

Duchowe i pedagogiczne aspekty relacji chorego z osobami wspierającymi

Spiritual and pedagogical aspects of the patient's relationship with people supporting him/her

Janusz Mastalski

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

Psychoonkologia 2018, 22 (1): 11–17

DOI: <https://doi.org/10.5114/pson.2018.81159>

Adres do korespondencji:

ks. prof. dr hab. Janusz Mastalski
Uniwersytet Papieski Jana Pawła II
w Krakowie
ul. Kanonicza 25
31-002 Kraków
e-mail: jmas@neo.pl

Streszczenie

Budowanie odpowiednich relacji pomiędzy chorym a wspierającymi go osobami jest istotnym elementem procesu leczenia. W tych relacjach aspekt pedagogiczno-duchowy ma szczególne znaczenie. Wśród najważniejszych kategorii, na których są one zbudowane, należy wymienić: sens życia, czas, przebaczenie, miłość, transcendencję, potrzeby, jakość bycia oraz perspektywy. Wszystkie te kategorie można rozpatrywać od strony duchowej i wychowawczej. Mają one znaczący wpływ na kondycję psychofizyczną zarówno chorego, jak i osób wspierających. W dramacie choroby spotkanie z człowiekiem życzliwym niesie ze sobą radość i świadomość braku osamotnienia. Relacje budowane z osobą chorą powinny mieć charakter terapeutyczny, wzmacniający, a przede wszystkim pełny otwartości i życzliwości. Warto też podkreślić, że u osób wspierających spotkanie z chorym ustawia życiową hierarchię wartości. Choroba pokazuje, co w życiu się liczy, na jakich fundamentach należy opierać codzienne wybory. Wydaje się, że jedną z najtrudniejszych kwestii związanych z napięciem pomiędzy chorobą i zdrowiem przy współobecności cierpienia jest samotność. Bywa ona niejednokrotnie tak dojmująca, że trudno ją pomieścić w nadwątlonej psychice, ale także w sferze ducha. Samotność jest przeszkodą w twórczym przeżywaniu choroby, która wcale nie musi prowadzić do utraty życia. Należy podkreślić ogromne znaczenie wsparcia dla chorych.

Abstract

The problem of building appropriate relationships between a patient and persons supporting him/her is an important element in the treatment process. In these relationships the pedagogical and spiritual aspect is of particular importance. The most important categories on which these relationships are built include: the meaning of life, time, forgiveness, love, transcendence, needs, quality of being and perspectives. All these categories can be considered from spiritual and educational sides. They have a significant impact on the psychophysical condition of both the patient and those who support him/her. It seems that one of the most difficult issues concerning stress between illness and health is loneliness. Often it is so penetrating that it is hard to hold in a weakened psyche and in the spiritual sphere as well. Loneliness is an obstacle to the creative experience of illness (cancer as well), which does not always have to lead to loss of life. These threats specifically indicate the need to appreciate the spiritual elements in health promotion. Among them are: a crystallised meaning of life; a coherent system of values; faith; regular meeting of the Sacrum (prayer) and the religious approach to another. The anthropological premise suggests that a person has to develop integrally to maintain specific physical, mental, spiritual, and social balance. There is a huge need for health promotion, in which an important component is the spiritual sphere.

Słowa kluczowe: duchowość, relacje, wychowanie, choroba, wspieranie.

Key words: spirituality, relationships, education, illness, support.

Wstęp

W dobie przemian cywilizacyjnych, w których możliwości i zwycięstwa mieszają się z porażkami i toksycznością zjawisk, problematyka zdrowia jest nie do przecenienia. Zdrowie bowiem nie jest tylko brakiem choroby. Zdrowie postrzegane jest jako wartość, dzięki której osoba ludzka może realizować swoje potrzeby. Ponadto ujmowane jest ono w kontekście zasobu umożliwiającego rozwój osoby. Wreszcie – zdrowie jest środkiem do osiągnięcia i utrzymywania wysokiej jakości życia.

Mówiąc o zdrowiu, nie można zapomnieć o regulacyjnej roli zasobów podmiotowych, o której pisała w licznych publikacjach Helena Wrona-Polańska. Ta wybitna psycholog zdrowia dzięki wnikliwym badaniom i poszukiwaniom teoretycznym nabrała przekonania, że „kluczowymi zasobami sprzyjającymi zdrowiu i jego utrzymaniu są zasoby osobowe poznawcze określane jako osobowość prozdrowotna, na którą składają się: poczucie koherencji, poczucie kontroli i samoocena. Zasoby te wpływają na zdrowie w sposób bezpośredni i pośredni poprzez wzmacnianie skutecznego radzenia sobie ze stresem. Podobnie zasoby podmiotowe behawioralne sprzyjają zdrowiu poprzez ścieżkę kompetencyjną, a więc skuteczne sposoby radzenia sobie ze stresem” [1, s. 14].

W tym kontekście wsparcie człowieka chorego jest niezwykle istotną i jednocześnie delikatną kwestią związaną z wkroczeniem osoby z zewnątrz w intymny świat lęków, deprivacji potrzeb, a niejednokrotnie bezsensu dalszego życia. Człowiek chory to osoba, która walczy, pragnie wyjść z choroby zwycięsko. Choroba ogranicza człowieka i powoduje niemoc, a najczęściej prowadzi do niepokoju, zamknięcia się w sobie, a nawet rozpacz. W konsekwencji może pojawić się także bunt przeciw Bogu [2].

Trudno nie zgodzić się z ks. prof. Tadeuszem Biesagą, który pyta: „Czy człowiek przez starość, chorobę staje się mniej człowiekiem? Zapewne zmieniają się jego możliwości fizyczne, psychiczne, osobowościowe. Niektóre z nich są drastycznie ograniczone. W ciężkiej chorobie kurczą się zewnętrzne, fizyczne czy psychiczne przejawy jego podmiotowości. Czy jednak zanika również jego podmiotowość ontyczno-aksjologiczna, jego człowieczeństwo? Takie myślenie próbuje nam narzucić kultura scjentystyczna, technokratyczna, która spostrzega człowieka tylko przez przejawy

zewnętrzne, przez sprawności do wytwarzania dóbr materialnych, przedmiotowych” [3, s. 24].

Nie można więc zapominać, że człowiek jako osoba ludzka ma prawo do szacunku przez całe swoje życie. W budowaniu relacji z innymi, zdrowymi ludźmi ma prawo do wyrozumiałości, wsparcia, pomocy. Należy z całą stanowczością stwierdzić, że „istota ludzka nigdy nie traci swej godności bez względu na stan fizyczny i psychiczny, w jakim może się znaleźć, ani na zdolność nawiązywania relacji z innymi. Dlatego każdy człowiek umierający zasługuje stanowczo na bezwarunkowy szacunek należyty każdej osobie” [4, s. 4].

Problem budowania odpowiednich relacji pomiędzy chorym a wspierającymi go osobami jest więc istotnym elementem procesu leczenia. W tych relacjach aspekt pedagogiczno-duchowy ma szczególne znaczenie. Wśród najważniejszych kategorii, na których zbudowane są te relacje, należy wymienić: sens życia, czas, przebaczenie, miłość, transcendencję, potrzeby, jakość bycia oraz perspektywy. Wszystkie te kategorie można rozpatrywać od strony duchowej i wychowawczej. Mają one znaczący wpływ na kondycję psychofizyczną zarówno chorego, jak i osób wspierających. Warto je pokrótce omówić.

Sens życia

Bezdiskusyjny wydaje się fakt, że „znalezienie sensu swego życia ma fundamentalne znaczenie dla osiągnięcia pełnej dojrzałości i rozwoju osoby ludzkiej, ponieważ wyraża ono przeświadczenie, że istnieje pozytywna odpowiedź na podstawowe pytania człowieka: czy życie ma jakiś cel, czy warto żyć pomimo spotykanych codziennie nieszczęść i niesprawiedliwości (...). Poczucie sensu życia jest niezbędne człowiekowi do pełnego istnienia. W przeciwnym razie człowiek gubi wszelkie motywy swojego bytu i popada w pustkę egzystencjalną” [5, s. 132].

Zdefiniowanie sensu życia jest niezwykle trudne. Można nawet powiedzieć, że to pojęcie ma charakter pierwotny. Może być rozumiane w różny sposób. Zawsze jednak określa działania i myślenie człowieka. W strukturze sensu życia można wyróżnić cztery komponenty: intelektualny (zdolność do poznania swojej natury), emocjonalno-uczuciowy (zdolność do reagowania na wartości), wolitywno-dążeniowy (zdolność do dokonywania wyborów) oraz egzystencjalno-dążeniowy (przynajmniej zaistnienia sensu życia lub skutek jego istnienia) [5].

Mówiąc o sensie życia, nie można zapominać o istotnym fakcie, że jest w niego wpisany także drugi człowiek. Ma to bardzo duże znaczenie szczególnie wtedy, kiedy ów sens staje się czymś dalekim, niewyraźnym (kiedy ma się świadomość, że się go traci). Często tak bywa w chorobie, szczególnie nieuleczalnej. Budując zatem relację z chorym, każdy człowiek musi pamiętać, że ma do spełnienia ważne zadanie – podtrzymania, pogłębienia czy przywrócenia sensu życia.

Z punktu widzenia pedagogicznego istotne są w tym zakresie następujące postawy i działania:

- regularne rozmowy na temat życia, jego znaczenia oraz priorytetów,
- ukazywanie w sposób sugestywny postawy niepoddawania się i walki z chorobą,
- wskazywanie osób, które wygrały walkę z chorobą i cieszą się życiem,
- w przypadku osób wierzących – przybliżanie chrześcijańskiego sensu choroby, cierpienia i umierania,
- rozmawianie z osobą chorą na tematy egzystencjalne, które w związku z chorobą ją nurtują,
- znajdowanie nowych kontekstów w związku z przyszłością dalszą i bliższą,
- wzmacnianie siebie, aby pod wpływem cierpienia chorego samemu nie popaść w niepokojące stany emocjonalne,
- jasny przekaz dotyczący empatycznego rozumienia chorego i sytuacji, w której się znajduje.

Budowanie relacji stanowi więc istotny komponent odzyskiwania przez osobę dotkniętą chorobą trwałego sensu życia. Jest to także związane z przemijaniem i starością. Trzeba pamiętać, że „narodzinom i młodości towarzyszy pewność wejścia w nowy świat. Jeżeli taka nadzieja towarzyszy starości, jeżeli człowiek stary ma pewność, że ze śmiercią wszystko się nie kończy, że nie kończy się on jako człowiek, lecz żyje nadal, wówczas i starość, i śmierć nabierają specjalnego znaczenia i głębokiego sensu, prowadzą go bowiem ku nowemu życiu, a nie ku zagładzie. Owa wizja dalszego życia w nowym świecie nadaje sens cierpieniu, niedołęstwu i wysiłkom okresu starości. Sama zaś starość widziana jest wówczas jako jeden z etapów w osiągnięciu pełnego człowieczeństwa – i to o tyle ważny, że w nim dokonuje człowiek podsumowania i oceny wszystkiego, co przeżył, przemyślał i zdziałał” [6, s. 89–90].

Czas

Trudno nie zgodzić się z poglądem, że „prawdopodobnie tylko ludzie mają świadomość tego, że żyją w skończonym czasie i reprezentują czas w swoim umyśle za pośrednictwem różnych

struktur poznawczych, od prostych obrazów, poprzez metafory, do złożonych modeli formalnych, tworzonych przez fizyków. Ludzie mają też świadomość tego, że czas nie jest wielkością jednorodną, że w obiektywnym świecie zewnętrznym istnieją różne porządki temporalne i związane z nimi skale temporalności. (...) Jednakże te różne miary czasu i zegary, choć niewątpliwie istotnie ułatwiają orientację w upływie czasu, nie rozwiązują problemu wewnętrznego czasu psychologicznego, czasu ludzkiej egzystencji” [7, s. 365].

W budowaniu relacji istotny jest także czas poświęcony na bycie z chorym. Okazuje się, że może on być zupełnie inaczej odbierany przez osobą chorą niż przez wspierających ją ludzi. Niektórym chorym czas będzie się bardzo dłużył ze względu na sposób przeżywania swojej choroby, dla innych natomiast czas bardzo przyspieszy (szczególnie w przypadku nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu). Wydaje się więc, że jakość spędzania czasu z osobą chorą jest niezwykle ważna. Można w tym względzie sformułować kilka postulatów:

- jeśli szanuje się drugiego człowieka, nie można patrzeć na zegarek i trzeba starać się o postawę afirmującą spotkanie z osobą chorą,
- jeśli czas ma być przestrzenią wspierania, to trzeba go wypełnić realizowaniem potrzeb chorego,
- jeśli czas poświęcony osobie chorej ma spełniać określoną funkcję wspierającą, musi być na niego pomysł,
- jeśli spotkanie z chorym ma być skuteczne pod względem wsparcia, sama osoba wspierająca musi mieć dystans do całej sytuacji (wspieranie nie może niszczyć osoby wspierającej).

Czas poświęcony choremu ma znaczenie terapeutyczne, bowiem człowiek chory potrzebuje wsparcia emocjonalnego. Oczywiście, „idealne byłoby wsparcie udzielane przez doświadczonych psychologów klinicznych, dobrze znających problem przewlekłej choroby (...). Tymczasem realia są zupełnie odmienne i dlatego bardzo pomocne pod tym względem są prawidłowe relacje z rodziną i najbliższymi, które często zastępują pomoc psychologa. Obecnie za niezwykle ważne uważa się bowiem postrzeganie pacjenta przez pryzmat życia na płaszczyźnie biologicznej, psychologicznej i społecznej” [8, s. 63].

Przebaczenie

Przebaczenie można rozumieć w różny sposób. Wśród definicji znajduje się i taka, według której przebaczenie to proces zmian motywacyjnych, emocjonalnych, zmian w zachowaniu, na skutek których zmniejsza się negatywne nastawienie do drugiego człowieka, który skrzywdził [9]. Przeba-

czenie jest związane z trzema sferami: uczuciową, poznawczą i działaniową [10]. Ma ono szczególne powiązanie z obiektywnym bądź subiektywnym poczuciem krzywdy. Konsekwencją braku przebaczenia może być dekonstrukcja funkcjonowania w obszarze uczuciowym, poznawczym i w zachowaniu. Nie ma wątpliwości, że poczucie krzywdy może prowadzić do znieczulenia emocjonalnego. Niejednokrotnie brak przebaczenia wywołuje nadwrażliwość, a także agresję.

W egzystencji człowieka chorego kwestia przebaczenia jest niezwykle istotnym elementem budowania relacji. Świadomość zbliżania się ewentualnego kresu życia zmienia podejście do osób, które chory skrzywdził albo przez które został skrzywdzony. Jak pisze Józef Augustyn SJ „przebaczenie ma charakter doświadczenia wewnętrznego. Jest ono osobistą decyzją odpuszczenia *naszym winowajcom* wszystkich ich przewinień i grzechów popełnionych wobec nas. Dokonuje się ono w głębi serca i nie zależy od bliźniego. Osobiste przebaczenie *swojemu winowajcy* jest możliwe także wówczas, kiedy z różnych przyczyn nie można się jeszcze z nim w pełni pojednać. Można obdarzyć przebaczeniem *naszego winowajcę* także wtedy, gdy nie poczuwa się on jeszcze do odpowiedzialności za wyrządzone zło i sam trwa wobec nas w postawie nieżyczliwości, niechęci czy wrogości” [11, s. 152].

Nie ma zatem żadnej wątpliwości, że przebaczenie powinno się wpisywać w relacje budowane z chorym. Często nadwrażliwość, a nawet niekiedy złośliwość sprawiają, że relacje pomiędzy chorym a osobą opiekującą się nim i wspierającą mogą być napięte. Potrzeba wiele wysiłku, aby interakcje pomiędzy nimi były prawidłowe. Z badań wynika, że przebaczenie przynosi wiele pozytywnych uczuć. Ma ono zatem „charakter więziotwórczy, wpływa na wyższą jakość życia i dobrostan psychiczny, który jest warunkiem zdrowia” [1, s. 321].

Okazuje również, że „relacje między członkami rodziny wiążą się z możliwościami rodziny do wzajemnego przebaczenia. Maio i wsp. (2008) zwracają uwagę na to, że wzajemne przebaczenie sobie przez członków rodziny jest związane z pozytywną oceną własnej rodziny” [13, s. 71].

Poczucie miłości

Nie można nie zgodzić się ze stwierdzeniem, że każdy człowiek potrzebuje miłości – poczucia, że jest kochany i kocha. Jan Paweł II przed laty pisał: „Istotna wartość i osobowa godność każdego człowieka nie ulegają zmianie nigdy, niezależnie od konkretnych okoliczności jego życia. Człowiek, nawet ciężko chory lub niezdolny do wykonywania bardziej złożonych czynności, jest i zawsze pozostaje

człowiekiem, nigdy zaś nie stanie się *rośliną* czy *zwierzęciem*. Także nasi bracia i siostry, którzy znajdują się w klinicznym stanie *wegetatywnym*, w pełni zachowują swą ludzką godność” [14, s. 7].

Owa godność sprawia, że człowiek ma prawo do miłości. Człowiek chory jest szczególnie wrażliwy na okazywane mu emocje i uczucie. Warto więc pamiętać, że budowanie relacji z chorym powinno zasadzać się na szeroko rozumianej miłości. Trudno nie zgodzić z poglądem, że „ból może być przebudzeniem nie tylko dla nas samych. Wyzwała też miłość wśród otoczenia. Inni próbują postawić się na naszym miejscu – nie doświadczając bezpośredniego zagrożenia, starają się wczuć w najbardziej niepożądane emocje. Dla nas ból staje się źródłem cierpliwości, jednocześnie odkrywa wynikające z miłości więzi z naszymi braćmi. Cierpienie rodzi prawdę” [15, s. 103].

Warto też nadmienić, że „serce jest organem uczuciowym i wyrafinowanym centrum dla otrzymywania i przetwarzania informacji. System nerwowy w sercu (lub *mózg serca*) umożliwia mu naukę, zapamiętywanie i podejmowanie decyzji funkcjonalnych niezależnie od kory mózgowej (...). Liczne eksperymenty zademonstrowały, że sygnały, które serce nieprzerwanie wysyła do mózgu, wpływają na funkcję wyższych ośrodków mózgu biorących udział w percepcji (postrzeganiu), poznaniu i przetwarzaniu emocjonalnym. (...) Rytm mózgu synchronizują się naturalnie do rytmicznej aktywności serca (...) podczas trwałych uczuć miłości lub wdzięczności ciśnienie krwi i rytmy oddechowe, pośród innych oscylacyjnych, wchodzą w rytm serca” [16, s. 868].

W powyższym kontekście poczucie bycia kochanym przez osobą wspierającą jest niezwykle ważnym czynnikiem prozdrowotnym. Oczywiście istnieje problem sposobu okazywania owej miłości. Ważna jest w tym procesie zarówno komunikacja werbalna, jak i niewerbalna. Nie ma prawdziwego, skutecznego wspierania bez miłości, która jest fundamentem wszelkich więzi i relacji międzyludzkich. Miłość jest przecież wartością, która stanowi fundament wychowania do wartości przez wartości. Musi być to zatem proces dynamiczny i ciągły.

Transcendencja

Albert Camus napisał, że choroba jest klasztorem, który ma swoją regułę, swoją ascezę, swoje cisze i swoje natchnienia. Choroba jest więc jakimś obszarem, który ogranicza w wielu wymiarach. Można zatem odnaleźć wiele twarzy choroby, w których istotne wydaje się odwołanie przez wspierających do transcendencji:

- choroba jest rzeczywistością, która zmienia jakość życia – każda choroba wprowadza w życie człowieka zamieszanie, chaos i zmianę trybu życia, ważne jest, aby tę zmianę zaakceptować. Bóg i wspólna modlitwa chorego ze wspierającym w tym pomagają;
- choroba ustawia na nowo hierarchię wartości – człowiek, który uświadamia sobie konsekwencje własnej lub czyjejs choroby, zaczyna inaczej postrzegać życie i własne wybory, dochodzą do głosu wartości dotąd pomijane, takie jak wiara, zdrowie, wolność itp. Osoba wspierająca może pomóc ustawić ową hierarchię;
- choroba pozwala dostrzec drugiego człowieka – szczególnie w takiej chorobie, w której nie jest się samodzielnym, druga osoba staje się „możliwością”, „szansą”, człowiekiem, dzięki któremu można egzystować. Jest to więc okazja do odkrycia jakby na nowo obecności innego, a jednocześnie odkrycia Boga. Wspierająca osoba jest w tym procesie bardzo pomocna;
- choroba jest okazją do podsumowań i weryfikacji – człowiek zdrowy nie ma czasu na refleksję nad swoimi wyborami, a nawet od niej ucieka, choroba skłania do refleksji i pochylenia się nad dotychczasowymi dokonaniem. To z kolei powinno kierować myśli chorego ku Bogu. Wspierający chorego może ten proces przyspieszyć;
- choroba jest sprawdzianem własnego człowieczeństwa – w chorobie ukazuje się prawdziwe oblicze osoby ludzkiej. Umiejętność bycia cierpliwym, wdzięcznym, a także posłusznym to cechy osobowościowe ukazujące człowieka zrzucającego maski. Staje on w prawdzie o sobie. W tej prawdzie powinien pojawić się Bóg, a wspierający chorego może w tym pomóc;
- choroba jest próbą zmierzenia się z własnymi słabościami – jest to bolesna, ale pełna ważnych odkryć „przygoda” z własnymi słabościami. To właśnie w czasie choroby człowiek odkrywa swoje możliwości i niedoskonałości. Choroba staje się przestrzenią, w której można zobaczyć siebie walczącego ze sobą. Bóg staje się siłą, perspektywą lub pocieszeniem. Bóg może przyjść przez osobę wspierającą.

Przestrzeń potrzeb

Mówiąc o budowaniu relacji osób wspierających z chorymi, trzeba wziąć pod uwagę potrzeby obu podmiotów tych interakcji. Każdy mający kontakt z chorym musi pamiętać, że „w dobie ciągłych zmian ludzie nie chcą myśleć o starości, chorobie, umieraniu. Dla wielu jest to nie do zniesienia. Kiedy jednak cierpienie dotyka kogoś bliskiego i jest rozciągnięte w czasie, staje się wielkim ludzkim

doświadczeniem i dramatem. Wówczas rodzi się wiele pytań: *Dlaczego mnie to spotkało? Dlaczego dotyka to moją rodzinę?* Często ludzie, nawet najmdirzejsi, nie wiedzą, jak się zachować wobec osób, u których choroba się rozwija i prowadzi do śmierci, jak im pomóc, jak z nimi rozmawiać. Pojawia się wiele problemów, z którymi osoby cierpiące, a także ich rodziny nie są w stanie sobie poradzić” [17, s. 68].

Potrzeby chorego i wspierających go osób nie mogą stać w opozycji. Trzeba pamiętać, że nie tylko człowiek chory w relacjach z innymi ma potrzeby. Z chwilą pojawienia się choroby rodzina doświadcza m.in. zachwiania równowagi życiowej; lęku przed bólem, cierpieniem, śmiercią; przerażenia obejmującego teraźniejszość i przyszłość; obaw przed piętnem społecznym; zagrożenia naczelnymi wartościami; potrzeby wsparcia [18].

Realizacja potrzeb chorego prowadzi w konsekwencji do „podtrzymania i zmniejszenia stresu przez towarzyszenie, wymianę emocji, tworzenie poczucia przynależności, bezpieczeństwa i nadziei oraz zbliżenie do rozwiązania problemu i przezwyciężenie trudności” [19, s. 119]. W budowaniu relacji z chorym nie może być zatem konfliktu. Nie ma wątpliwości, że istnieje potrzeba podejścia empatycznego, pełnego cierpliwości dla nieraz zaskakujących wymagań chorego. Z drugiej strony nie można pozwolić na swoiste zniewolenie przez chorego osób go wspierających. W pewnym sensie musi to być relacja symetryczna, w której oba podmioty wzajemnie odpowiadają na swoje potrzeby.

Jakość bycia

Rozważając problematykę budowania relacji pomiędzy chorymi a wspierającymi ich osobami, nie można zapominać o jakości bycia tych ostatnich. Nie wystarczy tylko być przy chorym. Przestrzeń spotkania trzeba wypełnić konkretnymi elementami. Jan Paweł II pisał: „Pracować w dziedzinie ochrony zdrowia nie znaczy jedynie walczyć z chorobą, ale nade wszystko podnosić jakość ludzkiego życia. Ponadto chrześcijanin, świadomy, że *chwałą Bożą jest człowiek żyjący*, umie czcić Boga w ludzkim ciele zarówno wtedy, gdy jest ono pełne siły, żywotności i piękna, jak i wtedy, gdy okazuje się słabe i nieodporne. Zawsze głosi transcendentną wartość osoby, która pozostaje nienaruszona mimo cierpienia, choroby i starości” [20, s. 9] Aby osiągnąć dobrą jakość bycia z człowiekiem chorym, warto zachować kilka zasad:

- osoba wspierająca chorego musi panować nad własnymi emocjami, pamiętając, że jej obecność nie może być toksyczna;

- w relacjach istotne są komunikaty werbalne i niewerbalne pokazujące, że chory nie jest ciężarem dla osoby wspierającej;
- osoba pomagająca choremu musi likwidować własne złe nastroje i huśtawki emocjonalne, bowiem inaczej nie jest wsparciem;
- tolerancja wobec labilności emocjonalnej chorego powinna się przejawiać u osoby wspierającej w cierpliwości i zrozumieniu;
- osoba wspierająca chorego nie powinna okazywać pośpiechu, bowiem czas poświęcony spotkaniu ma być wzajemnym obdarowywaniem się.

W powyższym kontekście jeszcze mocniej wybrzmiewają słowa Jana Pawła II, który wiele lat temu pisał: „Należy zwrócić szczególną uwagę na dwie powinności, jakie nakłada na chrześcijanina troska o zdrowie i o właściwie pojmowaną jakość życia. Powinność najważniejsza to obrona życia. We współczesnym świecie wielu ludzi, powodowanych szacunkiem dla samego życia, walczy o polepszenie jego jakości i podejmuje refleksję nad etyką życia, aby przeciwstawić się zamieszaniu w dziedzinie wartości, jakie powstaje czasem w dzisiejszej kulturze. Jak przypomniałem w encyklice *Evangelium vitae*, zjawiskiem szczególnie ważnym jest ożywienie refleksji etycznej wokół życia: powstanie i coraz szerszy rozwój bioetyki sprzyja refleksji i dialogowi – między wierzącymi i niewierzącymi, a także między wyznawcami różnych religii – o podstawowych problemach etycznych związanych z ludzkim życiem (n. 27). Jednakże nie brak i tych, którzy przyczyniają się do kształtowania niebezpiecznej kultury śmierci, szerząc mentalność przenikniętą egoizmem i hedonistycznym materializmem” [21, s. 11].

Perspektywa

Wspieranie chorego jest także nakreśleniem perspektywy. W dużej mierze jest to praca nad tym, aby chory nie czuł się zmarginalizowany społecznie. Większość naukowców zajmujących się marginalizacją uważa, że wykluczenie społeczne nie jest stanem, lecz procesem, choć istnieją w tym względzie wątpliwości. Niezależnie od różnego rodzaju poglądów warto dokonać uściślenia – marginalizacja to spadek znaczenia danej grupy w społeczeństwie, m.in. z powodu zmniejszenia się jej liczebności, osłabienia jej funkcji i pozycji w hierarchii społecznej, reprezentowania skrajnych poglądów, podejmowania zachowań nieakceptowanych przez większość. Termin ten oznacza również wykluczenie społeczne jednostki – proces wykluczania jednostki albo stan wykluczenia [22]. Jednostka jest społecznie wykluczona, jeżeli:

- pod względem geograficznym jest członkiem społeczeństwa,

- nie może uczestniczyć w normalnych aktywnościach obywateli w tym społeczeństwie (z powodów będących poza jej kontrolą),
- chce uczestniczyć w aktywności społeczności, ale cechuje ją niezdolność do uczestnictwa w gospodarczych aspektach życia społecznego, niezdolność do uczestnictwa w politycznych aspektach życia społecznego oraz niezdolność do uczestnictwa w kulturalnych aspektach życia społecznego [23].

Nie ma żadnych wątpliwości, że spotkanie z osobą wspierającą chorego jest okazją do likwidowania marginalizacji. Staje się to możliwe poprzez działania pomocowe, rozmowy, pielęgnację, przeciwdziałanie pesymistycznemu myśleniu, a także włączanie go w dyskusję na tematy społeczne.

Papież Franciszek napisał w najnowszej adhortacji: „Niełatwo jest budować ten ewangeliczny pokój, który nikogo nie wyklucza, ale włącza także tych, którzy są nieco dziwni, trudni i skomplikowani, tych, którzy wymagają uwagi, tych, którzy są inni, tych, którzy są bardzo obciążeni życiem, mają inne zainteresowania. Jest to trudne i wymaga wielkiej otwartości umysłu i serca, ponieważ nie jest to budowanie zgody przy biurku lub kruchego pokoju jedynie dla uprzywilejowanej mniejszości ani też projekt przygotowany przez niewielu i adresowany do niewielu” [24, s. 23]. Perspektywa budowana u chorego przez wspierającą go osobę polega na kształtowaniu takiego pokoju w psychice, w myśleniu. Perspektywa chorego musi zasadzać się na nadziei, że nie jest wykluczony, zmarginalizowany.

Podsumowanie

Podsumowując refleksje nad duchowymi i pedagogicznymi aspektami relacji chorego z osobami go wspierającymi, należy podkreślić ogromne znaczenie takiego wsparcia. Wydaje się, że jedną z najtrudniejszych kwestii związanych z napięciem pomiędzy chorobą i zdrowiem przy współobecności cierpienia jest samotność. Bywa ona niejednokrotnie tak dojmująca, że trudno ją pomieścić w nadwątlonej psychice, ale także w sferze ducha. Samotność jest przeszkodą w twórczym przeżywaniu choroby, która wcale nie musi prowadzić do utraty życia [25].

W dramacie choroby spotkanie z człowiekiem życzliwym niesie ze sobą radość i świadomość braku osamotnienia. Relacje budowane z osobą chorą powinny mieć charakter terapeutyczny, wzmacniający, a przede wszystkim powinny być pełne otwartości i życzliwości. Warto też podkreślić, że u osób wspierających spotkanie z chorym ustawia życiową hierarchię wartości. Choroba pokazuje, co

w życiu się liczy, na jakich fundamentach należy opierać codzienne wybory.

Niech pointą będą słowa, które szczególnie ważne stają się dla ludzi wierzących – papież Franciszek w swojej encyklice „*Lumen fidei*” napisał: „Światło wiary jest w stanie uwydatnić bogactwo ludzkich relacji, to, że mogą trwać, być wiarygodne, ubogacać wspólne życie. Wiara nie oddala od świata i nie jest czymś oderwanym od konkretnego zaangażowania współczesnych ludzi. Bez wiarygodnej miłości nie byłoby niczego, co sprawia, że ludzie prawdziwie są zjednoczeni. Jedność między nimi byłaby do pomyślenia jedynie jako oparta na użyteczności, wspólnych interesach, lęku, ale nie na dobru wspólnego życia czy na radości, jaką może budzić po prostu obecność drugiego człowieka. Wiara pozwala zrozumieć architekturę relacji ludzkich, ponieważ dostrzega ich głęboki fundament i ostateczne przeznaczenie w Bogu i w Jego miłości, dzięki temu oświeca sztukę budowania, służąc dobru wspólnemu” [26, s. 11].

Piśmiennictwo

1. Wrona-Polańska H. Kreowanie zasobów osobowych wyzwaniem dla promocji zdrowia. Perspektywa psychologiczna. W: Promocja zdrowia w teorii i praktyce psychologicznej. Wrona-Polańska H, Mastalski J (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009; 11-26.
2. Błoniak A. Katecheza. W: Świadek Chrystusa w rodzinie. Religia dla szkół ponadgimnazjalnych. Jackowiak D, Szpet J (red.). Księgarnia św. Wojciecha, Poznań 2005.
3. Biesaga T. Podmiotowość człowieka chorego i umierającego. *Medycyna Praktyczna* 2005; 5: 22-25.
4. Deklaracja końcowa V Zgromadzenia Ogólnego Papieskiej Akademii poświęcona godności człowieka umierającego. *L'Osservatore Romano* 1999; 4: 4-6.
5. Bujnowski K. Pytanie o sens życia. *Studia Ecologiae et Bioethicae* 206; 4: 121-133.
6. Dyczewski L. Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze. Wydawnictwo KUL, Lublin 1994.
7. Nosal C. Czas w umyśle człowieka. Struktura przestrzeni temporalnej. W: Życie na czas. Perspektywy badawcze postrzegania czasu. Sędek G, Bedyńska S (red. nauk.). PWN, Warszawa 2010.
8. Wiśniewska L, Paczkowska B, Białobrzeska B. Zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne wśród pacjentów leczonych nerkozastępczo. *Forum Nefrologiczne* 2010; 3: 63-70.
9. McCullough ME, Bono G, Root LM. Rumination, emotion, and forgiveness: Three longitudinal studium. *J Pers Soc Psychol* 2007; 92: 490-505.
10. Mellibruda J. Pułapka nie przebaczonej krzywdy w aspekcie psychologicznym. W: Krzywda i przebaczenie. Huk T, Foltńska A (red.). Wydawnictwo M, Kraków 1997.
11. Augustyn J. Ból krzywdy, radość przebaczenia. Wydawnictwo M, Kraków 2017; 152.
12. Piątek M. Przebaczenie w doświadczeniu życiowym kobiet i mężczyzn. *Nowiny Lekarskie* 2011; 5: 317-322.
13. Mróz J. Relacje rodzinne a przebaczenie w rodzinie pochodzenia i związkach tworzonych we wczesnej dorosłości. *Fides et Ratio* 2016; 26: 67-78.
14. Jan Paweł II. Człowiek chory zawsze zachowuje swą godność. (20 III 2004 – Do uczestników międzynarodowego kongresu lekarzy katolickich). *L'Osservatore Romano* 2004; 6: 7.
15. Chatzinikolaou N. Tam, gdzie nie widać Boga. Niczyporuk E (tłum.). Wyd. Żeński Dom Zakonny Zaleszany 2013.
16. Chadzopulu A, Krajewska-Kutak E, Wdowińska I. Od logos do mikroczipu. W: W drodze do brzegu życia. Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego, Białystok 2014.
17. Uchmanowicz E. Potrzeby duchowe i wsparcie psychologiczne ludzi będących u kresu życia w kontekście opieki hospicyjnej. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2012; 2: 62-72.
18. de Walden-Gałuszko K. Problemy psychoonkologiczne rodziny. W: *Psychoonkologia*. de Walden-Gałuszko K (red.). Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP, Kraków 2000; 83.
19. Sęk H. Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu. W: *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*. Kubacka-Jasiecka D, Lipowska-Teutsch A (red.). Wydawnictwo ALL, Kraków 1997.
20. Jan Paweł II. Orędzie na VII Światowy Dzień Chorego. Wydawnictwo św. Stanisława, Kraków 1999.
21. Jan Paweł II. Orędzie na VIII Światowy Dzień Chorego. Wydawnictwo św. Stanisława, Kraków 2000.
22. Mastalski J. Marginalizacja osób niepełnosprawnych. *Zeszyty Naukowe WSH. Pedagogika*, Wydawnictwo WSH; Sosnowiec 2006.
23. Giddens A. *Socjologia*. PWN, Warszawa 2006.
24. Papież Franciszek. *Adhortacja Gaudete et exsultate*. Wydawnictwo św. Stanisława, Kraków 2018.
25. Mastalski J. Duchowe aspekty zdrowia w kontekście cywilizacyjnych wyzwań i zagrożeń. W: *Psychologia w promowaniu zdrowia*. Wrona-Polańska H, Skotnicki AB (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, Kraków 2018; 31-50.
26. Papież Franciszek. *Encyklika Lumen Fidei*. Wydawnictwo św. Stanisława, Kraków 2013.