjemności – cierpienie i śmierć, *ars moriendi* jest zarazem *ars vivendi*.

To dlatego ten aspekt ideologii szpitalnej, który polega na zмовie milczenia i utajnienia śmierci, uznają za szczególnie społecznie szkodliwy i wymagający zmiany. Myślenie o śmierci ma pomóc nam żyć. Jak kiedyś ktoś sentencjonalnie stwierdził: „Tylko ten, kto żyje, jakby miał jutro umrzeć, domy buduje tak, jakby miał żyć wiecznie”.

Literatura

- Aries, Ph. (1994): *Człowiek i śmierć*, Warszawa.
- Barański, J. (2000): *Śmierć i zmysły. Doznania, wyobrażenia, przemijanie*, Wrocław.
- Bartoszek, A. (2000): *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*, Katowice.
- Bauman, Z. (1998): *Śmierć i nieśmiertelność. O wielości strategii życia*, Warszawa.
- Bortnowska, H. (red.) (1993): *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, Kraków.
- Boulay du, Sh. (1985): *Changing the Face of Death. Religious and Moral Education*, Press.
- Brehant, J. (1993): *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*, Warszawa.
- Cichowicz, S., Godzimirski, J.M. (1993): *Antropologia śmierci. Myśl francuska*, Warszawa.
- Chmielarczyk, W. (2001): *Słowo, które leczy*, Warszawa.
- Corrless, I.B., Germino, B.B., Pittman, M. (eds.) (1994): *Dying, Death and Bereavement: Theoretical Perspective and Other Ways of Knowing*, New York.
- Gałuszko, M., Szewczyk, K. (red.) (1996): *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, Warszawa–Łódź.
- Grajcarek, A. (red.) (2001): *Sztuka rozmowy z chorym*, Kraków.
- Innes, B. (1999): *Granice śmierci*, Warszawa.
- Kielanowski, T. (1973): *Rozmyślenia o przemijaniu*, Warszawa.
- Kielanowski, T. (1975): *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci*, „Etyka”, nr 14.
- Kolbuszewski, J. (red.) (1997–2005): *Problemy współczesnej tanatologii. Medycyna – antropologia kultury – humanistyka*, t. I–IX, Wrocław.
- Kubler-Ross, E. (1998): *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Poznań.
- Kubler-Ross, E. (2005): *Życiodajna śmierć. O życiu, śmierci i życiu po śmierci*, Poznań.
- Kuligowski, W., Zwierchowski, P. (2004): *Śmierć jako norma, śmierć jako skandal*, Bydgoszcz.
- Mayerscough, P.R., Ford, M. (2001): *Jak rozmawiać z pacjentem*, Gdańsk.
- Nola di, A.M. (2004): *Tryumf śmierci. Antropologia żałoby*, Gdańsk.
- Ostrowska, A. (1995): *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa.
- Płonka-Syroka, B. (red.) (1999): *Moralny wymiar choroby, cierpienia i śmierci*, Wrocław.

- Ramsey, P. (1977): *Pacjent jest osobą*, Warszawa.
- Ritzer, G. (2003): *Makdonaldyzacja społeczeństwa*, Warszawa.
- Sabor, A., Barbaro de, B., Ochojska, J., Musiał, S., *Lekarze i korupcja*, „Znak” (2002): nr 561 (luty).
- Sanders, C.M. (2001): *Jak przeżyć stratę dziecka. Powrót nadziei*, Gdańsk.
- Siemianowski, A. (1992): *Śmierć i perspektywa nadziei*, Gniezno.
- Thomas, L.-V. (1991): *Trup. Od biologii do antropologii*, Łódź.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (2001): *Relacje lekarz-pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Kraków.
- Toynbee, A. i in. (1973): *Człowiek wobec śmierci*, Warszawa.
- Vovelle, M. (2004): *Śmierć w cywilizacji Zachodu*, Gdańsk.
- Walden-Gałuszko de, K. (1996): *U kresu*, Gdańsk.
- Włodarski, M. (1978): *Ars moriendi*, Kraków.
- „Zeszyty Karmelitańskie” (2006): nr 2 (zestaw tematyczny „Wybrani przez śmierć”).