

Barbara Rozen¹
Wydział Teologii
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Komunikacja z osobą chorą i będącą u kresu życia – znaczenie terapeutyczne

[Communication with a Sick Person and at the End of Life – Therapeutic Importance]

Streszczenie: W artykule podjęto próbę sformułowania odpowiedzi na pytanie: Jak przez właściwą komunikację polepszyć jakość życia osoby chorej i będącej u kresu życia? Każda pomoc nie będzie wystarczająco efektywna bez nawiązania dobrej relacji z osobą potrzebującą pomocy. Sprawą kluczową jest zdolność nawiązywania z taką osobą relacji przyjacielskiej czy wręcz terapeutycznej. Właściwa komunikacja ułatwia zrozumienie osoby i współpracę oraz może motywować ją do respektowania zaleceń medycznych. Odpowiedzialność za przebieg komunikacji spoczywa przede wszystkim na osobie pragnącej tego wsparcia udzielać, dlatego przede wszystkim to ona musi być świadoma przeszkód i błędów w komunikacji, które mogą występować i których należy unikać. Zostały one w artykule omówione.

Niezbędne jest rozumienie osób będących w życiu, jakim jest choroba czy starość. Dlatego zostały omówione typowe doznania psychiczne ludzi będących w takiej sytuacji, ich potrzeby zarówno psychiczne, jak i duchowe oraz możliwości zaradzenia im. Kluczową częścią artykułu jest omówienie uwarunkowań komunikacji wspierającej opartej na afirmacji, uważności i wrażliwym reagowaniu, respektującym bogatą już wiedzę o komunikacji z osobami chorymi i w podeszłym wieku. Słuchanie i rozumienie są myślą przewodnią w relacji pomagania i wspierania osób.

Summary: The article is an attempt to answer the question: How to improve the quality of life of a sick person who is at the end of his life through proper communication? Any help will not be effective enough without establishing a good relationship with the person in need of help. The key issue is the ability to establish a friendly or even therapeutic relationship with such a person. Proper communication facilitates the person's understanding and cooperation, and can motivate him to respect medical recommendations. Responsibility for the course of communication lies primarily with the person who wants to provide this support, therefore, first of all, it is the person who

¹ Barbara Rozen, Katedra Teologii Moralnej i Nauk o Rodzinie, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, ul. Hozjusza 15, 11-041 Olsztyn, Polska, barbara.rozen@uwm.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0001-6321-0492>.

must be aware of the obstacles and errors in communication that may occur and that should be avoided. They have been discussed in the article. It is essential to try to understand people in such a difficult life situation as illness or old age. Therefore, the typical psychological experiences of people in such a situation, their mental and spiritual needs, and the possibilities of dealing with them are discussed. The key part of the article is to discuss the determinants of supportive communication based on affirmation, mindfulness and sensitive response, respecting the already rich knowledge about communication with the sick and the elderly. Listening and understanding are the keystones of the helping and supporting relationship.

Słowa kluczowe: komunikacja wspierająca; choroba; wiek podeszły; reakcje psychiczne; potrzeby psychiczne; potrzeby duchowe.

Keywords: supportive communication; illness; old age; mental reactions; mental needs; spiritual needs.

Choroba, starość i często związana z nimi niepełnosprawność oraz zależność mogą być przyczyną bólu nie tylko fizycznego, ale także egzystencjalnego i duchowego. To oznacza duże zapotrzebowanie w tym okresie życia na wsparcie psychiczne, które może przyczynić się do złagodzenia tych przykrych doznań, dać poczucie bezpieczeństwa, wzmocnić nadzieję, dodać siły do walki o zdrowie i sprawność. Czasem siły są potrzebne, by zaakceptować to, czego nie można już zmienić.

Rozmowy z osobami chorymi i będącymi u kresu życia są trudne. Komunikacja musi uwzględniać niepowtarzalność osoby i jej indywidualność – w tym tkwi wielka sztuka rozmowy. Komunikacja jest umiejętnością, której człowiek uczy się od dzieciństwa przez całe życie i może ją nieustannie doskonalić. Wiadomo, że rola słowa jest ogromna. Słowo może leczyć i może ranić, może pomóc przeżyć trudny okres w życiu, ale też może sprawić, że ciężar stanie się nie do udźwignięcia dla człowieka.

Osoby chore i będące u kresu życia mogą wywoływać u zdrowych stan niepewności i psychicznego dyskomfortu. Jednak cierpiącego człowieka najbardziej rani rezerwa, z jaką się do niego odnoszą bliscy. Jednym z powodów izolacji osoby chorej i będącej u kresu życia jest nieumiejętność bliskich znalezienia z nią wspólnego języka. Człowiek chory i w podeszłym wieku oczekuje większego zainteresowania i opieki niż wtedy, gdy zdrowie dawało mu możliwości zaspokojenia samemu swoich potrzeb.

W jaki sposób zrozumieć człowieka chorego i będącego u kresu życia? Jak się zachować wobec osoby cierpiącej, aby ją wesprzeć, a nie dokładać dodatkowego bólu? Jak i o czym rozmawiać? Takie pytania stawiają ci, którzy chcą towarzyszyć osobie będącej w tak trudnym okresie życia. Dla każdego, kto chce być wsparciem dla drugiego, istotna jest zdolność nawiązywania z nim relacji przyjacielskiej czy wręcz terapeutycznej. Każda

pomoc nie będzie wystarczająco efektywna bez nawiązania dobrej relacji z osobą potrzebującą pomocy. Właściwa komunikacja ułatwia zrozumienie osoby i współpracę, a co za tym idzie, może motywować chorego do respektowania zaleceń medycznych.

Głównym celem autorki było podjęcie próby odpowiedzi na pytania: Jak przez właściwą komunikację polepszyć jakość życia osoby cierpiącej? Jaki rodzaj komunikacji można nazwać „terapeutyczną”, która umacniałaby wewnętrznie człowieka i pomagała w aktywnym i współodpowiedzialnym uczestnictwie w tym tak trudnym etapie życia? Podjęte tu przemyślenia mogą być wskazówką i pomocą w tym, jak skutecznie komunikować się z tymi, których dotknęła ciężka choroba oraz będącymi u kresu swego życia.

1. Przeszkody i błędy w komunikacji z osobami chorymi i w podeszłym wieku

Zgodnie z teorią komunikacji trzy elementy tworzą system komunikacji: osoba nadawcy, kanał komunikacyjny, przez który przechodzi przekaz, i osoba odbiorcy. W literaturze są one szeroko omawiane i jasno wynika z badań, że wiele czynników wpływa na skuteczność komunikacji międzyludzkiej². W sytuacji osób chorych i w podeszłym wieku przeszkód w porozumiewaniu się jest więcej, niż w sytuacji osób zdrowych i pełnosprawnych. Zakłócać komunikację mogą różne czynniki: zewnętrzne w postaci szumu fizycznego, np. pracującego jakiegoś sprzętu, głośnie rozmów z zewnątrz; szumu psychicznego, np. wszystkich wewnętrznych zaburzeń uwagi u odbiorcy; szumu semantycznego, czyli trudności w zrozumieniu informacji u odbiorcy; szumu fizjologicznego wynikającego z czynników biologicznych (Janowicz A. i in., 2014, s. 16–18). Wraz z wiekiem pogarsza się percepcja wielu zmysłów, osłabiona jest sprawność, spowolniona zdolność reagowania na bodźce, są większe trudności w przystosowaniu się do nowego środowiska. Zmiany zachodzące w starzejącym się organizmie

² Jedną z teorii psychologicznych wyjaśniających uwarunkowania i przyczyny zakłóceń w porozumiewaniu się jest analiza transakcyjna stworzona przez amerykańskiego psychiatrę Ericka Berne'a. Opisuje przebieg procesu porozumiewania z zależności od zajmowanej postawy wewnętrznej: rodzica, dziecka i dorosłego. E. Berne twierdzi, że na nasze „Ja” składają się trzy osoby: rodzic, dorosły i dziecko. Codziennie do głosu dochodzą wszystkie trzy części „Ja” i każda z nich ma wpływ na to, jak się zachowujemy, w jaki sposób nawiązujemy relacje. Nasz sposób porozumiewania się z innymi będzie przybierał wyraźnie różne formy w zależności od tego, jaką wewnętrzną rolę przyjmie: rodzica, dorosłego czy dziecka. Poznanie i zrozumienie tych uwarunkowań może wydatnie pomóc w unikaniu błędów i nawiązywaniu relacji efektywnych (zob. McKay M., Davis M., Fanning P., 2002, s. 84–90).

sprawiają, że osoby mają także utrudnioną zdolność uczestniczenia w rozmowie z udziałem większej liczby osób (Kilch-Rączka A., 2001, s. 158–159). W komunikacji międzyosobowej niemożliwe jest wyeliminowanie wszystkich przeszkód, ale znacząca jest sama świadomość ich występowania.

U osoby zdrowej komunikującej się z chorymi mogą się ujawnić przeszkody wewnętrzne, które wynikają głównie z odmiennych postaw i poglądów. Są to przede wszystkim: osądzanie, decydowanie za osobę potrzebującą wsparcia, uciekanie od jej problemów albo pochopne udzielanie rad, nakazywanie, moralizowanie, ostrzeganie, upominanie, wypominanie osobie jej odpowiedzialności i winy za stan zdrowia, pouczanie, wypytywanie o sprawy, o których osoba nie chce rozmawiać (Janowicz A. i in., 2014, s. 44–48). Chory może zamknąć się na relację z osobą, której poglądy są sprzeczne z jego poglądami i która posługuje się stereotypami myślowymi, ma krytyczne nastawienie do chorego. Takie wewnętrzne nastawienia, nawet niewypowiedziane wprost, będą ujawniać się na poziomie komunikatów pozawerbalnych (Janowicz A. i in., 2014, s. 50). Niespójność komunikatów słownych i pozasłownych jest istotną przeszkodą w procesie porozumiewania się, gdyż podważa wiarygodność rozmówcy. Jeszcze inne mogą być bariery w relacji chorego z personelem medycznym: dystans kulturowy i społeczny, ograniczenia spowodowane niepełnosprawnością zmysłową pacjenta, jego negatywny stosunek do personelu medycznego, sprzeczność przekazywanych informacji (Posłuszna M., 2014, s. 98).

Drastycznym przejawem niewłaściwych zachowań osób bliskich bywa uniemożliwianie dzieciom kontaktu z nieuleczalnie chorym. K. de Walden Gałuszko stanowczo stwierdza, że jeżeli w rodzinie chorego jest dziecko, to żelazną zasadą, która powinna zawsze obowiązywać, jest nieizolowanie dziecka, mówienie mu o chorobie, a także przygotowanie do rozstania (De Walden-Gałuszko K., 2000, s. 54). Innym błędem jest gromadzenie się zbyt wielu osób przy chorym, które opowiadają o różnych sprawach, żeby „przestał myśleć o chorobie” – to jednak męczy i denerwuje chorego. Szczególnie uciążliwy jest hałas, np. telewizor lub radio włączone cały dzień. Człowiek chory i w podeszłym wieku potrzebuje ciszy i spokoju, a w związku z tym trzeba kontrolować częstotliwość i czas trwania spotkań.

Do wielu nieporozumień dochodzi w kwestii jedzenia. Opiekun bywa czasami przekonany, że chory powinien dużo jeść, bo „musi mieć siły”. Tymczasem chory, zwłaszcza w stanie ciężkim, ma zwykle słaby apetyt, odczuwa nawet wstręt do wielu „pożywnych” potraw i wmuszanie nadmiernych ilości jedzenia jest dla niego prawdziwą udręką – mija się z celem (De Walden-Gałuszko K., 2000, s. 53; Buss T., 2008, s. 85). Poważnym błędem jest odmowa rodziny na propozycję odwiedzin księdza, bo „pomyśli, że to już koniec”. Doświadczenie pokazuje, że więcej oporów i lęków ma

rodzina, aniżeli sam chory, który jeśli jest wierzący i praktykujący, zwykle propozycje tego rodzaju przyjmuje bardzo chętnie.

Błędne oraz irytujące chorego jest zdawkowe uspokajanie, które ks. J. Kaczkowski nazwał „pocieszactwem”, np.: „Nie martw się, wszystko będzie dobrze”, „Zobaczysz, po tym lekarstwie staniesz na nogi”, „Wkrótce będziesz wracał do zdrowia”, „Nie płacz, wszystko się jakoś ułoży”, „Jesteś silny, pokonasz tę chorobę”. Niestety, nie siła woli chorego decyduje o rozwoju jego choroby, ale skuteczność terapii, chociaż, jak zaznaczał autor, nastawienie ma wpływ na stan emocjonalny, to jednak na samą walkę z chorobą niekoniecznie (2016, s. 100). Także błędne jest minimalizowanie i „normalizacja” uczuć, wyrażająca się w sformułowaniach typu: „To zupełnie normalne, że jesteś zdenerwowany w takiej sytuacji”, „Wszyscy boją się tego zabiegu, ale to naprawdę głupstwo”. Człowieka chorego wcale nie pociesza opinia, że jego lęk jest „normalny”, a myśl, że „wszyscy” zachowują się tak jak on, wywołuje raczej stan rozdrażnienia (De Walden-Gałuszek K., 2000, s. 38).

W sferze niewerbalnej błędem podstawowym w zachowaniu jest pośpiech wyrażający się np. w spoglądaniu na zegarek, nerwowych ruchach, przyśpieszaniu odpowiedzi. Pośpiech i nerwowość potrafią chorego skutecznie zablokować, podobnie jak mowa ciała osoby towarzyszącej wyrażająca brak empatii (zamknięta postawa, unikanie wzroku i dotyku, bezosobowa mina, brak uśmiechu).

Wszelkie trudności i braki w zakresie porozumiewania się, nierzadko także marginalna pozycja w rodzinie, utrudniają realizację potrzeb i pragnień osoby chorej i wywierają destrukcyjny wpływ na jej osobowość. Najgorsze, co może spotkać osoby chore i będące u kresu życia choćby z powodu wieku, to izolacja i brak rozmowy z nimi. Taka sytuacja wyzwała w nich poczucie lęku i zagrożenia, a jeśli do tego dojdzie nieumiejętność panowania nad emocjami, wówczas potęguje się zagubienie, bezradność, osamotnienie, niedowartościowanie.

2. Zrozumieć osobę chorą i w podeszłym wieku

Zrozumieć człowieka przeżywającego chorobę lub borykającego się z trudnościami wynikającymi z podeszłego wieku wymaga wczucia się w jego dotkliwą, niechcianą sytuację, zakłócającą dobrą kondycję i samopoczucie. Często człowiek w takiej sytuacji zamyka się w sobie, koncentruje na swoich dolegliwościach i ograniczeniach, staje się egocentryczny, „ma skłonność do absolutyzowania swojego położenia – wydaje mu się, że on cały jest chory i zagrożona jest cała jego egzystencja” (Galarowicz J., 2014,

s. 142). Choroba jest jednak tylko jednym z elementów ludzkiego życia, ale by móc to dostrzec, potrzebna jest życzliwa obecność osób bliskich, rozumiejących chorego i troszczących się o niego.

Przeżycia człowieka związane z chorobą i starością mają charakter indywidualny, co sprawia, że nikt nie może dogłębnie wczuć się w sytuację takiej osoby. Dlatego można powiedzieć, że doświadczenie samotności jest jednym z najbardziej dotkliwych przeżyć w tym tak trudnym okresie życia. Człowiek chory, przykuty do łóżka lub zmuszony stanem fizycznym do pozostawania w domu, potrzebuje szczególnie dobrych relacji z bliskimi. Pragnie akceptacji i życzliwości, boleje nad własną nieużytecznością. Właściwa troska o rozpoznanie oraz zaspokojenie potrzeb psychicznych i społecznych osób chorych czy będących u kresu życia przyczynia się w znacznym stopniu do poprawy jakości ich życia.

Sfera emocjonalna i typowe reakcje psychiczne

W życiu człowiek jest zaskakiwany różnymi sytuacjami, które są niezgodne z jego oczekiwaniami, co wywołuje reakcje emocjonalne o różnym nasileniu. Najczęstszą przyczyną negatywnych reakcji uczuciowych jest stres związany z rozpoznanem choroby, niepewnością rokowania lub złym rokowaniem, a także z dolegliwościami fizycznymi towarzyszącymi chorobie i starości.

Do nasilenia tych przeżyć może przyczynić się brak wsparcia i dobrych kontaktów z rodziną oraz niesatysfakcjonująca komunikacja z personelem medycznym. U wszystkich będących w tak trudnym okresie życia można zaobserwować mieszanię intensywnych uczuć: lęku, gniewu, przygnębienia lub rozpacz, występujących naprzemiennie i przeplatanych przebłyсками nadziei. Dość powszechną reakcją emocjonalną jest także poczucie małej wartości, a także poczucie winy. Zwykle towarzyszą tym emocjom trudności ze skupieniem uwagi, zaburzenia pamięci, bezsenność, brak łaknienia i wiele innych zaburzeń wegetatywnych (De Walden-Gałuszko K., 1992, s. 12–14). Silne negatywne emocje mogą łatwo wywołać ostry wrzód żołądka lub dwunastnicy – stwierdza H. Sych, lekarz anestezjolog (2001, s. 10–11). Warto pamiętać, że mimo dobrych intencji ze strony osób bliskich można popełnić wiele błędów, które utrudnią sytuację emocjonalną chorego. Traktuje o tym pierwszy paragraf tego artykułu.

Ludzie chorzy i starzy ze względu na swoje wielorakie ograniczenia potrzebują w dużym stopniu ciepłego, życzliwego, dającego poczucie bezpieczeństwa kontaktu uczuciowego. Należy podkreślić, że ciężka, zaawansowana choroba, a także niepełnosprawność spowodowana wiekiem, wyzwala zazwyczaj lub pogłębia u człowieka postawę egocentryczną, która

wyraża się najczęściej oczekiwaniem na wyrazy akceptacji, sympatii i miłości ze strony otoczenia. Chory koncentruje się nadmiernie na swoich przeżyciach, a zamyka na potrzeby i przeżycia innych (Galarowicz J., 2014, s. 142). Rozumiejąc to wszystko i uwzględniając potrzeby natury uczuciowej tej osoby, łatwiej będzie można nawiązać z nią kontakt, lepiej ułożą się wzajemne stosunki, a to uczyni opiekę bardziej skuteczną.

Choroba, zwłaszcza w początkowym etapie, to czas kryzysu dla chorego i jego rodziny. Nic dziwnego, że u chorego pojawia się wiele nowych emocji i zachowań, które początkowo mogą być trudne do zrozumienia i zaakceptowania przez bliskie mu osoby. Tymczasem pewne reakcje psychiczne są charakterystyczne, można powiedzieć, standardowe, gdy człowiek choruje albo doświadcza niedogodności wieku podeszłego i jego dotychczasowe życie ulega dużym zmianom. Pojawiają się wówczas reakcje uczuciowe należące do grupy uczuć negatywnych, a więc przykrych, naruszających dobre samopoczucie człowieka: lęk, przygnębienie, gniew, poczucie winy, poczucie małej wartości, niespełnienie, rozżalenie, świadomość przemijania. Często niezrozumiałe reakcje i zachowania osób chorych i będących u kresu życia to nic innego, jak mechanizmy obronne, które automatycznie uruchamiają się, aby pomóc psychice pokonać kryzys i zaadaptować się do nowej sytuacji. Jest to złożona problematyka, jednak ramy artykułu nie pozwalają na jej szersze omówienie³.

Choroba wyzwala przede wszystkim lęk. Jest to reakcja uczuciowa będąca odpowiedzią na zagrożenie, na możliwość utraty jakiejś ważnej wartości (zdrowia, życia) lub na perspektywę znalezienia się w nieznannej sytuacji. Lęk jest objawem rzadko wyrażanym słowami. Składa się na to wiele przyczyn⁴. O istnieniu lęku można się najczęściej domyślać pośrednio, z przekazów niewerbalnych⁵.

³ Do najczęstszych mechanizmów obronnych pojawiających się w reakcji na zagrażającą sytuację należą: zaprzeczenie – osoba neguje istnienie choroby; tłumienie – osoba werbalizuje brak lęku czy obaw, gdyż jest na wszystko przygotowana; wyparcie – chory nie chce nic wiedzieć o swojej chorobie, chce zapomnieć, że jest chory; projekcja – osoba przenosi lęk na inny organ niż ten objęty chorobą; racjonalizacja – chory szuka rozsądnych argumentów dla obserwowanych objawów lub zdarzeń w celu ukrycia przed samym sobą ich prawdziwej przyczyny (De Walden-Gałuszko K., 2000, s. 12, 46–47; Janowicz A. i in., 2014, s. 87–91).

⁴ K. de Walden-Gałuszko pisze, że chorzy wstydzą się przyznawać do lęku, gdyż jak twierdzą „boją się tylko dzieci, a ja jestem dorosły”. Czasami, nieprzyzwyczajeni do samoobserwacji, nie potrafią sami dobrze zrozumieć i opisać stanu, który przeżywają (De Walden-Gałuszko K., 2000, s. 9).

⁵ Świadczą o tym przykładowo: nadmierne akcentowanie objawów somatycznych, niewspółmiernie do stanu rzeczywistego; szczególne zachowanie chorych: pobudzenie ruchowe, unikanie spojrzeń, ostrożne wypowiedzi, podchwytliwe pytania, ostentacyjnie dobry nastrój czy nawet czarny humor (dowcipy o śmierci itp.); zaburzenia wegetatywne: przyspieszone tętno i oddech, wrażenie duszności, suchość w ustach, brak apetytu, trudności w zasypianiu i wiele innych (De Walden-Gałuszko K., 2000, s. 9; Janowicz A. i in., 2014, s. 99–100).

Istotnym elementem przystosowania do choroby jest „przepracowanie” trudnych emocji. Zmniejszeniu uczucia lęku sprzyja szczegółowa analiza przyczyn i warunków jego powstawania. Chory w tej analizie zostaje ustawiony jakby w pewnej odległości od własnego lęku. Trzeba o lęku rozmawiać i skłonić chorego do ekspresji lęku, aby wyrzucił na zewnątrz to, co go niepokoi. Można też zaproponować odpowiednią lekturę. W pracy nad lękiem bardzo ważne jest budzenie nadziei, gdyż jest ona przeciwieństwem lęku. Wszelkie działania skłaniające chorego do oczekiwania czegoś dobrego w przyszłości zmniejszają jego lęk. Nadzieja leży u podstaw optymistycznego stosunku do życia, mobilizuje do działania, ułatwia znoszenie trudności i jest istotnym elementem dobrej jakości życia (De Walden Gałuszko K., 2000, s. 11, 46). Poprzez takie zachowania możliwe jest „rozproszenie” lęku, zmniejszenie siły jego oddziaływania.

Gniew to także częste uczucie pojawiające się jako reakcja na „nieprawidłowość” spowodowaną chorobą. Następstwem gniewu mogą być zachowania agresywne, oskarżanie, bunt. Należy pozwolić „wybrzmieć” tej agresji, gdyż stłumiona jest nieobliczalną energią budzącą lęk u innych. „Wybrzmienie” powoduje oswojenie agresji (De Walden-Gałuszko K., 1992, s. 12). Po dokładnym przeanalizowaniu przyczyn trzeba próbować ukierunkować uwagę osoby doświadczającej gniewu na niedaleką przyszłość, zachęcając do aktywności. „Przepracowany” gniew mobilizuje do wysiłku, co ma ogromne znaczenie w rehabilitacji (De Walden-Gałuszko K., 2000, s. 47). Przede wszystkim należy uznać prawo chorego do bycia zdenerwowanym, rozdrażnionym.

Bardzo częstym objawem obserwowanym u chorych, ale rzadko werbalizowanym, jest poczucie winy. Choroba jest złem, jest zakłóceniem istniejącego ładu, musi zatem mieć swoją przyczynę, stąd tak częste szukanie przez chorego powodów choroby w sobie, że np. nie zrobił tego, co do niego należało, albo że mało kochał swoich bliskich. Obwinianie się wzmaga także przekonanie o własnej niepotrzebności, rodzi się świadomość ciężaru dla rodziny lub otoczenia (De Walden-Gałuszko K., 2000, s. 10). Jeśli chory zmaga się z własnym poczuciem winy, to istotna jest rozmowa na ten temat z przyjacielem lub osobą duchowną. Trzeba skłonić chorego do wypowiedzenia swoich przeżyć i myśli, aby następnie spróbować wspólnie spojrzeć na dany problem z innej perspektywy. Ksiądz Józef Tischner podpowiada, że „poczucie winy, wbrew pozorom, nie świadczy przeciwko człowiekowi, lecz za człowiekiem. Sygnalizuje ono piękno jego dążeń, wielkość jego marzeń, prawość poczynań” (Tischner J., 1976).

Przygnębienie to kolejna przykra reakcja uczuciowa, będąca odpowiedzią na pewność utraty jakiejś wartości przewidywanej lub dokonanej – wyraża się długotrwałym stanem smutku. W przygnębieniu, podobnie

jak przy innych trudnych emocjach, przepracowanie polega na badaniu przyczyn oraz okoliczności powodujących ten stan uczuciowy. Trzeba zachęcać osobę przygnębiającą do ekspresji werbalnej tego stanu i nie hamować oznak niewerbalnych, np. płaczu, który przynosi ulgę (De Walden-Gołoszko K., 2000, s. 46). Warto sobie uświadomić, że przygnębianie rzadko dopada ludzi aktywnych, optymistycznie nastawionych do życia, dążących do celu i wierzących w sukces, zaś ma przystęp do osób biernych, stawiających sobie za cel wyłącznie uniknięcie porażki. Praca powinna zmierzać w kierunku aktywizowania chorego. Trzeba proponować i umożliwiać realizację łatwych celów na niezbyt odległą przyszłość. Osiągnięcie małego sukcesu staje się zachętą do dalszej pracy, np. najpierw posiedzieć kilka minut na łóżku, a potem w fotelu, następnie przejść się po pokoju i dopiero wtedy wykonać właściwe zadanie: pójść samodzielnie do toalety (De Walden-Gołoszko K., 2000, s. 46).

Z powyższych rozważań wynika, że najskuteczniejszą metodą na zredukowanie trudnych emocji jest rozmowa. Umożliwienie choremu wypowiedzenia się, wskazania, co go martwi, a co jest przyczyną lęków, niepokojów czy złości może pomóc w uwolnieniu się z napięcia emocjonalnego, uniemożliwiając ich się kumulowanie. Trudne, bolesne emocje nie znikną, jeśli chory będzie je ukrywał, zaprzeczał im, odwracał od nich uwagę. Nawet zepchnięte w podświadomość, też będą oddziaływać, szkodząc zarówno psychice, jak i ciału. Odreagowanie emocji przez wypowiedzenie się, wykrzyknienie, wypłakanie wobec osoby życzliwej, zaufanej, przynosi efekt oczyszczający, uwalniający z napięcia. Takie dzielenie się swoimi emocjami ma charakter psychoterapeutyczny. Trzeba jednak pamiętać, że nie wolno zmuszać do dzielenia się swoimi przeżyciami. Każdy ma swój indywidualny rytm zmagania się ze stresem i trzeba to uszanować. Czasem wystarczy obecność przy chorym, bliskość, milczenie będące wyrazem afirmacji jego stanu wewnętrznego, ale także jego samego takim, jakim jest (Janowicz A. i in., 2014, s. 103–104; Johnston Taylor E., 2008, s. 83–84).

Pomoc w rozpoznawaniu i nazywaniu własnych stanów emocjonalnych przez chorego jest jednym ze sposobów wsparcia go, by umiał lepiej rozumieć siebie i radził sobie z tym, co przeżywa przy wydatnej pomocy drugiej osoby. Nad emocjami człowiek może zapanować i nie dopuścić, żeby kierowały jego zachowaniami i wpływały na całość życia.

Psychiczne i społeczne potrzeby osób

Podstawowa potrzeba, jaką jest zachowanie życia, w chorobie zostaje poważnie zagrożona. Choroba zwykle przerywa pracę zawodową człowieka, co zmienia jego pozycję w rodzinie i lokalnej społeczności. Chory po-

strzeżę siebie jako osobę zależną od innych, mniej przydatną, mniej wartościową. Dużą frustrację wzbudza brak możliwości samorealizacji i ograniczenie kontaktów społecznych. Zmniejsza się u chorego poczucie kontroli nad własnym życiem, co burzy jego poczucie bezpieczeństwa. Jeśli najbliżsi nie zauważą istnienia tych potrzeb i nie spróbują pomóc choremu w ich zaspokojeniu, wówczas narastają w nim uczucia negatywne: lęk, smutek, przygnębienie, złość, a to wszystko sprzyja powstawaniu konfliktów i sytuacja chorego jeszcze bardziej się pogarsza (Janowicz A. i in., 2014, s. 85).

Starając się o poprawę realnej sytuacji osób chorych i będących u kresu życia, trzeba znać i uwzględniać w codzienności ich podstawowe potrzeby biologiczne, psychiczne i społeczne. Człowiek swoje potrzeby zaspokaja przez własną aktywność albo przez aktywność innych ludzi. Choroba i podeszły wiek bywają utrudnieniem w zaspokajaniu potrzeb własnych. Jest to duży problem dla osoby uzależnionej od opieki innych.

U osoby chorej najważniejsze, ale też najłatwiejsze do zaspokojenia, stają się ponownie (jak u dzieci) potrzeby biologiczne: jedzenia, snu, a zwłaszcza komfortu fizycznego. Drugą ważną potrzebą staje się potrzeba poczucia bezpieczeństwa (fizycznego i psychicznego), nabierająca szczególnego znaczenia w sytuacji zagrożenia życia – pochodząca z popędu samozachowawczego (De Walden-Gałuszko K., 2000, s. 31). Ważne są także potrzeby społeczne, ale ich zaspokajaniem można się zająć po realizacji wymienionych wcześniej.

Choroba i wiek podeszły są wielkim zagrożeniem dla poczucia wartości, a niekiedy także godności osoby. Poczuciem wartości mogą zachwiać ograniczenia fizyczne, warunki leczenia, sposób odnoszenia się do osoby przez personel medyczny, a także bliskich. Zachwianie poczucia wartości sprawia, że człowiekowi zaczyna brakować wewnętrznego oparcia (Motyka M., 2001, s. 238). Poczucie własnej wartości wpływa na subiektywną ocenę trudnej sytuacji, w jakiej znalazła się dana osoba, odbija się na nastroju i w dużym stopniu określa sposób jej zachowania się. Dlatego tak bardzo ważne jest traktowanie z szacunkiem chorego przez personel medyczny i osoby mu towarzyszące. Głębokie wewnętrzne nastawienie do chorego jako kogoś wyjątkowego, jedyne, niepowtarzalne, godnego afirmacji i miłości, znacząco pomaga choremu w całym procesie leczenia, w rozwoju wewnętrznych możliwości i w przeżywaniu swojego życia (Macario L., Rocchi M., Fanning P., 2002, s. 110).

Dodajmy, że tak ważne dla osób chorych i będących u kresu życia poczucie bezpieczeństwa związane jest początkowo ze skuteczną opieką medyczną, ale w późniejszym etapie najważniejszą rolę pełnią bliscy i osoby ważne dla chorego ze swoją stałą, życzliwą i ciepłą obecnością. Chory wie,

że będą nim się opiekować do samego końca. To oni wspierają jego nadzieję, okazując mu szacunek w różnorodnych komunikatach werbalnych i pozawerbalnych, potwierdzających, że nadal jest dla nich bardzo ważny, oraz pomagając w realizacji realnych i możliwych do osiągnięcia celów, które są bezpośrednio związane z nadzieją chorego (Janowicz A. i in., 2014, s. 125–126). Są to często drobne, codzienne sprawy: sposób podania posiłku i karmienia chorego, wyjście z nim na spacer na wózku lub przesunięcie łóżka w kierunku balkonu, przeczytanie choremu fragmentu książki, oglądanie zdjęć, także wspólna modlitwa z chorym i za chorego oraz jego rodzinę i bliskich.

Stosunkowo mniej ważne dla osoby ciężko chorej stają się potrzeby „najwyższe”, jak potrzeba piękna, prawdy i sprawiedliwości (nawet jeśli wiele one dla niej znaczyły, gdy była zdrowa). Pewnym wyjątkiem od tej reguły są potrzeby religijne, chociaż i ich rola nie wzrasta automatycznie, ale pozostaje raczej w związku z intensywnością życia religijnego osoby przed chorobą (Buczowski K., Rogiewicz M., 2009, s. 100–101).

Potrzeby osób chorych i będących w podeszłym wieku trzeba traktować tak samo poważnie, jak swoje własne, respektując niepowtarzalną osobowość, wolność i godność każdej osoby. To wszystko tworzy właściwy klimat dla rozwoju osobowego i duchowego nie tylko osoby cierpiącej, ale także tej, która jej towarzyszy w chorobie czy starości.

Duchowo-religijne potrzeby osób

Religia dla ludzi wierzących ma olbrzymie znaczenie, ale jak napisał Jan Paweł II problemy i cierpienia człowieka „wystawiają na próbę jego odporność psychofizyczną, a nawet wstrząsają samymi podstawami wiary” (JP II, 1999, 2). Lęk przed utratą życia, lęk przed nieznanym, przed tajemnicą śmierci i obawa o utratę życia wiecznego, mogą być rozproszone jedynie darem głębokiej wiary. Zostało udowodnione, że ludzie wierzący łatwiej znoszą choroby i związane z nimi cierpienie, a także łatwiej znoszą myśl o odejściu z tego świata. O mocy modlitwy i wpływie modlitwy na jakość życia chorych świadczy wielu: rodzina, pielęgniarki, lekarze (Kaptacz A., Chałupka A., 2005, s. 78–79; Łuczak J., 1988, s. 82). Badania potwierdzają, że w walce z bólem u chorych hospitalizowanych, drugą co do skuteczności metodą leczenia bólu, po środkach przeciwbólowych, jest modlitwa (Buczowski K., Rogiewicz M., 2009, s. 104).

Wiktor Frankl, austriacki psychoterapeuta, więzień obozów koncentracyjnych, na podstawie swoich doświadczeń z wszechobecnym cierpieniem i oddziaływaniem sił zła, stwierdził, że człowiek jest w stanie wiele znieść, jeżeli wie, że jego życie – nawet pełne trudności i cierpienia – ma

jakiś sens. Udowadniał tezę, że człowiek jest pierwotnie silnie ukierunkowany na dążenie do sensu i celu w życiu. Żeby miał po co żyć, musi dostrzegać sens i wartość życia. To dążenie, jak twierdził, jest najgłębszym dynamizmem człowieka (Frankl V. E., 2008). W chorobie i starości człowiek stawia wielkie fundamentalne pytania, a dotyczą one najczęściej sensu tego, co go spotkało. Pytania takie są zasadne i wypływają z samej głębi ludzkiej natury, racją istnienia człowieka jest bowiem życie sensowne. Dostrzeżenie sensu choroby może być trudne, a nawet niemożliwe. „Czy jednak wolno się nam zamknąć na prawdę, że przed nami żyło wielu Hiobów, którzy odkryli światło – sens choroby i dali temu świadectwo?” – pyta Jan Galarowicz (2014, s. 154–155). Choroba i różnorakie cierpienia prowadzą do odkrycia w sobie wewnętrznego człowieka, stawiają go bowiem w obliczu spraw ostatecznych, eschatologicznych. Jednak nawet najbardziej pogodzeni z losem chorzy liczą jeszcze na możliwość odwrócenia sytuacji, drzemią w nich „okruchy nadziei”. Ta nadzieja pozwala zachować spokój, znosić wszelkie badania, a także cierpienie (Kübler-Ross E., 2007, s. 148–149). Wzmacnianie nadziei jest zbliżone do wzbudzania wiary chorego w umiejętności lekarza, w skuteczność metod leczenia, ale także głębszy sens tego, czego doświadcza i czego nie rozumie. Ten rodzaj wiary może go otworzyć na tajemnicę swego bytu i bytu potężniejszego od człowieka, czyli Boga (Motyka M., 2001, s. 237). Człowieka pociesza myśl, „że dzięki duszy duchowej przeżyjemy nawet własną śmierć” (JP II, 1999, 2). Wiara odsłania przed człowiekiem horyzont nieśmiertelności, czyli nadzieję, która – jak zapewnia św. Paweł – zawieść nie może (por. Rz 5,5). Nadzieja chorego ma wtedy swoje źródło w wierze w nieśmiertelność duszy, wskazując perspektywę zmartwychwstania na końcu czasów (por. Rz 5,5).

Niezmiernie ważne jest dostrzeżenie duchowo-religijnych potrzeb chorego. Dla osoby chorej i będącej u kresu życia szczególnie ważne stają się sakramenty święte: pokuty i pojednania, namaszczenia chorych, Eucharystia. Dla chrześcijanina udział w Eucharystii jest centralnym wydarzeniem w jego życiu jako szczególny czas i miejsce spotkania z Bogiem. Eucharystia otwiera człowieka na przyszłość zarówno doczesną, jak i wieczną, jest zapowiedzią powtórnego przyjścia Chrystusa i zapowiedzią wiecznej uczyty w Królestwie Niebieskim. Eucharystia ukazuje, że uczestniczący w niej człowiek przynależy w pewnym sensie do innego, przyszłego świata. Treści te umacniają nadprzyrodzoną cnotę nadziei (Bartoszek A., 2005, s. 16–17). Człowiek niewierzący może pośredniczyć w spotkaniu osoby wierzącej z Bogiem, jeśli wie, że zagadnienia wiary i religii mają dla niego szczególne znaczenie. Może pomóc w uczestnictwie we Mszy świętej czy w przyjęciu Komunii świętej albo wcześniej w przystąpieniu do sakramentu pokuty.

Większość chorych modli się, rozważa Pismo święte, medytuje. Jeśli osoba towarzysząca choremu chce się z nim modlić, to tym samym przekazuje mu, że dla niej – jak i dla osoby, którą się opiekuje – potężnym źródłem nadziei jest Bóg. Można zapytać chorego, czy chciałby pomodlić się wspólnie, szanując jego odmowę. Dobrze jest zorientować się, które modlitwy lubi chory i w jaki sposób lubi się modlić. Jeśli chory jest wierzący, ale nie wyraża chęci wspólnej modlitwy, można zapewnić go o modlitwie za niego poza jego osobą (Johnston Taylor E., 2008, s. 113–115). Ks. Jacek Salij pisze: „Z doświadczenia wiem, z jak wielką wdzięcznością człowiek ciężko chory, który już nie ma siły nawet na to, żeby się modlić, przyjmuje podpowiedź, że w jego sytuacji prawdziwą modlitwą będzie samo tylko spojrzenie na wizerunek Ukrzyżowanego czy na obraz Matki Bożej, albo samo tylko trzymanie w ręku różańca” (Salij J., 2001, s. 121–122). Profesor J. Łuczak, lekarz mający wybitne zasługi w zakresie rozwoju opieki paliatywnej, niejednokrotnie pisał i mówił o ogromnym znaczeniu religii w zmaganiu się z chorobą czy starością (Łuczak J., 1998, s. 73–83).

Więź chorego z Bogiem jest niewątpliwe wsparciem w radzeniu sobie z chorobą. Trudno zrozumieć sens cierpienia, ale wierzący w Boga dostrzegają jej głębszy sens mimo wszystko, dostrzegają jakąś celowość przeżywanego tragedii, chociaż tego nie rozumieją. Wiara w sens cierpienia i nagrodę w niebie daje poczucie celowości.

Katechizm Kościoła Katolickiego (KKK) uznaje, że choroba i związane z nią cierpienie zawsze należały do najważniejszych problemów, z którymi borykał się człowiek (KKK 1500). Choroba wywołuje w człowieku różne przykre stany: niepokój, zamknięcie się w sobie, rozpacz, bunt przeciw Bogu, który wydaje się nieobecny albo obojętny na zło, cierpienie i niesprawiedliwość doświadczaną przez człowieka. Te ludzkie doświadczenia wybrzmiewają w Katechizmie, czytamy w nim, że „świat, w którym żyjemy, bardzo często wydaje się daleki od tego, o czym zapewnia nas wiara” i to może ją zachwiać (KKK 164). Choroba i doświadczenie cierpienia wystawiają wiarę człowieka na próbę, ale Bóg Ojciec objawił „swoją wszechmoc w sposób najbardziej tajemniczy w dobrowolnym uniżeniu i zmartwychwstaniu swego Syna, przez które przezwyciężył zło” (KKK 272). W tym dokumencie Kościoła, będącym wykładnią doktryny wiary katolickiej, czytamy także, że choroba „może być też drogą do większej dojrzałości, może pomóc lepiej rozeznaczyć w swoim życiu to, co nieistotne, aby zwrócić się ku temu, co istotne. Bardzo często choroba pobudza do szukania Boga i powrotu do Niego” (KKK 1501). Człowiek głęboko wierzący wie, że zmierza ku życiu, którego teraz jeszcze nie widzi. Wiara jest zapowiedzią dóbr przyszłych, daje pewność, której nie można udowodnić, ale za tą pewnością stoi Bóg, który na pewno słowa dotrzyma. Wiara daje pokój

serca, płynący z przekonania, że człowiek jest w rękach Boga. Każdy powinien oczywiście dbać o zdrowie, o życie, ale nie odejdzie z tego świata wcześniej, niż Pan Bóg na to pozwoli. Taka wiara pomaga znosić dolegliwości i cierpienia, ale także wzmacnia poczucie własnej wartości i godności (Drożdż M., 2010, s. 148–149). Papież Benedykt XVI napisał: „Życia we właściwym znaczeniu nie mamy dla siebie ani wyłącznie z samych siebie: jest ono relacją. Życie w swojej pełni jest relacją z Tym, który jest źródłem życia. Jeśli pozostajemy w relacji z Tym, który nie umiera, który sam jest życiem i miłością, wówczas mamy życie. Wówczas żyjemy” (Benedykt XVI, 2012, s. 28). Tak wielką nadzieją, która przetrwa wszystkie zawody i podtrzymuje całe życie, może być tylko Bóg.

Z pewnością religia jest czynnikiem kształtującym postawę osoby chorej i będącej u kresu życia wobec własnej trudnej sytuacji bytowej. Taki okres życia może być dla człowieka ostatnim czasem na uporządkowanie życia ziemskiego, swoich relacji z bliskimi, napisanie testamentu, przyjęcie sakramentów świętych i kierowanie swoich myśli ku życiu, do którego zmierzał przez całe swoje życie, a teraz jest u granicy przejścia. Rodzina i ludzie opiekujący się osobą chorą i będącą u kresu życia mogą bardzo pomóc jej w tym, by na swoje życie popatrzyła w perspektywie spraw ostatecznych, które są we władaniu miłującego i miłosiernego Boga.

3. Komunikacja wspierająca – uwarunkowania

Wszelkie porozumiewanie się podlega pewnym prawom wzajemnego komunikowania się, które muszą być spełnione, aby były skuteczne. Istotne są intencje nadawcy, treść i sposób przekazu treści. Odbiorca może źle usłyszeć, może zinterpretować treść niezgodnie z intencją nadawcy, dlatego warunkiem efektywnej komunikacji jest sprawdzanie czy rozumienie treści przekazu przez odbiorcę jest zgodne z intencjami nadawcy.

Szczególnie ważne jest, by umieć rozmawiać z osobą w chwilach jej kryzysów, stresów, niepokojów, skupiając uwagę na „tu i teraz”, czyli na chwili bieżącej. Wtedy właśnie potrzebuje ona wsparcia, pociechy, zrozumienia, poczucia, że jej ból jest dzielony przez bliską osobę, której reakcje są adekwatną odpowiedzią na przeżycia chorego, z uszanowaniem jego wolności w podejmowaniu decyzji.

Istotnym składnikiem w relacji pomagania i rozmowy wspierającej jest spójność wewnętrzna lub autentyczność, gdy nie ma rozdźwięku między przeżyciami wewnętrznymi a ich uzewnętrznieniem. Rozdźwięk powoduje onieśmienie i niepokój. Taka osoba nie wzbudza zaufania. W pedagogice personalistycznej otwartość i autentyczność są podstawowymi warunkami

dialogotwórczymi, ale nie jedynymi. Oprócz otwartości i autentyczności warunkiem dialogu jest umiejętność słuchania. Uważne, empatyczne słuchanie jest jednym z najlepszych sposobów przekazania osobie mówiącej, że jest ważna, a to, co mówi, jest warte uwagi. Z wypowiedzi osoby można dowiedzieć się wiele o tym, co wie i sądzi o swojej chorobie i cierpieniu, jakie są jej największe potrzeby, problemy i oczekiwania. Osoby uważnie słuchane łatwiej otwierają się i są bardziej skłonne do współpracy czy ustępstw.

Przekaz niewerbalny

W relacjach międzyosobowych ważną rolę spełnia komunikacja niewerbalna. Gesty, postawa ciała (otwarta lub zamknięta), mimika twarzy i ton głosu, spojrzenie, dystans fizyczny, a także wygląd mają silniejszą moc oddziaływania na rozmówcę, niż usłyszane słowa. Niewerbalny przekaz decyduje o jakości współpracy z chorym, stanowi o wiarygodności osoby towarzyszącej i jej nastawieniu do chorego. Życzliwość lub brak życzliwości, zainteresowanie lub obojętność przekazywane są najmocniej w komunikatach niewerbalnych⁶.

Spojrzenie i wyraz twarzy zawsze wyprzedza słowo. Dostępny wzrokowo bezsłowny komunikat ma z reguły większą siłę przebicia i zostaje odebrany jako pierwszy i decydujący o wrażeniu odbiorcy – jest bardziej wiarygodny niż słowa. Komunikat słowny dociera o wiele wolniej (Sujak E., 2006, s. 12–13). Słowa służą potwierdzeniu komunikatów bezsłownych. Początkiem relacji jest jakieś współbrzmienie między osobami na drodze sygnałów bezsłownych dzięki mimice i gestom. Tak realizuje się dialog bez słów, w którym uwidacznia się bliskość emocjonalna i rozumienie potrzeb sygnalizowanych mową ciała.

Pełne skupienie się na rozmówcy potrzebne jest nie tylko do uważnego słuchania, ale i do baczego obserwowania jego mimiki i innych zachowań, aby rozpoznać samopoczucie rozmówcy, siłę przeżyć towarzyszących wypowiedzianym słowom. Pozasłowne sygnały (spojrzenie, wyraz twarzy) mogą powiedzieć o wiele więcej, niż da się to wyrazić swoimi słowami (McKay M., Davies M., Fanning P., 2002, s. 13–14). To jednak wymaga

⁶ Owoce żmudnych badań i eksperymentów w zakresie umiejętności wspierania innych na drodze komunikacji interpersonalnej o charakterze psychopedagogicznym jest kilka godnych polecenia (zdaniem autorki artykułu) publikacji: Macario L., Rocchi M., 2011, *Komunikacja w relacjach niesienia pomocy*, Wydawnictwo WAM, Kraków. Osoby udzielające wsparcia są przede wszystkim zachęceni przez autorów publikacji do pracy nad sobą. Także: Postulszna M., 2014, *Komunikacja z pacjentem i jego rodziną oraz wsparcie emocjonalne w chorobie*, w: Talarska Dorota i in. (red.), *Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi. Podręcznik dla opiekunów medycznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 93–94.

dużego uwrażliwienia na bezsłowne formy komunikacji, „nastawienia na odbiór”. Trzeba uważnie wsłuchiwać się i wpatrywać w każdy sygnał przekazywany mową ciała.

Głębsze uczucia można rozpoznać z brzmienia głosu, z emocji wyrażanych na twarzy i przez mowę ciała (łzy, skulona sylwetka, spuszczone oczy, embrionalne ułożenie ciała), a także z nadmiernego protestowania, mówienia o niezaspokojonych potrzebach przez rodziców lub inne ważne osoby. Uwaga na sferę fizyczną osoby cierpiącej pozwala rozpoznać jej potrzeby wyrażane grymasem twarzy, płaczem, ruchami kończyn, głowy, warg, oczu i innymi komunikatami pozawerbalnymi (Johnston T., 2008, s. 40–43). Więż bliskich z chorym pomaga w odczytywaniu wysyłanych przez niego komunikatów niewerbalnych mówiących o jakichś potrzebach fizycznych, emocjonalnych lub duchowych, o których nie mówi wprost. Słowa z pewnością nie są najważniejszą drogą porozumiewania się.

Dodajmy, że osoba towarzysząca choremu jest w stanie usłyszeć o wiele więcej i szybciej, niż chory jest w stanie mówić, dlatego trzeba ćwiczyć się w słuchaniu. Osoba chora szybko orientuje się, czy naprawdę jest słuchana. Odzwierciedla to sposób słuchania. Brak zaangażowania w słuchanie jest wyraźnie widoczny dla chorego. Słuchanie powinno być aktywne, czyli wyrażane, okazywane, widoczne.

Słuchanie aktywne

Rozmawiać z człowiekiem o nim samym to znaczy okazać zainteresowanie, chcieć dowiedzieć się czegoś ze świata jego przemyśleń, przeżyć, oczekiwań, pragnień, a także rozczarowań i buntów. Psychologia udowadnia, że sygnały niewerbalne mają większą siłę wymowy niż słowa. Często źródłem informacji o tym, co przeżywają inni, nie są słowa, ale ton głosu, mimika i całe zachowanie. Aby rozpoznać ten język przekazu, należy słuchać z dużym zaangażowaniem. Troska o dobre porozumienie z innymi zakłada przede wszystkim poświęcenie dużo czasu, cierpliwości i wrażliwości na słuchanie aktywne (Sujak E., 2015, s. 138).

Słuchać to nie znaczy siedzieć nieruchomo i milczeć, bo to wcale nie oznacza, że człowiek słucha, ale nawet gdyby w taki sposób jednak słuchał, to byłoby to słuchanie bierne, niezachęcające rozmówcę do wypowiedzi. Milczenie jest konieczne, żeby druga osoba powiedziała o swoich sprawach, problemach, ale nie zapewnia o zainteresowaniu jej problemami, nie jest przekąźnikiem empatii i ciepła. Nie ma też żadnego dowodu na to, że jest zrozumiana. Słuchanie bierne do pewnego stopnia przekazuje akceptację, nasuwa jednak przypuszczenie, że milczący słuchacz dokonuje oceny (Gordon T., 1995, s. 101). Prawdziwe słuchanie nie polega więc jedynie na

zachowaniu milczenia, czyli na zachowaniu biernym, chociaż jest konieczne zwłaszcza w sytuacjach trudnych emocjonalnie i wtedy, gdy natężenie informacji jest duże. Cisza w takich sytuacjach daje czas na zastanowienie się, pozwala odpocząć myślom, może być dopełnieniem dialogu i zbliża rozmówców do siebie (Janowicz A., i in., 2014, s. 37).

Milczenie jest tylko pierwszym elementem w procesie aktywnego słuchania, kolejnym są reakcje potwierdzające. Słuchanie musi być okazywane, zewnętrznie ujawnione. Potrzebne są zwroty potwierdzające słuchanie, wyrażające zainteresowanie relacją z chorym i treścią jego wypowiedzi. Są to gesty i zachowania typu: skinienie głowy, pochylenie w kierunku rozmówcy, uśmiech na twarzy, zadawanie pytań uściślających wypowiedź, krótkie potwierdzenia słowne oraz skinienia głową zsynchronizowane z mową. Takie zachowania świadczą o zainteresowaniu i bardzo zachęcają do mówienia. Przez psychologów określane są jako „otwieracze drzwi” (Gordon T., 1995, s. 101–102).

Pełne zrozumienie wypowiedzi wymaga jednak jeszcze czegoś więcej – informacji zwrotnej – jest nią parafrazowanie. Umiejętność parafrazowania jest niezbędna, aby naprawdę słuchać. Chcąc sparafrazować słowa rozmówcy, trzeba się skupić na słuchaniu, aby następnie swoimi słowami je powtórzyć. Nadawca wtedy będzie mógł potwierdzić, że o to mu chodzi lub zasygnalizować, że źle został zrozumiany. Taka konfrontacja daje szansę na skorygowanie pomyłki od razu w czasie rozmowy. Informacji zwrotnej wymagają także rozpoznane uczucia towarzyszące wypowiedzi rozmówcy. Aby dotrzeć do głębszej treści jego wypowiedzi, trzeba dostrzec to, co niewypowiedziane, próbować rozpoznać przeżywane przez niego uczucia, wyrażane mową ciała. Trzeba wyodrębnić tę najbardziej intensywną w danej chwili i ją nazwać, czyli przełożyć rozpoznany stan emocjonalny na słowa, a przez to uczynić bardziej przejrzysty wewnętrzny stan człowieka (Colombero G., 2005, s. 209; Janowicz A. i in., 2014, s. 35–37). Przykłady: „To musiało być dla ciebie bardzo przykre!”, „To ciebie wyraźnie bardzo denerwuje”, „Obawiasz się, że po operacji ludzie odsuną się od ciebie?”. Wypowiedzi odwołujące się do uczuć rozmówcy sprawiają, że czuje się on rozumiany, akceptowany i rzeczywiście wie, że słuchający mu towarzyszy (Schulz von Thun F., 2001, s. 43–64).

Aktywne słuchanie jest podstawowym składnikiem rozmowy, pozwala w pełni skoncentrować się na osobie i zrozumieć zarówno przekazywaną treść, jak i rozpoznać towarzyszące wypowiedzi odczucia, chwilowe nastroje i przekonania.

Jak rozmawiać i o czym?

Sprawą niezwykle ważną jest opanowanie umiejętności właściwego sposobu prowadzenia rozmowy. Umiejętność ta obejmuje zarówno elementy werbalne, jak i niewerbalne. Zainteresowanie rozmówcą podkreśla się, używając mowy ciała. Oznacza to zachowanie kontaktu wzrokowego, niekrzyżowanie rąk, pochylenie się w kierunku rozmówcy, niewykonywanie w tym czasie żadnych działań ani niepotrzebnych ruchów ciała. Z rozmówcą trzeba próbować nawiązać kontakt wzrokowy, ale czasem on tego wyraźnie unika. Przyczyny mogą być różne, trzeba z dużą wrażliwością spróbować do nich dotrzeć (De Walden-Gałuszko K., 2000, s. 39–40). Bogatym źródłem informacji niewerbalnych są także ruchy i postawa ciała. Nadmierna ruchliwość świadczy często o lęku lub o znudzeniu chorego. Spowolnienie, przygarbienie w połączeniu z niskim, cichym głosem – o przygnębieniu. Brak zharmonizowania słów z mimiką świadczy na ogół o próbie ukrycia prawdziwej odpowiedzi. Temu samemu służy czasem przesadne mruganie, ucieczka oczu albo pauza przed odpowiedzią (De Walden-Gałuszko K., 2000, s. 40).

Zadawanie pytań jest wskazane tylko wtedy, gdy jest to niezbędne. Zachęcająca taktyka werbalna polega na posługiwaniu się w rozmowie pytaniami otwartymi, zaczynającymi się od „jak”, zamiast od pytania zamkniętego „czy”, które ma tylko jedną alternatywę: tak lub nie i znacznie ogranicza zakres możliwych informacji (Macario L., Rocchi M., 2011, s. 126). Lekarz i pielęgniarka z reguły posługują się pytaniami zamkniętymi, starając się uzyskać jednoznaczną odpowiedź, np.: czy ma pan/pani bóle, czy był stolec, czy była gorączka, zamiast otwartych – skłaniających do szerszych wypowiedzi w rodzaju: „Proszę mi opowiedzieć o swoim bólu”, „Co się zmieniło od ostatniego naszego spotkania?”, „Co przysparza ci najwięcej cierpienia?”, „Co myślisz o swojej chorobie?”, „Czym jest dla ciebie ta choroba?”, „Co myślisz o przyszłości?”. Istotne jest stosowanie pytań otwartych, zwłaszcza na początku spotkania (Janowicz A. i in., 2008, s. 37–38). Nie należy zadawać pytań zaczynających się od „Dlaczego?”, ponieważ stwarzają poczucie zagrożenia i sugerują przymus do odpowiedzi na pytanie. Trzeba także unikać pytań sugerujących odpowiedzi: „Jesteś zadowolony z umieszczenia na tej sali, prawda?”, „Cieszysz się na myśl o przyjeździe syna, prawda?”. Pomocne jest używanie werbalnych zwrotów określanych jako „otwieracze drzwi”, które zachęcają do dzielenia się oraz ważne jest nawiązywanie do reakcji uczuciowych chorego, o czym była mowa wcześniej.

Komunikacja z osobą w starszym wieku wymaga znacznie więcej czasu i cierpliwości, co jest związane ze zmianami biologicznymi zachodzący-

mi w starzejącym się organizmie, które utrudniają sprawną komunikację (osłabiony wzrok, słuch, słaba reakcja na bodźce, zaburzenia pamięci itp.)⁷. Ze względu na zaburzenia percepcji zmysłowej i spowolnienie trzeba mówić głośno, powoli i wyraźnie, przy dobrym oświetleniu i najlepiej w małym gronie osób. Trzeba likwidować w miarę możliwości wszystkie źródła rozproszeń (grające radio, włączony telewizor itp.). Ważne informacje powinny się powtarzać kilka razy, taktownie sprawdzając, czy zostały zrozumiane (De Walden-Gałuszko K., 2000, s. 26). Oczywiście, jak zaznacza A. Klich-Rączka, forma każdej rozmowy zależy od sprawności intelektualnej i zdrowotnej osoby, czyli musi być zindywidualizowana (2001, s. 159–160). Trzeba unikać języka infantylnego oraz nie używać wyrazów zdrobniałych, pieszczotliwych. Także niedopuszczalne jest zwracanie się do osób starszych po imieniu albo używanie zwrotów „my” zamiast pan/pani. Takie zwroty naruszają potrzebę szacunku i godności starszego człowieka (De Walden-Gałuszko K., 2000, s. 160).

Trzeba pozwolić, by cisza była naturalnym elementem rozmowy i nie martwić się, gdy nie wiadomo, co powiedzieć. Ważne, aby umieć wspólnie z chorym pomilczeć. Czasami nieprzerwane gadulstwo może go zmęczyć lub zirytować. Bywa, że chwila milczenia lepiej wyraża emocje, niż nieustanna rozmowa. Nieraz sam dotyk czy uśmiech potrafi wyrazić więcej, niż niejedno słowo (Johnston Taylor E., 2008, s. 46–47). Trzeba starać się zachowywać tak jak zwykle i nie koncentrować się tylko na chorobie. Poruszać tematy, które do tej pory chory chętnie podejmował, ale trzeba zważać na jego reakcje i wycofać się, jeśli coś wyraźnie mu nie odpowiada. Istotne jest, aby doceniać zdanie chorego na jakiś temat, dlatego warto pytać o radę w kwestiach ważnych dla obojga stron. Krótko mówiąc, trzeba dać choremu odczuć, że we wzajemnych relacjach nic się nie zmieniło.

Duże znaczenie należy przypisać rozmowom o przeszłości (reminiscencja), czyli przekazywanych słownie przez chorego wspomnień z okresu dzieciństwa, młodości, życia rodzinnego, przyjaciół, szkoły, hobby – sukcesów, porażek. Reminiscencja ma szczególne zastosowanie u osób w wieku podeszłym, które mają dobrze zachowaną pamięć tylko w odniesieniu do wydarzeń poprzednich, przeżywanych w okresie dzieciństwa i młodości (Łuczak J., 1998, s. 81, 87). Opowiadając o minionym życiu, chętnie snują

⁷ Na temat zmian narządowych w wyniku starzenia się i ich konsekwencji w przystępny sposób traktuje artykuł: Wieczorkowskiej-Tobis Katarzyny i Talarskiej Doroty, 2014, *Czynniki warunkujące występowanie potrzeb*, w: Talarska Dorota i in. (red.), *Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi. Podręcznik dla opiekunów medycznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 118–130. Artykuł jest skierowany do opiekunów medycznych, ale każdy towarzyszący choremu może poszerzyć swoje umiejętności w zakresie komunikowania się z chorym, aby dostrzec potrzeby, których realizacja wymaga zaangażowania innych osób.

wspomnienia o sukcesach, dowodach uznania ze strony otoczenia, przez co też dostrzegają wartość swojego życia.

Dobrze jest rozmawiać o śmierci, mówić otwarcie o swoich lękach i obawach z nią związanych. Takie rozmowy pozwalają oswoić się z tą nieuniknioną rzeczywistością, kształtują przekonania i stosunek do śmierci bez względu na to, kiedy ona nadejdzie. Świadomość nieuniknionego rozstania z życiem może wyzwolić dodatkową energię, która pozwoli pełniej żyć tu i teraz. Ponadto sprawia, że człowiek jest lepiej przygotowany do śmierci. Oczywiście być gotowym na śmierć nie oznacza pełnej zgody na jej przyście już teraz (Bula-Podhorska M., 2005, s. 49–50).

Taka forma dialogu, w którym stosuje się aktywne słuchanie i pytania otwarte, daje szansę na poznanie i zredukowanie stanu emocjonalnego osoby, a tym samym jest dużą pomocą w zaadaptowaniu się do trudnej sytuacji egzystencjalnej.

Warto jeszcze dodać, że warunki rozmowy powinny sprzyjać dzieleniu się w atmosferze ufności i wzajemnego zaangażowania. Istotne jest miejsce rozmowy, które powinno zapewnić fizyczny komfort. Należy zadbać o wygodną pozycję chorego i wygodne miejsce do siedzenia. Istotne jest zachowanie odpowiedniej odległości między osobami. Każdy człowiek ma swoją własną, sobie właściwą przestrzeń, w której czuje się najlepiej i którą trzeba uszanować – nie przekraczać jej. Są ludzie, którzy czują się dobrze, gdy rozmówca jest blisko, pochyla się, trzyma za rękę, innych natomiast to krępuje, wprawia w zakłopotanie, woleliby dystans zwiększyć. Należy przyjąć pozycję siedzącą, starając się o nawiązanie kontaktu wzrokowego. Rażącym błędem jest przyjmowanie pozycji stojącej przy łóżku chorego i patrzenie na niego z góry. Najlepiej, jeśli rozmowa odbywa się w cztery oczy. Trzeba w miarę możliwości starać się o stworzenie chociażby pozorów intymności, np. przez zasłony lub parawan przy łóżku na czas rozmowy (jeśli nie można w innym miejscu). Wyłączyć telefon, radio, telewizor, zamknąć drzwi. Istotna jest także pora dnia – aby nikt się nie spieszył (De Walden-Gałuszko K., 2000, s. 37).

Wszystkim nakreślonym podstawowym zasadom rozmowy z chorym winien towarzyszyć niczym nieuwarunkowany pozytywny stosunek do osoby rozmówcy. Trzeba pamiętać o potrzebie własnej naturalności, autentyczności i szczerości. Naturalność to postawa, która bardzo ułatwia nawiązywanie relacji, budzi zaufanie i sprzyja otwartości chorego, który sam zaczyna czuć się coraz bardziej swobodny, bo znika wewnętrzne napięcie. Bycie naturalnym albo inaczej bycie sobą nie oznacza, że można pozwolić sobie na każdą ekspresję przeżywanych uczuć, np. impulsywności. Naturalność człowieka oznacza, że jest świadomy tego, co się w nim dzieje, jakie przeżywa uczucia i świadomie nad nimi panuje, tzn. np. powstrzymuje

się od zachowań, na które ma ochotę, ale też wie, że przyniosą szkodę jemu lub osobie, z którą rozmawia. Szczerłość to powstrzymanie się od udawania tego, czego się nie czuje, np. od fałszywego współczucia.

Zakończenie

Jak wspierać chorego przeżywającego lęk, smutek, złość z powodu zaistnienia choroby, możliwości utraty autonomii i niezależności, gaśnięcia sił życiowych i świadomości zbliżającej się śmierci? Każdy, kto chce być wsparciem dla takich osób, musi rozpocząć od pozytywnego kontaktu emocjonalnego, umożliwiającego satysfakcjonującą komunikację, która sama w sobie będzie wsparciem o charakterze psychicznym i duchowym. Trzeba próbować zrozumieć ten etap życia człowieka, czerpiąc z wiedzy, jakiej dostarczają badania psychologiczne i z zakresu ludzkiej duchowości.

Człowiek cieszy się życiem, gdy wchodzi z drugim w więź cechującą się zaufaniem i akceptacją. Są to fundamentalne wartości, które zbliżają ludzi do siebie. Podstawą realnej pomocy bliźniemu jest akceptacja przekazywana werbalnie i pozawerbalnie. Akceptacja jest jedną z form bezwarunkowej miłości, dla której bez znaczenia jest wygląd, ułomności, zachowanie, zasługi. Czuć się akceptowanym oznacza, że jest się kochanym. Podkreślmy zatem raz jeszcze – ogromną moc ma poczucie, że jest się kochanym; jest to siła lecząca zarówno psychicznie, jak i fizycznie. Doświadczanie miłości wzmacnia zapal do życia i odporność na przeciwności.

Z akceptacją idzie w parze uważność w słuchaniu drugiej osoby. Praca nad uważnością wymaga dużego zaangażowania podczas spotkania, gdyż trzeba z dużą wrażliwością skoncentrować się na drugiej osobie, a nie na sobie. Taką postawę można nazwać terapeutyczną. Warto w relacjach z osobami chorymi i będącymi u kresu życia stawiać sobie pytanie: Co przeważa u mnie: umiejętność słuchania czy mówienia, czy umiem zbalansować te dwie sprawności? Uważność w jakimś stopniu uzyskuje się wtedy, gdy staramy się słuchać z zainteresowaniem (aktywnie). „Jestem cały słuchaniem” – to często najważniejsza postawa, którą każdy może przyjąć wobec drugiego.

Chory potrzebuje rozmowy przebiegającej w klimacie psychicznego bezpieczeństwa, dostarczającej pożądaną informację i niezbędnego wsparcia. Chodzi o stworzenie takiej relacji z chorym, aby ten w poczuciu pełnego zaufania mógł mówić o sobie i swojej chorobie, o uczuciach, problemach i by miał przekonanie, że został w pełni wysłuchany i zrozumiany. Najważniejszym kryterium, które zdecyduje, że osoba chora i będąca w podeszłym wieku będzie chciała rozmawiać o swoich przeżyciach psychicznych i duchowych, są wzajemne zrozumienie i więź. Tę więź z chorym

buduje prawdziwe, osobiste zainteresowanie jego osobą i wszystkim, co przeżywa. Słuchanie i rozumienie są myślą przewodnią w relacji pomagania i wspierania osoby.

Człowiek samą swoją miłą obecnością może stać się lekarstwem dla cierpiącego, osamotnionego człowieka. Uzdrowienie przez drugiego człowieka wydaje się realnym oddziaływaniem samego Chrystusa, który włącza człowieka słabego, ułomnego w swoje dzieło odkupienia. W niemocy człowieka objawia się wtedy moc Boga, która jest rzeczywistością sprawczą jego siły do przezwycięzania trudów życia. Trzeba zająć otwartą, wielkoduszną postawę, którą wyrażają słowa Psalmisty: *Nie zatwardzajcie serc waszych* (Ps 95,8), gdyż jako jedna rodzina ludzka jesteśmy sobie wzajemnie potrzebni. Dodajmy, że trzeba nieustannie podnosić poziom własnych kompetencji w zakresie komunikacji międzypersonalnej, zwłaszcza z ludźmi będącymi w trudnej sytuacji życiowej.

BIBLIOGRAFIA

- Bartoszek Antoni, 2005, *Miejsce Eucharystii we współczesnej opiece paliatywnej*, w: Jadwiga Pyszkowska (red.), *Opieka hospicyjna – jak odnaleźć się w nowej rzeczywistości. IX Konferencja naukowa. Jasna Góra 28–30 stycznia 2005 r.*, Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, Częstochowa, s. 5–22.
- Benedykt XVI, 2012, *Radość wiary*, Edycja św. Pawła, Częstochowa.
- Buczkowski Krzysztof, Rogiewicz Maria, 2009, *Aspekty psychologiczne umierania i żałoby*, w: Krzysztof Buczkowski, Małgorzata Krajnik (red.), *Opieka paliatywna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 95–114.
- Bukowski Jerzy, 1987, *Zarys filozofii spotkania*, Społeczny Instytut Wydawniczy „Znak”, Kraków.
- Bula-Podhorska Marzena, *Śmierć i umieranie w ujęciu Simontona*, w: Jadwiga Pyszkowska (red.), *Opieka hospicyjna – jak odnaleźć się w nowej rzeczywistości. IX Konferencja naukowa. Jasna Góra 28–30 stycznia 2005 r.*, Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, Częstochowa, s. 44–49.
- Buss Tomasz, 2008, *Zespół jadłowstręt – wyniszczenie*, w: Krystyna de Walden-Gałuszko, Anna Kaptacz (red.), *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 82–87.
- Colombero Giuseppe, 2005, *Od słów do dialogu. Tysiąc sposobów mówienia i słuchania*, Wydawnictwo OO. Franciszkanów „Bratni Zew”, Kraków.
- De Walden-Gałuszko Krystyna, 1992, *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii. Psychologiczne aspekty choroby nowotworowej, umierania i śmierci*, Uniwersytet Gdański, Gdańsk.
- De Walden-Gałuszko Krystyna, 2000, *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*, Wydawnictwo medyczne MAKmed, Gdańsk.
- Drożdż Michał, 2010, *Starość i jej potrzeby opiekuńcze w perspektywie antropologiczno-etycznej*, w: Józef Stala (red.), *Socjalizacja – wyzwanie współczesności*, Wydawnictwo Biblos, Tarnów, s. 137–155.

- Frankl Victor E., 2018, *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa.
- Galarowicz Jan, 2014, *Zrozumieć człowieka cierpiącego*, WAM, Kraków.
- Gordon Thomas, 1995, *Wychowanie bez porażek w szkole*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa.
- Janowicz Anna i in., 2014, *Zdrowa rozmowa. Sztuka komunikacji z osobami u kresu życia i ich opiekunami*, Fundacja Hospicyjna, Gdańsk.
- Jan Paweł II, 1999, *List Ojca Świętego Jana Pawła II do osób w podeszłym wieku*, Wydawnictwo Diecezjalne, Sandomierz.
- Johnston Taylor Elizabeth, 2008, *Co powiedzieć? Jak rozmawiać z chorymi o duchowości*, Wydawnictwo WAM, Kraków.
- Kaczkowski Jan, 2016, *Grunt pod nogami*, Wydawnictwo WAM, Kraków.
- Kaptacz Anna, Chałupka Andrzej, 2005, *Wpływ modlitwy na jakość życia chorych*, w: Jadwiga Pyszkowska (red.), *Opieka hospicyjna – jak odnaleźć się w nowej rzeczywistości. IX Konferencja naukowa. Jasna Góra 28–30 stycznia 2005 r.*, Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, Częstochowa, s. 77–81.
- Katechizm Kościoła Katolickiego, 1994, Wydawnictwo Pallottinum, Poznań.
- Kübler-Ross Elisabeth, 2007, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Media Rodzina, Poznań.
- Łuczak Jacek, 1988, *Towarzystwo umierającym chorym w ich cierpieniach duchowych*, Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin, s. 73–83.
- Klich-Rączka Alicja, 2001, *Sztuka rozmowy ze starszym pacjentem*, w: Anna Grajcarek (red.), *Sztuka rozmowy z chorym*, Wydawnictwo ad vocem, Kraków, s. 157–171.
- Macario Lorenzo, Rocchi Maria, 2011, *Komunikacja w relacjach niesienia pomocy*, Wydawnictwo WAM, Kraków.
- McKay Matthew, Davis Martha, Fanning Patrick, 2002, *Sztuka skutecznego porozumiewania się*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Motyka Marek, 2001, *Środki psychicznego wsparcia w pielęgnacji chorego*, w: Anna Grajcarek (red.), *Sztuka rozmowy z chorym*, Wydawnictwo ad vocem, Kraków, s. 231–241.
- Posłuszna Małgorzata, 2014, *Komunikacja z pacjentem i jego rodziną oraz wsparcie emocjonalne w chorobie*, w: Dorota Talarska i in. (red.), *Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi. Podręcznik dla opiekunów medycznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 91–101.
- Salij Jacek, 2001, *Człowiek umierający jako bliźni*, w: Anna Grajcarek (red.), *Sztuka rozmowy z chorym*, Wydawnictwo ad vocem, Kraków, s. 113–122.
- Schulz von Thun Friedemann, 2001, *Sztuka rozmawiania*, Wydawnictwo WAM, Kraków.
- Sujak Elżbieta, 2006, *ABC psychologii komunikacji*, Wydawnictwo WAM, Kraków.
- Sujak Elżbieta, 2015, *żyć lepiej*, Wydawnictwo KB Studio, Lubliniec.
- Sych Marek Hieronim, 2001, *Jak pokonać lęk i bezradność wobec choroby*, w: Anna Grajcarek (red.), *Sztuka rozmowy z chorym*, Wydawnictwo ad vocem, Kraków, s. 9–16.
- Tischner Józef, 1976, *Rozmowy z chorymi*, W Drodze, nr 11.
- Wieczorkowska-Tobis Katarzyna, Talarska Dorota, 2014, *Czynniki warunkujące występowanie potrzeb*, w: Dorota Talarska i in. (red.), *Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi. Podręcznik dla opiekunów medycznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 118–130.

