

ELŻBIETA UCHMANOWICZ

Potrzeby duchowe i wsparcie psychologiczne ludzi będących u kresu życia w kontekście opieki hospicyjnej

Spiritual Needs and Psychological Support for People who Approach the End of Life in the Context of a Hospice Care

Instytut Pedagogiki, Uniwersytet Wrocławski

Streszczenie

Opieka hospicyjna ukazuje całemu społeczeństwu obraz człowieka cierpiącego i wynikające z tego potrzeby. Człowiek będący u kresu życia potrzebuje wsparcia zarówno medycznego, psychicznego, jak i duchowego. Wraz z pojawieniem się choroby w człowieku załamuje się jego system wartości, ogarnia go niepokój, zwątpienie i depresja. Ważną rolę w tym okresie odgrywa zarówno osoba duchowna, jak i pracujący w hospicjum psycholog, swoją pracą świadczą dobro cierpiącym, niosą pomoc i zapewniają tak bardzo potrzebną ludzką obecność. Udzielając wsparcia duchowego i psychicznego, starają się zmniejszyć negatywne skutki, jakie niesie zbliżająca się śmierć. Wszelkie działania zmierzają do stworzenia takiej atmosfery, aby ludzie będący u kresu życia mogli godnie przeżyć ostatnie chwile swojej ludzkiej egzystencji (Piel. Zdr. Publ. 2012, 2, 1, 67–72).

Słowa kluczowe: opieka duchowa, wsparcie psychologiczne, cierpienie, umieranie, śmierć.

Abstract

Hospice care shows the picture of a suffering person and the needs that arose due to this fact to a whole society. A person who is nearing the end of her or his life needs not only the medical support, but also psychological and spiritual. When an illness occurs, the human's system of values breaks down, the person feels anxiety, becomes doubtful and depressed. In this tough period a very important role is fulfilled both by a clergy man and a psychologist who works in a hospice. They do good to suffering people, come to their aid and finally provide them with human presence, which is so crucial. By giving spiritual and psychological support to the ill people, the clergymen and the psychologists try to eliminate the negative effects which occur with the upcoming death. All the actions in this matter are to create such an atmosphere that people who are nearing the end of their lives could spend their last moments with dignity (Piel. Zdr. Publ. 2012, 2, 1, 67–72).

Key words: spiritual care, psychological support, suffering, dying, death.

„Liczysz się tylko Ty, ponieważ jesteś sobą.
Liczysz się do ostatniej chwili swego życia.
I zrobimy wszystko,
żeby Ci pomóc nie tylko umrzeć w spokoju,
lecz żyć aż do śmierci”

Cicely Saunders

Idea opieki hospicyjnej, która ukształtowała się w duchu chrześcijańskiego samarytanizmu, głosi potrzebę niesienia pomocy umierającym. Chodzi tu nie tylko o oddziaływania medyczne, uśmierzające ból chorego w terminalnym stadium nieuleczalnej choroby, ale o ogarnięcie go opieką medyczną, psychologiczną oraz duchową. Jest to zadanie bardzo

trudne, realizowane za pośrednictwem wielodyscyplinarnego zespołu hospicyjnego, który dąży do tego, aby ludzie będący u kresu swoich dni mieli zapewnione godne życie do końca. Ukazanie potrzeb chorego, a także sposobów dążenia do udzielenia wsparcia, pozwoli przybliżyć problematykę związaną z cierpieniem człowieka zbliżającego się do śmierci.

Potrzeby duchowe

Życie ludzkie składa się z wielu różnorodnych problemów, które dotyczą wszystkich, bez względu na pochodzenie lub status społeczny. Najważniejszymi problemami, z którymi borykamy się na różnych etapach życia jest choroba, cierpienie, umieranie i śmierć. Zdawać by się mogło, że śmierć jest czymś oczywistym jak życie, wiemy o jej istnieniu, nie jest czymś obcym, nowym, jest wpisana w egzystencję ludzkiego istnienia, ale owa rzeczywistość załamuje się, gdy nagle dowiadujemy się o nieuleczalnej chorobie.

Dzisiejsze czasy, w których żyjemy, odarły śmierć z godności, ukazując świat, w którym ludzie zachowują się tak, jakby mieli żyć wiecznie. We współczesnym świecie temat śmierci stał się tematem tabu. 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 ci najmądrzejsi, 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. Pomóc może wówczas opieka hospicyjna, której głównym zadaniem jest troska o człowieka umierającego, zapewnienie mu godnego życia do końca. Opieka ta odnosi się także do aspektów duchowych, psychologicznych, a także socjalnych. Ogarnięcie całościowe chorego, jego bólu fizycznego, psychicznego, społecznego, egzystencjalnego jest bardzo trudnym zadaniem, które jest realizowane przy pomocy całego zespołu hospicyjnego, składającego się z lekarza, pielęgniarki, psychologa, pracownika socjalnego, duchownego, wolontariuszy. Spośród grona tych ludzi pacjent może wybrać sobie osobę, która poprowadzi go do końca życia. To, co można dać drugiemu człowiekowi w takiej sytuacji to dar czasu i dar kojącego słowa.

Człowiek zbliżający się do śmierci, przebywający w hospicjum ma szansę żyć godnie do końca. Opiekunowie hospicyjni swoją pracą starają się zaspokoić wszelkie potrzeby cierpiących, dążą do tego, aby przebywający w hospicjum pacjent ani przez chwilę nie czuł się osamotniony. Wszystko to czynią z potrzeby serca i miłości, która jest czynnikiem kształtującym wzajemne stosunki między ludzkie, w duchu poszanowania godności ludzkiej.

Obszar duchowy człowieka jest zwany wewnętrzną przestrzenią, która zawiera oceny poznawczo-wartościujące, a także potrzeby (prag-

nienia), wartości niematerialne (prawdy, piękna, dobra itp.). Duchowość odwołuje się do pojęć oraz zasad życia, jest utożsamiana z poszukiwaniem sensu życia [1]. W ujęciu religijnym termin duchowość określa sposoby, za pomocą których człowiek wierzący wyraża swoją wiarę. Należy zauważyć, że w pewnych przypadkach życie duchowe zostało ograniczone aż do przekształcenia w moralność społeczną, dokonało się spłaszczenie wiary do poziomu etyki [2].

W szerszym znaczeniu duchowość to doświadczenie, przeżywanie wartości mających charakter pozamaterialny, stanowiący o ludzkich wewnętrznych rozterkach, który bezpośrednio odnosi się do sfery duchowej. Opieka duchowa skupia się w dużym stopniu na zagadnieniach poszukiwania znaczenia i sensu ludzkiej egzystencji, a także na pytaniach dotyczących życia i religii. Kierowana jest nie tylko do chorych przebywających w hospicjum, którzy wyznają wiarę chrześcijańską, ale do wszystkich, zarówno wierzących, jak i niewierzących, a także do ich rodzin.

Hospicyjna opieka duchowa jest sprawowana z ostrożnością, jest przeprowadzeniem umierającego do wieczności, drogą ukojenia winy i wyciszenia lęku, równie trudną zarówno dla chorego, jak i całego zespołu hospicyjnego [3].

Kontakt z osobą śmiertelnie chorą dotyczący potrzeb duchowych jest bardzo trudny. Zdarza się, że chory z oporami przyjmuje zaproszenie do rozmowy, unika wszelkich rozmów, zamyka się w sobie, czasami reaguje agresywnie, odrzucając wszelką oferowaną mu pomoc. Wszystkie te zachowania nie świadczą o tym, że osoba cierpiąca nie oczekuje wsparcia duchowego, a wręcz przeciwnie, swoim zachowaniem wyraża sprzeciw dla postępującej choroby i nieuniknionej śmierci, a zarazem woła o pomoc.

Aby móc wyjść naprzeciw oczekiwaniom chorego, trzeba cierpliwości i czasu. Tylko stworzenie odpowiedniej atmosfery wrażliwości na udutki cierpiącego u kresu życia i gotowość przyjścia mu z pomocą dają możliwość nawiązania kontaktu z chorym. Ważnym zadaniem jest wysłuchanie zwierzeń, wspólne rozwiązanie trapiących chorego problemów, usunięcie uprzedzeń i zahamowań, przygotowanie na spotkanie z kapłanem, który w opiece duchowej jest niezastąpionym przewodnikiem i współtowarzyszem na drodze cierpienia i umierania – dzięki niemu przebywający w hospicjum pacjenci godnie przygotowują się na śmierć. Człowiek, który zbliża się do końca swojego życia często potrzebuje uzyskania przebaczenia, pojednania, uznania wartości swego życia. To kapłan może w pełni zaspokoić wszystkie te potrzeby [4].

Rola księdza w opiece hospicyjnej sprowadza się do pochylenia nad potrzebami religijnymi cho-

rego, aby wspomóc go w nawiązaniu osobistego kontaktu z Bogiem, czyni to przez udzielenie sakramentów świętych, rozmowę, bycie z chorym. Doświadczenie uczy, że w chwilach trudnych i bolesnych wywołanych cierpieniem nieodzowna staje się wiara w Boga, a w sytuacjach śmierci wiara w życie wieczne. Najważniejszą formą humanizacji wiary jest ofiarowanie choremu obecności wiary i to właśnie czynią kapelani hospicyjni, którzy swą opieką otaczają nie tylko chorych i ich rodziny, ale cały personel zajmujący się niesieniem pomocy ludziom będącym u kresu życia [5]. Kapłan hospicyjny w sprawowaniu swojej posługi, towarzysząc umierającemu ma szczególną szansę ukazania mu głębszego wymiaru cierpienia, które Kościół katolicki definiuje jako najtrudniejszą i najbardziej tajemniczą sprawę towarzyszącą człowiekowi [6]. Dobra pomoc duchowa ma na celu uspokojenie, wsparcie dzięki życzliwej i empatycznej obecności całego zespołu hospicyjnego, szczególną jednak rolę spełnia kapłan, którego posługa jest bardzo ważnym komponentem podejmowanej opieki wobec chorych terminalnie. Obecność duchownego nie ogranicza się tylko do wspólnej modlitwy czy też udzielenia sakramentów świętych, jego obecność stwarza gotowość do rozmowy, udzielenia porad, staje się on uczestnikiem duchowych przeżyć chorego [7]. Kapłan hospicyjny w sprawowaniu swojej posługi ma szansę ukazania choremu w ujęciu religijnym sensu cierpienia i przybliżenia go do tajemnicy, w której zbliżająca się śmierć zaczyna być życiem. Przez swoje uczestnictwo w okresie umierania pomaga człowiekowi w dojrzwaniu do śmierci [6].

Postępująca choroba, która prowadzi do utraty życia sprawia, że człowiek cierpi nie tylko z powodu dolegliwości fizycznych, do jego cierpienia przyczynia się również przeżywany przez niego lęk i przynębnienie. Czynnikiem pogłębiającym stan cierpienia jest pojawiająca się w tym okresie samotność, zwłaszcza ta wewnętrzna, która wywołuje osamotnienie psychiczne wyrażane poczuciem oddalenia się od bliskich, metafizyczna związana z przemijającym czasem, a także samotność duchowa, czyli pustka, jaką wywołuje brak związku z Wartością Najwyższą zwaną Absolutem lub Bogiem. Alternatywą dla cierpienia wewnętrznego (duchowego) jest nadzieja, u podstaw której jest optymistyczny stosunek do życia, mobilizacja wewnętrzna, a nade wszystko przystosowanie do choroby. Dla człowieka wierzącego nadzieja ułatwia przygotowanie się na chwilę ostateczną, jaką jest śmierć [18]. Ojciec Święty – Jan Paweł II traktował śmierć jako największy egzamin życiowy, którego nie można nie zdać. W swoich rozważaniach na temat śmierci podkreślał, że z możliwością śmierci każdy się musi liczyć i zawsze należy być na nią przygotowanym.

Papież uczył pogodnego przyjmowania prawdy o rzeczywistości śmierci. Swoim cierpieniem wygłosił światu jedno z najważniejszych kazań, stał się sprzeciwem dla eutanazji, dla uporczywej terapii. Dotknięty stygmatem cierpienia ukazał, na czym polega sens chrześcijańskiego życia, dał świadectwo, że to nie słowa ani żadna doktryna przynosi ulgę w cierpieniu, ale przede wszystkim miłość i obecność drugiego człowieka [8].

Aby udzielić człowiekowi u kresu życia wsparcia duchowego, trzeba go słuchać, nawet wówczas, gdy nic nie mówi [9]. Dla terminalnie chorego najważniejsza jest obecność drugiego człowieka, a także poczucie bezpieczeństwa i wewnętrznego spokoju. W ostatnim okresie umierania dąży się do podniesienia standardów życia chorego, stosując silne środki przeciwbólowe w celu uśmierzania bólu fizycznego. Nie jest to jednak wystarczające, cierpienie bowiem sprawia, że w człowieku rodzą się potrzeby duchowe, wskutek cierpienia doświadczają niemocy, ograniczeń. Stan ten doprowadza do pojawienia się niepokoju, zamknięcia w sobie. Cierpienie i postępująca choroba doprowadzają do rozpaczy, buntu przeciw Bogu. Często też zdarza się, że cierpienie uczy większej dojrzałości, pomaga zrozumieć, co w życiu nieważne, aby zwrócić się ku temu, co ważne. Bardzo często choroba pobudza do szukania Boga i powrotu do niego [10].

Pomoc duchowa sprawowana wobec ludzi cierpiących, których choroba postępuje i prowadzi do śmierci to przede wszystkim gotowość bycia z nim bez warunków wstępnych. Człowiek zmagający się ze śmiercią potrzebuje kogoś, kto go kocha. Jan Paweł II mówił, że trzeba spojrzenia miłości, aby dostrzec obok siebie ludzi potrzebujących wsparcia duchowego. Apelowal, aby się nie odwracać od cierpiących, zwłaszcza w chwili tak szczególnej i ostatecznej, jaką jest śmierć [10].

W opiece nad ludźmi umierającymi filozofia hospicjum ukazuje niezbędność wartości duchowych i religijnych. W grupie potrzeb duchowych odnajdujemy potrzeby zaspokojenia wolności, możliwości podejmowania samodzielnie decyzji o sobie, co daje satysfakcję życiową. W sytuacji ciężkiej choroby poczucie wolności staje się wielkim doświadczeniem, występuje bezradność wyrażana brakiem wpływu na rozwijającą się chorobę, co w rezultacie doprowadza do ograniczenia ludzkiej wolności i wywołuje cierpienie duchowe. Oprócz wymienionych potrzeb duchowych, istnieją także potrzeby poczucia zdolności do własnego postępowania zgodnie z wyznawanym systemem wartości. Składa się na to potrzeba czystego sumienia, harmonia ze światem, uzyskanie przebaczenia win. Często ludzi śmiertelnie chorych zastajemy na modlitwie, za pomocą której szukają kontaktu z Bogiem.

Udzielając pomocy duchowej śmiertelnie choremu, wpływa się na polepszenie jakości jego życia w ostatnim okresie ziemskiego bytowania. Wszyscy, którym nie jest obojętny los cierpiących powinni o tym pamiętać, zwłaszcza księża, wobec których wymagania w tym zakresie są bardzo duże, na nich to bowiem spoczywa obowiązek zaspokajania potrzeb duchowych i to nie tylko w aspekcie religijnym.

Wsparcie psychologiczne

Człowiek śmiertelnie chory staje przed tym faktem mniej lub bardziej świadomie. Reakcje psychiczne, jakie wywołuje stan, w jakim się znalazł zależą zarówno od uwarunkowań wewnętrznych, jak i zewnętrznych, które wiążą się z intelektualną oceną sytuacji oraz stanem emocjonalnym. Uwarunkowania zewnętrzne to kontrolowanie objawów, mające na celu opanowanie bólu i innych dolegliwości somatycznych, a także dobra organizacja opieki, która ma na celu zaspokojenie potrzeb bytowych chorego. Dalsza pomoc w opiece nad chorym bierze pod uwagę uwarunkowania wewnętrzne; to jak człowiek reaguje na sytuację terminalną zależy od jego wewnętrznej struktury osobowości, a także od osobistej postawy wobec aktu umierania oraz zjawiska śmierci. Postawa człowieka chorego zależy także od systemu wartości, wpływów kulturowych, religijnych oraz tradycji [11].

Z psychologicznego punktu widzenia problem śmierci wiąże się z utratą podstawowej wartości, jaką jest życie. Człowiek będący w pełni sił, czynny zawodowo, który z dnia na dzień stał się pacjentem, poszukuje różnego rodzaju rozwiązań, jakimi posługiwał się, będąc w pełni życia. Decyduje się na walkę, zmienia styl życia, środki medyczne, stosuje różne diety, niekiedy prowadzi pertraktacje z Bogiem, współpracuje z psychoterapeutą. Wiedzę na temat swoich dolegliwości i związanych z tym potrzeb psychologicznych pogłębia, czytając literaturę przedmiotu. Przeciwnieństwem takiej grupy osób są osoby pozbawione wiary w skuteczność działań. Charakteryzuje ich postawa rezygnacji, żalu z powodu uświadomionej straty, ale i pogodzenie się z sytuacją, że każdy musi umrzeć. Niektóre z osób chorych przyjmują strategię zaprzeczania, udając przed samym sobą, że ich sytuacja zdrowotna się polepsza. Wśród terminalnie chorych istnieją osoby bierne i z natury skłonne do pesymizmu, które od chwili swojej choroby reagują silnym przygnębieniem, a nawet rozpaczą, będącą wyrazem ich bezradności i braku nadziei.

Człowiek będący u kresu życia bez względu na poglądy związane ze śmiercią w chwili ciężkiej choroby popada w stan niepokoju, zwątpienia i depresji. Sytuacja ta powoduje zachwianie równowa-

gi psychicznej człowieka, co może doprowadzić do zaburzeń psychicznych, a nawet prób samobójczych. Duże znaczenie ma terapeutyczne i psychologiczne środowisko chorego, który ze względu na sytuację, w jakiej się znalazł ma zwiększoną wrażliwość psychiczną oraz psychosomatyczną. Stworzenie właściwej atmosfery psychicznej związanej z zapewnieniem spokoju i bezpieczeństwa pozwala zaspokoić chociaż część potrzeb wynikających z sytuacji, w jakiej znalazł się chory [12].

Udzielenie pomocy ciężko choremu jest zadaniem trudnym i złożonym, realizowanym przez specjalistów specjalnie do tego powołanych. W hospicjach są to psycholodzy i cały personel medyczny. Pomocy udziela także rodzina chorego oraz jego przyjaciele. Najważniejszy jest jednak psycholog, którego zadaniem jest ustalenie prawidłowej terapii mającej na celu zapobieżenie negatywnym reakcjom psychicznym. Osoba zajmująca się wsparciem psychicznym chorego musi poczynić wiele starań, aby zdobyć jego zaufanie, nakłonić go do szczerej i swobodnej rozmowy. Warunkiem dobrego kontaktu, jaki wytwarza się między oczekującym a udzielającym pomocy jest dobra atmosfera psychiczna, pełna życzliwości, współczucia i chęci niesienia pomocy, ale pozbawiona sentymentalizmu. Pierwszym etapem udzielanego wsparcia jest dogłębne poznanie struktury osobowości cierpiącego, jego potrzeb i pragnień przez wczuwanie się w jego sytuację, drogą empatii [13].

Dobra pomoc psychologiczna ma na celu uspokojenie, wyciszenie i wsparcie psychiczne dzięki życzliwej obecności. Chory w ten sposób ma możliwość lepszego zrozumienia siebie. Prowadzenie szczerej rozmowy z chorym pozwoli mu na podjęcie samodzielnych decyzji mających na celu rozstrzygnięcie osobistych problemów. Osoba podejmująca się opieki psychologicznej powinna akceptować chorego takim, jaki jest, a także dążyć do zrozumienia jego potrzeb. Opiekun, który podejmuje się udzielenia wsparcia choremu, musi mieć umiejętność wczucia się w cały dramat choroby, której rozwój prowadzi do śmierci. Aby mieć dobry kontakt z chorym, należy się do tego przygotować całym swoim życiem. Udzielający wsparcia powinien być osobą pełną optymizmu i wiary w życie, tylko wówczas przekaze swoją siłę i energię choremu. Erich Fromm uważa, że aby uzyskać taką zdolność oddziaływania psychicznego, konieczna jest dyscyplina całego życia, umiejętność skupiania energii psychicznej na drodze skupienia oraz stosowanie odpowiednich technik odprężania się. Tak przygotowany człowiek, który osiągnął pełną równowagę, wrażliwość i zdrowie psychiczne może nawiązać dobry kontakt i udzielić fachowej pomocy chorym i umierającym [14]. To, jakie metody w swojej pracy z chorym zasto-

suje psycholog zależy od niego samego. Człowiek ciężko chory, słaby, zmęczony, cierpiący nie jest zdolny do zdecydowanej przebudowy swojej osobowości, należy to czynić z dużą dozą ostrożności, aby zamiast pomóc choremu, nie wywołać skutków negatywnych. Nieodzowna w takiej sytuacji staje się dobra obserwacja chorego, to jak chory przystosowuje do warunków, w jakich się znalazł. Zwracanie szczególnej uwagi na zachowanie chorego jest punktem wyjścia do tego, jakie działania podjąć, aby metody, jakie psycholog zastosuje w swojej pracy były dostosowane do potrzeb i reakcji chorego. Przyjmując uczestnictwo w procesie umierania, należy mieć na względzie wszystkie potrzeby chorego, zarówno potrzeby zaspokojenia bólu fizycznego, jak i potrzeby społeczno-emocjonalne, potrzebę zachowania poczucia godności i własnej wartości [15].

Chory w ostatnich chwilach swojego życia pragnie być traktowany równorzędnie na zasadzie partnerstwa, szacunku dla swojej osoby, nie pragnie zewnętrznego, słownego okazywania litości, bo odbiera to jako coś upokarzającego i lekceważącego. Zadaniem psychologa jest to, aby w czasie trwania choroby za pomocą odpowiednich zabiegów dał odczuć ciężko choremu, że w jego osobie ma sojusznika, wraz z którym może stawić czoła wszelkim doświadczeniom, słabości, chorobie, a nade wszystko śmierci. Sprawując opiekę nad osobami będącymi w stanie terminalnym, należy dążyć do tego, aby chory czuł, że jest wśród osób głęboko mu oddanych. W rozmowach należy pamiętać, że to nie słowa są ważne, a gesty, symbole, postawy, spojrzenia i uśmiech. Pogodna i spokojna atmosfera oraz podejmowanie próby spełnienia wszelkich ważnych dla konkretnego pacjenta potrzeb, które często są zaspokajane na podstawie prowadzonej obserwacji zachowań, a także reakcji chorego są podstawową umiejętnością okazywanej pomocy psychologicznej. Aby w pełni zdobyć sobie zaufanie chorego, trzeba wiele wysiłku, pacjent bowiem wyczuwa, czy trafił na właściwą osobę, przed którą może się otworzyć i prowadzić dialog w tak ważnych sprawach, jak zbliżająca się śmierć. Nieodzowną rolę dogrywa tutaj umiejętność słuchania, a także życzliwość psychologa, jego osobowość oraz wewnętrzny spokój, dojrzałość, a nade wszystko przemyślany własny stosunek do podstawowych problemów egzystencjalnych [16].

W opiece hospicyjnej psycholog dąży do neutralizowania negatywnych emocji pacjenta, a także zapobiega możliwości ich wystąpienia. Człowieka ciężko chorego często ogarniają przykre odczucia, do których zalicza się: lęk, przygnębienie, gniew, poczucie winy i upokorzenia. Powodem pojawienia się lęku jest poczucie utraty podstawowej wartości, jaką jest życie. Występuje lęk przed odrzuceniem,

lęk o swoich bliskich, a także lęk przed śmiercią, zwany egzystencjalnym. Negatywne nastawienie, występująca odmowa współpracy chorego to lęk ukryty, który w następstwie prowadzi do przygnębienia, przesadnego akcentowania dolegliwości somatycznych. Wraz z lękiem pojawia się gniew, zwany ogólnym, na niesprawiedliwość losu, gniew wywołujący pretensje do Boga, istnieje także gniew, zwany przeniesionym, ukierunkowany na personel medyczny, którego właściwą przyczyną jest własny lęk lub poczucie winy. Istnieje gniew usprawiedliwiony, gdy choroba lub jej objawy wynikają z winy lekarza. Oprócz wymienionych rodzajów gniewu, pojawia się także gniew stłumiony, nieakcentowany przez pacjenta. Reakcją na sytuację, w jakiej znalazł się pacjent jest stan przygnębienia i pojawiające się jego fizjologiczne oznaki, czyli: brak apetytu, wczesne budzenie się lub płytki, przerywany sen oraz koszmarne sny. Stan przygnębienia jest elementem psychologicznym przetwarzania choroby, towarzyszy mu często poczucie małej wartości, a także winy, wynikające z negatywnego nastawienia wobec samego siebie. W zależności od czasu trwania tego stanu przygnębienie może przybrać formę jawną, np. płacz, skargi, pesymistyczne sądy, lub formę utajoną, wyrażane mową ciała (ogólne spowolnienie, zgarbienie, zamknięta postawa, spuszczone oczy, smutny wyraz twarzy), a także innymi objawami pośrednimi, utratą zainteresowań, trudnościami ze skupieniem uwagi, czynnościowym zaburzeniem pamięci. Starając się przywrócić choremu równowagę psychiczną, należy zastosować proces adaptacji polegający na przystosowaniu do choroby. Proces adaptacji odbywa się na dwóch płaszczyznach: poznawczej i emocjonalnej. Chorzy, którzy są podatni na adaptację występującej choroby to pacjenci, którzy podczas dotychczasowego życia lub pod wpływem swojej choroby wypracowali silny system wartości ponadosobistych, wartości religijnych, a także rodzinnych, na których chory się skupia i podporządkowuje im własny osobisty cel [17].

Sprawując opiekę nad człowiekiem będącym u kresu życia, należy dołożyć wszelkich starań, aby swoje ostatnie chwile spędził w duchu poszanowania godności ludzkiej. Zaspokojenie zarówno potrzeb duchowych, jak i psychicznych w dużej mierze jest zadaniem psychologa oraz kapelana, którzy wykorzystując swoje umiejętności i doświadczenie zawodowe, dążą do polepszenia jakości kończącego się życia.

Hospicjum jest miejscem, gdzie współuczestniczy się w procesie umierania. Będąc współuczestnikiem tej chwili, należy pamiętać, że nie słowa lub doktryny są ważne, lecz ludzka czujna obecność, bo czasem w takiej sytuacji lepiej poprawić posłanie niż się wymądrzać.

Piśmiennictwo

- [1] **de Walden-Gałuszko K., Kartacz A.:** Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. PZWL, Warszawa 2005, 219.
- [2] Encyklopedia chrześcijańska, t. I. Wyd. Jedność, Kielce 2000, 254.
- [3] **Dutkiewicz E.:** Opieka duchowa nad umierającymi. [W:] Przed przejściem. Rozważania o opiece hospicyjnej. Wyd. Salezjańskie, Warszawa 1977, 111.
- [4] **Wirga M.:** Zwyciężyć chorobę, CIA-BOOKS-SVARO, LTD. Fundacja kształtowania świadomości i zachowań zdrowotnych „Alterną”, Poznań 1992, 37.
- [5] **Pawlak Z.:** Opieka duchowa w terminalnej fazie choroby. [W:] Nowa medycyna. Ból i opieka paliatywna. <http://www.borgis.pl/czytelnia/nm bol/22.php>.
- [6] **Ruszkowska J.:** Problemy rodzącego się w Polsce ruchu hospicyjnego. [W:] W stronę człowieka umierającego. Red.: Drązkiewicz J. Instytut Socjologii UW, Warszawa 1989, 354.
- [7] **Kalinowski M.:** Posługa kapłanów hospicyjnych wśród chorych w terminalnym stadium choroby nowotworowej. Studia Warmińskie 2000, 566.
- [8] **Sobolewski Z.:** Ostatnie przesłanie. [W:] Różaniec nr 5. Wyd. Sióstr Loretanek, Warszawa 2005, 10–11.
- [9] **Bartkiewicz W.:** Rekolekcje przed wejściem do nieba. [W:] Różaniec nr 2. Wyd. Sióstr Loretanek, Warszawa 1999, 9.
- [10] Katechizm Kościoła Katolickiego. Wyd. Pallottinum, Poznań 1994, 356, 362.
- [11] **de Walden-Gałuszko K.:** Pomoc psychologiczna osobom umierającym. [W:] http://www.opoka.org.pl/biblioteka/I/IP/pomoc_umierajacym.html.
- [12] **Szysko-Bohusz A.:** Pomoc psychiczna ciężko chorym i umierającym. Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1977, 3–5.
- [13] **Szysko-Bohusz A.:** Pomoc psychiczna ciężko chorym i umierającym. Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1977, 2–8.
- [14] **Szysko-Bohusz A.:** Pomoc psychiczna ciężko chorym i umierającym. Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1977, 24–26.
- [15] **Zimbardo P.G.:** Psychologia życia. PWN, Warszawa 1999, 219.
- [16] **Szysko-Bohusz A.:** Pomoc psychiczna ciężko chorym i umierającym. Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1977, 15.
- [17] **de Walden-Gałuszko K., Kartacz A.:** Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. PZWL, Warszawa 2005, 197–200.
- [18] **de Walden-Gałuszko K.:** Psychologia dla zespołu hospicjum. Opieka hospicyjno-paliatywna – historia, wyjaśnienie pojęć, filozofia postępowania. [W:] http://hospicja.pl/opieka_psych/article/274/94.html.

Adres do korespondencji:

Elżbieta Uchmanowicz
ul. Parkowa 8
Chobienia
59-305 Rudna
tel.: 796 36 73 57
e-mail: wczesnoszkolnaela8@wp.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 7.12.2011 r.
Po recenzji: 30.01.2012 r.
Zaakceptowano do druku: 13.02.2012 r.

Received: 7.12.2011
Revised: 30.01.2012
Accepted: 13.02.2012