

ZESPOŁOWE DUSZPASTERSTWO HOSPICYJNE INSPIRACJĄ DO ZAANGAŻOWANIA KOŚCIOŁA W OPIEKĘ NAD OSOBAMI U KRESU ŻYCIA

Poprzez całe dzieje ludzkości ostatni etap życia był wyzwaniem, na które starano się odpowiedzieć w wymiarze indywidualnym i wspólnotowym. Także cała kultura chrześcijańska jest związana z troską o osoby chore, a troska o sieroty i wdowy, będąca wyzwaniem w czasach apostoelskich, pozostaje ważnym zadaniem duszpasterskim także dzisiaj¹. W Polsce współczesny ruch hospicyjny jest związany z zaangażowaniem Kościoła i utworzonym duszpasterstwem hospicyjnym. Poprzez analizę historii współczesnego ruchu hospicyjnego i zespołowej opieki duszpasterskiej, można przygotować wspólnoty parafialne do podjęcia opieki nad rosnącą grupą osób starszych i przewlekle chorych, przebywających w swoich domach. W ten sposób współczesne wspólnoty wierzących, będą mogły skutecznie wspierać będące wśród nich osoby u kresu życia, by kontynuować działania charytatywne, obecne w całej historii Kościoła.

1. Historia chrześcijańskiej opieki nad chorymi i umierającymi

Na kartach Nowego Testamentu znajdują się liczne opisy troski pierwszych wspólnot chrześcijańskich o ludzi chorych i umierających, a spektakularne uzdrowienia są potwierdzeniem mocy Ducha Świętego w działaniu Apostołów. Szczególnie częste są wskazania odnośnie do wdów i sierot. Brak należytej troski o te grupy był

¹ Por. P. Krakowiak, *Pomoc po stracie i towarzyszenie w żałobie jako zadanie duszpasterskie*, w: *Perspectiva*, Legnickie Studia Teologiczno-Historyczne, Rok IX 2010 Nr 2 (17), s. 73-74.

jednym z powodów powołania instytucji diakonów w pierwotnym Kościele². Słowa zachęty z *Listu św. Jakuba* są jednoznaczne: *Religijność czysta i bez skazy wobec Boga i Ojca wyraża się w opiece nad sierotami i wdowami w ich utrapieniach*³. Biblijne nakazy, jak również praktyka pierwszych wspólnot, wskazują jak wielką opieką otaczano umierającego i jego bliskich. Działalność charytatywna, obok sakramentów i głoszenia słowa, była ważną praktyką życia chrześcijańskiego. Troska o wdowy, sieroty, więźniów, chorych i wszystkich potrzebujących należała do istoty chrześcijańskiej miłości. Justyn męczennik szeroko opisywał działalność charytatywną Kościoła⁴, a Ignacy Antiocheński, określając Kościół rzymski jako „przewodzący w miłości (*agape*)”⁵, zawierał z pewnością w tej definicji troskę wspólnoty o osoby umierające, osieroczone i przeżywające żałobę.

Od starożytności i w średniowieczu dzieła miłosierdzia prowadziły wspólnoty zakonne opiekujące się chorymi, umierającymi, a także osobami w żałobie. Taką funkcję pełniły na Wschodzie *xenodoxia*, a na Zachodzie *hospitia*, w których troszczono się o fizyczne, jak i o duchowe potrzeby ciężko chorych i ich bliskich. Pierwszą opisaną fundacją szpitalną w kościele łacińskim było *Hospicjum* Fabioli Rzymskiej, powstałe około 400 roku. „Ona jako pierwsza ustanowiła miejsce dla chorych i umierających z ulic i zatroszczyła się o cierpiących pozostawionych w biedzie i cierpieniu”⁶. Natomiast założone przez króla Chuldeberta z małżonką *Hospicjum* w Lyonie było dla wielu wzorem troski o chorych i umierających⁷. Działalność charytatywną Kościoła prowadziły

² Por. Dz 6,1.

³ Jk 1,27.

⁴ Por. Justyn, *Apologia* I,67: „Zamożniejsi zaś pośród nas wspierają wszystkich, którzy cierpią niedostatek i zawsze wzajemnie sobie pomagamy. [...] Ci, którzy są zamożni i chcą, każdy według własnej woli daje to, co chce, a wszystko co się zbierze, składa się przełożonemu. On zaś wspomaga sieroty, wdowy, chorych lub z innej przyczyny cierpiących niedostatek, więźniów, obcych, gości, krótko mówiąc, wszystkich potrzebujących bez wyjątku”, w: *Pierwsi apologetyci greccy*, BOK 24, Kraków 2004, s. 255-256.

⁵ Ignacy, *List do Kościoła w Rzymie*, w: *Pierwsi świadkowie*, BOK 10, Kraków 1998, s. 128.

⁶ Por. Ep. LXXVII: *Ad Oceanum, de morte Fabiole*, PL XXII, s. 694.

⁷ Por. H. Granshaw, A. Lindsay & C. Porter-Roy (red.), *The Hospitals in History*, London 1989, s. 23-24.

liczne bractwa, a myśl eschatologiczna wynikająca z obowiązków brackich, wśród których były odwiedziny i troska o umierającego, obecność na pogrzebie, troska o sieroty i wdowy, a także pamięć o zmarłych członkach, odgrywały istotną rolę w ówczesnej rzeczywistości społecznej, tworząc wspólnotową troskę u kresu życia⁸.

W dobie reformacji i kontrreformacji niepokoje społeczne tego okresu doprowadziły do rozwiązania wielu klasztorów, powodując także upadek wielu organizacji zajmujących się chorymi i umierającymi. Zubożały szpital miejski *Hotel Dieu* w Paryżu był w tak opłakanym stanie, że podnosiły się głosy na temat sensu jego istnienia⁹. Powstały nowe zakony, których charyzmatem była troska o chorych i umierających, takie jak bonifratrzy czy kamilianie. Zakonnicy tych zgromadzeń obok typowych trzech ślubów zakonnych składali dodatkowe zobowiązanie opieki nad chorymi, nawet w niebezpieczeństwie śmierci. Żeńskie wspólnoty zakonne prowadziły w całej Europie hospicja, wspierając także umierających w ich domach¹⁰. Otaczano opieką tysiące sierot, a do wybuchu rewolucji francuskiej Córki Miłosierdzia (szarytki) prowadziły 426 domów dobroczynności dla sierot i wdów.

Nowoczesność w medycynie zaczęła się w XIX wieku wraz z francuską szkołą kliniczną, która świadomie zarzuciła filozoficzne rozważania nad zdrowiem i chorobą na rzecz doświadczalnej analizy objawów chorobowych przy użyciu metod statystycznych. Oznaczało to zmianę ze szpitala charytatywnego w „warsztat naprawczy ludzi”¹¹. Śmierć instytucjonalna stawała się coraz powszechniejszym fenomenem, by stać się normą postępowania wobec umierających w zurbanizowanej cywilizacji zachodniej XX wieku. Człowiek umierający w szpitalu zwykle był samotny. Najbardziej uwidocznili się to w kulturze amerykańskiej, gdzie do perfekcji doprowadzono ukrywanie śmierci przez używanie eufe-

⁸ Por. P. Krakowiak, *Pomoc po stracie i towarzyszenie w żałobie jako zadanie duszpasterskie*, w: *Perspectiva*, Legnickie Studia Teologiczno-Historyczne, Rok IX 2010 Nr 2 (17), s.73-74.

⁹ Por. T. McHugh, *Establishing Medical Men at the Paris Hôtel-Dieu. Social History of Medicine*, 19/2 (2006), s. 209-224.

¹⁰ Por. W. Przygoda, *Posługa charytatywna Kościoła w Polsce*, Lublin 2004, s.168-169.

¹¹ Por. W. Reinhard, *Życie po europejsku: od czasów najdawniejszych do współczesności*, Warszawa 2009, s.154-155.

mizmów i synonimów śmierci i umierania¹². Promując medyczne działania interwencyjne i reanimacyjne, prowadzono do uporczywego przedłużania agonii w sterylnym otoczeniu intensywnej terapii, co depersonalizowało umieranie, wprowadzając lęk przed śmiercią, która stała się społecznym *tabu*¹³. Technologizacja medycyny sprawiła, że umieranie przestało być wydarzeniem duchowo-religijnym, wplecionym w życie rodziny i wspólnoty, a stało się faktem klinicznym kontrolowanym przez skomplikowaną aparaturę medyczną¹⁴. Było to bardzo widoczne w nowoczesnych szpitalach, gdzie pacjent umierający był pozostawiany bez opieki medyków, uważających śmierć za swoją porażkę. Zauważyła to w dużym amerykańskim szpitalu dr Elizabeth Kubler-Ross, rozpoczynając cykl interdyscyplinarnych dyskusji o potrzebie zmiany opieki nad umierającymi i publikując książkę otwierającą dyskusję o umieraniu w nowoczesnych instytucjach medycznych¹⁵.

Ośrodkiem hospicyjnym, będącym protoplastą współczesnego ruchu hospicyjnego w XX wieku, było prowadzone przez irlandzkie siostry zakonne *Hospicjum św. Jozefa* w Londynie. To tam dr Cicely Saunders, pielęgniarka, pracownik socjalny, a także lekarz, zajęła się terapią bólu totalnego, w którym było miejsce na elementy pozamedyczne, w tym ból duchowy. Prapoczątkiem tworzenia współczesnego ruchu hospicyjnego, było oparte na tradycji chrześcijańskiej przekonanie, zaprzeczające powszechnemu wówczas w medycynie stwierdzeniu, iż dla umierających „nie ma już nic więcej do zrobienia”¹⁶. Pierwotny pomysł, by współczesny ruch hospicyjny złączyć ściśle ze wspólnotą Kościoła Anglikańskiego, został zarzucony na rzecz uczynienia go otwartym dla wszystkich wyznań i dróg życia¹⁷. Cykl spotkań organizacyjnych, edukacyj-

¹² Por. J. D. Canine, *Death and Dying. The Psychosocial Aspects*, Schuster Comp., Upper Saddle River 1996, s. 7.

¹³ Por. C. Meyer, *A good death*, Twenty-Third Publications, Mystic 1998, s. 2-3.

¹⁴ Por. A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa 1991, s. 30.

¹⁵ Por. E. Kubler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Media Rodzina, Poznań 1998.

¹⁶ Por. S. du Boulay, M. Rankin, *Okno nadziei. Cicely Saunders – założycielka ruchu hospicyjnego*, Kraków 2009.

¹⁷ Por. D. Clark, *Religion, medicine and community in the early history of St. Christopher's Hospice*, *Journal of Palliative Medicine*, 4 (2001) (3), s. 353-360.

nych i charytatywnych dawał okazję do utworzenia kręgu przyjaciół *St. Christopher's Hospice*, będącego ruchem społecznym, uważanym za początek współczesnego ruchu hospicyjnego¹⁸. Współczesny ruch hospicyjny stał się w wymiarze społecznym czymś szerszym niż tylko kolejną instytucją ograniczającą się wyłącznie do sprawowania opieki nad chorymi. Troską otaczano także rodziny, budując w kulturze wypierającej śmierć świadomość potrzeb emocjonalnych i duchowo-religijnych osób u kresu życia. Powrót do zespołowej i zintegrowanej opieki był potrzebny, co potwierdziła skala naśladowców *St. Christopher's Hospice* w Wielkiej Brytanii i w innych krajach. W ciągu 30 lat od powrotu do długowiecznej tradycji zespołowej opieki hospicyjnej, powstało na świecie ponad 4000 tego typu ośrodków. Dzięki dr Saunders idea współczesnego ruchu hospicyjnego dotarła także do Polski¹⁹, gdzie już podejmowano działania na rzecz osób u kresu życia w polskim Kościele.

2. Ruch hospicyjny w Polsce i „polski model” domowej opieki hospicyjnej z udziałem Kościoła

Prekursorką współczesnej wizji opieki nad umierającymi w Polsce była pielęgniarka, Hanna Chrzanowska, organizatorka pielęgniarstwa domowego w Krakowie. „Polski model Hospicjum ma oparcie w ludzkiej, opiekuńczej tradycji polskiej medycyny, a zwłaszcza pielęgniarstwa. Wcześniej, niż dr Saunders, Hanna Chrzanowska uchwyciła istotę kryzysu współczesnego leczenia, tj. niedorozwój systemu opieki, i starała się temu zaradzić”²⁰. Jej wskazania²¹ były rozważane podczas pracy grupy synodalnej Archidiecezji Krakowskiej, przy parafii w Nowej Hucie. Z inspiracji Kościoła, szukającego sposobów wyrażania miłości wobec potrzebują-

¹⁸ Por. S. Stoddard, *The Hospice Movement: A better way to care for the dying*, London 1979.

¹⁹ Por. P. Krakowiak, A. Stolarczyk (red.), *Ks. Eugeniusz Dutkiewicz SAC. Ojciec ruchu hospicyjnego w Polsce*, Gdańsk 2007, s. 77. Cicely Saunders odwiedziła po raz pierwszy Polskę w 1978 roku, wygłaszając wykłady na temat współczesnego ruchu hospicyjnego w Krakowie, Warszawie i Gdańsku.

²⁰ Por. H. Bortnowska, *Wprowadzenie*, w: H. Bortnowska (red.), *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, Warszawa 1984, s. 3-6.

²¹ Por. H. Chrzanowska, *Pacjenci domowi*, Tygodnik Powszechny, 25.01.1976, nr 4 (1409).

cych, zaczęły odbywać się spotkania wolontariuszy gotowych troszczyć się o umierających. Spotkała się z nimi Cicely Saunders, która przybyła z cyklem wykładów do Krakowa, Warszawy i Gdańska²². Jej wykłady i idee były konkretyzacją poszukiwań istniejących już w Polsce, a idee współczesnego ruchu hospicyjnego zostały przyjęte przez grupę Synodu Plenarnego²³. Pierwsze współczesne hospicjum w Polsce utworzyli wolontariusze *zespołu studyjnego* przy kościele Arka Pana w Krakowie²⁴. Po wizycie Cicely Saunders rozpoczęto starania o miejsce na budowę hospicjum w Nowej Hucie, przyjmując za wzór stacjonarną opiekę Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie²⁵.

Drugim z kolei ośrodkiem opieki nad osobami u kresu życia, był domowy zespół opieki gdańskiego *Hospitium Pallottinum*, utworzony w 1983 roku. Grupa osób należących do gdańskiej „Solidarności Służby Zdrowia”, gromadząca się wokół kapelana Akademii Medycznej, ks. Eugeniusza Dutkiewicza SAC działała, pomimo zakazów ówczesnych władz i stanu wojennego. Profesorowie, lekarze, studenci medycyny i przedstawiciele innych profesji odwiedzali chorych, umierających w domach i często pozbawionych podstawowej opieki medycznej²⁶. Prowadzony pod patronatem Kościoła ośrodek w Gdańsku, promując domową opiekę hospicyjną, będącą w ówczesnej sytuacji Polski najlepszym modelem opieki nad umierającymi, doprowadził do formy opieki domowej, nazwanej *modelem gdańskim*²⁷. *Ten sposób opieki został przyję-*

²² Por. P. Krakowiak, *Dzieje pallotyńskiego hospicjum w Gdańsku 1983-2008*, Gdańsk 2008.

²³ Por. J. Drażkiewicz, *O ruchu hospicjów w Polsce*, w: J. Drażkiewicz (red.), *W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicjów w Polsce*, Warszawa 1989, s.100.

²⁴ *XX-lecie Hospicjum św. Łazarza w Krakowie 1981-2001*, Kraków 2001, gdzie dowiadujemy się, iż liczący około 40 osób zespół w Nowej Hucie wybrał Halinę Bortnowską, która w 1975 roku odwiedziła Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie i po powrocie podjęła starania o utworzenie w Nowej Hucie hospicjum stacjonarnego.

²⁵ Por. H. Bortnowska, *O polski model hospicjum*, w: J. Bogusz (red.), *Chorzy w stanach terminalnych, a etyka zawodowa w medycynie*, Bydgoszcz 1985, s. 49-55.

²⁶ Por. R. Bongarski, *Być z odchodzącym. Wywiad z ks. Eugeniuszem Dutkiewiczem SAC, Krajowym Duszpasterzem Ruchu Hospicyjnego*, Tygodnik Powszechny, (9), 27.02. 1994, s. 7.

²⁷ J. Drażkiewicz, *O ruchu hospicjów w Polsce*, dz. cyt., s. 113.

ty przez ośrodki w Poznaniu, Warszawie, Lublinie, Katowicach, Mysłowicach, Szczecinie i w innych miastach²⁸. Podkreśleniem znaczenia domowej opieki nad umierającymi, organizowanej przy parafiach, były słowa Ojca świętego Jana Pawła II, wypowiedziane w 1987 roku: „Z uznaniem myślę o Hospicjum, które podjęło swoją służbę w Gdańsku i promieniuje na inne miasta. Zrodziło się ono ze wspólnej troski duszpasterstwa chorych i lekarzy, stojących przy łóżku chorego, o należne miejsce i warunki, w których znajdują się chorzy u kresu swojego życia. Troska ta wyraża się we wspólnym pochyleniu się i czuwaniu przy chorym w jego domu, w serdecznym i bezinteresownym darze z samego siebie”²⁹. Ks. Dutkiewicz był niestrudzonym propagatorem idei hospicyjnej. Prowadził wykłady i wygłaszał rekolekcje w większości wyższych seminariów duchownych w Polsce oraz odwiedzał nowopowstałe zespoły hospicyjne. Jego działania doprowadziły w 1989 roku do utworzenia funkcji Krajowego Duszpasterza Hospicjów przy Konferencji Episkopatu Polski. Dzięki zaangażowaniu Kościoła w opiekę nad umierającymi, pod opieką hospicyjną w 1989 roku było równocześnie ponad 500 chorych oraz ich rodziny³⁰. Ośrodki hospicyjne, przez cykliczne *Dni Skupienia* wolontariuszy, utworzyły z inicjatywy Krajowego Duszpasterza Hospicjów w 1992 roku Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego (OFRH), do którego włączyło się 67 wspólnot hospicyjnych z całego kraju³¹. Wraz z rejestracją prawną, opublikowano *Kartę Hospicjum*, określającą pole działania i przewodnie założenia tego ruchu w Polsce³².

²⁸ Por. P. Krakowiak, A. Stolarczyk (red.), *Ks. Eugeniusz Dutkiewicz SAC*, dz. cyt., s. 97-99.

²⁹ Jan Paweł II, *Do końca ich umiłował – Trzecia Wizyta Duszpasterska w Polsce, 8-14 czerwca 1987*, Poznań 1987, s. 165.

³⁰ Por. J. Drażkiewicz, *O ruchu hospicjów w Polsce*, dz. cyt., s. 276: Ilość pacjentów w działających w 1984 roku hospicjach wynosiła odpowiednio: Hospicjum Pallotinum w Gdańsku – 200 pacjentów, 90 w opiece domowej w Krakowie; 65 pacjentów w Hospicjum w Poznaniu; 26 – Hospicjum w Warszawie, 11 – w Białymstoku; 3 – Hospicjum w Szczecinie. Inne hospicja rozpoczynające swoją działalność opiekowały się pojedynczymi pacjentami.

³¹ Por. A. Bartoszek, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania: moralne aspekty opieki paliatywnej*, Katowice 2000, s. 74.

³² Por. M. Górecki, *Hospicjum w służbie umierającym*, Warszawa 2000, s. 80-81.

3. Profesjonalizacja opieki paliatywno-hospicyjnej a potrzeby duchowo-religijne ludzi u kresu życia

Do opartego na wolontariacie i wspieranego przez Kościół ruchu społecznego dołączyli specjaliści medycyny paliatywnej, opracowując wspólnie w ramach Komisji przy Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej *Program rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce*³³. *Obok profesjonalnej medycyny paliatywnej umieszczono tam elementy psychosocjalnego i duchowo-religijnego wsparcia dla osób u kresu życia i ich bliskich. W 1998 roku działało ponad 200 zespołów opieki domowej i około 100 poradni leczenia bólu i opieki paliatywnej, 30 oddziałów stacjonarnych, z 350 łózkami, 16 zespołów wspierających, 20 ośrodków opieki dziennej, 10 zespołów opiekujących się pogrążonymi w żałobie i osieroconymi*³⁴. *Specjalistyczne szkolenia dla kapelanów opieki paliatywno-hospicyjnej podejmowane od 1999 roku z inicjatywy Krajowego Duszpasterza Hospicjów pomagały rozwijać zespołową opiekę duszpasterską nad osobami nieuleczalnie chorymi i ich bliskimi*³⁵.

Działania edukacyjno-szkoleniowe, prowadzone przez kolejnego Krajowego Duszpasterza Hospicjów od 2002 roku, łączyły pozamedyczne i duchowo-religijne elementy ruchu hospicyjnego z kompetencjami medycyny paliatywnej. Pod jego patronatem od 2004 roku realizowane są ogólnopolskie kampanie edukacyjne, do których są zapraszane ośrodki paliatywno-hospicyjne z całej Polski³⁶. Według dostępnych danych w Polsce działa obecnie ponad 400 ośrodków paliatywno-hospicyjnych, wśród których najliczniejszą grupę stanowią zespoły domowej opieki hospicyjnej i poradnie medycyny paliatywnej³⁷. Wszystkie powyższe formy opieki są realizowane zarówno poprzez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, mające swoje korzenie w pozarządowym lub kościelnym

³³ Por. A. Bartoszek, *Człowiek w obliczu umierania*, dz. cyt., s. 78.

³⁴ Por. MZiOS, *Program rozwoju opieki paliatywnej/hospicyjnej*, Warszawa 1998, s. 2.

³⁵ Por. P. Krakowiak, E. Dutkiewicz (red.), *Duszpasterstwo służby zdrowia w Polsce i na świecie. Osiągnięcia i wyzwania*, Gdańsk 1999.

³⁶ Por. A. Janowicz, P. Krakowiak, O. Woźniak, *Lubię pomagać! Program rozwoju wolontariatu hospicyjnego 2007-2010*, Gdańsk 2010, s. 163.

³⁷ Por. www.opiekapaliatywna.org (czerwiec 2012).

nurcie ruchu hospicyjnego, jak również poprzez różne typy zakładów publicznych i prywatnych, realizujących kontrakty w zakresie medycyny paliatywnej. Wspólne standardy opieki paliatywno-hospicyjnej są gwarancją jakości opieki w każdym z ośrodków, na podstawie obowiązującej w Polsce od 1998 roku formuły *opieka paliatywna i hospicyjna*. Kościół nadal wspiera te działania, zarówno poprzez delegowanie odpowiednio przygotowywanych duszpasterzy hospicyjnych do tej szczególnej opieki, jak również poprzez prowadzenie wielu tego typu ośrodków, zarówno w strukturach Caritas, jak również poprzez posługę zakonów męskich i żeńskich oraz licznych grup świeckich, inspirowanych do służby umierającym poprzez odczytywanie chrześcijańskiego powołania miłosiernego samarytanina³⁸.

4. Troska o duchowo-religijne towarzyszenie u kresu życia

Jednym z ważnych elementów opieki paliatywno-hospicyjnej jest troska o duchowe i religijne potrzeby chorego, jego bliskich i opiekunów. Założenia dotyczące duchowo-religijnej opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce zostały wypracowane przez katolickie duszpasterstwo hospicyjne. Według tradycji światowego ruchu hospicyjnego wsparcie duszpasterskie mogą oferować osoby duchowne i świeckie z zachowaniem specyfiki swojego posłannictwa i kompetencji wynikającej z władzy święceń i roli we wspólnocie wiary³⁹. Kościół powinien być obecny w swoich podstawowych funkcjach: przepowiadaniu, liturgii i diakonii. Takie funkcje wypełnia katolickie duszpasterstwo hospicyjne⁴⁰. Jego istotą jest przygotowanie chorych i umierających oraz ich bliskich do wspólnotowego przeżywania misterium ludzkiej śmierci i głoszenie dobrej nowiny o Zmartwychwstaniu. „Cała istota życia chrześcijańskiego

³⁸ Por. T. Kamiński, *Praca socjalna i pracownicy socjalni w kościelnych organizacjach pozarządowych*, w: M. Rymśza (red.), *Pracownicy socjalni i praca socjalna w Polsce. Między służbą społeczną a urzędem*, Warszawa 2012, s. 299-304.

³⁹ Por. T. Walter, *The ideology and organization of spiritual care, three approaches*, *Palliative Medicine*, 11 (1997) nr 1, s. 21-24.

⁴⁰ Por. R. Mikołajczak, *Towarzyszenie umierającym jako zadanie Kościoła*, „Ateneum Kapłańskie”, nr 1 (488) 1990, s. 129-130.

tym różni się od *świata*, że w godzinie śmierci chrześcijanin jest inny, przemieniony nadzieją, że *choćby umarł, żyć będzie*. Religijna funkcja hospicjów może zostać określona jako pomoc w przygotowaniu człowieka umierającego na przejście do innej rzeczywistości, która dla wyznawców chrześcijaństwa związana jest z obietnicą zmartwychwstania⁴¹. Aktywny udział Kościoła w tworzeniu i działaniach ruchu hospicyjnego w Polsce, jak również podejmowane inicjatywy duszpasterskie, potwierdzają zaangażowanie w zespołową troskę o chorych u kresu życia⁴².

W Kościele powszechnym potrzebę duszpasterskiej troski o osoby u kresu życia wyrażają liczne dokumenty Magisterium Kościoła. Jan Paweł II osobiście podkreślał szczególną rolę wolontariatu w tej opiece⁴³. Benedykt XVI, w ramach obchodów Światowego Dnia Chorego powiedział: „Jeszcze raz Kościół kieruje swój wzrok na tych, którzy cierpią i zwraca uwagę na terminalnie chorych, z których wielu jest umierających na nieuleczalne choroby. Znajdujemy ich na każdym kontynencie. [...] Istnieje potrzeba promowania takich działań, które stworzą warunki, w których człowiek może z godnością znosić nawet nieuleczalną chorobę i śmierć. Chcę także wyrazić poparcie dla wysiłków tych, którzy codziennie pracują, aby nieuleczalnie i śmiertelnie chorym, i ich rodzinom, zapewnić odpowiednią i troskliwą opiekę”⁴⁴.

Duszpasterz osób umierających powinien być człowiekiem wiary, modlitwy i dialogu, który z życzliwych odniesień międzyludzkich buduje wokół siebie delikatną tkanę zaufania i nadziei. Tylko osoba przekonana do tej misji razem z zespołem sprawującym opiekę może zbudować przestrzeń wiary w tak szczególnej wspólnoty⁴⁵. Część duchowo-religijnych posług jest zarezerwowa-

⁴¹ E. Dutkiewicz, *Krajowe Duszpasterstwo Hospicjum*, w: P. Krakowiak, E. Dutkiewicz (red.), *Duszpasterstwo Służby Zdrowia w Polsce*, dz.cyt., s. 45

⁴² Por. J. Zając, *Życiem otulana śmierć. Materiały duszpasterskie na 60. Tydzień Miłosierdzia dla Kościoła w Polsce*, w: J. Zając (red.), *Życiem otulana śmierć*, Płock 2004.

⁴³ Por. D. Giers, P. Krakowiak, *Kościół katolicki wobec wolontariatu i posługi wolontariuszy*, w: P. Krakowiak, A. Modlińska, J. Binnebesel, (red.) *Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego*, Gdańsk 2008, s.270.

⁴⁴ Benedykt XVI, *List na XV Światowy Dzień Chorego*, Watykan, 8.12.2006.

⁴⁵ Por. K. Szałata, *Z filozofii relacji osobowych*, w: *Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorym*, Kraków 2010, s. 31-43.

na dla duchownych, ale w dialogu z chorymi i ich bliskimi skutecznie pomagają w zespołowej opiece osoby świeckie – pracownicy i wolontariusze. W tradycji katolickiej spotkanie chorego z Chrystusem urzeczywistnia się najpełniej poprzez sakramenty, których szafarzami są prezbiterzy. Oni przede wszystkim mają zatroszczyć się o to, by każdy wierny mógł spotkać się z Chrystusem obecnym w sakramentalnych znakach⁴⁶. Kapelana wspierają pracownicy i wolontariusze, którym chorzy powierzają swoje problemy.

Stopniowe przygotowywanie chorego do przyjęcia sakramentów czyni go świadomym i odpowiedzialnym podmiotem sakramentu łaski, a nie przedmiotem jakiegoś niezrozumiałego obrzędu lub rytuału⁴⁷. *Sakrament pokuty i pojednania* to w obliczu zbliżającej się śmierci ważny element duchowo-religijnej pomocy. Gdy chory z różnych względów nie potrafi się spowiadać, ważna jest pomoc otaczających go opiekunów – pracowników lub wolontariuszy oraz współpraca z nim otwartego na zespołowe działanie kapelana⁴⁸. *Sakrament namaszczenia chorych* jest udzielany przez prezbitera, ale wspólnotowa charakterystyka tego sakramentu ukazana jest wtedy, gdy w jego celebracji biorą udział bliscy chorego i członkowie zespołu opiekuńczego. Może być on celebrowany wielokrotnie, w tym także w czasie agonii i wspólnotowego czuwania przy umierającym⁴⁹. *Eucharystia* najpełniej urzeczywistnia spotkanie człowieka chorego z Chrystusem, a *wiatykiem* jest komunია przyjmowana przy końcu ziemskiej pielgrzymki⁵⁰. Wymiar tego rytu zachęca do udziału wspólnoty złożonej z bliskich umie-

⁴⁶ Por. J. Stefański, *Sakrament chorych w praktyce duszpasterskiej*, w: E. Szczotok, A. Liskowacka (red.), *Ewangelizacja i nawrócenie. Program Duszpasterski na rok 1995/1996*, Katowice 1995, s. 491-494.

⁴⁷ Por. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, s. 89.

⁴⁸ Por. J. Binnebesel, A. Janowicz, P. Krakowiak, A. Paczkowska (red.), *Pozamedyczne aspekty opieki paliatywno-hospicyjnej*, Gdańsk 2010.

⁴⁹ Por. *Katechizm Kościoła Katolickiego 1521*: „Przez łaskę tego sakramentu chory otrzymuje siłę i dar głębszego zjednoczenia z męką Chrystusa” oraz *KKK 1523*: „przygotowanie do ostatniego przejścia, dopełniając w ten sposób rozpoczętego przez chrzest dzieła naszego upodobnienia się do misterium Śmierci i Zmartwychwstania Chrystusa”

⁵⁰ Por. *Sakramenty Chorych. Obrzędy i duszpasterstwo*, Katowice 1998, nr 26: „Nabiera ona specjalnego duchowego znaczenia dla osoby umierającej i jej bliskich, jako *cena viatica*, czyli pokarm na drogę”

rającego, jak również członków zespołu opiekuńczego⁵¹. *Modlitwa za konających* jest ważnym aktem religijnym dla chorego i jego bliskich, a powinna się ona dokonywać we wspólnocie z rodziną i opiekunami⁵². Modlitwę tę może poprowadzić zarówno duchowny jak i osoba świecka, a w praktyce zespołowej opieki paliatywno-hospicyjnej często czynią to pielęgniarka, lekarz czy wolontariusz, obecni z bliskimi przy agonii. Dobra współpraca duchownych, osób zakonnych i świeckich we wspólnej trosce o umierających i ich rodziny jest z powodzeniem realizowana w opiece paliatywno-hospicyjnej w Polsce⁵³. Obok kapelanów hospicyjnych, zespoły domowej opieki hospicyjnej zachęcają do aktywnego włączania się w towarzyszenie umierającym duszpasterzy parafialnych oraz wiernych świeckich ze wspólnoty parafialnej czy sąsiedztwa.

5. Od duszpasterstwa hospicyjnego do zespołów opieki duszpasterskiej w ochronie zdrowia i pomocy społecznej w Polsce

Tworzenie w świecie cierpienia zespołów duszpasterskich, choć praktykowane w różnych formach opieki, jest niełatwym wyzwaniem zarówno dla kapelana, jak i dla współpracowników. Jest ono możliwe poprzez stałe pogłębianie świadomości znaczenia wspólnego działania duszpasterza, członków zespołu opiekuńczego i wolontariuszy, którzy pragną razem odpowiedzieć na różnorodne potrzeby duchowo-religijne swoich podopiecznych. Takie działania obecne w opiece paliatywno-hospicyjnej są owocem długoletniej tradycji interdyscyplinarnego działania oraz świadomości ważnej roli elementów duchowo-religijnych u kresu życia. Nową inicjatywą Kościoła katolickiego w Polsce, wywodzącą się z doświadczeń duszpasterstwa hospicyjnego, jest formacja duszpasterzy i świec-

⁵¹ Por. Cz. Krakowiak, *Posługa Kościoła wobec umierającego człowieka*, Ateneum Kapłańskie, 95 (1980), s.173.

⁵² Por. M. Kalinowski, *Duszpasterstwo Hospicyjne. Studium pastoralne na podstawie badań wybranych ośrodków hospicyjnych w Polsce*, Lublin 2001.

⁵³ Por. T. Dangel (red.), *Opieka paliatywna nad dziećmi*, Warszawa 2008; P. Krakowiak, *Duchowo-religijne aspekty opieki paliatywno-hospicyjnej*, w: J. Binnebesel, A. Janowicz, P. Krakowiak, A. Paczkowska (red.), *Pozamedyczne aspekty opieki*, dz. cyt., s. 77-96.

kich do tworzenia zespołów odpowiadających na duchowo-religijne potrzeby chorych i ich bliskich. Troska o chorych w instytucjach i potrzeba opieki nad przewlekle chorymi i osobami u kresu życia w domach, stała się inspiracją do powołania w 2011 roku Podyplomowej Szkoły Św. Jana Bożego w Krakowie. Namysł nad zespołową opieką duszpasterską rozpoczęły konferencje międzynarodowe, organizowane przez Zakon Bonifratrów we współpracy z Krajowym Duszpasterstwem Hospicjów⁵⁴. Współpraca z Papieską Radą ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia z Watykanu pomogła w otwarciu się całego duszpasterstwa chorych na osoby świeckie, które z kapelanami i zakonnikami mogą tworzyć zespoły duszpasterskie⁵⁵. Kapelania szpitali, domów pomocy, sanatoriów i hospicjów, do tej pory zarezerwowana wyłącznie dla księży, może być obszarem działań zespołowych na wzór duszpasterstwa hospicyjnego. Współczesne warunki zmuszają do zespołowego działania, by kapelan z zespołem lepiej mogli odpowiadać na duchowo-religijne potrzeby pacjentów, w tym szczególnie osób u kresu życia⁵⁶. W zespołowych działaniach duszpasterskich należy myśleć zarówno o instytucjonalnej, jak i domowej opiece, świadczonej przez ochronę zdrowia, pomoc społeczną. Stąd preferowana jest nazwa „zespołowa opieka duszpasterska w ochronie zdrowia i pomocy społecznej”⁵⁷. Informacje o tej nowej inicjatywie edukacyjnej dla duszpasterzy, wraz z zachętą do podjęcia studiów, znalazły się w programie duszpasterskim dla Kościoła w Polsce⁵⁸.

Rosnąca ilość osób przewlekle chorych i starszych w domach zmusza do szukania nowych form pomocy, w oparciu o kształcenie i wspieranie opiekunów nieformalnych (rodzin, przyjaciół, sąsiadów), czy też poprzez rozwijanie wolontariatu. Z myślą o ciężko

⁵⁴ Por. AA.VV., *Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej postudze przy chorym*, dz.cyt.

⁵⁵ Por. C. Dwyer, *Koordinacja duszpasterstwa służby zdrowia*, w: *Dolentium Hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia*, Kraków 2011, s. 230nn.

⁵⁶ Por. J. L. Redrado, *Posługa duszpasterska w placówkach służby zdrowia*, w: *Kapelan szpitalny i zespoły medyczne*, dz. cyt., s. 83nn.

⁵⁷ Por. www.bonifratrzy.pl/szkola; (czerwiec 2012).

⁵⁸ Por. P. Krakowiak, M. Krobicki, *Model zespołowej opieki duszpasterskiej nad chorymi i niesamodzielnymi dla Kościoła w Polsce*, w: S. Sułkowski (red.), *Kościół naszym domem. Program duszpasterski na rok 2011/2012*, Poznań 2011, s. 335-342.

chorych i ich bliskich został przygotowany praktyczny podręcznik dotyczący opieki domowej, a patronat trzech chrześcijańskich organizacji charytatywnych: Caritas, Diakonii i Eleos jest dowodem praktycznego ekumenizmu w działaniach pomocowych⁵⁹. Z myślą o pomocy dla rodzin ciężko i przewlekle chorych dzieci w opiece domowej przygotowano podręcznik w praktyczny sposób mówiący o medycznych i pozamedycznych elementach tej wymagającej opieki⁶⁰. Także przygotowana publikacja „*Dolentium Hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia*” jest swego rodzaju podręcznikiem programowym, mającym pomóc w promowaniu zespołowego działania w duszpasterstwie świata cierpienia i tworzeniu wolontariatu na rzecz przewlekle chorych i starszych we wspólnotach parafialnych⁶¹. O zespołowych działaniach duszpasterskich wobec osób chorych i starszych należy myśleć zarówno w instytucjonalnej opiece, a także w trosce o przewlekle chorych w domach. Obok pomocy świadczonej przez ochronę zdrowia, pomoc społeczną, niezbędne jest bowiem budowanie parafialnego i sąsiedzkiego wolontariatu wobec zmian demograficznych w Polsce i rosnącej liczby osób starych i obłożnie chorych w domach⁶².

Zakończenie

Zespołowe duszpasterstwo hospicyjne spełniło i nadal pełni kluczową rolę przy tworzeniu systemu opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce. Wobec rosnącej liczby osób starszych i przewlekle chorych w domach, niezbędne wydają się kolejne działania, w których wspólnoty parafialne mogłyby korzystać z dobrych praktyk wypracowanych przez zespoły pracowników, wolontariuszy i duszpasterzy hospicyjnych. Przygotowane narzędzia edukacyjne,

⁵⁹ Por. P. Krakowiak, D. Krzyżanowski, A. Modlińska (red.), *Przewlekle chore w domu*, wyd. II rozszerzone, Gdańsk 2011.

⁶⁰ Por. J. Binnebesel, Z. Bohdan, P. Krakowiak, D. Krzyżanowski, A. Paczkowska, A. Stolarczyk (red.), *Przewlekle chore dziecko w domu*, Gdańsk 2012.

⁶¹ Por. A. Muszala, J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki (red.), *Dolentium Hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia*, Kraków 2011.

⁶² Por. P. Krakowiak, *Opieka nad przewlekle chorymi, starszymi i niesamodzielnymi w parafiach, jako sposób realizacji hasła roku duszpasterskiego Kościoła naszym domem*, w: S. Sułkowski (red.), *Kościół naszym domem. Program duszpasterski na rok 2011/2012*, Poznań 2011, s. 322-334.

propozycje szkoleń dla koordynatorów wolontariatu i wolontariuszy są odpowiedzią na problemy demograficzne i niewystarczającą opiekę medyczną i socjalną nad ciężko chorymi w domach. Pilną potrzebę prowadzenia tego rodzaju działań zauważył Przewodniczący Zespołu ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia przy Konferencji Episkopatu Polski. Jego słowa stanowią konkluzję tego opracowania, będąc jednocześnie przynagleniem do podjęcia konkretnych działań w polskich parafiach. "W naszym kraju i w każdej parafii rośnie liczba osób niesamodzielnych, przewlekle chorych i starszych, przebywających w domach. Obok wizyt duszpasterskich odbywanych regularnie, do tych osób mogliby pójść odpowiednio przeszkoleni wolontariusze z parafialnych zespołów Caritas czy z grup charytatywnych. Życzę więc, by po przygotowane pomoce dydaktyczne sięgnęli duszpasterze, którzy razem z medykami w ich parafiach przeszkolą wolontariuszy, by oni czynili mniej dotkliwym los ciężko i przewlekle chorych wokół nich"⁶³.

Streszczenie

W Polsce współczesny ruch hospicyjny jest związany z zaangażowaniem Kościoła i zespołowym duszpasterstwem hospicyjnym. Wspólnoty parafialne mogą wspierać coraz liczniejszą grupę osób u kresu życia, przebywających w domach, by kontynuować działania charytatywne, obecne w całej historii Kościoła. Wobec rosnącej liczby osób starszych i przewlekle chorych w domach, niezbędne wydają się w Polsce kolejne działania. Przygotowane przez duszpasterstwo hospicyjne narzędzia edukacyjne, propozycje szkoleń dla koordynatorów wolontariatu i wolontariuszy są odpowiedzią na problemy demograficzne i niewystarczającą opiekę medyczną i socjalną nad ciężko chorymi w domach. Pilną potrzebę prowadzenia tego rodzaju działań zauważa się w polskim Kościele, a zespoły opieki paliatywno-hospicyjnej mogą posłużyć swoimi kompetencjami i doświadczeniem zespołowej opieki.

⁶³ S. Regmunt, *Rekomendacja poradnika: Przewlekle chory w domu*, w: P. Krakowiak, *Opieka nad przewlekle chorymi, starszymi i niesamodzielnymi w parafiach*, dz. cyt., s. 332.

Summary

The modern hospice movement In Poland is associated with the involvement of the Church with the pastoral team work. Today the parish communities can support people being among them towards the end of life, to continue the charitable activities, present in the entire history of the Church. With a growing number of elderly and chronically ill in their homes, it seems necessary in Poland to propose further actions. Educational tools, offers of training for volunteer coordinators and volunteers are a response to demographic problems and inadequate medical care and welfare assistance of seriously ill in their homes. The urgent need for this type of activity is noted in the Polish Church, and hospice-palliative care teams may use their experience of team care for helping in creating this kind of assistance.