

Michał Małek

SPECYFIKA KATECHEZY MŁODZIEŻY PRZEWLEKLE CHOREJ W OPARCIU O WŁASNE BADANIA ANKIETOWE

Tematem niniejszej pracy jest zbadanie specyfiki katechezy młodzieży przewlekle chorej poprzez własne badania ankietowe. We współczesnym świecie rośnie zachorowalność na choroby przewlekłe. Dzieje się to z powodu zmian cywilizacyjnych oraz rozwoju medycyny, która pozwala skutecznie leczyć niektóre z nich. Z tych powodów temat ten jest bardzo aktualny. Również w dzisiejszych czasach następuje wielkie dowartościowanie katechezy młodzieży, na którą patrzy się jako na przyszłość świata. Jednocześnie obserwuje się wzrost znaczenia katechez kierowanych do osób znajdujących się w konkretnych sytuacjach życiowych. Z tych powodów wydaje się właściwe przebadanie młodzieży przewlekle chorej oraz tego, czy jej potrzeby kwalifikują ją do objęcia działaniami katechezy specjalnej. Katecheza specjalna korzysta z dorobku nauk pedagogicznych. Ponieważ działania katechetyczne nie są zwykłym nauczaniem, nie wystarczy poprzestać na refleksji pedagogicznej i dlatego w ostatnich latach obserwuje się wzrost zainteresowania katechezą specjalną kierowaną do poszczególnych grup osób.

W tradycyjnej klasyfikacji niepełnosprawności choroby przewlekłe zostały uwzględnione jako osobna jednostka. Jednak, do tej pory katecheza specjalna bardziej interesowała się innymi rodzajami niepełnosprawności.

Jezus Chrystus wykazywał ogromne współczucie wobec chorych, czego znakiem mogą być liczne uzdrowienia opisane w Nowym Testamencie.

Jest On pierwszym lekarzem człowieka. Współczucie to od II tysiącleci pobudza Kościół Katolicki to naśladowania swojego Pana i wykazywania autentycznej troski o wszystkich chorych i cierpiących. Z tego powodu konieczne jest zainteresowanie katechetyki wszystkimi rodzajami niepełnosprawności w celu lepszego dotarcia z orędziem Chrystusowym do wszystkich ludzi.

1. Wyjaśnienie terminu

Naukowa refleksja nad katechezą młodzieży przewlekle chorej wymaga przybliżenia pewnych pojęć naukowych. Ks. Radosław Chałupniak podaje definicję katechetyki specjalnej poprzez analogię do pedagogiki specjalnej i określa ją jako „naukę o nauczaniu i wychowaniu religijnym osób nie w pełni sprawnych, odbiegających od umownej normy psychicznej i fizycznej. Punktem wyjścia katechezy specjalnej jest podmiotowe traktowanie jej adresatów”¹

Należy zaznaczyć również, że katechetyka specjalna jako dział katechetyki ogólnej charakteryzuje się tymi samymi celami, zasadami i metodami. Jedyna różnica to adresaci. Ich ciężka sytuacja życiowa dotycząca choroby przewlekłej występującej w młodym wieku sprawia, że dla dobra adresatów wskazane staje się objęcie ich nieco odmiennymi działaniami katechetycznymi. Dla katechety niejednokrotnie będzie to oznaczało większy wysiłek, budowanie z katechizowanym specyficznej więzi i bardziej indywidualne podejście do ucznia. Ważnym uwarunkowaniem katechezy specjalnej jest przezwyciężenie tych ograniczeń, które mogą budzić w człowieku niepewność, co do własnej wartości, ograniczać swobodę realizowania celów życiowych i powodować poczucie zagrożenia².

Katechetyka specjalna czerpie z dorobku innych nauk m.in. teologii, psychologii i pedagogiki³. Bazuje również na Chrystusowym wezwaniu

¹ R. CHAŁUPNIAK, *Katecheza specjalna – w centrum czy na marginesie działalności katechetycznej Kościoła?*, [w:] *Katecheza specjalna dzisiaj*, red. J. STALA, Kielce 2003, s. 13–14.

² Tamże, s. 15.

³ Tamże.

do czynów miłosierdzia oraz na refleksji dostępnej w dokumentach Kościoła Katolickiego.

Definicję katechezy specjalnej przytacza ks. Zdzisław Brzezinka: „Katecheza specjalna jest częścią katechetyki szczegółowej i jest wychowaniem w wierze osób odbiegających od normy, których upośledzenie, choroba lub nieprzystosowanie społeczne w sposób wyraźny wpływa na poznawanie Boga, przeżywanie Go i świadczenie o Nim”⁴.

W celu pogłębienia refleksji nad tym zagadnieniem konieczne jest również zrozumienie różnych rodzajów niepełnosprawności. W tym celu katecheza specjalna musi sięgnąć do dorobku pedagogiki specjalnej, z której wypracowanych metod pracy z wychowankiem będzie korzystać i czynić je przydatnymi w obrębie katechetyki i prowadzonej w następstwie katechizacji specyficznej grupy społecznej. E. Tomasiak za Z. Sekowską przytacza tradycyjną klasyfikację, w której wyróżnia się:⁵

1. Niewidomi i niedowidzący:
 - b) niewidomi od urodzenia lub przed piątym rokiem życia;
 - c) ociemniali;
 - d) niedowidzący;
 - e) słabo widzący w wysokim stopniu.
2. Głusi i niedosłyszający:
 - a) głusi od urodzenia;
 - b) ogłuchli mówiący;
 - c) głusi z resztkami słuchu;
 - d) niedosłyszający.
3. Głuchoniewidomi
4. Upośledzeni umysłowo:
 - e) w stopniu lekkim;
 - f) w stopniu umiarkowanym;
 - g) w stopniu znacznym;
 - h) w stopniu głębokim.

⁴ Z. BRZEZINKA, *Miejsce katechezy specjalnej we współczesnym systemie kształcenia katechetów w Polsce*, [w:] *Katecheza specjalna dzisiaj*, red. J. STALA, Kielce 2003, s. 27.

⁵ E. TOMASIAK, *Podstawowe zagadnienia pedagogiki specjalnej*, [w:] *Katecheza specjalna dzisiaj*, red. J. STALA, Kielce 2003, s. 89.

5. Przewlekłe choroby.
6. Osoby z uszkodzeniem narządów ruchu.
7. Osoby z trudnościami w uczeniu się wskutek dysharmonii rozwoju.
8. Społecznie niedostosowani wskutek:
 - a) zaniedbań i błędów wychowawczych oraz konfliktów z normami społecznie-moralnymi;
 - b) zaburzeń wyższych czynności nerwowych (tło psychopatyczne, charakteropatyczne, nerwicowe – prowadzące do konfliktów z prawem).

Upośledzenia mogą występować w tzw. Sprzężeniach, tzn. łączyć się ze sobą. Z tego powodu może się zdarzyć, że przewlekła choroba nie będzie jedyną chorobą dotyczącą katechizowanego.

Jednak zasadniczo, jeśli u katechizowanych nie wystąpią sprzężone upośledzenia, katecheza specjalna młodzieży przewlekłe chorej będzie korzystała głównie z dorobku pedagogiki terapeutycznej, która zajmuje się chorymi i niepełnosprawnymi ruchowo.

Mnogość definicji pojęcia zdrowia, choroby, jak i samej klasyfikacji choroby przewlekłej i niepełnosprawności fizycznej, pozwala stwierdzić, znaczną złożoność problemu. Choroba przez nauki biologiczne określana jest najogólniej jako pewnego rodzaju brak homeostazy wewnętrznej ustroju organizmu. Obecnie powszechnie przyjmowaną definicją zdrowia, jest ta zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), która stwierdza, że „choroba jest nie tylko brakiem choroby (...), lecz w pełni dobrym samopoczuciem fizycznym i psychicznym” Z wielu powodów takie rozumienie zdrowia sprawi, że młodzież przewlekłe chora nigdy nie osiągnie pełnego zdrowia, ponieważ część nigdy nie będzie mogła zostać poddana pełnemu zrewalidowaniu. Powodem jest możliwość wystąpienia trwałej niepełnosprawności i ryzyko znacznie gorszego samopoczucia psychicznego na skutek długotrwałej terapii, przedłużających się hospitalizacji, pozostawania poza domem lub odtrącenia przez grupę rówieśniczą. Maksymalne zbliżenie się do stanu braku choroby jest rolą medycyny, na który katechetyka nie ma większego wpływu. Natomiast niezbędność komponentu psychologicznego dla refleksji nad katechezą młodzieży przewlekłe chorej jest bardzo ważna, gdyż rola

katechezy w osiągnięciu stanu ogólnie dobrego samopoczucia psychicznego jest znaczna i jak zostanie wykazane dalej stanowi ważny cel katechezy młodzieży przewlekle chorej. Ważne jest również znaczny zakres definicji zdrowia WHO, ponieważ nawet osoba będąca trwale niepełnosprawną może czuć się osobą zdrową. Doprowadzenie do tego stanu oraz włączenie przewlekle chorej młodzieży staje się ważnym zadaniem katechezy specjalnej i pozostaje w zgodzie z „Podstawą programową”, która w rozdziale szóstym „Katecheza osób specjalnej troski” szeroko omawia problem katechezy specjalnej⁶.

2. Refleksja nad katechezą specjalną w dokumentach Kościoła katolickiego

Katechetyczne dokumenty Kościoła katolickiego zawierają refleksję nad katechezą pojmowaną w sposób ogólny i całościowy. Żaden z nich nie został w pełni poświęcony katechezie młodzieży przewlekle chorej, ani żadnemu z rodzajów katechezy specjalnej. Jednak bogactwo refleksji dokonane w dokumentach, zawiera w sobie również cenne wskazówki i spostrzeżenia dotyczące wyżej wymienionej katechezy. Mimo że problematyka katechezy specjalnej stanowi niewielką część analizowanych dokumentów, jednak działania specjalne nie znajdują się na marginesie działań katechetycznych Kościoła katolickiego. Z dokumentów wylania się przesłanie komplementarne, wpisujące katechezę specjalną w ogół misji powierzonej Kościołowi przez Jezusa Chrystusa.

Dokumenty, w których znajdują się myśli cenne dla naukowej refleksji nad katechezą młodzieży przewlekle chorej to: „Katechizm Kościoła Katolickiego”; „Karta Pracowników Służby Zdrowia”; adhortacja Jana Pawła II „Catechesi Tradendae”; „Dyrektorium ogólne o katechizacji”; „Dyrektorium katechetyczne Kościoła Katolickiego w Polsce”; „Adhortacja Jana Pawła II „Christifideles laici” i „Ecclesia in Europa”, a także list Jana Pawła II „Salvifici Doloris” oraz Dokument Stolicy Apostolskiej na Międzynarodowy Rok Osób Upośledzonych. Z powodu ograniczonej pojemności niniejszego artykułu, zostaną omówione jedynie dokumenty katechetyczne.

⁶ PPK, s. 98–112.

2.1. *Adhortacja Jana Pawła II „Catechesi tradendae”*

Adhortacja jest efektem pracy Synodu Biskupów zwołanego przez Pawła VI w 1977 r., w całości poświęconego katechezie w Kościele. Czerpiąc z nauczania II Soboru Watykańskiego zajęto się problematyką odnowy katechezy. Jan Paweł II podpisał adhortację 16 października 1979 r.

Z lektury „*Catechesi tradendae*” dla katechezy specjalnej młodzieży przewlekle chorej płyną doniosłe impulsy moralne. Przede wszystkim Jan Paweł II zwrócił uwagę, że obecnie dobra praca katechetyczna jest trudniejsza, a niejednokrotnie młodzież potrzebuje specjalnej troski, ze względu na sytuację życiową, w której się znalazła⁷. Można z tych słów wyciągnąć wniosek, że sytuacja życiowa młodzieży dotkniętej przewleklą chorobą również wymaga działań zindywidualizowanych i objęcia jej specjalną troską.

Jan Paweł II podkreślił, że osoby upośledzone zarówno fizycznie, jak i psychicznie mają prawo do poznania orędzia Chrystusowego. Chorzy i wychowawcy potrzebują większych starań, by pokonać trudności w poznaniu prawd wiary, przez to ich zasługi zwiększają się i stają godnymi szacunku. Jan Paweł II pochwała również pracę na rzecz upośledzonych, prowadzoną przez katolickie stowarzyszenia.

W tekście znajduje się odpowiedź na pytanie o formy katechezy⁸, które nie powinny być sprawowane obok siebie (co szybko mogłoby doprowadzić do marginalizacji młodzieży przewlekle chorej w kościelnej grupie rówieśniczej). W myśl Jana Pawła II ważne wydaje się, aby poszczególne formy katechezy były ze sobą w pewnego rodzaju łączności. Jednak nie można tego zrozumieć, jako jej zupełną unifikację. Aby osiągnęła swoisty cel konieczne jest dostosowanie jej m.in. do wieku, poziomu dojrzałości eklezjalnej oraz do indywidualnych uwarunkowań⁹. Z treści wynika, że różnorodność ta nie jest przeszkodą w dążeniu do jedności całego Kościoła, ale znakiem życia i bogactwa.

⁷ CT 40.

⁸ CT 45.

⁹ CT 51.

2.2. *Katechizm Kościoła Katolickiego*

Koncepcja katechizmu sięga czasów apostoelskich. Zmiany społeczne, rozwój teologii oraz reforma Kościoła zapoczątkowana na II Soborze Watykańskim¹⁰ spowodowały potrzebę wydania nowego katechizmu, którego język i treść byłaby bardziej zrozumiała. W 1986 r. papież Jan Paweł II powołał komisję kardynalską pod przewodnictwem kardynała J. Ratzingera oraz złożony z biskupów zespół redakcyjny. Katechizm Kościoła Katolickiego został promulgowany przez Jana Pawła II 7–8 grudnia 1992 r. Polskie tłumaczenie wydano w 1994 r.

W Katechizmie Kościoła Katolickiego bezpośrednie odniesienia do katechezy młodzieży przewlekle chorej nie występują. W części drugiej „Celebracja Misterium Chrześcijańskiego”, dziale drugim „Siedem Sakramentów Kościoła”, artykule piątym dotyczącym sakramentu namaszczenia chorych znajdują się zagadnienia „Choroba w życiu ludzkim” oraz „Chory wobec Boga”¹¹. Problematyka choroby i cierpienia fizycznego zostaje przedstawiona jako najpoważniejsza próba ludzkiego życia. Przez chorobę człowiek doświadcza poczucia niemocy, ograniczenia i skończoności. Niewykluczone jest, że na skutek choroby w człowieku pojawi się bunt wobec Boga. Jednocześnie w katechizmie zawarte jest przeświadczenie, że choroba może pomóc człowiekowi dojrzeć, sama w sobie stanowi rodzaj „katechezy”, która pomaga lepiej zrozumieć rzeczy istotniejsze. Tak rozumiana choroba może prowadzić do poszukiwania Boga.

W Katechizmie Kościoła Katolickiego pokrótce omówiony został stosunek autorów natchnionych wobec choroby i cierpienia. W Starym Testamencie człowiek skarżył się Bogu na swoją chorobę, błagając Go o uzdrowienie. Jednocześnie choroba została związana z nawróceniem. Dla Izraela choroba to grzech i zło, a wierność Bogu przywraca życie. Według Izajasza, kulminacją czasu dla Syjonu jest przebaczenie grzechów przez Pana oraz uleczenie wszelkiej choroby.

¹⁰ Uchwały soborowe nie zawierały w sobie dyrektywy przeredagowania wcześniej obowiązującego Katechizmu Rzymskiego.

¹¹ KKK 1500–1502.

W Nowym Testamencie Chrystus jest przedstawiony jako lekarz¹². Współczucie Zbawiciela dla chorych oraz uzdrowienia są nieodzownym znakiem nadejścia Królestwa Bożego, same uzdrowienia fizyczne były jedynie zapowiedzią zwycięstwa nad grzechem i śmiercią przez Paschę Zmartwychwstania. Przez ekspiacyjny charakter Męki i Zmartwychwstania Chrystus Pan zgładził grzech świata, do którego skutków należy choroba i cierpienie.

Często za chorobą fizyczną stoi defekt duchowy. Współczucie Chrystusa dla chorych wiąże się z utożsamieniem z nimi – stąd wynika trwająca od dwóch tysięcy lat troska chrześcijan o ludzi chorych i cierpiących.

Zaznaczono również, że dzięki podążaniu za Chrystusem, uzyskuje się nowe spojrzenie na chorobę i chorych¹³. Dzięki cierpliwemu znoszeniu własnego cierpienia, dopełnia się „braki udręk Chrystusa” i łączy z Nim.

Zadanie „Uzdrawiania Chorych” Kościoła wypełnia poprzez opiekę oraz modlitwę za osoby chore. Obecność Chrystusa-Lekarza działa w Kościele szczególnie poprzez sakramenty, a zupełnie specjalnie przez Eucharystię, która daje życie wieczne¹⁴.

Od czasów apostoelskich jeden z sakramentów został przeznaczony wyłącznie dla chorych¹⁵. Prawdy dotyczące namaszczenia chorych zawarte w Katechizmie Kościoła Katolickiego w niniejszej pracy nie zostaną przytoczone. Istotne dla katechezy specjalnej młodzieży przewlekle chorej jest jedynie, że sakramentu chorych nie udziela się tylko wobec choroby śmiertelnej, ale również w trakcie wszystkich chorób, które mogą prowadzić do śmierci, a rzeczą godziwą jest przyjęcie go przed trudną operacją¹⁶. W przypadku pogorszenia się stanu, namaszczenie chorych może zostać przyjęte przez wiernego ponownie.

¹² KKK 1503–1505.

¹³ KKK 1506.

¹⁴ KKK 1509.

¹⁵ KKK 1510.

¹⁶ KKK 1515.

2.3. *Dyrektorium ogólne o katechizacji*

Opublikowanie adhortacji „*Evangelii nuntiandi*” Pawła VI, „*Catechesi tradendae*” Jana Pawła II oraz znaczna ilość treści katechetycznych zawartych w encyklikach i adhortacjach Jana Pawła II doprowadziły do potrzeby przeredagowania *Dyrektorium Katechetycznego*, co uczyniła Kongregacja ds. Duchowieństwa. Oprócz tych czynników, w istotny sposób do wydania dokumentu przyczyniła się zmieniająca się sytuacja społeczno-kulturalna świata: sekularyzacja, ateizacja, a także postępująca indyferentyzacja życia ludzkiego oraz pogłębiające się nierówności materialne między Północą a Południem i postmodernistyczne koncepcje kwestionujące etykę chrześcijańską.

Znaczny materiał do rozważań nad katechezą młodzieży przewlekle chorej znajduje się w „*Dyrektorium ogólnym o katechizacji*” Szczególnie istotny jest rozdział trzeci „*Katecheza w szczególnych sytuacjach, mentalnościach i środowiskach*” W dokumencie powtórzone jest przeświadczenie Kościoła, że osoby cierpiące upośledzenia psychiczne i fizyczne, są szczególnie umiłowane przez Pana. Zarówno rodzina, jak i inne miejsca formacyjne mogą ofiarować im odpowiednio dostosowaną do potrzeb katechezę. Miłość Boga Ojca i obecność Jezusa wraz z Duchem Świętym sprawiają, że każda osoba, bez względu na własne ograniczenie, jest zdolna do świętości. Katecheza specjalna wymaga odpowiedniego dostosowania do osoby, uwzględnienia wyników badań pedagogicznych oraz umiejscowienia w całości wychowania osobowego człowieka.

W tekście znajduje się również ostrzeżenie przed zepchnięciem katechezy specjalnej na margines działań wspólnotowych. Oczekuje się od niej stałego angażowania i uwrażliwiania na potrzeby cierpiących. Podkreślone zostają szczególne wymagania kompetencyjne katechetów pracujących z osobami w trudnych sytuacjach życiowych oraz, że ich służba „jeszcze bardziej zasługuje na pochwałę”¹⁷

Dokument dostrzega, że osoby chronicznie chore¹⁸ zostały zepchnięte na margines. Gwarancją dobrego działania w trudnych środowiskach staje

¹⁷ DOK 189.

¹⁸ DOK 190.

się ewangeliczna obietnica, że każdy gest uczyniony wobec najmniejszych, jest uczyniony Jezusowi Chrystusowi.

Zaznaczono, że katecheza specjalna z istoty swej specyfiki musi odwoływać się do okazjonalnych i pośrednich form katechezy, ale jednocześnie nacisk kładziony jest na osobiste spotkanie, poświęcenie, postępowanie z ufnością i realizmem oraz przyjęcia potrzeb i próśb każdego. Wzmiankowane jest, że wspólnota powinna wspierać katechetów, którzy pracują z ludźmi zepchniętymi na margines i w trudnych sytuacjach.

Z dokumentu nie wynika potrzeba osobnej naukowej refleksji nad katechezą młodzieży przewlekle chorej¹⁹, ale potrzeba posiłkowania się znacznym dorobkiem nauk pedagogicznych.

2.4. Dyrektorium katechetyczne Kościoła katolickiego w Polsce

Dyrektorium Katechetyczne Kościoła katolickiego w Polsce powstało na skutek wytycznych zawartych w Dyrektorium ogólnym o katechizacji. W okresie komunizmu opracowanie dyrektorium krajowego było niemożliwe. W 1990 r. do szkół powróciły lekcje religii, jednak było za wcześnie na skodyfikowanie zasad, ponieważ oprócz teorii potrzebna była praktyka działań katechetycznych w nowej rzeczywistości. Ostatecznie, po trwającym dwa lata redagowaniu, Dyrektorium Katechetyczne Kościoła katolickiego w Polsce zostało zatwierdzone przez Konferencję Episkopatu Polski 20 czerwca 2001 r.

Bezpośrednio o katechezie specjalnej w Dyrektorium Katechetycznym Kościoła katolickiego w Polsce wspomniano w rozdziale trzecim, dotyczącym posługi katechetycznej w parafii. Wśród szczególnych zadań i obowiązków proboszcza jest m.in. troska, by objąć katechizacją osoby upośledzone fizycznie i umysłowo²⁰. Do innego ważnego obowiązku proboszcza dla katechezy specjalnej młodzieży przewlekle chorej należy troszczenie się o właściwe zorganizowanie i pokierowanie katechizacją w parafii²¹.

¹⁹ To zasygnalizowano dopiero w PDK 152.

²⁰ PDK powtarza tu KPK kanony 776–777.

²¹ PDK 140.

W rozdziale 5 – „Formacja katechetów” – znalazła się potrzeba wypracowania określonych formacji katechetycznych dla poszczególnych katechetów, w tym m.in. dla katechetów osób niepełnosprawnych fizycznie²². W dokumencie ponadto znalazło się przeświadczenie, że zarówno ośrodki uniwersyteckie, jak i wyższe seminaria przekazując wiedzę o katechezie i jej różnych formach, nie czynią wystarczająco wiele w celu kształcenia katechetów przeznaczonych do pracy z określonymi kategoriami odbiorców²³ (w tym z niepełnosprawnymi). Kształcenie takie powinno znaleźć się przede wszystkim w programie formacyjnym krajowych i diecezjalnych ośrodków katechetycznych. W myśl dokumentu szczególną uwagę powinno zwrócić się na kształcenie m.in. katechetów przeznaczonych do pracy z osobami niepełnosprawnymi.

Dyrektorium katechetyczne Kościoła Katolickiego w Polsce wskazuje wielką rolę naukowej refleksji nad katechezą specjalną i wszystkimi jej rodzajami, do której zalicza się katecheza kierowana do młodzieży przewlekle chorej.

3. Terapeutyczna funkcja katechezy

Katecheza młodzieży przewlekle chorej wtapia się w całość działań katechetycznych podejmowanych przez Kościół Katolicki. Jej nadrzędnymi celami są: zażyłość z Jezusem Chrystusem oraz wiara dojrzała²⁴.

We współczesnych działaniach katechetycznych coraz bardziej zwraca uwagę fakt, że Ewangelii nie można głosić w kompletnym oderwaniu od sytuacji życiowej osób katechizowanych. Kierowanie orędzia Chrystusowego do konkretnych osób wymaga zatem uwzględnienia ich specyficznej sytuacji życiowej. Aby katecheza mogła odnieść skutek, konieczne jest jej otwarcie się na określonego człowieka i jego problemy, a także umiejętność niesienia mu pomocy. Katecheza młodzieży przewlekle chorej wymaga podejmowania specyficznych działań, o znacznym poziomie indywidualizowania, co wiąże się ze zwiększonym wysiłkiem katechety.

²² PDK 152.

²³ PDK 156.

²⁴ P. TOMASIK, *Katechetyka fundamentalna*, w: *Historia katechezy i katechetyka fundamentalna*, red. J. STALA, Tarnów 2010, s. 230–239.

Młodzież przewlekle chora, jak i inne niepełnosprawne osoby często dotyka problem opuszczenia i ostracyzmu społecznego. Konieczne jest traktowanie adresatów katechezy młodzieży przewlekle chorej jako uprzywilejowanych odbiorców katechezy²⁵. Wydaje się niezbędne przypomnienie postawy Chrystusa wobec chorych i opuszczonych oraz stanowiska Kościoła Katolickiego, który jest przeciwnikiem marginalizowania osób niepełnosprawnych,

Często jedyną pomocą związaną z rozwiązywaniem problemów natury egzystencjalnej nurtujących młodzież przewlekle chorą może być działalność katechetyczna. Z uwagi na szczególną sytuację życiową młodzież przewlekle chora nie zawsze może być obejmowana działaniami tak regularnymi, jak przeprowadzane w szkole. Częste hospitalizacje lub pobyty w domu również mogą utrudniać przeprowadzanie zwykłych działań.

Poprzez analogię do pedagogiki specjalnej należy przyjąć, że działania, które w zwyczajnych sytuacjach nie są katechezą takie jak np. rozmowa, w warunkach choroby przewlekłej zaliczane są do działań katechetycznych. Działalność katechetyczna wobec młodzieży przewlekle chorej jest przede wszystkim skierowana na interioryzację i asymilację duchowości ewangelicznej w klimacie misterium i praktyk wiary. Jednak ze względu na jej sytuację często nie będzie możliwe bezpośrednie zakomunikowanie katechizowanym serii przesłanek biblijnych i teologicznych, które mogłyby pomóc lepiej zrozumieć trudną sytuację, w której uczestniczą. W tych wypadkach szczególnie ważne zadanie spoczywa na katechecie. Konieczne jest zachowanie, które pozwoli katechizowanym poczuć ciepło i moc orędzia miłości, które pragnie głosić im Kościół.

Młodzież przewlekle chora, często marginalizowana przez szkołę i grupę rówieśniczą, której problemy nie zawsze są zauważane przez nauczycieli, potrzebuje troski wychowawczej i miłości przekraczającej stopień normalności²⁶. W świetle refleksji przeprowadzonej w dokumentach Kościoła katolickiego ważne jest również włączenie przewlekle chorej młodzieży w aktywne życie wspólnoty chrześcijańskiej. Wspomaganie podopiecznych,

²⁵ M. M. MUNTANE, *Potrzeby katechezy osób niepełnosprawnych*, „Horyzonty Wiary” 1998, nr 9, s. 19.

²⁶ Tamże, s. 22.

tak by uświadomili sobie, że są pełnoprawnymi członkami chrześcijańskiej wspólnoty, nie jest zadaniem tylko dla katechetów. Chociaż ich postawa jest bardzo istotna, konieczne jest również zaangażowanie się większej ilości ludzi, co lepiej pomoże zrozumieć młodzieży przewlekle chorej nie tylko trudną sytuację życiową, ale również uświadomi niezbywalną godność osobową, a także miłość, którą w każdej chwili darzy ich Bóg.

Tak rozumiana integracja przynosi wiele korzyści. Po pierwsze, pomaga młodym ludziom zrozumieć fakt, że pomimo cierpienia i choroby fizycznej są pełnoprawnymi członkami Kościoła Katolickiego, tzn. że sami stanowią Kościół i posiadają wszystkie prawa i obowiązki. Prowadzi to również do uświadomienia sobie roli, jaką mają pełnić w Kościele zdrowi fizycznie jego członkowie. Takie uwrażliwienie wspólnoty sprawia, że zda sobie ona sprawę, że występują w niej osoby potrzebujące szczególnej troski, z powodu swoich chorób często niedostrzegani i odsuwani na margines działań Kościoła²⁷ Aby integracja przebiegała jak najskuteczniej, należy dodać tzw. zasadę normalizacji tzn. wspólnota ma ofiarować młodzieży przewlekle chorej to wszystko, co ofiaruje innym katolikom. Konieczne jest zapewnienie wychowankom katechezy specjalnej możliwości pełnego rozwoju. Zasada normalizacji nie oznacza negacji chorób przewlekłych, kieruje się ku pełnemu rozwojowi, w stopniu, który jest możliwy dla konkretnej osoby.

Należy również zaznaczyć, że choroby przewlekle nie mogą sprawić, że młodzież stanie się jedynie biernym odbiorcą działań Kościoła. Działania katechety oraz całej wspólnoty muszą skupić się na zapewnieniu młodym ludziom szansy bycia aktywnymi uczestnikami w tworzeniu danej wspólnoty i jej działań, w stopniu możliwym przy konkretnym upośledzeniu. Spotkanie z wychowankami katechezy specjalnej może być dla wspólnoty inspirującym przeżyciem. Kontakt z odwagą, którą niejednokrotnie wykazuje się młodzież przewlekle chora może pozytywnie wpłynąć na społeczność i spowodować dalsze działanie i rozwijanie dobra. Konieczne jest umożliwienie współistnienia różnym ludziom w ramach konkretnej społeczności. Ważne jest przeprowadzanie wspólnych spotkań wychowanków

²⁷ Tamże, s. 23.

katechezy specjalnej i reszty chrześcijańskiej społeczności na wspólnotach modlitwy i celebracjach świątecznych. Nie należy wykluczać niepełnosprawnych z życia wspólnoty na poziomie lokalnym, jak i szerszym.

Zarówno w klasie integracyjnej i katechetycznych działaniach prowadzonych w środowisku pozaszkolnym należy unikać izolowania i segregowania młodzieży przewlekle chorej od zdrowej fizycznie. Działania te ze swej natury godzą w niezbywalną godność osoby ludzkiej. Badania pedagogiki specjalnej wykazały, że niepełnosprawni wychowankowie rozwijają się lepiej zarówno pod względem poznawczym, jak i społecznym w zróżnicowanym środowisku szkolnym²⁸.

W przypadku długotrwałej hospitalizacji umieszczenie dziecka przewlekle chorego w klasie integracyjnej może nie być możliwe. Należy wtedy dołożyć starań, aby umożliwić mu pełny rozwój w środowisku szpitalnym. Pomocny może okazać się również kontakt młodzieży zdrowej z przewlekle chorą w trakcie spotkań modlitewnych lub wspólnych celebracji świątecznych. Oczywiście efekty, które przyniosą takie spotkania nie są zależne jedynie od stanu zdrowia katechizowanego i postawy katechety, ale również od postaw osób dorosłych, zdrowej fizycznie młodzieży i innych nauczycieli.

Zaakceptowanie przez środowisko rówieśnicze odgrywa bardzo istotną rolę w terapeutycznej funkcji katechezy młodzieży przewlekle chorej. Aby miało to miejsce należy uświadamiać młodzieży, iż niepełnosprawność nie sprawia, że człowiek jest gorszy. Ma to podwójny wydźwięk wychowawczy. Zarówno młodzież przewlekle chora, jak i młodzież zdrowa zyskują wiele w tak prowadzonej integracji i mają szansę stawania się lepszymi ludźmi.

Aby proces integracji mógł przebiegać jak najpełniej, konieczne jest zwiększenie świadomości nie tylko grupy rówieśniczej, ale również pedagogów szkolnych i rodziców. Na obecność młodzieży przewlekle chorej w szkole nie można patrzeć jedynie jak na przeszkodę w drodze do pełnej realizacji programu nauczania.

Poprzez kolejną analogię do pedagogiki specjalnej proces integracji musi należeć do jednych z podstawowych zadań katechezy specjalnej młodzieży przewlekle chorej. W pedagogice specjalnej oznacza on doprowadzenie

²⁸ A. NOWAK, *Postawa nauczycieli w procesie integracji dzieci niepełnosprawnych*, „Katecheta” 1999, nr 3 s. 65–66.

wychowanka do takiego poziomu intelektualnego, emocjonalnego i społecznego, który pozwoli mu włączyć się w środowisko ludzi zdrowych jako współpartnera o pełnych prawach, przywilejach i obowiązkach²⁹. Proces integracji wymaga zrozumienia, które uwzględnia wielorakie warunki wyznaczone przez określone cechy osoby integrowanej, jak i właściwości przygotowania środowiska integrującego. Należy przy tym rozróżnić integrację czysto zewnętrzną, która ma organizacyjny charakter dołączania pewnych elementów do całości, a integracją wewnętrzną, która scala elementy z całością. W katechezie młodzieży przewlekle chorej należy dążyć do integracji wewnętrznej.

Uwzględnienie powyższych spostrzeżeń w katechezie młodzieży przewlekle chorej sprawi, że katecheza ta będzie posiadała terapeutyczny wydźwięk, który wspomże w rozwoju katechizowanych i całą wspólnotę.

4. Charakterystyka adresatów

4.1 Młodzież przewlekle chora w literaturze pedagogicznej

W celu pogłębienia refleksji nad katechezą młodzieży przewlekle chorej konieczne jest zrozumienie sytuacji życiowej jej adresatów, aby to uczynić nieodzowne jest sięgnięcie do dorobku nauk pedagogicznych i psychologicznych. W literaturze tej, młodzież przewlekle chora nigdy nie jest rozpatrywana w sposób samoistny. Zwraca się również uwagę na sytuacji życiową rodziców, rodzeństwa i całej rodziny jako podstawowej komórki społecznej.

Przewlekle chora młodzież w porównaniu do innych chorych małoletnich wykazuje dużą świadomość. Osoby w wieku od 12 do 18 lat zdają sobie sprawę, czym jest śmierć i pojmują ją jako nieodwracalny koniec swojego życia. Dodatkowo w pełni świadome są uciążliwości i skutków choroby przewlekłej³⁰. Świadomość ta często może prowadzić do stanów depresyjnych i wystąpienia pytań egzystencjalnych.

²⁹ J. DOROSZEWSKA, *Pedagogika specjalna*, t.1, Wrocław 1981, s. 44.

³⁰ A. GRETKOWSKI, *Pomoc psychologiczno-pedagogiczna rodzinie i dziecku przewlekle choremu*, [w:] *Pomoc dziecku i rodzinie w sytuacji kryzysowej*, red. I. KURLAK, A. GRETKOWSKI, Stalowa Wola–Sandomierz 2008, s. 228.

Należy zaznaczyć, że termin choroba przewlekła obejmuje bardzo wiele różnorodnych jednostek chorobowych. Z tego powodu badacze często dokonują rozróżnienia na poszczególne choroby³¹. Nie każda z chorób przewlekłych musi wiązać się ze zmianą dotychczasowego trybu życia. Dodatkowo rozwój medycyny daje możliwość znacznego ograniczenia objawów i przykrości z nimi związanych. Własne obserwacje potwierdzają, że niektóre chore przewlekłe osoby postrzegają siebie jako zdrowych ludzi. Jedynie w stanach zaostrzenia czują pewne dolegliwości, które według nich nie przeszkadzają im w istotny sposób w prowadzeniu normalnego życia.

Choroba przewlekła może wpływać na chorego na dwa sposoby: zaburzać funkcjonowanie organizmu oraz oddziałując negatywnie na przeżycia psychiczne³². Dodatkowo u przewlekłe chorych może dojść do wolniejszego rozwoju fizycznego, mniejszej sprawności oraz innych negatywnych zjawisk wynikających z doświadczania choroby.

Ciężka choroba przewlekła zawsze godzi w całą rodzinę, zmuszając jej członków do reorganizacji nie tylko czasu, ale również marzeń, dążeń i planów zarówno zawodowych, jak i osobistych. Choroba przewlekła nie wiąże się z nadzieją na szybkie wyzdrowienie chorego. Takie jednostki chorobowe mogą być uciążliwe przez całe lata lub trwać nawet do końca życia. Wiążą się one z częstymi pobytami w szpitalu, okresami remisji i zaostrzenia, nade wszystko dochodzi również do uczucia lęku zarówno u chorego, jak i jego rodziny. Ich powodem może być zarówno strach przed bólem, cierpieniem i śmiercią ujawniający się u chorego, jak i u członków rodziny, ale również niepewność co do poradzenia sobie z nowymi zadaniami takimi jak potrzeba wzmożenia opieki, brak możliwości realizowania celów życiowych wytyczonych przez nastolatka, kłopoty finansowe wynikające z cen zabiegów medycznych, dojazdu do szpitali itd. Zazwyczaj wszystkie plany, oraz wcześniejsze lęki i zmartwienia w przypadku wystąpienia choroby przestają być tak ważne jak dotychczas.

W przeciwieństwie do zwykłych, choroby przewlekłe wymagają od wszystkich członków intensyfikacji działań i reorganizacji

³¹ M. OLEŚ, *Jakość życia młodzieży. W zdrowiu i w chorobie*, Lublin 2010, s. 93–109.

³² Tamże, s. 109–110.

dotychczasowego życia³³, w naturalny sposób może prowadzić to do osłabienia spójności więzów łączących członków rodziny, a nawet zakłócać procesy rozwojowe. Specjaliści zwracają uwagę, że choroby przewlekle oprócz dolegliwości fizycznych wiążą się również z dolegliwościami natury psychologicznej. Z tego powodu we współczesnej pedagogice i psychologii postuluje się, aby w procesie opieki nad chorym kłaść równy nacisk zarówno na działania medyczne, jak i specjalistyczną psychologiczną opiekę nad chorym i rodziną³⁴.

Szczególnie stresujący jest moment udzielenia rozpoznania choroby przez lekarzy. Często jest związany z badaniami, których należy dokonać w kilku ośrodkach, znalezienie odpowiedniego specjalisty również nie jest łatwe. Często jest lęk o brak możliwości udzielenia pomocy własnemu dziecku z powodów finansowych. Niejednokrotnie jeden z rodziców już na tym etapie musi dokonać redukcji swojego życia zawodowego. Ponieważ w naturalny sposób uwaga rodziców skupia się na chorym nastolatku, jego rodzeństwo może czuć się opuszczone i pozostawione samemu sobie. Udzielenie rozpoznania ma miejsce zazwyczaj w sytuacji, kiedy rodzice już i tak są wyczerpani przedłużającym się stresem, ich reakcje to m.in. bunt, żal oraz brak wiary w kompetencje lekarzy³⁵. Obserwacje własne wynikające z rozmów z rodzicami przewlekle chorych dzieci potwierdzają, że w tym momencie zazwyczaj następuje kryzys wiary w Boga jako ateizm wynikający z problemu cierpienia doznawanego we własnym życiu, zmniejszenie zaufania do Boga lub brak wiary w Boże miłosierdzie. Jest to moment szczególnie ciężki dla chorego oraz całej rodziny. Na tym etapie mogą wystąpić również różnego rodzaju pertraktacje z Bogiem, składanie przyrzeczeń, ślubów itp. w celu spowodowania wyzdrowienia lub dania pozytywnego rozpoznania przez lekarzy. Brak spodziewanych rezultatów rodzi frustrację oraz wywołuje kryzys wiary, którego długotrwałość zależy od wielu czynników. Decydujący wydaje się być kontakt w trakcie

³³ A. GRETKOWSKI, *Pomoc psychologiczno-pedagogiczna rodzinie i dziecku przewlekle choremu*, [w:] *Pomoc dziecku i rodzinie w sytuacji kryzysowej*, red. I. KURLAK, A. GRETKOWSKI, Stalowa Wola–Sandomierz 2008, s. 211.

³⁴ Tamże, s. 212.

³⁵ Tamże, s. 213.

trwania choroby przewlekłej z osobą księdza, duszpasterza lub katechety. Nie zawsze konieczna jest rozmowa, niejednokrotnie już sama obecność, życzliwość, szczerze zainteresowanie i chęć pomocy choremu i jego rodzinie pozwala rzucić nowe światło na niezwykle ciężką sytuację życiową i zbliżyć się do Boga. Niejednokrotnie również kryzys wiary ustępuje na skutek własnych refleksji, przemyśleń i modlitwy. Zdarzają się również przypadki, w których przechodzi on w długotrwały kryzys, który później charakteryzuje się wielką niechęcią do Boga oraz życia religijnego.

Ważne jest, aby w trakcie trwania choroby rodzice nie dostrzegali jedynie stanów negatywnych, takich jak pogorszenie lub ból związany z operacjami i zabiegami medycznymi. W istotny sposób rzutuje to na dziecko, ponieważ nie są oni w stanie być prawdziwą podporą dla własnych dzieci, które wyłapują wszelkiego rodzaju nieszczeroci w rozmowach. Powoduje to zmniejszenie zaufania wobec osób dorosłych, od których są zależne. W procesie leczenia niemożliwa jest pełna eliminacja stresu, jednak należy kłaść duży nacisk na jego zmniejszanie.

Kluczowe zjawiska, które mają miejsce w trakcie zagrożenia życia to³⁶:

koncentracja na tu i teraz,

koncentracja na wartościach podstawowych z tendencją do rezygnacji z innych, do tej pory ważnych,

poczucie nieuchronności zdarzeń, połączone z bezsilnością,

utrata perspektywy życiowej oraz nadziei.

Jednocześnie ten sam autor podaje, że możliwą drogą przeciwdziałania wyżej wymienionym zjawiskom jest m.in. „ukazywanie wartości wyższych (na ogół innych bądź alternatywnych wobec dotychczasowych)”³⁷. Na tym polu szczególne znaczenie ma jak najwcześniejsze objęcie chorego i jego rodziny formami działalności duszpasterskiej i katechetycznej. Świadomość zjawisk psychologicznych zachodzących u przewlekle chorych wydaje się być kluczowa, ponieważ pozwala katechecie przewidzieć jego reakcję, co prowadzi do większej możliwości dotarcia do konkretnego człowieka.

³⁶ Tamże, s. 221.

³⁷ Tamże, s. 221.

Obserwacje własne potwierdzają, że nawet u wierzącej młodzieży po wystąpieniu choroby przewlekłej chęć kontaktu z Bogiem i Kościołem ulega znacznemu osłabieniu, podobnie początkowo sploteniu ulega częstotliwość i gorliwość praktyk religijnych. Dopiero po pewnym czasie, początkowo niezwykle silny kryzys wiary ulega recesji.

Oczywiście nie dzieje się tak we wszystkich przypadkach. Niektóre osoby, na skutek cierpienia wynikającego z choroby przewlekłej porzucają wiarę w Boga, praktyki religijne, lub wykazują silną niechęć wobec religii. Szczególnie ważnym czynnikiem jest tutaj rodzaj choroby przewlekłej. Co za tym idzie doznawany ból oraz niemożliwe do zlikwidowania skutki jakie pozostawia na ciele choroba. Jednocześnie po dłuższym czasie od wystąpienia choroby przewlekłej, część osób twierdzi, że zjawisko to zbliżyło ich do Boga i w ostatecznym rezultacie umocniło w wierze. W ich doświadczeniach szczególne znaczenie zdają się mieć duszpasterze, własne refleksje, kontakt z innymi chorymi i życie sakramentalne.

W okresie dorastania nastolatki stają się szczególnie czułe na punkcie swojego stanu zdrowia, co w przypadku występowania choroby przewlekłej zazwyczaj wiąże się z pojawianiem się buntu, u osób chorych przewlekle dodatkowo występuje zwiększone ryzyko zaburzeń psychicznych³⁸. Przewlekle chora młodzież z powodu częstych nieobecności w szkole oraz specyficznej sytuacji życiowej częściej wycofuje się z życia społecznego, ale jest też w większym stopniu narażona na odrzucenie przez grupę rówieśniczą. Konieczne zatem jest kładzenie nacisku na prawidłowe relacje interpersonalne, w tym relacje z rówieśnikami. Z punktu widzenia refleksji nad katechezą młodzieży przewlekle chorej szczególnie ważne znaczenie wydaje się mieć wspólnota parafialna, w której życie powinna być włączana chora młodzież.

Po udzieleniu rozpoznania przez lekarzy cała rodzina i chory wchodzi w tzw. fazę adaptacji do choroby. Specjaliści wyróżniają kilka jej faz³⁹:

szok,

kryzys emocjonalny,

³⁸ M. OLEŚ, *Jakość życia młodzieży. W zdrowiu i w chorobie*, Lublin 2010, s. 111.

³⁹ A. GRETKOWSKI, *Pomoc psychologiczno-pedagogiczna rodzinie i dziecku przewlekle choremu*, [w:] *Pomoc dziecku i rodzinie w sytuacji kryzysowej*, red. I. KURLAK, A. GRETKOWSKI, Stalowa Wola–Sandomierz 2008, s. 213–215.

- pozorne przystosowanie się,
konstruktywne przystosowanie się.

Przechodzenie przez poszczególne fazy następuje w sposób stopniowy, a własne obserwacje świadczą, że może być niezwykle długotrwałe. Zazwyczaj im szybsza i bardziej nagła była wieść o chorobie, tym większy szok. Po rozpoznaniu choroby cała rodzina znajduje się w niezwykle stresującej sytuacji związanej z wdrożeniem określonych procedur medycznych, które mogą wiązać się z bólem, albo nawet kalectwem chorego. Faza pozornego przystosowania się obejmuje okres, kiedy rodzice nie są jeszcze w stanie myśleć o przyszłości, ponieważ cały czas skupieni są na tu i teraz i w sposób mechaniczny wykonują polecenia lekarzy. Faza konstruktywnego przystosowania się natomiast opisuje moment, kiedy rodzice przejmują pełną odpowiedzialność za chorego, zazwyczaj w momencie zakończenia hospitalizacji i wypisania go ze szpitala. W tej fazie dochodzi również do zorganizowania edukacji dla chorego oraz jego powrotu do codziennego życia, w stopniu, w którym umożliwia mu to jego choroba.

Obserwacje własne świadczą, że moment powrotu do codziennego życia jest szczególnie stresujący dla chorego. Jeśli choroba wymaga dalszych zabiegów dla rodziny, wiąże się on z obawą czy poradzi sobie w trakcie wykonywania tych nowych zadań. Chory obawia się czy zaakceptuje go środowisko rówieśnicze w szkole, jak poradzi sobie z nadrobieniem szkolnego materiału itp. Jeśli hospitalizacja była uciążliwa, niejednokrotnie chory nie może spędzać czasu wolnego od pracy tak jak dotychczas. Często wśród rówieśników zdarzają się przypadki obawiania się o zarażenie się niezakaźną chorobą i niezdrowej fascynacji, która wpędza chorego w kompleksy i utrudnia mu powrót do normalnego funkcjonowania.

Wstyd, który może się pojawić na skutek pozostawienia trwałych zmian w wyglądzie oraz izolacja z nim związana, może prowadzić do niezaspokojenia bardzo ważnych w okresie dorastania potrzeb: uznania, akceptacji, własnej wartości, miłości i innych⁴⁰. Z tego powodu działania muszą iść dwutorowo: z jednej strony należy roztoczyć nad chorym specjalną opie-

⁴⁰ Tamże, s. 226.

kę, z drugiej zaś dążyć do zwiększenia świadomości społecznej, zwłaszcza w grupach rówieśniczych w celu polepszenia jakości życia osób przewlekle chorych. Stanowisko otoczenia często jest kluczowe dla rozumienia jakości własnego życia i przeciwdziałania wystąpienia u chorego depresji i innych zaburzeń. Jako ilustracja społecznych mitów może posłużyć historia matki 10 letniej dziewczynki, która przez dłuższy czas pozostaje pod opieką onkologiczną. Gdy dziecko zostało wypisane ze szpitala, matki innych dzieci izolowały je, ponieważ wykazywały absurdalne obawy, że choroba nowotworowa jest zakaźna. Młodzież wykazuje bardzo dużą potrzebę akceptacji, z tego powodu również młodzież przewlekle chora powinna czuć się akceptowana na każdym etapie choroby. W przeciwnym razie może dojść do zadomowienia się jej w szpitalu, co będzie rodziło dalsze negatywne konsekwencje dla życia.

Obserwacje własne pokazują, że dla młodzieży przewlekle chorej ważny jest jak najszybszy powrót do szkolnej edukacji, ponieważ absencje szkolne zwiększają poziom stresu i rodzą większy lęk o akceptację w środowisku rówieśniczym.

Jeśli choroba przewlekle chora nie jest nazbyt uciążliwa, powrót do normalnego funkcjonowania po udzieleniu rozpoznania przez lekarzy przebiega bardzo szybko. Często młodzież wtedy jest bardziej skupiona na swej szkolnej lub towarzyskiej absencji wynikającej z badań medycznych, niż na stanie zdrowia. Jednak takie przypadki mają miejsce zazwyczaj w chorobach przewlekłych, które nie prowadzą do wyniszczenia, takich jak np. syndrom jelita drażliwego. Ich objawy choć czasem utrudniające i uprzykrzające wykonywanie niektórych zadań, nie wymagają reorganizacji całego dotychczasowego życia.

Do psychologicznych następstw choroby przewlekłej należą: lęk, koncentracja na wartościach podstawowych, poczucie bezsilności, utrata nadziei, utrata perspektywy życiowej, poczucie utraty wolności, obniżenie poczucia własnej wartości, deprawacja potrzeb emocjonalnych, bierność i inne⁴¹. Własne obserwacje świadczą, że w początkowym etapie choroby emocje te mogą być tak silne, że kompletnie zamykają człowieka

⁴¹ Tamże, s. 219.

na doświadczanie Boga i nie pozwalają mu podejmować zbyt wielu racjonalnych działań. Otoczenie powinno ze zrozumieniem i czułością podchodzić do chorego. Często można zaobserwować, że przewlekle chora młodzież chce rozmawiać na bardzo trudne tematy, jednak ludzie dorośli ignorują ich prośby, podobnie jak często ignorują złe rokowania. Młodzi ludzie, którzy doświadczają choroby przewlekłej bardzo często wydają się być dojrzałsi od swych rówieśników. Jeśli rozmowa taka może im pomóc, powinna być prowadzona. Często jednak sama obecność i towarzyszenie w różnych etapach choroby wystarcza, aby przynieść im ulgę.

Specjaliści podkreślają, że bardzo ważne jest, aby rodzina miała grupę wsparcia⁴², oprócz przyjaciół, dalszej rodziny i grup samopomocy rodziców dzieci chorych może stać się nią też parafia.

Podsumowując refleksję prowadzoną nad adresatami katechezy młodzieży przewlekle chorej w literaturze pedagogicznej i psychologicznej należy zauważyć, że jest ona komplementarna. Oprócz samego chorego uwzględnia się również jego rodziców, rodzeństwo, ale i inne osoby odpowiedzialne za jego los, takie jak: lekarzy, nauczycieli, pedagogów, psychologów, księży, duszpasterzy i katechetów. Zaznajomienie się z praktyką i teorią pedagogiczną prowadzoną wobec przewlekle chorych oraz świadomość procesów natury psychologicznej, które zachodzą w nich i im najbliższych jest niezbędne dla polepszenia jakości katechezy, której przewlekła młodzież jest adresatem.

4.2. Młodzież przewlekle chora według ankiet

4.2.1. Badania ankietowe młodzieży uczącej się w liceum ogólnokształcącym

Tabele 1 i 2 ilustrują wyniki empirycznych badań, przeprowadzonych w liceum ogólnokształcącym wśród młodzieży. Zestawiono wyniki dokonując podziału ze względu na płeć oraz przedstawiając wyniki zbiorcze. Pytania zamieszczone w tabelach dla potrzeb redakcyjnych zostały

⁴² Tamże, s. 225.

skrótowe ich pełna wersja dostępna jest w aneksie.

Tabela 1. Młodzież w liceum ogólnokształcącym. Pytania 1–8

Pytanie 1: Wiara w Boga	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
tak	15 (79%)	22 (55%)	37 (63%)
raczej tak	4 (21%)	11 (27,5%)	15 (25%)
raczej nie	0 (0%)	2 (5%)	2 (3%)
nie	0 (0%)	1 (2,5%)	1 (2%)
nie wiem/nie jestem pewny	0 (0%)	4 (10%)	4 (7%)
Pytanie 2: Msza Święta			
codziennie	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
więcej niż raz w tygodniu	2 (11%)	1 (2,5%)	3 (5%)
raz w tygodniu	13 (68%)	17 (42,5%)	30 (51%)
raz w miesiącu	1 (5%)	6 (15%)	7 (12%)
sporadycznie	2 (11%)	14 (35%)	16 (27%)
wcale	1 (5%)	2 (5%)	3 (5%)
Pytanie 3: Eucharystia			
codziennie	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
więcej niż raz w tygodniu	2 (11%)	0 (0%)	2 (3%)
raz w tygodniu	10 (52%)	13 (32,5%)	23 (39%)
raz w miesiącu	2 (11%)	5 (12,5%)	7 (12%)
sporadycznie	3 (15%)	17 (42,5%)	20 (34%)
wcale	2 (11%)	5 (12,5%)	7 (12%)
Pytanie 4: Spowiedź			
codziennie	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

więcej niż raz w tygodniu	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
raz w tygodniu	1 (5%)	0 (0%)	1 (2%)
raz w miesiącu	6 (32%)	14 (35%)	20 (34%)
sporadycznie	10 (52%)	20 (50%)	30 (51%)
wcale	2 (11%)	6 (15%)	8 (13%)
Pytanie 5: Stosunek do Boga			
pozytywny	16 (84%)	27 (67,5%)	43 (73%)
negatywny	1 (5%)	7 (17,5%)	8 (13,5%)
obojętny	2 (11%)	6 (15%)	8 (13,5%)
Pytanie 6: Zmiana			
pozytywnie	4 (21%)	9 (22,5%)	13 (22%)
negatywnie	2 (11%)	7 (17,5%)	9 (15%)
nie	13 (68%)	24 (60%)	37 (63%)
Pytanie 7: Stosunek do Kościoła			
pozytywny:	11 (58%)	15 (37,5%)	26 (44%)
negatywny	8 (42%)	21 (52,5%)	29 (49%)
obojętny	0 (0%)	4 (10%)	4 (7%)
Pytanie 8: Zmiana			
pozytywnie	2 (11%)	5 (12,5%)	7 (12%)
negatywnie	1 (5%)	14 (35%)	15 (25%)
nie	16 (84%)	21 (52,5%)	37 (63%)

Badanie młodzieży przewlekłe chorej zostało poprzedzone badaniami młodzieży uczącej się w liceum ogólnokształcącym. Celem badania również tej grupy młodzieży było dokonanie porównania. Badani pochodzili z jednego liceum ogólnokształcącego w Warszawie. Badania ankietowe prowadzono z zachowaniem podziału na klasy na zajęciach z religii w klasach koedukacyjnych wśród uczniów uczęszczających na te lekcje. Na wstępie uczniom wyjaśniono cel badania, poinformowano o anonimowości ankiet oraz poproszono o udzielanie odpowiedzi zgodnych z prawdą.

Próba przeprowadzona przed rozpoczęciem badania na grupie 20 osób wykazała, że pytania są zrozumiałe dla respondentów, a czas badania może zamknąć się w 20 minutach.

Łącznie na potrzeby niniejszego zestawienia przebadano 60 uczniów liceum ogólnokształcącego, jedna ankieta została wyłączona z badania z powodu udzielenia niezrozumiałych odpowiedzi. Ostatecznie grupę porównawczą stanowi 59 nastolatków, z czego 19 osób to chłopcy (32%), a 40 to dziewczęta (68%). Zestawienie wieku badanych przebiega następująco: największą grupę 34 osób (58%) stanowili 17-latkowie, później grupa 19 osób (32%) to 16-latkowie, natomiast 6 osób (10%) to 18-latkowie.

Tabela 2. Młodzież w liceum ogólnokształcącym. Pytania 9–13

Pytanie 9: Kontakt z katechetą	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
1 w tygodniu	6 (32%)	11 (27,5%)	17 (29%)
2 w tygodniu	13 (68%)	28 (70%)	41 (69%)
3 w tygodniu	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
więcej niż 3 w tyg.	0 (0%)	1 (2,5%)	1 (2%)
Pytanie 10: W czym pomaga katecheza			
poszerzenie wiedzy	11 (58%)	11 (27,5%)	22 (37%)
kwestie moralne	3 (16%)	9 (22,5%)	12 (20%)
nie pomagają	5 (26%)	20 (50%)	25 (43%)
Pytanie 11: Co zmienić:			
tematyka	3 (16%)	18 (45%)	21 (36%)
odmienna forma	4 (21%)	6 (15%)	10 (17%)
Nic	12 (63%)	16 (40%)	28 (47%)
Pytanie 12: Najlepsza część katechezy	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
katecheta	6 (31,5%)	4 (10%)	10 (17%)

tematy	4 (21%)	12 (30%)	16 (27%)
nie wskazano	2 (11%)	3 (7,5%)	5 (8%)
nic	1 (5%)	3 (7,5%)	4 (7%)
formę	6 (31,5%)	18 (45%)	24 (41%)
Pytanie 13: Pomoc katechety			
tak	4 (21%)	7 (17,5%)	11 (19%)
nie	15 (79%)	33 (82,5%)	48 (81%)

4.2.2. Badania ankietowe młodzieży pozostającej w klasach integracyjnych

Tabela 3. Młodzież w klasie integracyjnej. Pytania 1–8

Pytanie 1: Wiara w Boga	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
tak	7 (70%)	12 (57%)	19 (61%)
raczej tak	1 (10%)	1 (5%)	2 (6%)
raczej nie	2 (20%)	1 (5%)	3 (10%)
Nie	0 (0%)	3 (14%)	3 (10%)
nie wiem/nie jestem pewny	0 (0%)	4 (19%)	4 (13%)
Pytanie 2: Msza Święta			
codziennie	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
więcej niż raz w tygodniu	1 (10%)	0 (0%)	1 (3%)
raz w tygodniu	5 (50%)	12 (57%)	17 (55%)
raz w miesiącu	1 (10%)	2 (10%)	3 (10%)
sporadycznie	1 (10%)	4 (19%)	5 (16%)
Wcale	2 (20%)	3 (14%)	5 (16%)
Pytanie 3: Eucharystia			
codziennie	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

więcej niż raz w tygodniu	1 (10%)	0 (0%)	1 (3%)
raz w tygodniu	3 (30%)	5 (24%)	8 (26%)
raz w miesiącu	1 (10%)	2 (9%)	3 (10%)
sporadycznie	2 (20%)	9 (43%)	11 (35%)
wcale	3 (30%)	5 (24%)	8 (26%)
Pytanie 4: Spowiedź			
codziennie	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
więcej niż raz w tygodniu	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
raz w tygodniu	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
raz w miesiącu	3 (30%)	5 (24%)	8 (26%)
sporadycznie	5 (50%)	11 (52%)	16 (52%)
wcale	2 (20%)	5 (24%)	7 (22%)
Pytanie 5: Stosunek do Boga			
pozytywny:	7 (70%)	12 (57%)	19 (61%)
negatywny	2 (20%)	5 (24%)	7 (23%)
obojętny	1 (10%)	4 (19%)	5 (16%)
Pytanie 6: Zmiana			
pozytywnie	2 (20%)	3 (14%)	5 (16%)
negatywnie	0 (0%)	4 (19%)	4 (13%)
nie	8 (80%)	14 (67%)	22 (71%)
Pytanie 7: Stosunek do Kościoła			
pozytywny:	6 (60%)	8 (38%)	14 (45%)
negatywny	1 (10%)	10 (48%)	11 (35,5%)
obojętny	3 (30%)	3 (14%)	6 (19,5%)
Pytanie 8: Zmiana			
pozytywnie	2 (20%)	1 (5%)	3 (10%)
negatywnie	0 (0%)	5 (24%)	5 (16%)
nie	8 (80%)	15 (71%)	23 (74%)

Badanie charakteryzowane w tym punkcie przeprowadzono wśród młodzieży uczęszczającej do klas integracyjnych liceum ogólnokształcącego w Warszawie, w trakcie trwania zajęć katechezy. Grupę badaną stanowiły 32 osoby, jedna ankieta musiała zostać wyłączona z badania z powodu udzielenia bezsensownych odpowiedzi. Wśród grupy 21 osób (68%) to dziewczęta, a 10 osób (32%) to chłopcy. Wiekowo największą grupę 20 osób (65%) stanowią ludzie w wieku 17 lat, 9 osób (29%) to 18-latkowie, a 2 (6%) to 16-latkowie. Większość osób badanych posiada różny stopień niepełnosprawności. Aby zachować integracyjny wymiar klas oraz z powodów etycznych badani nie byli od siebie oddzieleni. Celem było również znalezienie odpowiedzi na pytanie, jak wygląda religijność osób zdrowych fizycznie przebywających w klasach integracyjnych, w celu jak najpełniejszego objęcia działaniami katechetycznymi środowiska życiowego młodzieży przewlekle chorej. Metoda przeprowadzania ankiety była taka sama, jak w przypadku młodzieży w liceum ogólnokształcącym bez oddziałów integracyjnych. Przed rozpoczęciem badania respondenci zostali poinformowani o celu badania, poproszeni o pisanie szczerych odpowiedzi oraz badacz podkreślił, że ankieta jest anonimowa i udzielając odpowiedzi uczniowie nie mogą nikomu zaszkodzić. Tabela 3 i 4 ilustrują zbiorcze zebranie wyników badań empirycznych w tej grupie osób badanych. Zestawienia dokonano podobnie jak w tabeli 1 i 2 ze względu na płeć oraz w sposób całościowy.

Tabela 4 Młodzież w klasie integracyjnej. Pytania 9–13

Pytanie 9: Kontakt z katechetą	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
1 w tygodniu	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
2 w tygodniu	10 (100%)	21 (100%)	31 (100%)
3 w tygodniu	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
więcej niż 3 w tyg.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Pytanie 10: W czym pomaga katecheza:			

poszerzenie wiedzy	3 (30%)	4 (19%)	7 (23%)
kwestie moralne	3 (30%)	1 (5%)	4 (13%)
nie pomagają	4 (40%)	16 (76%)	20 (64%)
Pytanie 11: Co zmienić:			
Tematyka	2 (20%)	11 (52%)	13 (42%)
odmienna forma	3 (30%)	3 (14%)	6 (19%)
Nic	5 (50%)	7 (34%)	12 (39%)
Pytanie 12: Najlepsza część katechezy	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
katecheta	1 (10%)	0 (0%)	1 (3%)
tematy	4 (40%)	5 (24%)	9 (29%)
nie wskazano	0 (0%)	7 (33%)	7 (23%)
nic	1 (10%)	5 (24%)	6 (19%)
Forma	4 (40%)	4 (19%)	8 (26%)
Pytanie 13: Pomoc katechety			
tak	2 (20%)	2 (10%)	4 (13%)
nie	8 (80%)	19 (90%)	27 (87%)

4.2.3 Wnioski wynikające z zestawienia dwóch grup osób badanych

Z zestawienia wyników badań ankietowych wśród dwóch grup: młodzieży pozostającej w klasach integracyjnych (oddziałach) oraz młodzieży uczęszczającej do liceum ogólnokształcącego bez oddziałów integracyjnych, można wysnuć określone wnioski, które wspomogą działania katechetyczne przeznaczone dla określonych grup. Zarówno młodzież ucząca się w liceum ogólnokształcącym, jak i młodzież w oddziale integracyjnym wykazuje się podobnym współczynnikiem osób wierzących w Boga (61% dla szkoły integracyjnej i 63% dla LO).

W klasie integracyjnej współczynnik osób nie uczestniczących w ogóle we Mszy Świętej wynosił 16%, podczas, gdy w LO 5%. Podobnie wyższe są wskaźniki nie przystępowania do sakramentów świętych. Ciężko jednoznacznie wskazać na przyczyny takiego stanu, jednak po dokładnym zapoznaniu się z pytaniami o opinię zawartymi w badaniach ankietowych można stwierdzić, że młodzież z oddziału znacznie częściej postrzega Boga nie jako kochającą Osobę, która jest blisko człowieka, ale jako odległy Absolut, nie ingerujący w życie ludzi i historię, stąd prawdopodobnie różnica w nastawieniu pozytywnym wobec Boga, która w klasie integracyjnej wynosi 61%, a w klasie LO 73%.

Często to nie osoby, które doświadczają cierpienia we własnym życiu wypowiadają się najwięcej na temat problemu cierpienia. Z odpowiedzi można wysnuć wniosek, że obserwowanie chorób w bliskim otoczeniu sprzyja rozmyślaniom o cierpieniu w ogóle tzn. chorobach, różnego rodzaju kataklizmach i innych rodzajach niezawinionego cierpienia, które dotyka ludzi. Pytania o sens cierpienia w życiu człowieka i Boże miłosierdzie według badań ankietowych są palącym problemem, który wykazuje wiele osób, żywiących nawet pozytywny stosunek wobec Boga i Kościoła. Przy regularnym uczestnictwie we Mszy Świętej nie bez znaczenia może być również złe samopoczucie i stan zdrowia, który częściej może dotyczyć młodzież w klasie integracyjnej.

Młodzież z klas integracyjnych wykazuje podobne nastawienie wobec Kościoła, jak i ich rówieśnicy z klas zwykłych. 45% uczniów szkoły integracyjnej zadeklarowało stosunek pozytywny, podczas gdy wśród zdrowej fizycznie młodzieży liczba takich osób wyniosła 44%. Mniej natomiast jest osób nastawionych negatywnie, bo 35,5% w porównaniu do 49% z LO. Więcej natomiast jest osób obojętnie nastawionych do Kościoła (19,5%, a w klasie LO 7%). Jednocześnie z odpowiedzi otwartych wynika, że młodzież z klas integracyjnych w mniejszym stopniu wykazuje zainteresowanie negatywnymi doniesieniami medialnymi o Kościele. Częstsze natomiast są postulaty deistyczne i agnostyczne. Z jednej strony świadczą one o własnych refleksjach i przemyśleniach na temat rzeczy ostatecznych, którymi wykazuje się młodzież, z drugiej jednak, biorąc pod uwagę argumentację pojawiającą się w ankietach, świadczą o niezrozumieniu nauczania Kościoła katolickiego.

Trudno jest jednoznacznie wskazać, kto odpowiada za ten stan. Możliwe, że jest to osoba katechety. Z badań bowiem jednoznacznie wynika, że w klasie integracyjnej oceniany jest on znacznie gorzej niż w klasie zwykłej. Jedynie 3% uczniów z klas integracyjnych wskazało na osobę katechety jako na najlepszą część szkolnej katechezy w porównaniu do 17% uczniów, z których odpowiedzi to wynika w klasie bez oddziałów integracyjnych.

W klasie integracyjnej więcej osób twierdzi, że zajęcia katechezy nie pomagają im w życiu, bo aż 64%, w porównaniu do 43% w klasie bez oddziałów integracyjnych. Trudno jednoznacznie wskazać przyczyny takiego stanu rzeczy. Najwięcej respondentów z klas integracyjnych (42%) pragnie zmiany tematyki jednostek lekcyjnych, tak by bardziej odpowiadały ich potrzebom życiowym, podczas gdy 36% osób z klas LO udzieliło tej samej odpowiedzi.

Badani z klas integracyjnych nie byli w stanie jednoznacznie stwierdzić, co uważają za najlepsze w lekcjach religii, podczas gdy w klasie zwykłej najczęściej badanych (41%) wskazało na formę zajęć. Uwidacznia się tutaj, że istnieje paląca potrzeba indywidualizacji katechetycznego podejścia do przewlekle chorych i cierpiących, ponieważ aż 87% uczniów klas integracyjnych stwierdziło, że katecheta nie pomaga im w rozwiązywaniu problemów. Współczynnik ten dla klasy zwykłej również jest wysoki, bowiem wynosi 81%, jednak osoby z klas zwykłych częściej sygnalizowały, że nie zwracają się do katechety z własnymi problemami, ponieważ wolą zwrócić się do innych osób lub są sobie z nimi w stanie poradzić same.

Z zestawienia dwóch grup wyników wynika, że młodzież uczęszczająca do klas integracyjnych nie wykazuje szczególnie dużych różnic w porównaniu do młodzieży z klas LO. Jednak różnice, które występują, sprawiają, że konieczne jest objęcie młodzieży przewlekle chorej oraz jej środowiska rówieśniczego lekko odmiennymi działaniami katechetycznymi, które pozwolą się adresatom rozwijać w sposób pełny oraz dążyć do prawdziwego spotkania z Bogiem. Konieczne jest również, aby ukazywać Kościół jako rzeczywiste miejsce spotkania z Bogiem miłosiernym, a także akcentować obrazy Męki Pańskiej oraz przekazywać uczniom informacje na temat katolickiej wizji cierpienia. Nie należy jednocześnie zapominać o programie nauczania, który musi być przekazany każdemu uczniowi.

5. Postulowane kierunki działań katechetycznych w świetle przeprowadzonej analizy

Na podstawie wniosków z analizy badań empirycznych i opracowań teoretycznych została przedstawiona propozycja działań przydatnych dla katechezy młodzieży przewlekle chorej.

W świetle analizy przeprowadzonej w poprzednich rozdziałach, która została wzbogacona o wyniki badań empirycznych, można postulować określone kierunki działań katechetycznych. Ich wdrożenie pozwoli w lepszy sposób docierać do przewlekle chorej młodzieży. Ponieważ różne choroby przewlekle dają różne zespoły objawów, a każdy człowiek jest dynamiczną, stale zmieniającą się rzeczywistością, niezmiernie trudno jest postulować jeden, określony kierunek działań katechetycznych. Z tego powodu można mówić raczej o różnego rodzaju postulatach, które powinny usprawnić działanie katechezy specjalnej. Jednak w każdym przypadku konieczna jest bardzo silna indywidualizacja działań, które pozwolą dotrzeć i wspomóc konkretnego człowieka oraz jego środowisko.

Katecheza młodzieży przewlekle chorej powinna w znaczący sposób odwoływać się do dokonań pedagogiki specjalnej. Stawia ona nauczycielowi, wychowawcom, katechetom i pedagogom specjalne, specyficzne wymagania, bowiem opiekują się, kształcą i wychowują człowieka uwikłanego w szczególne warunki rozwoju biologicznego, psychicznego oraz społecznego⁴³.

J. Doroszevska uważa, że „dla pedagogiki specjalnej celem najbardziej istotnym wśród celów całej pedagogiki jest cel przywracania tym ludziom godności ludzkiej – w różnych jej formach”⁴⁴. Głównym wyzwaniem pedagogów staje się przywrócenie godności każdej istocie ludzkiej niezależnie od jej stanu chorobowego.

⁴³ K. KRZYWICKA, E. SIWIŃSKA, *Znaczenie kształcenia pedagogów specjalnych w kontekście zadań w opiece nad przewlekle i terminalnie chorymi*, [w:] *Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym*, red. J. BINNEBESEL, A. JANOWICZ, P. KRAKOWIAK, Gdańsk 2009, s. 20.

⁴⁴ J. DOROSZEWSKA, *Pedagogika specjalna*, t. 1, Wrocław 1981, s. 32.

Kościół również wykazuje troskę o osoby niepełnosprawne. Wyraża się to „w wysiłkach zmierzających do inkulturacji orędzia ewangelicznego w konkretnym środowisku, w którym te osoby żyją”⁴⁵.

W nauczaniu Kościoła widoczna jest troska o osobę niepełnosprawną, w tym dotkniętą chorobą przewlekłą i jej rodzinę. Kościół zachęca, aby osoby chore, szczególnie dotknięte niepełnosprawnością intelektualną, ukazywać jako żywe ikony ukrzyżowanego Jezusa Chrystusa. Kościół uważa, że ludzie niepełnosprawni „to uprzywilejowani świadkowie człowieczeństwa”⁴⁶. Z wyników badań empirycznych wynika, że zarówno młodzież przewlekle chora, jak jej środowisko rówieśnicze zadaje sobie pytania egzystencjalne o naturę oraz sens cierpienia. Nieznalezienie na nie odpowiedzi lub znalezienie odpowiedzi niewystarczającej może stać się powodem kryzysu życia religijnego, na który młodzież przewlekle chora i tak jest narażona.

Udzielając pomocy osobie przewlekle chorej, nie należy zapominać o jej środowisku, tzn. rodzinie i środowisku rówieśniczym. Ważne wydaje się być objęcie specjalistyczną opieką osoby przewlekle chorej oraz jej rodziny w całym procesie chorowania, tzn. już w trakcie udzielania rozpoznania przez zespół lekarski. Pomoc taka nie zawsze musi odnosić się wprost do zajęć katechetycznych, ponieważ poprzez analogię do pedagogiki specjalnej należy przyjąć, że działania, które w normalnych warunkach katechezą nie są (np. rozmowa), w warunkach specjalnych mogą zostać uznane za działania katechetyczne. Z obserwacji własnych wynika, że obecność katechety, duszpasterza lub księdza przy rodzinie jest bardzo ważna dla członków rodziny i chorego. Szczere zainteresowanie, które powinno zostać im okazane, może uratować ich przed poczuciem osamotnienia i rozpacz. Należy również dążyć, aby wszystkie dzieci z rodziny, nie tylko przewlekle chore, otrzymały uwagę rodziców, ponieważ niewystarczająca jej ilość może stać się powodem zaburzeń rozwojowych.

Aby katecheta mógł w lepszy sposób docierać do katechizowanych, musi ściśle współpracować nie tylko z rodziną, ale także z innymi pedagogami specjalnymi i personelem medycznym. Dodatkowo konieczne jest

⁴⁵ A. KICIŃSKI, *Ewangelizacja środowisk życia osób niepełnosprawnych*, [w:] *Katecheza ewangelizacyjna*, red. P. MAKOSA, Lublin 2010, s. 219.

⁴⁶ Tamże, s. 220.

uwzględnienie stanu zdrowotnego adresatów katechezy, który może być wyjątkowo niestabilny. O stanie takim powinni katechetę informować rodzice. Pozwoli to z większym zrozumieniem odnosić się do katechizowanych, a tym samym zyskać ich większe zaufanie, które będzie skutkowało rzeczywistym spotkaniem katechety i katechizowanego. Aby środowisko rówieśnicze również odnosiło się pozytywnie do katechizowanego i włączyło go w rzeczywiste życie danej grupy konieczne są działania, które pozwolą zintegrować całą grupę. Można osiągnąć to poprzez wdrażanie różnorodnych czynności dydaktycznych, ale także formy organizowania czasu pozalekcyjnego, na ile umożliwi to choroba danej osoby. W ten sposób adresaci katechezy zarówno zdrowi, jak i chorzy fizycznie mogą wzajemnie ubogacać się i wspólnie przeżywać głębię wiary.

Katecheza, zwłaszcza specjalna, nie może być jedynie realizacją programu nauczania. W treści powinna skupić się na głównych problemach przewlekle chorej młodzieży oraz ich grupy rówieśniczej tzn. powinna szeroko omawiać zagadnienia cierpienia nie tylko poprzez treści teoretyczne, ale również poprzez ukazywanie przykładu życia. W ten sposób można włączyć niektórych uczniów w działania wolontaryjne, korzystając z bogactwa metodyki nauczania katechezy można np. zorganizować projekcję chrześcijańskiego filmu o tematyce cierpienia. Jednocześnie nie można zupełnie przeakcentować tematyki cierpienia, ponieważ doprowadziłoby to do pominięcia innych tematów orędzia Chrystusowego, które również muszą zostać przekazane wszystkim katechizowanym.

Inkulturacyja wiary, zwłaszcza w dobie postmodernizmu staje się podstawowym zadaniem całego Kościoła. Ludzi chorych nie można traktować jako uciążliwych, wymagających dodatkowych wysiłków i spychać na margines życia społecznego. Takie zachowania często mają miejsce w społeczeństwach konsumpcyjnych o hedonistycznej postawie wobec życia. Chore dziecko, niezależnie od zwiększonego wysiłku rodziców, nauczycieli czy katechetów nie może być spychane na margines życia szkolnego czy społeczno-rówieśniczego. Ponieważ zbyt często realizowany jest głównie „program nauczania” wyznaczany cenzurami egzaminów sprawdzających, szczególnie katecheta powinien rozpoznać i realizować potrzeby osób dotkniętych chorobą.

W 1996 r. w Rzymie odbyła się międzynarodowa konferencja, zorganizowana przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, na temat: „Na obraz i podobieństwo Boże – czy zawsze? Zaburzenia umysłu ludzkiego” W swoim przemówieniu bł. Jan Paweł II dowiódł, że każda osoba ludzka jest stworzona na obraz i podobieństwo Boże. Uznaje tak również Magisterium Kościoła.

Niestety problemem jest obojętność wobec tych osób i zachowania przekreślające ich godność. Chrześcijanin powinien wykazywać wobec chorych postawę szczególnej wrażliwości.

Po II Soborze Watykańskim Magisterium Kościoła wykazało szczególną troskę o rodziny osób niepełnosprawnych. W dniach 2–4 grudnia 1999 r. obradował w Watykanie międzynarodowy kongres poświęcony integracji niepełnosprawnych dzieci i młodzieży w rodzinie. Starano się na nim sformułować praktyczne wskazania dla rodzin dzieci chorych.

W swoim przemówieniu do uczestników kongresu Papieskiej Rady ds. Rodziny⁴⁷ bł. Jan Paweł II podkreślił rolę rodziny, która przyjmuje chore dziecko i może chronić jego godność, gdy istnieje ryzyko odrzucenia przez innych. Kościół i całe społeczeństwo powinni wspierać rodziny dzieci niepełnosprawnych, a taka solidarność ma wartość ludzką i chrześcijańską. Chore dziecko powinno się traktować z troską i miłością.

Ks. Andrzej Kiciński podkreśla, że niezależnie od przedsięwzięć społecznych czy pedagogicznych człowiek „winien przyjąć podstawę pokornego i ufego zawierzenia Bogu. Rodzina powinna szukać siły przede wszystkim w modlitwie, aby sprostać licznym trudnościom”⁴⁸.

Wydaje się, że ewangelizacja środowisk życia osób niepełnosprawnych, w tym wszystkich z chorobą przewlekłą jest podstawowym działaniem Kościoła, a szczególnie katechety. Dlatego katecheta, jeżeli pod jego opieką znajdzie się osoba chora, powinien na równi z pedagogami specjalnymi posiadać umiejętności, które pozwolą mu zdobyć zaufanie ludzi oraz w łatwy sposób nawiązywać kontakt z osobą chorą i jego najbliższymi (rodziną czy przyjaciółmi). Przy konieczności opieki paliatywnej, tego

⁴⁷ Tamże, s. 224.

⁴⁸ Tamże, s. 225–226.

typu umiejętności są szczególnie cenne i mogą decydować o powodzeniu w pracy.

Wydaje się, że tak jak w przypadku pedagogów tanatologicznych, również moralnym i etycznym nakazem pedagogów specjalnych i katechetów jest towarzyszenie choremu dziecku w chorobie. Odpowiednie wsparcie powinni otrzymywać jego rodzice, rodzeństwo, a nawet znajomi. Nie zawsze klasa wie o chorobie przewlekłej wychowanka. Wtedy informowanie o jego stanie zdrowia musi być uzależnione od wymagań terapii czy zgody rodziny. Jeżeli choroba przewlekła jest widoczna, bezwzględnie należy znaleźć czas na mądre dotarcie do społeczności klasy, by właściwie kształtować stosunki interpersonalne i uczyć empatii.

W pracy z osobami chorymi pedagog, podobnie katecheta „musi kierować się takimi zasadami jak: akceptacja chorego i jego choroby, chęć niesienia pomocy, indywidualizacja, terapia pedagogiczna, współpraca z rodziną. Całokształt tej pracy pedagogicznej, to terapia wychowawcza”⁴⁹

Założenia terapii wychowawczej są następujące:

- dostosowywanie działań pedagogicznych do sytuacji chorego dziecka (jego osłabionych sił biologicznych i zmniejszonej wydajności psychicznej),
- dostosowanie pracy wychowawczej do zadań lekarzy, planowanie terapii wychowawczej dostosowywanej do stadiów choroby, dostosowywanie metod i zakresu programu nauczania do indywidualnych potrzeb chorego ucznia.

Nauka przewlekle chorej młodzieży i nieuleczalnie chorych może odbywać się w szpitalu, hospicjum lub domu, co gwarantuje Karta Praw Dziecka Śmiertelnie Chorego w Domu z 29 listopada 2007 r. Każdy pedagog specjalny i każdy katecheta powinien być przygotowany do prowadzenia rozmów ze swoimi wychowankami na tematy ostateczne, gdyż samo

⁴⁹ K. KRZYWICKA, E. SIWIŃSKA, *Znaczenie kształcenia pedagogów specjalnych w kontekście zadań w opiece nad przewlekle i terminalnie chorymi*, [w:] *Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym*, red. J. BINNEBESEL, A. JANOWICZ, P. KRAKOWIAK, Gdańsk 2009, s. 22.

chore dziecko może poszukiwać odpowiedzi na dręczące je pytania. Często lekcje odbywające się w warunkach szpitalnych, hospicyjnych, bądź indywidualnie w domu stanowią dla chorego namiastkę normalnego życia, odrywają go od uciążliwej terapii medycznej. Oczywiście jest, że w przypadku przewlekle chorej młodzieży, szczególnie w stanach zaostrzenia choroby, każdy nauczyciel powinien dostosowywać formę i treść zajęć do możliwości psychicznych i fizycznych dziecka. Niezależnie od przedmiotu, lekcja taka może przerodzić się w rozmowę.

Choroby przewlekłe stanowią czynnik ryzyka dezorganizacji zachowania dziecka. Mogą być to zmiany drobne, takie jak zmiany nastroju, aż po silne zaburzenia np. rodzaju nerwicowego rozwoju osobowości. Zmiany drobne łączą się z bólem fizycznym i ograniczenia aktywności, zaś przyczyną zmian poważnych jest poczucie zagrożenia, w jakim żyje przewlekle chora młodzież.

Jeżeli choroba pojawia się w wieku młodzieńczym, czyli w okresie dorastania chora osoba będzie starała się podejmować pytanie egzystencjalne o przyczynę i sens swojego cierpienia, aby zrozumieć swoje miejsce w świecie. W takim przypadku rola katechety może okazać się wiodąca i to on w bezpieczny sposób może przeprowadzić chore dziecko przez zawirowania, ograniczając jego ból psychiczny. Z tego powodu ważne jest, by wiedza o zdrowiu wychowanków była możliwie pełna. W szpitalu, hospicjum lub w trakcie nauczania indywidualnego jest to proste. Jeśli przewlekle chory uczęszcza do szkoły, nauczyciel może nie dysponować żadnymi informacjami na temat zdrowia uczniów. Tym bardziej, że niektóre choroby przewlekłe nie są w żaden sposób widoczne. Dlatego wydaje się być słusznym organizowanie zebrań z rodzicami, niezależnych od tzw. wywiadówek, by w ten sposób pełniej rozpoznać potrzeby uczniów. Szczególne znaczenie może mieć kontakt z rodziną chorego, zwłaszcza rodzeństwem, które często czuje się odrzucone, gdyż cała uwaga otoczenia, a zwłaszcza rodziców skupia się na osobie chorej. Właściwe kształtowanie więzi rodzinnych ma ważne znaczenie w terapii chorego.

Nauczanie dzieci chorych powinno mieć charakter zindywidualizowany⁵⁰, a pedagog powinien się dostosowywać do wymogów, które są przez

⁵⁰ Tamże, s. 32.

nie stawiane. Nie powinny być one przeciążane obowiązkami szkolnymi czy pracami domowymi. Szczególną motywacyjną rolę odgrywa ocena. W przypadku dziecka chorego przewlekle pełni ona również funkcję terapeutyczną.

Pracując z dzieckiem przewlekle chorym katecheta, podobnie jak pedagog specjalny, powinien posiadać pewną wiedzę dotyczącą kompetencji specyficznych oraz kompetencji niespecyficznych. W szczególności dotyczą one następujących kategorii wiedzy specjalnej, kompetencji diagnostycznych oraz opiekuńczej, wychowawczej, dydaktycznej i terapeutycznej⁵¹. Do kompetencji niespecyficznych zaliczone zostały umiejętności interpersonalne i innowacyjne. Wiedza specjalna szczegółowo odnosi się do osiągnięć pedagogiki specjalnej i psychologii.

Bardzo istotne dla katechety jest uzyskanie wiedzy z zakresu kompetencji diagnostycznych. To one właśnie pozwalają na poznanie sytuacji psychologicznej, edukacyjnej i społecznej osoby przewlekle chorej. Umożliwiają również poznanie stosunków, jakie łączą osoby chore z rodziną, klasą szkolną, nauczycielami czy pacjentami szpitala i jego personelem. Kompetencje te umożliwiają określenie problemu oraz planowanie i wcielanie w życie działań pedagogicznych. Dzięki nim możliwe jest zbieranie informacji na temat stanu zdrowia chorej młodzieży, jej potrzeb, oczekiwań wychowanków, stosunku do wiary, praktyk religijnych, relacji z rówieśnikami i członkami rodziny.

Dzięki kompetencjom opiekuńczej, wychowawczej, dydaktycznej i terapeutycznej możliwe jest zindywidualizowane podejście do osób chorych⁵². W szczególności dotyczy to indywidualizacji doboru treści, metod, czasu i tematu pracy osoby chorej w szpitalu lub podczas nauczania indywidualnego w domu. Katecheta może się aktywnie włączyć w kształtowanie pozytywnych relacji między osobą chorą a klasą.

Oczywiste jest, że przy realizacji wszystkich założeń ważne są kompetencje innowacyjne, pozwalające na tworzenie odpowiednich warunków pracy z osobami chorymi. Tak, jak w opiece paliatywnej, również w opiece nad młodzieżą przewlekle chorą w realizowaniu celów

⁵¹ Tamże, s. 35.

⁵² Tamże, s. 35.

dydaktyczno-wychowawczych ważne są kompetencje interpersonalne. Dotyczą one każdego realizowanego przedmiotu nauczania, a szczególnie znaczenia nabierają dla dydaktyki katechetycznej.

Umiejętność porozumiewania się, współpracy i wywierania wpływu na innych są zaliczane do podstawowej kategorii tej kompetencji⁵³. Osoba chora powinna być uczona w atmosferze życzliwości, mieć poczucie bezpieczeństwa i zaufanie do katechety. Dlatego powinien on umieć słuchać, być asertywny i pełen empatii dla wychowanka. Powinien mieć dobry kontakt z rodziną, przyjaciółmi czy klasą osoby chorej oraz umieć wpływać na zachowanie tych osób, jeżeli dobro chorego tego wymaga.

Przy planowaniu pracy z chorym przewlekle, zwłaszcza w nauczaniu indywidualnym wydaje się być niezbędne realizowanie programu nauczania, jednak ze szczególnym naciskiem na tematy nurtujące katechizowanego. Z tego powodu tematycznie katechezy powinny być poświęcone zagadnieniom Męki Pańskiej, katolickiej nauki o cierpieniu i innym. Jednak nie należy pomijać pozostałych aspektów, które powinny zostać zrealizowane w trakcie zajęć.

Zakończenie

Przedstawiony materiał oraz wyniki badań empirycznych prowadzą do wniosku, że nie wszystkie choroby przewlekle warunkują objęcie młodzieży katechezą specjalną. Jeśli choroba tego wymaga, to niezbędne jest zastosowanie wobec katechizowanych specjalnych, zindywidualizowanych działań. Konieczne jest również objęcie nimi ich otoczenia.

Po przeprowadzeniu analizy można wysnuć następujące wnioski:
nie każda choroba przewlekła wymaga katechezy specjalnej;
młodzież przewlekle chora, jeśli wymaga tego stan zdrowia, powinna zostać objęta katechezą specjalną;
działania katechetyczne kierowane do przewlekle chorej młodzieży powinny wykazywać się znacznym poziomem indywidualizacji;

katecheta powinien współdziałać z otoczeniem chorego, szczególnie rodziną, ale również nauczycielami, lekarzami oraz z klasą chorego, jeśli ten do niej uczęszcza;

katecheta powinien kierować się empatią w kontakcie z chorym oraz posiadać szczególne przygotowanie;

katecheza młodzieży przewlekle chorej powinna odwoływać się do dokonań pedagogiki specjalnej;

katecheta powinien wytwarzać szczególną więź z chorym wychowankiem i jego otoczeniem wykraczającą poza ramy jednostki lekcyjnej;

- młodzież przewlekle chora powinna być, jeśli pozwala na to stan zdrowia, aktywnie włączana w życie wspólnoty religijnej i klasy, zgodnie z zachowaniem zasad normalizacji;

przy realizacji materiału programowego wskazane wydaje się być dostosowywanie się przez katechetę do oczekiwań i problemów chorego, bez jednoczesnego pominięcia koniecznych treści.

W kontaktach z przewlekle chorymi oprócz przygotowania merytorycznego z dziedzin teologii, katechetyki, pedagogiki specjalnej i innych, niezbędny jest takt, prawdziwa empatia, a nade wszystko szczerza troska o dobro katechizowanego.

Wnioski teoretyczne dostępne w pracy zostały wysnute na skutek obserwacji własnych, które obejmowały rozmowy z przewlekle chorymi oraz ich rodzinami, wyników badań empirycznych oraz analizy dostępnych w języku polskim źródeł zarówno z katechetyki, jak i pedagogiki, psychologii oraz dydaktyki.

Niezbędne wydaje się być dalsze zgłębianie problemu katechezy młodzieży przewlekle chorej, ponieważ w porównaniu do innych grup osób pozostających w specjalnych sytuacjach życiowych, zagadnienie przewlekle chorych wciąż wydaje się być nieprzebadane w sposób wystarczający. Można osiągnąć to poprzez objęcie badaniami ankietowymi większej grupy młodzieży przewlekle chorej, ale również poprzez zastosowanie innych metod badań empirycznych, których wyniki wspomogą katechetykę. Konieczne jest również zbadanie, jakie metody dydaktyczne będą najskuteczniejsze w pracy z przewlekle chorą młodzieżą.

Kościół katolicki jako wielki autorytet w dziedzinie moralności, a także wychowania dba o poczucie godności osobowej wszystkich ludzi, w tym przewlekle chorych. Z tego powodu prowadzona jest refleksja zawarta w dokumentach Kościoła katolickiego, ale również obserwuje się coraz większe zainteresowanie katechetyką specjalną. Trzeba pamiętać, że pierwszym lekarzem człowieka zawsze jest Jezus Chrystus, dla Którego każdy człowiek jest jednakowo ważny. Nauczanie Kościoła w XXI wieku musi sukcesywnie zmierzać w stronę przypominania ludziom, że każdy posiada niezbywalną godność osobową wynikającą z faktu stworzenia na obraz i podobieństwo Boże. Współczesny świat, w którym dominuje nastawienie utylitarne oraz coraz bardziej agresywne postulaty postmodernizmu, chce zepchnąć chorych i cierpiących na margines życia społecznego lub wprost poprzez działania eutanazyjne pozbyć się ich. Z tego powodu kontakt z przewlekle chorymi może być ratunkiem dla człowieka, bowiem obserwując godne znoszenie cierpienia i przynosząc chorym ulgę, udowadnia się, jak wielkie znaczenie posiada człowieczeństwo, a także ukazuje jak okrutne postulaty wysuwane są we współczesnym świecie.

Summary

SPECIFICITY OF RELIGIOUS EDUCATION OF THE CHRONICALLY ILL YOUNG PEOPLE BASED ON THE OWN QUESTIONNAIRE SURVEY

The author of the article is showing, that all chronic disease is conditioning sick young people for providing them with the special religious education. If illness requires it, an application of special individualized action towards pupils is essential. It is also necessary to embrace with them their surrounding. The author of the article is putting the following conclusions: religious education action directed at chronically ill young people should demonstrate the significant level of the individuation; the religion instruction teacher should cooperate with surrounding of the sick person, particularly a family, but also teachers, doctors and with the class of the sick person, provided he is attending one; the religion instruction teacher

should be driven by empathy with the sick person and have a special preparation; the religion instruction teacher should create the special bond with the ill pupil and his surrounding going beyond the framework of the class unit; chronically ill young people should be, if a medical condition permits, actively included into life of religious community and the class, according to preserving principles of the normalization. In relations with chronically ill apart from the substantial preparation in the fields of theology, catechetical, special needs education and other, tact, real empathy are essential, and more than anything else sincere concern for the good catechize.

ANEKS

1. Ankieta

Badania ankietowe do pracy: Specyfika katechezy młodzieży przewlekle chorej na podstawie własnych badań ankietowych.

Ta ankieta przeznaczona jest do celów naukowych. Jest ona w pełni anonimowa, a jej wyniki będą rozpatrywane z punktu widzenia ogółu. Proszę, abyś udzielał/-a szczerych i przemyślanych odpowiedzi.

Twoja płeć to: mężczyzna/kobieta (podkreśl właściwe)

Podaj swój wiek:

1. Czy wierzysz w Boga? (zaznacz jedno)

- a) tak b) raczej tak c) raczej nie e) nie wiem/nie jestem pewny

2. Jak często uczestniczysz we Mszy Świętej (zaznacz jedno)

- a) codziennie c) raz w tygodniu e) sporadycznie
b) więcej niż raz w tygodniu d) raz w miesiącu f) wcale

3. Jak często przyjmujesz Eucharystię? (zaznacz jedno)
 - a) codziennie
 - b) więcej niż raz w tygodniu
 - c) raz w tygodniu
 - d) raz w miesiącu
 - e) sporadycznie
 - f) wcale
4. Jak często przystępujesz do Sakramentu Spowiedzi? (zaznacz jedno)
 - a) codziennie
 - b) więcej niż raz w tygodniu
 - c) raz w tygodniu
 - d) raz w miesiącu
 - e) sporadycznie
 - f) wcale
5. Opisz swój stosunek do Boga.
6. Czy w ostatnim czasie coś w Twoim stosunku do Boga uległo zmianie? Jeśli tak napisz dlaczego.
7. Opisz swój stosunek do Kościoła.
8. Czy w ostatnim czasie coś w Twoim stosunku do Kościoła uległo zmianie? Jeśli tak napisz dlaczego.
9. Jak często masz kontakt z katechetą?
10. W jakim zakresie zajęcia prowadzone w szkole/ w szpitalu (niepotrzebne skreślić) pomagają Ci w życiu?
11. Co chciałbyś w nich zmienić?
12. Co według Ciebie jest w nich najlepsze?
13. Czy katecheta pomaga Ci w rozwiązywaniu twoich problemów? (jeśli tak, podaj przykłady)