

Grzegorz Godawa

PEDAGOGIA



BLISKOŚCI MIĘDZYLUDZKIEJ

impuls

ks. Grzegorz Godawa

Pedagogia bliskości międzyludzkiej

impuls

Kraków 2023

© Copyright by Grzegorz Godawa, 2023
© Copyright by Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2023

Recenzenci:

prof. dr hab. Barbara Kromolicka
ks. prof. dr hab. Marian Nowak

Redakcja wydawnicza:

Danuta Porębska
Beata Bednarz

Opracowanie typograficzne:

Katarzyna Kerschner

Projekt okładki:

Anna M. Damasiewicz

Zdjęcie wykorzystane na okładce:
Andrii Sinenkyi | Depositphotos.com

Publikacja dofinansowana z subwencji
dla Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie

ISBN 978-83-8294-289-7

Oficyna Wydawnicza „Impuls”
30-619 Kraków, ul. Turniejowa 59/5
tel./fax: (12) 422 41 80, 506 624 220
www.impulsoficyna.com.pl, e-mail: impuls@impulsoficyna.com.pl
Wydanie I, Kraków 2023

Bliskim i Oddalonym

Spis treści

Wstęp	11
Rozdział I	
Bliskość i jej odsłony	21
1.1. Etymologia słowa „bliskość”	22
1.2. Psychospołeczne ujęcie bliskości	24
1.2.1. Próby zdefiniowania i kategoryzacja bliskości	25
1.2.2. Przywiązanie	33
1.2.3. Intymność	35
1.2.4. Haptyczny wymiar bliskości	38
1.3. Egzystencjalno-fenomenologiczne ujęcie bliskości	42
1.4. Teologiczne ujęcie bliskości	51
Rozdział II	
Edukacyjne aspekty bliskości międzyludzkiej	57
2.1. Bliskość w rodzinie	58
2.1.1. Więzy i relacje jako nośniki bliskości w rodzinie	58
2.1.2. Wychowanie w rodzinie do bliskości	63
2.2. Bliskość wychowawcza	68
2.3. Edukacja zbliżająca	74
2.4. Bliskość i dystans w edukacji szkolnej	77
2.5. Samowychowanie jako odśrodkowe dążenie do bliskości	80
Rozdział III	
Bliskość międzyludzka w trudnych sytuacjach życia	85
3.1. Znaczenie bliskości z drugim człowiekiem w sytuacji choroby i cierpienia	86

3.1.1. Cierpienie człowieka a potrzeba bliskości	86
3.1.2. Towarzystwo jako forma bliskości	91
3.1.3. Tanatopedagogiczny wymiar bliskości	101
3.2. Izolacja społeczna w pandemii COVID-19	
jako czynnik osłabiający bliskość	104
3.2.1. Samotność i osamotnienie a potrzeba bliskości	105
3.2.2. Ageizm jako mechanizm naruszający bliskość społeczną ...	109
3.2.3. Izolacja jako źródło frustracji z powodu niezaspokojonych potrzeb społecznych dzieci i młodzieży	111
3.2.4. Restrykcje osłabiające współdziałanie środowiska medycznego	116
3.3. Troska o bliskość międzyludzką	
w czasie izolacji społecznej	120
3.3.1. Kampanie społeczne na rzecz bliskości	120
3.3.2. Solidarność międzyludzka drogą do bliskości	122
3.3.3. Innowacje sprzyjające bliskości	126
 Rozdział IV	
Metodologia empirycznych badań własnych	129
4.1. Charakterystyka konstruktywistycznego ujęcia teorii ugruntowanej	130
4.2. Metodologiczne założenia badań własnych	134
4.2.1. Przedmiot i cel badań	134
4.2.2. Problematyka badawcza	135
4.2.3. Charakterystyka terenu i organizacja badań	136
 Rozdział V	
Rozumienie i realizacja bliskości w rodzinie	143
5.1. Rozumienie bliskości przez uczestników badań	144
5.2. Komponenty bliskości	148
5.3. Znaczenie przypisywane bliskości przez uczestników badań	152
5.4. Bliskość w rodzinie	155
5.4.1. Doświadczenie bliskości i jej braku	156
5.4.2. Wychowanie do bliskości	165
5.4.3. Haptyczny wymiar bliskości	169
5.4.4. Modelowe ujęcie bliskości w rodzinie	175
5.5. Dyskusja wyników	176

Rozdział VI

Bliskość z człowiekiem w sytuacji choroby	183
6.1. Kategorie bliskości w chorobie	184
6.2. Cechy konstytutywne bliskości z chorym człowiekiem	188
6.2.1. Podmiotowość chorego człowieka	189
6.2.2. Dialog bliskości	194
6.2.3. Bliskość z wykluczonymi	200
6.3. Bliskość i oddalenie w relacji z chorym człowiekiem	202
6.3.1. Wędrowanie wzdłuż <i>continuum</i>	203
6.3.2. Granice bliskości	206
6.3.3. Modele zaangażowania w bliskość	213
6.4. Bliskość przez dotyk	219
6.4.1. Kategorie dotyku	222
6.4.2. Dylematy związane z wyrażaniem bliskości przez dotyk	229
6.5. Bliskość z naturą	231
6.6. Bliskość z Bogiem bliskością z człowiekiem	235
6.7. Modelowe ujęcie bliskości w sytuacji choroby	249
6.8. Dyskusja wyników	251

Rozdział VII

Bliskość międzyludzka naznaczona pandemią COVID-19	259
7.1. Samotność i lęk jako niedobory bliskości	261
7.2. Reżim sanitarny jako ograniczenie bliskości	266
7.3. Samoizolacja wyrazem kosztownej troski o bliskich	269
7.4. Trudności w budowaniu bliskości w zespole	275
7.5. Płaszczyzny konfliktów osłabiających bliskość	282
7.6. Komunikacja jako antidotum na izolację	288
7.7. Modelowe ujęcie czynników kształtujących bliskość w sytuacji choroby	293
7.8. Dyskusja wyników	295

Rozdział VIII

Próba konceptualizacji bliskości osobowej i jej pedagogii	301
8.1. Ogólna konceptualizacja bliskości	302
8.2. Charakterystyczne cechy pedagogii bliskości	304

8.3. Metodyka pedagogii bliskości	312
8.4. Odniesienie wyników do teorii pedagogicznej i praktyki bliskości	316
8.4.1. Implikacje dla teorii pedagogicznej	316
8.4.2. Postulaty i rekomendacje dla obszaru wsparcia i edukacji	318
Refleksje końcowe	321
Bibliografia	325
Spis schematów i tabel	351

Wstęp

Myśląc o człowieku, postrzegamy go w kontekście, w którym funkcjonuje. Żyjemy wśród ludzi, więc wymiar społeczny naszego istnienia ma ogromne znaczenie:

Nieważne, sam czy w obecności innych, jesteś zawsze istotą społeczną. Wiesz o tym, nawet nieświadomie, że jesteś częścią większej, interaktywnej sieci składającej się z osób, które kształtują twoje myśli, uczucia i zachowanie. To, co inni myślą i mówią o nas – niezależnie od tego, czy się z tym zgadzamy – bierze się stąd, że my, ludzie, reagujemy zwykle na siebie nawzajem. Zachowanie społeczne jest skomplikowaną mieszaniną emocji i poznawania (Aronson, Wilson, Akert 1997, s. 19).

Współkształtowanie siebie w relacji z drugim człowiekiem to proces często nieuświadomiany, a niosący istotne przesłanie o wzajemnej potrzebie bycia blisko. Stąd ważne jest, by kategoria bliskości znalazła właściwe sobie miejsce w katalogu wartości niezbędnych do życia i rozwoju człowieka. Bliskość jest fenomenem, który towarzyszy ludzkości od jej zarania, łącząc ludzi i dając im poczucie przywiązania. Na bliskości buduje się więź małżeńska, rodzicielska i przyjacielska, a człowiek, dotychczas postrzegany jako obcy, przestaje być zagrożeniem. Bliskość z drugim człowiekiem jest także otwarta na otaczający świat, doświadczany w wymiarze empirycznym i duchowym. Bliskość ma wymiar naukowy, kulturowy, społeczny, a także religijny. Istotę bliskości stanowi miłość, która jest siłą organizującą życie społeczne. W tworzeniu fenomenu bliskości wzniosła natura miłości staje wobec wolności drugiego człowieka, proponując mu wspólne przeżycia w konkretnym czasie i warunkach. Okoliczności towarzyszące powstawaniu bliskości nie zawsze sprzyjają jej rozwojowi. Współczesne zmiany społeczne powodują, że bliskość wydaje się coraz większym wyzwaniem. Barbara Kromolicka, analizując kondycję współczesnych pokoleń, stawia ważne pytania:

Czy zatem współczesny człowiek jest zdolny do miłości, która przekracza jego wewnętrzny świat? Czy jest zdolny do dzielenia się miłością, czy jest zdolny do budowania więzi, relacji międzyludzkich na płaszczyźnie miłości? Odpowiedź na te pytania nie jest łatwa ani prosta. Żyjemy przecież w czasie fascynacji jednostką, rozwojem własnej kariery, rozwojem osobistym, bez oglądania się na potrzeby innych [...]. Jednak postawy egocentryzmu, okrucieństwa czy destrukcji są tylko jedną z możliwości tkwiących w człowieku, możliwością, która nie musi być jednak uznana za naturalną i normalną dla człowieka (Kromolicka 2012, s. 90).

Autorka celnie zauważa, że wartość drugiego człowieka i bliskości jest przysłonięta wieloma doświadczeniami egoizmu, rozłamami, a nawet okrucieństwami, które mogą prowadzić do izolacji społecznej. Pozorny pesymizm tych analiz ustępuje miejsca optymistycznej konkluzji – izolacja nie musi być uznawana za podstawową, naturalną, a tym bardziej ostateczną cechę współczesnego społeczeństwa. Zamiast niej może pojawić się bliskość międzyludzka, która przewycięża egocentryzm i koncentrację człowieka na własnych korzyściach. Miłość wyraża się wówczas poprzez empatię, współczucie, towarzyszenie, pomaganie, poświęcenie, czułość, szacunek czy bezinteresowność (Duggan 2019, s. 79–81).

Do tej pory badacze nie dokonali wystarczająco pogłębionej, interdyscyplinarnej analizy terminu „bliskość”, która została by zaprezentowana w zwartej monografii. Nie brakuje natomiast publikacji, w których bliskość ujmuje się z perspektywy poszczególnych dziedzin i dyscyplin naukowych, na przykład z zakresu nauk społecznych, humanistycznych czy teologicznych. Ważne miejsce zajmuje literatura z dyscyplin filozofii, psychologii, pedagogiki czy socjologii. Przegląd ujęć bliskości przedstawię w dalszej części książki. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że w literaturze udanych prób jej zdefiniowania mamy stosunkowo niewiele. Jedną z nich stanowi ujęcie bliskości zaproponowane przez Alicję Żywczok, według której

[...] bliskość jest spotęgowaną albo też pogłębioną obecnością dwóch lub większej ilości podmiotów uczestniczących w relacji uczuciowo-duchowej [...]. Każda konstruktywna bliskość jest rezultatem wysiłku wychowawczego związanego z podjęciem i podtrzymaniem łączności z drugim człowiekiem (Żywczok 2013, s. 29).

Definicja ta wskazuje na relacyjny wymiar bliskości. Jest ona elementem relacji z drugim człowiekiem, który współtworzy bliskość. Podmiotowe ujęcie

tej relacyjności ukierunkowuje uwagę na drugiego człowieka pojmowanego jako osoba, stąd rodzi się osobowy charakter bliskości, a więc mowa tu o bliskości międzyludzkiej. Przytoczona definicja podkreśla również wychowawczy kontekst bliskości międzyludzkiej. Stał się on motywem przewodnim tej książki, której przedmiotem jest poszukiwanie rozumienia i doświadczeń bliskości oraz metodyki postępowania w relacjach międzyludzkich, zorientowanych na budowanie bliskości. Celem ogólnym jest ukazanie fenomenu bliskości międzyludzkiej w perspektywie pedagogicznej – jako wartości, a także sposobów jej budowania.

Przyjęcie perspektywy pedagogicznej wynika z założenia, że nie wystarczy wiedzieć, czym jest bliskość, by w niej twórczo uczestniczyć i ją rozwijać. W społeczeństwie wyłaniającym się z pandemii COVID-19, a także przeżywającym napięcia spowodowane innymi czynnikami, coraz częściej dostrzega się potrzebę uczenia się nawiązywania i budowania bliskości międzyludzkiej. Zatem pedagogiczna perspektywa bliskości jest jednym z jej zasadniczych ujęć.

W celu zrealizowania tego zamierzenia postanowiłem przeprowadzić wstępną kwerendę literatury związanej z bliskością. Pozwoliła ona na interdyscyplinarny opis tego fenomenu. Następnie, dostrzegając braki w empirycznym osadzeniu bliskości, postawiłem główny problem badawczy oraz opracowałem i przeprowadziłem badania empiryczne. Problem przyjął formę następującego pytania: „Czym charakteryzuje się bliskość międzyludzka i jak jest realizowana pedagogia bliskości?”. Badania zrealizowałem wśród osób zaangażowanych w leczenie chorych i towarzyszenie im. Uzasadnieniem wyboru tego środowiska jest fakt, że jest ono szczególnym miejscem doświadczania bliskości, a także izolacji i osamotnienia. Było to widoczne w czasie izolacji społecznej związanej z pandemią COVID-19; można to dostrzec również obecnie. Sytuacja choroby jest punktem stycznym dla osób cierpiących, ich rodzin i pracowników placówek medycznych. Przyjąłem, że doświadczenia tych ostatnich mogą wiele wnieść w rozumienie bliskości i sposobów jej budowania, tym bardziej że nie dotyczą one jedynie życia zawodowego, lecz także przeżywania bliskości w rodzinie i innych środowiskach życia.

Rodzina jest pierwszym i podstawowym środowiskiem nawiązywania i rozwoju bliskości. W rodzinie kształtują się więzi, które są nośnikami bliskości, dając jej członkom satysfakcję i wzmacniając ich rozwój. Doświadczenie bezpiecznego przywiązania w rodzinie jest ważne także dla tworzenia relacji społecznych, wykraczających poza związki oparte na więzach krwi. Nie w każdej rodzinie bliskość jest wystarczająco intensywna. Bywa i tak, że

dominują w niej czynniki zakłócające jej funkcjonowanie i osłabiające więzi wewnątrzrodzinne: „Tęsknimy za bliskością, a jednak bywamy głęboko osamotnieni, nie potrafiąc utrzymać wymagających więzi” (Kornaszewska-Polak 2015, s. 33). Bliskość w rodzinie wymaga wiele trudu, który jednak warto podjąć.

Mniej oczywistym kontekstem doświadczania i rozwoju bliskości jest sytuacja choroby. Zasadność zestawienia tych dwóch kategorii: bliskości i choroby, wymaga nieco szerszego wyjaśnienia. Zwykle są one ze sobą kojarzone bardziej przez kontrast niż podobieństwo. Wszak sytuacja choroby nie sprzyja budowaniu głębokich więzi bliskości, utożsamianych najczęściej ze szczęściem i błogostanem.

W literaturze przedmiotu można wskazać książkę Ashley P. Duggan (2019) pt. *Health and Illness in Close Relationships (Advances in Personal Relationships)*, która nawiązuje do tematyki choroby i bliskości. Autorka dokonała analizy bliskości między chorymi a ich najbliższymi. Badania przeprowadzone przez Duggan (2019) pokazują, że zdrowie, chorobę, relacje i komunikację najlepiej rozpatrywać w połączeniu ze sobą, co odzwierciedla sposób, w jaki człowiek funkcjonuje na co dzień. Swoje badania Duggan zrealizowała na trzech płaszczyznach zależności. Pierwsza z nich to zdrowie, choroba i relacje, druga to związek pomiędzy relacjami a stanem zdrowia, a trzecia to zależność relacji, zdrowia i trajektorii choroby. Zależności obecne na trzech wymienionych płaszczyznach określają dynamikę codziennego życia w bliskiej relacji, w której jeden z uczestników choruje. Konkluzją analizy wyników jest stwierdzenie, że w badaniu bliskości, zdrowia i choroby potrzebne jest zastosowanie podejścia interdyscyplinarnego z uwzględnieniem współtworzenia się relacji, zdrowia i choroby (Duggan 2019, s. 326).

Przeprowadzone przeze mnie badania są odpowiedzią na zasugerowaną potrzebę podejmowania badań interdyscyplinarnych z wykorzystaniem dynamicznego modelu zależności między zdrowiem, chorobą i bliskością. Autorskie badania ukierunkowałem na doświadczenia osób zaangażowanych w leczenie chorych i opiekę nad nimi, podczas gdy Duggan (2019) skupiła się głównie na relacjach chorych i ich najbliższych. Doświadczenie bliskości w czasie przeżywania choroby zależy w dużej mierze od postaw osób, które zawodowo bądź wolontaryjnie towarzyszą pacjentom placówek medycznych.

Proces chorowania należy do trudnych sytuacji, wymagających skoncentrowania się na stosowaniu procedur medycznych, jednak taki medyczny model choroby i jej leczenia nie jest wystarczający. Wojciech Chudy

stwierdził, że niezbędne jest całościowe ujęcie potrzeb chorego i jego rodziny. Według autora

[...] człowiek **staje się** do końca życia, zwłaszcza gdy spotyka się z ciężarem życia – trudem – jako podstawową składową swojego losu. Równocześnie jednak nieprzerwanie jest osobą i ta wartość stanowi drogowskaz jego dojrzałości (Chudy 2007a, s. 30).

Bliskość międzyludzka jest jedną z odpowiedzi na potrzeby chorego człowieka. W trudnych okolicznościach życia jest oczekiwana i ważna, ale niezbędne są wychowanie i wsparcie w jej tworzeniu. Bogusław Śliwerski, akcentując znaczenie wychowania do życia ze świadomością śmiertelności, zwraca uwagę na potrzebę bliskości w środowisku chorego człowieka:

Wychowanie do śmierci jest czymś szczególnym w naszych czasach, znakiem ogromnego postępu w rozwoju humanistycznej pedagogiki, psychologii czy socjologii [...]. Otwieranie świadomości po obu stronach relacji międzyludzkich może mieć walory terapeutyczne dla każdej z nich, dla pacjentów i ich bliskich. Uczmy się zatem obcowania własną bliskością z tymi, którzy są mniej lub bardziej świadomi własnej egzystencji bez udawania, wzajemnego oszukiwania się, by razem przygotować się do tego, co nas czeka po śmierci (Śliwerski 2018, s. 2).

Postulat świadomego dzielenia się bliskością z chorymi osobami domaga się wnoszenia do ich codzienności aktywnej, a jednocześnie nienarzucającej się obecności. Bliskość oparta na prawdzie i szczerości jest wartością ukierunkowującą aktywność człowieka na dobro własne i innych. Cytowane słowa uświadamiają znaczenie bliskości w cierpieniu, a także wzywają do „uczenia się obcowania własną bliskością” z potrzebującymi jej. Bliskość należy do kategorii uniwersalnych i mogłoby się wydawać, że jej nawiązanie i pogłębianie jest działaniem intuicyjnym. W rzeczywistości bliskość to kategoria społeczna, która ma kontekst edukacyjny. Wyraża się on poprzez pedagogię – praktykę codziennego życia, przenikniętą troską o drugiego człowieka.

Termin „pedagogia” (gr. *pais* – dziecko, *ago* – prowadzę) jest, według Wincentego Okonia, częściowo zapomniany, jednak wciąż potrzebny, bo Staszicowa „sztuka wychowania” jest niezbędnym uzupełnieniem jego teorii (*Pedagogia* 2004, s. 297–298). Od greckiego słowa *paidagogía* wywodzi się pojęcie pedagogii, która oznacza dzieło wychowania, zespół czynności i umiejętności wychowawczych (Zarzecki 2012, s. 9).

„Pedagogia” to termin, który, jak zauważa Andrzej M. de Tchorzewski, zajmuje ważne miejsce w historii i teorii wychowania. Obejmuje ona

[...] poszczególne osoby, rodziny, grupy społeczne i wyznaniowe oraz narody [...]. Pedagogia wyrasta na kanwie doświadczenia praktycznego, które jest fundamentem postulatów wychowawczych (Tchorzewski 2016, s. 77).

Błędne jest utożsamianie pedagogiki z pedagogią, gdyż zakresy ich zainteresowań się różnią. Teresa Hejnicka-Bezwińska (2008, s. 204–205) zwraca uwagę na proces przechodzenia od pedagogii do pedagogiki, który świadczy o unaukowieniu myślenia o edukacji. Rozpoczęło się ono w XIX wieku, gdy pedagogika uzyskała status nauki. Pedagogia była i wciąż jest istotnym obszarem rozwoju myślenia o edukacji i realizacji jej celów w praktyce wychowawczej.

Witold Starnawski (2015, s. 15) zauważył, że główną kategorię pedagogii stanowi osoba, a uwarunkowaniem uprawiania pedagogii jest teoria, która otwiera się na prawdę i egzystencjalne doświadczenia człowieka. Wreszcie niezbędna jest dobra praktyka, otwarta na teorię wykraczającą poza indywidualizm i pozytywnie traktującą dzieło wychowania. W ten sposób uwrażliwia ona człowieka na wartości (Szudra 2007, s. 123). Jej głównym zadaniem jest

[...] sformułowanie praktycznej odpowiedzi na problem indywidualizmu i pluralizmu, przedstawienie wyrazistej propozycji pedagogicznej oraz współczesnej wersji paidei (Starnawski 2015, s. 15).

Autor wskazuje na kategorię pedagogii osoby, która jest punktem wyjścia przesądającym o wartości różnych koncepcji wychowania, określającym ich charakter, ugruntowanie ontyczne, psychologiczne, społeczne, prawne czy kulturowe. Dobra praktyka wychowawcza powinna być zatem bezinteresowna, wspierająca, elastyczna i pozytywna, charakteryzująca się spokojem i wytrwałością (Starnawski 2015, s. 17).

W założenia te jest wkomponowana pedagogia integralna, która

[...] ofiarowuje całościowe spojrzenie na rzeczywistość i niesie w sobie hipotezę wyjaśniającą sens i znaczenie przeszłości, teraźniejszości i przyszłości. Dowartościowuje tradycję, pozytywne przeżywanie teraźniejszości w jej krytycznym odbiorze, a przede wszystkim wspiera w poznawaniu i braniu na serio własnego człowieczeństwa we wszystkich jego wymiarach. Liczy się z wymogami ludzkiego

serca i kryterium osądu, które jest jednakowe dla wszystkich. Kryterium tym jest wymóg prawdy, piękna i dobra (Rynio 2013, s. 22).

Takie ujęcie pedagogii podkreśla jej kluczowe ogniwo, którym jest człowiek postrzegany w kontekście własnej historii życia i relacji społecznych.

Zbigniew Kwieciński przez pedagogię rozumie

[...] całkowity obszar myślenia o wychowaniu i praktyce edukacyjnej. Treścią i zakresem pedagogii są zarówno metateoretyczna i samokrytyczna refleksja pedagogów nad pedagogiką, jak i wszelka wyrażona i uporządkowana refleksja o wychowaniu, czy badania nad warunkami, procesami, czynnościami i skutkami edukacyjnymi, a także wszelkie praktyki edukacyjne i na poziomie systemu oświatowego w szkole, i poza profesjonalną oświatą oraz szkołą (Kwieciński 2012, s. 9).

Tak szerokie ujęcie pedagogii jest właściwe dla pedagogii transformacyjnej, charakterystycznej dla kategorii zmiany.

Marian Nowak zwraca uwagę na pedagogię wartości, które stanowią fundament wychowania. Pedagogia wartości jest próbą praktycznej odpowiedzi na pytania o sposób przybliżania wychowanków do istotnych i uniwersalnych wartości. Pedagogia ta obejmuje kilka strategii postępowania wychowawczego, wśród których autor wymienił strategię stymulacyjną, dysonansu czy świadectwa. Jak zauważył:

[...] problem wychowania do wartości zależy w dużej mierze od **intonacji**, a więc od sposobu, w jaki mówimy, gdy wskazujemy wychowankowi na pewne wartości. Pedagog musi posiadać tę sztukę (Nowak 2008, s. 381).

Pedagogia wartości jest więc kategorią, na kształt której duży wpływ ma osoba wychowawcy.

Danuta Waloszek (2014, s. 233) wyodrębniła trzy najczęściej definiowane pedagogie: pogranicza, widzialną i niewidzialną oraz względności. Ważne jest rozróżnienie pedagogii widzialnej (jawnej, oczywistej) i niewidzialnej. Pedagogia widzialna bazuje na obserwowalnych cechach dziecka w poszczególnych stadiach jego rozwoju. W tym też podejściu występuje największa presja, by osiągać postępy w określonych ramach czasu. Ten rodzaj pedagogii najpełniej realizuje się w rodzinie i wychowaniu zinstytucjonalizowanym. Pedagogia niewidzialna jest w opozycji do widzialnej i opiera się na pojęciu dziecka samodzielnie zajętego, a reguły sekwencyjne nie są

wyraźnie sformułowane. Pedagogia ta jest właściwa społeczeństwu nowego typu (Waloszek 2014, s. 235–237).

Monika Jaworska-Witkowska i Zbigniew Kwieciński (2011, s. 20) rozumieją pedagogię jako względnie spójny i trwały zbiór praktyk edukacyjnych. Wyróżniając wiele kategorii pedagogii, umieszczają pośród nich pedagogie dyskretne czy takie, których

[...] autorzy wytworzyli dzieła, jakie można pośrednio za nich odczytać jako pedagogie, choć ani sami siebie za pedagogów, ani swych dzieł za pedagogię nie uznawali (Jaworska-Witkowska, Kwieciński 2011, s. 28).

Dyskrecja należy do ważnych wartości w wychowaniu (Chałas, Łobacz 2020, s. 38). Jest także kluczową kategorią w metauczeniu wychowania, podkreślającą znaczenie tego, co dokonuje się poza pierwszym planem procesu wychowania człowieka. Pedagogie dyskretne wskazują na rolę aktywności, które ze swej istoty koncentrują się na zadaniach pozawychowawczych, ale przez wzgląd na przedmiot oraz charakter działań spełniają kryteria pedagogiczne.

Odnosząc te spostrzeżenia do bliskości międzyludzkiej, można przyjąć założenie, że i dla jej osiągnięcia niezbędnym jest wyodrębnienie własnej pedagogii, rozumianej jako praktyczny sposób osiągania celów związanych z bliskością przez osoby uczestniczące w sytuacji choroby. Ich zmysł wychowawczy ukonkretnia się w wielu działaniach podnoszących jakość życia pacjentów, a środowiskiem realizacji pedagogii bliskości jest dom cierpiącego, gabinet, szpital czy hospicjum. Łączenie własnych doświadczeń życiowych i zawodowych, wiedzy o wychowaniu z wyzwaniem wynikającym z towarzyszenia pacjentom stwarza dobrą okazję do budowania bliskości z zastosowaniem jej pedagogii. Bliskość ta może rozwijać się w trakcie leczenia, pielęgnacji czy innych aktywności zmierzających do poprawy jakości życia pacjentów.

Powszechne przekonanie uczy, że bliskość nie występuje w każdej relacji związanej z leczeniem, pielęgnacją i opieką. W placówkach medycznych są jednak takie relacje, w których bliskość odgrywa istotną rolę. Dlatego założyłem, że występują sytuacje chorowania i leczenia pacjentów, w których bliskość jest nawiązywana i ukierunkowywana na dobro chorych i osób im towarzyszących. Nie określając częstości zjawiska, dokonałem analizy bliskości na podstawie wywiadów pogłębionych. Przeprowadziłem je i opracowałem zgodnie z założeniami konstruktywistycznej teorii ugruntowanej.

W ten sposób można było uniknąć narzucania gotowych ram teoretycznych oraz ukazać głębię doświadczeń bliskości i jej pedagogii.

Do udziału w badaniach zaprosiłem 48 osób zaangażowanych zawodowo bądź wolontaryjnie w leczenie, pielęgnację, terapię i towarzyszenie chorym w szpitalach, hospicjach i innych placówkach medycznych. W książce osoby te określam jako członków personelu szpitala lub hospicjum czy po prostu jako medyków, co jest umowne, bo nie każdy zawód, który wykonują rozmówcy, to zawód medyczny. Jednak każda z osób uczestniczących w badaniach jest zaangażowana w leczenie, pielęgnację, terapię czy towarzyszenie cierpiącym¹. Do udziału w badaniach nie zaprosiłem osób chorych ani ich rodzin. Nie było to przeoczenie ani zbagatelizowanie ich doświadczeń w zakresie bliskości. Wprost przeciwnie, decyzję tę podjąłem ze względu na szacunek do nich oraz trud związany z przeżywaniem niełatwej sytuacji choroby.

Książka składa się z ośmiu rozdziałów. W trzech pierwszych przedstawiam wyniki analizy interdyscyplinarnej literatury przedmiotu. W pierwszym rozdziale prezentuję etymologię słowa „bliskość” oraz jej ujęcie z perspektywy filozoficznej, teologicznej i nauk społecznych. W drugim rozdziale zwracam uwagę na wychowawczy wymiar bliskości. Opisuję bliskość w rodzinie i bliskość wychowawczą oraz wskazuję na znaczenie edukacji zbliżającej i edukacji formalnej. Podkreślam również ważność bliskości w odniesieniu do samowychowania. Trzeci rozdział dotyczy zagadnienia bliskości w trudnych okolicznościach życia, zwłaszcza związanych z chorobą, cierpieniem i izolacją społeczną, a także inicjatyw o charakterze solidarnościowym, podejmowanych wobec najbardziej potrzebujących w czasie pandemii COVID-19.

Czwarty rozdział stanowi opis metodologii badań własnych i zawiera niezbędną wiedzę na temat teorii ugruntowanej, którą zastosowałem w projekcie. Przedstawiam w nim również przedmiot badań i cele, problematykę badawczą oraz charakterystykę terenu i organizację badań.

Kolejne cztery rozdziały zawierają wyniki empirycznych badań własnych. W pierwszym z nich ukazuję istotę bliskości w rodzinie, jej komponenty, znaczenie i związek z rodziną. Wskazuję na związek bliskości z wychowaniem, a także jej haptyczny wymiar. Szósty rozdział jest poświęcony analizie

1 Jak zauważa Katarzyna Kłosińska, „[...] słowo «medyk» w taki dosyć niezauważalny sposób zmieniło na naszych oczach już parę lat temu znaczenie i nie odnosi się tylko do lekarzy, ale w ogóle do przedstawicieli zawodów medycznych: to są ratownicy medyczni, pielęgniarki, pielęgniarze, fizjoterapeuci itd.” (Polskie Radio Trójka 2020).

fenomenowi bliskości w sytuacji choroby i cierpienia. Opisuję w nim kategorie tej bliskości i jej cechy konstytutywne, zwracam uwagę na diadę bliskość – oddalenie, a także dokonuję analizy bliskości w stosunku do natury i Boga. W kolejnym rozdziale koncentruję się na sytuacji pandemii i wywołanych przez nią reperkusjach w placówkach medycznych. Omawiam trudności, z jakimi zmagali się uczestnicy badań, sposoby ich przezwycięzania i dążenia do budowania bliskości pomimo skomplikowanych okoliczności. Rozdział ten, podobnie jak poprzednie empiryczne, kończy się dyskusją otrzymanych wyników. W ostatnim rozdziale przedstawiam konceptualizację bliskości, charakterystyczne cechy pedagogii bliskości, jej metodykę oraz wskazania dla teorii pedagogicznej i praktyki wsparcia. Refleksje końcowe wieńczą analizy podjęte w trakcie realizacji projektu.

Publikacja jest owocem moich kilkuletnich przemyśleń, obserwacji i poszukiwań. Ich szczególną okolicznością było pojawienie się w 2020 roku pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2. Postawa medyków w tym niełatwym czasie dała asumpt do głębokiego namysłu i stawiania pytań na temat konsekwencji izolacji społecznej, znaczenia bliskości i działań wychowawczych w tym zakresie. Wątek pandemii nie zdominował jednak badań. Z ich rozpoczęciem zczekałem do momentu, w którym można było stwierdzić, że społeczeństwo wyłania się z pandemii i powraca do bliskości społecznej. Dzięki temu zabiegowi uczestnicy badań mogli opowiedzieć o bliskości i jej braku w czasie ograniczeń epidemiologicznych, a także o swoich doświadczeniach ze znacznie dłuższego okresu. Pytanie o kształt bliskości w społeczeństwie, które wychodzi z pandemii, skłania do poszukiwania sposobów wzmacniania więzi w rodzinach, a także relacji istotnych w trudnych życiowych sytuacjach.

Chciałbym wyrazić wdzięczność wszystkim, którzy przyczynili się do powstania książki. W pierwszej kolejności słowa podziękowania należą się uczestnikom badań – za przyjęcie zaproszenia do udziału w projekcie, a jeszcze bardziej za ich postawę w pracy zawodowej i w towarzyszeniu chorym. Dziękuję osobom, z którymi rozmowy inspirowały mnie do podjęcia badań i które pomagały w ich organizacji i przebiegu w hospicjach oraz w innych placówkach, a szczególnie s. dr Joannie Pępkowskiej, dr Jolancie Stokłosie, s. Jolancie Górnisiewicz, Halinie Style i Dianie Buckiej-Barnach.

Szczególne wyrazy wdzięczności kieruję do prof. dr hab. Barbary Kromolickiej i ks. prof. dra hab. Mariana Nowaka za przygotowanie recenzji, jak również prof. dra Stanisława Palki za merytoryczne wsparcie. To dzięki ich zaangażowaniu, uwagom i sugestiom książka ma obecny kształt. Dziękuję.

Rozdział I

Bliskość i jej odstępny

Bliskość jest kategorią obecną w codziennym języku, w kulturze, sztuce i nauce. Ma cechy pojęć, które w logice określa się mianem pojęć pierwotnych, czyli takich, które są uznawane za fundamentalne, a zarazem trudne do opisanego językiem teorii. Wydaje się więc, że bliskość jest kategorią tak oczywistą, że nie ma potrzeby jej eksplanacji. Tymczasem nie jest ona *stricte* pojęciem pierwotnym i wymaga wyjaśnienia, które ukaże jej szerokie perspektywy znaczeniowe. Trzeba podkreślić dużą złożoność zjawiska bliskości, czego odzwierciedleniem jest choćby próba wyodrębnienia jej poszczególnych obszarów:

Możemy mówić po prostu o różnych znaczeniach tego słowa. O intymności – czyli bliskości seksualnej. O bliskości fizycznej wyrażanej przyjaznym, czułym dotykiem. O więzi, czyli bliskości emocjonalnej. O rozumieniu się, czyli pewnym pokrewieństwie intelektualnym. Jest też coś tak subtelnego jak bliskość duchowa: można być z kimś bardzo daleko fizycznie, a jednocześnie czuć bliskość niezwykłą. Można bardzo długo się nie widzieć, spotkać się po 20 latach i kontynuować przerwana rozmowę. Te płaszczyzny bliskości czasami zazębiają się, splatają ze sobą (Bunda 2014).

Wielowymiarowość bliskości domaga się zdefiniowania jej istoty, a do tego niezbędna jest analiza etymologiczna tego słowa i pojęć z nim związanych. Następnie należy ukazać bliskość w interdyscyplinarnym ujęciu. Pierwszym ujęciem będzie psychospołeczne rozumienie bliskości, potem egzystencjalno-fenomenologiczne. Dzięki odwołaniu się do wybranych koncepcji filozoficznych zostanie określona istota i niuanse bliskości. Teologiczne podejście pokaże bliskość w wymiarze wertykalnym.

Zapowiadane analizy nie mają na celu przedstawienia pełnego obrazu bliskości, a raczej jej różnorodne perspektywy, co wyraziło się użyciem

w tytule rozdziału słowa „odsłony”, które nawiązuje do odsłon poszczególnych części dramatu teatralnego. Wydaje się, że zaproponowane odsłony spełnią oczekiwania związane z wyjaśnieniem znaczenia bliskości.

1.1. Etymologia słowa „bliskość”

Rzeczownik „bliskość” (ang. *closeness*, wł. *prossimità*, fr. *proximité*) oznacza: 1) małe oddalenie, niewielką odległość w przestrzeni, sąsiedztwo; 2) szybkie, rychłe następstwo wydarzeń w czasie; 3) zbliżanie się, serdeczność, przyjaźń, łączność, zażyłość (*Bliskość* 1996, s. 552). Współczesne rozumienie bliskości powstało w wyniku zmiany znaczeniowej tego słowa, co potwierdza analiza etymologiczna. Rzeczownik „bliskość” pochodzi od przymiotnika „bliski”, do którego tematu słowotwórczego dodano przyrostek „-ość”, który jest morfemem słowotwórczym tworzącym *nomina essendi*, czyli nazwy określające „istotę rzeczy”. W tym znaczeniu bliskość określa istotę bycia blisko. Przysłówek „blisko” pochodzi od prsł. **blizъkъ*, jest to wyraz rodzimy, pokrewny ze słowami z tej samej rodziny językowej, na przykład: czes. *bliský*, ros. *blizkij*, ukr. *bliz'kij* czy słoweń. *bliz*. W polszczyźnie wyraz „bliski” znajduje poświadczenie od XIV wieku, wcześniej przyjmował także formę „blizi” – „sąsiedni”, występował również w użyciu przysłówkowym: „blisku”, „bliz”, „blizu” (*Bliski* 2018, s. 53).

Etymologicznie słowo to można wyjaśnić na dwa sposoby. Jedni badacze wskazują na pokrewieństwo słowa „bliski” z greckim *plysios* (*platos*) i na przejście *pl* > *bl*, przy zachowaniu pierwotnego znaczenia. Inni zwracają uwagę na pokrewieństwo z łotewskim *blaizit* (uciskać, bić) lub łacińskim *fligere* (bić, uderzać), co sugeruje, że rozwój znaczeniowy przebiegał następująco: uderzający → dotykający → bliski. Według Krystyny Długosz-Kurczabowej (2018, s. 54) w konsekwencji tych założeń można mówić o pokrewieństwie historycznym między wymienionymi wyrazami rodzimymi a zapożyczonym rzeczownikiem „konflikt”, przyjętym z łac. *conflictus* oraz pochodnymi od niego formacjami. Interesujące jest również spojrzenie na bliskość w języku hebrajskim. Z racji konstrukcji języka słowo „bliskość” jest zastępowane formą przysłówkową (*karow*) od czasownika „zbliżyć”, który ma ten sam rdzeń (*krb*) co słowo ofiara (*korban*) (*Blisko; Ofiara* b.d.). Czasownik ten bowiem oznaczał zbliżenie ofiary do Boga w czasie liturgicznego obrzędu. Kapłan brał w ręce ofiarę i podnosił ją w górę, ku Bogu. Etymologia sugeruje, że bliskość wymaga ofiary, zaangażowania (Schiffman 1999, s. 508–511).

Bliskość, współcześnie otoczona ciepłym emocjonalnie kontekstem znaczeniowym, na początku była kojarzona z poczuciem zagrożenia ze strony bliźniego oraz potencjalnym konfliktem¹. W wyniku tego zagrożenia (ucisku, uderzenia) mogły pojawić się rany. By je wyleczyć, należało poddać się kuracji ich zabliźniania. Izabela Malmor (2013) zwraca uwagę na związek słów „bliski” i „blizna”. Bliźnienie, a więc tworzenie się bliskości, jest procesem, w którym następuje zagojenie zadanych ran, połączenie rozciętych fragmentów ludzkiego ciała, zasklepienie bolesnych zranień. Właśnie w ten sposób do XIX wieku proces gojenia się ran określano jako bliźnienie (Malmor 2013, s. 53). Tę zasadę można odnieść do relacji międzyludzkich, w których intensywność zagrożenia ze strony „bliźniego” maleje, przechodząc od uderzenia do fazy dotyku, a wreszcie bliskości. Ktoś, kto z początku był postrzegany jako agresor, stawał się osobą, która poprzez dotyk wyrażała swoją obecność i przywiązanie. Osobą, którą można było dotknąć i odczuć jej bliskość. W tym znaczeniu blizny nie tyle przypominały o konflikcie, ile o pojednaniu, pokonaniu dystansu, które wymagało swoistej ofiary ze strony obu podmiotów. Wróg stawał się bliźnim i od tej chwili potencjalne konflikty byłyby „ubliżeniem”, a więc pozbawieniem człowieka bliskości (*Blizki* 1993, s. 29).

Etymologiczna analiza słowa „bliskość” pozwala na wyciągnięcie wniosków istotnych dla zdefiniowania tego pojęcia. Po pierwsze, prawdziwa bliskość opiera się na różnorodności i odrębności. Mogą one doprowadzić do zagrożenia, napięć, konfliktów i spowodować rany. By temu przeciwdziałać, a także by zniwelować skutki konfliktów, potrzebne jest zbliżenie, a więc podjęcie inicjatywy pojednania, bliźnienia zadanych ran, która może się łączyć z koniecznością rezygnacji z niektórych własnych upodobań i aspiracji. Etymologiczne wyjaśnienie omawianego pojęcia daje nadzieję, że bliskość jest możliwa do osiągnięcia także wtedy, gdy ludzie różnią się w swoich poglądach, potrzebach i celach życiowych. Bliźni to ten, kto dotyka bolesnych ran z wyczuciem i empatią, zmierzając do ich wygojenia i okazując w ten sposób samarytańską troskę (Łk 10, 30–37). Jednocześnie bliźni to osoba, która ma prawo zachować swoją odrębność nawet w największej bliskości. Należy zgodzić się z Michałem Pasterskim (2016), który uważa, że bliskość

1 Warto podkreślić, że w podobny sposób kształtowała się etymologia słowa „spotkanie”, które wyprowadza się od rzeczownika „potykać”, odwołującego się do zmagania, wojny, pojedynku. Zmiana znaczeniowa tego staropolskiego słowa nastąpiła w XIX wieku (Rutkowska 2018).

między ludźmi występuje wtedy, gdy znają oni swoje wady i zalety, ale nie wykorzystują ich przeciwko sobie.

Po drugie, w zabliznianiu ran ważny jest dotyk stanowiący podstawową niewerbalną formę kontaktów międzyludzkich. Zwrócenie uwagi na znaczenie dotyku jest istotne także z tego względu, że człowiek nie jest rzeczywistością tylko duchową. Trzeba wziąć pod uwagę również jego cielesność. Znaczenie dotyku, choć mocno osadzone w fizjologii człowieka, znacznie wykracza poza tę przestrzeń. Zmysł dotyku odgrywa fundamentalną rolę w rozwoju psychofizycznym i społecznym. Dotyk ma także niebagatelne znaczenie w bliskości intymnej i społecznej, stając się przekazicielem emocji i pragnień.

Stawanie się bliskim wymaga ukierunkowanych, intencjonalnych działań, sprzyjających warunków oraz czasu. Jednocześnie niezbędne jest zachowanie przestrzeni na spontaniczność i swobodę. Pogodzenie tych z pozor sprzecznych założeń staje się możliwe, gdy budowanie bliskości jest oparte na wolności osób. Jej poszanowanie, a zarazem troska o współpracę w osiąganiu bliskości stanowią gwarancję obrania właściwego kierunku działań. Z tego wynika, że bliskość należy do kategorii wrażliwych, podatnych na deformacje i zniszczenie. Dlatego potrzebna jest systematyczna praca nad jej prawidłowym kształtem oraz troska o zabezpieczenie jej przed destrukcyjnym wpływem czynników zewnętrznych, jakimi są na przykład negatywne skutki przemian cywilizacyjnych.

Dynamizm zawarty w bliskości jest osadzony na zmienności. Zmiany zachodzące w bliskości zmierzają ku jej nawiązaniu, ochronieniu i pogłębieniu. Bliskość nie jest więc kategorią statyczną, ale dla jej zrozumienia i analizy nieodzowne staje się uwzględnienie również takiego jej wymiaru. Występuje on w definiowaniu i opisywaniu bliskości między innymi w naukach społecznych.

1.2. Psychospołeczne ujęcie bliskości

Po przedstawieniu etymologii terminu „bliskość” należy przeprowadzić kwerendę, czyli przegląd literatury z zakresu psychologii, pedagogiki i innych nauk społecznych, co pozwoli wydobyć istotne elementy znaczenia tego pojęcia. Bliskość ze swej istoty jest kategorią społeczną, a jednocześnie głęboko związaną z osobistym życiem konkretnego człowieka. Dlatego powinna być rozpatrywana w perspektywie indywidualnej i społecznej.

1.2.1. Próby zdefiniowania i kategoryzacja bliskości

Według Arthura P. Arona, Debry J. Mashek i Elaine N. Aron (2004) bliskość (ang. *closeness, intimacy*) może być rozumiana dosłownie jako bliskość w wymiarze fizycznym. W szerszym kontekście może być postrzegana jako włączanie innych w siebie, w osobisty świat jednostki. Intensywność bliskości jest więc stopniem włączania innych w siebie. Większa bliskość oznacza, że poznawcze reprezentacje siebie i innych wzajemnie się pokrywają i aktywują, oddziałując na siebie (Aron, Mashek, Aron 2004, s. 36). Badania nad bliskością zrealizowane z wykorzystaniem Skali Autonomii Emocjonalnej (EAS) oraz Skali Zawierania Drugiego w Sobie (IOS) pokazują, że wraz z wiekiem badanych wzrasta także różnica wieku między osobami badanymi a osobami wybieranymi przez nie jako „najbliższe”. Dynamizm zmian bliskości zależy również od innych czynników (Szafrńska 2008, s. 63).

Próby zdefiniowania bliskości przeanalizowane przez Milkę Apostu, Octava Sorina Candela i Marię N. Turliuc (2021) pokazały, w jakich ujęciach jest ona najczęściej rozpatrywana. Są nimi: zaangażowanie, emocje, seksualność, współzależność, zaspokajanie potrzeb i przywiązanie emocjonalne. Zbadano kilka podejść do rozwoju intymności w bliskich związkach. Jedni badacze podkreślają ideę, że intymność rozwija się przede wszystkim poprzez ujawnienie się. Inni autorzy sugerują, że nasilenie reakcji partnera znacząco przyczynia się do rozwoju intymności (Apostu, Cande, Turliuc 2021, s. 218).

Christopher Lauer (2016) zauważa, że bliskość można definiować w odniesieniu do emocji lub jej psychologicznej funkcji. W pierwszym przypadku ważne jest założenie, że zażyłości nie powinno się utożsamiać z aktualnym uczuciem, które może być wywołane za pośrednictwem fenomenologii lub neuronauki. Takie emocje mogą być mylące z racji niepewności źródła je wywołującego. W drugim przypadku bliskość i związana z nią intymność sugeruje binarne i dysjunktywne rozumienia bliskości, w której brak stanu pośredniego, zakładającego rozwój bądź regres bliskości (Lauer 2016, s. 3–4).

Bliskość może być rozumiana jako związek przyczynowy między dwojgiem ludzi odwołujący się do dystansu między nimi. W tym kontekście pomocne jest użycie terminu „przynależność” (ang. *affiliation*), gdyż pozwala on rozważać zarówno bliskość, jak i odległość jako istotne części konstrukcji relacji międzyludzkich. Podkreśla znaczenie zestawów zachowań, które wzmacniają bliskość lub dystans (Hess, Fannin, Pollom 2007, s. 26).

Bliskość może być określana przez częstotliwość, z jaką osoby doświadczają pozytywnych i negatywnych emocji w związku. Ujęcie to kładzie

nacisk na centralny element emocjonalny i dzięki uniwersalnemu podejściu znajduje zastosowanie w analizie relacji w systemach rodzinnych (Berscheid, Snyder, Omoto 1989, s. 800). Szeroko zakrojone badania sugerują, że bliskość emocjonalna ma wyraźny wpływ na rozwój członków rodziny. W relacji rodzic – dziecko jest szczególnie ważnym czynnikiem oddziałującym na dziecko. Ciepło rodzicielskie łagodzi wpływ traumatycznych czynników stresogennych i wspomaga rozwój (Kerr i in. 2021, s. 936).

Bliskość w psychologii rozwojowej jest rozpatrywana jako jeden z kryzysów opisywanych przez Erika H. Eriksona (Colman 2009, s. 74). Kryzys ten występuje na styku bliskości i izolacji we wczesnym wieku dojrzłym, gdy potrzebie i zdolności do nawiązywania bliskiego stosunku z innymi przeciwstawia się izolację rozumianą jako unikanie związków i niechęć do nawiązywania bliskiego stosunku. W tym kontekście izolacja może być pojmowana jako mechanizm obronny, polegający na unikaniu wszelkiej aktywności mogącej wywołać nieprzyjemne odczucia. Jest więc stanem, na którego powstanie ma wpływ jednostka zabezpieczająca się przed nadmierną ekspozycją na stres wywoływany przez czynniki zewnętrzne bądź wewnętrzne, jak to ma miejsce w przypadku natręctw myślowych (*Izolacja* 1994, s. 107–108). Bliskość w psychologii jest także rozpatrywana jako przywiązanie, które ma kilka znaczeń. Najbardziej ogólne ujmuje przywiązanie jako więź emocjonalną między ludźmi, często związaną z zależnością, opartą na potrzebie emocjonalnej gratyfikacji zaangażowania. Węższe rozumienie tego pojęcia jest osadzone w teorii przywiązania (*Przywiązanie* 2000, s. 579). Owa zależność powstaje w długim procesie poznawania się, nawiązywania relacji i ich pogłębiania (Duggan 2019, s. 65–66).

W analizie teoretycznych podstaw bliskości na uwagę zasługuje książka pod redakcją Żywczok pt. *Miłość – akt preferencji duchowości człowieka. Studium bliskości duchowej*. Autorka w swoim artykule określa rodzaje i zakres bliskości. Jak zauważa:

[...] bliskość, rzadko poddawana badaniom humanistycznym i społecznym, jest kategorią syntetyczną zawierającą i spajającą liczne kategorie szczegółowe, takie jak: miłość, przyjaźń, sympatia, koleżeństwo, rodzicielstwo (macierzyństwo, ojcostwo), braterstwo (Żywczok 2013, s. 21).

Zakres tego pojęcia rozciąga się na wiele obszarów życia społecznego i opiera na kategoriach różnicujących rodzaje bliskości. Jako najbardziej uniwersalną autorka wskazuje bliskość ontologiczną, właściwą całej ludzkiej populacji mieszkańców Ziemi. Żywczok rozpatruje bliskość jako:

- ◇ ontologicznie i egzystencjalnie ujmowane „bycie w świecie”;
- ◇ spotęgowaną obecność (pogłębione bycie, sposób istnienia);
- ◇ przebywanie z drugim człowiekiem (bycie z kimś);
- ◇ trwanie przy kimś (czuwanie, współprzeżywanie – towarzyszenie);
- ◇ rezultat podjęcia wysiłku wychowawczego (trudu związania z drugim człowiekiem);
- ◇ skutek solidaryzowania się z drugą osobą;
- ◇ przejaw odpowiedzialności rodzica i wychowawcy (Żywczyk 2013, s. 35).

Na podstawie definicji i zakresu bliskości można określić jej kategorie. Zostały one pokazane w tabeli 1.

Tabela 1. Kategorie bliskości

Kryterium	Kategoria	Charakterystyka
Sfery integrujące osobę ludzką	1) bliskość fizyczna 2) emocjonalno-uczuciowa 3) genetyczna 4) moralna 5) egzystencjalna 6) epistemiczna	– dotyk, kontakt fizyczny – troska, obdarzanie uczuciami – znaczenie więzów krwi – podobny system wartości i postaw – wspólne doświadczenia egzystencjalne – wspólnota myśli i poglądów
Podmiot/przedmiot wyrażanej bliskości	1) z Istotą Wyższą 2) międzyludzka 3) z przyrodą ożywioną 4) z przyrodą nieożywioną 5) z kulturą niematerialną 6) z przedmiotami	– odniesienie do transcendencji – relacje społeczne – odniesienie do fauny i flory – odniesienie do Ziemi i Kosmosu – bliskość idei, koncepcji, teorii – odniesienie do dzieł sztuki i znaczących pamiątek
Warunki zaistnienia bliskości	1) bliskość naturalna 2) bliskość nabyta	– wrodzona, wynikająca z łączności biologicznej, na przykład matki i dziecka – wyuczona, wynikająca z relacji społecznych
Rodzaj wpływu na człowieka	1) bliskość konstruktywna wychowawczo 2) bliskość destruktywna	– kształtuje pozytywne postawy życiowe – dotyczy sytuacji dewiacyjnych
Natężenie bliskości kontaktów	1) bliskość minimalna 2) bliskość optymalna 3) bliskość ekstremalna	– osoby z dalszych kręgów społecznych – odniesienie do dojrzałych relacji w rodzinie – niezwykle silny związek matki z dzieckiem w okresie prenatalnym

Tabela 1. Kategorie bliskości cd.

Kryterium	Kategoria	Charakterystyka
Sposób komunikowania	1) bliskość kongruentna 2) bliskość wirtualna	– oparta na kontakcie bezpośrednim – za pomocą mass mediów
Kryterium pokoleniowe	1) bliskość jednopokoleniowa 2) bliskość międzypokoleniowa a) między żyjącymi a umarłymi b) między żyjącymi a pokoleniami przyszłymi	– obejmuje osoby z tego samego pokolenia – dotyczy osób z różnych pokoleń – więź uczuciowa pomimo ich odejścia – troska o dobro przyszłych pokoleń
Liczba osób wchodzących w relacje	1) bliskość jednostkowa 2) bliskość zespołowa 3) bliskość zbiorowa	– wewnętrzna, z samym sobą – z niewielką grupą społeczną – z dużą grupą społeczną
Lokalizacja i architektura	1) bliskość urbanistyczna	– rodzaj zabudowy może sprzyjać pokonaniu dystansu

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Żywcok 2013, s. 24–28.

Pierwsze kryterium bliskości wyodrębnia bliskość fizyczną, która – podobnie jak bliskość genetyczna – wiąże się z doświadczeniem cielesności i fizycznego zapośredniczenia kontaktów międzyludzkich. Bliskość geograficzna jest określana przez lokalizację podmiotów obok siebie. Duża rozbieżność w jej ujmowaniu wynika z różnych koncepcji odległości. Bliskość jest najczęściej traktowana jako odległość progowa lub jako odwrotność odległości (Micek 2015, s. 248–249). Bliskość genetyczna wynika z pokrewieństwa osób i pozwala na ich identyfikację oraz ustalenie dystansu genetycznego pojedynczej osoby do populacji. W tym celu w badaniach DNA wykorzystuje się algorytm identyfikacji (Olchowik 2013, s. 192).

Pozostałe kategorie bliskości zidentyfikowane przez Żywcok w zakresie funkcji integrującej osobę ludzką odnoszą się do wymiaru emocjonalno-wolitywnego. Elementem łączącym jest bliskość egzystencjalna, która bazuje na powszechnym i wspólnym doświadczeniu świadomości istnienia własnego i innych osób. Żyjąc wśród nich, człowiek doświadcza bliskości epistemicznej, która wyznacza stopień podobieństwa między światopoglądem współpracujących ze sobą aktorów. Bliskość epistemiczna ułatwia komunikację i podnosi poziom zaufania (Bahlmann i in. 2010, s. 4). Bliskość ta dotyczy stopnia podobieństwa światopoglądu, jaki mają ego i alter. Im bardziej podobne jest ich wspólne rozumienie rzeczywistości, tym większa bliskość epistemiczna ego i alter (Bahlmann i in. 2010, s. 8).

Bliskość moralna oznacza jedność na płaszczyźnie oceny zamierzeń i działań. Istnienie sprzeczności pomiędzy życiem, jakiego by sobie życzył każdy człowiek, a tym życiem, jakie jawi się w egzystencjalnych realiach (Radkiewicz 2021, s. 166), powoduje napięcie, które osłabia bliskość. Dlatego ważne jest podejmowanie trudu budowania podobieństwa moralnego, które ma na celu tworzenie ładu i jedności. Moralna bliskość to podobieństwo w postrzeganiu wartości i płynących z nich zasad. Na nich buduje się człowieczeństwo, obejmujące integralny rozwój osoby. Dorastanie do bliskości opartej na wspólnych wartościach jest fundamentalnym celem wychowania moralnego (Regulska 2013, s. 146–147).

Na uwagę zasługuje także bliskość z Istotą Wyższą, a więc odniesienie o charakterze transcendentnym. Jeśli przyjąć, że ową Istotą jest Bóg osobowy, to relacja z Nim daje możliwość nawiązania bliskiej więzi, wyrażającej się w postawie religijnej. Dokonuje się to w relacji miłości, bo obecność Boga w świecie stwarza okazję do spotkania nieskończonego ze skończonością. Spotkanie to jest pełne szacunku i współpracy (Mróz 2013, s. 51).

Twórcze odniesienie człowieka do Boga i drugiego człowieka opiera się na założeniu, że człowiek ze swej istoty jest bytem relacyjnym:

Owa relacyjność osoby ludzkiej wpisana jest w wewnętrzną strukturę bytu człowieka i posiada dwa wymiary: jeden horyzontalny – naturalne ukierunkowanie do życia we wspólnocie z innymi ludźmi – i jeden wertykalny – naturalne ukierunkowanie do życia we wspólnocie z Bogiem (Absolutem). Oba wymiary spotykają się w osobie ludzkiej, czyniąc z niej byt *par excellence* relacyjny (komunijny) (Choromański 2015, s. 86).

Relacyjność jest fundamentem bliskości rozpatrywanej w obu wymienionych wymiarach.

Biorąc pod uwagę bliskość człowieka z przyrodą ożywioną i nieożywioną, należy zauważyć emocjonalny związek człowieka z naturą, obejmujący poznanie głównie subiektywnego bądź subiektywno-objektywnego poczucia więzi z otaczającym go środowiskiem naturalnym (Żywczok 2020, s. 68). Ludziom od dawna jest znana interakcja z przyrodą, będąca formą terapii, która nie powoduje skutków ubocznych i poprawia funkcjonowanie poznawcze. Współczesny człowiek nierzadko ma zachwianą równowagę pomiędzy technologią a naturą. Tymczasem z analiz problematyki wynika, że przyroda wpływa na osobę wieloaspektowo. Człowiek, który jest częścią przyrody, może w niej wypocząć oraz wzmocnić swoje zdrowie fizyczne i psychiczne, a także zdobyć kompetencje związane z emocjonalną stabilizacją,

zarządzaniem czasem, kreatywnością, sprawnością działania oraz współpracą z innymi. Kontakt z przyrodą może pomóc mu zrozumieć świat i siebie (Błasiak, Wilkosz 2020, s. 65–66).

Warunki zaistnienia bliskości pozwalają wyodrębnić bliskość naturalną i nabytą. Pierwsza obejmuje relacje wynikające z łączności biologicznej, druga jest nabywana z biegiem czasu. Bliskość naturalna opiera się w dużym stopniu na przywiązaniu dziecka do rodziców, zwłaszcza do matki. Nawiązywanie bliskości z osobami spoza kręgu rodziny rozpoczyna się i jest kontynuowane wraz z jego rozwojem społecznym.

Bliskość ma charakter konstruktywny, gdy przyczynia się do rozwoju jednostki i jego otoczenia. Maria Ryś, odnosząc się do bliskości małżeńskiej, wyróżnia trzy rodzaje bliskości: emocjonalną, intelektualną i działaniową. Tak rozumiana bliskość jest jednym z istotnych wymiarów wysokiej jakości związku małżeńskiego i przyczynia się do pokonywania konfliktów (Ryś, 2004, s. 58–64). Bliskość może także przyjąć negatywny kierunek, oddziałując destrukcyjnie na człowieka, gdyż oprócz szczęścia może nieść też ogromne cierpienie spowodowane zdradą, brakiem uczuć i degradacją godności. Przykładem może być zaburzony układ władzy w relacji, który sprzyja manipulacji uczuciami i narzuca bliskiej osobie swoją wolę. Brak równowagi pod tym względem wywołuje konflikty i spory, przyczyniając się do podejmowania decyzji dotyczących rozpadu związku (Pater 2017, s. 340–341). Miłość toksyczna niszczy bliskość, pozostawiając ślady i wywołując cierpienie. Jednak jej podstawowa funkcja jest pozbawiona zaburzeń i sprzyja budowaniu bliskości. Stąd ważny staje się wysiłek pokonywania przeszkód na drodze budowania konstruktywnych więzi społecznych.

Bliskość przybiera różne natężenie: od słabego do ekstremalnie silnego. Optymalna bliskość to taka, której potrzebujemy dla zdrowia i poczucia szczęścia. Intensywność bliskiego kontaktu z rodziną i przyjaciółmi różni się w zależności od człowieka i w znacznym stopniu jest uwarunkowana genetycznie (Bakiera, Obrębska 2021, s. 12). W bliskich relacjach nieodzowna jest zarówno bliskość, jak i dystans. Równowaga między nimi

[...] wyznacza specyficzny dla jednostki typ nastawienia interpersonalnego i charakteryzuje poszczególne jej relacje, które w różnym stopniu nasycone są ponadto indywidualizmem i wspólnotowością, wolnością i braterstwem (Bakiera, Obrębska 2021, s. 14).

Niewłaściwa bliskość opiera się na takiej relacji z drugą osobą, w której dominuje brak bliskości lub występuje w stopniu tak intensywnym i obsesyjnym, że myśl o partnerze jest przyczyną ciągłego lęku przed jego utratą.

Jednostki, koncentrując się na obawach i lękach o związek, wyczerpują swoje zasoby i energię do działania, zamiast skupić się na budowaniu lepszego i bardziej satysfakcjonującego związku (Jankowska 2010, s. 41).

Bliskość kongruentna charakteryzuje się nie tylko formą bezpośredniego kontaktu z drugim człowiekiem, ale także, zgodnie z założeniami koncepcji Carla R. Rogersa, autentycznym otwarciem na drugiego człowieka:

Kongruentny jest ten, kto potrafi być autentyczny podczas interakcji, otwarcie prezentować postawy i wyrażać emocje doznawane w danej chwili. Kongruencja oznacza dostępność do emocji, przenikanie ich do samoświadomości danej osoby. Osoba kongruentna potrafi żyć swymi emocjami i uczuciami, wносить je w związki i stosownie – z poszanowaniem innych osób – je wyrażać (Florkowski 2018, s. 152–153).

Bliskość kongruentna to taka, w której nie brakuje świadomego włączenia emocji w codzienne tworzenie relacji.

Bliskość wirtualną określają częstotliwość i intensywność kontaktów oraz zaangażowanie komunikujących się partnerów. W ramach bliskości wirtualnej ważna jest korespondencja elektroniczna przesyłana zróżnicowanymi kanałami komunikacyjnymi i za pomocą różnych mediów (Papaj 2018, s. 224). Ma ona walory, ale nie sposób nie zauważyć, że zdarzają się sytuacje, w których

[...] poczucie obecności staje się nieobecne, niewidoczne, przezroczyste i oczywiście, jeśli pojawia się nagle jako problem, to oznacza, że pojawiły się jakieś problemy w odniesieniu do zwykłej obecności w naturalnym świecie (Komendziński 2014, s. 12).

Relacja, jeśli jest nawiązywana w świecie wirtualnym, wymaga zastosowania środków przeciwstawiających się zagrożeniu redukcjonizmu bliskości. Jak zauważa Edyta Gruszczyk-Kolczyńska (2017, s. 333), niewłaściwe wykorzystanie technologii informacyjnych przyczynia się do destrukcji w rozwoju osobowym i zaburza relacje. Marek Konopczyński i Filip Konopczyński (2011, s. 349) podkreślają zaś, że internetowe interakcje w wielu przypadkach przypominają wspólnoty wyobrażeniowe, oparte na abstrakcyjnych relacjach, różniących się zasadniczo od bliskich więzi rodzinnych.

Kryterium pokoleniowe wyróżnia bliskość w stosunku do żyjących pokoleń, tych generacji, które nadejdą, oraz bliskość między żyjącymi i zmarłymi. Te kategorie bliskości odnoszą się do czasu obecnego, przeszłego i przyszłego, włączając w nie solidarność międzypokoleniową. Może być

ona rozumiana jako kohezja społeczna między generacjami. W rozumieniu ogólnym jest ona łańcem wymagającym działań podmiotów życia publicznego, ukierunkowanych na utrzymanie pozytywnego stanu relacji między poszczególnymi pokoleniami na płaszczyźnie potrzeb i interesów osób przynależących do innych generacji (Czapiewska 2020, s. 95). Solidarność międzypokoleniowa jest wzajemną odpowiedzialnością wobec innych pokoleń, z uwzględnieniem ich interesów, potrzeb i opinii w podejmowanych działaniach. Bliskość międzygeneracyjna bywa postrzegana jako forma realizacji idei poszukiwania tego, co wspólne, mimo wielu różnic.

Bliskość jednostkowa dotyczy bliskości z samym sobą i nie zawsze cieszy się należnym zainteresowaniem. Stanowi ona jednak bardzo ważny czynnik sprzyjający rozwojowi osobowości, jest bowiem spotkaniem

[...] z samym sobą, z własnym wspomnieniem, zapamiętanym sobą, dawnymi przeżyciami i wydarzeniami, to spotkanie wykluczające przypadkowość i nagłość, chroniące przed niepamięcią (Morzyńska-Wrzosek 2013, s. 144).

Szerszy zakres ma bliskość zespołowa, która odnosi się do współbycia i współpracy w grupach realizujących wspólne cele. Mikrowymiar tej bliskości może na przykład obejmować organizacje pracy zawodowej, co przekłada się na poziom ich kreatywności oraz intensyfikacji rozwoju regionalnego. Optymalny poziom bliskości wzmacnia motoryczną sprawność współdziałania i efektywność pracy (Klimas 2012, s. 89). Komponentami bliskości zespołowej są wskaźniki struktury oraz relacji społecznych opartych na zaufaniu (Klimas 2012, s. 88).

Afiliacja jednostki z szerszym kontekstem społecznym polega na identyfikacji z różnymi abstrakcyjnymi zbiorowościami, wyłonionymi na podstawie kryteriów, które mają charakter moralny, intelektualny lub obyczajowy. Jednostki czują się związane z osobami przejawiającymi podobne zainteresowania, uznającymi te same normy i prowadzące podobny styl życia. Współidentyfikacja może wynikać również z takich czynników jak wspólna praca, poglądy polityczne czy przynależność organizacyjna. Afiliacyjne czynniki uspołeczniania jednostek stają się w większym stopniu determinantami poglądów niż czynniki „obiektywnego” położenia społecznego (Giza-Poleszczuk 2007, s. 79–80).

Bliskość urbanistyczna odnosi się do odległości i charakteru zabudowy, w której funkcjonuje jednostka. Standardy urbanistyczne są ukierunkowane na zapewnienie odpowiedniej jakości środowiska mieszkaniowego w miastach, zwłaszcza w obszarach zabudowy wielorodzinnej. Intensywność

zabudowy jest parametrem, który uwzględnia skalę miasta oraz położenie obszaru w strukturze miasta. Ważna jest zgodność standardów urbanistycznych z paradygmatem zrównoważonego rozwoju. Dlatego dążenie do ukształtowania miasta kompaktowego wymaga zastosowania racjonalnej gospodarki przestrzennej oraz zapewnienia łatwego dostępu do usług publicznych, urządzonych terenów zieleni, rekreacji i sportu oraz stworzenia warunków obcowania z naturą w najbliższym otoczeniu mieszkania (Dąbrowska-Milewska 2010, s. 30).

Kategorie bliskości pokazują jej złożoność, a jednocześnie potencjał, który jest realizowany w poszczególnych obszarach życia jednostkowego i społecznego.

1.2.2. Przywiązanie

Współcześnie podejmowane rozważania na temat bliskości w rodzinie i społeczeństwie często dotyczą zagadnienia przywiązania. Z perspektywy psychologicznej bliskość opisują badacze zainteresowani jej dwoma wymiarami: zaburzeniami wraz z konsekwencjami klinicznymi oraz pozytywnym ujęciem. Pierwsze ujęcie koncentruje się w dużym stopniu na teorii przywiązania Johna Bowlby'ego, teoriach systemowych (Murraya Bowena, Helma Stierlina), teorii strukturalnej Salvadora Minuchina czy międzygeneracyjnej Ivána Böszörményi-Nagya (Tryjarska 2012, s. 11). Barbara Tryjarska (2012) zauważa, że zwolennicy klinicznego rozumienia bliskości traktowali tę kategorię nieco podejrzliwie, jako relację o zatartych granicach, ograniczającą autonomię i prowadzącą do zależności oraz utrudniającą ukształtowanie odrębnej tożsamości. Obecnie częściej podkreśla się znaczenie takich składowych bliskości jak ciepło, intymność, troska czy empatyczne zrozumienie drugiego człowieka. To założenie pozwala spojrzeć na bliskość nie jako na kategorię patologizującą, ale promującą autonomię osoby (Tryjarska 2012, s. 11).

Na znaczenie teorii przywiązania wskazuje Katarzyna Lorecka:

Wśród licznych koncepcji dotyczących miłości pomiędzy uczuciowymi partnerami coraz większą popularność zyskuje teoria przywiązania. To właśnie w obszarze przywiązania, które w największym stopniu wpływa na to, jak w danym związku wygląda miłość, często pojawiają się trudności. Wyzwania, jakie można wówczas napotkać, zależą od tego, na ile komfortowo ludzie czują się w fizycznej i emocjonalnej bliskości [...]. Różnice te objaśnia teoria przywiązania, a także oparte na niej koncepcje stylów przywiązania, które pomagają ująć siedem miliardów ludzi na świecie

w zaledwie kilka grup, reprezentujących poszczególne style związane z repertuarem automatycznych reakcji i zachowań w bliskości (Lorecka 2019, s. 7–8).

Warto jednak pamiętać, idąc za radą autorki, że

[...] styl przywiązania tylko w pewnym zakresie tłumaczy psychiczne funkcjonowanie człowieka. [...] Niech zatem cechy wzorca przywiązania nie przesłonią pełni kolorytu człowieka, jakim jest on ze swoimi słabościami, mocnymi stronami i potencjałem (Lorecka 2019, s. 8).

Teoria przywiązania została opracowana przez Bowlby'ego w latach sześćdziesiątych XX wieku. Jego koncepcja jest wykorzystywana przez badaczy do zrozumienia warunków kształtowania się bliskich więzi w związkach romantycznych, a także zrozumienia osamotnienia osób dorosłych i przyczyn, dla których nie wchodzić oni w związki. Przywiązanie jest rozumiane jako

[...] ogół związków, jakie wytworzyły się między dzieckiem a jego matką, zarówno jeśli chodzi o spostrzeżenia i wrażenia niemowlęcia dotyczące jego matki, jak i odwrotnie – matki w odniesieniu do jej dziecka (*Przywiązanie* 1994, s. 229–230).

Teoria przywiązania powstała w wyniku obserwacji negatywnego wpływu, jaki na rozwój małego dziecka wywiera zaburzenie unikatowej relacji dziecka z jego pierwszym opiekunem. Wiąż ta charakteryzuje się:

- ◊ biologicznymi korzeniami, gdyż budowanie przywiązania do opiekuna jest uniwersalną tendencją biologiczną;
- ◊ znaczeniem opiekuna, najczęściej matki;
- ◊ długim czasem trwania;
- ◊ silnym zaangażowaniem emocjonalnym;
- ◊ ontogenezą, w której tworzenie więzi przebiega według wspólnego dla ludzi schematu;
- ◊ przekroczeniem zakresu wychowania;
- ◊ organizacją zachowań przywiązaniowych;
- ◊ funkcją biologiczną, która służy przetrwaniu gatunku (Senator 2012, s. 21).

Efektami oddzielenia dziecka od matki i środowiska rodzinnego są ból i udręczenie psychiczne dziecka, głęboko przez nie odczuwane i manifestowane w zachowaniu. W trakcie oddzielenia matki od dziecka zerwaniu ulega delikatna więź. Bowlby wysunął tezę, że w każdym człowieku, niezależnie

od wieku, istnieje system przywiązania, który jest uwarunkowany biologicznie i stanowi integralną część ludzkiej natury. W ten sposób można wyjaśnić tendencję do tworzenia silnych więzi emocjonalnych z innymi ludźmi, a także znaleźć etiologię różnych zaburzeń psychicznych (Marchwicki 2006, s. 366–369).

Studia nad charakterem więzi pogłębiły Mary D. Ainsworth i Silvia M. Bell (1970), które wyróżniły trzy style przywiązania. Są one bardzo ściśle powiązane z emocjonalnością matki, jej zachowaniem wobec niemowlęcia oraz stylem wychowania. Wyznacznikami stylów są jakość i intensywność reakcji dziecka na obecność opiekuna lub jego brak. Styl przywiązania, definiowany jako stopień poczucia zaufania i bezpieczeństwa w związkach interpersonalnych, kształtuje się w okresie niemowlęctwa i może wpływać na zachowanie podmiotu przez całe życie. Wyróżnione typy przywiązania to: bezpieczne, unikowe i lękowo-ambiwalentne.

Osoby bezpiecznie przywiązane do swoich partnerów czerpią satysfakcję z wzajemnej bliskości i akceptują zachowania partnera, które prowadzą do bliskości i ją zwiększają. Osoby te są przekonane, że partner jest rzetelny, godny zaufania. W związku z tym odczuwają one zadowolenie z pozostawiania w bliskiej, intymnej relacji. Osoby przejawiające unikowe przywiązanie nie obdarzają partnera pełnym zaufaniem, przez co w konsekwencji nie odczuwają zadowolenia z bliskich relacji z nim, ujawniając niechęć do zaangażowania w związek. Osoby przywiązane lękowo-ambiwalentnie odczuwają dyskomfort psychiczny z powodu przeświadczenia, że ich partner nie jest gotowy angażować się w bliskie relacje. Odczuwają niepokój o trwałość związku i obawę przed utratą bliskiej osoby (Liberska, Suwalska 2011, s. 26). Teoria przywiązania opisuje więc więzi społeczne, które najpełniej rozwijają się w bliskich relacjach, opartych na różnych wymiarach miłości.

1.2.3. Intymność

Pojęciem związanym z bliskością jest „intymność”. Jej zdefiniowanie nie jest łatwe, gdyż ma ona charakter wielowymiarowy. Pomimo tej wieloznaczności można wyróżnić kluczowe cechy charakteryzujące intymność, takie jak miłość i czułość, zaufanie, otwarcie się przed drugą osobą. Zdolność do bycia w intymnych relacjach ma ważne znaczenie w życiu człowieka (Czyżowska, Gurba 2016, s. 95). W koncepcji rozwoju psychospołecznego Eriksona intymność jest jednym ze składników diady intymność – izolacja, określającej kryzys przypadający na etap wczesnej dorosłości. Pokonanie kryzysu i zdobycie zdolności do rozwinięcia prawdziwej i wzajemnej

intymności z drugą osobą (Erikson 2004, s. 90–91) przeciwdziała oddaleni. Intymność osiągnięta w wyniku pozytywnego rozwiązania kryzysu sprzyja kreatywności i produktywności, a także integracji ego.

Problematykę intymności porusza również Robert J. Sternberg (1986, s. 119), który sformułował trójczynnиковą teorię miłości, wymieniając jej następujące składniki: intymność, namiętność i zaangażowanie. Każdy z nich odgrywa istotną rolę w kształtowaniu się bliskości między partnerami, ale jeszcze większą wagę autor przykłada do procesu przechodzenia z poszczególnych etapów miłości w kierunku tworzenia więzi trwałej i dojrzałej.

Intymność jest rozumiana jako pozytywne uczucia i towarzyszące im działania. Komponent intymności odnosi się do uczucia bliskości, więzi i przywiązania w związkach opartych na miłości. W ten sposób obejmuje swoim zakresem te uczucia, które zasadniczo powodują pojawienie się doświadczenia ciepła w związku kochających się osób (Sternberg 1986, s. 119). Intymność zawiera pragnienie dbania o dobro partnera, przeżywanie szczęścia w jego obecności i z jego powodu, szacunek, wzajemne zrozumienie, dzielenie się przeżyciami i dobrami, dawanie i otrzymywanie uczuciowego wsparcia, wymianę intymnych informacji oraz uważanie partnera za znaczący element własnego życia. Tak pojmowana intymność jest charakterystyczna dla miłości w ogóle i występuje w różnego rodzaju związkach, także tych, które wykraczają poza więzi romantyczne czy erotyczne (Wojciszke 1994, s. 8–9). Dlatego zasadne jest, według Bogdana Wojciszke, mówienie o uniwersalnym charakterze intymności:

Wszyscy potrzebujemy intymności – bliskiego związku z innym człowiekiem. Powody są oczywiste: człowiek taki naprawdę dobrze nas zna i rozumie, zapewnia nam możliwość bycia sobą, ponieważ nie musimy przed nim udawać kogoś, kim nie jesteśmy. Lojalnie przy nas trwając, zapewnia nam poczucie bezpieczeństwa, stałości i zakotwiczenia wobec zmiennych kolei losu. Możemy mu się zwierzyć, podzielić się radością lub kłopotem, dzięki czemu radość staje się większa, a kłopot mniejszy (Wojciszke 1994, s. 62–63).

Dopowiedzeniem do rozważań na temat intymności mogą być słowa Anthony'ego Giddensa:

Niektórzy są zdania, że intymność może być duszna i przytłaczająca i taka rzeczywiście jest, jeśli rozumieć ją jako żądanie nieprzerwanej bliskości emocjonalnej. Jednakże zdefiniowana jako więź emocjonalna w warunkach ustalonych przez równych partnerów ujawnia zupełnie inne oblicze. Intymność oznacza całkowitą

demokratyzację relacji międzyludzkich, odpowiadającą demokracji w sferze publicznej (Giddens 2006, s. 11).

Bliskość oparta na intymności nie jest więc próbą zawłaszczenia drugiego człowieka, ale dostrzeżeniem jego autonomii oraz procesem zmierzającym do umocnienia wzajemnej więzi.

Namiętność jest konstelacją emocji i pobudzenia fizjologicznego. W namiętności wyraża się nie tylko potrzeba seksualna, ale także inne potrzeby, na przykład dotyczące poczucia własnej wartości, pomocy, troski, przynależności, dominacji, uległości i samorealizacji (Sternberg 1986, s. 122). Zaangażowanie, będące trzecim elementem trójczynnikowej teorii miłości i zwykle najbardziej stabilnym, pojmuje się jako decyzje, myśli, uczucia i działania zmierzające do przekształcenia relacji miłosnej w trwałą związek, który utrzymuje się pomimo występowania różnych przeszkód. Zaangażowanie pomaga zachować bliskość w związku pomimo oddalenia na płaszczyźnie intymności i namiętności więzi (Wojciszke 1994, s. 15–16).

Elliot Aronson i Joshua Aronson (2020) również rozpatrują bliskość w kilku wymiarach. Pierwszym jest wymiar geograficzny. Odwołując się do badań Leona Festingera, Stanleya Schachtera i Kurta Backa (1950), podkreślają oni znaczenie bliskości zamieszkania jako ważnego czynnika wpływającego na tworzenie się związków. Bliskość fizyczna zwiększa dostępność i szanse ekspozycji, co ułatwia pokonanie dystansu i stworzenie więzi (Aronson, Aronson 2020, s. 280–281). Drugi wymiar bliskości to podobieństwo, które wyraża się w dzieleniu postaw i opinii. Obdarzenie kogoś sympatią jest łatwiejsze, gdy ta osoba nie różni się zbyt w sposobie postrzegania świata i gdy odwzajemnia sympatię. Na podobieństwo wpływają osobiste atrybuty, do których Aronson i Aronson (2020) zaliczają osobiste kompetencje czy atrakcyjność fizyczną. Zasadniczą rolę w stwarzaniu więzi odgrywa teoria zysku i straty, która zakłada, że większa intensywność pozytywnych, nagradzających zachowań ze strony drugiego człowieka ma silniejszy wpływ niż ciągłe nagradzanie na tym samym poziomie intensywności. Największe szanse na osiągnięcie bliskości emocjonalnej występują w sytuacji nieustannego wzrostu sympatii.

W tworzeniu związków istotne jest również ich ukonstytuowanie w jednej z kategorii relacji – opartej na wymianie lub wspólności. W pierwszej kategorii następuje koncentracja na osiągnięciu sprawiedliwości w wymianie dóbr między osobami, w drugiej osiągnięcie równości nie stanowi najważniejszego celu. Im bliższy jest związek, tym bardziej staje się wspólnotowy, a skoncentrowanie na potrzebach drugiej osoby powoduje większą bliskość (Aronson, Aronson 2020, s. 296–300).

Warto za Lorecką podkreślić, że drugi człowiek

[...] może być w pewnym zakresie wsparciem w nauce bycia w bliskości, ale oczekiwanie, że zrekompensuje on wszystkie braki emocjonalne z dzieciństwa lub naprawi krzywdy powstałe w przeszłości w kontakcie z innymi osobami, staje się marzeniem pułapką (Lorecka 2019, s. 138).

Dlatego niezbędne jest budowanie bliskości z samym sobą, co polega na uświadomieniu sobie własnego stylu przywiązania i – jeśli jest on niekorzystny – na przepracowaniu go, które wymaga „oswojenia” przejętej rzeczywistości (Lorecka 2019).

1.2.4. Haptyczny wymiar bliskości

Martin Grunwald w książce pt. *Homo hapticus* (2019) stawia istotne pytanie: „Czy dotyk to temat, którego lepiej nie «dotykać»?”. Odpowiedź nie jest oczywista. Przyczyniły się do tego nadużycia związane z dotykiem. Podkreślając wszechobecność dotyku, a jednocześnie dostrzegając jego tabuizację, Bartłomiej Gajowiec zauważa:

Dotyk w naszej codzienności ma różnorakie formy: od przytulenia przez różnorodne sygnały kontaktowe po najbardziej osobisty i intymny dotyk płynący z seksualnej bliskości. Jest doświadczeniem, które idzie z nami od momentu urodzenia, chociaż śmiało można stwierdzić, że jeszcze wcześniej, bo przecież ciało ludzkie odbiera w ten sposób także rzeczywistość ciąży [...]. Dotyk – co dziwne – jest tym zmysłem, który obwarowany jest największą liczbą tabu, ograniczeń, zakazów i zahamowań (2020, s. 14–15).

Wydaje się, że złe doświadczenia i przekonania związane z dotykiem powinny inspirować do naukowej refleksji nad jego istotnością, także w okazywaniu bliskości.

Sens dotyku jest mocno osadzony w fizjologii człowieka. Dotyk to zmysł, który dojrzewa jako pierwszy i poprzez który po raz pierwszy, jeszcze w łonie matki, człowiek zaczyna poznawać otoczenie. Doświadczenie dotyku to również ostatnie wrażenie, które tracimy w życiu (Knill 1995, s. 10). Zmysł ten jest aktywny już od 7. tygodnia życia płodowego dziecka. Narządem zmysłu dotyku, jak też innych zmysłów skórnych, jest skóra człowieka. Jej średnia powierzchnia u dorosłego człowieka wynosi od 1,5 do 2 m², a masa skóry wraz z tkanką podskórną może dochodzić do 20 kg (Sybilski 2012,

s. 375). Jej znaczna powierzchnia jest pokryta zakończeniami nerwowymi, dzięki czemu reaguje na bodźce. Oprócz wrażeń odbieranych przez receptory skórne wyróżnia się także czucie głębokie, doznawane z wnętrza ciała przez układ proprioceptywny. Analizując właściwości dotyku, można wyróżnić jego dwa komponenty: obronny (defensywny) i różnicujący (dyskryminatywny). Rola układu obronnego polega na ostrzeganiu organizmu przed potencjalnie zagrażającymi bodźcami. Układ różnicujący pozwala na identyfikację tych bodźców, dzięki czemu możliwe jest odróżnienie stopnia ich nasilenia, jak również rozpoznawanie atrybutów dotykanych obiektów (Libura-Gil 2018, s. 117).

Postrzeganie kontaktu fizycznego zmienia się w zależności od okoliczności, na przykład wśród przyjaciół i rodziny ten środek przekazu ma większą siłę wyrazu i jest częściej stosowany niż w środowisku zawodowym lub między obcymi. Dotyk ma swój kulturowy kontekst, który wynika z przynależności do danego kręgu kulturowego, a w pewien sposób także do danej długości i szerokości geograficznej, gdyż na przykład społeczeństwa, które muszą przetrwać surową zimę, wykorzystują wyższy poziom racjonalności w organizowaniu codziennego życia. W kulturze krajów arabskich, Ameryki Łacińskiej, Grecji i Hiszpanii dotyk jest podstawą życia w symbiozie społecznej. Neutralne podejście reprezentują kraje Dalekiego Wschodu, Europy Środkowej i Francja, natomiast w USA, Japonii oraz Wielkiej Brytanii spontaniczny dotyk jest naruszeniem prywatności i czymś niedopuszczalnym (Szopski 2005, s. 107–108). We Włoszech i Francji pocałunek w policzek na powitanie i pożegnanie jest czymś naturalnym, a tymczasem w Japonii oznaką szacunku przy podobnych okazjach jest sam ukłon bez jakiegokolwiek kontaktu fizycznego (Grunwald 2019, s. 175–176).

Główne założenie haptyki, czyli naukowej refleksji nad dotykowym aspektem komunikacji głosi, że dotyk jako rodzaj zachowania społecznego może niekiedy powiedzieć więcej niż słowa (Jarząbek 2016, s. 14). Edmund Husserl (1974, s. 217) wskazuje, że z warstwą doznań i wrażeń cielesnych wiążą się funkcje intencjonalne, a przez nie doznania otrzymują duchowe ukształtowanie. Dzięki temu świadomość człowieka, połączona z ciałem poprzez hyletyczne podłoże, przekracza jej cielesne zlokalizowanie. Krzysztof Maliszewski twierdzi, że dotyk może być rozpatrywany jako

[...] fundamentalny czynnik budowania więzi, bez którego poczucie bezpieczeństwa, normalny rozwój, międzyludzka bliskość – a czasem nawet samo przeżycie – nie są możliwe (Maliszewski 2009, s. 211).

Tak rozumiany dotyk jest

[...] powtórzeniem stwórczej choreografii utrwalonej w słynnym fresku Michała Anioła w Kaplicy Sykstyńskiej. Stworzenie owo ma charakter wzajemności, niczyja rola nie jest tutaj całkowicie jednostronna [...]. Spotykamy się więc w dotyku, i wszelki gest przywitania czy też mocny uchwyt dłoni ratujący życie zaczynają się od tego pomijanego – w ogólnym bilansie dramaturgii naszego życia pomijanego, nieuchwytnego bowiem z perspektywy narastających zdarzeń – uścisku dłoni będącego delikatnym zetknięciem się skóry ze skórą (Sławek 2009, s. 16).

Owo fizyczne zetknięcie się skóry ze skórą ma także znaczenie wychowawcze. Podkreśla je Jan Twardowski w wierszu pt. *Ręce*:

Twoje ręce – mamusiu
 Dobrze jak szafirek po deszczu
 Jak czajki towarzyskie
 Przyniosły mnie na świat
 Kołysały
 Ustawiały na podłodze
 Sadzały na stołku
 Mówiły że motyl dzwoni
 Że młodych grzybów nie sposób rozeznac
 Uczyły trzymać łyżkę, by nie trafiała do ucha
 Rozróżniać klon od jaworu
 Prowadziły przy oknie po ciemku [...] (Twardowski 1997, s. 171).

Zestawienie czasowników określających czynności „właściwe” ludzkim rękom oraz animizujących metafor podkreśla znaczenie dotyku w procesie wprowadzania dziecka w świat. Charakterystyki rąk, które „przyniosły na świat”, „mówiły”, „uczyły”, to metafory wychowawczych gestów podejmowanych przez matkę wobec dziecka. Przytoczony wiersz uświadamia, że dłonie i dotyk, oprócz przekazywania emocji, wrażeń i uczuć, mają moc pedagogiczną (Sulik 2009, s. 187). Haptyczny wymiar wychowania, jakkolwiek przeżywający obecnie duży kryzys, jest wciąż istotnym elementem tej działalności społecznej (Godawa 2020b, s. 121–122).

Pozabiologiczne znaczenie dotyku bywa odnoszone również do sfery metafizycznej. Przeżycia duchowe, choć niewidoczne dla oczu, są momentami niezapomnianymi. Dotyk „palca bożego”, „iskry bożej”, Ducha Świętego, opatrności, natchnienia czy intuicji jest zauważalny w analizie ludzkich

biografii. Te wydarzenia są usytuowane w czasie i przestrzeni, ale silne doświadczenie bliskości przez nie wywołanej przekracza empiryczny wymiar dotyku cielesnego (Sulik 2009, s. 190).

Dotyk odgrywa ważną rolę również w medycynie, na przykład w terapii. Według Małgorzaty Chochowskiej i Jerzego T. Marcinkowskiego terapia manualna jest

[...] jednym z ostatnich przyczółków medycyny, gdzie wręcz gloryfikuje się wsłuchiwanie się w pacjenta dotykiem [...]. Tu pracuje się zawsze w modelu „jeden na jeden”, podstawowym narzędziem diagnostycznym są zmysły terapeuty – w tym zwłaszcza dotyk, a terapeuta, choć świadomy ograniczonej dokładności i subiektywności narzędzi, na jakich bazuje, stara się postrzegać pacjenta całościowo – holistycznie, pamiętając, że nie leczy choroby, ale człowieka (Chochowska, Marcinkowski 2013, s. 273).

Dotykanie ma więc znaczenie terapeutyczne – nie tylko usprawnia chore ciało, ale także pozytywnie oddziałuje na psychikę człowieka.

Związek dotyku z bliskością jest więc niepodważalny. Podkreśla to Cem Ekmekcioglu (2019), pisząc, że dotyk stanowi istotny środek komunikacji, który buduje wzajemne zaufanie i zbliża ludzi. Autor wyprowadza tę zasadę z codziennego doświadczenia uczestniczenia w życiu społecznym, ale odnosi ją także do sytuacji szczególnie trudnej, jaką jest izolacja społeczna:

Przyjemny dotyk potrzebny jest każdemu człowiekowi. Bez czułego, fizycznego kontaktu, bez regularnego głaskania wędniemy jak roślina i z czasem marniejemy. Skóra jest ściśle powiązana z mózgiem, który stale przyjmuje i przerabia bodźce z otaczającego nas świata. Mózg słabo „karmiony” dobroczynnymi bodźcami, choćby łagodnym dotykiem, generuje zaburzenia. Niewątpliwie skutek niechcianej samotności i związanego z nią braku dotyku cierpi psychika. Ale nie tylko ona; kiedy człowiek przez dłuższy czas żyje w społecznej izolacji i czuje się samotny, cierpienie ogarnia również ciało (Ekmekcioglu 2019, s. 9).

Cierpienie, na które cytowany autor zwraca uwagę, jest zjawiskiem złożonym. Istotną rolę odgrywa w nim brak bliskości fizycznej z drugim człowiekiem wyrażającej bliskość duchową i emocjonalną. W ten sposób Ekmekcioglu (2019) nawiązuje do hierarchii potrzeb człowieka w ujęciu Abrahama Masłowa (2006, s. 62–71). Zawiera ona między innymi potrzeby przynależności i miłości, określane również jako potrzeby społeczne,

wyższe. Wynikają one z pragnienia nawiązywania relacji międzyludzkich, a przez to obdarzania uczuciem i przyjmowania go, czy też z pragnienia odczuwania obecności innych osób. Dotyk ma duże znaczenie także w sferze potrzeb wyższych, jest bowiem nośnikiem treści, które mają głębszą wymowę. Zatem deficyt dotyku nie oznacza jedynie braku bodźców stymulujących reakcje organizmu, ale może być też symptomem przemian społecznych i kulturowych, obejmujących ludzi w różnym wieku i o różnym statusie społecznym:

Dawniej brak dotyku uważano za problem starszych ludzi [...]. Dziś niedobór dotyku odnosi się do wszystkich pokoleń i wszystkich warstw społecznych. Nasze uduchowione i przeciążone społeczeństwo utraciło poczucie swojej cielesności i już nie dostrzega, jak to coraz częściej skutkuje zapadaniem na zdrowiu (Ekmekcioglu 2019, s. 12).

Dlatego pojawiają się różne inicjatywy zmierzające do przywrócenia dotykowi należnej roli w życiu społecznym, do budowania kultury bliskości, która bazuje bardziej na zaufaniu i współpracy niż na popularnej dziś niezależności, samorealizacji i indywidualizmie (Ekmekcioglu 2019, s. 100–104).

1.3. Egzystencjalno-fenomenologiczne ujęcie bliskości

Analiza filozoficznego ujęcia bliskości rozpoczyna się od egzystencjalizmu – filozofii podmiotu, która koncentruje się na konkretnym bycie doświadczanym przez jednostkę subiektywnie, na problemach ujmowanych w kategoriach dramatyizmu ludzkiego istnienia (Bajer 2011, s. 116). Do przedstawicieli egzystencjalizmu należą między innymi Gabriel Marcel (1889–1973), Jean-Paul Sartre (1905–1980) czy Albert Camus (1913–1960).

Ujęcie bliskości międzyludzkiej proponowane przez Sartre’a (1974) jest w dużym stopniu krytyczne. Francuski filozof twierdzi, że wszystko, co znajduje się wokół niego, napawa go obrzydzeniem, jest miałkie, bezpodstawne i absurdałne. Ludzkie twarze również budzą w nim odrazę:

Odraża mnie to, gdy pomyślę, że znów zobaczę ich szerokie i spokojne twarze (Sartre 1974, s. 218).

Sartre, dla którego podstawowym motorem stosunków międzyludzkich jest konflikt oraz zagrożenie uprzedmiotowieniem, odrzuca możliwość

nawiązania relacji braterstwa, przyjaźni czy miłości. Przeszkadzają w tym różnego rodzaju blokady, jak zauważa Piotr, bohater *Intymności*:

Między nami jest jakiś mur. Widzę ciebie, mówię do ciebie, ale ty stoisz po tamtej stronie. Dlaczego nie możemy się kochać? (Sartre 1992, s. 70).

Jedną z przeszkód na drodze do osiągnięcia bliskości jest absolutna wolność, która uniemożliwia nawiązanie autentycznej komunikacji egzystencjalnej z Innym (Błaszczuk 2019, s. 47). Jak pisze Sartre,

[...] trzeba kochać ludzi. Ludzie są godni podziwu. Zbiera mi się na wymioty – i nagle to przychodzi. Mdłości (Sartre 1974, s. 174).

Dla Sartre'a zjawienie się Innego dezintegruje świat podmiotu i reorganizuje go wedle swoich zamierzeń. Inny staje się źródłem nieuchronnego konfliktu, „kradnie” świat. W tej sytuacji podmiot przestaje być panem samego siebie, gdyż jest poddany przymusowi – wolność Drugiego staje się automatycznie powodem zniewolenia podmiotu. Dlatego niemożliwe jest spotkanie ja – Drugi jako spotkanie jednostek wzajemnie respektujących swoją wolność. Każda relacja wprowadza zależność pan – niewolnik (Iskra-Paczkowska 2007, s. 65). Z tych założeń wynika, że podmiotowość innych ludzi ogranicza podmiotowość jednostki i stanowi dla niej permanentne zagrożenie. Relacja między nimi jest więc strukturalnie niesymetryczna, niestabilna i zawsze zagrożona konfliktem lub przynajmniej doświadczeniem obcości (Kowalska 2009, s. 355).

Paul Ricoeur (1913–2005), przedstawiciel hermeneutyki filozoficznej, prezentuje stanowisko odmienne od poprzedniego. Warto przytoczyć dwa fragmenty jego tekstów odnoszących się do bliskości. Pierwszy ukazuje ją w wymiarze społecznym jako zróżnicowanie dystansu między ludźmi:

Bliscy – ludzie, którzy są dla nas ważni i dla których my jesteśmy ważni – zajmują swoje miejsce na zróżnicowanej skali odległości w relacjach między sobą a innym. Zróżnicowanie dystansu, lecz także zróżnicowanie w zakresie czynnym i biernym modalności gry dystansu i zbliżenia, która z bliskości czyni dynamiczną relację pozostającą w ustawicznym ruchu: zbliżyć się to poczuć się blisko. Bliskość byłaby zatem odpowiednikiem przyjaźni, owej *philia* celebrowanej przez starożytnych, czymś pośrednim między samotną jednostką a obywatelem, określanym przez przynależność do *politeia*, przez uczestnictwo w życiu i aktywność *polis*. Tym

samym bliscy znajdowaliby się w połowie drogi między „sobością” a „się”, ku któremu dryfują opisane przez Alfreda Schütza stosunki współczesne. Bliscy to bliźni, inni uprzywilejowani (Ricoeur 2006, s. 131–132).

Obrazowe, pełne dynamizmu ujęcie bliskości zawiera odwołanie do przyjaźni, czyli szczególnej relacji międzyludzkiej mającej pozytywny i jednoczący charakter. W tym podejściu bliskość ma wymiar pozytywny i jednoczący. Podobnie jak u starożytnych Greków, dzisiaj bliskość może być doświadczana, celebrowana oraz ma realny wpływ na jakość życia jednostki i społeczeństw. Warto zauważyć, że starożytne rozumienie słowa *philia* nie jest jednoznaczne. Może określać przyjaźń w naszym rozumieniu tego słowa, a także układ oparty na wspólnocie interesów, koleżeństwo, więzy rodzinne, a niekiedy miłość erotyczną (Platon 2007, s. 13–15). W tym kontekście bliskość stanowi pojęcie podstawowe.

Inny tekst Ricoeura zawiera rozważania na temat innego wymiaru bliskości, którym jest paradoks odmienności:

„Oddalenie” zachowane jest w obrębie „bliskości”. Zobaczyć podobne to tyle, co ujrzeć tożsamość mimo odmienności i poprzez nią. Owo napięcie między tożsamością i odmiennością charakteryzuje logiczną strukturę podobieństwa. Jak z tego wynika, wyobraźnia jest zdolnością do tworzenia nowych rodzajów przez upodobnienie – tworzenia ich nie ponad różnicami, jak w pojęciu, lecz pomimo różnic i poprzez nie. Wyobraźnia jest tą fazą tworzenia rodzajów, w której pokrewieństwo rodzajowe nie osiąga pojęciowego spokoju i spoczynku, lecz zostaje pochwycone w zmaganiach między odległością i bliskością, między oddaleniem i sąsiedztwem (Ricoeur 1984, s. 275).

Ricoeur (1984) zauważa, że napięcie między tożsamością a odmiennością jest źródłem dynamizmu charakterystycznego dla bliskości. Jest w niej obecne zmaganie się oddalania ze zbliżeniem. Zatem, odnosząc się do struktury procesu metaforycznego poznania, mówi o paradoksie oddalenia i bliskości. Bliskość zakłada konfrontację, a zarazem potrzebę wzajemnego uznania. To uznanie jest fundamentem rozwijania ładu i pokoju społecznego, a jednocześnie wyrazem autonomii człowieka (Bembenek 2018, s. 73). Ważną funkcję pełni wyobraźnia, której zdolność do upodabniania umożliwia zbudowanie bliskości mimo zmagania z oddaleniem.

W poszukiwaniu filozoficznych odniesień bliskości należy sięgnąć także do fenomenologii – nurtu filozofii XX wieku, zapoczątkowanego przez Edmunda Husserla, wyrażającego ideę „powrotu do rzeczy”. Fenomenologia opiera się na bezzałożeniowości i odkrywaniu istoty zjawisk, a także głosi możliwość bezpośredniego spostrzegania ogólnych cech oraz osiągnięcia naczności ejdetycznej, dzięki której uzyskuje się wgląd w cechy zasadnicze zjawiska (Dąbrowa, Jaworowska 2003, s. 1131). W centrum doświadczenia fenomenologicznego znajduje się człowiek, który nie jest jedynie częścią świata, ale podmiotem. Fenomenologia jest nauką o tym, co się jawi, a źródło tego pojawienia się odgrywa rolę drugoplanową. Wiedza o genezie danego fenomenu pochodzi głównie ze sposobu jego prezentacji. Obecność i możliwość bezpośredniego spostrzegania poznawanego przedmiotu daje większe możliwości niż tylko jego wyobrażenie. Nastawienie fenomenologiczne, w dużym stopniu subiektywistyczne, skupia się na tym, „jak coś się jawi”, a nie „jak coś istnieje” (Waligóra 2013, s. 24). Wśród filozofów, których dorobek naukowy jest skoncentrowany na fenomenologii bądź nawiązujący do niej, można wymienić: Edmunda Husserla (1859–1938), Maxa Schelera (1874–1928), Romana Ingardena (1893–1970), Emmanuela Lévinasa (1906–1995), Karola Wojtyłę (1920–2005) czy Józefa Tischnera (1931–2000).

Lévinas podejmuje próbę stworzenia opisowej definicji bliskości. Co charakterystyczne, zawiera w niej pozorne sprzeczności, wynikające z popularnego rozumienia bliskości jako nieskomplikowanej jedności i stałości:

Bliskość nie jest stanem, spoczynkiem, ale właśnie niepojętym brakiem miejsca, wykluczeniem odpoczynku zakłócającym spokój bytu, który nie jest wszechobecny i który spoczywa w pewnym miejscu. Tym samym bliskość nie jest nigdy dość bliska niczym miłosny uścisk [...]. Bliskość jako „blisko coraz bliżej” staje się podmiotem. Osiąga swój **stopień najwyższy** jako **mój** niezbywalny niepokój, staje się czymś jedynym [fr. *unique*] i tworzy jednego [fr. *un*], zapomina o wzajemności niczym miłość nie oczekująca wzajemności. Bliskość to podmiot, który zbliża się i który w ten sposób ustanawia relację, w której uczestniczę jako członek, w której jednak jestem czymś więcej – lub mniej – niż członem (Lévinas 2000, s. 137–138).

Podmiotowy charakter bliskości odróżnia ją od ustosunkowania się człowieka do świata materialnego. Dynamizm bliskości wynika z jej charakteru, nieustannego poszukiwania, zmiany. Rozważając istotę bliskości, Lévinas opisuje ją także jako „bliskość pełną dystansu”, która cechuje także

podmiotowość nieredukowalną tylko do świadomości. Bliskość objawia się jako relacja z innym, która zakłada istnienie dystansu:

Dystans, który jest również bliskością – bliskością, która nie jest przyleganiem lub nieudaną jednością, lecz oznacza [...] całą nadwyżkę lub całe dobro źródłowego uspołecznienia (Lévinas 1999, s. 10–11).

W tej bliskości, która karmi się obcością, zawiera się sens wszystkich relacji społecznych. Bliskość, o której pisze Lévinas, nie niszczy owego dystansu, ale powoduje pojawienie się nadmiaru, jakim jest gotowość na otwarcie i poddanie się osądowi innego – drugiego człowieka (Markowska 2009, s. 131).

Według Lévinasa (1991) doświadczenie drugiego to doświadczenie bycia z drugim twarzą w twarz. Jest ona rozumiana odmiennie niż tradycyjnie, ponieważ według autora twarz nie jawi się jako fenomen, który można określić, ale jako widzialność, a można jej doświadczyć poprzez mowę:

Twarz mówi. Zjawisko twarzy to pierwotna mowa. Mówienie to przede wszystkim sposób wyjścia spoza zjawiska, spoza jego formy, otwarcie na otwarcie (Lévinas 1991, s. 220).

Można więc przyjąć za Janem A. Kłoczowskim, że

[...] gdzie jest rozmowa, tam rzeczywiście jesteśmy wobec siebie twarzą w twarz. Oczywiście rozmowa ta nie może być jakąś przypadkową wymianą słów, ale takim byciem wobec drugiego, w którym następuje wyjście „Tego Samego” z siebie ku drugiemu (Kłoczowski 2005, s. 79).

Dopowiedzeniem fenomenologicznego ujęcia bliskości jest postrzeganie jej przez Adama Hernasa (2017). Autor książki pt. *Od zawsze jesteś przy mnie. Zarys fenomenologii bliskiego* zwraca uwagę na znaczenie kategorii bliskości wówczas, gdy w filozofii popularne są pojęcia innego i obcego, a wraz z nimi kategorie inności i obcości. Hernas uważa, że doświadczenie bliskiego jest stosunkowo rzadkie, ale bardzo ważne dla myślenia o drugim człowieku. Dlatego refleksja nad bliskością powinna być częścią myślenia o człowieku obok kategorii drugiego i innego. Zakłada, że „bliskość nie ma początku w czasie” (Hernas 2017, s. 46), to znaczy nie wiąże się w sposób konieczny z biograficznym wydarzeniem. W odróżnieniu od bliskości społecznej, która określa jakościową przemianę relacji społecznej opartej na

regule dystansu i nietykalności, bliskość jest konstytuowana przez więź. Przekracza ona formalne ramy zwykłych ludzkich relacji:

Więź może zostać zerwana, jednak nie można jej unieważnić. Jest bowiem czymś, co zapadło, co zdarzyło się nieodwołalnie. W takim sensie relacja może być przejściowa i zmienna. Więź jest trwała i nie znosi stanów pośrednich, takich jak: luźny, słaby, ograniczony, tymczasowy. Można powiedzieć, że jest jakby wewnętrzną siłą przyciągania, której nikt się nie oprze (Hernas 2017, s. 122).

W tym kontekście bliski to ktoś, kto

[...] zawsze już jest, ten, kogo nigdy nie brakowało, ten, kto był na miejscu i zawsze już przygotowany, by asystować naszemu istnieniu (Hernas 2017, s. 97).

Zatem bliski to ktoś, kto jest bezwarunkowo, a nie ze względu na pokrewieństwo czy okoliczności życia. Doświadczenie bliskiego ma wymiar całościowy, obejmujący doświadczenie jego postaci i osoby we wszystkich jej aspektach. Wyrazem tego jest twarz, która łączy w sobie bliskość i dystans, czułość zbliżenia z surowością odrzucenia. Twarz wyznacza granicę między bliskim a innymi, przyciągając do siebie ciepłym spojrzeniem bądź odrzucając wyrażoną obojętnością (Hernas 2017, s. 94).

Ujęcie bliskości w filozofii dialogu to odniesienie jej do nurtu filozoficznego zainicjowanego na początku XX wieku przez Ferdinanda Ebnera, ukierunkowanego na człowieka i jego relację z drugim. Jego istotą był

[...] sprzeciw wobec jednowymiarowej, kartezjańskiej wizji relacji między człowiekiem i światem, w której zabrakło wyróżnionego miejsca na relację z drugim człowiekiem. Po to, by wyzwolić go ze sfery przedmiotów, postawić przed sobą samym i spojrzeć nań jak na człowieka właśnie (Bardel 2004, s. 12).

Ten sprzeciw jest widoczny w myśli Martina Bubera, dla którego

[...] fundamentalnym faktem ludzkiej egzystencji jest człowiek z człowiekiem. Świat ludzi znamionuje przede wszystkim to, że tutaj wydarza się między istotą a istotą coś, czego nie znajdzie się nigdzie w przyrodzie (Buber 1993, s. 91).

Te założenia dały podwaliny filozofii dialogu, która docenia znaczenie relacji, a przez to ma dużo do powiedzenia na temat bliskości. Wśród

przedstawiciele filozofii dialogu można wymienić, oprócz wspomnianego wyżej Bubera (1878–1967): Franza Rosenzweiga (1886–1929), Ferdinanda Ebnera (1882–1931), Józefa Tischnera (1931–2000), a na gruncie polskiej myśli pedagogicznej Janusza Tarnowskiego (1919–2012).

Dla Tischnera pojęciami kluczowymi są pytanie i podmiot je stawiający. Zadane pytanie świadczy o obecności drugiego człowieka, która jest obecnością dialogiczną:

Zadane pytanie zostawia we mnie swój ślad: wiem, że trzeba dać odpowiedź. Trzeba tu i trzeba teraz. To „tu i teraz” znaczy, że ten, kto zadał mi pytanie, jest **obecny** [...]. Obecność ta jest obecnością dialogiczną. Obecność dialogiczna to czas takiej terażniejszości, w której pytający czeka na odpowiedź, a zapytany wciąż jej jeszcze nie daje. Inny jest tak długo obecny przy mnie, jak długo trwa cisza między pytaniem a odpowiedzią (Tischner 2006, s. 74).

W tej ciszy odzywa się w człowieku pragnienie drugiego człowieka, przełamania obcości. Postawienie pytania daje możliwość zbliżenia. Dialogiczny wymiar tej bliskości pozwala na zdobycie wiedzy niezbędnej do poznania drugiego człowieka, wejścia z nim w relację. Filozof zauważa:

W pewnym sensie jesteśmy monadami bez okien. Nie wiem, co się dzieje w tobie, ani Ty nie wiesz, co się dzieje we mnie. Niemniej wiem, że Ty – Ty dla mnie – jesteś Ja dla samego siebie, i podobnie Ja – Ja, który jestem Ja dla siebie – jestem dla ciebie Ty. Wiedza ta jest przyczółkiem, na którym można osadzić most między mną a tobą (Tischner 2006, s. 80).

Osiągnięcie bliskości staje się więc możliwe, gdy jest ona zbudowana na osobistej, a jednocześnie wzajemnie doświadczanej fundamentalnej wiedzy o drugim człowieku, która inicjuje spotkanie z nim. W momencie odkrycia podobieństwa innego człowieka do mnie rodzi się przekonanie, że Inny znajduje się w tej samej przestrzeni i wymiarach, przez co staje się bliski (Kołodziński 2008, s. 69). Dla Tischnera (1978) spotkanie to bycie z kimś „twarzą w twarz”. Twarz odsłania prawdę drugiego człowieka, bo człowiek jest taki, jaka jest jego twarz. Twarz nie jest maską ani zasłoną, bo one nie ukazują, kim jest człowiek. O jego istocie mówi jedynie jego twarz (Tischner 1978, s. 74). Dlatego tak ważne jest uwzględnienie fenomenologii twarzy w opisie spotkania i bliskości.

Karol Wojtyła (1969), odnosząc się do założeń fenomenologii i tomizmu, podkreśla nierozzerwalny związek bycia osobą z pełnym uczestnictwem we

wspólnotach osób. Wyróżnia wspólnoty działania, które gromadzą osoby ze względu na wspólny cel działania, oraz wspólnoty bytowania. Wspólnoty bytowania stają się widoczne w naturalnych społecznościach, takich jak rodzina, naród, grupa religijna czy państwowa. Członkostwo we wspólnocie wymaga świadomego przyjęcia autentycznych postaw służących jej dobru wspólnemu (Wojtyła 1969, s. 308–310).

Człowiek, jako osoba, jest zdolny do uczestnictwa we wspólnocie, w istnieniu i działaniu „wspólnie z innymi”, ale też, jak twierdzi Wojtyła, do uczestnictwa w samym człowieczeństwie innych ludzi:

Zdolność uczestniczenia w samym człowieczeństwie każdego człowieka stanowi rdzeń wszelkiego uczestnictwa i warunkuje personalistyczną wartość wszelkiego działania i bytowania „wspólnie z innymi” (Wojtyła 1969, s. 322).

Tak rozumiane uczestnictwo łączy w sobie wymiar indywidualny i wspólnotowy życia człowieka. Przeciwstawia się alienacji osoby, otwierając ją na kontekst społeczny. Alienację traktuje się tu jako odwrócenie relacji środków i celów. Istotą alienacji jest nieuznawanie wartości osoby i jej godności w samym sobie i w drugim człowieku oraz zaprzeczenie osobowo pojętej społecznej natury człowieka (Wojtyła 2020, s. 116). Zatem klucz do rozwiązywania problemu alienacji współczesnego człowieka stanowi wola odnajdywania autentycznego sensu uczestnictwa i jego realizacji w bytowaniu, a także działaniu wspólnie z innymi. Jest to umiejętność dostrzegania w drugim człowieku bliźniego, obdarzonego osobową godnością, w którego człowieczeństwie uczestniczymy (Wojtyła 2020, s. 115).

Nawiązując do tych założeń, Chudy podkreśla znaczenie pojęcia uczestniczenia i odnosi je do procesu wychowania:

Proces wychowania nie dokonuje się w próżni. Jak jego podstawowym elementem, substancją, są osoby, tak jego naturalnym środowiskiem jest społeczeństwo, wspólnota ludzka (Chudy 2006, s. 53).

Tak tworzą się wspólnoty wychowujące, przede wszystkim rodzina, a w dalszej kolejności państwo, społeczeństwo i wspólnoty religijne. Biorąc czynny udział w procesie wychowania, człowiek

[...] wchodzi w dialog z drugimi. Żyje i tworzy wspólnoty poprzez uczestnictwo. W odmienności ludzi kryje się atrakcyjność każdej drugiej osoby, zwłaszcza dotyczy to osób różnej płci; na tej

podstawie antropologiczno-aksjologicznej człowiek może tworzyć między innymi wspólnotę szczególnego rodzaju, będącą naturalną wspólnotą życia i miłości. W tej jedności każdy może rozwijać się jako osoba (Chudy 2006, s. 61).

Teoria uczestnictwa w ujęciu Wojtyły (1969) bazuje na założeniu, że drugi człowiek to bliźni i dlatego należy w każdym dostrzegać i cenić coś bezwzględnie, niezależnie od niego i społeczności – tą wartością jest człowieczeństwo. Tak rozumiany bliźni jest kimś więcej niż członkiem wspólnoty, bo jego odniesienie jest szersze, wykracza poza wspólnoty i konteksty społeczne. Uczestniczenie we wspólnocie jest więc uczestnictwem w osobowym człowieczeństwie każdego człowieka, wzajemnym przenikaniem się w podmiotowym wymiarze uczestnictwa (Wojtyła 1969, s. 321–323). Według autora książki *Osoba i czyn* warunkiem realizacji tych zamierzeń jest wypełnienie przykazania miłości bliźniego, które określa właściwą miarę zadań i wymagań, jakie muszą sobie postawić wszyscy ludzie i wspólnoty, aby całe dzieło działania i bytowania „wspólnie z innymi” mogło się prawdziwie urzeczywistniać (Wojtyła 1969, s. 326).

Bliskość, która jest świadomym uczestnictwem w życiu społecznym, stanowi jednocześnie wyraz dialogicznego otwarcia na inne osoby. Tak dokonuje się samowychowanie, będące jedną z podstawowych kategorii pedagogiki personalistycznej. Przeciwstawia się ono skrajnemu indywidualizmowi, który zamyka osobę i nie skłania jej do otwarcia na innych (Adamski 2013, s. 115). Bliskość to kategoria, która nie jest wyrażona *explicite* w myśli Wojtyły (1969), ale jej zakres zawiera się w postulatcie budowania bliskości człowieka z samym sobą oraz pełnego uczestniczenia w życiu drugiego człowieka. Indywidualność jest postrzegana jako istotna własność osoby, ale indywidualizm może stanowić zagrożenie dla jej wielostronnego rozwoju. Według Wojtyły (1969) człowiek nie doskonali się przez to, że coraz bardziej „jest sobą” i „w sobie”, lecz wtedy, gdy „porzuca siebie”, „oddając siebie” w akcie miłości poprzez uczestnictwo w człowieczeństwie drugiego. To stanowi pełny wymiar uczestniczenia (Starnawski 2005, s. 26). Skrótowny i fragmentaryczny przegląd filozoficznych ujęć bliskości skłania do wniosku, że najczęściej pokazuje się ją jako dynamiczną wartość, która jest ważnym składnikiem relacji międzyludzkich.

1.4. Teologiczne ujęcie bliskości

Teologiczny wymiar złożonego charakteru bliskości dobrze obrazuje tekst Romano Guardiniego:

Na pierwszy rzut oka może wydawać się dziwne mówienie o Bogu, że jest bliski lub daleki. Dla Boga nie istnieje bliskość ani oddalenie, On po prostu jest. Kiedy zapytamy: Co jest? – wtedy pierwsza odpowiedź będzie brzmiała: On, Bóg. Dopiero potem, uwielbivszy Stwórcę, powiemy: istnieje świat i ja istnieję w świecie. Ale te ostatnie, rzeczy skończone, są tylko dlatego, że On obdarza je bytem. Bóg przenika rzeczy skończone głębiej, niż one same są w stanie to uczynić. A jednak Objawienie mówi nam nie tylko o Jego bliskości, ale i o oddaleniu. Wszystko, co zachodzi między ludźmi, rozciąga się między dwoma biegunami – bliskości i oddalenia: odnajdywanie i strata, spełnienie i rezygnacja, miłość i wierność. Objawienie posłużyło się tymi biegunami życia jako parabolą, w której zamyka się informacja o tym, co zachodzi między Bogiem i człowiekiem (Guardini 1991, s. 90–91).

Źródłem bliskości jest jedyność Boga w jedności Trójcy Świętej. Trzy Osoby Boskie, złączone ze sobą najściślejszą więzią, stanowią model bliskości dla wszystkich wyznawców chrześcijaństwa. Podkreśla to Guardini w komentarzu do fragmentu Ewangelii, mówiącego o Jezusie wypełniającym wolę swojego Ojca (J 4, 34): „Jakże bliski musi być ten Ojciec, skoro możliwa jest taka jednomyślność między synem i ojcem!” (Guardini 1991, s. 205). Należy zaznaczyć, że bliskość Osób w Trójcy Świętej nie jest ich unifikacją, ponieważ bliskość i zażyłość nie wpływają na fakt, iż między nimi zachodzi wyraźne zróżnicowanie (Królikowski 2015, s. 11).

Z teologicznego punktu widzenia bliskość Boga jest stanem, który można odnieść do czasu i przestrzeni. Pierwotne nieskrępowanie obecnością Boga zostało naruszone przez popełniony w raju grzech, który spowodował oddalenie się człowieka od Boga. On jednak zabiegał o bliskość z człowiekiem, czego najważniejszym wyrazem było dzieło zbawcze Jezusa Chrystusa, który pojednał świat z Bogiem (*Blisko; Bliskość; Zbliżać się* 2001, s. 92–93). Lektura dzieł Orygenesusa pozwala wyróżnić kilka wymiarów bliskości, którą Jezus ofiarował człowiekowi: bliskość uzdrawiającą (uzdrowienie fizyczne i duchowe), wyzwalającą (bliskość nie w pełni wykorzystaną, wyzwolenie przez upadek, zdolność przyjęcia uzdrowienia) i uświęcającą (mądrość, dary Ducha Świętego, radość) (Zborowski 2015, s. 232–246).

Oddalenie wobec Boga opiera się na uświadomieniu sobie Jego inności w stosunku do ludzi, nieskończoności, odmienności i niemożności pełnego poznania. Ten element filozofii negatywnej jest obecny w myśli św. Tomasza z Akwinu. Bóg wznosi się ponad wszelki byt i poznanie: „Nie jest bowiem możliwe, by Bóg w jakikolwiek sposób wchodził w skład czegokolwiek ani jako zasada formalna, ani jako zasada materialna” (Tomasz z Akwinu 1999, s. 59). Przyjęcie tego założenia oznacza, że poznanie Boga odbywa się przez negację, czyli myślenie apofatyczne. W ten sposób zakładamy, że nie poznamy natury Boga, ale jedynie jej przejawy, czyli niematerialność, niezmiennność, nieograniczoność, nieskończoność (Mróz 2013, s. 36). Transcendencja Stwórcy przekracza zdolności ludzkiego umysłu.

Oddalenie między Bogiem a człowiekiem ma swoje źródło również w grzeszności człowieka. Søren Kierkegaard w książce pt. *Bojaźń i drżenie. Choroba na śmierć* pisze:

Tak dziwnie urządzony jest świat ducha pod względem akustycznym, tak dziwne są w nim stosunki odległości. Człowiek musi się znaleźć w jak najdalszej odległości od Boga, aby można było posłyszeć jego „Nie!”, które jest w jakimś tam sensie sporem z Panem Bogiem; najbliższa poufałość z Bogiem dawno już jest stracona. Aby być poufałym z Bogiem, trzeba odejść daleko; jeżeli się jest blisko, nie można być poufałym; jeśli zaś jest się poufałym, jest się *eo ipso* w sporze, a to oznacza, że się jest bardzo daleko (Kierkegaard 1982, s. 269).

Pseudobliskość stanowi jedynie namiastkę bycia blisko Boga i odczuwania Jego obecności. Paradoks oddalenia warunkującego prawdziwą bliskość jest dla człowieka trudnym duchowym doświadczeniem. Interesująco ujmuje to zagadnienie teologia duchowości (mistyczna). W mistycznym wymiarze życia człowieka oddalenie od Boga opisuje się za pomocą symboli, spośród których szczególnie wymowny jest obraz nocy, będący symbolem oczyszczenia i przeobstwienia człowieka dążącego do Boga. Święty Jan od Krzyża (1995, s. 152–153) wskazuje, że poszczególne etapy nocy są niezbędnym przygotowaniem człowieka do zjednoczenia z Bogiem. Noc mistyczna ma również wymiar psychologiczny, który stanowi duże wyzwanie:

Kiedy Bóg stał się dla kogoś tak rzeczywisty, że stał się absolutnie jedynym sensem życia, to jest ono prawdziwym piekłem, jeżeli ten Bóg raptem znika (Stinissen 2010, s. 24).

Jednak noc oczyszczenia ma także wymiar pozytywny, podobnie jak noc kosmiczna, która może być pełna księżycowej poświaty i piękna. Jak zauważa Edyta Stein, noc zmysłów i ducha

[...] powstrzymuje pośpiech i gwar dnia, przynosi ucieszenie i spokój. W ten sam sposób działa w duszy. Istnieje nocna, łagodna jasność ducha, kiedy dusza [...] wnika w głębię przywiązań swej własnej istoty i życia, świata i nadświata. I znajduje wielkie, dobroczynne ucieszenie w pokoju takiej nocy (Stein 1994, s. 53).

Noc stanowi zapowiedź dnia, który jest symbolem osiągnięcia zjednoczenia z Bogiem, czyli pełnej bliskości z Nim. Oddalenie nie jest więc stanem docelowym, ale przejściowym, jakkolwiek niełatwym do przetrwania.

W zagadnienie bliskości w ujęciu teologicznym wpisane są również relacje międzyludzkie. Bliskość z drugim człowiekiem przejawia się poprzez wypełnianie zasad ewangelicznych, zwłaszcza przykazania miłości Boga i drugiego człowieka (Mt 22, 37–40), nazwanego bliźnim (Łk 10, 30–37). Jest to więc bliskość „zadana”, wynikająca z przykazania, a jednocześnie wyjątkowa, bo – jak każda – opiera się na głębokiej relacji z bliźnim. Papież Franciszek tak ukazał tę zależność:

Nasz Bóg jest bliski i nas prosi, abyśmy byli blisko jedni drugich, abyśmy się od siebie nie oddalali [...]. A dlaczego powinniśmy być blisko jedni drugich? Dlatego że nasz Bóg jest bliski, zechciał nam towarzyszyć w życiu. Jest Bogiem bliskości. Dlatego my nie jesteśmy osobami odizolowanymi – jesteśmy bliscy, ponieważ dziedzictwem, które otrzymaliśmy od Pana, jest bliskość, czyli gest bliskości (*Homilia Ojca Świętego Franciszka „Nasz Bóg jest bliski... 2020*).

Ewangeliczna bliskość z drugim człowiekiem zakłada również element oddalenia. Jego źródłem jest grzech, który ma konsekwencje społeczne. To, co rodzi bariery między ludźmi, staje się powodem ich oddalenia. Dobitnie ujął tę prawdę Blaise Pascal:

Wszyscy ludzie ze swej natury nienawidzą się wzajem. Posłużono się, jak się dało, poządliwością, aby jej kazać służyć powszechnemu dobru; ale to tylko sztuczka i fałszywy obraz miłości bliźniego; w gruncie bowiem to tylko nienawiść (Pascal 2002, s. 158).

Wątek oddalenia spowodowanego grzechem pojawia się już w *Księdze Rodzaju*, gdy Adam i Ewa zaczynają odczuwać wstyd wobec siebie, a następnie ich syn Kain zabija swojego brata (Rdz 4, 8–9). Konsekwencje grzechu pierwszych rodziców mają duże znaczenie w kolejnych pokoleniach.

Jest też oddalenie międzyludzkie, które wynika bezpośrednio z innych uwarunkowań. Można je odnaleźć w poezji, na przykład w wierszu Twardowskiego pt. *Bliscy i oddaleni*:

Bo widzisz tu są tacy którzy się kochają
i muszą się spotkać aby się ominąć
bliscy i oddaleni jakby stali w lustrze
piszą do siebie listy gorące i zimne [...]
są i tacy co się na zawsze kochają
i dopiero dlatego nie mogą być razem
jak bażanty co nigdy nie chodzą parami (Twardowski 1997, s. 154).

Wiersz podkreśla złożoność zagadnienia bliskości i obecnego w niej paradoksu oddalenia. Konieczność spotkania się po to, aby się ominąć, sugeruje, że nie każde spotkanie, nie każda bliskość ma prostą strukturę. Podobnie jak złożoność ludzkich relacji, bliskość bywa uwarunkowana różnicami osób w nią wchodzących – różnicami ich charakteru, a także różnicami w rozumieniu miłości oraz niejednakową siłą odwagi, która pomaga zdecydować się na tworzenie bliskiej relacji. W przytoczonym fragmencie wiersza jest też zawarta prawda o tym, że prawdziwą miłość buduje się na różnorodności i z niej czerpie. Metafora samotnie spacerujących bażantów obrazuje osoby, które są świadome wagi bliskości i dlatego jej nie nadużywają, szanując autonomię osób tworzących relację. „Bliscy i oddaleni” to ci ludzie, którzy mierzą się z wyzwaniem bycia blisko i jednocześnie są świadomi kruchości nawiązanej relacji.

Na koniec rozważań na temat teologicznego rozumienia bliskości warto przytoczyć wypowiedź Weroniki Sopali – licealistki nagrodzonej w 2019 roku w konkursie im. Fiodora Dostojewskiego. Jej słowa w prosty i intuicyjny sposób określają i puentują praktyczne znaczenie bliskości z Bogiem i drugim człowiekiem:

Mój Bóg jest przedziwnym bytem. Każdego dnia ucę się Go od nowa. Ciągłe mnie czymś zaskakuje. Wreszcie dociera do mnie, że od zawsze był na wyciągnięcie ręki, bliżej, niż mi się wydawało. Dostrzegam Go w każdym spotkanym człowieku, nawet tym,

którego tylko mijam. Szczególnie widzę Go w uśmiechu bliskich. Czuję Go. Czuję Go bardzo mocno, choć nie zawsze potrafię się zatrzymać i docenić Jego piękno... (Sopala i in. 2019, s. 13).

* * *

W niniejszym rozdziale starałem się ukazać bliskość jako kategorię wieloznaczną, wymagającą interdyscyplinarnego podejścia badawczego. Etymologia słowa „bliskość” wskazuje na znaczeniową zmianę tego pojęcia, jaka zaszła w ciągu wieków, a także konteksty jego użycia. Słowo to wzbudza emocje, najczęściej o pozytywnym zabarwieniu, ale zawiera także ślady sporu, ran i blizn. Zaprezentowana w rozdziale etymologia jest podpowiedzią, w jaki sposób należy rozumieć i rozwijać bliskość w relacjach. Następnie przedstawiłem wyniki eksploracji literatury o charakterze psychospołecznym. Omówiłem próby zdefiniowania bliskości i jej kategoryzacji, a także znaczenie teorii przywiązania dla rozumienia bliskości oraz konsekwencje powstawania niekorzystnych przywiązań. Jednym z komponentów bliskości jest intymność, która dotyczy relacji z drugim człowiekiem oraz z samym sobą. Bliskość wyraża się także poprzez dotyk, który jest ważnym środkiem komunikacji międzyludzkiej, ma znaczenie więziotwórcze, buduje wzajemne zaufanie, jest stosowany w terapii. Wielowątkowość rozumienia bliskości skłania do refleksji nad jej rozwojem, który dokonuje się przy świadomym zaangażowaniu osób świadomych jej znaczenia.

Filozoficzne ujęcie bliskości pozwala na uświadomienie sobie znaczenia diady bliskość – oddalenie. Przywołałem nazwiska autorów, którzy zagadnienie bliskości poruszali z perspektywy filozofii egzystencjalnej, fenomenologii i filozofii dialogu. Podmiotowy charakter bliskości rodzi zobowiązanie dbałości o jej prawidłowy rozwój, gdyż dzięki niemu człowiek rozwija się w wymiarze osobowościowym. Ważną rolę w tym rozwoju odgrywają drugi człowiek oraz wspólnota. Przebywanie z innymi, wsłuchiwanie się w pytania bądź milcząca obecność stanowią istotny element kształtowania się bliskości. Inne założenia prezentują egzystencjaliści, podkreślający bardziej wagę konfliktu niż siłę zjednoczenia.

Kwerenda literatury na temat teologicznego znaczenia bliskości uwioczniała istotę bliskiej relacji człowieka z Bogiem. Bliskość z Bogiem ma wymiar duchowy, ale jednocześnie silnie wiąże się z doświadczeniem ludzkich relacji. Wymiar wertykalny bliskości uzupełnia redukcyjne ujęcia bliskości, w których brakuje odwołania do transcendencji. W odróżnieniu od pseudobliskości prawdziwa bliskość łączy doświadczenia mistyczne z realizacją zasady ewangelicznej troski o drugiego człowieka.

Rozdział II

Edukacyjne aspekty bliskości międzyludzkiej

Żywczok (2013), odnosząc się do wychowawczego wymiaru bliskości, proponuje definicję bliskości, która jest spotęgowaną lub pogłębioną obecnością podmiotów uczestniczących w relacji uczuciowo-duchowej. Według autorki każda prawdziwa bliskość jest rezultatem wysiłku wychowawczego skierowanego na jej podjęcie i podtrzymanie (Żywczok 2013, s. 29).

Definicja Żywczok zwraca uwagę na ontologiczny wymiar ludzkiego funkcjonowania oraz tworzenia relacji. Fenomen wzajemności zajmuje w tych obszarach istotne miejsce. Ważny jest też wychowawczy wymiar bliskości, który uwidocznia jej uwarunkowania jednostkowe, rodzinne i ogólnospołeczne. Przytoczona definicja bliskości jest jedną z rzadkich prób sformułowania tego zagadnienia na gruncie pedagogiki. Akcentuje ona rolę wychowania w powstawaniu i rozwoju bliskości.

W tym rozdziale rozważania będą skoncentrowane na bliskości, która rozwija się w różnych środowiskach i sytuacjach edukacyjnych. Obejmują one wychowanie do bliskości, które jest realizowane w rodzinie, czyli podstawowym środowisku rozwoju i wychowania dziecka. W dalszej kolejności opiszę bliskość wychowawczą na przykładzie teoretycznych założeń i praktycznego wymiaru edukacyjnej działalności Janusza Korczaka oraz Jana Bosko. Następnie przedstawię unifikacyjny wymiar bliskości oraz sposoby dążenia do jego osiągnięcia. Zostanie również omówione zagadnienie dystansu społecznego i bliskości w edukacji formalnej. Rozdział zakończy refleksja na temat samowychowania jako przestrzeni doświadczenia bliskości z samym sobą i drugim człowiekiem.

Tytuł rozdziału sugeruje, że zawarta w nim treść obejmuje edukacyjny, czyli wychowawczy i dydaktyczny wymiar bliskości i jej rozwoju. Pierwszy z nich jest z nią szczególnie związany, dlatego najwięcej miejsca zajmie analiza praktyki wychowawczej. Wymiar dydaktyczny zaznaczę przede wszystkim w odniesieniu do edukacji społecznej oraz działalności szkoły.

2.1. Bliskość w rodzinie

Rodzina jest środowiskiem, z którym wychowanie i bliskość są kojarzone naturalnie. To w rodzinie dziecko odczuwa troskę obecności bliskich oraz siłę i znaczenie więzi. Jednocześnie rodzina jest przestrzenią, w której dziecko może doświadczyć bolesnego braku bliskości. Jan Paweł II, dostrzegając te zależności, podkreśla rolę rodziny i przestrzega przed jej destrukcją

[...] z uwagi na specjalną bliskość i intensywność więzi, jakie w niej zachodzą pomiędzy osobami i pokoleniami. Równocześnie jest ona jednak łatwa do zranienia i może szczególnie łatwo doznawać zagrożeń, które osłabiają czy wręcz niszczą jej spójność i trwałość (*List do rodzin „Gratissimam sane”... 2021, nr 13*).

2.1.1. Więzy i relacje jako nośniki bliskości w rodzinie

Do opisanía istoty bliskości w rodzinie niezbędne jest odwołanie się do kategorii więzi rodzinnych, będących szczególnym rodzajem więzi społecznych. Więzy rodzinne są wypadkową wewnętrzných i zewnętrznych sił funkcjonujących w rodzinie oraz działających na jej członków, wyrażających się w więziach rodzinno-społecznych (Gałęska 2015, s. 29).

Leon Dyczewski rozumie więzi rodzinne jako

[...] cały kompleks sił przyciągających jej członków nawzajem do siebie i wiążących ich ze sobą, a siły te wynikają ze związku małżeńskiego, świadomości związków genetycznych, przeżyć emocjonalnych, stosunków zależności, współdziałania, z czynników prawnych, religijnych i obyczajowych, a także z podobnych postaw członków rodziny wobec uwarunkowań społecznych, kulturowych i gospodarczych, w jakich żyje rodzina (Dyczewski 2012, s. 10–11).

Szeroki strumień wzajemnych powiązań członków rodziny nadaje więzi rodzinnej wyjątkowe znaczenie. Jego złożoność podkreśla również Józefa Brągiel (2007), omawiając zjawisko więzi rodzinnych. Badaczka zwraca uwagę, że więź rodzinna opiera się na dwóch odrębnych podstawach: subiektywnej i obiektywnej. Istotę subiektywnych więzi emocjonalnych stanowi świadomość łączności z innymi członkami rodziny oraz poczucie przynależności do wspólnoty rodzinnej, przejawiającej się w sferze myśli, dążeń, uczuć, a także działań i uznawanych wartości. Podstawa obiektywna odnosi się do uregulowań prawnych, obyczajowych, gospodarczych, społecznych

czy religijnych, które działają na rzecz trwałości i stałości rodziny (Bragiel 2007, s. 115–116). Proporcje występowania tych czynników mogą być różne, ale zawsze są one wzajemnie uwarunkowane i w praktyce trudno jest je rozdzielić.

Przechodzenie od społecznych więzi obiektywnych do więzi opartych na podstawach subiektywnych to kilkuetapowy proces. Początkowym etapem jest styczność jednostek ze sobą i pierwszy kontakt, później następuje nawiązanie relacji, jej odwzajemnienie, utrwalenie poprzez powstanie więzi oraz zbliżenie o charakterze przyjaźni bądź miłości. W tym znaczeniu powstanie społecznej więzi jest szczytowym etapem uspołecznienia relacji międzyludzkich (Gajewska 2008, s. 126). W odniesieniu do rodziny powstawanie więzi subiektywnych dokonuje się w trakcie uczestniczenia w codziennym życiu rodziny, co nadaje temu procesowi swoisty, niepowtarzalny wymiar.

Za Sławomirem Cudakiem należy uznać, że więź rodzinna jest podstawowym czynnikiem w procesie kształtowania osobowości dziecka:

Pozytywne kontakty uczuciowe w rodzinie mają olbrzymi wpływ na socjalizację, wychowanie, opiekę i rozwój sfer emocjonalnych u dzieci. Jeśli rodzice zapewniają dziecku poczucie bezpieczeństwa, akceptacji, miłości, życzliwości i jeśli okażą mu przywiązanie uczuciowe, stworzą wówczas podstawy do rozwoju osobowości zrównoważonej i społecznie dobrze przystosowanej (Cudak 2012, s. 34).

W klasycznym ujęciu więzi rodzinnych Dyczewski (2005, s. 228) wymienia ich trzy rodzaje: strukturalno-przedmiotową, osobową i kulturową. Wiąż strukturalno-przedmiotową stanowią stosunki oraz kontakty między pokoleniami i w ramach pokoleń. Do elementów budujących tę więź autor zalicza: strukturę rodziny, pełnione role, współpracę w wypełnianiu funkcji rodzinnych, wspólne prowadzenie gospodarstwa domowego i dbałość o jego funkcjonowanie. Treścią kontaktów między członkami rodziny i między pokoleniami są: sprawy dotyczące wychowania dzieci, autorytet rodziców, wspieranie się, wykorzystywanie zasobów indywidualnych i rodziny w sytuacjach kryzysowych, wzajemne udzielanie sobie pomocy.

Wiąż osobowa kształtuje się w relacji emocjonalno-wolitywnej, ale kluczowy w niej jest także element poznawczy. Jej treścią są uczucia, przeżycia, myśli, pragnienia, aspiracje i postawy oraz intencjonalne i faktyczne działania (Gałęska 2015, s. 34). Wyjątkowa bezpośredniość wzajemnych kontaktów i związków uczuciowych łączy członków rodziny i jej pokolenia

w sposób, który wydaje się nie do odtworzenia w pozarodzinnych warunkach. Istotą tych więzi jest koncentracja przede wszystkim na konkretnej osobie, znacznie bardziej niż na strukturach materialnych.

Więź kulturową kształtuje zespół stosunków między osobami w rodzinie, który stanowi fundament postawy zgodności lub niezgodności wobec tych samych wartości, norm, wzorów zachowań, osób, wydarzeń i faktów kulturowych. Osiągnięcie minimum zgodności sprawia, że każda rodzina preferuje określone wartości i normy, ma swoje sekrety i tajemnice, żarty, zwyczaje, zabawy i przyjęcia towarzyskie, sposób spędzania świąt i czasu wolnego. Tak pielęgnuje własną tradycję, historię i tworzy swoją przyszłość (Dyczewski 2005, s. 228). Jeśli nie osiągnie tej zgodności, rodzina jest na tyle uboga treściowo i słaba, że trudno jest wskazać cechy odróżniające ją od innych rodzin.

W rozważaniach dotyczących więzi rodzinnych należy zwrócić uwagę na więzi małżeńskie. W pracach na temat więzi rodziny często zakłada się, że więź małżeńska tworzy więź rodzinną, jest jej fundamentem i szczególnym rodzajem, dlatego nie rozdziela się tych dwóch pojęć (Brągiel 2007, s. 117). Jak słusznie zauważa Anna Błasiak,

[...] u podstaw dobrze funkcjonującej rodziny jest zgodne i trwałe małżeństwo. Prawidłowa więź między mężem i żoną jest podstawowym elementem scalającym małżeństwo oraz ma znaczenie dla jakości funkcjonowania rodziny (Błasiak 2010, s. 132).

Więź małżeńska to wyjątkowa interakcja między mężczyzną i kobietą, bazująca na wzajemnej akceptacji, uznaniu, a przede wszystkim na miłości. Dojrzała miłość małżeńska jest środowiskiem budowania i doświadczania bliskości, obejmującej także kontakty o charakterze intymnym. Zaburzona więź małżeńska oraz brak egzystencjalnego i emocjonalnego oparcia w rodzinie wywołują poczucie osamotnienia (Błasiak 2010, s. 133–134).

Jak zaznacza Jacek Siewiora:

Relacyjność więzi w rodzinie służy nie tylko kształtowaniu poczucia bezpieczeństwa u jej członków czy kształtowaniu się więzi emocjonalnych. Dzięki właściwym relacjom dokonuje się wprowadzanie w świat wartości i budowanie tożsamości dzieci. Zatem fundamentalna dla tych relacji miłość powinna się stać przedmiotem refleksji pedagogicznej, tym bardziej że rozumienie jej współcześnie ulega niebezpiecznemu redukcjonizmowi. Emocjonalność, przeżywalność, uczuciowość są tylko jej składowymi, a to, co świadczy

o jej istocie, lokuje się przecież gdzie indziej. Tym, co konstytuuje miłość, jest ofiarowanie siebie innej istocie. Nie ma miłości bez ofiary i daru (Siewiora 2021, s. 94).

Wewnątrzrodzinne relacje stwarzają przestrzeń, w której dokonuje się wszechstronny rozwój człowieka, są realizowane cele osobiste i wspólne, a wzajemne wsparcie małżonków daje siłę do zmierzania się z trudnymi wyzwaniami (Ładyżyński 2020, s. 52). Więzy rodzinne są niezbywalne, czyli nie mogą być zastąpione przez przedmioty, urządzenia czy nowoczesne technologie służące do komunikowania się. Potrzeba bliskości między ludźmi powstaje już w najwcześniejszych okresach życia, a więc w grupach rówieśniczych, szkolnych i pozaszkolnych (Siewiora 2021, s. 96). Aby tak było, niezbędne jest budowanie bliskości na wartościach, co ma duże znaczenie szczególnie w życiu rodzinnym. Aksjologiczne odniesienie codziennego funkcjonowania rodziny umożliwia określenie jej celów. Uznanie fundamentalnej wartości godności drugiego człowieka daje gwarancję zbudowania takiego modelu bliskości, w którym nie ma miejsca na jakiegokolwiek nadużycie.

Do znaczenia więzi w rodzinie odnosi się teoria przywiązania, opracowana przez Bowlby'ego. W świetle tej koncepcji więzią można nazwać tylko relację dziecko – pierwotny opiekun. Późniejsze relacje są nią uwarunkowane. Przywiązanie jest podstawową potrzebą i warunkiem przetrwania dziecka (Senator 2012, s. 21). Bliskość to jedno z zasadniczych pojęć zawartych w koncepcji Bowlby'ego. Opiera się ona na założeniu, że człowiek ma wrodzoną, podstawową potrzebę utrzymywania bliskości z wybraną osobą, wynikającą z funkcjonowania behawioralno-motywacyjnego systemu przywiązania (Karbowa 2012, s. 27).

Jak wskazują rezultaty badań Doroty Czyżowskiej i Ewy Gurby,

[...] bliskość doświadczana w relacjach z rodzicami w okresie dzieciństwa i adolescencji pozostaje w związku z przywiązaniem przejawianym w okresie dorosłości, zdolnością do bycia w bliskim związku i przeżywanej w nim intymności, a ostatecznie również ma znaczenie dla oceny tego związku. Jednocześnie jednak należy stwierdzić, że bliskość z matką wydaje się bardziej znacząca niż bliskość z ojcem, i to zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn (Czyżowska, Gurba 2016, s. 101–102).

Zatem budowanie bliskości w dorosłym życiu wiąże się z doświadczeniami wyniesionymi z domu rodzinnego. Są one znaczące nawet po śmierci

rodziców. Gdy osobą zmarłą jest matka, konsekwencje wśród członków rodziny są szczególne, co wynika z jej decydującej roli i intensywności więzi z nią (Zubrzycka, Godawa 2020, s. 213).

Nie zawsze rodzina stanowi środowisko i wzorzec głębokiej bliskości. Teoria przywiązania wyjaśnia sytuacje zakłócenia bliskości związane z zaburzeniem życia rodzinnego. Jan Paweł II (*List do rodzin „Gratissimam sane”...* 2021, nr 13) zwraca uwagę, że rodzina jest łatwa do zranienia i może szczególnie mocno doznawać zagrożeń, które osłabiają czy wręcz niszczą jej spójność i trwałość. Bywa, że rodzina staje się dla dziecka i innych jej członków źródłem głębokiego cierpienia, z którym trudno dyskutować. Pessimizm zawarty w tej prawdzie może być pogłębiony przez świadomość niemożności dokonania zmian w życiu rodzinnym oraz jej poszczególnych jednostek. Nie jest to jednak satysfakcjonujące podejście – zmiana sytuacji zależy w dużym stopniu od każdego człowieka, dla którego dobre funkcjonowanie rodziny jest jednym z najważniejszych celów życiowych (Ładyżyński 2020, s. 76).

Więzi rodzinne, choć charakteryzują się względnie wysoką stabilnością, podlegają dynamicznym oddziaływaniom, których efektem są zmiany. Rozpatrując przeobrażenia więzi rodzinno-społecznych w kontekście bliskości, należy uwzględnić fakt, że obraz rodziny jest kategorią historyczną, gdyż kształtował się pod wpływem wielowiekowych interakcji struktur społeczno-ekonomicznych oraz tradycji religijno-moralnej i obyczajowej. Dlatego można obserwować zmiany, które zaszły w strukturze, funkcjach i organizacji życia rodzinnego w ciągu stuleci (Gałęska 2015, s. 30).

Nie sposób przedstawić w zwartej formie wszystkie obecne trendy charakteryzujące współczesną rodzinę. Koncentrując się na więziach rodzinnych, można przyjąć, że ich przemiany zmierzają w stronę ich osłabienia, zwłaszcza jeśli chodzi o rodzinę rozumianą tradycyjnie pod względem socjologicznym, kulturowym, prawnym i religijnym. Jak zauważa Krystyna Slany,

[...] obok więzi rodzących się na bazie biologicznej powstają nowe, które określa się jako uznaniowe i fikcyjne, oparte na społecznym i emocjonalnym wyborze. Obok możliwości stanowienia pokrewieństwa przypisanych rodzinie religijnie i kulturowo pojawiają się nowe ich rodzaje (Slany 2013, s. 45).

Rodziny postrzegane w tej optyce jako nowoczesne są tworzone bez konieczności odwołania się do więzów krwi, będących konsekwencją relacji seksualnych. Ich fundamentami są przyjaźń, miłość i emocjonalna bliskość. Kategoria bliskości zostaje „uwolniona” od narzuconej więzi strukturalno-

-przedmiotowej i kulturowej na korzyść wolnego wyboru dokonanego przez partnerów. „Rodziny z wyboru” (ang. *families of choice*) są budowane przez osoby nieheteroseksualne. Decyzja o powstaniu związku i nazywaniu go rodziną wynika z wyboru dokonanego wyłącznie przez partnerów/partnerki (Mizielińska, Abramowicz, Stasińska 2014, s. 9). Zatem wzajemne wsparcie, otaczanie miłością i opieką, okazywanie bliskości jest kwestią wyłącznie wyboru, a nie presji społecznej. W ten sposób podkreśla się *novum*, przypisywane „rodzinom z wyboru”, w odróżnieniu od tradycyjnych rodzin, które według tego podejścia mają się charakteryzować poddaniem tej presji.

2.1.2. Wychowanie w rodzinie do bliskości

Wychowanie, podobnie jak bliskość, nie jest stanem, spoczynkiem, ale „[...] niepojętym brakiem miejsca, wykluczeniem odpoczynku zakłócającym spokój bytu” (Lévinas 2000, s. 137), kształtowaniem się osobowości człowieka, który w swoim życiu „przemieszcza się” w więziach i relacjach pomiędzy bliskością a dystansem. Piotr S. Mazur, biorąc pod uwagę różne wymiary dynamizmu obecne w życiu człowieka, stwierdza:

W klasycznej koncepcji wychowania zwraca się uwagę na wielorakie spotentjalizowanie człowieka, które wymaga adekwatnej aktualizacji. To zaś dokonuje się poprzez usprawnienie działania poszczególnych potencjalności i ich zintegrowanie. W rezultacie wychowanie można pojmować jako odpowiedź człowieka na jego osobowy status i złożoną strukturę ontyczną, w wyniku której jest on źródłem zróżnicowanych dynamizmów wymagających świadomego i dobrowolnego kształtowania i integracji. Poprzez kształtowanie i integrację tych dynamizmów osoba ludzka jednocześnie manifestuje swoją godność, jak i kształtuje wyjątkowy i niepowtarzalny profil swojego człowieczeństwa (Mazur 2015, s. 201).

Profil człowieczeństwa kształtowany przez integrację dynamizmów znajduje swoje miejsce także w wychowaniu w rodzinie. Jak zauważa Andrzej Janke, wychowanie w rodzinie obejmuje

[...] strukturalne aspekty potencjalnie możliwych strumieni wpływu wychowawczego (określanych wewnątrz-, do- i odrodzinnie), kierowanych na rozwój psychiki i osobowości, kształtowanie poczucia tożsamości osobistej oraz zmiany postępowania osób wychowywanych, z uwzględnieniem szansy na równoległe przeobrażenia

w obszarach psychiki, osobowości, poczucia tożsamości i aktywności wychowawczej osób, które w danej sytuacji (procesie) odnajdują się w rolach jednostek wychowujących. Chodzi zawsze o szerszy kontekst kształtowania się członków rodziny, w ich jednostkowym i społecznym wymiarze, dzięki uczestnictwu w swoiście rozumianych procesach autokreacji, socjokreacji (socjalizacji i wychowania) oraz enkulturacji (Janke 2017, s. 496).

Tak rozumiane wychowanie w rodzinie jest ważną częścią społecznego wymiaru procesu wychowania, zmierzającego do zmian w psychice i osobowości człowieka oraz doskonalenia jego postępowania (Janke 2009, s. 12).

Nowak (2006) wskazuje, że w wychowaniu istotną rolę odgrywa relacja wychowawcza powstająca w rodzinie. Jego zdaniem relacja wychowawcza może być badana pod kątem jej struktury i funkcji w aspekcie statycznym, a także w aspekcie dynamicznym – dotyczy wtedy miejsca, czasu i konkretnych osób, które kształtują relację. Jeszcze innym przedmiotem zainteresowania pedagogicznego w rodzinie jest doświadczenie codziennego życia w rodzinie, które stwarza dziecku możliwość uczenia się oraz stanowi bazę jego rozwoju i przykład, czyli jest elementem wpływu wychowawczego rodziny (Nowak 2006, s. 141–145).

Janke podkreśla, że działalność wychowawcza rodziny zapoczątkowuje proces wychowania, który

[...] w dalszym ciągu jest przejmowany przez szkołę i inne instytucje wychowawcze, wzmacniany przez wpływy środowiska (dalszego i bliższego) oraz przez aktywność własną jednostki. Wychowanie w rodzinie może mieć charakter celowy, planowy i świadomy ze strony rodziców (refleksyjny), podobnie jak w instytucjach wychowania bezpośredniego (np. w szkole) oraz może odbywać się w sposób przygodny i samorzutny (bezrefleksyjny) (Janke 2007, s. 102).

Małgorzata Bereźnicka (2014) zwraca uwagę na zróżnicowany poziom celowości oddziaływań wychowawczych w rodzinie. Wychowanie w niej

[...] stanowi proces intuicyjnego lub bezrefleksyjnego, planowego lub spontanicznego oddziaływania rodziców na dziecko – jak również rodzeństwa lub innych krewnych czy powinowatych zamieszkujących z daną rodziną bądź mających z nią stały i znaczący kontakt – a także budowanie prawidłowych relacji, opartych na miłości i szacunku między wszystkimi członkami rodziny (Bereźnicka 2014, s. 114).

Przytoczone definicje pokazują, jak szeroki jest zakres znaczeniowy wychowania w rodzinie. Jest ono złożonym procesem, który ma swoją specyfikę, odróżniającą go od innych środowisk wychowania. Jedną z cech charakterystycznych wychowania w rodzinie jest odwołanie się w nim do kategorii miłości, która wyraża się między innymi stopniem bliskości osób wchodzących w relacje wychowawcze. Jak zauważa Katarzyna Plutecka,

[...] wychowanie przez miłość to wzajemne wsparcie, współczucie, i przejaw życia, którego istotę oraz celowość cechuje właśnie miłość (Plutecka 2023, s. 16).

Wychowanie w rodzinie do bliskości jest więc strumieniem wzajemnych oddziaływań poszczególnych członków rodziny, które kształtują poczucie bliskości na różnych płaszczyznach jej doświadczania. Celem wychowania w rodzinie do bliskości jest wspieranie dziecka, jego wszechstronny rozwój, wzbogacanie osobowości i doświadczeń, pomoc w samorealizacji oraz przygotowanie do samodzielności w budowaniu dojrzałej bliskości w relacjach społecznych.

Analizując wychowanie do bliskości w rodzinie, można wyróżnić modele wychowania, które stanowią swoistą wypadkową sposobu oddziaływania wychowawczego rodziców na dziecko. Zofia Frączek (2011, s. 64) wyodrębnia dwa modele: humanistyczny, w którym uwzględnia się podmiotowość wszystkich członków i zakłada się samorealizację, więź i wspólnotę działań, oraz tradycyjny (asymetryczny), w którym dziecko stanowi raczej przedmiot oddziaływań wychowawczych, często również manipulacji. Wychowanie do bliskości dokonuje się w głównej mierze przez uczestniczenie w codziennym życiu rodziny. Poziom jedności i spójności wewnątrzrodzinnej ma duże znaczenie dla kształtowania się doświadczeń poszczególnych członków rodziny. Ciepły emocjonalnie klimat codziennego funkcjonowania rodziny sprzyja powstawaniu bliskich relacji i kształtowaniu się bliskości. Dzieje się tak wówczas, gdy intensywne bycie blisko siebie należy do preferencji wychowawczych rodziców, a więc do ich przekonań dotyczących wychowania dzieci i codziennego życia w rodzinie (Rzewucka 2023, s. 11).

Wychowanie do bliskości ma swoją metodykę. Justyna Truskołaska (b.d.), odwołując się do myśli Mariana Grochocińskiego i innych autorów, wyróżnia metody wychowania bezpośredniego i pośredniego w rodzinie. Do metod wychowania bezpośredniego zalicza:

- ◊ wyjaśnianie i przekonywanie;
- ◊ sugestię i perswazję;
- ◊ karę i nagrodę;

- ◇ metodę przykładu własnego rodziców lub innych członków rodziny;
- ◇ metodę podawania wzorów do identyfikacji (bohaterów z historii, literatury, filmu, osób żyjących współcześnie);
- ◇ metodę biernego i czynnego słuchania dziecka;
- ◇ metodę wspólnego rozwiązywania konfliktów;
- ◇ metodę osobistego wspierania i akceptacji;
- ◇ twórcze spędzanie czasu wolnego w gronie rodziny (Truskolaska b.d.).

Metody pośredniego oddziaływania na wychowanka polegają na organizowaniu warunków i sposobu jego życia tak, aby jego zachowania i zdobywane doświadczenia przybliżyły do zamierzonych celów wychowania (Grochociński 1986, s. 324–325). Duże znaczenie w tym obszarze mają: ład i regularność życia rodzinnego, pobudzanie dziecka do aktywności, włączanie go w życie wartościowych grup rówieśniczych, wychowawcze przekształcanie zespołów już istniejących, a także wyłączenie wychowanków z grup demoralizujących (Truskolaska b.d.). W wychowaniu do bliskości szczególną rolę odgrywają te metody, które odwołują się do zasad dialogu, są oparte na zaangażowaniu rodziców i otwarte na potrzeby dziecka, zakładają relację partnerstwa, a przede wszystkim bazują na dobrym przykładzie wspólnego życia dawanym dzieciom przez rodziców i innych członków rodziny.

Wychowanie do bliskości w rodzinie zakłada konieczność poszanowania wolności jej członków. Dlatego nie jest ono prostym oddziaływaniem, które ma na celu osiągnięcie możliwie najbardziej intensywnej bliskości przez pokonanie wszelkiego dystansu i zatarcie granic. Odwołując się do założeń systemowej koncepcji rodziny Salvadora Minuchina, można wskazać podstawy zrozumienia bliskości i dystansu w relacjach (Tuszyńska-Bogucka 2017, s. 21). W tym modelu kładzie się nacisk na równowagę między autonomią członków a poczuciem przynależności. Struktura rodziny składa się z uniwersalnych i jednostkowo wytworzonych mechanizmów. Jedną z uniwersalnych zasad modelu jest hierarchia, na czele której stoją rodzice. Ważne są także podsystemy, na przykład małżeński, dzieci, osób płci męskiej czy związany z zainteresowaniami. Model strukturalny rodziny opisuje również granice przepływu informacji między rodziną i światem zewnętrznym oraz pomiędzy podsystemami. Zakłada on, że zdrowe funkcjonowanie zapewniają granice przepuszczalne i elastyczne. Granice zatarte mogą prowadzić do nadopiekuńczości, problemów z autonomią i objawów psychosomatycznych u dzieci. Granice sztywne generują trudności w przystosowaniu społecznym (Cierpiałkowska, Sęk 2016, s. 188).

Aby rodzina funkcjonowała prawidłowo i w poczuciu bliskości, musi się charakteryzować jasnymi granicami między podsystemami. Granice te powinny być na tyle precyzyjnie zdefiniowane, aby

[...] umożliwić członkom poszczególnych podsystemów spełnianie należnych im funkcji, bez niepotrzebnych zakłóceń ze strony członków innych podsystemów (de Barbaro 1999, s. 48).

Można mówić o swoistej geografii terytorium należącego do poszczególnych członków rodziny:

Poszczególni członkowie rodziny znają zatem, na różnym poziomie świadomości i specyfiki, geografie swojego terytorium. Każdy członek rodziny wie, co jest dozwolone, jakie są siły przeciwdziałające przekroczeniu granic, jaka jest natura i skuteczność systemu kontroli (Minuchin 1981, s. 12).

Poruszając się w ustalonych granicach, członkowie czują się bezpiecznie, a komunikując się, wzmacniają system rodzinny. Optymalne granice przyczyniają się do tego, że

[...] w rodzinie istnieje równowaga między byciem razem a zachowaniem odrębności; dba się o rozwój każdego członka i zaspokajanie jego potrzeb, szanuje prawa, uczucia i zdanie innych; rodzice dają priorytet relacji małżeńskiej, spędzają czas z dziećmi, ale też uczą je samodzielności; wszyscy stawiają innym rozsądne wymagania; nagrody i kary są oceniane przez dzieci jako słuszne (Kaleta 2010, s. 45).

Rozpatrując wychowanie w rodzinie w odniesieniu do diady bliskość – odrębność, można przyjąć, że proces ten odbywa się na *continuum* tej diady. W rodzinie funkcjonalnej każdy z jej członków określa i stosuje własną intensywność bliskości oraz wielkość dystansu między bliskimi. Dzięki wyznaczeniu granic w systemie możliwe jest zachowanie dystansu niezbędnego do prawidłowego funkcjonowania jednostek, a dzięki przepuszczalności tych granic – nieustanne wzmacnianie bliskości. Dlatego oddalenie nie przeradza się w izolację, która jest zaprzeczeniem bliskości. Ten model wychowania zakłada zgodę dorosłych i młodszych członków rodziny na wzajemne oddalenia i powroty, a więc poszanowanie ich wolności w zakresie nienaruszającym dobra innych. Model domaga się również poszukiwania punktów styczności i wspólnych odcinków na drogach „wędrowania” członków rodziny oraz pogłębiania tego, co sprzyja bliskości.

2.2. Bliskość wychowawcza

Bliskość wychowawcza jest rozumiana jako intensywna obecność wychowawcy w procesie edukacji wychowanków, jako więź łącząca wszystkie podmioty edukacji, w tym rodziców. Historia wychowania zawiera wiele śladów i przejawów bliskości wychowawczej. Nie brakuje w niej także założeń przeciwnych. Przykładem różnych podejść może być porównanie wychowania ateńskiego i spartańskiego. W pierwszym z nich promowano rozwój indywidualności, wolności i aspiracji dziecka, a jednocześnie przygotowano młodych ludzi do życia społecznego. Było to wychowanie intelektualne, moralne, estetyczne i fizyczne. Ideał wychowawczy, grecka *paideia*, obejmował ideę proporcji i harmonii w rozwoju zdolności, cnót i fizyczności. Odwołanie do cnót i kierowanie się nimi sprzyjało budowaniu więzi społecznych. Wychowanie spartańskie nie traktowało emocjonalnej, duchowej i fizycznej bliskości jako istotnego czynnika sprzyjającego realizacji celów militarnych Sparty. Decyzje o porzuceniu chorych dzieci, poddanie reżimowi wychowawczemu pozostałych oraz dostosowanie życia osobistego i rodzinnego do celów państwa były zaprzeczeniem wolności i bliskości (Wołoszyn 2008, s. 87–88).

Ukazanie wątków bliskości w historii edukacji wymaga podjęcia szeroko zakrojonych eksploracji. Warto jednak przyjrzeć się współczesnym przejawom bliskości wychowawczej, obecnym w wybranych koncepcjach i praktykach pedagogicznych. Często odwołują się one do relacji wychowawczej, która może być rozumiana jako zdarzenie zachodzące w konkretnym miejscu i czasie, między danymi jednostkami, według określonej strategii działania. Tak pojmowaną relację wychowawczą można rozpatrywać w aspekcie statycznym, który bierze pod uwagę strukturę relacji wychowawczej: wychowanek – wychowawca – sytuacja wychowawcza. Drugim jest aspekt dynamiczny, analizujący uwarunkowania, miejsce i czas relacji wychowawczej (Nowak 1999, s. 156–157).

Jak zauważa Małgorzata Dubis:

Na proces wychowawczy składa się wiele sytuacji wychowawczych, tworzących zespół interakcji między wychowawcą a wychowankiem, który jest rozłożony w odpowiednio długim czasie. Zatem, aby zrozumieć istotę procesu wychowania oraz jego rezultaty, należy rozpatrywać go jako następujące po sobie interakcje wychowawcze usystematyzowane na osi czasu (Dubis 2019, s. 152–153).

Obecność bliskości w procesie edukacji jest uzasadniona przez sytuacje wychowawcze, które są interpretowane w kontekście interakcji wychowawczych. Ich powstanie i utrzymanie wymaga dużo wysiłku, umiejętności, a także intuicji wychowawczej.

Spśród wielu przykładów praktyki wychowawczej, nawiązujących do bliskości wychowawcy i wychowanka, warto zwrócić uwagę na pedagogikę Janusza Korczaka i Jana Bosko. To zestawienie nie jest przypadkowe. Zdaniem Elżbiety Sujak obu wychowawcom udało się pokonać barierę między światem ludzi dorosłych a światem dziecka:

[...] między światem ludzi dorosłych a światem dziecka jest granica podobna do skalnego urwiska: ci z dołu nie potrafią wejść na górę, ci z góry nie potrafią zejść, choć widzą się doskonale i słyszą swój głos nawzajem i wyciągają do siebie ręce. Wyjątkowy wysiłek lub genialne uzdolnienia pedagogiczne pozwalają przekroczyć tę granicę. Tylko dla niewielu ona nie istniała: dla Janusza Korczaka, Jana Bosko (Sujak 1968, s. 928–929).

W jaki sposób wyrażał się geniusz wychowawczy Korczaka i Bosko? Korczak zajmował się w Domu Sierot dziećmi pozbawionymi opieki rodzinnej, bliskości rodziców i dlatego starał się zapełnić pustkę odczuwanego przez nich osamotnienia. Jednak budowanie bliskości nie opierało się na totalnym zanegowaniu zjawiska samotności. Korczak starał się zapewnić dzieciom warunki i relacje, które mogłyby zminimalizować odczucie osamotnienia. Jednocześnie uważał, że istnieje dobra strona samotności:

Samotność można roztrwonić, sponiewierać, zaflejtuszyć. Można ją też ujarzmić, sprzymierzyć się z nią. Oswojona, posłuszna, wysoko niesie, daje hart i siłę (Korczak 1986, s. 294–295).

Taka samotność należy do istoty procesu dojrzewania i z tym faktem należy się pogodzić.

Można przenieśnie powiedzieć, że to jest ta „ciemna strona księżycy”, na którą człowiek nie ma wpływu i której intuicyjnie się obawia. W związku z tym jej też nie chce i w jakiś sposób próbuje jej uniknąć. To jednak, na co człowiek nie ma wpływu, jest zarazem horyzontem odniesienia dla jego sprawczości (Ablewicz 2020, s. 87–88).

Najczęściej samotność jest jednak doświadczeniem, które należy w życiu dziecka minimalizować, zwłaszcza gdy wynika ona z opuszczenia

przez najbliższych, na przykład z powodu ich śmierci. Znaczenie bliskości kompensującej „złą” samotność podkreślała postawa Starego Doktora. Jego codzienna obecność wśród dzieci w Domu Sierot, poświęcony im czas i troska rekompensowały brak bliskości rodzinnej, a także budowały poczucie wspólnoty. Dzięki założeniu, że wychowawca nie kieruje dzieckiem, ale je prowadzi, wychowankowie nie odczuwali nadmiernego dystansu wobec opiekunów. Pojawiały się między nimi bliskość, szacunek i zaufanie (Kubiczka 2016, s. 136).

Bliskość z wychowankami miała także wymiar etyczny, była zobowiązaniem do pozostawania blisko w sytuacji zagrożenia życia. Postawa Korczaka towarzyszącego dzieciom w drodze na śmierć była potwierdzeniem głębokiej bliskości z wychowankami. Jak pisze Przemysław Gąsiorek:

Dla tych [...] którzy bardziej „czują dziecko” – to akt nie tylko piękny, ale i konieczny, gdy uświadomimy sobie stan emocjonalny dzieci, które były nie tylko samotne, ale też przerażone nadchodzącym końcem życia. Towarzysząc im, dodał im odwagi, służył przykładem godnego przyjęcia śmierci, pomógł w „przejściu” – jak mówią osoby pracujące z terminalnie chorymi. Najbliżsi to są ci, którzy potrafią patrzeć na świat oczami dziecka. Ci, którzy potrafią wsłuchiwać się i rozumieć jego, czasem niemy, głos (Gąsiorek 2011, s. 17).

Autor zauważa również, że ta postawa bliskości napotyka krytykę ze strony pragmatyków, którzy uważają, iż Korczak, pozostając przy życiu, mógł pomóc wielu innym dzieciom osieroconym przez wojnę. Tych jednak Gąsiorek (2011, s. 17) określa mianem obcych, którzy nie rozumieją głębokiego sensu bliskości w procesie wychowania. Wydaje się, że wątki biograficzne mają istotne znaczenie dla działalności Korczaka. Doświadczając w swoim życiu samotności, jednocześnie był on zorientowany „ku ludziom”. Tą orientacją było

[...] w istocie przeniknięte całe dorosłe życie Korczaka, które świadomie poświęcił służbie dzieciom najuboższym, obciążonym społecznie, można by rzec – przez nikogo niechcianym (Grzybowski 2019, s. 190).

Korczak zbudował wielowymiarowy system wychowania. Łączył poznanie z emocjami, teorię z praktyką, doświadczenie z głęboką refleksją. Odwołując się do bliskości z dzieckiem, podkreślał potrzebę uczenia się,

kim ono jest, od niego samego. Korczak pokazywał także, jak dorosły uczy się samego siebie w kontakcie z dzieckiem:

Dziecko daje mi doświadczenie, wpływa na moje poglądy, świat moich uczuć; od dziecka otrzymuję nakazy dla siebie, oskarżam się, pobłamam lub rozgrzeszam. Dziecko poucza i wychowuje. Dziecko jest dla wychowawcy księgą natury: czytając, dojrzewa (Korczak 1925/26, s. 125).

Lepsze zrozumienie siebie pomaga rozwijać wychowawcy swoją dorosłość w kontakcie z dzieckiem (Smolińska-Theiss 2018, s. 31).

Pedagogika prewencyjna Bosko sytuuje się w nurcie pedagogiki katolickiej. Jak zaznacza Janina Kostkiewicz:

Tradycyjnie w pedagogice katolickiej priorytet otrzymuje wychowanie moralne. Stan ten ma swoje konsekwencje. Kultura moralna pełni podstawową rolę w uspołecznianiu człowieka, czyni go zdolnym do pracy dla dobra wspólnego, pracy dla „Bliźniego”. Pojęcie bliźniego wyróżnia (odróżnia) pedagogikę katolicką od koncepcji antropologicznych mówiących o współbywających „Innym”, „Drugim”, „Ty”. Różnica ta koncentruje się na zwiększeniu natężenia bliskości, zmniejszaniu każdego rodzaju dystansu międzyludzkiego, podkreśla podobieństwo/pokrewieństwo samej istoty tego, kim jesteśmy. Ta zdolność pracy dla dobra bliźniego kieruje się ku szerszej zbiorowości, takiej jak rodzina, naród, państwo, Kościół, ludzkość (Kostkiewicz 2013, s. 645).

Przytoczona charakterystyka pedagogiki katolickiej podkreśla moralny wymiar wychowania. Ułatwia to przeniesienie akcentu z dywersyfikujących określeń drugiego człowieka na kategorię bliźniego. Poszukiwanie tego, co wspólne, stanowi bazę dla koncepcji wychowania zaprezentowanej przez Bosko.

Pedagogika prewencyjna w ujęciu Bosko powstała na gruncie jego doświadczeń wychowawczych w pracy z młodzieżą w XIX wieku w Turynie. Swoją działalnością przyczynił się on do rozwoju zarówno myśli, jak i praktyki pedagogicznej systemu prewencyjnego. Włączył do dotychczasowego wychowania istotne wartości, które zdecydowały o nowym stylu pedagogicznego oddziaływania, zwanym powszechnie salezjańskim systemem prewencyjnym (Misiaszek 1987/1988, s. 41). Odróżniał prewencję od systemu represyjnego, opartego na stawianiu wymagań, podejrzliwości wobec

wychowanka oraz stosowaniu kar. W tym kontekście pisał o promowanym przez siebie systemie:

Zupełnie inny jest system prewencyjny. Polega on na tym, że podwładnych zaznajamia się z przepisami i regulaminem zakładu, a następnie roztacza się nad nimi taką opiekę, że wychowankowie znajdują się zawsze pod czułym okiem dyrektora lub asystentów, którzy jako kochający ojcowie przemawiają do nich, w każdej okoliczności służą im za przewodników, udzielają rad i upominają z dobrocią, co jest równoznaczne z postawieniem wychowanków w niemożliwości popełnienia wykroczeń (Bosko 1998, s. 214–215).

Zawarty w wypowiedzi optymizm wychowawczy jest poparty doświadczeniami wychowawczymi Bosko. Określiły one rolę asystentów, którzy mają szczególne zadania i zobowiązania wobec wychowanków. Asystencja wpisuje się w salezjański projekt wychowania, który konkretyzuje trzy podstawowe kategorie: rozum, religia i miłość wychowawcza. Wyjaśniając ostatnią z nich, Stanisław Chrobak pisze:

[...] miłość rozpatrywana w klimacie rozumu i religii oznacza przede wszystkim poszanowanie młodego człowieka. Jest to sposób bycia wyrażający sympatię, zrozumienie, współczucie, zaufanie, współuczestnictwo w życiu drugiego człowieka. Oparte na miłości wychowanie nie polega na uleganiu wszelkim zachciankom, ale na działaniu sprzyjającym asymilacji tych wartości, które stanowią podstawę bycia „dobrym chrześcijaninem i uczciwym obywatelem”. Okazywana miłość to miłość ludzka, mądra, odrzucająca chorobliwą przesadę sprowadzającą człowieka do roli instrumentu. Miłość wychowawcza ma prowadzić wychowanka ku pełnej dojrzałości i samodzielności. Jest uczuciem bezwarunkowym (Chrobak 2011, s. 86–87).

Asystencja wychowawcza jest w swej istocie formą bliskości wychowawcy z wychowankiem, opartą na miłości, która wyraża się otwartością i chęcią towarzyszenia młodym ludziom w ich niełatwym życiu. Potrzeba postawy wychowawcy bazującej na miłości wynikała między innymi z faktu, że przychodzący do niego chłopcy byli opuszczeni, zaniedbani i potrzebowali szczególnej pomocy wychowawczej. Postawa „asystenta” w systemie prewencyjnym wyrasta głównie z potrzeby bliskości psychologicznej wychowawcy i wychowanka, ze znajomości jego wrażliwości, mentalności

i świata kulturowego, z którego wyszedł. Polega ona na interpretacji czynów przez wnikliwe odwoływanie się do motywacji, zakłada wyrozumiałość dla słabości przy jednoczesnym racjonalnym stawianiu wymagań (Misiaszek 1987, s. 99). Tak rozumiana asystencja zawiera trzy elementy: poznanie wychowanków na drodze ufego dialogu, trwanie przy nich, czyli asystowanie im w konkretnych zadaniach, oraz pomoc w realizowaniu przez nich zadań przez doradzanie im, a gdy jest to potrzebne, także upominanie (Heinz 2013, s. 51). Zadaniem asystenta nie jest więc stanie obok wychowanka w biernej postawie widza, który nie interweniuje w życie młodych w razie potrzeby, ale obecność aktywna, wchodząca w interakcję z dzieckiem i wnosząca w nią swój wkład wychowawczy (Gołek 2008, s. 222).

W wizji salezjańskiej asystencja to bliskość aktywna i uprzedzająca. Zadaniem wychowawców jest takie zorganizowanie zajęć dzieciom i młodzieży, by zapobiec nudzie i jej złym konsekwencjom. Podejście to wymaga od wychowawców dużego zaangażowania i trudu. Założyciel salezjanów uważał jednak, że zaniechanie takiego sposobu postępowania jest spowodowaniem wychowania do systemu kar. Mogą one wykształcić określone nawyki, ale nie przyczyniają się do rozwoju osobowościowego i duchowego młodzieży. Zaufanie i szacunek wychowawców są warunkiem zbudowania stylu wychowania służącego dobru wychowanków (Leśniewski 2021).

Myśl pedagogiczna Bosko ma swoje korzenie w chrześcijańskiej wizji człowieka, w realistycznym humanizmie, który go cechował, a który pochodził z jego wiary i miłości do człowieka. Można ją umieścić

[...] w kontekście wielkich wyzwań i potrzeb, odnosi się do samej natury działań prewencyjnych i podkreśla, iż: prawdziwa miłość nakazuje błędy innych znosić z cierpliwością i chętnie przebaczać. Przez miłość wychowawca tworzy klimat prawdziwej „pedagogicznej obecności”, obecności twórczej i wyzwalającej [...] (Chrobak 2016, s. 103).

Bliskość w tak rozumianym wychowaniu jest konsekwencją autentycznego wejścia w rolę asystenta oraz troski o przejrzyste i jednoznaczne relacje.

2.3. Edukacja zbliżająca

Krystyna Chałas zwraca uwagę na znaczenie wartości w przestrzeni społecznej, zwłaszcza w procesie edukacji:

Wspólnie wyznawane wartości zbliżają duchowo i emocjonalnie, są płaszczyzną porozumienia, dialogu, pozwalają na ustalenie zadań i celów [...] (Chałas 2018, s. 15).

Wartości w edukacji pełnią funkcję jednoczącą, pod warunkiem że są stosunkowo powszechnie aprobowane. Edukacja społeczna, oparta na uniwersalnych wartościach, przyczynia się do kształtowania bliskości społecznej. Jednym z jej wymiarów jest edukacja przybliżająca, którą opisuje Konrad Rejman. Stanowi ona pedagogiczną odpowiedź na poszukiwanie pokoju i jedności między ludźmi. Aby była ona skuteczna, musi znajdować uzasadnienie w wartościach, a co za tym idzie – etyce. Rejman, nawiązując do myśli Tischnera i Bubera, odwołuje się do godności człowieka i wynikających z nich etycznych powinności:

Ważne jest, aby rozróżnić pomiędzy byciem „obok”, byciem „w pobliżu” a byciem „wobec”. Obok staje obserwator, ten emocjonalnie wycofany, który nie musi się w Innego angażować i w zasadzie nie czuje się zobowiązany do zachowania wierności. Obok jestem, kiedy niczego nie obiecuję i nie jestem związany żadną obietnicą, a chodzi tu o obietnicę opieki, troski, obecności i wierności właśnie. Będąc „obok”, wciąż mogę krzywdzić, ranić i zabijać. Nie jest to bowiem typ relacji, który powstrzymałby mnie od przemocy. Będąc „w pobliżu”, mogę pozostać anonimowy, skupiony na sobie. Byłem „w pobliżu” jakichś wydarzeń, czyli w zasadzie nie byłem w nie zaangażowany, nie przekroczyłem siebie, nie wyszedłem poza drzwi i próg swojej wsobności. Byłem w pobliżu ciebie, czyli nie w bliskości, a w stanie, w którym twoją bliskość mogę zawiesić i zignorować. Bycie „wobec” jest postawą odmienną. Wymaga bliskości i bezpośredniości, czyli sytuacji, w której dystans moralny może zostać zniwelowany (Rejman 2022, s. 132–133).

Bycie „wobec” drugiego człowieka jest zatem obrazem prawdziwej, głębokiej bliskości z nim w przeciwieństwie do zakamuflowanych form pseudoblikości. Przestrzeń spotkania pozwala obu stronom się poznać, zrozumieć swoje motywacje i uwarunkowania. Nie chodzi tu o zatracenie własnej tożsamości i różnic, ale o rozpoznawanie mechanizmów powstawa-

nia dystansów i dążenia do ich zmniejszenia. W sukurs tej idei przychodzi „edukacja przybliżania”, której istotą jest

[...] przybliżanie świata i istnień, które w nim odnajdujemy. Z pełną świadomością ograniczeń i obciążeń, z jakimi wiąże się taka praktyka (Rejman 2022, s. 135).

Ten rodzaj edukacji społecznej daje możliwość obcowania z różnicą, zakłada prowadzenie dialogu ze świadomością konsekwencji jego zerwania. To edukacja „bez symbolicznych progów i drzwi”, bez dzielenia na „swoje” i „obce”:

Chodzi o edukację, która będzie działaniem przeciw antagonizowaniu relacji społecznych i wartościowaniu życia, której istotną treścią będzie troska o inne istnienia (Rejman 2022, s. 136).

Koncepcja edukacji zbliżającej stanowi interesujący motyw teoretycznego zastosowania bliskości w wychowaniu i kształceniu. Niedookreśloność i częściowa nieprzekładalność tej koncepcji na praktykę wychowawczą jest jej brakiem (Kowzan 2022, s. 157), ale nie odmawia tej idei znaczenia.

Innym przykładem edukacji społecznej, mającej na celu budowanie bliskości, może być zaproponowany przez Marię Kostyszak (2019) model „pedagogiki bliskości”. Autorka opisuje go w odniesieniu do przyrody, bliskości wobec samego siebie oraz relacji społecznych. Model ten bazuje na działaniach oddolnych, w dużym stopniu niszowych. Kostyszak (2019, s. 96) odwołuje się do działalności artystyczno-społecznej, która nosi znamiona owej pedagogiki. Znajduje się w niej dużo przestrzeni na relację z przyrodą, w której autorka upatruje ważny czynnik jednoczący. Działania artystyczne mają znaczenie rozwojowe zdecydowanie wykraczające poza umiejętności manualne. Społeczne oddziaływanie przekłada się na budowanie relacji społecznych, w których istotną rolę odgrywa indywidualne podejście do człowieka oraz relatywne ujęcie zjawiska natury jako rzeczywistości ulegającej nieustannej zmianie (Kostyszak 2019, s. 95–100). W obszarze kształcenia „pedagogika bliskości” odrzuca sztywną hierarchię oraz podział na nauczającego i nauczanego na rzecz współpracy w atmosferze wzajemnego szacunku. Kostyszak zauważa:

W dobie zagrożeń ekologicznych przyrody ekologia głowy i serca niesie nadzieję uzdrowienia człowieka w jego inaczej teraz rozumianej cielesności, a wtedy pojawia się szansa zestrojenia w inny sposób, bardziej integralny, bliskich relacji między trzema

konstelacjami znaczeń: natury, zbiorowości i egzystencji (Kostyszak 2019, s. 114).

Słowa te potwierdzają znaczenie indywidualnego doświadczenia, które – włączone w nurt zestrajający różne wymiary bliskości – zostaje uzdrowione i wydobywa człowieka z samotności.

Konsekwencją tych założeń jest Studium Pedagogiki Bliskości – internetowy projekt edukacyjny skierowany do nauczycieli, rodziców, studentów oraz ludzi szukających inspiracji do prowadzenia nowoczesnej edukacji przedszkolnej, zorientowanej na bliskość. Pomysłodawcy wyjaśniają swoje intencje następująco:

Podjęcie do wychowania przedszkolnego zdecydowanie zmienia swój kształt. Coraz więcej pedagogów, jak również rodziców czerpie wiedzę z nurtów Rodzicielstwa Bliskości [...]. Wychodząc naprzeciw potrzebom kształcenia w tych właśnie nurtach, powstało Studium Pedagogiki Bliskości, które jest kompleksowym kompendium wiedzy w zakresie alternatywnych metod pracy z dziećmi przedszkolnymi, jak również pozwoli na odbycie wielu godzin praktycznych ćwiczeń i warsztatów w zakresie pracy własnej, pracy z dzieckiem, pracy z grupą, pracy z rodzicami (*Studium Pedagogiki Bliskości*).

Te idee realizuje kadra skupiająca specjalistów z wychowania. Studium ma być interesującą formą uzupełnienia studiów pedagogicznych, a w przeszłości również początkiem kształcenia nauczycieli przedszkolnych i wczesnoszkolnych w nurcie budowania bliskości. Organizatorzy opisują jeden z modułów jako najistotniejszy dla zrozumienia, czym jest „pedagogika bliskości”. Na podstawie przytoczonych informacji można wnioskować, że jest ona swoistą syntezą wymienionych wcześniej koncepcji wychowawczych, odwołujących się do znaczenia bliskości w edukacji małego dziecka (*Studium Pedagogiki Bliskości*). Najczęściej „pedagogikę bliskości” utożsamia się z rodzicielstwem bliskości i rozpatruje zgodnie z teorią przywiązania. Na koniec rozważań na temat „pedagogiki bliskości” należy zaznaczyć, że stosowanie w nazwie terminu „pedagogika” nie jest w tym przypadku uprawnione, gdyż omawiana koncepcja nie spełnia wszystkich kryteriów naukowości. Dlatego zastosowano cudzysłów. „Pedagogia bliskości” jest raczej przykładem pedagogii, która ma wzmocnić koncepcję budowania bliskości poprzez edukację społeczną.

2.4. Bliskość i dystans w edukacji szkolnej

Bliskość w edukacji znajduje szczególny obszar rozwoju. Wiąże się ona z relacjami społecznymi, na których opiera się kształcenie i wychowanie. Podstawą relacji społecznych jest podmiotowość, będąca atrybutem edukacji jako procesu społecznego. Kreowanie własnej podmiotowości to zasadniczy cel współczesnej edukacji opartej na swobodnych wyborach (Szempruch 2009, s. 82). Jak podkreśla Agnieszka Cybal-Michalska:

Podmiot krytycznie myślący, mając świadomość złożoności, niejednoznaczności i zmienności zjawisk, rozumie potrzebę: otwartości umysłu na różne interpretacje rzeczywistości, elastycznego myślenia, modyfikacji własnych poglądów, które powinny ewoluować w miarę poszerzania swojej wiedzy (Cybal-Michalska 2010, s. 21).

Marzena Kędra przestrzega przed sprowadzaniem relacji społecznych w szkole do utartej konwencji pełnienia ról nauczyciela czy ucznia:

Kto bowiem szanuje ludzi, chce być dla nich zrozumiały, odkryty. Przy sposobności pozyskuje wówczas ich bliskość. Nie można być bliskim dla kogoś, kogo się nie poznało, nie można go też zrozumieć, ponieważ nie zna się motywów jego działania. Kiedy inni poznają, kim jestem, zachęca to ich do wyjawienia, kim są. Zamiast wzajemnego dystansu budujemy bliski kontakt – nasze stosunki stają się autentyczne (Kędra 2014, s. 23).

Jeszcze bardziej wnikliwa jest refleksja Anny I. Brzezińskiej, która pisze:

Nauczyciele i uczniowie, niezależnie od tego, jak duża różnica wieku ich dzieli, mają podobne potrzeby związane przede wszystkim z poczuciem bezpieczeństwa i jednocześnie potrzebą respektowania ich autonomii. Zaspokojenie jednocześnie obu tych potrzeb – bardzo trudne w warunkach takiej instytucji jak szkoła – to warunek niezbędny tego, by działania i jednej, i drugiej strony mogły mieć charakter twórczy. Pogodzenie tych dwóch potrzeb tak po stronie nauczyciela, jak i po stronie uczniów to, inaczej mówiąc, warunek tego, by ich związek był nie tylko owocny w sensie realizacji założonych celów edukacji, ale także tego, by był dla obu stron osobiście satysfakcjonujący. Dobry związek nauczyciela i uczniów to taki, w którym obie strony bez obaw o naruszenie granic własnej

autonomii i prywatności oraz o ograniczenie swej niezależności wchodzą w bliskie ze sobą kontakty, dające im poczucie zrozumienia i wsparcia ze strony partnera interakcji [...]. Inaczej mówiąc, niezależność w działaniu nie budzi obaw o naruszenie bezpieczeństwa, a bliskość i poczucie bezpieczeństwa nie ograniczają autonomii i swobody twórczej, nie kojarzą się z ustawiczną kontrolą (Brzezińska 2008, s. 49).

W przytoczonej wypowiedzi autorka podkreśla znaczenie budowania bliskości między nauczycielami i uczniami z poszanowaniem autonomii. „Pogodzenie potrzeb” pozwala na osiągnięcie równowagi, która w warunkach szkolnych jest trudna do utrzymania. Dużo zależy od stosownej postawy osób odpowiedzialnych za edukację, zwłaszcza nauczycieli. Kompetentni edukatorzy wykazują profesjonalizm w interakcjach z uczniami, kolegami, rodzicami uczniów i ze społecznością szkolną. Przejawiają umiejętność współpracy, są wrażliwi na potrzeby innych. Skutecznie komunikują się z nimi na temat rozwoju i osiągnięć edukacyjnych uczniów. Są wrażliwi etycznie, empatyczni, otwarci, refleksyjni, prospołeczni, zatroskani o dobro ucznia oraz zaangażowani w tworzenie relacji opartych na zaufaniu, wzajemnym szacunku, akceptacji i odpowiedzialności (Budkowska, Poszytek 2018, s. 479). W ten sposób budują swój autorytet, który „[...] jest czymś koniecznym w edukacji, a zarazem nie wyklucza bliskiej relacji czy nawet przyjaźni” (Ryszka 2021, s. 305).

W nawiązaniu do realizacji bliskości w edukacji formalnej należy podkreślić, że

[...] szkoła to nie tylko instytucja, ale przede wszystkim tworzący ją ludzie, którzy wzajemnie oddziałują na siebie swoją osobowością, postawą i wyznawanymi wartościami. Członkowie szkolnej społeczności wchodzą ze sobą w określone relacje i powiązania dotyczące wzajemnej zależności i pełnionych ról. Relacje te koncentrują się na wzajemnych stosunkach ich uczestników, które odnoszą się do pozytywnych bądź negatywnych powiązań pomiędzy partnerami [...] (Dubis 2019, s. 151–152).

Szkoła w takim ujęciu jawi się jako instytucja, która może i powinna stanowić środowisko nawiązywania relacji wychowawczej. Powinna ona być profesjonalna, a jednocześnie niepozbawiona spontaniczności. Bliskość jest cechą społeczną pełną

[...] wyostrzonego słuchu, gotowości na przyjęcie daru ekspresji, odsłaniającego się sensu. Ten inny jest zawsze w transcendencji, nigdy jego tajemnica nie odkrywa się w pełni, gdyż on sam nie potrafi jej przeniknąć, przed nim samym się skrywa (Skarga 2004, s. 69).

Profesjonalizm domaga się zastosowania wszystkich zasad tworzenia relacji wychowawczych, w tym zachowania dystansu społecznego. Jest on konieczny ze względu na konteksty budowania bliskości międzyludzkiej. Z jednej strony akcentuje się jej znaczenie, z drugiej – jest ona „podejrzana”. Przyczyniły się do tego nadużycia bliskości dorosłych wobec uczniów. Wykorzystanie seksualne dokonane w kontekście instytucjonalnym różni się od wykorzystania nieinstytucjonalnego sytuacją i otoczeniem, w którym sprawcy mają styczność z ofiarami (Prusak, Schab-Przybycień 2021, s. 77). Formalny wymiar edukacji i jej praktyka stały się destrukcyjnymi okolicznościami niedopuszczalnej krzywdy dziecka, która sięga poza mury szkolne (Izdebska, Pilarczyk 2019).

Terminu „dystans społeczny” użył w 1924 roku Robert Park (1864–1944), przedstawiciel tak zwanej szkoły chicagowskiej w myśli społecznej, w celu określenia stopnia bliskości i zażyłości w kontakcie społecznym z innymi jednostkami czy zbiorowościami (Dernowska 2013, s. 18). Emory Bogardus (1882–1973), rozwijając tę tematykę, opisywał dystans społeczny jako stopień niechęci i unikania kontaktów, prowadzący do stereotypów i uprzedzeń (Nikitorowicz 2010, s. 87). Obecnie w naukach społecznych zwraca się uwagę na dwa znaczenia dystansu. Pierwsze odnosi się do pola badań nad stereotypami i uprzedzeniami wobec niektórych grup społecznych. W takim rozumieniu dystans jest oddaleniem emocjonalno-poznawczym, wynikającym z kultury, przekonań czy wartości. Drugie znaczenie dystansu wiąże się z przeżyciami, podziałami i wzajemnym odniesieniem ludzi w danym kontekście społeczno-kulturowym (Nikitorowicz 2010, s. 87). Agnieszka Konieczna podkreśla, że

[...] miarą przestrzenną dystansu jest zbliżanie się albo unikanie kontaktu. Zaś istotą dystansowania jest stan relacji międzyludzkich czy – szerzej – postawa interpersonalna (gotowość do bliskości/ unikania interakcji) (Konieczna 2019, s. 22).

Obecnie w edukacji kształtuje się model bliskości i dystansu. Zależy on od wielu czynników. Wydaje się, że przy ustalaniu zakresu dystansu społecznego należy wziąć pod uwagę rozumienie go nie jako izolacji między podmiotami edukacji, a raczej jako oddalenie, które zapewnia respektowanie

ich praw, a jednocześnie nie pozbawia nauczycieli i uczniów możliwości nawiązywania odpowiedzialnych i klarownych relacji. Wprowadzenie granic pomiędzy bliskością a odrębnością społeczną na terenie szkoły dokonuje się na kilku płaszczyznach relacji: interpersonalnych, międzygrupowych i z otoczeniem zewnętrznym (Konieczna 2019, s. 79). Postawa interpersonalna, która zakłada gotowość oraz umiejętność nawiązywania i ograniczania interakcji, wydaje się obecnie ważnym składnikiem tworzenia się modelu bliskości międzyludzkiej w szkole.

2.5. Samowychowanie jako odśrodkowe dążenie do bliskości

W rozważaniach na temat edukacyjnej perspektywy bliskości nie sposób pominąć samowychowania. Wincenty Okoń definiuje je jako

[...] samorzutną pracę człowieka nad ukształtowaniem poglądu na świat, własnych postaw, cech charakteru i własnej osobowości – stosownie do założonych kryteriów, wzorów oraz ideałów (*Samowychowanie 2004*, s. 362–363).

Zaistnieniu samowychowania sprzyja rozwijanie motywacji pobudzającej młodzież do pracy nad sobą w procesie wychowania rodzinnego czy szkolnego.

Chudy postrzega samowychowanie jako pobudzanie i ukierunkowywanie własnego rozwoju. To ogólne ujęcie zawiera dwa podejścia do tej formy wychowania. Pierwsze, tradycyjne, określa samowychowanie w sensie zewnętrznym i polega na przejściu od wychowawcy odpowiedzialności za swoją formację, zwłaszcza psychiczną i moralną. Drugie, wewnętrzne, przeciwstawia się samowychowaniu jako rezultatowi pobudzenia zewnętrznego, inicjując ten proces poprzez własną aktywność (Chudy 2007b, s. 26).

Podobny podział proponuje Śliwowski (2012), ujmując pierwszy typ samowychowania jako „działanie sokratejskie”, a drugi jako „aktywność prometejską”. Dostrzegając pozytywy wychowania sokratejskiego, autor wymienia pracę nad swoim charakterem, doskonalenie się czy dążenie do obrony uznawanego systemu wartości. Przestrzega jednak przed przekroczeniem granic stosowania tego podejścia, gdyż grozi to perfekcjonizmem, podporządkowaniem dyrektywom zewnętrznym, egocentryzmem. W drugim podejściu założeniem jest spontaniczne i nieintencjonalne działanie, które zmierza do osobistej doskonałości, ale zdobywanej nie dla niej samej.

Perfekcjonizm zostaje zastąpiony perfekcjoryzmem, ukierunkowującym człowieka na działania zewnętrzne, na stawanie się lepszym przez każdy dobry czyn, przekraczanie siebie (Śliwerski 2012, s. 264–267).

Zdaniem Ireny Jundziłł samowychowanie dokonuje się wtedy,

[...] kiedy aktywność własna jest skierowana na podmiot. Polega ona na czynnym ustosunkowaniu się człowieka do procesu własnego rozwoju i świadomej interwencji w ten proces (Jundziłł 1993, s. 716).

Aktywność własna dorastającego wychowanka to gotowość do samowychowania. Jest ono

[...] zdolnością do świadomego i wytrwałego kierowania własnym rozwojem poprzez podejmowanie konkretnych działań w perspektywie rozpoznanego i wybranego projektu własnego życia. Samowychowanie jawi się tu jako druga strona wychowania. Jego korzenie sięgają samostanowienia osoby, obligującego ją do świadomego i celowego kierowania sobą, urzeczywistniania rezerwuaru swoich możliwości zgodnie z miarą własnego człowieczeństwa (Chudy 2007b, s. 27).

Samowychowanie wymaga samoświadomości oraz zdolności przeniesienia uwagi ze świata zewnętrznego ku sobie. Punktem wyjścia w tym procesie może być poznawanie siebie, wymagające zaangażowania uwagi wewnętrznej, myślenia oraz prowadzenia dialogów z otoczeniem i samym sobą. Samowychowanie jest wyzwaniem podejmowanym przez osoby, które pragną zmiany siebie i rozpoczynają w tym obszarze wyężone starania (Ledzińska 2019, s. 129, 140). Odnosząc się do rozdźwięku pomiędzy zewnętrznym a wewnętrznym ukierunkowaniem samowychowania, Joanna Rachańska (2011) wyjaśnia, że samowychowanie to działalność skierowana „od siebie”, choć wiąże się z wieloma uwarunkowaniami wewnętrznymi, takimi jak świadomość, samowiedza, samoopanowanie, rozstrzyganie. Rdzeniem samowychowania jest ludzkie „chcę”, które warunkuje sprawcze zaangażowanie we własny rozwój (Rachańska 2011, s. 215). Człowiek, spełniając dobry czyn, realizuje się w nim, rozwija, doskonali.

Skrótowy przegląd stanowisk dotyczących rozumienia samowychowania pokazuje, że przestrzenią dla bliskości jest samowychowanie, które jest zorientowane na dobro i odśrodkowe (Kawula 2005, s. 49). Przejawia się ono w samodzielnym trudzie wychowanka skierowanym na zewnątrz. Ten

rodzaj wychowania zakłada pracę nad sobą, wysiłek kształtowania charakteru, ale jednocześnie otwiera się na okoliczności i potrzeby innych.

Człowiek, mając ontycznie „bytową otwartość” na inne osoby, wchodzi z nimi w relacje, tworzy wspólnoty poprzez uczestnictwo oraz doświadcza odmienności i atrakcyjności drugiej istoty ludzkiej. W procesie spełniania się główną rolę odgrywa miłość (Chudy 2007b, s. 21). Zwrócenie uwagi na znaczenie miłości w wychowaniu jest bardzo istotne. To właśnie dzięki niej człowiek otwiera się na innych; miłość wskazuje mu kierunki rozwoju. Doświadczenie miłości wychowawców pomaga wychowankowi odkryć własną godność. To odkrycie skutkuje wyzwoleniem siły zdolnej przemieniać jego wnętrze i promieniować na zewnętrzny świat. Doświadczenie bliskości w samowychowaniu obejmuje więc poznanie i akceptację siebie przy jednoczesnej niezgodzie na stagnację, dzięki czemu człowiek odczuwa potrzebę podejmowania działań na rzecz własnego rozwoju i dobra innych. Bliskość rozważana w perspektywie samowychowania jest więc doświadczeniem wewnętrznym, intraakcyjnym. Ma także drugi wymiar, interpersonalny. Nawiązanie głębokich relacji jest bowiem możliwe wtedy, gdy człowiek doznaje bliskości z samym sobą, jest „zadomowiony” w wartościach i przekonaniach, a przede wszystkim odkrywa swoją godność. Dokonując tego, dąży do uznania godności innych, co staje się osnową dla bliskości międzyludzkiej.

* * *

„Wychowanie” i „bliskość” to pojęcia wzajemnie zależne. Wychowanie, które zmierza do pełnego rozwoju osobowości człowieka, bazuje na bliskości. Dzięki niej łatwiej osiąga on zamierzone cele. Bliskość nie jest prostym konstruktem, który można włączyć w proces wychowania jak część mechanizmu. W konfrontacji z praktyką wychowawczą okazuje się ona rzeczywistością bardzo złożoną, wymagającą refleksyjności i metodycznych działań w jej wdrażaniu. Zatem bliskość potrzebuje edukacji, a zwłaszcza włączenia w proces wychowania, który nadaje jej kształt i promuje jej wartość. Upraktycznienie idei bliskości w wychowaniu rodzinnym, szkolnym czy w wybranych koncepcjach edukacyjnych buduje jej tożsamość i ją rozwija.

Przedstawione analizy pokazały w pierwszej kolejności duże znaczenie wychowania w rodzinie dla rozwoju bliskości. Wychowanie w rodzinie do bliskości obejmuje strumień oddziaływań wewnątrzrodzinnych, umacnianie więzi i nawiązywanie relacji. Podstawę, a jednocześnie ważny efekt tych działań stanowi spójność systemu rodzinnego. Dążenie do bliskości jest jednym z kluczowych celów wychowania w rodzinie. Do jego zrealizowania

niezbędne jest zastosowanie metodyki wychowawczej, w tym metod opartych na relacji wychowawczej, partnerstwie i dialogu.

Bliskość wychowawcza ma ścisły związek z wychowaniem pozarodzinnym, zwłaszcza gdy rodzina nie spełnia należycie swoich funkcji. Praktyka wychowawcza Korczaka i Bosko stała się kanwą rozważań na temat sposobów formowania się bliskości w trudnych okolicznościach życia. Decydującą rolę w tym odgrywają wychowawcy podejmujący się trudu stworzenia relacji, które wymagają od nich wysokich kompetencji, intuicji i miłości.

Analiza bliskości w perspektywie edukacji społecznej ujawniła znaczenie tej formy kształtowania postaw. W społeczeństwie skłonny do podziałów i konfliktów wychowanie do bliskości wymaga działań, które osadzają ideały wychowawcze w realiach funkcjonowania społeczeństw i społeczności lokalnych. Przypominanie o roli bliskości w życiu społecznym, przekazywanie treści z nią związanych, wskazywanie istotnych wartości i wzmacnianie rozwoju zawodowego nauczycieli to sposoby na zwiększenie społecznej percepcji bliskości. Jednym z zadań szkoły jest wypracowanie modelu równowagi pomiędzy bliskością a dystansem społecznym. Połączenie tych dwóch, przeciwstawnych, kategorii staje się możliwe wówczas, gdy bliskość uczniów, rodziców i nauczycieli jest traktowana przez wszystkie podmioty edukacji jako istotny cel kształcenia i wychowania, a jednocześnie w staraniach tych nie brakuje troski o zabezpieczenie relacji wychowawczych przed nadużyciami. Dojrzałość i trwałość tych relacji w dużej mierze zależy od umiejętności wglądu w siebie i właściwego ukierunkowania swojego rozwoju poprzez samowychowanie.

Rozdział III

Bliskość międzyludzka w trudnych sytuacjach życia

Potrzeba bliskości to jedna z podstawowych potrzeb, która towarzyszy człowiekowi przez całe życie, a tworzenie bliskich więzi odgrywa istotną rolę w jego różnych okresach (Czyżowska, Gurba 2016, s. 92). Jest ona ważna także w tych fazach życiowych, w których występują okoliczności utrudniające realizację tego procesu. Spośród tych czynników wybrano dwa: chorobę i konsekwencje wystąpienia pandemii COVID-19. Analiza bliskości w tych obszarach wymaga przytoczenia refleksji na temat cierpienia związanego z chorobą oraz różnych płaszczyzn jego występowania.

Choroba zwykle naznacza myślenie i emocje chorego oraz jego bliskich. Sprzyja izolacji społecznej, monopolizuje uwagę. Jednocześnie stanowi sytuację, w której jest więcej czasu i sposobności do okazywania przywiązania. W czasie pandemii wiele osób chorowało, inne mierzyły się z ryzykiem zachorowania na COVID-19. Bezpośrednie zagrożenie zdrowia, a nawet życia powodowało, że bliskość międzyludzka została ograniczona właśnie wtedy, gdy była tak bardzo potrzebna. Utrudnienia w podtrzymaniu bliskości były szczególnie mocno odczuwane w sytuacjach cierpienia, samotności, niezrozumienia i marginalizacji. Te wrażliwe i podatne na destrukcję obszary życia jednostkowego i społecznego były w trwałej ekspozycji na chroniczny stres wynikający z rozprzestrzeniania się koronawirusa i konieczności dostosowania się do wymogów sanitarnych.

Celem rozdziału jest nie tylko pokazanie negatywnych przejawów braku bliskości, lecz także przybliżenie jej znaczenia, sposobów zabiegania o nią oraz dowartościowanie tych osób, które mimo wielu utrudnień dbały o relacje społeczne.

3.1. Znaczenie bliskości z drugim człowiekiem w sytuacji choroby i cierpienia

Zmiana jest jedną z najcelniejszych kategorii, które opisują stan człowieka stającego w obliczu zmagania się z chorobą. Zmianie ulegają wszystkie płaszczyzny funkcjonowania człowieka (Fopka-Kowalczyk 2013, s. 156), a pojawiające się trudności w dużym stopniu są związane z adaptacją do nowej sytuacji. W tym kontekście nabierają znaczenia te wartości i relacje, które poprzez swoją trwałość pozwalają na nowo zbudować poczucie stabilności. Należy do nich bliskość, która w chorobie i cierpieniu zmienia swoje formy i intensywność, ale pozostaje ważnym czynnikiem wzmacniającym pacjenta i jego rodzinę. Cierpienie utrudnia zaspokojenie potrzeby bliskości, ponieważ wiąże się ono z koniecznością zetknięcia się z trudną sytuacją choroby.

3.1.1. Cierpienie człowieka a potrzeba bliskości

Cierpienie człowieka jest jednym z najtrudniejszych zagadnień egzystencjalnych, które ma niezliczoną liczbę powiązań i egzemplifikacji w życiu konkretnych cierpiących osób. Ma także wiele odniesień do różnych dyscyplin naukowych, które na swój sposób traktują ten problem jako jeden z przedmiotów swoich badań. Cierpienie jednak wciąż wymyka się racjonalnemu opisowi, gdyż w swej istocie jest przeżyciem wielowymiarowym, zaprzeczającym logice szczęśliwego życia, do którego dąży człowiek.

Cierpienie często wiąże się z chorobą. Wyjaśnienie, czym jest choroba, odnosi się zaś do pojęcia zdrowia. Zdrowie może być rozpatrywane jako brak objawów choroby i cierpienia, dobrostan bio-psycho-społeczny, potencjał i właściwości człowieka, proces czy wartość (Heszen, Sęk 2012, s. 46–52). Zdrowie ma złożony charakter i obejmuje znacznie szerszy zakres niż tylko dobry stan i sprawność poszczególnych narządów. To także stan dobrego samopoczucia psychicznego i społecznego, co wyraża się w poczuciu zadowolenia, satysfakcji i aktywności (Kawczyńska-Butrym 2008, s. 52). Pojęcie choroby jest najczęściej rozpatrywane w dwóch ujęciach: ontologicznym i fizjologicznym. Pierwsze z nich koncentruje się na czynniku wywołującym stan chorobowy. W tym znaczeniu choroba może być rozumiana jako

[...] dynamiczna reakcja ustroju na działanie czynnika (lub wielu czynników) chorobotwórczych prowadząca do zaburzeń naturalnego współdziałania tkanek i narządów, a w następstwie do zabu-

rzeń czynnościowych i zmian w funkcjonowaniu poszczególnych narządów i całego ustroju człowieka (*Choroba* b.d.).

Przedstawiciele koncepcji fizjologicznej starają się nie traktować choroby jako zewnętrznego obiektu, lecz podkreślają możliwość jej wyjaśnienia w kategoriach fizjologicznego funkcjonowania organizmu (Kapusta 2015, s. 169). Nie zagłębiając się w etiologię i specyfikę poszczególnych chorób, warto zaznaczyć, że choroba nie jest pojęciem statycznym, lecz wyraża aktualny stan wiedzy medycznej dotyczącej zjawisk odzwierciedlających procesy patologiczne zachodzące w organizmie człowieka.

Należy zgodzić się z Alicją Rybakiewicz, która zauważa:

Choroba, ból z nią związany i cierpienie są czynnikami składowymi naszego życia. Kiedy już się nam przytrafiają, szukamy w nich głębszego sensu. Tragedie, które przytrafiają się ludziom oraz ich bliskim, przynoszą zmiany w całym naszym życiu (Rybakiewicz 2013, s. 53).

Cierpienie jest konsekwencją bólu dotyczącego ciała i różnych sfer życia człowieka, rozumianego jako byt duchowo-cielesny. Cierpienie nie jest tożsame z bólem, gdyż stanowi ono bardziej tajemnicę niż fenomen medyczny (Makselon 2009, s. 46). Geneza cierpienia będącego domeną psychiki odnosi się do bólu, ale nie jest on jedyną z możliwych przyczyn cierpienia. Poszukiwanie jego sensu to niezwykle złożone wyzwanie egzystencjalne (Godawa 2018, s. 16–21). Jan Aldridge, odnosząc się do problemu cierpienia, stwierdza:

Jest tyle sposobów reagowania na tego typu okoliczności, ilu ludzi, i o żadnym nie możemy powiedzieć, że jest dobry lub zły. Jedni płaczą, drudzy się modlą, inni przygryzają wargi, jeszcze inni odczuwają złość lub popadają w depresję. W każdym przypadku, w sytuacji gdy prosta ścieżka życia nagle wiedzie na nieznanie terytorium, jesteśmy przytłoczeni ogromem obcych nam dotąd emocji (Aldridge 2008, s. 7).

Cierpienie ogniskuje ludzkie myśli i działania wokół jego przyczyny, dążąc do jej wyeliminowania. Gdy jest to niemożliwe, człowiek zmierza do zminimalizowania skutków zaburzeń zdrowotnych. Chory oczekuje także, że otrzyma pomoc adekwatną do doświadczanego cierpienia. Jego zakres dobrze opisuje koncepcja bólu totalnego, która powstała na bazie obserwacji i diagnozy cierpienia osób nieuleczalnie chorych. Zakłada ona, że cierpienie

obejmuje wszystkie istotne sfery aktywności: somatyczną, socjalną, emocjonalną i duchową (Faull, Blankley 2015, s. 42–43). Oznacza to, że osoba doznająca cierpienia totalnego potrzebuje pomocy uwzględniającej jego różnorodne potrzeby. Zwykle osobami udzielającymi wsparcia nieuleczalnie chorym są profesjonaliści, a więc pracownicy medyczni i niemedyczni, mający odpowiednie kompetencje. Ważną funkcję pełnią także wolontariusze, którzy wykonują bezinteresowną pracę na rzecz potrzebujących (Seredyńska 2019b, s. 17–18; Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności... 2003), towarzysząc im w różnego rodzaju placówkach organizacji pozarządowych, podmiotów wyznaniowych, spółdzielni socjalnych, organów administracji publicznej lub odwiedzając chorych w domach. Jak zauważa Ewa Marynowicz-Hetka (2005, s. 15), ważny jest aksjologiczny wymiar ich posługi, który ma znaczenie dla motywacji podejmowanych działań.

Fundamentalną rolę w towarzyszeniu choremu odgrywają rodzina i inni bliscy. Przynależność do rodziny chorego niesie z sobą reperkusje, które są odczuwane przez poszczególnych członków rodziny: „Choruje i cierpi sam pacjent, ale razem z nim cierpią także jego bliscy” (Kowalczyk 2010, s. 38). Literatura przedmiotu podkreśla znaczenie osób bliskich w towarzyszeniu choremu, istotnie poszerzając ich zbiór. Mianem „bliscy” można określić nie tylko członków rodziny, ale także przyjaciół, znajomych, sąsiadów czy inne osoby, które pozostają blisko, choć nie są spokrewnione (Binnebesel 2007, s. 39). Stają się oni uczestnikami cierpienia danej osoby, a po śmierci doświadczają smutku żałoby.

Wraz z wystąpieniem choroby i cierpienia następują duże zmiany w zakresie odczuwanych przez chorego potrzeb. Powstaje w nim stan napięcia, czyli zakłócenia optimum życiowego (Szewczuk 1998, s. 434). Frustracja wynikająca z niezaspokojenia potrzeb, doświadczana przez chorego, jest tak mocna, że może stać się czynnikiem dezaktywującym bądź, wręcz przeciwnie, motorem do podejmowania wielu działań (Duggan 2019, s. 113). Nie zawsze pacjent potrafi nazwać i wyrazić swoje potrzeby. Dlatego w niektórych przypadkach

[...] można ten stan nazwać „bólem niewymownego cierpienia”, który wszystko potęguje i wszystko utrudnia, który przyczynia się do utrudnienia procesu zdrowienia i powrotu do normalnego życia (Cempa 2011, s. 169).

Potrzeby człowieka cierpiącego nie zawsze są oczywiste dla najbliższych mu osób. Bywa, że obiegowe przekonania o potrzebach ludzi u schyłku życia „[...] są wręcz wspaniałe, lecz kompletnie dalekie od rzeczywistości”

(Wieczorek 2019). Te poglądy odnoszą się między innymi do odczuwania przez chorego potrzeby bliskości. Należy ona do fundamentalnych potrzeb człowieka znajdującego się w kryzysie, ale z drugiej strony łatwo ją zrozumieć powierzchownie i dlatego trudno ją zaspokoić. Jan Kaczkowski w prosty sposób wyjaśniał te oczekiwania:

My chorzy wcale nie potrzebujemy pocieszactwa. Potrzebujemy bliskości. Potrzebujemy przekazu: nie bój się, jestem przy Tobie, Kocham Cię, nigdy Cię nie zostawię (za: Wieczorek 2019).

Dlatego apelował do wszystkich zainteresowanych pomocą chorym: „Nie bójcie się bliskości. Nie czekajcie, bo jest coraz później. Kochajcie teraz” (za: Wieczorek 2019). Te dobitne i przejmujące słowa są wezwaniem, by nie zapominać o istocie kontaktu z cierpiącym człowiekiem, o pełnej empatii i szacunku bliskości.

Bliskość w sytuacji choroby nie może być skoncentrowana jedynie na wzmacnianiu spójności. Ważne jest również zachowanie autonomii, która nie przymusza do okazywania emocji. Z właściwie pojętego dystansu korzysta także personel medyczny, który tworzy

[...] przestrzeń konieczną do tego, aby pacjent mógł pielęgnować swoją godność człowieka i w obliczu choroby zachować poczucie sensu i wartości działań służby medycznej.

Właściwy dystans stanowi gwarancję komfortu pacjenta i w konsekwencji ma on poczucie godnego przyjęcia i wysłuchania. Natomiast dla personelu medycznego właściwy dystans powoduje odpowiednie rozgraniczenie życia osobistego i profesjonalnego, a także wpływa znacząco na jakość opieki medycznej (Gliniecki 2022, s. 158).

Zbyt intensywna bliskość mogłaby wpływać na relację pacjent – medycy, to znaczy przekraczać obszar prywatności chorego. „Dystans zawodowy” ułatwia zbalansowanie tej niełatwej relacji. Nie jest on brakiem uczuć, obojętnością czy oziębłością, ale przestrzenią właściwego dialogu, opartego na szacunku zarówno osoby chorej, jak i personelu. Właściwy dystans pozwala odkryć w przestrzeni medycznej wymiary typowo ludzkie, takie jak: afirmacja człowieczeństwa w każdej osobie, zbudowanie relacji zaufania, ukierunkowanie na dobro.

Wojciech Gliniecki (2022, s. 162) wymienia czynniki, które warunkują właściwy dystans: cierpienie osoby chorej i emocje ściśle połączone z tym cierpieniem oraz pierwszy kontakt osoby chorej z lekarzem czy pielęgniarką.

Pierwszy kontakt określa proporcje bliskości i dystansu oraz pozwala zbudować więź zaufania. Ma ona wymiar terapeutyczny i dotyczy głównie pacjenta jako tego, który ufa lekarzowi, ale zakłada także sprzężenie zwrotne. Co więcej, duże znaczenie w procesie leczenia ma zaufanie do pacjenta. Wreszcie potrzebne jest uwzględnienie emocji, które generują konkretne zachowania:

W konsekwencji pozwalają one z jednej strony okazać szacunek osobie chorej, z drugiej zaś, niekontrolowane, mogą doprowadzić do zbyt wielkiego zaangażowania się personelu medycznego (lekarza, pielęgniarki, kapelana itp.). Zauważamy zatem, jak wielkie znaczenie odgrywają emocje w budowaniu dystansu w relacji z osobą chorą (Gliniecki 2022, s. 163).

Wymienione czynniki dają podstawy do budowania głębokiej, niekrywdzącej nikogo bliskości z pacjentem.

Osobą, od której postawy w dużym stopniu zależy bliskość z zespołem medycznym, jest lekarz. Andrzej Szczeklik następująco porusza to zagadnienie:

Ze strony lekarza sprowadza się po prostu do tego, by o chorym pamiętać, nosić go w sobie. I dlatego na pytanie: „Co lekarz o chorym wiedzieć powinien?” – odpowiadam: „Wszystko o jego chorobie, a o nim samym – niemało” [...]. Dlaczego trudno jest „być z chorym”? Bo wierność nie należy do mocnych stron naszej natury. A przeciwności jest wiele, od przyziemnych poczynając, jak: znużenie, obowiązki rodzinne czy przełożenie przyjemności osobistych nad powinność (Szczeklik 2007, s. 254).

Nie sposób rozważać bliskości z pacjentem, pomijając rolę pielęgniarek. Ich obecność przy chorym, a przede wszystkim wykonywane czynności i rozmowy mogą być nośnikami bliskości. Zdaniem Hanny Chrzanowskiej (2018) wybór zawodu pielęgniarki ma rangę powołania. Jego realizacja sprawia, że pielęgniarka pozostaje zawsze blisko chorego. Nie może być to niczym innym uzasadnione jak tylko wewnętrznym przekonaniem i poczuciem obowiązku. Bliskość między pielęgniarką a chorym jest istotą pielęgniarskiego powołania. Jeśli się zapomina o tym, przestaje się być pielęgniarką (Chrzanowska 2018, s. 166, s. 173). Pielęgniarka jest w zespole tą osobą, która towarzyszy pacjentowi, jest blisko, a równocześnie w każdej chwili gotowa do świadczenia fachowej pomocy (Krajewska-Kuśak i in. 2005, s. 26).

Do specyficznych czynności należy dotyk pielęgnacyjno-opiekuńczy, będący świadomym działaniem pielęgniarki:

W pielęgnowaniu stanowi on niezbędny element wszystkich działań podejmowanych przez pielęgniarkę. Przez dotyk pielęgniarka komunikuje pacjentowi swoją obecność i bliskość. To także komunikat wsparcia (Niechwiadowicz-Czapka 2014, s. 38).

Bliskość nawiązywana przez pielęgniarki z pacjentami jest istotnym wsparciem nie tylko pielęgnacyjnym i instruktazowym, ale także emocjonalnym.

Potrzeba bliskości z drugim człowiekiem w sytuacji choroby jest fundamentalna. Warto podkreślić, że ta sytuacja niekiedy domaga się nawiązania bądź zintensyfikowania bliskości także z Bogiem. Jak zauważa Tadeusz Biesaga,

[...] nie ma leków, które wyzwoliłyby człowieka z pytań o sens życia, o sens śmierci, o to, co jest po śmierci. Nie da się wziąć tabletki na cierpienie egzystencjalne, na wewnętrzne zmaganie się człowieka, na jego spór z Bogiem. Spór ten czy też intensywny dialog powinien mieć miejsce i powinien mieć stworzone odpowiednie warunki w szpitalu. Temu służy nie tylko kaplica w szpitalu, ale bliska obecność kapelana oraz obecność personelu medycznego, jego otwartość również na moralne i religijne pytania cierpiącego człowieka (Biesaga 2010, s. 81).

Nie zawsze chodzi tu o bliskość nieskomplikowaną. Jednak zmaganie się z trudnymi pytaniami, stawianie ich Bogu i ludziom może stanowić podwalinę do zbudowania bądź zmodyfikowania bliskości, którą naznaczyła choroba. W chorobie ważna jest bliskość z naturą, która może się stać źródłem estetycznych przeżyć, jak również ukojenia i wyciszenia emocji.

3.1.2. Towarzystwo jako forma bliskości

Kluczowym pojęciem określającym bycie blisko chorej osoby jest „towarzystwo”. Jest ono złożonym układem postaw, relacji i więzi wytwarzających się między opiekunem a podopiecznym (Kromolicka 2010, s. 266), formą bliskości okazywanej choremu na różnych płaszczyznach. Iwona Filipczak-Bryniarska i Jerzy Wordliczek tak piszą o towarzyszeniu w terminalnym stanie choroby:

Towarzystwo człowiekowi śmiertelnie choremu w ostatnich dniach czy miesiącach jego życia jest doświadczeniem trudnym i niepowtarzalnym. Może wzbudzać lęk oraz pragnienie ucieczki z trudnej sytuacji, ale może też prowadzić do przeżycia niezwyklej duchowej bliskości w kontakcie z drugim człowiekiem. W każdym przypadku towarzyszenie człowiekowi umierającemu wymaga stabilizacji sił psychicznych, fizycznych, czasu, stworzenia „klimatu” do dobrej komunikacji, delikatności, a niekiedy wręcz ogromnej cierpliwości i zdolności do poświęcenia (Filipczak-Bryniarska, Wordliczek 2008, s. 102).

Towarzystwo jest więc okazją do nawiązania bliskości, która wykracza poza fizyczność. Wiąże się z ryzykiem i potrzebą ofiarowania siebie, swojego czasu i sił. Warto przyjąć ten trud i ryzyko, ponieważ celem jest pomoc człowiekowi w ostatnim, niezmiernie ważnym okresie jego życia. Istnieje jednak również niebezpieczeństwo porażki. Przemysław P. Grzybowski podkreśla w tym kontekście znaczenie momentu podejmowania decyzji o byciu blisko chorego. Emocje związane z uświadomieniem sobie przez uczestników spotkania wzajemnej Inności i Obcości mogą utrudnić kontakt. Gdy okazuje się, że w tle rodzącej się relacji jest cierpienie, choroba lub śmierć, wtedy spotkanie z chorym może być przykrą koniecznością, a relacja ograniczona jej wymuszeniem (Grzybowski 2017, s. 40). Na szczęście ten scenariusz spotkania z chorym nie jest regułą. Sublimacja emocji towarzyszących bliskości pozwala na głębokie przeżywanie obecności drugiego człowieka, którego istota polega na współodczuwaniu z nim (Tylka 2012, s. 6). Maria Szabat (2011, s. 56–61) wyróżnia kilka komponentów towarzyszenia nieuleczalnie choremu człowiekowi:

◇ Obecność.

Biorąc pod uwagę znaczenie tej podstawowej formy towarzyszenia, autorka twierdzi:

Towarzystwo jest formą przyjaźni. Po to, by być z drugą osobą, musi ona, po pierwsze, na to pozwolić, po drugie, musi znać tego, kto towarzyszy. Nie sposób być przy chorym anonimowo czy z daleka, z dystansu. Zarówno w samą ideę towarzyszenia, jak i w treść tego pojęcia wpisana jest regularna, w miarę systematyczna obecność, pewnego rodzaju więź, umożliwiająca choremu poczucie niebycia samemu, niebycia opuszczonym (Szabat 2011, s. 56).

Fizyczna obecność sprawia, że w skrajnie trudnej sytuacji chory może zdać się na kogoś, kto współczuje, jest życzliwy i nie opuszcza go.

◊ Słuchanie.

W komunikowaniu się werbalnym i niewerbalnym ważną rolę odgrywa umiejętność empatycznego wysłuchania skarg chorego i jego bliskich. Wymaga to czasu i nastawienia na słuchanie, co wyraża się w stawianiu pytań, dotyku i milczeniu (Łuczak, Kotlińska-Lemieszek 2011, s. 4). Jak zauważa Zbigniew Bohdan:

Zwykle personel ucieka w nadaktywność, gadulstwo, słowotok. Mają one zabezpieczać przed zadawaniem trudnych pytań, na które nie ma odpowiedzi. Bardziej pomocne w takiej sytuacji są gesty międzyludzkiej solidarności, zapewnienie o „byciu razem” (Bohdan 2011, s. 141).

Zachowanie milczenia w takich sytuacjach pozostawia „przestrzeń” niezbędną do wypowiedzenia ważnych słów lub współmilczenia.

◊ Lojalność.

Lojalność wiąże się z odpowiedzialnym dążeniem do osiągnięcia dobra chorego człowieka. Wyraża się ona w mówieniu prawdy w taki sposób, by chory i jego bliscy mogli świadomie i łagodnie przeżywać sytuację, w której się znaleźli. Wymaga to od lekarza umiejętności współpracy i znajomości ograniczeń wynikających z występowania mechanizmów obronnych (Godawa 2016, s. 156). Lojalność lekarza wobec pacjenta może ujawnić się na przykład w sytuacji, gdy trzeba dokonać wyboru pomiędzy kontynuowaniem bezowocnego leczenia przyczynowego a podjęciem leczenia objawowego. Innym przykładem jest podjęcie decyzji o zaprzestaniu leczenia paliatywnego w celu uniknięcia uporczywej terapii (Szabat 2011, s. 59).

◊ Wspieranie.

Skuteczne wspieranie w chorobie jest możliwe dzięki nawiązaniu bliższego kontaktu. Bliskość emocjonalna, którą wyraża zdolność nawiązywania relacji opartych na przyjaźni, miłości, wzajemnym zrozumieniu i bliskości uczuciowej, stanowi składową poczucia sensu życia (Krok 2017, s. 102). Wspieranie w sytuacji, gdy poczucie sensu życia bywa zachwiane, jest niezmiernie ważne. Jednym z obszarów, w których można odnaleźć sens życia, jest wiara i związana z nią religijność. Rozumienie własnego życia oraz

relacji z innymi ludźmi w ramach systemu religijnego umożliwia nadanie sensu trudnym wydarzeniom. Świadomość żywej relacji ze sferą *sacrum*, a szczególnie z Bogiem traktowanym w kategoriach bliskości i miłości, powoduje, że życie człowieka staje się bardziej zintegrowane i ukierunkowane na wartościowy cel (Krok 2017, s. 90).

◇ Poszanowanie godności i autonomii.

Poszanowanie godności wyraża się w podmiotowym traktowaniu chorego. Jak akcentuje Bernadeta Szczupał:

Człowiek – osoba ludzka o niepodważalnej godności, byt w swej najgłębszej naturze społeczny – posiada swoją podmiotowość. Podmiotowość człowieka jest wynikiem, a jednocześnie warunkiem jego rozwoju (Szczupał 2009, s. 165).

Od osób towarzyszących i udzielających profesjonalnego wsparcia oczekuje się podejmowania takich działań, które nie będą naruszały tej godności. Niekiedy podejście do ludzi chorych i starszych nie licuje z godnością człowieka. Wiele spotkań z chorymi odbywa się bezrefleksyjnie, wręcz automatycznie. Pacjent tak traktowany staje się „rozpoznaniem medycznym i procedurą”, a przez to „kłopotem” (Bohdan 2014, s. 147). Według Światowej Organizacji Zdrowia założenia opieki paliatywnej odnoszą się do podmiotowości człowieka, gdyż mają na celu uszanowanie godności umierającego, a przez to okazanie mu wszechstronnej troski (*Cancer Pain Relief...* 1990, s. 11).

Po omówieniu komponentów towarzyszenia drugiemu człowiekowi trzeba zwrócić uwagę na cierpienie bliskich osób. Odczuwają one skutki cierpienia totalnego, które ogarnia wszystkie płaszczyzny ich codziennego funkcjonowania. Alicja Graczyk ujmuje to następująco:

Towarzyszenie śmiertelnie choremu w ostatnich miesiącach życia jest szczególnym doświadczeniem, dającym okazję do przeżycia bliskości z drugim człowiekiem, zwłaszcza w wymiarze emocjonalnym i duchowym. Może to jednak być przeżycie zbyt trudne i bolesne psychicznie, jak i fizycznie, powodując u bliskich chorego wycofanie się z procesu opieki. Szczerość i uczciwość w tym wyjątkowym czasie, bez uciekania się do niedomówień i kłamstwa wymagają siły i osobistej odwagi.

Dla wszystkich osób z otoczenia chorego u kresu jego życia jest to okres szczególnego wysiłku, cierpliwości, wyrozumiałości i delikatności (Graczyk 2012, s. 8).

Ubocznym skutkiem towarzyszenia choremu jest zatem różnowymiarowe obciążenie odczuwane przez bliskich. Zakłócenie homeostazy systemu rodzinnego domaga się intensywnego zaangażowania jego członków na rzecz zrekompensowania zaistniałej dysproporcji. Należy pamiętać, że czas obecności przy chorym człowieku to zgoda na wejście w niezwykłą tajemnicę (Seredyńska 2018, s. 82). Jej odkrycie uświadamia, że towarzyszenie choremu to szansa na rozwój i wzbogacenie własnego człowieczeństwa, wzmocnienie więzi rodzinnych oraz osób w procesie pokonywania trudności (Chmiel i in. 2008, s. 63).

Zagadnienie rozwoju dokonującego się w konfrontacji z cierpieniem nawiązuje do założeń logoterapii Viktora E. Frankla (2009), według którego sens życia można odkrywać i budować w trzech wymiarach ludzkiego doświadczenia. Są nimi: tworzenie (sztuka, nauka), przeżywanie (bliskość, miłość) oraz przejawianie określonej postawy wobec życia, w szczególności tego, co nieuniknione, zwłaszcza cierpienia (Frankl 2009, s. 211). Zdaniem wiedeńskiego psychiatry sens życia jest fundamentalnym czynnikiem ludzkiej egzystencji. Ustosunkowanie się do cierpienia opiera się na założeniu, że

[...] nie ma takiego tragicznego czy negatywnego aspektu życia, którego poprzez zajęcie określonej postawy nie dałoby się przekuć w pozytywne osiągnięcie (Frankl 2010, s. 100).

Frankl, jak zauważa Mirosław Kowalski (2021), nie abstrahuje od świata wartości, czyniąc go zarówno ważnym obszarem namysłu, jak i perspektywą widzenia psychologicznych zagadnień. Sens życia i cierpienia dotyczy także perspektywy eschatologicznej, która nadaje mu wymiar etyczny (Kowalski 2021, s. 25). Spoiwem tych odniesień jest miłość, wyrażająca się między innymi poprzez bliskość międzyludzką. Bliskość ta zakłada osobiste zaangażowanie człowieka w przeżywanie sytuacji, na przykład choroby.

Do założeń Frankla nawiązuje koncepcja wzrostu potraumatycznego (ang. *posttraumatic growth* – PTG) Richarda G. Tedeschiego i Lawrence’a G. Calhouna (Kwarta, Grzeźlińska, Pietras 2012, s. 295). Pozytywne zmiany składające się na potraumatyczny wzrost obejmują zmiany w relacjach interpersonalnych, percepcji siebie i filozofii życiowej. Na skutek przeżytej traumy ludzie potrafią nawiązywać bliższe relacje z innymi, odkrywać w sobie większe pokłady wrażliwości i współczucia dla innych, otwierać się przed innymi. Pod wpływem traumatycznego doświadczenia mogą z dystansem przyjrzeć się dotychczasowemu życiu i zmieniać je na lepsze. Doznawanie traumy może także zaowocować zmianami w przekonaniach egzystencjalnych i religijnych, bo osoby, o których mowa, w większym niż

wcześniej stopniu doceniają i przeżywają swoje życie. Ich filozofia życiowa staje się bardziej dojrzała, znacząca i satysfakcjonująca (Ogińska-Bulik 2013, s. 52–53). Przeobrażenia w filozofii życia dotyczą również sfery osobistego rozwoju, właściwego dla procesu samowychowania. Jest on uwarunkowany czynnym zaangażowaniem się bliskich chorego w przewyciężenie stagnacji oraz poszukiwanie tego, co służy osobistemu rozwojowi (Godawa 2014, s. 63–68).

Na drodze do osiągnięcia bliskości z chorym człowiekiem i własnego wzrostu pojawiają się utrudnienia związane z naturalnym lękiem przed chorobą, umieraniem i śmiercią. Lęk przed śmiercią postrzega się jako podstawową emocję przeżywaną przez osoby, które spotkały się z jakąś jej formą. Jedno z głównych źródeł lęku stanowi konfrontacja z tajemnicą. Jest nią bliżej czasowo nieokreślona śmierć, której doznaje się pośrednio. Dlatego lęk opiera się nie na rzeczywistym doświadczeniu własnej śmierci, lecz na jej prawdopodobieństwie (Makselon 2012, s. 27)¹. Przełamanie lęku przed śmiercią jest możliwe dzięki posiadaniu „wewnętrznej mocy”, o której pisze Mirosław Górecki:

Praca z ludźmi naznaczonymi stygmatem śmierci jest bardzo trudnym i odpowiedzialnym rodzajem służby społecznej. Wymaga nie tylko bezinteresownego poświęcenia własnych sił i umiejętności dla dobra drugiego człowieka, ale przede wszystkim determinacji, wrażliwości, wytrzymałości, umiejętności łączenia współczucia ze sprawnością działania. Przyjmując uczestnictwo w umieraniu, trzeba mieć przede wszystkim tę moc wewnętrzną, która pozwala przełamać lęk przed najbardziej oczywistą, a zarazem najbardziej niezrozumiałą prawdą życia i pokonać naturalny opór przed kontaktem żywego z nieżyjącym (Górecki 1995, s. 455).

Siła wewnętrzna, która jest w stanie zmierzyć się z takim wyzwaniem, wypływa z pozornie sprzecznych postaw: wrażliwości, wytrzymałości i umiejętności łączenia współczucia ze sprawnością działania. Bezinteresowne poświęcenie sił, czasu i umiejętności stanowi ogromny potencjał. Do tego dochodzą własne doświadczenia cierpienia, które – odpowiednio przepracowane – mogą stać się płaszczyzną wzajemnego zrozumienia. Dla osób wierzących w Boga i identyfikujących się z religią dodatkowym

1 Warto jednak podkreślić znaczenie doświadczeń bazujących na uczestniczeniu we własnym procesie umierania, na przykład podczas wejścia w stan śmierci klinicznej (Serafin 2020).

źródłem wewnętrznej siły jest perspektywa życia wiecznego. Nie oznacza to, że człowiek wierzący jest uzbrojony w pancerz, który zabezpiecza go przed cierpieniem. Wręcz przeciwnie, doznaje go jak każdy. Doświadczeniem egzystencjalnym wspólnym dla wszystkich ludzi jest poczucie niepewności i podatności na cierpienie. Według Bożeny Majerek (2018, s. 7) niepewność jest kategorią, która wypełnia całą przestrzeń życia człowieka. Będąc rezultatem wielu zjawisk i przeobrażeń, generuje nowe wydarzenia i problemy społeczne. W tym kontekście można powiedzieć, że

[...] w centrum chrześcijaństwa stoi człowiek podatny na zranienie. A bycie ranliwym, bycie otwartym jest strasznie ważne. Ten, kto boi się zranienia albo źle się czuje pośród ludzi zranionych, bo lęka się, że to samo może i jego spotkać, traci coś zasadniczego (*Śmierć bywa zniewagą* 2000).

Chodzi tu więc nie tyle o hermetyczne zabezpieczenie przed zranieniem, ile o odwagę zmierzenia się z nim. Takie otwarcie pomaga przeżywać bliskość z innymi zranionymi. To dlatego Cicely Saunders pisała, że

[...] takich właśnie ludzi potrzebujemy – ludzi, którzy do głębi potrafią zrozumieć cierpiącego, bo sami cierpieli (Saunders 1980, s. 288).

Pomimo zranień, a jeszcze bardziej na zabliznionych zranieniach można budować bliskość, która jest trwała, empatyczna, rzeczywista i uzdrawiająca. Można to skonkludować wypowiedzią św. Pawła:

Dlatego mam upodobanie w moich słabościach, w obelgach, w niedostatkach, w prześladowaniach, w uciskach z powodu Chrystusa. Albowiem ilekroć niedomagam, tylekroć jestem mocny (2 Kor 12, 10).

Jedną z najważniejszych form wsparcia społecznego chorego człowieka i jego bliskich jest opieka hospicyjna. U jej podstaw znajduje się kategoria bliskości, niezbędna w okazywaniu pomocy. Opieka paliatywno-hospicyjna jest pojęciem współczesnym, nawiązującym do wielowiekowych doświadczeń w zakresie wspierania chorego i umierającego człowieka. Dużą rolę odegrali w niej prekursorzy opieki hospicyjnej (Binnebesel, Godawa 2017, s. 463–492), która jest tożsama z opieką paliatywną realizowaną poza oddziałem szpitalnym, w warunkach stacjonarnych lub domowych. Współczesny model opieki hospicyjnej został zbudowany w głównej mierze dzięki

działalności Saunders (Krajnik, Żylicz 2011, s. 40–41) oraz Elisabeth Kübler-Ross (Kostek 2011, s. 21). Według WHO opieka paliatywna jest aktywną, wszechstronną i całościową opieką nad pacjentami cierpiącymi na choroby nieuleczalne, postępujące oraz niepoddające się leczeniu przyczynowemu. Jej celem jest poprawienie jakości życia chorych i ich rodzin (*Cancer Pain Relief...* 1990, s. 11).

Adekwatnie do wskazań WHO w warunkach polskich opieka hospicyjna jest sprawowana jako

[...] wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i społecznych (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych...).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej określa zakres świadczeń oraz wskazuje warunki, jakie powinni spełnić pacjenci ubiegający się o objęcie tą formą opieki (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych...).

Opieka paliatywno-hospicyjna jest oparta na standardach wynikających z jej filozofii, której głównymi przesłankami są:

◇ Akceptacja nieuchronności śmierci.

W opiece paliatywnej śmierć traktuje się jako naturalne zjawisko, będące zakończeniem nieuleczalnej choroby, co oznacza zaniechanie stosowania terapii uporczywej, daremnej z punktu widzenia medycyny.

◇ Akceptacja właściwej pory śmierci.

Założenie to oznacza powstrzymanie się od eutanazji, czyli działań przyspieszających śmierć.

◇ Afirmacja życia.

W opiece paliatywnej dużo uwagi poświęca się działaniom mającym na celu jak najpełniejsze wykorzystanie czasu, który pozostał choremu i jego rodzinie.

◊ Poprawa jakości życia chorego i jego rodziny.

Realizacja tej idei wymaga uwzględnienia troski o dobrą jakość życia chorego jako priorytetową, domaga się eliminacji bądź łagodzenia somatycznych objawów choroby. Opieka sprawowana nad chorym i jego rodziną jest holistyczna, obejmuje więc wszystkie sfery życia człowieka (Korzeniewska-Eksterowicz 2011, s. 14–15).

Fundamentem opieki hospicyjnej jest bycie blisko chorego człowieka. Dlatego podstawową formą wsparcia w opiece hospicyjnej jest towarzyszenie, będące pełną empatii obecnością przy chorym i jego bliskich. Miłość do cierpiącego człowieka i bliskość z nim wyraża się w jakości spędzanych wspólnie chwil:

Chodzi o to, by być blisko nie tylko jego łóżka, ale także – autentycznych problemów osoby umierającej, tego wszystkiego, co dzieje się w jej wnętrzu. Dzięki temu chory czuje niejako namacalnie, iż ci, którzy są przy nim, prawdziwie mu towarzyszą (Bartoszek 2000, s. 208–209).

Ważną cechą opieki hospicyjnej stanowi wsparcie zespołowe. Dzięki niemu świadczona opieka jest adekwatna do potrzeb chorego człowieka i jego rodziny (Godawa 2011, s. 498–504). W skład zespołu wchodzi: lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog, dietetyk, opiekun medyczny, a także kapelan oraz wolontariusze. Interdyscyplinarny charakter zespołu hospicyjnego zapewnia profesjonalne leczenie objawowe, podwyższające jakość życia człowieka w obliczu nadchodzącej śmierci. Dzięki dobranej terapii chory może dobrze funkcjonować nawet w zaawansowanym stadium choroby.

Bycie pacjentem hospicjum stwarza możliwość nawiązania bliskości z innymi chorymi oraz z zespołem hospicyjnym. Praca w hospicjum otwiera podobne perspektywy, które mogą być odpowiedzią na potrzeby chorych. Warto zauważyć, że osiągnięcie takiej bliskości jest procesem, który wymaga podjęcia wyzwania polegającego na wejściu w świat emocji, myśli i doświadczeń osoby chorej. Choroba ma właściwości izolujące, a jeśli jest śmiertelna, to jej społeczne oddziaływanie bywa zwielokrotnione. Można to zauważyć na przykład w społecznej percepcji opieki hospicyjnej. Choć w ostatnich latach zaszło wiele pozytywnych zmian w tym obszarze, skojarzenia z hospicjum są często wciąż dalekie od pozytywnych (*Odprawadzać, nie zatrzymywać...* 2012). Opieka paliatywna i hospicyjna pozostaje wciąż na marginesie społecznego zainteresowania, a tymczasem powinna budzić szacunek dla tych, którzy są nią objęci i którzy się jej podejmują (Sielicka, Iwański 2018, s. 35).

Warte uznania są kampanie społeczne mające na celu „odczarowanie hospicjum”, czyli przełamanie lęku, pokazanie prawdziwego wizerunku tej placówki, uświadomienie jej pozytywnej i niezwykle ważnej roli. Celem jest również pokazanie, że w hospicjum można rozwijać swoje pasje i dzielić się doświadczeniem (Kowalska b.d.). Tego rodzaju inicjatywy zmieniają społeczną percepcję starości, choroby, śmierci i opieki nad chorymi. W ten sposób ułatwiają osobom towarzyszącym zbliżenie się i nawiązanie relacji z chorym.

Interesującym sposobem budowania społecznego postrzegania bliskości z chorym człowiekiem jest propagowanie wolontariatu. Zachęcanie do podejmowania tej bezinteresownej działalności dokonuje się poprzez różnorodne strategie. Przykładem może być tekst ulotki promującej wolontariat:

 Szukamy ludzi pragnących dodać swemu życiu nowy kolor i odnaleźć sens codzienności w służbie innym, nawet za cenę emocjonalnych rozterek. Być wolontariuszem często nie jest łatwo, ale oddając czas drugiemu człowiekowi, inwestujesz również w siebie. Nie oglądaj się, zaryzykuj i dołącz do tych, którzy już wiedzą, że praca na rzecz innych przynosi wiele radości. Nie odkładaj tego na później! Wyjdź z ukrycia i przyłącz się do nas! (za: Wiensak 2014, s. 255)

„Cena emocjonalnych rozterek” jest zapowiedzią trudności, które napotykają wolontariusze w swojej pracy. Jednak ich przewyciężenie umożliwia rozwój i daje radość. Badania na temat pracy wolontaryjnej w hospicjum skupiają się w dużej mierze na motywacji podejmowania tej aktywności (Górecki 2000; Andersson, Öhlén 2005; Seredyńska 2017, 2019a, b). Na podstawie badań przeprowadzonych wśród wolontariuszy hospicyjnych Anna Seredyńska (2019a, s. 152) stwierdza, że najczęstszą motywacją zaangażowania są – zarówno na początku posługi, jak i w jej trakcie – uznawane wartości, odnajdywanie przyjemności w tej pracy oraz pragnienie podzielenia się dobrem otrzymanym od Boga. Nie brakuje też wolontariuszy, którzy chorują i cierpią, a badania potwierdzają, że są to osoby najbardziej wytrwałe w posłudze i mające najbardziej bezinteresowną motywację (Seredyńska 2017, s. 102). Wynika z tego, że trudne wyzwania podejmują osoby odwołujące się do wartości – wśród nich ważne miejsce zajmują godność chorego człowieka, empatia i chęć towarzyszenia mu w ostatnim okresie życia – które uważają, że dla chorego najważniejsza jest obecność: „przede wszystkim obecność”, „obecność kojąca, że ktoś jest obok, że ktoś trzyma za rękę” (Wiensak 2014, s. 254).

3.1.3. Tanatopedagogiczny wymiar bliskości

Aby przedstawić bliskość w kontekście tanatopedagogicznym, należy go szerzej opisać. Tanatopedagogika jest subdyscypliną pedagogiczną uwzględniającą fakt śmiertelności człowieka w procesie wychowania. Józef Binnebesel rozumie ją jako

[...] naukę o wychowaniu ze świadomością śmiertelności, wpisaną w naturę bytu ludzkiego, opartą na fundamentalnej zasadzie poszanowania godności każdej istoty ludzkiej oraz nienaruszalności i apriorycznej wartości życia ludzkiego (Binnebesel 2013, s. 251).

Można wnioskować, że ta subdyscyplina pedagogiczna opiera się na założeniach aksjologicznych, które warunkują wszechstronny rozwój człowieka. Wartość życia i godności osoby skonfrontowana ze śmiercią generuje napięcie, które nadaje dynamizm działaniom wychowawczym. Afirmacja godności człowieka jest warunkiem koniecznym do podejmowania rozważań nad jego rozwojem (Godawa 2016, s. 21).

Nieco inaczej akcenty w definiowaniu tanatopedagogiki rozkładają Józef Binnebesel i Janusz Mastalski, gdy umiejscawiają ją w obszarze rozwoju myśli o człowieku, wychowaniu i śmierci. Autorzy rozumieją tanatopedagogikę jako

[...] subdyscyplinę pedagogiki zajmującą się szeroko rozumianym procesem umierania i śmierci w kontekście wychowania i opieki pedagogicznej (Binnebesel, Mastalski 2017, s. 21).

Znajduje się więc ona na styku procesów życia, wychowania i umierania. To zestawienie zawiera w sobie pozorną sprzeczność, wynikającą z ukierunkowania wychowania na rozwój, którego zaprzeczeniem jest śmierć. W rzeczywistości jest ona kresem rozwoju, ale nie neguje ona wartości chwil przeżywanych w każdym okresie życia człowieka, również naznaczonych chorobą. Tanatopedagogika jest w swej istocie wychowaniem do życia ze świadomością jego przemijalności, a także wychowaniem do życia w bliskości z tymi, którzy chorują i cierpią:

Podstawę tej sfery wychowania stanowi więc idea nieustannej dbałości o życie i poprawiania jego jakości w każdych okolicznościach – niejako mimo wszystko (Grzybowski 2010, s. 291–292).

Bliskość w ujęciu tanatopedagogicznym odnosi się w pierwszym rzędzie do relacji rodzinnych naznaczonych cierpieniem. Jeśli przyjąć, że w społecz-

nym znaczeniu „[...] umieranie rozpoczyna się wraz z samotnością i opuszczeniem przez bliskich” (Binnebesel 2010, s. 36), to bliskość jest kategorią, która przeciwstawia się temu procesowi. Odczucie przez chorego bliskości innych osób osłabia poczucie osamotnienia i jego destrukcyjny wpływ. Proces chorowania pozbawia człowieka wielu kontaktów społecznych, dlatego tym większego znaczenia nabiera odczucie bliskości osób towarzyszących.

Bliskość w ujęciu tanatopedagogicznym nie jest rozpatrywana jedynie z perspektywy chorego człowieka, ale także w odniesieniu do pozostałych przedmiotów zainteresowań tej subdyscypliny, którymi są przeżycia osób towarzyszących cierpiącym i umierającym, szkolne wychowanie do cierpienia i śmierci czy tanatologiczne kształcenie nauczycieli (Binnebesel, Mastalski 2017, s. 22–24). Każde z tych ujęć ma status wrażliwego, ale w największym stopniu jest on właściwy doświadczeniom osób towarzyszących chorym. Ich potrzeba bliskości ma szeroki zakres i obejmuje relację z chorym, a także z innymi bliskimi osobami. Sieć wzajemnych powiązań wewnątrzrodziny stanowi siłę systemu, a budowanie bliskości pomimo przeciwności ma znaczenie samowychowawcze. Jest ono ważnym czynnikiem przeciwdziałającym regresowi i uwstecznieniu.

Płaszczyznami, na których można rozpatrywać bliskość w aspekcie tanatopedagogicznym, są więc wychowanie do współcierpienia (cierpienia), współchorowania (chorowania) i współumierania (umierania), a także refleksja nad rzadko opisywanymi wartościami mającymi duże znaczenie w przeżywaniu cierpienia czy śmierci, takimi jak troska, intymność, współczucie, delikatność (Binnebesel, Mastalski 2017, s. 26). Przedrostek „współ-” podkreśla ideę bliskości, która jest realizowana w trudnych okolicznościach funkcjonowania chorego człowieka i jego rodziny. Jak zauważa Adam A. Zych (2014, s. 216), „[...] intymność, bliskość, spokój oraz godność, która jest nienaruszalna – to istotne zasady opieki nad pacjentami terminalnie chorymi”. Zatem bliskość należy do istoty towarzyszenia osobom nieuleczalnie chorym oraz wspierania tych, którzy się nimi kompetentnie opiekują i ich leczą.

Konsekwencją przyjęcia celów tanatopedagogicznych w leczeniu i opiece są zasady budowania bliskości z uwzględnieniem postawy osób współuczestniczących w sytuacji tanatycznej. Wśród nich są:

- ◊ Zasada nienarzucającej się rozmowy, która opiera się na zaufaniu między pacjentem a osobą towarzyszącą. Szczera i pełna empatii rozmowa z zaufaną osobą może mieć dla uczestników sytuacji tanatycznej większą wartość niż ciągła obecność osób obojętnych.

- ◇ Zasada poszanowania godności pacjenta, która bywa niejednokrotnie łamana przez sposób traktowania ludzi chorych i będących u schyłku życia. Przeciwna godności bezrefleksyjność, wręcz automatyczność spotkań z chorym człowiekiem jest odnoszeniem się do niego, jakby był procedurą medyczną (Bohdan 2014, s. 147).
- ◇ Zasada troski o intymność, która broni prywatnej sfery pacjenta, naruszanej podczas zabiegów czy rozmów.
- ◇ Zasada troski o dobrą atmosferę, gdyż wpływa ona na samopoczucie chorego i jego bliskich.
- ◇ Zasada empatycznego trwania, która przeciwstawia się tendencjom do izolowania chorego oraz lękowi przed kontaktem z nim.
- ◇ Zasada kompetentnej interwencji, która, jeśli ma być skuteczna, powinna się opierać na kompetencjach społecznych, zawodowych, komunikacyjnych i moralnych.
- ◇ Zasada skutecznego korzystania z osobowych zasobów jednostek i rodziny, dzięki której zwiększa się ich samodzielność w rozwiązywaniu problemów.
- ◇ Zasada powiększania kompetencji, czyli nieustannego rozwoju, który warunkuje prawidłowe funkcjonowanie i okazywanie wsparcia (Binnebesel, Mastalski 2017, s. 25–26).

Bliskość rozpatrywana w kontekście tanatopedagogicznym jest w istocie troską o nawiązanie lub zachowanie głębokich relacji w sytuacji choroby i umierania. Jej zasadniczym celem nie jest tylko pragmatyczne zabezpieczenie potrzeb chorego bądź jego rodziny. Bliskość jest wyrazem miłości, a konsekwencją zastosowania jej w codziennym życiu – wzajemne otwarcie, wspieranie i wierna obecność. W tym znaczeniu tanatopedagogika jest

[...] dyscypliną trudną i wymagającą odpowiednich kompetencji. Z drugiej strony życie wymusza konfrontację ze śmiercią, a osoby i systemy rodzinne znajdujące się na różnych poziomach rozwoju stawia w sytuacji granicznej. Zagrożenie śmiercią sprawia, że funkcjonowanie chorego i jego bliskich ulega zasadniczym przemianom. Celem tanatopedagogiki jest nadanie im wymiaru rozwojowego (Godawa 2016, s. 35).

3.2. Izolacja społeczna w pandemii COVID-19 jako czynnik osłabiający bliskość

Wystąpienie koronawirusa w Wuhan w 2019 roku i rozprzestrzenienie się go na cały świat spowodowało, że Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła pandemię COVID-19 (World Health Organization 2020a). Zmieniła ona radykalnie codzienne funkcjonowanie jednostek i społeczeństw. Wprowadzone restrykcje wytyczyły nowe ramy codzienności. W ślad za ogłoszeniem pandemii zostały wydane zalecenia, aby zapobiec rozprzestrzenianiu się śmiertelniegroźnego zagrożenia. Objęły one swym zasięgiem całą populację, a w poszczególnych krajach zostały sprecyzowane i ujęte w formie aktów prawnych. Ich wspólną cechą były następujące wskazania:

Zachowaj bezpieczeństwo, stosując kilka prostych środków ostrożności, takich jak zachowanie dystansu fizycznego, noszenie maseczki, dbałość o dobrą wentylację pomieszczeń, unikanie tłumu, mycie rąk, kaszel w zgięty łokieć lub w chusteczkę. Sprawdzaj wytyczne w swoim miejscu zamieszkania i w miejscu pracy. Rób to wszystko! (World Health Organization 2020b)

Znamienne jest, że w ciągu pierwszych sześciu miesięcy pandemii Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała ponad sto podobnych dokumentów związanych z pandemią (World Health Organization 2020b). Już wtedy nie zabrakło głosów, że przestrzeganie dystansu przestrzennego może mieć skutek uboczny w postaci dystansu społecznego, który może przynieść konsekwencje dla zdrowia psychicznego (Mesa Vieira i in. 2020, s. 38).

W Polsce również podjęto działania prawne będące następstwem powszechnie przyjętej strategii walki z wirusem (Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach...). Ich zakres był niezwykle szeroki, a wprowadzane wciąż aktualizacje były reakcjami na dynamicznie zmieniającą się sytuację, związaną z kolejnymi falami zachorowań (Serwis Rzeczpospolitej Polskiej 2020). Pod wpływem tych stresorów na całe społeczeństwo, rodziny i jednostki została wywarta presja, której celem było wywołanie zmian w sposobie myślenia, zachowań i zwyczajach. Jednym z kluczowych słów w tym czasie była „izolacja”.

Słownikowa definicja izolacji oznacza oddzielenie kogoś lub czegoś od otoczenia, brak kontaktów oraz „[...] odosobnienie chorego zakaźnie lub nośnika zarazków choroby zakaźnej” (*Izolacja* b.d.). Izolacja to także

[...] odosobnienie osoby lub grupy osób chorych na chorobę zakaźną albo osoby lub grupy osób podejrzanych o chorobę zakaźną w celu uniemożliwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby (Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu...).

Izolacja społeczna ma również wymiar subiektywny, który polega na indywidualnej ocenie braku wystarczającego poziomu integracji jednostki z grupą, w czym jest podobna do osamotnienia (Szukalski 2005, s. 219). Dystans społeczny odnosi się do przestrzeni, odległości dzielącej jednych od drugich. Może być także rozumiany jako oddalenie, w którym pierwszoplanową rolę odgrywają przeżycia i wzajemne odniesienia ludzi w danym kontekście psychospołeczno-kulturowym (Szwed 2004, s. 45). Należy zauważyć, że w sensie formalnym w czasie pandemii COVID-19 termin „izolacja” odnosił się także do odosobnienia osoby, której wynik testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 był dodatni (Serwis Rzeczypospolitej Polskiej 2020). Wprowadzenie izolacji społecznej 31 marca 2020 roku (Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie...), rozumianej jako obowiązek zachowania dystansu między osobami, znalazło swoje odzwierciedlenie w relacjach społecznych.

3.2.1. Samotność i osamotnienie a potrzeba bliskości

Jak każdy kryzys zdrowotny pandemia wpłynęła negatywnie

[...] na dobrostan osób, tym samym grup i całych społeczeństw. W pandemii ludzie doświadczają szeregu negatywnych emocji, takich jak poczucie zagrożenia, lęk, niepewność, frustracja lub złość. Bywają smutni, samotni i zdezorientowani. Emocje te prowadzą do cierpienia, niszczą dobre samopoczucie, zadowolenie i satysfakcję z życia. Nie tylko obniżają jego jakość, ale prowadzą do kłopotów ze zdrowiem psychicznym (Duszyński i in. 2020, s. 28).

Konieczność pozostawania osobno, niemożność okazywania bliskości słowem i dotykiem wywoływały u wielu osób cierpienie (Durkin, Jackson, Usher 2021, s. 1).

Obciążenia psychiczne były w dużym stopniu związane z lękiem o własne zdrowie, o bezpieczeństwo najbliższych, obawą przed zakażeniem i śmiercią. Lęk dotyczył także niewystarczającego dostępu do opieki medycznej, konieczności przebywania w izolacji czy na kwarantannie, utraty pracy,

pogorszenia się warunków ekonomicznych oraz naruszenia wolności osobistej. Potęgował go także chaos informacyjny (Duszyński i in. 2020, s. 28). Lęk ten generował samotność i osamotnienie. Za Małgorzatą Brzezińską (2011, s. 54–55) można przyjąć, że samotność należy utożsamiać ze stanem obiektywnym, który charakteryzuje się brakiem kontaktów między ludźmi, a osamotnienie – ze stanem subiektywnym, który wiąże się z cechami osobowości i wynika z poczucia braku bliskich więzi z innymi osobami i braku wspólnoty życia.

Odczucie bycia opuszczonym i duchowo osamotnionym zawiera w sobie dramat niedostatku bliskości drugiego człowieka, natury, sztuki i wielu innych rzeczywistości wyrażających się na poziomie ducha. W sferze duchowości pandemia ograniczyła dostęp do dóbr kultury, a co za tym idzie – zubożyła duchowo społeczeństwo. Liczne interesujące inicjatywy kulturalne, realizowane w formie online, tylko częściowo uzupełniły powstałe braki. Wiele zrobiono, by kultura stała się „odporna” na zaistniałe okoliczności, stawiając na jej wewnętrzną i zewnętrzną siłę oraz umiejętność szybkiego reagowania w sytuacjach trudnych. Odwołując się do wspólnego zestawu wartości i pielęgnowania międzyludzkiej przestrzeni poprzez sztukę, animację, edukację kulturową, twórcze wykorzystywanie zasobów dziedzictwa („*Kultura odporna*” 2020), wyznaczono ścieżki rozwoju kultury w miesiącach izolacji społecznej. Wydaje się, że podjęte inicjatywy nie wypełniły pustki wywołanej ograniczeniami. Kultura stała się raczej „sztuką przetrwania” niż sztuką w jej pełnym wymiarze (Strawiński 2020). Dla osób związanych ze światem kultury oznaczało to konieczność dostosowania się do nowych warunków, generowania nowych inicjatyw bądź też rezygnację z dotychczasowego źródła duchowego rozwoju.

W takiej atmosferze bardzo trudno jest zabezpieczyć siebie i innych przed samotnością i poczuciem osamotnienia. Następuje kumulacja różnych rodzajów samotności: psychicznej, społecznej, moralnej i duchowej (Szafrąńska 2017, s. 195). Pierwsza z nich określa subiektywny stan, w którym występuje brak więzi psychicznej z drugim człowiekiem. Nie znajdując pomocy u innych, człowiek samotny odczuwa destrukcyjny wpływ tego stanu. Samotność społeczna (fizyczna) dotyczy sytuacji, w której z różnych względów nastąpiło osłabienie więzi rodzinnych, a jednostka z własnej woli dąży do izolacji lub jest izolowana przez społeczeństwo. Samotność moralna polega na oddaleniu się od innych na płaszczyźnie uznawanej hierarchii wartości z powodu utraty sensu życia i poczucia wewnętrznej pustki. Osoba samotna moralnie staje się zgorzkniała i dysfunkcyjna w kontaktach (Szafrąńska 2017, s. 195). Samotność duchowa polega na odczuwaniu pustki na

poziomie duchowości i wiary. W dużej mierze dotyczy osób, które nie mają rozwiniętej relacji z Bogiem (Krupa 2013, s. 101).

W czasie pandemii ludzie doświadczali samotności znacznie częściej niż wcześniej. Samotność dotykała w sposób szczególny osoby w podeszłym wieku. Trudności seniorów potwierdza „Raport o samotności. Pierwszy rok pandemii”, opracowany przez Szlachetną Paczkę. Główną jego tezą jest twierdzenie:

Takiej niepewności i długiej izolacji od najbliższych większość z nas nie doświadczyła nigdy. Przez ten rok wszyscy staliśmy się trochę bardziej samotni. [...]

Obok koronawirusa rozprzestrzenia się bowiem druga, mniej widoczna epidemia: epidemia samotności i strachu.

Samotność, tak jak wirus, zabija – i nie jest to przenośnia (Szlachetna Paczka 2021).

Badacze alarmują, że problem ten dotyczy wielu osób, zwłaszcza w podeszłym wieku i mieszkających samotnie:

Są uwięzieni we własnych domach i mieszkaniach. To trudne doświadczenie. Nawet ci, którzy mają rodzinę, jeśli dostaną się do szpitala, będą w nim sami. Wymogi epidemiologiczne oznaczają, że chorych w szpitalu nie będą mogli odwiedzać nawet ich najbliżsi. Chorzy odchodzą więc samotnie, bez rodziny, bez nikogo, kto mógłby ich pożegnać. Ta wizja paraliżuje nawet bardziej niż strach przed chorobą.

Wszystkie zagrożenia, które niesie ze sobą starość i samotność, w pandemii stały się jeszcze bardziej przerażające. Do ciszy i pustki dołączył strach (Szlachetna Paczka 2021).

Autorzy raportu przytaczają dane z 2020 roku, które dotyczą zagrożeń i śmiertelności w polskim społeczeństwie. Warto wymienić kilka z nich. Co trzeci Polak powyżej 75. roku życia mieszkał sam, co ukazuje skalę zjawiska singularyzacji osób starszych. Zanotowano 58 tysięcy nadmiernych zgonów (zgony porównywane względem średniej historycznej), odbyło się 12 milionów mniej porad lekarskich. Najczęstszą przyczyną wystawianych zwolnień lekarskich w pierwszym półroczu 2020 roku, oprócz ciąży, były zaburzenia psychiczne. Po raz pierwszy od 20 lat liczba prób samobójczych przekroczyła próg 12 tysięcy, z czego 43% zakończyło się śmiercią (Szlachetna Paczka 2021).

Te wstrząsające dane są efektem nie tylko samej pandemii, ale także działań podejmowanych w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się wirusa. Choć były one niezbędne i ukierunkowane na ochronę życia, przyniosły również niekorzystne skutki. Jedną z nich jest izolacja wraz ze wszystkimi jej konsekwencjami. Warto zauważyć, że już na początku pandemii nie brakowało głosów badaczy zapowiadających ten problem. Pozwalały one prognozować, że przymusowe odosobnienie znacząco wpłynie na jakość życia izolowanych osób, zwłaszcza gdy funkcjonują one w specyficznych warunkach, czyli mieszkają samotnie. Wtedy przymusowe odosobnienie jest bardziej dotkliwe niż dla osób o bogatej sieci relacji:

„Samotność działa na nasz dobrostan, na naszą troskę o zdrowie własne, innych. A przez to może się ona stać jednym z poważniejszych długofalowych problemów, które mają związek z pandemią [...]”.

„Jedna z metaanaliz pokazała, że osamotnienie jest związane z podobnym wzrostem umieralności, co palenie 15 papierosów dziennie albo co nadciśnienie tętnicze [...]” (Tomala 2020).

Pandemia spowodowała zmiany w duchowej aktywności społeczeństwa. U niektórych wystąpiło większe zaangażowanie religijne, u innych ono osłabło. Wspólną cechą tych zmian jest polaryzacja religijności Polaków w czasie pandemii (Centrum Badania Opinii Społecznej 2020b, s. 6). Opieka w przypadku zachorowania powinna być adekwatna do odczuwanych przez pacjentów potrzeb:

Historie przedstawiające samotne umieranie chorych na COVID-19, z dala od bliskich przypominają z całą ostrością, że chory nie powinien umierać w opuszczeniu, bez obecności Kochających osób, a w przypadku osób religijnych – bez dostępu do sakramentów lub rytuałów zaspokajających potrzeby z tej sfery (Sobański i in. 2020).

Można zgodzić się z twierdzeniem, że

[...] żyjemy w czasach „wymuszonej samotności”, dotykającej nie spodziewanie także tych, którzy dotychczas samotności nie doświadczyli. Co więcej, wiele osób, szczególnie w najtrudniejszych chwilach życia, szuka odpowiedzi, sensu i siły w Bogu. Dla nich prawdziwym cierpieniem może być ograniczenie, a nawet brak

dostępu do sakramentów i do posługi kapelana w sytuacji lęku o życie, zwielokrotnionego przez poczucie bycia opuszczonym przez ludzi, a może też przez Boga (Brożek i in. 2020, s. 141).

3.2.2. Ageizm jako mechanizm naruszający bliskość społeczną

Z zagadnieniem osamotnienia i samotności wiąże się zjawisko ageizmu, odnoszące się do wieku człowieka. W czasie pandemii przybrało ono szczególne formy i zakres. Robert N. Butler (1975) jako pierwszy użył terminu „ageizm” do opisanego uprzedzeń wobec starszych. Zdefiniował je jako proces systematycznej stereotypizacji i dyskryminacji ludzi ze względu na ich podeszły wiek (Butler 1975, s. 12). Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia starość zaczyna się w wieku 60 lat, a zgodnie ze wskazaniami Organizacji Narodów Zjednoczonych rozpoczyna się ona od 65. roku życia (Lada 2018, s. 335). Adekwatnie do tego założenia przyjmuje się, że ageizm to społeczne uprzedzenia, dyskryminacja i odrzucenie ludzi w podeszłym wieku (Trempała, Zając-Lamparska 2007, s. 448). Osoby te były w pierwszych miesiącach trwania pandemii szczególnie zagrożone, stąd dyskryminacja ze względu na rok urodzenia zyskała nowe uzasadnienie.

Warto odwołać się tutaj do myśli Zofii Szaroty (2013), która wyróżnia dwa przeciwstawne i naprzemiennie występujące style traktowania osób starszych: gerontofobię i gerontokrację. Pierwszy styl wynika z obawy przed doświadczaniem starości i zakłada postępującą degradację starzejącego się człowieka, a w konsekwencji wycofanie się z relacji i aktywności społecznych. Powstała w ten sposób separacja społeczna seniorów ma służyć zachowaniu ich dobrostanu emocjonalnego, zwiększonej refleksyjności oraz skupieniu na sobie (Szarota 2013, s. 18). Konsekwencją tych założeń jest izolacja osób starszych. Drugi z wymienionych stylów wiąże się z uznaniem mądrości seniorów i ich szczególnych zasług dla społeczeństwa, co uzasadnia pełnienie przez nich najważniejszych funkcji społecznych. Pozytywny ageizm polega na przypisywaniu osobom starszym cech, które wynikają z wieloletniego doświadczenia życiowego, takich jak życzliwość czy mądrość. Człowiek w podeszłym wieku wciąż podejmuje nowe rodzaje działań społecznych, a utracone role zastępuje nowymi. Satysfakcja seniora jest rezultatem rosnącej aktywności w nowo osiągniętych rolach (Szarota 2013, s. 19).

Odnosząc się do tego podziału, można przyjąć, że najczęściej obserwowaną formą ageizmu jest ta, która opiera się na różnych przejawach

gerontofobii. Negatywny ageizm jest formą wykluczenia i może wyrażać się w odrzuceniu społecznym osób starszych lub w autoageizmie. Polega on na uwewnętrznieniu przez seniorów stereotypów społecznych dyskryminujących najstarszą część społeczeństwa w obszarze zatrudnienia, opieki medycznej, wsparcia instytucjonalnego, a nawet w rodzinie (Palmore 2015, s. 873). W konsekwencji seniorzy poddają się panującym trendom i samych siebie traktują jako nieużytecznych społecznie.

Jak wspomniano, wystąpienie pandemii COVID-19 stworzyło warunki sprzyjające rozwojowi ageizmu. Wiązało się to z przyjmowaniem przez poszczególne kraje różnych modeli walki z koronawirusem. Jeden z nich opierał się na założeniu, że odporność danej populacji może zostać osiągnięta przez zarażenie około 60–70% społeczeństwa. Dlatego w dużym stopniu zrezygnowano z wprowadzania restrykcyjnych ograniczeń kontaktów społecznych. Podstawowe założenie brzmiało:

Odporność stada i ochrona gospodarki. A jeśli to w praktyce oznacza, że niektórzy emeryci umrą, to trudno (Bufacchi 2020).

Stwierdzenie to wzbudziło duże kontrowersje i wzmocniło postawy ageistyczne.

Negatywny ageizm już przed pandemią był szczególnie dotkliwie doświadczany przez osoby starsze przebywające w szpitalach i placówkach opiekuńczych. Przedpandemiczne doniesienia mediów na ten temat pokazywały niesprawiedliwą sytuację seniorów, trudne uwarunkowania systemowe oraz niejednokrotnie występujący brak empatii wśród pracowników ochrony zdrowia (Górska 2014). Pandemia stworzyła wiele sytuacji, w których niezbędne było podjęcie decyzji mających kontekst etyczny. Dotyczyło to między innymi korzystania z reglamentowanych źródeł wsparcia, na przykład respiratorów. Gdy liczba tych urządzeń nie zaspokajała aktualnych potrzeb społeczeństwa, musiały być podejmowane decyzje o pierwszeństwie w korzystaniu z nich. Analiza rekomendacji i opinii etycznych pokazuje dużą rozbieżność w tej sprawie (Pawlikowski 2020). W dokumentach znajdują się zapisy domagające się równego traktowania wszystkich pacjentów, a w konsekwencji pominięcia ich wieku w podejmowanych decyzjach (American Psychological Association 2020). Nie brakuje również przykładów na uwzględnianie wieku jako istotnego kryterium w terapii chorych na koronawirusa (White, Lo 2020, s. 1773). Postawienie kryterium wieku, jako priorytetowego wskaźnika do rozstrzygnięcia o kolejności ratowania życia, jest przejawem ageizmu.

Szczególnie trudnym momentem dla osób starszych było rozpoczęcie procedur leczenia szpitalnego, gdy takowe okazywało się niezbędne. Jak zauważa Tingbo Liang,

[...] pacjenci z potwierdzoną chorobą COVID-19 odczuwają często żal i złość, samotność i bezradność, obniżenie nastroju, lęki i fobie, gniew, mają zaburzenia snu. Niektórzy pacjenci mogą doświadczać ataków paniki. Oceny psychologiczne przeprowadzone w izolowanych oddziałach wykazały, że 48% pacjentów z COVID-19 manifestowało reakcje stresowe podczas wczesnego przyjęcia, większość z nich spowodowana była emocjonalnym sposobem radzenia sobie ze stresem (Liang 2020, s. 41).

Był on potęgowany znacznie ograniczoną dostępnością pozostałych usług medycznych. Pominięcie potrzeb pacjentów chorujących na inne choroby, problemy w dostępie do specjalistów czy oddziałów szpitalnych to kolejne przykłady niekorzystnych skutków pandemicznych ograniczeń (Żakowicki, Helak 2020, s. 54–55). Brak kontaktu z bliskimi był dla chorych przykrym doświadczeniem, gdyż rodzina osób chorujących i narażonych na zakażenie stanowi często najważniejsze empatyczne ogniwo wsparcia i wzmocnień (Heitzman 2020, s. 196).

Trudności izolacyjne seniorów uwidaczniały się także w języku debaty prowadzonej w mediach, zwłaszcza społecznościowych. Używanie określeń typu *boomer remover* w odniesieniu do koronawirusa sugerowało jego rolę w „oczyszczaniu” demograficznym społeczeństwa z przedstawicieli pokolenia 60+. W medialnym użyciu tego wyrażenia widać niechęć i brak szacunku wobec seniorów (Haffower 2020).

Na podstawie tych obserwacji zrodził się postulat podejmowania działań zmierzających do poprawy zarysowanej sytuacji. Istotne okazało się wypracowanie nowych form dotarcia do seniorów i opieki nad nimi, szczególnie gdy ich opiekunowie przebywają na kwarantannie lub w izolacji z powodu covidu (Rzecznik Praw Pacjenta 2020, s. 70).

3.2.3. Izolacja jako źródło frustracji z powodu niezaspokojonych potrzeb społecznych dzieci i młodzieży

Znaczenie więzi społecznych w życiu dzieci i młodzieży jest bardzo duże. Więzy te obejmują osoby spokrewnione, a także inne, które z racji koleżeństwa, przyjaźni czy związków romantycznych stają się ważne. Wiek

młodzięńczy domaga się rozwiązania konfliktu autonomia – zależność, a w związku z tym przeformułowania dotychczasowych relacji rodzinnych. W życiu adolescenta znaczącą rolę odgrywa grupa rówieśnicza, a także pierwsze związki o charakterze romantycznym. Rodzina nadal stanowi jednak podstawowe środowisko wychowawcze dziecka (Adamczyk 2016, s. 91). Umiejętność zachowania autonomii, a jednocześnie nawiązywania nietoksycznych relacji jest źródłem satysfakcji i poczucia samorealizacji.

Jak podkreśla Halina Wasilewska:

Tylko w świecie ludzkim coś dzieje się między jedną osobą a drugą. Osobowość człowieka kształtuje jego osobisty związek z ludźmi, którzy go kochają lub nie lubią, oraz tych, których on darzy uczuciem lub odmawia im miłości (Wasilewska 2013, s. 84).

Przebieg procesu kształtowania się osobowości, dojrzewania i rozwoju emocjonalno-społecznego zależy od istnienia pozytywnych relacji interpersonalnych i wyzwających się nowych potrzeb wynikających z dojrzewania płciowego. Rozwój tych potrzeb jest ściśle związany z doświadczeniem społecznym i rozwojem społecznym. W okresie późnego dzieciństwa i młodości związki te są tak silne, że izolacja społeczna staje się źródłem bolesnych przeżyć wskutek niezaspokojenia potrzeby bliskości emocjonalnej (Konarska 2017, s. 88).

Niestety, w okresie pandemii wprowadzono zasady życia społecznego, które w dużej mierze ograniczały możliwości realizacji potrzeb dzieci i młodzieży. Młodzi doświadczali konsekwencji skutków walki z pandemią do tego stopnia, że niekiedy określa się ich mianem *lockdown generation* (International Labour Office Monitor 2020, s. 2). Choć nazwa ta nie weszła do oficjalnego katalogu pokoleń, warto zwrócić uwagę na cechy nabyte przez młodzież podczas izolacji społecznej. Wtedy nagle utraciła ona codzienny rytm szkolny, okazję do interakcji społecznych i aktywności fizycznej, czyli to wszystko, co przed pandemią wpływało na jej codzienne życie (Godawa 2021b, s. 20–21).

Porównując zakres doświadczania skutków izolacji wśród polskiej młodzieży i seniorów, można przyjąć, że młodzi w czasie pierwszej fazy izolacji społecznej nieco częściej doświadczali poczucia samotności wynikającego głównie z braku bezpośrednich kontaktów z rówieśnikami (młodzi – 53%, osoby starsze – 43%). Młodym dużo bardziej niż starszym przeszkadzało zamknięcie szkół i uczelni (41% – młodzi, 14% – starsi), a także wyraźnie gorzej znosili niedostatek lub brak możliwości aktywności fizycznej (młodzi – 44%, starsi – 26%). Gorzej znosili też ograniczenia w wychodzeniu na

zewnątrz i konieczność pozostawania w domu (młodzi – 58%, starsi – 47%), a znacznie bardziej brakowało im życia towarzyskiego, zredukowanego ze względu na zamknięcie kawiarni, restauracji czy klubów (29% – młodzi, 19% – starsi) (Centrum Badania Opinii Społecznej 2020a, s. 10). Relacje zostały więc w dużym stopniu przeniesione do wirtualnej przestrzeni. Dzięki temu wiele z nich zachowało się lub uległy pogłębieniu. Jednak relacja bliskości, nawiązywana przez pośrednictwo mass mediów, choć ma wiele walorów,

[...] nie może i nie powinna być substytutem rzeczywistych relacji międzyludzkich, a dla młodych ludzi od dzieciństwa oswojonych z przenikaniem się świata wirtualnego i realnego zastępowanie komunikacji bezpośredniej przez internetową może stanowić poważne zagrożenie dla poczucia tożsamości własnej (Konarska 2017, s. 101).

Zdaniem Sélima B. Guessouma i in. (2020, s. 1) wybuch pandemii i izolacja społeczna, nagłe przerwy w nauce i zamknięcie w domu, wydłużony czas dostępu do internetu i mediów społecznościowych może mieć wielorakie konsekwencje dla życia nastolatków, wywołując chroniczny i ostry stres, niepokój o rodzinę, niespodziewaną żałobę, obawę o przyszłość gospodarczą rodziny i kraju. W trakcie pandemii młodzież podlegała bowiem licznym potencjalnym zdarzeniom traumatycznym, wśród których choroba i śmierć bliskich miały szczególne znaczenie. Jak pokazują wyniki dwuetapowych badań przeprowadzonych wśród krakowskich studentów, w czasie pandemii pogorszeniu uległ stan psychiczny badanych. Spadł ich poziom zadowolenia z życia, a wzrosły symptomy psychosomatyczne stresu. Wśród studentów dominowały negatywne emocje. Odczuwali oni głównie niepokój, smutek, wyczerpanie, wypalenie zdalnym nauczaniem i samotność. Symptomy te mogą wskazywać na to, że *lockdown generation* będzie pokoleniem neurotycznym (Długosz 2020a, s. 25).

Niezbędne jest zauważenie trudności doświadczanych przez dzieci w czasie izolacji. Skupienie uwagi na najstarszej części społeczeństwa skutkowało w niejednym przypadku jej niedostatkami wobec najmłodszych, w powszechnym przekonaniu najmniej zagrożonych wirusem. Niestety nie zawsze brano pod uwagę fakt, że dzieci nie mają wystarczająco silnego głosu w debacie społecznej i nie potrafią zatroszczyć się o swoje prawa i potrzeby. Jednym z przykładów niewłaściwego potraktowania dzieci była Hiszpania, która wprowadziła wobec nich najbardziej rygorystyczne ograniczenia wśród krajów Unii Europejskiej: przez 42 dni dzieci do 13. roku

życia miały zakaz opuszczania domów, a nastolatki mogli wyjść tylko w konkretnym celu, na przykład po zakupy. Tak surowe restrykcje wobec dzieci spotkały się z oporem, licznymi protestami i zmusiły do refleksji, w wyniku czego premier Hiszpanii oficjalnie przeprosił dzieci i przyznał się do błędu dorosłych (Laska 2020, s. 4). Cierpienia dzieci i młodzieży związane z lockdownem stanowią nie do końca zbadany obszar i wciąż brakuje odpowiedniego wsparcia.

Według raportu UNICEF (2021) po upływie roku od wystąpienia pandemii COVID-19 wiele dzieci na całym świecie nadal borykało się z przerwami w edukacji z powodu całkowitego lub częściowego zamknięcia szkół. Miało to katastrofalny wpływ na ich naukę i dobrobyt. Dla większości uczniów na całym świecie szkoła jest miejscem, w którym mogą spędzić czas z rówieśnikami, znaleźć wsparcie, mieć dostęp do usług zdrowotnych oraz pożywnych posiłków. Dla zobrazowania problemu UNICEF zaprezentował projekt graficzny „Pandemiczna klasa”, która składa się ze 168 pustych ławek. Każda z nich symbolizuje milion dzieci mieszkających w krajach, w których placówki edukacyjne były (od marca 2020 do lutego 2021 roku) całkowicie zamknięte przez prawie rok. W przypadku Polski liczba dni, w których szkoły były w tym okresie zamknięte, wynosiła 96 (UNICEF 2021, s. 2). Dominującą, a często także jedyną formą edukacji stało się nauczanie i uczenie się na odległość.

Do 2020 roku w polskich warunkach szkolnych nauczanie na odległość obejmowało zasadniczo niewielki obszar edukacji. Była ona obecna głównie na poziomie szkolnictwa wyższego, a także jako poszerzenie oferty edukacyjnej szkół (Michałowski, Myka 2014, s. 7). Zmiany wywołane pandemią spowodowały konieczność wykorzystania nauczania na odległość jako podstawowej i obowiązującej formy edukacji. W dużym stopniu stało się to możliwe dzięki włączeniu w proces edukacji rodziców uczniów, co znacznie obciążało system rodzinny.

Opinie rodziców na temat zdalnego nauczania realizowanego w warunkach pandemicznych są zwykle krytyczne i pokazują mankamenty tej formy kształcenia, choć nie brakuje głosów podkreślających jego walory. W świetle badań można stwierdzić, że aż 67,5% respondentów koncentrowało się wokół niskiej oceny jakości tej formy edukacji. Zaledwie w 5% wypowiedzi edukacja ta jest oceniana bardzo dobrze, co stanowi niewielką wartość w porównaniu z jedną czwartą głosów oddanych na kategorię „niedostatecznie” (Godawa, Kutek-Sładek 2020, s. 125).

Badania jakościowe również potwierdzają te wyniki. Wachlarz trudności doświadczanych przez dzieci jest szeroki: dziecko jest sfrustrowane,

rozleniwione, zostawione samemu sobie, nie ma czasu na zabawę, nie ma motywacji, nudzi się, nie jest zainteresowane, jest przepracowane obowiązkami szkolnymi, ma więcej nauki, jest rozdrażnione i nie ma utrwalonej wiedzy (Godawa 2020a, s. 221).

Sytuacje, których doświadczają w pandemii dzieci i adolescenty, wiążą się z oddziaływaniem stresu. Stres psychologiczny najczęściej definiuje się w odniesieniu do konkretnego związku czynników zewnętrznych z właściwościami człowieka. Richard S. Lazarus i Susan Folkman rozumieją stres jako

[...] określoną relację osoby z otoczeniem, ocenianą przez osobę jako obciążającą lub przekraczającą jej zasoby i zagrażającą jej dobrostanowi (Lazarus, Folkman 1984, s. 19).

Z kategorią stresu ekstremalnego łączy się również pojęcie traumy. Dotyczy ona kryzysowych wydarzeń życiowych, które naruszają podstawy życia osobistego i społecznego oraz są zwykle poza kontrolą jednostki. Wśród typowych potencjalnych zdarzeń traumatycznych wymienia się zagrożenie życia i zdrowia jednostki, wypadki, kataklizmy itp.

Zagadnienie psychologicznych konsekwencji funkcjonowania młodzieży w czasie pandemii znalazło odzwierciedlenie w badaniach. Leilei Liang i in. (2020, s. 846) zrealizowali badania w Chinach wkrótce po wystąpieniu koronawirusa. Wyniki pokazują, że około 40% respondentów deklaroowało problemy psychologiczne, a 14,4% symptomy PTSD. Badania ujawniły także negatywne strategie radzenia sobie z trudną sytuacją. Potwierdzają to chińskie badania Caiyun Zhang i in. (2020, s. 6), którzy zwrócili uwagę na znaczenie pozytywnych strategii radzenia sobie oraz *resilience* jako czynników zabezpieczających. Na strategie radzenia sobie w pandemii wskazały badania Lilly Shanahan i in. (2020, s. 8), które potwierdziły znaczenie zachowania codziennej rutyny, zaangażowania w fizyczną aktywność, pozytywnego przewartościowania i innych zastosowanych strategii. Badania przeprowadzone przez Alicję Senejko i in. (2022, s. 12) zwróciły uwagę na wzrost potraumatyczny, który deklarowali młodzi respondenci w czasie pierwszej fazy izolacji społecznej. Wyniki pokazały, że różne rodzaje zagrożeń „pandemicznych” są pozytywnymi predyktorami zmian związanych z rozwojem.

Eric A. Waselewski, Marika E. Waselewski i Tammy Chang (2020, s. 650–651) zrealizowali badania jakościowe dotyczące potrzeb amerykańskiej młodzieży i strategii radzenia sobie w sytuacji pandemii. Okazało się, że znacząca część badanych doświadcza deficytu w zaspokajaniu swoich

potrzeb oraz negatywnego wpływu pandemii na zdrowie psychiczne. Max Margolius i in. (2020, s. 1) przeprowadzili ogólnonarodowe badania na młodzieży w Stanach Zjednoczonych. Wyniki wskazują, że adolescenti doświadczają zbiorowej traumy i potrzebują wsparcia w zakresie zaspokojenia swoich podstawowych potrzeb, zdrowia fizycznego i psychicznego oraz możliwości uczenia się. Sytuację polskiej młodzieży przedstawili Szymon Grzelak i in. (2020b, s. 17–19), którzy opracowali raport z badań własnych, akcentując między innymi pozytywne zmiany, jakie zaszły w czasie pandemii w życiu osobistym oraz rodzinnym respondentów.

Jednym z obszarów obciążonych przez izolację społeczną jest przemoc domowa, która nasiliła się w trakcie pandemii. Z badań przeprowadzonych przez Fundację „Dajemy Dzieciom Siłę” wynika, że 27% dzieci i młodzieży w wieku 13–17 lat doznało w okresie od połowy marca do końca czerwca 2020 roku co najmniej jednej z 12 badanych form krzywdzenia. Co dziesiąte dziecko doświadczyło przemocy ze strony bliskiej osoby dorosłej. Tyle samo dzieci było ofiarami wykorzystywania seksualnego (Fundacja „Dajemy Dzieciom Siłę” 2020). Izolacja w domu wiąże się ze zwiększonym ryzykiem, że dzieci będą świadkami przemocy czy znęcania się lub sami jej doświadczą. Zatem bardzo istotne jest uwzględnienie przywołanego problemu w działaniach wspierających dzieci i młodzież.

3.2.4. Restrykcje osłabiające współdziałanie środowiska medycznego

Trudno jest wskazać obszar życia społecznego, który nie byłby poddany restrykcjom bądź naznaczony ich konsekwencjami. Skutki pandemii COVID-19 nie ominęły edukacji, która przyjęła formę zdalną (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie szczególnych rozwiązań...). Ograniczeniami objęto sektor ochrony zdrowia, w którym z oczywistych względów wprowadzono szczególne zasady. Pandemia oznaczała nowe wyzwania dla opieki zdrowotnej. Konieczność zorganizowania i sfinansowania dodatkowych świadczeń, przy jednoczesnym zachowaniu bezpieczeństwa pacjentów i medyków, pogłębiła dotychczasowe problemy w dziedzinie ochrony zdrowia. Zarządzanie tym systemem, jako zjawisko nowe, któremu towarzyszył społeczny lęk, było trudnym wyzwaniem (Jaroszewska, Ołdak 2022, s. 55).

Nowe wyzwania można ująć następująco:

Epidemia SARS-CoV-2 wymusiła opracowanie nowych wzorców procedur i zachowań we wszystkich obszarach życia społecz-

nego, a w szczególności w sektorze ochrony zdrowia. Kryzys z nią związany oraz konieczność ograniczenia zakażeń wśród osób zatrudnionych i pacjentów wymusiły na zarządzających zmianę organizacji działania szpitali, a w szczególności: zapewnienie łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19, wydzielenie stref bezpieczeństwa (wydzielenie tzw. stref czystych i brudnych), zmianę przeznaczenia pomieszczeń np. na izolatki czy sale intensywnej terapii, budowę śluz itp. Miało to negatywny wpływ na leczenie innych chorych niż zakażeni SARS-CoV-2 (Najwyższa Izba Kontroli 2022, s. 5).

W przytoczonym tekście wymieniono tylko niektóre przepisy sanitarne i zalecenia, które były wdrażane w czasie pandemii. Ich zastosowanie wiązało się z koniecznością dostosowania codziennego funkcjonowania placówek ochrony zdrowia do zaleceń, które zmieniały się w miarę narastania kolejnych fal zachorowań. Personel pielęgniarski musiał zatem nauczyć się pracy w nowych, specyficznych warunkach z uwzględnieniem następujących czynników:

- ◊ Wyznaczano stałe zespoły pracujące w ściśle określonym systemie pracy.
- ◊ Ustalano odpowiednie przerwy w pracy i ich miejsce.
- ◊ Budowano system odpowiedniej komunikacji między zespołami pracującymi w tak zwanej strefie czystej i strefie brudnej.
- ◊ Personel musiał przystosować się do pracy w dodatkowym umundurowaniu (półmaska filtrująca FFP2 lub FFP3, kombinezon lub fartuch chirurgiczny wodoodporny, czepek chirurgiczny, gogle, przyłbica, rękawice medyczne długie i krótkie, buty ochronne, ochraniacze na buty).
- ◊ Praca w strefie brudnej przez kilka godzin uniemożliwiała zaspokojenie swoich podstawowych potrzeb życiowych.
- ◊ Część personelu zamieszkała w hotelach przeznaczonych dla personelu szpitala jednoimiennego, gdyż obawa przed niezamierzonym zainfekowaniem osób bliskich była silniejsza niż potrzeba codziennego źródła wsparcia.
- ◊ Codzienna praca w warunkach przewlekłego stresu i informacje podawane w mediach wywoływały uczucie niepokoju, obniżenie nastroju, objawy wypalenia zawodowego, zaburzenia zdrowia psychicznego oraz kryzys relacji społecznych.
- ◊ Podejmowane na co dzień ryzyko, brak możliwości wyrażenia emocji, uwolnienia się od obaw i lęków wymagało nauczenia się strategii radzenia sobie ze stresem.

◊ Wiele osób z personelu medycznego musiało zmierzyć się z sytuacją hejtu, stygmatyzacji czy odrzucenia, nawet w gronie rodziny czy znajomych (Gniadek i in. 2020, s. 150–151).

Wówczas zwiększył się stres związany z pracą w trudnych warunkach. Jak donoszą Lech Grzelak i Piotr Szwarz, wybuch pandemii spowodował wśród pielęgniarek

[...] zmianę w odczuwaniu stresu u 98,5% badanych. 89,2% osób zauważyło u siebie nasilone objawy stresu. Stres potęgowały przede wszystkim zmiany na poziomie organizacji pracy oraz lęk przed zakażeniem i przeniesieniem wirusa z pracy na rodzinę. U 6,2% badanych często pojawiały się myśli o rezygnacji lub zmianie pracy. Po roku pracy w pandemii stres utrzymywał się na poziomie średnim i niskim (Grzelak, Szwarz 2021, s. 7).

Te wysokie wyniki są potwierdzane przez innych badaczy. Magdalena Gawrych (2022) zwraca uwagę na zagrożenie zastępczą traumatyzacją, właściwą dla osób będących w kontakcie z osobami, które przeżyły traumę. W takim przypadku silny stres może przekroczyć tolerancję psychiczną profesjonalisty i prowadzić do różnych nieprawidłowości psychicznych (Gawrych 2022, s. 293). Joanna Dymecka (2021) zwraca uwagę na szczególnie wysoki poziom stresu odnotowany wśród pracowników ochrony zdrowia, zwłaszcza przebywających najdłużej z chorymi. Postrzeganie przez pracowników ryzyka zakażenia było predyktorem odczuwanego stresu (Dymecka 2021, s. 7). Biorąc pod uwagę różnorodność i złożoność doświadczeń personelu medycznego w pracy zawodowej w czasie izolacji społecznej, należy podkreślić, że doświadczenia poszczególnych osób mają w dużym stopniu charakter indywidualny, a przez to nie do końca dający się porównać z przeżyciami innych osób (Gniadek i in. 2020, s. 154).

Trudności odczuwane przez pracowników sektora ochrony zdrowia były niepodważalnym faktem. Wdrażano więc działania, które mogły przyczynić się do zmniejszenia niektórych skutków podejmowania pracy w skrajnie trudnych warunkach. Jednym z tych działań było przyznanie pracownikom medycznym od listopada 2021 do czerwca 2022 roku tak zwanych dodatków covidowych. Warunkiem ich otrzymania było jednoczesne spełnienie następujących warunków: wykonywanie zawodu medycznego; uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2; praca na oddziałach, w których placówka medyczna zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem i z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (Narodowy

Fundusz Zdrowia 2021). Raport Najwyższej Izby Kontroli (2022, s. 43–45) wskazuje wiele nieprawidłowości i niekonsekwencji we wprowadzaniu zasad przydzielania i wypłacania dodatków. Te niejasności i błędy przyczyniły się do powstawania napięć w środowisku medycznym oraz społeczeństwie (Lisowska 2020).

Inną przyczyną napięć było stosowanie bądź rezygnacja ze stosowania szczepionek przeciwko koronawirusowi. Kwestia ta pojawiła się wyraźnie w debacie społecznej. Kampanie promujące szczepienia oraz sprzeciw wobec ich przyjmowania zapoczątkowały wiele publicznych dyskusji i nieformalnych sporów. W sektorze ochrony zdrowia zagrożenie to nabrało szczególnego znaczenia ze względu na bezpośrednie zagrożenie zarażeniem się, na jakie eksponowani są pracownicy medyczni. Racje za stosowaniem szczepień wśród pracowników służby zdrowia są oczywiste, a uzasadnieniem jest ochrona

[...] zarówno personelu przed zachorowaniem, absencją w pracy z wszystkimi jej konsekwencjami zdrowotnymi i ekonomicznymi, jak i pacjentów (redukcja ryzyka zakażenia w placówce medycznej, większa dostępność do placówek ochrony zdrowia poprzez brak zakłóceń w jej działaniu spowodowanych absencją pracowników) (Kuchar, Karlikowska-Skwarnik 2021, s. 706).

Duże emocje wśród medyków wzbudziła zapowiedź wprowadzenia obowiązkowych szczepień pracowników niektórych zawodów, w tym ochrony zdrowia. Zapowiedź ta została usankcjonowana prawnie Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii. Dokument zobowiązał pracowników ochrony zdrowia, aptek i studentów medycyny do zaszczepienia się do końca lutego 2022 roku. Sprzeciw wobec zasadności tego nakazu był wyrażany na różne sposoby (Krajewska 2021). Także studenci medycyny protestowali przeciwko obowiązkowi szczepień jako warunkowi studiowania (Michałowski 2022). Jak wiadomo, przepis zawarty w rozporządzeniu nie był egzekwowany. Niemniej atmosfera towarzysząca protestom części pracowników ochrony zdrowia, jak również studentów osłabiła i tak wątpliwą jedność środowiska medycznego.

3.3. Troska o bliskość międzyludzką w czasie izolacji społecznej

Okres trwania pandemii przyniósł także pozytywne zmiany społeczne. Niektóre z nich odnoszą się do bliskości, do której powrót był ważnym pragnieniem wielu osób. Podtrzymanie bliskości stało się celem licznych działań podejmowanych w wymiarze rodzinnym, mikro- i makrospołecznym. Jak zauważa Ewa Ambroziak, warunkiem zaistnienia pozytywnych efektów pandemii w środowisku rodzinnym jest przede wszystkim świadome podejście rodziców do kwestii

[...] ułożenia życia rodziny w ekstremalnej sytuacji pandemii, ich zdolność zarządzania własnymi emocjami i zapewnienia dzieciom bezpiecznych warunków do rozwoju. Sprzyja im także otwarta komunikacja i pozytywne nastawienia (Ambroziak 2020, s. 24).

Otwarta komunikacja zakłada potrzebę podtrzymywania i nawiązywania kontaktów interpersonalnych. Dlatego jedną z pierwszych reakcji na wprowadzone wiosną 2020 roku restrykcje były działania skoncentrowane na więziach społecznych, zwłaszcza rodzinnych.

3.3.1. Kampanie społeczne na rzecz bliskości

W czasie pandemii nie brakowało apeli o zachowanie „dystansu społecznego i izolacji społecznej”, ale były też inicjatywy zmierzające do zachowania dystansu fizycznego i solidarności społecznej (*Niepewność i izolacja...* 2020). Zwracały one uwagę na konieczność kontaktowania się z osobami, które są szczególnie zagrożone samotnością:

Obejmijmy babcie, dziadków, mamy i ojców teleopieką rodzinną. Niech to będą regularne telefony, o określonej porze, rano i wieczorem, by seniorzy mieli pewność, że mają wsparcie. By nasze babcie, dziadkowie, rodzice w dojrzałym wieku, ale też sąsiedzi czy przyjaciele, mieli poczucie, że mają kogoś przy boku (*Dwa telefony...* 2020).

Tego rodzaju komunikaty towarzyszyły rozprzestrzenianiu się koronawirusa i postępującym obostrzeniom. W stosunkowo krótkim okresie zmieniła się świadomość społeczna w tym obszarze. Atmosfera zaangażowania na rzecz podtrzymywania więzi rodzinnych i sąsiedzkich sprzyjała wielu inicjatywom, także podejmowanym przez sieci telefoniczne, które miały ułatwić

komunikację poprzez zmniejszenie jej kosztów. To spowodowało znaczne zwiększenie czasu spędzanego na rozmowach telefonicznych (*Rozmowy telefoniczne...* 2020). Nie zastąpiły one spotkań rodzinnych, ale w pewnym stopniu ograniczyły skutki ich braku.

Podniesienie poziomu świadomości społecznej dotyczącej potrzeb seniorów dokonywało się na różnym szczeblu. Jedną z ważniejszych wypowiedzi w tym obszarze był apel Hansa Henriego P. Kluge, który w imieniu WHO postulował:

[...] wspieranie i ochrona osób starszych, które żyją samotnie, to sprawa wszystkich [...]. Wszystkie osoby starsze powinny być w tym czasie traktowane z szacunkiem i godnością. Pamiętajcie, nikogo nie zostawimy samego [...]. „Dystans fizyczny to nie izolacja społeczna” (Kluge 2020).

Istotna jest teza, że ochrona seniorów to sprawa ważna dla całego społeczeństwa, która wzmacnia poczucie wzajemnej odpowiedzialności. Należy również podkreślić, że dystans fizyczny nie oznacza społecznej izolacji w dosłownym znaczeniu tego pojęcia. Dlatego głębokiego sensu nabierają działania na rzecz potrzebujących.

Założenia przyświecające aktywności na rzecz seniorów są odwołaniem do podstaw aksjologicznych. W trudnej sytuacji społecznej obecność wartości motywowała do podejmowania różnego rodzaju działań. Pandemia zweryfikowała także hierarchię wartości ważnych dla całego społeczeństwa oraz poszczególnych jednostek. Niektóre wartości, do tej pory uznawane za priorytetowe, zostały osadzone w zupełnie innym kontekście i poddane weryfikacji. Na podstawie badań porównawczych przeprowadzonych w Krakowie w 2018 i 2020 roku Piotr Długosz zauważa, że hierarchia deklarowanych przez badanych wartości uległa zmianie. Z danych zebranych w 2018 roku wynikało, że mieszkańcy Krakowa najbardziej cenili zdrowie, udane małżeństwo, dzieci oraz pieniądze. Dwa lata później pod wpływem pandemii zaobserwowano odmienny stosunek mieszkańców Krakowa do niektórych wartości. Największą zmianę (wzrost) odnotowano w podejściu do wartości wolności, swobody, zdrowia i Boga. Zarejestrowano również wzrost znaczenia zdrowia i wolności oraz swobody. Autor sugeruje, że kierunek tych przeobrażeń dobrze wyjaśnia hipoteza niedoboru, gdyż w warunkach pandemii bardziej cenione są te wartości, których realizacja została przez nią ograniczona (Długosz 2020b, s. 6).

Przywołane wyniki, choć nie dają podstaw do uogólnienia na całe polskie społeczeństwo, wskazują kierunki przemian aksjologicznych. Gwał-

towne wyhamowanie tempa życia społecznego niejako wymusiło refleksję nad sensem codziennego zabiegania i dążeń.

W badaniach przeprowadzonych przez Rafała Drozdowskiego i in. (2020) niektórzy respondenci zwracają uwagę na dobre strony powstałego kryzysu. Należą do nich: dowartościowanie roli służby zdrowia, a także nauki oraz naukowców, dostrzeżenie wagi międzyludzkiej solidarności i wrażliwości na potrzeby innych, przewartościowanie istotnych kwestii w życiu codziennym, dostrzeżenie tego, co jest najważniejsze, zbliżenie członków rodziny do siebie. Badania pokazują także, że w kryzysie zawarta jest nadzieja na poprawę dotychczasowego funkcjonowania świata, zwłaszcza jeśli chodzi o przeciwstawienie się konsumpcjonizmowi, marnotrawstwu oraz brakowi szacunku wobec środowiska naturalnego (Drozdowski i in. 2020, s. 23).

3.3.2. Solidarność międzyludzka drogą do bliskości

„Międzyludzka solidarność” to pojęcie, które zawiera w sobie duży ładunek znaczeniowy, a także emocjonalny. Odwołuje się do solidaryzmu, który – jako kierunek społeczny – głosi tezę o naturalnej wspólnocie interesów, łączącej ludzi o różnych statusach społecznych i ekonomicznych. Solidaryzm zakłada, że każdy ludzki czyn oddziałuje na innych i wywołuje reakcję, co wyraża współzależność społeczną. Wynika stąd zasada solidarności, według której wspólnota podstawowa wznosi się ponad różnice społeczne i stwarza możliwości współdziałania w imię dobra wspólnego (Gach 2006, s. 860).

Pojęcie solidarności jest głęboko zakorzenione w godności człowieka. Jan Paweł II w encyklice *Sollicitudo rei socialis* tak wyjaśnia ideę solidarności:

Nie jest więc ona tylko nieokreślonym współczuciem czy powierzchownym rozrzewnieniem wobec zła dotykającego wielu osób, bliskich czy dalekich. Przeciwnie, jest to **mocna i trwała wola** angażowania się na **rzecz dobra wspólnego**, czyli dobra wszystkich i każdego, **wszyscy** bowiem jesteśmy naprawdę odpowiedzialni **za wszystkich**. [...]

Praktykowanie solidarności **wewnątrz każdego społeczeństwa** posiada wartość wtedy, gdy jego członkowie uznają się wzajemnie za osoby (Jan Paweł II 1987, nr 38, 39).

Ze względu na znaczenie godności człowieka i wynikających z niej powinności zasada solidarności międzyludzkiej jest konieczną i niezwykle

ważną relacją społeczną, której skutkiem ma być włączenie, partycypacja i polepszenie warunków jednej ze stron relacji (Mędrzycki 2018, s. 40). Ma to szczególnie znaczenie w czasie pandemii, kiedy wspieranie najbardziej potrzebujących stało się zadaniem całego społeczeństwa.

Nie znaczy to, że wszyscy wywiązali się z tego zadania, na co wskazują wyniki badań przeprowadzonych przez More in Common. Badacze twierdzą, że kryzys nie wywołał istotnej zmiany poczucia solidarności społecznej (More in Common 2021, s. 21). Można przypuszczać, że termin realizacji badań miał znaczący wpływ na ich wyniki, gdyż nastroje społeczne zmieniły się dynamicznie. Przykładem może być postawa wobec pracowników ochrony zdrowia, którzy w pierwszym okresie trwania pandemii otrzymali duże wsparcie społeczne. Jak podkreślają twórcy inicjatywy „My, Solidarni”, miała ona pomóc Polakom w powrocie do zasady solidarności przejawiającej się poprzez solidarne gesty w stosunku do medyków i innych pracowników ochrony zdrowia, znajdujących się na pierwszej „linii frontu” walki z pandemią:

W czasie pandemii medycy i pracownicy ochrony zdrowia ryzykują swoje życie dla nas wszystkich. Czas, żeby im się odwdziżyć. Nie wystarczy bić brawa na balkonach. **Trzeba podjąć konkretne kroki, które pomogą medykom** (*Inicjatywa MY, SOLIDARNI...* 2020).

W tego rodzaju działania włączyło się wiele osób, nie zabrakło także wsparcia ze strony rządu. Jednak wkrótce okazało się, że nastroje społeczne nie są jednolite, co wyraziło się w fali hejtu skierowanej przeciwko medykom. Według Rzecznika Praw Obywatelskich zjawisko to było zgłaszane przez różne środowiska, między innymi lekarskie, które zwróciło uwagę na nierzetelność informacji medialnych dotyczących choroby, nienawistne słowa wobec wykazujących nieprawidłowości systemowe w walce ze skutkami wirusa, ataki na medyków ze strony osób z otoczenia (sąsiadów, pasażerów transportu publicznego, pracowników usług handlowych) (Rzecznik Praw Obywatelskich 2020). Kryzys ten został w miarę szybko pokonany. Przyczyniło się do tego własne doświadczenie choroby wywołanej koronawirusem, które z biegiem czasu stało się udziałem znacznej części społeczeństwa. Prawdopodobnie pobyty w szpitalu oraz pomoc uzyskana od lekarzy i pielęgniarek wpłynęły na zaprzestanie medialnego hejtu.

Ważnym następstwem solidarnego przeciwstawiania się skutkom pandemii dotykającym osoby szczególnie narażone na samotność były również liczne inicjatywy podejmowane przez sektor wsparcia społecznego

i samorządy lokalne. Przykładem mogą być rozmowy informacyjno-wspierające z seniorami przeprowadzone przez Centrum Aktywności Seniora w Gdyni. W ciągu roku od wystąpienia pandemii odbyło się 15 tysięcy takich rozmów (Gołąbek-Polus 2021).

Na szczególną uwagę w odniesieniu do wsparcia solidarnościowego zasługują działania podejmowane w pierwszej fazie pandemii, które – gdy uwzględnimy towarzyszącą im atmosferę – można określić jako heroiczne. Należy do nich wolontaryjne zaangażowanie osób, które pozytywnie odpowiedziały na apel płynący z domów opieki społecznej oraz innych instytucji opiekujących się chorymi i osobami w podeszłym wieku. Trudna sytuacja powodowała przemęczenie personelu, a brak odpowiedniego sprzętu rodził poczucie bezradności. Okazanie wsparcia wymagało podjęcia decyzji o dalekosiężnych skutkach, gdyż pomoc wiązała się ze zwiększonym ryzykiem zachorowania oraz koniecznością przebywania w izolacji, którą byli objęci pensjonariusze. Przykładem takiego zaangażowania jest postawa polskich zakonnice i zakonników, którzy zgłosili gotowość pomocy. W Polsce w początkowym okresie pandemii ich duża liczba dobrowolnie „zamknęła się” z osobami chorymi i w podeszłym wieku w domach opieki społecznej. Postawa wolontariuszy przyczyniła się do tego, że seniorzy i chorzy odczuli wsparcie (Goławski 2020).

Również szpitale stały się miejscami okazywania solidarności i wsparcia, które wykraczało poza opiekę medyczną. Wychodząc naprzeciw potrzebom społecznym i duchowym chorych, Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie wraz z partnerami zorganizowało akcję „Bądź przy mnie” (Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie 2020a). Jej celem było obniżenie poziomu stresu i podniesienie jakości życia chorych hospitalizowanych przez zapewnienie im wsparcia społecznego i duchowego. Adresatami programu, w zakresie realizacji Podpory 1. „Porozmawiaj ze mną”, byli pracownicy szpitala. Ich uwaga została skoncentrowana na pacjentach, którzy z powodu swojego stanu fizycznego lub problemów technicznych nie mieli kontaktu z bliskimi. Szpital umożliwiał choremu na covid kontakt telefoniczny z osobami bliskimi, troszcząc się szczególnie o pacjentów niesamodzielnych, będących w stanie ciężkim i zagrożenia życia. Zadbano również, aby możliwość kontaktu telefonicznego z bliskimi mieli nawet pacjenci umierający, którzy z racji występujących zaburzeń nie mogli zgłosić, że tego chcą. Program obejmował też zapewnienie opieki duchowej pacjentom, którzy wyrażali swoje potrzeby religijne i duchowe, zwłaszcza przez umożliwienie im kontaktu z kapłanem (Podpora 2. „Podnieś mnie na duchu”). W tym obszarze pracownicy szpitala w przystępny

sposób przekazywali informację o możliwości spotkania z kapłanem (zgodnie z potrzebami religijnymi) przy zachowaniu procedur właściwych dla bezpieczeństwa epidemicznego (Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie 2020b).

Perspektywy rozwoju solidarności społecznej są szerokie, ale jednocześnie wymagają silniejszego globalnego zaangażowania. Można zgodzić się z diagnozą Edwina Olczaka:

Na początku pandemii dało się zauważyć solidarność na małą skalę – w rodzinach, wśród sąsiadów, w zakładach pracy. W dużej mierze zabrakło jednak solidarności na poziomie międzynarodowym i globalnym, przez co znacznie nasilił się kryzys Europy [...]. Wspólnie możemy poszukać modeli globalnego współistnienia, które będą nie tylko bardziej społeczne, ale także ekologiczne i zrównoważone. W obliczu globalnego rozprzestrzeniania się koronawirusa solidarne działanie musi stać się zaraźliwe (Olczak 2021, s. 186).

Możliwość globalnego zaangażowania nie narusza suwerenności poszczególnych społeczeństw i państw, choć niekiedy domaga się udostępnienia zasobów walki z wirusem. Ma to duże znaczenie w obszarze dostępu do szczepień przeciwko SARS-CoV-2. Podzielenie się tymi zasobami z krajami, które miały niewielkie zapasy szczepionek bądź ich prawie nie miały, było przejawem solidarności globalnej. Owa „zaraźliwość” solidarności, o której pisze Olczak, jest siłą, która jest w stanie nakłonić osoby odpowiedzialne do takiej dystrybucji niezbędnych dóbr, by nie budować przepaści między państwami. Postulat ten wyraził dobitnie papież Franciszek:

Wszyscy, zwłaszcza najsłabsi, potrzebują pomocy i mają prawo, by mieć dostęp do niezbędnej opieki. Jest to jeszcze bardziej widoczne w chwili, gdy wszyscy jesteśmy wezwani do walki z pandemią, a podstawowym narzędziem w tej walce są szczepionki. W duchu „internacjonalizmu szczepionek” wzywam zatem całą wspólnotę międzynarodową do wspólnego zaangażowania, by przezwyciężyć opóźnienia w ich dystrybucji oraz ułatwić dzielenie się nimi, zwłaszcza z krajami najuboższymi (*Wielkanocne Orędzie „Urbi et Orbi”...* 2021).

3.3.3. Innowacje sprzyjające bliskości

Dokonując analizy pozytywnych zmian, warto podać przykłady inicjatyw o wysokim stopniu innowacyjności. Wiktor Deptuła i in. (2020) opracowali model funkcjonowania człowieka w obszarze życia społecznego, środowiskowego, ekonomicznego i technologicznego, w którym wskazali mikrotrendy ludzkiej aktywności w czasie pandemii COVID-19. Autorzy raportu zaznaczają, że dla wielu ludzi potrzeba

[...] utrzymywania dystansu fizycznego stanowiła irytującą konieczność, to okazała się ona źródłem wielu innowacji technologicznych. Kontakty towarzyskie nie były nawiązywane tylko przez media społecznościowe, lecz mogły być realizowane również na inne sposoby (Deptuła i in. 2020, s. 8).

Wśród nich autorzy wymieniają: wirtualne imprezy taneczne, pojedynki taneczne ze znajomymi w grze „Just Dance”, wspólne korzystanie z platform streamingowych, zdalny udział w wielu inicjatywach kulturalno-rozrywkowych, sprzyjających integracji z innymi słuchaczami czy artystami. Niektóre firmy zdecydowały się na utworzenie wirtualnych przestrzeni biurowych, by umożliwić pracownikom lepszy kontakt podczas pracy zdalnej. Pojawiły się także innowacyjne rozwiązania pozwalające utrzymać bezpieczny dystans w świecie fizycznym, na przykład projekt kombinezonu nowej generacji („Micrashell”), umożliwiający bliski kontakt między ludźmi, także w trakcie masowych eventów (Deptuła i in. 2020, s. 8).

Ciekawym zjawiskiem było powstawanie „wspólnot działań”, których członkowie uczą się od siebie wzajemnie, wymieniają się informacjami, współpracują i pomagają sobie. W czasie pandemii wspólnoty te stały się grupami działającymi zgodnie z ideą współdzielenia i crowdsourcingu. Głównymi wyznacznikami funkcjonowania tych grup były wysoki poziom samoorganizacji, otwartość oraz bezinteresowne dzielenie się zasobami. Przykładem takiej współpracy może być internetowa łamigłówka „Foldit”, która wykorzystywała model gry do opracowania szczepionki na koronawirusa. Uczestnikiem łamigłówki mógł być każdy, niezależnie od przygotowania naukowego (Deptuła i in. 2020, s. 11).

W trakcie pandemii można było zaobserwować różne metody walki z bezczynnością i nudą, między innymi podejmowanie aktywności twórczych, samopoznanie i poszukiwanie nowych zainteresowań. W okresie pandemii wystąpiło zjawisko, które można nazwać „rozszerzonym miejscem zamieszkania”. Polegało ono na poszerzeniu powierzchni mieszkań o przestrzeń

cyfrową. Dzięki temu możliwe było korzystanie z wirtualnych klubów fitness lub tanecznych, można było robić zakupy w wirtualnych pasażach handlowych, korzystać ze zdalnych porad psychologicznych i oglądać zawody sportowe. Mieszkania stały się centrami spotkań z rodziną i znajomymi, a także miejscem imprez domowych w wersji online czy laboratoriami zwalczającymi koronawirusa (Deptuła i in. 2020, s. 14–16).

Popularne stało się poradnictwo psychologiczne dla osób pozostających w odosobnieniu. W tym celu zarówno instytucje państwowe, jak i prywatne uruchomiły wiele darmowych linii wsparcia. Uczono, jak radzić sobie z emocjami, na przykład w kontaktach online, dzięki czemu próbowano humanizować kontakty w świecie cyfrowym. Nie brakowało także wspomnianych już akcji budujących solidaryzm społeczny, na przykład jeden z portali społecznościowych uruchomił usługę „Godzina podziękowań”, dzięki której można było wyrazić wdzięczność wszystkim walczącym z epidemią. Interesująca była również akcja „Uprzejmość utrzyma nas razem”, zainicjowana przez brytyjski Czerwony Krzyż. Polegała ona na publikowaniu plakatów znanych projektantów, wskazujących na znaczenie uprzejmości (Deptuła i in. 2020, s. 19–20).

W społeczeństwie nie brakowało inicjatyw, które wzmacniały osoby samotne, chore, o wysokim ryzyku marginalizacji. Mobilizacja społeczna w trakcie pandemii pomogła na nowo zdefiniować tożsamość społeczną seniorów, co jest najskuteczniejszym antidotum zarówno na negatywny, jak i pozytywny ageizm. Troska, jaką ich otoczono po wystąpieniu koronawirusa, wskazuje, że ta grupa koncentruje uwagę sporej części społeczeństwa. Nie sposób wymienić wszystkich inicjatyw zmierzających do zabezpieczenia najstarszych osób przed zakażeniem, a także pomagających im przetrwać ten niełatwy czas. Działania rządów, pozarządowych sektorów wsparcia, a także nieformalnych grup i jednostek przyczyniły się do ochrony seniorów i poprawy jakości ich życia. W ten sposób na nowo odkryto i wzmocniono rolę najstarszych osób w społeczeństwie (Godawa 2021a, s. 94–97). Skuteczność tych działań była różna, zależała od wielu czynników. Niemniej pokazały one, że bezpieczny dystans nie musi oznaczać izolacji, że ważna jest solidarność z osobami, dla których pandemia była trudna nie tylko ze względu na możliwość zachorowania, ale i z powodu braku doświadczania bliskości.

* * *

Trudne okoliczności towarzyszą życiu poszczególnych osób, rodzin i społeczeństw. Ich wystąpienie zwykle wywołuje zachwianie homeostazy

codziennego funkcjonowania, wprowadza nieład i konieczność podjęcia działań przeciwstawiających się destrukcji. W rozdziale przedstawiłem problematykę bliskości naruszonej przez niekorzystne czynniki. Zwróciłem uwagę na dwa z nich: chorobę i izolację społeczną.

Sytuacja choroby i cierpienia generuje problemy w relacjach społecznych, a przez to może osłabić bliskość w rodzinie oraz w szerszej pojętym środowisku chorowania i leczenia. Analizy pokazały, że bliskość jest ważną wartością i postawą oczekiwaną przez chorych. Gesty przywiązania, sympatii są przez chorego człowieka odbierane jako wyraz troski i szacunku. Okazywanie bliskości wymaga dostosowania jej form do potrzeb pacjentów. Formę szczególnie adekwatną do tych oczekiwań stanowi towarzyszenie, które jest intensywną bliskością przy chorym. Towarzyszenie cierpiącym ludziom wymaga kompetencji, a także wsparcia ze strony innych. Środowiskiem, które stwarza optymalne zaplecze dla towarzyszenia chorym, jest hospicjum. Jako instytucja pomocowa przyczynia się do budowania atmosfery bliskości między pracownikami a chorymi i ich rodzinami. Pomoc hospicyjna jest skierowana do osób w stanie terminalnym choroby, co zakłada nieuniknioność śmierci. Dlatego w rozdziale zanalizowałem tanatopedagogiczny wymiar bliskości, przejawiający się refleksją i działaniami na rzecz opieki i rozwoju chorego człowieka.

Drugą trudną sytuacją społeczną poddaną analizie była izolacja społeczna związana z wystąpieniem pandemii COVID-19. Przedstawiłem, w jaki sposób wpłynęła ona na poczucie osamotnienia dzieci, młodzieży i osób w podeszłym wieku. Izolacja w dużym stopniu osłabiła bliskość społeczną, a także wprowadziła podziały w środowiskach rodzinnych, zawodowych, zwłaszcza w ochronie zdrowia. W tym kontekście znaczenia nabrały inicjatywy ukierunkowane na podtrzymanie, modyfikację i wzmacnianie bliskości. Solidarność międzyludzka stała się jedną z dróg budowania bliskości. Ważne były kampanie społeczne oraz działania o wysokim stopniu innowacyjności, które przeciwstawiały się destrukcyjnym skutkom pandemii.

Do zaistnienia bliskości niezbędne są sprzyjające okoliczności. Gdy zamiast nich pojawiają się przeszkody, najczęściej prowadzą one do osłabienia więzi. Bywa jednak i tak, że trudności wzmacniają troskę o bliskość międzyludzką, choć w pierwszej fazie ich wystąpienia nie jest to widoczne. Ograniczenia w bliskości mogą mobilizować do dbałości o nią, przynieść wiele cennych inicjatyw. Warunkiem jest czynne zaangażowanie w zapewnienie doświadczania bliskości wszystkim, dla których stanowi ona istotny cel.

Rozdział IV

Metodologia empirycznych badań własnych

Metodologia badań jest „[...] nauką traktującą o sposobach działań służących rozwiązywaniu problemów naukowych” (Palka 2006, s. 9). Dotyczy ona metod działalności naukowej, obejmujących cały proces przygotowania, prowadzenia badań oraz opracowania i przedstawienia ich wyników. Skuteczność procesu badawczego zależy od jego zgodności ze stawianymi mu wymaganiami metodologicznymi. Te zaś odnoszą się do zasad oraz sposobów postępowania badawczego i różnicują się ze względu na swój opisowy lub normatywny charakter (Łobocki 2000, s. 13–14). Metodologia badań pedagogicznych ukazuje więc złożoność postępowania badawczego, umiejscowionego w konkretnej problematyce.

Jednym z obszarów badań naukowych są zagadnienia społeczne. Odwołując się do poglądów Wilhelma Diltheya, Stefan Nowak zauważa, że zadaniem nauk społecznych jest „[...] rozumiejąca interpretacja działań ludzkich i wytworów ludzkiej działalności” (Nowak 2012, s. 67). Owo rozumienie i interpretacja zakładają zainteresowanie aspektem doznaniowo-przeżyciowym zjawisk i ich znaczeniami. Odkrycie ich głębi staje się możliwe dzięki wdrożeniu metodologii badań adekwatnej do zgłębianych problemów.

W rozdziale metodologicznym przedstawię teorię ugruntowaną w ujęciu konstruktywistycznym jako podejście zastosowane w badaniach własnych. Omówię również przedmiot i cele badań, problematykę badawczą oraz scharakteryzuję teren i organizację badań. Da to podstawy do realizacji autorskiego projektu badawczego na płaszczyźnie empirycznej.

4.1. Charakterystyka konstruktywistycznego ujęcia teorii ugruntowanej

Teoria ugruntowana powstała w drugiej połowie XX wieku jako reakcja na tradycyjne modele budowania teorii stosowane w ówczesnej socjologii. Zakwestionowała ona oddzielenie etapu gromadzenia danych empirycznych od ich analizy oraz tworzenia teorii od prowadzenia badania. Rozwiązaniem zaproponowanym w teorii ugruntowanej jest dążenie do systematycznego wysnuwania wniosków dotyczących badanego zjawiska, opartych na zbieranych danych empirycznych, już w trakcie ich gromadzenia (Wiorogórska 2012, s. 49). Fundament teorii ugruntowanej, zawarty w jej nazwie, stanowi założenie, że jest ona osadzona w materiale badawczym (Urquhart 2013, s. 4). Teoria ugruntowana jest więc wyprowadzaniem teorii z analizy wzorców, tematów i kategorii ujawnionych w danych obserwacyjnych (Babbie 2008, s. 332). Może więc być postrzegana jako szkoła badań jakościowych uwzględniająca

[...] systematyczne podejście do zbierania i analizy danych w celu skonstruowania na ich podstawie teorii (Glinka, Czakon 2021, s. 45).

Teoria ugruntowana jest często postrzegana jako podejście badawcze ulokowane w nurcie badań jakościowych. W tym obszarze John W. Creswell (2013, s. 192) wymienia ją obok narracji, fenomenologii, etnografii i badania przypadku. Norman K. Denzin i Yvonna S. Lincoln (2009, s. 23) twierdzą, że badania jakościowe są aktywnością, która umieszcza obserwatora w badanej rzeczywistości, na co pozwala stosowane w nich interpretatywne, naturalistyczne podejście do świata. Badacze jakościowi analizują rzeczy i zjawiska w ich naturalnym środowisku, próbując nadać sens lub zinterpretować zjawiska za pomocą terminów, którymi posługują się badane osoby. Stanisław Palka (2018, s. 109) zauważa, że interpretacja jest działaniem badawczym związanym z tłumaczeniem, wydobywaniem sensu poznawczego zjawiska i nadawaniem mu znaczenia w kontekście całości wyższego rzędu.

Teorię ugruntowaną zapoczątkowali Barney G. Glaser i Anselm L. Strauss. W 1967 roku ukazała się ich książka pt. *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research* (Glaser, Strauss 1967), a w następnym publikacja *Time for Dying* (Glaser, Strauss 1968). Klasyczny model zaprezentowany przez Glasera i Straussa określił podstawowe założenia tej teorii, w której zbieranie danych poprzedza teoretyczną analizę zagadnienia.

Biorąc pod uwagę zróżnicowanie ujęć omawianego podejścia do badań, należy zgodzić się z Markiem Gorzko (2013, s. 7), że właściwym sposobem postrzegania teorii ugruntowanej jest traktowanie jej jako „rodziny metod”. Przebieg dywersyfikacji teorii ugruntowanej może zostać ujęty w odmianach, na które wskazuje Denzin (2007, s. 454): pozytywistycznej, konstruktywistycznej, obiektywistycznej, postmodernistycznej, sytuacyjnej czy wspomagananej komputerowo.

Konstruktywistyczny model badań jakościowych jest bardziej niż klasyczne ujęcie zorientowany na subiektywizm poznawczy. Wyraża się on między innymi w czynnym udziale badacza w konstruowaniu modelu, stanowiącego odzwierciedlenie badanej rzeczywistości. Konstruktywistyczne ujęcie badań jakościowych zachęca do postrzegania świata w kontekście wiedzy uwarunkowanej aktualnie dostępnymi zasobami informacyjnymi, koncentrując się na relacji między narratorem a słuchaczem (Kawecki 2018, s. 105). Jest paradygmatem, który akceptuje istnienie wielu lokalnie konstruowanych i rekonstruowanych rzeczywistości (Sławecki 2012, s. 80).

Konstruktywistyczna teoria ugruntowana opracowana przez Kathy Charmaz opiera się na założeniu, że teoria nie wyłania się jako istotność niezależna od wysiłków badacza i teoretyka. Wiedza i decyzje badacza mają wpływ zarówno na uzyskiwanie danych, jak i konstruowanie kategorii (Konecki 2012, s. 13). Charmaz (2008, s. 408), opisując istotę konstruktywistycznego ujęcia teorii ugruntowanej, zauważa, że przeciwstawia się ona tendencjom do zachowania neutralności, usuwania, pomijania i upraszczania różnic występujących w obiektywistycznej wersji teorii.

Autorka przyjmuje, że konstruktywizm w badaniach opiera się na następujących założeniach:

- ◇ Rzeczywistość jest złożona, procesualna i skonstruowana, ale zbudowana według szczególnych prawideł.
- ◇ Interakcja jest fundamentem procesu badawczego.
- ◇ W badaniach bierze się pod uwagę indywidualne uwarunkowania badacza i uczestników badań.
- ◇ Badacz i badani wspólnie konstruują materiał badawczy. Materiał badawczy jest wynikiem całego procesu badawczego, a nie jedynie prostej obserwacji uczestników badań (Charmaz 2008, s. 402).

Emilia Mazurek, odnosząc się do tych założeń, pisze, że jest to

[...] diametralnie odmienne od poglądu autorów klasycznego podejścia, którzy przekonywali, że badacz odkrywa dane empiryczne, by na ich podstawie odkryć teorię. K. Charmaz dowodzi, że dane są

konstruowane, jeszcze zanim badacz się nimi interesuje (Mazurek 2013, s. 29).

Charmaz podsumowuje konstruktywistyczne stanowisko w kilku punktach:

- ◊ Proces badawczy, którego celem jest skonstruowanie teorii ugruntowanej, ma charakter elastyczny, interaktywny i otwarty.
- ◊ Problem badawczy wpływa na wstępny wybór metod zbierania danych.
- ◊ Badacze są częścią badanego problemu.
- ◊ Analiza w badaniach opartych na metodologii teorii ugruntowanej pełni ważną rolę: nadaje kształt treści konceptualnej oraz wytycza kierunek badań. Podczas wyłaniającej się analizy może zaistnieć konieczność zastosowania triangulacji metod zbierania danych oraz prowadzenia badań w kilku miejscach.
- ◊ W trakcie analizy porównawczej pojawiają się kolejne poziomy abstrakcji, które stanowią istotę analizy prowadzącej do powstania teorii ugruntowanej.
- ◊ Kierunki analityczne powstają na podstawie tego, jak badacze reagują na dokonane przez siebie porównania i analizy oraz jak je interpretują. Mniejsze znaczenie mają zewnętrzne zalecenia (Charmaz 2008, s. 228–229).

Za Krzysztofem T. Koneckim można przyjąć, że konstruowanie teorii ugruntowanej może być realizowane w kilku wymiarach. Może to być analiza danych zastanych, wytworzonych niezależnie od badacza. W badaniach kontaktowych badacz intencjonalnie wchodzi w interakcje z uczestnikami, czego efektem jest współkonstruowanie danych. Ważny jest także wymiar kodowania, zarówno otwartego, jak i selektywnego, w którym badacz używa znanych sobie kategorii językowych i terminów. Istotny jest również wymiar analizy teoretycznej, polegający na pisaniu not badawczych i teoretycznych, oraz wymiar pisania artykułów, raportów badawczych i książek (Konecki 2013, s. XXI).

Charakterystycznym założeniem metodologii teorii ugruntowanej jest powiązanie procesu gromadzenia danych z ich ciągłą analizą i generowaniem kategorii, pojęć, a w dalszej kolejności tworzeniem teorii o średnim zasięgu. W tym celu stosuje się kodowanie wstępne oraz kodowanie skoncentrowane. Na podstawie zebranych danych dokonuje się wstępnej analizy wyników, a następnie ponownie dobiera się dalsze jednostki do badań, aby wypełnić luki w materiale empirycznym, aż do teoretycznego nasycenia danych (Chlipała 2014, s. 26). Celowość doboru próbek wskazuje na przypadki, które odzwierciedlają cechę lub proces poddawany badaniom i pozwalają na uzyskanie jak najszerszego zakresu przypadków. W doborze teoretycznym

poszukuje się zatem przypadków potwierdzających daną teorię oraz stanowiących odchylenie od niej (Silverman 2009, s. 273).

Najczęściej stosowanymi metodami pozyskania danych w nurcie teorii ugruntowanej są wywiad i obserwacja uczestnicząca. Najbardziej adekwatne do omawianej teorii są wywiad nieustrukturyzowany (ang. *unstructured interview*) i częściowo ustrukturyzowany (ang. *semi-structured interview*) (Carter, Henderson 2005, s. 217–220). W wywiadzie częściowo ustrukturyzowanym badacz ustala plan tematów, które będą poruszone w rozmowie, ale to rozmówca decyduje o rodzaju udzielanych informacji i relatywnej ważności podejmowanych tematów (Green, Thorogood 2009, s. 94). Możliwość zastosowania w projekcie badawczym wywiadu częściowo ustrukturyzowanego jest uzasadniona konstruktywistycznym ujęciem problematyki badawczej. Obserwacja uczestnicząca zakłada zaangażowanie badacza. Może on występować jako pełnoprawny uczestnik obserwowanych sytuacji, wtapiając się w nie i postrzegając je przez pryzmat własnych emocji. Może być także obserwatorem, który aktywnie wchodzi do środowiska jako osoba z zewnątrz, a po pewnym czasie następuje stopniowe przyzwyczajenie się do jego obecności i nabranie zaufania (Bauman 2010, s. 318–319).

W badaniach prowadzonych w nurcie teorii ugruntowanej, podobnie jak w innych podejściach poznawczych, konieczne jest uwzględnienie wymiaru etycznego. Do fundamentalnych założeń należą: świadoma zgoda na uczestniczenie w badaniach, zachowanie anonimowości rozmówców i naukowa rzetelność w zbieraniu, transkrypcji i opracowywaniu danych (Gibbs 2015, s. 179–181). Należy także stosować zasadę osiągania korzyści naukowych, jednakże nie kosztem komfortu uczestników badań. Ważne jest przestrzeganie zasady równoważenia korzyści z realizacji badań wobec potencjalnego ryzyka i kosztów. Niezbędne jest respektowanie autonomii i niezależnego podejmowania decyzji przez uczestników badań o udziale w badaniach i kontynuacji udziału w nich (Zuriarrain Reyna, Bennett, Bruera 2009, s. 28). W prowadzeniu wywiadów nieodzowne jest zbudowanie odpowiedniej relacji między rozmówcami. Ma ona charakter partnerski, ale przede wszystkim jest relacją badawczą, co wyklucza jej terapeutyczne czy przyjacielskie zabarwienie (Flick 2012, s. 144).

4.2. Metodologiczne założenia badań własnych

Tadeusz Pilch i Teresa Bauman twierdzą, że

[...] badania naukowe są rodzajem twórczości, jakby sztuki. Są więc w istocie niepowtarzalne. Każdy przypadek badań nosi indywidualne piętno. Zależy on od badającego, od przedmiotu, od organizacji i wielu jeszcze innych okoliczności (Pilch, Bauman 2010, s. 35).

Mówiąc o badaniach własnych, odwołujemy się do indywidualnych doświadczeń naukowych, a z drugiej strony do powszechnie uznanych procedur, które warunkują rzetelne przeprowadzenie procesu badawczego. Określenie zatem badań jako „własne” akcentuje specyfikę projektu badawczego, a jednocześnie przywołuje niezbędne procedury metodologiczne.

4.2.1. Przedmiot i cel badań

W procedurze badawczej ważny etap stanowi określenie przedmiotu badań. Jak pisze Albert W. Maszke:

[...] używając zwrotu „przedmiot badań”, mamy na uwadze obiekty i rzeczy w sensie dosłownym, jak i zjawiska czy zdarzenia, jakim one podlegają i w odniesieniu do których chcemy prowadzić badania (Maszke 2008, s. 91).

Wyznaczenie przedmiotu badań ma oddać meritum przyjętych problemów badawczych. Biorąc pod uwagę te wskazania, można określić przedmiot autorskich badań. Przedmiotem badań własnych jest poszukiwanie rozumienia i doświadczeń bliskości oraz metodyki postępowania w relacjach międzyludzkich, ukierunkowanych na budowanie bliskości.

Rozumienie bliskości jest rozpoznaniem jej istoty, powstawania i rozwoju. Jej doświadczenia są związane z życiem osobistym, rodzinnym i zawodowym. Okoliczności życia są rozpatrywane w głównej mierze w odniesieniu do sytuacji choroby, ale także do życia rodzinnego, edukacji i innych aspektów codzienności. Budowanie bliskości zawiera metodykę postępowania wychowawczego, którego realizacja przybliży do założonego celu, którym jest osiągnięcie ścisłej zażyłości z drugim człowiekiem.

Kolejny etap procedury badawczej to wyznaczenie celów badawczych. Maszke podkreśla, że

[...] celem badań naukowych jest dostarczenie dającej się zweryfikować wiedzy umożliwiającej opisanie, zrozumienie i wyjaśnienie interesujących badacza zjawisk, procesów, jak i przewidywanie wynikających z nich następstw (Maszke 2008, s. 28).

Celem ogólnym książki jest ukazanie fenomenu bliskości międzyludzkiej w perspektywie pedagogicznej.

Janusz Gnitecki, uszczegółowiając problematykę celów, wymienia trzy cele badawcze: poznawczy, teoretyczny i praktyczny. Cel poznawczy to opis, wyjaśnienie i przewidywanie zjawisk. Cel teoretyczny służy tworzeniu opracowań teoretycznych modeli. Cel praktyczny odnosi się do realizacji zadań praktycznych (Gnitecki 2007, s. 98–101). W niniejszej publikacji przyjęto ujęcie celów badawczych za Zbigniewem Skornym, który wyróżnia dwa rodzaje zamierzeń badawczych: teoretyczno-poznawcze oraz praktyczno-wdrożeniowe. Autor zauważa, że

[...] cele teoretyczno-poznawcze wiążą się z poznaniem określonej kategorii zjawisk oraz wykryciem ich związków, zależności i prawidłowości. Cele praktyczno-wdrożeniowe łączą się natomiast z wykorzystaniem wyników badań w działalności wychowawczej, produkcyjnej, społecznej, kulturalnej lub w innej formie ludzkiej aktywności (Skorny 1984, s. 65).

Celem teoretyczno-poznawczym przeprowadzonych autorskich badań jest rozpoznanie i opis bliskości międzyludzkiej. Celem praktyczno-wdrożeniowym jest opracowanie metodyki budowania bliskości oraz postulatów i rekomendacji dla obszaru wsparcia i edukacji.

4.2.2. Problematyka badawcza

Palka (2006, s. 12) definiuje problem badawczy jako pytanie, na które odpowiedź jest uzyskiwana na drodze badań naukowych. Natomiast Tadeusz Buksiński (1982, s. 8) zauważa, że problemy naukowe wyrażają się w treści pytań badawczych i są ich logicznym znaczeniem. Biorąc pod uwagę te założenia, określiłem główny problem badawczy w formie pytania: Czym charakteryzuje się bliskość międzyludzka i jak jest realizowana pedagogia bliskości?

W celu zrealizowania głównego problemu określiłem szczegółowe problemy badawcze, przedstawione w formie następujących pytań:

1. Jakie jest rozumienie i realizacja bliskości w rodzinie?
2. W jaki sposób jest opisywane budowanie bliskości w sytuacji choroby?
3. Jakie są doświadczenia w budowaniu bliskości w placówce medycznej w czasie pandemii COVID-19?
4. Jaka jest konceptualizacja bliskości i na czym polega jej pedagogia?

Sformułowanie problemu głównego oraz pytań szczegółowych skłania do ramowego określenia kategorii obecnych w problematyce badawczej. Można do nich zaliczyć osobiste doświadczenia bliskości, uwarunkowania bliskości w okresie izolacji społecznej, uczestniczenie w sytuacji choroby czy pełnienie określonych ról społecznych w leczeniu i opiece pacjenta. Kategorie wyjaśniane w trakcie badań obejmują: działania na rzecz budowania bliskości, przypisywanie znaczenia poszczególnym jej obszarom, specyfikę towarzyszenia w chorobie, sposoby przewycięzania trudności, znaczenie sposobów wyrażania bliskości.

Narzędziem badawczym zastosowanym w badaniach własnych był kwestionariusz zawierający cztery pytania, będące odzwierciedleniem szczegółowych problemów badawczych. Zaproponowana kolejność pytań nie była traktowana jako obowiązująca. Oprócz pytań dotyczących zasadniczej tematyki badań w wywiadach pojawiły się także pytania ułatwiające nawiązanie rozmowy, a niekiedy także sprecyzowanie wyrażonych opinii.

4.2.3. Charakterystyka terenu i organizacja badań

Badania przeprowadziłem od marca do sierpnia 2022 roku wśród 48 pracowników i wolontariuszy głównie dwóch placówek hospicyjnych, od kierownictwa których uzyskałem zgodę na odbycie rozmów. Wywiady z pozostałymi uczestnikami badań zrealizowałem w tym samym okresie. Badania rozpocząłem w Domowym Hospicjum Królowej Apostołów (Stowarzyszenie Domowe Hospicjum...), którego siedziba mieści się w Krakowie przy ul. Witosa 23. Placówka ta działa od 2006 roku, w ciągłej opiece ma ponad 40 chorych, którym posługuje zespół medyczny, niemedyczny oraz wolontariusze. Nawiązanie współpracy w zakresie badań i relacji badawczych z rozmówcami ułatwił mi stały kontakt i współdziałanie z tą placówką od 2019 roku. Prezes Zarządu Hospicjum Halina Styła wyraziła zgodę i poparła inicjatywę dokonania badań.

Drugą placówką było Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum św. Łazarza” (Towarzystwo Przyjaciół Chorych...) działające od 1981 roku. Jej siedziba mieści się w Krakowie przy ul. Fatimskiej 17. Hospicjum prowadzi działalność w formie stacjonarnej (42 łóżka), niestacjonarnej oraz

poradni specjalistycznych. W celu zawarcia umowy dotyczącej realizacji badań nawiązałem kontakt z Jolantą Stokłosą, Prezesem Zarządu Towarzystwa. Ustaliliśmy, że badania odbędą się w czasie trwania stażu o charakterze badawczym i duszpasterskim w dniach 18–30 lipca 2022 roku. Staż pomógł mi w zapoznaniu się ze specyfiką placówki, a także umożliwił nawiązanie rozmów z jej pracownikami, obserwację oraz uczestniczenie w wypełnianiu przez zespół codziennych obowiązków.

Oprócz danych zebranych w wymienionych placówkach wywiady przeprowadziłem również z pracownikami zatrudnionymi w innych placówkach medycznych, zwłaszcza w szpitalach, domu pomocy społecznej, a także z psychoterapeutami pracującymi w gabinetach prywatnych. Ze względu na rozproszenie związane z jednoczesnym zatrudnieniem części rozmówców w kilku jednostkach zrezygnowałem ze starania się o uzyskanie zgody od ich pracodawców. W tych przypadkach rozmowy odbywały się poza placówkami ochrony zdrowia.

Wywiady wniosły do badań wiele cennych informacji. Reakcjami powtarzającymi się po ich zakończeniu były słowa ulgi, wdzięczności za wysłuchanie i okazane zainteresowanie. Nie wszystkie rozmowy przebiegały łatwo. Niekiedy towarzyszyło im silne wzruszenie związane z wypowiedzeniem trudnych przeżyć. W niektórych przypadkach rozmowy były pretekstem do „przewentylowania uczuć”, co przynosiło widoczną ulgę. Biorąc pod uwagę emocjonalne tło prowadzonych wywiadów, starałem się zapewnić rozmówcom odpowiednie wsparcie w trakcie wywiadu oraz po nim. Wywiady zwykle trwały ok. 50–80 minut, niekiedy przekraczając ten czas. Ich długość była uzależniona od uwarunkowań pracy w placówkach, w których się odbywały, zwłaszcza w hospicjum. Zawsze jednak czasu było na tyle dużo, by rozmówcy czuli się komfortowo, mając możliwość wypowiedzenia tego, co pragnęli przekazać.

W badaniach zastosowałem dobór celowy grupy badań, właściwy dla metodologii teorii ugruntowanej. W trakcie prowadzenia badań wywiady były na bieżąco przepisywane z uwzględnieniem zasad transkrypcji materiału o charakterze jakościowym. Pozwoliło mi to na odpowiednie ukiepunkowanie doboru rozmówców, zmierzające do nasycenia materiału badawczego. Poszukiwałem rozmówców, którzy spełniają kryteria wynikające z założeń badań. Rozmawiałem z osobami o podobnych i skrajnie odmiennych doświadczeniach, starając się dotrzeć do przedstawicieli różnych zawodów medycznych oraz innych pokrewnych zawodów, pełniących ważną rolę w opiece nad chorym człowiekiem. Nasycenie materiału następowało stopniowo i osiągnęło poziom, który – jak się wydaje – jest wystarczający do

stwierdzenia, że dalsze rozmowy nie wniosą do badań nowych wątków ani nie wpłyną na pogłębienie dotychczas analizowanych.

Po przeprowadzeniu części wywiadów i opracowaniu transkrypcji rozpocząłem analizę jakościową z wykorzystaniem programu MAXQDA 2022. Pierwszym etapem było kodowanie wstępne małych partii materiału kodami raczej rzeczowymi, niekiedy także teoretycznymi. Następny etap polegał na tworzeniu bardziej ogólnych kategorii i przypisywaniu do nich odpowiednich kodów. Kolejne wywiady kodowałem na podstawie wyłaniających się kategorii. To pozwoliło na zbudowanie teorii średniego zasięgu dotyczącej pedagogii bliskości.

W badaniach stosowałem zasady dotyczące etycznego wymiaru prowadzenia badań empirycznych. W celu osiągnięcia wysokich standardów na tej płaszczyźnie zwróciłem się z prośbą o zaopiniowanie projektu badań do Komisji Etycznej ds. Badań Naukowych Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie. Po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji (Decyzja Komisji Etycznej... 2022) rozpocząłem badania. Przed przystąpieniem do wywiadów poinformowałem rozmówców o celu i tematyce badań oraz o ich dobrowolności, anonimowości i utrwaleniu ich głosu na nośnikach cyfrowych, oni zaś wyrazili świadomą zgodę, co zostało poświadczone ich podpisami na stosownych formularzach. Uczestnicy badań wiedzieli, że mogą w każdej chwili wycofać swoją zgodę na udział w nich, a po opracowaniu wyników mogą liczyć na zapoznanie się z nimi.

Zrealizowany projekt badawczy ma ograniczenia, które wynikają ze specyfiki problematyki badawczej i zastosowanej metodologii. Rezultaty przeprowadzonych badań ukazują subiektywnie postrzegane obszary bliskości i jej wdrażania w trudnej sytuacji choroby. W celu uzyskania pełniejszego obrazu zagadnienia wskazane byłoby objęcie badaniami także pacjentów i ich rodziny. Dzięki temu opis bliskości i jej budowania byłby pełniejszy. Wyników badań w podejściu jakościowym nie można uogólniać na całą populację, zatem niezbędne wydaje się przeprowadzenie badań o charakterze ilościowym, z wykorzystaniem obszarów wskazanych w niniejszym projekcie. Triangulacja metod pozwoliłaby na bardziej całościowe ujęcie zagadnienia.

Na podstawie wstępnej analizy materiału badawczego opracowałem charakterystykę badanej grupy, która została zawarta w tabeli 2.

Tabela 2. Charakterystyka badanej grupy

Wywiad	Płeć	Zawód	Miejsce pracy	Oznaczenie
1.	K	pracownik niemedyczny	hospicjum	K1_N
2.	K	pielęgniarka	hospicjum	K2_P
3.	K	pracownik niemedyczny	hospicjum	K3_N
4.	M	lekarz	hospicjum	M1_L
5.	K	położna	szpital	K4_PL
6.	K	pielęgniarka	szpital	K5_P
7.	K	pielęgniarka	przychodnia	K6_P
8.	K	pielęgniarka	szpital	K7_P
9.	K	pracownik niemedyczny	dom pomocy społecznej	K8_N
10.	K	pielęgniarka	szpital	K9_P
11.	M	kapelan	hospicjum	M2_K
12.	K	pielęgniarka	szpital	K10_P
13.	M	lekarz	szpital	M3_L
14.	M	lekarz	szpital	M4_L
15.	K	lekarz	gabinet lekarski	K11_L
16.	K	psychoterapeutka	gabinet psychoterapii	K12_PT
17.	K	pielęgniarka	szpital/hospicjum	K13_P
18.	K	pielęgniarka	szpital	K14_P
19.	K	lekarz	hospicjum	K15_L
20.	K	lekarz	hospicjum	K16_L
21.	K	pielęgniarka	hospicjum	K17_P
22.	K	pielęgniarka	hospicjum	K18_P
23.	K	fizjoterapeutka	hospicjum	K19_F
24.	K	pielęgniarka	hospicjum	K20_P
25.	K	pielęgniarka	hospicjum	K21_P
26.	K	pielęgniarka	hospicjum	K22_P
27.	K	pielęgniarka	hospicjum	K23_P
28.	K	fizjoterapeutka	hospicjum	K24_F
29.	K	salowa	hospicjum	K25_S
30.	K	psycholog	hospicjum	K26_PL
31.	K	fizjoterapeutka	hospicjum	K27_F
32.	M	ratownik medyczny	szpital	M5_RM
33.	K	opiekunka medyczna	hospicjum	K28_OM
34.	K	opiekunka medyczna	hospicjum	K29_OM
35.	K	lekarz	hospicjum	M6_L
36.	K	fizjoterapeutka	hospicjum	K30_F

Tabela 2. Charakterystyka badanej grupy

Wywiad	Płeć	Zawód	Miejsce pracy	Oznaczenie
37.	M	psychoterapeuta	gabinet psychoterapii	M7_PT
38.	M	kapelan	szpital	M8_K
39.	K	pielęgniarka	hospicjum	K31_P
40.	K	psycholog	hospicjum	K32_PL
41.	K	wolontariuszka	hospicjum	K33_W
42.	K	pracownik socjalny	hospicjum	K34_PS
43.	M	wolontariusz	hospicjum	M9_W
44.	K	salowa	hospicjum	K35_S
45.	M	wolontariusz	hospicjum	M10_W
46.	K	wolontariuszka	hospicjum	K36_W
47.	K	pielęgniarka	dom pomocy społecznej	K37_P
48.	K	pielęgniarka	szpital	K38_P

Źródło: badania własne.

Wywiady przeprowadziłem z 48 rozmówcami¹, pracownikami medycznymi i niemedycznymi, związanymi z ochroną zdrowia. Jak wynika z danych przedstawionych w tabeli 2, w badaniach wzięło udział 38 kobiet i 10 mężczyzn. Średnia wieku badanych wyniosła 49,4. Wśród rozmówców można wyróżnić przedstawicieli takich zawodów medycznych lub innych, uczestniczących w leczeniu, opiece bądź terapii cierpiącego człowieka, jak: pielęgniarka (P) – 17, lekarz (L) – 7, fizjoterapeuta (F) – 4, salowa (S) – 2, opiekun medyczny (OM) – 2, psycholog (PL) – 2, psychoterapeuta (PT) – 2, kapelan (K) – 2, położna (PŁ) – 1, ratownik medyczny (RM) – 1, pracownik socjalny (PS) – 1, pracownik niemedyczny (N) – 3, wolontariusz (W) – 4. Pracownicy określani jako „niemedyczni” to głównie osoby na stanowiskach organizacyjnych zaangażowane w pomoc chorym.

* * *

Przedstawiona metodologia badań zawiera podstawowe zasady teorii ugruntowanej w ujęciu konstruktywistycznym. Założenie, że teoria jest

1 W książce stosuję, zgodnie z sugestią Agnieszki Trąbki, zasadniczo dwa określenia osób uczestniczących w badaniach: „uczestnicy badań” oraz „rozmówcy”. Wynika to z przyjętego założenia, że ich rola nie polega na biernym odpowiadaniu na postawione pytania, ale na wspólnym konstruowaniu danych w konkretnym kontekście. Zatem określenia właściwe dla badań ilościowych, na przykład „respondenci”, „badani”, byłyby niewłaściwe (Trąbka 2014, s. 58).

współkonstruowana przez uczestników badań i badacza w trakcie procesu badawczego, pozwoliło na dobór metod pozyskiwania danych oraz określiło charakter ich kodowania i opisu wyników. W rozdziale opisałem przedmiot badań, określiłem cele, problematykę badawczą oraz scharakteryzowałem teren i przebieg badań. Zwróciłem uwagę na poprawność metodologiczną procesu badań własnych oraz zaplanowałem czynności niezbędne do realizacji celów badawczych. Wynikiem tych działań będzie znalezienie odpowiedzi na główny problem badawczy postawiony w formie pytania oraz na pytania szczegółowe.

Biorąc pod uwagę średnią wieku badanych, można przyjąć, że sytuuje się ona w przedziale środkowego okresu dorosłości. Jak można zauważyć, w grupie badań pod względem liczebności zdecydowanie dominują kobiety. Zróżnicowanie zawodowe wskazuje na dużą przewagę pielęgniarek, ale wśród badanych nie brakuje przedstawicieli innych zawodów medycznych oraz pokrewnych. Ta struktura jest wynikiem celowego doboru rozmówców, która doprowadziła do teoretycznego nasycenia materiału, będącego potwierdzeniem pomyślnej weryfikacji rezultatu badawczego na poziomie doboru próby.

Rozdział V

Rozumienie i realizacja bliskości w rodzinie

Ważną zaletą wywiadów pogłębionych jest możliwie pełne poznanie i zrozumienie postawy konkretnej osoby jako indywidualności. Zadaniem prowadzącego wywiad jest dotarcie do jej przekonań, motywów zachowania oraz zrozumienie emocji związanych z badanym tematem. Wywiad indywidualny ułatwia ujawnienie osobistych przekonań, które nie zawsze znajdują słuchaczy i uznanie w danej społeczności.

Przeprowadzone przeze mnie wywiady pokazały głębokie zasoby osobistych doświadczeń, przekonań i emocji odnoszących się do bliskości międzyludzkiej. Uczestnicy badań, zapytani o to, czym dla nich jest bliskość, niejednokrotnie natychmiast w swojej odpowiedzi formułowali „definicję” bliskości. Nie odczuwali trudności w zrozumieniu pytania, odpowiedź wydawała się im stosunkowo prosta, ale w jej trakcie nieraz zatrzymywali się, zastanawiali, próbowali wyjaśnić wypowiedziane wcześniej słowa, kluczyli. Najczęściej mówili o swoim doświadczeniu bliskości, wyrażając słowami przemyślenia o jej istocie i rozwoju.

Analiza wywiadów pozwala na stosunkowo dokładny opis kategorii bliskości. W materiale badawczym znajdują się wypowiedzi, które dotyczą bliskości jako takiej oraz odnoszące ją do różnych kontekstów życia, zwłaszcza rodziny. Na ich podstawie zostanie przedstawione leksykalne znaczenie terminu „bliskość”, jego komponenty. Następnie będzie omówiona rodzina jako podstawowe środowisko rozwoju i wychowania do bliskości. Skojarzenie bliskości z rodziną było powszechne, aczkolwiek nie w każdej rozmowie ten wątek zajmował istotne miejsce. Przemyślenia na temat dotyku poszerzały zakres omawianych pojęć.

5.1. Rozumienie bliskości przez uczestników badań

Poszukiwanie znaczeń bliskości warto rozpocząć od analizy określeń użytych przez rozmówców w trakcie opisywania tej kategorii. Rzeczowniki wyodrębnione w analizie leksykalnej słowa „bliskość” przedstawia tabela 3. Z pewnym uproszczeniem można przyjąć, że stanowią one katalog synonimów bliskości.

Tabela 3. Kategorie bliskości w wypowiedziach badanych

Kategoria bliskości	Charakterystyka
fizyczna	dotyk, wzrok, intymność, niewielka odległość, niewielki dystans, skrócona odległość, przytulenie, głaskanie, podanie ręki, pochylenie się, bycie przy kimś, ciepło, przyjemność, obecność
emocjonalno-uczuciowa	miłość, cisza, milczenie, błogość, zaufanie, otwartość, serdeczność, poczucie bezpieczeństwa, miłość, szacunek, naturalność, życzliwość, szczerłość, lubienie się, dar, nienarzucanie, radość, łączność emocjonalna, wrażliwość, współodczuwanie, siła, rozwój, trwanie, delikatność, takt, czułość
relacji i wsparcia	wsparcie, kontakt, interakcja, wzrok, rozmowa, więzi, porozumienie, dobre relacje, rozmawianie, słuchanie, patrzeć, czuwanie, czas, opieka, towarzyszenie, troska, ton głosu, pomoc, dzielenie się, znajomość, dawanie, jednomyślność, nielicytowanie się, akceptacja
duchowa	jednomyślność, wiara, życie w prawdzie, zrozumienie, przyjaźń, braterstwo, więź duchowa i mentalna, podobieństwo odczuwania, podobieństwo odbierania świata i rzeczywistości, zainteresowanie, styl życia, pamięć, brak oceny

Źródło: badania własne.

W tabeli 3 zebrano określenia, które mają silne zabarwienie emocjonalne. Są wśród nich takie, które wskazują na różne wymiary bliskości, począwszy od fizycznej, poprzez emocjonalno-uczuciową, bliskość będącą relacją dającą wsparcie, aż do duchowej. Rozmówcy wymieniają elementy bliskości i formy jej wyrażania. Można dostrzec także wymiar aksjologiczny omawianej kategorii, gdyż w wypowiedziach znajdują się odwołania do wartości, które uzasadniają wybór pewnych synonimów bliskości. Pytanie o bliskość wywołało silny rezonans, który jest widoczny w liczbie zastosowanych określeń. To jednak nie liczba użytych sformułowań jest głównym walorem wypowiedzi, a szerokie pole znaczeniowe, które powstało na gruncie przedstawionych wyników analiz.

Bliskość opisana przez wybrane synonimy może wydawać się nieco odrealniona, zbyt idealistyczna. Gdyby przyjąć, że wyrażenia te są charakterystykami bliskości, trudno byłoby wskazać, gdzie można doświadczyć tak zażyłej relacji międzyludzkiej. Aczkolwiek przedstawiony katalog określeń pokazuje, jak złożoną i niezmiernie ważną rzeczywistością jest bliskość. Zawiera ona wartości, nastawienia i zachowania, które sprawiają, że relacje międzyludzkie mogą się rozwijać i przetrwać trudne sytuacje życiowe. Na podstawie analizy zasobów bliskości można przyjąć, że stanowi ona istotną kategorię w życiu jednostek i w życiu społecznym.

Wypowiedzi rozmówców zawierają rozbudowane metafory, które ukazują bliskość w szerszej perspektywie niż synonimy. Kobieta zauważa:

Ja zawsze mówię, że jestem czuła jak waga i gdzieś zawsze sercem odczuwam to, czy jestem bliżej, czy dalej z daną osobą. I bardzo nie lubię, kiedy mam takie poczucie, że gdzieś ta moja waga mi pokazuje, że coś jest nie tak. Nawet jeżeli to są nawet nie takie relacje bardziej przyjacielskie, ale takie relacje w pracy zwykłe (K1_N).

Wypowiedź ta zwraca uwagę na potrzebę równowagi emocjonalnej w kontakcie z drugim człowiekiem. Istotną rolę odgrywają tu relacje, których jakość jest nierozzerwalnie związana z bliskością. Dyskomfort wywołany naruszeniem balansu jest sygnałem alarmowym, który zapobiega deprivacji bliskości.

Kolejne porównanie określa bliskość jako

[...] dobry ślad, który zostawiasz w życiu tych, których spotykasz, ślad, który pozwoli im wrócić ponownie w różnych okolicznościach i w jakikolwiek sposób, napełniając serce radością, nadzieją, siłą, rozwojem (K38_P).

Ów ślad jest konsekwencją spotkania wyjątkowej osoby, wrażeniem, które pozostaje na długo. Ślad wytycza drogę, która umożliwi korzystanie z zasobów bliskości oraz powrót do niej.

Metaforycznym ujęciem bliskości jest również porównanie jej do iskierki, które [...] przeskakują z nas na drugą osobę. To jest taka iskierka boża. Jakby zapałkę zapalić, taką draskę miłości. To jest coś takiego, co przeskakuje i to niesamowicie właśnie rozpala serce. Jest to konkret, to się czuje taki jakby przeskok energii. Tak jak się mówi: zaiskrzyło między nami (K28_OM).

Opiekunka medyczna podkreśla, że każda bliskość jest czymś „bardzo, bardzo istotnym, bardzo ważnym”, bo wymiana iskier rozgrzewa serca i jest skutecznym wsparciem. Nieprzewidywalność zaistnienia sytuacji „zaiskrzenia” zawiera w sobie pewne ryzyko, ale też nadzieję na nawiązanie więzi, które pomogą przetrwać trudne chwile.

W wypowiedziach uczestników badań można odnaleźć fragmenty, w których rozmówcy konstruowali własne definicje bliskości. Oto przykładowe opisy:

Ogólnie bliskość to jakaś niewielka odległość. Ale bliskość między ludźmi to jest to, że mam do kogoś zaufanie, że ufam tej osobie i potrafię dzielić się z nią swoimi emocjami. I ta osoba też czuje wobec mnie taką otwartość, że wie, że może mi też zaufać (K5_P).

Możliwość nieskrępowanego kontaktu jednego człowieka z drugim. Interakcje, które nie są jakoś hamowane przez żadną ze stron (M1_L).

Możliwość patrzenia sobie w oczy, wprost, bez uciekania wzrokiem. Może też dotyk, chociaż też nie zawsze. Jeśli mi jest ktoś bliski, to wie o mnie dużo rzeczy, takich najskrytszych. Po prostu mnie zna (K4_PŁ).

Bliskość to według mnie obecność obok drugiej osoby. Rozmowa, dotyk też (K9_P).

Bliskość to są wzajemne dobre relacje, które pokazują więź między ludźmi, wzajemne porozumienie i wzajemną miłość, życzliwość (M3_L).

Jesteśmy blisko, bo jesteśmy jednomyślni, w podobny sposób oceniamy sytuację, szukamy rozwiązania czy patrzymy w jednym kierunku (M7_PT).

Analiza wypowiedzi rozmówców pokazuje, że ich rozumienie bliskości, jakkolwiek zróżnicowane, koncentruje się na relacji, więzi społecznej, która jest nośnikiem zażyłych emocji. Bliskość zakłada pewien stopień zjednoczenia z drugim człowiekiem, które dokonuje się na różnych poziomach: egzystencjalnym, fizycznym, psychicznym, intelektualnym, społecznym, towarzyskim, duchowym, estetycznym czy zawodowym. Jest ona rozpatrywana w bezpośredniej interakcji z drugim człowiekiem, jak też w perspektywie wzajemnego otwarcia na wspólne wartości i cele umiejscowione na

zewnątrz diady ja – ty. Może być wyrażana przez dotyk, ale także bez jego użycia. Bliskość jest określana jako możliwość, potencjał, który może się urzeczywistnić, gdy zachodzą ku temu sprzyjające warunki. Dzięki nim to, co bardzo osobiste i wewnętrzne, zostaje zmanifestowane. Przestrzenne skojarzenie bliskości ułatwia jej opis, zawężając pole znaczeniowe do osób będących blisko na przynajmniej jednej z wymienionych płaszczyzn.

Jednym z kluczowych słów, które pojawiały się w rozważaniach na temat bliskości, była „obecność”. Analiza leksykalna materiału badawczego ujawniła pole znaczeniowe, w którym było używane to słowo. Kontekst, w którym pojawiało się najczęściej, przedstawia schemat 1.

Schemat 1. Chmura słów występujących z kodem „obecność”¹



Źródło: badania własne.

Wielkość czcionki i nasycenie kolorem użyte dla wyróżnienia wyrazów wskazują, że w polu znaczeniowym kategorii „obecność” najczęściej występują słowa odnoszące się do obecności drugiej osoby. Zwroty zastosowane przez rozmówców pokazują, że bliskość międzyludzka ma wymiar personalistyczny, skupia się na osobie. Skoncentrowanie na drugim człowieku, bycie blisko niego, pozwala doświadczyć, czym jest prawdziwe przywiązanie. Bliskość wymaga więc pokonania egocentryzmu, który zamyka na inną

1 Ten i podobne schematy zamieszczone w dalszej części pracy, określone jako „chmura słów”, należy odczytywać następująco: wielkość czcionki i nasycenie kolorem są proporcjonalne do częstości występowania terminów w wypowiedzi. Ułożenie wyrazów i ich kolor nie mają znaczenia.

osobę. Obecność człowieka, który po prostu „jest” i przy którym „ja jestem”, ma duże znaczenie w rozumieniu bliskości. Słowa stanowiące kontekst dla terminu „obecność” tworzą atmosferę zrozumienia i doświadczania siebie nawzajem. Zwracają uwagę na znaczenie fizycznej obecności drugiego człowieka oraz wypowiedzianych przez niego słów. Odnoszą się także do Boga, z którym można nawiązać osobową bliskość, a także do bliskiej relacji człowieka z naturą.

5.2. Komponenty bliskości

Rozmówcy zwracają uwagę na ważne elementy bliskości. Łatwo je przeoczyć, zbagatelizować czy o nich zapomnieć, dlatego udzielający wywiadu podkreślają ich znaczenie.

Do podstawowych elementów bliskości wymienianych przez badanych najczęściej należą:

◊ Rozmowa z drugim człowiekiem

Jest ona jednym z istotnych komponentów bliskości:

To jest to, że rozmawiamy, ufamy sobie, dzielimy się, pytamy, czekamy na odpowiedź, liczymy się z tą odpowiedzią. Myślę, że to jest ważne, jeśli chodzi o relacje rodzinne. To jest kluczowe. Bez tego nie ma praktycznie tych relacji. Więc to jest to, co bym uważał za bliskość (M4_L).

Rozmowa rodząca i umacniająca bliskość winna być oparta na szczerości i umiejętności poddania życzliwej krytyce postawy bliskich osób, gdy wy-
mykają się one uznanym normom.

◊ Milczenie

Uzupełnieniem słów jest milczenie.

Bliskość to jest po prostu czas. To jest cisza, żeby posłuchać... Niekoniecznie musimy słowami zalewać, czy jakby wymuszać. Czasem to jest po prostu pobycie z kimś. Myślę, że dużą trudność mamy w takim byciu z drugim człowiekiem, ale takim w milczeniu. Czujemy się bardzo niekomfortowo w tym, bo wydaje się nam, że powinniśmy mówić, powinniśmy udzielić rady, powinniśmy powiedzieć. My nic nie powinniśmy. Czasem to jest po prostu bycie.

Tak, myślę, że tak. To takie bycie, taka cisza, tylko żeby to było wszystko miłością wypełnione (K2_P).

Rozmówcy wielokrotnie zwracali uwagę na znaczenie milczenia i ciszy. Mężczyzna, wspominając chwile spędzane z ojcem, wyznał:

U nas to było często takie ciche rozumienie. Że my na przykład szliśmy gdzieś na spacer – on był starszym człowiekiem, ja go prowadziłem – i my właściwie milczeliśmy przez większość czasu. Nie było jakiejś wielkiej rozmowy. Ale wiedzieliśmy, że jesteśmy razem (M4_L).

Takie wspólne wędrowanie może być rozumiane jako „niesienie drugiego” człowieka – towarzyszenie mu z poszanowaniem jego granic i godności, darzenie go czułością, troską, delikatnością i taktem (K38_P).

◊ Czas

Komponenty rozmowy i milczenia są osadzone w strukturze czasu. Umiejętność „tracenia” go na budowanie bliskości jest postrzegana jako szczególnie ważna. Docenienie wartości chwili obecnej i zadbanie, by wspólne spędzanie czasu było na wysokim poziomie, sprzyjają umacnianiu bliskości. Czas nabiera istotnego znaczenia w sytuacji choroby i opieki nad człowiekiem w terminalnym stadium choroby:

Tutaj jest jeszcze specyfika taka hospicyjna, mianowicie to, że ma się mało czasu. Że wiadomo, że ten czas upływa i że nie będziemy mieli dużo czasu na kontakt z tym człowiekiem (K34_PS).

Nawiązanie i przeżywanie bliskości w tej sytuacji wymaga umiejętności wykorzystania każdej chwili.

◊ Przestrzenny wymiar bliskości

Analizowane wypowiedzi zawierają refleksje dotyczące przestrzeni bliskości. Odległość fizyczna jest w nich traktowana dwojako. W pierwszym znaczeniu jest to utrudnienie bliskości, którego nie da się uniknąć, ale można zniwelować jego negatywne skutki. W drugim znaczeniu odległość fizyczna jest sama w sobie wartością, która warunkuje i buduje bliskość. Bliskość można realizować pomimo przestrzennego oddalenia:

Bo ktoś powie: na odległość to nie jest żadna relacja. Ale one też są ważne i jak nie ma innej możliwości, to można po prostu w ten sposób (K14_P).

Jeszcze więcej optymizmu zawiera następująca wypowiedź:

Ktoś wyjeżdża w jakichś sprawach służbowych, to też można być blisko. W znaczeniu takim, że odległość kilometrowa nie ma znaczenia, bo zawsze jest jakaś możliwość kontaktu i znowu poświęcenia sobie czasu, znowu wymiany tych wszystkich uwag, wątpliwości, radości, smutków itd. (M4_L).

Tak rozumiana bliskość „[...] to bardziej więzi, relacje, bycie, trwanie niż kategoria odległości przestrzennej” (K38_P). Docenienie możliwości kontaktowania się za pośrednictwem Internetu wydaje się dość symptomatyczne. Zapowiada ono zmianę w postrzeganiu bliskości, która zostaje zapośredniczona przez to medium.

◊ Kontakt fizyczny

Składową bliskości jest także kontakt fizyczny. Trzeba zaznaczyć, że rozmówcy przypisują mu różne znaczenia – od prawie całkowitej rezygnacji z tej formy obcowania do wyraźnego podkreślenia jej znaczenia. Obrazuje to wypowiedź lekarki:

Dla mnie bliskość kojarzy się z dotykiem. I z taką właśnie relacją przede wszystkim przez dotyk. Ja to wręcz mam taki problem, że ja sobie często za bardzo pozwalam i wszelkie jakieś takie moje relacje z ludźmi to zawsze są związane z dotykiem. I zawsze wyrażam to, co czuję do danej osoby, z którą rozmawiam, machając rękami, i zawsze jakieś takie packnięcia, dotknięcia, objęcia, to są wręcz niekontrolowane. Dla mnie to jest taka właśnie bliskość. Wszelaka. Jakikolwiek kontakt, jakakolwiek relacja, żeby była, to to właśnie jest jeden z takich ważnych jej elementów (K11_L).

Haptyczny wymiar relacji z drugim człowiekiem jest dla rozmówczyni niezwykle istotny. Dotyk stał się jej kodem komunikacyjnym, który ułatwia nawiązanie i podtrzymywanie relacji, a także towarzyszy jej pracy zawodowej. Autorka wypowiedzi zauważa, że jej zachowanie niekiedy narusza wrażliwość drugiego człowieka, dlatego brak kontroli nazywa problemem. Jednocześnie wie, że spontaniczność i otwartość wyrażają jej temperament, dlatego nie chce rezygnować z fizycznej formy kontaktu. Bliskość okazywana

przez dotyk odgrywa ważną rolę w opiece nad osobami chorymi, w której znaczenia nabiera

[...] trzymanie za rękę, kiedy się boją, czy nawet proste czynności. Jakież obracanie na bok i w jaki sposób to robimy, jak trzymamy ręce. Czy robimy to tak delikatnie, czy jak chory się boi, to go pogłaszczemy po plecach (K20_P).

◊ Wzrok

Interesującym komponentem bliskości jest wzrok. Jak zauważa rozmówczyni, bliskość drugiej osoby „[...] przejawia się dotykiem, rozmową, słuchaniem, nawet patrzeniem” (K13_P). Sposób patrzenia na drugiego człowieka ma duże znaczenie w nawiązaniu i podtrzymywaniu z nim kontaktu. Wymaga to odwagi, szczerości, powstrzymania się od pochopnej oceny:

Bliskość to możliwość patrzenia sobie w oczy, wprost, bez uciekania wzrokiem [...]. Jeśli chodzi o patrzenie, o bliskość wzroku, to jest to na pewno odczuwalne. Łatwiej nam się schować w kąci, patrząc w ekran, niż doświadczyć prawdziwej bliskości. Ale wydaje mi się, że możemy zwykłym spojrzeniem w sklepie, na ulicy wyrazić nasze przyjęcie tej osoby czy brak oceny (K4_PŁ).

„Bliskość wzroku”, o której mówi rozmówczyni, jest także sposobem na okazanie akceptacji drugiej osobie w codziennych sytuacjach społecznych. Taka bliskość może wyrażać się w „[...] niepatrzeniu na siebie wilkiem w autobusie w czasie drogi do pracy, w sklepie, w kolejce do kasy” (K8_N). W tym kontekście inna rozmówczyni snuje refleksję, że „i dobro, i zło ukazane jest w oczach” (K7_P), stąd ważna staje się troska o „dobry” wzrok.

◊ Głos

Kolejnym komponentem bliskości, który został wyróżniony w analizowanych wypowiedziach, jest głos, a zwłaszcza jego ton. Co ciekawe, szczególnie jego dowartościowanie wyraziły pielęgniarki. Podejmowanie czynności pielęgnacyjnych winno odbywać się z jednoczesnym wyjaśniającym, a nawet wyprzedzającym komentarzem. Ważne jest, w jaki sposób zostanie on przekazany. Kobieta zauważa:

Dla mnie to też jest bliskość, czy ja mówię machinalnie „Dobra, odwracamy się”, czy mówię po prostu czule. Każdy chory jest inny i ton też trzeba dostosować do chorego. Z jednym trzeba

zażartować, i to też jest budowanie bliskości, a z drugim trzeba bardzo spokojnie, bardzo delikatnie. Z jednym głośniej, z drugim ciszej. To wszystko wydaje mi się, że buduje bliskość (K20_P).

Siła i ton głosu należą do kategorii tych czynników, które „mają moc”, poprzez które „albo zbliżam pacjenta, przyciągam, albo oddalam” (K38_P). Przyjazny i uspokajający ton głosu towarzyszący pochyleniu się nad chorym człowiekiem to „takie rzeczy proste” (K34_PS), a jednocześnie ważne składowe bliskości. Świadome wykorzystanie własnych zasobów osób opiekujących się chorymi i tych, które je leczą, może pomóc w zmniejszaniu stresu i poczucia niepewności.

5.3. Znaczenie przypisywane bliskości przez uczestników badań

W procesie kodowania materiału badawczego w kodzie „bliskość” wyodrębniono podkod „znaczenie bliskości”. Kluczem do analizy zawartych w nim treści może być przymiotnik „ważny”, z uwzględnieniem użycia jego różnych form gramatycznych. To słowo ma bardzo wysoką pozycję na liście częstotliwości stosowania słów w wypowiedziach. Znajduje się ono tuż za najczęściej używanym terminem „bliskość”. Bliskość jest określana przez rozmówców jako „ważna”, „bardzo ważna”, „naprawdę ważna”, „zawsze ważna”, „szalenie ważna”, „niesamowicie ważna”. Co ciekawe, w materiale badawczym nie ma wypowiedzi, które by deprecjonowały znaczenie bliskości. Jest to istotne spostrzeżenie. Nie oznacza ono, że wszyscy rozmówcy rozumieją ją tak samo, przywiązują do niej taką samą wagę czy dostrzegają te same formy realizacji bliskości. Te różnice są obecne, ale wyniki analiz jednoznacznie potwierdzają doniosłą rangę, jaką uczestnicy badań przypisują bliskości.

Bliskość ma duże znaczenie, bo sama w sobie jest postrzegana jako centralna wartość:

Temat bliskości jest zawsze ważny. Na każdym etapie życia, niezależnie od pandemii, od tego, czy nam się fantastycznie żyje, czy ubogo, czy w bogactwie, to jednak ta bliskość jest chyba istotą całego życia naszego (K14_P).

Rozmówczyni postrzegają bliskość jako wartość fundamentalną, przekraczającą wartości materialne i pokonującą wpływ niekorzystnych okoliczności.

Jest „istotą całego życia”, gdyż nadaje znaczenie każdemu dniowi. W tym kontekście lakoniczne stwierdzenie rozmówcy potwierdza społeczną potrzebę bliskości:

Bliskość jest ważna. Jest ważna i jest potrzebna. Bywa, że jest niedoceniana może nawet (M5_RM).

Niedoceniecie jej jest zaniedbaniem, które ma znaczące konsekwencje w życiu społecznym.

Znaczenie bliskości wynika z funkcji, jaką pełni ona w życiu społeczeństwa, a także w rozwoju osobistym jednostki. Przytoczone fragmenty wypowiedzi wskazują na sensotwórczą funkcję bliskości:

Bliskość pozwala czuć się bezpiecznie, ale także mieć poczucie, że jestem ważna dla kogoś, że ktoś szanuje to, kim jestem, i akceptuje mnie oraz że mu na mnie zależy. Bliskość jest dla mnie bardzo ważna, ponieważ jest zaprzeczeniem osamotnienia. Bliskość niejednokrotnie nadaje sens życiu, ponieważ jest wyznacznikiem tak głębokiej relacji z drugą osobą, dla której warto często poświęcić swój czas, swoje siły, a nawet swoje życie. Bliskość pomaga przeżywać trudne chwile (K37_P).

Wiem, że bliskość jest ważna. Dla mnie najważniejsze jest to, żeby być dla... innych. Bo ja właśnie... lubię się zamknąć. Lubię samotność. Lubię być sama. Ale to nie rozwija. To nie uczy i to nie... nie daje sensu. Właśnie dla mnie sensem stało się bycie **dla**² innych ludzi. To jest takie rozwojowe i takie... wypełniające tę pustkę w życiu (K28_OM).

Bliskość jest doświadczeniem obecności i miłości innych ludzi, co wzmacnia świadomość bycia kochanym. Nadaje życiu sens, bo scala najważniejsze relacje. Sens wiąże się z nadaniem znaczenia własnej aktywności i mobilizowaniem do niej. Decyzja bycia **dla** innych osób, przełamująca samotność, ma duże znaczenie samowychowawcze. Jest ono tym większe, że jest wynikiem świadomego otwarcia się na innych, podczas gdy łatwiejszym wyborem byłoby pozostanie w egocentrycznej samotności. Bycie **dla** zakłada konieczność poświęcenia się, które nie prowadzi jednak do wypalenia. Daje ono radość i satysfakcję. Bliskość, ułatwiając przełamanie barier, staje się przekąźnikiem wsparcia i akceptacji. Odgrywa rolę nie tylko w przypadku

2 Wszystkie wyróżnienia w wypowiedziach rozmówców pochodzą od G.G.

osób otwartych, których wzmacnia i uspokaja obecność wielu bliskich wokół siebie, ale także w odniesieniu do osób emocjonalnie zamkniętych, dla których spotkanie z drugim człowiekiem nie zawsze jest łatwym doświadczeniem. Antyseparatystyczne oddziaływanie bliskości sprzyja pokonaniu egoizmu, utrudniającego jedność z drugim człowiekiem. Zapełnia pustkę życiową, nadając życiu sens.

Wypowiedzi odnoszące się do znaczenia bliskości pojawiają się w materiale niejednokrotnie w kontekście wspomnień związanych z izolacją społeczną, będącą konsekwencją wystąpienia pandemii COVID-19. Rozmówcy budują na tle tamtych doświadczeń narrację, w której częstym wątkiem jest odkrycie znaczenia bliskości na nowo:

Właśnie ten okres pandemii tak pokazał, że był taki czas izolacji i myślę, że wtedy doceniłam potrzebę bliskości. Że jednak człowiek jest chyba taką istotą społeczną. I powiem szczerze, że bardzo mi brakowało. Nawet był taki okres, gdzie byłam poddana kwarantannie i wtedy bardzo mi brakowało styczności z drugim człowiekiem. Pomimo tego, że mam rodzinę, ale to jednak nie to samo. Te relacje czy koleżeńskie, czy nawet kontakt z pacjentem w pracy, to byłam tego pozbawiona i odczułam brak tego, że to jest bardzo potrzebne [...]. I myślę, że bez tego to ciężko byłoby mi funkcjonować (K9_P).

W analizowanej wypowiedzi jest wyrażone zaskoczenie wynikające z uświadomienia sobie znaczenia bliskości. Zgodnie z zasadą, że „[...] nie da się czegoś zauważyć w momencie, kiedy to jest na co dzień” (M5_RM) – bliskość i jej brak zostały dostrzeżone w czasie restrykcji covidowych. Odczucie braku bliskości okazało się kluczowym doświadczeniem w procesie uświadamiania sobie znaczenia zażytych ludzkich relacji. Ów brak skutkował osobistymi trudnościami i deficytem bezpośredniej relacji z gronem osób bliskich. W szczególności sposób zakłócił on relację pacjent – rodzina – medycy. Wspomnienia pielęgniarki przywołują zaobserwowane sytuacje, w których pozbawione kontaktu z najbliższymi osoby chore traciły motywację do dalszego leczenia, a niekiedy do życia. Uczestniczenie w tego rodzaju trudnych wydarzeniach wzbudzało refleksję dotyczącą znaczenia środków, które są zwykle dostępne, ale niewystarczająco doceniane w leczeniu i opiece nad chorym człowiekiem:

Osoby medyczne powinny mieć większą świadomość tego daru. Tego daru bliskości i tego, jak to może pozytywnie wpływać na samego chorego. Może to będzie jakiś moment przełomowy, który sprawi, że coś w tej kwestii się ruszy (M5_RM).

Spojrzenie na bliskość w kategorii daru uzmysławia, że nie jest on w pełni zależny od jednostki, a nawet nawiązywanych przez nią relacji społecznych. Jeśli jest więc ona darem, to tym bardziej zasadne wydają się postulaty jej doceniania i troszczenia się o jej rozwój.

5.4. Bliskość w rodzinie

Środowiskiem, z którym w pierwszej kolejności kojarzy się bliskość, jest rodzina. Bliskość wpisuje się w naturę rodziny, konstytuuje ją, określa jej istotę:

Zwykle bliskość rozumiemy w języku potocznym, że to są bliscy, nam ludzie bliscy, a ludzie bliscy to jest rodzina, nasze dzieci, nasi małżonkowie, dziadkowie. To nazywamy, że to są bliscy (M9_W).

Chcąc pokazać znaczenie więzi rodzinnej, lekarz stwierdził:

To jest jakiś rodzaj więzi, która łączy przynajmniej dwie lub więcej w rodzinie osób w ten sposób, że – może przez zaprzeczenie najpierw – że mało jest tego, co dzieli. Czyli więcej łączy, niż dzieli (M4_L).

Siła tej więzi wyraża się nie tylko w pokonywaniu tego, co dzieli rodzinę, ale przede wszystkim w pozytywnym budowaniu codzienności na tym, co wspólne. Bliskość jest więc tym,

[...] co się z domu wyniosło, pokazane przez babcię, mamę, może tatę mniej. To ta empatia daleko idąca, do sąsiada, nawet do zwierzątka (K8_N).

Tak ukształtowana bliskość w rodzinie jest otwarta na osoby spoza jej kręgu.

Pielęgniarka rozwija ten wątek, nawiązując do swoich doświadczeń rodzinnych. Wyznaje, że dla niej bliskość oznacza możliwość przytulenia się do mamy, położenia głowy na jej kolanach, bycia głaskaną, a jednocześnie sposobność do szczerego mówienia o tym, co się przeżywa. Bliskość w rodzinie wyraża się także możliwością powrotu do własnego pokoju, bycia w ciszy, we własnej przestrzeni ze świadomością dyskretnej obecności bliskich (K10_P). Te formy bliskości są diametralnie różne, ale się wzajemnie uzupełniają. Bliskość pełna ciepła, obecności i dotyku nie wyklucza potrzeby posiadania własnej przestrzeni, którą wyznaczają ściany pokoju. Elementem

łączącym jest obecność osób, dla których bliskość fizyczna jest istotnym, ale nie najważniejszym wyznacznikiem intensywności więzi.

5.4.1. Doświadczenie bliskości i jej braku

Charakterystykę kodu „bliskość w rodzinie” oddaje schemat 2, zawierający słowa najczęściej pojawiające się we fragmentach związanych z nim.

Schemat 2. Chmura słów występujących z kodem „bliskość w rodzinie”



Źródło: badania własne.

Fragmenty wypowiedzi zakodowane jako „bliskość w rodzinie” mają wyraźnie biograficzny charakter. Rozmówcy niejednokrotnie odwoływali się do wspomnień z dzieciństwa czy innych okresów, które kojarzyli z bliskością rodzinną. Biograficzne wątki stanowią ważną część wywiadów ukazujących znaczenie i charakter tej bliskości.

Bliskość rodzinna wynika z relacji małżeńskiej, ale szczególnie dotyczy ona „niezwykle silnej” więzi między matką a dzieckiem (M5_RM). Analiza częstości występowania wyrazów pozwala potwierdzić to założenie. Przyjmując słowo „mama” jako kluczowe, można z nim powiązać prawie wszystkie pozostałe zawarte w schemacie 2. Centralnym słowem jest forma czasownikowa „była”. Wskazuje ona między innymi na matkę, która w biografacjach rozmówców **była** obecna na różne sposoby i w wielu sytuacjach. Już sam fakt jej obecności wydaje się znaczący, niejako definiujący jej rolę: być w życiu rodziny, być w życiu dziecka, co potwierdzają również użycia czasownika „być” w czasie teraźniejszym.

W analizie leksykalnej pola znaczeniowego słowa „mama” wyodrębniono niektóre wyrażenia: „słyszę w głowie głos mamy” (M6_L), „przytulanie mamy” (K13_P), „zasługa mamy, dojrzałość mamy” (K14_P), „mama najbliższą osobą”, „mama tak bliska” (K7_P), „mama bardzo dbała” (K10_P), „mama przytulała”, „mama mi zmarła” (K13_P), „listy do mamy” (9 K8_N), „mama chorowała, mama umarła, mamy nie mam” (K19_F), „mama jest u mnie” (K35_S), „mama zaczęła się starzeć” (K1_N), „mama przytula” (K2_P), „mama mnie chciała, mama mnie urodziła”, „mama jest”, „mama się cieszyła” (K7_P), „mama i dom rodzinny” (K14_P). Wymienione wypowiedzi niosą duży ładunek emocjonalny, który jest ukierunkowany głównie na cechy bliskości: obecność, dyspozycyjność, ciepło, odwagę, dojrzałość czy odpowiedzialność. Nie brakuje też określeń, które odwołują się do cierpienia mamy, jej śmierci, tęsknoty za nią, odczuwanego jej braku. W pamięci rozmówców matka zapisała się jako osoba najbliższa, przytulająca, zaangażowana w swoją rolę, kochająca swoje dziecko. Śladem tego są między innymi jej słowa, które wciąż brzmią w uszach dorosłego dziecka.

W wywiadach można odnaleźć także nieliczne wypowiedzi pozbawione ciepłego znaczenia, ukazujące osobę i relację z matką jako trudną. Można więc usłyszeć o mamie, która „boi się bliskości” (K1_N), pojawia się stwierdzenie „miałem dominującą mamę” (M4_L) czy też

[...] moja mama była taką osobą bardzo zimną, taką chłodną. Nigdy nie było przytulania. Bliskość była dla mnie trochę inna, taka niezrozumiała (K18_P).

Te wypowiedzi są ważne, bo poszerzają zakres rozumienia znaczenia i roli matki. Nie w każdym przypadku jest ona wspomniana bądź odbierana jako osoba kształtująca bliskość pełną ciepła i serdeczności. Mama dominująca, zimna emocjonalnie, bojąca się bliskości to określenia, które są pejoratywne, zawierają odcień zawodu, pretensji czy rozczarowania. Są one jednak wypowiedziane z szacunkiem wobec mam, z dużym zrozumieniem, bez złości, a raczej z troską i próbą usprawiedliwienia ich postaw. Matka jest postrzegana jako osoba, która ma wady, ale i prawo je mieć. Rozmówcy, biorąc pod uwagę własne trudności w pełnieniu ról rodzinnych, pozostawiają swoim matkom przestrzeń na niedoskonałość, zawodność czy postępowanie nie do końca zrozumiałe.

Bliskość z ojcem jest tematem znacznie rzadziej poruszonym w wypowiedziach rozmówców. Przykładem budowania z nim bliskości są wypowiedzi, w których rozmówcy mówią o ojcach, używając określeń „tata”, „tatusz”. Warto przytoczyć kilka fragmentów wypowiedzi na temat ojców:

Tata miał rodzaj takiego bardzo głębokiego ciepła, które przekazywał (M4_L).

Mój tata nas z Ewangelii zawsze przepytywał (K23_P).

Mój tata nigdy nie daje rad, nie rozlicza z rad, ale zawsze jest. [uśmiech] Zawsze jest, nawet jak byłam hen, hen. Teraz mieszka sam, osobno, i też wiem, że co by się nie działo, nie muszę dzwonić codziennie, nie rozmawiamy codziennie, ale ta bliskość jest dla mnie szalenie ważna (K14_P).

Byłam bardziej podobna do taty (K14_P).

Ludzie mówią: „Widać, że cię wychował tata”. Że tata konkret. Ale ta bliskość zawsze była taka, że z tatą bez słów się do dziś rozumiemy (K19_F).

Mój tata już jest w ciężkim stanie (K22_P).

Wypowiedzi te pokazują, że ojcowie odgrywali, a niekiedy nadal odgrywają ważną rolę w życiu rozmówców. Bliskość z ojcem ma ścisły związek z jego faktyczną obecnością w ich życiu oraz zaangażowaniem w proces ich wychowania. Córki są dumne z podobieństwa do ojców, a także istnienia między nimi wzajemnego zrozumienia. Bliskość z ojcem jest podtrzymywana, nawet jeśli fizyczna odległość uniemożliwia częsty kontakt. W tej sytuacji tata, który „zawsze jest” w duchowej bliskości, staje się jednocześnie symbolem trwałego odniesienia. Rozumienie się bez słów jest oznaką łączącej ich silnej więzi emocjonalnej. Ta bliskość jest także zobowiązaniem do troski o ojców, żeby „tato nie poczuł pustki, nie poczuł zostawienia” (K8_N).

Jeden z lekarzy biorących udział w wywiadzie przedstawia ojca w takim właśnie świetle. Wspomina wspólne życie rodzinne, posiłki, rozmowy, troskę ojca o rodzinę, jego postawę duchową, etyczną i religijną: „Tato był bardzo wierzącą osobą i bardzo wierzył” (M3_L). Postać zmarłego ojca jest w rodzinie otoczona dużym szacunkiem, jego myśli są przypominane, a jego słowa wciąż ważne. Pamięć o ojcu ma także wymiar symboliczny, do jego osoby odwołuje się przy podejmowaniu decyzji życiowych i zawodowych.

Diametralnie odmienne wspomnienia ojca zachowała pielęgniarka, która w wieku siedmiu lat została przez niego opuszczona. Żyjąc w bliskiej relacji z matką, nigdy nie doświadczyła bliskości nieobecnego ojca. Skutkiem tego

były trudności, z których jedna polegała na nieumiejętności nazwania swego ojca tatą. Obecność córki na pogrzebie ojca wzbudziła zainteresowanie:

Na pogrzebie ksiądz mówi do mnie: „Przyjechała pani?”. Ja mówię: „No tak”. „Ale pani nie miała relacji z ojcem”. Mówię: „No, żałuję, nie miałam. Ale to był ojciec. Takiego miałam ojca” (K7_P).

Kluczem wyjaśniającym obecność na pogrzebie i szczere wyznanie dotyczące relacji z ojcem było wybaczenie:

Ja ojcu to wybaczyłam, bo ja musiałam sobie przede wszystkim pomóc, bo ja bym nie dała rady żyć (K7_P).

To wybaczenie umożliwiło kobiecie dalsze funkcjonowanie i pozwoliło uwolnić się od myśli, że wszyscy mężczyźni podobnie postępują (K7_P).

Obok odwołań do roli matek i ojców w kształtowaniu bliskości w rodzinie należy także przytoczyć wypowiedzi ujmujące ich jako małżonków. Kobieta stwierdza:

Z tatą uwielbiam rozmawiać, z mamą mogę siedzieć i oglądać seriale, tak że z każdym co innego (K10_P).

Komplementarność ról rodzicielskich tworzy spójny obraz bliskości rodzinnej. Dla dziecka stanowi ona zabezpieczenie emocjonalne i wzorzec przyszłych zachowań. Jest to jeszcze bardziej widoczne w kolejnej wypowiedzi:

Nie wiem, czy wszędzie tak jest, ale u moich rodziców jest tak, że dla nich nie ma problemu, że tato mamę pocałuje, tak bez powodu. Bez przywitania, bez pożegnania – po prostu. Zawsze tak zdrobniacie do siebie mówią. I to jest niesamowite, że do tej pory! 50 lat są małżeństwem... Więc naprawdę to chyba rzadkość. Tak że ta bliskość tam jest bardzo widoczna (K14_P).

Możliwość obserwowania tak zażyłej bliskości rodzinnej oraz uczestniczenia w niej jest dla rozmówczyni powodem do odczuwania dumy. Nie jest to jednak uzasadnienie do stawiania siebie ponad innymi. Kobieta, korzystając z modelu bliskości w rodzinie generacyjnej, współtworzy z mężem i dziećmi bliskość w swojej rodzinie. Wie, jakie jest to niekiedy trudne, ale jednocześnie jest przekonana, że przynosi to wielką satysfakcję. Znajomość modelu bliskości rodzinnej ułatwia jej podejmowanie skutecznych wysiłków na rzecz dobra swojego małżeństwa i rodziny.

Bliskość rodzinna to nie tylko więź z rodzicami. To takie nastawienie do pozostałych członków rodziny, w którym wszystkie strony interakcji doświadczają jej pozytywnych skutków. Tak rozumiana bliskość obejmuje więc babcię i dziadków, a także – w sposób szczególny – rodzeństwo. Ten wątek można odnaleźć w materiale badawczym. Jest on czasem ukazany z perspektywy trudności występujących między rodzeństwem z powodu rodzinnych spraw, takich jak opieka nad rodzicami, destrukcyjny styl życia czy oczekiwane wsparcie. Znacznie szerzej są opisywane wątki pozytywnych relacji między rodzeństwem. Bliskość między braćmi i siostrami jest kontynuacją więzi, która nierzadko pozostaje najdłuższą relacją w życiu. Jedną z takich sytuacji opisuje rozmówczyni, zaznaczając, że chodzi o bliskie stosunki z siostrą mieszkającą w odległym kraju. Zgodnie z zapowiedzią babci, że „najlepszą przyjaciółką dla ciebie będzie twoja siostra” (K14_P), ta więź ma dla obu kobiet niezwykle znaczenie. Więź między siostrami przekracza odległości geograficzne:

To jest taka więź trudna do opisanie. Bo ktoś powie: na odległość to nie jest żadna relacja. Ale one też są ważne i jak nie ma innej możliwości, to po prostu w ten sposób. Nie zawsze jest czas, żeby długo rozmawiać, ale gdzieś tam zawsze. Czy są różne uroczystości rodzinne, dzień mamy, taty to zawsze te zdjęcia wysyłam, żeby ona też się czuła na bieżąco. Ona znowu bardzo jest wdzięczna za to, że ja rodzicami się zajmuję, jak trzeba. I ona właśnie tą wdzięczność do mnie ma, a ja znowu mam o to, że tam kiedyś mnie wspierała jako siostra. Poza tym, w ogóle, ta więź faktycznie jest bardzo bliska (K14_P).

Wybrany fragment opisuje więź siostrzaną, którą cechuje transakcyjność. Wymiana dóbr rodząca wdzięczność jest podkreślana przez rozmówczynię, jednak bliskość z siostrą przekracza taką motywację. Z całego wywiadu można też wywnioskować, że bliskość między rodzeństwem była budowana od lat w procesie wychowania rodzinnego. Jest w niej także miejsce na bezinteresowność, dzielenie się i pamięć o sobie nawzajem. Zapośredniczenie kontaktu między siostrami zmienia nieco formę bliskości, ale wydaje się nie naruszać intensywności więzi, która „faktycznie jest bardzo bliska”.

Rozmówcy nie zawsze mieli możliwość nauczenia się bliskości od obojga swoich rodziców, a niekiedy nie otrzymali tego przekazu od żadnego z nich. W takim przypadku trudności ze zbudowaniem bliskości w rodzinie są znacznie większe, aczkolwiek ten cel pozostaje wciąż możliwy do

osiągnięcia. W sukces przychodzą inni ludzie. W materiale badawczym występują wypowiedzi, w których rozmówcy wskazują na to zjawisko. Pielegniarka, dla której bliskość w rodzinie miała duże znaczenie, zauważyła, że zupełnie inny model bliskości obowiązywał w domu jej męża. Był on oparty na stosunkowo dużym dystansie emocjonalnym. Kobieta podjęła udaną próbę nauczania swojego męża bliskości emocjonalnej i fizycznej, a jednocześnie wzmocnienia jej w jego rodzinie. Wydaje się, że ważną okolicznością sprzyjającą temu było uczestniczenie w wychowaniu dzieci i wnuków. To dzięki nim bezpośrednio przywitania, głaskanie, przytulanie i całowanie stały się zwyczajną praktyką (K14_P). Bliskość rodzinna jest kategorią, która wymyka się niekiedy standardowym wzorcom wychowania, gdyż jest budowana przez miłość rodzinną i kategorii społeczne postrzegane jako miękkie. Rozmówczynie odczuwa satysfakcję, że jej wysiłki przyniosły z czasem wymierne efekty.

Nawiązując do znaczenia miłości w budowaniu bliskości, inna rozmówczynie wspomina czas, kiedy zaczęła się jej uczyć od męża:

No więc bliskości tak naprawdę nie znałam wcześniej. Nauczył mnie tego chyba mój mąż 20 lat temu, jak się pobraliśmy [...]. Dopiero zaczęłam się tego uczyć właśnie po ślubie. Myślę, że jesteśmy dobrym małżeństwem, myślę, że dobrze teraz wychowujemy te nasze dzieci, ale właśnie wraz z tą bliskością też pojawia się ta miłość, to szczęście i to wszystko [uśmiech] (K18_P).

Dzięki małżeństwu kobieta zaczęła uczyć się od męża bliskości. Podobnie jak we wcześniej opisanym przypadku, przyniosło ono dobre owoce. Kobieta nie wyjaśnia, jakie trudności miała w uczeniu się bliskości ani jaką ten proces przybierał formę. Wspominając czas sprzed dwudziestu lat i porównując go ze stanem obecnym, z uśmiechem podkreśla, że bliskość jest nośnikiem miłości, szczęścia i „tego wszystkiego”. Można więc wnioskować, że bliskość rodzinna jest uwarunkowana miłością i przyczynia się do jej rozwoju. Bliskość pomaga stworzyć ciepły klimat w rodzinie i ułatwia proces wychowania dzieci.

Trzeba podkreślić, że rozmówcy przytaczają rodzinne historie związane z naruszeniem bądź zerwaniem relacji małżeńskich. Niejedna rodzina przeżywała bądź przeżywa kryzys bliskości w małżeństwie czy też w innych podsystemach rodzinnych. W trakcie udzielania wywiadu jedna z osób wspominała o zaognionym kryzysie małżeńskim. To pokazuje, że rozmówcy są grupą, której nie omijają trudności dotyczące społeczeństwa. Anonimowość rozmówców i dyskrecja badacza nie pozwalają na szersze opisanie

tych problemów. Warto jednak dodać, że wypowiedzi zawierają także opisy przewyciężenia kryzysów czy odbudowania bliskości. Przykładem może być wyznanie pielęgniarki opiekującej się siostrą chorą na nowotwór:

Ja mam trochę przejść takich swoich, też rodzinnych, ale fajnie to się ułożyło. Mój mąż też nadużywał alkoholu i walczyłam z tym wszystkim. Ale dopóki człowiek sobie nie uświadomi tego, że to jest choroba, to wydaje mu się, że ta druga osoba robi komuś na złość. Ale jak sobie uświadomiłam, że to jest choroba i jakby miał na przykład nowotwora, czy ja bym go zostawiła? No nie. To dlaczego teraz mam go zostawić? Walczyliśmy, no i jest super. Też Boga proszę, bo ta lampka się zawsze gdzieś w tyle głowy świeci, że to może być różnie. Ale proszę zawsze o wytrwałość i jakiś dar. Różne zawirowania też miałam w życiu, ale to dodaje sił (K21_P).

Choroba alkoholowa, która stanowiła czynnik pośrednio naruszający dobrostan rodziny, nie zniszczyła jej struktury i więzi. Dzięki niecodziennemu podejściu kobiety, wytrwałości i wielu zabiegom udało się jej zachować jedność rodziny. Była to batalia prowadzona nie tylko przez pielęgniarkę, ale także przez jej bliskich. Rozmówczyni nie pozostawiła swej chorej od kilku lat siostry, nie zrezygnowała też z walki o trzeźwość męża. Można zaobserwować podobieństwo między opisami obecnego stanu zdrowia siostry i męża:

Ja jej mówię: „Ja ci nigdy nie będę owijać w bawełnę, że będzie dobrze. Nie wiadomo, jak będzie. Siedzisz na bombie. Nie wiadomo, co będzie”. Trzeba się cieszyć z każdego dnia, z każdego roku, ale ja nigdy ją nie kłamałam, że będzie dobrze (K21_P).

Podobne słowa można odnieść do męża chorego na chorobę alkoholową. Wspólnym mianownikiem jest troska o ważną osobę oraz szczerłość, na której jest budowana bliskość z członkami rodziny.

Kolejnym wyzwaniem na drodze do bliskości jest pogodzenie pracy zawodowej z codziennym życiem rodzinnym. Wydaje się, że jest to szczególnie trudne dla osób pracujących w ochronie zdrowia. Jeden z lekarzy zwraca na to uwagę, podkreślając, że w trudnych zawodach medycznych występują specyficzne problemy:

Myślę, że w naszych zawodach, takich trudnych, ważne jest, żeby mieć oparcie w rodzinie w sensie bliskości, i ważne jest, żeby umieć pogodzić sferę zawodową z tą prywatną. To nie jest proste.

Zwłaszcza w ostatnich czasach, kiedy jest pokusa możliwości dorobienia sobie. To widzimy wśród pielęgniarek, lekarzy. Jest taka pokusa. I tego czasu brakuje [...]. Ewidentnie jest to trudne. Zwłaszcza jeśli na przykład dwie osoby w rodzinie mają podobne zawody, to jest kłopot. Zwłaszcza myślę, że dla kobiet. Te oczekiwania opieki nad dziećmi są większe. Ale dla mężczyzn też jest to problem. Trzeba sobie jakoś radzić. Jest to kłopot rzeczywiście, najtrudniejszy do rozwiązania chyba. Tak sędzę (M1_L).

Mężczyzna dokonuje wnikliwej analizy problemu bliskości i jej braku w rodzinie. Jest ona w pewien sposób wyborem tego, co najważniejsze, w co inwestuje się swoje siły i czas. To właśnie ilość poświęcanego czasu jest wyznacznikiem zaangażowania w życie rodzinne lub w pracę zawodową. Jednak problemu tego nie można sprowadzić tylko do kategorii wyboru. Zaangażowanie w życie rodzinne i praca zawodowa to dwie aktywności, których nie można traktować jako wykluczających się. Raczej chodzi tu o hierarchię wartości i pytanie, które z uznawanych wartości są ważniejsze. Skoncentrowanie na wartościach uznanych za najważniejsze nie oznacza, że pozbawia się znaczenia tych umiejscowionych niżej w rankingu, wyraźne jest jednocześnie zabezpieczanie się przed ich absolutyzacją. Lekarz wskazuje na „pokusę”, jak określa dążenie do „dorobienia sobie”. Jeśli zawody obojga rodziców są podobne, owo „dorabianie” doprowadza w którymś momencie do konfliktu interesów. Rozmówca podkreśla, że to duże wyzwanie szczególnie dla kobiet, z racji pełnionej przez nie roli społecznej, ale także dla mężczyzn. Napięcie to stanowi, według lekarza, kłopot „chyba najtrudniejszy do rozwiązania”. W tym przekonaniu utwierdza go praktyka i obserwacja życia medyków.

Motyw bliskości i pracy pojawia się w jeszcze innym kontekście. Dotyczy sytuacji sprzed lat, gdy rozmówczyni, matka dwojga dzieci, podjęła pracę zawodową. Szybko z niej zrezygnowała, ponieważ siedmioletni syn bał się zostawać sam w domu i dlatego spędzał czas przed zamkniętymi drzwiami do szkoły. Gdy sekret dziecka wyszedł na jaw, matka podjęła decyzję o rezygnacji z pracy zawodowej:

Jak się dowiedziałam, to sobie mówię: bez sensu. To już lepiej biedniej żyć, skromniej. Bo właśnie przez samo to, że ja zrezygnowałam z pracy, ze wszystkiego dla nich. Pomyślałam, że to jest najważniejsze. Po to mam dzieci, żeby je wychowywać (K33_W).

Decyzja o przerwaniu pracy zawodowej była umotywowana dobrem dzieci, ich rozwojem. Prosta zasada dotycząca wychowania dzieci przeważała nad korzyściami finansowymi związanymi z pracą. Według kobiety wychowanie jest procesem bardzo ważnym, ale czasochłonnym i dlatego w pewnych sytuacjach należy dokonać radykalnego wyboru. Wspominając swoją decyzję, kobieta jest przekonana, że była ona słuszna i korzystna.

Praca zawodowa może także wzmocnić więzi i ocieplić atmosferę domową. W przekonaniu fizjoterapeutki budowanie bliskości w rodzinie nie powinno ograniczać wolności jednostek oraz okazji do samorealizacji. Jest możliwe połączenie roli żony i matki z zaangażowaniem zawodowym. W tym kontekście rozmówczyni postrzega swoją pracę zawodową, która jest dla niej przestrzenią rozwoju i daje zadowolenie, chociaż – jak zaznacza – nie satysfakcję finansową. Dla kobiety praca ma jeszcze inne znaczenie – jest uzupełnieniem bliskości rodzinnej w tym sensie, że stanowi dla fizjoterapeutki bufor jej emocji. Dokonuje się to dzięki bezpośredniemu kontaktowi z pacjentami w hospicjum, od których uczy się życiowej pokory:

Praca tu mnie wyciszyła. Byłam nerwowa troszkę, wiadomo. Człowiek się tak irytuje szybko... A przychodząc tutaj, ja się tak wyciszam. Nabieram tyle pokory, że potem wracając do domu po południu, mam wrażenie, że mam milion razy więcej cierpliwości do tych dzieci, że jestem weselsza, bo doceniam ten czas, który mam. Ten swój czas zdrowia. Ten czas, który mamy teraz... Bardzo. Bardzo (K30_F).

Wyciszenie i jego skutki są zauważane przez męża, co cieszy rozmówczynię. Sama doświadcza uspokojenia i umocnienia, ma „milion razy więcej cierpliwości” i jest weselsza. Kobieta docenia możliwość bycia razem, zdrowie oraz czas, zwłaszcza „czas zdrowia”, wiedząc, że nie zawsze jest on długi. Rozmówczyni z humorem przytacza komentarz męża:

Wiesz co, idź do tej swojej pracy, bo ty robisz dobre rzeczy. Bo ja to chodzę i zarabiam pieniądze (K30_F).

Rozróżnienie między zarabianiem pieniędzy a robieniem „dobrych rzeczy” dowartościowuje pracę fizjoterapeutki.

Doświadczenie trudności w budowaniu bliskości w rodzinie występuje w wypowiedziach rozmówców i rodzi refleksję nad jej znaczeniem. W tej perspektywie ważne jest, by „nie marudzić”, gdy się dostrzega niedoskonałości własnej rodziny (K15_L). Docenianie każdej chwili w rodzinie spędzonej w bliskości wzmacnia do pokonywania wielu przeszkód:

Staram się doceniać to, co mam, czyli że mam w ogóle supersytuację, bo ja mam takiego męża, który jest cały czas ze mną (K24_F).

Ciągła świadomość bliskości jest zabezpieczeniem na trudne chwile, których nie brakuje w codziennym życiu rozmówczyń. Należy jednak podejmować wysiłek:

Bliskość trzeba „karmić”, żeby nie zanikła. Rozmowy, listy, potem SMS-y, a co najważniejsze spotkania. Bez tego nawet najgłębsze relacje obumierały, a osoby bliskie stawały się jakby nieznane (K37_P).

Z poczucia wartości bliskości rodzi się potrzeba troski, by się móc wciąż nią cieszyć, bo „niektóre bliskości się traci” (K15_L).

Utrata odczuwania bliskości może wynikać ze zmian zachodzących w rodzinie, których konsekwencją staje się syndrom „pustego gniazda”. Coraz częstsza nieobecność dzieci w domu jest zauważalna w odwołaniu się do symbolicznego znaczenia wspólnego posiłku. Gdy kobiecie, mimo starań, nie udaje się zachować tego jednoczącego punktu dnia, z humorem stwierdza, że „jest na etapie bliskości pustego już gniazda” (M6_L). Starając się dostosować do nowych okoliczności życia, pozwala „na takie rzeczy”, wiedząc, że to nieuchronny proces. Brak obecności wszystkich członków rodziny podczas posiłków budzi jednak żal. Troska o bliskość z dziećmi wyraża się potrzebą modyfikowania formuły wspólnych spotkań.

5.4.2. Wychowanie do bliskości

Wychowanie do bliskości to bardzo zróżnicowany obszar wychowania rodzinnego. W wypowiedziach osób badanych podkreślana jest potrzeba i znaczenie tego rodzaju wychowania. W głównej mierze jest to wzorowanie się czy też modelowanie na przykładach rodziców:

[...] kiedy jesteśmy jeszcze dziećmi, i widzimy, jak rodzice się zachowują wobec siebie, jak okazują sobie bliskość, jak się między sobą zachowują, to też my się uczymy, że tak trzeba traktować drugą osobę. Takiego szacunku, tolerancji, otwartości właśnie (K5_P).

Ten mechanizm, połączony z naśladownictwem zachowań, ułatwia dzieciom odczuwanie bliskości, a potem jej współtworzenie.

W materiale badawczym nie brakuje spostrzeżeń dotyczących trudności na tym polu. W wypowiedziach są wskazywane uwarunkowania śró-

dowiskowe, niewystarczające umiejętności wychowawcze, a także osobiste uwarunkowania dzieci. Pielęgniarka charakteryzuje swoich dwóch synów jako dzieci bardzo różniące się od siebie. Młodszy jest otwarty, „nazywa emocje”, „przyjdzie wieczorem i się przytuli”. Starszy jest introwertykiem, jego zachowania są więc inne. Kobieta jednak podkreśla, że udało się jej wraz z mężem wychować synów do wzajemnej życzliwości i otwartości na innych (K2_P). Nie zawsze łatwo osiągnąć ten cel, co sugeruje żartobliwe stwierdzenie kobiety, że w świat udanych relacji społecznych wprowadziła dwie trzecie swoich dzieci, czyli dwóch synów. Trzeci nie zbudował w swoim życiu trwałych relacji, ale według kobiety wynika to z faktu, że „jest samotnikiem” (K8_N).

Wychowanie do bliskości rodzinnej wymaga nie tylko starań, by dawać dobry przykład bliskości małżeńskiej, ale także umiejętności dostosowania się do potrzeb i zainteresowań dziecka. Aby rozpoznać te potrzeby i odkrywać sposoby ich wychowawczego zaspokojenia, konieczna jest znajomość świata, a także umiejętność jego eksplorowania. Ojciec opowiada o licznych wyprawach, które organizował dla swego syna. Często wiązały się one z zainteresowaniami wypowiadającego się mężczyzny. Gdy jednak chłopiec zaczął dorastać, ojciec zrozumiał, że naszedł czas podążania za synem, gdyż to jest warunkiem utrzymania bliskiej zażyłości:

Myszę, że ta bliskość wtedy głównie się realizuje, kiedy on ma jakiś problem, kiedy przychodzi, kiedy pyta. To są czasem krótkie pytania [...]. Dlatego trzeba się interesować bardziej jego sprawami, niż budzić w nim te pasje, które do tej pory robiłem. Mnie było łatwiej go zainteresować kolejnymi sprawami, które ja jakoś tam podsuwałem albo kontynuowałem to, co on robił, natomiast kompletnie mnie nie interesuje na przykład wspinanie się po jakichś rusztowaniach czy który wieżowiec jest najwyższy, bo można by na niego wejść! To zupełnie nie jest mój temat. [uśmiech] Ale ta bliskość też polega na tym, że te tematy trochę na siłę podejmuję i też mu mówię, że z tych dużych wieżowców i rusztowań można czasem spaść i się uszkodzić, tak jak już nieraz się stało. Dużo mnie to kosztuje, bo ja nie mam takiego łagodnego charakteru bardzo [uśmiech], ale staram się taką rolę odgrywać. Czyli to jest rodzaj wewnętrznego porozumienia, mimo wszystko, gdzieś tam się pojawia w tym kontakcie (M4_L).

Postępowanie mężczyzny ukierunkowane jest na zainteresowania dziecka, co skutkuje większym otwarciem chłopca. Nie jest to jednak łatwy

zabieg wychowawczy. Wymaga on od ojca umiejętności dostosowania się do tematów, które zupełnie „nie są jego”. Wiąże się to z działaniem „na siłę”, to znaczy wbrew aktualnym potrzebom ojca, co jest traktowane jako ponoszony przez niego koszt. Wszystko to ma jednak na celu zaspokojenie potrzeby ważniejszej, jaką jest bliskość z synem. Drugim ważnym aspektem jest modyfikacja tych potrzeb, których zaspokojenie wydaje się niebezpieczne lub niekorzystne wychowawczo. Dzięki elastycznemu nastawieniu ojca te zamiary udaje się realizować.

Innym przykładem ponoszenia kosztów bycia blisko dziecka jest towarzyszenie mu w konnych zawodach jeździeckich. W wymiarze materialnym wyraża się to w wysokich opłatach związanych z treningami i udziałem w zawodach. Matka podkreśla jednak, że większym wyzwaniem jest dla niej emocjonalne towarzyszenie córce:

Ja zawsze też to przeżywam oczywiście, stojąc tam, oglądając i kręcąc. Cała się trzęsę! [śmiech] Ze stresu, czy przejedzie, czy się nic nie stanie, czy się nie wywróci. Ale mówię, ale to niesamowicie człowieka wzmacnia (K22_P).

„Wzmocnienie człowieka” jest efektem, który wynagradza podjęcie ryzyka. Jest nim także zacieśnienie więzi z córką, która docenia starania matki i okazuje jej wdzięczność. Dążenie do bliskości jest więc działaniem wychowawczo intencjonalnym, którego metodyka zawiera potrzebę odkrycia zainteresowań dziecka, organizowania różnych aktywności, które będą dla niego ciekawe, i uczestniczenia w nich. Wiąże się ono też z różnego rodzaju wyrzeczeniami. Korzyści płynące z zaangażowania się w zainteresowania dziecka wydają się jednak przewyższać koszty finansowe, czasowe i emocjonalne.

Kształtowanie wśród dzieci postawy wzajemnego otwarcia nie omija tematów trudnych. Jednym z nich jest przygotowanie dzieci na konfrontację ze starością, chorobą i niesprawnością członków rodziny. Praca w zawodach medycznych wydaje się predykatem działań wychowawczych, w których nie unika się zetknięcia dziecka z takimi sytuacjami. Pielęgniarka stosuje w tym celu metodę przybliżania, wyjaśniania problemu i umożliwienia dziecku obserwowania oraz częściowego uczestniczenia w wydarzeniach rodzinnych. Przede wszystkim podejmuje rozmowę wyjaśniającą na przykład dlaczego zawozi rodziców do szpitala na badania. Matka wie, że mogłaby odseparować dzieci od tej sprawy, ale chce, by ich doświadczenia pomogły im budować bliskość z dziadkami, a w przyszłości z nią samą, jeśli dotknie ją choroba:

Ja nie należę do osób, które będą chować te dzieci za kurtyną, że oni mają nie widzieć starszego dziadka, który już ledwo chodzi, czy mojej mamy, która będzie za chwilę leżała i będzie wymagała opieki całodobowej. A co wtedy, jak się faktycznie to stanie? Co ja im powiem? (K22_P).

Argumentacja pielęgniarki wydaje się przekonująca. Uprzedzanie wydarzeń jest zabezpieczeniem dzieci i siebie przed osłabieniem bliskości rodzinnej, która w tym przypadku wyraża się w opiece nad chorym. Postępowanie kobiety jest jednak poddawane krytyce – nie przez dzieci, lecz grono znajomych, którzy zwracają jej uwagę, że te metody wychowawcze są „za mocne”, że „za bardzo wszystko naświetla”. Odpowiedź matki na te zarzuty jest prosta: „My tego nie unikniemy” i podaje przykład niejednokrotnego reanimowania osób na plaży w obecności dzieci. Zamiast „wsadzać je do namiotu”, pozwala im obserwować dramatyczne zdarzenia, a także pokazuje, jakie działania należy podejmować w takich sytuacjach (K22_P).

Rozpatrując trudności w budowaniu bliskości, rozmówczyni zwraca uwagę na zasięg i znaczenie kontaktów zapośredniczonych przez mass media. Zauważa zjawisko utraty atrakcyjności bezpośrednich relacji na korzyść tych nawiązywanych wirtualnie. Kobieta snuje refleksję:

Wielu ludzi zamknęło się w sobie. Internet, wszystkie takie media miały większy wpływ na to. Teraz widzę to po moich dzieciach, że nauczyły się żyć w tym świecie wirtualnym i nie potrzebują takiego kontaktu z drugą osobą realnego, tylko czasem wystarczy im, że oni przez media jakies skontaktują się, i nie ma potrzeby wyjść, porozmawiać. Trochę mnie to boli, że to tak wygląda, że tak zostało, że już nie mają takiej potrzeby (K5_P).

Rozmówczyni porusza ważną kwestię związaną z bliskością, czyli zasadność i uwarunkowania budowania jej za pomocą mediów społecznościowych. Wyrażając żal z powodu zamknięcia się ludzi, a w tym jej dzieci, w wirtualnym świecie relacji, kobieta pośrednio stawia pytanie o perspektywę bliskości społecznej w najbliższych latach. Rozmówczyni zakłada, że jej dzieci zaspokajają potrzebę relacji, można więc przypuszczać, że nawiązują też bliskość z innymi. Podkreśla jednak, że potrzeba bezpośredniego kontaktu została bardzo ograniczona. Traktując media jako konkurencję dla kontaktu z „osobą realną”, ma świadomość trudności, a nawet porażki.

Wychowanie do bliskości wychodzi również poza krąg rodzinny. Rodzice są świadomi, że relacje dzieci nie mogą ograniczać się do najbliższych,

dlatego przygotowują swoje dzieci do szerszej rozumianej bliskości społecznej. Jedna z rozmówczyń przekazała swojej córce zasady prawdziwej przyjaźni, która potrafi wiele przetrwać i się nie kończy. Ku jej zaskoczeniu córka, wyposażona w taki model bliskości, miała duże problemy w znalezieniu przyjaciółki, ponieważ żadna z nawiązywanych relacji nie mogła sprostać tak wysokim wymaganiom. Matka skonfrontowała własny model przyjaźni z obecnymi czasami, czego wynikiem było sformułowanie wątpliwości:

Może jej za bardzo pewne rzeczy uświadamiałam, a w takim dzieciennym czasie to może inne te przyjaźnie są niż moja? (K14_P).

W metodyce wychowania rodzinnego kształtowanie bliskości wiąże się z wychowaniem do sukcesu. Jedna z matek rozumie go niestandardowo:

Mnie kiedyś ktoś powiedział, że my tylko... zawsze chcemy, żeby dziecko zrobiło obowiązki, czyli masz zrobić to, masz zrobić to, masz zrobić najlepsze oceny w szkole. Tak naprawdę wypychają te dzieci do szkoły i do przedszkola z tornistrem pełnym książek i jedzeniem, i do widzenia. Na tym się kończy życie. Ja moje dzieci trochę inaczej nauczyłam. Jak idą spać, za każdym razem mówi się „kocham cię”. On mnie przytula albo pocałuje [uśmiech] i ja tak samo. I tak samo moją córkę wspieram [...]. Zawsze jej powtarzałam, że nie musisz być najlepsza, pamiętaj. Nie musisz mieć wspinających ocen. Nie jest to dla mnie ważne. Zawsze jej to powtarzam. Zawsze to mojemu młodszemu synowi mówię. Musisz uczyć się, bo musisz umieć czytać, liczyć, bo takie życie. [śmiech] Nie da się inaczej. Ale musisz być człowiekiem przede wszystkim naprawdę (K22_P).

5.4.3. Haptyczny wymiar bliskości

W swoich wypowiedziach rozmówcy podkreślają potrzebę dotyku przede wszystkim w kontaktach z rodziną i najbliższymi, a w dalszej kolejności z osobami, z którymi nie wiążą ich więzy krwi i przyjaźni. Łączą dotyk z pracą zawodową, a więc z obcowaniem z drugim człowiekiem. Jest on postrzegany jako ważny składnik relacji międzyludzkich, niekiedy jako warunek bliskości, a także jako zasadniczy element jej budowania. Dotyk jest istotny w komunikacji, jest bowiem potwierdzeniem i wzmocnieniem komunikatów słownych, weryfikuje je, a niekiedy zastępuje. Dotyk jest znakiem obecności, sposobem przekazywania emocji i wyrazem empatii.

Dzięki niemu można też okazać zaufanie. Powstrzymanie się od dotyku może być jednak również zachowaniem odpowiedzialnym, co wskazuje na etyczny wymiar tej formy bliskości.

Najczęściej rozmówcy odnoszą dotyk do własnych doświadczeń rodzinnych wynikających z pełnienia różnych ról. Wspomnienie dotyku matki i ojca jest fundamentalne. To fizyczna bliskość rodziców ukształtowała model bliskości prezentowany przez poszczególne dorosłe osoby. Bliskość fizyczna z matką jest najszerzej omawianym wątkiem, choć nie w każdym przypadku jest ona wskazywana jako najważniejsza. Charakterystyczne są słowa pielęgniarki:

Pierwsze co, to dziecko musi czuć dotyk. Nie to, że mamusia do niego mówi z dwóch metrów, tylko dotyk. Przytulanie. Ja sobie nie wyobrażam życia bez przytulania, bez dotyku mojej mamy. To jest moje z dzieciństwa wspomnienie, nie wiem, czy dobre, czy niedobre. [...] I jednego teraz, jak mama mi zmarła, to mi brakuje jej przytulania. Że przyjdę i się tak przytulę na chwilę do niej. Nie było to może jakieś takie notoryczne, że wieszaliśmy się na sobie, ale jednak tego przytulania mi brakuje mamy. Bo to jest już inne niż córki, niż męża. To jest takie pełne zrozumienia: „Jestem z tobą, jestem blisko ciebie” (K13_P).

Szczególna bliskość matki jest fizyczną manifestacją jej obecności przy dziecku, jej gotowości do udzielenia mu wsparcia i pomocy. Znacznie więc przekracza ona dosłowne znaczenie dotyku. Dotyk matki jest na tyle intensywny i ważny, że jego braku nie potrafi zastąpić przytulenie innych bliskich osób. Rozmówczyni charakteryzuje siebie jako osobę, dla której bliskość fizyczna z innymi jest bardzo istotna, a podłożem tego jest czuła relacja z matką, odróżniająca się od innych. Poszukując przyczyn tej wyjątkowości, pielęgniarka wskazuje na zapach i kształt ciała matki, które są niepowtarzalne. Bliskości uczy się w rodzinie, dlatego kobieta podkreśla potrzebę, wręcz konieczność stosowania tej formy wyrażania emocji. Pierwszym odczuciem dziecka ma być dotyk mamy, który jest ważniejszy od niezrozumiałych dla niego słów. Wypowiedź kobiety na temat śmierci matki i odczuwanego z tego powodu braku podkreśla znaczenie doświadczenia bliskości z dzieckiem przez dotyk.

Wątek dydaktyczny związany ze znaczeniem fizycznej bliskości z dzieckiem znajduje rozwinięcie w relacji innej pielęgniarki pracującej na oddziale położniczym. Uczestniczenie w operacji cesarskiego cięcia stwarza okazję do obserwacji matek, a także do udzielania odpowiedzi na stawiane przez

nie pytania. Niektóre z nich odnoszą się do jednego ze skutków dotyku, którym jest uspokojenie się dziecka przytulonego przez matkę. Zaskoczonym młodym matkom pielęgniarka tłumaczy:

W momencie, kiedy panie pielęgniarki położą to dziecko mamie tutaj przy buźce, tak przytrzymując blisko, to dziecko się uspokaja. I mama nieraz pyta się:

„A dlaczego tak jest?”

„Bo pani jest mamą. Pani jest najbliższą osobą”.

„Ale dlaczego to dziecko już nie płacze?”

One się boją, bo nie wiedzą, co się stało. Płakało, płakało, nagle jest przy niej i nie płacze.

Ja mówię: „Proszę pani, to dobrze. Przyszło do najbliższej osoby”.

„Ale ono już nie płacze? Przecież ono mnie nigdy nie widziało”.

Ja mówię: „Proszę pani, aż dziewięć miesięcy było u pani. Na pewno panią zna” (K7_P).

Rozmówczyni zwraca uwagę na fakt, że kontakt dotykowy między matką a dzieckiem rozpoczyna się w okresie prenatalnym, jest potrzebny po urodzeniu się dziecka i powinien być kontynuowany w jego dalszym życiu. Pielęgniarka dzieli się swoimi spostrzeżeniami w dialogu, który zawiera powszechnie znane prawdy, jednak silne przeżycia towarzyszące porodowi czy cesarskiemu cięciu nadają tym pytaniom nowy kontekst. Jak zauważa rozmówczyni, owo zaskoczenie i nieprzygotowanie młodej matki może wynikać ze specyfiki społecznych uwarunkowań współczesnego macierzyństwa realizowanego w rodzinach nuklearnych, w których wiedzę dotyczącą porodu czerpie się raczej z zasobów Internetu niż z przekazu w diadzie matka – córka.

Niektóre kobiety, a także mężczyźni, nie kojarzyły dotyku z osobą matki, lecz nawiązywały do więzi z ojcem. Zaznaczyć także trzeba, że w zebranych wywiadach nie brakuje stwierdzeń, że dom rodzinny nie był środowiskiem doświadczenia bliskości fizycznej.

Wątek bliskości fizycznej dziecka z ojcem pojawia się kilkakrotnie. Jeden z lekarzy wspomina, że jego ojciec stosunkowo rzadko okazywał w ten sposób swoją bliskość, ale pewne gesty, na przykład pogłaskanie po głowie, zostały zapamiętane:

Pamiętam, że mnie po głowie czasami głaskał, jak przedstawiał mnie komuś. Nie było to za częste. Ale pamięta się taki dotyk. Pamięta się (M3_L).

Sporadyczny, ale dobrze zapamiętany dotyk zapisał się w pamięci dotykowej dziecka, mimo że był to gest rzadko demonstrowany przez ojca. Bliskość z ojcem stanowi wątek obszernej narracji rozmówcy na temat istotnego znaczenia tej osoby w całym jego życiu.

Inny rozmówca także wypowiedział się na temat doświadczania bliskości z ojcem, ale w jego przekonaniu tego rodzaju przejawów mogłoby być znacznie więcej. Niedosyt wynika z młodzieńczych niedojrzałych zachowań. Mężczyzna z żalem wspomina sytuacje, w których nie potrafił docenić znaczenia dotyku swego nieżyjącego już ojca, dla którego przytulenie było ważną formą wyrażenia emocji:

Z ojcem było coś takiego, że on był na to nastawiony tak właśnie, żeby przytulić, żeby tak właśnie okazać miłość... Mnie to czasem, powiem szczerze, drażniło. To znaczy z początku nie, ale im bardziej byłem starszy... Czego **strasznie żałuję** w tej chwili. **Strasznie**. Nie uważam tego za moralny błąd, ale mnie to tak drażniło. Ja mówię: „Tato, no dobra, okej”. Pogłaskał, przytulił i koniec. Natomiast on miał rodzaj takiego bardzo głębokiego ciepła, które przekazywał (M4_L).

Retrospektywne spojrzenie mężczyzny na relację z ojcem wywołuje uczucie żalu. Forma przekazywania „bardzo głębokiego ciepła” nie była akceptowana przez syna. Teraz docenia starania ojca, gdyż sam jest ojcem dorastającego syna i przeżywa trudności związane z budowaniem z nim bliskości.

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, znów warto odwołać się do znaczenia edukacji na rzecz budowania bliskości fizycznej między dziećmi i rodzicami. Dobrą okazją do zainicjowania tego procesu jest okres perinatalny, o którym wspomina rozmówczyni (K7_P). Zwraca uwagę na znaczenie kangurowania, czyli nawiązywania bliskiego kontaktu między ciałem rodzica i dziecka. Warto podkreślić, że pierwsze kilka godzin po porodzie to czas bardzo ważny dla dalszego rozwoju noworodka. Wzmacnia się wtedy jego układ nerwowy, który jest wrażliwy na wszelkie bodźce. Rozmówczyni zauważa, że w kangurowanie może być włączona nie tylko matka dziecka, ale także jego ojciec. Odwołując się do swych licznych obserwacji i rozmów z matkami, kobieta podkreśla, że zachęcając ojców do bliskości z dzieckiem, matki chcą wzmocnić swoje dziecko, jak również pomóc mu i ojcu nawiązać bliskość, która będzie miała duże znaczenie dla rozwoju ich relacji (K7_P). Niezbędne jest podejmowanie różnorodnych działań wspomagających pro-

ces stawania się matką i ojcem, zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym, duchowym i społecznym.

Zróznicowanie dotyku w rodzinie jest interesującym wątkiem. Gest ten różni się nie tylko intensywnością czy formą, ale także ze względu na jego odbiorcę. Jest to więc dotyk charakterystyczny dla poszczególnych członków rodziny, a przez to dla poszczególnych więzi rodzinnych. W tym znaczeniu kobieta zauważa:

Kaźde przytulenie jest inne. Niby to samo robią, ale co innego. I nie zastąpi chyba jedno drugiego (K13_P).

Różnorodność bliskości fizycznej, wyrażającej się między innymi poprzez dotyk, świadczy o znaczeniu tej formy porozumiewania się, okazywania emocji, przekazywania ważnych komunikatów. Rozmówczyni, zastanawiając się nad naturą dotyku, skłania się ku przypuszczeniu, że określa go wiele czynników, wśród których doniosłą rolę odgrywa fizyczność drugiej osoby. W tym kontekście kobieta podkreśla znaczenie dotyku intymnego, ważnego szczególnie w relacji małżeńskiej. We właściwy dla siebie humorystyczny sposób zauważa:

Nie wspomnę już o narzeczeństwie, o małżeństwie, o tym dotyku intymnym, bo to buduje wszystkie relacje. Jak ja to zawsze mówiłam: „Jak się pokłóci mąż z żoną i mieszka z mamą, to mama będzie przez następne trzy tygodnie pamiętać, że mąż wyrządził córce krzywdę, chociaż nie była to jego wina. A żona z mężem zaraz się pogodzą”. Wiadomo, w domu mąż, przyjdę z pracy, a on wie: „Nie można z nią rozmawiać, bo jak zacznę, to będzie katastrofa”, no to mnie tam przytuli i mówi: „Jak tam? Oglądamy *Ojca Mateusza*?”. No i wszystko wiadomo [uśmiech]” (K13_P).

Wypowiedź wskazuje na wykorzystanie intymnego dotyku jako sposobu utrzymywania i pogłębiania relacji małżeńskiej. W sytuacji konfliktu dotyk może osłabić negatywny wpływ trudnych emocji. Dzięki niemu małżonkowie mogą okazać gotowość bycia razem i umiejętność dostosowania się do potrzeb współmałżonka. Dotyk, który zastępuje słowa, staje się nośnikiem wielu informacji, które – zapośredniczone w komunikatach językowych – mogłyby zostać spowolnione lub zmienione. Warto zaznaczyć, że rozmówczyni jest żoną z długim stażem małżeńskim. Wzajemne zrozumienie się, a w tym przypadku rozpoznanie stanu emocjonalnego współmałżonka oraz dobór skutecznego sposobu rozwiązania konfliktu wynika z wielu doświadczeń we wspólnym życiu.

Na mapie myśli odnoszących się do dotyku występuje także skojarzenie dotyczące życia społecznego. Ono również może być postrzegane jako przestrzeń, w której jest obecny dotyk. Zawierają się w niej kontakty społeczne, praca zawodowa czy specyficzne środowiska funkcjonowania społecznego, na przykład kościoły:

Nikt sobie w kościele nie podaje już dłoni na znak pokoju. To dla mnie też była bliskość. Takie zjednoczenie, że jesteśmy gdzieś jakąś grupą. Podają sobie dłonie tylko rodziny, natomiast nikt poza tym (K13_P).

W wywiadach występuje także wątek niezaspokojonej potrzeby dotyku, która jest doświadczana w codziennym życiu społecznym. Dla osób, które w domu rodzinnym rozwinęły umiejętność komunikowania się przez dotyk i doceniają jego znaczenie, sporym wyzwaniem jest funkcjonowanie w społecznościach, które z różnych względów nie stosują tej formy komunikacji w szerokim zakresie. Pielęgniarka, wychowana w silnej bliskości emocjonalnej w rodzinie, dość surowo ocenia pod tym względem społeczność wielkomijską:

Myślę, że tutaj w Krakowie to jest jakaś forma, nie wiem, jak to nazwać, takiej trochę biedy człowieka. Jak przyjeżdżam do Krakowa, nie ma tutaj tylu osób, które mogą tak po prostu dotknąć. Oczywiście bez żadnego podtekstu, tylko na zasadzie takiej bliskości, że ktoś mnie pogłaszcze właśnie po głowie, że ktoś się przytuli do mnie po prostu (K10_P).

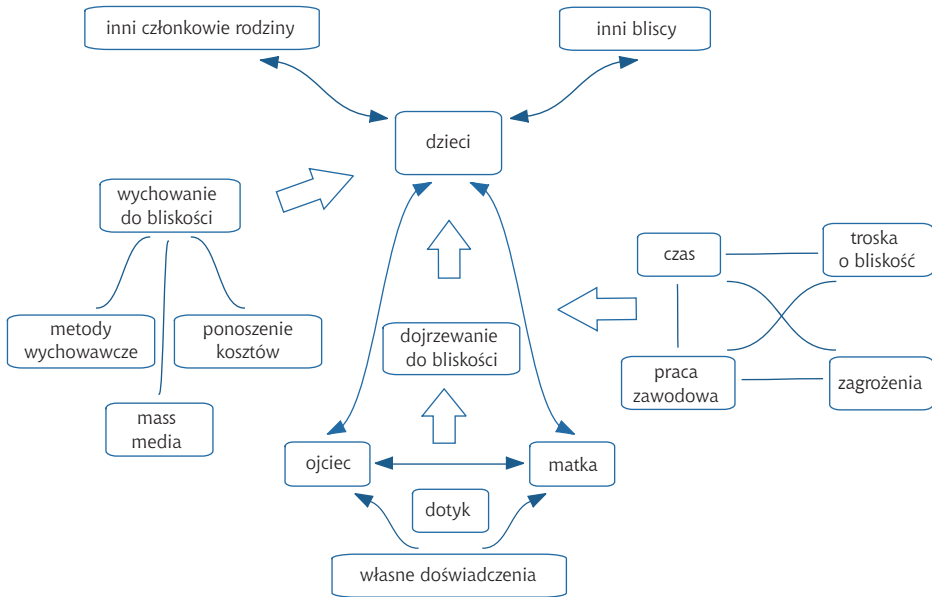
Szczerze wyznanie określa brak dotyku w relacjach jako „biedę człowieka”. To nieobecność czegoś, co w mniemaniu pielęgniarki jest istotną częścią życia społecznego i tworzonych w nim relacji.

Kobieta nie jest jedyną osobą, która nie odnajduje tego rodzaju satysfakcji w życiu społecznym. Inna rozmówczyni podkreśla, jak trudne jest kontrolowanie swoich zachowań, które wynikają z rodzinnego modelu okazywania bliskości poprzez fizyczność, a które nie zawsze są właściwie rozumiane przez innych. Wyznaje, że niekiedy musi „[...] hamować się przed dotykiem, przed złapaniem kogoś za plecy czy tam klepieniem. Nie każdy to lubi” (K13_P). Trening społeczny ukierunkowany na zmianę postaw niewiele daje, kobiecie pozostaje więc weryfikacja odruchów i propagowanie „kultury dotyku” w swojej rodzinie.

5.4.4. Modelowe ujęcie bliskości w rodzinie

Zaprezentowane rozważania na temat bliskości dają podstawę do stworzenia schematu odzwierciedlającego bliskość w badanych rodzinach (schemat 3).

Schemat 3. Model bliskości w rodzinie



Źródło: badania własne.

Przedstawiony model ukazuje złożoność zjawiska bliskości w rodzinie. Jest ona wynikiem wielu oddziaływań związanych z pełnieniem poszczególnych ról społecznych w rodzinie. Każda z nich współtworzy kształt bliskości, a czynniki wewnętrzne i zewnętrzne ułatwiają bądź utrudniają ten proces. Zasobem, który sprzyja pogłębianiu bliskości, są pozytywne doświadczenia bliskości wyniesione z domu rodzinnego. Dorosłym dzieciom kochających się rodziców łatwiej jest budować głębokie więzi rodzinne, bo ich doświadczyli w dzieciństwie i młodości. Wspomnienia przywołują obrazy, które potwierdzają duże znaczenie przypisywane bliskości przez przodków. Obecnie są one ważnymi odniesieniami, które modelują zachowania rozmówców.

Ważnym czynnikiem wzmacniającym bliskość jest miłość małżeńska bądź partnerska. To wzmocnienie pochodzi z doświadczenia bliskości

i intymności w relacji mężczyzny i kobiety. Warto podkreślić, że rozmówcy zwracali uwagę na wzajemne wspieranie się małżonków w budowaniu bliskości, które przyspiesza dojrzewanie do głębokiej bliskości. Istotną rolę w okazywaniu i wzmacnianiu bliskości odgrywa dotyk. Jest on stosowany w rodzinach z różną intensywnością. Uczestnicy badań przypisują mu zwykle duże znaczenie, zwłaszcza w okazywaniu czułości i przywiązania. Wspomnienia dobrych dotyków otrzymanych od rodziców zachęcają do stosowania tej formy wyrażania bliskości w pełnieniu ról małżeńskich, rodzicielskich, a poniekąd także zawodowych.

Fundamentalnym obszarem doświadczania bliskości w rodzinie jest pełnienie roli rodzicielskiej. Bycie ojcem lub matką otwiera na bliskość, która daje poczucie satysfakcji. Doświadczenie bliskości rodziców buduje w dzieciach prazaufanie, które ułatwia tworzenie relacji w późniejszych latach życia. Rozmówcy są świadomi, że oprócz dobrego przykładu niezbędne jest podejmowanie działań wychowawczych, mających na celu wychowanie do bliskości. Rodzice wykorzystują znane sobie metody wychowawcze, wprzegając w proces wychowania dziecka także mass media. Rozmówcy stosują wobec dzieci następujące metody: wysuwanie sugestii dotyczących aktywnego zaangażowania się w budowanie bliskości, metoda przybliżania i wyjaśniania problemów, perswazja, przykład osobisty, który ma duże znaczenie dla kształtu bliskości. Rodzice wyrażają także aprobatę lub dezaprobatę wobec zachowań dziecka. Rozumieją potrzebę rozpoznawania jego zainteresowań, organizowania jego doświadczeń oraz aktywnego uczestniczenia w nich. Zaangażowanie w wychowanie do bliskości wiąże się z koniecznością ponoszenia kosztów materialnych czy emocjonalnych, ale świadomość ważności celu ułatwia ich poniesienie.

Utrudnienia w budowaniu bliskości są w dużej mierze związane z brakiem czasu na pogłębianie relacji w rodzinie. Bywa, że praca zawodowa absorbuje rodziców do tego stopnia, że nie wystarcza im czasu i siły do podejmowania troski o bliskość. Gdy konstelacja i intensywność czynników zagrażających jedności rodziny nadwątlają jej wydolność i zasoby, bliskość słabnie, a niekiedy prawie zanika. Dynamiczny charakter funkcjonowania rodziny wciąż jednak stwarza podstawy do odnowy bliskości.

5.5. Dyskusja wyników

Jednym ze sposobów określenia, czym jest bliskość, była analiza jej synonimów użytych w wywiadach. Wśród nich znalazły się wyrażenia wskazujące na różne wymiary bliskości, tj.: bliskość fizyczną, emocjonalno-uczu-

ciową, relacji i wsparcia oraz duchową. Duża liczba synonimów świadczy o szerokim polu znaczeniowym tego pojęcia. Otrzymane wyniki, zawarte w tabeli 3, można odnieść do kategoryzacji bliskości zaprezentowanej przez Żywcok (2013, s. 24–28). Autorka na podstawie teoretycznych analiz wyróżniła znacznie więcej kategorii bliskości i zastosowała częściowo nieco inne nazwy, ale sugerowane wypełnienie treścią zaproponowanych kategorii jest podobne do wyników autorskich badań. Określenia użyte przez rozmówców w dużym stopniu wyjaśniły i zweryfikowały teoretyczne założenia Żywcok. Ważna okazała się autorska kategoria relacji, która jest nośnikiem wsparcia, niewymieniona przez badaczkę.

Leksykalna analiza bliskości pokazuje, że jest ona nacechowana pozytywnymi emocjami, świadczącymi o dużej afirmacji bliskości przez rozmówców. Jest ona postrzegana jako forma zjednoczenia z drugim człowiekiem, które może się dokonać na poziomie egzystencjalnym, fizycznym, psychicznym, intelektualnym, społecznym, towarzyskim, duchowym, estetycznym czy zawodowym. Rozmówcy przedstawiali również własne ujęcia bliskości, wyprowadzając je z osobistych przekonań i doświadczeń. Kluczową rolę odegrało w nich słowo „obecność”, które może być traktowane jako uprzywilejowany synonim terminu „bliskość”, a także jako pojemny nośnik wartości z nią związanych. Bliskość rozumiana jako obecność pojawiła się w pracy Żywcok, która rozpatruje ją w kontekście ontologicznego i egzystencjalnego „bycia w świecie”. Jest to obecność „spotęgowana”, a więc wykraczająca poza zwyczajny sposób istnienia i koegzystencji (Żywcok 2013, s. 35). To bycie „wobec” drugiego człowieka, które jakościowo znacznie przekracza bycie „obok” czy „w pobliżu” (Rejman 2022, s. 132–133). Jest intensywnym jakościowo i ilościowo byciem z drugim człowiekiem, z przyrodą, z Bogiem. Badania własne mieszczą się w tym rozumieniu bliskości i obecności. Według rozmówców bycie blisko oznacza spędzanie czasu razem, ale przede wszystkim ogromne znaczenie ma tu jego jakość, zaangażowanie we wspólne działanie bądź pozorną bezczynność, w rzeczywistości pełną wzajemnego zrozumienia.

Analiza wypowiedzi pozwala wyodrębnić komponenty bliskości, do których należą rozmowa, milczenie, czas, przestrzeń, kontakt fizyczny, wzrok czy głos. Są to różne formy porozumiewania się między osobami, które wpływają nie tylko na zmianę zakresu wiedzy, lecz także odczuć i postaw oraz relacji interpersonalnych w rodzinie. Komunikacja ta przekracza za pośrednictwem wymianę medialną i stanowi jeden z głównych elementów życia każdego człowieka w wymiarze rodzinnym (Cymanow-Sosin, Cymałow 2023, s. 165).

Rozmówcy przypisują bliskości duże znaczenie, traktując ją jako dar, a więc coś, co budzi radość, ale nie jest należne. Środowiskiem doświadczania i uczenia się bliskości jest przede wszystkim rodzina. To w niej bliskość rozwija się, dojrzewa, jest elementem wychowania rodzinnego. Wymaga to od rodziców zaangażowania mającego na celu optymalizowanie rozwoju jednostki. W wywiadach opisane są liczne przykłady takiej aktywności rodziców. Bakiera (2019, s. 68) zauważa, że właśnie taki zaangażowany styl rodzicielski koresponduje z wychowaniem do bliskości i dlatego wydaje się najbardziej odpowiedni.

Modelowe ujęcie zagadnienia bliskości w rodzinie pokazało układ czynników mających znaczenie dla bliskich relacji w rodzinie. Odnosząc dane przedstawione w autorskim modelu bliskości w rodzinie (schemat 3) do innych badań tego problemu, można stwierdzić, że wpisują się one w obecne w nich trendy. Jak zauważa Gałęska (2015, s. 39–40), bliskość w rodzinie jest oparta na więziach, które współcześnie podlegają dynamicznym zmianom. Wciąż jednak są fundamentem trwałości rodziny i jej tożsamości. Dominantą więzi rodzinnych jest więź osobowa o silnym zabarwieniu emocjonalnym, która w znacznym stopniu stymuluje pozytywne lub negatywne doświadczenia emocjonalne dziecka i dorosłego człowieka.

Zatem bliskość międzyludzka, jaka wyłania się z analizy badań własnych, może być postrzegana jako integralna część więzi rodzinnych, ważnych dla rozwoju jednostek i rodziny jako podstawowej grupy społecznej. Istotną rolę odgrywają w nich więzi z rodzicami, zwłaszcza z matką. Rozmówcy wielokrotnie nawiązują do tego fundamentalnego odniesienia dla tworzenia więzi społecznych. Naukowym potwierdzeniem tych wniosków jest teoria przywiązania opracowana przez Bowlby'ego. Zwraca ona uwagę na znaczenie więzi pierwotnych, które warunkują kolejne. Monika Kozłowska (2010, s. 86), wykorzystując założenia tej teorii, podkreśla związek między wymiarami przywiązania a preferowanymi wartościami w odniesieniu do pięcioczynnikowego modelu osobowości. Zmienne te mogą być mediatorami oddziaływań między wzorcem przywiązania a innymi zjawiskami psychicznymi, a także uczestniczyć w przekazie wartości. Bezpieczny wzorzec przywiązania jest powiązany z preferencjami wartości samokierowania i lepszym przystosowaniem społecznym.

Odnosząc do tych wniosków wyniki badań własnych, można przyjąć, że w pełni zasadne jest wyeksponowanie aksjologicznego wymiaru budowania bliskości oraz znaczenia indywidualnych cech osobowości w tym procesie. W badaniach własnych zaakcentowano znaczenie wartości oraz sposobów ich transmisji. Ważny jest bowiem nie tylko rodzaj i siła wartości,

ale także oddziaływanie osobowościowe w ich przekazie. Jakościowy charakter przeprowadzonych badań pokazał różnorodność i indywidualność doświadczeń bliskości w rodzinie oraz jej znaczenie dla kolejnych pokoleń. Odczuwana bliskość zbudowana przez wspierających rodziców daje podstawy do wytworzenia bezpiecznego przywiązania o niskim poziomie lęku oraz bezpiecznym poczuciu niezależności. Taka bliskość, jak podkreślają Dorota Czyżowska i Ewa Gurba (2016, s. 102), pozbawia lęku bycia w bliskich relacjach, ale jednocześnie nie prowadzi do nadmiernego uzależniania się od innych ani też uzależniania innych od siebie.

Ważnym wymiarem bliskości rodzinnej jest dotyk. Odgrywa on szczególną rolę w kształtowaniu bliskości, będąc znaczącym składnikiem ludzkich relacji i jej budulcem. Dotyk ma istotne znaczenie komunikacyjne, gdyż wzmacnia i potwierdza komunikaty słowne, a w niektórych okolicznościach je zastępuje. Uzyskane wyniki badań własnych znajdują potwierdzenie w innych badaniach. Jakościowe badania przeprowadzone przez Dorotę Ruszkiewicz (2019, s. 99) dowodzą, że dotyk jest kluczowy w wychowaniu w rodzinie i to nie tylko najmłodszych jej członków. Potrzeba dotyku jest diagnozowana również u dorosłych. Jak twierdzi Ekmekecioglu (2019, s. 9), ciało, które nie otrzymuje wystarczającej ilości dotyku, cierpi. Zaspokojenie potrzeby dotyku należy interpretować w szerokim znaczeniu:

Bardzo często potrzebę dotyku sprowadza się – błędnie ją interpretując – do seksualnego pożądania, fizycznego pragnienia. Tymczasem jesteśmy istotami społecznymi i przyjemny dotyk, świadomie doświadczany, buduje nasze człowieczeństwo (Ruszkiewicz 2019, s. 99).

Odnosząc się do tych słów, można zauważyć, że w świetle badań własnych jawi się właśnie takie zróżnicowane ujęcie dotyku oraz jego znaczenia. Rozmówcy nawiązują do swoich doświadczeń z dzieciństwa, opisują aktualne praktyki przytulania, a jednocześnie zwracają uwagę na potrzebę zachowania dystansu i poszanowania granic w bliskości, które są w dużym stopniu subiektywne. Dotyk w rozumieniu rozmówców nie jest jedynie wyrazem więzi seksualnych, jest ważnym środkiem także w relacjach z osobami spokrewnionymi i kręgiem przyjaciół.

Dotyk ma także znaczenie komunikacyjne, co akcentują uczestnicy badań. Dotyk wyraża na różne sposoby komunikaty, włączając w ten przekaz ryzyko naruszenia granic bliskości. Dlatego rozmówcy zwracają uwagę na potrzebę określenia tych granic i ich nieprzekraczania. Według Jolanty Antas i Izabeli Kraśnickiej-Wilk stosowanie dotyku to zachowania społeczne

określane jako „uwzorowane”, mające wartość ceremonialną, która jest w zgodzie z określonym kodem kulturowym, a także wartość komunikacyjną, będącą świadectwem określonych relacji łączących rozmówców. Odwzajemniony dotyk sprzyja budowaniu głębszych relacji i więzi pomiędzy ludźmi. Poznanie dotykowe zawsze jest związane z bliskością,

[...] wymaga bowiem bezpośredniego kontaktu z poznawanym przedmiotem, który udostępnia nam w ten sposób swoje charakterystyczne cechy (Antas, Kraśnicka-Wilk 2016, s. 129–130).

Badania własne pokazały niektóre formy „uwzorowanych” zachowań, których ceremonialność jest zawarta w indywidualnym kodzie kulturowym i komunikacyjnym każdej rodziny.

Analizowane wywiady zawierają wypowiedzi świadczące o licznych zagrożeniach bliskości w rodzinie. Jedną z trudności w jej scalaniu jest brak czasu związany z realizacją zarobkowej funkcji rodziny. Opisane działania na rzecz bliskości podejmowane przez rozmówców potwierdzają ich głębokie uświadomienie jej znaczenia i zaangażowanie w jej osiągnięcie. Wątek pracy zawodowej i poświęcanego na nią czasu znajduje odzwierciedlenie w licznych badaniach społecznych. Spośród nich warto przywołać analizy Joanny Stepaniuk, która zauważa, że

[...] jednym z aspektów niosących niebezpieczeństwo dla harmonijnego życia współczesnej rodziny jest kryzys czasu i związana z nim przemiana wartości pielęgnowania więzi emocjonalnych na rzecz zdobywania środków materialnych gwarantujących stabilny byt w rodzinie (Stepaniuk 2019, s. 99).

Autorka podkreśla, że nadmierna ilość czasu poświęcanego na pracę zawodową potęguje rozluźnianie więzi emocjonalnej między rodzicami a dziećmi, co jest przede wszystkim widoczne w rodzinach aspirujących do życia na wysokim poziomie społeczno-ekonomicznym. W takiej sytuacji głównym problemem winno być nie zapewnienie dziecku życia w dobrobycie, ale przeciwdziałanie zaniedbaniu emocjonalnemu. Uczestnicy badań własnych podejmują duży trud przeciwstawiania się tym tendencjom. Jednym ze sposobów jest takie kierowanie własnym rozwojem zawodowym, by nie stał on w sprzeczności z dobrem emocjonalnym rodziców i ich dzieci, ale wzmacniał go, gdyż zgodnie ze słowami jednej z rozmówczyń „bliskość trzeba «karmić», żeby nie zanikła” (K37_P).

Pierwsze doświadczenia bliskości międzyludzkiej występują w rodzinie. Bliskość rodziców, dzieci i innych członków rodziny jest wzorcowym doświadczeniem intensywnej więzi. Od nich w dużym stopniu zależy kształt więzi tworzonych w okresie dorastania i dorosłości. Rodzina jawi się w analizie materiału badań jako podstawowe i najważniejsze środowisko życia i rozwoju. Dotyczy to także rozwoju bliskości. Dokonuje się on poprzez uczestniczenie w codziennym życiu rodziny, udział w jej funkcjonowaniu na różnych płaszczyznach jej aktywności. Rozmówcy wspominają, że nie wszystkie ich doświadczenia związane z bliskością były pozytywne. Ale braki te są częściowo rekompensowane przez bliski kontakt ze współmałżonkiem bądź współpartnerem. Rozmówcy zwracają uwagę na możliwość i potrzebę dojrzewania do bliskości i dlatego podejmują działania wychowawcze wobec swoich dzieci. Wychowanie do bliskości wykorzystuje metody wychowawcze, zwłaszcza oparte na bezpośrednim kontakcie rodzica z dzieckiem.

Duże znaczenie nadawane bliskości jest ważnym tematem analizowanych wypowiedzi. Choć nie zawsze jest on wyrażany *explicite*, treść wywiadów wskazuje, że bliskość międzyludzka, sposoby jej okazywania i wychowania do niej są postrzegane jako istotne. Dzięki uczestnikom badań problematyka bliskości zyskała w obszarze teoretycznym, jak też działań praktycznych. Odniesienie wyników badań przedstawionych w tej książce do danych zdobytych przez innych autorów obiektywizuje uzyskane wyniki.

Rozdział VI

Bliskość z człowiekiem w sytuacji choroby

Choroba i proces leczenia stwarzają specyficzne warunki dla bliskości międzyludzkiej. Konieczność przebywania w szpitalu lub hospicjum narzuca bliskości ramy i stawia przed ludźmi nowe wyzwania. Budowanie bliskości poza środowiskiem rodzinnym, zwłaszcza w placówce medycznej, wiąże się z otwarciem na osoby, które do tej pory nie pretendowały do statusu osoby bliskiej. Także dla personelu tych placówek nawiązanie relacji pomocowej, opartej na gotowości afirmacji chorego człowieka, może być trudne. W sytuacji choroby kumuluje się wiele problemów, ale chcąc mówić o zaistniałej tam bliskości, trzeba spojrzeć na nią jako na szansę, ważny cel, nie jak na źródło kolejnych przeszkód. Niniejszy rozdział wprowadza w tę tematykę, ukazując bliskość w chorobie i cierpieniu jako istotną wartość.

W rozdziale zostaną przedstawione cechy i kategorie bliskości doświadczanej w sytuacji choroby. Fakt, że będą one wskazane i nazywane przez uczestników badań, nadaje im specyficzny rys. Szczegółowo zanalizuję relację uczestników badania z chorymi. Następnie ukazę charakterystyczną dla tej relacji diadę bliskości i oddalenia oraz trudności związane z zaangażowaniem się w bliskość. Materiał badawczy daje również podstawy do wyodrębnienia i opisu roli dotyku w opiece nad chorym człowiekiem. Pojawia się wątki dotyczące bliskości z naturą, a także transcendentnego wymiaru bliskości, gdyż zyskują one nowe znaczenia w czasie choroby. Na końcu rozdziału zaprezentuję model bliskości w sytuacji choroby, który zawiera wszystkie istotne wyniki badań. Będą one poddane dyskusji poprzez odwołanie do wybranych rezultatów badań o charakterze teoretycznym i empirycznym.

6.1. Kategorie bliskości w chorobie

Bliskość z chorym człowiekiem jest wątkiem stanowiącym tło wielu wypowiedzi. Postrzega się ją jako nieodzowny warunek nawiązania współpracy z chorym. W tym kontekście pielęgniarka stawia retoryczne pytanie:

Bo jak być pomocą choremu bez zrozumienia i wysłuchania pacjenta? Chory musi czuć naszą bliskość (K6_P).

W pewnych sytuacjach bliskość staje się narzędziem pracy, które stwarza okazję do podzielenia się swoimi potrzebami i pragnieniami. Psycholog stwierdza:

My pracujemy relacją. Żeby móc się opiekować chorym, musimy z nim i rodziną nawiązać dobrą relację. Oni muszą nam zaufać, my musimy ich trochę poznać, bo inaczej się nie da. Jeżeli tej relacji nie będzie, to owszem, możemy zlecić leki i oni mogą je brać albo nie, ale nic więcej tutaj nie zrobimy. Nie poznamy takich faktycznych, autentycznych problemów pacjenta. I nawet somatycznych czasami, bo oni nie zawsze mówią o swoich somatycznych problemach. I tych takich psychicznych, i duchowych. Tego nie poznamy. Dlatego ta bliskość jest istotna. Ta dobra relacja, relacja terapeutyczna. Gdy się uda taką relację nawiązać, wtedy jest możliwa taka pomoc na jakichś głębszych poziomach (K32_PL).

Wypowiedź zwraca uwagę na znaczenie bliskości w diagnozowaniu potrzeb chorego człowieka. Bycie blisko niego jest warunkiem wsłuchania się w jego potrzeby i pragnienia. Jak zauważa rozmówczyni, wobec braku zrozumienia pacjenci nie ujawniają niektórych problemów somatycznych, tym bardziej nie wspominają o potrzebach psychicznych i duchowych. Z punktu widzenia pielęgniarki hospicyjnej pominięcie bliskości nie tylko odbija się niekorzystnie na współpracy pacjenta z medykami, ale także skutkuje zagubieniem personelu w gąszczu procedur. Bliskość jest więc odniesieniem, które pozwala zachować właściwą perspektywę w pracy zawodowej (K2_P). Dzięki przełamaniu tych trudności tworzy się relacja o charakterze terapeutycznym, umożliwiająca okazanie pomocy. Nawiązanie relacji nie jest działaniem jednostronnym, wymaga współtworzenia jej przez obie strony. Podjęcie się tego zadania w leczeniu pacjenta nie wydaje się oczywiste, dlatego rozmówczyni jeszcze dobitniej wyjaśnia tę potrzebę. Także w narracji ratownika medycznego bliskość jawi się jako swoiste narzędzie pracy

medyków. Rozmówca zastrzega, że nie chodzi tu o uprzedmiotowienie chorego człowieka ani o zdeprecjonowanie znaczenia bliskości z nim (M5_RM).

Pełne doświadczenie bliskości zakłada zaangażowanie wszystkich uczestników relacji. W przypadku pacjentów świadomych, którzy kontaktują się z otoczeniem, możliwa jest wymiana myśli i emocji przez rozmowę czy dotyk. Ta reaktywność jest ważna dla obu stron. Znaczenia nabiera

[...] podanie ręki czy nawet to trzymanie pacjenta za rękę. To jest czuwanie przy drugim człowieku, to jest bycie przy drugim człowieku (K13_P).

Dotyk, czuwanie i bycie przy chorym są tutaj tożsame.

Bywa jednak i tak, że możliwość kontaktu słownego i fizycznego jest ograniczona. W takim przypadku bliskość przybiera postać obecności:

Jest jeszcze taka bliskość przy odchodzeniu drugiej osoby, to jakaś taka wiara w to, że **zwykle siedzenie** w tej sali jest jakąś wartością. Widziałam taką wartość naszej pracy czy naszego też siedzenia po prostu na tych oddziałach. Że dawaliśmy komuś obecność i bliskość, której nie umiem nazwać w żaden sposób... [cały ten wątek wypowiedziany przez łąy] (K10_P).

Wspomnienia z pielęgniarskich dyżurów na oddziale obrazują formę bliskości, określaną jako **zwykle siedzenie**, będące w rzeczywistości pełną gotowości i empatii obecnością. Wiara w to, że ta obecność jest wsparciem dla chorej osoby, nadawała sens działaniom, które tylko z pozoru były bierne. W rzeczywistości wymagały dużego zaangażowania, były świadomym „dawaniem” bliskości.

W rozważaniach nad rozumieniem bliskości w ochronie zdrowia nie można pominąć wypowiedzi, które zawierają inne przekonania. Zgodnie z nimi pojęcie bliskości jest zastrzeżone tylko dla rodziny:

O bliskości to tak naprawdę myślę tylko w rodzinie. O tej najbliższej mojej rodzinie (K18_P).

W odróżnieniu od relacji nawiązywanych w miejscu pracy bliskość w rodzinie w pełni zasługuje na to miano. Każda pozarodzinna relacja jest „inną bliskością” (K14_P). Jeden z wolontariuszy stwierdza w tym kontekście, że stosowanie pojęcia „bliskość” w hospicjum także jest nieadekwatne:

My nie używamy tego pojęcia „bliskość” w hospicjum. [...] Natomiast na pewno jest coś takiego, co my nazywamy **towarzy-**

szeniem. „Towarzyszenie” a „bliskość” to są pojęcia podobne, ale nie to samo. Przy towarzyszeniu jest na przykład to, że ktoś nie ma kontaktu z otoczeniem i wolontariusz przy nim siada, i po prostu potrzyma za rękę, że ten człowiek czuje, że ktoś drugi jest koło niego. Drugi człowiek. Nikt nie chce być sam, a zwłaszcza w ciężkiej sytuacji nie chce zostawać sam. Właśnie to, co my nazywamy towarzyszeniem, to jest zastępowanie osób bliskich z rodziny przez nas, przez wolontariuszy. [...] My jesteśmy jako wolontariusze jakby zastępczą rodziną [...]. To jest właśnie zastępcza bliskość. Nie taka po prostu bliskość na tej zasadzie, że znamy się latami, przyjaźnimy się i stajemy się coraz bliżsi sobie. Tutaj tego czasu jest dużo mniej (M9_W).

Wypowiedź mężczyzny wprowadza nowe, interesujące ujęcie bliskości, określone przez niego jako **zastępcza bliskość**, wynikająca z pełnienia przez wolontariuszy ról osób zastępujących rodzinę nieobecną przy chorym człowieku. Świadomość ważności tego zadania nie zmienia jednak jego kategoryzacji – jest ono działaniem w imieniu innych osób, prawdziwie bliskich wobec chorego. Istotę rozróżnienia stanowi nie tyle przekonanie o niedoskonałości więzi nawiązywanych w hospicjum, co podkreślenie znaczenia i siły więzi rodzinnych. Biorąc pod uwagę zmienną czasu, która w dużym stopniu ogranicza możliwości nawiązania pogłębionych kontaktów, a także specyficzny cel posługi wolontaryjnej, trzeba stwierdzić, że relacja z chorym człowiekiem nie może być w pełni uznana za nośnik bliskości. Jest ona traktowana jako towarzyszenie, a więc realizacja roli społecznej, odbywająca się w warunkach ściśle określonych przez ograniczenia związane z chorobą i jej prognozami. Towarzyszenie to pojęcie powszechnie stosowane w opiece paliatywno-hospicyjnej i zawierające składowe bliskości, jednak w przekonaniu rozmówcy nie jest ona łatwa do osiągnięcia, ponieważ wymaga czasu i obustronnego emocjonalnego zaangażowania, a to nie zawsze jest możliwe w trakcie ograniczonej czasowo opieki nad chorym człowiekiem.

Lekarka docenia siłę i zasięg bliskości rodzinnej, a jednocześnie umiejscawia to pojęcie w szerszym kontekście:

Różne są rodzaje bliskości. Może być taka **bliskość najbliższa**, w rodzinie, związana po prostu z miłością. Może być bliskość wynikająca z jakiejś zgodności charakterów albo z jakiegoś większego poznania i akceptacji tej drugiej strony ze swoimi plusami, minusami. Może być taka trochę **przypadkowa bliskość**, że w jakimś kontakcie, że akurat dane dwie osoby bardziej nawiążą większą relację,

w większym stopniu się będą w stanie porozumieć i wzajemnie to docenią. A tu w pracy to też jest różny rodzaj bliskości [...]. Tu jest bardziej taka **bliskość podzielona**, że chory sobie czasem kogoś jednego wybiera jako osobę taką, że rzeczywiście jest głębsza relacja. To wynika z podzielenia się jakąś częścią siebie, co może w innej sytuacji by się wcale nie zdarzyło, a akurat tu tak się tworzy (K15_L).

Wydaje się, że kategorie bliskości, które rozmówczynie wymieniła w swojej wypowiedzi, trafnie ukazują specyfikę bliskości. Bliskość „najbliższa” jest charakterystyczna dla rodziny, w której więzi konstytuuje miłość. Wzmacnia je zgodność charakterów, wzajemne poznanie się i akceptacja, natomiast bliskość „przypadkowa” jest właściwa dla wyjątkowych relacji społecznych. Powstaje ona przez nawiązanie kontaktu, spotkanie, którego spontaniczność i głębia bywają zaskakujące. Nawiązanie tego rodzaju porozumienia jest wysoko cenione. Lekarka wyróżnia jeszcze bliskość „podzieloną”, która może zaistnieć w relacji medyk – pacjent. W hospicyjnej opiece jest ona nawiązywana z wybranymi członkami zespołu, przez co są oni traktowani jako bliscy. Warto zauważyć, że w budowaniu bliskości w sytuacji choroby podmiotem decydującym o „podzieleniu” relacji, czyli wyborze konkretnej osoby i obdarzeniu jej zaufaniem, jest pacjent. Bliskość „podzielona”, polegająca na „podzieleniu się jakąś częścią siebie” z wybraną osobą, jest charakterystyczna dla środowiska hospicyjnego. To podzielenie się wiąże się niejednokrotnie z opowiadaniem o swoim życiu, radościach, lęku i innych doświadczanych trudnościach. „Część siebie” oznacza tu część własnego życia, uwagi, czasu. Warto zauważyć, że lekarka wskazuje na pacjenta, który ma przywilej wybrania kandydatki bądź kandydata na bliską osobę. Jeśli wybrana osoba podejmie zaproszenie do nawiązania bliskości, może powstać wyjątkowa relacja, czemu sprzyja atmosfera hospicjum. Konkludując, można przyjąć, że z osób towarzyszących choremu zostaje wybrana jedna, która przekracza ograniczenia „zastępczej” bliskości.

Uzupełnieniem tych rozważań może być refleksja nad formalnym ujęciem bliskości, wynikającym z definicji osoby bliskiej. Jedna z rozmówczyń snuje refleksję nad tym, co znaczy termin „osoba bliska”. Uwzględniając kodeks postępowania karnego, ustawę o prawach pacjenta czy inne przepisy prawne, zauważa ona, że pojęcie to funkcjonuje w odniesieniu do więzi krwi czy powinowactwa. Pracownik socjalny zwraca uwagę na niewystarczalność tych określeń, ich nieadekwatność do wielu sytuacji życiowych, zwłaszcza

związanych z chorowaniem. W nich bowiem rzeczywiście okazuje się, kto jest osobą bliską:

Ustawa o prawach pacjenta bardzo ładnie pokazuje, że owszem, rodzina ma ten prymat, ale są osoby obce, które zdecydowanie więcej potrafią dać. Potrafią więcej dać niż te osoby spokrewnione. A więc ta osoba, która to dostaje, definiuje tę bliskość. Ona nie może być jednostronna. Czyli ja nie mogę powiedzieć, że on jest dla mnie bliski, jeżeli on tego samego nie odczuwa (K34_PS).

To odniesienie podkreśla ważny aspekt bliskości, gdyż niekiedy wymyka się ona formalnym ujęciom, przekracza je i domaga się ukierunkowania toku myślenia na nowe obszary doświadczania bliskości. Do grona bliskich zalicza się nie tylko osoby z „prymatem” rodzinnym, ale także „obce”, które stają się niekiedy bliższe niż rodzina. Rozbieżności, jakie powstają w wyniku zastosowania formalnego wymiaru kategorii bliskości w sytuacjach nietypowych, skłaniają do refleksji nad potrzebą dostosowania języka i środków wyrażania bliskości. Domagają się one takiego spojrzenia na krąg osób najbliższych, które uwzględnia ich specyfikę i potrzeby. Ważnym spostrzeżeniem jest uwaga odnosząca się do konieczności odwzajemnienia gotowości nawiązania relacji w diadzie pacjent – chory. W opinii rozmówczyni tylko relacja, w której obie strony mają pozytywne odczucia, zasługuje na miano bliskości.

6.2. Cechy konstytutywne bliskości z chorym człowiekiem

„Bliskość tworzą osoby” (K1_N). To stwierdzenie akcentuje znaczenie postaw poszczególnych członków personelu, gdyż to one najmocniej oddziałują na recepcję opieki medycznej. Według rozmówczyni braki w bliskości pomiędzy zespołem a chorym człowiekiem wynikają z prostej przyczyny – jest nią brak dobrej woli:

To nie jest kwestia czasu. To jest po prostu kwestia osoby. Osoby, która albo chce być blisko drugiego człowieka, albo nie chce. To jest chyba ta podstawa. Albo chce to robić, albo tego nie chce (K1_N).

Opinia ta wskazuje, jak ważne jest wewnętrzne nastawienie osób, które warunkuje nawiązywanie relacji, a także stosunek pacjentów, ich otwartość i gotowość.

Relacja personel – pacjent jest uwarunkowana wieloma czynnikami. Są w niej zawarte komponenty odwołujące się do uznawanych wartości, postaw życiowych czy posiadanych kompetencji, wśród których istotną rolę odgrywają kompetencje miękkie. U podstaw zaangażowania w budowanie bliskości z chorym człowiekiem znajduje się dobra wola, chęć towarzyszenia mu, dzielenia z nim radości i trudów, a także uznanie jego podmiotowości.

6.2.1. Podmiotowość chorego człowieka

Podmiotowość chorego człowieka należy do głównych założeń procesu leczenia i opieki. Pielęgniarka tak opisuje jej znaczenie:

Ja myślę, że pielęgniarka powinna mieć w sobie takie poczucie, że ja jednak mam powierzony w swoje ręce, oprócz narzędzi, mam powierzony tak delikatny instrument, jakim jest człowiek ze swoim fizycznym, ale też duchowym jestestwem. To jest ogromnie ważne. Nie wiem, czy tego uczą – na pewno tak, bo pewnie są przedmioty w szkole kształcące przyszłe położne, pielęgniarki, gdzie ten aspekt jest ujęty. Może dzisiaj bardziej nakierowane zaczynają być te zawody na profesjonalizm. Ja jestem zdania, że jedno drugiego nie wyklucza. Żeby nie szkodzić – *primum non nocere* – to trzeba być profesjonalistą, tak. Ale trzeba mieć coś w sobie, tak myślę, takie cechy, które pozwolą pielęgniarce, staram się, żeby tak było w moim przypadku, żeby pacjentka nie czuła się wśród narzędzi, tego całego otoczenia sali operacyjnej daleko od człowieka, na którego ona liczy (K7_P).

Godność człowieka jest fundamentalnym założeniem w budowaniu bliskości. Podmiotowe traktowanie pacjenta powoduje, że leczenie i opieka nad nim sprawowana nabiera charakteru wsparcia o głęboko humanistycznym wymiarze. W ustach pielęgniarki słowa o człowieku rozumianym jako „delikatny instrument” i „duchowe jestestwo” brzmią dobitnie. Troska, by konkretni pacjenci nie czuli się uprzedmiotowieni wśród wielu narzędzi medycznych, jest w rzeczywistości zabieganiem o poszanowanie ich godności. Rozmówczyni zakłada, choć w jej słowach kryje się niepewność, że kształcenie przyszłych pielęgniarek i położnych obejmuje także ten wymiar ich pracy, czyli budowanie właściwego odniesienia do pacjenta. Dostrzeżę

ona występujące współcześnie w zawodzie tendencje, które podkreślają znaczenie profesjonalizmu. Nie podważając ich zasadności, pielęgniarka nie przeciwstawia ich potrzebie uznania podmiotowości drugiego człowieka, lecz integruje z nią. Jej zdaniem profesjonalizm w leczeniu i opiece nie narusza niezbywalnej godności człowieka, wręcz ją rozwija. Inna pielęgniarka, definiując bliskość z drugim człowiekiem, zauważa, że jej konstytutywnym składnikiem jest towarzyszenie mu z poszanowaniem jego granic, godności i inności (K38_P).

Wątek godności i poszanowania granic występuje także w innych wywiadach. Ratownik medyczny snuje refleksję na temat potrzeby dostrzegania godności drugiego człowieka i dbania o nią:

Jeśli jest jakaś wartość nas, pielęgniarek czy też pielęgniarzy, czy osób, które tak blisko są z osobami w trakcie przeżywania przez nich cierpienia, to jest to chyba to, że dbamy o ich godność. O to, żeby właśnie ta godność była zachowana. Bo myślę, że w takich sytuacjach łatwo jest podejść do człowieka bardzo instrumentalnie i nie widzieć w nim całości tego, że on się może wstydzić, że bardzo dużo procedur wymaga wejścia w czyjąś nagość. Doświadczenie tego, jak ktoś doświadcza swojego ciała i że nie można tych osób traktować przedmiotowo w tym wszystkim, tylko ciągle trzeba pamiętać o ich godności, o tym, że też mają prawo do prywatności (K10_P).

Mężczyzna dostrzega, że poszanowanie godności i podmiotowości chorego chroni przed lekceważeniem jego prywatności i intymności. Podkreśla także znaczenie holistycznego podejścia do człowieka, które domaga się dostrzeżenia tego, co wykracza poza cielesność. Występuje tu motyw troski o zachowanie godności, gdy jest ona pozbawiona zabezpieczeń. Ważnym spostrzeżeniem jest przeciwstawienie godności instrumentalnemu traktowaniu człowieka. Są to podejścia wykluczające się. Podmiotowe podejście do chorego wyraża się między innymi w poszanowaniu jego intymności i indywidualności. Procedury medyczne niejednokrotnie naruszają sferę intymności, dlatego powinny być one wykonywane z uwzględnieniem prawa do prywatności. Troska o godność pacjenta wyraża się także w zapewnieniu optymalnych warunków leczenia lub umierania. W wypowiedzi ratownika występuje zestawienie wartości osób pracujących w zawodach medycznych z wartościami chorego człowieka. Twierdzi on, że brak uznania wartości chorego sprawia, iż podejmowane procedury są pozbawione humanizmu i stają się działaniami technicznymi.

Pielęgniarka nawiązuje do potrzeby poczucia godności w sytuacjach szczególnie sprzyjających jej naruszeniu:

Myszę, że nasza potrzeba poczucia godności jest w nas główną potrzebą. To jest szalenie ważne. Że chcemy się czuć człowiekiem do końca, bez względu na to, co się z nami dzieje, czego doświadczamy, czy jesteśmy świadomi. Ale to jest człowiek... (K2_P).

„Czucie się człowiekiem” to lapidarne, a jednocześnie treściwe określenie podmiotowego znaczenia osoby pacjenta. Jest ono poddane próbie, gdy pacjent traci samodzielność, a nawet świadomość i staje się zależny od innych. Dzięki delikatności i wycuciu możliwe jest pomaganie mu w sposób pełny miłości. Jednym z warunków takiego wsparcia jest uzmysłowienie sobie własnej potrzeby poczucia godności, gdyż to ułatwia jej dostrzeżenie i poszanowanie w drugim człowieku. Subiektywne „czucie się człowiekiem do końca”, niezależnie od okoliczności, jest bardzo ważną potrzebą i celem działań medycznych.

Inna pielęgniarka zauważa, że respektowanie godności pacjenta jest jednym z jego praw (K6_P). Odwołanie się do kodeksu praw pacjenta wskazuje na etyczną powinność poszanowania jego godności. Wartość rodzi powinność, a jej naruszenie ma etyczne i prawne konsekwencje. Uwzględnianie etyki ma duże znaczenie i pojawia się częściej i wcześniej niż ewentualne sankcje prawne. Ma ona moc zabezpieczającą także wtedy, gdy ze względu na stan zdrowia pacjent nie jest w kontakcie słownym z otoczeniem. Jak zaznacza inna rozmówczyni,

[...] są osoby, na które patrzysz i które same z siebie nie funkcjonują jako organizm żywy, bo są podtrzymywane przez aparaturę, a to dalej są osoby (K10_P).

Wypowiedź odnosi się do sytuacji tanatycznej, w której istotna jest perspektywa śmierci. Jednym z weryfikatorów poszanowania godności jest sposób traktowania ludzkiego ciała po śmierci. Pielęgniarka postuluje, by to ciało było zawsze traktowane z należytą godnością. Inna pielęgniarka nawiązuje do odczucia „odarcia z godności” (K38_P) pacjentów, spotęgowane przez przedmiotowe traktowanie ciał zmarłych. Według rozmówczyni owo odarcie z godności może rozpocząć się jeszcze za życia pacjenta, gdy zapada decyzja o podjęciu uporczywej terapii. Takie sytuacje domagają się okazania zrozumienia, co wyraża się w towarzyszeniu, byciu blisko, a niekiedy w powiedzeniu „dość” wobec kolejnych prób nieproporcjonalnej terapii.

Wyrazem szacunku do pacjenta jest także sposób traktowania go wtedy, gdy ze względu na chorobę bycie przy nim jest bardzo trudne. Rozmówcy opowiadają o osobach, których schorzenia powodują wiele przykrych skutków, takich jak rany wydzielające niemiły zapach. Umiejętność dostrzeżenia w pacjencie człowieka i poradzenie sobie z sensorycznymi trudnościami jest traktowana jako niełatwe, ale ważne zadanie na drodze wzmacniania jego dobrostanu. Pierwsza reakcja i zwrot powitalny mają kolosalne znaczenie:

Podchodzę do takiej osoby, zagaduję jak do normalnego człowieka, nie robię min i nie rzucam komentarzy typu „ale tu cuchnie”, tylko po prostu wchodzę, mówię „dzień dobry” i ten człowiek odzyskuje to człowieczeństwo. Żeby znów był po prostu normalnym człowiekiem (K20_P).

Sposób zwracania się do chorych był jednym z wątków, który pojawiał się w wywiadach. Dyskusje nad jego poprawnym kształtem są osadzone na szacunku do drugiego człowieka. Elementarny szacunek wynosi się z domu rodzinnego (K10_P). Można go także pogłębiać w czasie studiów i pracy zawodowej. Wzmocnieniem czyjegoś poczucia godności może być także dotyk, zwłaszcza gdy jest on oznaką akceptacji człowieka mimo okoliczności utrudniających bycie blisko niego.

Poszanowanie godności pacjenta wyraża się również włączeniem go do procesu podejmowania decyzji, a więc informowaniem go o planowanych procedurach i przebiegu czynności pielęgniarских, o rozpoczęciu działań medycznych bądź wstrzymaniu się od nich. Chory człowiek ma niezbywalną godność i wynikającą z niej autonomię. Przejawia się ona na różne sposoby, między innymi poprzez niezgodę na współpracę. Jedną z jej płaszczyzn jest codzienne żywienie. Odmowa jego przyjmowania to również prawo pacjenta, nawet jeśli jest podyktowana buntem:

Jeśli jest osoba tak bardzo zbuntowana, to my nie zaprzeczamy. My nie... nie wyprowadzamy jej jakby z tych postanowień. Nie chodzi mi o to, że ona mówi, że nie je, a my ją głodzimy. Broń Boże, to w ogóle nie ta sprawa. Tylko jak ktoś mówi „zostaw mnie w spokoju”, to ja mówię: „dobrze, chcę tylko powiedzieć, że jesteśmy gdzieś tu obok”. Ale jak najbardziej spełnię życzenie. To jest ta godność. To jest to, że pacjent ma prawa tutaj u nas. Jego zdanie jest ważne. To on jest tutaj tym najważniejszym ogniwem (K30_F).

Nazwanie pacjenta „najważniejszym ogniwem” oznacza konieczność respektowania jego praw. Fizjoterapeutka nie podejmuje prób przekonania

chorego człowieka, że postępuje niewłaściwie, że jego decyzje są dla niego prawdopodobnie niekorzystne. W hospicjum stosuje się zasadę towarzyszenia, która bazuje na wolności człowieka i poszanowaniu jego godności. „Bycie obok” to towarzyszenie, w którym pełna dyspozycyjność nie narusza osobistej wolności pacjenta, mającego swoje zdanie i będącego „najważniejszym ogniwem” procesu leczenia paliatywnego.

Respektowanie godności pacjenta wyraża się także w uwzględnianiu jego potrzeby posiadania własnej przestrzeni. Ten postulat wydaje się szczególnie trudny do realizacji w warunkach szpitalnych, w odróżnieniu od hospicjum stacjonarnego, gdzie przestrzeń jest inaczej zagospodarowana, ale nawet w szpitalu możliwe jest zapewnienie tego rodzaju intymności. Dokonuje się to przez uznanie, że chory człowiek jest w centrum działań medycznych i pozamedycznych. Jeden z kapelanów opisuje, w jaki sposób stara się uszanować autonomię pacjentów. Punkt wyjściowy stanowi założenie, że sala chorych w momencie wprowadzenia tam pacjenta staje się

[...] jego pokojem, jego światem, jego domem. Czymś jego, co jest bardzo intymne, jego prywatnością (M8_K).

Zaimek dzierżawczy „jego” wskazuje tu na fakt posiadania, choć formalnie ono nie występuje. W subiektywnym odczuciu uznanie tego zależy od świadomości i empatii członków personelu. Często używane w tym kontekście zaimki akcentują podmiotowe traktowanie pacjenta, którego godność jest płaszczyzną wartości, praw osobistych, w tym prawa posiadania. Nawiązując do tych przesłanek, rozmówca kontynuuje:

Więc jak tam wchodzę, to ja muszę zapukać. No bo to jest jego. W tym momencie ja staję się jego gościem. Jeżeli ja chcę z nim porozmawiać, to ja muszę zapytać, czy ja mogę usiąść, pomimo tego, że są trzy wolne stołki, bo on może sobie nie życzyć. To są tak podstawowe rzeczy, które też pokazują, że jednak w szpitalu najważniejszy jest on. Nawet mając te trzy metry kwadratowe wokół łóżka, to są trzy metry jego. I to on decyduje, czy chce rozmawiać, czy nie chce, czy chce akurat teraz, czy nie chce, czy z tobą, czy z kimś innym. Ludzie to sobie jednak bardzo cenią, szczególnie dzisiaj. Ludzie są nauczeni pewnej autonomii, godności, to jest im wpojone. Czasami nawet nie wiedzą, co to jest, ale wiedzą, że tak ma być. I to trzeba zachować, to trzeba uszanować (M8_K).

W wywiadzie zaskakuje poziom świadomości psychospołecznych potrzeb pacjenta i umiejętność odpowiadania na nie. Potrzeby duchowe i reli-

gijne nie są więc priorytetowe w kolejności działania. Kapelan chce im wyjść naprzeciw, ale najpierw chce upewnić chorego, że cokolwiek wydarzy się później, będzie oparte na szacunku wobec jego wolności. Kończąc swoje rozważania, rozmówca z uśmiechem dodaje, że okazanie szacunku każdemu choremu powoduje, iż nawet najbardziej negatywnie nastawiona osoba zmienia swoje podejście, co ułatwia jej podjęcie wolnych i racjonalnych decyzji dotyczących sfery duchowo-religijnej.

6.2.2. Dialog bliskości

Rozmowa jest jedną z kluczowych form kontaktu i oddziaływania w leczeniu i opiece nad chorym człowiekiem. Wątek rozmowy pojawiał się często w wypowiedziach uczestników badań. Ważną okolicznością prowadzenia rozmów z chorymi jest wykonywanie czynności diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych i psychoterapeutycznych. W takich przypadkach rozmowa stanowi jednocześnie diagnozę sytuacji pacjenta i próbę wyjaśnienia podejmowanych czynności. Dzięki temu zmniejsza się poziom lęku pacjenta. Opis działań jest niezbędny także wówczas, gdy leżący chory nie może zobaczyć wszystkich części swojego ciała i na przykład powstałych odleżyn. Rozmowa pomaga mu uświadomić sobie, co aktualnie dzieje się z jego ciałem.

Rozmowa nawiązywana przy tej okazji nie zawsze dotyczy potrzeb, choroby i sposobów jej leczenia. Są w niej poruszane także inne interesujące dla pacjenta tematy. Niekiedy rozmowa przybiera formę zwierzenia się osobie pomagającej z osobistych problemów, lęków i nadziei, opowiedzenia o rodzinie, pracy, przyjacielach, a także przygotowania się na śmierć i rozstanie z bliskimi. W tym znaczeniu staje się ona pomocna w dokonaniu ostatecznego bilansu własnego życia. Rozmowa pozwala na wentylowanie emocji, które nie zawsze można uzewnętrznić przy innych osobach. Bywa również okazją do stawiania pytań przez chorego, dotyczących różnych kwestii. Są to pytania o rokowania, o dalsze postępowanie medyczne czy też o sens i kres życia. Czasem pytania dotyczą osobistego życia osób pomagających, co jest postrzegane raczej pozytywnie. Gdy te pytania nie naruszają przestrzeni prywatnej, wtedy są odbierane z szacunkiem wobec osób, które zmagając się z cierpieniem, nie zamykają się w świecie własnych przeżyć i interesują się potrzebami innych. Rozmowy odbywające się przy okazji pielęgnacji czy zabiegów mają duże znaczenie. Są one traktowane jako ważny komponent bliskości z chorym człowiekiem:

Tylko i wyłącznie w czasie bliskości jesteśmy w stanie gdzieś dotrzeć i poruszyć jakiś trudny temat. Bo rodzina nie zawsze jest najlepszym partnerem do takiej rozmowy. Bo albo nie rozumie, albo za trudno jest, bo te emocje, bo się bardziej wstydzi... (K19_F).

Bliskość i dialog są od siebie zależne. Bliskość z drugim człowiekiem stwarza atmosferę sprzyjającą rozmowom na trudne tematy, a jej brak uniemożliwia porozumienie. Rozmowa stanowi nośnik i spoiwo bliskości i sama w sobie warunkuje jej nawiązanie. Czas przeznaczony na rozmowę jest określany jako „bardzo cenny” (K6_P). Aby służył on budowaniu takich form bliskości, których oczekuje pacjent, niezbędna jest dogłębna diagnoza jego aktualnych pragnień. W tym kontekście lekarka zauważa, że:

[...] najważniejsze jest tutaj wyczucie. Żeby w rozmowie albo nawet w samym zachowaniu, będąc obok drugiego człowieka, wyczuć, czego mu naprawdę potrzeba. Czy potrzebuje bliskości, czy wręcz przeciwnie, jest w fazie złości i nie chce (K16_L).

Rozmowa może więc być także zabezpieczeniem przed bliskością, która naruszałaby granice stawiane przez pacjenta, a które nie zawsze są łatwe do rozpoznania.

Na niektórych oddziałach szpitalnych możliwość rozmowy to obowiązująca i przestrzegana zasada, w innych miejscach nie ma na nią przyzwolenia, najczęściej z powodu nadmiaru obowiązków. Pod tym względem wyróżniają się hospicja, w których reguła rozmawiania z pacjentem jest wpisana w charakter placówki. Większość wypowiedzi dotyczących znaczenia rozmowy z pacjentem i doświadczeń z tym związanych pochodzi z wywiadów z osobami, które są zaangażowane w pomoc hospicyjną. Jedną z pielęgniarek, obecnie pracującą w szpitalu, a wcześniej zatrudnioną w hospicjum, z humorem opisuje reakcję na jej „hospicyjne” podejście do pacjentów na oddziale szpitalnym. Reakcja ta wyrażała się w pytaniach pacjentów, czy ta chętna do rozmowy osoba jest psychologiem. Skojarzenie zawodu pielęgniarki z pełną dostępnością i gotowością do rozmowy nie było dla nich oczywiste. Odnosząc się do tego przypadku, należy podkreślić, że analiza wywiadów skłania do wniosku, iż takich postaw nie brakuje wśród medyków pracujących w szpitalach. Nie są one jednak powszechnie obserwowalnym zjawiskiem.

Rozmowy z przedstawicielami różnych zawodów zaangażowanymi w pracę hospicyjną pokazują, że zasada dostępności i gotowości do nawiązania rozmowy jest powszechna. Dostępni starają się być lekarze, pielęgniarki,

opiekunowie medyczni, salowe i wolontariusze. Zasadę dostępności stosuje również kapelan określający godziny swojego dyżuru oraz dyspozycyjność w pozostałym czasie. W hospicjum pora rozmów jest bardzo różna. Osoby przychodzące na poranną zmianę doceniają to, że mogą pracować i rozmawiać z pacjentami wtedy, gdy są oni względnie wypoczęci. Wykonywanie skomplikowanych opatrunków trwa niekiedy długo, stanowi to więc dobrą okazję do nawiązania rozmowy. Inni pracownicy zwracają uwagę na wartość godzin popołudniowych i nocnych, gdy w hospicjum panuje cisza, nie ma osób odwiedzających, a mniejsza liczba zabiegów daje możliwość, by porozmawiać bez pośpiechu. Warto zaznaczyć, że dysponowanie wolnym czasem nie jest jedynym czynnikiem sprzyjającym prowadzeniu rozmów. Ważniejsza jest wola rozmawiania, a ta wynika z postawy konkretnych ludzi, bo to „[...] nie jest kwestia czasu. To jest po prostu kwestia osoby” (K1_N).

Znaczenie tego, jakim człowiekiem jest osoba pomagająca, jest fundamentalne dla nawiązania dialogu. Nawet w pracy można znaleźć chwilę na rozmowę, a przez to na wysłuchanie i wsparcie pacjenta. Niestety, jak zauważają rozmówcy, również w hospicjum coraz częściej brakuje możliwości swobodnego spędzenia czasu w towarzystwie chorych. Składa się na to kilka czynników, wśród których rozmówcy wymieniają większą niż kiedyś biurokratyzację opieki hospicyjnej czy też zmniejszenie liczby pracowników placówki. Te okoliczności utrudniają, ale nie muszą pozbawiać pracowników i wolontariuszy możliwości rozmowy z podopiecznymi. Jedna z osób uczestniczących w badaniach, pracująca jako salowa, tak opisuje swoją metodykę nawiązywania kontaktów:

Jak trzeba pocieszyć – pocieszamy. Jak trzeba porozmawiać – porozmawiamy. Zawsze znajdę czas. Nie może być praca ważniejsza od chorego. To też wiem, że pani prezes tak mówiła w pierwszych latach. Mnie nie trzeba było tego powtarzać. Wiadomo, są rzeczy ważne, ale pacjent jest najważniejszy, tak? Zawsze mogę odłożyć tego mopa. Nie pali się. Nic się nie stanie, jak czegoś nie zrobię. A ważniejsza jest rozmowa. Wiadomo, że nie mogę zaniedbać obowiązków... Też nie może tak być. Swoje zrobię, ale mogę na przykład przełożyć to na później. Mogę później skończyć, mogę na chwilę przerwać. Ale w tym momencie pacjent potrzebuje pomocy, chce konkretnie ze mną rozmawiać! Bo nieraz pacjenci sobie wybierają. Mają zaufaną osobę, to wtedy trudno, żebym ja odmówiła. No, trochę nie wypada. Albo się umawiam: dobra, za chwilkę, albo umówmy się za godzinkę czy coś, bo w tym momencie muszę

coś jeszcze zrobić. I się umawiam z chorym, przychodzę i jestem (K25_S).

Wieloletnie doświadczenie pracy w hospicjum czyni z kobiety znawczynię poruszanego tematu. Wie ona, że jako członek niemedycznej części zespołu hospicyjnego nie ma obowiązku towarzyszenia chorym, ale chce to robić. Zestawienie ważności posprzątania sali z potrzebą rozmowy prowadzi ją do oczywistych dla niej rozstrzygnięć. Postawa kobiety znajduje akceptację w zespole salowych, które postępują podobnie, oraz wśród innych pracowników. Trzeba jednak dodać, że z obserwacji pracy salowych w hospicjum wynika, iż mają one codziennie na tyle dużo obowiązków, że „odłożenie mopa” i porozmawianie z chorym może w praktyce skutkować przedłużeniem godzin pracy. To jednak nie zraża tych, którzy mają dialogiczne nastawienie do drugiego człowieka.

Cytowana rozmówczyni zwraca uwagę na wybór powiernika, którego dokonują chorzy, chcąc powierzyć komuś swoje sekrety i przemyślenia. W tej kwestii nie obowiązuje przypisanie do poszczególnych zawodów czy ról społecznych mniej lub bardziej kojarzonych z rozmawianiem. Regułą jest wybór pacjenta. Jeśli zdecyduje się on otworzyć przed konkretną osobą, jest to postrzegane jako swoiste wyróżnienie, które nakłada etyczną powinność umożliwienia realizacji tego zamierzenia. Świadomość tej zależności jest prawdopodobnie podstawą stwierdzenia: „ważniejsza jest rozmowa”. Okazja do niej może się nie powtórzyć, dlatego w hospicjum stosuje się zasadę nieodkładania na kolejny dzień tego, co jest możliwe do zrobienia dzisiaj, choćby nastroczało to nieco trudności.

Rozmowa podejmowana z pełną odpowiedzialnością za emocjonalny stan pacjenta może mieć znaczenie terapeutyczne. Materiał badań zawiera wypowiedzi fizjoterapeutek, które opisują specyfikę swojego zawodu. Podkreślają one, że prowadzone przez nie zabiegi stwarzają szczególną okazję do rozmowy na różne tematy. Mogą być one ukierunkowane na źródło cierpienia odczuwanego przez pacjenta, oswajając z nową sytuacją i przynosić ulgę. Przykłady takich rozmów pojawiają się w wywiadzie z fizjoterapeutką pracującą w poradni hospicyjnej. Dzieli się ona swoimi refleksjami i ważną myślą towarzyszącą jej pracy. Lecząc i pielęgnując blizny pacjentek po mastektomii, podejmuje próbę nawiązania rozmowy. Ma ona ważny cel, którym jest okazanie pacjentkom pełnej akceptacji:

Że jest ktoś, kto się nie brzydzi jej ciała. Jest ktoś, który mówi do niej z taką miłością. To nie jest takie proste. Jest też trudno dotrzeć do tych pacjentek, bo one są nieraz takie zbuntowane. Przychodzą,

bo zostały przez kilka osób zostawione same sobie. Nagle widzą, że nawiązuje się jakiś kontakt. Zaczynam na przykład rozmawiać o takich małych szczegółach, o jakichś kwiatach, czy ma w ogrodzie itd. Co wizyta to mamy więcej do mówienia. Czasami nawet te panie milczą. Wystarczy im to. To trzeba po prostu wyczuć, kto co potrzebuje. Ona się nagle czuje takim pełnowartościowym człowiekiem (K24_F).

Rozmowa towarzyszy dotykaniu blizn, wypełnia emocjonalną pustkę, łagodzi wewnętrzny ból pacjentek. Okazanie im zrozumienia, a jednocześnie wskazanie sposobów poprawy jakości ich życia przekłada się na lepsze funkcjonowanie. Osobisty i społeczny obraz ciała, naruszony przez chorobę, operację i leczenie, zostaje na nowo osadzony na płaszczyźnie akceptacji i zrozumienia. To wartość dodana fizjoterapii, która nie ogranicza się do stosowania określonych procedur, ale ma również wymiar interpersonalny.

W rozmawianiu z chorymi niezmiernie ważny jest zasób słownikowy. Dobór odpowiednich słów, pominięcie określeń pejoratywnych i sposób wyrażania się mają znaczenie. Jednym z przykładów może być wypowiedź pielęgniarki:

Ja rozmawiam o tym. Staram się nie nazywać pieluchomajtek pieluchomajtkami, tylko jednorazową bielizną, która ułatwi nam funkcjonowanie. Tak, żeby ta druga strona miała takie poczucie... Nie poczucie. Żeby czuła to, że ja absolutnie szanuję to i ja rozumiem to, że to jest trudne (K2_P).

Używanie przyjaznego dla pacjenta określenia bielizny zamiast potocznej nazwy, a także wskazanie celu i korzyści ułatwia pogodzenie się z koniecznością jej stosowania. Tak okazana empatia otwiera pacjenta na nowe, niełatwe doświadczenia, bo nie naruszają one jego godności.

W wywiadach z uczestnikami badań poruszany był także temat rozmów z rodzinami chorych. Zarówno w szpitalach, jak i hospicjach stanowią one istotne wsparcie, a z drugiej strony są dużym wyzwaniem. Rozmowy te mają charakter formalny, ponieważ służą do przekazania kluczowych informacji dotyczących chorego. W placówkach ochrony zdrowia istnieje jednak duża przestrzeń do prowadzenia rozmów nieformalnych, które nie łamiąc standardów placówki, są istotnym uzupełnieniem jej działalności. O ile na formalne rozmowy z pacjentem i rodziną udaje się medykom znaleźć czas, o tyle na nieformalną wymianę zdań często go brakuje. W opinii osób biorących udział w wywiadach rozmowy z członkami rodzin są niekiedy

wyczerpujące. Jedna z rozmówczyń stwierdza, że rozmowa z chorym nie jest dla niej tak trudna jak rozmowa z jego rodziną. Dlatego za każdym razem, gdy do placówki przybywają bliscy pacjentów, stara się unikać okazji do nawiązania kontaktu.

Opory w nawiązywaniu kontaktu z rodzinami chorych są zrozumiałe, ale w opinii większości rozmówców niewystarczające, by z nich zrezygnować. Stąd podejmują oni wiele działań w tym zakresie. Jedna z pielęgniarek szpitalnych przedstawiła wiele sytuacji, w których odpowiedziała pozytywnie na prośbę o rozmowę. Część z tych rozmów odbywała się poza godzinami pracy. Mieszkając blisko szpitala, wielokrotnie przychodziła, by towarzyszyć chorym i ich rodzinom w czasie choroby, agonii i po śmierci. Jedno z takich dramatycznych doświadczeń opisała następująco:

Każdy się boi podejść do tych rodzin, co im powiedzieć, jak pocieszyć. Ja też. Ale mimo wszystko pokonuję siebie, podchodzę, rozmawiam. Ja wiem to, czego oni nie wiedzą, i wiem, że jest gorzej, niż myślą, ale tak naprawdę wiem, że niczego nie wiem, co będzie – i to im mówię. Często, a zawsze, jeśli tylko proszą, modlimy się, prosząc o wsparcie. W czasie modlitwy pełnej napięcia, płaczu, złości uspakajają się, potem przychodzą i dziękują, że się im pomogło. Czasem to nic, odrobina współczucia i bycie, przytulenie i doprowadzenie nawet do pożegnania, oswojenie do bycia z takim chorym i pod taką aparaturą, której się boją, pozwala im pokonać lęk, dystans i zbliżyć się (K38_P).

Wypowiedź pielęgniarki ukazuje emocje towarzyszące trudnym rozmowom w szpitalu czy hospicjum. Wspomniana wcześniej postawa „bycia człowiekiem”, jako warunku nawiązania relacji z chorym, sprawdza się również w kontakcie z jego rodziną. Bycie człowiekiem wyraża się tu w umiejętności pokonania własnych, w pełni uzasadnionych trudności w podjęciu rozmowy. Wgląd w siebie ułatwia siostrze zakonnej zrozumienie własnych przeżyć i konfrontację ze swoimi granicami. Trudna jest również świadomość posiadania wiedzy, która wykracza poza wiedzę rodziny. Pielęgniarka jej nie ujawnia, postępując zgodnie ze standardami swojego zawodu, ale nie unika odpowiedzi na stawiane pytania, przekierowując je na inną płaszczyznę rozumienia oraz uwzględniając nieokreśloność ludzkich losów i wiarę w Boga. Konsekwencją tego jest modlitwa, którą podejmuje wraz z bliskimi bądź w ich obecności. Co ciekawe, siostra odwołuje się nie tyle do wszechmocy Boga, który może przywrócić zdrowie, a raczej do Jego łagodności,

dobroci i pocieszenia. Efektem modlitwy oraz okazanego wsparcia jest oswojenie z zaistniałą sytuacją, pokonanie lęku i zbliżenie się do siebie.

W doświadczeniach rozmówców nie brakuje dramatycznych rozmów z rodzinami chorych. Ci, którzy je podejmują, liczą się z tym, że mogą spotkać się z niechęcią, złością czy nawet agresją z ich strony. W wypowiedziach można odnaleźć słowa zrozumienia i współczucia wobec przeżyć członków rodziny pacjentów. Bywa jednak i tak, że empatia nie wystarcza do usprawiedliwienia ich postępowania. Pracownicy stają wtedy w obronie swoich praw i robią krok wstecz, znajdując ochronę w zabezpieczających ich przepisach.

Analityczny wgląd w materiał badań pozwala na stwierdzenie, że trudne sytuacje związane z kontaktem z rodzinami chorych stanowią niewielką część opisanych przypadków. Rodziny są coraz częściej postrzegane jako uczestnicy procesu leczenia pacjenta, a ich obecność przy nim – jako korzystna zarówno dla niego, jak i dla zespołu. Przyjazne rozmowy z bliskimi pacjentów niekiedy przeradzają się w długie znajomości, które niejednokrotnie nie kończą się wraz ze śmiercią chorego.

6.2.3. Bliskość z wykluczonymi

Trudności pojawiające się w relacji personel – pacjent są kwestią omawianą w wielu fragmentach tej książki. W tym miejscu dotyczą one jednej z potencjalnych przeszkód w budowaniu bliskości. Chodzi tu o sytuację leczenia osób, których styl życia odbiega od norm społecznych czy osobistych przekonań rozmówców i jest niejednokrotnie sprzeczny z zasadami dbania o zdrowie. Rozmówcy poruszający to zagadnienie podkreślają, że nie widzą powodów, by różnicować pacjentów, których niewłaściwy tryb życia doprowadził do powikłań zdrowotnych. Każdy pacjent jest wartościowym człowiekiem. Dlatego należy mu się szacunek i wolność w podejmowaniu decyzji:

Nie traktujemy tej osoby jako przedmiot, którym musimy się zająć i wychodzimy, tylko że po prostu jest to **ktoś**... Znaczy nie jest to osoba ważna dla mnie, bo ją znam, tylko że jest to człowiek, czyli ktoś ważny (K5_P).

Przyjmowanie takiej postawy wobec chorego uświadamia potencjalną zamienną rolę pacjentów i medyków. Jedna z pielęgniarek podczas instruktażu młodszych adeptek, upominając je za niewłaściwe zachowanie wobec pacjentki, tak się do nich zwraca:

Ale teraz stań tu i połów sobie mamę na tym łóżku. I jak byś się czuła, jakby ktoś tak mamę potraktował, twojego ojca, brata? Ale najlepiej odczujesz to, jak ty się tu położysz, a przyjdzie druga i ciebie tak potraktuje. Tak że czyń wszystko tak tym pacjentom, jak byś chciała, żeby tobie czynili (K6_P).

„Pacjentem niestandardowym” może być także osoba, która prowadzi odmienny styl życia, pokazuje inne przywiązania i wartości. Jedną z pielęgniarek, szczególnie wrażliwą na punkcie wytatuowanych części ciała i wpiętych w nie kolczyków, zauważa, że to stanowi dla niej trudność w nawiązaniu bliskości. Będąc osobą zasadniczą, stawiała sobie pytanie, czy zdobędzie się na bliskość wobec takiej osoby. Był to dla niej problem, tym bardziej że pacjentka nie chciała podporządkować się zasadom obowiązującym w szpitalu i zdjąć liczne kolczyki. Wewnętrzna mobilizacja pielęgniarki sprawiła, że z tej sytuacji wyszła zwycięsko, co w jej przekonaniu wyraża się w powstrzymaniu się od komentarzy dotyczących wyglądu i zachowania pacjentki oraz obdarzeniu jej uśmiechem. Kobieta stara się zrozumieć pacjentkę:

Uśmiecham się, patrzę i myślę: może jej nikt nie okazał w jakimś tam momencie takich uczuć, że ona aż musiała tak zademonstrować (K7_P).

„Pacjenci niestandardowi” to także osoby bezdomne, często uzależnione od alkoholu, żyjące na marginesie społecznym. W wywiadach te symptomy wykluczenia nie są wyraźnie dostrzegalne, choć różnice w postawach życiowych niejednokrotnie drażnią. Podjęcie leczenia człowieka w terminalnym stanie, który „zasłużył” sobie na tę chorobę niezdrowym trybem życia, jest oczywiste. Wypowiedzi rozmówców koncentrują się nie na przyczynie zachorowania, lecz na fakcie jego wystąpienia oraz sposobach leczenia i pielęgnowania. Chodzi tu między innymi o przypadki leczenia nowotworowych pacjentów uzależnionych od nikotyny. Lekarz hospicyjny stwierdza, że nie ma podstaw, by różnicować osoby „winne” i „niewinne” swojej choroby (M1_L). Osoby uzależnione od nikotyny i z tego powodu cierpiące na nowotwór płuc nie są traktowane gorzej niż inni pacjenci.

Motyw leczenia osób, które „zasłużyły” na swoją chorobę, w jeszcze większym stopniu dotyczy pacjentów uzależnionych od alkoholu. Jedną z pielęgniarek wyraża się o nich z dużym ciepłem i sympatią, nazywając ich „kolegami”:

„A, to jest mój kolega!”. Mnie ciągnie do tych pacjentów, którzy są najbardziej pokrzywdzeni, do jakichś alkoholików, do jakichś

takich bidoków najgorszych na świecie. Dziewczyny na oddziale się już śmieją: „A, to pewnie będzie twój kolega”. Ja mówię: „Na pewno!”. [śmiech] (K21_P).

„Kolegami” pielęgniarki stają się osoby, których życiorysy znacznie odbiegają od społecznych i prozdrowotnych ideałów. Dla rozmówczyń ci ludzie są w pełni wartościowymi osobami, którymi się chętnie opiekuje.

6.3. Bliskość i oddalenie w relacji z chorym człowiekiem

Uczestnicy badań, poruszając w wywiadach tematykę bliskości, odnoszą się również do oddalenia. Żaden z nich nie zareagował zaskoczeniem na pytanie o oddalenie w kontekście bliskości. Niektórzy rozmówcy sami spontanicznie przechodzili do tego zagadnienia. Chmura słów związanych ze słowem „oddalenie” pokazuje, że najczęściej współwystępującym pojęciem jest „bliskość”, co potwierdza wyraźną obecność diady bliskość – oddalenie w materiale badawczym. Graficznie tę zależność pokazuje schemat 4.

Schemat 4. Chmura słów współwystępujących z kodem „oddalenie”



Źródło: badania własne.

Warto zwrócić uwagę na pozostałe często używane słowa. „Bliskość” i „oddalenie” są osadzone w kontekście ciepłych relacji międzyludzkich, życia, choroby, pandemii czy czasu. Współtworzą one omawianą diadę, nadając jej charakterystyczne znaczenie. Zasadne jest więc podjęcie głębszej analizy treści zawartych w tej diadzie.

6.3.1. Wędrowanie wzdłuż *continuum*

Analizę znaczenia diady bliskość – oddalenie należy rozpocząć od przyjrzenia się wypowiedziom psychoterapeutów i psychologa. Ich refleksje są ważne, bo są to próby teoretycznego określenia znaczenia tej diady i jej funkcji. Psychoterapeutka stwierdza:

Dla mnie to są dwa bieguny tego samego *continuum*, tak jak myślę gestaltowo. Że to jest jedno *continuum*, na jednym biegunie jest bliskość, na drugim jest oddalenie. I myślę sobie o sobie i w ogóle o gatunku *homo sapiens*, że my sobie spacerujemy po prostu przy tym *continuum*. W różnych relacjach, w przeróżnych wydarzeniach świata. Czasem jesteśmy na środku, czasem bliżej bliskości, czasem bliżej oddalenia (K12_PT).

Uczestniczka badań zwraca uwagę na fundamentalny związek między bliskością a oddaleniem. Różne okoliczności wpływają na to, po której stronie *continuum* znajduje się jednostka. Istotne jest, że zgodnie z naturą *continuum* poruszanie się po nim umożliwia zdobywanie różnych doświadczeń. Motyw przemieszczania się między bliskością i oddaleniem jest obecny w wypowiedzi innego psychoterapeuty. Mówi on o rytmie przemieszczania się między tymi biegunami:

Ta bliskość ma w sobie element takiej rytmiczności. Że oddalam się i zbliżam się. To oddalenie wskazuje mi na to, co dla mnie jest blisko. To tak jak idea, że jak tracimy, to wtedy widzimy: a, to było dla mnie ważne! Jakiś taki efekt. Że jednak wiem, dokąd chcę wrócić (M7_PT).

Oddalenie pomaga dostrzec znaczenie bliskości, spojrzeć z dystansu na ważne sprawy. Na przykład zacytowany mężczyzna wspomina z humorem związek ze swoją pierwszą dziewczyną. Jesienią, w zimie i na wiosnę często spacerowali, trzymając się za ręce. Gdy jednak przyszło upalne lato, okazało się, że nieustanne trzymanie się za ręce było mało komfortowe. Wtedy potrzebne było uświadomienie sobie i wyartykułowanie, że nietrzymanie się

za ręce nie jest zerwaniem bliskości. Rytmiczne poruszanie się pomiędzy kategoriami bliskości i oddalenia wnosi dużo dobra do relacji. Owa rytmiczność wyraża się w ruchu, a konkretnie w wychodzeniu z domu i powracaniu do niego:

Do tej bliskości coś cały czas wnoszę. Czyli dobrze pójść gdzieś, tam coś odnaleźć i wrócić do domu z czymś. Czyli bazowo to chodzę po jagody, grzyby, zbieram, po jedzenie i mamy wtedy wspólny posiłek. I tak samo po jakieś doświadczenie: chodzę i przynoszę. To okazało się jakieś takie kluczowe. I właśnie to, że w tej bliskości też jest część mojego wyboru. Czyli że jest moja swoboda wybierania. Że to ja wybieram, że chcę tutaj w domu zostać. I ta możliwość wyboru właśnie uwarunkowana tym, że ja w każdej chwili mogę wyjść (M7_PT).

Wędrowanie po *continuum* bliskości i oddalenia jest wyrazem wolności człowieka, jego „swobody wybierania”. Wyjścia z domu oraz powroty do niego wynikają z aktu wolnej woli. Ograniczenia w obszarze tej aktywności są postrzegane jako opresja, odbieranie wolności, które uniemożliwia swobodne wędrowanie. Z tego względu, w opinii wypowiadającego się mężczyzny, niektórzy z jego klientów w czasie restrykcji pandemicznych skoncentrowali się na podejmowaniu działań, by za wszelką cenę zachować możliwość rytmicznego wychodzenia i powrotu. Psychoterapeuta wspomina także klientów, którzy korzystali wtedy – i ta praktyka przetrwała do dziś – ze spotkań zdalnych, co jego zdaniem znacznie ograniczyło bliskość, która okazała się bardzo krucha. Charakteryzując ich postawę, stwierdza:

To ludzie, którzy mają lęk bliskości. Ja sądzę, że strach tej bliskości jest związany z lękiem utraty po prostu. Bo jak jesteśmy blisko, zrobi się coś takie ważne i cenne, to tak nie chce się tego tracić. I wtedy można zrobić coś takiego, żeby zmniejszyć tę wartość: to jest formalne, płacę pieniądze, nie jest to aż tak naprawdę bliskie (M7_PT).

Wypowiedź mężczyzny dotyczy problematyki oddalenia, które może być skutkiem nie tyle wolnej decyzji, co zewnętrznej konieczności lub lęku przed bliskością bądź jej utratą. Rozmówca jest zwolennikiem pozostawienia możliwości balansu między bliskością a oddaleniem i jednocześnie przekonany, że oddalenie budowane na lęku nie wpisuje się w tę diadę. Stanowi raczej izolację niż oddalenie, a zakres znaczeniowy tych pojęć jest diametralnie różny.

Inna z wypowiedziających się osób również podkreśla znaczenie lęku, zwłaszcza nieuświadomionego, jako utrudnienia w budowaniu bliskości. Zwraca także uwagę na autentyczność relacji z pacjentem, u podstaw której jest wewnętrzna zgoda z samym sobą na wejście w nią oraz jej zawieszenie. Dzięki wewnętrznej zgodzie pomaganie nabiera skuteczności, a zarazem daje dużo satysfakcji:

Ostatnio po rozmowie byłam cała zapłakana. I powiedziałam koleżance, że ja nie jestem w stanie zbyt wiele tych rozmów prowadzić. Po prostu byłam wzruszona... Rozmawiałam z córką pacjenta. Ja nie znałam tego pacjenta. Zmarł jej ojciec. Mówiła o tych relacjach, jak to było, jakie to umieranie, jak ona go będzie nosić w sercu. To było takie wzruszające. Nie da się przejść takim obojętnym emocjonalnie [uśmiecha się, wzruszona]. Tak że to jest obciążające, bo jakby za dużo już. Nie byłam w stanie zadzwonić do kolejnej osoby i zapytać, czy wszystko jest w porządku, no bo nie byłam w stanie. Ale to jest też coś, co daje dużo satysfakcji, taki głęboki kontakt emocjonalny (K32_PL).

Zacytowana uczestniczka badań, prowadząc trudną rozmowę z pacjentem, świadomie pozwoliła na zaangażowanie swoich emocji w sytuację zawodową. Poniosła jej koszt, ale jednocześnie doświadczyła głębokiej satysfakcji. Wstrzymanie się od kolejnych rozmów było decyzją chroniącą, którą można umieścić na *continuum* rytmiczności bliskości i oddalenia. Przyzwolenie na współwystępowanie tych kategorii buduje harmonię, która pozwala wyzbyć się lęku przed bliskością, a zarazem pozostawia przestrzeń na odejście w stronę przeciwległego bieguna *continuum*.

Motyw oddalania się i powrotu opisuje również pielęgniarka, odwołując się do własnych doświadczeń rodzinnych i zawodowych. Mówi o podwójnym oddaleniu – od rodziny, gdy wychodzi na samotny spacer, oraz od spraw zawodowych, gdy czuje, że „jeszcze jeden telefon, to tego już nie dźwignę” (K2_P), pozostawia wtedy urządzenie na czas spaceru w mieszkaniu. Rozmówczyni jest przekonana o potrzebie zachowania własnej przestrzeni życiowej, choć w pewnym zakresie wszyscy członkowie rodziny dzielą wspólną przestrzeń. Wynika to z wolności, którą akcentuje rozmówczyni. Zaangażowanie w prywatną przestrzeń jest oddaleniem, „odejściem”, które jednak nie zakłóca spójności rodziny. Warunkiem poprawnego funkcjonowania tego układu jest umiejętność „powracania wszystkich do siebie” (K2_P), a siłą skłaniającą do powrotu – tęsknota. Kobieta z satysfakcją stwierdza, że ta zasada została z powodzeniem wdrożona w życie jej rodziny, i jednocześnie

jest świadoma, iż często ten dynamiczny układ nie funkcjonuje prawidłowo, powodując przeakcentowanie jednego z biegunów, najczęściej oddalenia. Dlatego niezbędne jest uzmysłowienie sobie, że

[...] w jakiegokolwiek relacji dla takiego zdrowego funkcjonowania to musi współgrać. Jesteśmy blisko, ale potrzebujemy też, każdy z nas, jakiejś swojej przestrzeni. Myślę, że to jest naturalne [...]. Czyli po prostu jesteśmy bardzo świadomi i jednego, i drugiego. I może też to, że jeśli to przeciwieństwo, to oddalenie znika albo ta bliskość znika, to też zauważamy to na pewno (K2_P).

Naruszenie równowagi w dobrze funkcjonującej rodzinie jest zauważalne, gdyż wywołuje tęsknotę za drugą osobą, jej ciepłem, obecnością. Zbyt intensywna bliskość może zaś spowodować zatracenie cennego dystansu, pozwalającego na dostrzeżenie tego, co najważniejsze. Stąd potrzebne jest „wypołowienie” bliskości i oddalenia (K8_N). Ten neologizm dobrze oddaje zasadniczą myśl, choć sugeruje trudną do zachowania symetrię w układach rodzinnych. Można przypuszczać, że „wypołowienie” w tym kontekście nie oznacza dążenia do idealnej symetrii, ale raczej do zachowania równowagi czy „umiaru” (K5_P).

Osiągnięcie harmonii między bliskością i oddaleniem zwykle nastręcza dużo trudności. W wywiadach nie brakuje odniesień do sytuacji, które są naruszeniem postulowanej równowagi. Dzieje się tak wtedy, gdy bliskość nie jest oczekiwana w zastosowanej formie i intensywności.

6.3.2. Granice bliskości

Stereotypowe myślenie, że w hospicjum wszyscy stanowią jedną rodzinę i dlatego każdy oczekuje podobnej czułości i bliskości, jest błędne. Zasada ta sprawdza się w większości przypadków, ale są i tacy chorzy, których oczekiwania są inne:

Część chorych jest takich, która nie oczekuje bliskości personelu. Oczekuje szacunku, godnego traktowania, pomocy konkretnej, a jednak zachowuje tę bliskość dla swojej rodziny, dla swoich najbliższych. Widzimy po pewnym czasie, że to jest ten układ, który im odpowiada. Bo czasem człowiek tak chce, żeby tak wszystko się udało i że wszystko ma być tak idealnie. A wydaje mi się, że to ten chory ma sobie wybrać, co chce. Że my byśmy tak chcieli, żeby każdy chory z nami był blisko. Że my to taka jedna wielka rodzina. Nie jest to tak (K15_L).

Lekarka zwraca uwagę na ważny aspekt bliskości, który wynika z indywidualnych oczekiwań wobec niej. Pokonanie stereotypowego myślenia chroni przed narzucaniem intensywności i form bliskości drugiemu człowiekowi. Dążenie do idealistycznej wizji hospicjum jest błędne i może stanowić zagrożenie dla dobra pacjenta.

Troska o chorego może być przez niego odbierana jako nadopiekuńczość. Wyraża to wspomnienie jednej z rozmówczyń, która przytacza słowa własnej babci, pacjentki:

Zabierz mnie do domu. Bo tutaj ciągle ktoś przychodzi i o coś pyta! Mówię im: „Jest pani piątą osobą, która mnie dzisiaj pyta o stolec. Jest pani piątą osobą, która pyta mnie, czy chce mi się pić” (K34_PS).

Kobieta dodaje:

I to się powtarza w przypadku pacjentów, którzy mają odwagę to powiedzieć. Że tak bardzo chcemy pomóc, że prawie **przydujemy** tych chorych. Czyli my chcemy pokazać troskę, zainteresowanie, żeby niczego temu choremu nie brakło, a nie potrafimy dostrzec tego, że on potrzebuje trochę ciszy, skupienia, chociażby po to, żeby swój bilans życiowy przeprowadzić, żeby jeszcze się zastanowić, co ma ważnego w tym życiu do zrobienia (K34_PS).

W budowaniu bliskości niezbędne jest uwzględnienie potrzeb, które nie są manifestowane, a które zwykle trudniej zaspokoić niż pragnienie czy głód. Stworzenie przestrzeni na ich wypowiedzenie bądź samodzielne poszukiwania, w celu ich zaspokojenia, wymaga wyzbycia się wszelkiej natarczywości. „Przyduszanie” czy „tłumienie” chorych jest w swej istocie pozbawieniem ich głosu w sprawach, które ich bezpośrednio dotyczą. Nadmierne zagospodarowanie czasu pozostałego choremu

[...] może stłumić jego własne prawdziwe potrzeby. Niektórzy tego potrzebują, bo nie chcą rozmyślać o końcu życia, robić bilansu i myśleć o tym, że należałoby może uporządkować swoje sprawy, typu sporządzić testament. Niektórzy tego rzeczywiście nie chcą i jakby tworzą jeszcze ten chaos, bo on im pozwala trwać w tej chorobie. Ale są i tacy, którzy potrafią powiedzieć wprost: „Już wystarczy” (K34_PS).

Warto zauważyć, jak bardzo opisywana sytuacja hospicyjna różni się od rzeczywistości w szpitalach, gdzie po prostu nie ma czasu na nadopiekuńczość. Wypowiadająca się kobieta – pracownik socjalny zwraca uwagę na jeszcze jeden ważny motyw budowania bliskości. Podkreśla, że pacjenci, którzy są dość odważni i nie boją się wyrażać swojego zdania, mają większą szansę na lepsze zaspokojenie swoich potrzeb. Ci, którzy nie zdobywają się na asertywność, samotnie zmagają się z problemami. Ten sposób budowania bliskości izoluje, wywołując u mniej śmiałych pacjentów poczucie niezrozumienia, irytacji czy osamotnienia.

Otwarcie się na niemanifestowane potrzeby chorych może ich ośmielić do zmierzenia się z trudnymi wyzwaniami. Generowanie „chaosu”, będącego formą ucieczki od niełatwych egzystencjalnych konfrontacji, nie sprzyja holistycznie rozumianemu dobru pacjenta. Do chorego należy wybór swojej postawy wobec nieuchronnych zdarzeń, ale ważne jest, by personel nie wywierał presji, nakłaniając go do uzewnętrzniania swoich potrzeb lub je blokując. Niezbędne jest więc pozostawienie przestrzeni wolności, której nie zagłusza „szczębiot hospicyjny” ani nieuzasadnione domaganie się całkowitej otwartości.

Odmierna od omawianych przypadków jest sytuacja, w której pacjent oczekuje większej bliskości, ale jej okazanie byłoby naruszeniem jego dobra. Dlatego bliskość wymaga umiejętności panowania nad emocjami zwłaszcza wtedy, gdy sam chory domaga się przekroczenia tej granicy, chce się zwierzyć z doświadczeń, które go niepokoją. Odpowiedzialność za drugiego człowieka wymaga powstrzymania się od wypowiadania słów, które mogą przynieść pozorną ulgę, ale w dalszej perspektywie – stać się źródłem psychicznego bólu pacjenta. Rezygnacja z zadawania niekoniecznych pytań, na przykład dotyczących reakcji rodziny na chorobę pacjentki, może spowodować, że

[...] nie będzie spała w nocy, bo będzie rozmyślała. Jest ta granica, którą my w ogóle jako ludzie powinniśmy mieć. To jest kwestia delikatności też. To jest kwestia takiej subtelności. Co wolno, czego nie wolno. Natomiast bliskość bardziej musi oznaczać delikatność niż brutalność (K7_P).

Określenie granicy w bliskości wymaga dużego doświadczenia i zdrowego rozsądku, co podkreśla rozmówczyni pracująca na co dzień w ośrodku dla osób z niepełnosprawnością intelektualną:

Najzwyczajniejszy rozsądek. No bo to, że osoba z niepełnosprawnością wiele spraw nie rozumie, to trzeba wiedzieć i znać swoich podopiecznych, na co można pozwolić, i umieć też, jeśli się tworzy nawet na zasadzie relacja podopieczny z pracownikiem, bliska do zakochania, do pisania listów, to też trzeba nad tym umieć popracować (K8_N).

Myślenie o dobru podopiecznego pozwala dostrzec szanse i zagrożenia wynikające z bliskości.

Zaangażowana bliskość niesie ze sobą ryzyko obciążeń. Trudności emocjonalne wydają się szczególnie dotkliwe. Nawiązanie relacji z chorym człowiekiem i jego bliskimi przynosi wiele korzyści, których beneficjentami są wszystkie strony. Jednak aktywne uczestniczenie w sytuacji choroby, umierania i śmierci może przekładać się na codzienne problemy. Dotyczy to zwłaszcza kontaktu z pacjentami, którzy są postrzegani jako osoby trudne w codziennym współżyciu:

Czasami są osoby, które bardzo emocjonalnie nas wykańczają. Wykańczają cały zespół. Bo są różne sytuacje i to nie jest tak, że ta sytuacja jest jednorazowa, tylko ciągnie się, ciągnie się, ciągnie się, są napięcia. Zawsze wtedy muszą być pewne kroki przedsięwzięte, bo ja powtarzam: ten pacjent odejdzie, ale zespół się wypali i nie będzie go stać na to, żeby emocjonalnie objąć opieką następnych pacjentów. I my też musimy być chronieni. My też nawzajem siebie musimy chronić. Dużo dla pacjenta, ale nie wszystko. Dla nas samych też musimy mieć pewną obronę. My też musimy widzieć, że my też jesteśmy dla kogoś ważni, bo nas ma starczyć na bardzo, bardzo długo. Jeżeli każą nam wszystko dać jednej osobie, to potem nas już nie będzie. To potem nas już nie będzie... (K16_L).

W wypowiedzi padają dosadne stwierdzenia: „wykańczanie emocjonalne”, „napięcia”, „odejście pacjenta”, „wypalenie”, „swoiste samounicestwienie”. Przeciwwagą dla zagrożeń jest ochrona zespołu i jego poszczególnych członków. Zapewnia ona poczucie bezpieczeństwa, jest wzajemnym wspieraniem się, dowartościowaniem i umacnianiem. Poczucie „bycia ważnym” dla pacjentów jest potrzebne do ich właściwego zaopiekowania. Zasada „dużo dla pacjenta, ale nie wszystko” zakłada, że osoby pomagające mają prawo i obowiązek zadbania o siebie i swoje potrzeby. Lekarka popiera to pragmatycznym argumentem: „Ma nas starczyć na bardzo, bardzo długo”. Odnośząc się do sytuacji, w której może zabraknąć mechanizmów ochronnych,

stwierdza dwukrotnie: „Potem nas już nie będzie”. Logika tkwiąca w tych słowach jest oczywista, poparta dużym doświadczeniem zawodowym. Inna lekarka konkluduje:

Jak się w każdą historię zaangażujemy, w każdej historii będziemy tacy bliscy, to nie damy rady na dłuższą metę (K15_L).

Perspektywa utraty sił i motywacji do dalszej pracy jest przewidywalna. Wypalenie zawodowe, do którego nawiązują rozmówcy, to niebezpieczne zjawisko. Do jego powstania przyczyniają się nieuporządkowane relacje w miejscu pracy. Dlatego niezbędne są racjonalna ocena trudnych sytuacji i podejmowanie działań zmierzających ku ich poprawie.

Konsekwentne budowanie chroniącego dystansu niekiedy kończy się fiaskiem. Dzieje się tak wówczas, gdy wśród chorych znajduje się osoba, która narusza z trudem wypracowaną równowagę. Fizjoterapeutka charakteryzuje tę sytuację następująco:

Są takie momenty, że przyjdzie pacjent, który to wszystko zburzy, co sobie poukładaliśmy, nasze mechanizmy obronne [...]. Przychodzi taki pacjent, że się po prostu nie da. [uśmiech] I wejdzie, zajdzie za skórę, wejdzie w takie porozumienie, że zapika to serce mocniej i wówczas jest trudniej w tej relacji. I trudniej, i łatwiej, bo być może pomagamy pacjentowi, ale trudniej, bo się mocno angażujemy (K19_F).

Określenia użyte w wypowiedzi mają ciepłe zabarwienie emocjonalne, co potwierdza towarzyszący jej uśmiech. Ukazane sytuacje przywodzą na myśl wspomnienia związane ze śmiercią sympatycznego pacjenta, zapisane w pamięci emocjonalnej. Zaangażowanie w relację może skutkować pojawieniem się żałoby, będącej cierpieniem z powodu utraty bliskiej osoby.

Przeżycie żałoby było często opisywane w wywiadach. Wypowiedziom tym towarzyszy zwykle poruszenie emocjonalne. Dlatego te fragmenty narracji są stosunkowo krótkie. Salowa tak przedstawia swoje doznania:

Miałam taką sytuację, miałam, może opowiem [ze wzruszeniem]. Był pacjent dosyć długo. Naprawdę był przemiły. Przyszedł chodzący, później go zmoгло, już w tym łóżku. Ale człowiek się tak przywiązał, bo on był koło pół roku. To jest dużo. To był młody chłopak, pamiętam, wtedy. I było ciężko... Było tak, że miałam taki odrzut. Nie mogłam wejść na salę. Musiałam pomyśleć chwilę, pomodlić się. Bo chciałam go widzieć, ale musiałam to przemyśleć,

tak na spokojnie, z dziesięć–piętnaście minut, dopiero mogłam wejść. A serce waliło ogromnie... To było już takie przyzwyczajenie do tego chłopaka. On miał wtedy chyba dwadzieścia sześć lat. To było lata temu. Najgorzej jest, jak przychodzą młodzi... (K35_S).

Silne wzruszenie towarzyszące wypowiedzi kobiety wydaje się wystarczającym komentarzem jej doświadczeń. Rozmówczyni opisuje swoją więź z chorym, mówi o swoich trudnościach, pokazuje, jak dużym ładunkiem emocjonalnym była naznaczona ta relacja. Tak silna reakcja kobiety na śmierć pacjenta jest prawdopodobnie związana z sympatią, którą wzbudzał mężczyzna, i jego młodym wiekiem. Średnia wieku pacjentów hospicyjnych jest zwykle znacznie wyższa, ów chory wyróżniał się więc spośród pozostałych.

Materiał uzyskany w ramach zastosowanej procedury badawczej obejmuje także inne wypowiedzi zawierające opinie pracowników szpitali, hospicjum i pozostałych placówek ochrony zdrowia związane ze stratą pacjenta, który w trakcie leczenia stał się osobą ważną i bliską. Zwykle są to swobodne wspomnienia bądź refleksje nad znaczeniem bliskości oraz oddalenia. Niełatwe doświadczenia stały się dla rozmówców podstawą do budowania profesjonalnych relacji zawodowych, chroniących przed kolejnymi problemami. Warto jednak podkreślić, że choć widać dużą konsekwencję w przestrzeganiu wypracowanych schematów, to zdarzają się odstępstwa. Wiąże się to z nieprzewidywalnością sytuacji zachodzących w procesie leczenia i opieki nad chorym człowiekiem. Mimo mechanizmów chroniących może się zdarzyć, że pacjent znów „[...] wejdzie, zajdzie za skórę, wejdzie w takie porozumienie, że zapika to serce mocniej” (K19_F), a wtedy trudniej o zachowanie dystansu.

Inną niełatwą płaszczyznę budowania bliskości stanowi relacja z rodzinami pacjentów. Okazuje się, że i w niej niezbędne jest zachowanie stosownego dystansu:

Rodziny czasem są emocjonalnymi wampirami tak dużymi, że rodzi się pytanie: Na ile my sobie pozwolimy wejść na głowę i na duszę, bo to naprawdę jest czasami okropne. Ja wtedy bardzo zdecydowanie stawiam granicę. Zresztą właśnie jednej pani ostatnio postawiłam. Już się nauczyła tego, bo bardzo przekraczała granice. Na przykład nienawidzę zwrotów „kochaneńka”, „skarbeńku” – starszych ludzi, którzy w ten sposób próbują skracać bardzo dystans. Wtedy ja mówię: „Bardzo proszę nie mówić do mnie w ten sposób!”, od razu. Nie ma żadnej możliwości jakiegoś tam przejścia na „ty”.

Nie, stop. No i to może być odebrane za takie wywyższanie i stawianie muru, ale nie (M6_L).

Poirytowana kobieta stawia retoryczne pytanie o granice uprzejmości, określając je jako „wejście na głowę i na duszę”, co być może należy rozumieć jako podporządkowanie się wszystkim oczekiwaniom rodziny oraz zaangażowanie się w jej sprawy. Nazywając te doświadczenia okropnymi, takimi, których „nienawidzi”, opisuje swój sposób budowania dystansu na przykładzie ostatniej rozmowy z rodziną chorego. Nieuprawnione zdrobienia nie są przez nią akceptowane. Reakcją lekarki jest precyzyjnie wyrażony komunikat, wyznaczający granice bliskości.

Poradzenie sobie z zaistniałą sytuacją nie gwarantuje, że w przyszłości nie będą pojawiać się podobne trudności. Kobieta traktuje je jako niedogodność, którą należy uwzględnić w procesie leczenia i opieki nad chorym. W jej wypowiedzi występuje wyraźne rozróżnienie relacji z pacjentem i relacji z jego rodziną. Ta druga jest dla lekarki dużym wyzwaniem, a skracanie dystansu niekiedy pogarsza jej samopoczucie. Rodziny niektórych pacjentów postrzega jako „emocjonalne wampiry”, co oznacza, że kontakt z nimi jest wyczerpujący pod względem emocjonalnym.

Niebezpieczeństwem związanym z bezpośrednią bliskością jest ryzyko doświadczenia agresji i przemocy ze strony pacjenta. Lekarka, która została kiedyś uderzona przez chorego człowieka, apeluje jednak o wzięcie pod uwagę jego stanu psychicznego:

To trzeba odróżnić, czy ma chorobę i zmiany na mózgu i dlatego się tak zachowuje, że może uderzyć i popchnąć. W każdym bądź razie... były przypadki, mi się też dostało. Raz w życiu dostałam od pacjenta agresywnego. Tak jakoś mnie uderzył. Ale on nieświadomie to zrobił. Potem, jak do niego dotarło, na drugi dzień rodzina zgłosiła, to przeproszał mnie. Ale to przecież wiadomo, że jak to choroba, to ja się nie gniewam ani nic (K25_S).

Duża wyrozumiałość wynika ze znajomości uwarunkowań funkcjonowania chorych w hospicjum. W narracjach innych uczestników badań kilkakrotnie pojawiają się odniesienia do agresywnych zachowań pacjentów. Są one interpretowane w podobnym kluczu, który stosuje lekarka. Użycie w dwóch przypadkach koniecznego przymusu zewnętrznego zostało zapamiętane jako znaczące wydarzenie.

Konkluzją powyższych rozważań mogą być słowa fizjoterapeutki, która podkreśla potrzebę zachowania równowagi pomiędzy bliskością a odda-

leniem. Wymaga ona refleksyjności w działaniu, ale zależy także od osobistych predyspozycji. Istotne jest, by pamiętać, że również pacjenci mają różne potrzeby i różną wrażliwość w zakresie bliskości, a wielość form oferowanej pomocy zwiększa szanse na pełniejsze uwzględnienie oczekiwań:

Bliskość jest dla mnie ważna, ale, tak jak mówię, w takiej dostosowanej do mnie formie. Myślę, że to dobrze, że są i takie, i takie osoby, bo też każdy wtedy może w jakiś inny sposób pomóc. Na przykład ja się lepiej dogadam z takim pacjentem, a z innym się dogada lepiej osoba, która podejdzie, przytuli i jakoś gdzieś bardziej przełamie tę granicę, której ja nie przełamuję (K27_F).

Bliskość spersonalizowana, dostosowana w swojej formie do zasobów każdego z uczestników interakcji, jest ważnym elementem kreowania codzienności pacjentów i zespołów pomocowych.

6.3.3. Modele zaangażowania w bliskość

Z analizy wywiadów wyłania się kilka modeli zaangażowania personelu medycznego, niemedycznego i wolontariuszy wobec pacjentów w perspektywie bliskości i oddalenia.

Model kosztownego zaangażowania

To postawa intensywnego zaangażowania, w której bierze się pod uwagę zagrożenie wynikające z minimalizowania dystansu, ale przede wszystkim akcentuje się znaczenie bycia blisko chorej osoby. Schemat ten budują wypowiedzi uczestników badań, którzy są w pełni świadomi konsekwencji zmniejszenia dystansu między osobą pomagającą a pacjentem, ale jednocześnie podkreślają znaczenie tych bliskich relacji. Lekarka hospicyjna zauważa:

Wiadomo, są różne modele. Bo są lekarze, którzy bardzo daleko stoją od chorego. Tutaj nie jesteśmy w stanie. Może to by było oczywiście bardzo zdrowe dla nas. Bardzo nas chroniące, jeżeli potrafilibyśmy się całkowicie zdystansować od pacjenta. Ale to nie to miejsce. To nie to miejsce, bo tutaj ludzie, oprócz tych leków, oczekują też czegoś innego. Wysłuchania i po prostu bycia (K16_L).

Świadoma zgoda na skrócenie dystansu między personelem a chorym wynika z charakteru pracy w danej placówce medycznej, z osobistych doświadczeń rozmówców, ich cech osobowościowych oraz przekonań.

Motywacja do nawiązywania bliskiego kontaktu z chorymi łączy się z pragnieniem okazania im jak najlepszej pomocy i wsparcia, z holistycznym postrzeganiem ich potrzeb, a także koniecznością usuwania barier społecznych w opiece nad chorym. Warto wskazać na wysoką świadomość konsekwencji przyjętego modelu bliskości. Jednak stwierdzenie „to nie to miejsce” uzasadnia decyzję o rezygnacji z niektórych zabezpieczeń w relacji z pacjentem. Korzyści z nawiązania bliskiej relacji przeważają nad ryzykiem i ponoszonymi kosztami. Granicą okazywania bliskości jest zgoda pacjenta na tego rodzaju relację. Wypowiedź pielęgniarki wyjaśnia te założenia:

My się zaprzyjaźniamy. Są pacjenci, z którymi mamy takie relacje... I my, przynajmniej ja staram się, żeby nie było takiego dystansu „wielka pani pielęgniarka i ten biedny pacjent”, tylko żeby skracać ten dystans. O ile się da, bo są tacy ludzie, którzy sobie nie pozwalają na to. Ale jak się wyczuje taką sytuację, że można tę relację zbliżyć, to ja właśnie tak staram się, żeby ten pacjent tak się czuł bezpiecznie, tak rodzinnie. Próbuje żartować. Mimo że chory umierający, ale szukamy takich pozytywów. Żeby tego pacjenta rozśmieszyć, żeby jakoś jeszcze skorzystał z tego życia (K21_P).

Wypowiadająca się kobieta pracuje w hospicjum od dłuższego czasu. Wydaje się, że właśnie specyfika tej placówki ma znaczenie dla modelu bliskości. Chęć zastąpienia grona najbliższych osób i stworzenia choremu okazji do radości owocuje poczuciem satysfakcji i bycia potrzebnym. Skrócenie dystansu w leczeniu i pielęgnacji chorego jest uwolnieniem od presji pełnienia roli bezdusznego, dominującego nad pacjentem profesjonalisty.

Uzasadnienie to wzmacnia wypowiedź lekarki, która w kontekście sensu bycia lekarzem zwraca uwagę na występującą niekiedy trudność w budowaniu bliskości – na lęk przed bliskimi relacjami, będący w istocie lękiem przed samym sobą. W konsekwencji osoby te

[...] są może dobrymi lekarzami, dobrymi diagnostami, mają super wiedzę i potrafią ją na przykład przekazywać innym lekarzom. Tak, i oni też są bardzo potrzebni, ale nie w takim bezpośrednim kontakcie z drugim człowiekiem, bo tutaj musi być relacja (K16_L).

Aby możliwa była bliskość w pracy lekarza, musi on przełamać się wewnątrz i wyjść poza mur własnych lęków. Rozmówcy wyraźnie odróżnia diagnostów, a nawet wykładowców od lekarzy pracujących bezpośrednio z chorym człowiekiem w tak specyficznej placówce, jaką jest hospicjum. Według lekarki nieumiejętność czy brak otwarcia na nawiązywanie

relacji z pacjentem dyskwalifikuje lekarza w pracy w środowisku hospicyjnym. Specyficzne wymagania osobowościowe i charakterologiczne są, obok przygotowania merytorycznego, kluczowe w trakcie rekrutacji nowych pracowników placówki.

Bliskie relacje z pacjentem i jego rodziną przynoszą satysfakcję, radość i poczucie bycia potrzebnym:

Mnóstwo takich sytuacji fajnych pamiętam. Że rodziny się tak pięknie żegnały i w ogóle. Są takie rzeczy, co są w pamięci i pięknie to wygląda. Ja też pomogłam mojej koleżance poza pracą odprowadzić i babcię, i dziadka. Umarła babcia ich w domu i dziadek też. I mówi: „Dziękuję ci za wsparcie”. Ja mówię: „No ale co? Ja siedziałam ci tylko na telefonie”, ale mówi, że „Byłaś i wspierałaś” (K21_P).

Wydaje się, że korzyści z uczestniczenia w sytuacji choroby i śmierci nie stanowią celu podejmowanych działań, ale też nie są obojętne dla obszaru motywacyjnego pracowników.

Należy podkreślić, że świadome zaangażowanie w budowanie relacji z chorym człowiekiem nie jest naiwnym optymizmem i bagatelizowaniem konsekwencji tej postawy. Przeciwnie, duże doświadczenie zawodowe rozmówczyń pozwala im na świadome eliminowanie negatywnych skutków emocjonalnego zaangażowania. Nie jest to jednak w pełni możliwe. Jednym z następstw intensywnej bliskości jest lęk przed przebiegiem umierania pacjenta, zwłaszcza przed „drastycznym”. Doświadczenie zawodowe i konieczność bycia nieustannie przygotowaną na najgorsze nie pozwala pielęgniarce zapomnieć o dramatyzmie procesu umierania, co w jej opinii skutkuje „czarnowidztwem”. Rozmówczyni rozumie je jako pesymistyczne spojrzenie na nieodległą przyszłość, które w rzeczywistości jest antycypacją trudnych wydarzeń. Życie z tą świadomością nie jest łatwe, niekiedy przerażające, zwłaszcza gdy kobieta zauważa kolejne przypadki potwierdzające jej obawy (K21_P).

Zasobem, który pozwala pielęgniarce nadal pracować z dużym zaangażowaniem, jest między innymi wiara w Boga:

Czuję Opatrzność Bożą. Bo jestem osobą wierzącą i ja zawsze, jak wchodzę do pracy, proszę przed ołtarzem: „Boże, daj mi siłę, daj mi cierpliwość”. Zawsze Boga proszę o cierpliwość, o jasny umysł i o cierpliwość (K21_P).

Pomocą jest także rodzina i zespół medyczny, a prosty sposób odreagowania to palenie papierosów: „Palę. Idę na fajkę [śmiech]. Niestety” (K21_P).

Model bezpośredniej bliskości jest zbudowany na relacji, która ma silne zabarwienie emocjonalne, gdyż satysfakcja i radość przeplatają się ze stresem, zmęczeniem i niepokojem.

Model zracjonalizowanej bliskości

W analizowanych wywiadach najczęściej występuje model bliskości uwzględniający współwystępujące z nią oddalenie. Ma on szerokie spektrum, wynikające z różnej intensywności relacji emocjonalnej, a powstaje w procesie zbierania doświadczeń w pracy z chorym człowiekiem i jego rodziną. Zdobycie umiejętności budowania bliskości z zachowaniem niezbędnego dystansu to cel, który dla części uczestników badań jest stosunkowo łatwy, a dla innych stanowi duże wyzwanie. W tym procesie ważne jest wsparcie ze strony doświadczonego personelu, o czym wspomina rozmówczyni, która na początku swojej pracy zawodowej nawiązywała bliskie, bezpośrednie relacje, wyrażane między innymi dotykiem. Refleksja salowej po zwróceniu jej uwagi przez personel była najpierw poszukiwaniem przyczyn takiej reakcji:

Zwracały mi uwagę czasami dziewczyny [uśmiech], że coś robię źle, ale nie widziałam w tym nic złego. Ja na początku myślałam, że to zazdrość czy coś. Później dojrzałam do tego, że faktycznie, no tak nie można [uśmiech]. Ale miałam dobrą intencję. Tylko nie pomyślałam, że jeżeli już jednej się robi, to tamte mogą być zazdrosne. Nieraz w czoło pocałowałam, byłam bardzo, bardzo taka, że jakbym mogła, to bym wszystkie wytuliła, wycalowała! Taka byłam. No to musiałam to troszeczkę skorygować. Z czasem po prostu się tego nauczyłam, że trochę inaczej trzeba to okazywać. Nie aż tak, no nie? Bo musiałabym wszystkie pocałować! [uśmiech] (K25_S).

W tym przypadku dystans został stworzony ze względu na dobro pacjentów. Niemożność dostrzeżenia wszystkich oczekiwań powoduje, że działania wybiórcze stają się nieskuteczne, a niekiedy wręcz szkodliwe. Reakcja zespołu okazała się ważnym bodźcem do skorygowania postawy wobec chorych. Kontakt z nimi nie ma służyć zaspokojeniu własnych emocjonalnych potrzeb, ale przede wszystkim poszukiwaniu dobra każdego pacjenta.

Inną motywacją budowania dystansu, uwzględniającą dobro chorego człowieka i zespołu, jest zapewnienie mu wsparcia, które ma wymiar wychowawczy. Bazuje ono na rzetelnej diagnozie trudności, które przeżywa osoba przebywająca w szpitalu lub hospicjum. Na podstawie takiego rozpoznania

i własnych doświadczeń zawodowych można wskazać, jaki powinien być zakres bliskości z konkretnym pacjentem, a także wyznaczyć jej granice. Tak zracjonalizowana bliskość przeciwstawia się egoizmowi i zabezpiecza przed jego wpływem:

Do końca pozostajemy bardzo egoistyczni i to jest może takie... przeszkadzające. W jakiś sposób ludzie chcą wykorzystywać do końca innych. To jest takie nie okej. Chociażby, jeśli chodzi o personel, że jakby chcieli zagarnąć wszystkich dla siebie, że ty tu bądź na każde moje zawołanie, na każde moje życzenie. To jest takie **ja, ja** tu jestem najważniejszy [...]. Uważam, że większość osób do końca pozostaje egoistyczna i z takim nastawieniem troszeczkę preten-sjonalnym do życia, że ja jestem chory, umierający, mi się należy, masz mi to wszystko zrobić i dać [...]. No, po prostu zawłaszczył wszystko dla siebie i wszystkich. Był taki troszeczkę rozkazujący, troszeczkę taki dyrygujący i... chciałby, żeby spełnić każde życzenie. A nie da się, po prostu się nie da. Nas jest za mało, osób jest za dużo. Po prostu te osoby jest bardzo łatwo rozpieścić i zepsuć tak naprawdę (K28_OM).

Egocentryzm wzmocniony przez chorobę może stać się zagrożeniem dla samego chorego, innych pacjentów, rodziny i zespołu medycznego. Koncentracja pacjenta na swoich potrzebach i domaganie się ich zaspokojenia mogą wszystkim utrudnić codzienne życie. Zatem niezbędne jest działanie refleksyjne personelu, biorące pod uwagę nadrzędny cel, jakim jest dobro chorego, jak również wpisanie oddalenia w zakres bliskości. Trzeba pamiętać, by pacjenta „nie zepsuć”, czyli nie spowodować, że poprzez źle okazaną troskę jego egoizm przeszkodzi mu w rozwoju w ostatniej fazie życia. Dzięki temu łatwiej jest personelowi zabezpieczyć swoje potrzeby, a przede wszystkim skuteczniej oddziaływać na chorych. Wychowawczy charakter tych oddziaływań wyraża się między innymi w stawianiu pacjentom wymagań, mobilizowaniu ich do wysiłku, zwróceniu im uwagi w razie konieczności.

Model przeformułowanej bliskości

Model przeformułowanej bliskości jest zbudowany na założeniu, że praca z chorym człowiekiem, jakkolwiek jest działalnością wynikającą z potrzeby serca, zawsze bazuje na relacji formalnej i specyficznej. Duże znaczenie mają pełnione w niej role społeczne. Identyfikacja z konkretną rolą wyznacza strukturę i zakres bliskości przeformułowanej, która jest różna od bliskości nawiązywanej w rodzinie czy gronie przyjaciół. Bliskość przeformułowana wyraża się w czynnym zaangażowaniu w pracę zawodową bądź wolontaryjną, przyjmując nową nazwę: „towarzyszenie”. Wyjaśnienie zasadności tego przeformułowania można odnaleźć w cytowanej już wypowiedzi wolontariusza:

My nie używamy tego pojęcia „bliskość” w hospicjum. Z osobami dorosłymi zwykle dystans się odczuwa i trudno mówić o bliskości. Natomiast na pewno jest coś takiego, co my nazywamy **towarzyszeniem**. „Towarzyszenie” a „bliskość” to są pojęcia podobne, ale nie to samo. Przy towarzyszeniu jest na przykład to, że ktoś nie ma kontaktu z otoczeniem i wolontariusz przy nim siada i po prostu potrzyma za rękę, że ten człowiek czuje, że ktoś drugi jest koło niego [...]. To jest właśnie zastępcza bliskość. Nie taka po prostu bliskość na tej zasadzie, że znamy się latami, przyjaźnimy się i stajemy się coraz bliżsi sobie. Tutaj tego czasu jest dużo mniej (M9_W).

Wypowiedź nie oznacza, że wolontariusz traktuje przedmiotowo chorych, którym towarzyszy. Wprost przeciwnie. Rozmówca chce jednak odróżnić własne doświadczenia bliskości rodzinnej od tych, które są charakterystyczne dla jego pracy wolontaryjnej. Jej sformalizowanie ułatwia mu zachowanie standardów pomagania, a jednocześnie odciąża zaangażowanie hospicyjne od presji tworzenia w placówce atmosfery przypominającej dom. „Zastępcza bliskość” jest nawiązywana z głęboką motywacją niesienia pomocy chorym. Jednak jej cel to nie budowanie długoletnich przyjaźni, lecz aktywne uczestniczenie w sytuacji tanatycznej doświadczanej przez pacjenta tu i teraz. Jego śmierć jest kresem relacji i równocześnie początkiem nawiązywania kolejnych. Bliskość nie jest tu jednak kluczowa. Ważniejsze staje się towarzyszenie, które jest ukierunkowane na niesienie pomocy także wtedy, gdy chory człowiek nie może być uczestnikiem interakcji. Istotą towarzyszenia jest koncentrowanie się na zapewnieniu mu optymalnych warunków życia w sytuacji chorowania. To misja realizowana w zastęp-

stwie członków rodziny, którzy z różnych względów nie są obecni przy chorym. Rola osoby towarzyszącej polega na podejmowaniu konkretnych działań, w dużej mierze zespołowo, o czym przypominają zwroty: „my nie używamy”, „my używamy”. Bliskość przeformułowana jest w rzeczywistości pełnym zaangażowaniem towarzyszeniem.

W trzecim modelu bliskości sytuują się wypowiedzi osób, które nie mają silnej potrzeby nawiązywania bliskości z pacjentami czy też okazywania przywiązania, na przykład przez dotyk. Fizjoterapeutka zauważa:

U nas to bardzo widać: jaki każdy jest w życiu, taki też jest w pracy. Na przykład jak są takie osoby, które lubią się przytulać, kogoś dotknąć, pogłaskać, nawet pocałować w głowę, to są tacy sami dla pacjentów. Ja jakby osobiście nie jestem taką osobą, która by się lubiła do wszystkich przyklejać, i potrzebuję wokół siebie jakiejś przestrzeni i dystansu. Myślę, że taka też jestem dla naszych pacjentów. Nie, że ich dystansuję, tylko tej granicy tak nie przełamuję bardzo jak niektórzy (K27_F).

Dystans wobec pacjentów nie wynika z doświadczeń wykorzystania otwartości rozmówczyni. Jego źródłem są osobiste przekonania i preferencje kobiety, a także jej podejście do życia i ludzkich relacji. Trzeci model bliskości jest więc poszerzeniem jej znaczenia, nie redukcją.

6.4. Bliskość przez dotyk

Analizę znaczenia dotyku w leczeniu chorego człowieka rozpoczyna zestawienie odzwierciedlające częstotliwość użycia kodu „dotyk chorego” w poszczególnych wywiadach. Spośród 48 rozmów wyodrębniono 37, w których treść została oznaczona tym kodem. Schemat 5 obrazuje rozkład kodu w tych wywiadach, a grubość linii jest proporcjonalna do częstotliwości występowania kodu w danym wywiadzie. Im częściej występował ten kod w danym wywiadzie, tym grubszą linią jest on zaznaczony.

Schemat 5. Model rozkładu kodu „dotyk chorego”

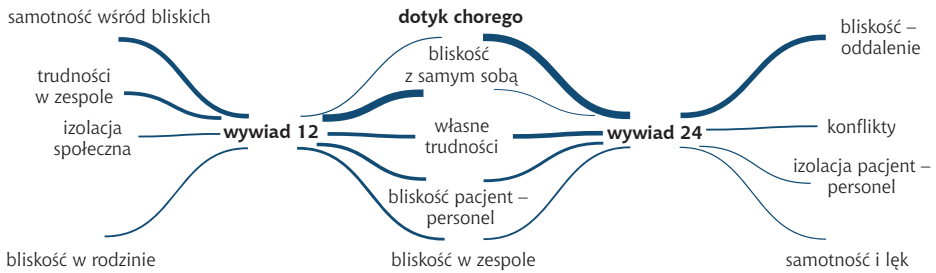


Źródło: badania własne.

Biorąc pod uwagę dane zamieszczone na schemacie 5, można przyjąć, że największą liczbę występowania kodów mają wywiady: 24, 26, 23, 9 i 8. Najrzadziej kod „dotyk chorego” występował w wywiadach o numerach: 12, 34, 21, 36 i 43. Warto podkreślić, że w 11 wywiadach nie pojawił się wątek dotyku pacjenta, co oznacza, że nie był istotny w opisie bliskości.

Kolejnym etapem analizy jest zestawienie dwóch wywiadów skrajnych pod względem częstotliwości użycia omawianego kodu, czyli wywiadów 24 i 12. Dzięki temu możliwe jest porównanie dokumentów i określenie ich charakterystyki. Pokazanie różnic i podobieństw pozwoli lepiej zrozumieć znaczenie dotyku w okazywaniu bliskości. Wyniki analizy komputerowej obrazuje schemat 6.

Schemat 6. Model podwójny kodu „dotyk chorego”



Źródło: badania własne.

Schemat 6 zawiera trzy istotne zbiory danych: środkowy i dwa skrajne. W środkowej części przedstawiono powiązania między analizowanymi wywiadami, wraz z graficznym zaznaczeniem częstości wypowiedzi przez zastosowanie grubości linii proporcjonalnej do liczby występowania poszczególnych kodów w danym wywiadzie. Środkowy zbiór danych ukazuje zatem wskazane już różnice w częstotliwości występowania kluczowego kodu „dotyk chorego”. W wywiadzie 12 jest on marginalny, w wywiadzie 24 – dominujący. Kod „bliskość z samym sobą” jest zaś znaczący w wywiadzie 12, natomiast w wywiadzie 24 przyjmuje wartości śladowe. Schemat 6 pokazuje także rozkład innych współwystępujących w wywiadach kodów, takich jak: „własne trudności”, „bliskość pacjent – personel” oraz „bliskość w zespole”. W tych przypadkach można zauważyć większą zgodność treści wywiadów, co odzwierciedlają podobne grubości linii.

Prawy i lewy zbiór danych pokazuje, które z pozostałych kodów najczęściej występowały w danym wywiadzie. Dla wywiadu nr 12 były to „samotność wśród bliskich” oraz „trudności w zespole”. Dla wywiadu nr 24 dominującym kodem jest „bliskość – oddalenie”. Kody zawarte w skrajnych kolumnach nie współwystępują w omawianych dwóch wywiadach, czyli są specyficzne dla poszczególnych wywiadów.

Biorąc pod uwagę przytoczone wyniki, można wnioskować, że osoba udzielająca wywiadu 24 (K20_P) szeroko analizuje znaczenie kodów „dotyk chorego” oraz „bliskość – oddalenie”, co nie oznacza, iż rozmówczyni jest zwolenniczką częstego kontaktu fizycznego z pacjentem. Raczej określa warunki stosowania go, odwołując się do potrzeby zachowania dystansu wynikającego z szacunku do chorego:

Nad tym trzeba pracować zawsze, takie mam zdanie, żeby tej granicy nie przekraczać, bo może rzeczywiście ktoś sobie nie życzy.

Bo pacjentka się zachowuje jak dziecko, bo ma pampersa, bo ją trzeba karmić. Ale to, że teraz wygląda jak babulinka w pampersie, to nie znaczy, że to nie była, nie wiem, pani profesor albo ktoś, kto po prostu mógł sobie tego nie życzyć, bo tego nie wiemy nigdy (K20_P).

Wywiad 12 (K10_P) porusza problematykę samotności. W tym kontekście na znaczeniu zyskuje bliskość z osamotnionym chorym. Dorastanie do tej świadomości jest przejawem procesu pogłębiania relacji z samym sobą:

Wtedy miałam takie przemyślenie, że bliskość jest zupełnie czym innym, niż ja myślę. Że czasem bliskość jest po prostu obecnością. I to jest wszystko, po prostu przy kimś być, nawet nic nie mówić, nawet nie móc nic zrobić, że to jest jakiś zupełnie inny wymiar. I to, co znałam wcześniej na zasadzie bliskości z domu, to się wiązało z rozmową, z dotykiem i tak dalej. Ale jest jeszcze taka bliskość przy odchodzeniu drugiej osoby, gdzie nie położę się z chorą osobą do łóżka, nie przytulę jej w szpitalu [...]. To obecność i bliskość, której nie umiem nazwać w żaden sposób (K10_P).

Nienazwana bliskość została wyrażona przez pielęgniarkę obecnością, która nabrała głębszego sensu niż dotyk.

Porównanie wybranych dokumentów pokazuje, jak złożonym zagadnieniem jest dotyk chorego człowieka. Łączy się ono z wieloma doświadczeniami rodzinnymi i zawodowymi, dlatego wymaga pogłębionej analizy i kategoryzacji.

6.4.1. Kategorie dotyku

Osoby biorące udział w wywiadach indywidualnie podejmują decyzję o stosowaniu lub powstrzymaniu się od dotyku. Przykładem może być wypowiedź psychoterapeutki:

[...] w gabinecie dotyk rezerwuję na ultragłębokie doświadczenia i nie rozrzucam tego swojego dotyku. Nie przytulam się, nie daję ręki pierwsza. To jest dla mnie bardzo mocna interwencja, taka w świat przestrzeni intymnej. A osobiście to bym powiedziała, że przytulenia są fajne [uśmiech], potrzebne i takie, no jejku, dobre [zakłopotana]. A w pracy myślę, że traktuję to jako interwencję po prostu terapeutyczną i uważam, żeby nie zrobić niczego złego albo nadmiarowego (K12_PT).

Kobieta docenia rolę dotyku, ale w pracy ściśle go reglamentuje. Jest to **dotyk zarezerwowany** dla specjalnych doświadczeń i z tego względu nie stosuje go często. „Nie rozrzuca swojego dotyku”, to znaczy nie traktuje go pobieżnie, płytko. Jeśli się na niego decyduje, to działa intencjonalnie. Chcąc chronić intymność własną i innych, a jednocześnie nie przekroczyć granic zawodowych, dotyk przeznaczają dla sytuacji, w których będzie on adekwatną formą kontaktu.

Nie zawsze jest możliwość powstrzymania się od dotyku. W tym kontekście rozmówcy wyróżniają **dotyk proceduralny**. Pojawia się on podczas czynności związanych z leczeniem i pielęgnacją pacjenta. Jego długość i intensywność zależą od wykonywanych działań. Nie jest on jednak pozbawiony kontekstu emocjonalnego. Ten rodzaj dotyku pielęgniarka opisuje następująco:

W pracy mamy taki dotyk proceduralny, tak się go nazywa w pielęgniarstwie, gdzie ten dotyk nasz to jest po prostu: dotykam cię, bo muszę wykonać toaletę, dotykam, bo muszę wykonać jakieś zabiegi. Więc ten dotyk nie ma dla mnie znaczenia takiego szczególnego. Ja to robię, ponieważ muszę wykonać daną czynność (K5_P).

Dotyk proceduralny stosują także lekarze, fizjoterapeuci, opiekunowie medyczni czy wolontariusze. Ta kategoria dotyku jest konieczna ze względu na procedury, których należy przestrzegać. Od poprawności ich wykonania zależy nie tylko stan zdrowia pacjenta, ale także jego samopoczucie. Rozmówcy zwracają uwagę na ten fakt i podkreślają, że ich profesjonalizm podnosi jakość życia pacjenta.

Stosowanie dotyku proceduralnego nie wymaga emocjonalnego zaangażowania, które niekiedy może nawet utrudniać poprawne wykonanie zadanych czynności. Profesjonalne podejście do tego zagadnienia ułatwia skupienie się na tym, co najistotniejsze i korzystne dla chorego. Bywa jednak i tak, że czynności dotykowe związane z konkretnym zawodem medycznym są otoczone emocjami, przez co nabierają nowego kontekstu. Emocje te są wywoływane przez odczucia sympatii, antypatii, współczucia czy wstrętu. Emocje, które mają pozytywne konotacje, wyrażają się między innymi przez dotyk. W tym przypadku jest go nieco więcej niż zwykle. Dodatkowy dotyk podkreśla bliskość z chorym, jest asekuracją dającą mu poczucie bezpieczeństwa i okazaniem akceptacji. Zdaniem pielęgniarek i opiekunów medycznych ważne jest, by pacjent odczuwał życzliwość ze strony personelu, a dotyk stanowi jej potwierdzenie. Jak widać, dotyk proceduralny, otoczony

emocjami o ciepłym zabarwieniu, charakteryzuje się intencjonalnością oraz akcentuje znaczenie sposobu okazywania bliskości. Jedną z jego kluczowych cech jest delikatność:

Przy czynnościach toaletowych ja sobie trzymam delikatnie rękę na ramieniu tej osoby, żeby nie szarpnąć nią, obracając na bok. Po prostu delikatnie trzymam. Gdyby leżała tu bliska mi osoba, to czy jej by to nie zraniło, gdyby ktoś się zachowywał w jakiś taki gwałtowny sposób. Ja wiem, że go chcę obrócić na drugi bok. On nie wie tego i on się może boi, bo to jest zdezorientowana babcia. Ja się staram zawsze przy takich czynnościach i ostrzec chorego, co będę robić, i robić to tak delikatnie, jak trzeba, i też dostosowywać tę delikatność do chorego (K20_P).

Okazanie delikatności choremu wskazuje na indywidualne podejście pielęgniarki do pacjentów. Umiejętność przewidywania ich emocji i wychodzenia im naprzeciw zmniejsza niepokój. Dotyk będący asekuracją ciała jest jednocześnie zabezpieczeniem stanu emocjonalnego osoby chorej. Delikatność to ważny element czynności pielęgnarskich, ale warto przypomnieć o jeszcze jednym wymiarze. Otóż ta sama kobieta w innym miejscu wywiadu zauważa, że w pewnych przypadkach delikatny dotyk jest nie tyle wyuczoną umiejętnością, ile darem:

Wielokrotnie od różnych osób w różnych pracach dostałam taką informację zwrotną, że na przykład jak robię zastrzyk, to robię to bardzo delikatnie. I ja tego nie robię specjalnie, że robię to specjalnie delikatnie. Mam wrażenie, że po prostu taką łaską zostałam obdarzona [uśmiech] i że tak mi to przychodzi naturalnie. Mam satysfakcję z tego, bo wiem, że to też jest coś, co jest jakimś darem w moich rękach [...]. I z tego się cieszę bardzo, bo jak możemy być różnymi darami obdarzeni, to to jest bardzo przydatne w moim zawodzie. [uśmiech] To mi daje satysfakcję, jeśli chodzi o dotyk (K20_P).

Kobieta czerpie radość i zadowolenie z dotyku proceduralnego, który w jej przypadku charakteryzuje się emocjonalną intencjonalnością oraz łatwością wykonania.

Chociaż w wywiadach nie brakuje wątków odnoszących się do dotyku wykorzystywanego w procedurach medycznych, to większość relacji koncentruje się na takim, który wykracza poza zakres obowiązków. Chodzi o „dotyk niemedyyczny, międzyludzki” (K19_F).

Ten rodzaj dotyku postrzega się jako coś, czego chorzy potrzebują. Nie wszyscy podzielają to przekonanie, ale warto zaznaczyć, że dominuje ono w analizowanych wywiadach. Wynika ono z obserwacji i doświadczeń rozmówców uczestniczących w leczeniu zarówno przyczynowym, jak i paliatywnym. W materiale badań bez trudu można odnaleźć stwierdzenia typu: „Chorzy tego potrzebują. Chorzy tego bardzo potrzebują” (K1_N). Fizjoterapeutka uzasadnia, że dotyk z natury ma działanie uspokajające, kojarzy się z domem i bliskimi osobami. Dlatego odtworzenie tego, co zapisało się w pamięci jako dobre wspomnienie, może być pomocne dla procesu zdrowienia czy ogólnej poprawy jakości życia (K19_F).

Potrzeba dotyku nabiera znaczenia w procesie umierania, gdy niejednokrotnie chory pozostaje sam. Świadomość obecności drugiego człowieka daje poczucie bezpieczeństwa. Dotknięcie, trzymanie za rękę jest także przejawem bliskości:

Zawsze tu mówimy, że chory ma nas **czuć**. Bo to jest zmysł, który ostatni odchodzi. Po to trzymamy go za rękę. Więc dla mnie to jest szalenie ważne. Bo to też buduje relacje (K2_P).

Celem dotyku jest podtrzymanie kontaktu z chorym tak długo, jak to tylko możliwe. Uścisk buduje też bliskość, na co wskazują retoryczne pytania:

Jak inaczej pokazać bliskość do drugiego człowieka, jeśli nie przez to, że idziemy ręką pod rękę? Jak pomóc osobie niewidomej inaczej niż towarzyszyć w taki sposób, jak jest oparcie na moim ramieniu czy gdy druga osoba wspierana jest przeze mnie? (K8_N).

Odpowiedzi są oczywiste. Dotyk w opiece nad chorym człowiekiem jest nie do zastąpienia.

Dotyk jest także formą okazania choremu szacunku. Stąd nie powinno się go okazywać pobieżnie, w pośpiechu. Jak zauważa pielęgniarka, w ten sposób podkreśla się godność człowieka chorego jako osoby ważnej, wartej tego, by poświęcić jej swój cenny czas, a nie traktuje się go jak przedmiot dotknięty podczas przechodzenia przez oddział (K5_P). Dotyk może być delikatnym muśnięciem, które oznacza: „Jestem, już przyszedłam” (K8_N). By jednak został odczytany w tym kluczu, konieczne jest stworzenie wokół niego dobrej atmosfery emocjonalnej. Nie zawsze przychodzi to łatwo, bo dotyk chorego bywa trudny pod względem fizyczno-emocjonalnym. Kilka osób wspomina uścisk dłoni umierającego człowieka, który nie chce jej wypuścić – „dotyk, który miażdży ci rękę” (K1_N). W **dotyku miażdżącym** nie chodzi tylko o siłę uścisku, ale przede wszystkim o emocjonalne

związanie z osobą, która nie chce zrezygnować z tej ostatniej w życiu formy kontaktu. Jest to więc swego rodzaju uchwycenie się życia i kogoś bliskiego w trakcie umierania. Potrzeba chorego, by ktoś mu towarzyszył, gdy umiera, bywa tak duża, że pobieżny uścisk dłoni nie wystarcza:

Zdarzają się takie sytuacje, że trzymam kogoś za rękę, a on nie chce tej ręki puścić [uśmiech]. Chce, żeby dalej być z nim (M9_W).

Towarzyszenie człowiekowi w jego chorobie i umieraniu wymaga więc niekiedy gotowości przyjęcia „miażdżącego” dotyku, który jest przejawem głębokich przeżyć.

Dotyk chorego bywa czasem trudny ze względu na osobiste problemy w okazaniu w ten sposób bliskości. Wrażliwość medyków, podobnie jak pacjentów, jest bardzo zróżnicowana, co powoduje, że oczekiwania związane z dotykiem też bywają rozmaite. Wśród rozmówców występują wypowiedzi świadczące o wewnętrznym dystansie do okazywania emocji za pomocą dotyku. Padają stwierdzenia, że nie jest on konieczny, ale zasadny, o ile pacjent odczuwa taką potrzebę. Powściągliwość w stosowaniu dotyku jest także wynikiem przemyśleń na temat wolności i potrzeb pacjentów, zwłaszcza tych, z którymi kontakt jest ograniczony. Nie znając ich upodobań, rozmówcy nie chcą narzucać im tej formy bliskości (K18_P).

Wypowiedź jednej z pielęgniarek pracujących w hospicjum pokazuje jeszcze jeden wymiar dotyku. Dla tej rozmówczyni dotyk pielęgnacyjny jest naturalną codzienną czynnością, ale stwierdza, że nie potrafi trzymać za rękę umierającego człowieka. Pracując w hospicjum od wielu lat, nieustannie zmagają się z tą trudnością:

Przyznam się do czegoś. Bo to jest coś, czego nie zmieniłam przez te wszystkie lata, a sprawia mi to niesamowitą trudność. Ale mówię o tym głośno, że nie mogę tego dalej robić, co jest dla mnie trudne i co mnie tu przerasta. Dla mnie trudne jest trzymanie za rękę przy agonii. Mnie to po prostu przerasta. Ja szukam na to odpowiedzi przez całe te lata. Czegoś się boję widocznie. Może nie tak do końca mam to przepracowane. Jest to dla mnie trudne... [...]. Kiedyś zastanawiałam się z tego powodu, czy ja powinnam tu pracować [westchnięcie]. Bo może to jest coś... czym powinna się też cechować osoba pracująca tu? Zwłaszcza w momencie odejścia. Ja o tym mówię głośno. Nie wstydzę się tego. Ale nie umiem... Nie umiem tej odpowiedzi znaleźć, dlaczego tak jest. To jest jedyne, czego nie potrafię w kontakcie z chorym. Tak na co dzień bardzo lubię pracę z ludźmi. Nie widzę się w innym zawodzie (K23_P).

Szczera wypowiedź może zaskakiwać, zwłaszcza gdy bierze się pod uwagę społeczny wizerunek osób pracujących w hospicjach. Definiuje go inna rozmówczyni: „To na zdjęciach fajnie wygląda: głaszczesz rękę chorego” (K1_N). Pielęgniarka jest świadoma tego obrazu i nie ukrywa, że konfrontacja z nim jest dla niej trudna, może nawet deprecjonująca. Nie potrafi jednak zmienić tego stanu. Wypowiedź rozpoczyna się od wyznania: „Przyznam się do czegoś”, co sugeruje, że dalsze słowa odnoszą się do przestrzeni osobistej, intymnej, nie w pełni akceptowanej społecznie. Z całości jej wywiadu wynika, że rozmówczyni bardzo dobrze zna założenia opieki hospicyjnej, a pracując w niej od długiego czasu, wie, jak je wdrażać w codzienne czynności. Przez cały ten czas dotyk pozostaje przerastającym ją wyzwaniem. Wgląd w siebie otwiera pielęgniarkę na nieprzepracowany lęk, który być może jest u źródeł tej niemocy. O ile można przypuszczać, że kobieta odczuwa dyskomfort z tego powodu, o tyle można zauważyć, że w wypowiedzi nie ma śladu poczucia winy. To raczej dojrzałe wyznanie osoby, która zna swoje walory i ograniczenia. Dzięki tej wiedzy jest wrażliwa na podobne trudności występujące u innych pracowników czy wolontariuszy. Dlatego wprowadzając ich w nowe zadania, stosuje zasadę:

Ja im mówię, żeby każdy w głąb siebie zajrzał i nie robił nic na siłę. Jeżeli poczuje, że to go przerasta, to ja w oparciu o własne doświadczenie nie chciałabym komuś czegoś narzucić (K23_P).

Takie podejście podkreśla ważną przestrzeń osobistej wolności i wrażliwości.

Analizowany wywiad zawiera także zaskakujący przykład, jak można przełamać opór przed dotykiem umierającego człowieka. Pielęgniarka z uśmiechem opisuje sytuację, w której pacjentem był jej znajomy. Wiedząc o jej przekonaniach, zapytał, czy zrobi wyjątek wtedy, gdy on będzie w agonii. Zdecydowanie odpowiedziała, że nie. Kiedy pacjent umierał, nikogo z jego bliskich nie było w sali, a dyżur pełniła właśnie znajoma pielęgniarka. Reakcja kobiety zaskoczyła ją samą:

W momencie kiedy zobaczyłam, że on odchodzi, ja w ogóle o tym nie myślałam, nie zastanawiałam się, ja go **złapałam za rękę!** [uśmiech]. Siedziałam przy nim i go trzymałam za rękę... Po chwili pomyślałam, że przecież trzeba wołać żonę. Ja go puściłam za tę rękę. Jak jeszcze biegłam w jej kierunku i idąc korytarzem, roześmiałam się sama do siebie, że jednak przechytrył mnie [śmiech], że mu się udało! (K23_P)

Dramatyczne, ale i w pewien sposób humorystyczne wspomnienie pozostało w pamięci kobiety jako wyjątkowy przykład przekroczenia swoich granic i możliwości. **Złapanie za rękę** to był gest spontaniczny, a przez to nie do końca przez nią kontrolowany. Można się zastanawiać, co było przyczyną tak odważnej decyzji. Odpowiedź sugeruje jeszcze jedno zdanie zaczerpnięte z wywiadu:

My tu obserwujemy przez lata, że pacjent, który ma szczególną więź z daną pielęgniarką, odchodzi zazwyczaj przy tej osobie (K23_P).

Prawdopodobnie ta szczególna więź pielęgniarki z pacjentem ułatwiła jej tak bliskie towarzyszenie mu w czasie umierania. Jeśli tak było w rzeczywistości, owa bliskość stała się buforem dla niełatwych emocji.

Dotyk chorego ma dla członków personelu niekiedy znaczenie bardzo osobiste. Traktują go jako niezastąpioną formę kontaktu z drugim człowiekiem, przynoszącą korzyści obu stronom. W niektórych wypowiedziach rozmówców występują wzmianki na temat silnej potrzeby kontaktu za pomocą dotyku. Uświadomienie tej potrzeby następuje zwykle w kontekście zagrożenia jej utraty, na przykład poprzez izolację społeczną. Stosowanie dotyku proceduralnego łączy się z doświadczaniem korzyści na poziomie emocjonalnym. Jedna z lekarek sądzi, że pretekst dotyku w czasie leczenia pacjenta umożliwia jej poprawne funkcjonowanie na poziomie emocjonalnym. Gdyby dotyk nie był możliwy w pracy, według niej mogłoby to być źródłem „ogromnych psychicznych problemów” (K11_L).

Podobne przekonanie wyraża inna rozmówczyni, która zauważa, że w społeczeństwie ludzie często traktują się nawzajem „jakby byli plastikowi”. Plastikowość polega na zachowywaniu dużego dystansu społecznego, w którym nie ma miejsca na dotyk. Kobieta podkreśla, że **nieplastikowy dotyk** jest wielką wartością w przeciwieństwie do zachowań „plastikowych”, które są

[...] wielką szkodą i dla pacjenta, [z uśmiechem i trochę ciszej] i dla mnie też, bo muszę się pilnować i nie dotykać (K9_P).

Ściszony głos sugeruje wyjawienie sekretu, który kobieta wypowiada ze świadomością, że sama jest również beneficjentką okazywania bliskości.

6.4.2. Dylematy związane z wyrażaniem bliskości przez dotyk

Stosowanie dotyku w opiece hospicyjnej jest obwarowane przepisami. Ograniczenia te wynikają z troski o dobro pacjenta, jego godność i nienaruszalność. Informacje na temat poprawnego wykorzystywania dotyku są przekazywane podczas szkoleń oraz indywidualnych rozmów z psychologami. Poziom zrozumienia zasadności i akceptacja tych reguł są różne. Brak tego zagadnienia w większości wywiadów sugeruje, że rozmówcy nie postrzegają „nowych” reguł jako niewłaściwe czy uciążliwe. Na przykład opiekunka medyczna przyjęła te wskazania z akceptacją. Argumentem przekonującym ją do ograniczenia dotyku jest postulat profesjonalnego podejścia do chorego:

Tak, naprawdę musimy zachować swoistego rodzaju profesjonalizm. Ja z panią psycholog kiedyś rozmawiałam, że gładzenie po czole czy po policzkach często jest traktowane jako przekroczenie bariery intymności, gdzie nie powinniśmy do końca tego stosować albo mieć na tym punkcie jakiś rodzaj... no takiego... zdrowego, zdroworozsądkowego profesjonalizmu czy czegoś. W niektórych sytuacjach jest to traktowane tak, że jesteśmy zbyt blisko. Że jesteśmy zbyt blisko... Że powinniśmy jednak mimo wszystko zachowywać nienaganne maniery (K29_OM).

Podanie przesłanek przemawiających za stosowaniem profesjonalnego dotyku wymaga od kobiety chwili zastanowienia. Wskazuje ona na potrzebę zachowania dystansu i „nienaganych manier”, które powinny charakteryzować pracowników hospicjum. Przestrzeganie granicy intymności pacjenta wymaga powstrzymania się od działań, które mogą tworzyć zbyt dużą bliskość.

Więcej zaangażowania emocjonalnego można dostrzec w wypowiedziach, które zawierają elementy konfrontacji. Są to narracje podkreślające nieprzystawalność „nowych” reguł do celu i warunków pracy w hospicjum. Jedna z nich nawiązuje do zaistniałej sytuacji, w której pracownik zespołu, towarzysząc umierającej kobiecie, głaskał ją. W opinii psychologów przekroczył granicę intymności, choć – jak stwierdza kobieta – nikt inny nie zinterpretował tego gestu podobnie. Oburzenie pielęgniarki jest duże:

No, dla mnie to jest nie do pojęcia! Nie wiem, na jakiej podstawie oni to ograniczyli. U człowieka umierającego...? To nie jest tak, że on siedział z kobietą, z nią rozmawiał i ją głaskał w sposób nie

wiadomo jaki. Wydaje mi się, że w hospicjum i przy tych chorych ludziach to chyba najważniejszy jest ten właśnie kontakt bezpośredni, dotyk (K13_P).

Określenie „oni” wskazuje na konkretne osoby, ale jednocześnie na pewien sposób myślenia charakterystyczny dla „nowego” rozumienia profesjonalizmu. Spowodował on napięcie emocjonalne oraz wzbudził refleksję nad stosowaniem dotyku w opiece hospicyjnej. Dla rozmówczyni jest to ujęcie absurdalne, stojące w sprzeczności z jej wieloma dotychczasowymi doświadczeniami. Warto podkreślić, że należy ona do tej grupy uczestników badań, którzy deklarują potrzebę wykorzystywania dotyku w wielu obszarach życia społecznego.

Osobiste doświadczenia z długoletniej pracy w opiece hospicyjnej stanowią podstawę konfrontacyjnego podejścia do haptycznych reguł także dla innej pielęgniarki. Co więcej, zauważa ona, że diametralnie inne podejście do dotyku pacjenta było przekazywane przed laty podczas szkoleń dotyczących opieki paliatywno-hospicyjnej. Dlatego odczuwa teraz dyskomfort intelektualny i emocjonalny. Stawia pytanie, które uważa za retoryczne, choć obiektywnie może być ono uznane za w pełni zasadne:

No to co mam zrobić? Tak bezosobowo po prostu podejść i powiedzieć: „Okej, połóżcie pana, ja sobie zmierzę parametry?!” (K18_P).

Dotyk jest dla rozmówczyni czynnikiem pośredniczącym w kontakcie z chorym człowiekiem i zabezpieczającym jego komfort psychiczny. Stąd pielęgniarka stwierdza, że nie zgadza się z takimi sugestiami. Przytacza jedno z pojęć obecnych także w innych wypowiedziach na temat regulacji stosowania dotyku. Jest nim „terytorium pacjenta”. Rozmówczyni nie do końca zgadza się z zakresem znaczeniowym tego pojęcia, bo odniesienie go do codziennej praktyki pielęgnacyjnej rodzi w niej poczucie faktycznego naruszenia dobra chorego. Jaka jest więc odpowiedź kobiety?

Zawsze ten dotyk jest. Ja przynajmniej zawsze kogoś gdzieś tam dotknę, za tę rękę się zawsze też trzyma (K18_P).

Biorąc pod uwagę przytoczone wypowiedzi, warto zauważyć, że są one wyrazem troski o dobro chorego, a dotyk pełni istotną funkcję komunikacyjną i pośredniczącą. Można jednocześnie zakładać, że nie mniejsza troska jest zawarta we wskazaniach określających nowe zasady dotyku. Logiczność wywodów i argumentów obu stron wydaje się czytelna, ale z uwagi

na subiektywną percepcję istnieje pewna rozbieżność przekonań. Być może jest to faza przejściowa wdrażania zasad.

Inicjatorem dotyku w sytuacji choroby i jej leczenia jest w głównej mierze osoba lecząca bądź pielęgnująca chorego. W niektórych przypadkach – osoba chora. Podobnie jak osoby zdrowe, pacjenci mają również prawo nawiązywać ten typ relacji. Szczególnym dotykiem jest uścisk umiarkowanego człowieka, który nie chce czuć się sam. Odpowiedź na niego bywa skomplikowana, ale ważna, bo często dotyk jest ostatnim zmysłem, który wiąże umierającego człowieka z otaczającym go światem. Analizy potwierdzają złożoność i zarazem bogactwo dotyku. Jego różne wymiary i kategorie pokazują, że ma charakter relacyjny, oparty na spotkaniu z drugim człowiekiem. To spotkanie niekiedy przebiega w trudnych okolicznościach, bywa też okupione dużym osobistym wysiłkiem, ale często daje satysfakcję, radość i wzmacnia poczucie sensu działań podejmowanych na rzecz pacjenta. W celu zabezpieczenia jego dobrostanu wprowadza się standardy, które precyzują granice dopuszczalnego dotyku. Należy podkreślić, że w wywiadach nie pojawia się żaden ślad sugerujący nadużycia związane z bliskością z chorym człowiekiem, także poprzez dotyk.

6.5. Bliskość z naturą

Uczestnicy badań odnosili pojęcie bliskości do różnych obszarów życia, w tym kontaktu z przyrodą, zwłaszcza ze zwierzętami. Nawiązując do swojej rodziny, jedna z rozmówczyń powiedziała: „mąż, dzieci i nasze zwierzęta” (K17_P). Wliczenie zwierząt w poczet najbliższych dowartościowuje ich rolę i wskazuje otwarcie emocjonalne na nie. Mąż i dzieci są wymienieni jako niezależne jednostki, a zwierzęta są określone zaimkiem dzierżawczym „nasze”, co sugeruje, że ich posiadanie jest dzielone. W analizowanych wywiadach zwierzęta są postrzegane jako istotna część życia rodziny i dlatego należy się im szacunek.

Ważna jest także bliskość z roślinami i górami. W niejednym przypadku stała się ona lekarstwem na zbyt silne przywiązanie do ludzi, które rozmówczynie określa jako „uzależnienie”. Dla kobiety kluczowe stało się samodzielne podróżowanie w góry. Gdy doświadczyła rozczarowania postawą przyjaciół, podjęła współpracę z kolegą, który wprowadził ją w świat wędrówek po Tatrach. Bliskość z naturą okazała się bardzo potrzebna i owocna. Samodzielność rozmówczynie rozwinęła się do tego stopnia, że po kilkunastu miesiącach zaplanowała udział w wyprawie w Himalaje (K11_L). Bliskość z przyrodą ożywioną i nieożywioną stała się antidotum na przykre

doświadczenia wynikające z kontaktów z ludźmi. Pomogła w budowaniu na nowo relacji.

Warto zauważyć, że bliskość z naturą ma duże znaczenie dla samopoczucia i zdrowia rozmówców. Wycieczki konne przez lasy, a także opieka nad zwierzęciem stanowią okazję, by nabrać sił do wykonywania codziennych zadań (K22_P). Już samo bycie blisko natury, obcowanie z nią jest źródłem wielu pozytywnych doświadczeń:

Ja tam wypoczywam, mi to sprawia niesamowitą radość – obcowanie z przyrodą, z naturą. Śpiew ptaków kocham. Kocham las! Niesamowicie resetuje mnie to wszystko, co mam nagromadzone. Odpoczywam bardzo w obcowaniu z przyrodą, z naturą. Ale ta prawdziwość – tutaj jakoś to słowo mi się po prostu przebija... Teraz tak się zastanawiam, że chcemy czasem odpocząć już od... tego... hałasu. Chcemy ciszy. Jest taka prawdziwa i jest taka czysta ta przyroda (K23_P).

Przytoczona wypowiedź jest pełna namysłu, co podkreślają długie i liczne pauzy. Pielęgniarka wymienia wypoczynkowy walor obcowania z przyrodą, ale wskazuje też na jej interesujące cechy: prawdziwość i czystość. W przeciwieństwie do zawikłanych ludzkich relacji i obowiązków zawodowych doświadczenie natury pozwala w jej prostocie i pięknie dostrzec typiczny obraz rzeczywistości, od którego codzienność często odbiega. Autentyczność i czystość przyrody są cechami, które umożliwiają odpoczynek od natłoku dźwięków i emocji. Rozmówczyni akcentuje także dużą rolę ciszy, ale nie chodzi tu o absolutny brak dźwięków, ale raczej o usłyszenie na przykład śpiewu ptaków. Deklaruje, że kocha las i śpiew ptaków. Kontekst całej narracji pokazuje, że często korzysta ona z tych dobrodziejstw.

Inna wypowiedź ma charakter jeszcze bardziej ekspresyjny. Towarzyszy jej głębokie wzruszenie, które doprowadza rozmówczynię do płaczu, co pokazuje, jak ważne jest całościowe ujęcie bliskości:

Nie wyobrażam sobie życia bez bliskości z drugim człowiekiem. Nawet nie tylko z drugim człowiekiem, ale w ogóle z istotą żywą. Bo bliskość oczywiście najpełniejszą daje nam człowiek, ale bliskość ze zwierzątkiem, z naturą, czyli takie zespalandie się z ascendentem, to jest wielkie coś, co czujemy w sobie i widzimy to wkoło. To też jest pewien rodzaj bliskości. Kiedyś, jak byłam na wyjeździe na oazę, było tak pięknie i tak wspaniale, teraz będę płakać, takie odczucia były, że wracaliśmy z mszy, która była w górach i mówię do księdza, że jest tak niesamowicie, jestem tak szczęśliwa w tej

chwili, że bałabym się umrzeć. A on powiedział: „A ja właśnie nie”. [płacze] I ja wtedy poczułam, że to jest prawda. Że jestem gotowa w tamtym momencie umrzeć, że jest mi tak wspaniale... (K16_L).

Lekarka wyraża dużą potrzebę bliskości z drugim człowiekiem, a także „w ogóle z istotą żywą”. Określenie to obejmuje więcej, niż sugeruje dosłowne znaczenie. Zachwyt nad naturą jest dla kobiety pełnym wzruszenia wspomnieniem, a jednocześnie aktualnym sposobem doświadczania świata. Zespolenie z otaczającym światem daje jej poczucie harmonii i ładu. Wypowiedź lekarki obrazuje konfrontację wątku szczęścia i śmierci. Śmierć była postrzegana przez nią jako kres odczuwanego szczęścia, ale głębsza refleksja prowadzi do uznania słuszności innego spojrzenia – przedstawionego przez księdza. Odczucie szczęścia wynikającego z głęboko przeżywanej bliskości staje się swoistym katalizatorem śmierci, źródłem odwagi, symptomem gotowości do jej przyjęcia. Występuje tu przeformułowanie znaczenia relacji szczęście – śmierć, dzięki któremu jest ona osadzona w nowym kontekście. Warto zauważyć różnorodność wątków występujących w wypowiedzi. Rozmówczyni odnosi się do doświadczenia związanego z kontaktem ze światem materialnym i niematerialnym oraz wymienia udział we mszy świętej i „zespolenie z ascendentem”. Może to być interpretowane jako przejaw synkretyzmu, biorąc pod uwagę separacyjny charakter pojęć związanych z religią i astrologią. Ten motyw można jednak odczytać także jako unifikacyjne spojrzenie na doznania związane z bliskością i ta interpretacja wydaje się właściwa dla wypowiedzi rozmówczyni.

Analiza materiału badawczego pokazuje, że rozmówcy często łączą różne wymiary bliskości. Ci, którzy są otwarci na bliskość z drugim człowiekiem, doceniają również znaczenie bezpośredniego kontaktu z przyrodą. Bliskość z naturą ułatwia otwarcie na drugiego człowieka. Wydaje się, że szczere otwarcie na bliskość z człowiekiem i naturą nie daje podstaw do wyboru dysjunkcyjnego, ale do ujęcia koniunkcyjnego, integrującego różne doświadczenia bliskości.

Bliskość z przyrodą ożywioną i nieożywioną odgrywa istotną rolę także w leczeniu i opiece nad chorym człowiekiem. Poruszone wcześniej wątki, a więc potrzeba bezpośredniego kontaktu z naturą, odnajdywanie w niej źródła pokoju i sił oraz tęsknota za wzniosłymi stanami duchowymi nabierają szczególnego znaczenia w perspektywie choroby i śmierci.

Przyroda jest istotnym tematem rozmów z chorymi. Ci, którzy wykazują zainteresowanie nią, mogą znaleźć zrozumienie u osób o podobnej wrażliwości. I tak na przykład pielęgniarka jeżdżąca na koniu i biorąca udział w polowaniach znajduje szybko nic porozumienia z osobami mającymi

analogiczne doświadczenia. Twierdzi, że dla chorych ważne jest, że mogą służyć poradą dotyczącą najlepszych miejsc do polowania czy przejażdżek konnych. Potrafi umiejętnie szukać wspólnych wątków, „łapiąc temat”, dzięki czemu łatwiej jest jej okazać komuś wsparcie (K22_P).

Kontakt z chorym pozwala lepiej dostrzec jego potrzeby. Jedna z salowych wspomina wydarzenie, jakim było umożliwienie pacjentowi w hospicjum spotkania z psem, z którym łączyła go silna więź. Chory, pogodzony z tym, że to jest niemożliwe w hospicjum, nawet nie wyrażał takiego życzenia. Jedna z salowych stała się powierniczką jego wielkiego pragnienia, które szybko spełniono – pies został przyprowadzony do sali pacjenta. Spotkanie tego człowieka ze zwierzęciem było pełne emocji, które udzieliły się także innym uczestnikom tego wydarzenia:

Taki duży pies aż wskoczył mu do łóżka! I to powitanie! Aż się o mało nie popłakałam... Normalnie to była wzruszająca scena, jak pies po długiej przerwie z właścicielem, jak się strasznie uściskali, jak się przytulali... (K25_S).

Nie zawsze udaje się zaaranżować takie spotkanie, ale pozostają inne możliwości kontaktu z przyrodą. Pracownicy hospicjum praktykują zabieranie podopiecznych na łóżkach lub wózkach do ogrodu w pogodne dni, a czasami także poza miasto, by chora osoba „poczuła las” (M10_W). Innym razem jest to przybliżanie pacjentom piękna poprzez nagrania i relacje online. Niekiedy w poglądowym doświadczeniu świata pomaga telewizor lub inne media.

W jednej wypowiedzi pojawił się opis wolontariusza, który przez kilka lat odwiedzał podopiecznego hospicjum domowego. Oprócz czynności pomocowych zajmował się uprawianiem ulubionych kwiatów chorego oraz prowadził z nim rozmowy, które często dotyczyły kilkudziesięciu ptaków należących do podopiecznego. Wolontariusz wspomina je jako niezmiernie interesujące, ponieważ pozwalały mu lepiej poznać fascynujący świat przyrody. Sadzenie hortensji w ogródku miało również znaczenie symboliczne. Pacjent, który „kochał się w hortensjach”, mówił: „Zobaczy pan za trzy lata, jak te kwiaty będą pięknie wyglądały!”. Od śmierci tego pacjenta upłynęło już sporo czasu. Wolontariusz snuje refleksję:

Mam nadzieję, że tam są jeszcze. Osiedle Piastów to inny rejon Krakowa, ale myślę, że pojedę, zobaczę, jak te hortensje wyglądają w tej chwili (M10_W).

Kwiaty i ptaki stały się symbolem wywołującym wiele wspomnień w czasie udzielania wywiadu przez starszego mężczyznę. Nadzieja właściwa sadzeniu kwiatów zostaje skonfrontowana z nieuchronnością przemijania, której wolontariusz wielokrotnie doświadczył w swojej posłudze. Wywiad stał się okazją do przypomnienia sobie o kwiatkach, które za trzy lata miały pięknie wyglądać. Wolontariusz do tej pory nie zweryfikował tej tezy. Jego wypowiedź jednak sugeruje, że wkrótce nastąpi czas sprawdzenia obecnego wyglądu hortensji.

Kontakt z naturą ma także wymiar edukacyjny. Pielęgniarka opisuje sytuację, w której jej koń ciężko zachorował. Był on leczony przez weterynarzy, a całą opiekę pielęgnacyjną sprawowała kobieta, włączając w nią swoje dzieci. Leczenie zwierzęcia stało się okazją, by zmierzyć się z trudną decyzją dotyczącą walki o jego życie, a także pogodzić się z nieuchronnością jego śmierci. Pielęgniarka tłumaczyła dzieciom znaczenie poszczególnych etapów choroby i odchodzenia konia. W ten sposób pozwalała im konfrontować się z faktem przemijania i śmierci człowieka (K22_P). Jednym z celów edukacji jest kształtowanie u dziecka postawy afirmacji świata i szacunku wobec niego. Matka, ucząc swoje dziecko tego, przekonuje, że zwierzę jest stworzeniem bożym, które „też czuje”, i dlatego „to nie jest tak, że to się bierze, uderza. Nie ma tak!” (K22_P). Wzmacnianie u dziecka empatii wobec istot żyjących jest poparte jej własnym przykładem troski o zwierzęta i przyrodę.

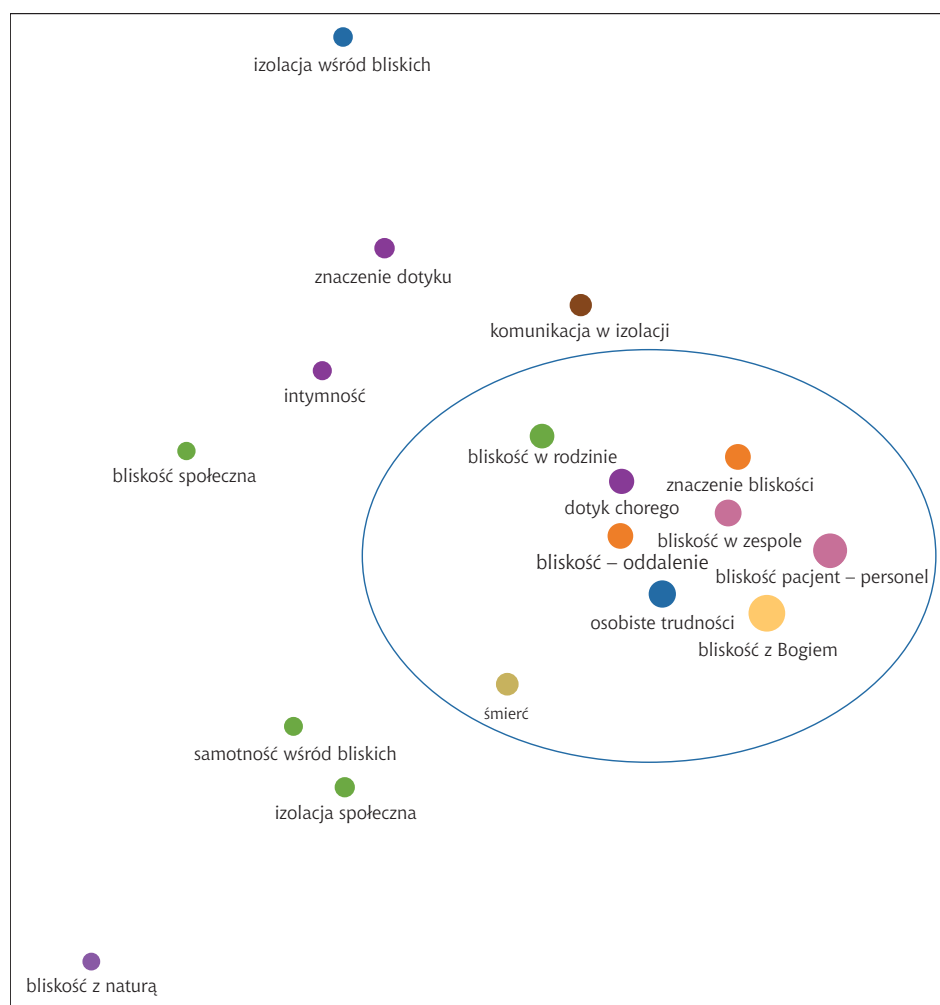
Bliskość z naturą jest ważną składową bliskości opisywanej w wywiadach. W kontakcie z naturą kształtuje się pełny obraz bliskości doświadczanej przez człowieka. Bliskość stanowi wypadkową sublimacji różnych jej obszarów i jest ukierunkowana na tworzenie relacji. Można przypuszczać, że korzyści z tej bliskości są dwustronne, gdyż „doświadczą” ich także natura, będąc lepiej rozumiana i szanowana.

6.6. Bliskość z Bogiem bliskością z człowiekiem

Wątek bliskości człowieka z Bogiem występuje w części wywiadów, zwłaszcza w wypowiedziach związanych z chorobą, cierpieniem, leczeniem i wsparciem. Analizę wywiadów pod kątem bliskości z Bogiem rozpocząłem od opracowania i przedstawienia mapy kodów związanych z bliskością z Bogiem, dzięki czemu znacznie rozproszone teksty zostaną usystematyzowane. Mapa kodów przedstawia relacje pomiędzy wybranymi kodami. Im częściej dany kod występował z kodem „bliskość z Bogiem”, tym

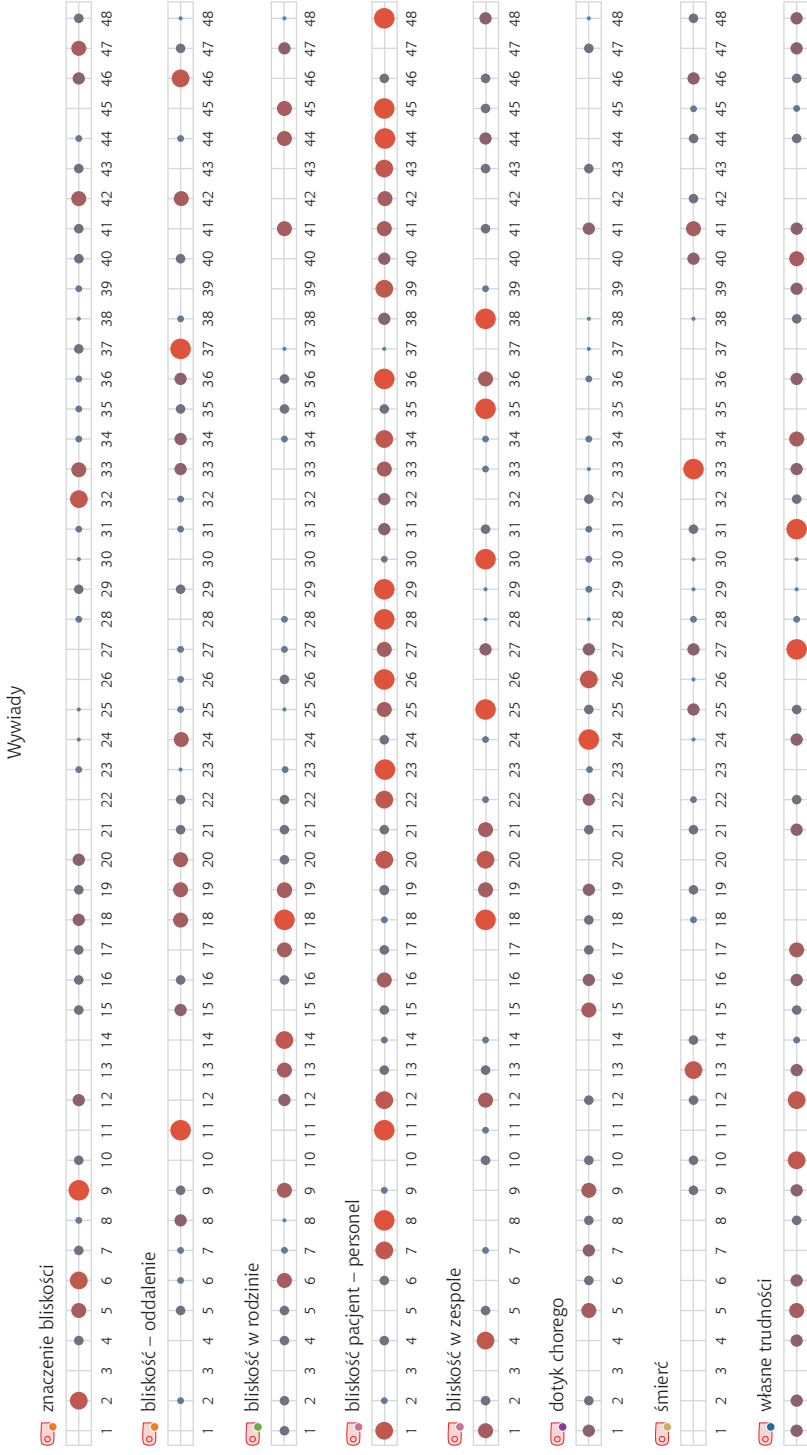
blżej siebie są przedstawione na mapie, na przykład „osobiste trudności” i „bliskość z Bogiem”. Rzadkie współwystępowanie danego kodu z kodem „bliskość z Bogiem” zostało zaznaczone za pomocą większej odległości na schemacie. Wyjaśnienia wymaga również rozmiar kołowych oznaczeń kodów. Im większa jest częstość występowania danego kodu, tym większe jego kołowe oznaczenie. Zatem kody „bliskość pacjent – personel” i „śmierć” różnią się wyraźnie co do częstotliwości występowania w wywiadach. Zastosowane kolory służą jedynie odróżnieniu poszczególnych kodów i nie zależą od jakichkolwiek częstotliwości.

Schemat 7. Mapa kodów współwystępujących z kodem „bliskość z Bogiem”



Źródło: badania własne.

Schemat 8. Matryca kodów współwystępujących z kodem „bliskość z Bogiem”



Źródło: badania własne.

Schemat 7 pokazuje, że do kodu „bliskość z Bogiem” najczęściej były przypisywane kody wyodrębnione graficznie spośród pozostałych za pomocą eliptycznego podzbioru. Jest to dziewięć kodów. Najrzadziej z kodem „bliskość z Bogiem” współwystępowały kody „bliskość z naturą” oraz „izolacja wśród bliskich”. Biorąc pod uwagę dziewięć kodów zawartych w podzbiorze, warto pokazać rozkład odzwierciedlający dystrybucję częstotliwości tych kodów między poszczególnymi dokumentami. Oś pozioma matrycy jest podzielona na nieopisane jednostki oznaczające poszczególne wywiady, od 1 do 48. Wielkość okręgów jest proporcjonalna do liczby kodów występujących w poszczególnych wywiadach. Kolor kół nie ma znaczenia.

Jak wynika ze schematu 8, rozkład występowania wybranych dziewięciu kodów jest nierównomierny. Charakterystyka poszczególnych wywiadów pokazuje, że nie ma typowych rozkładów występowania kodów. Jednocześnie można zauważyć, że te kody stanowią ważne wątki w materiale badawczym. Analizie można poddać poszczególne kody współwystępujące z kodem „bliskość z Bogiem”. Spośród kodów zaprezentowanych na schemacie 7 kilka zostanie omówionych szczegółowo. Pozostałe – jedynie fragmentarycznie, by zachować przejrzystość analiz.

Bliskość z Bogiem w chorobie i towarzyszeniu

Najbliżej kodu „bliskość z Bogiem” znajdują się te, które dotyczą bliskości między chorym człowiekiem a personelem oraz osobistych trudności związanych z pracą, niepowodzeniami i ograniczeniami doświadczanymi przez rozmówców. Z tego wynika, że duże znaczenie mają właśnie sytuacje, które odnoszą się do relacji międzyludzkich i wynikających z nich obciążeń, ale wiążą się także z pozytywnym doznaniem bliskości z pacjentem. Bliskość z Bogiem łączy się więc z doświadczeniem bliskości z chorym człowiekiem oraz z trudnościami, które przeżywają rozmówcy z powodu własnej choroby i zagrożenia życia. Analizując te zależności pod innym względem, można przyjąć, że w budowaniu bliskości z chorym człowiekiem i w przeżywaniu osobistych kłopotów ważne jest odwołanie do Boga. W materiale badawczym nie brakuje wypowiedzi potwierdzających to przypuszczenie. Najbardziej wymowne są te, które odnoszą się bezpośrednio do bliskości Boga w obliczu cierpienia i spodziewanej śmierci. Dla młodej pielęgniarki, która przychodzi po pracy do kaplicy, wymowne jest nakładanie się obrazów z oddziału na obecność Boga w przestrzeni sakralnej:

Bo tak naprawdę jestem w kościele, w kaplicy i widzę opłatek, który nie mówi, nie rusza się, nie oddycha. Jestem na oddziale

i mam dokładnie to samo [...]. Jeśli Bóg istnieje, to ja najbardziej wierzę w to, że jest w drugim człowieku. Nie umiem w inny sposób sobie Go wyobrazić... (K10_P).

W tym kontekście warto przytoczyć wypowiedź fizjoterapeutki, dla której wiara w Boga jest bardzo istotna. Porusza ona kilka wątków związanych z przeżywaniem bliskości Boga. Pierwszy z nich jest doświadczeniem jego obecności w chorych. Rozmówczyni jest świadoma, że ta obecność wynika z deklaracji Jezusa, który utożsamiał się z ludźmi najbardziej potrzebującymi:

„Wszystko, co uczyniliście jednemu z tych braci moich najmniejszych, Mnieście uczynili” (Mt 25,40).

Przychodzą tu panie, które są po mastektomii, nie mają piersi, a ja muszę tę pierś, tę bliznę po ranie piersi masować. Pamiętam, że dla mnie to było tak niesamowite przeżycie pierwsze, że to się dotyka. Dla osoby wierzącej, że dotyka się jakby ciała Jezusa. Ja coś takiego przeżyłam... Tutaj na korytarzu Jezus wisi bez krzyża. Tak sobie poczułam: Boże, jakie to jest namacalne, jeżeli ktoś jest naprawdę osobą wierzącą i żyje tym na każdy dzień, to że taki Jezus połamany, którego my doświadczamy tak namacalnie. Że dotykam tej blizny. Jeżeli się to wykonuje z taką miłością, to ta pacjentka po tym masażu jest zupełnie inną osobą. Ona chyba tak czuje. To tak sobie mogę wyobrazić, że czuje, że jest ktoś, kto się nie brzydzi jej ciała. Jeżeli ona została na przykład przez taką najbliższą osobę zostawiona. Że jest ktoś, kto się nie brzydzi jej ciała. Jest ktoś, który mówi do niej z taką miłością (K24_F).

Zaskakuje dosłowność potraktowania ewangelicznej zasady Jezusa Chrystusa. Kobieta uważa dotykanie blizn za „namacalne” spotkanie z Bogiem. Dotyk nabiera tu szczególnego znaczenia. Ma wymiar fizyczny, ale równocześnie jest doświadczeniem duchowym, włączającym człowieka w pozaempiryczną rzeczywistość. Ta bliskość wynika z miłości i ją buduje, co przynosi korzyść nie tylko rozmówczyni, ale także pacjentkom. Fizjoterapeutka zauważa, że utożsamienie ran chorego człowieka z ranami zadanymi Jezusowi na krzyżu sprawia, iż pacjent może odczuć miłość wyrażającą się w dotyku i słowach. Nie tylko przynosi to ulgę fizyczną, wynikającą z masażu, lecz także sprzyja akceptacji zdeformowanego ciała podopiecznej, a przez to jej kobiecości, która została naruszona przez chorobę i terapię. Rozmówczyni wie, że ta akceptacja jest szczególnie ważna wtedy, gdy w najbliższym

otoczeniu chorej zabrakło osoby, która by ją okazała. Dla fizjoterapeutki motywacją do podejmowania tak empatycznych i zarazem profesjonalnych działań jest wiara w Boga i doświadczenie Jego bliskości. Nie manifestuje ona swojej wiary podczas wykonywania zabiegów czy rozmów. Przypuszcza jednak, że miłość, której sama doznaje i którą przekazuje, jest w pewien sposób odczuwalna przez podopieczną.

Innym obszarem doświadczenia bliskości Boga jest choroba, z którą od lat zmagają się rozmówczynie. To sprawia, że lepiej rozumie chore kobiety, ale też bardziej obciąża ją to emocjonalnie. W trudnym stanie często zwraca się do Boga, poszukując Jego bliskości w życiowych sytuacjach. Prosi Go o pomoc, gdy przeżywa bezsilność wynikającą z choroby. Otrzymując zaskakującą niekiedy pomoc, z humorem stwierdza: „Ja myślę, że to jest wszystko sprawka Pana Boga” (K24_F). Jednak dobry humor nie zawsze towarzyszy rozmówczynie. Zamiast niego odczuwa ból i zniechęcenie. W obliczu cierpienia nie ustaje w poszukiwaniu bliskości i pomocy Boga poprzez modlitwę, czytanie Ewangelii czy innej ważnej dla niej lektury. Silne skoncentrowanie uwagi na Bogu sprawia, że podczas wywiadu stwierdza:

Tak sobie pomyślałam, że moim marzeniem nie jest wcale, że-bym była zdrowa. To jest marzeniem moich rodziców – i wcale się nie dziwię – i mojego męża, i rodziny. Dla mnie moim marzeniem i moim celem jest to, żebyśmy my się wszyscy kiedyś spotkali razem. Żeby móc tak usiąść koło Pana Boga, poczuć jego obecność. Ja sobie zdaję sprawę, że to jest właśnie wieczność. Nie tutaj chwila, bo to jest moment. Ja teraz mam 57 lat, to tak sobie myślę, że to tak szybko zleciało... A to, co nas czeka, to jednak jest wieczność, czyli coś, co już będzie do końca. To jest piękne... (K24_F).

W wypowiedzi kobiety nie ma egzaltacji ani naiwnej nadziei religijnej. Rozmówczynie opowiada o silnych więziach rodzinnych, które mają dla niej eschatologiczne znaczenie. Marzy ona o osiągnięciu pełnej bliskości z Bogiem wraz ze swoją rodziną. To połączenie stanowi dla niej optymalny i najważniejszy cel. Ponowne spotkanie z bliskimi w wieczności jest dla niej częściowo wyobrażalne. Biorąc pod uwagę eschatologiczny wymiar ludzkiej egzystencji, rozmówczynie troszczy się również o umierających, ich pojednanie z Bogiem przed śmiercią. Szanując wolność chorego człowieka, zabiega o jego pełne, w jej przekonaniu, przygotowanie do śmierci. Wyraża się to niekiedy w rozmowie, przygotowaniu do sakramentów, ale zdecydowanie częściej w osobistej modlitwie za danego pacjenta.

Jeszcze jeden ważny wątek wypowiedzi kobiety dotyczy sytuacji, gdy na oddział hospicyjny, na którym była wolontariuszką, trafił jej bliski – inny wolontariusz zmagający się z rzadką chorobą, na którą cierpi również ona. Poprosiła ją o towarzyszenie, co rozmówczyni obiecała. Było to dla niej trudne, bo obserwując umieranie przyjaciela, widziała siebie w końcowej fazie choroby. Nie chcąc go jednak obciążać, nie powiedziała mu, że też jest chora. Towarzyszyła przyjacielowi do końca, szukając u Boga siły, by nie użalać się nad sobą i móc wnieść radość w jego życie:

Patrzyłam, jak on umiera, patrząc jakby na swoją śmierć. Patrzyłam na to... [wzruszenie] co mnie czeka... [płacz] [...]. Zawsze jak wchodziłam na ten oddział, to szłam pod ten krzyż i prosiłam Pana Boga o siły [wzruszenie]. Żeby on mi dał, żebym ja się przy nim nie rozkleiła, żebym niosła tą taką radość z życia jeszcze jemu (K24_F).

Te poruszające słowa mogą być puentą analiz dotyczących bliskości Boga w sytuacji własnych trudności, choroby oraz pomagania chorym. Wypowiedź odnosi się także do kolejnych wymienionych na schemacie 7 kategorii: znaczenia bliskości i dotyku chorego, a także śmierci. Powyższy przypadek nie pokazuje wszystkich niuansów związanych z bliskością Boga w omawianych obszarach, jednak wyraźnie wskazuje na typowe kierunki i charakterystykę tej bliskości.

Bliskość i oddalenie w relacji z Bogiem

Schemat 7 ukazuje również współwystępowanie bliskości z Bogiem z kodem „bliskość – oddalenie”. Bliskość z Bogiem, podobnie jak wcześniej omówione ogólne pojęcie bliskości, zawiera tę diadę w doświadczaniu Jego obecności. Oznacza to, że w zażyłej bliskości człowieka z Bogiem potrzebne jest zachowanie właściwego oddalenia. Przykładem tej bliskości przestrzennej może być kaplica w szpitalu czy hospicjum, postrzegana jako sfera *sacrum*, która wyróżnia się spośród innych miejsc. Dla dużej części rozmówców spędzenie w niej choćby krótkiej chwili jest ważnym punktem w planie dnia.

W hospicjum stacjonarnym kaplica znajduje się na styku oddziałów, co wiąże się z koniecznością wejścia do niej w trakcie przemieszczania się między nimi. Takie umiejscowienie sprzyja częstym okazjom do zatrzymania się, modlitwy czy choćby krótkiej refleksji dotyczącej obecności Boga. Pielęgniarka dostrzega ten walor, tłumacząc znajomym pracującym w korporacjach, że jest to sytuacja, „jakbyście wy mieli na środku biura kaplicę”

(K22_P). Pielęgniarka, podobnie jak inni rozmówcy, docenia możliwość kontaktu z Bogiem. Modlitwa w kaplicy, obecność „tego Pana Boga w pobliżu”, fakt, że „[...] są msze święte, że jest Pan Bóg, że ci pacjenci mają też możliwość uczestniczenia” (K23_P), dla osób identyfikujących się z wiarą to składniki bardzo ważne. Przestronna kaplica hospicyjna była niejednokrotnie miejscem trudnych rozmów, a także pożegnań rodzin po śmierci ich bliskich, co rodziło pytania:

Panie Boże, dlaczego tak jest? Jak to jest w ogóle możliwe?
No, ale ta Jego obecność była takim jakby wsparciem. Dawała siłę, chociaż pojawiało się dużo takich pytań bez odpowiedzi (K27_F).

Kaplica jest postrzegana jako sfera *sacrum*, co sugerują zachowania części zespołu. Poczucie wyjątkowości przestrzeni kaplicy nie kłóci się z traktowaniem jej jako miejsca, do którego można przyjść z codziennymi sprawami, nieraz bardzo prozaicznymi. Przykładem może być żartobliwa wypowiedź jednej z opiekunek medycznych, która celnie dostrzega realizm przenikania się *sacrum* i *profanum*:

To jest takie... jakby się stykały właśnie ten ludzki świat, nasz codzienny, taki często zabiegany, często taki gówniany, jak my to nazywamy. [śmiech] Na przykład jak mamy dużo stolców itd., to nazywamy to gównianym dniem. A tutaj mamy Pana Jezusa... Tu biegnę z jakimś pamperszem czy z czymś, a tu mam Pana Jezusa. Często tak jest... A Tomek na przykład mówi wtedy do Jezusa w kaplicy: „Dzień dobry”. [śmiech] My się tak z tego śmiejemy. Ale zawsze mówimy, że Pan Jezus na pewno ma duże poczucie humoru, więc on jest z nami w tym wszystkim i doskonale to rozumie [...]. Nie zgadzam się z czymś takim, że ktoś się oburza właśnie, jak się coś takiego zrobi, że to świętokradztwo czy coś. Ja zawsze sobie myślę: a tam, ty sobie tak możesz myśleć, Pan Bóg na pewno tak nie myśli, tylko on rozumie nasze ludzkie sprawy, nasze potrzeby. To, że ja muszę coś w tym momencie zrobić z pacjentem, a modlitwę mogę sobie zostawić na później [...]. Więc tak, to jest takie stykanie się tych... [śmiech] dwóch światów. To jest niesamowite (K28_OM).

Dosadne opisanie dnia obrazuje realia pracy opiekuna medycznego. Połączenie szczegółów z obecnością Pana Jezusa może być szokujące i stawiać pytanie o naruszenie wrażliwości religijnej. Stolce, pampersy i obecność Boga to zestawienie, które odzwierciedla sposób funkcjonowania pracowników na styku „dwóch światów”. Pozornie nie wydają się one w żaden

sposób przystające, ale dla rozmówczynie potrzeba ich całościowego ujęcia jest bardzo duża. W przeciwnym razie świat opiekunów medycznych i świat Boga byłyby nie do pogodzenia, a to oznaczałoby, że ich praca jest brudna nie tylko pod względem fizycznym. Opiekunowie wypracowali więc specyficzną formułę funkcjonowania „na styku dwóch światów”, czego wyrazem jest język. Stwierdzenie, że mamy „gówniany dzień”, i powiedzenie do Jezusa w kaplicy „dzień dobry” jest w gruncie rzeczy przejawem szacunku wobec Niego. Wszak życzenie Bogu dobrego dnia, podczas gdy jest on niełatwy dla opiekunów, może być odczytane jako specyficzna modlitwa, pozdrowienie, przy założeniu, że

Pan Jezus na pewno ma duże poczucie humoru, więc on jest z nami w tym wszystkim i doskonale to rozumie (K28_OM).

Taki pogląd zawiera wiarę w to, że Bóg jest blisko człowieka również wtedy, gdy ta obecność, po ludzku rzecz biorąc, wymaga przełamania schematów w myśleniu o Jego bliskości. Rozmówczynie uzasadnia swoją tezę, ale nie czyni tego z przekonaniem, że zostanie przez wszystkich zrozumiana. Wie, że zrozumieją ją ci, którzy doświadczają podobnej sytuacji, a przede wszystkim mądry Bóg. Sama wydaje się zaskoczona tym, co powiedziała, a zwłaszcza uświadomieniem sobie znaczenia wiary w tak specyficznych warunkach. Jej komentarz jest krótki: „To jest niesamowite”. Żartobliwa, a jednocześnie głęboka refleksja opiekunki medycznej odzwierciedla dynamizm emocji obecnych w zespole. Potwierdza je wypowiedź pielęgniarki przechodzącej z szatni przez kaplicę:

Jak zaczynam pracę, to nawet nie, że się pomodłę przy tej kaplicy, ale tak popatrzę i sobie pomyślę: Dobra, jedziemy. Jedziemy w kolejny dzień! (K22_P).

Nie zawsze bliskość i oddalenie w relacji z Bogiem są osadzone na tak dynamicznym podejściu. Wierzący rozmówcy zwracają uwagę na trudność polegającą na przyzwyczajeniu się do obecności tabernakulum w miejscu pracy, a więc na zrutynizowanie jej. Część rozmówców nie okazuje zachowań religijnych, co jest zgodne z ich przekonaniem czy aktualnymi zadaniami. Niektóre wypowiedzi zawierają sugestie na temat osłabienia wrażliwości na sferę *sacrum* – obok kaplicy lub przez nią łatwo „przejść zupełnie obojętnie” (K22_P). Inna uwaga odnosi się do zmniejszenia się liczby osób uczestniczących w codziennej, a także niedzielnej mszy świętej. Zjawisko to dostrzegają zwłaszcza ci, którzy pracują w placówce od dłuższego czasu:

To, co obserwuję na przestrzeni tych kilku lat, ile z moich koleżanek przestało chodzić na mszę świętą... Myślę, że połowa już tych osób, ale nawet takich, które kiedyś regularnie chodziły (K23_P).

Podobne spostrzeżenia wyrażają inni rozmówcy, wśród nich kapelan, który mówi o kryzysie religijności nie tyle wśród chorych, ile pracowników ochrony zdrowia. Wolontariusz dopowiada:

Ta kaplica była, można powiedzieć, czarna od ludzi kiedyś, a teraz to już nie to. Tak samo w kościele obserwuję (M10_W).

Zwraca on uwagę na powszechnie dostrzegane odchodzenie od praktyk religijnych czy od identyfikacji z Kościołem katolickim. Wśród uczestników badań nie brakuje deklaracji potwierdzających opisaną postawę we własnym życiu. Zjawisko to nie omija placówek ochrony zdrowia, będących środowiskiem ogniskowania się tendencji społecznych.

Bliskość z Bogiem stanowi ważny element codziennej pracy z ludźmi chorymi. Wpisane w nią oddalenie nie jest postrzegane jako dystans uniemożliwiający doświadczanie Jego obecności w prozaicznych, codziennych czynnościach, ale raczej jako troska, by nie zatrzeć granicy pomiędzy *sacrum* i *profanum*. Niekiedy to oddalenie przeradza się w izolację, która jest rezygnacją z trudu budowania relacji z Bogiem.

Bliskość z Bogiem a bliskość w rodzinie

Bliskość z Bogiem występuje w ścisłej zależności z kodem „bliskość w rodzinie”. Podkreśla on znaczenie doświadczenia i wychowania religijnego w rodzinie generacyjnej. Jak zauważa pielęgniarka:

Ciężko by mi było bez Pana Boga... W takim domu też wyrosłam, że ta obecność Pana Boga zawsze była (K23_P).

Psychoterapeutka zaś wyraża opinię, że pierwsze relacje z Bogiem, a także ze wspólnotą ludzi wierzących wpływają na kształt bliskości w przyszłości. Ważnym czynnikiem jest przykład rodziców potwierdzających życiem głoszone deklaracje (K12_PT).

Wracając we wspomnieniach do dzieciństwa, rozmówcy nie zawsze opisują podobny model wychowania religijnego. Niełatwe przeżycia z dziecięcych lat są postrzegane jako utrudnienia na drodze dążenia do bliskości z Bogiem. Gdy udawało się je przezwyciężyć, owa bliskość kształtowała się zgodnie z przepracowanymi założeniami. W pozostałych przypadkach niełatwo było zbudować zaufanie i poczuć bliskość z Bogiem.

Jedna z pielęgniarek przedstawia kilka biograficznych wątków ze swojego życia. W jej wypowiedzi pada następujące stwierdzenie:

W moim życiu doświadczyłam bardzo dużej krzywdy jako dziecko małe, ponieważ ojciec mój zostawił nas, rodzinę. I ja myślałam sobie tak: nie chciał mnie ojciec, ale mama mnie chciała. Mało tego, Pan Bóg tak chciał. To sobie tak tłumaczyłam (K7_P).

Odejście ojca pozostawiło niezatarty ślad w psychice dziewczynki, a później dorosłej kobiety, jednak nie odebrało jej siły i nadziei. Pomogła w tym świadomość bezinteresownej miłości matki i jej wiary w Boga, którą kierowała się wówczas, gdy będąc w ciąży, usłyszała złą diagnozę lekarską, a mimo to zdecydowała się urodzić dziecko:

Mama miała trzydzieści siedem lat, ja z kolei miałam osiemnaście tygodni, jak mama miała ze mną operację. I wtedy doktor powiedział: „Proszę pani, może się zdarzyć, że ciąża nie utrzyma się”. A mama mówi: „Jak Pan Bóg zechce”. Dlatego jak ja dzisiaj stoję przy stole operacyjnym przy cięciu cesarskim, to ja nie mogę o tym zapomnieć. Ja myślę, że po coś mnie Pan Bóg zostawił (K7_P).

Świadomość opieki Bożej w czasie ciąży i porodu matki, a także rozwijanie relacji z Bogiem pomogło rozmówczyni zrekompensować brak miłości ojcowskiej:

Jak ja bym nie miała oparcia w Bogu, to ja bym się zraziła do mężczyzn, pewnie byłoby mi trudno w ogóle jakieś relacje nawiązywać, bo bym myślała, że wszyscy tacy są mężczyźni, co nie jest prawdą (K7_P).

Wiara w Boga Ojca pomogła jej zbudować relacje z mężczyznami, szczególnie z mężem. Kobieta dostrzega obecność Boga w swojej pracy na oddziale położniczym, mając świadomość, że „po coś ją Pan Bóg zostawił” (K7_P). Poczucie nieprzypadkowości własnego istnienia pomaga kobiecie rozwijać swoją tożsamość religijną.

Familijny wymiar bliskości z Bogiem kształtuje się w rodzinach, które deklarują wiarę i są praktykujące. Bywa i tak, że doświadczenie bliskości z Bogiem i zaangażowanie w nią rozpoczyna się pod wpływem bliskich. Tak było w przypadku pielęgniarki, której mąż jest „bardzo blisko związany z Kościołem” i dzięki temu „uczył i przeprowadzał” żonę i dzieci przez poszczególne etapy poznawania wiary i praktykowania (K18_P). Troska

o życie blisko Boga ma też wymiar społeczny. Wyraża się on w dojrzałej religijności i realizacji obowiązków względem rodziny, które nie powinny być lekceważone. Rozmówczyni podkreśla, że jej pierwszym zadaniem jest

[...] być najpierw mamą w swoim powołaniu, w swojej rodzinie i tutaj budować ten załączek domowego Kościoła. To jakby przekładając chociażby teraz, gdzie mamy mojego teścia wdowcem. Więc staramy się, żeby tato nie poczuł tej pustki, nie poczuł zostawienia (K8_N).

Bliskość w rodzinie i bliskość z Bogiem mogą występować jednocześnie, wzmacniając się wzajemnie. Jeden z lekarzy, opowiadając o relacji ze swoim ojcem, wspomina, że było w niej coś

[...] milczącego, takie wzajemne poczucie. To było, trzeba to jasno powiedzieć, oparte o religię. Absolutnie tak (M4_L).

Bliskość z Bogiem a bliskość w zespole

Praca w zespole szpitalnym czy hospicyjnym opiera się na współpracy osób o różnych światopoglądach i przekonaniach. Biorąc pod uwagę kwestię bliskości Boga i bliskości w zespole, warto najpierw przyjrzeć się opiniom na temat stanu religijności jego członków. Jedna z lekarek w hospicjum tak diagnozuje:

Myślę, że tu pracuje dużo stosunkowo, jakby popatrzeć procentowo, osób głęboko wierzących. Myślę, że tak, jest tu na pewno pod tym kątem więcej takich osób i przez to myślę, że to się przekłada na taką dobroć, codzienną życzliwość. To się przekłada. W innych miejscach pracy myślę, że jest trudniej. Zależy, co się też robi [...]. Myślę, że na co dzień tu wiarę wśród innych osób czuć (K15_L).

Lekarka wyraża przekonanie, że liczba wierzących osób w zespole, w którym pracuje, jest duża, co przekłada się na dobrą i życzliwą atmosferę w pracy. Nie ma ona wątpliwości, że zaangażowanie religijne przynosi korzyści pracownikom, ale jednocześnie jest daleka od idealizowania zespołu.

Pozytywny wymiar wyznawanej i praktykowanej wiary występuje także w innych wypowiedziach. Rozmówcy wskazują, że jednocząca siła wiary jest dla nich szczególnie ważna w sytuacjach kryzysowych. Wtedy wzajemne zrozumienie, także na płaszczyźnie wiary, stanowi cenne wsparcie. Jedna z rozmówczyń tak o tym mówi:

To jest bardzo cenne. My to z Kasią podkreślamy, że dziękujemy Panu Bogu, że mamy siebie nawzajem [śmiech]. Powiem tak, że byłyśmy dla siebie naprawdę darem i ratunkiem (K1_N).

Wspólne odniesienie do wiary w Boga prowadzi do modlitwy. Dziękowanie Bogu za siebie nawzajem jest jej szczególną formą, świadczącą o świadomości bycia obdarowanym.

Wzajemne wsparcie dotyczy niekiedy inicjatyw, które wynikają z wiary w Boga. Jedną z nich jest realizowany przez dwie pielęgniarki pomysł wprowadzenia na oddziale szpitalnym zeszytu osób, które deklarują chęć przystąpienia do sakramentów. W porozumieniu z dyrekcją i kapelanem pojawił się nowy zwyczaj, który jest praktykowany w innych placówkach ochrony zdrowia. W trakcie wdrażania tego projektu duszpasterskiego pielęgniarki napotkały trudności. Wynikały one z niedoinformowania personelu co do celu i sposobu realizacji, a także z niepełnego uświadomienia ważności tego rodzaju działania. Dodatkowo ze względu na epidemiologiczne kontakty ze wszystkimi pracownikami był znacznie utrudniony. W tej sytuacji kobiety podjęły mozolną pracę informowania personelu oraz pacjentów o wprowadzanym pomysle. Wymagało to dużo cierpliwości i wysiłku, który się opłacił:

Potem, już pod koniec, to myślę, że był duży sukces. Bo rzeczywiście były okresy, że przychodził nowy pacjent i oczywiście był przy nazwisku wpis. Jeżeli nie chciał tego sakramentu, to był wpis, że odmówił (K9_P).

Pielęgniarka dostrzega zmiany, jakie dokonały się w postawach niektórych członków zespołu w obszarze ich religijności. Uczestniczenie w trudnych sytuacjach na oddziale intensywnej terapii oraz obserwacja zachowań pielęgniarek identyfikujących się z wiarą były niekiedy pretekstem do rozmów na temat Kościoła:

Dużo doświadczyłam takich cudów, jak ludzie się zmieniali... Bo ktoś, patrząc na naszą postawę, znaczy tak z boku, stawał sobie pytania... Poznałam taką koleżankę, która się wydawała, że była tak bardzo źle nastawiona i do Kościoła, i dużo złych emocji miała w sobie. A potem widzę w miarę jej akceptację po tym, jak ją zaakceptowałam. Miałam wsparcie w innej koleżance, z którą byłam. Dzięki temu ta osoba zupełnie się zmieniła (K9_P).

Zmiana w nastawieniu do złożonych zagadnień związanych z instytucją Kościoła dokonała się prawdopodobnie nie dzięki wnikliwej refleksji, ale doświadczeniu miłości i akceptacji ze strony osób identyfikujących się z wiarą. Warto zaznaczyć, że rozmówczyni szerzej opisuje niezrozumienie i brak akceptacji, z jakimi się spotykała w swoich działaniach. Podsumowanie jest jednak optymistyczne – wzajemne wsparcie koleżanek pomogło choć w części rozwiązać problemy dotyczące wiary w Boga.

Druga pielęgniarka, będąca siostrą zakonną, mówi o przeszkodach związanych z budowaniem bliskości w zespole. Ich przezwyciężenie stało się możliwe dzięki odwołaniu się do autorytetu Boga:

Pamiętam trudną relację i dystans wobec jednego z lekarzy. Upokarzał mnie, to mnie od niego odsuwało i doskwierało, tym bardziej że byłam nowa w tym środowisku, jeszcze mnie wtedy nie chcieli na tym oddziale, patrzyli na mnie z dużą dozą ostrożności i nieufności wyimaginowanej. Kiedyś, wchodząc na oddział, zobaczyłam podniesioną otwartą dłoń tego lekarza jak do gestu przybicia piątki. Zagotowało się we mnie, ale opanowałam się i pomyślałam: Boże, co Ty ode mnie chcesz?! Ty byś przybił piątkę. No i przybiłam. Jakie było zdziwienie tego lekarza! Onieśmielony powiedział, że chciał mi tym gestem przekazać, że jest na oddziale pięciu pacjentów! Parsknęliśmy śmiechem. Na wizycie nie mogliśmy na siebie patrzeć, a tego dnia coś pękło. Staliśmy się kumplami (K38_P).

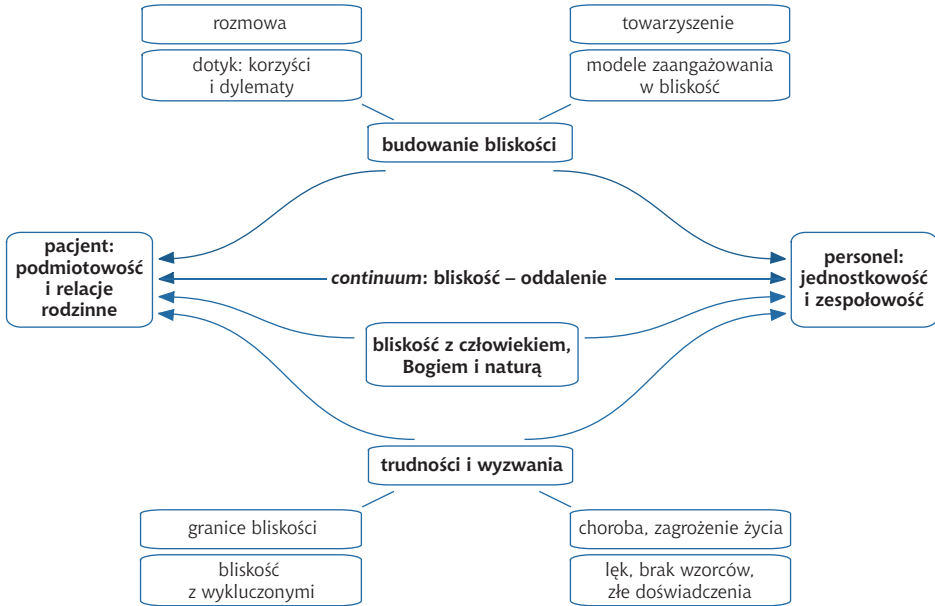
Uprzedzenia, które narosły w tej relacji, przerodziły się we wzajemny szacunek i sympatię. Wystarczył do tego jeden gest siostry, który dużo ją kosztował. Wyciągniętą dłoń lekarza potraktowała jako upokorzenie, ale odpowiedziała na ten gest. Znaczący wydaje się moment refleksji, która dokonała się mimo silnego wzburzenia. Skierowanie pytania w stronę Boga i błyskawiczne odczytanie Jego woli zaowocowało niespodziewanym rozwiązaniem konfliktu.

Analiza bliskości z Bogiem została dokonana w odniesieniu do kodów najczęściej współwystępujących z tą kategorią. Wyniki wskazują na liczne odniesienia bliskości z Bogiem do różnych obszarów bliskości międzyludzkiej. Można przyjąć, że te odniesienia są wskazówką do dalszych badań w tym zakresie.

6.7. Modelowe ujęcie bliskości w sytuacji choroby

Uzyskane wyniki analiz zaprezentowanych w tym rozdziale, dotyczących bliskości z chorym człowiekiem, pozwalają na zaproponowanie modelu. Został on przedstawiony na schemacie 9.

Schemat 9. Model bliskości w sytuacji choroby



Źródło: badania własne.

Model bliskości w sytuacji choroby zawiera wszystkie istotne komponenty więzi społecznej, która powstaje w trudnych okolicznościach życiowych. Pokazuje tę więź jako *continuum* pomiędzy bliskością a oddaleniem. Intensywność tej więzi jest dynamiczna i może przybierać wartości dodatnie i ujemne. Zatem bliskość może być mniej lub bardziej intensywna. Biorąc pod uwagę znaczenie *continuum*, można przyjąć, że optymalna bliskość uwzględnia potrzebę oddalenia. Nie chodzi w niej o maksymalne zbliżenie na poziomie fizycznym, emocjonalnym czy duchowym, ale o taki rodzaj intensywności, który zabezpiecza przed zatraceniem własnej tożsamości. Równowaga między bliskością a oddaleniem chroni przed naruszeniem prawa chorego człowieka do prywatności, intymności czy decydowania o sobie.

Model obejmuje obszary bliskości, które wskazali rozmówcy, a więc bliskość z drugim człowiekiem, Bogiem i naturą. Bliskość z człowiekiem,

zwłaszcza chorym, to pierwszy cel budowania bliskości w placówce ochrony zdrowia. Bliskość z Bogiem jest bardzo wyraźnie osadzona w realiach tworzenia relacji pomocowej z drugim człowiekiem. Podobnie bliskość z przyrodą ma swoje odniesienia do relacji z chorymi.

Koncentracja na drugim człowieku wymaga pokonania egocentryzmu czy narcyzmu. Personocentryzm wyraża się przede wszystkim w dostrzeżeniu w chorym człowieku jego niezbywalnej godności. To ona konstytuuje wszelkie prawa i obowiązki. Można stwierdzić, że godność chorego człowieka jest paradygmatem bliskości, nie tylko w sytuacji choroby. Rodzi ona powinność troski o dobro chorego, a także jego rodziny. Paradygmat personocentryczny domaga się również dbałości o zaspokojenie potrzeb osób zaangażowanych w leczenie, pielęgnację i towarzyszenie chorym.

W budowaniu bliskości z chorym człowiekiem uczestnicy badań stosują sprawdzone metody i techniki. Można do nich zaliczyć między innymi rozmowę, która odgrywa dużą rolę w opiece nad chorym. Wypowiedzi zawierają wiele przykładów rozmów prowadzonych przy łóżkach pacjentów. W treści wywiadów dominuje przekonanie, że dla uczestników badań pacjenci są przede wszystkim osobami, którym należy się szacunek i pomoc. Towarzyszenie chorym jest bliskością, która realizuje się w ciepłej atmosferze, ale także wtedy, gdy nastroje psychiczne są mocno obniżone, choroba postępuje, a perspektywa śmierci staje się coraz bardziej realna. Rozmówcy niekiedy mają dylematy w przeżywaniu bliskości z chorymi, na przykład okazywaniu bliskości przez dotyk. Ogólnie przypisują dotykowi duże znaczenie, ale niekiedy towarzyszy mu niepewność, co świadczy o ich dużej refleksyjności.

Uczestnicy badań angażują się w budowanie bliskości z chorymi z różną intensywnością. Modele zaangażowania pokazały, że każdy z nich ma swoje uzasadnienie. Wybór własnego modelu zależy nie tylko od osobistych preferencji medyków czy wolontariuszy, ale także od nastawienia do pomagania, cech osobowości i innych czynników. Z tym zagadnieniem wiążą się przeszkody, które występują na drodze budowania bliskości. Część z nich bierze się ze złych doświadczeń rodzinnych, zwłaszcza z braku wystarczającej miłości w domu rodzinnym. Także negatywne doświadczenia w sferze bliskości z chorym człowiekiem, a jeszcze bardziej z jego rodziną, utrudniają nawiązanie bliskiej relacji. W tym obszarze ważne są granice bliskości. Ich ustalenie i przestrzeganie jest podstawową formą zabezpieczenia potrzeb osób pomagających. Bliskość, która zbyt obciąża, jest postrzegana jako zagrożenie dla równowagi emocjonalnej medyków. Wśród trudności uczestnicy badań wymieniali również problem z budowaniem bliskości

z osobami o odmiennym stylu bycia, wyglądzie czy statusie społecznym. Należy podkreślić, że rozmówcy starają się pokonać trudności i że te wysiłki są skuteczne. Troska o bliskość w sytuacji choroby to nie tylko działania indywidualne, lecz także aktywności podejmowane zespołowo, co przekłada się na ich efektywność, zwłaszcza w sytuacjach wymagających wzajemnego wsparcia i porady. Bliskość w zespole medycznym i niemedyicznym wpływa na bliskość okazywaną chorym.

Zaproponowany model bliskości to przykład teorii krótkiego zasięgu, która jest osadzona w materiale badawczym o charakterze jakościowym. Choć nie można jej odnosić do całej populacji osób chorych i pracowników ochrony zdrowia, wydaje się, że wskazuje na zależności na tyle uniwersalne, iż mogą one być pomocne w konstruowaniu kolejnych teoretycznych modeli i projektów wsparcia.

Podsumowując rozważania na temat doświadczania bliskości w sytuacji choroby, można przyjąć, że jest ona szczególną więzią, jaka może powstać między chorym, jego rodziną a członkami personelu oraz wewnątrz zespołu medycznego. Bliskość rozwija się w warunkach, które nadają jej specyficzny charakter, adekwatny do potrzeb uczestników więzi oraz okoliczności. Jej intensywność zależy między innymi od stopnia zaangażowania się uczestników, trajektorii choroby i społeczno-emocjonalnych determinantów procesu leczenia i opieki.

6.8. Dyskusja wyników

Rozmówcy ze znanostwem charakteryzują bliskość w sytuacji choroby – trudnej, ale jednocześnie dobrze im znanej. Znajomość ta wynika z pracy zawodowej, wolontariatu, ale niejednokrotnie także z własnych doświadczeń chorowania. Nawiązując do bliskości, uczestnicy badań dokonują jej kategoryzacji, która uwzględnia intensywność więzi i zaangażowania w nią.

Bliskość relacji może być zinterpretowana w kluczu *continuum* pomiędzy bliskością a oddaleniem. To ujęcie znajduje swój ślad między innymi w myśli Lévinasa, który opisuje ją jako „bliskość pełną dystansu”. Ten dystans jest również bliskością, wpisuje się w jej istotę. Ricoeur twierdzi, że bliscy zajmują swoje miejsca na zróżnicowanej skali odległości pomiędzy sobą a innymi. To zróżnicowanie dystansu i zbliżenia świadczy o dynamice relacji:

Bliscy – ludzie, którzy są dla mnie ważni i dla których my jesteśmy ważni – zajmują swoje miejsce na zróżnicowanej skali

odległości w relacjach między sobą a innymi. Zróżnicowanie dystansu, lecz także zróżnicowanie w zakresie czynnych i biernych modalności gry dystansu i zbliżenia, która z bliskości czyni dynamiczną relację pozostającą w ustawicznym ruchu: zbliżyć się to poczuć się blisko (Ricoeur 2006, s. 131–132).

Stopniowalność bliskości została potwierdzona także w przeprowadzonych przez Irminę Szafrzańską (2008, s. 62) badaniach, w których część respondentów wskazywała właśnie na tę cechę bliskości jako charakterystyczną.

Postrzeganie bliskości jako *continuum* jest zabezpieczeniem przed nadmiernym obciążeniem emocjonalnym i wyczerpaniem zawodowym. Praca w szpitalu, prywatnym gabinecie czy w hospicjum niesie ze sobą nieuchronność ekspozycji na długotrwały stres. Otwarta postawa wobec osób potrzebujących i wchodzenie z nimi w przeciążające relacje stwarza zagrożenie wypalenia. Jednocześnie utrudnia chorym codzienne funkcjonowanie, bo – jak zauważa Zygmunt Pucko –

[...] w procesie towarzyszenia pacjentowi i bycia z nim konieczne są dla niego, z punktu widzenia dynamiki przeżywania swojej sytuacji granicznej, chwile samotności. Krótkie interludia samotności są integralną częścią troski (Pucko 2014, s. 104).

Oddalenie chroni więc wszystkie strony interakcji.

Jak wynika z wielu badań dotyczących zjawiska wypalenia zawodowego, jest ono zjawiskiem powszechnym. Badania zrealizowane przez Miłosza Marcysiaka, Olgę Dąbrowską i Małgorzatę Marcysiak (2014, s. 317) wśród pielęgniarek pokazały, że istnieje istotny statystycznie związek pomiędzy preferowanymi stylami radzenia sobie ze stresem a komponentami tworzącymi zespół wypalenia zawodowego. Według badaczy osoby preferujące radzenie sobie ukierunkowane na emocje są bardziej narażone na wypalenie niż osoby preferujące styl skoncentrowany na problemie. Oznacza to, że w budowaniu relacji istotne jest zadbanie o zachowanie dystansu chroniącego chorego i osoby mu pomagające.

Rozmówcy podkreślają, że aby nawiązać więź bliskości w chorobie, niezbędne jest uznanie godności osobowej każdej ze stron. Podmiotowość pacjenta oraz członków personelu jest warunkiem zaistnienia bliskości. Uczestnicy badań własnych odwołują się do powszechnie uznawanych wartości. Centralną wartością jest godność osoby – pacjenta. Traktowanie go z szacunkiem stanowi przejaw uznania jego podmiotowości, nawet jeśli jest

ona ukryta pod objawami choroby czy aspołecznym zachowaniem chorego. Jak podkreśla Wojciech Bołoz (1997, s. 41), osoba dotknięta cierpieniem czy chorobą ma być podmiotem oraz celem wszelkich działań medycznych i społecznych, nie przedmiotem. Dotyczy to zwłaszcza medycyny, która ma stać na straży życia ludzkiego i godności. Prymat osoby wyrastający z jej niezwykłości domaga się, aby człowiek był celem, a nie środkiem do celu.

Nie zawsze jest to łatwe. Jednym z przykładów naruszenia godności może być bezrefleksyjne zastosowanie tak zwanego przywileju terapeutycznego. Polega on na podejmowaniu przez lekarzy działań dotyczących leczenia pacjenta bez włączania go w proces decyzyjny. Jak zauważają Bożena Gulla, Bernadetta Izydorczyk i Rafał Kubiak:

Konstrukcja przywileju terapeutycznego może bowiem być odbierana jako pewien refleks paternalizmu. To lekarz ma wiedzieć lepiej, co dla pacjenta jest korzystne i zdecydować za niego. Pomija się natomiast pacjenta jako osobę samodzielną, myślącego człowieka, któremu należy jest szacunek, w tym dla jego wyborów (Gulla, Izydorczyk, Kubiak 2019, s. 204).

Zatem ograniczenie obowiązku informacyjnego wobec chorego człowieka może być w niektórych przypadkach postępowaniem przeciw jego dobru.

W opinii rozmówców dużą rolę w budowaniu bliskości z pacjentem odgrywa dotyk. Haptyczny wymiar relacji zawodowej szczególnie odnosi się do pracy pielęgniarek, ale dotyk może mieć duże znaczenie także w kontaktach pomiędzy chorym a lekarzami, fizjoterapeutami czy wolontariuszami. Na podstawie wywiadów można wyróżnić kilka rodzajów dotyku, takich jak zarezerwowany, proceduralny, niemedyyczny, miażdżący, będący złapaniem za rękę, nieplastikowy. Określenia używane przez rozmówców podkreślają wagę i złożoność tej formy komunikacji. Uczestnicy badań własnych zwracają także uwagę na rolę dystansu, czyli powstrzymywania się od dotyku, gdy zajdzie taka konieczność. Istotne jest, by dotyk lub niestosowanie go było działaniem świadomie ukierunkowanym, niebudzącym lęku lub wycofania.

Jak zauważa Maria Nowina Konopka:

Dystans sam w sobie może zatem być komunikatem o zaufaniu i akceptacji lub strachu i wycofaniu. Ważne, aby przekazując pacjentowi informacje, analizie poddać także jego reakcje niewerbalne. Nie bez znaczenia pozostaje również fakt, że lekarz może poprzez dobór odpowiedniego dystansu komunikować własny sposób postrzegania bliskości relacji (Nowina Konopka 2016, s. 110).

Dzięki temu zostają uszanowane potrzeby personelu, jego wrażliwość, gotowość i niegotowość do niewerbalnego wyrażania przywiązania. Nie wszyscy rozmówcy odczuwają bowiem potrzebę okazywania bliskości przez dotyk.

Krzysztof Skuza pisze, że informacje haptyczne

[...] w dużej mierze określane są przez normy kulturowe, ale są również wyznaczane przez wzajemną relację bliskości, intymności i zaufania pomiędzy rozmówcami (Skuza 2006, s. 6).

Uczestnicy badań własnych, reprezentując różnorodność podejść do stosowania dotyku, pokazują jego wartość. Nie jest on tylko dotykiem proceduralnym, ale także formą bliskości na płaszczyźnie emocji, myśli, człowieczeństwa. Dotyk postrzegają oni jako duże wyzwanie, zwłaszcza gdy wiąże się on z ryzykiem zakażenia, a niekiedy także oskarżenia o nadmierne zbliżenie do pacjenta. W tych sytuacjach ostrożność w jego stosowaniu jest w pełni zrozumiała, ale warto zaznaczyć, że rozmówcy wyraźnie podkreślają konieczność zachowania pełnego profesjonalizmu w wykorzystywaniu tej formy kontaktów, by zapobiec wszelkim nadużyciom.

Elizabeth Tutton (1991, s. 146) zauważa, że dotyk może być również używany do przekazywania negatywnych emocji lub komunikowania dystansu i braku zaangażowania, co potwierdza, jak ważna jest świadoma kontrola własnych zachowań. Niektórzy z rozmówców jednak oburzają się, gdy sugestie, by powstrzymać się od dotyku, wynikają z nierzetelnego ich zdaniem rozpoznania sytuacji. Gdy kontakt dotykowy był ograniczony, znaczenia nabierały inne formy komunikacji (Durkin, Jackson, Usher 2021, s. 1). Uczestnicy badań własnych również poszukiwali innych form kontaktu, mających na celu zmniejszenie negatywnych skutków izolacji.

Na znaczenie rozmowy w sytuacji choroby, predyspozycji słuchacza, umiejętności planowania procesu dotarcia do pacjenta z przekazem, formułowania komunikatów, brania pod uwagę jego uczuć i potrzeb wskazuje Nowina Konopka. Efektem tego podejścia jest nie tylko przekaz informacji, ale także nawiązanie profesjonalnej relacji.

Wśród korzyści wynikających z posiadania umiejętności poprawnego i skutecznego budowania komunikatów wymienić należy obustronne zrozumienie, zaufanie, otwarcie się na współpracę pacjentów, poprawne relacje z otoczeniem, satysfakcję z nawiązywanych relacji oraz zaspokojenie własnych potrzeb (Nowina Konopka 2016, s. 106).

Także Beata Antoszevska (2018, s. 373) podkreśla rolę dobrej komunikacji, opartej na dialogu, który zakłada umiejętność słuchania pacjenta, zwłaszcza na dialogu swobodnym, zachęcającym chorego, by stawiać pytania. Do jego zaistnienia niezbędny jest czas przeznaczony na rozmowę. Odpowiednia ilość czasu umożliwi nawiązanie relacji (Ryś 2021, s. 140). Ważnym celem komunikacji jest uczynienie problemu pacjenta wspólnym problemem rozmówców (Doroszevska 2017, s. 22).

W rozważaniach na temat doświadczania bliskości w sytuacji choroby ważny jest także wymiar wertykalny bliskości. Odnosi się on do codziennych sytuacji, także trudnych, do rzeczywistości metafizycznej, siły wyższej, do Boga. Płaszczyzna bliskości z Bogiem jest wątkiem, który pojawił się w prawie wszystkich wywiadach. Wynika on z osobistych doznań rozmówców, którzy odwołując się do swojej wiary, poszukują w niej siły, sensu i zrozumienia pewnych wydarzeń czy okoliczności. Nie zawsze znajdują te odpowiedzi; bywa, że ich wiara przechodzi kryzysy, a niekiedy słabnie. Wiarę najczęściej postrzegają oni jako rzeczywistość dynamiczną, dającą wewnętrzną siłę, stanowiącą ważny fundament w podejmowanej pracy. Wśród motywów pomagania chorym wiarę w Boga rozmówcy nierzadko wymieniają jako kluczową. To pokazuje, że odniesienie wertykalne jest potrzebne sporej części uczestników badań. Odwołując się do źródeł motywacyjnych wolontariuszy, Barbara Kromolicka pisze:

[...] wolontariusz żyje i działa pod wpływem sił wewnętrznych – duchowych, co sprawia, że naturalnie i z przekonaniem podtrzymuje kontakty międzyosobowe (Kromolicka 2008, s. 226).

Potwierdzają to niektórzy rozmówcy, gdy stwierdzają, że obranie zawodu pomocowego bądź praca wolontaryjna jest konsekwencją ich wiary w Boga, odczytania sensu swojego życia w jej świetle i kierowania się nią w codziennym życiu.

Wiara w Boga rzuca światło na cierpienie człowieka. Zdaniem Jana Pawła II cierpienie jest próbą, która zawiera nadzieję wynikającą z odwołania do Boga:

Choroba naprawdę jest krzyżem, czasami ciężkim krzyżem, próbą, którą Bóg dopuszcza w życiu człowieka, w niepojętej tajemnicy planu, który wymyka się naszym zdolnościom pojmowania. Ale nie powinna ona być widziana jako ślepe przeznaczenie. Nie musi też być wcale sama w sobie karą. Nie jest czymś, co unicestwia, nie zostawiając nic pozytywnego. Przeciwnie, krzyż choroby,

nawet kiedy ciąży ciało, niesiony w łączności z krzyżem Chrystusa staje się źródłem zbawienia, życia i zmartwychwstania, dla samego chorego i dla innych, dla całej ludzkości. [...] Pewien jestem, że choroba widziana w takim świetle, chociaż boleśnie i po ludzku umartwiająca, zawiera w sobie zalążek nadziei i niesie nowe pocieszenie (Jan Paweł II 1985, s. 97).

Odniesienie trudnych doświadczeń życiowych do krzyża Chrystusa może stać się dla wierzącego człowieka źródłem nadziei, która jest potrzebna również osobom leczącym chorych i im towarzyszącym. Jednak nie zawsze jest łatwo przyjąć pouczenia płynące z wiary. Zdarza się, że chorzy i osoby im towarzyszące przeżywają w relacji z Bogiem trudności, które Søren Kierkegaard (1982, s. 269) określa jako spór z Bogiem. W tym sporze niekiedy jest potrzebna duchowa pomoc innych, gdyż nie ma tabletki łagodzącej cierpienie egzystencjalne. Dla osób wierzących służy temu kaplica w szpitalu, a także obecność kapelana i personelu medycznego (Biesaga 2010, s. 81).

Bliskość z Bogiem wymaga dużego zaangażowania chorego w niełatwy dialog, a także gotowości ze strony osób go otaczających, by usłyszeć jego trudne pytania. Pomaga w tym umiejętność zachowania dystansu, patrzenia na świat *sub specie aeternitatis* – z punktu widzenia wieczności. Warto tu wspomnieć, że o takim spojrzeniu pisał Antoni Kępiński (1992, s. 308). Ważną rolę w nawiązywaniu dialogu z Bogiem odgrywają kapelani. Budowanie bliskości człowieka z Bogiem jest zadaniem o wysokim stopniu wrażliwości, a przez to stawiającym duchownym wysokie wymagania. Analiza wypowiedzi uczestników badań własnych pokazuje duże zaangażowanie kapelanów, co potwierdzają wzmianki o ich pracy w narracjach innych rozmówców.

Uczestnicy badań podkreślają znaczenie bliskości z naturą, zwłaszcza ze zwierzętami, lasem i górami. Zwracają uwagę na potrzebę bezpośredniego kontaktu ze środowiskiem naturalnym, odnajdywania w nim źródła pokoju i siły, a także doznawania wzniosłych stanów duchowych na łonie przyrody. Takie podejście jest zgodne ze spostrzeżeniem Żywczok, która pisze:

Estetyczny ład i piękno przyrody skłaniają człowieka do zbliżenia się do niej i w konsekwencji – osiągnięcia syntonii, co dostarcza wielu pozytywnych emocji (choćby wytchnienia, ukojenia) i uczuć (sympatii, czułości). Przyroda inspiruje więc nie tylko intelektualnie, ale aktywizuje człowieka emocjonalnie, pobudzając do głębszego przeżywania świata (Żywczok 2020, s. 70).

Kontakt z naturą odgrywa szczególną rolę w obliczu choroby i śmierci. Dlatego część rozmówców akcentuje, że istotne jest stwarzanie chorym okazji do odczucia bliskości natury, która rozwija się, wydaje owoce, a następnie obumiera, by z wiosną znów odzyskać swoje piękno. W tym kontekście kontakt z przyrodą ma wymiar tanatoedukacyjny, gdyż pomaga rozmówcom wytłumaczyć dzieciom, czym jest życie i śmierć. Małgorzata Rębiałkowska-Stankiewicz wskazuje na wagę tej bliskości w chorobie, odwołując się do przeprowadzonych badań:

Bliskość przyrody, świadome jej doświadczanie wszystkimi zmysłami, uważne bycie w naturze pozwoliły bardziej doświadczyć samego siebie, oczyścić umysł z lęków i niepokojów, zachwycić się tym, co pozornie znane, odkryć przyrodę, naturę na nowo lub po prostu przypomnieć sobie, że istnieje i jest źródłem radości (Rębiałkowska-Stankiewicz 2016, s. 227).

W chorobie nowotworowej bliskość środowiska naturalnego pełni terapeutyczną funkcję.

* * *

W niniejszym rozdziale przedstawiłem wyniki analiz dotyczących bliskości w sytuacji choroby. Okazało się, że może ona zaistnieć w sytuacjach, które pozornie nie sprzyjają rozwojowi więzi międzyludzkich. Odczuwany ból fizyczny, cierpienie duchowe i ograniczenia w spędzaniu czasu z bliskimi utrudniają codzienną egzystencję. Zarazem jednak mogą sprzyjać przeżyciu głębi człowieczeństwa, uświadomieniu sobie i innym motywacji dotychczasowego życia, znalezieniu jego sensu. Atmosfera choroby i cierpienia jest trudna, ale jednocześnie wyzwala człowieka z niepotrzebnych trosk czy lęku przed opiniami. Utrata wielu zabezpieczeń emocjonalnych jest dyskomfortowa, ale może stać się początkiem budowania bliskości międzyludzkiej, która jest w dużym stopniu bezinteresowna, pozbawiona obaw, dojrzała. Szansa ta dotyczy wszystkich, którzy stają się uczestnikami sytuacji choroby i cierpienia: pacjentów, medyków, pracowników niemedycznych i wolontariuszy.

Warto podkreślić, że budowanie bliskości w sytuacji choroby jest procesem, a więc wymaga czasu. W sytuacji zagrożenia życia czas jest znacznie ograniczony, dlatego inicjatywy podejmowane przez rozmówców charakteryzują się dużą dynamiką. Świadomość możliwości zaprzepaszczenia niepowtarzalnej okazji do nawiązania bliskości z drugim człowiekiem mobilizuje do wysiłku, ale jest także stresująca.

Procesualny charakter budowania bliskości zakłada także nieprzewidywalność uzyskanych efektów. Uczestnicy badań zwracają uwagę, że ich działania nie zawsze przynoszą zaplanowany cel. Z tego względu przyjmują postawę towarzyszenia, która jest oczekiwaniem na reakcje i zaangażowanie osób chorych. Gdy ich nie napotykają, traktują to z szacunkiem, wiedząc, że w sytuacji choroby człowiek ma prawo do przeżywania jej w zgodzie z własnymi potrzebami i wrażliwością.

Rozdział VII

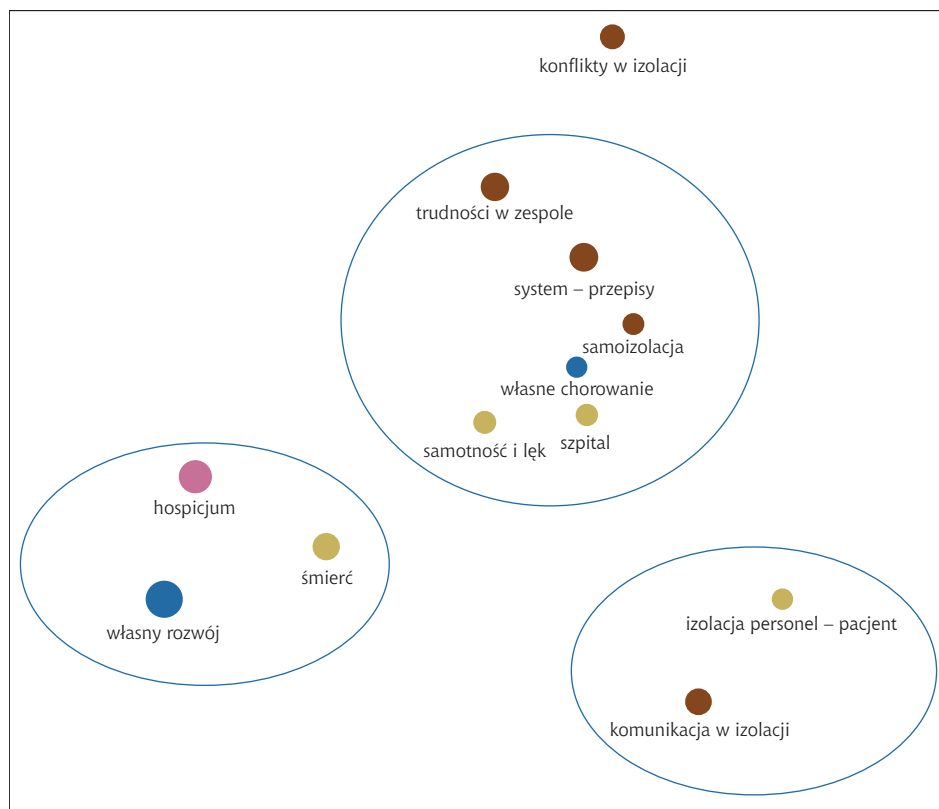
Bliskość międzyludzka naznaczona pandemią COVID-19

Badania autorskie przeprowadzono w czasie wychodzenia społeczeństw z pandemii COVID-19. Termin badań był dobrany celowo, aby mogły one objąć okres izolacji społecznej i restrykcji w ochronie zdrowia, ale także doświadczenia poprzedzające i następujące po pandemii. W ten sposób zwiększono szansę na zdobycie obszernych informacji dotyczących zróżnicowanych pod wieloma względami doświadczeń. Placówki ochrony zdrowia wciąż jeszcze były objęte restrykcjami, ale w coraz większym stopniu pracowały własnym, sprawdzonym rytmem.

Rozdział niniejszy zawiera wyniki analizy tych fragmentów wywiadów, które odnosiły się do czasu pandemii, zwłaszcza jej pierwszej fazy. Rezultaty badań przedstawiłem w odniesieniu do kategorii wskazanej przez rozmówców. Dotyczą one następujących obszarów: samotność, lęk, bycie pacjentem, dostosowanie się do restrykcji sanitarnych, samoizolacji, napięć w zespole i poza nim oraz komunikacji. Uzasadnieniem wyboru tych kategorii jest wstępna interpretacja wypowiedzi, której wyniki prezentuje schemat 10.

Mapa relacji kodów przedstawiona na schemacie 10 pokazuje zależności między kodami, z uwzględnieniem intersekcji kodów w danym segmencie. Intersekcja oznacza w tym przypadku współwystępowanie kodów, czyli zależności w występowaniu kodów, które odnoszą się do sprawowania opieki zdrowotnej w czasie pandemii. Wielkość kołowych symboli kodów jest proporcjonalna do częstości ich występowania. Odległość między kodami jest odwrotnie proporcjonalna do częstości występowania razem poszczególnych kodów. Oznacza to, że im częściej współwystępowały dane kody, tym odległość na wykresie między nimi jest mniejsza. Zastosowane kolory służą jedynie odróżnieniu poszczególnych kodów i nie są zależne od jakichkolwiek częstości.

Schemat 10. Mapa relacji kodów związanych z bliskością z chorym w pandemii



Źródło: badania własne.

Układ kodów, jaki powstał w wyniku komputerowej analizy danych, pozwala na ich pogrupowanie ze względu na sąsiadujące ze sobą położenie. Pierwszy podzbiór stanowią kody: „własny rozwój”, „hospicjum” i „śmierć”. W nim znajdują się kody najczęściej współwystępujące. Drugi podzbiór obejmuje sześć kodów o nieco niższej częstości współwystępowania: „samotność i lęk”, „szpital”, „własne chorowanie”, „samoizolacja”, „system – przepisy”, „trudności w zespole”. Trzeci podzbiór stanowią dwa kolejne: „izolacja personel – pacjent” i „komunikacja w izolacji”. Schemat pokazuje również jeden kod, „konflikty w izolacji”, który znajduje się na skraju schematu 10. Uwzględniając przestrzenny rozkład kodów, można podjąć dalsze analizy koncentrujące się na poszczególnych grupach kodów oraz na ich indywidualnym znaczeniu.

7.1. Samotność i lęk jako niedobory bliskości

Praca zawodowa bądź wolontariat związane z leczeniem chorych i opieką nad nimi dają możliwość prowadzenia obserwacji o charakterze uczestniczącym, na których podstawie można stwierdzić, że pacjenci w czasie kolejnych fal zachorowań często musieli mierzyć się z osamotnieniem. Odczucie osamotnienia w placówkach ochrony zdrowia jest nierzadkim zjawiskiem. Wejście w rolę pacjenta powoduje, że osoba

[...] zmienia środowisko swojego zamieszkania, swojej pracy. Musi nagle zmienić wszystko, przyjść do nowego miejsca i to z automatu wytwarza pewną barierę (M8_K).

Utrudnienie to mogą potęgować dodatkowe czynniki, wśród których jako znaczący należy wymienić obowiązek izolacji społecznej. W okresie wprowadzenia obostrzeń sanitarnych, a zwłaszcza w jego pierwszych fazach, samotność rodziła się z braku możliwości spotkania bądź kontaktu z bliskimi. Inaczej odbierali ją pacjenci, którzy przebywali w placówce od dłuższego czasu, inaczej ci, którzy trafili do niej w czasie izolacji społecznej. Nie rozumiejąc, dlaczego rodzina nie może uczestniczyć w opiece ani dlaczego stosowana jest kwarantanna wobec przekazywanych przez nią przesyłek, cierpieli (K27_F). Nie mniejsze było odczucie samotności osób, które znalazły się pod opieką szpitala lub hospicjum w czasie pandemii.

Pielęgniarka zauważyła:

Pacjenci bardzo, bardzo to przeżywali. Bardzo. Raz, że choroba i człowiek taki osamotniony i siedział na tej sali zdany tylko i wyłącznie na personel medyczny. I zero kontaktu z rodziną. I tylko ta telewizja... (K22_P).

Perspektywa samotnego spędzania czasu choroby nie jest łatwa, a telewizor nie jest w stanie zaspokoić pojawiającej się pustki. Niemożność poszerzenia kręgu osób towarzyszących i wspierających chorego była odczuwana dotkliwie przez członków zespołów medycznych, ale w jeszcze większym stopniu przez samych pacjentów i ich bliskich. Sytuacja choroby i umierania należy do tych, które pokazały,

[...] jak bardzo jest to ważne dla tych ludzi odchodzących. Jak dużo krzywdy wyrządza pandemia, kiedy nie może dojść do tego spotkania [...]. Ważne, że ten chory w ogóle kogoś takiego ma, kto chce do niego przyjść, kto staje się dla niego ważny, nie boi się z nim rozmawiać (K34_PS).

Zakaz odwiedzania pacjentów bądź duże ograniczenia dla wizytujących wprowadzono obligatoryjnie we wszystkich placówkach medycznych. Skutkowało to kumulacją wielu trudnych emocji i napięć. W tym znaczeniu „krzywda wyrządzona przez pandemię” była doświadczana w wielu relacjach społecznych. Lekarka przypuszcza, że gdyby chorzy wiedzieli, że w danej placówce medycznej napotkają tak duże utrudnienia w kontakcie z bliskimi, część z nich nie zdecydowałaby się na pobyt w niej. Co więcej, odwołując się do własnych doświadczeń zawodowych, rozmówczyni zauważa, że niektórzy pacjenci wypisywali się z placówki na własne żądanie, choć prowadziło to do mniej skutecznej kontroli objawów chorobowych:

Ale wybierali to, żeby być z rodziną dłużej, więcej. Tak się też zdarzało. Czyli wybierali bliskość rodziny kosztem nawet swojego pogorszenia komfortu fizycznego (K15_L).

Nie zawsze było możliwe podjęcie tak radykalnych decyzji, a wtedy nadzieją pacjentów na odczucie bliskości pozostawała komunikacja zapośredniczona przez media oraz wsparcie ze strony personelu. Jednak i to stanowiło czasem duże wyzwanie.

Pielęgniarka podaje przykład koleżanki, która

[...] w stanie bardzo ciężkim na granicy życia i śmierci nie miała siły nawet rozmawiać przez telefon – potrzebowała ogromnego wsparcia i bliskości. Samotność i lęk, którego doświadczała, były tak ogromne, że nawet lekarze zdecydowali się na wcześniejszy jej wypis ze szpitala, by ją wzmocnić psychicznie. Jednak przez te kilkanaście dni najbardziej potrzebowała bliskości – i tak naprawdę niczego więcej jak posiedzenia obok i potrzymania za rękę, a była tego pozbawiona (K37_P).

Ogromna potrzeba obecności bliskich osób, której nie był w stanie zaspokoić personel, pozostała dotkliwie odczuwanym brakiem. Działaniem ratującym była decyzja lekarzy o wypisie ze szpitala, będąca w rzeczywistości wyrazem ich bezsilności.

Rozmówcy z bólem, a niekiedy i gniewem na zaistniałe okoliczności opowiadają o licznych przypadkach osób, które umierały w samotności, pozbawione emocjonalnego wsparcia ze strony rodzin. Żal jest skierowany również do tych rodzin, które zrezygnowały z kontaktu z chorym i nie zabiegały o jego nawiązanie. Choć wiele rodzin starało się utrzymywać kontakt telefoniczny z osobą chorą, nie zawsze było to możliwe. Problemy wynikały z nieumiejętności korzystania z nowoczesnych mediów, ich nieposiadania

czy braku sił do prowadzenia rozmowy. Te czynniki utrudniały odejście pacjenta:

My mówimy, że niektórzy pacjenci nie mogą umrzeć, bo czekają na kogoś. Jest tak, że się przeciąga ta agonia, gdzie już dawno powinna nastąpić śmierć. Nie wiemy, czy tak jest, ale mówimy, że ktoś na kogoś czeka. I faktycznie jak przyjdzie jakaś córka, syn, żona, ktoś, kogo dawno nie widzieli, to pomimo tego, że ta osoba jest bez kontaktu, to na przykład po takich odwiedzinach później umiera. To jest dla nas może takim potwierdzeniem, że faktycznie coś takiego jest. Tutaj, jak były ograniczone te odwiedziny, to też było ciężko. Pacjenci czekali, a my wiedzieliśmy, że takich odwiedzin nie będzie, bo ktoś na przykład jest chory albo jest daleko, jest za granicą (K27_F).

W normalnych warunkach oczekiwanie na przybycie ważnych osób bywa skracane za pomocą różnego rodzaju udogodnień komunikacyjnych. W czasie izolacji społecznej nie były one dostępne. Niespełnione oczekiwanie na bliskich wydłużało cierpienie i powodowało, że umierającym trudno było domknąć wszystkie ważne relacje. Samotność chorujących i umierających osób była nieraz tak dojmująca, że ludzie wpadali w depresję i załamywali się. Brak kontaktu pogłębiał cierpienie, a obawa o swoich bliskich i świadomość ich cierpienia spowodowanego nieotrzymywaniem podstawowych informacji przynosiły drastyczne skutki:

Ludzie nie chcieli żyć. Mówili, że jak tak dalej będzie, jeśli to tak dłużej potrwa, to jest to bez sensu. Taka właśnie bezsensowność życia: nie mam drugiej osoby, nie widzę ich, nie mogę się z nimi skontaktować, więc w ogóle to życie jest bez sensu (K5_P).

Te radykalne deklaracje były wołaniem o bliskość z tymi, którzy w pierwszej kolejności powinni zaspokoić potrzeby chorych.

Samotność nie zawsze jednak była przez pacjentów tak dotkliwie odczuwana. Pielęgniarka zwraca uwagę na fakt, że osoby bliskie agonii coraz mniej interesują się bodźcami zewnętrznymi, skupiając się na tym, by „było wygodnie, ciepło, żeby nie bolało”. Infekcja koronawirusem powodowała stopniowe „wyłączenie” świadomości chorych, dlatego kobieta zauważa:

Ja nie pamiętam sytuacji takich chorych, którzy by nawoływali, żeby do nich przyjść, żeby być obecnym. U mnie na oddziale tego nie było. Tak że nie trzeba było też jakoś reagować na takie sytuacje dodatkowe. To też trzeba wziąć pod uwagę (K17_P).

Inne wypowiedzi raportujące tego rodzaju przypadki „nawoływania” chorych opisują jednocześnie sposoby działań podejmowanych przez personel w celu zaspokojenia tej potrzeby.

Charakterystyczne były zachorowania na COVID-19 i standardy leczenia tych pacjentów. Dochodziło wtedy do wydarzeń, które zapisały się wręcz traumatycznie w pamięci pacjentów, ich rodzin i personelu. Warto przytoczyć choćby opis reakcji na wygląd personelu medycznego, ubranego w wymagane kombinezony:

Chorzy, jak się wybudzali ze śpiączki farmakologicznej, byli przerażeni naszym widokiem. Przeważnie to byli ludzie starsi, często tracili przytomność i lądowali w szpitalu, budzili się w jakichś sztucznych warunkach, a tu przy nich jakieś dziwaki w kombinezonach jak kosmonauci. Pamiętam jedną panią. Krzyczała, by się do niej nie zbliżać. „Ja jestem dobrym człowiekiem – mówiła, nie róbcie mi krzywdy!”. Trzeba było tłumaczyć, uspakajać... (K38_P).

Wypowiedź odsłania lękowe reakcje pacjentów, których nie brakowało w czasie izolacji. Według niektórych rozmówców lęk rodziny wzmacniał niepokój pacjenta i odwrotnie. Gdy rodzina obawiała się zachorowania i rezygnowała z możliwości wizyty, pogłębiało to atmosferę niepokoju. Gdy pacjent pogrążał się w lęku, rodzina odczuwała tego skutki. Rozmówcy wspominają własne doświadczenia rodzinne, które świadczą o wysokim poziomie lęku przed zachorowaniem. Niekiedy prowadził on, w ich ocenie, do zachowań skrajnych, czym było na przykład odkładanie przez ponad rok wizyty dzieci i wnuków u dziadków (K6_P) czy domaganie się zwolnienia z pracy opiekunki pracującej z chorymi (K8_N). Zachowania lękowe kumulowały się szczególnie w zamkniętej przestrzeni szpitala czy hospicjum:

Wtedy w człowieku rodził się strach, że ten drugi człowiek jest jednak zagrożeniem (K8_N).

Psycholog hospicyjny opisuje dwa „straszne” pandemiczne „obrazki”. Pierwszy z nich dotyczy pacjenta, który pozostał sam na oddziale, podczas gdy wszyscy inni chorzy zmarli w krótkim czasie. Uczestniczenie w tak skumulowanej sytuacji tanatycznej spowodowało, że

[...] on przeżył coś, czego też nikt inny wcześniej nie przeżył. Wpadł w depresję. Czekał na swoje umieranie (K26_PL).

Druga historia opowiada o dwóch kobietach, które zaprzyjaźniły się w czasie pobytu w hospicjum. Obie zakaziły się wirusem COVID-19, który

doprowadził do zgonu jednej z przyjaciółek. Izolacja i niemożność opuszczenia sali doprowadziły do tego, że pozostała przy życiu kobieta uczestniczyła w jej leczeniu, agonii oraz wykonywaniu czynności pośmiertnych:

Ta chora widziała aktywne umieranie swojej sąsiadki. Co normalnie chorzy potrzebują wsparcia wtedy i wyjaśnienia, co się dzieje, dlaczego ten chory nie odpowiada tak logicznie itd. A potem... Będzie drastyczne. Po śmierci... w covidzie zakład pogrzebowy wjeżdżał na salę ubrany w uniformach z kapsułą metalową na kółkach. Oni wjechali, tam była ta chora. Chyba większość sytuacji było tak, że chorzy byli słabi, nie reagowali. A tu bardzo świadomie i bardzo ciężko to znosiła ta chora. Ta kapsuła wjechała i oni muszą zrobić takie procedury. Mówię też swoimi słowami, ale to jest opisane w procedurach – rzucać dużo prześcieradeł na zmarłe ciało i zalewać... Nie wiem, z takiego tanku po całym łóżku ten płyn dezynfekujący. Oczywiście, są jakieś tam zasłonki, ale to nie da rady. Później ta sama chora musiała znieść, gdy personel wszedł i wszystko psikał, i wszystko czyścił. Ją też psikał... Mną to wstrząsnęło po pewnym czasie, jak zaalarmował personel, że ta chora tak strasznie tą sytuację przeżyła (K26_PL).

Oba opisane wydarzenia częściowo ukazują przeżycia, jakich doświadczali chorzy w czasie lockdownu. Z pewnością nie są to sytuacje typowe, ale dlatego, że wykraczają poza powszechnie doświadczania chorych, są godne zauważenia. Bierne uczestniczenie w agonii pozostałych pacjentów czy traumatyzujących czynnościach pośmiertnych może bardzo utrudnić własne odchodzenie. Zarówno mężczyzna, jak i kobieta doświadczyli lęku i osamotnienia, których siła mogła okazać się bardziej szkodliwa niż koronawirus.

Warto zaznaczyć, że nie wszyscy pacjenci mogli liczyć na wsparcie ze strony rodziny. Bywało również tak, że odwiedziny w jakimś zakresie były możliwe, ale brakowało chętnych do skorzystania z nich. Zdarzało się, że przychodzące osoby były nastawione na inne cele niż na realną pomoc choremu:

Teraz jest coraz więcej takich osób, które przychodzą w odwiedziny, by usiąść na kanapie i popatrzeć. To jest też bolesne, dla nas też. Ktoś zadzwoni, że „Bo mamusia chce zjeść”. No to kurczę, przecież ty jesteś! (K16_L).

Gorzkie wyznanie lekarki jest celnym komentarzem do tego rodzaju nastawienia.

7.2. Reżim sanitarny jako ograniczenie bliskości

Działalność placówek ochrony zdrowia w czasie pandemii COVID-19 odbywała się według obowiązujących przepisów reżimu sanitarnego. Określiły one zasady pobytu w szpitalu oraz odwiedzin. Przepisy regulowały wiele obszarów życia społecznego, a te dotyczące szpitali należały do najbardziej restrykcyjnych. Skutkowało to koniecznością dostosowania się do nich na poziomie zarządzania placówkami oraz realizowania codziennych czynności leczniczych i opiekuńczych. Reżim sanitarny spowodował duże zmiany w zakresie bliskości pacjentów z rodzinami, z innymi pacjentami, a także z personelem.

Szpital jest znany uczestnikom badania z autopsji jako miejsce pracy bądź przebywania w roli pacjenta. Niektórzy byli w czasie pandemii pacjentami szpitali, dlatego ich doświadczenia są poszerzone. W wywiadach szpital zwykle jest przedstawiany w opozycji do hospicjum. Nie brakuje uzasadnień tego porównania, które zwykle wypada na korzyść hospicjum, zwłaszcza gdy chodzi o jakość leczenia, opieki, panujące standardy i atmosferę. Instytucje te nie są jednak porównywalne, gdyż cele ich działalności są różne. Ślad tego rozróżnienia jest obecny w wywiadach, zwłaszcza w wypowiedziach osób, które pracowały bądź pracują w obu typach placówek. W tym kontekście szpital jest postrzegany jako miejsce i środowisko pomagające choremu powrócić do codziennego funkcjonowania, a leczenie w nim niesie nadzieję na poprawę zdrowia. Hospicjum oferuje inny rodzaj nadziei, która jest związana z otoczeniem go miłością i opieką.

W czasie pandemii COVID-19 szpitale, zwłaszcza jednoimienne bądź z oddziałami covidowymi, były zakładami opieki zdrowotnej, w których śmiertelność pacjentów znacznie przekroczyła dotychczasowe średnie. To zaburzyło ich postrzeganie:

To psychicznie bombardowało. Przebodźcowanie i obciążenie. Czasem dziennie było po pięć zgonów. I te spotkania zapłakanych rodzin, kiedy im się wydawało rzeczy z depozytu, worki, a oni pytali i szukali chusteczki lub innej jakiejś pamiątki (K38_P).

Codzienny kontakt ze śmiercią pacjentów w szpitalu sprawiał, że pracujący tam lekarze i pielęgniarki doświadczali sytuacji traumatycznych. Tymczasowy charakter istnienia szpitali jednoimiennych i dostosowanie oddziałów do warunków pandemicznych nie podniosły automatycznie kompetencji pracowników ani nie zmieniły podejścia do pacjentów. Można przyjąć, że przebodźcowanie i obciążenie nowymi sytuacjami wzmocniły

zarówno pozytywne, jak i negatywne postawy pracowników. Stały się one bardziej widoczne także dla pacjentów-medyków. Świadectwem tego jest wspomnienie rozmówczynie dotyczące pobytu w szpitalu, w którym potraktowano ją z dużą obojętnością i lekceważeniem, co doprowadziło do konfliktu ze szpitalną pielęgniarką:

Zero reakcji, nie? Dzwonisz dzwonkiem, bo jesteś w potrzebie. Bo masz kroplówkę, masz gorączkę. Ja tam byłam po bronchoskopii, więc dodatkowo jeszcze jakieś tam nieprzyjemne kaszle i tak dalej. I pielęgniarka nie przychodzi na dzwonek. Jeden, drugi, trzeci. Nie ma pielęgniarki na dzwonek! Po prostu dzwonek nie istnieje. Po czym, kiedy przychodzi, ja pytam, czy może dzwonek nie działa, bo dzwoniłam, żeby sprawdziły, to na to mam odpowiedź na zasadzie awantury, że co ja sobie wyobrażam, że ja nie jedna tutaj leżę. Ja wiele razy w szpitalach leżałam, ale z czymś takim się po prostu nie spotkałam! (K1_N).

Wypowiedź kobiety jest pełna emocji, niezgody na zastany sposób traktowania pacjentów, gdyż jej doświadczenie pracy w hospicjum pokazuje, że możliwe jest stworzenie lepszej atmosfery leczenia. Szukając przyczyny złego traktowania, rozmówczynie sięga do pozornie niemerytorycznego argumentu, stwierdzając, że

[...] tam był wcześniej oddział covidowy. Bardzo możliwe, że to wszystko było podyktowane już tymi nerwami po tym covidzie (K1_N).

W rzeczywistości ten argument jest logiczny – pozostałość po „tym covidzie” jest symbolem obciążenia, z którym zmagają się ochrona zdrowia także po złagodzeniu obostrzeń sanitarnych. Nerwowa pocovidowa atmosfera dotyka w największym stopniu najsłabszych, którzy nie potrafią o siebie „zawalczyć”.

Wprowadzenie zasad reżimu sanitarnego było postrzegane na dwa sposoby. Wypowiedzi uczestników badań dzielą się na dwa typy: akceptujące wprowadzone zmiany oraz krytycznie odnoszące się do nowego modelu funkcjonowania szpitala. Najwięcej było głosów krytycznych:

Faktycznie chorzy byli bardzo porzuceni, poturbowani przez całą resztę (K2_P)

To sprofanowanie tych ludzi (K28_OM).

Uważam, żeśmy sięgnęli dna (K2_P).

To szło w jakąś skrajność (K8_N).

Rządzący ugrywali swoje interesy (K11_L).

Większość to działania polityczno-propagandowe (M4_L).

Straszny poziom braku zaufania (K11_L).

To był czas bardzo przewrotny (K27_F).

Przytoczone fragmenty wypowiedzi świadczą o silnym sprzeciwie rozmówców i ich konfrontacyjnym nastawieniu. W rezultacie rzeczywiste stosowanie narzuconych wymogów sanitarnych było nieco mniej rygorystyczne, niż określały to przepisy. Osoby krytycznie oceniające funkcjonowanie szpitala w czasie obowiązywania reżimu sanitarnego niekiedy winią zarządzających jednostką. Zwykle krytyka odnosi się jednak do międzynarodowych ustaleń, które zaczęły obowiązywać w czasie pandemii i do sposobu ich wprowadzania przez władze państwowe. Poczucie, że „jest się w jakimś systemie, na który nie ma się wpływu” (K10_P), było trudne do akceptacji. Wizja systemu, który decyduje o wszystkim, budziła podejrzenia, a brak jakiegokolwiek wpływu na codzienne funkcjonowanie szpitala osłabiał motywację do wysiłku na rzecz budowania bliskości.

Pielęgniarka wspomina pierwsze dni pracy w szpitalu jednoimiennym, gdy okazało się, że przeważająca większość oddelegowanych tam pielęgniarek nie ma wystarczającego doświadczenia w pracy z takimi przypadkami. Kilka pielęgniarek przysłano z oddziału intensywnej opieki medycznej, pozostałe rekrutowały się z sanatoriów, szpitali dziecięcych, oddziałów urologii, laryngologii, a w większości podejmowały swoją pierwszą pracę zawodową (K38_P). Pielęgniarka przybliży atmosferę wówczas panującą:

Jakiś koszmar. Tłumaczyli nam, że to wojna, że to rzut na pierwszą linię frontu. Gdy przyszliśmy w pierwszy dzień do pracy, już byli pacjenci. Nie było czasu na naukę, na wprowadzenie, zapoznanie z topografią szpitala, sprzętem, procedurami – życie na gorąco. Jedni byli bardzo przestraszeni, koleżanka z sanatorium po przekroczeniu na strefę brudną na dzień dobry zemdląła, pozostałe spoko, mówią: będzie dobrze. My z koleżanką popatrzyłyśmy na siebie z mieszanymi uczuciami (K38_P).

Wypowiedź odzwierciedla chaos, jaki panował podczas pierwszych fal pandemii. Rozmówczyni porównuje go do stanu wojny, kiedy najważniejsze jest podjęcie działań umożliwiających przetrwanie kryzysu.

Argumentacja odwołująca się do warunków wojny występuje także w wywiadach, które zawierają więcej akceptacji reżimu sanitarnego. Rozmówcy dostrzegają mankamenty niektórych przepisów, poddają je krytyce, ale jednocześnie podkreślają, że nie warto „[...] kopać się z koniem w tej sytuacji. System mamy, jaki mamy” (M1_L). Izolacja jest postrzegana jako czas uczenia się i zdobywania kompetencji. Dokonywało się to przez dzielenie się informacjami między placówkami, lekarzami i pielęgniarkami. „Totalnie nowe rzeczy, które zaskakiwały” (K34_PS), były traktowane jako trudne wyzwania, a ich realizacja dawała satysfakcję. Jedna z salowych puentuje to nastawienie:

Musiałśmy sobie jakoś radzić. Było ciężko, naprawdę. Oby nas to już nie spotkało. [uśmiech] Ale było takie wsparcie z każdej jednej grupy. I przetrwałyśmy! [klaśnięcie z satysfakcją] (K35_S).

Radość towarzysząca wypowiedzi jest świadectwem satysfakcji, która zrodziła się ze świadomości wspólnego sprostania wielu wyzwaniom. Właśnie ta wymiana doświadczeń, wiadomości, a wreszcie pomaganie sobie nawzajem dawały siłę, by udzielać pomocy chorym. Jest to kolejny przykład dużego znaczenia bliskości w trosce o dobro pacjentów. Postawy medyków sprawiały, że szpital stawał się nie tylko miejscem ogromnego cierpienia i samotności, ale także przestrzenią okazywania miłości i przeciwdziałania czynnikom niszczącym bliskość. Szczegółowe wyniki tych zmagających się są możliwe do zbadania, ale już sama troska o bliskość świadczy o ważności podjętych wyzwań.

7.3. Samoizolacja wyrazem kosztownej troski o bliskich

Omawiany kod „samoizolacja” został wygenerowany jako kategoria łącząca doświadczenia izolacji społecznej z zastosowaniem jej zasad w prywatnym życiu. To odniesienie jest w dużym stopniu subiektywne, zależy od uświadomienia zagrożeń, poziomu własnego lęku i odpowiedzialności za zdrowie innych. Samoizolacja dotyczy więc kilku rodzajów sytuacji: obowiązkowej izolacji spowodowanej formalnie potwierdzonym wystąpieniem wirusa SARS-CoV-2, obowiązkowej kwarantanny wywołanej kontaktem z osobą zakażoną oraz ograniczenia kontaktów społecznych,

które nie wynikało z formalnego obowiązku, lecz było uzasadnione innymi względami. Dwa pierwsze przypadki zdarzały się wśród medyków stosunkowo często, zwłaszcza w drugiej fali pandemii. Zmiana przepisów pod tym względem umożliwiła im ciągłość realizacji powierzonych zadań. Przepisy dotyczące izolacji były bardziej restrykcyjne, ale z biegiem czasu i one zostały dostosowane do ograniczonej wydolności służby zdrowia. W tym obszarze sytuują się wypowiedzi, w których zawarte są opisy trudności związanych z koniecznością poddania się restrykcjom. Ich konsekwencje dotyczyły w pierwszej kolejności pacjentów, ograniczając skład leczącego ich personelu. Były uciążliwe dla osób zarządzających zespołami, a także dla ich członków.

Byli jednak i tacy medycy, którzy w obowiązkowej izolacji czuli się dobrze. Ich reprezentantką jest pielęgniarka, która wyznała:

Ja jestem introwertykiem i w czasie pandemii marzyłam o izolacji. Wtedy, jak to było tak, że wysyłali na nią hurtem. [z żalem] Ale nigdy mi się nie udało być w izolacji. A marzyłam o tym po prostu! Dwa tygodnie, żeby nikt mi głowy nie zawracał niczym. Marzyłam o tym [śmiech]. Ja wiem, że dla wielu osób izolacja w domu nawet była trudna, że musieli siedzieć sami albo z jedną osobą, nie mogli wychodzić do ludzi, do sklepu. Dla mnie coś takiego nie byłoby absolutnie trudne (K20_P).

Wysyłanie „hurtem na izolację” jest stwierdzeniem nieco przesadzonym, ale oddaje ono sposób postrzegania zjawiska izolacji przez medyków. Zaskakująca deklaracja dotycząca gotowości przebywania w izolacji jest szczerym wyznaniem, które uwiarygadniają słowa o introwertyzmie rozmówczynie. Żal i humor zawarte w wypowiedzi oraz kilkakrotnie użyte stwierdzenie „marzyłam o tym” pokazują, że obowiązkowa izolacja mogła być postrzegana jako czas odpoczynku, bycia z samym sobą, bez „zawracania głowy” przez innych. Pielęgniarka ukazuje izolację w pozytywnym świetle i nie odnosi się w wypowiedzi do sytuacji, w której towarzyszy ona ostremu zachorowaniu.

Trzeci przypadek izolacji, najbliższy terminowi „samoizolacja”, dotyczy sytuacji dobrowolnego odizolowania się od innych ludzi ze względu na własny stan zdrowia bądź stan zdrowia bliskich. Decyzje o samoizolacji były niejednokrotnie podejmowane w trudnych okolicznościach. Samoizolacji poddał się lekarz, który mając świadomość wysokiego stopnia ryzyka zachorowania i ciężkiego przebiegu choroby, zdecydował się na trzymiesięczny

urlop. Izolacja dotyczyła także jego relacji rodzinnych, które zostały ograniczone:

Zamknąłem się na prawie trzy miesiące. U sióstr mam taki pokoiik mały. Nawet się bałem trochę przebywać z siostrami. Znaczy jedliśmy na polu. Ale generalnie to oni się o mnie bali (M3_L).

Troska o swoje zdrowie, uzasadniona opinią lekarską, skłoniła mężczyznę do dość radykalnej izolacji, która okazała się czasem twórczej pracy i odpoczynku.

Podjęciu decyzji o samoizolacji często towarzyszyła obawa o zdrowie najbliższych. Chcąc ich ochronić, niektórzy pracownicy medyczni decydowali się na czasowe zamieszkanie z dala od rodziny i przyjaciół. Było to trudne ze względu na osamotnienie, zmęczenie, niepewność i tęsknotę za rodziną:

Rodzice są osobami starszymi i też ograniczyłam kontakt, może dlatego że służba medyczna, żeby im czegoś nie przywieźć, żeby nie doszło do zakażenia, bałam się. Więcej rozmawiałam z nimi. Chyba też mi brakowało takiego właśnie dotyku z nimi, tego, że mogę być blisko rodziców. Brakowało mi tego, że nie ma przy mnie najbliższych (K5_P).

Jeśli nawet nie dochodziło do tak radykalnych decyzji, poczucie odpowiedzialności skłaniało medyków do ograniczenia liczby spotkań towarzyskich. Biorąc pod uwagę presję społeczną, która domagała się tego rodzaju zachowań, medycy niejednokrotnie podporządkowywali się tym oczekiwaniom, także w wymiarze rodzinnym. I ponosili tego emocjonalne koszty,

[...] nie chcąc mieć na sumieniu nikogo, że potem ktoś powie, że przywiozłam jakiegoś wirusa z Krakowa (K6_P).

Niekiedy w rodzinach dochodziło do silnych napięć na tej płaszczyźnie, a nawet do zerwania relacji (K8_N). Niezrozumienie intencji zachowań medyków wzmacniało poczucie osamotnienia:

To nie było tak, że człowiek medyczny jest z żelaza. [śmiech]
Nic go nie dotyka... Jest tak samo kruchy (M5_RM).

Owa kruchość, kojarzona ze słabością, była jednocześnie przejawem siły osób, które zwykle więcej niż przeciętny człowiek wiedziały na temat koro-

nawirusa, a przede wszystkim spotykały się z zachorowaniami, co zaprzeczało poglądom ludzi niewierzących w niego.

Odpowiedzialność zawodowa skłaniała część medyków do nieopuszczania swoich miejsc pracy, a jednocześnie do zapewnienia pacjentom poczucia bezpieczeństwa. Kierując się tą myślą, lekarka dobrowolnie poddała się izolacji, chcąc wykluczyć możliwość zakażenia pacjentów. Warto dodać, że na ten czas musiała odwołać wszystkie wizyty w prywatnym gabinecie. Gdy się okazało, że jej ostrożność znacznie przewyższa obawy koleżanek, rozmówczyni stwierdziła:

Więc wtedy to mnie szlag trafiał, jak moje koleżanki, które wiem, że też miały kontakt z covidem i mogły być chore, chodziły na spacer, bo była piękna pogoda. I tak sobie myślę: ja tu wychodzę na głupią, że ja teraz siedzę tu zamknięta, a właściwie nie mam żadnych objawów, niczego. Ale doszłam do wniosku: ale mogę sobie spojrzeć potem w lustrze. I tyle (K11_L).

Przekonanie o powinności etycznej oraz odmienna postawa koleżanek doprowadziły kobietę do stanu frustracji, który przezwyciężyła. Możliwość spojrzenia ze spokojem we własne sumienie była dla niej nagrodą za poniesione koszty.

Spośród wywiadów nawiązujących do problematyki samoizolacji warto przytoczyć wypowiedź pielęgniarki, która jest jednocześnie siostrą zakonną. Można w nim dostrzec szeroki katalog synonimów odnoszących się do izolacji społecznej w ochronie zdrowia. Oto niektóre z nich: „dystans społeczny”, „kwarantanny”, „przepisy epidemiologiczne”, „nakazy”, „zakazy”, „reżim sanitarny”, „zamknięcia kościołów”, „zamknięcia oddziałów dla odwiedzających”, „maski”, „kombinezony”, „umundurowanie”, „przykre i bolesne doświadczenie”, „zniewolenie”, „przymus”, „paraliż”, „ograniczenie”, „oddalenie”, „odsunięcie”, „skazanie na samotność”, „stygmatyzacja”, „anormalność”, „absurd”, „ciemny tunel”, „kokon” (K38_P). Jak można wnioskować na podstawie wywiadu, okres izolacji był dla rozmówczyni czasem trudnych doświadczeń, który opisała za pomocą wielu rzeczowników bliskoznacznych. Jej samoizolacja polegała na podjęciu decyzji o odsunięciu się od wspólnoty zakonnej, czyli podjęciu „domowej izolacji”:

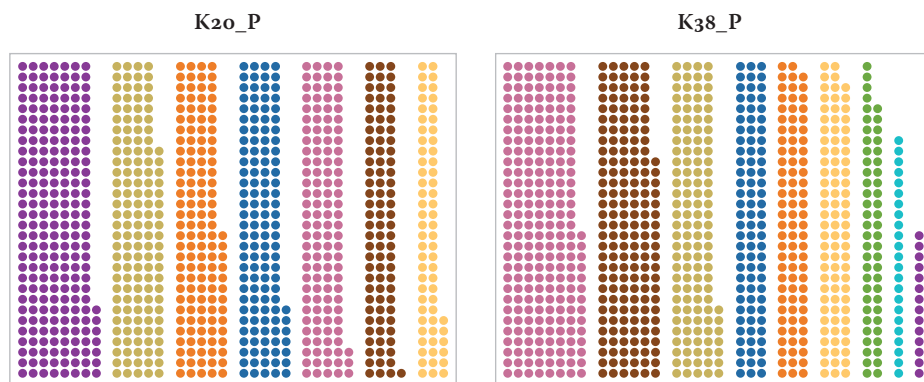
Kiedy po raz pierwszy zostałam oddelegowana na oddział covidowy, byłam w domowej izolacji dla bezpieczeństwa licznej wspólnoty, by coś nie przynieść i nie zarazić. Było to bardzo trudne doświadczenie braku bliskości i uczestnictwa w życiu wspólnoty,

poza refektarzem, poza kaplicą, cały czas w masce w domu, spotęgowana samotność przeżywania nowej rzeczywistości. Bezradność, bezsilność, absurdalność własnych zachowań, lęk, by kogoś nie zarazić, szpital i... pustelnia (K38_P).

Przeżycia, których doświadczyła rozmówczyni, odcisnęły się mocno na jej sposobie postrzegania sytuacji pandemii, leczenia chorych, ale również swojego miejsca we wspólnocie zakonnej. Półroczna samoizolacja nabrała znamion autoizolacji i samowykluczenia. To niebezpieczne zjawisko społeczne występowało prawdopodobnie znacznie częściej wśród medyków jako efekt kumulacji wielu czynników generujących wykluczenie społeczne.

Na koniec rozważań na temat samoizolacji warto dokonać zestawienia dwóch wywiadów przeprowadzonych z pielęgniarkami. Portrety wywiadów prezentują dość odmienne postrzeganie problematyki bliskości i izolacji społecznej w życiu osobistym i w pracy zawodowej. Portrety powstały w wyniku analizy wybranych dokumentów. Układ kolorów odpowiada procentowej wielkości fragmentów przypisanych do danych kodów, na przykład kod „dotyk chorego” oznaczony kolorem ciemnofioletowym występuje w obu wywiadach, ale w bardzo zróżnicowanym zakresie.

Schemat 11. Odmienne postrzeganie bliskości i izolacji przez badanych



Legenda:

Kolory:

- ciemnofioletowy: dotyk chorego;
- pomarańczowy: bliskość i oddalenie;
- jasnofioletowy: bliskość z chorym;
- żółty: bliskość z Bogiem;
- ciemnożółty: samotność i osamotnienie;
- granatowy: trudności w opiece chorego;
- brązowy: izolacja;
- zielony: bliskość społeczna po pandemii;
- jasnoniebieski: bliskość w zespole.

Źródło: badania własne.

Analiza dokumentów przebiega od lewej strony do prawej z założeniem, że wywiad K20_P (po lewej) będzie traktowany jako punkt odniesienia. Porównanie portretów obu wywiadów pokazuje, że w dokumencie K20_P największą powierzchnię zajmują kody związane z dotykiem chorego (kolor ciemnofioletowy), które w przypadku wywiadu K38_P obejmują marginalną powierzchnię. Większy obszar oznaczony tym kolorem sugeruje większe zainteresowanie tym kodem, a więc haptyczną formą bliskości z chorym człowiekiem. Wręcz marginalne znaczenie ma ten wątek w wywiadzie K38_P.

Nieco mniej miejsca w wywiadzie zamieszczonym po lewej stronie zajęły kody nawiązujące do samotności i izolacji (kolor ciemnożółty i brązowy). Ten obszar w wywiadzie po prawej stronie ma podobną wielkość. To oznacza, że obie rozmówczynie poświęciły temu tematowi podobny procent swojej wypowiedzi. Kolorem pomarańczowym zaznaczono kody związane z bliskością i oddaleniem i ta tematyka zajęła w dokumencie K20_P również więcej przestrzeni. Wynik ten jest prawdopodobnie konsekwencją większego zainteresowania problematyką dotyku autorki wypowiedzi K20_P niż K38_P.

Kolor granatowy obrazuje kody zgrupowane wokół trudności występujących w opiece sprawowanej nad chorym człowiekiem. W wywiadzie K38_P kody te występują rzadziej niż w K20_P, co sugeruje, że obie rozmówczynie dostrzegają te problemy, ale autorka wywiadu oznaczonego niższym numerem szerzej je wyjaśnia.

Kolor jasnofioletowy oznacza skupienie uwagi na bliskości z pacjentem. Warto zaznaczyć, że te kody w wywiadzie K38_P zajmują największą powierzchnię na mapie dokumentu. To wskazuje na duże zainteresowanie tym tematem przez wypowiadającą się pielęgniarkę. Podobna dysproporcja występuje w zakresie stwierdzeń odnoszących się do izolacji i samoizolacji. Wywiad o wyższym numerze zdecydowanie częściej nawiązuje do tej kwestii.

Kolor żółty obrazuje częstotliwość występowania kodu „bliskość z Bogiem”. Jest to zagadnienie skupiające podobną uwagę obu rozmówczyń. Kolor zielony (nieobecny w wywiadzie K20_P) przypisano do formowania się obecnego kształtu bliskości w społeczeństwie i ochronie zdrowia wyłaniających się z pandemii COVID-19. Kolor jasnoniebieski oznacza bliskość w zespole i występuje marginalnie tylko w wywiadzie K38_P.

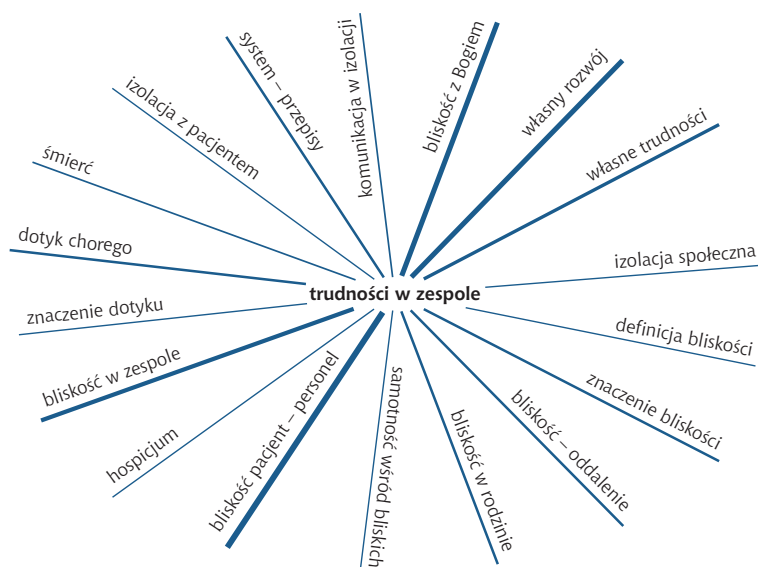
Porównanie wybranych dokumentów pozwala wnioskować, że problematyka izolacji i samoizolacji w okresie obowiązywania reżimu sanitarnego jest niezwykle skomplikowana, ludzie przeżywają ją w podobnych

warunkach i formach, ale jednocześnie ma ona wyraźnie indywidualne rysy. Stanowią one o oryginalnej percepcji i niepowtarzalności części doświadczeń pandemicznych.

7.4. Trudności w budowaniu bliskości w zespole

Kod „trudności w zespole” jest bardzo rozbudowaną kategorią, dlatego dla przejrzystości analiz postanowiono przedstawić zasadnicze powiązania tego kodu z innymi kodami, najczęściej z nim występującymi. Wyniki tego opracowania ukazuje schemat 12.

Schemat 12. Model współwystępowania kodu „trudności w zespole”



Źródło: badania własne.

Na schemacie 12 grubości linii łączących kod „trudności w zespole” z pozostałymi kodami są proporcjonalne do częstości współwystępowania tych kodów. Dzięki temu schematowi można wyznaczyć mapę wypowiedzi uczestników badań zawierających omawiany kod. Biorąc pod uwagę najistotniejsze powiązania, można wnioskować, że w wypowiedziach wystąpiły wątki związane z zakłóceniem bliskości z zespołem, z pacjentem, z Bogiem. Rozmówcy odnosili się również do przeżywanych przez nich osobistych trudności, własnego rozwoju czy przepisów sanitarnych obowiązujących

w czasie pandemii. Można więc przyjąć, że właśnie analiza tych kodów wniesie najwięcej informacji do omawianego zagadnienia.

Zanim nastąpią bardziej szczegółowe analizy wybranych kodów, warto zwrócić uwagę na kluczowe słowo w badanym obszarze, którym jest „konflikt”. Wyniki komputerowej eksploracji kontekstu znaczeniowego tego wyrazu zawiera schemat 13.

Schemat 13. Pole semantyczne słowa „konflikt”

Najczęstsze kombinacje słów	Najczęściej występujące słowa kontekstowe
— 1 nagle zaczynały wychodzić konflikty	— 20 konflikty
— 1 konflikty interesy prywatne	— 6 konfliktów
— 1 mnóstwo wyszło konfliktów	— 5 konflikt
— 1 większe konflikty wyjdą	— 3 bo...
— 1 zaczynały wychodzić konflikty	— 3 konfliktu
— 1 żadne konflikty wchodzić	— 2 konfliktują
— 1 ciągły konflikt	— 2 nagle
— 1 konflikty interesy	— 2 rodzinie

Źródło: badania własne.

Schemat 13 przedstawia wykaz najczęstszych kombinacji słów oraz najczęściej występujące słowa kontekstowe związane z konfliktem. Liczby występujące na schemacie pokazują, ile razy został użyty dany ciąg słów lub słowo kontekstowe.

Często występujące określenia kontekstowe zawierające czasowniki to: „powodować konflikty”, „wchodzić w konflikty”, „wdawać się w nie”, „wciągać w nie kogoś”, „zaczynały wychodzić konflikty”. Świadczą one o dynamizmie zawartym w polu semantycznym omawianego słowa: konflikt nie rozgrywa się bez zaangażowania stron. Szczególnie znaczące jest użycie czasownika „wychodzić” w odniesieniu do konfliktu. Sugeruje on, że w czasie pandemii niektóre trudne sytuacje wyszły z ukrycia, a uzewnętrznione, stały się niekiedy zarzewiem konfliktu.

Konflikty w zespole prawdopodobnie dotyczyły różnych obszarów. W materiale badań znajdują się opisy sporów, które rozgrywały się na styku troski o budowanie bliskości z jej utrudnieniami. W tym obszarze sytuują się wypowiedzi, które opisują, w jaki sposób trudności związane z sytuacją epidemiologiczną naruszały jedność zespołów w placówkach. Było wiele czynników przeszkadzających w zachowaniu jedności. Jednym z nich była

kwestia szczepień przeciwko COVID-19. Ten temat stanowił istotny wątek dużej części wywiadów, dzieląc rozmówców pod względem akceptowalności stosowania szczepionek. Podobnie jak miało to miejsce w polskim społeczeństwie, w ochronie zdrowia występowały na tym tle podziały sytuujące się wzdłuż amplitudy od pełnej akceptacji do negacji. Warto przytoczyć dwie rozbieżne wypowiedzi:

Ja miałam taki moment, że byłam za tym, żeby kurczę, odsunąć od pracy ludzi, którzy są nieszczepieni. Byłam za tym w którymś momencie, bo tak sobie pomyślałam, że nasi chorzy to naprawdę jest trzcina na wietrze. Dla nich infekcja covid może być tą infekcją ostatnią, więc dopuszczenie do pracy pracowników, którzy są nieszczepieni, w momencie, kiedy my izolujemy od rodziny, która może być źródłem zakażenia, no to też jest nie *fair*. Nie pozwalaliśmy na odwiedziny. Tu bardzo pilnowaliśmy, żeby rodzina nie przychodziła. A nasz personel nieszczepiony. No, to... jest niesprawiedliwe... wobec tych rodzin. Bym powiedziała nieetyczne, bo oni stanowią źródło zakażenia. Prawda jest taka, że szczepiony też może być źródłem zakażenia, bo jemu nic nie będzie, a przeniesie (M6_L).

Ktoś szedł korytarzem i mówił do mnie: „No to jak z tymi szczepieniami?”. Ja mówiłem, że na razie **nie**. I nagle słyszałem: „Jak to **nie**?! Co to w ogóle znaczy?!” [...]. Albo kiedy ja wchodzę, jest dwudziestu stażystów i oni mówią: „Ty się zaszczep!”. [z poruszeniem] Dla mnie to było bolesne... I nie ukrywam, że to moją bliskość z niektórymi osobami zburzyło. To były sytuacje, które mnie autentycznie bolały. Złamały moje relacje w pracy, to na pewno (M4_L).

Obie wypowiedzi zawierają osobiste przekonania lekarzy, którzy bazując na dostępnej wiedzy, doświadczeniach zawodowych oraz przyjętych schematach postępowania etycznego, ustosunkowali się do problematyki szczepień. Decyzja rozmówcy o przyjęciu szczepionki bądź jej odmowa, oprócz znaczenia dla jego zdrowia, zawiera także wymiar społeczny. Po pierwsze odnosi się do bezpieczeństwa najbliższej rodziny. Po drugie ma znaczenie, choć czasem kwestionowane, dla bezpieczeństwa pacjentów, co zostało dobitnie podkreślone w pierwszej wypowiedzi. Wreszcie ma odniesienie do atmosfery panującej wśród personelu. Niestety w niejednym przypadku ten ostatni obszar bywał osłabiany przez konflikty wokół stosowania szczepionek. Druga wypowiedź pokazuje emocjonalny ładunek z tym związany.

Czasowe lub stałe naruszenie relacji w pracy z powodu różnych podejść do omawianej kwestii było negatywną konsekwencją sporu. Były też pozytywne skutki, na przykład poszukiwanie dróg wzajemnego zrozumienia, kompromisu, uczenia się cierpliwości. Ta ostatnia sprawa odnosiła się szczególnie do osób odpowiedzialnych za organizację codziennej pracy na oddziałach. Pielęgniarka, znając przekonania pracowników, stosowała zasadę:

W zespole kilka osób było przeciwnych szczepieniom, więc dla mnie jest to też dziwne. Ale starałam się to uszanować, bo nie ma możliwości, żeby kogoś zmusić do tego (K14_P).

Organizacja pracy w czasie reżimu sanitarnego wymagała więc znacznie więcej wysiłku niż w normalnych warunkach. Nie zawsze udawało się zaspokoić potrzeby wszystkich pracowników, zwłaszcza zagrożoną potrzebę bezpieczeństwa. Jak można przypuszczać, w zespołach dochodziło również na tym tle do sporów, które wspomina pielęgniarka:

Bardzo się kłóciliśmy w zespole. Tak, był taki czas. Na początku właśnie był problem odzieży do ochrony, że jak jej nie będzie, to dziewczyny nie będą pracować. Znaczą ją próbowałam zrozumieć, bo jednak ten strach, każda z nas albo prawie każda ma rodzinę, ma dzieci. Niektórzy mają dorosłe, to mają też i wnuki, swoje dzieci małe i starsze. Myślę, że też to była troska o swoje rodziny. Ale z drugiej strony też musiałam zapewnić opiekę tym pacjentom (K14_P).

Do kłótni dochodziło również w innych okolicznościach, na przykład podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych w parach. Nałożenie się różnych sposobów mycia pacjentów, zmęczenia, stresu, a nade wszystko odmiennych charakterów przypadkowo dobranych osób, które pracowały ze sobą przez długi czas, wywołało kryzys:

Doszło parę razy do dekompensacji takiej, że my, mając całą wiedzę i doświadczenie, my się strasznie kłóciłyśmy przy pacjentkach. Bardzo mocno (K26_PL).

Emocje wymykały się spod kontroli, a posiadana wiedza i zdobyte doświadczenie nie były zasobami wystarczającymi, aby zapobiec powstawaniu konfliktów. Pomagały jednak w tym, by w konflikty „włączyć” podopiecznych, czyli przeprosić ich i wytłumaczyć im przyczynę wybuchu emocji:

My to robiliśmy. Mieliśmy też wsparcie od nich. Ale dochodziło do takich sytuacji. Później były też śmiechy z tego, że zostaliśmy tak poparowani (K26_PL).

Omawiany przykład konfliktu pokazuje, że niektóre z napięć w zespołach były przejściowe i miały wraz ze stabilizowaniem się sytuacji w placówkach.

Zdarzało się jednak, że bodźce wywołujące napięcia utrzymywały się. Jednym z ważnych powodów konfliktów były zarobki, a zwłaszcza problem niedofinansowania pracowników ochrony zdrowia lub dysproporcje w wynagrodzeniu. Temat ten przewija się tylko w kilku wywiadach, ale jego konotacje są szerokie. Przedstawicielka pracodawcy zauważa, że atmosfera i nastawienie w pracy w hospicjum uległy w ostatnich latach zasadniczym zmianom polegającym na odchodzeniu od „więcej”: „więcej dawania z siebie, jakąś większą troskę, większą opiekę, większe zaangażowanie”, niż jest to zapisane w umowie o pracę (K3_N). Wydaje się, że odejście w kierunku „mniej” w zaangażowaniu, a jednocześnie oczekiwanie „więcej” wobec zarobków jest zjawiskiem powszechnym, które nie omija ochrony zdrowia. Zagadnienie to jest jednak bardziej skomplikowane. Sytuacja pandemii spowodowała, że

[...] część pielęgniarek została odsunięta, bo pracowała gdzie indziej, więc w zasadzie siedziały w domu, a się płaciło pieniądze. Część ludzi zaczęła zdalnie pracować. I lekarzy, i część pielęgniarek. To nie było dobre (K3_N).

Należy zaznaczyć, że w czasie pandemii można było zaobserwować duże dysproporcje w wynagrodzeniach lekarzy i pielęgniarek. Ich praca w szpitalach jednoimiennych i na oddziałach covidowych dawała możliwość osiągnięcia znacznie większych zarobków, co oczywiście wiązało się z akceptacją trybu i specyfiki pracy w tych jednostkach. Jeden z lekarzy tak przedstawia ten problem:

To było dodatkowe wynagrodzenie. Duże dodatkowe wynagrodzenie. I tak mi się niektórzy żalili... Zresztą piszą o tym różni i to nie jest tajemnica, że uważają, żeśmy się dorobili na covidzie, lekarze i służba zdrowia. A tam była ciężka praca i jak mówię, część pracowała, część nie pracowała. Jeszcze dyrekcja różnie to traktowała, lekarze w szpitalu inaczej. W niektórych szpitalach to bardzo były duże dodatkowe pieniądze, w niektórych nie. Więc to było niedograne (M3_L).

Oczekiwanie większych zarobków nie zawsze spotykały się z gotowością do ich spełnienia ze strony podmiotów finansujących konkretną placówkę. Jednocześnie pojawiły się żądania płacowe części pracowników mające swoje uzasadnienie w ustawodawstwie państwowym. Konflikty na styku oczekiwań i możliwości ich finansowania były trudne, naruszały stabilność zespołów, psuły atmosferę i powodowały niesnaski. Co ważne, te napięcia najczęściej nie skutkowały decyzją o zmianie miejsca pracy, nie były też wyrazem sprzeciwu wobec idei pracy hospicyjnej czy w szpitalu, ale domaganiem się podwyżki: „Tu głównie o pieniądze chodziło. Tylko” (K18_P). Przywiązanie do miejsca pracy, jej specyfiki, a także do współpracowników było czynnikiem wzmacniającym argumentację za pozostaniem. Propozycja rozwiązania sporu została zaakceptowana przez pracodawcę i pracowników.

Algorytm przyznawania wysokich dodatków za pracę z osobami zakażonymi wirusem COVID-19 wywoływał szerzej zakrojoną dyskusję. Możliwość zdobycia dużych korzyści finansowych była niekiedy podstawową motywacją podejmowania pracy. Osoby, które pracowały, nie mając bezpośredniego kontaktu z koronawirusem, wykonywały wiele zadań w zespołach uszczuplonych o pracowników, którzy zostali przeniesieni lub sami odeszli do pracy na oddziałach covidowych. Takie sytuacje rodziły napięcia w personelu i dzieliły środowisko medyczne. Zaczęto więc poszukiwać niesystemowych rozwiązań, które mogłyby poprawić atmosferę w konkretnych zespołach. Jedną z propozycji przedstawiła pielęgniarka, która uważała, że sposób wynagradzania w ochronie zdrowia nie powinien zawierać możliwości dodatkowych zarobków. Płace winny być adekwatne do podejmowanego ryzyka, ale nie różnicowane przez miejsce wykonywania pracy. Konflikty straciłyby wtedy rację bytu. Rozmówczyni zwróciła także uwagę na inne zarzewie napięć – różne zasady rozliczania pracy lekarzy i pielęgniarek. Odwołując się do swoich doświadczeń i dobrych praktyk, zauważyła, że wszyscy tworzą jeden zespół, dlatego konieczne jest porozumienie i sprawiedliwy podział środków (K14_P).

Nie tylko kwestie finansowe dzieliły zespoły medyczne. Do zatargów prowadził także brak szacunku i zrozumienia wobec współpracowników. Jedną z pielęgniarek wspomina moment podjęcia decyzji o zmianie miejsca pracy. Nadszedł on wtedy, gdy przemęczona obowiązkami młoda adeptka zawodu pielęgniarstwa doświadczyła braku wyrozumiałości i wsparcia ze strony doświadczonego personelu:

Już nie byłam w stanie wytrzymać tam, gdzie nie spełniam się w żaden sposób, gdzie mija pół roku, a te pielęgniarki starsze ode mnie dwadzieścia lat dalej wymagają, żebym mówiła do nich na pani. I ja w ogóle nie miałam nic przeciwko, bo ja też przyszedłam do tej pracy z myślą, że jestem młodsza i żeby się od nich nauczyć, ale teraz z tej perspektywy widzę taką dużą nieprawidłowość, bo jednak spędzamy ze sobą jedną trzecią życia w tej pracy, nawet więcej niż z rodziną się przebywa czy z bliskimi i ja mam tam dalej mówić im na pani?! Dlaczego nie wejdziemy w jakieś bliższe relacje?! I to spowodowało, że się źle tam czułam. Że nie odczuwałam właśnie bliskości chociażby, takiego wsparcia [...]. Być może dlatego też mi tam było ciężko, bo miałam poczucie, że nie mogę wykonać swojej pracy dobrze (K10_P).

Narracja pielęgniarki zawiera opisy trudu łączenia studiów z pracą zawodową na oddziale w warunkach reżimu sanitarnego. Brak należytego wprowadzenia, instrukcji i merytorycznego wsparcia był przez nią boleśnie odczuwany. Nie mniej przykre było poczucie, że między nią a pozostałymi pielęgniarkami widać duży dystans, nieprzystający do atmosfery pracy w zagrożeniu. Bariera komunikacyjna odzwierciedlała niedostatek wzajemnej pomocy, a pośrednio także bliskości międzyludzkiej. Decyzja o zmianie miejsca pracy okazała się trafna i spowodowała, że kobieta zaczęła pracować w zespole, który kompensował dotychczasowe deficyty. Wróciło poczucie dobrze wykonywanej pracy i satysfakcja z niej. Postawy nowo poznanych pielęgniarek znacząco różniły się od zachowań byłych współpracownic.

Konflikt wystąpił również na linii zespół – kapelan. Jedna część zespołu, z obawy przed rozprzestrzenieniem się koronawirusa, optowała za zawieszeniem pełnienia posługi duszpasterskiej w hospicjum na czas reżimu sanitarnego. Druga część wraz z kapłanem uważała, że zwłaszcza w tym czasie należy dać chorym możliwość skorzystania ze świętych sakramentów i wsparcia duszpasterza. Rozwiązaniem sporu była decyzja zarządu:

Wtedy też zarząd stanął po mojej stronie, czyli nakazał wyznaczenie, jakie stroje mają obowiązywać, ale nie eliminację księdza. Więc kupiono mi takie mundurki, jak mają lekarze czy pielęgniarki, tylko że czarne, tak że rozbieram się, przebieram w te mundurki. Na to w tej największej fazie szły flizelinowe wszystkie rzeczy zabezpieczające, a na koniec te barierowe, kombinezony, z przyłbicami, z maskami. No ale byłem, czyli jak ktoś chciał sakramentów, to przychodziłem. A ja od siebie to zrobiłem, że do tych, którzy są

już namaszczeni, przygotowani, to przychodziłem tylko raz w tygodniu, do wszystkich. Więc tak to powprowadzaliśmy (M2_K).

Warto zauważyć, że tarcia związane z dostępnością opieki duszpasterskiej załagodzono za pomocą kompromisu. Dylemat, czy umożliwić realizację opieki duszpasterskiej, przeformułowano na pytanie o warunki, które należy spełnić, by tę pomoc świadczyć. W wyniku tej zmiany opracowano rozwiązanie, które pomyślnie wdrożono.

Wybrane przykłady trudności występujących wśród pracowników ochrony zdrowia pokazują, z jakimi obciążeniami i wyzwaniem zmagali się oni w czasie obostrzeń pandemicznych. Emocje towarzyszące konfliktom bywały rozładowywane i wtedy napięcia ulegały osłabieniu, ale bywało i tak, że dochodziło do trwałych podziałów czy zniechęcenia w budowaniu bliskości ponad podziałami. Szczęśliwie nie brakło osób, które potrafiły spojrzeć w ten sposób na trudne sytuacje:

Jak my teraz na siebie patrzymy? Normalnie. Staramy się normalnie. Trudno, jesteśmy różni, każdy jest inny i musimy się tolerować (K13_P).

Warto podkreślić, że sytuacje konfliktowe uzewnętrzniły wiele skrywanych emocji, dały szansę na lepsze poznanie siebie i innych, oczyściły relacje z udawania. Jednocześnie były dużym obciążeniem w czasie, który ze swej natury był bardzo trudny. Próby przewyciężenia podziałów i zbudowania nowego *modus vivendi* bliskości stanowią duże wyzwanie, są one jednak niezbędne na drodze do zjednoczenia zespołu.

7.5. Płaszczyzny konfliktów osłabiających bliskość

Oprócz opisów trudności i sporów występujących w zespołach medycznych w materiale badawczym można wyróżnić także fragmenty dotyczące konfliktów w relacji pomiędzy personelem a pacjentem, relacji wśród pacjentów, a także relacji między personelem a rodziną pacjenta.

Antagonizmy w relacji personel – pacjenci

Konflikty w relacji personel – pacjenci dotyczyły różnych aspektów leczenia i opieki. Jednym z nich było wspomniane już podejście do stosowania szczepionek przeciwko COVID-19. Lekarka zauważyła, że najczęściej problemy były wywoływane postawą bezkrytycznej afirmacji szczepionek

lub całkowitego braku akceptacji dla nich. Wypowiadająca się kobieta umieściła swoje poglądy pomiędzy tymi skrajnościami. W jednej z rozmów z pacjentką lekarzka usłyszała argumenty przeciwko szczepieniom. Sama wyraziła zdanie, że szczepionka może mieć dobre skutki i usłyszała odpowiedź: „Polemizowałabym” (K11_L). To słowo zapadło jej w pamięci jako stwierdzenie, które charakteryzuje osoby odrzucające argumenty medyczne. Chociaż sama nie w pełni wszystkie je popierała, całkowite podważenie ich zasadności wprowadziło lekarzkę w stan wzburzenia. Po opanowaniu się powiedziała: „Ja jestem lekarzem, nie będę z panią polemizować. Niech pani siada i robimy zabieg” (K11_L). Inny lekarz wspomina o reakcji kolegi, który po uzyskaniu informacji o braku szczepienia pacjenta, odmówił jego leczenia. Choć ta historia nie została zweryfikowana, rozmówca wyraził swoje oburzenie postawą kolegi (M4_L). Napięcia między częścią pracowników ochrony zdrowia i niezaszczepionymi pacjentami występowały zwłaszcza na oddziałach covidowych i w szpitalach jednoimiennych.

Inną przyczynę konfliktów wskazują wypowiedzi, które zwracają uwagę na egocentryczne postawy pacjentów. Rozmówczyni wspomina pacjentów, którzy

[...] jakby chcieli zagarnąć wszystkich dla siebie, że ty tu bądź na każde moje zawołanie, na każde moje życzenie. To jest takie: ja, ja tu jestem najważniejszy (K28_OM).

Fizjoterapeutka nie oburza się tą postawą, ale podkreśla, że stwarza ona trudne sytuacje, których można by uniknąć, czego dowodem są odmienne zachowania wielu pacjentów. Twierdzi, że człowiekowi choremu również należy stawiać wymagania, a nie całkowicie pobłażać. Sama jest jednak bardzo wyrozumiała, bo zgadza się z żartobliwym powiedzeniem, że egoizm opuszcza człowieka dwie godziny po śmierci (K28_OM).

Raportowanym powodem sporów był także brak wzajemnego zrozumienia, a co za tym idzie, zaufania. Rozmówczyni opisuje przypadek pacjenta, który nie chciał nijak współpracować z personelem. Ważył 130 kilogramów, był „[...] trochę arogancki, nieprzyjemny, nie chciał przyjmować rad” (K19_F). Co więcej, buntował innych chorych, podważając kompetencje zespołu medycznego. Sam tracił na tym, narzucając własny styl opieki, którą w pełni kontrolował. Efektem było „omijanie go szerokim łukiem” przez pracowników aż do czasu, gdy udało się im przekonać do siebie pacjenta. Metoda małych kroków i pertraktacji przyniosła rezultaty. Okazało się, że pacjent jest dość sprawny i nie wymaga takiej opieki, jakiej się domagał.

Obdarzenie zespołu zaufaniem sprawiło, że zanikła u niego potrzeba nadmiernej kontroli i otworzył się na współpracę:

Ale ten moment docierania się i znalezienia był jednym z najtrudniejszych. Żebyśmy mu zaufali, że on potrafi, a on nam, że my mamy takie, a nie inne zasady po to, żeby nic się złego jemu nie stało. To jest trudne wypracowanie, bo każdy pacjent inaczej przeżywa swoją chorobę (K19_F).

Zrozumienie wśród rozmówców dla trudnych pacjentów jest duże. Nawet wtedy, gdy okazują agresję, odmawiają współpracy czy w inny sposób manifestują swoje niezadowolenie, ich postawy są najczęściej interpretowane w kluczu cierpienia związanego z chorobą. Rozmówcy stawiają chorym wymagania, ale jednocześnie wiedzą, że nie zawsze chodzi o ich bezwzględne przestrzeganie, ale raczej o mobilizację do ich stosowania w wynegocjowanym zakresie.

Napięcia między pacjentami

W czasie izolacji społecznej dochodziło także do tarć między pacjentami. Podobnie jak w życiu społecznym, część napięć związana była z przepisami reżimu sanitarnego. Pielęgniarka pracująca w przychodni stwierdziła:

Mogę mówić tylko o negatywnych skutkach pandemii. Przykro mi bardzo, ale po prostu w ludziach to zrodziło same negatywne zachowania. Tak jak mówię, strach, wyobcowanie i ogromny indywidualizm, taki negatywny, gdzie po prostu ludzie, jeden na drugiego patrzył wilkiem. Że bali się po prostu jeden drugiego. „Odsuń się pan ode mnie! A czemu pan tak blisko jest?! Czemu pan kaszle na mnie?! Nie ma pan chusteczki? Proszę maskę. Maskę wyżej!”. To było notoryczne. Inna sprawa, że ci starsi pacjenci przychodzili w takich maskach, że oni je chyba miesiąc nosili (K6_P).

Pesymistyczna ocena pielęgniarki odwołuje się do zachowań spowodowanych między innymi lękiem przed zakażeniem. Większość pacjentów w przychodni to osoby starsze, stanowiące grupę wysokiego ryzyka, ich obawy przed zachorowaniem były więc najbardziej nasilone. Wzajemne upominanie i utarczki w kolejce do gabinetu były codziennością. Pielęgniarka ze smutkiem stwierdziła, że konsekwencje pandemii wzmocniły społeczne zachowania. Na końcu wypowiedzi dodała, że w niejednym przypadku uwagi pacjentów były uzasadnione, ale nie zgadzała się z formą ich

przekazywania. Zamiast wdawać się w dyskusje, sama podejmowała działania – wszystkim pacjentom wchodzącym do gabinetu rozdawała maseczki i polecała nimi zastąpić używane. Natychmiast rozwiązało to część napięć.

Zatargi między pacjentami pojawiały się także w poważniejszych okolicznościach. O takim przypadku wspomina pielęgniarka, która zauważyła niewłaściwe reakcje pacjentek na kobietę chorą na nowotwór głowy. Pacjentka ta umierała i była z tym pogodzona. Pozostałym chorym było jednak trudno znosić przykre zapachy związane z tym specyficznym, „paskudnym” typem zachorowania. Wtedy pielęgniarka zwróciła im uwagę:

Ja już nie wytrzymałam i wtedy huknęłam na te dwie pacjentki. Ja mówię: „Wiecie co, panie? Wstydziłybyście się. Bo ta pacjentka nosi krzyż za nas wszystkich!”. A ona taka pogodzona z tym wszystkim. Akceptująca wszystko. I tak pięknie umierała... I myśmy właśnie miały potrzebę, żeby ją ubrać, wyelegantować, tak przygotować, żeby to było tak jak trzeba. Takie czasami są emocje, że człowiek nie da rady, ale raczej staramy się być takie ludzkie dla tych pacjentów (K21_P).

Reprimenda zadziałała, ale pielęgniarka ma poczucie, że prawdopodobnie użyła zbyt mocnych słów wobec pacjentek. Wypowiedziała je w dobrej wierze, kierując się współczuciem i podziwem dla umierającej. „Wyelegantowanie” jej ciała po śmierci było okazaniem tych uczuć, a być może także wynagrodzeniem za nieprzyjazne zachowania innych pacjentek.

Trudności w relacji personel – rodzina

Konflikty rodzin z medykami wynikają często z niezaspokojonych oczekiwań najbliższych. Pojawiający się niekiedy żal dotyczy niewłaściwego, zdaniem rodziny, leczenia czy traktowania chorego. Pielęgniarka wyjaśnia przyczynę tych zarzutów:

Często gęsto jest tak, że rodziny ogromny żal mają. Że lekarze rodzinni nie zaczęli sami leczyć, nie wysyłali do specjalistów, że bagatelizowali niektóre objawy u pacjenta, że w sumie przez pandemię... Na kogoś trzeba zrzucić odpowiedzialność (K31_P).

Rozmówczyni zasugerowała, że okazywanie pretensji jest w rzeczywistości poszukiwaniem winnych obecnego stanu pacjenta. Ten sposób argumentacji można było znaleźć także w innych obserwacjach. Wypowiedź lekarki ujmuje zagadnienie znacznie szerzej. Według niej pandemia uwidoczniła

problemy, z którymi rodziny zmagają się już wcześniej, a zakaz odwiedzania chorych je zintensyfikował. Biorąc to pod uwagę, rozmówczyni zauważa:

Jest też taki typ rodzin, które mają taką potrzebę nadzorowania. Czyli codziennie popatrzeć, jak to jest. I jeżeli odbieramy im to, no to to wzbudza w nich agresję, niepokój i my to odbieraliśmy przez te telefony, cały czas braliśmy to wszystko na siebie. Ale tak jest. Jak ktoś nie jest pogodzony ze śmiercią, z ciężką chorobą osoby bliskiej, to w różny sposób to sobie tłumaczy. Albo ma wyrzuty sumienia, że wcześniej się nie zajmował, albo ma wyrzuty sumienia, że oddaje do hospicjum. Mam nadzieję, że to zachowanie wynika z tych wyrzutów sumienia, gdy nam zarzucają pewne rzeczy. I to jest najbardziej przykre, i z tym się nigdy nie możemy pogodzić. Bo jest nam z tym bardzo, bardzo ciężko. Bo to jest najbardziej krzywdzące, że ktoś w ten sposób... My naprawdę i pielęgniarki potrafimy dużo z siebie dać, a potem i tak jest źle (K16_L).

W agresywnych słowach i zachowaniach członków rodzin rozmówczyni dopatrywała się śladu niezaspokojonej potrzeby kontroli stanu zdrowia pacjenta. Niemożność odwiedzania go wzmacniała niepokój i sprawiała, że rodziła się agresja skierowana w stronę personelu medycznego, który był postrzegany jako winny zaistniałej sytuacji. Takie zachowania medycy „biorą na siebie” jako w pewien sposób usprawiedliwione. Lekarka odwoływała się także do niepogodzenia się ze śmiercią bliskiej osoby i do niepokojów sumienia członków rodzin. Uważała, że te przyczyny stanowią o zarzutach wobec zespołu, które są niesprawiedliwe i krzywdzące. Mówiąc „mam nadzieję”, zakładała możliwość istnienia jeszcze głębszych źródeł tej agresji. Wyrzuty sumienia z powodu niepodjęcia opieki nad chorym lub oddania go pod opiekę hospicyjną uzewnętrzniają się w formie pretensji wobec lekarzy. Kobieta nie okazuje tu pobłażliwości. Uważa, że taka ocena ich pracy jest nieadekwatna i nieobiektywna. Poczucie krzywdy wzmacnia świadomość, że lekarze i pielęgniarki są mocno zaangażowani w proces leczenia i opieki. Poczucie niezrozumienia ze strony rodzin opiera się na doświadczeniu ich powtarzalnej reakcji: „potem i tak jest źle”. Wypowiedź rozmówczyni jest dynamiczna i emocjonalna. Poruszenie wywołane wspomnieniem konfliktów z rodzinami prowadzi ją do stwierdzenia:

Powiem tak, że my czasami mówimy już tak ze złością: „Kurde, to niech sobie jadą do szpitala, to zobaczą, jak jest!”. To jest taka zasada: dajesz palec, a ktoś ci chce wyrwać całą rękę i całe ramię. To czasami, mówię, wynika z ich wewnętrznego niepokoju (K16_L).

Niedocenie miejsca, atmosfery i otwartości pracowników hospicjum jest niesprawiedliwe, a co za tym idzie, krzywdzące.

Inną z przyczyn roszczeniowego nastawienia rodzin jest niezrozumienie zasadności stosowanych przepisów. Wynika ono niekiedy z braku dostatecznej wiedzy, innym razem z subiektywnej perspektywy interpretacji zakazów. Najtrudniej było w czasie umierania, gdy rodzina nie mogła być blisko chorego. Pielęgniarka wspomina trud konfrontowania się z rodzinami, które domagały się możliwości towarzyszenia chorym. Warto przytoczyć tu fragmenty kilku dialogów:

Rodziny mówiły: „Ale to jest moja mama i ona tam sama umiera”, a ja mówię: „Wiem, ale ja nic pani nie zrobię”.

Ktoś się z kimś umierającym nie widział od trzech tygodni, a ja mówiłam: „Macie państwo 15 minut”. I po piętnastu minutach „Bardzo proszę wychodzić”.

„Ale czy pani nie widzi, że to jest moja matka, i ona umiera? Jak pani może?!”.

A ja mówię: „A czy pani nie widzi tej pacjentki obok, która jeszcze żyje i która jak od pani złapie covid, to będzie umierać tak samo?” (K20_P).

Przywołane sytuacje były bardzo trudne zarówno dla chorych, ich rodzin, jak i dla personelu. Odegranie roli „tych złych, tych, co odmawiają” (K20_P) było emocjonalnie bardzo kosztowne. Oczekiwanie od pracowników cudu powodowało frustracje zespołu. Uczestnicy badań starali się zrozumieć motywy agresywnych zachowań rodzin, próbowali okazać cierpliwość, ale jednocześnie troszczyli się o bezpieczeństwo innych pacjentów. Ta autorefleksja dotyczyła głównie wyników starań, które nie zawsze były zadowalające (K7_P).

Konflikty występujące w społeczeństwie w czasie izolacji miały swoje odzwierciedlenie w placówkach medycznych. Przybierały tam formę codziennych utarczek, a niekiedy długotrwałych niesnasek. Spory wyrażały stan emocjonalny pacjentów, ich rodzin i personelu. Próby ich osłabienia udawały się, ale nie zapobiegały ich ponownym pojawieniom się w niedługim czasie. Sytuacja pandemii przyczyniła się do ich występowania.

7.6. Komunikacja jako antidotum na izolację

„Izolacja” i „komunikacja” to terminy przeciwstawne, a jednak w warunkach reżimu sanitarnego koegzystowały, kształtując codzienność placówek medycznych. Schemat 14 przedstawia najczęściej występujące słowa we fragmentach zakodowanych kategoriami „izolacja społeczna” i „komunikacja”.

Schemat 14. Chmura słów występujących z kodami „izolacja społeczna” i „komunikacja”



Źródło: badania własne.

Na schemacie 14 łatwo zauważyć, że usytuowany centralnie, a więc występujący z największą częstotliwością jest rzeczownik „telefon”. Obok niego wyróżniono rzeczowniki w odmianie: „chorzy”, „pacjenci”, „kontakt”, „rozmowa”, „praca”, „maski” czy „pandemia”. Rozmówcy podkreślali, że w czasie izolacji dużego znaczenia nabrały różne sposoby komunikacji z wykorzystaniem technologii informacyjnych. Posługiwano się tabletami, laptopami, a najczęściej telefonami. Sądząc po kontekstach użycia tego słowa, odnoszono je najczęściej do smartfonów. Za pomocą telefonów robiono zdjęcia, nagrywano krótkie filmy, a przede wszystkim prowadzono rozmowy. Zdjęcia i filmy były przydatne wtedy, gdy stan pacjenta był stabilny i mógł samodzielnie korzystać z aparatu. Możliwość zobaczenia bliskich na zdjęciach czy filmach dawała otuchę i mobilizowała do walki o powrót do zdrowia. Wielokrotne odtwarzanie nagrań uprzyjemniało wolno upływający czas. Aparaty służyły także do komunikacji wideofonicznej, zwłaszcza

z wykorzystaniem stosownych aplikacji, wśród których najczęściej wymieniano WhatsApp. Lekarz pracujący na oddziale covidowym doceniał tę możliwość:

Dobrze, że jeszcze te telefony większość miała i na ile mogli, to rozmawiali. Bo co byłem w szpitalu, to telefony wszyscy mieli. Część tych chorych była w dobrym stanie (M3_L).

Telefony były dobrodziejstwem dla tych, którzy cieszyli się względną samodzielnością.

Pozostali pacjenci, o ile ich stan zdrowia pozwalał na rozmowę, otrzymywali w tym zakresie pomoc innych. Tego rodzaju kontakt z bliskimi był dla nich ogromnym wsparciem. Zdarzało się jednak, że przybierał niezwykle dramatyczny przebieg ze względu na towarzyszące im okoliczności. Jedną z nich był pośpiech związany z zagrożeniem życia, zwłaszcza utratą zdolności oddychania. Pielęgniarka pracująca wśród chorych na COVID-19 wspomina pośpieszne i dramatyczne rozmowy, których była świadkiem:

Najsmutniejsze były ostatnie telefony przed intubacją i mechaniczną wentylacją. Lekarz przychodził i informował chorych, że doszło do takiego pogorszenia, że trzeba intubować, pytał o zgodę. „Panie doktorze, a mogę zadzwonić do córki, syna, męża?” Zazwyczaj było pozwolenie do jednej osoby, bo już nie było czasu, każde słowo to już była walka o życie. Zwłoka na czasie pogarszała sytuację, ale wzbudzał się i ten lęk w oczach. A potem jak odchodzili, zostawaliśmy z trudnym przeżyciem i odczuciami – nie udało się... (K38_P).

Ostatnie rozmowy telefoniczne przed intubacją były niekiedy ostatnimi w życiu pacjenta. Zgoda lekarza na zamianę kilku słów z wybranym członkiem rodziny dawała szansę na krótkie pożegnanie. W rozmowach nadzieja przeplatała się z lękiem przed śmiercią, żalem z powodu rozstania, troską o rodzinę. Lekarze i pielęgniarki nie zapewniali, że wszystko się dobrze ułoży, bo sami nie byli tego pewni, ale starali się podnieść chorych na duchu. Po uzyskaniu zgody pacjenta na podłączenie do respiratora podejmowali swoje zadania. Przykładem może być lekarz, który brał udział w intubowaniu niemogących samodzielnie oddychać pacjentów. Gdy pracował na oddziale covidowym, starał się rozmawiać z chorymi i ich rodzinami, pokonując przy tym wiele barier fizycznych i psychicznych. Przewyciężając zmęczenie, próbował pomagać i sugerował:

„Niech pani zadzwoni do dzieci”. Więc ona dzwoni: „Duszno mi tu, chcę mnie intubować. Nie wiem. Mówią, że będzie dobrze. Jak tam Kazia?” i coś ten. Już nie pamiętam, ale byłem wzruszony, jak się ta mama z tymi córkami swoimi właściwie żegnała. Pytała się o te wnuki jeszcze. Nie wiem, jakie tam były losy. Ale odległość, brak możliwości kontaktu i ten telefon jeszcze ostatni... Ja rozmawiałem czasami z tymi dziećmi przez ten telefon. Rozmawiałem, tłumaczyłem, że jest szansa. Niewielka, bo te płuca na tym tomografie kompletnie zniszczone, ale że się dusi i że przynajmniej się nie będzie męczyć, a jest jakaś tam część jednak, która z tego wychodziła. Rozmawiałem z rodzinami (M3_L).

Korzystanie z telefonu wymagało niekiedy pomocy pielęgniarek. Nie było to łatwe, bo zwykle były one przeciążone pracą. Stosowały jednak różne sposoby, by pomóc chorym. Jeśli chory w izolacji był osłabiony i nie mógł odebrać telefonu, jedna z pielęgniarek dyżurujących w hospicjum wchodziła na salę i pomagała. Rozmówczyni wspominała wzruszające wydarzenie, które sama zainicjowała:

Pacjentka miała telefon i się zapytałam, czy chce porozmawiać z córką. Ona mówi, że tak. Bo ona sama absolutnie by nie dała rady wykręcić. Pamiętam, że zadzwoniłyśmy do tej córki. Nie pamiętam treści rozmowy, ale pamiętam ten głos córki. To było takie „**Mamo?!**”, takie „**jakim cudem?!**”. Bo one nie miały ze sobą kontaktu od dłuższego czasu, bo nie było możliwości zorganizowania tego. Chyba od szpitala one nie miały kontaktu i nagle po dwóch tygodniach matka dzwoni. [kobieta uśmiechnięta i wzruszona] I ta mama oczywiście płakała, ta córka płakała, ja prawie płakałam. Jak ta rozmowa się skończyła, to ta matka mi tak strasznie dziękowała. Nie dziwię się, bo sytuacja była przewzruszająca. I z jednej strony mam ogromną satysfakcję, że to się udało i że się kilka razy tak udało, bo później jak tam przychodziłam i miałam czas, to znowu starałam się to w ten sposób wykorzystać, a z drugiej strony to było dla mnie trudne. Bo każde takie wzruszenie jest w jakiś sposób zbyt trudne, żeby było mi obojętne. Ja przy moim braku pamięci to pamiętam (K20_P).

Opowieść o „przewzruszającej” sytuacji pokazuje, jak silną potrzebę kontaktu odczuwali pacjenci i jak wiele zależało od empatii i chęci pomocy pielęgniarek. Zaskoczenie córki pacjentki i jej radość zapisały się na trwałe

w pamięci rozmówczynie. Sytuacji tej towarzyszyły radość i wzruszenie, ale także trudne emocje. Wzruszenie jest trudne, bo porusza pokłady innych uczuć, sprawia, że chora osoba przestaje być obca. Duże wzruszenie może przeszkadzać w pracy, w koncentracji i zabezpieczeniu emocjonalnym przed nadmiernym wyczerpaniem. Być może tym należy tłumaczyć niepodjęcie podobnych inicjatyw w czasie izolacji przez część personelu medycznego.

Jeszcze większego zaangażowania emocjonalnego wymagało podjęcie się pośredniczenia w przekazywaniu informacji. Pielęgniarka wspomina

[...] telefony od znajomych, których ktoś bliski leżał na oddziale. Non stop. Powiedz mu do ucha, że pamiętamy, że bardzo go kochamy, że przebaczam... (K38_P).

Przekazywanie takich komunikatów z pewnością było obciążające, a jednocześnie wzmacniające, dające satysfakcję z udziału w radości innych. Rozmówczynie opowiedziały o jeszcze trudniejszej emocjonalnie sytuacji związanej z telefonem. Były to

[...] przerażające sygnały telefonów pacjentów nieprzytomnych albo w depozytach tych, którzy już odeszli (K38_P).

Te sygnały były „przerażające”, bo były nie odwzajemnionym wołaniem o bliskość z człowiekiem nieprzytomnym bądź zmarłym.

Gdy brakowało urządzeń do mechanicznej wentylacji, telefonicznie poszukiwano placówek, które takie urządzenia posiadały:

Pomagaliśmy załatwić miejsca respiratorowe, gdy brakowało takich miejsc w całej Małopolsce. Telefony, prośby i towarzyszenie, informacje, dawanie nadziei, mówienie, że czas pokaże, tłumaczenie to, co lekarze przekazali, na prosty język. Pytania, co można zrobić, jak wspomóc bliskiego – dawanie im okazji, podpowiedzi – taka solidarność (K38_P).

Lekarz wspomina, że zdarzało się, że pielęgniarki dzwoniły do 30 placówek w poszukiwaniu wolnego respiratora (M3_L). W rozmowach potrzebne było przełożenie informacji lekarskich na język zrozumiały dla chorego i rodziny. Okazywana w ten sposób solidarność wzmacniała chorego i jego bliskich. Jak zaznacza rozmówczynie, nie zawsze udawało się skutecznie pomóc, a wtedy pozostawało trudne poczucie przegranej.

Telefony służyły również personelowi do kontaktu z rodzinami chorych i odwrotnie. W niektórych okresach reżimu pandemicznego były jedyną formą przekazywania informacji o chorych. Były postrzegane jako duże udogodnienie. Doceniając ten rodzaj komunikacji, rozmówcy jednocześnie podkreślali jego niewystarczalność, bo

[...] kontaktu twarzą w twarz nic nie zastąpi. I tego najbardziej brakowało (K28_OM).

Z rodzinami praktycznie miałyśmy kontakt tylko telefoniczny, więc tego człowieka nawet czasami nie widziałyśmy, nie znałyśmy (K18_P).

Ograniczenia kontaktu telefonicznego przyczyniały się do powstania nieporozumień i napięć między rozmówcami oraz do „poczucia przebodźcowania” (K2_P). Zdarzało się, że rozmówcy raportowali agresję doświadczaną w rozmowach telefonicznych, którą „brali na siebie” (K16_L). Nie zawsze udawało im się zabezpieczyć przed tego rodzaju atakami, a wtedy szybciej wyczerpywały się ich siły.

Telefon służył także do organizacji pracy w placówkach. Zwłaszcza osoby odpowiedzialne za ich funkcjonowanie musiały spędzać dużo czasu na prowadzeniu rozmów. Technika pomocną w komunikacji była także poczta elektroniczna, stąd stwierdzenie prezes hospicjum: „Cały czas człowiek na telefonie i na mailu” (K3_N). Taką formę pracy realizowała część personelu medycznego oraz niemedycznego. Długie rozmowy związane ze zgłoszeniem chorego do opieki hospicyjnej dotyczyły nie tylko kwestii decyzji o jego przyjęciu bądź odmowie, ale i były okazją do poruszenia innych trudnych tematów odnoszących się do uczestniczenia w chorobie bliskiej osoby. Uczestniczenie pielęgniarek z poradni hospicyjnej w rozmowach polegało bardziej na słuchaniu niż udzielaniu porad, ale właśnie taka forma wsparcia była w tym czasie oczekiwana:

Oni przy okazji tego mówili, że taką mają trudną sytuację. Co dotyczy rehabilitacji to było pięć minut, a 25 minut to była rozmowa. Oni po prostu musieli powiedzieć to, co się wydarzyło, co oni czują, o tym bólu swoim. To były takie bardzo długie rozmowy przez telefon, gdzie oni dziękowali później za to. To był taki niesamowity czas właśnie. Większość właśnie tych ludzi starszych dzwoniła wtedy (K24_F).

Rozmowa, o której mówi fizjoterapeutka, w zwyczajnych warunkach była-by niemożliwa bądź bardzo trudna do przeprowadzenia. Co zaskakujące, w okresie pandemii pojawiła się szansa wysłuchania cierpiących pacjentów.

Przez telefon udzielano również porad lekarskich, co znacznie usprawniło leczenie chorych. I w tym obszarze kontakt zapośredniczony był postrzegany jako użyteczny, choć miał także swoje wady. Jak zauważa lekarz, ta forma kontaktu

[...] na pewno bardzo wpływała na bliskość. Bo jednak przez telefon się tak nie rozmawia. Jednak lubię z tym pacjentem usiąść. To jest jednak jeden z elementów tego wszystkiego (M4_L).

Telefon był jednak traktowany jako ważne urządzenie, które daje sposobność częściowego przeciwdziałania zjawisku izolacji międzyludzkiej w okresie reżimu sanitarnego.

Połączenia nawiązywane za pośrednictwem smartfona były również użyteczne na płaszczyźnie życia religijnego. Urządzenia te były wykorzystywane do transmisji mszy św. i nabożeństw z wybranych kościołów. Dla osób odczuwających taką potrzebę było to duże udogodnienie. Jeden z lekarzy wspomina udział w tego rodzaju transmisjach:

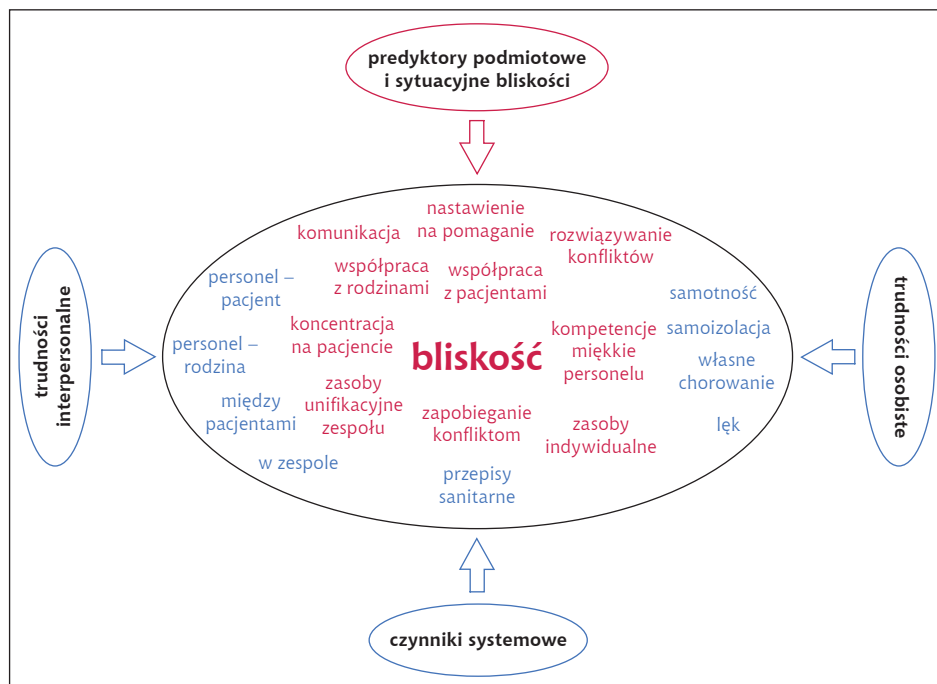
Ja tego nie czułem, że to jest tylko w telefonie. Czułem, że jestem w bardzo bezpośrednim kontakcie, takim fizycznym kontakcie bezpośrednim. Na dłuższą metę się tak nie da, ale w tym czasie tak. Może dlatego, że byłem tak troszkę izolowany. Naprawdę to było przeżycie takiego bezpośredniego kontaktu, że załatwiam coś sam z Panem Bogiem. Tak jak potrafię [...] (M3_L).

Forma zapośredniczonego kontaktu nie była przeszkodą, a wręcz ułatwieniem dającym szansę odczucia indywidualnego udziału w nabożeństwie. Także chorzy korzystali z tego rozwiązania, aby zaspokoić potrzebę modlitwy, bo nie naruszali przy tym surowych przepisów sanitarnych.

7.7. Modelowe ujęcie czynników kształtujących bliskość w sytuacji choroby

Podsumowaniem rozważań na temat charakterystyki bliskości naznaczonej pandemią COVID-19 jest schemat 15. Obrazuje on omówione wcześniej czynniki wzmacniające i osłabiające bliskość w placówkach medycznych.

Schemat 15. Czynniki kształtujące bliskość w sytuacji choroby



Legenda:

Kolory:

– niebieski: czynniki osłabiające bliskość;

– czerwony: czynniki wzmacniające bliskość.

Źródło: badania własne.

Do czynników, które mogą mieć negatywne znaczenie dla bliskości, można zaliczyć trzy grupy trudności: osobiste, interpersonalne i czynniki systemowe. Zostały one oznaczone kolorem niebieskim. Każda z tych grup oddziałuje na bliskość personelu, pacjenta i rodziny w inny sposób. Trudności osobiste skłaniają do wycofania się z relacji, na których oparta jest bliskość, bo nie dają wystarczających podstaw do jej budowania. Samotność, lęk, choroba czy samoizolacja są kategoriami, które zwykle występują w leczeniu pacjenta, ale w czasie pandemii zostały one zintensyfikowane. Czynniki utrudniającymi bliskie relacje są konflikty interpersonalne, które w dużej mierze odnoszą się do napięć występujących w diadach i triadach tych układów społecznych. Nowe obszary tych konfliktów były wyznaczone przez reżim sanitarny ograniczający kontakty społeczne i zmieniający funkcjonowanie placówek medycznych. Czynniki systemowe odnoszą się do tych i innych działań systemu ochrony zdrowia.

Na schemacie 15 pokazano również grupę czynników oznaczonych kolorem czerwonym, które można określić jako predyktory bliskości. Są wśród nich predyktory podmiotowe, związane z kompetencjami i zasobami personelu czy współpracą z chorymi. Ważne są także czynniki sytuacyjne, sprzyjające komunikacji, zapobieganiu konfliktom i ich rozwiązywaniu. Jednocząca jest również współpraca podejmowana z chorymi i ich rodzinami. Biorąc pod uwagę omawianą konstelację czynników kształtujących obraz bliskości w czasie izolacji społecznej, można przyjąć, że wymienione czynniki osłabiające relacje były jednocześnie wyzwaniem do większego wysiłku i zaangażowania na rzecz bliskości. Przyczyniły się do destrukcji niektórych postaw społecznych i przyniosły wiele cierpienia, ale w sporej części opisanych przypadków także mobilizowały do działania i wyzwalały potencjał miłości do chorych. Te aktywności współtworzą obraz pedagogii bliskości realizowanej w wyjątkowo niesprzyjających okolicznościach.

Bardzo dużo fragmentów analizowanych wywiadów odnosi się do zagadnienia bliskości, pokazuje jej naruszenie, osłabienie, przemiany oraz nowe formy i sposoby jej budowania. Zagadnienie bliskości w warunkach izolacji związanej z wystąpieniem pandemii COVID-19 jest przedstawiane przez rozmówców jako budzące wiele emocji, dynamiczne, skomplikowane, a jednocześnie ważne w leczeniu chorego człowieka i jego opiece. Opisy dramatycznych wydarzeń i towarzyszącej im atmosfery występują w każdej z przeprowadzonych rozmów. Rozmówcy obszernie opowiadali o swoich przeżyciach, obserwacjach i przemyśleniach, ale nie zawsze przychodziło im to łatwo. Nierzadko bywało tak, że trudne wspomnienia z czasu izolacji społecznej i ograniczeń wynikających z wystąpienia kolejnych fal zachorowań wywoływały łzy.

7.8. Dyskusja wyników

Treści wywiadów odnoszące się do okresu pandemii COVID-19 i realizacji bliskości w warunkach obostrzeń sanitarnych zawierają duży ładunek emocjonalny, bo leczenie, pielęgnacja i towarzyszenie chorym w tych okolicznościach były bardzo trudne. Rozmówcy opisywali samotność i towarzyszący jej lęk pacjentów, ich rodzin, jak również pracowników ochrony zdrowia. Wrócili we wspomnieniach do dyżurów, które wymagały od nich nie tylko umiejętności zawodowych, ale także dostosowania się do zupełnie nowych reguł funkcjonowania placówki, niekiedy wręcz heroizmu. Ogromnym wyzwaniem było także budowanie bliskości i troska, by jej nie utracić.

Bliskość ta była nawiązywana w zespole medycznym oraz między personelem a pacjentami i ich rodzinami.

W okresie pandemii COVID-19 bliskość nabrała nowego znaczenia. Potrzeba bliskości znajduje potwierdzenie w literaturze przedmiotu z okresu pandemii. Badania przeprowadzone w podejściu jakościowym przez Marię Wysocką i in. (2021) w hospicjum wyraźnie pokazują, że w sytuacji choroby potrzeba bliskości należała do najważniejszych. Podstawową potrzebą pacjentów hospicjów okazała się fizyczna bliskość. Dla rodzin była to potrzeba sprawowania opieki nad chorym. Obie te potrzeby nie były zaspokajane w wystarczającym stopniu. Pacjenci czuli się w hospicjum bezpieczniej niż w domu, bo zabezpieczenie ich potrzeb pielęgnacyjnych i ochrona przed zarażeniem się koronawirusem były lepsze:

W sytuacji pandemicznej hospicjum zdaje się zapewniać tę jedną z potrzeb konstruujących „domowość” lepiej niż dom. Niestety ma to negatywne konsekwencje – rygor sanitarny i mury hospicjum izolują nie tylko od wirusa, ale również od bliskich. W tym wymiarze (potrzeba obecności bliskich) hospicjum w czasie pandemii jest zaprzeczeniem „domowości” (Wysocka i in. 2021, s. 73).

Wyniki przytoczonych badań nie są w pełni porównywalne z rezultatami badań autorskich, bo uczestnikami cytowanych badań byli pacjenci hospicjum i ich rodziny. Radykalne stwierdzenie o zaprzeczeniu „domowości” hospicjum winno być skonfrontowane z innymi badaniami podobnej grupy. Niemniej można odnaleźć pewną podstawę do tych wniosków w wypowiedziach medyków, którzy zwracali uwagę na dylematy niektórych potencjalnych i aktualnych pacjentów hospicjum i ich rodzin. Podjęcie decyzji o przeniesieniu chorego do placówki wiązało się z dużym ryzykiem osłabienia bądź utraty możliwości jego kontaktu z rodziną. Podkreślić należy, że jakość sprawowanej opieki hospicyjnej w dużym stopniu łagodziła to cierpienie. Ogromne zaangażowanie zespołów hospicyjnych powodowało, że izolacja emocjonalna, a także fizyczna była minimalizowana. Zawsze jednak pozostawał niedosyt relacji i bliskości, który był nie do pokonania, bo obiektywnie niemożliwe było zapewnienie pełnej „domowości” w warunkach reżimu sanitarnego.

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom chorych i ich rodzin, medycy podejmowali wiele działań na rzecz zachowania bliskości. Uczestnicy badań autorskich szybko uświadamiali sobie, że w sytuacjach zaistniałych w szpitalach czy hospicjach do wzmocnienia bliskości potrzebne jest większe zaangażowanie personelu w kreatywne wzmocnienie bliskości chorych

i ich rodzin. Obraz zaangażowania się rozmówców w budowanie bliskości z pacjentami i ich rodzinami jest bardzo pozytywny. Najbardziej dostępną formą utrzymywania kontaktów były rozmowy telefoniczne, czasem wideorozmowy. Jak zauważa Wysocka, pacjenci chętnie korzystali z tej drugiej formy komunikacji, ale częściej jednak wybierali połączenie telefoniczne. Co interesujące, ta preferencja wynikała nie tylko z czynników pragmatycznych, takich jak kłopoty ze wzrokiem czy nieumiejętność obsługi nowoczesnych form komunikacji. Wpływało na to również odczucie, że wideorozmowy są namiastkami spotkań, które w rzeczywistości pozostawiały duży niedosyt. Za bardzo przypominały realne spotkania, by nie rodzić frustracji po ich zakończeniu (Wysocka 2021, s. 74).

Medycy inicjowali wiele działań zmierzających do nawiązania bezpośredniej komunikacji z chorymi. W tym celu podejmowali próby rozmowy, choć bywały one bardzo utrudnione przez konieczność zachowania przepisów mających zapewnić bezpieczeństwo. Byli świadomi, jak ważna jest odpowiednia atmosfera emocjonalna, będąca efektem poprawnej komunikacji, ale przede wszystkim warunkiem jej zaistnienia. Jak zauważa Marcin Kania:

Kontakt z pacjentem jest podstawą każdego procesu terapeutycznego. Trudno byłoby pomóc pacjentowi bez dobrego kontaktu, bez zbudowania właściwej relacji i utrwalenia wzajemnej więzi. Zaufanie pacjenta do personelu zależy w dużej mierze właśnie od personelu medycznego. Zależy od tego, jak traktujemy pacjenta, jak do niego podchodzimy, jak się z nim komunikujemy, jaki rodzaj informacji i w jaki sposób mu przekazujemy. Kontakt z pacjentem powinien być zbudowany na tych samych filarach, na których opiera się poprawna komunikacja. [...]

Celem dobrej komunikacji z pacjentem jest troska o niego, wzajemne zrozumienie, kształtowanie właściwych relacji i udzielenie skutecznej pomocy. Człowiek to istota społeczna (Kania 2021, s. 238–239).

Odnosząc te słowa do wyników autorskich badań, można przyjąć, że ich uczestnicy włożyli dużo wysiłku w realizację tych postulatów. Jeśli było to możliwe, starano się o kontakt słowny. W wielu przypadkach bliskość wyrażał także dotyk, choć był on zapośredniczony przez rękawice zabezpieczające. Jednak nawet ta zredukowana forma bliskości miała znaczenie, bo jak zauważył Josien de Klerk (2020, s. 257), niekwestionowany nawyk dotykania, troska o bliskość z drugim człowiekiem nigdy nie stały się ważniejsze

niż w doświadczeniach samotnego umierania i żałoby, zwłaszcza w czasie pandemii.

Nie sposób nie zauważyć i nie docenić znaczenia bliskości nawiązywanej wśród pracowników tego rodzaju instytucji, którzy dają świadectwo dużego zaangażowania, wzajemnego otwarcia i okazywanego wsparcia.

Konflikty, jakie w tym czasie powstawały, wynikały w dużym stopniu z sytuacji zagrożenia, przemęczenia, trudnych relacji z chorymi oraz ich rodzinami. Przystosowanie się medyków do dodatkowego umundurowania i pozostałych wymogów sanitarnych nastęrczało wiele trudności i powodowało zmęczenie. Praca w tych warunkach była olbrzymim wyzwaniem fizycznym i psychicznym, co wzmagalo napięcia. Problemy w relacjach wśród pracowników ochrony zdrowia były raportowane także w innych placówkach, gdzie lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni zmagali się nie tylko z wirusem, ale i z ogromnym napięciem psychicznym, bez wystarczającej pomocy psychologicznej oferowanej przez pracodawcę (Nawara i in. 2020, s. 153). Stres i przemęczenie towarzyszyły codziennym obowiązkom, zwłaszcza realizowanym w czasie największych obostrzeń pandemicznych.

Na trudności miał wpływ także niedobór pielęgniarek oraz pielęgniarzy przy znacznie zwiększonej liczbie pacjentów, co powodowało konieczność dużo cięższej pracy i skutkowało przemęceniem (Durlak 2022, s. 128). Te uwarunkowania mogą być postrzegane jako czynniki sprzyjające wypaleniu zawodowemu pracowników ochrony zdrowia. W czasie kryzysu związanego z COVID-19 naruszenie dobrostanu personelu medycznego miało niebagatelne znaczenie dla jakości świadczonej opieki i utrzymania stabilności kadry medycznej (Jończyk 2022, s. 74). Wzrost odczuwania stresu u pracowników ochrony zdrowia potwierdzają także inne badania. Grzelak i Szwarc (2021, s. 7) raportują zmianę w odczuwaniu stresu u 98,5% badanych medyków. Czynnikiem potęgującymi stres były zmiany organizacyjne pracy, a także lęk przed zakażeniem. Jak można wnioskować z przytoczonych wyników, sytuacja choroby, w której uczestniczyli medycy, była obiektywnie bardzo trudna.

Zdarzało się, że nagromadzenie trudności było tak duże, że uzewnętrzniały się one w słowach i zachowaniach. Rozmówcy zaznaczają, że w niektórych przypadkach doszło do podziałów w zespołach, co postrzegają jako smutną konsekwencję pracy w sytuacji „walki z nieznanym wrogiem”. Czynnikiem osłabiającym zasoby medyków była też roszczeniowość pacjentów, która może być rozumiana jako niewspółmierne oczekiwania wobec lekarza czy pielęgniarki przy ograniczeniu lub braku własnych starań. Do tego dochodzą zaburzenia nastroju, depresje, lęki i wiele innych powikłań,

co stanowi niekiedy duże wyzwanie dla medyków. Na tę problematykę zwraca uwagę Antoszevska (2018, s. 371), która na podstawie badań raportuje wzrost roszczeniowości wśród pacjentów w ostatnich latach. Jest ona zaprzeczeniem bliskości i demotywuje do jej nawiązywania.

Przeszkodą w zachowaniu bliskości była także samoizolacja, o której opowiadają niektórzy uczestnicy badań. Stosując się do przepisów sanitarnych, a także kierując się poczuciem odpowiedzialności za bliskich, medycy poddawali się obowiązkowej bądź dobrowolnej izolacji. Była ona trudnym doświadczeniem, zwłaszcza gdy trwała długo. Jak zauważają Grzelak i Szwarz (2021, s. 7), obawa przed zakażeniem i przeniesieniem wirusa z pracy na rodzinę była wyraźnie obecna wśród medyków. Choć lęk był doświadczeniem odczuwanym powszechnie w społeczeństwie, w przypadku medyków jego akcenty były nieco inaczej rozmieszczone. Wynikało to ze świadomości, iż zakażenie innych osób

[...] może być wysoce prawdopodobną konsekwencją realizacji ich obowiązków zawodowych w wyniku bezpośrednich kontaktów z dużą liczbą chorych osób. Zainfekowanie uniemożliwia zaś w krótszej lub dłuższej perspektywie podjęcie aktywności zawodowej (Albiński 2021, s. 171).

Biorąc pod uwagę całość wywodów na temat bliskości naznaczonej pandemią, należy stwierdzić, że uczestnicy badań włożyli bardzo dużo wysiłku w pokonanie konsekwencji zaistniałych trudności. Podobnie jak starali się zapobiegać skutkom odizolowania chorych, tak też dążyli do zachowania bliskości w zespołach medycznych. Podejmowali wiele starań, by utrzymać wzajemne kontakty, choćby w niewielkim stopniu. Wykazali się wolą przezwyciężenia wewnętrznych trudności w zespołach, podejściem dialogicznym i poszukującym rozwiązań korzystnych dla wszystkich. W czasie, w którym nie brakowało napięć i konfliktów mikro- i makrospołecznych, uczestnicy badań wyróżnili się dużym zaangażowaniem nie tylko w opiekę nad chorymi, ale także w budowanie międzyludzkiej bliskości.

* * *

Przedstawione w tym rozdziale wyniki badań własnych dobitnie wskazują na potrzebę bliskości w tak skrajnych sytuacjach jak praca w hospicjum, na oddziale covidowym czy w szpitalu jednoimiennym. Izolacja społeczna i ograniczenia sanitarne miały na celu odseparowanie chorych, by uchronić ich przed zakażeniem bądź przekazaniem wirusa zdrowej części społeczeństwa. Ale skutek tych działań był dwojaki, gdyż odbierał

chorym także możliwość odczucia bliskości drugiego człowieka – członka rodziny, a niekiedy choćby osoby pozornie obcej, takiej jak lekarz czy pielęgniarka. Rozmówcy podejmowali więc ogromny wysiłek, by sprostać tej potrzebie chociaż w minimalnym stopniu. Podobnie jak inni pracownicy ochrony zdrowia, byli świadomi, że nawet w pandemii chory człowiek się nie zmienia, jego potrzeby społeczne są wciąż ważne, a nawet nabierają większego niż zwykle znaczenia.

Bliskość naznaczona pandemią przybiera specyficzne formy, odmienia się też jej intensywność. Obszary starania o bliskość opisane w rozdziale stanowią przykłady formowania się tej kategorii w specyficznych warunkach. Fakt jej przetrwania i zaistniałe modyfikacje wskazują, że bliskość międzyludzka jest w dużym stopniu elastyczna, ma zdolność przystosowania się do nowych okoliczności. Koszty tej adaptacji są niekiedy bardzo wysokie, a ponoszą je głównie uczestnicy relacji. Gotowość ich przyjęcia świadczy o znajomości potrzeb chorych i o bezinteresownym otwarciu się na drugiego człowieka.

Rozdział VIII

Próba konceptualizacji bliskości osobowej i jej pedagogii

Konceptualizacja jest procesem, który umożliwia tworzenie pojęć na podstawie zdobytej wiedzy, przedstawienia pogłębionego opisu problematyki i zdefiniowania danego pojęcia. Próba konceptualizacji bliskości stanowi zatem postępowanie, które odwołując się do zdobytej wiedzy, wskazuje jej ogólne ujęcie i charakterystyczne cechy. Umożliwia również określenie praktycznych działań zmierzających do nawiązania i pogłębienia bliskości z drugim człowiekiem. Ten schemat analizy zastosowałem w niniejszym rozdziale. Otrzymane wyniki skonfrontowałem z rezultatami eksploracji literatury, a także z zaprezentowanymi w niej wynikami badań empirycznych. W ten sposób wielowątkowość wypowiedzi badanych zostanie ujęta w formie pojęć, znaczeń i odniesień. Następnie scharakteryzuję pedagogię dążącą do osiągnięcia i pogłębienia bliskości międzyludzkiej.

Konceptualizacja bliskości to zadanie niełatwe, ale bardzo potrzebne. Jak zauważa Grzegorz Micek,

[...] główną słabością pojęcia bliskości jest jego niejasna konceptualizacja. Występują więc liczne uproszczenia w pojmowaniu tego terminu; najczęściej mają one związek z niewłaściwym sposobem pomiaru różnych wymiarów bliskości (Micek 2015, s. 248).

Treść ostatniego rozdziału książki stanowi próbę określenia, czym jest bliskość i jej pedagogia. Zgodnie z przekonaniem, że przeprowadzone badania były prawidłowym sposobem pomiaru bliskości, jej konceptualizacja zostanie dokonana bez stosowania nieuprawnionych uproszczeń.

8.1. Ogólna konceptualizacja bliskości

Jaka bliskość jawi się w odniesieniu do przedstawionych wyników badań własnych? Zastosowanie w projekcie metodologicznego podejścia właściwego teorii ugruntowanej pozwala na sformułowanie kilku wniosków. Pozostając wiernym założeniom koncepcji teorii wyłaniającej się z badań, na koniec rozważań proponuję jeszcze jeden schemat. Powstał on w formule „chmura słów”, a materiałem źródłowym jest tekst niniejszej książki. To metaujęcie jest uzasadnione w tym znaczeniu, że pokazuje bliskość opartą na fragmentach wywiadów, a także wynikach ich analizy oraz eksploracji literatury przedmiotu.

Schemat 16. Chmura słów przedmiotu badań przedstawionego w treści książki pt. *Pedagogia bliskości międzyludzkiej*



Źródło: badania własne.

Schemat 16 zawiera wszystkie konstytutywne elementy tworzące ogólną koncepcję pedagogii bliskości. Należą do nich: człowieczeństwo, osoby, więzi, relacje, wartości, odniesienie do Boga czy znaczenia kontaktów międzyludzkich. Jest to bardzo humanistyczny, w dużym stopniu uniwersalny punkt odniesienia. Schemat wskazuje także na środowiska powstania i rozwoju bliskości, zwłaszcza rodzinę. Dorastanie w kochającej się rodzinie to najlepsza forma doświadczania i uczenia się bliskości. Oprócz doświadczeń bliskości niezbędne jest wychowanie do niej. Proces ten obejmuje okres młodości oraz późniejszy. Rozwój bliskości, na który wpływa wychowanie, dokonuje się w różnych kontekstach i okolicznościach życia. Schemat przedstawia również sytuację choroby oraz czas pandemii COVID-19. To wtedy miało miejsce wiele wydarzeń niszczących bliskość, ale też nie zabrakło takich, które ją budowały, adaptując dotychczasowe doświadczenia do nowych sytuacji.

Przełomowy dla funkcjonowania społeczeństw 2020 rok okazał się ważny także dla relacji międzyludzkich. Bliskość, jaka kreowała się w czasie pandemii, wraz z jej końcem wyłoniła się w postaci wiedzy, zachowań i emocji osób, które w tym czasie stały się uczestnikami sytuacji choroby. Ich postawy społeczne odwołują się do bliskości, a skutki tych zmian są obserwowalne obecnie i będą zauważalne również w przyszłości.

Biorąc pod uwagę te i pozostałe spostrzeżenia zaprezentowane w książce, można przyjąć następującą definicję bliskości międzyludzkiej:

Bliskość międzyludzka jest intensywną współobecnością osób tworzących relację, której celem jest wzajemne obdarowanie, a intensywność, kształt i sposób wyrażania bliskości zależą od ich indywidualnych uwarunkowań i przekonań.

Bliskość ma przede wszystkim wymiar osobowy. Nawet jeśli mówimy o bliskości człowieka z przyrodą, udział ludzkiej osoby w tej relacji nadaje jej wymiar humanistyczny. Celem bliskości jest wzajemne obdarowanie, czyli podzielenie się dobrem z drugim człowiekiem.

Bliskość to podstawowa potrzeba społeczna, ale też wartość zajmująca wysoką pozycję w hierarchii wartości. Dążenie do bliskości zawiera kontekst pedagogiczny, który wyraża się w praktycznym postępowaniu zmierzającym do jej konstruktywnego zaspokojenia. Frustracja wynikająca z niezaspokojenia potrzeby bliskości powoduje, że może ona ulec osłabieniu bądź wzmocnieniu, przez co wpływa na motywację dążenia do bliskości. Sytuacja choroby jest jedną z przyczyn takiej frustracji. Zatem bliskość międzyludzką w sytuacji choroby można zdefiniować następująco:

Bliskość międzyludzka w sytuacji choroby to intensywna współobecność osób tworzących relację, której celem jest wzajemne obdarowanie, a intensywność, kształt i sposób wyrażania zależą od ich indywidualnych uwarunkowań i przekonań oraz okoliczności właściwych dla sytuacji choroby.

Różnica między zaproponowanymi sformułowaniami bliskości polega na uwzględnieniu sytuacji choroby, czyli okoliczności, które mogą wpłynąć na cele nawiązywania relacji opartej na bliskości, sposoby jej doświadczania i okazywania. Okoliczności te sprawiają, że bliskość w sytuacji choroby wciąż pozostaje bliskością w pełni swojego znaczenia, ale jednocześnie ma specyficzny rys, który został ukazany na wielu stronach tej książki. Odniesienie bliskości do sytuacji choroby jest tylko jednym z wielu możliwych. Potrzebne są kolejne badania ukazujące bliskość w innych obszarach ludzkiego życia.

8.2. Charakterystyczne cechy pedagogii bliskości

Przeprowadzone badania pokazują, że bliskość z drugim człowiekiem jest niezwykle ważną wartością i postawą. Rozmówcy podkreślają również, że jej osiągnięcie nie dokonuje się automatycznie. Wymaga ono podejmowania działań ukierunkowanych na budowanie pomostów między ludźmi. Te działania mają kontekst wychowawczy. Są bowiem wdrażaniem wartości i przyjmowaniem postaw zgodnie z potrzebami człowieka oraz zmierzają do jego rozwoju. Na podstawie analizy materiału badań własnych można wskazać cechy pedagogii bliskości i jej metody. Zostaną one przedstawione głównie w odniesieniu do sytuacji choroby, gdyż ten obszar wymaga usystematyzowania. Pedagogia bliskości realizowanej w rodzinie została zaprezentowana w rozdziale piątym.

Dyskrecja

Pedagogia bliskości ma cechy pedagogii dyskretnej, której powstanie nie jest bezpośrednim celem podejmowanych działań, ale ich pochodną (Jaworska-Witkowska, Kwieciński 2011, s. 23). Aktywności te są inicjowane ze względu na cele zawodowe, a wzmacniane przez osobiste zasoby uczestników badań i zespołu. Wydaje się, że odczytanie tych działań w kluczu wychowawczym jest w pełni uprawnione. Potwierdzają to Jaworska-Witkowska i Kwieciński (2011, s. 23), nadając działaniom niecelowym status pedagogii.

Analiza materiału badań własnych skłania do wniosku, że w sytuacji choroby działania podejmowane przez rozmówców nie są nastawione, co oczywiste, na wychowanie pacjentów. Byłyby one niezgodne z ich kompetencjami zawodowymi i zakresem obowiązków. Nie brakuje jednak działań ukierunkowanych na rozwój chorego człowieka. Dzięki nim może on osiągnąć optymalny stan zdrowia i samopoczucia. W ten sposób możliwe jest podniesienie jakości jego życia, a przez to także wzmocnienie rozwoju.

Pedagogia dyskretna jest w pewien sposób zbieżna z pojęciem pedagogii niewidzialnej, o której pisze Waloszek (2014, s. 235–236). Choć pedagogia niewidzialna dotyczy rozwoju i wychowania dziecka, może mieć także znaczenie w budowaniu bliskości wśród dorosłych. Realizują ją zwłaszcza osoby poszukujące, nieustannie badające siebie i otoczenie, aktywne i zaangażowane, funkcjonujące skutecznie dzięki rozwiniętej komunikacji interpersonalnej, w różnych kontekstach i zindywidualizowanych relacjach.

Do takich osób należą uczestnicy badań własnych. Podejmowana przez nich aktywność w dużym stopniu kontrastowała z chaosem i inercją, które pojawiły się w szpitalach i hospicjach w czasie pandemii COVID-19. To nie oznacza, że działania pielęgniarek i lekarzy na rzecz bliskości były zawsze precyzyjnie zorientowane i w pełni realizowane. Nie brakowało w nich bowiem nieuporządkowania, błędów czy porażek. Dyskretny charakter pedagogii bliskości sprzyjał jednak łagodzeniu konfliktów, korygowaniu błędów i uporządkowaniu działań. Dyskrecja jest wpisana w bliskość i ją rozwija.

Samowychowawczy wymiar

Samowychowawczy wymiar pedagogii bliskości określa rozwój uczestników badań. Podkreślają oni, że leczenie, pielęgnacja i towarzyszenie ludziom chorym i umierającym oddziałują na ich osobiste postawy. Udzielanie wywiadów stało się okazją do refleksji na temat sensu życia, choroby, relacji z innymi. Nierzadko towarzyszyło im duże wzruszenie, a potem poczucie ulgi. Poruszane zagadnienia inspirowały do osobistych przemyśleń. Wśród nich wyróżniały się wypowiedzi, które w czasie analizy zostały oznaczone kodem „własny rozwój”. Są to słowa, które świadczą o lepszym poznaniu samego siebie, zmianach w dotychczasowej hierarchii wartości, w relacji do innych i wymiarze wertykalnym. Samowychowanie rozmówców jest pochodną wielu czynników, a jednym z nich jest uczestniczenie w tworzeniu więzi bliskości z chorym człowiekiem pośród dramatycznych okoliczności. Wpisuje się więc ono w założenia tanatopedagogiki (Binnebesel, Mastalski 2017, s. 22).

Towarzystwo choremu człowiekowi może być pomocą w przygotowaniu go do śmierci, a dla osób bliskich także do własnej śmierci:

Samo obcowanie ze śmiercią w dzieciństwie, młodości czy dorosłości jest szkołą umierania. Czuwanie przy umierającym, rozmowa z nim, wysłuchiwanie jego przemyśleń wyposaża w wiedzę, której nie można wyczytać z książek, wyposaża w cenne doświadczenie (Fabiś 2014, s. 178).

Doświadczenie nabywane w trudzie i cierpieniu może wpływać na rozwój osobowościowy.

Tanatyczny wymiar pedagogii bliskości ma również odzwierciedlenie w działaniach na rzecz zmiany postrzegania chorych, cierpienia, przemijania i śmierci. Część rozmówców korzysta z własnych doświadczeń, próbuje potrzeby chorych i sposoby pomagania im opisać osobom spoza środowiska medycznego, a także uwrażliwić je na znaczenie bliskości z drugim człowiekiem. Funkcjonowanie pod presją zagrożenia życia skłania do do wartościowania możliwości spokojnego spędzania czasu z rodziną i przyjaciółmi. Zmaganie się z cierpieniem nadaje rozwojowi człowieka kontekst tanatyczny, a jednocześnie sytuuje bliskość, relację z nim w perspektywie najważniejszych wartości i prawideł życia ludzkiego (Godawa 2016, s. 383). Pedagogia bliskości przeciwstawia się zjawisku śmierci odwróconej, czyli umieraniu w izolacji, bez wsparcia wspólnoty, w poczuciu bezsensu, osamotnienia i anonimowości (Zamarian 2017, s. 134). Bliskość jest katalizatorem tych trudnych doświadczeń, ale nie zabezpiecza przed obciążeniami emocjonalnymi związanymi z towarzyszeniem w chorobie i umieraniu.

Edukacyjny wymiar

Pedagogia bliskości ma także wymiar edukacyjny. Wyraża się on między innymi w przekazywaniu wiedzy dotyczącej choroby, jej leczenia oraz instruktażu postępowania w czasie chorowania (Sierakowska 2018, s. 249), jak również oddziaływaniu na osobowość pacjenta i jego bliskich, kształtowaniu odpowiedzialności za swoje i ich zdrowie. W tym znaczeniu jest elementem edukacji zdrowotnej, będącej kilkietapowym i zamierzonym procesem oddziaływania na pacjenta (Ciechaniewicz 2008, s. 299–300). Jak zauważają Joanna Girzelska i in.:

Edukacja pacjenta to proces kolejno następujących, powiązanych logicznie i przyczynowo czynności, które są podejmowane w celu wywołania zmian w zachowaniu pacjenta. Zakres zmian po-

winien być określony w trakcie formułowania celu edukacji, który ma znaczący wpływ na postawę i przekonania pacjenta (Girzelska i in. 2010, s. 420).

Zatem celem edukacji zdrowotnej pacjenta jest wyposażenie go w odpowiednią wiedzę i umiejętności samokontroli, samoopieki czy samopielęgnacji. Edukacja ta ma realny wpływ na ograniczenie następstw choroby, przywracanie i utrzymanie zdrowia.

Realizację tych zamierzeń ułatwia zastosowanie pedagogii bliskości, gdyż tworzy ona środowisko sprzyjające nawiązaniu relacji z pacjentem, zdobyciu jego zaufania, a przez to szybszej adaptacji do warunków chorowania i leczenia. Wypowiedzi rozmówców zawierają opisy opartego na bliskości postępowania, które sprzyjało dostosowaniu się pacjentów do nowej sytuacji. Podejmowane działania instruktażowe nie zawsze były przyjmowane przez pacjentów ze zrozumieniem, gdyż zwykle wiązały się one z pewnymi wymaganiami. Pedagodzy bliskości nie poprzestawali na pojedynczych próbach. Niekiedy odraczali instruktaż i ćwiczenia, wykorzystywali różne sposoby mobilizowania chorych do dbania o własną samodzielność. Odraczanie instruktażu czy ćwiczeń nie było wyrazem zaniechania działań, ale pedagogicznego podejścia do niektórych chorych, którzy początkowo odmawiali aktywności.

Integralny wymiar

Pedagogia bliskości w sytuacji choroby opiera się na integralnej wizji człowieka. Adamski wyprowadza integralność osoby z faktu, że

[...] człowiek jest całością, a nie częścią czegoś – i jest całością spójną, kompletną: a jeśli tak, to od siebie samego otrzymuje zadania, obowiązki i uprawnienia, przede wszystkim zaś wartość najwyższą w świecie bytów stworzonych i wolność (Adamski 2013, s. 112).

Takie spojrzenie na osobę określa specyfikę wychowania integralnego. Jest ono odpowiedzią na potrzeby dynamicznie zmieniającej się rzeczywistości, która domaga się nieustannego rozwoju człowieka, także w sferze doświadczania zdarzeń losowych:

Idea integralności postuluje świadome wzrastanie jednostek i grup, ich zamierzony rozwój poziomy i pionowy. O ile do horyzontalnego rozwoju człowieka przyczynia się choćby szkolnictwo, treningi, ukierunkowanie siebie, uczenie się przez całe życie czy

doświadczanie zdarzeń losowych, o tyle rozwój pionowy wymaga podjęcia planowej praktyki katalizującej rozwój integralny (Kielar, Gop 2018, s. 271).

Można przyjąć, że na wielu płaszczyznach pedagogia bliskości łączy w sobie horyzontalny i wertykalny wymiar życia. Osadzenie jej w relacjach międzyludzkich sprawia, że znaczenia nabierają codzienne spotkania, rozmowy, interakcje. Wzajemne uczenie się i trud wsłuchiwanie się w siebie nawzajem wzmacniają te więzi. Doświadczenie zdarzeń losowych bywa bardzo dużym utrudnieniem w codziennej egzystencji pacjentów, ale wzajemne wsparcie w znacznym stopniu przyczynia się do zmniejszenia odczuwanego cierpienia. Poważne podejście do własnego człowieczeństwa z jego walorami i nieuniknionym wysiłkiem wymaga odwagi. Pomaga w tym także przyjęcie hipotezy wyjaśniającej sens różnych doświadczeń z przeszłości, terażniejszości i przyszłości (Rynio 2013, s. 22).

Wertykalny wymiar ludzkiego życia odnosi się do Boga, rzeczywistości metafizycznej i wartości duchowych. Wiara w Boga może mieć duże znaczenie w integralnym rozwoju człowieka, co podkreśla Benedykt XVI:

Objawienie chrześcijańskie o jedności rodzaju ludzkiego oparte jest na metafizycznej interpretacji „humanum”, którego istotnym elementem jest relacyjność (Benedykt XVI 2009, nr 55).

Kępiński pisał o tej relacyjności następująco:

Stosunek lekarza do chorego nie jest tylko stosunkiem przyrodniczym – obserwującego podmiotu do obserwowanego przedmiotu – ale przede wszystkim stosunkiem człowieka do człowieka, a więc stosunkiem humanistycznym (Kępiński 2014, s. 30).

W takiej optyce interwencje medyczne i pielęgnacja pacjenta dotyczą nie jedynie działań technicznych, ale całej osoby. Dlatego nie można odseparować człowieka od jego duchowości, emocji i uczuć mimo występujących w tym obszarze przeciwnych tendencji (Gliniecki 2019, s. 170).

Rezultaty badań własnych pokazały, że dla rozmówców to właśnie integralny wymiar życia ludzkiego i wynikające z niego zasady są szczególnie bliskie. Starając się przeciwstawić dehumanizacji osoby, troszczą się o zaspokojenie jej potrzeb na różnych płaszczyznach. Warto podkreślić, że

[...] jednym z istotnych elementów humanizacji medycyny jest konieczność przyznania właściwego miejsca problematyce aksjo-

logicznej i deontologicznej (szczególnie w odniesieniu do sposobu postępowania z osobami umierającymi) (Binnebesel, Mastalski 2017, s. 24).

Uczestnicy badań traktują chorych z szacunkiem, co wyraża się między innymi w osobowych zwrotach, unikaniu infantylizacji czy innych form deprecjacji. W ten sposób ukazuje się aksjologiczne zaplecze podejmowanych działań. Także holistyczne ujęcie potrzeb chorego, które przejawia się w uwzględnieniu jego emocjonalnych, społecznych, duchowych i religijnych płaszczyzn, potwierdza, że bliskość z pacjentem jest budowana z poszanowaniem różnych wymiarów jego życia. Sprawdzeniem tego podejścia są reakcje uczestników badań na naruszenie godności człowieka, choćby ludzkiego ciała, nie zawsze traktowanego po śmierci z należyтым szacunkiem.

Dobre praktyki

Pedagogia bliskości, jako pedagogia dyskretna, nie posiada pełnego teoretycznego zaplecza w obszarze aksjologii, teleologii wychowania i metodyki. Dlatego ważną rolę odgrywają w niej dobre praktyki. Starnawski (2015, s. 18–19), odpowiadając na pytanie o wyznacznik dobrej praktyki, wyjaśnia, że jest ona otwarta na teorię, uznaje potrzebę nieustannego sprawdzania, czy i w jakiej mierze służy dobru osoby. Praktyka powinna być bezinteresowna, ma więc chronić działania przed instrumentalizacją, czyli przed dominacją społecznej, ekonomicznej lub ideologicznej użyteczności. W takiej praktyce nie brakuje miejsca na spokój, wytrwałość i uśmiech.

Jan Ámos Komeński w *Wielkiej dydaktyce* uwypuklił znaczenie praktyki, podkreślając, że

[...] teoria rzeczy jest łatwa i krótka [...], natomiast zastosowanie jej jest trudne i rozległe, i daje zdumiewające korzyści (Komeński 1956, s. 208).

Zatem w praktykę jest wpisany trud wdrożenia w codzienne życie wiedzy, przekonań czy celów. Realizowane przez uczestników badań dobre praktyki na rzecz bliskości charakteryzują się dużą bezinteresownością i otwarciem na potrzeby chorych. Znajomość teorii pedagogicznej jest ograniczona, ale rozmówcy wykorzystują zdobyte specjalistyczne wykształcenie, łącząc je z doświadczeniem zawodowym, a także z wnioskami dotyczącymi uczestniczenia w wychowaniu własnym i innych. W ten sposób podejmują aktywności, w których bliskość jest kategorią towarzyszącą działaniom

medycznym, ale jednocześnie wyjaśniającą je, stwarzającą atmosferę sprzyjającą ich realizacji, nadającą medycynie humanistyczny kontekst.

Przedsiębrane działania są czasem nieskuteczne. Zdarza się, że są obarczone błędem, na przykład nieumiejętnym określeniem właściwego dystansu emocjonalnego i fizycznego wobec pacjenta. Mimo to są niezwykle cennym źródłem wiedzy o tym, jak budować profesjonalną relację z chorym człowiekiem, jego bliskimi oraz w zespole pomocowym. Wsłuchanie się w wypowiedzi uczestników badań na temat kreatywnych i pełnych poświęcenia działań lekarzy, pielęgniarek, wolontariuszy i innych osób zaangażowanych w pomoc choremu człowiekowi pozwala na wyodrębnienie wskazań metodycznych pedagogii bliskości.

Kruchość bliskości

Każda bliskość międzyludzka jest ze swej natury krucha, nawet jeśli jest zbudowana na silnych więziach. Wynika to z „kruchości” człowieka, o której wspominają rozmówcy, porównując lekarza do innych ludzi: „Nie jest z żelaza. Jest tak samo kruchy” (M5_RM). Ta kruchość charakteryzuje bliskość w sytuacji choroby, wynika z zagrożenia życia, bliskości śmierci, nieuchronności losu. Kruchość zakłada również możliwość pęknięcia tego, co dobre, czyli zerwania relacji, popadnięcia w konflikt, wykluczenia. W analizowanych rozmowach nie brakuje odniesień do względnej trwałości międzyludzkich więzi, przede wszystkim do zniszczonej bliskości rodzinnej, ale także do bliskości z chorym człowiekiem, jego rodziną i wśród personelu. Dlatego uczestnicy badań wskazują na potrzebę troski o bliskość. Jest ona przejawem świadomości wielu zagrożeń i starań, by ją umacniać.

Twierdzenie o kruchości i utracalności istnienia przez osoby i rzeczy dotyczy także bliskości (Maryniarczyk 2007, s. 545). Biorąc pod uwagę, że współcześnie więzi między kobietami i mężczyznami są coraz częściej krótkotrwałe, kruche i podatne na rozpad (Kornaszewska-Polak 2015, s. 25), troska uczestników badań o bliskość jest uzasadniona. Następstwem odsuwania się ludzi od siebie na poziomie poznawczym, etycznym czy afektywnym może być hiperindywiduacja, czyli ochrona słabego „ja” jednostki poprzez stawianie mocnych i sztywnych granic. Hiperindywiduacja może przekształcić się w emocjonalne odcięcie, a w konsekwencji w izolację (Kaleta 2010, s. 152).

Analizując działania podejmowane przez uczestników badań, można przyjąć, że są one zabezpieczeniem przed indywiduacją. Rozmówcy są świadomi, że w sytuacji choroby postawienie sztywnych granic przekreśla możliwość nawiązania bliskiej relacji. To usztywnienie może wystąpić po

każdej ze stron, a jego konsekwencje odczuwają pozostałe osoby zaangażowane w relację. Choroba powoduje izolowanie się pacjenta od otoczenia. Niejednokrotnie również to otoczenie izoluje chorą osobę. Pracownicy medyczni i wolontariusze często obserwowali takie sytuacje i większość z nich wie, jak trudne jest pomaganie umierającemu człowiekowi, gdy nie chce on przyjąć pomocy. Dlatego zabiegają o to, by nie pozwolić na wytyczenie tak sztywnych granic. Szczególnie w okresie pandemii, podczas obowiązywania rygorystycznych przepisów sanitarnych starali się nie dopuścić do izolacji międzyosobowej. Bliskość, o którą się troszczą, jest krucha, dlatego wymaga uelastycznienia przez okazanie zainteresowania i chęci pomocy. Jest to widoczne zwłaszcza w sytuacji konfliktów z pacjentami bądź ich rodzinami. Medycy, jako osoby mające korzystniejszą pozycję w tych sporach, nie chcą jej wykorzystywać do udowodnienia swoich racji, ale potrafią je załagodzić lub ich nie eskalować.

Bezinteresowność i odwzajemnienie

Praca zawodowa ze swej natury ma charakter zarobkowy. Nie wyklucza ona jednak podejmowania działań bezinteresownych, wykraczających poza obowiązki wynikające z zatrudnienia. Analizowane wypowiedzi pokazują, że stosunek umowy o pracę nie stanowi jedyne go motywu zaangażowania rozmówców. Spora część działań jest podejmowana ponad to, co wynika z obowiązku. Motywacja do budowania bliskości z chorym, jego rodziną i w zespole medycznym jest w dużym stopniu bezinteresowna. Mnożenie przykładów nie jest tu potrzebne, wystarczy choćby odwołać się do posługi wolontariuszy. Natomiast w poszczególnych przypadkach rozmówcy oczekują od chorych bądź ich bliskich rekompensaty emocjonalnej. Jest ona nie tyle zapłatą za okazaną pomoc, co odpowiedzią na otwartość ze strony personelu. Ta wymiennność stanowi element bliskości, w której niezbędne są wymiana dóbr oraz umiejętność ich przyjmowania.

Interesowność w pomaganiu potrzebującemu człowiekowi jest wymieniana jako jeden ze składników motywacyjnych obok motywacji altruistycznej, zadaniowej, ideologicznej czy afiliacyjnej (Prokosz 2018, s. 21). Ujawniony kontekst interesowności świadczy o szczerości rozmówców i zrozumieniu swoich potrzeb. Oczekiwana gratyfikacja wyraża się na przykład w odwzajemnieniu serdeczności, otwarciu czy gotowości na współpracę. Oczekiwanie to jest jednak warunkowe i drugorzędne, gdyż na pierwszym miejscu stawia się dobro chorego, a nie własną satysfakcję. W relacji z rodziną pacjenta nieodwzajemnienie serdeczności postrzega się bardziej krytycznie, ale nie wywołuje ono żadnych konsekwencji.

Pedagogia bliskości bazująca na wartościach prospołecznych nie wyklucza udziału motywacji nieco bardziej egoistycznej. Jednak zabezpiecza ona przed jej nadmiernym wzmocnieniem, co jest korzystne, gdyż według Janusza Mariańskiego:

Proces nadmiernej indywidualizacji może prowadzić do zaniku solidarności, a nawet przekształcać postawy i zachowania związane z niesieniem pomocy w szukanie własnej korzyści (Mariański 2014, s. 102).

Czynnikiem kreującym bliskość jest miłość do drugiego człowieka. Kromolicka, odwołując się do tej fundamentalnej wartości człowieczeństwa, zauważa:

Jeśli więc człowieczeństwo realizuje się w czynie człowieka, a w szczególny sposób w tworzeniu wspólnoty, to musimy przyjąć, że nie może prawidłowo się kształtować bez miłości. W zasadzie więc dopiero wtedy, kiedy spełnimy pierwszy warunek miłości, będziemy gotowi poszukiwać dobra, sprawiedliwości, skruchy, przebaczenia czy wręcz, w sytuacjach szczególnych, na przykład choroby, godnego przyjmowania cierpienia zarówno swojego, jak i innych osób, tych bliskich sercu i tych obcych, nieznanych (Kromolicka 2012, s. 85).

Zatem na końcu rozważań o cechach charakterystycznych bliskości została ukazana jej istota. Jest nią miłość, która inspiruje, skłania do pomocy, wybaczenia, cierpliwości i wysiłku. Miłość rodzi odwagę w działaniu na rzecz drugiego człowieka, niezależnie od jego wyglądu, poglądów czy rokowań choroby. Uczestnicy badań własnych nie mówią często o miłości, ale wsłuchując się w ich wypowiedzi, nie sposób nie rozpoznać tej wartości dyskretnie ukrytej w słowach i działaniach wobec chorych.

8.3. Metodyka pedagogii bliskości

Określenie cech charakterystycznych oraz konceptualizacja bliskości wymagają uzupełnienia w postaci odniesienia do praktyki pedagogicznej. Okoń, nawiązując do metodyki wychowania, wyjaśnia jej istotę – jest ona dyscypliną zajmującą się celami, treścią, metodami, środkami i organizacją wychowania w różnych placówkach edukacyjnych. Fundament metodyki wychowania stanowi teoria wychowania, natomiast źródłem szcze-

gółowych informacji są wyniki badań nad procesem wychowania. Celem metodyki jest zwiększenie poziomu praktyki wychowawczej (*Metodyka wychowania* 2004, s. 247). Odnosząc te założenia do pedagogii bliskości, można przyjąć, że do ustalenia jej zakresu konieczne jest wskazanie jej składowych i opisanie sposobu jej realizacji.

Celem pedagogii bliskości jest nawiązanie więzi, które umożliwiają doświadczenie bliskości drugiego człowieka. Ich beneficjentem jest zarówno osoba inicjująca relację, jak i odpowiadająca na nią. Więź bliskości opiera się na trosce o dobro własne i drugiego człowieka. W sytuacji choroby dobro własne członków zespołu niejednokrotnie bywa traktowane jako drugorzędne, bo na pierwszy plan wysuwają się korzyści, których może doświadczyć chory człowiek i jego rodzina.

Jako pedagogia dyskretna pedagogia bliskości zawiera treści, które najczęściej nie są ściśle wychowawcze i dydaktyczne, choć i takie można wyodrębnić. Członkowie personelu są ekspertami leczenia, mają też duże doświadczenie zawodowe. Dlatego dzielą się nabytą wiedzą, chcąc wspomóc chorego pacjenta i jego środowisko. Pedagogia ta bazuje na treściach, które mają szczególne znaczenie w czasie chorowania i w procesie leczenia.

Metodyka bliskości wykorzystuje formy oddziaływania, które służą do tworzenia i wzmacniania więzi między zdrowymi i chorymi. Rozmówcy najczęściej stosują metody oparte na oddziaływaniu bezpośrednim. Wynika to z faktu, że sprzyjają one bezpośredniemu kontaktowi, niezbędnemu w bliskości. Dużą rolę odgrywa komunikacja werbalna. Rozmówcy podkreślają znaczenie stosowania odpowiednich form językowych i słownictwa zrozumiałego dla pacjenta, a także poświęcenia czasu na rozmowę. Dialog z osobą chorą jest ważnym konstruktorem i wyznacznikiem bliskości. Okazją, a niekiedy pretekstem do nawiązania rozmowy jest sprawowanie wobec pacjenta niezbędnej opieki, na przykład wykonywanie czynności pielęgnacyjnych. Istotne są także rozmowa z rodziną pacjenta oraz troska o możliwość komunikacji między chorym i jego bliskimi. Szczególne uwarunkowania prowadzenia tych rozmów wystąpiły w czasie izolacji społecznej, ale i wtedy rozmówcy podejmowali wysiłki zmierzające do utrzymania choćby minimalnego poziomu komunikacji.

Rozmowa pełni fundamentalną funkcję w budowaniu bliskości z chorym człowiekiem. Towarzyszy czynnościom pielęgnarskim, przez co ułatwia pacjentom zrozumienie celowości i przebiegu zabiegów opiekuńczych. Dotyczy diagnozy potrzeb, choroby i sposobów jej leczenia. Są w niej poruszane także interesujące dla pacjenta tematy. Niekiedy rozmowa jest formą zwierzenia się osobie pomagającej z osobistych problemów, dzielenia się

emocjami nie zawsze łatwymi do sublimacji. W czasie izolacji rozmowy były zapośredniczone przez połączenia telefoniczne bądź internetowe. Wtedy stanowiły one jedyną formę kontaktu pacjenta z rodziną oraz rodziny z członkami personelu. Stosując rozmowę jako metodę komunikacji, uczestnicy badań podkreślają, że niekiedy jest ona ważniejsza od innych działań. Nie oznacza to, że były one zanedbywane. Rozmówcy chcą raczej zwrócić uwagę na dużą wagę rozmowy z drugim człowiekiem.

Uczestnicy badań autorskich stosują inne metody oparte na osobistym wpływie, takie jak wysuwanie sugestii, perswazja czy instruowanie. Sugestie dotyczą rozwiązań, które mogą być podjęte ze względu na dobro chorego w zaistniałych okolicznościach. Mają one na celu poprawę jakości życia pacjenta. Metody nieco bardziej inwazyjne, czyli perswazja czy instruowanie, są stosowane, gdy dobro chorego wymaga podjęcia działań subiektywnie niełatwych w realizacji. Bez nich stan zdrowia pacjenta mógłby się znacznie pogorszyć. Perswazja, będąca tworzeniem i przekazywaniem komunikatów językowych poszerzających wiedzę poprzez podawanie gotowych rozwiązań, jest wykorzystywana na przykład w celu nakłonienia chorego do przyjmowania leków, odpowiedniego żywienia czy ćwiczeń rehabilitacyjnych. Poszanowanie wolności pacjenta nie dopuszcza używania przymusu poza sytuacjami określonymi w odpowiednich przepisach prawnych.

Uczestnicy badań stosują metody zadaniowe, które polegają na aktywizacji pacjenta poprzez wytyczanie zadań i etapowe osiągnięcie sukcesu. Metody zadaniowe są wykorzystywane w czasie ćwiczeń rehabilitacyjnych i czynności samoobsługowych, ale także do pokonywania trudności w budowaniu relacji z innymi pacjentami lub członkami rodziny. Odbywają się również pertraktacje z chorymi, aby ich zaktywizować.

W analizowanych wywiadach odnaleźć można również opisy metod komunikacji, a także podkreślenie wartości milczenia. Jest ono wstrzymaniem się od wypowiadania słów w sytuacjach szczególnie trudnych. Bliskość jest więc trwaniem przy drugim człowieku wtedy, gdy stawia on pytania, na które nie ma łatwych odpowiedzi, a także towarzyszeniem chorym, którzy nie mogą nawiązać kontaktu słownego. Wtedy rozmówcy podejmują próby kontaktu z chorym na inne sposoby, zwłaszcza poprzez dotyk. Dotyk jest ważną metodą tworzenia więzi z chorymi. Analizowane wywiady zawierają opisy wielu przykładów jego stosowania. Uczestnicy badań podkreślają, że dotyk jest narzędziem bliskości, które trudno zastąpić. Co istotne, jest on używany świadomie, z poszanowaniem godności pacjenta, jego rodziny i personelu. W przeprowadzonych wywiadach rozmówcy rzadko podawali przykłady stosowania dotyku wobec członków rodziny pacjenta, ale

w niektórych przypadkach wykorzystuje się go także w tej relacji, na przykład po śmierci członka rodziny.

Metodyka budowania bliskości obejmuje także stwarzanie chorym okazji umożliwiających im obcowanie z przyrodą czy uczestnictwo w kulturze. Rozmówcy wykazują się dużą kreatywnością pod tym względem. Było to widoczne zwłaszcza w czasie pandemii COVID-19. Autorskie inicjatywy niektórych członków zespołów stawały się niekiedy zwyczajem przejmowanym przez innych. Warto zaznaczyć, że bliskość z naturą postrzegana jest jako czynnik wpływający na jakość życia chorych. Umożliwienie im doświadczania bliskości przyrody i kultury jest odpowiedzią na potrzeby duchowe wyrażane przez chorych.

Budowanie bliskości to także działania o charakterze metafizycznym. Zaangażowanie kapelanów i osób świeckich przyczynia się do umocnienia bądź odbudowania więzi z Bogiem w przypadku osób deklarujących wiarę. Uwzględnienie tego punktu odniesienia przez osoby leczące i pomagające chorym jest dla nich dużym wsparciem. Nie zawsze wynika ono z osobistych, głębokich przekonań religijnych personelu, ale łączy się z całościowym dobrem pacjenta. Dlatego jego potrzeby duchowe są respektowane i zaspokajane. Godne zauważenia są oddziaływania osób formalnie niezwiązanych z zadaniami duszpasterskimi. Przedstawione inicjatywy pielęgniarek pokazały płaszczyzny zaangażowania osób świeckich w relację pacjentów z Bogiem, zwłaszcza w okolicznościach, które wykluczały częstą obecność kapelanów wśród chorych. W czasie obowiązywania restrykcji pandemicznych metodyka budowania tego rodzaju bliskości nabrała dużego znaczenia. Działania podejmowane w tym obszarze przez niektórych członków zespołu były bardzo kreatywne, co w pewnym stopniu zredukowało destrukcyjny wpływ ograniczeń w kontaktach międzyludzkich.

W analizowanych wywiadach zostały także opisane metody samowychowania. Deklarowane przejawy samowychowania charakteryzuje świadoma i dobrowolna aktywność. Samowychowanie stanowi szansę na pokonanie izolacji społecznej wywołanej chorobą, co dokonuje się przez podtrzymywanie kontaktów z pacjentem, a także otwarcie się na rodziny chorych. Aktywne uczestniczenie w sytuacji cierpienia niejako zmusza do zrewidowania podstawowych założeń na temat własnej tożsamości i przewidywań związanych z dalszym życiem. Nieuchronność śmierci naznacza sposób myślenia o niej, a także pozwala przygotować się do godnego odejścia. Warto podkreślić, że uczestniczenie w sytuacji choroby bywa niekiedy traumatyzujące. Uczestnicy badań uważają, że te sytuacje jednocześnie mogą stać się okolicznościami wzrostu, który nosi symptomy wzrostu

potraumatycznego. Odpowiedzią na kryzys jest próba odbudowania własnej wizji świata i schematów poznawczych, a zwłaszcza nadawania sensu dalszemu funkcjonowaniu. W tym kontekście okres poprzedzający śmierć postrzegają oni jako ostatni etap rozwojowy.

Praca z chorym człowiekiem sprzyja kształtowaniu się wśród rozmówców postawy prospołecznej, zmienia pojmowanie znaczenia rodziny, wiary w Boga, czasu czy pieniędzy, a także powoduje wzrost determinacji w realizowaniu trudnych do osiągnięcia celów. Wymaga od personelu również rozwijania cech charakteru, które ułatwiają kontakt z innymi. Uczestnicy badań opisywali także sytuacje, w których niezbędna jest transgresyjność, czyli umiejętność przekraczania swoich ograniczeń w zakresie kontaktu z drugim człowiekiem.

Intraakcyjny wymiar bliskości ułatwiał więc nawiązywanie bliskości z samym sobą. To ważne odniesienie, które choć nie było częstym wątkiem w wypowiedziach, wskazuje na istotny kontekst samowychowania. Bliskość z samym sobą jest wyrazem wysokiego poziomu samoświadomości, swojej *mindfulness*, która podkreśla znaczenie koncentracji na bieżącej chwili, byciu „tu i teraz”. Uwaga rozmówców jest świadomością tego, co dzieje się w chwili obecnej, jest pełnym doświadczeniem tej chwili. Sytuacja choroby w dużym stopniu determinuje zewnętrzne warunki przeżywania owych chwil, ale wewnętrzne doznania są zależne od decyzji każdego człowieka.

8.4. Odniesienie wyników do teorii pedagogicznej i praktyki bliskości

Zgromadzony materiał badawczy daje podstawy do przedstawienia implikacji dla rozwoju teorii pedagogicznej. Praktyczny wymiar pedagogii bliskości uzasadnia postulaty i rekomendacje dla obszaru wsparcia i edukacji.

8.4.1. Implikacje dla teorii pedagogicznej

Implikacja jest następstwem zaistniałych faktów i sytuacji. Biorąc pod uwagę wyniki badań własnych, można przedstawić następujące rezultaty o charakterze naukowym:

- ♦ Naukową korzyścią, nie tylko dla pedagogiki, jest przedstawienie w zwartej monografii wielowątkowej problematyki bliskości, obecnej w literaturze przedmiotu. Nie jest to zestawienie kompletne, ale ułatwiające rozumienie interdyscyplinarnego znaczenia bliskości i dalszą eksplorację tego zagadnienia.

- ◇ Odniesienie bliskości do kontekstu pedagogicznego podkreśla znaczenie działań edukacyjnych w wymiarze społecznym. Przypomina, że kształcenie i wychowanie są ważnymi kategoriami społecznymi. Zarówno w szeroko rozumianych relacjach społecznych, jak i w szczególnych okolicznościach życia pedagoga wciąż jest istotnym fundamentem.
- ◇ Poszerzeniem zakresu pedagogiki są ogólna definicja bliskości oraz bliskości realizowanej w sytuacji choroby. Uwzględnienie ich w teorii wychowania, a zwłaszcza w pedagogice społecznej czy pedagogice rodziny, pogłębi rozumienie zagadnienia. Także przedstawione kategoryzacje związane z bliskością mogą być użyteczne w dyskursie naukowym.
- ◇ Korzyścią dla nauki jest również zdefiniowanie terminu „pedagogia bliskości”. Włączenie do pedagogiki pedagogii bliskości jest podkreśleniem ważności praktyki wychowawczej. Wielowątkowość ujęć tej kategorii pokazuje, że może ona mieć duże znaczenie w praktyce wychowawczej oraz w podejmowanych w tym obszarze badaniach. Także metodyka pedagogii bliskości poszerza dorobek pedagogiki.
- ◇ Niektórym schematom przygotowanym na podstawie wyników badań własnych nadano status modelu: bliskości w rodzinie, bliskości w sytuacji choroby, czynników kształtujących bliskość w pandemii. Mogą one stanowić osnowę dalszych badań rozwijających wątki, które z konieczności zostały przedstawione w ograniczonym zakresie.
- ◇ Zwrócenie uwagi na uwarunkowania bliskości w sytuacji choroby jest głosem na rzecz osób chorych i towarzyszących im. Można więc zakładać, że zapoznanie się z wynikami badań wzmocni zaplecze naukowe pedagogiki leczniczej i tanatopedagogiki. Będzie istotne także dla psychologii, medycyny i nauk o zdrowiu w zakresie styczności tych dyscyplin z tematyką towarzyszenia i wspierania osób chorych.
- ◇ Odniesienie pedagogii bliskości do innych dyscyplin nauki może wyrazić się w uwzględnieniu tej tematyki w treściach kształcenia na kierunkach pedagogicznych oraz innych przygotowujących do pracy z osobami potrzebującymi wsparcia. Dzięki temu absolwenci tych kierunków będą potrafili radzić sobie w sytuacjach, w których bliskość międzyludzka będzie szczególnym wyzwaniem.
- ◇ Ogólna konceptualizacja bliskości sprzyja prowadzeniu kolejnych eksploracji empirycznych w celu poznania zagadnienia bliskości w szerszej perspektywie społecznej. Przedstawione wyniki mogą pomóc w sformułowaniu celów, problemów badawczych i wskaźników w badaniach ilościowych.

8.4.2. Postulaty i rekomendacje dla obszaru wsparcia i edukacji

Postulaty i rekomendacje są formą zaleceń i zachęt formułowanych na bazie zdobytych doświadczeń, przeprowadzonych analiz i uzyskanej wiedzy. Rekomendacje wyjaśniają znaczenie postulatów i wyznaczają obszary ich wdrożenia. Ich przyjęcie i zastosowanie zależy od podmiotu otrzymującego je, ale już samo sformułowanie postulatów i rekomendacji wskazuje na potrzebę zmian. Na podstawie badań własnych można wymienić następujące postulaty i rekomendacje:

- ◊ Bliskość powinna wciąż odnajdywać w rodzinie sprzyjające środowisko rozwoju. Więzy rodzinne, które w obecnych czasach są często obciążone zagrożeniem zerwania, należy wzmacniać. Zwrócenie uwagi na rolę rodziny w doświadczaniu i rozwoju bliskości może wpływać na konsolidację tej podstawowej grupy społecznej. Uwzględnienie tematyki bliskości w kursach przygotowujących do małżeństwa, a także w warsztatach oferowanych małżonkom i rodzicom przyczyni się do lepszej komunikacji i współpracy.
- ◊ Metodyka bliskości powinna znaleźć szersze zastosowanie w praktyce leczniczo-opiekuńczej. Wykorzystanie doświadczeń uczestników badań może spotęgować działania podejmowane przez pracowników ochrony zdrowia i wolontariuszy na rzecz budowania relacji z chorymi i ich rodzinami. Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę takich przedsięwzięć, zwłaszcza tam, gdzie są one realizowane w marginalnym zakresie.
- ◊ Pedagogia bliskości może poszerzyć swoje zastosowanie w placówkach hospicyjnych. Jak pokazały badania, w tych placówkach bliskość jest szczególnie oczekiwana i wdrażana. Niemniej potrzebne jest nieustanne podkreślanie jej znaczenia, uczenie jej i praktykowanie w relacjach z chorymi. Przydatne więc mogą być warsztaty z tej tematyki czy kursy dla wolontariuszy, które pomogą im jeszcze lepiej wykonywać swoje zadania. Warto docenić bogactwo doświadczeń pracowników hospicjów, którzy wzięli udział w badaniach. Ich głos doradczy może przyczynić się do powiększenia zasobów zespołów hospicyjnych.
- ◊ Bliskość jest oczekiwana także w szpitalu. Rekomendacje są ukierunkowane na promowanie jej przez pracodawców wśród pracowników placówek oraz rozwijanie dobrych praktyk. Trudno spodziewać się szybkich zmian w tym obszarze, ale działania oddolne, popierane przez dyrekcję, mogą przyczynić się do tego, że pacjenci szpitali będą mogli częściej doświadczać

bliskości w sytuacji choroby. Do tego niezbędne jest stworzenie większej przestrzeni czasowej, wolnej od pośpiechu.

- ◇ Promowanie idei bliskości powinno inspirować do działań wolontaryjnych. Zrozumienie istoty bliskości powinno przekładać się na postawy wolontaryjne. Zapotrzebowanie na nie jest coraz większe, a jednocześnie maleje liczba osób zaangażowanych w wolontariat stały, zwłaszcza świadczony osobom chorym i w podeszłym wieku. Doświadczenie bliskości powinno przyczyniać się do podejmowania działań na rzecz osób jej potrzebujących.
- ◇ Tematyka bliskości powinna znaleźć szersze zainteresowanie mass mediów, zwłaszcza obecnie, gdy społeczeństwo wyłaniające się z pandemii przeżywa kolejne napięcia, tym razem związane z zagrożeniem militarnym. Zwrócenie uwagi na bliskość i wskazanie sposobów jej budowania są zadaniami, w których realizacji mass media mogą odegrać dużą rolę.
- ◇ Zagadnienia związane z pedagogią bliskości powinny być poruszane na szkolnych lekcjach. Nauczanie zdalne i inne konsekwencje wprowadzenia reżimu sanitarnego przyczyniły się do osłabienia bliskości między podmiotami edukacji, zwłaszcza między uczniami. Potrzebne jest więc uwzględnienie tej tematyki w ramach zajęć dydaktycznych i wychowawczych. Umiejętność budowania bliskości osłabia osamotnienie i izolację.
- ◇ Ważne jest budowanie bliskości między nauczycielami a uczniami. Bliskość ta wymaga namysłu, poszanowania zasad ochrony małoletnich oraz ich nienaruszalności osobistej i prywatności. Mimo obiektywnych trudności w budowaniu tej bliskości jest to zadanie kluczowe, bo edukacja pozbawiona relacji wychowawczej nie spełnia do końca swojej roli.

* * *

Ogólne rozumienie bliskości rzuca światło na więzi rodzinne, ukazując ich fundamentalną rolę w rozwoju dzieci, młodzieży, a także dorosłych członków rodziny. Kategoria ta doświadczana w sytuacji choroby jawi się jako duże wyzwanie. Wiele czynników utrudnia jej rozwój. Jednak, jak wynika z badań autorskich, nie przekreślają one tej możliwości. Bliskość międzyludzka odkrywana i pogłębiana w czasie leczenia i towarzyszenia chorym jest zjawiskiem psychospołecznym, które ma duże znaczenie dla rozmówców. Jej indywidualne przeżywanie sprzyja opracowaniu metodyki pedagogii bliskości. Służy ona do nawiązania i wzmacniania relacji w rodzinie, a także w sytuacji choroby między personelem, pacjentami oraz ich rodzinami.

W rozdziale przedstawiłem autorską definicję bliskości zarówno w wymiarze ogólnospołecznym, jak i osadzoną w realiach sytuacji choroby. Konceptualizacja bliskości oraz opis jej cech i pedagogii są etapami wieńczącymi analizę wywiadów. Na ich bazie zostały zaproponowane wskazania dla teorii pedagogicznej oraz obszaru wsparcia i edukacji. Modele bliskości w rodzinie oraz bliskości w sytuacji choroby mogą stanowić istotny punkt odniesienia zarówno dla rozwoju teorii pedagogicznej, jak i praktyki edukacyjnej oraz obszaru wsparcia.

Pedagogia bliskości określa, w jaki sposób realizować jej postulaty w sytuacjach typowych i wykraczających poza codzienne doświadczenia życiowe. Może być ona podstawą do tworzenia kolejnych modeli służących optymalizacji procesu wsparcia z uwzględnieniem siły międzyludzkich relacji.

Refleksje końcowe

Monika Tomalik zauważa: „Dziwne czasy. Częściej głaszczemy ekrany smartfonów niż dłonie ludzi, których kochamy” (Tomalik 2021). Jest to smutna, ale w dużym stopniu prawdziwa diagnoza społecznej codzienności. Znacznie rzadziej dotykamy dłoni drugiego człowieka niż ekranu. Być może nie chodzi tu o postawienie znaku równości, ale raczej o osiągnięcie równowagi. Bliskość wyrażająca się na różne sposoby nie jest bowiem tym samym co kontakt z wyświetlaczem najnowszej generacji. Doświadczenie uczy, że czasem jedno dotknięcie dłoni czy twarzy drugiego człowieka staje się niezatartym wspomnieniem, czego nie można powiedzieć o dotknięciu nowoczesnego ekranu. Nie chodzi tu więc głównie o częstość, ale o prawdę bycia blisko drugiego człowieka. Intensywność kontaktów z nim jest ważna, ale oznak bliskości nie da się policzyć. Wspomniana równowaga polega na dostrzeżeniu, że z perspektywy bliskości dotyk i inne jej oznaki nabierają znaczenia ze względu na cel – powszechność nowych technologii komunikacyjnych ma sens jedynie wtedy, gdy w jakimś wymiarze stanowi dostęp do drugiego człowieka. W przeciwnym razie przywiązanie do rzeczy czy nawet czułość wobec nich jest jedynie namiastką prawdziwej bliskości. A w niej chodzi bardziej o głębię dotyku, nie o powierzchowność doświadczeń.

Strony zapisane w tej książce są świadectwem bliskości okazywanej w codziennym funkcjonowaniu rodzin oraz w szczególnie trudnych okolicznościach życia. Polaryzacja podejść do bliskości stała się bardzo widoczna w sytuacji choroby oraz w czasie pandemii COVID-19. Odwołując się do tego trudnego czasu, Lucyna Bakiera i Monika Obrębska zauważają:

Zamiast współlistnienia i naprzemienności dystansu i bliskości mamy obecnie do czynienia z dychotomią: jesteśmy albo za daleko, albo za blisko i trudno o równowagę (Bakiera, Obrębska 2021, s. 14).

Do zbudowania równowagi potrzebne jest zaangażowanie, a także odczuwanie niedosytu bliskości, które mobilizują do podjęcia wysiłku nieustannego dążenia do niej. Do bliskości, która rozwija się w rodzinie, a także

nawiązuje się między cierpiącym człowiekiem i osobami, które go leczą czy towarzyszą mu w chorobie.

Bliskość międzyludzką zaprezentowałem z perspektywy teoretycznej, dzięki czemu podkreślony został status jej naukowości. Wyniki badań empirycznych pokazały zaś, jakie znaczenia, formy i konteksty występowania bliskości można wymienić i opisać. Bliskość jawi się jako ważna kategoria społeczna, której brak lub nadmiar są szkodliwe. Przede wszystkim jest ona jednak istotną wartością, która inspiruje, pociąga i zachęca do poznawania jej tajemnic. Ukazanie bliskości jako wartości, a także przedstawienie jej znaczenia i perspektyw w relacjach międzyludzkich stanowi zasadniczy rezultat przeprowadzonych badań.

Drugim ważnym pokłosiem badań jest określenie pedagogii bliskości. Zbudowanie prawdziwej bliskości wymaga bowiem zastosowania odpowiedniej metodyki. Takie założenie pojawiło się w trakcie przeprowadzania wywiadów. Rozmówcy nawiązywali w nich do znaczenia budowania bliskości. Najbardziej typowe i niestandardowe rozwiązania zaprezentowałem w wynikach badań, które pokazują, że bliskość, jakkolwiek ma interdyscyplinarne korzenie, jest mocno osadzona w praktyce pedagogicznej i potrzebuje jej do wyjaśnienia, jak powstaje i jak ją budować. Dlatego pedagogia bliskości nie jest kolejnym pojęciem naukowym stworzonym dla podkreślenia oryginalności przeprowadzonych badań własnych. To raczej pedagogika zyskuje na tym, że wyodrębniono w jej zasobach pedagogię bliskości, która ma praktyczny wymiar realizowany w różnych okolicznościach życia.

Agnieszka Cybal-Michalska, odnosząc się do teoretycznego i praktycznego wymiaru uprawiania pedagogiki, zauważa:

Niepodobna zaprzeczyć, że dla praktyki życia społecznego i tworzenia dla niej nowych prorozwojowych szans na uwagę zasługuje społeczna rola i użyteczność nauk pedagogicznych. Tym samym dynamika rozwoju „pedagogicznego” teoretyzowania, której pedagog akademicki nie może zlekceważyć, powinna wyrastać z wysokiej kultury metodologicznej i uwzględniać możliwość zastosowania poczynionych ustaleń w subdyscyplinach pedagogiki (Cybal-Michalska 2021, s. 17).

Otrzymane wyniki badań własnych wpisują się w ten postulat. Teoretyzowanie i odniesienie do praktyki życia codziennego związane z budowaniem bliskości znalazły wspólną płaszczyznę o znacznym stopniu użyteczności społecznej.

Analizowane wywiady zawierają wiele przykładów bliskości okazywanej w sytuacji, w której jedna ze stron jest w pozycji oczekującej, a druga inicjującej bliskość. Pozornie łatwo jest przypisać pierwszą pozycję dzieciom czy chorym, a drugą rodzicom lub medykom. Jednak w rzeczywistości reguła ta nie zawsze się sprawdza. W rodzinie bliskość jest relacją wymienną, której inicjatorem może być każdy z jej członków. Podobnie dzieje się w sytuacji choroby. Ludzie chorzy, zwłaszcza zbliżający się do kresu życia, zwykle potrzebują bliskości drugiego człowieka. Oczekują jej również medycy i wolontariusze. Jeśli więc bliskość jest kategorią głównie proceduralną, można przyjąć, że wychowankowie czy chorzy są jej beneficjentami. Gdy bliskość jest postrzegana jako rzeczywistość wartościowa sama w sobie, mogą ją inicjować, budować, a także korzystać z niej wszyscy, którzy decydują się na uczestniczenie w niej. I taki obraz bliskości wyłania się z przeprowadzonych analiz.

Gdyby Czytelnik rozpoczął lekturę tej książki od zakończenia, mógłby odnieść wrażenie, że bliskość jest kategorią niezwykle zrównoważoną i buduje się ją jedynie w zbalansowanych sytuacjach życiowych. Nie byłby to pełny obraz bliskości. Analiza materiału badań pokazuje, w jak trudnych i dynamicznie zmieniających się okolicznościach powstaje bliskość między chorymi i osobami, które ich leczą. Jest ona rzeczywistością, która wymaga współistnienia przeciwieństw: odwagi i wycofania, determinacji i ustępliwości, dynamizmu i łagodności, heroizmu i zwyczajności. Uczestnicy badań opisali bliskość jako rzeczywistość dynamiczną, nieustannie stającą się i nigdy nieosiągającą w pełni statusu „gotowa”. Wyrazem tego jest ujęcie bliskości jako continuum bycia blisko i w oddaleniu. Dzięki niemu poszanosowana jest wolność każdego uczestnika bliskości, który ma prawo dookreślić swoje granice intensywności doświadczania obecności drugiego człowieka.

Wydaje się jednak, że to nie nadmierna bliskość jest dzisiaj głównym problemem, a nadmierny dystans, przechodzący w izolację. Jak wydobyć z niego człowieka, zwłaszcza zmagającego się z cierpieniem bądź uczestniczącego w cierpieniu innych? Odpowiedź wynikająca z przeprowadzonych badań jest następująca – przez miłość. Tylko ona może sprawić, że człowiek dotychczas obcy zostanie zaproszony do kręgu bliskich. Dzięki miłości ma odwagę przyjąć to zaproszenie i otworzyć się na obecność innych, nawet gdy okoliczności pandemiczne czy chorobowe to utrudniają.

Bliskość budowana przez rozmówców, którzy udzielili wywiadów, nie jest idealna. Błędem byłoby też spodziewać się – po lekturze wywiadów – że podobną bliskość zastaniemy we wszystkich rodzinach, w każdej sytuacji choroby i leczenia w przychodniach, szpitalach czy hospicjach. Doświad-

czenie uczy, że często jest inaczej. Jakie więc znaczenie ma pokazywanie bliskości w wynikach badań, których ze względów metodologicznych czy też z powodu różnych doświadczeń życiowych nie można uogólnić? To pytanie od dawna zaprzątało moje myśli. Odpowiedź nie jest łatwa, ale jedną ze wskazówek mogą być słowa Tischnera: „Miłość nas rozumie”. Miłość rozumie tych, którzy troszczą się o silne więzi rodzinne. Miłość rozumie także tych, którzy z poświęceniem angażują się w bliskość z chorymi, bo sami uzmysłowili sobie, czym jest miłość. Przytoczone słowa są kluczem do pojmowania bliskości, która została opowiedziana, opracowana, a następnie zaproponowana do przeczytania. Klucz do tych rozważań został ujawniony już we wstępie książki, ale dopiero ukazanie miłości w odniesieniu do przeprowadzonych wywiadów odkrywa siłę bliskości międzyludzkiej. Jawi się ona wręcz jako teoria dalekiego zasięgu, a przecież badania w podejściu jakościowym nie dają możliwości tworzenia takich uogólnień. Jest to kolejny paradoks bliskości, która choć została szeroko opisana, wciąż nie pozwala się traktować jak książkę, która właśnie się kończy.

Bibliografia

- Ablewicz K. (2020), *Samotność potrzebna i niepotrzebna. Perspektywa faktu, rozwoju i relacji na przykładzie studium tekstów Janusza Korczaka*, „Horyzonty Wychowania”, 19(50).
- Adamczyk M. (2016), *Style przywiązania a psychospołeczne funkcjonowanie młodzieży w oparciu o studia przypadków*, „Psychoterapia”, 3(178).
- Adamski F. (2013), *Pedagogika chrześcijańska pedagogiką personalistyczną*, „Paedagogia Christiana”, 31(1).
- Ainsworth M.D.S., Bell S.M. (1970), *Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of One-year-olds in a Strange Situation*, „Child Development”, 41(1).
- Albiński K. (2021), *Opieka ambulatoryjna w dobie pandemii COVID-19* [w:] M. Dobska, E. Kosiński, M. Urbaniak (red.), *Ochrona zdrowia w czasach pandemii. Zagadnienia publicznoprawne, medyczne i ekonomiczne*, Poznań: Polskie Towarzystwo Ekonomiczne. Oddział w Poznaniu.
- Aldridge J. (2008), *Jak żyć z poważnie chorym dzieckiem*, przeł. J. Makowiecka, Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Ambroziak E. (2020), *Wpływ pandemii COVID-19 na funkcjonowanie rodziny*, <https://wuplodz.praca.gov.pl/documents/1135458/4472799/Wp%C5%82yw%20pandemii%20Covid-19%20na%20funkcjonowanie%20rodziny%20%28p.%20Ewa%20Ambroziak%29.pdf/1c3b682d-3d03-4667-b64a-6bd9cfe61fe2?t=1614858338028> [dostęp: 16.04.2021].
- American Psychological Association (2020), *Ageism and COVID-19*, <https://www.apa.org/topics/covid-19/research-ageism> [dostęp: 16.03.2021].
- Andersson B., Öhlén J. (2005), *Being a Hospice Volunteer*, „Palliative Medicine”, 19(8).
- Antas J., Kraśnicka-Wilk I. (2016), *Rola dotyku w komunikacji interpersonalnej* [w:] A. Łebkowska, Ł. Wróblewski, P. Badysiak (red.), *W kulturze dotyku? Dotyk i jego reprezentacje w tekstach kultury*, Kraków: Zakład Wydawniczy „Nomos”.
- Antoszevska B. (2018), *Ku człowiekowi. Doświadczenie relacji z pacjentem w narracjach lekarzy. Wybrane zagadnienia pedagogiki leczniczej*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Apostu M.N., Candel O.S., Turliuc M.N. (2021), *Intimacy and Couple Satisfaction in Emerging Adulthood. The Mediating Role of Supportive Dyadic Coping*, „Revista de Psihologie”, 67(3).

- Aron A.P., Mashek D.J., Aron E.N. (2004), *Closeness as Including Other in the Self* [w:] D.J. Mashek, A. Aron (eds.), *Handbook of Closeness And Intimacy*, Mahwah, NJ – London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Aronson E., Aronson J. (2020), *Człowiek – istota społeczna*, przeł. M. Guzowska, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M. (1997), *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, przeł. A. Bezwińska i in., Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Babbie E. (2008), *Podstawy badań społecznych*, przeł. W. Betkiewicz [i in.], Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bahlmann M.D., Elfring T., Groenewegen P., Huysman M.H. (2010), *Does Distance Matter? An Ego-network Approach Towards the Knowledge-based Theory of Clusters*, „Research Memorandum”, 4.
- Bajer D. (2011), *Egzystencjalizm jako filozofia podmiotu*, „IDEA – Studia nad strukturą i rozwojem pojęć filozoficznych”, 23.
- Bakiera L. (2019), *Wychowanie i rodzicielstwo, styl wychowania i styl rodzicielski. Analiza terminologiczna*, „Psychologia Wychowawcza”, 58(16).
- Bakiera L., Obrębska M. (2021), *Blisko czy na dystans? Psychologiczne aspekty relacji międzyludzkich*, „Człowiek i Społeczeństwo”, 51.
- Barbaro M. de (1999), *Struktura rodziny* [w:] B. de Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bardel M. (2004), *Różne twarze inności*, „Znak”, 1.
- Bartoszek A. (2000), *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*, Katowice: Księgarnia św. Jacka.
- Bauman T. (2010), *Strategie jakościowe w badaniach pedagogicznych* [w:] T. Pilch, T. Bauman (red.), *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Bembenek K. (2018), *Problem rozpoznania (reconnaissance) Innego w kontekście Ricoeurowskiej dyskusji ze stanowiskami Husserla i Lévinasa*, „Filo-Sofija”, 18(42).
- Benedykt XVI (2009), *Encyklika Caritas in veritate*, https://www.vatican.va/content/benedict-xvi/pl/encyclicals/documents/hf_ben-xvi_enc_20090629_caritas-in-veritate.html [dostęp: 16.03.2023].
- Bereźnicka M. (2014), *Wychowanie dziecka we współczesnej rodzinie*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Berscheid E., Snyder M., Omoto A.M. (1989), *The Relationship Closeness Inventory: Assessing the Closeness of Interpersonal Relationships*, „Journal of Personality and Social Psychology”, 57(5).
- Biesaga T. (2010), *Choroba – krytyczny moment w relacji między Bogiem i człowiekiem* [w:] K. Moćko (red.), *Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej postudze przy chorym. Zapis konferencji Łagiewniki, 14 marca 2009 roku*, Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Binnebesel J. (2007), *Zapomniani niepełnosprawni pacjenci* [w:] J. Rottermund (red.), *Wielowymiarowość procesu rehabilitacji* („Problemy Edukacji, Rehabilitacji i Socjalizacji Osób Niepełnosprawnych, t. 2), Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

- Binnebesel J. (2010), *Pedagogiczne aspekty opieki hospicyjnej* [w:] J. Binnebesel, A. Janowicz, P. Krakowiak, A. Paczkowska (red.), *Pozamedyczne aspekty opieki paliatywno-hospicyjnej*, Gdańsk: Fundacja Hospicyjna.
- Binnebesel J. (2013), *Tanatopedagogika w doświadczeniu wielowymiarowości człowieka i śmierci*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Binnebesel J., Godawa G. (2017), *Luminarze tanatopedagogiki* [w:] A. Walulik, J. Mółka (red.), *Septuaginta pedagogiczno-katechetyczna. Księga jubileuszowa dedykowana Księdzu Profesorowi dr. hab. Zbigniewowi Markowi SJ w siedemdziesiątą rocznicę urodzin*, Kraków: Academia Ignatianum.
- Binnebesel J., Mastalski J. (2017), *Tanatopedagogika (pedagogika śmierci)* [w:] A.A. Zych (red.), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, t. 4: T–Ż, Katowice: Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae – Skarb Śląski.
- Bliski* (2018), [w:] K. Długosz-Kurczabowa, *Słownik etymologiczno-historyczny języka polskiego*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Blisko* (2001), [w:] F. Rienecker, G. Maier, *Leksykon biblijny*, przeł. D. Irmińska, J. Kruczyńska, Warszawa: Vocatio.
- Blisko* (b.d.), *Rosnący Słownik Hebrajski*, <https://www.iwrit.pl/index.php?ww=1&slowo=blisko&tps=on&ccnb=on> [dostęp: 4.01.2021].
- Bliskość* (1996), [w:] W. Doroszewski (red.), *Słownik języka polskiego*, t. 1: A–Ć, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bliskość* (2001), [w:] F. Rienecker, G. Maier, *Leksykon biblijny*, przeł. D. Irmińska, J. Kruczyńska, Warszawa: Vocatio.
- Blizki* (1993), [w:] A. Brückner, *Słownik etymologiczny języka polskiego*, Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Błasiak A. (2010), *Znaczenie więzi i atmosfery rodzinnej dla funkcjonowania rodziny* [w:] A. Błasiak, E. Dybowska (red.), *Wybrane zagadnienia pedagogiki rodziny*, Kraków: Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna Ignatianum, Wydawnictwo WAM.
- Błasiak A., Wilkosz K. (2020), *Wychowanie przez przyrodę – wybrane współczesne aspekty*, „Horyzonty Wychowania”, 19(52).
- Błaszczuk M. (2019), *Człowiek według Jeana-Paula Sartre’a*, „Przegląd Filozoficzny – Nowa Seria”, 28(2).
- Bohdan Z. (2011), *Czy cisza jest walorem czy klęską medycyny? (o medycznych aspektach ciszy)* [w:] B. Antoszevska (red.), *Dziecko przewlekle chore – problemy medyczne, psychologiczne i pedagogiczne* („Heurystyczny Wymiar Ludzkiej Egzystencji”), Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”.
- Bohdan Z. (2014), *Smutek pożegnania z pacjentem* [w:] B. Antoszevska, J. Binnebesel (red.), *Porozmawiajmy o śmierci...*, Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Bołoz W. (1997), *Życie w ludzkich rękach. Podstawowe zagadnienia bioetyczne*, Warszawa: Wydawnictwa Akademii Teologii Katolickiej, Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna „Adam”.
- Borowiec P. (2019), *Odmiany teorii ugruntowanej jako metody wyjaśniania i rozumienia polityki, interdyscyplinarnego przedmiotu badań naukowych*, „Studia Politologiczne”, 46.

- Bosko J. (1998), *System prewencyjny w wychowaniu młodzieży* [w:] J. Wilk (red.), *Współczesny wychowawca w stylu księdza Bosko. Materiały z sympozjum z okazji 100-lecia pracy Salezjanów w Polsce, Katolicki Uniwersytet Lubelski, 16–17.04.1998*, Lublin – Kraków: Poligrafia Inspektoratu Towarzystwa Salezjańskiego.
- Brański J. (2007), *Więzi społeczne w rodzinie* [w:] S. Kawula, J. Brański, A.W. Janke (red.), *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Brożek B., Gieźka G., Polaczek J., Gajewski P., Krajnik M. (2020), *Bądź przy mnie – czyli trzy historie o samotności. O potrzebie opieki duchowej w czasie pandemii COVID-19*, „Medycyna Praktyczna”, 12.
- Brzezińska A.I. (2008), *Nauczyciel jako organizator społecznego środowiska uczenia się* [w:] E. Filipiak (red.), *Rozwijanie zdolności uczenia się. Wybrane konteksty i problemy*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Brzezińska M. (2011), *Proaktywna starość. Strategie radzenia sobie ze stresem w okresie późnej dorosłości*, Warszawa: Difin.
- Buber M. (1993), *Problemy człowieka*, przeł. J. Doktor, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Budkowska L., Poszytek P. (2018), *Kompetentny nauczyciel – przyszłość czy rzeczywistość* [w:] S.M. Kwiatkowski (red.), *Kompetencje przyszłości. Obszary: Porozmawiajmy o kompetencjach. Wyzwania współczesnej edukacji. Kompetencje cyfrowe. Kompetencje społeczne nauczycieli*, Warszawa: Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji.
- Bufacchi V. (2020, 19 May), *How Coronavirus Exposed our Society's Inherent Ageism*, New Statesman, <https://www.newstatesman.com/international/2020/05/coronavirus-old-age-over-60s-risk-care-homes-herd-immunity-deaths> [dostęp: 16.03.2021].
- Buksiński T. (1982), *Metodologiczne problemy uzasadniania wiedzy historycznej*, Warszawa – Poznań: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Bunda M. (2014, 7 lutego), *Głód silniejszy niż głód. Rozmowa z dr Kingą Tucholską*, <https://www.polityka.pl/jamyoni/1530563,1,glod-silniejszy-niz-glod.read> [dostęp: 2.01.2021].
- Butler R.N. (1975), *Why Survive? Being Old in America*, New York: Harper and Row.
- Cancer Pain Relief and Palliative Care. Report of a WHO Expert Committee* (1990), World Health Organisation Technical Report Series, 804, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39524/WHO_TRS_804.pdf?sequence=1&isAllowed=y [dostęp: 18.10.2023].
- Carter S., Henderson L. (2005), *Approaches to Qualitative Data Collection in Social Science* [w:] A. Bowling, S. Ebrahim (eds.), *Handbook of Health Research Methods: Investigation, Measurement and Analysis*, Maidenhead: Open University Press.
- Cempa M. (2011), *Ból niewymownego cierpienia – psychologiczny aspekt reakcji chorych na zabieg laryngotomii totalnej* [w:] G. Makiełło-Jarża (red.), *Ból i cierpienie* („Acta Academiae Modrevianae”), Kraków: Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne – Oficyna Wydawnicza AFM.
- Centrum Badania Opinii Społecznej (2020a), *Życie codzienne w czasach zarazy*, „Komunikat z Badań”, 60, Warszawa: Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej.
- Centrum Badania Opinii Społecznej (2020b), *Religijność Polaków w warunkach pandemii*, „Komunikat z Badań”, 137, Warszawa: Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej.

- Chałas K. (2018), *Edukacja aksjologiczna i wychowanie ku wartościom podstawą budowania szkoły jako wspólnoty życia, pracy i służby*, „Prima Educatione”, 2.
- Chałas K., Łobacz M. (2020), *Przymioty osoby ludzkiej. Edukacja aksjologiczna i wychowanie ku wartościom. Elementy teorii i praktyki*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Charmaz K. (2008), *Constructionism and the Grounded Theory Method* [w:] J.A. Holstein, J.F. Gubrium (eds.), *Handbook of Constructionist Research*, New York: The Guilford Press.
- Charmaz K. (2013), *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*, przeł. B. Komorowska, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Chlipała P. (2014), *Metodologia teorii ugruntowanej – pomiędzy pozytywizmem a konstruktywizmem*, „Handel Wewnętrzny”, 2(1).
- Chmiel I., Kochan K., Pucko Z., Brzostek T. (2008), *O niektórych dylematach przygotowania do śmierci* [w:] E. Krajewska-Kułak, C. Łukaszuk, B. Jankowiak (red.), *W drodze do brzegu życia*, t. 5, Białystok: Uniwersytet Medyczny. Wydział Nauk o Zdrowiu.
- Chochowska M., Marcinkowski J.T. (2013), *Znaczenie dotyku w medycynie – na przykładzie terapii manualnej tkanek miękkich. Cz. II. Dotyk jako czynnik terapeutyczny i kod kulturowy*, „Hygeia Public Health”, 48(3).
- Choroba (b.d.), [w:] *Encyklopedia PWN*, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/choroba;3885838.html> [dostęp: 19.09.2023].
- Choromański A. (2015), *Osoba ludzka jako „byt relacyjny” – antropologiczne fundamenty eklezjologii Soboru Watykańskiego II*, „Studia Teologii Dogmatycznej”, 1.
- Chrobak S. (2011), *Wychowanie odpowiedzialnego obywatela w perspektywie systemu prewencyjnego św. Jana Bosko*, „Forum Pedagogiczne UKSW”, 1.
- Chrobak S. (2016), *Wychowanie do przebaczenia w pedagogii salezjańskiej*, „Paedagogia Christiana”, 2(38).
- Chrzanowska H. (2018), *Pamiętniki. Listy. Notatki*, A. Rumun, M. Florowska (oprac.), Kraków: Wydawnictwo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych im. Hanny Chrzanowskiej.
- Chudy W. (2006), *Istota pedagogiki personalistycznej*, „Ethos”, 3.
- Chudy W. (2007a), *Odchodzenie z nadzieją. U podstaw pedagogiki umierania*, „Ethos”, 3/4.
- Chudy W. (2007b), *Podstawy filozoficzne pedagogii samowychowania*, „Roczniki Nauk Społecznych”, 35(2).
- Ciechaniewicz W. (2008), *Pedagogiczne aspekty pracy z pacjentem i jego rodziną* [w:] W. Ciechaniewicz (red.), *Pedagogika. Podręcznik dla szkół medycznych*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Cierpiałkowska L., Sęk H. (2016), *Psychologia kliniczna*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Colman A.M. (2009), *Bliskość vs izolacja* [w:] A.M. Colman, *Słownik psychologii*, przeł. A. Cichowicz, H. Zalewska-Turczyn, P. Nowak, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Creswell J.W. (2013), *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane*, przeł. J. Gilewicz, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Cudak S. (2012), *Znaczenie więzi emocjonalnych w rodzinie dla prawidłowego funkcjonowania dzieci*, „Pedagogika Rodziny”, 2(4).

- Cybal-Michalska A. (2010), *W stronę globalnej cywilizacji przyszłości – o potrzebie twórczego dialogu z „innością”*, „Ars inter Culturas”, 1.
- Cybal-Michalska A. (2021), *Mysł edukacyjna – o powadze teoretyczności ustaleń socjopedagogicznych*, „Teologia i Moralność”, 16(1)(29).
- Cymanow-Sosin K., Cymanow P. (2023), *Medialne i komunikacyjne oblicza zarządzania relacjami interpersonalnymi w perspektywie zjawiska katalaksji* [w:] J. Siewiora, G. Godawa, K. Cymanow-Sosin (red.), *Miejsce i rola rodziców w budowaniu i funkcjonowaniu rodzin ich dzieci*, Kraków: Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie. Wydawnictwo Naukowe.
- Czapiewska G. (2020), *Solidarność międzypokoleniowa z perspektywy ekonomii i polityki społecznej*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy”, 61.
- Czyżowska D., Gurba E. (2016), *Bliskość w relacjach z rodzicami a przywiązanie i poziom intymności doświadczane przez młodych dorosłych*, „Psychologia Rozwojowa”, 21(4).
- Dąbrowa E., Jaworowska S. (2003), *Fenomenologia* [w:] T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 1: A–F, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Dąbrowska-Milewska G. (2010), *Standardy urbanistyczne dla terenów mieszkaniowych – wybrane zagadnienia*, „Architecturae et Artibus”, 1.
- Decyzja Komisji Etycznej ds. Badań Naukowych Senatu Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie (2022), wniosek KE/01/03/2022, decyzja z dnia 23.03.2022.
- Denzin N.K. (2007), *Grounded Theory and the Politics of Interpretation* [w:] A. Bryant, K. Charmaz (eds.), *The SAGE Handbook of Grounded Theory*, Los Angeles – London – New Delhi – Singapore: Sage.
- Denzin N.K., Lincoln Y.S. (2009), *Wprowadzenie. Dziedzina i praktyka badań jakościowych* [w:] N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (red.), *Metody badań jakościowych*, t. 1, red. nauk. wyd. pol., przeł. K. Podemski, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Deptuła W., Jabłońska A., Kuczyński B., Kukowski M., Laskowski M., Makuszczyńska D., Malinowska A., Szafnik D., Strzelec T., Sulej S., Surazyńska E., Wasyluk P., Zera J. (2020), *Pandemiczne mikroświaty. Mikrotrendy w czasie koronawirusa*, http://www.uwm.edu.pl/trendy/gfx/raporty/MIKRO-%C5%9AWIATY_RAPORT.pdf [dostęp: 20.04.2021].
- Derda D. (2020, 17 kwietnia), *Koronawirus. Hejt i ataki na pracowników ochrony zdrowia niepokoją RPO*, Biuletyn Informacji Publicznej RPO, <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/koronawirus-hejt-i-ataki-na-pracownikow-ochrony-zdrowia-niepokoja-rpo> [dostęp: 20.04.2021].
- Dernowska U. (2013), *Kompetencja globalna w szkole*, „Przegląd Pedagogiczny”, 2.
- Długosz P. (2020a), *Neurotyczne pokolenie koronawirusa? Raport z II fali badań krakowskich studentów*, Kraków: Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN, <https://ifis.up.krakow.pl/wp-content/uploads/sites/9/2020/06/Raport-z-II-fali-bada%C5%84-student%C3%B3w-UP-.pdf> [dostęp: 2.04.2021].
- Długosz P. (2020b), *Przemiany wartości życiowych krakowian pod wpływem pandemii*, Kraków: Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN, <https://ifis.up.krakow.pl/wp-content/uploads/sites/9/2020/05/Przemiany-warto%C5%9Bci-krakowian-w-obliczu-pandemii.pdf> [dostęp: 17.04.2021].
- Doroszewska A. (2017), *Ogólne zasady komunikowania się lekarza i pacjenta. Etyka komunikacji* [w:] A. Ostrowska (red.), *Jak rozmawiać z pacjentem? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej*, Warszawa: Fundacja Polska Liga Walki z Rakiem, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.

- Drozdowski R., Frąckowiak M., Krajewski M., Kubacka M., Modrzyk A., Rogowski Ł., Rura P., Stamm A. (2020), *Życie codzienne w czasach pandemii. Raport z pierwszego etapu badań*, Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza. Wydział Socjologii, http://socjologia.amu.edu.pl/images/pliki/r%C3%B3C5%BCne_prezentacje_etc/%C5%BBycie_codzienne_w_czasach_pandemii_-_Wydzia%C5%82_Socjologii_UAM_-_WWW.pdf [dostęp: 17.04.2021].
- Dubis M. (2019), *Współpraca: nauczyciel – uczeń – rodzic. Wymiary relacji wychowawczej i edukacyjnej*, „Studia Paedagogica Ignatiana”, 22(1).
- Duggan A. (2019), *Health and Illness in Close Relationships* [w:] A. Duggan, *Health and Illness in Close Relationships* (Advances in Personal Relationships), Cambridge: Cambridge University Press.
- Durkin J., Jackson D., Usher K. (2021), *Touch in Times of COVID-19: Touch Hunger Hurts*, „Journal of Clinical Nursing”, 30(1–2).
- Durlak D. (2022), *Stan psychiczny pielęgniarek i pielęgniarzy w dobie pandemii COVID-19*, „Pielęgniarstwo Polskie”, 3(85).
- Duszyński J., Afelt A., Ochab-Marcinek A., Owczuk R., Pyrc K., Rosińska M., Rychard A., Smiatacz T. (2020), *Zrozumieć COVID-19*, https://informacje.pan.pl/images/2020/opracowanie-covid19-14-09-2020/ZrozumiecCovid19_opracowanie_PAN.pdf [dostęp: 9.09.2021].
- Dwa telefony do babci* (2020, 12 marca), <https://gp24.pl/koronawirus-w-polsce-atakujecie-akcja-dwa-telefony-do-babci-sie-rozkreca-zadzwon-do-babci-dziadka-mamy-taty/ar/c1-14854359> [dostęp: 16.04.2021].
- Dyczewski L. (2005), *Więź rodzinna a media elektroniczne*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, 67(1).
- Dyczewski L. (2012), *Więź międzypokoleniowa w badaniach socjologicznych* [w:] W. Świątkiewicz (red.), *Więzi międzypokoleniowe w rodzinie i w kulturze*, Katowice – Rybnik: Studio NOA, Uniwersytet Śląski.
- Dymecka J. (2021), *Psychospołeczne skutki pandemii COVID-19*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia”, 16(1).
- Ekmekcioglu C. (2019), *Dotknij mnie. Dlaczego dotyk jest dla nas tak ważny*, przeł. E. Ziegler-Brodnicka, Łódź: Feeria Wydawnictwo – Wydawnictwo JK.
- Erikson E.H. (2004), *Tożsamość a cykl życia*, przeł. M. Żywicki, Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- Fabiś A. (2014), *Śmierć jako wyzwanie dla opiekunów i osób wspierających ludzi starszych* [w:] A.A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem. Wybór materiałów konferencyjnych*, Sosnowiec: Progres Wydawnictwo – Druk – Reklama, Dąbrowa Górnicza: Stowarzyszenie Przyjaciół Domu Pomocy Społecznej „Pod Dębem”.
- Faull C., Blankley K. (2015), *Palliative Care*, Oxford: Oxford University Press.
- Festinger L., Schachter S., Back K. (1950), *Social Pressures in Informal Groups: A Study of Human Factors in Housing*, New York: Harper.
- Filipczak-Bryniarska I., Wordliczek J. (2008), *Lekarz wobec bólu i cierpienia człowieka*, „Anestezjologia i Ratownictwo”, 2.
- Flick U. (2012), *Projektowanie badania jakościowego*, przeł. P. Tomanek, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Florkowski R. (2018), *Paradygmat Carla Ransoma Rogersa w międzykulturowej perspektywie*, „Fabrica Societatis”, 1.
- Fopka-Kowalczyk M. (2013), *Wsparcie społeczne w chorobie nowotworowej*, „Psychoonkologia”, 17(4).
- Frankl V.E. (2009), *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, przeł. A. Wolnicka, Warszawa: Wydawnictwo „Czarna Owca”.
- Frankl V.E. (2010), *Wola sensu. Założenia i zastosowanie logoterapii*, przeł. A. Wolnicka, Warszawa: Wydawnictwo „Czarna Owca”.
- Frączek Z. (2011), *Pokoleniowe przemiany społecznej świadomości wartości rodziny*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Fundacja „Dajemy Dzieciom Siłę” (2020), *Pandemia przemocy*, <https://pandemiapremocy.fdds.pl/kampania/> [dostęp: 9.04.2021].
- Gach P.P. (2006), *Solidaryzm* [w:] T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 5: R–St, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Gajewska G. (2008), *Więź społeczna* [w:] T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 7: V–Ż, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Gajowiec B. (2020), *Świat dotyku. Zdrowy duch to zdrowe ciało. Holistyka w fizjoterapii*, Lutynia: Purana.
- Gałęska U. (2015), *Przeobrażenia więzi rodzinno-społecznych w rodzinie XXI wieku*, „Wychowanie w Rodzinie”, 11(1).
- Gawrych M. (2022), *Zdrowie psychiczne pracowników medycznych w czasie pandemii COVID-19 – przegląd literatury*, „Psychiatria Polska”, 56(2).
- Gąsiorok P. (2011), „Najbliżsi” – o Korczaku i korczakowskich interpretacjach bliskości [w:] Z. Rudnicki (red.), *Inspiracje korczakowskie. Wokół „Prawideł życia” w 80. rocznicę wydania*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Gibbs G. (2015), *Analizowanie danych jakościowych*, przeł. M. Brzozowska-Brywczyńska, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Giddens A. (2006), *Przemiany intymności. Seksualność, miłość i erotyzm we współczesnych społeczeństwach*, przeł. A. Szulżycka, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Girzelska J., Kościołek A., Mianowana V., Cuber T., Wąsik A. (2010), *Funkcja edukacyjna pielęgniarki wobec pacjentów przebywających na oddziale chirurgicznym*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 18(4).
- Giza-Poleszczuk A. (2007), *Stosunki międzyludzkie i życie zbiorowe* [w:] I. Krzeziński, J. Raciborski (oprac.), *Oswajanie wielkiej zmiany. Instytut Socjologii UW o polskiej transformacji*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- Glaser B.G., Strauss A.L. (1967), *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*, Chicago: Aldine Publishing.
- Glaser B.G., Strauss A.L. (1968), *Time for Dying*, Chicago: Aldine Publishing.
- Gliniecki W. (2019), *Miejsce „osoby” w decyzji medycznej. Analiza zagadnienia w świetle personalizmu Jacques’a Maritaina*, „Studia Pelplińskie”, 53.
- Gliniecki W. (2022), *Pojęcie „dystansu” w relacji pacjent – personel medyczny i jego wymiar personalistyczny*, „Studia Pelplińskie”, 56.
- Glinka B., Czakon W. (2021), *Podstawy badań jakościowych*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

- Gniadek A., Nawara W., Padykuła M., Malinowska-Lipień I. (2020), *Polska pielęgniarka w czasie pandemii zakażeń SARS-CoV-2 – różne perspektywy wykonywania zawodu*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, 18(2).
- Gnitecki J. (2007), *Metodologia pedagogiki i metodologia badań pedagogicznych. Problemowo-programowany zestaw ćwiczeń dla studentów / Methodology of Pedagogy and Methodology of Pedagogical Research: Problem-programmed Exercises Set for Students*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego.
- Godawa G. (2011), *Działalność hospicjów dziecięcych jako próba adekwatnej odpowiedzi na potrzeby dziecka terminalnie chorego i jego rodziny* [w:] S. Bębas, E. Jasiuk (red.), *Prawne, administracyjne i etyczne aspekty wychowania w rodzinie*, t. 1, Radom: Wyższa Szkoła Handlowa.
- Godawa G. (2014), *Samowychowanie w kontekście choroby terminalnej. Studium tanatopedagogiczne*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia”, 27(1).
- Godawa G. (2016), *Funkcjonowanie rodziny dziecka objętego domową opieką hospicyjną. Studium tanatopedagogiczne*, Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”.
- Godawa G. (2018), *Rodzina wobec nieuleczalnej choroby dziecka: Aspekty tanatopedagogiczne*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Godawa G. (2020a), „*A Forced, Necessary Inconvenience*” – *Distance Learning in the COVID-19 Pandemic. Situation from the Parents' Perspective*, „Konteksty Pedagogiczne”, 2(15).
- Godawa G. (2020b), *Znaczenie dotyku w edukacji. Model węgierski* [w:] A. Kamińska-Małek, P. Oleśniewicz (red.), *Edukacja jutra. Zróżnicowane obszary rozwoju edukacji instytucjonalnej*, Sosnowiec: Wydawnictwo Akademii Sztuki Wojennej.
- Godawa G. (2021a), *Ageing and Ageism in COVID-19 times* [w:] M. Łuszczńska, M. Formosa (eds.), *Ageing and COVID-19. Making Sense of a Disrupted World*, London – New York: Routledge.
- Godawa G. (2021b), *Sposoby radzenia sobie „lockdown generation” w czasie pandemii SARS-CoV-2. Implikacje edukacyjne* [w:] A. Klimska, M. Klimski (red.), *Przyszłość polskiej szkoły. Alert pedagogiczny*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Godawa G., Kutek-Sładek K. (2020), *Zdalne nauczanie w sytuacji pandemii COVID-19*, „Roczniki Pedagogiczne”, 12(48), 4.
- Gołowski P. (2020, 16 maja), *Wolontariat w DPS-ach, zbiórki pieniędzy, pomoc psychologiczna i modlitwa. Działania Kościoła w walce z COVID-19*, <https://www.polskieradio24.pl/5/1222/Artykul/2511839,Wolontariat-w-DPSach-zbiorki-pieniedzy-pomoc-psychologiczna-i-modlitwa-Dzialania-Kosciola-w-walce-z-COVID19> [dostęp: 17.04.2021].
- Gołębek-Polus A. (2021, 1 kwietnia), *15 tysięcy rozmów z seniorami w trakcie pandemii*, <https://www.gdynia.pl/spoleczenstwo,7580/15-tysiecy-rozmow-w-trakcie-pandemii,555919> [dostęp: 16.04.2021].
- Gołek B. (2008), *Wychowanie salezjańskie*, „Pedagogika Katolicka”, 2.
- Gorzko M. (2013), *Teoria ugruntowana jako „rodzina metod”?*, „Opuscula Sociologica”, 4(6).
- Górecki M. (1995), *Hospicjum w służbie umierającym* [w:] T. Pilch, I. Lepalczyk, *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.

- Górecki M. (2000), *Hospicjum w służbie umierających*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Górska A. (2014, 28 stycznia), *Przychodnie i szpitale zbywają starszych ludzi. „Nie mamy miejsc”*, <https://gazetakrakowska.pl/przychodnie-i-szpitala-zbywaja-starszych-ludzi-nie-mamy-miejsc/ar/3314028> [dostęp: 23.12.2019].
- Graczyk A. (2012), *Jakość życia chorych objętych opieką paliatywną domową i stacjonarną, a satysfakcja z opieki w ocenie chorego i bliskich*, rozprawa doktorska, promotor dr hab. Henryk Lisiak, Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Nauk Społecznych, <https://www.wbc.poznan.pl/dlibra/publication/282466/edition/232755/content> [dostęp: 20.04.2021].
- Green J., Thorogood N. (2009), *Qualitative Methods for Health Research*, London: Sage Publications.
- Grochociński M. (1986), *Kultura pedagogiczna rodziców* [w:] M. Ziemska (red.), *Rodzina i dziecko*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Grunwald M. (2019), *Homo hapticus. Dlaczego nie możemy żyć bez zmysłu dotyku*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gruszczak-Kolczyńska E. (2017), *Tabletowe dzieci. Ile zła wyrządza małym dzieciom tablet reklamowany jako najlepsza zabawka dla twojego dziecka. Ku rozwadze dorosłym, którzy temu ulegają*, „Szkoła Specjalna”, LXXVIII(5).
- Grzelak L., Szwarz P. (2021), *Wpływ pracy w czasie pandemii COVID-19 na stres personelu pielęgniarskiego*, „Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu”, 6(1).
- Grzelak S., Siellawa-Kolbowska E., Łuczka M., Trafny M., Grzelak A. (2020a, 8 kwietnia), *Młodzież w czasie epidemii. Wyniki sondażu „AKCJA NAWIGACJA – chroń siebie, wspieraj innych” przeprowadzonego przez Instytut Profilaktyki Zintegrowanej w dniach 2–7 kwietnia 2020*, https://ipzin.org/images/dokumenty/RAPORT_Modziez_w_czasie_epidemii_2020_IPZIN.pdf [dostęp: 19.03.2021].
- Grzelak S., Siellawa-Kolbowska E., Łuczka M., Trafny M., Grzelak A. (2020b, 16 kwietnia), *Młodzież w czasie epidemii. Komu jest najtrudniej. II część z raportu sondażu AKCJA NAWIGACJA – chroń siebie, wspieraj innych, przeprowadzonego przez Instytut Profilaktyki Zintegrowanej w dniach 2–9 kwietnia 2020*, https://www.ipzin.org/images/dokumenty/RAPORT_Modziez_w_czasie_epidemii_Komu_jest_najtrudniej_2020_IPZIN_Czesc_2.pdf [dostęp: 19.03.2021].
- Grzybowski P.P. (2010), *Chorzy i umierający jako Obcy. Wspólne wątki pedagogiki międzykulturowej i tanatopedagogiki* [w:] T. Lewowicki, E. Ogrodzka-Mazur (red.), *Edukacja międzykulturowa – teorie, poglądy, doświadczenia społeczne*, Cieszyn – Warszawa – Toruń: Wydział Etnologii i Nauk o Edukacji Uniwersytetu Śląskiego, Wyższa Szkoła Pedagogiczna Związku Nauczycielstwa Polskiego w Warszawie, Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Grzybowski P.P. (2017), *Od spotkania do dialogu z Innym i Obcym, w obliczu cierpienia, choroby i śmierci* [w:] P.P. Grzybowski, K. Kramkowska, M. Pluta (red.), *Wspólne obszary tanatopedagogiki i pedagogiki międzykulturowej. Chorzy, cierpiący i umierający, jako Inni i Obcy*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Grzybowski R. (2019), *Pedagogika człowieka samotnego? Kilka refleksji na temat pedagogiki Janusza Korczaka w perspektywie jego Pamiętnika*, „Polska Myśl Pedagogiczna”, 5.

- Guardini R. (1991), *Bóg daleki, Bóg bliski*, przeł. J. Koźbiał, Poznań: Wydawnictwo Polskiej Prowincji Dominikanów „W drodze”.
- Guessoum S.B., Lachal J., Radjack R., Carretier E., Minassian S., Benoit L., Moro M.R. (2020), *Adolescent Psychiatric Disorders During the COVID-19 Pandemic and Lock-down*, „Psychiatry Research”, 291.
- Gulla B., Izydorczyk B., Kubiak R. (2019), *Godność i intymność pacjenta. Aspekty psychologiczne i prawne*, Kraków: Uniwersytet Jagielloński, Biblioteka Jagiellońska.
- Haffower H. (2020, March 23), *A Certain Horrible Subset of the Internet is Calling the Coronavirus ‘Boomer Remover’*, „Business Insider Australia”, <https://www.businessinsider.com/millennials-gen-z-calling-coronavirus-boomer-remover-reddit-2020-3?IR=T> [dostęp: 10.03.2021].
- Heinz L. (2013), *Wartość systemu przewencyjnego ks. Jana Bosko dziś*, „Studia Koszalińsko-Koło-brzeskie”, 20/1–2.
- Heitzman J. (2020), *Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne*, „Psychiatria Polska”, 54(2).
- Hejnicka-Bezwińska T. (2008), *Pedagogika pozytywistyczna* [w:] Z. Kwieciński, B. Śliwerski (red.), *Pedagogika. Podręcznik akademicki*, t. 1, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hernas A. (2017), *Od zawsze jesteś przy mnie. Zarys fenomenologii bliskiego*, Kraków: Instytut Myśli Józefa Tischnera.
- Hess J.A., Fannin A.D., Pollom L.H. (2007), *Creating Closeness: Discerning and Measuring Strategies for Fostering Closer Relationships*, „Personal Relationships”, 14(1).
- Heszen L., Sęk H. (2012), *Psychologia zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Homilia Ojca Świętego Franciszka „Nasz Bóg jest bliski i nas prosi, abyśmy byli bliscy jedni dla drugich”* (2020, 18 marca), https://www.vatican.va/content/francesco/pl/cotidie/2020/documents/papa-francesco-cotidie_20200318_pergli-operatorisanitari.html [dostęp: 15.04.2021].
- Husserl E. (1974), *Idee czystej fenomenologii i fenomenologicznej filozofii. Księga druga*, przeł. D. Gierulanka, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Inicjatywa MY, SOLIDARNI. Akcja wsparcia medyków i pozostałych pracowników ochrony zdrowia* (2020, czerwiec), https://miso.org.pl/fileadmin/Do_publicacji/Inicjatywa_MY_SOLIDARNI.pdf [dostęp: 20.04.2021].
- International Labour Office Monitor (2020, 27 May), *ILO Monitor: COVID-19 and the World of Work. Fourth Edition. Updated Estimates and Analysis*, https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_745963.pdf [dostęp: 17.10.2023].
- Iskra-Paczkowska A. (2007), *Antynomie Sartre’owskiej koncepcji egzystencji autentycznej*, praca doktorska napisana pod kierunkiem prof. dra hab. Andrzeja L. Zachariasza, Katowice: Uniwersytet Śląski, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Filozofii, <https://sbc.org.pl/dlibra/publication/7549/edition/7043/content> [dostęp: 19.02.2021].
- Izdebska A., Pilarczyk K. (2019), *Wykorzystanie seksualne dziecka. Wyniki Ogólnopolskiej diagnozy skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, 18(3).
- Izolacja* (b.d.), [w:] *Słownik języka polskiego PWN*, <https://sjp.pwn.pl/slowniki/izolacja.html> [dostęp: 30.03.2021].

- Izolacja* (1994), [w:] N. Sillamy, *Słownik psychologii*, przeł. K. Jarosz, Warszawa: „Książnica”.
- Jan od Krzyża św. (1995), *Droga na Górę Karmel* [w:] św. Jan od Krzyża, *Dzieła*, przeł. B. Smyrak, Kraków: Wydawnictwo Karmelitów Bosych.
- Jan Paweł II (1985), *Przemówienie do trędowatych w Marituba 8.07.1980 r.* [w:] K. Szostakiewicz, T. Żeleźnik (wybór tekstów i przekł.), *O cierpieniu. Wypowiedzi Ojca Świętego do chorych i pracowników służby zdrowia (1978–1982)*, Warszawa: Wydawnictwo Sióstr Loretanek.
- Jan Paweł II (1987), *Sollicitudo rei socialis*, http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/pl/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_30121987_sollicitudo-rei-socialis.html [dostęp: 20.04.2021].
- Janke A.W. (2007), *Pedagogika rodziny i wychowanie w rodzinie* [w:] S. Kawula, J. Brągiel, A.W. Janke (red.), *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Janke A. (2009), *Pedagogika wobec zmiany społecznej w socjalizacji i wychowaniu rodzinnym*, „Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy. Transdyscyplinarne Studia o Kulturze (i) Edukacji”, 4.
- Janke A. (2017), *Wychowanie rodzinne* [w:] M. Marczewski, R. Gawrych, D. Opozda, T. Sakowicz, P. Skrzydlewski (red.), *Pedagogika rodziny. Podejście systemowe*, t. 2: *Wychowanie rodzinne*, Gdańsk: Wyższa Szkoła Społeczno-Ekonomiczna.
- Jankowska M. (2010), *Miłość jako najpełniejszy sposób wyrażania siebie*, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio”, 3(3).
- Jaroszevska E., Ołdak M. (2022), *Ochrona zdrowia, zdrowie i życie ludzkie jako kluczowe obszary zagrożenia w czasie pandemii COVID-19 w Polsce*, „Studia Politologiczne”, 65.
- Jarząbek K. (2016), *Słownik mowy ciała Polaków*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Jaworska-Witkowska M., Kwieciński Z. (2011), *Nurty pedagogii: naukowe, dyskretne, odlotowe*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Jończyk J. (2022), *Wypalenie zawodowe personelu medycznego – krótki przegląd przykładów z okresu pandemii SARS-CoV-2*, „Nowoczesne Systemy Zarządzania”, 17(2).
- Jundziłł I. (1993), *Samowychowanie* [w:] W. Pomykało (red.), *Encyklopedia pedagogiczna*, Warszawa: Fundacja „Innowacja”.
- Kaleta K. (2010), *Rodzaje wewnętrznych granic w rodzinie a społeczne kompetencje młodzieży*, „Psychologia Rozwojowa”, 15(3).
- Kania M. (2021), *Komunikowanie się w dobie pandemii* [w:] M. Dobska, E. Kosiński, M. Urbaniak (red.), *Ochrona zdrowia w czasach pandemii. Zagadnienia publicznoprawne, medyczne i ekonomiczne*, Poznań: Polskie Towarzystwo Ekonomiczne. Oddział w Poznaniu.
- Kapusta A. (2015), *Problem obiektywności w medycynie na przykładzie pojęcia choroby*, „Zagadnienia Naukoznawstwa”, 51, 2(204).
- Karbowa M. (2012), *Samotność w świetle teorii przywiązania*, „Studia Psychologiczne”, 50(1).
- Kawczyńska-Butrym Z. (2008), *Wyzwania rodziny. Zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*, Lublin: Makmed.

- Kawecki I. (2018), *Szkice z metodologii jakościowych badań edukacyjnych*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Kawula S. (2005), *Moja pedagogika – szkic do wyzwań na XXI wiek*, „Kultura i Edukacja”, 1.
- Kawula S., Brągiel J., Janke A.W. (2009), *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Kerr S., Hudenko W.J., Godfrey D.A., Lundgren S.N., O'Malley A.J., Sharp C. (2021), *Validation of the Emotional Tone Index for Families (ETIF): A Multi-informant Measure of Emotional Closeness*, „Family Process”, 60(3).
- Kędra M. (2014), *Nauczyciel w świecie dziecka* [w:] M. Kędra, M. Zatorska, *Razem z dzieckiem*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Kępiński A. (1992), *Lęk*, Warszawa: Sagittarius.
- Kępiński A. (2014, e-book), *Poznanie chorego*, Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kielar M.B., Gop A. (2018), *Integralność – ważny aspekt kształcenia uniwersyteckiego w XXI wieku* [w:] J. Ławski, K.K. Pilichiewicz (red.), *Uniwersytet XXI wieku. Nauka i lokalność. Studia*, Białystok: Wydawnictwo Prymat.
- Kierkegaard S.A. (1982), *Choroba na śmierć* [w:] S.A. Kierkegaard, *Bojaźń i drzenie; Choroba na śmierć*, przeł. J. Iwaszkiewicz, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Klerk J. de (2020), *Touch in the New '1.5-metre Society'*, „Social Anthropology”, 28(2).
- Klimas P. (2012), *Efektywność zespołów międzyorganizacyjnych w świetle hipotezy bliskości*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi”, 1(84).
- Kluge H.H.P. (2020, 2 April), *Statement – Older People Are at Highest Risk from COVID-19, but All Must Act to Prevent Community Spread*, <https://www.who.int/europe/news/item/03-04-2020-statement-older-people-are-at-highest-risk-from-covid-19-but-all-must-act-to-prevent-community-spread> [dostęp: 17.10.2021].
- Kłoczowski J.A. (2005), *Filozofia dialogu*, Poznań: Wydawnictwo Polskiej Prowincji Dominikanów „W drodze”.
- Knill C. (1995), *Dotyk i komunikacja*, przeł. M. Piszczek, Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- Kołodziński P. (2008), *Od Obcego do Bliźniego* [w:] M. Piaskowska-Majzel, P. Kołodziński (red.), *Aktualność Tischnera. Materiały pokonferencyjne*, Szczecin: Centrum Doradztwa i Doskonalenia Nauczycieli.
- Komendziński T. (2014), *Komunikacja jako podzielenie w świecie wirtualnym. Wokół teorii narzędzi (narzędzia fizyczne, konceptualne, wirtualne)* [w:] E. Głowacka, M. Kowalska, P. Krysiński (red.), *Współczesne oblicza komunikacji i informacji. Problemy, badania, hipotezy*, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Komeński J.Á. (1956), *Wielka dydaktyka*, przeł. K. Remerowa, Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich – Wydawnictwo PAN.
- Konarska J. (2017), *Potrzeba bliskości i intymności a świadomość niepełnosprawności*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny”, 36(2).
- Konecki K.T. (2012), *Wizualna teoria ugruntowana. Podstawowe zasady i procedury*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, 8(1).

- Konecki K.T. (2013), *Przedmowa do wydania polskiego* [w:] K. Charmaz, *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*, przeł. B. Komorowska, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Konieczna A. (2019), „*Nasza klasa*”. *Społeczne zachowania przestrzenne i reguły dystansu w społeczności klas szkolnych*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej.
- Konopczyński M., Konopczyński F. (2011), *Tożsamość w sieci. Perspektywa socjopedagogiczna*, „Resocjalizacja Polska”, 2.
- Korczak J. (1925/26), *Wychowanie wychowawcy przez dziecko*, „Szkoła Specjalna”, 2.
- Korczak J. (1986), *Samotność młodości* [w:] J. Korczak, *Pisma wybrane*, t. 4, wybór A. Lewin, Warszawa: Nasza Księgarnia.
- Kornaszewska-Polak M. (2015), *Przywiązanie i samotnienie w bliskich relacjach*, „Roczniki Pedagogiczne”, 7(43), 3.
- Korzeniewska-Eksterowicz A. (2011), *Założenia i charakterystyka pediatrycznej opieki paliatywnej* [w:] A.E. Korzeniewska-Eksterowicz, W. Młynarski (red.), *Pediatryczna opieka paliatywna*, Łódź: Uniwersytet Medyczny.
- Kostek M. (2011), *Rozwój opieki paliatywnej na świecie i w Polsce* [w:] A.E. Korzeniewska-Eksterowicz, W. Młynarski (red.), *Pediatryczna opieka paliatywna*, Łódź: Uniwersytet Medyczny.
- Kostkiewicz J. (2013), *Kierunki i koncepcje pedagogiki katolickiej w Polsce 1918–1939*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kostyszak M. (2019), *Etyka osobista. O przemieniającym potencjale sztuki i techniki*, Warszawa: Collegium Civitas.
- Kowalczyk M. (2010), *Choroba jako cierpienie wszechogarniające* [w:] J. Binnebesel, A. Janowicz, P. Krakowiak, A. Paczkowska (red.), *Pozamedyczne aspekty opieki paliatywno-hospicyjnej*, Gdańsk: Fundacja Hospicyjna.
- Kowalska A. (b.d.), *Piknik rodzinny „Odczarowanie hospicjum”*, <https://www.haloursynow.pl/imprezy/piknik-rodzinny-odczarowanie-hospicjum,481.htm> [dostęp: 24.03.2021].
- Kowalska M. (2009), *Między bytem a nicością, między sobą a ludzkością – człowiek według Sartre’a*, „Przegląd Filozoficzny – Nowa Seria”, 18, 3(71).
- Kowalski M. (2021), *Viktora Emila Frankla konstrukty wartościujące człowieka. Analizy i refleksje*, „Biografistyka Pedagogiczna”, 6(1).
- Kowzan P. (2022), *Przyczynek do diagnozy potencjału edukacji dla pokoju w kraju przyfrontowym. Polemika z artykułem Konrada Rejmana „Pedagogika i (nie)istnienie – pokój jako wyzwanie dla edukacji”*, „Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja”, 24, 2(92).
- Kozłowska M. (2010), *Style przywiązania a preferencje wartości we wczesnej dorosłości*, „Psychologia Rozwojowa”, 15(2).
- Krajewska D. (2021, 29 grudnia), *Pielęgniarka o szczepieniach: „Trudno, to mnie zwolnią”*, <https://www.pielęgniarki.info.pl/aktualnosci/pielęgniarka-o-szczepieniach-trudno-to-mnie-zwolnia> [dostęp: 15.03.2023].
- Krajewska-Kułak E., Chatzopulu A., Łukaszyk C., Lewko J., Leszczyńska M. (2005), *Postrzeżenie pacjenta na przestrzeni wieków* [w:] E. Krajewska-Kułak, M. Sierakowska, J. Lewko, C. Łukaszyk (red.), *Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego*, t. 1, Białystok: Akademia Medyczna.

- Krajnik M., Żylicz Z. (2011), *Medycyna paliatywna i leczenie w fazie terminalnej* [w:] P. Sobański, M. Krajnik, G. Opolski (red.), *Opieka paliatywna w niewydolności serca*, Gdańsk: Via Medica.
- Krok D. (2017), *W poszukiwaniu znaczenia choroby nowotworowej*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Kromolicka B. (2008), *Wolontariat* [w:] T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 7: V–Ż, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Kromolicka B. (2010), *Holistyczny charakter opieki nad przewlekle i terminalnie chorymi* [w:] P. Krakowiak, D. Krzyżanowski, A. Modlińska (red.), *Przewlekle chory w domu. Poradnik dla rodzin i opiekunów*, Gdańsk: Fundacja Hospicyjna.
- Kromolicka B. (2012), *Organizująca siła miłości*, „Analiza i Egzystencja”, 18.
- Królikowski J. (2015), *Niektóre aspekty trynitologii współczesnej*, „Analecta Cracoviensia”, 47.
- Krupa B. (2013), *Samotność – znak czasu* [w:] Z.B. Gaś (red.), *Człowiek na rozdrożu. Zrozumieć, aby pomóc*, Lublin: Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji.
- Kubicka D. (2016), *Doniosłość codzienności w filozofii wychowania Janusza Korczaka*, „Nauki o Wychowaniu. Studia Interdyscyplinarne”, 1(2).
- Kuchar E.P., Karlikowska-Skwarnik M. (2021), *Szczepienia przeciwko COVID-19 w medycynie pracy*, „Medycyna Pracy”, 72(6).
- „Kultura odporna” (2020), Biuletyn Informacji Publicznej, https://www.bip.krakow.pl/?dok_id=124316 [dostęp: 13.04.2021].
- Kwarta P., Grzelińska J., Pietras T. (2012), *Potraumatyczny rozwój u dzieci i młodzieży – perspektywy badawcze*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 21(3).
- Kwieciński Z. (2012), *Pedagogie postu. Preteksty, konteksty, podteksty*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Lada A. (2018), *Jakość życia seniorów*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J. Paedagogia-Psychologia”, 31(2).
- Laska O. (2020), *Największa mniejszość*, „Pismo Uczelni UW”, 4(97).
- Lauer Ch. (2016), *Intimacy: A Dialectical Study*, London: Bloomsbury Academic.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984), *Stress, Appraisal, and Coping*, New York: Springer Publishing.
- Ledzińska M. (2019), *Samowychowanie – stary problem, nowe wyzwania*, „Psychologia Wychowawcza”, 58(16).
- Leśniewski J. (2021, 20 stycznia), *Asystencja w systemie ks. Bosko*, <https://salezjanie.waw.pl/blog/2021/01/20/asystencja-w-systemie-ks-bosko/> [dostęp: 22.02.2023].
- Lévinas E. (1991), *Ślad innego* [w:] B. Baran (wybrał, oprac. i przedm. opatrzył.), *Filozofia dialogu*, Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy „Znak”.
- Lévinas E. (1999), *Czas i to, co inne*, przeł. J. Migasiński, Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Lévinas E. (2000), *Inaczej niż być lub ponad istotą*, przeł. P. Mrówczyński, Warszawa: Fundacja „Aletheia”.
- Liang L., Ren H., Cao R., Hu Y., Qin Z., Li C., Mei S. (2020), *The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health*, „Psychiatric Quarterly”, 91(3).
- Liang T. (2020), *Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment*, <https://video-intl.alicdn.com/Handbook%20of%20COVID-19%20Prevention%20and%20Treatment.pdf> [dostęp: 17.10.2023].

- Liberska H., Suwalska D. (2011), *Styl przywiązania a relacje partnerskie we wczesnej dorosłości*, „Psychologia Rozwojowa”, 16(1).
- Libura-Gil A. (2018), *Życiodajne znaczenie dotyku w procesie kształtowania się relacji przywiązania i tożsamości dziecka jako istoty psycho-fizyczno-duchowej*, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio”, 33(1).
- Lisowska B. (2020, 18 grudnia), *Dodatek covidowy dzieli medyków na tańszych i droższych*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/dodatek-covidowy-dla-lekarzy-problemy,505275.html> [dostęp: 15.03.2023].
- List do rodzin „Gratissimam sane” Ojca Świętego Jana Pawła II z okazji Roku Rodziny 1994* (2021), Wrocław: Tum Wydawnictwo Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej.
- Lorecka K. (2019), *Jak kochamy? O przywiązaniu w miłości*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Ładyżyński A. (2020), *Życie rodzinne jako szansa rozwoju osobowego z perspektywy pedagogicznej*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza „Atut” – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.
- Łobocki M. (2000), *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A. (2011), *Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna*, „Nowiny Lekarskie”, 80(1).
- Majerek B. (2018), *Niepewność w społeczeństwie współczesnym. Studium socjopedagogiczne*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Makselon J. (2009), *Choroba a duchowość* [w:] H. Wrona-Polańska, J. Mastalski (red.), *Promocja zdrowia w teorii i praktyce psychologicznej*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Makselon J. (2012), *Paradoks śmierci. Analiza psychologiczna*, „Communio. Międzynarodowy Przegląd Teologiczny”, 32, 3.
- Maliszewski K. (2009), *Dotknięcie pedagogiczne – nauczyciel jako wydarzenie* [w:] J. Kurek, K. Maliszewski (red.), *W przestrzeni dotyku*, Chorzów: Miejski Dom Kultury „Batory”.
- Malmor I. (2013), *Słownik etymologiczny języka polskiego*, Warszawa: Wydawnictwo Szkolne PWN, Bielsko-Biała: ParkEdukacja.
- Marchwicki P. (2006), *Teoria przywiązania J. Bowlby’ego*, „Seminare. Poszukiwania naukowe”, 23.
- Margolius M., Doyle Lynch A., Pufall Jones E., Hynes M. (2020), *The State of Young People during COVID-19: Findings from a Nationally Representative Survey of High School Youth*, America’s Promise Alliance.
- Mariański J. (2014), *Wartości prospołeczne w świadomości Polaków*, „Górnośląskie Studia Socjologiczne. Seria Nowa”, 5.
- Markowska B. (2009), *Sprawiedliwość etyczna jako „bliskość pełna dystansu”: Lévinas – Derrida*, „IDEA – Studia nad strukturą i rozwojem pojęć filozoficznych”, 21.
- Masłow A. (2006), *Motywacja i osobowość*, przeł. J. Radzicki, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Marynowicz-Hetka E. (2005), *Przemówienie inauguracyjne XIV Zjazdu Polskiego Stowarzyszenia Szkół Pracy Socjalnej (Szczecin – 19–20 października 2004 r.)* [w:] B. Kromolicka (red.), *Wolontariat w obszarze humanistycznych wyzwań opiekuńczych*, Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”.

- Marcysiak M., Dąbrowska O., Marcysiak M. (2014), *Wypalenie zawodowe a radzenie sobie ze stresem pielęgniarek*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 22(3).
- Maryniarczyk A. (2007), *Przygodność bytów* [w:] A. Maryniarczyk, W. Daszkiewicz, T. Zawajska, A. Szymaniak (red.), *Powszechna encyklopedia filozofii*, t. 8: *Pap–Sc*, Lublin: Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu.
- Maszke A.W. (2008), *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Mazur P.S. (2015), *Wychowanie jako kształtowanie i integracja dynamizmu ludzkiego*, „Horyzonty Wychowania”, 14(31).
- Mazurek E. (2013), *Choroba w rodzinie. Zastosowanie metodologii teorii ugruntowanej do analizy funkcjonowania rodziny w sytuacji choroby*, „Family Forum”, 3.
- Mesa Vieira C., Franco O.H., Gómez Restrepo C., Abel T. (2020), *COVID-19: The Forgotten Priorities of the Pandemic*, „Maturitas”, 136.
- Metodyka wychowania* (2004), [w:] W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Mędrzycki R. (2018), *Solidarność społeczna wobec grup najbardziej wykluczonych społecznie w procesie rewitalizacji*, „Metropolitan”, 1(9).
- Micek G. (2015), *Uproszczenia i wyzwania badawcze w studiach nad bliskością* [w:] P. Trzepak, J. Więclaw-Michniewska, A. Brzosko-Sermak, A. Kołoś (red.), *Miasto w badaniach geografów*, t. 1, Kraków: Uniwersytet Jagielloński. Instytut Geografii i Gospodarki Przestrzennej.
- Michałowski K. (2022, 18 lutego), *Uczelnie medyczne uzależniają kontynuowanie nauki od szczepień. Wystąpienie RPO do Ministra Zdrowia*, Biuletyn Informacji Publicznej RPO, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-uczelnie-medyczne-obowiazek-szczepien-studentow> [dostęp: 15.03.2023].
- Michałowski R., Myka W. (2014), *Jak wdrażać kształcenie na odległość w kształceniu ustawicznym w formach pozaszkolnych krok po kroku*, Warszawa: Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej.
- Minuchin S., Fishman H.Ch. (1981), *Family Therapy Techniques*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Misiażek K. (1987), *Wartości pastoralno-katechetyczne systemu prewencyjnego św. Jana Bosko a aktualne potrzeby duszpasterskie Kościoła w Polsce*, Lublin: Katolicki Uniwersytet Lubelski.
- Misiażek K. (1987/1988), *Główne idee systemu prewencyjnego św. Jana Bosko*, „Seminarium. Poszukiwania naukowe”, 9.
- Mizielińska J., Abramowicz M., Stasińska A. (2014), *Rodziny z wyboru w Polsce. Życie rodzinne osób nieheteroseksualnych*, Warszawa: Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk.
- More in Common (2021), *Wpływ COVID-19 na społeczeństwo*, <https://www.moreincommon.com/media/p4hmctco/more-in-common-the-new-normal-poland-pl.pdf> [dostęp: 20.04.2021].
- Morzyńska-Wrzosek B. (2013), *Oswoić odmowę bliskości. Z zagadnień definiowania tożsamości w przedwojennej liryce Marii Pawlikowskiej-Jasnorzewskiej* [w:] W. Supa (red.), *W kręgu problemów antropologii literatury. W stronę antropologii niezwykłości. Studia*, Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.

- Mróz M. (2013), *Bliskość i nieskończoność. Kilka uwag na temat obecności Boga w świecie na kanwie „filozofii negatywnej” św. Tomasza z Akwinu odczytanej dzisiaj*, „Paedagogia Christiana”, 32(2).
- Najwyższa Izba Kontroli (2022), *Informacja o wynikach kontroli. Funkcjonowanie szpitali w warunkach pandemii COVID-19*, nr ewid. 154/2021/P/21/055/KZD, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,26701,vp,29499.pdf> [dostęp: 12.04.2023].
- Narodowy Fundusz Zdrowia (2021, 4 listopada), *Dodatki covidowe dla medyków: nowe zasady rozliczania*, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/dodatki-covidowe-dla-medykow-nowe-zasady-rozliczania,8084.html> [dostęp: 15.03.2023].
- Niechwiadowicz-Czapka T. (2014), *Rola i zadania pielęgniarki w zakresie przygotowania psychicznego pacjenta do operacji*, „Puls Uczelni”, 8(2).
- Niepewność i izolacja odbijają się na zdrowiu psychicznym społeczeństwa. U 40 proc. Polaków pojawiają się objawy stresu pourazowego [Depesza]* (2020, 21 maja), Newseria. Agencja Informacyjna, <https://biznes.newseria.pl/news/niepewnosc-i-izolacja,p83360021> [dostęp: 16.04.2021].
- Nikitorowicz A. (2010), *Dystans społeczny* [w:] T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku, Suplement A–Ż*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Nowak M. (1999), *Podstawy pedagogiki otwartej. Ujęcie dynamiczne w inspiracji chrześcijańskiej*, Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Nowak M. (2006), *Badanie sytuacji i możliwości wychowawczych środowiska rodzinnego – zadaniem pedagogiki rodziny* [w:] B. Kiereś, M. Nowak, D. Opozda (red.), *Wybrane zagadnienia teorii i praktyki pedagogiki rodziny. Pamięci Księdza Profesora Józefa Wilka SDB (1937–2003)*, Lublin: Katedra Pedagogiki Rodziny KUL.
- Nowak M. (2008), *Teorie i koncepcje wychowania*, Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Nowak M. (2016), *Między wiedzą naukową a mądrością w pedagogice – w obszarze filozofii wychowania*, „Studia Paedagogica Ignatiana”, 19(1).
- Nowak S. (2012), *Metodologia badań społecznych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Nowina Konopka M. (2016), *Komunikacja lekarz – pacjent. Teoria i praktyka*, Kraków: Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Ofiara* (b.d.), [w:] *Rosnący Słownik Hebrajski*, <https://www.iwrit.pl/index.php?ww=1&slowo=blisko&tps=on&ccnb=on> [dostęp: 4.01.2021].
- Odprowadzać, nie zatrzymywać. Z Haliną Bortnowską rozmawia Marzena Zdanowska* (2012), „Znak”, 4.
- Ogińska-Bulik N. (2013), *Potraumatyczny wzrost: różnicowanie ze względu na rodzaj doświadczonego zdarzenia oraz płeć i wiek badanych osób*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica”, 17.
- Olchowik W. (2013), *Wysoko wiarygodne metody identyfikacji osób*, „Biuletyn Wojskowej Akademii Technicznej”, 62(4).
- Olczak E. (2021), *Solidarność w czasach pandemii* [w:] J. Jagiełło, K. Tytko (red.), *Solidarność. Człowiek w sieci zależności społecznych*, Kraków: Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie Wydawnictwo Naukowe.

- Palka S. (2006), *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Palka S. (2018), *Wiązanie podejść metodologicznych w pedagogice teoretyczno-praktycznej*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Palmore E. (2015), *Ageism Comes of Age*, „Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences”, 70(6).
- Papaj T. (2018), *Bliskość komunikacyjna pomiędzy jednostkami administracji publicznej*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach”, 359.
- Pascal B. (2002), *Mysli*, przeł. T. Żeleński (Boy), Warszawa: Instytut Wydawniczy „Pax”.
- Pasterski M. (2016, 6 grudnia), *Bliskość i pogłębianie relacji*, <https://michalpasterski.pl/2016/12/bliskosc-i-poglabianie-relacji/> [dostęp: 2.01.2021].
- Pater D. (2017), *Destrukcyjna miłość – źródłem bólu i cierpienia człowieka*, „Studia Pelplińskie”, 51.
- Pawlikowski J. (2020), *Etyczny wymiar decyzji priorytetyzacyjnych i alokacyjnych dotyczących stosowania zaawansowanych technologii medycznych w kontekście pandemii COVID-19*, „Medycyna Praktyczna”, 4.
- Pedagogia* (2004), [w:] W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Pilch T., Bauman T. (2010), *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Biblia Tysiąclecia*, wyd. 5, Poznań: Wydawnictwo Pallotinum 2014.
- Platon (2007), *„Lizys. O przyjaźni” w przekładzie Joanny Sowy*, „Collectanea Philologica”, 10.
- Plutecka K. (2023), *O miłości rodzicielskiej* [w:] K. Plutecka, A. Gagat-Matuła (red.), *Wspomaganie rozwoju dzieci zagrożonych marginalizacją w środowisku rodzinnym. Konteksty teoretyczne i praktyczne powiązania*, Kraków: Wydawnictwa Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Polskie Radio Trójka (2020, 10 kwietnia), *Czy „medyk” znaczy to samo, co „lekarz”?*, <https://trojka.polskieradio.pl/artukul/2490393,Czy-medyk-znaczy-to-samo-co-lekarz> [dostęp: 25.09.2023].
- Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie (2020a, 9 grudnia), *Bądź przy mnie – Wsparcie społeczne i duchowe dla chorych hospitalizowanych z powodu COVID-19*, <https://www.gov.pl/web/rpp/badz-przy-mnie-wsparcie-spoeczne-i-duchowe-dla-chorych-hospitalizowanych-z-powodu-covid-19> [dostęp: 17.04.2021].
- Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie (2020b), *Ogólnopolski program wsparcia chorych hospitalizowanych z powodu COVID-19*, <https://ptodm.org.pl/badz-przy-mnie/254363,ogolnopolski-program-wsparcia-chorych-nacovid-19-badzprzymnie> [dostęp: 20.04.2021].
- Prokosz M. (2018), *Prospołeczność dzieci i młodzieży w rodzinie*, „Wychowanie w Rodzinie”, 19(3).
- Prusak J., Schab-Przybycień A. (2021), *Psychiczne i duchowe konsekwencje wykorzystania seksualnego w dzieciństwie u osób dorosłych* [w:] M. Cholewa, P. Studnicki (red.), *Wykorzystanie seksualne osób małoletnich. Ujęcie dyscyplinarne*, cz. 1, Kraków: Wydawnictwo „Scriptum”.

- Przywiązanie (1994), [w:] N. Sillamy, *Słownik psychologii*, przeł. K. Jarosz, Warszawa: „Książnica”.
- Przywiązanie (2000), [w:] A.S. Reber, *Słownik psychologii*, przeł. B. Janasiewicz-Kruszyńska, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.
- Pucko Z. (2014), *Idea troski w pielęgniarstwie inspirowana myślą filozoficzną*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Rachaińska J. (2011), *Istota samowychowania z perspektywy paradygmatu interpretatywnego*, „Studia z Teorii Wychowania”, 2/2(3).
- Radkiewicz J. (2021), *Bytowa niewystarczalność jako egzystencjalne doświadczenie człowieka*, „Studia Paradayskie”, 31.
- Regulska A. (2013), *Rola wartości moralnych w procesie wychowania*, „Studia nad Rodziną”, 17/1(32).
- Rejman K. (2022), *Pedagogika i (nie)istnienie – egzystencjalna refleksja o edukacji i pokoju*, „Terazniejszość – Człowiek – Edukacja”, 24(2(92)).
- Rębiałkowska-Stankiewicz M. (2016), *Wykorzystanie edukacji przygodą w radzeniu sobie ze stresem choroby nowotworowej*, „Kwartalnik Pedagogiczny”, 2(240).
- Ricoeur P. (1984), *Proces metaforyczny jako poznanie, wyobrażenie i odczuwanie*, przeł. G. Cendrowska, „Pamiętnik Literacki. Czasopismo kwartalne poświęcone historii i krytyce literatury polskiej”, 75/2.
- Ricoeur P. (2006), *Memory, History, Forgetting*, transl. by K. Blamey, D. Pellauer, Chicago – London: The University of Chicago Press.
- Rozmowy telefoniczne podczas pandemii częstsze i wyraźnie dłuższe. W weekendy wzrosły sięgają nawet 60 proc.* (2020, 20 maja), Newseria. Agencja Informacyjna, <https://biznes.newseria.pl/news/rozmowy-telefoniczne,p2131548905> [dostęp: 16.04.2021].
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, Dz.U. z 2022 r., poz. 262.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie szczególnych rozwiązań w okresie czasowego ograniczenia funkcjonowania jednostek systemu oświaty w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, Dz.U. z 2020 r., poz. 493, z późn. zm.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii, Dz.U. z 2021 r., poz. 2398.
- Ruszkiewicz D. (2019), *Potrzeba przytulania nie maleje wraz z wiekiem. O tzw. „głodzie skóry” dorosłych kobiet*, „Pedagogika Rodziny, Family Pedagogy”, 9(3).
- Rutkowska I. (2018), *Potyczka, schadzka czy webinar? Odcienie znaczeniowe słowa spotkanie w ujęciu diachroniczno-synchronicznym*, „Rocznik Nauk Społecznych PWSZ w Głogowie, Spotkania”, 1(1).
- Rybakiewicz A. (2013), *Znaczenie choroby w życiu człowieka (aspekt etiologiczny, epistemologiczny i aksjologiczny)*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, 3(1).
- Rynio A. (2013), *Integralne wychowanie osoby w nauczaniu Jana Pawła II* [w:] D. Bis, M. Loyola Opiela (red.), *Wychowanie integralne w teorii i w praktyce pedagogicznej*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Ryszka Ł. (2021), *Wychowawczy wymiar dydaktyki Hanny Chrzanowskiej* [w:] A. Karpińska, K. Borawska-Kalbarczyk, A. Szwarc (red.), *Edukacja w przestrzeni społecznej – paradygmaty zmian*, Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.

- Ryś M. (2004), *Jakość związku małżeńskiego a poziom bliskości małżonków i sposoby rozwiązywania przez nich konfliktów*, „Studia Psychologica”, 5.
- Ryś G. (2021), *O bliskości. Jak żyć razem w podzielonym świecie*, Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy „Znak”.
- Rzecznik Praw Obywatelskich (2020, 17 kwietnia), *Koronawirus. Hejt i ataki na pracowników ochrony zdrowia niepokoją RPO*, <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/koronawirus-hejt-i-ataki-na-pracownikow-ochrony-zdrowia-niepokoja-rpo> [dostęp: 20.04.2021]
- Rzecznik Praw Pacjenta (2020, 21 października), *Problemy pacjentów w obliczu epidemii choroby COVID-19. Raport opracowany na podstawie sygnałów kierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta za okres od stycznia do września 2020 roku*, <https://www.gov.pl/web/rpp/problemy-pacjentow-w-obliczu-epidemii-covid-19> [dostęp: 18.10.2023].
- Rzewucka P. (2023), *Preferencje wychowawcze rodziców uczniów w młodszym wieku szkolnym*, Kraków: Wydawnictwo „Scriptum”.
- Samowychowanie* (2004), [w:] W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Sartre J.-P. (1974), *Mdłości*, przeł. J. Trznadel, Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Sartre J.-P. (1992), *Intymność i inne opowiadania*, przeł. J. Lisowski, Łódź: Peon-V, Magart.
- Saunders C. (1980), *Hospicjum św. Krzysztofa* [w:] H. Bortnowska (oprac., red. i wstęp), *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy „Znak”.
- Schiffman L.H. (1999), *Kapłani* [w:] W. Chrostowski (red.), *Encyklopedia biblijna*, tłum. G. Berny i in., Warszawa: Oficyna Wydawnicza „Vocatio”.
- Senator D. (2012), *Teoria więzi Johna Bowlby’ego* [w:] B. Tryjarska (red.), *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.
- Senejko A., Godawa G., Gurba E., Kalus A., Gurba K. (2022), *Growth-related Responses to the Threat of COVID-19 among Adolescents*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, 19(19).
- Serafin D. (2020, 10 lutego), *Ludzie najczęściej odchodzą w nocy. Wywiad z ks. Adamem Trzaską*, <https://wiadomosci.onet.pl/krakow/ludzie-najczesciej-odchodza-w-nocy/4d7vrs8> [dostęp: 20.04.2021].
- Seredyńska A. (2017), *„Nikt nie jest tak słaby, żeby nie mógł służyć innym”. Słabość i choroba jako motywacja do wolontariatu hospicyjnego*, „Nauczyciel i Szkoła”, 4(64).
- Seredyńska A. (2018), *Religious and Axiological Education in the Post-modern Society*, „Multidisciplinary Journal of School Education”, 2(14).
- Seredyńska A. (2019a), *Motywacje wolontariuszy hospicyjnych na początku i w trakcie postługi*, „Studia Paedagogica Ignatiana”, 22(3).
- Seredyńska A. (2019b), *Posługa wolontariusza hospicjum w doświadczeniu i działalności edukacyjnej Ewy Bodek*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Ignatianium.
- Serwis Rzeczpospolitej Polskiej (2020), *Koronawirus: informacje i zalecenia*, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/aktualne-zasady-i-ograniczenia> [dostęp: 30.03.2021].
- Shanahan L., Steinhoff A., Bechtiger L., Murray A.L., Nivette A., Hepp U., Ribeaud D., Eisner M. (2022), *Emotional Distress in Young Adults During the COVID-19 Pandemic: Evidence of Risk and Resilience from a Longitudinal Cohort Study*, „Psychological Medicine”, 52(5).

- Sielicka E., Iwański R. (2018), *Opieka paliatywna i hospicyjna w ujęciu społecznym i ekonomicznym w perspektywie aglomeracji szczecińskiej*, „Polityka Społeczna”, 45(4).
- Sierakowska M. (2018), *Edukacja pacjentów w zapalnych chorobach reumatycznych – rekomendacje Europejskiej Ligi Przeciwrheumatycznej, pomiar potrzeb edukacyjnych – Pol-ENAT*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 26(4).
- Siewiora J. (2021), *Rodzina jako świadek wartości w okresie pandemii. Szkic aksjologiczny*, „Roczniki Pedagogiczne”, 13(49), 2.
- Silverman D. (2009), *Interpretacja danych jakościowych. Metody analizy rozmowy, tekstu i interakcji*, przeł. M. Głowacka-Grajper, J. Ostrowska, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Skarga B. (2004), *Ślad i obecność*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Skorny Z. (1984), *Prace magisterskie z psychologii i pedagogiki. Przewodnik metodologiczny dla studiujących nauczycieli*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Skuza K. (2006), *Czynniki kształtujące proces komunikowania się. Analiza procesów komunikacyjnych w opiece zdrowotnej*, „Euro-limes”, 1(6), www.euro-limes.ae.krakow.pl [dostęp: 26.04.2023].
- Slany K. (2013), *Ponowoczesne rodziny: konstruowanie więzi i pokrewieństwa* [w:] K. Slany (red.), *Zagadnienia małżeństwa i rodzin w perspektywie feministyczno-genderowej*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Sławecki B. (2012), *Znaczenie paradygmatów w badaniach jakościowych* [w:] D. Jemielniak (red.), *Badania jakościowe, t. 1: Podejścia i teorie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sławek T. (2009), *Cienie i rzeczy. Rozważania o dotyku* [w:] J. Kurek, K. Maliszewski (red.), *W przestrzeni dotyku*, Chorzów: Miejski Dom Kultury „Batory”.
- Smolińska-Theiss B. (2018), *Janusz Korczak i refleksyjne uczenie się* [w:] M. Michalak (red.), *Prawa dziecka wczoraj, dziś i jutro – perspektywa korczakowska, t. 2*, Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Dziecka.
- Sobański P., Jassem E., Pyszora A., Krajnik M. (2020, 3 kwietnia), *Opieka paliatywna w czasie pandemii COVID-19*, „Medycyna Praktyczna”, 4.
- Sopala W., Weremko E., Ryś W., Waszak P., Lipińska J., Osman A., Kasprzyk A., Borcuch M., Radtke M. (2019), *Bóg – mój bliski nieznanomy. Pokłosie VI Ogólnopolskiego Konkursu Prozatorskiego im. Fiodora Dostojewskiego dla Młodzieży*, Lubliniec: Wydawnictwo św. Macieja Apostoła.
- Starnawski W. (2005), *Wprowadzenie do pedagogicznej myśli Karola Wojtyły – Jana Pawła II*, „Roczniki Nauk Społecznych”, 33(2).
- Starnawski W. (2015), *Pedagogia osoby: uwarunkowania, trudności, wyzwania*, „Forum Pedagogiczne”, 2.
- Stein E. (1994), *Wiedza Krzyża*, przeł. I. Adamska, G. Sowinski, Kraków: Wydawnictwo Karmelitów Bosych.
- Stepaniuk J. (2019), *Kryzys czasu w rodzinie jako generator zaniedbania emocjonalnego dziecka*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, 18(1).
- Sternberg R.J. (1986), *A Triangular Theory of Love*, „Psychological Review”, 93(2).
- Stinissen W. (2010), *Noc jest mi światłem. Święty Jan od Krzyża na nowo odczytany*, przeł. J. Iwaszkiewicz, Kraków: Wydawnictwo Karmelitów Bosych.

- Stowarzyszenie Domowe Hospicjum Królowej Apostołów w Krakowie, <https://hospicjum.info.pl/> [dostęp: 20.04.2021].
- Strawiński P. (2020, 25 czerwca), *Sztuka przetrwania. Kultura po pandemii*, „Forbes”, 7, <https://www.forbes.pl/life/sztuka/jak-instytucje-kultury-odnalazly-sie-w-swiecie-online-w-dobie-koronawirusa/sv7zv17> [dostęp: 13.04.2021].
- Studium Pedagogiki Bliskości, <https://www.facebook.com/events/733065841321937/773104797318041/?ref=newsfeed> [dostęp: 15.02.2023].
- Sujak E. (1968), *Dziecko istota nieznaną*, „Znak”, 20, 169–170.
- Sulik M. (2009), *Doświadczenie dotyku w relacjach biograficznych* [w:] J. Kurek, K. Maliszewski (red.), *W przestrzeni dotyku*, Chorzów: Miejski Dom Kultury „Batory”.
- Sybilski A.J. (2012), *Skóra – najważniejszy narząd naszego ciała. Dbajmy o nią!*, „Pediatrya i Medycyna Rodzinna”, 8(4).
- Szabat M. (2011), *Towarzystwo umierającemu. Teoria i praktyka* [w:] J. Hartman, M. Waligóra (red.), *Etyczne aspekty decyzji medycznych*, Warszawa: Lex a Wolters Kluwer business.
- Szafrańska I. (2008), *Autonomia emocjonalna oraz rozumienie i doświadczanie bliskości przez młodzież*, „Psychologia Rozwojowa”, 13(3).
- Szafrańska K. (2017), *Problematyka samotności i poczucie osamotnienia młodzieży, wychowanków młodzieżowych ośrodków wychowawczych*, „Resocjalizacja Polska”, 13.
- Szarota Z. (2013), *Społeczno-demograficzne aspekty starzenia się społeczeństwa* [w:] R.J. Kijak, Z. Szarota (red.), *Starość. Między diagnozą a działaniem*, Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Szczeklik A. (2007), *Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny*, Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy „Znak”.
- Szczupał B. (2009), *Godność osoby z niepełnosprawnością. Studium teoretyczno-empiryczne poczucia godności młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe „Akapit”.
- Szempruch J. (2009), *W poszukiwaniu idei podmiotowości relacji edukacyjnych rodziny i szkoły*, „Chowanna”, 79–88.
- Szewczuk W. (red.) (1998), *Encyklopedia psychologii*, Warszawa: Fundacja „Innowacja”, Wyższa Szkoła Społeczno-Ekonomiczna.
- Szlachetna Paczka (2021), *Raport o samotności. Pierwszy rok pandemii*, <https://www.szlachetnapaczka.pl/raport-o-samotnosci/> [dostęp: 9.04.2021].
- Szopski M. (2005), *Komunikowanie międzykulturowe*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Szudra A. (2007), *Pedagogia godności. Etyka pedagogiczna w ujęciu Wojciecha Chudego*, „Ethos”, 20, 3–4(78–80).
- Szukalski P. (2005), *Poczucie samotności i osamotnienia wśród sędziwych seniorów a ich sytuacja rodzinna*, „Auxilium Sociale – Wsparcie Społeczne”, 2(34).
- Szwed R. (2004), *Społeczne i przestrzenne uwarunkowania dystansu etnicznego* [w:] *Statystyka i data mining w badaniach naukowych*, Kraków: StatSoft.
- Śliwerski B. (2012), *Pedagogika ogólna. Podstawowe prawidłowości*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Śliwerski B. (2018), *Wychowanie tanatologiczne*, „Blżej Przedszkola”, 10.205.

- Śmierć bywa zniewagą. Z Dame Cicely Saunders rozmawia Łukasz Tischner (2000), „Tygodnik Powszechny”, 33.
- Tchorzewski A.M. de (2016), *Wstęp do teorii wychowania*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Ignatianum.
- Tischner J. (1978), *Fenomenologia spotkania*, „Analecta Cracoviensia”, 10.
- Tischner J. (2006), *Filozofia dramatu*, Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy „Znak”.
- Tomala L. (2020, 24 kwietnia), *Psycholog: w czasie pandemii COVID-19 samotność to poważny czynnik ryzyka dla zdrowia – nie tylko psychicznego*, <https://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C81924%2Cpsycholog-w-czasie-pandemii-covid-19-samotnosc-powazny-czynnik-ryzyka-dla?fbclid=IwAR11GbvNFRKgjUsRnDt0yftKmX5OXOiFfkU9O1BMTGyd4zy9VpKCu5G9cTE> [dostęp: 9.04.2021].
- Tomalik M. (2021, 28 lutego), *Słowo do Słowa. Słowo od... Moniki Tomalik*, <http://www.slowodoslova.com/slowo-od-moniki-tomalik/> [dostęp: 10.04.2021].
- Tomasz z Akwinu (1999), *Traktat o Bogu. Summa teologii, kwestie 1–26*, przekł. i komentarz G. Kurylewicz, Z. Nerczuk, M. Olszewski, Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy „Znak”.
- Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum św. Łazarza”, <https://hospicjum.krakow.pl/> [dostęp: 20.04.2021].
- Trąbka A. (2014), *Tożsamość rekonstruowana. Znaczenie migracji w biografjach Third Culture Kids*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.
- Trempała J., Zając-Lamparska L. (2007), *Postawy wobec osób starszych: różnice międzypokoleniowe*, „Przegląd Psychologiczny”, 50(4).
- Truskolaska J. (b.d.), *Metody wychowania w rodzinach województwa lubelskiego na początku XXI w.*, https://www.kul.pl/files/803/biblioteczka_cyfrowa/Metody_wychowania_w_rodzinach_województwa_lubelskiego_na_poczatku_XXI_w..pdf [dostęp: 2.10.2023].
- Tryjarska B. (2012), *Wstęp* [w:] B. Tryjarska (red.), *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.
- Trzepacz P., Więclaw-Michniewska J., Brzosko-Sermak, A. Kołoś (red.), *Miasto w badaniach geografów*, t. 1, Kraków: Uniwersytet Jagielloński. Instytut Geografii i Gospodarki Przestrzennej.
- Tuszyńska-Bogucka W. (2017), „Rodzina miejscem czy nie-miejscem”? *Perspektywa systemowo-antropologiczna w analizie problemów akulturacyjnych rodzin emigracyjnych*, „Wychowanie w Rodzinie”, 15(1).
- Tutton E. (1991), *An Exploration of Touch and its Use in Nursing* [w:] R. McMahon, A. Pearson (eds.), *Nursing as Therapy*, Boston, MA: Springer.
- Twardowski J. (1997), *Jak tęcza co sobą nie zajmuje miejsca. Wybór wierszy*, Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Tylka J. (2012), *Psychologiczne aspekty cierpienia w chorobie i umieraniu*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce”, 6(1).
- UNICEF (2021, March 2), *COVID-19 and School Closures One Year of Education Disruption*, <https://data.unicef.org/resources/one-year-of-covid-19-and-school-closures/> [dostęp: 25.04.2021].
- Urquhart C. (2013), *Grounded Theory for Qualitative Research: A Practical Guide*, London: Sage Publications.

- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, Dz.U. z 2003 r., nr 96, poz. 873.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz.U. z 2022 r., poz. 1657.
- Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, Dz.U. z 2020 r., poz. 1842.
- Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2020 r., poz. 568.
- Waligóra M. (2013), *Wstęp do fenomenologii*, Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas.
- Waloszek D. (2014), *Zapomniane (?) inspiracje dla wychowania*, „Labor et Educatio”, 2.
- Waselewski E.A., Waselewski M.E., Chang T. (2020), *Needs and Coping Behaviors of Youth in the U.S. During COVID-19*, „Journal of Adolescent Health”, 67(5).
- Wasilewska H. (2013), *Znaczenie przyjaźni w rozwoju psychospołecznym dzieci i młodzieży*, „Nauczyciel i Szkoła”, 1(53).
- White D.B., Lo B. (2020), *A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic*, „JAMA”, 323(18).
- Wieczorek M. (autorka raportu, koncept, red., oprac.) (2019), *Raport o dobrym umiarniu*, Puckie Hospicjum pw. św. Ojca Pio, <https://api.ngo.pl/media/get/123950> [dostęp: 20.04.2021].
- Wielkanocne Orędzie „Urbi et Orbi” papieża Franciszka (2021, 4 kwietnia), https://www.vatican.va/content/francesco/pl/messages/urbi/documents/papa-francesco_20210404_urbi-et-orbi-pasqua.html [dostęp: 20.04.2021].
- Wiensak P. (2014), *Wolontariat hospicyjny wczoraj a dziś. Próba opisu zmian strategii mobilizacyjnej do wolontariatu w perspektywie symbolicznej*, „Kultura i Edukacja”, 1(101).
- Wiorogórska Z. (2012), *Teoria ugruntowana i jej wybrane zastosowania w badaniach z zakresu informacji naukowej i bibliotekoznawstwa*, „Przegląd Biblioteczny”, 80(1).
- Wojciszke B. (1994), *Psychologia miłości. Intymność. Namietność. Zaangażowanie*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wojtyła K. (1969), *Osoba i czyn*, Kraków: Polskie Towarzystwo Teologiczne.
- Wojtyła W. (2020), *Od osoby do społeczności. Teoria uczestnictwa w ujęciu Karola Wojtyły*, „Archiwum Filozofii Prawa i Filozofii Społecznej”, 4(25).
- Wołoszyn S. (2008), *Wychowanie w starożytnej Europie* [w:] Z. Kwieciński, B. Śliwerski (red.), *Pedagogika. Podręcznik akademicki*, 1, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- World Health Organization (2020a, 18 March), *Mental Health and Psychosocial Considerations During the COVID-19 Outbreak*, <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf> [dostęp: 30.03.2021].
- World Health Organization (2020b, 17 July), *A Guide to WHO's Guidance on COVID-19*, <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/a-guide-to-who-s-guidance> [dostęp: 30.03.2021].

- Wysocka M., Frydrych J., Klimkiewicz A., Jarosz J., Pasierski T. (2021), *Potrzeby pacjentów i ich rodzin objętych opieką hospicjum stacjonarnego w dobie pandemii COVID-19 – podobieństwa i różnice. Badanie jakościowe*, „Medycyna Paliatywna”, 13(2).
- Zamarian A. (2017), *Inwentarz Wzorca Śmierci Odwróconej – założenia teoretyczne i właściwości psychometryczne*, „Kultura i Edukacja”, 1(115).
- Zarzecki L. (2012), *Teoretyczne podstawy wychowania. Teoria i praktyka w zarysie*, Jelenia Góra: Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa.
- Zbliżyć się* (2001), [w:] F. Rienecker, G. Maier, *Leksykon biblijny*, przeł. D. Irmińska, J. Kruczyńska, Warszawa: Vocatio.
- Zborowski M. (2015), *Teologia bliskości Boga – soteryjne implikacje bliskości Boga w Jezusie Chrystusie w Komentarzach i Homiliach do Ewangelii synoptycznych Orygenes*, „Teologia w Polsce”, 9, 2.
- Zhang C., Ye M., Fu Y., Yang M., Luo F., Yuan J., Tao Q. (2020), *The Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Teenagers in China*, „Journal of Adolescent Health”, 67(6).
- Zubrzycka R., Godawa G. (2020), *Nie jestem taka jak Ona? Wizerunek matki z perspektywy dorosłej córki* [w:] G. Godawa, Ł. Ryszka (red.), *Macierzyństwo i jego odstępny*, Kraków: Wydawnictwo „Scriptum” Tomasz Sekunda.
- Zuriarrain Reyna Y., Bennett M.I., Bruera E. (2009), *Ethical and Practical Issues in Designing and Conducting Clinical Trials in Palliative Care* [w:] J.M. Addington-Hall, E. Bruera, I.J. Higginson, S. Payne (eds.), *Research Methods in Palliative Care*, Oxford: Oxford University Press.
- Zych A.A. (2014), *Dekalog opieki nad człowiekiem cierpiącym i umierającym* [w:] A.A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem. Wybór materiałów konferencyjnych*, Sosnowiec: Progres Wydawnictwo – Druk – Reklama, Dąbrowa Górnicza: Stowarzyszenie Przyjaciół Domu Pomocy Społecznej „Pod Dębem”.
- Żakowiecki P., Helak M. (2020), *Usługi publiczne w kryzysie: pandemia w ochronie zdrowia*, Warszawa: Fundacja Przyjazny Kraj, https://archiwum.pte.pl/pliki/2/12/Fundacja_Przyjazny_Kraj_.pdf [dostęp: 2.03.2021].
- Żywczok A. (2013), *Hermeneutyka uczuciowej i duchowej bliskości* [w:] A. Żywczok (red.), *Miłość – akt preferencji duchowości człowieka. Studium bliskości duchowej*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Żywczok A. (2020), *Więź człowieka ze środowiskiem naturalnym. Rekonstrukcja i interpretacja dorobku naukowego Bogdana Suchodolskiego*, „Przegląd Pedagogiczny”, 1.

Spis schematów i tabel

Schemat 1. Chmura słów występujących z kodem „obecność”	147
Schemat 2. Chmura słów występujących z kodem „bliskość w rodzinie”	156
Schemat 3. Model bliskości w rodzinie	175
Schemat 4. Chmura słów współwystępujących z kodem „oddalenie”	202
Schemat 5. Model rozkładu kodu „dotyk chorego”	220
Schemat 6. Model podwójny kodu „dotyk chorego”	221
Schemat 7. Mapa kodów współwystępujących z kodem „bliskość z Bogiem”	236
Schemat 8. Matryca kodów współwystępujących z kodem „bliskość z Bogiem”	237
Schemat 9. Model bliskości w sytuacji choroby	249
Schemat 10. Mapa relacji kodów związanych z bliskością z chorym w pandemii	260
Schemat 11. Odmienne postrzeganie bliskości i izolacji przez badanych	273
Schemat 12. Model współwystępowania kodu „trudności w zespole”	275
Schemat 13. Pole semantyczne słowa „konflikt”	276
Schemat 14. Chmura słów występujących z kodami „izolacja społeczna” i „komunikacja”	288
Schemat 15. Czynniki kształtujące bliskość w sytuacji choroby	294
Schemat 16. Chmura słów przedmiotu badań przedstawionego w treści książki pt. <i>Pedagogia bliskości międzyludzkiej</i>	302
Tabela 1. Kategorie bliskości	27
Tabela 2. Charakterystyka badanej grupy	139
Tabela 3. Kategorie bliskości w wypowiedziach badanych	144

Autor prezentuje w książce bogaty materiał badawczy, pozwalający na wielowątkową interpretację, która zawsze jest cennym wkładem w rozwój stanu dotychczasowej wiedzy w obrębie podejmowanej problematyki, szczególnie jeśli dokonuje jej osoba, tak jak w tym przypadku, znakomicie znająca przedmiot analiz, także od strony praktycznego zaangażowania.

Z recenzji prof. dr hab. Barbary Kromolickiej

Publikacja z pewnością wzbudzi zainteresowanie teoretyków i praktyków z obszaru nie tylko pedagogiki, ale i nauk społecznych oraz medycznych, jak też humanistycznych, filozoficznych i teologicznych. Z łatwością dostrzegą oni, że w monografii uwzględniony został ich wkład w analizowaną problematykę bliskości w relacjach międzyludzkich, zwłaszcza w sytuacjach choroby.

Z recenzji ks. prof. dra hab. Mariana Nowaka



Uniwersytet Papieski
Jana Pawła II
w Krakowie




impuls

Zamówienia prosimy kierować na adres:
Oficyna Wydawnicza „Impuls” – Dział Handlowy
tel./fax: (12) 422 41 80, 506 624 220
e-mail: impuls@impulsoficyna.com.pl
www.impulsoficyna.com.pl