

Ks. KRYSZTOF WILCZYŃSKI

WKŁAD KOŚCIOŁA KATOLICKIEGO W TWORZENIE SIĘ OŚRODKÓW OPIEKI PALIATYWNEJ

Osoby będące w terminalnej, czyli końcowej fazie życia są od wieków obejmowane szczególną opieką. Troskę o nich wykazywali najczęściej duchowni i zakonnicy oraz rozmaite wspólnoty kościelne. Obecnie rolę tę pełnią ośrodki opieki paliatywnej prowadzone nie tylko przez Kościół, ale także przez liczne organizacje społeczne i państwowe.

Opieka paliatywna jest jedną z najmłodszych gałęzi medycyny. W 1990 r. Światowa Organizacja Zdrowia wydała dokument poświęcony tematyce opieki paliatywnej. Jej fundamentem jest

[...] powstanie i rozwój nowoczesnego ruchu hospicyjnego, który dostrzegł potrzeby ludzi w obliczu zbliżającej się śmierci i jako pierwszy podjął pełną, profesjonalną troskę o nich¹.

Zainicjowany w 1967 r. przez C. Saunders ruch hospicyjny nawiązywał do istniejących już wcześniej form opieki nad osobami chorymi terminalnie².

¹ A. BARTOSZEK. *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*. Katowice 2000 s. 64.

² *Tamże*.

1. NAZWA I GENEZA HOSPICJUM

Liczni autorzy tłumaczą pochodzenie nazwy *hospicjum* od łacińskiego terminu *hospes*, oznaczającego gościa lub gospodarza przyjmującego gości. Samo zaś słowo *hospitium* oznacza gościnność, gospodę, zajazd przy drodze. W sposób bardziej precyzyjny pojęcie to wyjaśnia A. Bartoszek, tłumacząc *hospitium* jako sojusz, przymierze, związek gościnności, osobę połączoną stałym związkiem gościnności, a także jako gościnę, ugoszczenie, dom gościnny, kwaterę gościnną, mieszkanie czynszowe, zajazd, przytułek³. W tym rozumieniu na pierwszy plan wysunięta zostaje idea gościnności, rozumiana jako relacja między osobami gospodarza i przybywającego pod jego dach. Znaczenie zaś *hospitium* jako domu gościnnego jest wtórne⁴. Do podobnych wniosków dochodzą także inni autorzy zajmujący się tą problematyką. K. de Walden-Gałuszko wskazuje na sens relacyjny, tłumacząc słowo *hospitium* najpierw jako przyjaźń i gościnne przyjęcie, a dopiero potem jako gościnny dom czy gospodę⁵.

Chociaż wyraźnie zaznacza się, że sama idea opieki nad ludźmi umierającymi nie jest czymś nowym, to jednak M. Machinek podaje, że starożytny lekarz pogański nie leczył beznadziejnych przypadków. Działał tak, „aby nie narazić na szwank swojej reputacji, gdy okaże się, że jego terapia była nieskuteczna”⁶, a także ze względów religijnych motywujących go do zaniechania leczenia, które miało być nieuprawnioną próbą przedłużania życia, określonego przez los i bogów⁷. E. Sikorska stwierdza natomiast, że już przed Chrystusem w starożytnym Rzymie istniały pewne formy dobroczynności wobec chorych i potrzebujących. Jednak jej zdaniem dopiero chrześcijaństwo przyczyniło się do ich zinstytucjonalizowania i rozwoju na znaczną skalę. Analizując ideę opieki nad chorymi i umierającymi, autorka ta zauważa:

Zrodziła się ona w średniowieczu, wraz z rozwojem form szpitalnictwa jako forma praktykowania chrześcijańskiej idei miłosierdzia – poczucia solidarności i odpowiedzialności człowieka wobec wszystkich ludzi biednych, bezdomnych, włóczęgów, pielgrzymów, chorych i umierających⁸.

³ Por. A. BARTOSZEK. *Hospicjum*. W: *Encyklopedia bioetyki*. Red. A. Muszala. Radom 2005 s. 197.

⁴ BARTOSZEK. *Człowiek w obliczu*. s. 65.

⁵ Por. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO. *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*. Gdańsk 1996 s. 14; M. MACHINEK. *Śmierć w dyspozycji człowieka. Teologia moralna wobec problemów etycznych u kresu życia ludzkiego*. Olsztyn 2001 s. 75; T. DANGIEL. *Wobec wyboru: opieka paliatywna czy eutanazja?* W: *Między życiem a śmiercią. Uzależnienia, eutanazja, sytuacje graniczne*. Red. W. Bołoz, M. Ryś. Warszawa 2002 s. 197.

⁶ MACHINEK. *Śmierć w dyspozycji człowieka*. s. 76.

⁷ *Tamże*.

⁸ 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 s. 51–52.

Fundament takiej postawy wobec osób terminalnie chorych dostrzega się w słowach Jezusa: „Wszystko, co uczyniliście jednemu z tych braci moich najmniejszych, Mnieście uczynili” (Mt 25,40). Syn Boży utożsamia się zatem z ludźmi potrzebującymi i „najmniejszymi”. Okazana im pomoc, jako pomoc okazana Jemu samemu (por. Mt 25,31–46), jest warunkiem bycia zaliczonym w poczet błogosławionych w dzień sądu⁹.

2. RYS HISTORYCZNY CHRZEŚCIJAŃSKICH OŚRODKÓW OPIEKI PALIATYWNEJ

Łacińskie słowo *hospes* w języku greckim brzmi *ksenos* i oznacza przybysza, gościa. Od tego terminu wzięły się nazwy pierwszych chrześcijańskich zakładów dobroczynnych o nazwie *xenodochia*. Były to gospody, schroniska dla pielgrzymów i ubogich podróżnych. Mogły one powstawać oficjalnie pod szyldem chrześcijańskim dopiero po wydaniu przez rzymskiego cesarza Konstantyna Wielkiego tzw. Edyktu mediolańskiego w 313 r.¹⁰ Dokument ten, zapewniający m.in. swobodę religijną dla chrześcijan, stworzył Kościołowi możliwość podjęcia działalności dobroczynnej. Bartoszek wymienia szereg ówczesnych instytucji obejmujących różnorakie formy opieki nad ludźmi potrzebującymi, do których zaliczyć można: a) *nosokomia* – publiczne szpitale, nieznane ani Żydom, ani społeczeństwom grecko-rzymskim; b) *orfantotrofia* i *brefotrofia* – przytułki dla sierot i niemowląt; c) *gerotokomia* – przytułki dla starców; d) *ptochotrofia* – przytułki dla ubogich; e) *lobotrofia* – przytułki dla inwalidów i kalek; f) *pandocheia* – podobne do współczesnych hoteli. W tych miejscach, naznaczonych atmosferą chrześcijańską, nie tylko goszczono i karmiono biednych i chorych, ale również świadczone im usługi medyczne¹¹.

U początków *xenodochiów* wymienia się Bizancjum, Syrię, Palestynę i Egipt jako tereny, na których powstawały pierwsze z nich. Z biegiem dziejów instytucje te rozprzestrzeniły się także na Zachodzie, począwszy od Rzymu pod koniec IV w., przez Italię i Galię w w. VI i VII, aż po Afrykę Północną, Hiszpanię i Bałkany¹². W tej kwestii M. Górecki stwierdza, że w pierwszych gminach Kościoła opiekę nad chorymi sprawowali diakoni¹³. Troska ta sięga tu więc samych urzędów Kościoła i oficjalnego nauczania. Pierwsza wzmianka o *xenodochium* pojawia się w uchwałach soboru w Nicei z 325 r. Powołując się na 70. kanon tegoż soboru, Sikorska podkreśla rolę duchownych w sprawowaniu opieki nad tymi domami. Kanon ten mówi o konieczności istnienia w każdym mieście przytułku dla

⁹ BARTOSZEK. *Człowiek w obliczu*. s. 65; MACHINEK. *Śmierć w dyspozycji człowieka*. s. 75.

¹⁰ BARTOSZEK. *Hospicjum*. s. 197.

¹¹ TENŻE. *Człowiek w obliczu*. s. 66; SIKORSKA. *Narodziny i rozwój*. s. 72.

¹² BARTOSZEK. *Człowiek w obliczu*. s. 66–67.

¹³ M. GÓRECKI. *Hospicjum w służbie umierających*. Warszawa 2000 s. 50.

chorych pod nadzorem osoby duchownej¹⁴. K. Wałdowska wspomina w tym kontekście o św. Bazylim, który w 327 r. stworzył takie miejsce na przedmieściach Cezarei Kapadockiej¹⁵. Nawiązując do tej myśli, Bartoszek, obok osób prywatnych zakładających te instytucje, wymienia także zakonników i biskupów. Autor ten zaznacza, że biskup był oficjalnym kuratorem wszystkich instytucji charytatywnych. Sprawowanie pieczy nad *xenodochiami* mógł powierzyć swojemu przedstawicielowi – *xenodochowi*, który był duchownym bądź świeckim duchowym kierownikiem. Do jego obowiązków należało „przygotowanie łóżek, pościeli i tego wszystkiego, co było niezbędne ludziom biednym i chorym”¹⁶. Analizując pisma św. Jana Chryzostoma, który wybudował szpitale w Konstantynopolu, Bartoszek podkreśla znaczenie personelu, jaki tam posługiwał. W jego skład wchodził: lekarze, kucharze i pielęgniarki, a do leczenia chorych szukano pomocników wśród celibatariuszy. Św. Jan Chryzostom wymagał od posługujących cierpliwości, odwagi, spokoju, roztropności i zrozumienia, zaznaczając, że mogą się oni zetknąć z niewdzięcznością, drażliwością i nietolerancją ze strony chorych¹⁷. Istotne było staranie osób odpowiedzialnych o właściwy dobór pracowników *xenodochium*: „Św. Jan Kasjan, choć stwierdza, że praca w *xenodochium* dostarcza wielu zbawiających owoców, zauważa, że nie wszyscy mogą się jej oddawać”¹⁸.

Pierwszym, który w miejsce greckiego *xenodochium* użył łacińskiej nazwy *hospitium* był św. Paulin z Noli († 431). Nawiązując do jego działalności dobroczynnej, papież Jan Paweł II przypominał, że święty ten umieścił celę swojego klasztoru nad utworzonym przez siebie hospicjum. Było to źródłem jego radości z zachodzącej „wymiany darów”: jego opieki nad ubogimi, których modlitwy utwierdzały „fundamenty” jego domu oddanego wielbieniu Boga¹⁹.

Rozwój średniowiecznych hospicjów zaznaczył się w w. XI–XII. Sikorska wiąże to wydarzenie z przemianami społeczno-gospodarczymi owego okresu. Jedną z nich było częste przemieszczanie się ludności wsi, które następowało nie tylko ze względów gospodarczych, ale i w celach pielgrzymkowych. Autorka zauważa:

Po drogach Europy snuli się gromadami różnego rodzaju wędrowcy. Chorzy, starcy, okaleczeni, porzucone niemowlęta lub osierocone dzieci – wszyscy potrzebowali schronienia na krótszy lub dłuższy czas²⁰.

¹⁴ SIKORSKA. *Narodziny i rozwój*. s. 72.

¹⁵ K. WAŁDOWSKA. *Od przytułku do hospicjum*. „Więź” 34:1999 nr 2 s. 52.

¹⁶ BARTOSZEK. *Człowiek w obliczu*. s. 67.

¹⁷ *Tamże*.

¹⁸ *Tamże*.

¹⁹ JAN PAWEŁ II. *Adhortacja apostolska Vita consecrata*. Rzym 1996 (82); BARTOSZEK. *Człowiek w obliczu*. s. 67.

²⁰ SIKORSKA. *Narodziny i rozwój*. s. 73.

W nawiązaniu do tej myśli de Walden-Gałuszko wskazuje na funkcję pielęgnacyjno-leczniczą hospicjów sytuowanych przy drogach i głównych szlakach handlowych. Wymienia tu hospicjum św. Bernarda, mieszczące się na jednym ze szlaków alpejskich. Potrzebą tamtych czasów było także utworzenie miejsc opieki nad napadanymi pielgrzymami, a także nad ofiarami śmiertelnych wojen i epidemii, ranionymi często nawet w sposób śmiertelny²¹.

Rozwój hospicjów stał się możliwy dzięki ogromnym funduszom zebranych od ludzi pociągniętych wezwaniem średniowiecznego Kościoła do życia w ubóstwie. Liczne majątki oddawane były na cele dobroczynne, m.in. na fundacje opiekuńcze prowadzone przez zakony benedyktynów i cystersów, zakony szpitalne, a także bractwa rycerskie zajmujące się działalnością charytatywną i opieką nad chorymi i umierającymi²². Sam pobyt w hospicjum był darmowy. Instytucje opieki hospicyjnej utrzymywały się głównie z darowizn zwolnionych od podatków państwowych, a także ze składek wiernych. Kwestia datków od osób korzystających z pomocy hospicjum pozostawała w sferze dowolności i zależała niejednokrotnie od stanu majątkowego danego pacjenta²³. W domach tych panowała atmosfera wspólnoty pomiędzy mieszkającymi razem pielgrzymami, wędrowcami i osobami terminalnie chorymi. Klimat tworzony w tych miejscach był ważny dla ludzi umierających. Przeplatające się życie i śmierć jawiły się jako poszczególne etapy podróży, którą odbywa każdy człowiek²⁴. Nawiązując do tego, Wałdowska stwierdza, że w przypadku śmierci osoby objętej opieką hospicyjną urządzano jej pogrzeb na najbliższym cmentarzu²⁵.

Podlegająca rozwojowi idea hospicjum przetrwała wieki. Świadczą o tym etymologiczne pozostałości z łacińskiego *hospitium* zawarte we współczesnych nazwach: włoskiej *ospedale*, niemieckiej *spital*, angielskiej *hospital*, polskiej *szpital*, francuskich *hotel*, *hostel* i *Hôtel du bon Dieu* („Zajazd dobrego Boga”). Ciągłe żywa jest kryjąca się za tymi słowami idea miłosiernej pomocy potrzebującym, ubogim, chorym i umierającym. Związana głęboko z chrześcijaństwem przetrwała ona nawet czasy odrodzeniowej i oświeceniowej sekularyzacji instytucji kościelnych, również tych o charakterze charytatywnym²⁶. Dostrzegalne rozdzielenie zadań leczniczych od przytułkowych nastąpiło w XIX w. i związane było ze znacznym rozwojem nauk medycznych. W związku z tym Bartoszek zauważa:

²¹ Por. WALDEN-GAŁUSZKO. *U kresu*. s. 14; E. DUTKIEWICZ. *Hospicjum*. W: *Leksykon duchowości katolickiej*. Red. M. Chmielewski. Lublin-Kraków 2002 s. 339.

²² SIKORSKA. *Narodziny i rozwój*. s. 73.

²³ BARTOSZEK. *Człowiek w obliczu*. s. 67–68.

²⁴ *Tamże*. s. 74.

²⁵ WAŁDOWSKA. *Od przytułku*. s. 52.

²⁶ Por. *Tamże*. s. 69; MACHINEK. *Śmierć w dyspozycji człowieka*. s. 76; SIKORSKA. *Narodziny i rozwój*. s. 72.

Od tej pory szpitale stały się podstawowymi zakładami leczenia zamkniętego przeznaczonymi dla chorych wymagających stacjonarnego leczenia²⁷.

Dodaje również, iż wszyscy pozostali, którzy ze względów zdrowotnych, finansowych i braku opieki ze strony najbliższych mogli być dotychczasowymi pensjonariuszami szpitali, od tej pory sprowadzani byli do specjalnie utworzonych domów opieki społecznej i innych²⁸.

Przykładem inicjatyw społecznych w tym zakresie jest postawa bogatej wdowy J. Gardier, która, celem przywrócenia najuboższym warunków opieki hospicyjnej opartej na historycznych wzorcach, utworzyła w Lyonie w 1842 r. pierwsze ze swych schronisk. Otrzymało ono podwójną nazwę „Hospicjum” i „Kalwaria”. Bartoszek zauważa, że tu właśnie po raz pierwszy posłużono się nazwą „hospicjum” na oznaczenie miejsca przeznaczonego wyłącznie dla umierających. Kolejnymi krajami, w których powstały hospicja były Irlandia i Anglia, a w niej szczególnie zaś Londyn, gdzie w XIX i XX w. założono kilka hospicjów²⁹.

Początek współczesnego ruchu hospicyjnego związany jest z osobą Saunders, która otworzyła w 1967 r. w Londynie Hospicjum św. Krzysztofa. Dwa lata później włączyła w zakres swojej pracy opiekę domową, a także szkolenie nowych członków zespołów hospicyjnych. Hospicjum Saunders w pełni urzeczywistniło współczesną koncepcję opieki paliatywnej³⁰. De Walden-Gałuszko pozytywnie ocenia tę inicjatywę, uznając ją za swoistą odpowiedź na problem umierania ludzi będących w trudnych warunkach – bez opieki medycznej i „ludzkiej”³¹. Idea hospicjum, jak podaje Bartoszek, szybko przeniknęła do Wielkiej Brytanii, Stanów Zjednoczonych, Australii oraz Kanady. W Kanadzie ten model opieki wprowadzono do klinik uniwersyteckich i włączono go do aktywnego leczenia szpitalnego, przyjmując dla niego nazwę „opieka paliatywna”³². Od tego czasu ruch hospicyjny przeżywa dynamiczny rozwój na całym świecie, co potwierdza działalność Światowej Organizacji Zdrowia oraz wielu innych organizacji i instytucji, które mają na celu dobro człowieka terminalnie chorego. Jedną z nich, mającą znaczący wpływ na kształtowanie poglądów i działań w tej dziedzinie, jest Kościół katolicki. Uwidacznia się to poprzez nauczanie oraz aktywne uczestniczenie w niesieniu pomocy, które wynikają z jego podstawowej misji³³. Papież Jan Paweł II podkreślił to zaangażowanie Kościoła, który „w medycynie widział istotną pomoc dla swej

²⁷ BARTOSZEK. *Człowiek w obliczu*. s. 70.

²⁸ *Tamże*.

²⁹ Jednym z nich było Hospicjum św. Łukasza, w którym w 1935 r. wprowadzono dawkowaną morfina jako środek do kontrolowania bólu u osób z chorobą nowotworową. Por. *Tamże*.

³⁰ SIKORSKA. *Narodziny i rozwój*. s. 75; BARTOSZEK. *Człowiek w obliczu*. s. 72.

³¹ WALDEN-GAŁUSZKO. *U kresu*. s. 15.

³² BARTOSZEK. *Hospicjum*. s. 198.

³³ BENEDYKT XVI. *Encyklika Deus caritas est*. Rzym 2005 (22).

zbawczej misji wobec człowieka³⁴. Funkcja chrześcijańskiego świadectwa, od najdawniejszego *xenodochium*, aż po współczesne formy opieki medycznej, szła zawsze w parze z troską o godność człowieka chorego³⁵. Papież Benedykt XVI kontynuował ten temat, poświęcając mu nawet orędzie z okazji Światowego Dnia Chorych w r. 2007 oraz podejmując te zagadnienia w ważniejszych swoich dokumentach³⁶.

3. KOŚCIÓŁ KATOLICKI WPISANY W TWORZENIE „POLSKIEGO MODELU HOSPICIJUM DOMOWEGO”

Łączność idei tworzenia ośrodków opieki paliatywnej z Kościołem przejawia się w ich nazwach, dedykowanych często świętym, a także w osobach duchownych będących ich inicjatorami.

Inicjatorką współczesnego ruchu hospicyjnego Saunders nie wyróżnia konkretnego modelu funkcjonowania hospicjum. Jej zdaniem każdy kraj musi wypracować swój własny model działalności opiekuńczej nad osobami chorymi terminalnie. Podczas pobytu w Polsce w 1978 r. powiedziała:

Mam nadzieję, że wkrótce i Polska, z którą czuję się związana przez licznych pacjentów Św. Krzysztofa, będzie miała swe pierwsze hospicjum³⁷.

Idąc za wskazaniem założycielki Hospicjum św. Krzysztofa, podjęto w Polsce działalność opiekuńczą skierowaną do osób terminalnie chorych. Prekursorką ruchu hospicyjnego w Polsce była H. Chrzanowska, która założyła w Krakowie tzw. „pielęgniarstwo domowe”. Jego celem była opieka nad osobami przewlekle chorymi i będącymi w stanie terminalnym, sprawowana w domach. „Pielęgniarstwo domowe” charakteryzowało się uwzględnieniem obok medycznych także psychospołecznych oraz duchowych aspektów opieki paliatywnej. Działalność Chrzanowskiej stała się bazą do powstania pierwszego w Polsce stacjonarnego ośrodka hospicyjnego. Został on założony w Krakowie w 1981 r., otrzymując nazwę „Towarzystwo Przyjaciół Chorych «Hospicjum»”³⁸.

³⁴ JAN PAWEŁ II. *Przemówienie do uczestników XV Międzynarodowego Kongresu Federacji Lekarzy Katolickich „Medycyna na służbie życia i człowieka”*. „L’Osservatore Romano” 3:1982 nr 11–12 s. 5.

³⁵ *Tamże*.

³⁶ POR. BENEDYKT XVI. *Orędzie na Światowy Dzień Chorego 2007 r.* „L’Osservatore Romano” 28:2007 nr 2 s. 8 (2); TENŻE. *Encyklika Caritas in veritate*. Rzym 2009 (51, 75–76); TENŻE. *List apostolski motu proprio Porta fidei*. Rzym 2011 (13, 15); TENŻE. *Adhortacja apostolska Africae munus*. Ouidah 2011 (29–30, 35).

³⁷ *Tamże*.

³⁸ WALDEN-GAŁUSZKO. *U kresu*. s. 15.

Zdaniem J. Ruszkowskiej, „polski model hospicjum domowego” zapoczątkowało założone w 1984 r. w Gdańsku Hospitium Pallotinum³⁹. Było ono drugim po Krakowie ośrodkiem opieki hospicyjnej w Polsce. Wydarzenie to zostało docenione przez papieża Jana Pawła II, który podczas wizyty w Trójmieście stwierdził: „Z uznaniem myślę o «Hospicjum», które podjęło swą służbę w Gdańsku i promieniuje na inne miasta”⁴⁰. Główną ideą modelu przyjętego w Gdańsku była osobista więź z chorym terminalnie człowiekiem i jego rodziną. Zasady opieki nad chorym zawierały się w dewizie: „Assistentia Pallativa et Pastoralis”⁴¹. W połowie lat 80. model ten przyjął się i rozpowszechnił na terenie całej Polski. J. Drązkiewicz stwierdza, iż działalność gdańskiego hospicjum swymi początkami sięga lat 70. i jest niezależna od krakowskiej idei opieki domowej. Jego utworzenie jest nie tylko znaczące dla postępu w kształtowaniu się polskiego ruchu hospicyjnego, ale także jest przykładem czynnego zaangażowania się kapłana w tę dziedzinę życia ludzkiego. Inicjatorem gdańskiego hospicjum był bowiem pallotylny ks. E. Dutkiewicz⁴². Sam założyciel stwierdzał: „W Polsce dominuje model domowej opieki hospicyjnej, której inicjatorem i propagatorem był od roku 1984 Kościół”⁴³. Autor ten uznawał, że ten model opieki góruje nad opieką szpitalną, bowiem

[...] w domu dźwięki, słowa, gesty chorego nabierają innego znaczenia – innego niż na oddziałach szpitalnych, pośród rozproszenia i pośpiechu⁴⁴.

U początków powstania polskiego modelu hospicjum domowego gdański zespół opieki paliatywnej składał się z osoby kapłana-założyciela, prof. J. Muszkowskiej-Penson i dwóch pielęgniarek. Opierał się na doświadczeniach tworzących go spontanicznie osób, a pierwszymi podopiecznymi były dwie zaprzyjaźnione im osoby. Stopniowo rozwijające się doświadczenie pozwoliło na poszerzenie działalności owego zespołu o grupę innych osób terminalnie chorych, które umierały w środowisku domowym bez właściwej opieki paliatywnej⁴⁵.

³⁹ Organizacją tego ośrodka zajął się ks. E. Dutkiewicz SAC. Zob. J. RUSZKOWSKA. *Hospicjum. W: Ewangelizacja i nawrócenie. Program duszpasterski na rok 1995/96*. Katowice 1995 s. 543.

⁴⁰ JAN PAWEŁ II. *Chrystus na posłudze ludzi cierpiących* (Gdańsk, 12.06.1987). W: *Do końca ich umiłował. Trzecia wizyta duszpasterska w Polsce 8–14 czerwca 1987 roku*. Città del Vaticano 1987 s. 165.

⁴¹ Dewiza ta oznaczała pomoc w aspekcie medycznym i duchowym. Zob. J. DRĄŻKIEWICZ. *O ruchu hospicjów w Polsce*. W: *W stronę człowieka umierającego*. s. 133; J. STOKŁOSA. *Ruch hospicyjny w Polsce. Geneza, historia, stan aktualny*. W: *Życiem otulana śmierć. Naśladować Chrystusa w posłudze hospicyjno-paliatywnej*. Red. J. Zajac. Warszawa 2004 s. 47.

⁴² DRĄŻKIEWICZ. *O ruchu hospicjów*. s. 114; DUTKIEWICZ. *Hospicjum*. s. 340.

⁴³ E. DUTKIEWICZ. *Duszpasterska opieka nad ciężko chorymi i umierającymi*. W: *Ewangelizacja i nawrócenie*. s. 539.

⁴⁴ TENŻE. *Zdjąć udrękę. Opieka duchowa nad umierającym*. „Więź” 34:1999 nr 2 s. 87.

⁴⁵ WALDEN-GAŁUSZKO. *U kresu*. s. 16.

Jednym z kolejnych ośrodków rozwijającego się ruchu hospicyjnego było utworzone w 1985 r. poznańskie Hospicjum św. Jana Kantego. W tym kontekście warto nadmienić, że podobnie jak Hospitium Pallotinum, również ono ukształtowało się jako „owoc duszpasterskich poszukiwań oraz współpracy środowiska kapłańskiego i lekarskiego”⁴⁶. Kolejne hospicja powstawały: w 1986 r. w Gdyni, w 1987 w Białymstoku, Szczecinie, Warszawie, a w 1988 – w Elblągu, Katowicach, Kielcach, Koszalinie, Tczewie, Toruniu i we Wrocławiu. Jakkolwiek różniły się one organizacją oraz liczbą uczestników i liczbą podopiecznych, to ich wspólnym celem była „działalność opiekuńcza nad ludźmi nieuleczalnie chorymi i ich rodzinami”⁴⁷.

Analizując początki opieki paliatywnej w Polsce, Bartoszek stwierdza: „Fundamentalnym założeniem opieki hospicyjnej jest otwarcie na człowieka ciężko chorego i umierającego”⁴⁸. W świetle tej wypowiedzi, można zauważyć konieczność zaproszenia chorej osoby do tworzenia wspólnoty. Jej środowiskiem jest przede wszystkim własna rodzina, ale także społeczeństwo i Kościół. To właśnie w tych kręgach chory może doświadczyć wszechstronnej opieki i ulgi w cierpieniu, które przygotowują go na godną śmierć”⁴⁹. Na istotne znaczenie Kościoła i jego kapłanów wskazuje de Walden-Gałuszko. Wymienia ich obok lekarzy, pielęgniarek, zakonnic, psychologów, studentów i pracowników innych zawodów, stanowiących optymalny skład funkcjonującego w warunkach polskich zespołu opieki paliatywnej⁵⁰.

4. OPIEKA DUSZPASTERSKA W „POLSKIM MODELU HOSPICIUM”

Zwracając uwagę na charakterystyczne cechy polskiego modelu opieki domowej, Dutkiewicz podkreśla konieczność pracy zespołowej – potrzebę jednoczesnej obecności przy chorym zarówno lekarza i pielęgniarki, jak i duchownego⁵¹. To podstawa holistycznego towarzyszenia umierającemu, które jest jedną z najwyższych wartości i celów polskich hospicjów. Papież Jan Paweł II przypomina, że należy przy tym mieć świadomość rychłego spotkania się chorego z Bogiem. Trwanie przy odchodzącym do Stwórcy człowieku, obok postawy obdarzania go

⁴⁶ Por. BARTOSZEK. *Człowiek w obliczu*. s. 74; RUSZKOWSKA. *Hospicjum*. s. 543; DRĄŻKIEWICZ. *O ruchu hospicjów*. s. 126; JAN PAWEŁ II. *Chrystus na posłudze*. s. 165.

⁴⁷ DRĄŻKIEWICZ. *O ruchu hospicjów*. s. 98.

⁴⁸ BARTOSZEK. *Hospicjum*. s. 198.

⁴⁹ *Tamże*.

⁵⁰ Por. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO. *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotematologii*. Gdańsk 1992 s. 35; TAŻ. *Opieka hospicyjno-paliatywna – historia, wyjaśnienie pojęć, filozofia postępowania*. W: *Życiem otulana śmierć*. s. 37.

⁵¹ Analizując sytuację na Zachodzie, E. Dutkiewicz dostrzega zatrudnianie psychoanalityków w miejsce brakujących osób duchownych. DUTKIEWICZ. *Duszpasterska opieka*. s. 539.

czujną uwagą, słuchania go i autentycznego bycia razem, cechuje się także głęboką miłością wyrażaną współczuciem, serdecznością, zrozumieniem i dzieleniem się siłą życiową⁵². Nawiązując do tej myśli, P. Góralczyk stwierdza, że poczucie chorego o obecności innych ma swoje granice. Perspektywa samotności, w której dochodzi do „zerwania kontaktu z otoczeniem i kroczenia dalszą, nieznaną drogą w inny świat już zupełnie samemu” może napełniać umierającego przerażeniem⁵³. Autor ten jako właściwą pomoc podaje ufne zwrócenie się ku Bogu, które dokonuje się za pośrednictwem kapłana⁵⁴.

Hospicjum domowe, funkcjonujące bardzo często w oparciu o Kościoł, działa we wspólnocie, na czele której stoi duszpasterz. Każdy członek zespołu domowej opieki paliatywnej jest w stanie pomagać bezinteresownie i w sposób proporcjonalny zarówno do potrzeb chorego, jak i jego rodziny. Rodzina ma zasadnicze prawo do chorego. Ruszkowska podkreśla, że akcentowanie tego prawa jest bardzo znaczące. Zespół opieki nie może bowiem dążyć do zastąpienia choremu rodziny, lecz ma ją wspierać w trudnych chwilach choroby⁵⁵. De Walden-Gałuszko bada płaszczyznę kontaktów zespołu hospicyjnego z pacjentem i jego rodziną. Przejawiają się one w bezpośredniej opiece medycznej i informowaniu pacjenta o jego stanie. Obok nich autorka wymienia także zaspokajanie potrzeb emocjonalnych chorego i jego rodziny oraz pomoc duchową⁵⁶. Wszelkie wspólne działania członków zespołu opieki hospicyjnej są podejmowane w duchu współodpowiedzialności za jakość opieki. Zdaniem Ruszkowskiej oczywiste staranie się o jak najwyższy jej poziom domaga się ciągłego procesu własnego doksztalcania i umiejętnego rozłożenia czasu pracy. Osoby z zespołu opieki rozdzielają między siebie pracę w taki sposób, aby nie zaniedbać własnej rodziny i obowiązków. W tym aspekcie autorka zwraca uwagę na pewną samodyscyplinę, która nie jest jednak zasadą bezwzględna. Zdają się to potwierdzać słowa:

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 pracę zawodową) i nie licząc się z własnym zmęczeniem⁵⁷.

Troska o członków zespołu hospicyjnego przejawia się również w zakresie ich sfery psychicznej i duchowej. Oprócz szkoleń natury zawodowej i specjalistycznej, osoby te uczestniczą również w comiesięcznych spotkaniach (także modlitewnych),

⁵² Por. JAN PAWEŁ II. *Przemówienie do uczestników sympozjum zorganizowanego przez Ośrodek Bioetyki Katolickiego Uniwersytetu Sacro Cuore „Człowiek wobec tajemnicy śmierci”*. „L'Osservatore Romano” 13:1992 nr 7 s. 38–39 (5); DRAŻKIEWICZ. *O ruchu hospicjów*. s. 134–135; DUTKIEWICZ. *Zdjąć udrękę*. s. 87.

⁵³ P. GÓRALCZYK, *Sens życia – sens śmierci*. Ząbki 2003 s. 216.

⁵⁴ *Tamże*. s. 216–217.

⁵⁵ RUSZKOWSKA. *Hospicjum*. s. 546.

⁵⁶ WALDEN-GAŁUSZKO. *Wybrane zagadnienia*. s. 34; TAŻ. *U kresu*. s. 17.

⁵⁷ RUSZKOWSKA. *Hospicjum*. s. 546. Por. DUTKIEWICZ. *Zdjąć udrękę*. s. 89.

na których mogą dzielić się doświadczeniami i znajdować wsparcie w trudnych chwilach⁵⁸.

Decyzję o skierowaniu zespołu opieki paliatywnej do chorego terminalnie pacjenta podejmuje kapłan pełniący funkcję kapelana. Jest to odpowiedzialna funkcja i wymaga odpowiedniej oceny sytuacji i stanu pacjenta, której dokonuje się w porozumieniu z rodziną chorego. Wyboru dokonuje się na podstawie określonych kryteriów i po dokonaniu pewnych czynności, na które wskazuje de Walden-Gałuszko: a) zbadanie chorego i ocena jego stanu pod względem kwalifikowania się pod opiekę hospicyjną; b) rozpoznawanie problemów i potrzeb chorego i jego rodziny; c) doraźna pomoc choremu; d) założenie dokumentacji celem umieszczenia w niej uwag z obserwacji lekarza i osób opiekujących się pacjentem; e) po ustaleniu faktycznego stanu chorego organizuje się zespół hospitalizacyjny. De Walden-Gałuszko dodaje, że jego skład zależy każdorazowo od okoliczności i sytuacji pacjenta, a także od czynników wpływających na dyspozycyjność członków zespołu⁵⁹.

Organizacja zespołu leży w gestii lekarza, do którego należy przeprowadzanie procesu leczenia i zasięganie porad na temat chorego w miejscach, gdzie ten wcześniej był leczony. Częstotliwość wizyt lekarskich zależy od potrzeb pacjenta i jego rodziny⁶⁰.

Ruszkowska wskazuje na ważną rolę pielęgniarek, które poświęcają najwięcej czasu choremu i jego rodzinie. Podejmując czynności opiekuńcze, jednocześnie uczą rodzinę chorego tych podstawowych działań opiekuńczych, które mogą być przez nią spełniane. Obecność lekarza i pielęgniarek jest potrzebna nawet po śmierci pacjenta, kiedy to towarzyszą oni rodzinie i świadczą jej konieczną pomoc⁶¹. Pozostałe osoby zespołu mogą pomóc, zgodnie z sobie właściwymi działaniami, przy wielu różnorodnych sprawach związanych z opieką nad chorym. Ich pomoc może być konieczna także po jego śmierci i przejawia się w opiece nad rodziną, załatwieniu formalności pogrzebowych i innych⁶².

Szczególną rolę w okresie umierania odgrywa kapłan i spełniana przez niego posługa duchowa, która obejmuje wszystkie podmioty opieki paliatywnej. Sytuacja zbliżającej się śmierci bliskiego człowieka, jak zauważa Ruszkowska, stanowić może bazę dla procesu duchowego dojrzewania wszystkich podmiotów opieki hospicyjnej⁶³. Rola kapłana nie ogranicza się do sprawowania sakramentów, gdyż

⁵⁸ *Tamże*.

⁵⁹ WALDEN-GAŁUSZKO. *Wybrane zagadnienia*. s. 34.

⁶⁰ *Tamże*.

⁶¹ RUSZKOWSKA. *Hospicjum*. s. 546.

⁶² WALDEN-GAŁUSZKO. *Wybrane zagadnienia*. s. 35.

⁶³ *Tamże*. s. 548.

w każdych okolicznościach towarzyszy on duchowym zmaganiom rodziny i samej osoby umierającej⁶⁴.

5. CHRZEŚCIJAŃSTWO U PODSTAW IDEI HOSPICIUM

Analizując próbę ukazania modelu hospicyjnego istniejącego w Polsce, należy zauważyć za Bartoszkim, że u jego podstaw stoją chrześcijanie ściśle związani z Kościołem, którzy podejmują współpracę także z osobami kierującymi się „świeckim humanizmem”. Idea hospicjum zespala w sobie element chrześcijański i ludzki. Tym, co wyróżnia „polski model” jest dominacja opieki domowej nad pozostałymi formami opieki paliatywnej⁶⁵. Przykład Hospitium Pallotinum pokazuje, iż idea hospicyjna czerpie swe źródło zarówno z doświadczeń lekarskich, jak i duszpasterskich. Jest odpowiedzią na konkretną potrzebę pomocy ludziom umierającym bez odpowiedniej opieki⁶⁶. Zetknięcie się z zagranicznymi gotowymi formami opieki paliatywnej było wydarzeniem wtórnym. Wywarło to pośredni wpływ na wybór formy pracy. Stała się nią opieka domowa, której podmioty kierują się zasadą bezinteresowności działania. Drażkiewicz na określenie tej formy używa nazwy „model gdański”⁶⁷. Samo gdańskie hospicjum ulegało przemianom, dostosowując formy opieki paliatywnej do potrzeb sytuacji. Dowodem tego jest utworzenie w lutym 2003 r. stacjonarnego ośrodka opieki paliatywnej w Gdańsku, który funkcjonuje w połączeniu z działającą nieprzerwanie opieką domową. Gdańskie hospicjum nosi aktualnie imię ks. Dutkiewicza, zmarłego we wrześniu 2002 r.⁶⁸

Analizując aktualny stan ruchu hospicyjnego, należy dostrzec aktywność i dynamizm jego rozwoju. Dutkiewicz podaje, że w 1993 r. przy Ministerstwie Zdrowia powstała także Rada Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej, która zajmuje się pracą koordynacyjną ruchu hospicyjnego w Polsce⁶⁹. Przedstawiając sytuację tego ruchu w Polsce, Stokłosa stwierdza, że opieka paliatywna prowadzona jest obecnie już w ponad 400 różnych formach. Opieką domową zajmuje się ponad 150 hospicjów, stacjonarną ponad 50 ośrodków opieki paliatywnej, oddziały dzienne występują w liczbie 70 placówek, a 160 poradni udziela pomocy informacyjnej z zakresu medycyny paliatywnej i leczenia bólu. Stacjonarne zaś ośrodki opieki

⁶⁴ Por. Tamże. s. 35; E. DUTKIEWICZ, M. SOKOŁOWSKI. *Towarzyszenie w cierpieniu*. „W Drodze” 18:1990 nr 3 s. 94.

⁶⁵ BARTOSZEK. *Człowiek w obliczu*. s. 75.

⁶⁶ Por. DRAŻKIEWICZ. *O ruchu hospicjów*. s. 113–114; STOKŁOSA. *Ruch hospicyjny w Polsce*. s. 47; JAN PAWEŁ II. *Chrystus na postudze*. s. 165.

⁶⁷ DRAŻKIEWICZ. *O ruchu hospicjów*. s. 113–114.

⁶⁸ Ks. Dutkiewicz zmarł 11 września 2002 r. Zob. J. ZAJĄC. *Ważniejsze wydarzenia z kalendarium ruchu hospicyjnego w Polsce*. W: *Życiem otulana śmierć*. s. 55; T. DANGIEL. „Nie powinienem być iść na tę pasterkę”. *Wspomnienie o ks. Eugeniuszu Dutkiewiczu*. „Więź” 45:2002 nr 12 s. 94.

⁶⁹ DUTKIEWICZ. *Duszpasterska opieka*. s. 539.

paliatywnej są w stanie przyjąć ponad 800 pacjentów⁷⁰. Autor ten wskazuje także na rozwój naukowej sfery medycyny paliatywnej. Prowadzone są wykłady i seminaria na akademiach medycznych. W r. 2003 nastąpiło przełomowe wydarzenie uzyskania przez pierwszych lekarzy tytułu specjalisty z dziedziny medycyny paliatywnej⁷¹.

Według danych z r. 2008 w Polsce było 349 publicznych (państwowych, samorządowych) i niepublicznych (prowadzonych przez stowarzyszenia, fundacje, stowarzyszenia zakonne, Caritas) zakładów opieki paliatywno-hospicyjnej. Oprócz tego funkcjonują nieliczne (i niepoliczone) komercyjne ośrodki paliatywno-hospicyjne. Publiczne i niepubliczne zakłady opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce to: 154 poradnie medycyny paliatywnej (w tym 53 niepubliczne), 284 hospicja domowe (w tym 121 niepublicznych), 70 oddziałów medycyny paliatywnej w szpitalach, 63 hospicja stacjonarne (w tym 34 niepubliczne), 42 zespoły opieki domowej dla dzieci⁷². De Walden-Gałuszko komentuje te dane:

Wydaje się, że są to liczby dość duże. Tymczasem, jak wykazują statystyki, opieką paliatywną obejmuje się do chwili obecnej ok. 50% pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej. Wydaje się, że w przyszłości procent ten powinien być znacznie wyższy, tym bardziej, że poza chorobą nowotworową również inne przewlekłe choroby w swym końcowym stadium winny być włączone do opieki paliatywnej⁷³.

ZAKOŃCZENIE

Podsumowując, należy stwierdzić, że przez ostatnie lata, mimo zagrożeń odrzucających personalistyczną wizję człowieka oraz ingerujących w proces życia i umierania wbrew moralności chrześcijańskiej, opieka paliatywna ulega znacznemu rozwojowi. Wywiera przez to znaczący wpływ, nie tylko na środowisko nauk medycznych, ale przede wszystkim na rozumienie problemu cierpienia i umierania we współczesnym świecie. Mająca swoje korzenie w starożytności opieka paliatywna od zawsze w zakres swoich działań, obok aspektu biologicznego, wpisywała również aspekt duchowy cierpiącego człowieka. Ponadto obejmując swoim zasięgiem osoby chore, ich rodziny, a także osoby świadczące opiekę, rozpościera się ona na te podmioty w różnych formach. Sztandarową dla idei hospicyjnej i dającą

⁷⁰ Dane pochodzą z 2004 r. Por. STOKŁOSA. *Ruch hospicyjny*. s. 49.

⁷¹ Tamże; DUTKIEWICZ. *Duszpasterska opieka*. s. 539.

⁷² Por. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO. *Sprawozdanie z działalności Krajowego Konsultanta w dziedzinie medycyny paliatywnej za 2007 rok*. Dostępny w internecie: <http://www.opiekapaliatywna.org/> [dostęp: 15 grudnia 2011].

⁷³ TAŻ. *Problemy w ocenie jakości opieki paliatywnej*. W: *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce*. Red. K. de Walden-Gałuszko, M. Majkovicz. Gdańsk 2008 s. 3–4.

najlepsze warunki na dobre przeżycie śmierci, jest forma opieki domowej. Obok niej działa prężnie rozwijająca się sieć stacjonarnych ośrodków opieki paliatywnej, będących ponadto miejscami przeprowadzania doraźnych zabiegów, udzielania porad wszystkim osobom podlegającym wielozakresowej opiece paliatywnej, a także miejscami rozmaitych spotkań szkoleniowych, naukowych i konferencyjnych. Nie bez znaczenia pozostaje fakt, iż wiele z tych ośrodków znajduje się pod opieką Kościoła i jego pasterzy, kontynuując w ten sposób wiekową tradycję i podejmując właściwe mu zadania w aktualnym czasie. W tym kontekście na uwagę zasługuje stworzenie ośrodka hospicyjnego w Gdańsku, dokonane przez ks. Dutkiewicza. Ośrodek ten stał się wzorcowym, stojąc u podstaw znanego w świecie tzw. „polskiego modelu hospicjum”.

THE CATHOLIC CHURCH'S CONTRIBUTION TO THE PROCESS OF ESTABLISHMENT OF THE PALLIATIVE CARE CENTERS

S u m m a r y

Recent history of medicine shows a significant development of the palliative care. This process is not an issue of past two or three decades but it has begun in the early ancient times and lasts till today. Although taking care of the terminally ill is not related to any certain religion, it is seen that it started to develop rapidly after the conjunction with the Christian vision of love (*caritas*). The Church's care of the sick was being taken up by priests, monks and different Christian communities. There are different methods of care of the terminally ill, such as founding houses called "the hospice", or by so called "the home hospice", which is specific for "the Polish model of home hospice", founded in 1984 in Gdańsk by Eugeniusz Dutkiewicz SAC, priest and pastor of the health service.

Słowa kluczowe: opieka paliatywna, hospicjum, ruch hospicyjny, szpitalnictwo, opieka domowa, człowiek terminalnie chory, człowiek umierający.

Key words: palliative care, hospice, hospice movement, hospital system, Home Care, terminally sick person, dying person.