

HOSPICJUM

1. Cierpienie a nieszczęście

Między cierpieniem a nieszczęściem istnieje zasadnicza różnica: nieszczęście — to cierpienie w osamotnieniu, odrzuceniu, bez oparcia o kochającą istotę. Simone Weil wyraża to słowami: „Nie ma prawdziwego nieszczęścia tam, gdzie cios, który uderzył w życie wykorzystując je, nie osiągnął wprost lub pośrednio wszystkich jego składników: społecznego, psychicznego, fizycznego. Czynniki społeczny jest podstawowy. Nie ma prawdziwego nieszczęścia tam, gdzie nie występuje degradacja społeczna w tej czy w innej formie, albo lęk przed nią”¹.

W tych stwierdzeniach tkwi najgłębszy sens istnienia hospicjów na całym świecie. Sens towarzyszenia ludziom cierpiącym i umierającym, aby łagodzić cierpienie fizyczne poprzez walkę z bólem i cierpienie psychiczne przez dawanie swojej wytrwałej obecności i miłości. Aby cierpienie nie stawało się nieszczęściem.

Nie są to motywy ani działania nowe. Na kartach Ewangelii widzimy naszego Pana, który w ogromie cierpienia psychicznego i duchowego, bliski agonii w Ogrodzie Oliwnym, pragnie mieć przy sobie umiłowanych uczniów. Znajdując ich śpiących, zawiedziony ich obojętnością, czyni im wyrzut: „jednej godziny nie mogliście czuwać ze Mną”? (Mt 26, 40). W scenie nad sadzawką Betesda dociera do nas bolesne: „... nie mam człowieka...” (J 5, 7). Wreszcie pozostawia nam Chrystus wzór Człowieka, który ponad własne sprawy wyniósł cierpienie człowieka obcego, którego Pan postawił na jego drodze życia. Od niego przyjęła się nazwa hospicyjnej „posługi samarytańskiej”

W tym duchu powstawały w Średniowieczu gospody — „hospicja” — dla strudzonych i chorych pielgrzymów (np. Hospicjum św. Krzysztofa na trudnym, pielgrzymim szlaku w Alpach, prowadzone przez zakonników). Z tego też ducha brały początek reguły licznych zgromadzeń zakonnych (np. SS. Elżbietanek, Dominikanek, Miłosierdzia i wielu innych), których zadaniem była opieka nad chorymi, a także czuwanie przy umierających. Niektóre z nich odeszły dziś od tego zaszczytnego powołania, usunięte w naszym

¹ Simone Weil, *Miłość Boga a nieszczęście*, w: *Sens choroby, sens śmierci, sens życia* (red. H. Bortnowska), Kraków 1980, s. 341.

kraju ze szpitali, z wielką szkodą dla ciężko chorych i zbliżających się do śmierci.

W roku 1870, staraniem irlandzkiej Kongregacji zakonnej, powstało Hospicjum Najświętszej Maryi Panny w Dublinie, a następnie, w roku 1905, Hospicjum św. Józefa w Londynie. Odtąd termin „hospicjum” kojarzy się z opieką udzielaną umierającym, bo zakonnice w tych domach szczególnym staraniem otaczały właśnie umierających.

W miarę rozwoju medycyny wzrastała z jednej strony liczba chorych wyleczonych, ale z drugiej strony powstawał margines tych, u których choroba zyskała tylko na przedłużeniu, a czas ich cierpienia się wydłużał. Umieszczeni w szpitalach, z dala od rodziny, przeżywali coraz większe osamotnienie. W ich kierunku przede wszystkim opieka hospicyjna skierowała swoją uwagę².

Wśród tych ludzi, zwykle nieuleczalnie chorych lub cierpiących z powodu głębokiej starości, coraz liczniejszą grupę stanowili chorzy na nowotwory złośliwe, z których większość skazana była na dotkliwie bóle. W tej sytuacji hospicja poszukiwały nowych sposobów skutecznej pomocy lekarsko-pielęgniacyjnej, co doprowadziło stopniowo do wypracowania zasad opieki paliatywnej (objawowej), a wreszcie do powstania nowej gałęzi nauk medycznych — szybko dziś rozwijającej się na Zachodzie medycyny terminalnej. Jednym z najważniejszych jej osiągnięć są nowoczesne metody walki z bólem, w tym głównie nowotworowym. Ośrodkiem, który szczególnie zasłużył się w wypracowywaniu tych metod, jest Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie, założone staraniem dr Cicely Saunders w 1967 roku. Temu Hospicjum zawdzięczamy również zwrócenie uwagi na problem tzw. „godnej śmierci” („pięknej śmierci”). To jest: niezakłóconej nerwowymi działaniami lekarskimi; bez bólu, ale przy zachowanej świadomości; w spokoju płynącym z posługi religijnej; w otoczeniu najbliższych, w atmosferze miłości i zrozumienia; z uwzględnieniem woli chorego w podejmowaniu wszelkich działań.

Z czasem opieka hospicyjna rozszerzyła się na chorych pozostających w swoich domach, a także na ich rodziny i to również po śmierci chorego.

Aktualnie istnieje wiele hospicjów w Europie (np. Anglia, Włochy, Francja, RFN), w Afryce Pd., w Ameryce (USA, Kanada), w Australii. Zrozumiałe jest, że różnią się one między sobą, tak jak ludzie, którzy je tworzą, jak warunki, w jakich działają, potrzeby którym służą. Wspólne są założenia podstawowe, o których

² Por. Blandine Beth, *L'accompagnement du mourant en milieu hospitalier*, Paris 1985.

wspomniałam na początku: uwolnić człowieka od bólu i od osamotnienia, które w krańcowych przypadkach prowadzą aż do zamachu na własne życie lub domagania się eutanazji; przywrócić godność i podmiotowość, zapewnić możliwy komfort ostatniego okresu życia.

W krajach Zachodu powstają również hospicja opiekujące się chorymi na AIDS. Oprócz hospicjów działają obecnie w świecie różnego typu ośrodki do walki z bólem (głównie nowotworowym), które stawiają jednak sobie zwykle cele wyłącznie medyczne. Istnieją Domy Opieki dla osób nieuleczalnie chorych, samotnych, albo odrzuconych przez rodzinę (czasem rodzina istotnie nie ma warunków, żeby podjąć opiekę). Domy te często, mimo wysiłków opiekunów, bywają smutnym miejscem oczekiwania na nadejście śmierci.

2. Polski model hospicjum domowego

Do Polski ruch hospicyjny dotarł stosunkowo późno. Zainicjowała go wizyta (w 1978 r.) dr Cicely Saunders, twórczyni Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie. W czasie pobytu w Polsce dr Saunders wygłosiła w czterech miastach konferencje na temat hospicyjnej opieki nad ludźmi w terminalnym okresie choroby nowotworowej. W środowisku krakowskich lekarzy powstało wówczas „Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum”, które doczekało się rejestracji w 1981 r. Od tego czasu usiłuje ono zrealizować plany budowy hospicjum stacjonarnego; niestety, systematycznie przez władze miejskie odrzucane, mimo zgromadzonych na ten cel funduszy.

Polski model hospicjum domowego zapoczątkowało cztery lata temu gdańskie „Hospicjum Pallottinum”. Dzięki propagowanej przez nie idei hospicyjnej pracują dziś hospicja domowe w kilku dalszych miastach (Białystok, Elbląg, Gdynia, Poznań, Szczecin, Toruń, Warszawa, Wrocław); w innych są ludzie zainteresowani tym ruchem, którzy śledzą jego rozwój i próbują gromadzić osoby gotowe do tej niełatwej posługi umierającym i ich rodzinom.

Ażebym należycie zrozumieć specyfikę polskiego hospicjum domowego, trzeba podjąć próbę odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jak kształtuje się w naszym kraju sytuacja:
 - a) człowieka w terminalnym okresie choroby nowotworowej
 - b) jego rodziny
 - c) osób chorych, całkowicie samotnych?

2. Na jakich zasadach należałoby oprzeć działanie hospicjum domowego, aby było ono w stanie sprostać tym ich potrzebom?

Ad 1a. Człowiek w terminalnym okresie choroby nowotworowej (bo tylko do tych chorych ograniczają się polskie hospicja) — to ten, u którego zostały wyczerpane wszelkie dostępne metody leczenia przyczynowego, nie przynosząc trwałego wyleczenia, i który, według oceny współczesnych nauk medycznych, nieuchronnie zbliża się do śmierci. Taka niepomyślna prognoza nie wyklucza oczywiście nieprzewidzianych zwrotów w postępie choroby. Lekarz z oddaniem walczył o jego zdrowie i życie, jak długo była szansa na zwycięstwo. Kiedy jednak poczuł się pokonany w tym zmaganiu z chorobą, często opuszcza chorego w najtrudniejszym okresie jego życia. Postawa taka może wynikać z poczucia bezradności, ponieważ studia medyczne w Polsce nie przygotowują do tzw. opieki paliatywnej, czyli leczenia już nie samej choroby, ale niesienia ulgi przez zwalczanie jej objawów. Przyczyną opuszczenia chorego może być także pewne oniesmielenie lekarza wobec nadchodzącej śmierci, szczególnie dlatego, że każdego niepokojem napełnia myśl o śmierci własnej. Niekiedy z kolei lekarz usiłuje odwlec moment nieuniknionej śmierci, stosując intensywną terapię, którą można już wtedy nazwać tylko terapią „uporczywą”³, ponieważ za cenę nieznacznego przedłużenia życia sprawia choremu więcej cierpień niż sama choroba. Inni lekarze swoje „odejście” od chorego motywują tym, że są bardziej potrzebni tym, którym jeszcze można pomóc. Do tego dołącza się w naszym kraju katastrofalny brak łóżek szpitalnych, który nie pozwala na zatrzymanie na oddziałach tych chorych, u których pozornie „nie ma już nic do zrobienia”. Tak więc chory w terminalnym okresie choroby nowotworowej zostaje zwykle zwolniony ze szpitala. Decyzja ta, połączona z niepomyślną prognozą dla życia chorego, jest zwykle ciosem zwłaszcza dla rodziny, bo chory nie zdaje sobie często sprawy z powagi swojego stanu.

Ad 1b. Spójrzmy więc na sytuację współczesnej polskiej rodziny w perspektywie wielu nieraz miesięcy trudnej opieki nad ciężko chorym w zagęszczonym, małym mieszkaniu, przy konieczności pracy zawodowej domowników lub jedyne go niekiedy opiekuna. Ponieważ znalezienie nawet płatnej opieki bywa często niemożliwe, chory przez wiele godzin pozostaje w domu sam, co jest powodem jego lęku i udręczeń oraz źródłem niepokoju bezradnej rodziny. Zniknął bowiem wielopokoleniowy model rodziny, w którym narodziny i śmierć jednako były akcep-

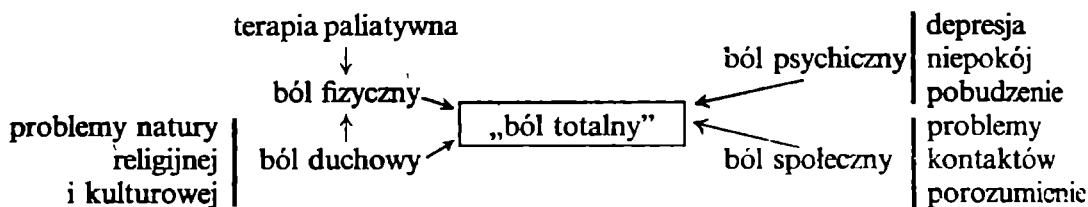
³ Por. Jacques Bréhant, „Tanatos”. *Chory i lekarz w obliczu śmierci*, Warszawa 1980.

towane jako część życia i otoczone przynoszącą pokój opieką najbliższych oraz zaufanego lekarza domowego. Świadome umiowanie, umocnione wspólną modlitwą zgromadzonej przy chorym rodziny, powagą i godnością ostatnich słów i błogosławieństw, nie ujmuje bólu rozstania, traciło jednak wymiar tragedii. W jej miejsce rodziła się nadzieja ponownego spotkania w wieczności. Dziś akceptowana, a wręcz fascynująca jest tylko cudza śmierć na ekranie. Myśl o śmierci bliskich, a szczególnie własnej zepchnięto w podświadomość, a rozmowę na jej temat uznano za nietakt. Człowiek, wychowany do walki o miejsce w świecie, o szczęście i sukces — z reguły jest bezbronny i upokorzony wobec choroby i śmierci własnej lub najbliższych. Tak więc rodzina, nie przygotowana do podjęcia trudnej opieki pielęgnacyjnej, świadoma braków w zaopatrzeniu w leki i materiały opatrunkowe, pełna lęku przed bezradnością wobec cierpienia fizycznego i duchowego oraz przed zbliżającą się śmiercią, stara się niekiedy o pozostawienie chorego mimo wszystko w szpitalu. Sam chory różnie reaguje na propozycję zwolnienia: dla tego, który spodziewa się ratunku w szpitalu i dla którego perspektywa śmierci jest przerażająca, opuszczenie szpitala jest przekreśleniem szans na życie; dodatkowo pogłębia cierpienia fizyczne i psychiczne. Jeżeli uda się pozostawić go w szpitalu, przeżyje albo udrękę beznadziejnej walki o resztki życia, albo stopniowy spadek zainteresowania swoją osobą — rzadsze wizyty lekarskie, zdawkowe pytania, dłuższe oczekiwanie na wezwaną pielęgniarkę — aż do umierania w osamotnieniu na szpitalnym korytarzu za parawanem, który staje się granicą oddzielającą życie od śmierci. Dobrze, jeżeli towarzyszy mu ktoś z rodziny, bo często bliscy, oddając chorego do szpitala, czują się zwolnieni nawet z tego obowiązku. Większość chorych, którzy zdają sobie sprawę z powagi swojego stanu, pragnie jednak wrócić do rodzinnego domu, do swoich bliskich. Ich sytuacja kształtuje się różnie, zależnie od możliwości i chęci otoczenia ich codzienną troską oraz odpowiednią opieką lekarsko-pielęgnacyjną.

Ad 1c. W jeszcze trudniejszej sytuacji znajdują się chorzy całkowicie pozbawieni rodziny. Oni także pragną wracać do swojego domu i dopóki starcza im sił bronią się przed opuszczeniem swoich czterech ścian, gdzie czują się wolni i niezależni. Widmo Domu Opieki Społecznej jest dla wielu równoznaczne z wyrokiem śmierci.

Niewydołne w większości rejonowe placówki służby zdrowia zapewniają jedynie sporadyczne domowe wizyty lekarskie i to wyłącznie lekarza ogólnego, ponieważ specjaliści (np. neurolog, urolog, kardiolog itp.) wizyt domowych nie przyjmują. Zabrakło dziś bowiem w naszym kraju lekarza domowego, który znał niedo-

magania nie tylko ciała, ale i ducha wszystkich członków rodziny, na których umiał uważnie patrzeć i cierpliwie wysłuchać. Jego miejsce zajął sztab specjalistów o niewątpliwie dużej wiedzy medycznej, dla których jednak chory stał się z konieczności „przypadkiem” w masie jemu podobnych, nieznanymi ludźmi. Opieka lekarska jest więc zazwyczaj sprawowana za pośrednictwem rodziny, która zgłasza się w przychodni po odpowiednie recepty. W sytuacji, kiedy bóle są tak silne, że wymagają stosowania narkotyków, pielęgniarka przychodzi zrobić zastrzyk 1—2 razy dziennie, co wobec działania przeciwbólowego trwającego około 3—4 godziny jest niewystarczające i chory pozostaje w stałym lęku przed nawrotem bólu. Nie jest to w dodatku ból jedyny. Chory doznaje tzw. „bólu totalnego”, który R. Woodson w 1978 r. zobrazował następująco:



Jak widać, leczenie objawowe jest skierowane wyłącznie na łagodzenie bólu fizycznego⁴. Tak widziana niezwykle trudna sytuacja chorych na nowotwory i ich rodzin skłoniła ludzi dobrej woli do szukania sposobów wyjścia naprzeciw ich potrzebom, między innymi przez włączenie się w ogólnoswiatowy ruch hospicyjny.

Ad 2. Zasady działania polskiego hospicjum domowego:

— Hospicjum domowe nie ma form organizacyjnych i w większości miast działa w oparciu o Kościół.

— Tworzą je ludzie świeccy: lekarze różnych specjalności, pielęgniarki, studenci medycyny, psychologzy, farmaceuci i inni ludzie dobrej woli (wolontariusze) skupieni we wspólnocie, której przewodniczy duszpasterz. Są oni gotowi współpracować, otaczając bezinteresownie opieką medyczną, pielęgniarską, psychiczną i duchową, oraz niosąc wszelką inną pomoc choremu pozostającemu w leczeniu domowym, a także jego rodzinie w stopniu, w jakim na danym etapie choroby jest to potrzebne. Uznając jednak, że rodzina ma największe prawo do chorego, nie zastępu-

⁴ Por. Stefan Koronas, *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej*, Częstochowa 1986; Giorgio Di Mola, *Le cure palliative, Approccio assistenziale ai malati terminali*, Milano 1987.

ją jej w opiece, ale wspomagają, szanując we wszystkim wolę chorego i jego bliskich. Czują się współodpowiedzialni za możliwie najwyższy poziom tej opieki, co wymaga doksztalcenia w dziedzinie terapii i pielęgnacji paliatywnej. Pracę dzielą między sobą tak, aby nikt nie był obciążony ponad możliwości, ze szkodą dla własnej rodziny. W krytycznym jednak stanie chorego potrafią towarzyszyć i nieść ulgę jemu i rodzinie niezależnie od pory dnia i nocy, odkładając na dalszy plan własne sprawy (poza pracą zawodową) i nie licząc się z własnym zmęczeniem. Są także oparciem dla rodziny w trudnym okresie żałoby, pomagając powrócić z czasem do normalnego życia.

— Członkowie hospicjum dzielą się na zespoły, w skład których optymalnie powinno wchodzić: 2 lekarzy (lub lekarz i student medycyny), 3 pielęgniarki i 3 wolontariuszy. Wszystkie zespoły uczestniczą w comiesięcznych spotkaniach, które spełniają bardzo ważną rolę szkolenia fachowego, dzielenia się doświadczeniami, a także pozwalają rozładować napięcia i znaleźć oparcie w trudnych przeżyciach psychicznych. Pogłębieniu życia duchowego członków hospicjum i rodzin naszych zmarłych chorych służą wspólne Msze św., dni skupienia i rekolekcje prowadzone przez księdza kapelana.

— Na prośbę rodziny i chorego kapelan, po konsultacji lekarza specjalisty, wprowadza do domu chorego zespół w składzie, jaki odpowiada aktualnym potrzebom. Zespół ten towarzyszy choremu i rodzinie do końca.

— Za organizację pracy zespołu odpowiedzialny jest lekarz. On też ustala leczenie; w razie potrzeby zasięga porady specjalistów, nawiązuje kontakt z lekarzem z Poradni Rejonowej, który wypisuje rodzinie recepty na narkotyczne leki przeciwbólowe. W domu chorego znajduje się zeszyt, który pomaga koordynować działania zespołu: lekarz wpisuje w nim zlecenia, pielęgniarki, wolontariusze i rodzina robią notatki z ich wykonania, wpisują swoje obserwacje o stanie fizycznym i psychicznym chorego. Częstość odwiedzin lekarza zależy od potrzeb chorego i zwiększa się w miarę pogarszania się jego stanu, aż do codziennych spotkań. Wiele czasu poświęcają choremu pielęgniarki, które uczą członków rodziny prostych zabiegów pielęgnacyjnych, zapobiegania odleżynom, a nawet zmiany opatrunków. Same wykonują trudniejsze zabiegi, zakładają w razie konieczności kroplówki z płynów infuzyjnych, robią wlewy czyszczące, podejmują pielęgnację odleżyn, jeżeli już powstały. Zastępują także umęczoną rodzinę w nocnych czuwaniach, kiedy stan chorego tego wymaga. Przeszkoleni wolontariusze mogą również pomagać w pielęgnacji chorego, wyręczać rodzinę w poszukiwaniu zaleconych leków lub dostarczać je

z apteki hospicyjnej, zaopatrywanej przez dobrych ludzi ze świata w leki darowe. Mogą też załatwiać inne bieżące sprawy. Wreszcie towarzyszyć osieroconej rodzinie, której cierpienie nie kończy się ze śmiercią chorego.

Przedstawione założenia pracy polskiego hospicjum domowego znajdują potwierdzenie i daleko idącą zbieżność z „Ustawami Opieki Hospicyjnej”, wydanymi w 1979 r. przez *National Hospice Organization (USA)*⁵.

Wszystkie te zewnętrzne działania, zarówno lekarzy jak i pozostałych członków hospicjum, nie byłyby w stanie uwolnić człowieka chorego od tego, co nazywamy „bólą totalnym”, gdyby nie dawali oni równocześnie swojej obecności wolnej od niecierpliwego pośpiechu. Obecności gotowej wysłuchać bez komentarzy; zrozumieć, ale nie oceniać. Wypowiedziane głośno obawy chorego błędną, poczucie niespełnionego życia w życzliwych oczach słuchacza nabiera innych barw. W jego obecności łatwiej pogodzić się z bliskimi, przyjmując różnorakie utraty (zdrowia, wyglądu, sił itp.). Przy tej pełnej zrozumienia posłudze nawet utrata samokontroli nad własnym ciałem przestaje być dotkliwym upokorzeniem. Chory odzyskuje poczucie godności i podmiotowości. Temu służy też troska o zapewnienie mu w tym ostatnim okresie maksimum dostępnego komfortu (wygodne łóżko, nierażące światło, cisza lub lubiana muzyka, estetycznie podane posiłki, rozrywka lub zajęcia na miarę jego możliwości). Taka obecność ludzi z hospicjum łagodzi ból nowotworowy (podwyższa próg bólu) nawet bez podania leku przeciwbólowego. Leki te, skoro są konieczne, podaje się doustnie w takich odstępach czasu, aby nie dopuścić do nawrotu bólu. Wszystko to uwalnia chorego i jego bliskich od lęku, bezradności i osamotnienia, co w wielu przypadkach owocuje poprawą stanu zdrowia, a czasem nawet dłuższą remisją. W tych warunkach rodzi się głęboka wspólnota między ludźmi z hospicjum a chorym i jego rodziną. Wspólnie przeżyte trudne, ale i radosne chwile (np. Msza św. w domu, pojednanie skłóconych członków rodziny, akceptacja odejścia itp.) owocują dojrzewaniem duchowym zarówno osoby zbliżającej się do śmierci, jak i tych, którzy jej wiernie towarzyszą. W tym dojrzewaniu niezwykle istotną rolę przypada hospicyjnemu kapelanowi, którego pomoc nie ogranicza się do posługi sakramentalnej, ale stanowi oparcie w duchowych zmaganiach na drodze do akceptacji śmierci. Reasumując: lekarz, pielęgniarz czy wolontariusz w posłudze hospicyjnej służy życiu. Szanują jego godność jako wielkiego daru Bo-

⁵ *Standards of a hospice program of care*, (National Hospice Organization) 1979.

zega, pielęgnują wąż nawet jego iskierkę aż się rozpali życiem wiecznym.

Pomoc duchowa kapłana jest też wielkim darem dla rodziny przeżywającej bolesne rozdarcie — odejście najbliższej osoby. Szczególnie zaś jest konieczna dla tych, którzy decydują się na trudną posługę cierpiącym i umierającym. Posługiwanie to, które można chyba rozważać w kategoriach „powołania”, niezaprzeczalnie jest odbierane jako łaska, ale równocześnie jest źródłem wielu napięć i głębokich przeżyć, które muszą być właściwie ukierunkowane, aby stały się bogactwem duchowym, a nie zniszczeniem. Nie czuję się jednak kompetentna, aby szerzej pisać o tych poważnych problemach opieki duchowej.

Osobnego omówienia wymaga sprawa opieki nad człowiekiem w stanie terminalnym, który nie ma rodziny. Temu, najbardziej potrzebującemu pomocy, hospicjum do niedawna nie było w stanie zapewnić całodobowej opieki. Również amerykańskie Zasady Opieki Hospicyjnej stawiają wymaganie stałego opiekuna ze strony dalszej rodziny lub choćby płatnej, obcej osoby. W naszych warunkach widzimy rozwiązanie takiej bolesnej sytuacji przez tworzenie małych (choćby 1-łóżkowych) hospicjów stacjonarnych przy zgromadzeniach zakonnych, które byłyby gotowe współpracować z miejscowym hospicjum domowym. Pierwsze doświadczenia mamy w Poznaniu, gdzie od kilku miesięcy działa takie hospicjum u SS. Albertynek, dając schronienie i opiekę pielęgniarzką trzeciemu z kolei choremu. Wydaje się, że dla zgromadzeń zakonnych może to być źródłem nowych głębokich doświadczeń i powrotem do zaleceń pierwotnych reguł.

3. Kim są ci ludzie?

Wyjątkowość spotkania ludzi z hospicjum z człowiekiem chorym w warunkach domowych, tak odmiennych od szpitalnych, stawia nas każdorazowo wobec następujących niepokojących pytań:

1. Kim jest człowiek, który zaprasza Hospicjum?
2. Kim jest człowiek, który przychodzi, żeby mu służyć?

Ad 1. Kim jest człowiek, który decyduje się dopuścić nieznanym sobie ludzi do tajemnicy cierpienia swojego i najbliższych; przyjmując ich na najważniejszą, najbardziej intymną, ostatnią godzinę swego życia? Co przeżył, przecierpiał, zanim doszedł do stanu, który nazywamy „terminalnym”?

Może choruje już wiele lat; przeżył niepokój podejrzeń o sprawę nowotworową, szok potwierdzenia diagnozy, albo znowę milczenia lekarza i rodziny, która rzadko przywraca mu spokój. Wte-

dy, jak większość ludzi w sytuacji zagrożenia życia, przeżywał okres z a p r z e c z e n i a ⁶, nie mogąc i nie chcąc uwierzyć w realność choroby, wyszukując argumenty, które jej przeczą. Podobne były przeżycia najbliższych; — dobrze, jeżeli je dzielili, jeżeli chory mógł wypowiedzieć swoje obawy. Wielki dar życia, chroniony instynktem samozachowawczym, karmi się bowiem do końca nadzieją, że nie zostanie w człowieku unicestwiony. Utrata tej nadziei załamuje biologiczne siły obronne organizmu. Stąd zarówno rodzina jak i większość polskich lekarzy chroni swoich chorych przed brutalnie podaną prawdą o ich stanie zdrowia, nie rokującym wyzdrowienia. Sam chory na ogół również wypiera tę świadomość, dopóki nie dojrzeje wewnątrz do jej przyjęcia.

Konsekwencją wykrycia choroby były miesiące lub nawet lata walki o wyzdrowienie: bolesne operacje, wyniszczające naświetlenia i chemioterapia, zniekształcenia ciała, ubytek sił, zmiana wyglądu — co powodowało bunt i gniew „dlaczego mnie to spotkało, czym zawiniłem”? Gniew ten obracał się niekiedy przeciw osobom pielęgnującym i rodzinie, będąc źródłem dodatkowych cierpień psychicznych. Zmęczony buntem, chory może próbować wówczas t a r g o w a ć się z Panem Bogiem, aby uzyskać odroczenie wyroku, ponieważ uważa, że spotyka go to za wcześnie, nie czuje się gotowy, pragnie naprawić swoje życie, dokończyć dzieło życia, pełniej uwierzyć, zabezpieczyć materialnie najbliższych.

Ale były także okresy lepszego samopoczucia, kiedy wzrastała nadzieja, a może nawet lata powrotu do pracy zawodowej. Potem nawrót choroby, często gwałtowny jej postęp. Widząc brak efektów leczenia, bezsilność medycyny, chory wpadał w długotrwałą d e p r e s j ę, potęgowaną utratą roli społecznej i rodzinnej, stratami finansowymi związanymi z przerwaniem pracy zawodowej.

Rodzina, przeżywając te same okresy załamania, buntu, to znów nadziei, często rozładowywała je w organizowaniu dodatkowych badań, konsultacji, w szukaniu różnych, nawet pozamedycznych metod leczenia. Załatwiała kolejne pobyty na leczeniu szpitalnym. Wreszcie przyszedł czas, że chory zaczął się orientować, iż wizyta lekarska przy jego łóżku trwa coraz krócej, lekarz unika pytań i rozmowy.

Zwolniony ze szpitala, bardzo boleśnie przeżywa opuszczenie przez lekarza, któremu zaufał. Ogarnia go lęk przed cierpieniem

⁶ Por. Elisabeth Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Warszawa 1979. E. Kübler-Ross i inni psycholodzy przyjmują, że reakcje psychiczne większości ludzi świadomych, że ich choroba zmierza ku śmierci, układają się często w 5 kolejnych etapów, które mogą występować w różnym nasileniu i kolejności oraz trwać różnie długo. Są to etapy: zaprzeczenia, buntu, targowania się, depresji, akceptacji swojej sytuacji i śmierci.

fizycznym, upokarzającym brakiem kontroli nad własnym ciałem i bezradnością. Ma poczucie, że jest ciężarem dla najbliższych, przyczyną ich utrudzenia i łez. Boi się też, czy potrafi znieść te cierpienia, czy się nie załamie, nie utraci nadziei, nie zagubi wiary, miłości i pokoju. Wreszcie boi się męki umierania, śmierci jako ostatecznej rozłąki z tymi, których kocha, rozerwania więzów tej miłości, wejścia w absolutną samotność, nieznaną rzeczywistość; zobaczenia siebie w całej prawdzie bez zasłony złudzeń i tych masek, za którymi ukrywał się całe życie. Lękiem lub nadzieją napawa go bliska perspektywa stanięcia przed Panem, w zależności od tego, czy spodziewa się ujrzeć Sędziego czy miłującego Ojca. Z myślami tymi pozostaje sam, bo bliscy w najlepszej wierze, ale z wielką dla niego szkodą, nie podejmują rozmowy na temat śmierci, a on sam nie chce też ich ranić. Może nawet nie zaoszczędzono choremu tego bolesnego doświadczenia, jakim jest opuszczenie przez przyjaciół i dalszych krewnych, którzy zaparli się go jak Piotr Chrystusa, mówiąc „nie znam tego Człowieka”. Tak go zmieniło cierpienie i upokorzenie, że nie rozpoznają w nim tego, który kiedyś był im bardzo bliski; boją się, że jego cierpienie mogłoby stać się ich udziałem; każde odwiedziny psują im nastrój na kilka dni. Te osoby przełamują czasem swój lęk, kiedy zobaczą, że obcy ludzie z hospicjum dzielą ciężar choroby z ich bliskimi. Inni zjawiają się dopiero na cmentarzu, żeby oddać ostatnią przysługę i wyrazić współczucie.

Zaproszenie ludzi z hospicjum przez człowieka z takim bieżącym bolesnym przeżyciem i zawodów jest niewątpliwie aktem odwagi i pokory. Jest jeszcze jedną próbą zawierzenia ludziom, o których nie wie nic więcej poza tym, że wiarygodność ich dobrej woli jest poparta znakiem Kościoła.

Podobnej odwagi, otwartości, gotowości służenia..., a właściwie więcej — przyjęcia na siebie ciężaru tego cierpienia jako własnego — potrzeba temu, który przychodzi. Jeżeli potrafi ofiarować swój czas, swoją obecność, po prostu siebie, wtedy będzie mu dane czasem uczestniczyć w duchowym dojrzewaniu chorego, które prowadzi do ostatniego etapu — a k c e p t a c j i choroby i śmierci. Na tym etapie dojrzałości chory obdarza otoczenie głębokimi przeżyciami, jest prawdziwym nauczycielem dla najbliższych, źródłem pokoju, pojednania, miłości.

Nie wszyscy chorzy mają szczęście dojść do tego stopnia dojrzałości duchowej. Czasem choroba, zbyt późno wykryta, przebiega gwałtownie i w krótkim czasie prowadzi do śmierci. I chociaż człowiek ma całe życie, żeby się do tej decydującej chwili przygotować, to odchodzi niekiedy z poczuciem, że mimo sędziwego wieku, nie zdążył.

Te ogólnikowe rozważania o człowieku, który zaprasza hospicjum, chciałabym zilustrować kilkoma autentycznymi postaciami naszych chorych.

BARBARA miała 36 lat, pięcioletniego synka i 10-miesięczną córeczkę. Mąż, Egipcjanin, pozostał w Kairze. Ona, ciężko chora na raka jamy ustnej, i dwójka małych dzieci została pod wyłączną opieką 60-letniej babci. Jedynym zabezpieczeniem finansowym była jej bardziej niż skromna emerytura. Trudno opisać sytuację w tym domu. Może nawet nie można się dziwić, że — zwierzała się Basia — kilkakrotnie zdarzało się, że babcia w rozpacz krzyczała: „Dłużej tego nie zniosę, wychodzę i nigdy nie wrócę” Po godzinie czy dwóch wracała... Pielęgnacja Basi nie była łatwa. Nowotwór i naświetlania zniszczyły śluzówkę jamy ustnej, czyniąc ją niesłuchanie wrażliwą nie tylko na mechaniczne i chemiczne drażnienie przez pokarm, ale i na temperaturę. Tak więc mogły to być pokarmy tylko półpłynne (głównie budyń) nie za rzadkie, bo się krztusiła, nie za gęste, bo nie mogła przełknąć, nie za chłodne i nie za ciepłe, bo to powodowało okropny ból. Wymagało to niekończących się wędrówek przez długi korytarz z pokoju do kuchni. Nawet powietrze w pokoju nie mogło być zbyt chłodne. Basia, krańcowo wyniszczona z powodu niedożywienia, nie wstawiała już z łóżka. Mówiła z wielkim trudem i półgłosem. W pokoju, w którym leżała, cały dzień pozostawały z nią dzieci, ponieważ babcia była zdania, że jej obowiązkiem jest opieka nad nimi. Tylko kobieta jest w stanie zrozumieć, co przechodzi matka, która nie może uspokoić, utulić płaczącego, małego dziecka; jest niemym i bezsilnym świadkiem jego upadku, bólu. Znosi krzyk złości w sprzeczce rodzeństwa i nie może jej złagodzić, widzi grożące niebezpieczeństwo i nie może mu zapobiec. Toteż Basia oczekiwała śmierci jako rozwiązania tej trudnej sytuacji. Codziennie rano budziła się zdziwiona, że jeszcze żyje. Była niewiarygodnie cierpliwa i spokojna. Przyjście ludzi z hospicjum przyjęła jako wielki dar. Skończyła się jej udręczona samotność. Nawiązała się głęboka sympatia z całym zespołem. Dzieci zostały ubrane, mała Sylwia dostała łóżeczko (do tej pory miała tylko wózek i nigdy nie była na spacerze). Załatwiono zapomogę z Opieki Społecznej. Basia, mimo swoich cierpień, pragnęła z nami rozmawiać. Najchętniej opowiadała o tym, że jako młody chemik (studia kończyła w Polsce) pracowała w Londynie pod kierunkiem znanego profesora. Jej praca, niezwykle ciekawa, znalazła wielkie uznanie i była bliska doktoratu, kiedy jej mąż przeniósł się z powrotem do Kairu. Tam nie znalazła warunków do kontynuacji tej pracy i to stało się wielką jej tragedią. Jeżeli pragnęła żyć, to dlatego, żeby wrócić do pracy. W jej rozmowach ten temat do-

minował nawet nad tragedią opuszczonych dzieci. Walka o złagodzenie bólu, o podtrzymanie gasnących z każdym dniem sił, trwała trzy miesiące. Bliskie kontakty z tą rodziną nie ustały po śmierci Basi. Woluntariusze i ks. kapelan otaczają dzieci i babcię (również potrzebującą wsparcia psychicznego) sercem i wszelką pomocą w załatwieniu licznych spraw.

JUSTYNKA zachorowała, kiedy miała 14 lat. Rozwijający się nowotwór kości udowej zmuszał ją do kolejnych pobytów w szpitalu. Do cierpień związanych z chorobą dołączył się bunt, że nie może korzystać z życia jak inne dziewczęta w jej wieku. A jeszcze i to, że na oddziale szpitala dziecięcego traktowano ją jak dziecko. Jej dojrzałość psychiczna rzeczywiście wyprzedzała znacznie jej wiek. Złożyło się na to wiele: ciężka choroba związana z wielkimi cierpieniami fizycznymi; doznane przed laty odrzucenie przez kapłana, jako przedstawiciela Kościoła, z powodu powikłanej sytuacji rodzinnej; stopniowa utrata kontaktu z rówieśnikami; samotne wchodzenie w tajemnicę śmierci. Nieświadomie zadana przez kapłana, głęboka rana odsunęła rodzinę od Kościoła i sprawiła, że dziewczyna przez długi czas nie chciała podjąć kontaktu z kapłanem hospicyjnym, zaledwie w milczeniu tolerując jego częste odwiedziny. Pełna delikatności miłość hospicyjnych pielęgniarek i lekarza stopniowo rozluźniła więzy uprzedzeń, buntu, niedowierzania zarówno Justynki, jak i jej rodziców. W ostatnich dniach swojego krótkiego, pełnego cierpień życia wyraziła zgodę na odprawienie w domu Mszy św. Sprawowanie Eucharystii w obecności rodziny i zespołu hospicyjnego było dla Justynki ogromnym przeżyciem, momentem przełomowym, wielkim szczęściem odnalezienia Pana, pragnieniem następnych spotkań z Chrystusem w Komunii św. i obecności kapłana. W tym stanie, w pełni świadomie żegnając się z rodziną, mówiąc, że niczego w życiu nie żałuje, przyjęła ze spokojem nadchodzącą śmierć w przeddzień swoich osiemnastych urodzin. Ta posługa była szczególnie wielkim przeżyciem dla zespołu, kapelana, a także, za ich pośrednictwem, całego młodego Hospicjum. Jej rodzice i mała siostrzyczka, z którymi pozostał serdeczny kontakt, co miesiąc uczestniczą we Mszy św., która jest odprawiana za wszystkich naszych Przyjaciół, którzy już odeszli do Pana. Uczestniczą w niej ich rodziny oraz członkowie Hospicjum, którzy zbierają się na comiesięczne spotkania zespołów.

KRYSTYNA miała 60 lat. Była kobietą pełną życia o niezwykle pogodnym usposobieniu. Do łóżka przykuła ją choroba nowotworowa, głównie straszliwe bóle nóg. Te trudne do opanowania cierpienia fizyczne, pogłębione poczuciem osamotnienia, sprawiły,

że często zastawaliśmy ją płaczącą, bezradną, zawstydzoną swoją niemocą — bo pod koniec życia nie mogła sama obrócić się na bok, ani nawet poprawić źle ułożonej bolącej nogi. Jednak kilka minut obecności kogoś z nas sprawiało, że wracał jej uśmiech, dziecięce błyski rozbawienia w oczach, zapominała o bólu i złych przeczuciach. Początkowo świadomość zbliżającej się nieubłaganej śmierci była dla niej przerażająca i zupełnie nie do przyjęcia. Zwierzała się jak dziecko, że boi się być zakopaną do ziemi; wstrętem ogarnia ją myśl, że zjedzą ją robaki. Na drugim planie pojawiała się niepewność, jak zostanie przyjęta „po drugiej stronie”. Kiedy wydawało się jej, że umiera, krzyczała: „ratujcie, ja nie chcę umierać”. Ogromnym wysiłkiem lekarza i całego zespołu hospicyjnego oraz wspólną z nią modlitwą podtrzymywano jej życie przez miesiąc, mimo że trzykrotnie byliśmy przekonani, iż tym razem nie uda się już wyprowadzić ją z kryzysu. Był to czas jej rzeczywistego dojrzewania do śmierci. Na kilka dni przed odejściem, po sakramencie pojednania i długiej szczerzej rozmowie z kapłanem, zawołała nas do siebie, żeby powiedzieć, że jest już gotowa do drogi. Było to trudne do wyrażenia, radosne przeżycie dla niej, kapłana i nas wszystkich, mających poczucie wielkich rzeczy, których Pan dokonuje na naszych oczach. Zjawiające się potem chwilowe lęki nie odebrały jej już pokoju. Zasnęła w pełni świadomości tego, co przeżywa. Krystyna, w ciągu półrocznej obecności, darzyła nas, a szczególnie dwie osoby z zespołu (w tym lekarkę) gorącym przywiązaniem. My też miałyśmy uczucie, że zabrała ze sobą jakąś część naszego serca.

Inny nasz chory był KAPŁANEM. Wśród licznych obowiązków, spełnianych z wielką gorliwością i skrupulatnością, przeoczył pierwsze objawy rozwijającej się podstępnie choroby. Kiedy zwrócił się do lekarza, badania wykazały, że jest już za późno na jakiegokolwiek leczenie przyczynowe. Umieszczony w szpitalu, odczuwał tak gwałtowny spadek sił i nie dającą się opanować senność, że nie znając prawdziwej diagnozy miał uczucie zbliżającej się szybko śmierci. Było to dla niego bolesne zaskoczenie. Ten twardy dla siebie człowiek nie chciał odwiedzin rodziny ani przyjaciół, bojąc się ich łez i własnej niemocy. Przyjmował tylko swoich współbraci, którzy dawali mu dowody miłości i wiernej obecności. Wyszukiwał przyczyny swojej choroby, obwiniając siebie i okoliczności, że mogło dojść do takiego stanu. My sami, widząc zbliżającą się śpiączkę wątrobową (był to rak wątroby), prowadzącą zwykle do łagodnej, nieświadomej śmierci, w pewnym sensie cieszyliśmy się, że zostaną mu zaoszczędzone liczne cierpienia terminalnego okresu choroby nowotworowej. Ale w jego oczach wi-

dać było lęk przed śmiercią i wiarę w moc medycyny. To zmobilizowało lekarzy do podjęcia intensywnego leczenia przeciwspiączkowego. Nagłe ustąpienie senności ożywiło nadzieję, ale też ze wzmożoną ostrością pozwoliło obserwować narastanie innych niepokojących objawów choroby. Bezsenne często noce dały czas na przemyślenia i refleksje, którego brakowało w życiu wypełnionym po brzegi aktywnością. Zrodził się sprzeciw wobec śmierci, która zjawia się zbyt wcześnie (miał 63 lata) i do której nie czuł się przygotowany. W czasie wizyty lekarskiej, wobec kilku współpacjentów, prosił lekarza o ratunek, bo „chciałby jeszcze żyć, żeby być lepszym kapłanem”. Słowa te wywołują dotąd wielkie wzruszenie w sercach tych, którzy znali jego kapłańską gorliwość. A jednak nie były grą. Wielkie pragnienie zachowania życia, targowanie się z Panem Bogiem o większą doskonałość kapłaństwa, trwało do końca tragicznych dni, naznaczonych tak strasznym cierpieniem, że aż budził się w tych, którzy mu posługiwali, bunt w stosunku do lekarzy, którzy — podtrzymując życie i świadomość — skazali go na takie męki, które znosił zresztą z wielką cierpliwością. Nawet w ostatnich dniach nie chciał wrócić do domu, mając ciągle nadzieję na wyleczenie. Jego droga krzyżowa trwała niewiele ponad miesiąc. Z perspektywy czasu widzimy obraz cierpienia fizycznego i duchowego, którego nie udało się chyba do końca złagodzić, mimo że był otoczony miłością osób mu bliskich (także z hospicjum) i pełną zaangażowania opieką lekarską i pielęgniarską. Z wdzięcznością przyjmował wszystkie wysiłki zmierzające do ratowania jego życia, a także drobne przysługi przynoszące ulgę w cierpieniu. Inaczej jednak oceniamy dziś ten podarowany, dzięki intensywnym zabiegom lekarskim, czas życia. Wprawdzie bardzo krótki, ale widocznie konieczny, aby mógł dojrzeć do przyjęcia woli Pana, co wynikało z myśli, jakimi się z nami dzielił. Mamy też wobec niego poczucie winy: towarzysząc jego agonii w pięcioosobowej sali szpitalnej, otaczając go naszą bliskością i serdecznością, modliliśmy się jednak milcząco, niepewni reakcji współpacjentów. Dopiero śmierć przełamała te bezsensowne opory. W odmawianej głośno częście Różańca, skupiającej myśli na zmartwychwstaniu Pana, wzięli udział także wzruszeni pozostali chorzy. Tak więc nasz lęk pozbawił go tej pomocy, która w chwili „przejścia” była najważniejsza.

Ad 2. Kim jest człowiek, który przychodzi posługiwać we wspólnocie hospicyjnej? Jakie motywy skłaniają go do oddania swojego czasu, sił, serca obcemu człowiekowi w godzinie jego cierpienia i śmierci? Co przeżywa w tej posłudze,

jakie ma potrzeby, jak można go wesprzeć, żeby wytrwał, nie załamiał się, nie odszedł? Te pytania skłoniły nas ostatnio do rozpisanie ankiety. Odpowiedziało na nią dopiero 21 osób (6 lekarzy, 5 pielęgniarek, 10 wolontariuszy) z około 70 ankietowanych członków poznańskiego Hospicjum św. Jana Kantego. Wydaje się jednak, że można się już podzielić odpowiedziami dotyczącymi części poruszonych w niej problemów.

a) Tylko 6 osób (z 21) nie miało wątpliwości przed włączeniem się do pracy w hospicjum. Reszta obawiała się: czy podola, czy potrafi wejść w sytuację tragedii obcego domu, czy pogodzi obowiązki pracy zawodowej, domowej i hospicyjnej, czy zniesie obciążenia psychiczne, czy nie zostanie odrzucona, czy nie ucierpi jej własna rodzina itp. Na kolejne pytania odpowiadano następująco:

b) Co pomogło przełamać lęk: modlitwa, „tak” wobec Pana, chęć bycia potrzebnym, sytuacja konieczności, chęć robienia czegoś z ogromnym sensem, rekolekcje.

c) Motywy podjęcia pracy w hospicjum:

- chęć służenia człowiekowi cierpiącemu, zbliżającemu się do śmierci (14 osób),
- świadomość „powołania” (10),
- motywy religijne (10),
- dopełnienie własnych przeżyć przy umierającej bliskiej osobie (9),
- sprzeciw wobec stosunków panujących w służbie zdrowia (6),
- pragnienie wejścia do wspólnoty hospicyjnej (4),
- potrzeba nowych doznań psychicznych, uczuciowych i duchowych (3).

W trakcie posługi u niektórych osób motywacja uległa pogłębieniu (np. zrodziła się świadomość „powołania”).

d) Większość osób (17) została zaakceptowana przez chorego i rodzinę. Niektórzy przeżyli jednak odrzucenie. Na pytanie: czy potrafisz przyjąć odrzucenie, część odpowiada: tak (8), staram się, nie jest łatwe, ale ubogaca, nie wiem.

e) Kim dla ciebie stali się ci ludzie (chory i rodzina) — bliskimi (8), przyjaciółmi, lubię ich, kimś, za kogo czuję się odpowiedzialna, osobami, które Pan postawił na mej drodze, „dodatkiem” do chorej.

f) Czy boisz się trudnych pytań chorego (chodzi o pytania dotyczące choroby, tematy związane ze śmiercią): nie (11), boję się, ale nie unikam (5). Większość osób (15) w całej delikatności i wyczuciu stara się mówić prawdę, a w każdym razie nie okłamywać chorego.

g) Czego nauczyłeś się od umierającego: pokory, milczenia, zawierzenia, wiary, akceptacji własnej śmierci.

h) Czym jest dla ciebie umieranie „Twojego” chorego

- daje świadomość dopuszczenia do wielkiej tajemnicy ludzkiego istnienia (15),
- zabiera ze sobą część mojego serca (10),
- daje pokój spełnienia czyjegoś życia (10),
- pozwala spotkać Chrystusa na progu wieczności (7).
- daje poczucie dobrze spełnionej posługi (6),
- przeraża (2).

i) Celowość działalności hospicyjnej została przez jej członków na podstawie dotychczasowych doświadczeń oceniona pozytywnie jako wartość:

- dla chorego i jego rodziny (19),
- dla kształtowania postaw służby zdrowia (11),
- dla rozwoju osobistego osób posługujących (20)!

Z pozostałych pytań, których nie będę omawiać, wynikają wielkie potrzeby psychiczne osób posługujących, które muszą być uwzględnione w budowaniu wspólnoty hospicyjnej.

4. Hospicjum wobec Kościoła i społeczeństwa

Z tego, co napisałam o niezwykle ważnej roli opieki duszpasterskiej dla człowieka zbliżającego się do śmierci, jego bliskich i tych, którzy im posługują, a także o zaufaniu, jakim darzeni są ludzie z hospicjum dzięki ich powiązaniom z Kościołem, wynika jasno, jak cenne dla ruchu hospicyjnego jest to oparcie. Z drugiej strony wydaje się, że Kościół może zyskać wiele cennych doświadczeń duszpasterskich, towarzysząc umierającym w całym bogactwie ich przeżyć duchowych i ucząc się dostrzegać potrzeby ich oraz tych, którzy zostają dotknięci boleśnie ich umieraniem i odejściem.

„Kościół, który wyrasta z tajemnicy Odkupienia w krzyżu Chrystusa, winien w szczególny sposób szukać spotkania z człowiekiem na drodze jego cierpienia — tak więc na drodze posługi kapłańskiej w różny sposób szuka spotkania z człowiekiem cierpiącym w instytucjach leczniczych i w domach ludzi chorych... Na tej drodze posługi spotyka się kapłan z lekarzem, aby wspólnie posługiwać choremu, którego obszar cierpienia jest zróżnicowany i wielowymiarowy... Taka wspólna posługa duszpasterska —

medyczna ma szczególne znaczenie dla chorego, który zbliża się do kresu ziemskiego bytowania”⁷.

Z naszych doświadczeń wynika również, że w pewnych sytuacjach bezinteresowny dar miłości ludzi z hospicjum może spowodować zmianę postawy chorego i rodziny wobec Kościoła, uwalniając ich od dawnych uprzedzeń.

Czuwanie przy człowieku umierającym w świadomości, że sam Chrystus z nim się identyfikuje, pozwala ludziom świeckim w nowym świetle zobaczyć cierpienie i umieranie naszego Pana. Niezwykłość tej Męki odkupieńczej, będącej owocem niepojętej dla nas miłości do Ojca i do człowieka, przesłania nam często obraz czysto ludzkiego cierpienia Chrystusa, któremu poddał się On w całej pełni, bez żadnych ulg, ze względu na Boże Synostwo. Odważam się więc spojrzeć poprzez różnorakie cierpienia naszych chorych na „totalny” ból Chrystusa — fizyczny, duchowy, psychiczny i społeczny.

Od początku poddany woli Ojca, Jezus wiedział, jaką cenę miał zapłacić za pojednanie człowieka z Bogiem. Nie mogli tego jednak pojąć Jego uczniowie, którzy na zapowiedź męki i śmierci zareagowali buntem: „Nie przyjdzie to nigdy na Ciebie...”, za co zostali surowo zgromieni (Mt 16, 22). Przyjmując na siebie w sposób w pełni realny grzech Adama („grzech świata”; J 1, 29) i jego dzieci, Chrystus doznał tym samym w swojej ludzkiej naturze, podobnie jak Adam, niewyrażalnej tragedii rozerwania więzów miłości z Bogiem. Temu przeżyciu duchowemu o niedostępnej dla nas głębi i intensywności towarzyszył również ludzki lęk przed cierpieniem fizycznym i psychicznym upokorzeniem przez śmierć uważaną za haniebną, w odrzuceniu przez tych, których miłował. Skutkiem tego w sferze cielesnej był stan bliski śmierci z krwawym potem — wyrazem niezwykle ciężkiego wstrząsu psychicznego. Tak, jak każdy człowiek, Jezus pragnął wtedy mieć przy sobie tych, którzy Go kochali („Gorąco pragnąłem spożyć tę Paschę z wami, zanim będę cierpiał” — Łk 22, 15); testament miłości w Wieczerniku, dwukrotne naleganie o obecność i czuwanie z Nim w tej najtrudniejszej godzinie Ogrójca (Mt 26, 38-45). Wtedy też ukazał wielką moc, jaką daje przyjęcie woli Ojca, które zaowocowało głębokim pokojem wobec wszystkich dalszych wydarzeń („... Kogo szukacie — Ja jestem”; J 18, 4-5).

W chwili pojmania Jezus nie zatrzymywał już przy sobie przerażonych uczniów („... pozwólcie tym odejść”; J 18, 8) Zniósł upokorzenie zmaltretowanego człowieczego ciała, w którym trudno

⁷ Jan Paweł II, *Spotkanie z chorymi*, Gdańsk 1987 r.

już było rozpoznać Syna Bożego i którego zapał się Piotr, mówiąc: „Nie znam tego człowieka” (takiego Jezusa). Z wdzięcznością przyjął drobną posługę troskliwej Weroniki. Przyjął także wymuszoną pomoc Szymona (Łk 23, 26), która była zapewne wielką ulgą fizyczną, ale — z powodu niedostatku miłości włożonej w tę posługę — brak jest w Ewangelii wyrazu wdzięczności umęczonego Pana. Nie chce Chrystus również, aby nad Nim płakano, bo nie na tym polega prawdziwe współczucie. Przyjmuje za to z miłości wyznanie wiary złoczyńcy (Łk 23, 40) w chwili, gdy zwątpili w Niego Jego uczniowie. Bez słów rozumie się ze swoją Matką. Jej postawa, pozornie bierna, najgłębiej wyraża to, co nazywamy towarzyszeniem, współcierpieniem. Jest całkowitym, trudnym do wyrażenia oddaniem siebie i równocześnie przyjęciem do swojego wnętrza cierpienia drugiego człowieka, kochanej osoby, tak dalece, że własne cierpienie, związane z tą sytuacją krańcową, jest jakby zepchnięte na samo dno duszy. Stąd Ewangelista, opisując scenę ukrzyżowania, wyraża to jednym słowem: „stała” Matka Jezusa. Stał również „uczeń, którego Jezus miłował” i Maria, „która wielce umiłowała” (J 19, 25). Jak trudno jest „stać”, trwać przy cierpiącym lub umierającym człowieku, w poczuciu własnej bezradności! Jak wielka jest pokusa jakiegokolwiek działania, często bezowocnej krzątaniny, byle nie patrzeć na mękę bliskiej osoby, która tymczasem może najbardziej potrzebuje ciepła kochającej dłoni i pozwolenia na odejście!

Na zakończenie warto jeszcze zastanowić się nad tym, jakie wartości może wnieść ruch hospicyjny w Polsce w życie społeczeństwa. Jest sprawą oczywistą, że szczupłe grono osób działających w hospicjach nie będzie w stanie objąć opieką wszystkich z wzrastającej liczby chorych na nowotwory. Hospicjum pozostanie więc w świecie z n a k i e m, który u żyjących kształtuje nową świadomość, wprowadzając w tajemnicę śmierci i zmartwychwstania, z bezinteresowną miłością i gotowością służenia.

Dla osób posługujących, dopuszczenie do tajemnicy życia i umierania drugiego człowieka, udział w tajemnicy przejścia z życia do Życia — jest łaską przemieniającą ich stosunek do każdego człowieka, szczególnie zaś cierpiącego. Wracając więc do pracy zawodowej w szpitalu, przychodni, czy do konfesjonału, inaczej widzą tych, którzy powierzają im problemy swego zdrowia fizycznego czy duchowego.

Wpólnota: ludzie z hospicjum — chory — rodzina, stanowi niezwykle cenną, nową jakość, będącą zaprzeczeniem sztucznego podziału w szpitalu na „my” i „oni” — służba zdrowia i chorzy: le-

karz posiadający autorytet i władzę — chory, „przypadek”, często bez prawa głosu w sprawach diagnostyki i terapii.

Jeszcze gorsza bywa sytuacja rodziny traktowanej niekiedy jak natręt zabierający czas. Również stosunek: lekarz — pielęgniarka, pozostawiający wiele do życzenia na oddziale szpitalnym, w posłudze hospicyjnej nabiera nowego znaczenia — partnerskiej współpracy we wzajemnym zrozumieniu dla dobra bliskiego im Człowieka, a nie obojętnego „przypadku”.

Wydaje się więc, że ruch hospicyjny służy nie tylko choremu, ale wpływa uzdrawiająco na etykę służby zdrowia. Nie do pominięcia jest również fakt, że poprzez polskie hospicja docierają do naszego lecznictwa zdobycze rozwijającej się szybko na Zachodzie medycyny terminalnej i opieki paliatywnej, które dotąd nie zostały włączone do programów kształcenia medycznego na naszych uczelniach.