

PRACE POGLĄDOWE

Ludwika Sadowska^{1,2}, Łukasz Przygoda

Opieka hospicyjna jako alternatywa eutanazji

¹Z I Katedry Pediatrii, Samodzielnej Pracowni Rehabilitacji Rozwojowej AM Wrocław

²Z Instytutu Fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego

W pracy autorzy omawiają zasady etyki zawodowej w kodeksach lekarskich, wyjaśniają pojęcie eutanazji oraz rolę opieki paliatywnej nad pacjentem u kresu życia, podkreślając, iż etyka lekarska w opiece paliatywnej nie różni się od etyki w innych dyscyplinach klinicznych. Zgodnie z definicją WHO opieka paliatywna jest tożsama z opieką hospicyjną i polega na czynnej, holistycznej opiece nad pacjentami z chorobami, które nie poddają się leczeniu przyczynowemu. Celem działań jest opanowanie bólu u chorego i innych objawów towarzyszących oraz zapewnienie wsparcia rodzinie podczas zmagania się z trudami opieki, jak i po śmierci, w okresie żałoby.

Cechą charakterystyczną opieki paliatywnej sprawowanej przez interdyscyplinarny zespół jest utrzymanie jak najwyższej jakości życia i aktywności chorego aż do śmierci, nie dążąc do skracania życia ani przedłużania umierania. Opieka hospicyjna jest spełniana bezinteresownie we wszystkich obszarach życia nieuleczalnie chorego i dotyczy sfery cielesnej, psychicznej i duchowej.

Opieka u kresu życia chorego znajduje wsparcie w zasadach etycznych ustanowionych przez Kościół katolicki, wyrażanych w nauczaniu papieskim, szczególnie Jana Pawła.

Na progu trzeciego tysiąclecia ludzkość zagrożona cywilizacją śmierci, którą sama tworzyła, wprowadzając eutanazję, aborcję, eksperymenty genetyczne, klonowanie człowieka, musi stworzyć dla przeciwwagi cywilizację miłości, w której alternatywą dla eutanazji jest rozwijanie opieki hospicyjnej i poszanowanie życia ludzkiego od poczęcia do naturalnej śmierci.

Autorzy, którzy towarzyszą ludziom odchodzącym do wieczności, doświadczają wzruszenia, którymi się dzielą, nie czują obcości w pochyleniu nad odchodzącym człowiekiem, lecz wiarę w moc Bożego Miłosierdzia. Coraz większą rolę w opiece paliatywnej odgrywa wolontariat w sprawowaniu posługi ludziom cierpiącym.

Słowa kluczowe: etyka lekarska, eutanazja, opieka hospicyjna, wolontariat

Hospice care as an alternative to euthanasia

Authors discuss the principles of professional ethics in the Code of Medical Ethics. They discuss the concept of euthanasia and a palliative care of terminal patients at the end of life, emphasizing that medical ethics in palliative care does not differ from the ethics in different clinical disciplines. In accordance with the WHO's definition of palliative care, it is tantamount to hospice care and it consists in an active, holistic care of patients with diseases which do not respond to causal treatment. The objective is to control pain and other concomitant symptoms and to provide support for families during the toils of care and after death, during mourning.

The characteristic feature of palliative care provided by an inter-disciplinary team is the objective to maintain high quality of life of patients and their activity till death and not to shorten life or prolong dying. Hospice care is disinterested and applies to all realms of life of the terminally ill. It applies to physical, psychological and spiritual realm.

Care at the end of patients' life finds support in the ethical principles established by the Catholic Church and expressed in papal teaching, especially the teaching of John Paul II.

On the threshold of the third millennium humanity is threatened by the civilization of death which it created introducing euthanasia, abortion, genetic experiments, cloning. It has to balance it by the civilization of love, which provides an alternative for euthanasia in the form of hospice care and respects human life from the moment of conception to death.

Accompanying passing people, authors experiences affection and faith in the power of Divine Mercy. More and more important role in palliative care plays voluntary service for suffering people.

Key words: *medical ethics, euthanasia, hospice, voluntary service.*

1. O ZASADACH ETYKI ZAWODOWEJ LEKARZA

Medycyna jako nauka wywodzi się z filozofii, która daje podstawy dla etyki powszechnie obowiązującej wszystkich ludzi. Zatem etyka lekarska wyrosła z wartości humanistycznych doceniania życia ludzkiego, a relacje pacjent – lekarz mają tradycję relacji personalistycznej osoby z osobą. Analiza kodeksów etyki lekarskiej, składanych przysięg czy przyrzeczeń dawnych i współczesnych adeptów sztuki lekarskiej pobudza do myślenia filozoficznego o człowieku, przypomina, że tylko **medycyna, broniąca od wieków zdrowia i życia ludzkiego** ma najstarsze, do dziś aktualne kodeksy deontologii, czyli etyki zawodowej lekarskiej [1]. Znana przysięga lekarska przypisywana Hipokratesowi (460–370 p.n.e.) w istocie jest znacznie starsza, wg dociekań naukowych pochodzi z Egiptu, gdzie powstała za panowania Imhotepa około 3000 lat p.n.e. [2]. Równie znana jest codzienna modlitwa lekarza, filozofa i matematyka – Mojżesza Majmonidesa (1135–1204 r.) urodzonego w Kordobie, odnotowana w księgach medycyny arabskiej z XII wieku. W Polsce – najstarsza przysięga składana w Akademii Krakowskiej przez licencjatów medycyny na stopień doktora pochodzi z XV wieku i jest zbliżona do tzw. Przysięgi Hipokratesa, podobnie jak tekst „Przyrzeczenia lekarskiego” obowiązującego w Polsce od 1918 roku. W 1949 roku uchwalony został przez World Medical Association tekst międzynarodowej przysięgi lekarskiej jako tzw. „Deklaracja Genewska” przyjęta także przez Polskę z racji przynależności do Światowej Organizacji Zdrowia (WHO – World Health Organization). Polskie Towarzystwo Lekarskie (PTL) opracowało zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza w 1977 r. regulujących postępowanie zawodowe lekarza [cyt. za Osińską 1990]. Aktualnie w Polsce obowiązuje Kodeks Etyki Lekarskiej uchwalony na III Krajowym Zjeździe Lekarzy w 12–14 XII 1993 r., znowelizowany na VII Zjeździe Lekarzy 23 września 2003 roku [3, 4]. Kodeks zobowiązuje każdego lekarza do zachowania najwyższego respektu dla życia ludzkiego, a za **czyn niemoralny** uznaje

zabicie człowieka, który jako istota ludzka posiada niezbywalne prawo do życia od poczęcia do naturalnej śmierci. **Zasadą podstawową pracy lekarza jest primum non nocere – przede wszystkim nie szkodzić.** Lekarz, aby realizować swoje posłannictwo i zawód winien:

- kierować się miłością do ludzi,
- posiadać rzetelną wiedzę fachową o człowieku zawartą w naukach humanistycznych (filozofii, teologii, psychopedagogiki i socjologii) oraz wynikającą z doświadczenia życiowego,
- podejmować i przestrzegać obowiązku automatycznego udzielania pomocy w okolicznościach zagrożenia życia każdego człowieka bez względu na płeć, rasę, narodowość, wyznanie, światopogląd, a więc także wroga i winowajcy,
- wypełniać obowiązek koleżeństwa lekarskiego wobec starszych i młodszych kolegów obejmujący nie tylko życzliwość, ale także gotowość do uczenia w poczuciu jedności wspólnotowej i współodpowiedzialności zawodowej,
- zachować tajemnicę lekarską w świetle szacunku dla cudzej tajemnicy i godności osobistej pacjenta.

2. O EUTANAZJI – WYJAŚNIENIE POJĘCIA

Termin grecki *euthanasia* oznaczał w starożytnej Grecji dobrą, łagodną śmierć spowodowaną przy pomocy innych osób. Aktualnie wg encyklopedii oznacza zabójstwo drugiego człowieka lub samego siebie poprzez czyn lub jego zaniechanie w sytuacji nieuleczalnej choroby i związanego z nią cierpienia albo w sytuacji uciążliwości chorego dla społeczeństwa. Eutanazja może być dobrowolna (za zgodą) lub niedobrowolna wbrew woli pacjenta, jeśli pacjent nie jest w stanie wyrazić zgody [5]. Jeśli na pacjenta prośbę pracownik służby zdrowia dostarcza substancji powodujących śmierć mamy do czynienia z tzw. „samobójstwem wspomaganym”. Nie jest natomiast eutanazją rezygnacja z działań przedłużających agonię przez wyłączanie aparatury reanimacyjnej, odstawienie leków i zabiegów czy stosowanie leków przeciwbólowych i uspokajających w dawkach bliskich działania śmiertelnościowego podanych w celu poprawy samopoczucia chorego,

a nie skrócenia jego życia. Niektórzy wyżej wymienione działania nazywają bierną eutanazją, co nie jest równoznaczne z aktywną eutanazją czy samobójstwem. Stanowisko Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia zawarte w Karcie Pracownika Służby Zdrowia [6] oraz oficjalne wypowiedzi hierarchów Kościoła katolickiego stanowczo potępiają **eutanazję aktywną**, jako zabójstwo poprzez uśmiercanie dokonane wbrew woli chorego, zadanie śmierci zgodnie z wolą chorego, dostarczenie śmiertelnych substancji lub podwyższonych dawek leków osobie cierpiącej. Większość lekarzy, moralistów i przeciętnych obywateli jest przeciwna aktywnej eutanazji. Człowiek staje się przedmiotem, a nie podmiotem działania, gdyż życie jego uzależnione jest od decyzji innego człowieka, co to toruje drogę różnym nadużyciom ze zbrodnią włącznie i może prowadzić do utylitaryzmu i wartościowania ludzi ze względu na rasę, ułomność psychofizyczną, wydolność ekonomiczną, postawę polityczną [7].

U ludów pierwotnych zabijanie słabych było znaną praktyką, także było stosowane w obszarze kultury starożytnych Greków i Rzymian. Znałe jest porzucanie słabych dzieci na wzgórzach Tajgetos w starożytnej Sparcie, jak też rzymskie „Prawo Dwunastu Tablic” sankcjonujące wolę ojców do dzieciobójstwa. Prawo to było częścią władzy ojca (*patria potestas*) wobec dzieci należących do „własności domowych”.

Platon dopuszczał uśmiercanie dzieci kalekich i upośledzonych, samobójstwo też tłumaczył jako uwolnienie się człowieka trapiącego przez zło. Poglądy Platona przyjęli cynicy, epikurejczycy i stoicy. Przeciwstawiał się tym poglądom Hipokrates w słynnej przysiędze, która przetrwała do naszych czasów. Arystoteles i Pitagoras potępiali jedynie samobójstwo jako akt tchórzostwa i ucieczkę od życia. Żydzi i chrześcijanie nie przejęli tych poglądów, opowiadając się za życiem człowieka, jako najwyższą wartością i darem Stwórcy Boga. Święty Augustyn pisał „(...) nigdy nie wolno zabijać drugiego człowieka, nawet gdyby sam chciał, gdyby wręcz o to prosił i stając na granicy między życiem i śmiercią błagał, by pomóc mu w uwolnieniu duszy, która zmaga się z więzami ciała i pragnie się z nich wyrwać; nie wolno nawet wówczas, gdy chory nie jest w stanie żyć” pisał w traktacie *O państwie Bożym* [8].

Po upodleniu medycyny w nazistowskich Niemczech, godzi się przestrzegać przed **cywilizacją śmierci**, którą głoszą różne partie polityczne rządzące w wielu krajach świata, stając w opozycji wobec różnych programów i działań

w zlaicyzowanej Europie. Kościoły chrześcijańskie, a szczególnie Kościół katolicki aktywnie propagują **cywilizację miłości**, która w sposób naturalny przeciwstawia się złu i zadawaniu człowiekowi śmierci w różnoraki sposób, często wykorzystując nowoczesną technikę i osiągnięcia cywilizacyjne ludzkości. Kryzys wartości uniwersalnych we współczesnych społeczeństwach, przekłada się jako **nieludzka medycyna** z pogardą dla śmierci i brakiem szacunku dla ludzkiego życia, która uzurpuje prawo dla wydawania zezwolenia na zaistnienie życia i jego zakończenia, nie bacząc na godność istoty ludzkiej, jej naturę i miejsce wśród bytów. Należy dokładnie przestudiować zagadnienia bioetyki i wezwania skierowane do ludzkości w Encyklice „*Evangelium Vitae*”, jak też rozważyć Kartę Pracowników Służby Zdrowia [9,10].

Występowanie eutanazji w różnych krajach przedstawił Marek Kośmicki na IV Krajowym Zjeździe Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, które odbyło się 25 maja 2002 roku w Częstochowie. Obradujący lekarze stanowczo potępili propagandę we współczesnym świecie, zmierzającą do legalizacji eutanazji, wskazując na realne zagrożenia wprowadzenia tego niemedyceznego proceduru w Polsce. Naczelna Rada Lekarska opowiada się za obowiązkiem poszanowania życia człowieka od poczęcia do naturalnej śmierci, co jest zapisem Kodeksu Etyki Lekarskiej obowiązującego lekarzy w Polsce [2, 4]. Należy wiedzieć, że 18 czerwca 2001 r. w Rzymie papież Jan Paweł II zwrócił uwagę, iż w sytuacjach konfliktowych, właściwe władze powinny respektować prawa lekarzy do odmowy działań sprzecznych z ich sumieniem, bowiem z moralnego punktu widzenia nigdy nie wolno formalnie współdziałać w czynieniu zła. Papież przypominał, że szczególnym miejscem, gdzie praktyka lekarska winna być zgodna z Magisterium Kościoła, są szpitale i uczelnie katolickie.

Jedną z powszechnie uznawanych podstawowych wartości jest życie ludzkie. W filozofii postępowania medycznego wobec chorych istnieje zasada akceptacji nieuchronności cierpienia i śmierci. Cierpienie jest wpisane w strukturę ludzkiej psychiki i zawsze pojawi się w życiu każdego człowieka w fazie chorowania. Cierpienie związane z chorobą może człowieka przyniesić, złamać, wtrącić w rozpacz, ale może także wnieść w życie możliwość twórczego poznania samego siebie w relacji egzystencji ludzkiej [11, 12, 13].

W dzisiejszych czasach, gdy podważa się podstawowe wartości życia ludzkiego, pojawił się problem eutanazji prawnie dopuszczonej przez parlamenty Holandii i Belgii. W związku z tym należy przypomnieć Dokument Kongregacji Doktryny Wiary zatwierdzony w Rzymie 5 V 1980 r. przez papieża Jana Pawła II, który określa eutanazję jako *działanie lub wstrzymanie się od działań, powodujące śmierć z samej swej natury lub dokonane w intencji spowodowania śmierci, w celu wyeliminowania wszelkiego bólu i dalej, że nic i nikt nie może upoważnić do zabijania niewinnej istoty ludzkiej: czy byłaby ona płodem, czy embrionem, dzieckiem czy dorosłym, starcem, nieuleczalnie chorym czy konającym. Nikt też nie może żądać tego zabójczego gestu dla siebie samego lub dla innej osoby, powierzonej jego odpowiedzialności, ani nie może przyzwalać na to bezpośrednio lub pośrednio. Żadna władza nie może tego prawnie nakazywać ani zezwalać na to, chodzi tu istotnie o naruszenie prawa Bożego, o obrażę godności osoby ludzkiej, o zbrodnię przeciwko życiu, o zamach przeciwko człowieczeństwu (...) Błagania ciężko chorych, którzy często wzywają śmierci, nie mogą być rozumiane jako wyraz prawdziwej woli eutanazji; są one niemal zawsze pełnymi udręki prośbami o pomoc i uczucia. Oprócz leczenia medycznego chory potrzebuje miłości ciepła ludzkiego i nadprzyrodzonego, jakim mogą i powinni otaczać go ci wszyscy, którzy są przy nim, rodzice i dzieci, lekarze i pielęgniarki. Alternatywą dla eutanazji jest hospicyjny ruch na rzecz ludzi nieuleczalnie cierpiących, w końcu życia.*

Chory człowiek potrzebuje drugiego człowieka, któremu w zaufaniu mógłby przedstawić swoje cierpienie. W dialogu następuje wymiana myśli i uczuć, które umożliwiają zobaczenie własnego odbicia. Nie byłoby możliwe, gdyby był sam ze swym cierpieniem. Ważnym autorytetem dla człowieka cierpiącego jest lekarz prowadzący i pielęgniarka. Rozwój zaufania, aprobata metod i skutków leczenia, codzienne doświadczenie i obserwacja otoczenia potwierdzają oczywistą prawdę, że źródłem pomocy zawsze może być inny człowiek lub grupa ludzi, ich uczucia, słowa i działanie, które wpływają na stan psychiki cierpiącego, a więc na jego emocje, świadomość i zachowanie [14].

3. ORGANIZACJA OPIEKI PALIATYWNEJ W POLSCE

Zarówno lekarze, pielęgniarki, jak też ludzie niezwiązani z medycyną, dotkliwie odczuwają bezradność i lęk wobec cierpienia związanego

z nieuleczalnymi chorobami nowotworowymi swoich podopiecznych. Niezrozumienie istoty cierpienia sprawia, że interwencja, nawet z medycznego punktu widzenia prawidłowa, może być niepotrzebna w określonej sytuacji klinicznej, kiedy budzi sprzeciw chorego wobec dodatkowego źródła bólu. Chorzy cierpiący dotkliwy ból nie zawsze otrzymują odpowiednią pomoc medyczną, wsparcie psychiczne i duchowe z powodu nieodpowiedniego przygotowania medycznego profesjonalistów i nieumiejętności postępowania w sytuacjach trudnych [15, 16, 17].

Etyka w opiece paliatywnej nie różni się od etyki w innych dyscyplinach klinicznych, co więcej dotyczy opieki i leczenia człowieka bardzo słabego i cierpiącego, bliskiego śmierci. Zgodnie z definicją WHO opieka paliatywna jest tożsama z opieką hospicyjną i polega na czynnej holistycznej opiece nad pacjentami z chorobami, które nie poddają się leczeniu przyczynowemu, w celu osiągnięcia możliwie najlepszej jakości życia chorych i ich rodzin. Opiekę paliatywną sprawuje zespół interdyscyplinarny, który stanowią lekarze, pielęgniarki, psychologowie, terapeuci i rehabilitanci, pracownicy socjalni, a także duchowni oraz wolontariusze przeszkoleni w zasadach sprawowania opieki. Medycyna paliatywna w Polsce rozwinęła się w ostatnich 10 latach dzięki działalności lekarzy, którzy stworzyli środowisko przyjazne dla chorych, cierpiących u schyłku życia. Stworzono różne formy opieki paliatywnej, jak też różne modele leczenia, których głównym zadaniem jest poprawa jakości życia nieuleczalnie chorych. Od 1993 roku, na uwagę zasługuje działalność Krajowej Rady Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej, aktualnie Centrum Medycyny Paliatywnej dla Europy Środkowej i Wschodniej kierowanej przez prof. nauk medycznych Jacka Łuczaka, kierownika Kliniki Opieki Paliatywnej w Katedrze Onkologii AM w Poznaniu. Ponadto szeroka działalność Ogólnopolskiego Forum Ruchu Hospicyjnego, kierowanego przez Krajowego Duszpasterza Hospicjów, stworzyła jedyny w swoim rodzaju na świecie Ruch Hospicyjny i Medycynę Paliatywną w Polsce, który liczy 500 ośrodków opieki domowej i stacjonarnej dla dorosłych i dla dzieci [13, 18, 19].

Opieka terminalna, będąca częścią składową opieki paliatywnej, kojarzy się z chorobą nowotworową pacjenta u schyłku życia, kiedy można jedynie sprawić, że ostatnie chwile życia nabrają innych barw dzięki obcowaniu z Bogiem w samej istocie cierpienia. Określenie terminalny ma negatywny wydźwięk, bowiem wskazuje, że życie się

kończy, a opieka medyczna traci sens, bowiem nie rokuje wyleczenia. Człowiek jednak żyje nadal i, co więcej, wymaga bardzo starannej i wyselekcjonowanej opieki, aby zachować godność ludzką w tym końcowym okresie życia. Dlatego coraz częściej specjaliści używają nazwy „end of life care” – opieka u schyłku życia.

Wg statystyk medycznych w Polsce na 380 tys. chorych, aż 85 tys. to chorzy z nowotworami, spośród których zaledwie 30% ulega wyleczeniu (w USA 45–50%). Pozostali chorzy kwalifikują się do przewlekłej paliatywnej opieki.

Różnorodne formy opieki paliatywnej, organizowane w latach 1993–2005, zostały zintegrowane i obwarowane przepisami prawnymi, które ustalają sposób finansowania. Koszty leczenia w zakładach stacjonarnych i ambulatoryjnych opieki paliatywnej są kalkulowane o 15% niżej niż w innych dziedzinach medycyny. Natomiast opieka hospicyjna jest 3-krotnie tańsza, niż pobyt w szpitalu. Stąd ten kierunek działania będzie miał większe szanse rozwoju. Wyróżnia się następujące formy opieki paliatywnej w Polsce:

- 1) domowa opieka w oparciu o Zespoły Opieki Paliatywnej i/lub Poradnie Walki z Bólem
- 2) oddziały opieki stacjonarnej w szpitalach wspierane zespołami specjalistów opieki paliatywnej (lekarz, pielęgniarka, wolontariusze)
- 3) ośrodki opieki dziennej
- 4) wolnostojące, całodobowe hospicja.

Zasadą działania hospicjów jest pomoc świadczona bezinteresownie oraz bezpłatnie dla korzystających z opieki, bowiem środki na ich funkcjonowanie w zdecydowanej większości pochodzą z akcji charytatywnych, działalności Caritas Polska, od 1993 roku istnieje pomoc ze strony administracji państwowej. Rozszerzająca się strefa ubóstwa w Polsce narzuca nowe wyzwania dla ruchu hospicyjnego. W opinii wielu przedstawicieli tego ruchu, pomoc państwa jest niewystarczająca, dlatego należy szukać zwiększenia poziomu kontraktów zawieranych przez hospicja z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dotychczasowe kontrakty w skali kraju pokrywały 30-40% podstawowych kosztów leczenia. W Polsce aktualnie istnieje 118 hospicjów prowadzonych przez różne stowarzyszenia świeckie i organizacje pozarządowe. Najpowszechniejsze są hospicja świadczące pomoc w domu chorego, jest ich 89; hospicjów stacjonarnych 29. W sumie polskie hospicja dysponują około 600 łózkami, rocznie z ich opieki korzysta ponad 7,5 tys. pacjentów. W większości tych placówek pracują głównie wolon-

tariusze, których liczba sięga 3 tysięcy. Ważne problemy opieki paliatywnej i hospicyjnej, prognozy rozwoju, kierunki działania oraz zadania pracowników służby zdrowia w Polsce przedstawiano w licznych doniesieniach na Konferencji Naukowo-Szkoleniowej, która odbyła się we Wrocławiu w dniach 28–29 października 2005 na temat. „Człowiek mały i duży w obliczu śmierci – o roli opieki paliatywnej”, opublikowanych w *Onkologii Polskiej* 2005, 8: nr 3, 4. Hospicja na wiele sposobów informują społeczeństwo o swej działalności. Pierwszą ogólnopolską inicjatywą promującą hospicja są „Pola Nadziei”. W 2004 roku zainicjowano kampanię społeczną promującą ruch hospicyjny, aby przełamać stereotyp myślenia o nim, jako o mrocznym i smutnym miejscu. „Konспект kampanii” HOSPICJUM TO TEŻ ŻYCIE został zaaprobowany przez TV, a utworzony portal internetowy: www.hospicja.pl, codziennie odwiedza ponad 1000 osób.

W akcji uczestniczyło 76 hospicjów z całej Polski. Poprawiła się jakość i dostępność informacji o hospicjach i medycynie paliatywnej. Już II Ogólnopolska kampania „Zdążyć z Prawdą. Hospicjum to też życie” w 2005 roku zgromadziła 118 hospicjów. i pokazała, że jest ona nowatorska i potrzebna społecznie. Akcja pokazała, że edukacja społeczna może być prowadzona efektywnie z udziałem lokalnych władz i mediów publicznych [19].

4. HOSPICJUM – POSŁUGA W DUCHU MIŁOŚCI MIŁOSIERNEJ

Idea Ruchu Hospicyjnego wywodzi się ze średniowiecznej tradycji chrześcijańskiej opieki nad pielgrzymującymi, wędrowcami, chorymi starcami i samotnymi, zaś sama nazwa „hospicjum” pochodzi od łacińskiego słowa „hospes”, co znaczy „gość”. Gość – to człowiek oczekiwany, przyjmowany serdecznie, o którego się dba, którego się karmi, z którym chętnie się rozmawia [20, 21].

Posługa hospicyjna nie jest działaniem terapeutycznym, a wspomagającym, ma za zadanie stworzenie człowiekowi nieuleczalnie choremu klimatu ułatwiającego dopełnienie w spokoju i w skupieniu jego ziemskich spraw. Będzie to możliwe, gdy uwolni się go od przejmującego bólu i poczucia osamotnienia.

Należy ogarnąć serdeczną troską i opieką całego człowieka w jego złożonej naturze psychofizycznej i duchowej. Rozdzielenie tych sfer osobowościowych jest poważnym błędem i utrudnia zarówno leczenie chorego, jak i działania hospicyjne.

Holistyczne spojrzenie na człowieka wzbogaciło współczesną medycynę, a przede wszystkim onkologię, o nową dziedzinę wiedzy – jest to „medycyna terminalna”. Nowoczesne metody łagodzenia i usuwania bólu są coraz doskonalsze i dają duże efekty, ale opinia ogółu jest inna. Badania wykazują, że ból nowotworowy jest zawsze doznaniem subiektywnym, na które mają wpływ własne doświadczenia z przeszłości, odporność psychiczna, a nawet chwilowy nastrój. Według Światowej Organizacji Zdrowia na odczuwanie bólu nowotworowego mają ogromny wpływ czynniki emocjonalne. Wśród innych publikacji na ten temat [22, 23,] na uwagę zasługuje rozprawa Cicely Saunders, która prezentując swą teorię bólu wprowadziła pojęcie „bólu wszechogarniającego” i wyszczególniła jego części składowe:

- a) ból fizyczny (nowotwory) – wywołany procesem nowotworowym, leczeniem i innymi schorzeniami,
- b) ból psychiczny – spowodowany utratą dotychczasowej roli życiowej, bezradnością, niekorzystną zmianą wyglądu,
- c) ból społeczny – będący następstwem nieskuteczności leczenia, biurokratycznego traktowania przez personel medyczny i lekarzy, rzeczywistego lub domniemanego niezrozumienia ze strony najbliższych, poczucia samotności,
- d) ból duchowy – wywołany lękiem przed bólem fizycznym, szpitalem, lękiem przed śmiercią, niepokojem egzystencjalnym.

Badania wykazały, że bez równoczesnego łagodzenia poszczególnych elementów składowych „bólu totalnego” opanowanie bólu nowotworowego jest bardzo trudne lub wręcz niemożliwe. Sposób stosowania morfiny i alternatywnych środków przeciwbólowych opracowało w postaci zaleceń Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej [24]. Koncentrowanie uwagi tylko i wyłącznie na usuwaniu bólu fizycznego, to zbyt mało. Należy zająć się w jednakowym stopniu sferą psychiczną, duchową i fizyczną.

Człowiek, jako istota społeczna, buduje w jedność z innymi własną rodzinę, ojczyznę, w których znajduje schronienie i miłość oraz poczucie bezpieczeństwa. Każda rodzina ma swoją niepowtarzalną kulturę życia, siłę, która wspiera i dodaje odwagi, stanowi źródło sił do przezwyciężania wszystkich niedogodności czasu choroby [25, 26]. Ludzie, którzy pełnią posługę hospicyjną, towarzysząc odchodzącemu człowiekowi do wieczności, doświadczają wzruszenia, że uczestniczą w wielkiej tajemnicy życia i śmierci, tajemnicy Miłosierdzia Bożego.

Każdego roku, przed Świętem Zmarłych w hospicjach organizuje się spotkania dla rodzin osieroconych i członków hospicjum. Podczas sprawowanej Eucharystii wspólnota modli się za tych, którzy odeszli oraz za osieroconych, którzy pozostali. Praca w zespole posługi hospicyjnej pozwala odczuwać radość z towarzyszenia odchodzącym, przez wiarę w Pana Boga budzić nadzieję, a niosąc miłość odkrywać obszary niedostępne w codziennym życiu i pracy zawodowej obszary egzystencji duchowej [10].

5. POSTAWA CZŁOWIEKA WOBEK CIERPIENIA

Cierpienie jest częścią ludzkiej natury jest ontologicznie nieuniknione, nierozzerwalne, jest składową fundamentalnej istoty egzystencji człowieka [27]. Pozbawiając się bólu i cierpienia zaczynamy żyć przedmiotowo, nastawiając się tylko na przyjemne odczucia z czerpanych dóbr materialnych. Chcąc zrozumieć sens cierpienia musimy go transcendować. Sensu cierpienia należy szukać poza nim samym. Cierpieniu można więc nadać sens wówczas, gdy się je przekracza. Innymi słowy, moje cierpienie może mieć intencję i mogę cierpieć sensownie tylko wtedy, gdy cierpię za coś lub za kogoś. Toteż cierpienie, jeżeli ma mieć sens, nie może być celem samym w sobie, bo w tym samym momencie cała gotowość cierpienia i gotowość poświęcania się przemieniłaby się w masochizm. Cierpienie ma sens tylko wówczas, gdy chodzi „o coś”. Akceptując cierpienie, wypełniamy intencją nie tylko samo cierpienie, ale poprzez cierpienie jeszcze coś, co nie jest z nim identyczne...” [28].

Wszystkie cierpienia i bóle stworzeń mają pewien sens, przynajmniej jakiś sens obiektywny i że ponad nieuniknionym losem i ślepą jego faktycznością, istnieje sfera sensu i sfera wolności, do której nawiązują wielkie koncepcje zbawienia. Wszelkie cierpienie i ból jest wedle swego metafizycznego, najbardziej formalnego sensu, przeżyciem ofiary, części dla całości oraz tego, co relatywnie mniej wartościowe dla tego, co bardziej wartościowe [29].

Wyimaginujemy sobie osobę, która nigdy nie doznała bólu, np. bólu zęba, brzucha. Czy taka osoba będzie w stanie zrozumieć drugą osobę, kiedy będzie się jej zwierzać z doznawanych cierpień? Nie!! Będzie słuchać, ale nie odczuwać, nie zrozumie, ponieważ nigdy nie doświadczała cierpienia. Poprzez doznawanie i współuczestniczenie w cierpieniu, zachodzi w człowieku pewna wewnętrzna przemiana wyzwalająca współczucie,

solidarność, dobroć, miłość, cierpliwość i troskliwość w różnorodnych formach [30]. Zagłębianie się we własnym bólu nie jest jednakże odpowiedzią, wystarczającą na ucisk cierpienia. I jakkolwiek cierpienie ogranicza pole widzenia cierpiącego do spraw z nim bezpośrednio związanych, to jednak tkwi w cierpieniu szansa dla innych na skierowanie swej uwagi w stronę potrzebujących pomocy. Do cierpiących przychodzą ludzie, którzy chcą wziąć również na swoje barki część ich niedoli i służyć im własną mocą – zarówno fizyczną, jak i psychiczną. Promieniujące cierpienie przyciąga wrażliwych [31]. Wzajemny współudział ludzi w swoich trudnych życiowo doświadczeniach pomaga im wystąpić poza własny ból i niekiedy odkryć drogę, która prowadzi z samotności cierpienia ku ludziom oraz z wyłączości bólu ku innym doznaniom i przeżyciom.

Wewnętrzne, duchowe przeżycie samego siebie w rozrastającym się obszarze tego, co nieosiągalne uchyla dopiero „furtkę” do zrozumienia niedoli drugiego człowieka. Doświadczenie odosobnienia we własnym nieszczęściu odsłania istotę sensu etycznego realizowanego w międzyosobowym spotkaniu. Potrzebuję innego, ale i ja innemu jestem potrzebny. Sens etyczny doświadczenia cierpienia polega na tym, że gdy spotkam przyjaciela, to chcę go przede wszystkim przekonać, że nie jest sam, mimo że jego doświadczenie niezastępowalności własnego istnienia, wrzuca go w rozpacz odosobnienia. Tylko dzięki takiemu spotkaniu mam też szansę ponownego, bardzo wyraźnego ujrzenia porządku wartości. Doświadczenie cierpienia przestaje być już tylko doświadczeniem odgradzającym od ludzi. Staje się doświadczeniem uzmysławiającym wagę wzajemnego współbycia ludzi ze sobą, wzajemnej troski, o siły potrzebne do przezwyciężenia bólu upadku i przemienienia go w ból wzrostu. Moje bycie na świecie staje się byciem dla drugiego bez względu na to, kto cierpi. Oboje stanowimy dla siebie szansę realizowania sensu cierpienia – ofiary.

W cierpieniu ukryta jest nie tylko moc poznawania siebie, ale również czynienia własnych doświadczeń, wchodzenia w nowe sytuacje.

Strachliwi nie czynią żadnych doświadczeń, ponieważ często pod pretekstem odwoływania się do własnych doświadczeń wymijają pojawiające się sytuacje, właśnie te, w których sami mogliby zdobyć doświadczenie. Dlatego pozostają zamknięci w wąskim kręgu już zrozumianego przez nich świata i tak naprawdę nie uczą się niczego nowego. Ich życie pozostaje w bezruchu.

Kiedy przekraczałem po raz pierwszy próg domu hospicyjnego jako wolontariusz i rehabilitant, odczuwałem lęk i strach. Zadawałem sobie wówczas pytanie, czy będę w stanie podejść do pacjentów terminalnie chorych, jak z nimi rozmawiać, ćwiczyć, zachowywać się. Kiedy już podszedłem do łóżka chorego, szybko przekonałem się, że mam do czynienia z taką samą osobą jak każda inna. Zaskoczyła mnie bardzo rodzinna i ciepła atmosfera, jaką tworzyli pacjenci i personel. W zasadzie nic mnie już nie krępowało, nie powstrzymywało, toczyłem przyjacielską rozmowę i wykonywałem zlecone ćwiczenia. Dziś wiem, że takie miejsca są bardzo potrzebne nie tylko dla chorych umierających, ale dla nas samych. Każda spędzona chwila wolontariusza w takim miejscu, wnosi głębokie doświadczenia życiowe, poszerza horyzonty myślowe i zmienia patrzenie na drugą cierpiącą osobę. Dzięki takim miejscom i przeżytym doświadczeniom uniknąć można by było zabójczej eutanazji.

PIŚMIENNICTWO

1. Osińska K. (red.): *Refleksje nad etyką lekarską*, Wyd. Archidiecezji Warszawskiej, Warszawa 1990, 1.
2. Tulczyński A.: *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, PZWL, Warszawa 1975.
3. Kornobis J.: *Kodeks etyki lekarskiej. Komentarz, aforyzmy, myśli*, PoliFot, Wrocław 1997.
4. Naczelna Izba Lekarska; *Kodeks Etyki Lekarskiej*, Warszawa 2004.
5. Gręziak A.: *Nieporozumienia wokół pojęcia eutanazji*, [w:] Kośmicki M. (red.) *Lekarze o eutanazji*, Wyd. ITKM, Kraków 2002; 103.
6. *Papieska Rada Ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia*, Karta Pracowników Służby Zdrowia, Watykan 1995.
7. Kośmicki M.: *Eutanazja w różnych krajach*. [w:] Kośmicki M. (red.) *Lekarze o eutanazji*, Wyd. ITKM, Kraków 2002; 52.
8. Czachorowski M.: *Eutanazja*. [w:] *Encyklopedia „białych plam”*, PWE, V, Radom 2001; 313.
9. Jan Paweł II: *Encyklika Evangelium Vitae*, Rzym 1995.
10. Jan Paweł II: *O chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia. List Apostolski „Salvifici Doloris”* [w:] Bortnowska H. (red.) *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, Znak, Kraków 1984; 434.
11. Bołoz W.: *Prawa człowieka umierającego* [w:] Kośmicki M. (red.) *Lekarze o eutanazji*, Wyd. ITKM, Kraków 2002; 116.
12. Durda W.: *Chrześcijańska postawa wobec cierpienia według idei Apostolstwa Chorych*, Kraków 1998.
13. Drązkiewicz J.: *W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicjów w Polsce*, Wyd. Instytut Socjologii UW, Warszawa 1989.
14. Ślipko T.: *Antropologiczno-etyczne podstawy opieki terminalnej*. [w:] *Sytuacja człowieka słabego we współczesnej cywilizacji*, Wyd. WMK Toruń 1999; 39.
15. Łuczak J.: *Eutanazja a opieka paliatywna*, KUL, Lublin 1996; 26.

16. Verspieren P.: *Cierpienie oraz pragnienie śmierci u chorych będących u kresu życia*. [w:] *Sytuacja człowieka słabego we współczesnej cywilizacji*, Wyd. WMK Toruń 1999; 47.
17. Walden-Gałuszka K.: *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*, Wyd. Medyczne MAKmed, Gdańsk 1996.
18. Dudkiewicz E.: *Filozofia opieki hospicyjnej. Materiały Sympozjum Naukowego „Lekarz wobec kończącego się życia”*, KSLP, Wydział Teologiczny, Hospicjum św. Jana Kantego, Poznań 1999.
19. Krakowiak P.: *Współpraca hospicjów z mediami masowymi w edukacji na temat końca życia*, Onkologia Polska, 2005, 8 (3), 125.
20. Aleksandrowicz J.: *Nie ma nieuleczalnie chorych*, Wyd. PW Iskry, Łódź, 1982.
21. Zengteler G.: *Historia i organizacja ruchu hospicyjnego w Polsce*. [w:] *Materiały Sympozjum Naukowego „Lekarz wobec kończącego się życia”*, KSLP Wydział Teologiczny, Hospicjum Św. Jana Kantego, Poznań 1996, 32.
22. Bortnowska H.: *Myśli o polskim hospicjum*. [w:] Bortnowska H. (red.) *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, Znak, Kraków 1984; 290.
23. Łuczak J.: *Etyka u kresu życia*. [w:] Kośmicki M. (red.) *Lekarze o eutanazji*. Wyd. ITKM, Kraków 2002; 34.
24. Hanks G.W., Conna D. I in.: *Zastosowanie morfiny i alternatywnych opioidów w leczeniu bólu nowotworowego*, Przedruk z British Journal of Cancer. 2001, 84, 587. Tłumaczenie W. Leppert. Medycyna Praktyczna-Chirurgia 2001, 10; 35.
25. Walden-Gałuszka K.: *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotematologii*, Wyd. Uniwersytet Gdański 1992.
26. Walden-Gałuszka K.: *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, Wyd. Uniwersytet Gdański 1994.
27. Cackowski Z.: *Ból, lęk, cierpienie*, Wyd. UMCS, Lublin 1995; 33.
28. Frankl V.: *Homo patiens*, przekład Czernecki R. i Morawski J. Warszawa 1984; 79.
29. Scheller M.: *O sensie cierpienia*, Wyd. Znak, 11 – 12/86; 38, 39, 40, 41.
30. Jan Paweł II: *O cierpieniu. Wypowiedzi Ojca Świętego do chorych i pracowników służby zdrowia (1978–1982)*, Warszawa 1985; 25.
31. Jan Paweł II: *O cierpieniu. Wypowiedzi Ojca Świętego do chorych i pracowników służby zdrowia (1978 – 1982)*, Warszawa 1985, 23.

Ludwika Sadowska
Samodzielna Pracownia Rehabilitacji
Rozwojowej
I Katedra Pediatrii AM we Wrocławiu
ul.Wrońskiego 13c,50376 Wrocław
tel. 071)320 06 06
e mail:rehroz@pediatria.am.wroc.pl