

Opieka hospicyjna jako przejaw „wyobraźni miłosierdzia”

Każdy człowiek może doświadczać w swoim życiu poczucia osamotnienia i bezradności. Jednak te negatywne stany emocjonalno-duchowe potęgują się w przypadku ludzi starszych, chorych lub niepełnosprawnych. Tym bardziej są one czymś naturalnym i zrozumiałym w sytuacji osób chorych terminalnie. Choroba (np. nowotworowa) wyniszcza fizycznie i duchowo. Dlatego też niezwykle ważne są wszelkie inicjatywy i próby niesienia tym ludziom ulgi w ich cierpieniu. W podejściu do człowieka chorego nie zawsze wystarczy specjalistyczna, medyczna fachowość. Człowiek bowiem potrzebuje tu jeszcze innego lekarstwa, na które nie można wypisać recepty. Tym lekarstwem jest spotkanie z drugim człowiekiem na płaszczyźnie czynnej miłości. Największą bowiem chorobą współczesności jest deficyt miłości i poświęcenia. Stąd też najważniejszym lekarstwem jest to, co św. Jan Paweł II określił na krakowskich Błoniach 18 sierpnia 2002 roku „wyobraźnią miłosierdzia”¹. Bez niej medycyna będzie tylko sztuką leczenia, nauką, ale nie będzie posłannictwem i służbą. Promowanie postawy miłosierdzia wobec bliźnich doświadczonych krzyżem cierpienia wydaje się być

Ks. ARKADIUSZ OLCZYK – ur. 1966, dr hab. teologii moralnej, wykładowca teologii moralnej w Sekcji Licencjackiej Wydziału Teologicznego UP JP II w Częstochowie, Wyższym Instytucie Teologicznym w Częstochowie, Wyższym Seminarium Duchownym Archidiecezji Częstochowskiej i Wyższym Seminarium Duchownym Diecezji Sosnowieckiej w Częstochowie, wykładowca bioetyki w Studium Życia Rodzinnego oraz duchowości rodziny w Studium Duchowości Chrześcijańskiej. Prowadzi badania naukowe w obszarze etyki życia i zdrowia oraz wychowania moralnego i sumienia. Autor i współredaktor 6 książek (w tym 2 w języku niemieckim) oraz licznych artykułów naukowych.

¹ Przejawami „wyobraźni miłosierdzia” w naszych czasach ma być nie tylko skuteczność pomocy, ale przede wszystkim zdolność bycia bliźnim dla cierpiącego człowieka, solidaryzowania się z nim tak, aby gest pomocy nie był odczuwany jako poniżająca jałmużna, ale jako świadectwo braterskiej współpracy. Zob. JAN PAWEŁ II, *Bądźmy świadkami miłosierdzia. Homilia podczas Mszy św. beatyfikacyjnej*, w: *Bóg bogaty w miłosierdzie*, red. S. Dziwisz – S. Nasiorowski – P. Ptasznik, Watykan 2002, 37.

szczególnie aktualne w ogłoszonym w Kościele przez papieża Franciszka Roku Miłosierdzia Bożego (8 grudnia 2015 r. – 20 listopada 2016 r.).

W przypadku osób chorych terminalnie takim wyjściem naprzeciw ich wyjątkowym potrzebom jest m.in. ruch hospicyjny. Zapewne warto zapoznać się z tą szlachetną ideą opieki hospicyjnej, której korzenie sięgają czasów apostoelskich, oraz poznać jej współczesne formy. Niewątpliwie, z problematyką przeżywania przez chorego ostatnich chwil doczesnego życia związany jest także swoisty „dylemat miłosierdzia”, czy przekazywać mu całą dramatyczną prawdę o stanie jego zdrowia, czy kierując się intencją nieodbierania mu nadziei, przemilczać prawdę lub utwierdzać go w iluzji? Są to dylematy moralne, przed którymi stają najbliżsi chorego oraz pracownicy hospicjów.

1. Idea ruchu hospicyjnego

Idea opieki nad umierającymi powstała niemal u zarania ludzkości. Łaciński termin *hospitium*, znany klasycznym autorom pogańskim (Cyceron, Wergiliusz, Pliniusz i Seneka), pochodzi od słowa *hospes*. W łacinie klasycznej oznaczało ono: osobę połączoną z inną trwałym związkiem wynikłym z udzielenia gościnności; druha; starego przyjaciela; gospodarza podejmującego przybyłych (w domu prywatnym, w obozie, na kwaterze żołnierskiej); przybysza; obcego; wędrowca; gościa odwiedzającego zajazd lub miejsce letniskowe². Na bazie tego właśnie słowa ukształtował się termin *hospitium*, który na pierwszy plan wysuwa ideę gościnności rozumianej jako życzliwa relacja między osobami gospodarza i przybysza przybywającego pod jego dach. Natomiast znaczenie *hospitium* jako domu gościnnego jest wtórne³.

Zupełnie nowe znaczenie słowu „*hospitium*” oraz całej starożytnej idei gościnności nadało chrześcijaństwo. Fundamentem dla chrześcijańskiej działalności dobroczynnej stały się słowa Pana Jezusa: „Byłem głodny, a daliście Mi jeść; byłem spragniony, a daliście Mi pić; byłem przybyszem, a przyjęliście Mnie; byłem nagi, a przyodzialiście Mnie; byłem chory, a odwiedziliście Mnie; byłem w więzieniu, a przyszliście do Mnie. [...] Wszystko, co uczyniliście jednemu z tych braci Moich najmniejszych, Mnieście uczynili” (Mt 25, 35-36.40). To Je-

² *Słownik łacińsko-polski*, red. M. Plezia, t. 2, Warszawa 1998, 732-733.

³ A. BARTOSZEK, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*, Katowice 2000, 65.

zusowe przesłanie stało się dla chrześcijan wezwaniem do służby, nie tylko osobom przybywającym z podróży (*hospes*), lecz także ludziom bezdomnym, chorym i ubogim. Ważną rolę w kształtowaniu się chrześcijańskiej wizji hospicjum odegrała także ewangeliczna przypowieść o miłosiernym Samarytaninie (por. Łk 10, 30-37), którego postępa wobec pokrzywdzonego stała się dla chrześcijan inspiracją do podejmowania opieki nad cierpiącymi i ubogimi⁴.

Kościół, już od czasów apostołskich, roztaczał opiekę nad ludźmi będącymi w potrzebie. W sposób zorganizowany zaczął to czynić po Edykcie Mediolańskiej w 313 roku. Tworzono wtedy nowe instytucje dobroczynne. Pierwszą nazwą chrześcijańskiego zakładu dobroczynnego było *xenodochium* (od gr. *kensos*), oznaczające gospodę, schronisko dla pielgrzymów i ubogich podróżnych⁵. Z biegiem czasu zaczęły powstawać podobne instytucje, które nosiły różne nazwy⁶. Bez wątpienia można zatem stwierdzić, iż w okresie starożytności chrześcijańskiej znane były przytułki lub schroniska, w których biednych i chorych nie tylko goszczono i karmiono, ale świadczone im również usługi medyczne. Z tej też racji, pierwotna w stosunku do pozostałych, nazwa *xenodochium* używana jest na określenie nie tylko przydrożnych gospód lub domów dla pielgrzymów, ale stosuje się ją jako termin ogólniejszy na określenie wszystkich dobroczynnych zakładów lub przytułków wczesnochrześcijańskich⁷. Pierwsze *xenodochia* były zakładane na Wschodzie: w Bizancjum, Syrii, Palestynie i Egipcie. Do ich rozwoju przyczynił się intensywny ruch pielgrzymkowy. Były one zakładane przez zakonników, biskupów oraz osoby prywatne. Na bazie i wzorach *xe-*

⁴ Tamże, 66. Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na fakt, iż biblijny Samarytanin zawiózł pokrzywdzonego człowieka do gospody i tam powierzył go osobistej trosce gospodarza. Ewangeliczna gospoda kojarzyła się chrześcijanom ze starożytnymi domami gościnnymi, czyli hospicjami.

⁵ S. LONGOSZ, *Ksenodochium – hospicjum wczesnochrześcijańskie*, VoxP 16 (1996) 30-31, 281.

⁶ Te instytucje dobroczynne nazywano: *nosokomia* – publiczne szpitale, których dotąd nie znali ani Żydzi, ani społeczeństwa grecko-rzymskie, a które są oryginalnym tworem chrześcijan; *orfanotrofia* i *brefotrofia* – przytułki dla sierot i niemowląt, głównie podrzutków; *gerotokomia* – przytułki dla starców; *ptochotrofia* – przytułki dla ubogich; *lobotrofia* – przytułki dla inwalidów i kalek, czy wreszcie *pandocheia* – podobne do współczesnych hoteli. Zob. I. MILEWSKI, *Rozwój chrześcijańskich instytucji dobroczynnych w zachodniej części Cesarstwa Rzymskiego w IV i V wieku*, „Przegląd Religioznawczy” 40 (1996) 4, 3.

⁷ S. LONGOSZ, *Ksenodochium – hospicjum wczesnochrześcijańskie*, VoxP 16 (1996) 30-31, 280-281.

nodochiów wschodnich zaczęły powstawać podobne instytucje dobroczynne na Zachodzie, najpierw w Rzymie (pod koniec IV wieku), skąd w VI i VII wieku rozszerzyły się na całą Italię i Galię, docierając także do Afryki Północnej, Hiszpanii i na Bałkany. Oficjalnym kuratorem wszystkich instytucji charytatywnych był miejscowy biskup, którego reprezentantem w danym zakładzie był *ksenodoch* – świecki lub duchowny kierownik, który przygotowywał łóżka, pościel oraz to wszystko, co było niezbędne ludziom biednym i chorym⁸.

Funkcjonowanie hospicjów było możliwe dzięki posłudze odpowiedniego personelu. Św. Jan Chryzostom, wybudowawszy szpitala w Konstantynopolu, umieścił w nich lekarzy, kucharzy i pielęgniarzy oraz szukał pomocników wśród celibatariuszy, aby leczyli przybywających tam chorych. Stwierdzał (podobnie jak św. Jan Kasjan), że nie wszyscy są zdolni do pracy w *xenodochium*, bowiem chorzy i ubodzy są niejednokrotnie wymagający, nietolerancyjni i nawet drobny szczegół może ich drażnić, co wymaga od świadczących im pomoc wielkiej cierpliwości, spokoju i roztropności oraz zrozumienia, że ich rozdrażnienie jest skutkiem ich nieszczęścia. Pobyt w hospicjum był w zasadzie darmowy. Tylko ci, których było na to stać, zostawiali jakieś datki. Pieniądze na utrzymanie tych zakładów dobroczynnych płynęły częściowo z darowizn, które były zwolnione przez ustawodawstwo państwowe od podatków, częściowo zaś ze składek od wiernych⁹.

Wczesnochrześcijańskie zakłady dobroczynne stanowiły zatem zupełnie nową formę dobroczynności. Wychodząc od słów Chrystusa wzywającego do troski o chorych i ubogich oraz łącząc Jego słowa z ideą przedchrześcijańskich hospicjów, podkreślających gościnność i otwartość względem gości i przybyszów, pierwsi chrześcijanie stworzyli pierwszą zorganizowaną formę troski o ludzi biednych, bezdomnych i chorych. W chrześcijańskiej idei hospicjum można dostrzec połączenie dwóch płaszczyzn: naturalnej, akcentującej gościnne odniesienie do człowieka w potrzebie, oraz nadprzyrodzonej, podkreślającej potrzebę służby Chrystusowi obecnemu w tych „najmniejszych”¹⁰.

⁸ Tamże, 313. W związku z powstawaniem chrześcijańskich instytucji dobroczynnych na Zachodzie należy zauważyć, iż były one początkowo określane przy pomocy zlatinizowanej greckiej nazwy *xenodochium*, chociaż łaciński termin *hospitium* znany był już wcześniej. Pierwszym, który użył terminu *hospitium* na określenie tych zakładów dobroczynnych za Zachodzie był św. Paulin z Noli (353 – 431).

⁹ Tamże, 334.

¹⁰ A. BARTOSZEK, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*, 68.

Choć wczesnochrześcijańskie hospicja nie posługiwały wyłącznie ludziom znajdującym się w obliczu bliskiej śmierci, to jest jednak sprawą oczywistą, iż wśród przebywających w tych zakładach było wiele osób ciężko chorych i umierających. Opieka nad nieuleczalnie chorymi oraz ludźmi znajdującymi się w obliczu śmierci, podejmowana przez starożytnych chrześcijan, była czymś całkowicie nowym w porównaniu z tradycją starożytności pogańskiej, w której lekarz wcale nie podejmował leczenia w sytuacjach beznadziejnych. Opieka nad śmiertelnie chorymi była wcześniej nieetyczna, ponieważ powstrzymywała od „zejścia” ze świata, oszukując tym samym naturę i bogów¹¹. Na tę chrześcijańską nowość wskazuje także W. Szumowski, który stwierdza, że „gdy w starożytności lekarzowi wolno było odmówić porady nieuleczalnie choremu, obecnie chrześcijańska deontologia lekarska nakazuje czynić zawsze przy chorym wszystko, co możliwe, aż do ostatniej chwili”¹². Słusznie zatem w chrześcijańskich instytucjach dobroczynnych dopatruje się korzeni współczesnego ruchu hospicyjnego i opieki paliatywnej¹³. Najważniejszym przesłaniem moralnym, jakie można wydobyć z okresu początków idei hospicyjnej, jest zasada otwartości na człowieka ciężko chorego i umierającego, realizowana poprzez konkretną, zorganizowaną pomoc, której celem jest zaspokojenie różnorodnych potrzeb cierpiącego aż do chwili jego śmierci. „Sercem” tej idei jest chrześcijańskie miłosierdzie.

¹¹ Starożytna koncepcja medycyny klasycznej odnosiła się tylko do chorego, którego można było wyleczyć. Dla lekarza klasycznej starożytności (w tym również lekarza hipokratesowego) zasadą, do której musiał się odnosić, była „konieczność natury” (*ananke physeos*), z którą wiązał się obowiązek powstrzymywania się od leczenia w przypadku choroby uznanej za nieuleczalną. Powstrzymywanie się w tych przypadkach od terapii miało charakter nie tylko etyczny, ale wręcz religijny: lekarz respektował nieodwołalne zrządzenie „natury”, której przypisywano boski charakter. Wyjście poza tę zasadę stanowiło „grzech” *hybris*, czyli pychy religijnej. Istotą tego „grzechu” było przekroczenie granicy określonej przez los i bogów. Miłość do człowieka (*philantropia*) była podporządkowana miłości do „natury” (*physiophilia*). Chrześcijaństwo przyczyniło się do znacznego porzucenia tego sposobu myślenia. Zob. S. SPINSANTI, *Salute, malattia, morte*, w: *Nuovo Dizionario di Teologia Morale*, red. F. Campagnoni – G. Piana – S. Privitera, Cinisello Balsamo 1994, 1140.

¹² W. SZUMOWSKI, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Warszawa 1994, 409.

¹³ Termin ten pochodzi od łac. *palliativus* – okryty płaszczem i ang. *palliate* – ulżyć, złagodzić. Opieka paliatywna to aktywna, całościowa opieka nad pacjentami w stanie terminalnym. Jej przedmiotem jest zwalczanie bólu oraz innych objawów; obejmuje ona również problemy psychologiczne, społeczne i duchowe. Celem opieki paliatywnej jest osiągnięcie najlepszej możliwej jakości życia chorego i jego rodziny.

Największy rozwój praktyki hospicyjnej nastąpił w średniowieczu, szczególnie w okresie wypraw krzyżowych¹⁴. Szczególne zasługi na tym polu miał zakon benedyktyński, którego *Regula* wiele miejsca poświęcała działalności charytatywnej. Powstawały wówczas bardzo licznie fundacje opiekuńcze. Początkowo prowadzone były one przez benedyktynów i cystersów, a następnie, od X wieku, również przez specjalnie do tego celu powołane bractwa. Były one zgromadzeniami ludzi świeckich zajmujących się działalnością charytatywną, a swoim domom nadawały nazwę hospicjów¹⁵.

W okresie średniowiecza pojęcie „hospicjum” ulegało stopniowym transformacjom w językach narodowych. We Francji np. obiekty te, w których spełniano posługę miłosierdzia nazywano *hotel*, *hostel*, *Hôtel du bon Dieu* („Schronisko dobrego Boga”)¹⁶. W krajach niemieckich określano je słowem: *Spital*, w Anglii – *hospital*, we Włoszech – *ospedale*, a w Polsce – *szpital*¹⁷. Te średniowieczne instytucje charytatywne, określane często mianem szpitali, miały w swoim założeniu i w prowadzeniu nadal charakter przytułków dla ubogich chorych, nieraz nieuleczalnie¹⁸.

W kolejnych epokach, zwłaszcza w odrodzeniu i oświeceniu, wiele instytucji dobroczynnych prowadzonych przez Kościół uległo sekularyzacji, tzn. zostało przejętych przez zarząd świecki. Był to również czas powstawania wielu nowych szpitali posiadających charakter przytułkowo-leczniczy. W XIX wieku sytuacja ta uległa nieco zmianie. Był to okres intensywnego rozwoju medycyny, w którym zostały stworzone podstawy współczesnych nauk medycznych (odkryto m.in. enzymy,

¹⁴ J. FIJAŁEK, *Spoleczne tradycje organizacyjne i naukowe w opiece zdrowotnej do końca XVIII w.*, w: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1995, 213.

¹⁵ E. SIKORSKA, *Narodziny i rozwój współczesnej opieki hospicyjnej na świecie*, w: *W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicjów w Polsce*, red. J. Drażkiewicz, Warszawa 1989, 70.

¹⁶ Na ideę szpitala rozumianego jako *Hôtel du bon Dieu* („Schronisko dobrego Boga”) zwrócili uwagę niemieccy biskupi w Liście pasterskim poświęconym godnemu umieraniu. Tak rozumiany szpital był schroniskiem dla ludzi odrzuconych z racji na upośledzenie fizyczne, psychiczne czy społeczne. Choć w porównaniu z dzisiejszymi możliwościami medycyny niewiele wtedy można było zrobić dla chorych, to jednak względnie humanitarny stanowił podstawę do opieki nad nimi. Zob. *Menschenwürdig sterben und christlich sterben* (20. 11. 1978), Bonn 1978, 8.

¹⁷ J. FIJAŁEK, *Spoleczne tradycje organizacyjne*, 213.

¹⁸ W. SZUMOWSKI, *Historia medycyny*, 408-409.

hormony, witaminy, antybiotyki)¹⁹. Nastąpiło wtedy, prawie we wszystkich krajach europejskich, rozdzielenie zadań leczniczych od przytułkowych. Od tej pory szpitale stały się podstawowymi zakładami lecznictwa zamkniętego, przeznaczonymi dla chorych wymagających stacjonarnego leczenia. Natomiast dla osób najuboższych, niezdolnych do pracy, a zarazem pozbawionych opieki ze strony rodzin, czyli starców, kalek i najmłodszych wiekiem sierot, władze miejskie oraz towarzystwa filantropijne zaczęły stopniowo tworzyć zakłady opieki społecznej w postaci domów schronienia i sierocińców²⁰.

W tym czasie, w roku 1842, Jeanne Gardier, młoda wdowa, która straciła dwoje swoich dzieci, otworzyła w Lyonie pierwsze ze swych schronisk. Nadała mu podwójną nazwę *Hospicjum* i *Kalwaria*. W ten sposób po raz pierwszy użyto terminu *hospicjum* na określenie miejsca przeznaczonego wyłącznie dla umierających. Później powstało wiele innych podobnych instytucji we Francji, Irlandii (np. Hospicjum Naszej Pani w Dublinie) i Anglii (np. Hospicjum św. Józefa w Londynie)²¹.

Na początku XX wieku, kiedy szpitale zaczęły specjalizować się w opiece nad chorymi o ostrych stanach chorobowych, usiłując ich wyleczyć, hospicja zdobywały doświadczenie w opiece nad terminalnie chorymi. Z czasem medycyna, w związku z jej nowymi osiągnięciami, potrafiła wyleczyć już wielu chorych. Jednocześnie wzrastała liczba tych, których nie mogła wyleczyć całkowicie, i którzy, pozostając przy życiu, nadal cierpieli. Ta kategoria pacjentów była przyjmowana do hospicjów. Pierwsze hospicja miały za zadanie pomóc umierającym w łatwiejszym przejściu z życia do śmierci poprzez zapewnienie im opieki pielęgnacyjnej, której rodzina zapewnić nie mogła lub nie chciała²².

Dopiero Cicely Saunders opracowała pełną koncepcję opieki hospicyjnej, dostosowaną do współczesnych warunków, potrzeb i możliwości. Z jej inicjatywy w 1967 roku powstał w Londynie specjalistyczny ośrodek opieki nad chorymi umierającymi na nowotwory – Hospicjum św. Krzysztofa. Droga do założenia tego hospicjum była dosyć długa. C. Saunders urodziła się w 1918 roku. Pierwotnie studiowała w Oxfordzie politykę, filozofię i ekonomię. W czasie II wojny światowej przewała studia uniwersyteckie i w 1940 roku rozpoczęła pracę w szpitalu

¹⁹ *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1995, 237-381.

²⁰ J. FIJAŁEK, *Medyczno-społeczne tradycje organizacyjne i naukowe w opiece zdrowotnej w XIX i XX w.*, w: *Historia medycyny*, 398.

²¹ A. BARTOSZEK, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*, 70.

²² B. ZAORSKA, *Nadejdzie ten dzień. O godnym umieraniu*, Niepokalanów 1992, 28.

św. Tomasza w Londynie, przygotowując się do zawodu pielęgniarki. W 1944 roku uzyskała tam kwalifikacje pielęgniarskie. Ponownie podjęła studia w Oxfordzie, przygotowując się tym razem do zawodu asystentki społecznej. W czasie studiów pracowała jako wolontariuszka w Domu św. Łukasza w Londynie (założonego w 1893 roku). Tam, na oddziale dla umierających, pani Saunders poznała i zaprzyjaźniła się z Dawidem Taśmą, nieuleczalnie chorym na nowotwór Polakiem pochodzenia żydowskiego²³.

W czasie rozmów z nim zrodziła się myśl, że trzeba stworzyć takie miejsce, gdzie ludzie umierający mieliby zapewnioną opiekę, która przynosiłaby im ulgę i stwarzała warunki dla godnej i spokojnej śmierci. Saunders zrozumiała wówczas, iż w opiece nad umierającymi potrzebne jest otwarcie na drugą osobę oraz wzajemne zrozumienie. Na kilka dni przed swoją śmiercią Dawid Taśma ofiarował Cicely Saunders wszystkie swoje oszczędności²⁴. Przeznaczyła je na budowę planowanego schroniska, przyszłego Hospicjum św. Krzysztofa²⁵.

Po śmierci D. Taśmy, pani Saunders podjęła studia medyczne, następnie pracowała w londyńskim Hospicjum św. Józefa, gdzie wprowadziła przeniesione z Domu św. Łukasza regularne podawanie leków przeciwbólowych. Opis swoich doświadczeń publikowała w formie wykładów i publikacji, co ułatwiło uzyskanie funduszy na budowę ośrodka dla nieuleczalnie chorych i umierających. W ten sposób powstało w 1967 roku pierwsze na świecie nowoczesne hospicjum w Londynie. Dwa lata później, w 1969 roku, w zakres swojej pracy hospicjum włączyło opiekę prowadzoną w domach. Od tego czasu hospicjum otacza opieką rodziny również w czasie żałoby²⁶.

Fundamentem dla działalności hospicjum stała się idea otwarcia się na człowieka umierającego oraz koncepcja „bólu totalnego”, który zaczęto pojmować nie tylko jako przeżycie fizyczne, ale także psychiczne, społeczne oraz duchowe²⁷. Na temat roli hospicjum R.G. Twycross pisze, że „hospicjum zajmuje się specjalistyczną pomocą ciężko chorym i cierpiącym, głównie z powodu zaawansowanej choroby nowotworo-

²³ A. BARTOSZEK, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*, 71; E. SIKORSKA, *Narodziny i rozwój*, 76.

²⁴ Była to suma 500 brytyjskich funtów.

²⁵ C. SAUNDERS, *Hospicjum św. Krzysztofa*, w: *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, red. H. Bortnowska, Kraków 1980, 266.

²⁶ E. SIKORSKA, *Narodziny i rozwój*, 77.

²⁷ A. BARTOSZEK, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*, 72.

wej, ale również w sytuacjach, w których niemożliwe jest wyleczenie, a przedłużanie życia staje się bezsensowne, i kiedy śmierć i umieranie są nieuniknione. Hospicjum ma na celu zapewnienie jak najlepszej opieki medycznej, pielęgniarskiej, psychosocjalnej i pastoralnej dla wsparcia chorego i rodziny w okresie choroby, umierania i żałoby²⁸.

Niemal równocześnie z rozwojem Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie zbiegło się zaszczerpienie tej idei w Stanach Zjednoczonych. W 1971 roku powołany został specjalny komitet odpowiedzialny za rozwój programu opieki hospicyjnej na terenie New Haven²⁹. W lutym 1977 roku została utworzona Narodowa Organizacja Hospicjum, która jest odpowiedzialna za rozwój i propagowanie różnych form organizacyjnych opieki hospicyjnej w USA. W kolejnych latach ruch hospicyjny zaczął zyskiwać coraz większe uznanie społeczne na całym świecie. Prekursorką opieki hospicyjnej była również Matka Teresa z Kalkuty i założone przez nią zakonne zgromadzenie Córek Miłości³⁰.

Początki pierwszego polskiego hospicjum sięgają wczesnych lat 70. XX wieku, kiedy to w parafii Najświętszej Maryi Panny Królowej Korony Polskiej w Bieńczycach, w Krakowie-Nowej Hucie, powstał Zespół Studyjny, którego celem było wyrażanie miłości jako fundamentalnej postawy chrześcijańskiej. W ramach prac tego Zespołu, na podstawie rodzimego doświadczenia, zorganizowano w Krakowie pielęgniarstwo domowe, które obejmowało opieką osoby przewlekle chore w ich własnych domach³¹.

Ważnym etapem krystalizowania się idei hospicyjnej wśród nowohuckiego Zespołu była wizyta dr C. Saunders w Polsce w 1978 roku, w Krakowskim Instytucie Onkologii (wygłosiła prelekcje także w Warszawie i Gdańsku). Wreszcie, po założeniu 29 września 1981 roku w Krakowie Stowarzyszenia pod nazwą Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum”, rozpoczęto przygotowania do budowy pierwszego w Polsce hospicjum stacjonarnego (na wzór londyńskiego Ho-

²⁸ R.G. TWYXCROSS – D. FRAMPTON, *Opieka paliatywna nad terminalnie chorym*, Bydgoszcz 1996, 13.

²⁹ Pierwsze na terenie USA hospicjum powstało w 1974 roku w stanie Connecticut. Stąd idea ta przeniknęła do Kanady, gdzie w 1975 roku otwarto w szpitalu Royal Victoria w Montrealu, pierwszy Zespół Opieki Paliatywnej.

³⁰ E. SIKORSKA, *Narodziny i rozwój*, 86.

³¹ J. DRAŹKIEWICZ, *O ruchu hospicjów w Polsce*, w: *W stronę człowieka umierającego*, red. J. Drażkiewicz, Warszawa 1989, 102.

spicjum św. Krzysztofa)³². Kilka lat później, w 1984 roku, powstało w Gdańsku Hospicjum „Pallotinum”, które podjęło opiekę nad ludźmi umierającymi w domu. Rok później zrodziło się Hospicjum św. Jana Kantego w Poznaniu, które podjęło opiekę domową. Prawdziwy rozkwit idei hospicyjnej nastąpił w latach 1987 – 1988. W tym czasie powstały hospicja w Białymstoku, Elblągu, Gdyni, Szczecinie, Toruniu, Warszawie i Wrocławiu. Obecnie funkcjonuje w Polsce ponad 200 zespołów opieki domowej, około 100 poradni leczenia bólu i opieki paliatywnej, 30 oddziałów stacjonarnych, z czego 12 – w wolno stojących hospicjach³³. Dynamiczny rozwój opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce w ostatnich latach oraz jej aktualny stan organizacyjny stawia Polskę w Europie na drugim miejscu po Wielkiej Brytanii³⁴.

W tym miejscu w sposób bardziej szczegółowy zostanie zaprezentowane Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, mające swoją siedzibę przy ul. Krakowskiej w Częstochowie. Powstało ono w 1993 roku jako zrzeszenie ludzi pragnących nieść wielodyscyplinarną pomoc cierpiącym w terminalnym okresie chorób przewlekłych i nieuleczalnych. W Stowarzyszeniu tym pracuje zespół wykwalifikowanych pracowników, z których większość jest tam od początku istnienia hospicjum. Posiadają oni niezbędną wiedzę, umiejętności oraz empatyczny stosunek do pacjentów. Sprawowana przez hospicjum opieka dotyczy wszystkich sfer ludzkiej egzystencji: biologiczno-fizycznej, psycho-duchowej, i społeczno-socjalnej. Obejmuje ona także rodziny pacjentów. Jej ważnym elementem jest obecność przy umieraniu pacjenta oraz objęcie opieką osieroconych członków rodziny.

Częstochowskie Stowarzyszenie współpracuje z hospicjami z terenu całej Polski (także z zagranicy) w zakresie wymiany wiedzy i doświadczeń. Współpraca z prasą, radiem i telewizją owocuje propagowaniem wśród społeczeństwa idei opieki paliatywnej oraz wartości życia od poczęcia do naturalnej śmierci. Hospicjum to, w ramach dodatkowej działalności, podejmuje szereg różnych zadań: organizuje ogólnopolskie konferencje o tematyce opieki hospicyjnej i paliatywnej, prowadzi szkolenia dla wolontariuszy i pielęgniarek, przeprowadza kwesty publiczne do puszek, organizuje koncerty i spektakle, uczestniczy w ogół-

³² Tamże, 108.

³³ *Program rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce*, red. Krajowa Rada Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej, Warszawa 1998.

³⁴ M. HOŁUBICKI, *Opieka paliatywna i hospicyjna w Polsce*, w: *Człowiek nieuleczalnie chory*, red. B. Block – W. Otrębski, Lublin 1997, 16.

nopolskich kampaniach społecznych: „Pola Nadziei”, „Hospicjum to też życie”, „Voice of Hospices” oraz prowadzi cykliczne audycje radiowe³⁵.

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej oraz jego placówki podejmują także współpracę z Samodzielnymi Publicznymi ZOZ-ami – głównie z lekarzami i pielęgniarkami środowiskowymi. Innymi obszarami współpracy są: szpitale, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, Forum Ruchów, Stowarzyszeń i Bractw Archidiecezji Częstochowskiej, Śląskie Forum Organizacji Socjalnych „Kafos”, Stowarzyszenie Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej oraz Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej³⁶.

W celu lepszej organizacji pracy w Hospicjum, Częstochowskie Stowarzyszenie powołało do istnienia w 1994 roku Zespół Opieki Paliatywnej „Palium”. Świadczy on usługi w zakresie hospicjum domowego, hospicjum domowego dla dzieci oraz poradni medycyny paliatywnej. Usługi w zakresie hospicjum domowego świadczone są na obszarze o promieniu 30 km od siedziby hospicjum. Podczas każdej wizyty w domu, chorzy, rodzina i opiekunowie otrzymują dokładne zalecenia dotyczące pielęgnacji i leczenia chorych. Opieka ta dostępna jest przez całą dobę, w zależności od potrzeb. Minimum raz na dwa tygodnie chorego odwiedza lekarz. Natomiast pielęgniarki są z wizytą u chorego trzy razy w tygodniu. W razie potrzeby chorego odwiedza także psycholog, fizjoterapeuta, kapelan lub pracownik socjalny³⁷.

Opieka paliatywna w hospicjum domowym dla dzieci świadczona jest na obszarze w promieniu 100 km. Dziecko, aby mogło zostać przyjęte do hospicjum domowego, musi spełniać określone kryteria. Do najważniejszych warunków należą: schyłkowy okres choroby nieuleczalnej, wiek poniżej 18 lat i przynajmniej obecność przy nim jednego opiekuna, który może mu zapewnić całodobową opiekę. Istotnym warunkiem przyjęcia dziecka do hospicjum domowego jest stwierdzenie przez lekarzy faktu, że u dziecka nie jest prowadzona terapia przedłużająca życie (chemioterapia czy np. intensywna terapia). Główną zasadą opieki paliatywnej w przypadku dzieci jest bowiem niestosowanie uporczywej terapii w celu przedłużania życia³⁸.

³⁵ Zespół Opieki Paliatywnej „Palium”, „Palium” (2008) 1, 6.

³⁶ Tamże.

³⁷ Tamże.

³⁸ Tamże, 7.

Kolejnym miejscem działalności Zespołu Opieki Paliatywnej jest Poradnia Medycyny Paliatywnej przy ul. Dekabrystów w Częstochowie. Poradnia ta czynna jest od poniedziałku do piątku i obejmuje swoim zasięgiem obszar w promieniu do 30 km od miejsca siedziby. Opieka sprawowana jest wobec chorych, którzy mogą przybyć do poradni oraz tych, którzy mają ograniczone możliwości poruszania się, cieszą się jednak stabilnym stanem ogólnym i nie wymagają wizyt domowych³⁹.

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej prowadzi także Dzienny Oddział Opieki Paliatywnej. Opieka sprawowana jest w nim wobec tych chorych, którzy mogą przybyć samodzielnie do ośrodka lub są dowożeni transportem hospicyjnym.

Przez pierwsze lata swej działalności częstochowskie Hospicjum opierało się wyłącznie na pracy wolontariuszy, w większości z kwalifikacjami medycznymi. Ważną częścią wolontariatu hospicyjnego była Młodzieżowa Grupa Wolontaryjna, której duża aktywność w działaniu spowodowała wymianę wolontariuszy częstochowskich z wolontariuszami z Padwy. Obecnie grupa wolontaryjna liczy 70 wolontariuszy medycznych i 300 wolontariuszy akcyjnych, którzy uczestniczą w imprezach charytatywnych, koncertach, zbiórkach żywności, rozprowadzaniu cegiełek oraz kwestach ulicznych⁴⁰.

Powyższe omówienie pozwala stwierdzić, iż narodziny nowoczesnego ruchu hospicyjnego oraz powstanie opieki paliatywnej stanowią nowy sposób podjęcia istniejącej przez wieki idei hospicjum. Idea ta była rozumiana zawsze jako otwartość na człowieka umierającego i wynikająca z niej troska o niego, w różnych wymiarach ludzkiego bytowania. Opieka paliatywna jest otwarciem bram medycyny i społeczeństwa na człowieka w końcowej fazie jego życia oraz stanowi integralne spojrzenie na ludzkie cierpienie. Podobnie jak w okresie starożytnym, tak również w czasach współczesnych hospicjum wyrasta z doświadczenia ogólnoludzkiego oraz z praktyki chrześcijańskiego miłosierdzia. Należy podkreślić fakt, że „Kościół od zarania widział w medycynie istotną pomoc dla swej zbawczej misji wobec człowieka. Począwszy od najdawniejszego *xenodochium*, przez pierwsze zespoły szpitalne, aż po dzień dzisiejszy, funkcja chrześcijańskiego świadectwa szła krok w krok z troską o chorych”⁴¹.

³⁹ Tamże, 8.

⁴⁰ Tamże.

⁴¹ A. BARTOSZEK, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*, 73-74.

2. Rodzaje opieki hospicyjnej

Podstawową formą opieki w Polsce stała się hospicyjna opieka domowa, popularnie zwana „hospicjum domowym”. Przeznaczona jest ona dla chorych leżących w swoich domach. Opieka domowa zapewniana jest przez lekarzy, pielęgniarki, kapłana, psychologa i wolontariuszy niezwiązanych ze środowiskiem medycznym, pomagających całkowicie nieodpłatnie. Poza kontrolą bólu i innych objawów towarzyszących chorobie nowotworowej, wiele uwagi poświęca się wsparciu psychosocjalnemu oraz opiece duchowej nad pacjentem i jego rodziną⁴².

Uznając, że rodzina ma największe prawo do chorego, personel hospicyjny nie zastępuje jej w opiece, ale tylko wspomaga, szanując we wszystkim wolę chorego i jego bliskich. Niemal każdy cykl opieki sprawowanej w warunkach domowych różni się nieco od innych, ma swoje cechy specyficzne. Hospicja nie działają bowiem schematycznie, gdyż dopuszczalna jest duża elastyczność postępowania w konkretnych przypadkach. Opiekunom przyznaje się znaczną samodzielność w prowadzeniu opieki⁴³.

Drugą, wciąż rozwijającą się w Polsce formą pracy nad terminalnie chorymi, są hospicja stacjonarne przeznaczone dla tych chorych, którzy są zupełnie samotni, bezdomni, bądź wymagają całodobowej, specjalistycznej opieki, niemożliwej do prowadzenia w domu chorego. Hospicja stacjonarne nie stanowią rozwiązania alternatywnego wobec opieki domowej, ale są jej dopełnieniem. Świadczyć o tym może fakt, iż wiele hospicjów domowych po kilku latach działalności organizuje także hospicja stacjonarne. Wśród argumentów przemawiających za koniecznością powstawania oddziałów stacjonarnych należy wymienić brak najbliższej rodziny chorego oraz odciążenie rodzin opiekujących się przez długi czas nieuleczalnie chorym. Chodzi o zapewnienie im choćby krótkiego wypoczynku. Dla zespołu opiekunów niesie to ze sobą łatwiejszą organizację pracy ze względu na stały kontakt i możliwość wzajemnego wspierania się⁴⁴.

Działalność hospicjów to nie tylko opieka nad terminalnie chorymi. Obejmuje ona również rodzinę przed śmiercią oraz po śmierci najbliższych, aby mogła łatwiej przejść okres żałoby i osierocenia.

⁴² M. HOŁUBICKI, *Opieka paliatywna i hospicyjna*, 13.

⁴³ Tamże, 14.

⁴⁴ J. DRAŹKIEWICZ, *O ruchu hospicjów w Polsce*, 109.

Prężnie działająca grupa w hospicjach są wolontariusze. W Polsce istnieje długoletnia tradycja pracy społecznej, tradycja wzajemnej pomocy, angażowania się w problemy innych. Osoby działające na tym polu określane są mianem społeczników i altruistów. Niestety, nazwy te budziły wiele negatywnych skojarzeń związanych z pracą społeczną w okresie PRL-u, a ściślej z tzw. „czynami społecznymi”, które nie zawsze były dobrowolne i najczęściej nie przynosiły korzyści. Z krajów Europy Zachodniej przeniesiono do Polski słowo „wolontariusz”, które nie ma tych pejoratywnych konotacji z minioną epoką. Oznacza ono osobę, która świadomie, dobrowolnie i bezpłatnie pomaga innym ludziom, spoza kręgu swoich znajomych, przyjaciół i rodziny⁴⁵. Wolontariusze są zróżnicowani pod względem wieku, płci, zawodu, wykształcenia, cech osobowości. Również sami chorzy oraz ich rodziny różnią się między sobą. Stąd też wymagają oni indywidualnego podejścia oraz mają odmienne, specyficzne potrzeby do zaspokojenia⁴⁶.

Względy ekonomiczne oraz niedoskonałość struktur służby zdrowia, braki finansowe, które nie pozwalają na zatrudnienie dostatecznej liczby pracowników medycznych do opieki nad chorymi z zaawansowanymi chorobami nowotworowymi, stały się przyczyną poszukiwania wolontariuszy, poświęcających dobrowolnie swój wolny czas pacjentom hospicjum. W związku z tym, że część wolontariuszy hospicyjnych nie ma wykształcenia medycznego, prowadzone są dla nich odpowiednie szkolenia z zakresu opieki nad terminalnie chorymi. Wiedza, którą wolontariusze sobie przyswajają, obejmuje zarówno problemy praktyczne, np. prześcielenie łóżka osobie, która nie jest w stanie się poruszyć, jak również problemy psychiczne i emocjonalne⁴⁷.

Postulowanym w ruchu hospicyjnym wzorem postawy wolontariusza wobec człowieka chorego jest „towarzyszenie” mu. Jest to złożony układ postaw, relacji i więzi, wytwarzający się między opiekunami i podopiecznymi. Według B. Kromolickiej „towarzyszyć, to iść razem z chorym, nie swoją, ale jego drogą. Iść na tyle blisko, aby czuł się bezpiecznie, i na tyle daleko, aby nie był przytłoczony, zduszony, zgaszony moją obecnością”⁴⁸.

⁴⁵ M. OCHMAN – P. JORDAN, *Jak pracować z wolontariuszami?*, Warszawa 2000, 15.

⁴⁶ J. DRAŹKIEWICZ, *O ruchu hospicjów w Polsce*, 112.

⁴⁷ A. OSTROWSKA, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa 1991, 169.

⁴⁸ B. KROMOLICKA, *Wolontariusz w służbie człowiekowi umierającemu na przykładzie Szczecińskiego Hospicjum Domowego*, Szczecin 2000, 46.

Zadania wolontariuszy zostały określone najbardziej jednoznacznie w Hospicjum Krakowskim, gdzie w listopadzie 1985 roku ułożono regulamin wolontariusza. Obejmuje on 18 punktów. Mówią one, że wolontariusz pracuje społecznie, bez wynagrodzenia. Musi być nastawiony na słuchanie i akceptowanie różnych reakcji emocjonalnych chorego i jego bliskich. Do podstawowych jego czynności należy przygotowanie posiłków, karmienie, mycie chorego, przebieranie, pomoc w poruszaniu się, załatwianie drobnych spraw. Wolontariusz prowadzi także kartotekę obserwacji chorego⁴⁹.

Działalność hospicjum opiera się na trzech filarach. Pierwszy to leczenie objawowe, związane ściśle z oceną medyczną i leczeniem objawów choroby. Drugi filar to wsparcie psychologiczne obejmujące np. relacje między lekarzem a chorym. Trzeci filar to praca zespołowa oznaczająca zintegrowaną praktykę⁵⁰.

Ruch hospicyjny jest fenomenem naszego czasu. Jest on źródłem optymizmu i odnajdywaniem człowieczeństwa chorych. Ponadto jest wspaniałą reakcją na znieczulicę, egoizm i obojętność na ludzkie cierpienie. Hospicjum to nobilitacja wartości ostatnich chwil życia. Należy go postrzegać jako niezwykły przywilej, jakim jest „towarzyszenie” umierającym w tych trudnych momentach⁵¹. Jest to po prostu przestrzeń praktykowania czynnej miłości bliźniego.

3. Problem prawdy przy łóżku chorego

Zdolność podejmowania decyzji przez pacjenta zakłada odpowiedni poziom świadomości. Stąd też człowiek chory ma prawo do bycia informowanym o stanie swojego zdrowia, o możliwościach medycyny oraz zamierzonych działaniach terapeutycznych. Niewątpliwie, prawda stanowi zawsze najbardziej podstawowy warunek ludzkiej wolności⁵². Człowiek bowiem nie traci prawa do informacji nawet w tak szczególnej sytuacji, jaką jest terminalna choroba. Prawo do prawdziwej i pełnej informacji chorego stoi na straży prawości i rzetelności relacji lekarz-chory oraz relacji między lekarzem i członkami rodziny pacjenta. Jest

⁴⁹ J. DRAŹKIEWICZ, *O ruchu hospicjów w Polsce*, 114.

⁵⁰ Tamże, 115.

⁵¹ M. GÓRECKI, *Hospicjum – czyli o godnej śmierci i humanitarnej pomocy*, Warszawa 1995, 452.

⁵² C. GEETS, *Verite et mensonge dans la relation au malade*, „Le Supplement” (1993) 184, 62-64.

ono zgodne z oczekiwaniami pacjenta, który słusznie spodziewa się od lekarza udzielenia mu wyjaśnień dotyczących jego choroby, przewidywanego jej przebiegu oraz widoków na wyleczenie.

Powiedzenie prawdy pacjentowi (niejednokrotnie dramatycznej) nie jest sprawą prostą i stanowi prawdziwy dylemat, którego rozwiązanie trudno zamknąć w jednym zdaniu. Nie trzeba rozwodzić się nad powszechnie podkreślanym faktem, że przekazanie pacjentowi całej prawdy, zwłaszcza w ciężkich przypadkach chorobowych, może zawocować w sposób niekorzystny dla niego samego, jak też dla procesu terapeutycznego. Często istnieje obawa, że u chorego nastąpi silna reakcja stresowa, osłabiająca system immunologiczny. Może również pojawić się załamanie psychiczne, odrzucenie pomocy i dążenie eutanatyczne, mające na celu uniknięcie wielkiego cierpienia. Nie można też zapominać, że „podtrzymywanie nadziei jest [...] jednym z uznanych środków leczniczych”⁵³.

Jednakże nie do przyjęcia jest okłamywanie pacjenta czy manipulowanie prawdą. Wynika to z zasady moralnej, podyktowanej przez ósme przykazanie Dekalogu⁵⁴, oraz z obowiązku etyki lekarskiej wobec pacjenta. Jest to ponadto podyktowane przez psychologiczne uwarunkowania relacji między pacjentem i pracownikami służby zdrowia. Trudno byłoby bowiem oczekiwać od pacjenta nieodzownego w procesie terapeutycznym zaufania do pracowników służby zdrowia, jeżeli musiałby on liczyć się z tym, że może być okłamywany. Łatwo wtedy dochodziłoby do nasilenia znanego dobrze w medycynie fenomenu psychicznego, w którym chory wyolbrzymia sytuację niegroźną, podejrzewając często rzeczy najgorsze, a jednocześnie bagatelizuje stany krytyczne, wypierając ze świadomości trudną do przyjęcia prawdę⁵⁵. To właśnie uczciwość wobec pacjenta domaga się poinformowania go o stanach bezpośred-

⁵³ J. BOGUSZ, *Chirurgia a etyka*, Kraków 1972, 24.

⁵⁴ KKK 2464-2492. Ósme przykazanie zabrania fałszowania prawdy w relacjach z innymi ludźmi. Ten przepis moralny wypływa z powołania Ludu świętego, by był świadkiem swojego Boga, który jest Prawdą i chce prawdy. Wykroczenia przeciw prawdzie – przez słowa lub czyny – wyrażają odmowę zobowiązania się do prawości moralnej; są poważną niewiernością Bogu i w tym sensie podważają podstawy Przymierza.

⁵⁵ J. ORZESZYNA, *Problem informowania chorego o rzeczywistym stanie jego zdrowia*, w: *Ad libertatem in veritate. Księga pamiątkowa dedykowana Księdzu Profesorowi Alojzemu Marcolowi*, red. P. Morciniec, Opole 1996, 396; B. SIWEK – M. MAZURKIEWICZ, *Problemy etyczno-moralne lekarza związane z przekazywaniem niekorzystnych informacji nieuleczalnie choremu i jego rodzinie*, w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*, Lublin 1996, 69.

niego zagrożenia jego życia, jeżeli skuteczne przychodzenie z pomocą zależy od jego dostosowania się do zaistniałej sytuacji i aplikowanych środków medycznych. Dobrze poinformowanym winien być zwłaszcza pacjent w stanie terminalnym, który przed swoim odejściem powinien dopełnić swoich zobowiązań wobec Boga, społeczności ludzkiej oraz wobec najbliższych⁵⁶.

Zatem wówczas, kiedy pacjent domaga się całej prawdy, lub winien ją poznać w ramach procesu terapeutycznego z racji uszanowania jego podmiotowości lub z tytułu uczciwości, powinno się mu ją przekazać. Bywa jednak i tak, że pacjent nie chce znać prawdy. Poleca, aby o stanie jego zdrowia poinformować kogoś z najbliższych. To oznacza, że problemem, który winien być za każdym razem rozpatrywany, nie jest samo prawo pacjenta do prawdy, ale sposób jej przekazania. Niewątpliwie, forma i miejsce powiedzenia pacjentowi prawdy winny uwzględniać jego możliwości psychiczne i moralne. W niektórych sytuacjach, właśnie ze względu na ograniczone możliwości jej przyjęcia przez pacjenta, potrzebny jest odpowiedni moment, niekiedy subtelna delikatność i stopniowanie. Kiedy indziej potrzebne jest wsparcie jeszcze innej, wybranej osoby. Nigdy jednak prawda nie może być przekazana w sposób gwałtowny, frazesowy, pozbawiający chorego nadziei⁵⁷.

Karta Pracowników Służby Zdrowia, podejmując zagadnienie prawdy wobec pacjenta umierającego, zwraca uwagę na to, iż „perspektywa śmierci utrudnia i dramatyzuje przekazanie wiadomości, ale nie zwalnia od prawdomówności. Komunikacja między umierającym i tymi, którzy mu asystują, nie może opierać się na udawaniu. Nigdy nie jest to godne umierającego i nie przyczynia się do humanizacji śmierci”⁵⁸.

Dokument ten ma na względzie dwa bieguny: prawdomówność bądź udawanie wobec chorego człowieka. Trzeba jednak zauważyć, że nie wyczerpują one wszystkich postaw i dylematów związanych z obowiązkiem przekazywania prawdy umierającym. Pojawia się zatem pytanie, jak się wywiązać z obowiązku prawdomówności oraz czy w zetknięciu z chorymi i umierającymi nie jest jednak czasami potrzebna postawa i zachowanie graniczące z „udawaniem”⁵⁹?

⁵⁶ B. SIWEK – M. MAZURKIEWICZ, *Problemy etyczno-moralne lekarza*, 71.

⁵⁷ J. ORZESZYNA, *Mówić umierającemu prawdę czy nie mówić?*, Kraków 1995, 34-35.

⁵⁸ PAPIESKA RADA DS. DUSZPASTERSTWA SŁUŻBY ZDROWIA, *Karta Pracowników Służby Zdrowia* 125, Watykan 1995.

⁵⁹ W. CHROSTOWSKI, *Zasady etyczne w opiece nad umierającym człowiekiem w nauczaniu Kościoła Katolickiego*, w: *W służbie życiu*, red. J. Jachimczak, Kraków 2003, 408.

Pomimo więc wyraźnego prawa chorego do informacji i obowiązku lekarza do jej udzielenia, na ten temat wciąż trwa dyskusja. Wyłaniają się z niej dwa skrajne stanowiska: paternalistyczne i partnerskie. Zwolennicy pierwszego podejścia twierdzą, że podtrzymywanie nadziei i otuchy u pacjenta jest jednym z uznanych sposobów leczenia. Zadaniem lekarza jest troska zarówno o stan fizyczny, jak i psychiczny chorego. Stąd też najczęściej podawanym przez nich argumentem przeciw informowaniu wprost nieuleczalnie chorego o złym rokowaniu jest odbieranie mu nadziei. Z kolei zwolennicy podejścia partnerskiego uważają, że szacunek dla człowieka, jego godności i prawa do prawdy domaga się jednak, aby chory poznał prawdę o swym zdrowiu. Wynika to także z ogólnej zasady moralnej, którą podaje Pismo Święte (Wj 20, 16; Mt 5, 33-37), a Kościół w swoim nauczaniu rozwija (KKK 2464-2492), oraz z powinności uczciwości wobec chorego. Lekarz winien jest choremu prawdę, aby mógł on współpracować z nim w procesie leczenia, nawet gdyby ta współpraca miała ograniczać się tylko do regularnego zażywania lekarstwa. Stanowisko partnerskie reprezentuje również Karta Pracowników Służby Zdrowia. Zwolennicy pełnego informowania chorego, nawet w sytuacjach beznadziejnych, wyrażają przekonanie, że wypływa ono z szacunku do pacjenta, który w obliczu śmierci staje przed decyzjami ostatecznymi. Milczenie lekarza trzeba by uważać za przejęcie przez niego władzy nad chorym oraz wyręczenie go w jego ostatecznych decyzjach. Choremu natomiast powinno się stworzyć szansę na uporządkowanie i zakończenie własnych spraw i zadań, pożegnanie się z bliskimi i przygotowanie do śmierci.

Karta Pracowników Służby Zdrowia nadmienia ponadto, że czas życia dla chorego terminalnie to zwykle krótki odcinek i nie zawsze wystarcza go na tyle, aby wypełnić wszystkie swoje obowiązki. Właśnie dlatego „nie można pozostawiać w nieświadomości osoby w decydującej godzinie jej życia, odsuwając ją od niej samej oraz jej ostatnich i najważniejszych decyzji. Śmierć stanowi zbyt istotną chwilę, aby jej perspektywa była odrzucona”⁶⁰.

Przekazanie prawdy wymaga jednak ogromnego taktu ze strony personelu medycznego. Skutkiem poznania prawdy o bliskiej śmierci nie może być poczucie osamotnienia ani izolacja chorego. Najbardziej dotkliwe dylematy i niepewność chorych biorą się z obawy przed samotnością w cierpieniu. Perspektywa bliskiej śmierci ożywia wymóg

⁶⁰ Tamże, 409.

ofiarnego świadczenia miłości i włączenia umierającego w życzliwą wspólnotę najbliższych mu osób. Umierający powinien być traktowany z jeszcze większą miłością niż chory w stadiach poprzedzających stan terminalny. Ważne jest, aby komunikować chorego nie tylko o wynikach klinicznych, ale tłumaczyć znaczenie tych danych. Personel medyczny powinien dobrze przygotować się na przekazanie prawdy o śmierci choremu terminalnie. Pacjent nie poczuje się wtedy porzucony i skazany wyłącznie na siebie. Prawda, która jest mu komunikowana we właściwy sposób, nie zamyka go na nadzieję, ponieważ pozwala mu poczuć się obecnym w relacji współuczestniczenia i komunii. Chory nie jest wówczas sam ze swoim cierpieniem, czuje się rozumiany w prawdzie, pojednany ze sobą i z innymi. Jego życie mimo wszystko ma sens i nabiera znaczenia, które przekracza śmierć⁶¹. Problem prawdy przy łóżku chorego jest więc sprawą bardzo istotną, bowiem prawda pomaga umierającemu z godnością przekroczyć próg życia i śmierci. Przekazywanie prawdy wymaga zawsze od lekarza rozsądku i taktu⁶².

Zakończenie

Spotkanie z cierpieniem, zwłaszcza z cierpieniem, które jest długotrwałym doświadczeniem i dotyka niejako wszystkich wymiarów ludzkiej egzystencji, stanowi wyzwanie nie tylko dla człowieka naznaczonego stygmatem bólu i choroby, ale także dla jego otoczenia. Albowiem człowiek żyje z drugimi, przez drugich i dla drugich. Niezwykle ważne jest to, by człowiek mógł doświadczyć tej prawdy także wtedy, gdy staje przed tajemnicą cierpienia. Człowiek chory i cierpiący potrzebuje obecności, potrzebuje pomocy zewnętrznej i duchowego wsparcia – potrzebuje wokół siebie ludzi miłosiernych. Nic bowiem nie zastąpi tej miłości czynnej, która jest poświęceniem i gotowością „bycia przy” i „bycia z”. Świadomość tej potrzeby staje się tym silniejsza, im bardziej ból wydaje się nie do zniesienia, nie do usunięcia, i staje się coraz wyraźniejszą zapowiedzią, że doczesne pielgrzymowanie zbliża się do nieuchronnego końca. Taka sytuacja odnosi się nade wszystko do chorych terminalnie (cierpiących na groźne nowotwory).

⁶¹ PAPIESKA RADA DS. DUSZPASTERSTWA SŁUŻBY ZDROWIA, *Karta Pracowników Służby Zdrowia* 126-127.

⁶² Tamże.

Dzisiejszy świat zbyt łatwo wydaje się dyspensować od prawdziwej miłości, poprzestając na różnych jej namiastkach. W odniesieniu do cierpiących pełną miłości obecność tak łatwo zastępuje się „asystencją” aparatury medycznej i przekonaniem o wszechmocy środków medycznych. W połączeniu z narastającymi współcześnie tendencjami utylitarystycznymi i hedonistycznymi prowadzi to do prób radykalnego rozwiązania problemu cierpienia przez eutanazję. Chrześcijanie jako wyznawcy „Ewangelii życia”, wezwani do budowania nowej „kultury miłości i życia”, powinni przeciwstawiać się zdecydowanie tym wszystkim przejawom „kultury śmierci”, promując „wyobraźnię miłosierdzia”. W tę perspektywę wpisuje się idea opieki hospicyjnej, będącej praktycznym wyjściem z darem miłości wobec ludzi chorych i cierpiących. Miłość zwycięża wszystko!

Hospice Care as a Symptom of „Imagination of Divine Mercy” Summary

The Pope Francis announced the year 2016 the Holy Year of Divine Mercy. It is to be an exceptional time of „imagination of Divine Mercy” promotion. That is practice of active love of a neighbour. The idea of hospice care is also implemented into this perspective which roots reach into the ancient Christianity. The Church from the apostolic times took care of the poor and the sick. After the annunciation of Edict of Milan in 313, the Church started to do it in an organised way. The charity institutions were formed there and they were called *xenodochiami*. „The core” of these poorhouses was Christian divine mercy. Today hospice care is its resembling. It is adjusted to modern conditions, needs and possibilities of medicine. The pioneer of nowadays hospices was Cicely Saunders who founded the Saint Christoph Hospice in London in 1967 – it is the professional centre of care of the sick who suffer from cancer and are dying (so called terminally sick people). The activity of hospices does not only consist on terminally sick people. It takes care of the family before and after the death of their members, as well, in order to go through the period of mourning and orphanhood. The origins of the first Polish hospice reach to the early 1970s. Today there are several dozens of them in Poland, i.e. dozens of them in Poland, i.e. in Częstochowa. Hospices engage doctors, psychologists, physiotherapists, priests, social

workers and many volunteers. This „accompanying” of a dying person, of which Good Samaritan is the pattern (Łk 10, 30-37), is an example of an attitude towards to neighbours who suffer and prepare to death.

Słowa kluczowe: opieka hospicyjna, opieka paliatywna, hospicjum, miłosierdzie Boże, miłość bliźniego, choroba, cierpienie

Keywords: hospice care, palliative care, hospice, divine mercy, love of neighbours, sickness, suffering

