

Dziecko wobec doświadczeń wynikających ze śmierci i umierania. Analiza opinii osób młodych

A child towards the experiences of death and dying. Analysis of the opinions of young people

Lucyna Sochocka¹, Elżbieta Krajewska-Kułak², Andrzej Guzowski²

¹Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

²Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Streszczenie

Wstęp: Dzieci zasadniczo są chronione przed obcowaniem ze śmiercią.

Cel pracy: Poznanie opinii osób młodych na temat doświadczeń dzieci dotyczących śmierci i umierania.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 606 studentów. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza ankietowego.

Wyniki: Będąc dzieckiem, 34,7% badanych towarzyszyło bliskiej osobie w ostatnich chwilach życia. Prawie połowa (46,8%) dopuszczała uczestniczenie w takiej sytuacji swojego dziecka, częściej respondenci będący rodzicami (25,7%) i badani z najwyższą średnią wieku (27,1 roku). Ponad połowa (52,3%) badanych studentów była obok bliskiej sobie osoby, która już zmarła. Mniej niż połowa (48,7%) dopuszczała taką możliwość w wypadku swojego dziecka. Z 16% respondentów rodzice nigdy nie rozmawiali na temat śmierci i umierania. Zdaniem 41,1% badanych o gotowości dziecka do rozmów na temat śmierci decyduje stopień jego dojrzałości emocjonalnej. Zdecydowana większość (75,7%) twierdziła, że będzie rozmawiać ze swoimi dziećmi o śmierci i umieraniu, a 50,4%, że jest przygotowana do prowadzenia z dzieckiem takich rozmów.

Wnioski: Osoby starsze statystycznie częściej opowiadały się za obecnością dzieci w ostatnich chwilach życia bliskiej im osoby, a osoby religijne za obecnością własnego dziecka przy już zmarłej bliskiej mu osobie. Nie wykazano różnic istotnych statystycznie w zakresie opinii na temat obecności dzieci w ostatnich chwilach życia oraz przy już zmarłej bliskiej osobie w zależności od posiadania dziecka, płci, miejsca zamieszkania i profilu studiów. Kobiety, respondenci mający już własne dzieci, grupa najstarsza wiekowo oraz studenci kierunków medycznych znamienne częściej byli przekonani o potrzebie rozmów z dziećmi na temat śmierci i umierania i deklarowali chęć jej przeprowadzenia z własnym dzieckiem.

Słowa kluczowe: dziecko, osoba umierająca, osoba zmarła.

Abstract

Introduction: Children are generally protected from contact with death.

Aim of the study: Understanding the opinion of young people about the children experiences of death and dying.

Material and methods: The study included 606 students. We used the survey method.

Results: As a child, 34.7% of respondents accompanied the end of the life of a loved person. 46.8% accepted the presence their child in a dying person, as parents (25.7%), and respondents with the highest average age (27.1 years). 52.3% were in the presence of a deceased person. 48.7% accepted such an experience for their children. 16% parents had never talked with children about death and dying. According to 41.1% of the respondents, the readiness of child to talk about death depends on his emotional development. 75.7% reported that they will talk to their children about death and dying and 50.4% of parents are prepared to conduct such discussions with their children.

Conclusions: Older people more often reported for the presence of children in the end of life of close person. No significant differences in opinion on the presence of children in the end of life of close person, depending on the fact of having a child, sex, place of residence, and profile studies were found. Women who having children, the oldest age group, and students of medical school were more often convinced of the need conversations with children about death and dying and they declared their willingness to carry it out with their children.

Key words: child, dying person, person died.

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułał, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. Kilińskiego 1, 15-089 Białystok,
e-mail: elzbieta.krajewska@wp.pl

WSTĘP

Od lat priorytetem medycyny było leczenie, a nie pomaganie, co wg Wróblewskiej [1] spowodowało, że zjawisko śmierci, jak również cały proces umierania zostały zepchnięte na margines i stały się tematem tabu. W literaturze przedmiotu podkreśla się, iż społeczno-religijne i techniczne przemiany dokonujące się we współczesnym świecie sprawiły, że dzisiejsza kultura umierania znacznie różni się od tej, z jaką obcowali nasi przodkowie [1, 2]. Dawniej większość ludzi umierała w swoich domach, w otoczeniu rodziny, a każdy jej członek dokładał starań, aby stanąć przy umierającym, wysłuchać jego ostatnich słów, poznać ostatnią wolę i pożegnać się z nim. Umierającemu towarzyszone w odejściu modlitwą, zapalano świecę gromniczną, wzywano kapłana [1, 2]. Dzisiaj śmierć została przeniesiona poza dom, zwykle są to szpital, zakład opieki leczniczej, dom spokojnej starości lub hospicjum [1, 2]. Kiedyś świadkami choroby i śmierci bliskich były także dzieci, które uczestniczyły w obrzędach pożegnania i pogrzebu. Obecnie dzieci, w mniemaniu dorosłych – dla ich dobra i bezpieczeństwa emocjonalnego, są chronione przed obcowaniem ze śmiercią, trudną i przykrą świadomością skończoności życia. Nie pozwala się im na kontakt z bliskimi osobami umierającymi, nie mają więc możliwości poznania, czym jest choroba i śmierć [1, 2]. Dorosli niechętnie zabierają dzieci do szpitala lub wręcz zabraniają im odwiedzania chorych, uważając, że to, co zobaczą, sprawi im ból i przykrość [3]. Postępująco wobec dziecka tak, jakby śmierć nie istniała. Łoskot [4] zauważa, że przekonanie o tym, że przemilczanie lub niepokazywanie czegoś dzieciom w imię zaoszczędzenia im doświadczenia straty jest iluzoryczne [4], a Woda [3] podkreśla, że w ten sposób pozbawia się dzieci możliwości pożegnania się z bliską osobą. Psychotematolodzy, za Łucewicz [5], są zdania, że nie należy ukrywać przed dzieckiem własnego smutku i żalu, a wręcz należy pozwolić mu na wyrażenie emocji i zmierzenie się z problemem. Przeżywanie, współodczuwanie trudnych sytuacji, np. żaloby po stracie bliskiej osoby, zbliży rodziców i dzieci, pozwoli bowiem ukazać dziecku śmierć w takim samym świetle, jak inne zjawiska otaczającej nas rzeczywistości [5].

Powszechnie wiadomo, że śmierć kogoś bliskiego jest trudnym przeżyciem, któremu towarzyszą ból i smutek [4]. To swoista sytuacja kryzysowa wywołująca nie tylko silne reakcje emocjonalne związane ze stratą, lecz także naruszająca poczucie własnej

tożsamości i relacje z innymi [4]. Nie ma znaczenia, ile człowiek ma lat, ponieważ cierpienie wywołane stratą kogoś bliskiego odczuwa każdy [6], a unikanie rozmów o śmierci lub rozmijanie się z prawdą nie sprawi, że przestanie ona istnieć. Śmierć stanowi nieodłączną część naszego życia i każdy prędzej czy później się z nią zetknie [7].

Z analizy literatury [cyt. za 5] dotyczącej zagadnień przemijania i śmierci wynika, że już kilkuletnie dzieci myślą o śmierci i mają o niej swoje, zmieniające się wraz z wiekiem, wyobrażenia. Dorosli, bojąc się powiedzieć dziecku prawdę z obawy przed jego reakcją, unikają tematu śmierci, żaloby, rozmów o smutku i cierpieniu [3, 6]. Są one jednak dzieciom potrzebne, ponieważ po pierwsze dzięki nim mogą się przekonać, czy ich rozumienie śmierci jest podobne jak innych dzieci i dorosłych, po drugie uczą je wyrażać emocje związane ze stratą kogoś bliskiego [7]. Unikanie rozmów z dziećmi na tematy egzystencjalne jest najgorszym z możliwych rozwiązań. Może spowodować utratę zaufania do rodziców, wytworzyć między nimi dystans emocjonalny, a w konsekwencji, w życiu dorosłym, doprowadzić do blokowania emocji związanych z przemijaniem i nieradzenie sobie z utratą. Pamiętać bowiem należy, że dzieci mają taką samą możliwość odczuwania jak dorośli. Nie są wystarczająco dojrzałe, aby w ten sam sposób wyrażać to, co czują, jednakże każde dziecko, które jest wystarczająco dojrzałe, aby kochać ludzi, jest wystarczająco dojrzałe, by przeżywać żalobę [8]. Codzienne życie dostarcza wielu okazji do poruszenia tematu przemijania, nieuleczalnej choroby i śmierci. W licznych filmach pojawiają się motywy choroby, śmierci, żaloby, a w mediach informacja na temat śmierci sławnej osoby publicznej. Nierzadkie są też sytuacje pośrednie stanowiące dobrą okazję do rozmowy, np. widok martwego owada, ptaka czy śmierć domowego zwierzątka [4, 5]. Zdaniem Łucewicz [5] takie rozmowy są niewątpliwie trudne, nie jest bowiem łatwo tak wyłumażyć dzieciom złożony problem śmierci, aby z jednej strony zdały sobie sprawę z istnienia śmierci, jej nieodwracalności, z drugiej zaś, aby wiedza ta nie stała się źródłem niepokoju, lęku i nie hamowała rozwoju ich osobowości.

Celem opisywanych badań było poznanie opinii osób młodych na temat obecności dzieci w ostatnich chwilach życia umierającej lub już zmarłej bliskiej im osoby, a także na temat zasadności poruszania w rozmowach z dziećmi tematyki śmierci i umierania oraz określenie stopnia samooceny badanych

w zakresie poziomu ich przygotowania do prowadzenia rozmów z dzieckiem na powyższy temat i poprawności preferowanych w rozmowach komunikatów.

MATERIAŁ I METODY

Badania prowadzono od października do grudnia 2014 r. i wzięło w nich udział 606 osób. Grupę

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

Charakterystyka grupy			
Parametr	n = 606		
płeć	kobieta	395 (65,2%)	
	mężczyzna	211 (34,8%)	
wiek	średnia	\bar{x} = 24,6 roku	
	min.–maks.	18–58 lat	
	odchylenie standardowe	SD = 8,6 roku	
profil studiów	medyczny	311 (51,3%)	
	techniczny	118 (19,5%)	
	ekonomiczny	7 (1,2%)	
	humanistyczny	170 (28,1%)	
miejsce stałego zamieszkania	wieś	265 (43,7%)	
	miasto do 10 000 mieszkańców	83 (13,7%)	
	miasto powyżej 10 000 mieszkańców	151 (24,9%)	
	miasto powyżej 100 000 mieszkańców	107 (17,7%)	
	wyznanie	rzymskokatolickie	518 (85,5%)
		jestem niewierzący	60 (9,9%)
agnostyk		11 (1,8%)	
protestant		6 (1,0%)	
świadek Jehowy		5 (0,8%)	
prawosławne		2 (0,3%)	
greckokatolickie		1 (0,2%)	
islam		1 (0,2%)	
budyzm		2 (0,3%)	
czy uważają się państwo za osobę religijną?		tak	203 (33,5%)
	raczej tak	238 (29,3%)	
	raczej nie	89 (14,7%)	
	nie	76 (12,5%)	
czy jest pani/pan rodzicem?	nie	493 (81,4%)	
	tak	113 (18,7%)	
w codziennym życiu jest pani/pan	osobą nowoczesną	295 (48,7%)	
	tradycjonalistką/tą	241 (39,8%)	
	i tak, i tak	70 (11,5%)	

badaną stanowili studenci uczelni wyższych Opola, Legnicy, Ciechanowa, Bielsko-Białej oraz Krakowa, studiujący na kierunkach o profilu medycznym, humanistycznym, technicznym i ekonomicznym. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankietowego stworzonego na potrzeby pracy przez jej autorów. Zawierał on metryczkę oraz pytania szczegółowe pozwalające poznać opinię osób młodych na temat towarzyszenia ich dzieci w ostatnich chwilach życia umierającej lub już zmarłej bliskiej im osoby, a także opinię badanych na temat zasadności prowadzenia przez rodziców rozmów z dzieckiem o śmierci i umieraniu.

Trafność narzędzia ustalono metodą sędziów kompetentnych, jego rzetelność sprawdzono poprzez próbę określenia różnic pomiędzy kolejnymi etapami badań (walidacja). W I etapie kwestionariusz wypełniła losowo wybrana grupa 30 osób. Badanie powtórzono w tej grupie po 4 tygodniach (II etap). Do obliczenia różnic pomiędzy I a II etapem wykorzystano test χ^2 (zmiennie jakościowe), a w przypadku wieku – test t dla prób zależnych (zmienna ilościowa). Nie odnotowano różnic między I a II etapem, co pozwala na stwierdzenie, iż uzyskane odpowiedzi nie były przypadkowe i podkreślają rzetelność wykorzystanego kwestionariusza.

Oceny stopnia poprawności komunikatów stosowanych przez badanych w rozmowie z dzieckiem dokonano na podstawie analizy wyboru wskazań sugerowanych przez autora uwzględniających trzy rodzaje komunikatów: błędne, niepełne i pełne. Do analizy statystycznej wykorzystano program Statistica 10 – dla zmiennych mierzalnych obliczono średnie arytmetyczne, odchylenia standardowe oraz zakres zmienności (wartości ekstremalne), dla zmiennych jakościowych obliczono częstości ich występowania (procent). Wszystkie badane zmienne typu ilościowego sprawdzono testem Shapiro-Wilka dla ustalenia typu rozkładu. Do porównania wyników zastosowano test analizy wariancji ANOVA Kruskala Wallisa i test *post-hoc*. Porównania zmiennych jakościowych dokonano za pomocą testu χ^2 . Dla wszystkich porównań przyjęto poziom $\alpha = 0,05$, a uzyskane wartości p zaokrąglono do 4 miejsc po przecinku.

WYNIKI

W badaniu wzięło udział 606 studentów studiów stacjonarnych i niestacjonarnych. Średnia wieku badanych to 24,6 roku (min. – 18, maks. – 58 lat), ponad połowę badanych – 65,2% (395) – stanowiły kobiety. Większość badanych to mieszkańcy miast – 56,3% (341), wyznania rzymskokatolickiego – 85,5% (518),

niebędący rodzicami – 81,4% (493), określający się jako osoby nowoczesne w prezentowanym przez siebie sposobie bycia – 48,7% (295). Ponad połowa badanych – 51,3% (311), to studenci studiów o profilu medycznym. Szczegółową charakterystykę grupy badanej przedstawiono w tabeli 1.

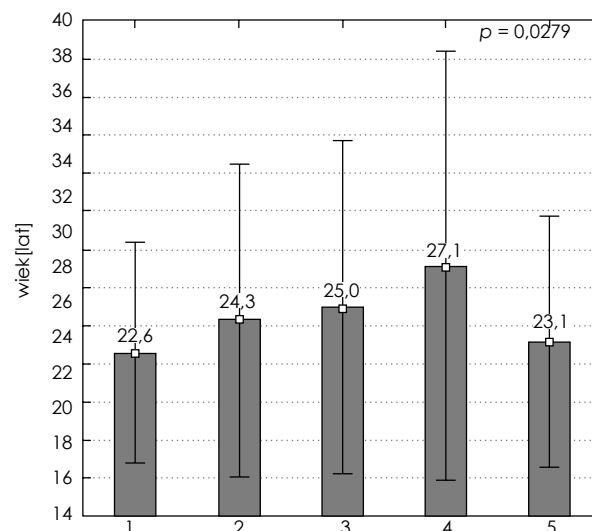
Mniej niż połowa (34,7%) respondentów, będąc dziećmi, towarzyszyła w ostatnich chwilach życia bliskiej osobie umierającej w domu lub szpitalu. Odsetek badanych, którzy dziś, jako osoby dorosłe, dopuszczają fakt obecności dziecka w takiej sytuacji wyniósł 46,8% (w tym stanowczo się za tym opowiedziało 17,7% respondentów, a 30,7% raczej dopuszczało taką możliwość). Odmianą opinię wyraziło 35,5% badanych, a 17,7% w ogóle się nad tym nie zastanawiało. W szczegółowej analizie statystycznej uwzględniono płeć, miejsce zamieszkania, profil studiów, fakt bycia lub nie rodzicem oraz wiek respondentów. Nie odnotowano statystycznie istotnej zależności w odniesieniu do płci ($p = 0,776$), miejsca zamieszkania ($p = 0,102$) ani też kierunku studiów respondentów ($p = 0,268$).

Wykazano, że respondenci będący rodzicami częściej – 25,7% ($n = 29$), w porównaniu z osobami niemającymi jeszcze własnych dzieci – 15,8% ($n = 78$), dopuszczali fakt towarzyszenia swoich dzieci w ostatnich chwilach życia bliskiej im osobie umierającej w domu lub szpitalu. Z kolei w grupie ankietowanych niebędących rodzicami częściej – 17,2% ($n = 85$), niż w grupie ankietowanych rodziców – 11,5% ($n = 13$), padała odpowiedź: „nie zastanawialiśmy się nad tym”. Dokładna analiza statystyczna wykazała jednak, iż różnice w odpowiedziach udzielonych przez respondentów mających i niemających dzieci nie były istotne statystycznie ($p = 0,0842$) (tabela 2.).

Zaobserwowano, że grupa badanych, którzy na powyższe pytanie odpowiedzieli „tak”, charakteryzowała się najwyższą średnią wieku równą $\bar{x} = 27,1 \pm 11,2$ roku, zaś osoby, które udzieliły odpowiedzi

„nie” – najniższą średnią wieku $\bar{x} = 22,6 \pm 5,8$ roku. Średni wiek respondentów, którzy wybrali odpowiedź „nie zastanawiałem się nad tym”, wynosił $\bar{x} = 23,2 \pm 6,6$ roku. Zaobserwowano istotne statystycznie różnice pomiędzy uzyskanymi wynikami ($p = 0,0279$) (ryc. 1.).

Ponad połowa badanych (52,3%) podała, że jako dziecko przebywało w obecności już zmarłej bliskiej sobie osoby. Prawie połowa (48,7%) respondentów



Czy Pan(i) dopuszczałby(taby) obecność swojego dziecka przy bliskiej mu osobie umierającej w domu lub szpitalu?

■ średnia I średnia \pm SD

1. nie	1 : 2 $p = 1,0000$
2. raczej nie	1 : 3 $p = 1,0000$
3. raczej tak	1 : 4 $p = 0,3634$
4. tak	1 : 5 $p = 1,0000$
5. nie zastanawiałem się nad tym	2 : 3 $p = 1,0000$
	2 : 4 $p = 1,0000$
	2 : 5 $p = 0,5150$
	3 : 4 $p = 1,0000$
	3 : 5 $p = 0,2633$
	4 : 5 $p = 0,0337$

Ryc. 1. Wiek a rodzaj udzielonej odpowiedzi na pytanie związane z opinią na temat dopuszczalności obecności własnego dziecka przy bliskiej mu osobie umierającej w domu lub szpitalu

Tabela 2. Opinie na temat dopuszczalności towarzyszenia własnego dziecka w ostatnich chwilach życia bliskiej osobie umierającej w domu lub szpitalu

		Bycie rodzicem				Razem		p (test χ^2)
		nie		tak		%	n	
		%	n	%	n			
Dopuszczalność obecności własnego dziecka przy bliskiej mu osobie umierającej w domu lub szpitalu	nie	11,6	57	8,0	9	10,9	66	0,0842
	raczej nie	24,9	123	23,0	26	24,6	149	
	raczej tak	30,4	150	31,9	36	30,7	186	
	tak	15,8	78	25,7	29	17,7	107	
	nie zastanawiałem się nad tym	17,2	85	11,5	13	16,2	98	
Ogół		81,4	493	18,6	113	100	606	

Tabela 3. Opinie badanych na temat przebywania dziecka w obecności już zmarłej bliskiej osoby w zależności od deklaracji religijności

		Deklaracja religijności								Razem		p (test χ^2)
		nie		raczej nie		raczej tak		tak		%	n	
		%	n	%	n	%	n	%	n			
Czy dopuszczają Państwo fakt obecności swojego dziecka przy bliskiej mu osobie zmarłej?	nie	11,8%	9	18,0	16	8,8	21	11,3	23	11,4	69	0,0267
	raczej nie	18,4	14	24,7	22	21,0	50	22,2	45	21,6	131	
	raczej tak	32,9	25	31,5	28	31,1	74	28,1	57	30,4	184	
	tak	19,7	15	9,0	8	15,5	37	25,1	51	18,3	111	
	nie zastanawiałem się nad tym	17,1	13	16,9	15	23,5	56	13,3	27	18,3	111	
Ogół		12,5	76	14,7	89	39,3	238	33,5	302	100	606	

Tabela 4. Preferowane opinie o potrzebie rozmów rodziców z dziećmi na tematy dotyczące śmierci i umierania w zależności od płci

		Płeć				Razem		p (test χ^2)
		kobiety		mężczyźni		%	n	
		%	n	%	n			
Czy rodzice, Państwa zdaniem, powinni rozmawiać z dziećmi na tematy dotyczące śmierci i umierania?	nie zastanawiałem się nad tym	13,7	54	21,8	46	16,5	100	0,0000
	tak, ale tylko wtedy, kiedy dziecko samo poruszy ten temat w bezpośredniej rozmowie	31,4	124	41,2	87	34,8	211	
	tak	52,4	207	30,3	64	44,7	271	
	nie	2,5	10	6,6	14	4,0	24	
Ogół		65,2	395	34,8	211	100	606	

na pytanie, czy dopuszcza taką sytuację w odniesieniu do własnego dziecka, odpowiedziała twierdząco, przy czym „tak” wybrało 18,3% osób, a „raczej tak” – 30,4%. Odpowiedź „nie” lub „raczej nie” wskazało 33% badanych, natomiast 18,3% zgłosiło, iż „nie zastanawiało się nad tym”.

W analizie statystycznej uwzględniono zależność odpowiedzi od płci, miejsca zamieszkania, profilu studiów, faktu bycia lub nie rodzicem, wieku oraz samookreślenia się jako osoby religijnej. Respondenci uważający się za osoby niereligijne znacznie częściej (72,9%) w porównaniu z badanymi uważającymi się za osoby religijne (63,3%) twierdzili, iż „nie” lub „raczej nie” dopuszczają faktu obecności swojego dziecka przy już zmarłej bliskiej mu osobie. Odnotowano istotne statystycznie różnice w udzielanych odpowiedziach pomiędzy respondentami uważającymi się za osoby religijne i niereligijne ($p = 0,026$) (tabela 3).

Nie wykazano istotnej statystycznie zależności między opinią na temat celowości przybywania dziecka w obecności już zmarłej bliskiej mu osoby od płci ($p = 0,664$), miejsca zamieszkania ($p = 0,886$), wieku ($p = 0,222$), profilu studiów respondentów

($p = 0,126$) ani też faktu bycia rodzicem lub nie ($p = 0,1300$).

Z 16% respondentów rodzice nie rozmawiali na temat śmierci i umierania. Większość badanych (79,5%) była jednak przekonana, że takie rozmowy powinny się odbyć, przy czym 34,8% uważało, iż powinno się je przeprowadzić z dzieckiem tylko wtedy, kiedy ono samo podejmie ten temat w bezpośredniej rozmowie.

W analizie statystycznej uwzględniono wpływ płci, faktu bycia lub nie rodzicem, wieku respondentów oraz profilu studiów. W grupie badanych kobiet najczęściej udzielano odpowiedzi „tak” – 52,4% ($n = 207$), natomiast wśród mężczyzn – „tak, ale tylko wtedy, kiedy dziecko samo poruszy ten temat w bezpośredniej rozmowie” – 41,2% ($n = 87$). Najrzadziej zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn udzielano odpowiedzi „nie” – odpowiednio 2,5% ($n = 10$) i 6,6% ($n = 14$). Odnotowano istotne statystycznie różnice w udzielanych odpowiedziach między kobietami a mężczyznami ($p = 0,0000$) (tabela 4).

Respondenci będący rodzicami częściej – 53,1% ($n = 60$), niż osoby niemające jeszcze własnych dzieci – 42,8% ($n = 211$), byli przekonani o potrze-

Tabela 5. Opinie respondentów będących i niebędących rodzicami odnośnie do potrzeby rozmawiania ze swoimi dziećmi na tematy dotyczące śmierci i umierania między respondentami będącymi i niebędącymi rodzicami

		Bycie rodzicem				Razem		Wartość p (test χ^2)
		nie		tak		%	n	
		%	n	%	n			
Czy rodzice, Pani/ Pana zdaniem powinni rozmawiać ze swoimi dziećmi na tematy dotyczące śmierci i umierania?	nie zastanawiałem się nad tym	17,8	88	10,6	12	16,5	100	p = 0,0970
	tak, ale tylko wtedy, kiedy dziecko samo poruszy ten temat w bezpośredniej rozmowie	35,7	176	31,0	35	34,8	211	
	tak	42,8	211	53,1	60	44,7	271	
	nie	3,7	18	5,3	6	4,0	24	
Ogół		81,4	493	18,6	113	100	606	

Tabela 6. Preferowane opinie o potrzebie rozmów rodziców z dziećmi na tematy dotyczące śmierci i umierania w zależności od kierunku studiów

		Profil studiów						Razem		p (test χ^2)
		medyczny		humanistyczny		techniczny		%	n	
		%	n	%	n	%	n			
Czy rodzice, Państwa zdaniem powinni rozmawiać z dziećmi na tematy dotyczące śmierci i umierania?	nie zastanawiałem się nad tym	12,5	39	21,8	37	19,5	23	16,5	99	0,0001
	tak, ale tylko wtedy, kiedy dziecko samo poruszy ten temat w bezpośredniej rozmowie	29,9	93	40,6	69	39,0	46	34,7	208	
	tak	54,7	170	30,6	52	39,0	46	44,7	268	
	nie	2,9	9	7,1	12	2,5	3	4,0	24	
Ogół		51,9	311	28,4	170	19,7	118	100	599	

bie rozmów z dziećmi na tematy dotyczące śmierci i umierania. Odpowiedź: „tak, ale tylko wtedy, kiedy dziecko samo poruszy ten temat w bezpośredniej rozmowie”, padała częściej w grupie ankietowanych niebędących rodzicami – 35,7% ($n = 176$) niż w grupie ankietowanych rodziców – 31% ($n = 35$). W obu grupach najrzadziej udzielano odpowiedzi „nie” – 5,3% ($n = 6$) wśród ankietowanych rodziców oraz 3,7% ($n = 176$) w grupie ankietowanych niemających jeszcze potomstwa. Odnotowano istotne statystycznie różnice w udzielanych odpowiedziach między respondentami mającymi i niemającymi dzieci ($p = 0,0970$) (tabela 5.).

Zaobserwowano, że grupa badanych, którzy na pytanie odpowiedzieli „tak”, charakteryzowała się najwyższą średnią wieku $\bar{x} = 25,7 \pm 9,2$ roku. Osoby, które udzieliły odpowiedzi „nie”, były w najniższym wieku $\bar{x} = 22,9 \pm 2,7$ roku. Respondenci udzielili ponadto odpowiedzi „nie zastanawiałem się nad tym” (średni wiek $\bar{x} = 23,3 \pm 7,8$ roku) oraz „tak, ale tylko wtedy, kiedy dziecko samo poruszy ten temat w bezpośredniej rozmowie” (średni wiek $\bar{x} = 24,2 \pm 8,5$ roku). Zaobserwowano istotne staty-

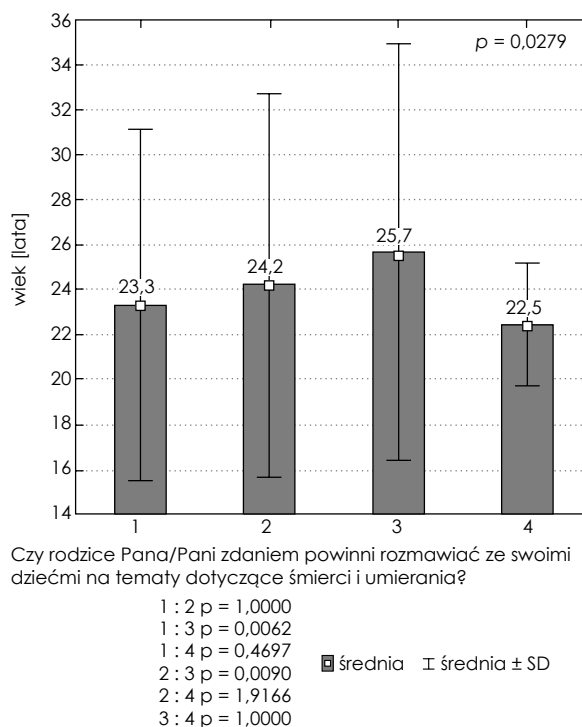
**Ryc. 2.** Preferowane opinie na temat potrzeby rozmów rodziców z dziećmi na tematy dotyczące śmierci i umierania, w zależności od wieku badanych

Tabela 7. Preferowane opinie o potrzebie rozmów rodziców z dziećmi na tematy dotyczące śmierci i umierania w zależności od płci

		Płeć				Razem		p (test χ^2)
		kobiety		mężczyźni		%	n	
		%	n	%	n			
Czy będą Państwo rozmawiać ze swoim dzieckiem na temat śmierci i umierania?	tak	54,2	214	33,6	71	47,0	285	0,0000
	tak, ale tylko wtedy, kiedy dziecko samo poruszy ten temat w bezpośredniej rozmowie	28,6	113	28,9	61	28,7	174	
	nie zastanawiałam się nad tym	12,9	51	26,5	56	17,7	107	
	nie	3,3	13	8,5	18	5,1	31	
	nie, moim zdaniem powinny zrobić to osoby prowadzące naukę religii	1,0	4	2,4	5	1,5	9	
Ogół		65,2	395	34,8	211	100	606	

Tabela 8. Preferowane opinie o potrzebie rozmów rodziców z dziećmi na tematy dotyczące śmierci i umierania w zależności posiadania własnych dzieci

		Bycie rodzicem				Razem		p (test χ^2)
		nie		tak		%	n	
		%	n	%	n			
Czy będą Państwo rozmawiać ze swoim dzieckiem na temat śmierci i umierania?	tak	44,0	217	60,2	68	47,0	285	0,0015
	tak, ale tylko wtedy, kiedy dziecko samo poruszy ten temat w bezpośredniej rozmowie	28,6	141	29,2	33	28,7	174	
	nie zastanawiałam się nad tym	20,5	101	5,3	6	17,7	107	
	nie	5,3	26	4,4	5	5,1	31	
	nie, moim zdaniem powinny zrobić to osoby prowadzące naukę religii	1,6	8	0,9	1	1,5	9	
Ogół		81,4	493	18,6	113	100	606	

stycznie różnice pomiędzy uzyskanymi wynikami ($p = 0,0001$) (ryc. 2.).

O potrzebie rozmów rodziców z dziećmi na temat śmierci i umierania znacznie częściej byli przekonani ankietowani studiujący na kierunkach medycznych – 54,7% ($n = 170$) aniżeli studenci kierunków humanistycznych – 30,6% ($n = 52$) i technicznych – 39,0% ($n = 46$). Odpowiedź „nie” najczęściej padała w grupie studentów kierunków humanistycznych – 7,1% ($n = 12$). Odpowiedź tę wskazywało 2,9% ($n = 9$) respondentów z kierunków medycznych oraz 2,5% studentów kierunków technicznych ($n = 3$). Odnotowano istotne statystycznie różnice w udzielanych odpowiedziach pomiędzy respondentami studiów o profilu medycznym, humanistycznym i technicznym ($p = 0,001$) (tabela 6.).

Zdaniem 41,1% ankietowanych czynnikiem decydującym o gotowości dziecka do rozmów na temat śmierci i umierania jest stopień jego dojrzałości emocjonalnej. W opinii 14% ankietowanych wiek, w którym rodzice powinni podjąć z dzieckiem rozmowę na temat śmierci i umierania, to 8–10 lat. Według 12,9% badanych na ten temat powinno się rozmawiać z dziećmi w wieku 6–7 lat. Spośród badanych 75,7% było przekonanych, iż będzie rozmawiać ze swoimi dziećmi o śmierci i umieraniu, przy czym 28,7% zrobi to dopiero wówczas, kiedy dziecko zainicjuje tego rodzaju rozmowę.

W analizie statystycznej uwzględniono zależność odpowiedzi od płci, faktu bycia lub nie rodzicem, wieku respondentów oraz profilu studiów. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni najczęściej udzielali od-

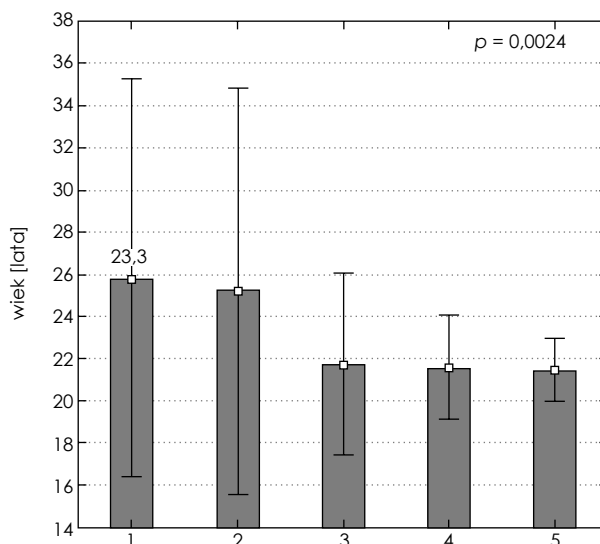
Tabela 9. Preferowane opinie o potrzebie rozmów rodziców z dziećmi na tematy dotyczące śmierci i umierania w zależności od kierunku studiów

		Profil studiów						Razem		p (test χ^2)
		medyczny		humanistyczny		techniczny		%	n	
		%	n	%	n	%	n			
Czy będą Państwo rozmawiać ze swoim dzieckiem na temat śmierci i umierania?	tak	55,6	173	32,9	56	44,1	52	46,9	281	0,0001
	tak, ale tylko wtedy, kiedy dziecko samo poruszy ten temat w bezpośredniej rozmowie	28,3	88	30,0	51	28,8	34	28,9	173	
	nie zastanawiałam się nad tym	12,2	38	26,5	45	19,5	23	17,7	106	
	nie	2,3	7	8,8	15	6,8	8	5,0	30	
	nie, moim zdaniem powinny zrobić to osoby prowadzące naukę religii	1,6	5	1,8	3	0,8	1	1,5	9	
Ogół		51,9	311	28,4	170	19,7	118	100	599	

powiedzi „tak”, przy czym w grupie kobiet odsetek ten wyniósł 54,2% ($n = 214$), a w grupie mężczyzn – 33,6% ($n = 71$). Odpowiedź: „tak, ale tylko wtedy, kiedy dziecko samo poruszy ten temat w bezpośredniej rozmowie”, padała porównywalnie często wśród kobiet i mężczyzn i stanowiła odpowiednio 28,6% ($n = 113$) i 28,9% ($n = 61$). Uwagę zwraca też fakt, że w grupie mężczyzn 26,5% ($n = 56$) badanych twierdziło, że nie zastanawiało się nad tym problemem. Najczęściej udzielaną odpowiedzią przez kobiety i mężczyzn była odpowiedź: „nie, moim zdaniem powinny zrobić to osoby prowadzące naukę religii” – 1,0% ($n = 4$) kobiet i 2,4% ($n = 5$) mężczyzn. Wykazano istotne statystycznie różnice w udzielanych odpowiedziach pomiędzy kobietami a mężczyznami ($p = 0,0000$) (tabela 7.).

Respondenci będący rodzicami znacznie częściej – 60,2% ($n = 68$), w porównaniu z osobami niemającymi jeszcze dzieci – 44,0% ($n = 217$), deklarowali chęć prowadzenia rozmów z dziećmi na temat śmierci i umierania. W grupie ankietowanych niebędących rodzicami istotnie częściej – 20,5% ($n = 101$), aniżeli w grupie ankietowanych rodziców – 5,3% ($n = 6$), padała odpowiedź: „nie zastanawiałam/nie zastanawiałem się nad tym”. Odnotowano istotne statystycznie różnice w udzielanych odpowiedziach pomiędzy respondentami będącymi i niebędącymi rodzicami ($p = 0,0015$) (tabela 8.).

Zaobserwowano, że badani, którzy na pytanie odpowiedzieli „tak”, charakteryzowali się najwyższą średnią wieku równą $\bar{x} = 25,8 \pm 9,4$ roku. Osoby, które udzieliły odpowiedzi: „nie, moim zdaniem powinny zrobić to osoby prowadzące naukę religii”, była w najniższym wieku – $\bar{x} = 21,4 \pm 1,5$ roku. Respondenci udzielili ponadto odpowiedzi „nie zastanawiałam się nad tym” (średni wiek $\bar{x} = 21,7 \pm 4,2$



Czy Pan(i) będzie rozmawiał(a) ze swoim dzieckiem na temat śmierci i umierania?
nie, moim zdaniem powinny to zrobić osoby prowadzące naukę religii

■ średnia I średnia ± SD

1 : 2 $p = 1,0000$	2 : 4 $p = 1,0000$
1 : 3 $p = 0,0011$	2 : 5 $p = 1,0000$
1 : 4 $p = 0,9818$	3 : 4 $p = 1,0000$
1 : 5 $p = 0,1432$	3 : 5 $p = 1,0000$
2 : 3 $p = 0,1583$	4 : 5 $p = 1,0000$

Ryc. 3. Preferowane opinie o potrzebie rozmów rodziców ze swoimi dziećmi na tematy dotyczące śmierci i umierania w zależności od wieku respondentów

roku) oraz „nie” (średni wiek $\bar{x} = 21,6 \pm 2,5$ roku). Zaobserwowano istotne statystycznie różnice pomiędzy uzyskanymi wynikami ($p = 0,0024$) (ryc. 3.).

Ankietowani studenci na kierunkach o profilu medycznym znacznie częściej – 55,6% ($n = 173$), aniżeli studenci studiów o profilu humanistycznym – 32,9% ($n = 56$), i technicznym – 44,1% ($n = 52$), byli

przekonani, że ze swoim dzieckiem będą rozmawiać o śmierci i umieraniu. Odpowiedź: „nie zastanawiałam/nie zastanawiałem się nad tym”, najczęściej wybierali studenci kierunków humanistycznych – 26,5% ($n = 45$). Studiujący na kierunkach technicznych odpowiedzię tę wskazywali z częstotnością 19,5% ($n = 23$), a na kierunkach medycznych – 12,2%. Zaobserwowano istotne statystycznie różnice pomiędzy uzyskanymi wynikami ($p = 0,001$) (tabela 9).

O odpowiednim przygotowaniu do prowadzenia z dzieckiem rozmów na tematy śmierci i umierania przekonanych było 50,4% respondentów. Wystarczający poziom wskazało 43,6% respondentów, a wysoki – 6,8%. Jedna trzecia (33,3%) badanych twierdziła, że rodzice nie muszą być odpowiednio przygotowani do rozmowy z dzieckiem na powyższy temat, ponieważ z natury wiedzą, jak takie rozmowy prowadzić. Zaledwie 15,3% badanych sądziło, iż podczas rozmowy z dzieckiem nie będzie miało żadnych obaw, ale pozostali sądzili, że mogą wystraszyć dziecko (43,4%), że dziecko ich nie zrozumie (35,4%) lub że w trakcie rozmowy z dzieckiem nie będą potrafili opanować własnych emocji (16,2%).

Badani twierdzili, że źródłem wiedzy o tym, jak rozmawiać z dzieckiem o śmierci i umieraniu, są dla nich: ksiądz (27,4%), pedagog szkolny (21,1%), pracownik poradni psychologicznej (23,8%) oraz Internet (23,1%).

Spośród rodzajów przekazu zaproponowanych respondentom, których można użyć w rozmowie z dzieckiem na temat śmierci i umierania, najczęściej preferowano komunikat pełny: „Czy chciałbyś porozmawiać o tym, co się stało z babcią?” (33,8% badanych), następnie niepełny: „Babcia umarła, bo była chora” (27,2%), oraz błędny: „Bóg tak chciał” (10,4%). Pozostali badani (28,6%) zadeklarowali, iż w rozmowie z dzieckiem nie posłużyliby się „żadnym z powyższych komunikatów”.

DYSKUSJA

Zdaniem Górnisiewicz [9] ochranianie dziecka przed doświadczeniem straty i cierpienia jest równoznaczne z odmawianiem mu prawa do przeżycia żałoby. Dziecko powinno ją przeżyć, aby móc zaakceptować to, co się stało. Bardzo często dorośli w momencie śmierci kogoś bliskiego „odsuwają dzieci na bok”, wywożą je do dalszej rodziny, a często także sama osoba umierająca nie chce się z nimi spotykać. Tymczasem jest to dobry czas, aby się pożegnać, powiedzieć o swoich uczuciach, przeprosić, wyjaśnić różne sprawy. Warto zatem pozwolić dziecku odwiedzać chorych w szpitalu i zachęcać do pytania, czy może zrobić coś dla chorego [3, 9]. Zrobienie czegoś dla umierającej babci czy dziadka pozwala dziecku okazać miłość i sprawić, że łatwiej mu bę-

dzie pogodzić się z ich śmiercią [3]. Należy pamiętać, że dziecko pozostawione w takim momencie same sobie poczuje się zignorowane, opuszczone, a jego wyobraźnia będzie podpowiadać rzeczy o wiele straszniejsze niż rzeczywistość [9]. Należy pamiętać, że to, czy zabrać dziecko do szpitala, czy też nie, jest sprawą indywidualną, a decyzja taka wymaga „wysłuchania się w dziecko, zrozumienia jego potrzeb i określenia prognozy wrażliwości” [3, 9]. Przed wizytą w szpitalu trzeba dziecko na to przygotować, opowiedzieć mu, jak tam jest, jakie urządzenia się tam znajdują, a jeśli chory się zmienił, źle wygląda lub jest podłączony do aparatury podtrzymującej funkcje życiowe, należy wyjaśnić cel zastosowania aparatury, wytłumaczyć, jak ciężki jest stan chorego i nie ukrywać, że chory może wkrótce umrzeć [3, 9].

Badacze, za Woda [3], są zgodni, że jeśli chodzi o bliską osobę, to niezależnie od wieku dziecka zaleca się, by pokazać mu ciało zmarłego, zamiast ukrywać przed nim prawdę, ponieważ zabronienie dziecku zobaczenia rodzica po śmierci może zakłócić jego żałobę. Kergorlay-Soubrier [cyt. za 3] wskazuje jednak pewne warunki, które muszą być wówczas spełnione – ciało nie powinno być zniekształcone, należy dziecku jasno wytłumaczyć, co się stało, dziecku powinna towarzyszyć osoba, której ono ufa i która jest mu bliska, nie należy zmuszać dziecka, by dotykało lub pocałowało zmarłego. Czuwanie przy zmarłym razem z innymi, branie udziału w rozmowach, wspólne przygotowywanie ceremonii pogrzebowej, wspominanie zmarłego przez różnych członków rodziny to oswojenie śmierci, to chwile, które jednocześnie umożliwiają szybsze pogodzenie się ze stratą, dlatego też nie należy dziecka z tych sytuacji wykluczać [3].

W opisywanym badaniu aż 65,3% respondentów, będąc dziećmi, nie towarzyszyło w ostatnich chwilach życia bliskiej osobie umierającej w domu lub szpitalu, a 53,2% nie dopuszczało takiej sytuacji w odniesieniu do własnych dzieci. Częściej (25,7%) towarzyszenie przez dziecko umierającej bliskiej osobie dopuszczali respondenci będący rodzicami.

Udział dziecka w rytuałach pogrzebowych, podobnie jak odwiedziny w szpitalu, budzi wiele kontrowersji i zdaniem Wody [3] to wiek dziecka wydaje się kluczem do podjęcia słusznej decyzji. Dzieci w wieku 3–4 lat raczej nie powinny brać udziału w pogrzebie, ponieważ odbierają świat emocjonalnie i bycie świadkiem rozpaczki matki lub płaczu ojca może bardzo niekorzystnie wpłynąć na jego równowagę emocjonalną [10]. Cztero- czy pięcioletków, jeśli są bardzo wrażliwe, również nie powinno się zabierać na pogrzeb, wystarczy wtedy odwiedzenie grobu niedługo po śmierci bliskiej osoby. Sześciu- i siedmioletki można zabrać na pogrzeb, aby dać im szansę pożegnania się z najbliższą osobą, jednakże trzeba je do tego wcześniej odpowiednio przygo-

tować: wyjaśnić, jak będzie wyglądać uroczystość, uprzedzić o sposobach wyrażania emocji, z którymi się zetknie, a których nie doświadcza na co dzień, przygotować na okazywanie smutku, a nade wszystko zapewnić, iż na każdym etapie uroczystości dziecko będzie mogło ją opuścić [10].

W opisywanym badaniu 52,3% respondentów jako dziecko przebywało w obecności już zmarłej bliskiej osoby, ale aż 51,3% nie dopuszczało takiej sytuacji w odniesieniu do własnego dziecka. Na obecność swojego dziecka przy osobie zmarłej częściej byli otwarci respondenci określający się jako religijni (36,7%) niż niereligijni (27,1%).

Rozmowa na temat śmierci i umierania powinna być dostosowana do wieku dziecka i jego możliwości percepcyjnych [3–8]. Dzieci do 2 lat, będące w stadium inteligencji sensoryczno-motorycznej, pomimo braku świadomości czyjejś śmierci wyczuwają zmiany w swoim otoczeniu i kiedy ktoś staje się smutny i zmartwiony, czują się zdezorientowane, rozdrażnione i zaniepokojone. Wyczuwają tragedię choćby po tym, w jaki sposób są brane na ręce, po tonie głosu. Odczuwają nieobecność fizyczną rodzica, który umarł, oraz nieobecność psychiczną, dystans rodzica, który przeżywa żałobę [3–8]. Dzieci w wieku 2–4 lat sądzą, że mają magiczną moc, za pomocą której mogą sprawić, by jakieś zdarzenia miały miejsce. Mają trudność ze zrozumieniem zjawiska powszechności i nieodwracalności śmierci, którą odbierają w sposób zmysłowy [3–8]. Czują, że w domu panuje smutek, żałoba i chociaż nie rozumieją, że ktoś umarł, udziela im się rozpacz dorosłych. Nie potrafią wyrazić swoich uczuć słowami, więc manifestują je zaburzeniami fizjologicznymi, np. moczeniem nocnym, utratą apetytu czy zaburzeniami snu. Dzieci w wieku 5 lat wiedzą, że śmierć oznacza rozstanie z osobą zmarłą oraz że zmarli nie mogą się poruszać, nadal jednak śmierć nie jest dla nich czymś nieodwracalnym [3–8]. Dzieci w wieku 6–8 lat mają skłonność do kojarzenia śmierci ze szkieletami, potworami i duchami, ze skutkiem przemocy i agresji. Są zafascynowane biologicznymi szczegółami śmierci (co się stanie z włosami lub z krwią w żyłach). Większość 6-latków rozumie, że powrót do życia osoby zmarłej jest niemożliwy oraz że śmierć następuje na skutek przyczyny fizycznej. W wieku 7 lat dzieci zdają sobie sprawę z uniwersalizmu śmierci [3–8]. Ośmiolatki rozumieją, że zmarły nic nie czuje, i czasem w sytuacji śmierci kogoś bliskiego sprawiają wrażenie, jakby nic się nie stało, często ukrywając emocje lub wyrażając je skrycie. Od 9. roku życia dzieci wiedzą, że śmierć jest nieunikniona i nieodwracalna, że może dotknąć także ich samych [3–8]. Potrafią różnicować zjawiska wypadku, choroby, starzenia się, a w zachowaniu przejawiają wiele buntu, negują swój ból i zaczynają się martwić o inne osoby. Młodzież w okresie dojrze-

wania zaczyna się zastanawiać nad sensem śmierci, tworzy własne teorie na jej temat. Nastolatki mogą się czuć bezradne, chcą wrócić do czasu dzieciństwa, kiedy śmierć ich nie dotyczyła, odgrywają „twardych” dorosłych, ale wewnątrz rozpaczają jak małe dzieci [3–8].

Gabb i wsp. [11] porównywali odpowiedzi na pytania dotyczące śmierci opiekunów i 141 dzieci w wieku szkolnym 5–7 lat. Pytania dotyczyły nieuchronności, nieodwracalności, związku przyczynowego oraz osobistych doświadczeń na temat śmierci. Odnośnie do przyczynowości, końca, nieodwracalności dzieci, zwłaszcza dziewczęta, udzielały bardziej poprawnych odpowiedzi niż ich opiekunowie. Autorzy [11] sugerują, że rozmowa z dziećmi na temat śmierci nie zawsze może być taka, jak się spodziewają rodzice.

W niniejszym badaniu 20,5% respondentów nie widziało potrzeby prowadzenia przez rodziców rozmów z dziećmi na tematy dotyczące śmierci i umierania. W opinii 41,1% respondentów najważniejszym czynnikiem decydującym o gotowości dziecka do rozmów na temat śmierci i umierania jest stopień jego dojrzałości emocjonalnej.

W literaturze przedmiotu [4, 7] podkreśla się, że dziecko powinno usłyszeć o śmierci od kogoś bliskiego, a nie od osób postronnych, a w rozmowie z nim należy unikać eufemizmów, sztuczności w zachowaniu i osaczania, należy nie tylko mówić prawdę, lecz także przekazać ją w sposób jasny i zrozumiały, nie zapominając o wrażliwości dziecka oraz biorąc pod uwagę jego stopień zainteresowania. W rozmowie z dzieckiem doświadczającym śmierci bliskiej osoby mogą się pojawić, jak zauważa Binnebesel [8], trzy rodzaje komunikatów: błędne, niepełne i pełne. Komunikaty błędne mają negatywny wpływ na dziecko i przekazywaną mu prawdę o stanie zdrowia czy też zbliżającej się lub zaistniałej śmierci osoby bliskiej, np. „Bóg tak chciał”, „Czas leczy rany”, „Co cię nie zabije, to cię wzmocni”, „Nie smuć się, to i tak nic nie da”. Powyższe zwroty niby tłumaczą zaistniałą sytuację, ale tak naprawdę zwiększają ból i wątpliwości dziecka [8]. Istotą komunikatów niepełnych są półprawda i lakoniczne informacje, takie jak „Mama umarła i Pan Bóg zabrał ją do siebie, bo ją bardzo kochał”, „Twoja siostrzyczka poszła do nieba, bo była bardzo grzeczna”, „Babcia umarła, bo była chora”. Z jednej strony mówią one o zaistniałych faktach, z drugiej zaś nic nie wyjaśniają do końca, powodują sytuację, w której fakty są nadinterpretowane lub brane dosłownie przez dziecko. Odnoszą się one do obiektywnej sytuacji lub przekonań osób wypowiadających te słowa, a problemem nie są te przekonania, ale lakoniczność przekazu, brak tłumaczenia istoty sprawy [8]. Komunikaty pełne to informacje udzielane dziecku na podstawie rzeczywistego obrazu sytuacji, z uwzględnieniem wiedzy dziecka, jego

możliwości intelektualnych oraz stanu emocjonalnego. Przekaz tego rodzaju to rozmowa z dzieckiem, wsłuchiwanie się w to, co ma nam do powiedzenia. Umiejętność słuchania i wsłuchiwanie się w to, co dziecko mówi, oraz pokazuje nam swoim zachowaniem jest kluczem do mówienia o śmierci [8].

W opisywanym badaniu spośród przekazów zaproponowanych respondentom, których można użyć w rozmowie z dzieckiem o śmierci i umieraniu, najczęściej preferowany był komunikat pełny: „Czy chciałbyś porozmawiać o tym, co się stało z babcią?”.

Niestety w literaturze przedmiotu mało jest prac poruszających tematykę śmierci i umierania w grupie dzieci, stąd trudno porównać własne wyniki z rezultatami innych autorów. Niewątpliwie jednak temat śmierci jest trudny nie tylko dla dzieci, lecz także dla dorosłych. W życie każdego człowieka wpisana jest śmierć. Dzieci zawsze zaskakują swoją dociekliwością i swoistą interpretacją świata. Najważniejsze jest, aby nie unikać z nimi rozmowy i mieć odwagę odpowiadać dziecku na jego pytania, w tym dotyczące śmierci i umierania. Trzeba być jednak do niej przygotowanym [12–20]. W tym celu dorośli mogą skorzystać z książki „Dziecko poznaje tajemnicę śmierci” Marielene Leist, pozwalającej zrozumieć, w jaki sposób najmłodsi przechodzą żałobę, co przeżywają, i zawierającej wskazówki, jak rozpocząć z nimi rozmowę o śmierci oraz wyjaśnienia, na czym polega ból dziecka po stracie kogoś bliskiego i jak go zminimalizować [12]. Przydatna może być także pozycja „Śmierć oczami dziecka. Jak pomagać w żałobie?” Marie Madeleine Kergorlay, w której autorka pokazuje, jak przełamać barierę i pomóc cierpiącemu dziecku [13], lub „Żałoba w rodzinie. Jak pomóc cierpiącym dzieciom i ich rodzinom” Martina Herberta [14].

W literaturze przedmiotu [10, 15] podkreśla się, że pierwszą rozmowę o śmierci, bez trudnych emocji, warto z dzieckiem przeprowadzić, zanim dotknie go tragedia. Nie musi być ona poprzedzona wizytą na cmentarzu, można na początku wyjaśnić dziecku mechanizmy odradzania się i umierania przyrody, potem pokazać ludzi starych i wskazać różnice między nimi a dziećmi. Trzeba jednak pamiętać, aby informacje na temat śmierci dozować w zależności od wieku i wrażliwości dziecka [10, 15]. Pomocne w tym mogą być książeczki dla dzieci i rodziców, które pośrednio lub bezpośrednio nawiązują do tematyki śmierci. Ciekawe na ten temat są przemyślenia Sielickiej [19], która stara się podpowiedzieć, kiedy należy podjąć rozmowy o śmierci i umieraniu z dziećmi, i proponuje biblioterapię jako jedną z form wsparcia dziecka w żałobie. Autorka przybliża możliwości terapeutyczne biblioterapii i propozycje doboru bajek terapeutycznych [19]. Okazuje się, iż z dzieckiem 2–3-letnim najlepiej omawiać śmierć na przykładzie cyklu przyrody, z wykorzy-

staniem takich bajek, jak „Król lew” czy „Bambi” [10, 15]. W przypadku 4–5-latków można wykorzystać np. opowiadanie „Lustro” Marii Molickiej lub książkę Wolfa Erlbrucha „Gęś, śmierć i tulipan” (dla dzieci 4-, 5-, 6-letnich i starszych) [10, 15]. Inne pozycje do wykorzystania to np. „Dokąd odchodzisz?” Suresh Rattana, wyd. Abwero, dla dzieci i nastolatków (9–14 lat); „Cukierek dla dziadka Tadka” Ivony Brezinovej, wyd. Stentor, książka dla przedszkolaków; „Lato Garmanna” Stiana Hole’a, wyd. FISO (Fundacja Inicjatyw Społecznie Odpowiedzialnych); „Czy umiesz gwizdać, Joanno?” Ulfa Starka, wyd. Zakamarki; „Żegnaj, panie Muffinie!” Ulfa Nilssona, wyd. Ene Due Rabe; „Olivier i zeszyt z marzeniami” Sally Nicholls, wyd. Znak; „Niebo za domem” Gaute Heiwolla, wyd. FISO; „Czy tata płacze?” Hildy Ringen Kommedal, wyd. FISO; „Złodzieje snów” Małgorzaty Strękowskiej-Zaremby, Nasza Księgarnia; „W imieniu życia. Opowiedz mi o śmierci...” Claire D’Hennezel, wyd. Klucze; „Esben i duch dziadka” Kim Aakeson, Evy Eriksson, wyd. Media Rodzina; „Mała książka o śmierci” Pernilly Stalfelt, wyd. Czarna Owca; „Jesień liścia Jasia” Leo Buscagliego, wyd. GWP; „A ja czekam...” Davida Cali, wyd. Hokus-Pokus; „Opowieść o Błękitnym Psie, czyli o rzeczach trudnych dla dzieci” Beaty Majchrzak, wyd. Papiilon; „Kiedy kiedyś, czyli Kasia, Panjan i Pangór” Jarosława Mikołajewskiego, wyd. Egmont.

WNIOSKI

Statystycznie częściej osoby starsze opowiadały się za obecnością dzieci w ostatnich chwilach życia bliskiej osoby umierającej w domu lub szpitalu, a osoby religijne za obecnością swojego dziecka przy już zmarłej bliskiej mu osobie.

Nie wykazano różnic istotnych statystycznie odnośnie do obecności dzieci w ostatnich chwilach życia bliskiej im osoby umierającej oraz przy już zmarłej bliskiej osobie, w zależności od faktu posiadania dziecka, płci, miejsca zamieszkania i profilu studiów.

Kobiety, respondenci mający własne dzieci, osoby najstarsze wiekowo oraz studenci kierunków medycznych znacznie częściej byli przekonani o potrzebie rozmów z dziećmi na temat śmierci i umierania i częściej deklarowali chęć jej przeprowadzenia z własnym dzieckiem.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Wróblewska I. Przekazywanie informacji pacjentowi z chorobą nowotworową. W: Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną. Wybrane zagadnienia. Steciwo A, Barań-

- ski J (red.). Wydawnictwo Elsevier, Urban & Partner, Wrocław 2012; 140-155.
2. Piecuch J. Czy śmierć jest ceną życia? W: Sochocka L, Worbs M. Wiara a zdrowie. Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2015; 143-159.
 3. Woda A. Oswoić lęk – rozmowy o śmierci. *Bliżej Przedszkola* 2014; 10: 14-18.
 4. Łoskot M. Rozmowy o śmierci. Wsparcie uczniów po stracie bliskiej osoby. *Głos Pedagogiczny* 2010; 5: 50-54.
 5. Łucewicz J. Rozmawiamy z dziećmi o przemijaniu i śmierci. *Wychowanie Na Co Dzień* 2002; 9: 17-18.
 6. Wysota M. Kiedy ludzie odchodzą. Cz. 3. *Remedium* 2012; 2: 22-23.
 7. Stępnia K. Gdy odchodzi ktoś bliski... Zmiany i straty w dziecięcym świecie. *Wychowanie w Przedszkolu* 2010; 10: 16-21.
 8. Binnebesel J. Psychopedagogiczne aspekty rozmowy z dzieckiem o śmierci i umieraniu. *Psychoonkologia* 2011; 1: 11-15.
 9. Górniewicz J. Rozmowy o śmierci. *Bliżej Przedszkola*. *Wychowanie i Edukacja* 2008; 11: 18-20.
 10. Jankowska A. Gdzie schodzą do nieba? Jak rozmawiać o śmierci z przedszkolakami. *Bliżej Przedszkola* 2012; 11: 14-17.
 11. Gaab EM, Owens GR, MacLeod RD. Caregivers' estimations of their children's perceptions of death as a biological concept. *Death Stud* 2013; 7: 693-703.
 12. Leist M. Dziecko poznaje tajemnicę śmierci. Wyd. Święty Wojciech, Poznań 2009.
 13. Kergorlay-Soubrier MM. Śmierć oczami dziecka. Jak pomagać w żałobie? Wyd. Salwator, Kraków 2011.
 14. Herbert M. Żałoba w rodzinie. Jak pomóc cierpiącym dzieciom i ich rodzinom. GWP, Gdańsk 2010.
 15. Alenowicz M. Dlaczego babcia umarła? Jak rozmawiać z przedszkolakiem o śmierci. *Mój Przedszkolak* 2013; 8: 18-19.
 16. Deja M. Przeżywanie śmierci i żałoby przez dzieci. *Wychowanie w Przedszkolu* 2014; 10: 19-21.
 17. Goetz M. Utrata bliskiej osoby. *Głos Nauczycielski* 2015; 44: 16.
 18. Jakubowska A. Drzewa nie umierają. *Życie Szkoły* 2015; 9: 36-40.
 19. Sielicka E. Bajki jako forma wsparcia dziecka w żałobie. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze* 2015; 8: 18-23.
 20. Stępnia K. Gdy odchodzi ktoś bliski... Zmiany i straty w dziecięcym świecie. *Wychowanie w Przedszkolu* 2010; 10: 16-21.