

Ludwika Sadowska, Janusz Prejzner

Jak towarzyszyć odchodzącym?

Z Instytutu Fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego
Z Wrocławskiego Hospicjum p.w. Św. Weroniki
przy Parafii Rzymskokatolickiej Św. Rodziny we Wrocławiu

Autorzy dzielą się swoim doświadczeniem zdobytym podczas pełnienia samarytańskiej posługi w domowym hospicjum. Prezentują negatywne reakcje psychiczne występujące u chorych cierpiących przewlekłe, takie jak: lęk, gniew, przygnębienie, osamotnienie, które obniżają jakość życia oraz pozytywne stany emocjonalne, takie jak nadzieja, wiara i miłość, które rodzą się w wyniku akceptacji siebie, jako uduchowionej istoty ludzkiej zdolnej do miłości i przeżywania Boga w wymiarze transcendentnym. Stoją na stanowisku, że pacjenta należy informować o stanie zdrowia zgodnie z prawdą tak, aby ocalić w nim nadzieję, że śmierć to przekroczenie progu, za którym będą wyciągnięte ramiona Ojca. Podkreślają wielce ważną dla cierpiącego posługę sakramentalną kapłana, która sprawia, że umieranie zastaje człowieka przygotowanego do spokojnego zamknięcia czasu „bycia w drodze”, staje się aktem rozliczenia i wybaczenia, aktem oddania się Bogu.

Słowa kluczowe: posługa hospicyjna, umieranie, lęk, nadzieja

How to accompany those who are leaving?

In. The authors share their experience of Samaritan service in a home hospice. They discuss negative psychological reactions occurring in patients in a long-drawn agony such as: fear, anger, depression, loneliness, which lower the quality of life, and positive reactions, such as: hope, faith and love, when a person accepts his/her spirituality and ability to love and experience God in a transcendental dimension. They take a view that patients should be informed about their condition in accord with the truth, but in the way which preserves their hope that death is the crossing of the threshold into the outstretched arms of God. They emphasize the importance for those who suffer of the sacrament of the last rites given by a priest, as it prepares man for a peaceful passage. Thereby, it becomes an act of reckoning and forgiveness, an act of embracement of God.

Key words: hospice service, dying, fear, hope

1. WPROWADZENIE

Cierpienie jest wpisane w strukturę ludzkiej psychiki i zawsze pojawi się w życiu każdego człowieka w fazie chorowania. Cierpienie związane z chorobą może człowieka przygnieść, złamać, wtrącić w rozpacz, ale może także wnieść w życie możliwość twórczego poznania samego siebie w relacji egzystencji ludzkiej [1, 2, 3, 4].

Chory człowiek potrzebuje drugiego człowieka, któremu w zaufaniu mógłby przedstawić swoje cierpienie. W dialogu następuje wymiana myśli i uczuć, które umożliwiają zobaczenie własnego obrazu, co nie byłoby możliwe, gdyby chory po-

zostawał sam ze swym cierpieniem. Najbardziej znaczącą, drugą osobą dla pacjenta cierpiącego jest lekarz prowadzący i pielęgniarz. Rozwój zaufania, aprobata metod i skutków leczenia, codzienne doświadczenie i obserwacja otoczenia potwierdzają oczywistą prawdę, że źródłem pomocy zawsze mogą być inni ludzie, których uczucia, słowa i działania wpływają pozytywnie na stan psychiki chorego, a więc na jego emocje, świadomość i zachowanie [5].

„Misja” zespołów opieki hospicyjnej i paliatywnej to nie tylko profesjonalne radzenie sobie z problemami medycznymi, ale to także współod-

czuwanie oraz przeżywanie cierpienia podopiecznych i ich rodzin, to towarzyszenie człowiekowi będącemu u schyłku życia. Istnieją bariery przekazu i wypowiedzania się, które zwykle są zastępowane przyjaznymi gestami i dobrocią spojrzenia. Nie używa się często słów, a sposobem komunikacji jest „mowa serca” – tj. dotyk, umiejętność słuchania i czuwanie w samotności chorego. Umiejętne obserwowanie pacjenta pozwala na zrozumienie jakości umierania, które przecież nie jest chwilą, może trwać od kilku godzin do kilku dni. Zaledwie 15% podopiecznych umiera w cierpieniu. Utrata świadomości chorego, często maskuje cierpienie. W oddziałach zarówno domowych jak i stacjonarnych istnieją zespoły specjalistów, które sprawując opiekę paliatywną czuwają nad właściwym postępowaniem z bólem, poprawiają w ten sposób jakość życia w czasie umierania. Dobry zespół opieki hospicyjnej dojrzewa i kształtuje się około dwóch lat, aby potrafił zapewnić w pełni realizację zadań i celów medycyny paliatywnej. Opieka terminalna coraz częściej zwana opieką u schyłku życia (end of life care) stanowi ważną składową opieki paliatywnej i odnosi się do opieki nad chorym, gdy stan ulega pogorszeniu i wskazuje na szybkie zbliżanie się śmierci. Temat końca życia i powrót do realizacji sztuki umierania są zadaniem dla hospicjów i medycyny paliatywnej, zaś środki masowego przekazu mogą przyczynić się do tworzenia tak ważnej wrażliwości społecznej na cierpienie bliźniego [5].

2. REAKCJE PSYCHICZNE U CHORYCH CIERPIĄCYCH

Normalne reakcje psychiczne w przebiegu procesu chorobowego związane są z dolegliwościami bólowymi, lękiem, ustaniem funkcji fizjologicznych, np. połykania lub wydalania. Przykry odór lub brak kontroli zwieraczy wiąże się z poczuciem osamotnienia i upokorzenia, co stanowi ogromny szok i dezorganizację psychiczną, u jednych wyrażającą się zahamowaniem, milczeniem i zamknięciem się w sobie, u innych gniewem, pobudzeniem i skargami. Częściej wejście w terminalny okres choroby odbywa się stopniowo, chory słabnie, nie ma siły zgłosić się do przychodni na umówioną wizytę, dolegliwości nasilają się, do świadomości powoli dociera nieuchronność odejścia. W sferze emocji obserwuje się ciągle zmiany na skutek zaburzeń metabolicznych lub działania leków. Negatywne reakcje emocjonalne to lęk, gniew, poczucie winy, przygnębienie i osamotnienie.

Lęk jest odpowiedzią na zagrożenia, trudny do wyrażenia przez chorego stan napięcia, oczekiwania na coś złego. Może to być lęk przed umieraniem, przed utratą kontroli nad sobą, przed samotnością, odrzuceniem przez znajomych i przyjaciół lub lęk o osoby bliskie. Stan lęku może być spowodowany przez przyjmowanie niektórych leków np. sterydów, eufiliny, metoklopramidu lub nagłe odstawienie po dłuższym okresie stosowania pochodnych benzodiazepin, morfiny itp., przez stany niedotlenienia, hipoglikemii, silny totalny ból lub ustanie czynności fizjologicznych. Lęk jest uczuciem bardzo silnym, podobnie jak ból spełnia pożyteczną rolę obronną, jako sygnał ostrzegający przed niebezpieczeństwem, ale jest stanem przykrym pogarszającym samopoczucie i jakość życia.

Gniew pojawia się jako reakcja uczuciowa na niepełnosprawność spowodowaną chorobą i może być ukryty lub stłumiony. Gniew może mieć różne formy, jako gniew na los, na Pana Boga, czasem gniew zostaje przeniesiony na personel medyczny lub członków rodziny. Gniew podobnie jak ból i lęk jest siłą mobilizującą do walki z chorobą, źródłem aktywności i energii, musi być przeanalizowany w procesie adaptacji, by nie utrwalił się i nie przerodził w formę agresji zwróconej przeciwko sobie lub otoczeniu.

Poczucie winy, często niewerbalizowane, wynika z poszukiwań przyczyny choroby, która jawi się jako kara za grzechy, za niewłaściwe zachowanie lub za brak akceptacji cierpienia, za uczucia zazdrości, zachłanności i żądz.

Przygnębienie w swej naturze uczuciowej jest długotrwałym stanem smutku z powodu utraty sprawności, urody, zdrowia. Może przyjmować formy jawne (np. płacz, skargi, narzekania, złe osady) lub utajone wyrażone mową ciała (spowolnienie, przygarbienie, opuszczanie oczu, smutna mimika i cichy głos). Przygnębieniu towarzyszą wskaźniki fizjologiczne, jak brak apetytu, utrata masy ciała, zmęczenie, zaburzenia snu, niska ocena siebie, nierealne poczucie winy, żal związany z odchodzeniem, chęć naprawienia czegoś lub działania.

Osamotnienie pojawia się w końcu długotrwałych dolegliwości bólowych i złego samopoczucia, kiedy pacjent traci wolę życia, zamyka się w sobie, popada w depresję [11, 12, 13]. Ponadto istnieją inne stany emocjonalne, które zmniejszają następstwa uczuć negatywnych. Są to: nadzieja i wiara, które rodzą się w wyniku akceptacji siebie jako uduchowionej istoty ludzkiej, oczekującej od przyszłości czegoś lepszego niż stan obecny. Jest

to związane z zadowoleniem i radością, przeżywaniem Boga w wymiarze transcendentnym.

Nadzieja mobilizuje do walki z chorobą, pozwala na uświadomiony sposób przeżywania cierpienia, z którego to wyprowadza poczucie szczęścia (inaczej dobrostan). Poczucie szczęścia, podobnie jak stan zdrowia, jest ładem psychofizycznym i duchowym, który pojawia się po przeżyciu stanu adaptacji do choroby.

Adaptacja uwzględniać winna radzenie sobie z problemem choroby, jej leczeniem oraz zmianami we własnym życiu, jakie wymusza stan choroby. Adaptacja odbywa się w sferze uczuć oraz w świadomym, a także podświadomym zachowaniu w postaci mechanizmów obronnych.

Mechanizmy obronne to podświadome zachowanie polegające na zaprzeczaniu choroby, tłumieniu wiadomości o chorobie, projekcji lęku na inne organy, np. na serce, wreszcie rozumowe szukanie argumentów w celu ukrycia przed sobą prawdziwej przyczyny. Zaprzeczenie choroby zmniejsza lęk i poczucie izolacji społecznej. W miarę upływu czasu i postępu choroby, przeczenie ogólne zmienia się w selektywne dotyczące szczegółów choroby, np. mam raka, ale bez przerzutów. Przetwarzanie informacji o sobie i innych jest wynikiem zmiany systemu wartości. Chorzy mówią, że ich poglądy uległy radykalnej zmianie pod wpływem akceptacji stanu swego zdrowia. Życie i cierpienie stało się drogą do miłowania ludzi i Boga, a jeśli trwa, to długo dochodzi do przyzwyczajania się do stanu zagrożenia życia.

Przyzwyczajanie polega na zaakceptowaniu swoich ograniczeń i dolegliwości, które stają się „normalne”, a pogarszający się stan fizyczny prowadzi do zubożenia i apatii, zamykania się w sobie i niechęci mówienia o własnych dolegliwościach. Chory koncentruje się na tym, aby przeżyć chociaż jeden dzień bez rozpraszania energii życiowej na sprawy mało istotne. Ponad połowa chorych onkologicznych dobrze dostosowuje się do swojej nowej sytuacji. U pozostałych występują różnego rodzaju zaburzenia psychiczne, jak zespół dezadaptacyjny (DSM-III-R), zaburzenia psychotyczne (depresje). Normalne reakcje psychiczne występują u 40% badanych, zaburzenia adaptacji u 12%, u pozostałych zaburzenia psychiczne wynikają z trwałych uszkodzeń mózgu. Najczęściej są to stany majaczeniowo-zamroczeniowe, które zaostwiają się wieczorem i w nocy. W ciągu dnia dochodzi do okresów przejściowej świadomości. Stany te wymagają leczenia. Chory nie rozpoznaje mieszkania, osób, żyje w świecie tylko sobie znanych przeżyć.

W stanach tych bardzo często poprawia się wydolność i sprawność fizyczna. W posługiwaniu cierpiącym należy dokładnie rozpoznawać stany patologiczne, aby skutecznie przyjść z pomocą choremu [8, 9].

3. INFORMOWAĆ CZY NIE O RZECZYWISTYM STANIE ODCHODZĄCYCH

Wśród specjalistów odpowiedzialnych za prawo człowieka chorego do prawdziwych informacji o własnym stanie zdrowia toczy się od dawna spór o to, co lepsze: milczenie w imię ochrony psychiki pacjenta, czy też danie umierającemu szansy, by świadomie wypełnić ostatnie dni swego życia. Zwolennicy pierwszego stanowiska powołują się na spustoszenie, jakie powoduje w psychice osoby ciężko chorej świadomość zbliżającej się śmierci. Uważają, że warto poświęcić prawdę o stanie chorego, aby nie skazywać go na ostatnie chwile życia pod presją własnego lęku, niepokoju i ciężaru, którego niekiedy nie jest w stanie znieść. W opinii lekarzy często wystarczy podać wysoce specjalistyczną, ogólną, w języku niezrozumiałym informację o stanie zdrowia lub informację „zastępczą” niezgodną z prawdą. Do takiego człowieka śmierć przychodzi „jak złodziej” w nocy, nie dając mu szansy na wcześniejsze pogodzenie się z losem i świadome do niej przygotowanie [5, 6, 7].

Dla tych, którzy stoją na stanowisku podawania prawdy w ostatnich chwilach życia człowieka czekają pytania drugiej strony: a co będzie, gdy człowiek nie jest przygotowany na przyjęcie takiej informacji. Czy nie załamanie się i przestanie walczyć o życie i wyzdrowienie lub popełni samobójstwo. Idealna informacja to taka, która jest zgodna z prawdą, a jednocześnie potrafi ocalić w człowieku nadzieję. Prawdą jest, że niełatwo pokonać powszechny demoniczny lęk przed śmiercią. Prawdą zostanie jednak ujawniona ostatecznie w chwili śmierci, a wcześniej podczas kolejnych nawrotów choroby. Tym większy potem zawód umierającego, mającego nadzieję na „wiele lat dalszego życia”, żal do medycyny i brak zaufania do lekarza, który od początku wiedział wszystko, a mimo to kłamał.

Dla człowieka wierzącego niczym niezastąpioną pociechą jest eschatologiczna nadzieja, że śmierć to przekroczenie progu, za którym będą wyciągnięte ramiona Ojca.

4. POSŁUGA HOSPICYJNA W DOMU CHOREGO

Posługę w domu chorego sprawuje zespół, w skład którego wchodzi najczęściej kapłan, le-

karz, pielęgniarka i wolontariusze w zależności od tego, jakie są potrzeby chorego i także od tego, czy rodzina jest w stanie zapewnić opiekę. Jako pierwszy rozpoznanie w domu chorego przeprowadza lekarz lub kapłan, który organizuje zespół prowadzący posługę. W posłudze hospicyjnej, przed pójściem do chorego na rozpoznanie sprawę polecamy grupie modlitewnej wspierającej pracę zespołu, aby jak najlepiej dotrzeć do pacjenta i przygotować go na przejście do Życia Wiecznego. Wykorzystując umiejętności zawodowe, oceniamy sytuację rodzinną i stan chorego, przeprowadzamy wywiad i badanie lekarskie, a nade wszystko wyrażamy radość ze spotkania, przynosząc zwykle drobny upominek i uśmiech. Chory cieszy się z każdego, nawet drobnego świadectwa troski i pamięci. W skład opieki hospicyjnej wchodzi troska o rodzinę chorego, głównie wsparcie duchowe najbliższych ludzi z otoczenia chorego, czasem zastąpienie ich w czuwaniu i pielęgnacji, pomoc w załatwianiu i rozwiązywaniu różnych problemów życiowych. Wytwarza się serdeczna i czuwająca atmosfera, potrzebna cierpiącemu. Nasze odwiedziny często uzupełniają pracę lekarza rodzinnego i włączają się w harmonogram życia rodzinnego. Rodzi się przyjaźń i sympatia, a nawet przywiązanie. Podstawą każdej rodzącej się przyjaźni z „towarzyszenia i czuwania” przy chorym jest bezinteresowne oddanie własnego czasu, gościnność serca i radość płynąca z miłowania bliźniego i realizowania swego powołania. Trzeba za drzwiami, zanim wkroczymy w krąg cierpiącego człowieka, zostawić pośpiech, sprawy własne i innych ludzi, bowiem chory zauważa nasz niepokój, brak czasu, nawet niewypowiedziany, co może stworzyć barierę nieufności między nami. Chory wtedy rezygnuje z powiedzenia najważniejszych i najpilniejszych spraw. Podobnie dzieje się w szpitalu, gdy chory samotnie umiera wśród zabieganych śpieszących się osób. Chory milczy, bo czuje, że bezcelowa jest mowa, że nikt nie słucha tego, co chciałby powiedzieć, może coś najważniejszego, co pozwoli zrozumieć jego niepokój, zastanowić się nad sensem życia i umierania [2, 3, 4].

5. CZAS PRZYGOTOWANIA DO PRZEKROCZENIA PROGU ŚMIERCI

Człowiek jest istotą społeczną, budując więc z innymi członkami rodziny, sąsiadami, znajomymi, przyjaciółmi szuka miejsca, w którym ma poczucie bezpieczeństwa. Takim miejscem dla większości ludzi jest własny dom. Cierpiący człowiek, niepewny jutra, szuka dla siebie „przestrzeni”, gdzie mógłby przeżyć swój lęk. To ro-

dzina mająca swoją niepowtarzalną kulturę życia, wspiera i dodaje odwagi. Dla wielu chorych bliskość męża, żony, dzieci, stanowi źródło siły do przezwyciężania cierpienia i wszystkich niedogodności czasu choroby. W rodzinnej, życzliwej atmosferze wspomaganie człowieka cierpiącego w potrzebie duchowej jest łatwiejsze, jeżeli bliscy umieją zrozumieć i odczytać jego pragnienia ze słów, gestów, spojrzeń, potrafią być współodczuwający z chorym. Prawdziwe współczucie pomaga znosić cierpienie i lęk egzystencjalny [2, 8, 9]. A oto zarejestrowana na taśmie magnetofonowej wypowiedź podopiecznej domowego hospicjum, pani Heleny” (...) ponad rok byłam zamknięta w tych czterech ścianach razem ze swoim cierpieniem. Co z tego, że wokoło mieszkali ludzie, kiedy nikogo nie obchodziło co dzieje się ze mną. Wiedziałam, że z dnia na dzień jest coraz gorzej, ból stawał się nie do zniesienia. Jednak nie to było najgorsze, ale świadomość, że jest się samym, zupełnie samym. Płakałam i prosiłam Boga o pomoc, żeby ktoś, choć przez przypadek do mnie zapukał. (...) I stało się, odnaleźli mnie członkowie hospicjum. Teraz sobie myślę, że warto było przeżyć te siedemdziesiąt lat, aby choć pod koniec życia spotkać tych ludzi. Ta okropna świadomość, że jestem poważnie chora, że to nowotwór, już mnie tak nie przeraża, bo jeśli człowiek widzi drugą osobę obok siebie, jeśli ktoś od czasu do czasu pogłodzi po rękę, to ten cały ból i cierpienie gdzieś odchodzi”. Wypowiedź tej podopiecznej, samotnej kobiety potwierdza, jak ważna w ostatnim etapie życia jest obecność drugiego człowieka, który wysłucha, zrozumie, pocieszy albo tylko potrzyma za rękę. Chory przestaje być osamotniony w swym cierpieniu. A samotność wśród tłumu może przeżyć chory w każdej placówce służby zdrowia, gdzie brak bezpośredniego, serdecznego kontaktu personelu z chorym, który traktowany jest jak „jednostka chorobowa”. To przedmiotowe, niekiedy bezduszne traktowanie człowieka pogłębia jego frustrację. A przecież tak niewiele potrzeba, by poprawić samopoczucie chorego, który często czuje się odrzucony, samotny, niemal „trędowaty”. Niepotrzebne są wielkie słowa, jedynie serdeczny uścisk dłoni i chwila czasu spędzonego razem, nawet w milczeniu, co pozwala uwierzyć, że jest kochanym i kimś ważnym, jedynym, niepowtarzalnym w oczach Boga i ludzi. Posługa hospicyjna wzbogaca duchowo obie strony. Chory, często obdarowuje swoich opiekunów większymi darami, pozwala bowiem obcować z prawdziwym cierpieniem, co daje możliwość uświadomienia sobie, jaka jest

prawdziwa hierarchia wartości w życiu, pozwala zastanowić się nad samym sobą. Ten kontakt prosty i szczery, w obliczu śmierci uczy prawdziwej bezinteresowności i miłości, pomaga także zaakceptować własną śmierć i pogłębić wiarę w życie wieczne. Gdy wczuwamy się w sytuację chorego jak we własną, wzajemne relacje stają się szczere i znaczące. Bez trudu znajdujemy wtedy właściwe słowa i adekwatne gesty w samarytańskiej posłudze choremu, w imię miłości bliźniego [2, 3, 8, 9].

Niemal u wszystkich pacjentów u kresu życia występuje rozwinięcie skłonności do rozmów o przeszłości i wspomnień. Jest to naturalna potrzeba dokonania bilansu, wydobywania sensu z różnych życiowych wydarzeń. Czasem jest to wstęp do dokonania przewartościowania dotychczasowej hierarchii wartości. Sprawy uznawane dotąd za bardzo ważne: np. prestiż stanowiska, interesy, pieniądze – okazują się mało ważne. Zamiast tego pojawia się pytanie o sens życia, sens dolegliwości chorobowych, a także o sens śmierci i życie po śmierci. Jeśli takie tematy pojawiają się w rozmowach, można to uznać za wielką szansę odkrycia przez chorego wartości wyższych od zdrowia i życia na ziemi. Zaczyna on bardziej doceniać istnienie wartości poza własną osobą. Tak oto życie i śmierć zaczynają przenikać się wzajemnie, gdy chory spostrzega osoby bliskie, już nieżyjące, we śnie lub na jawie, bez lęku, a raczej z nieukrywaną radością relacjonuje te spotkania z innego świata. Jeżeli próbuje się wyprzeć śmierć z ludzkiej świadomości, przemilczeć ją i zatuszować, uczynić z niej tabu, wtedy gaśnie też prawdziwe ludzkie życie w pełnym wymiarze. Naprawdę po człowieczemu żyje tylko ten, kto śmierci patrzy w oczy i akceptuje jej oczywistość. Chory widząc i czując siebie w perspektywie wieczności zawsze pragnie uporządkować swoje życie. Poczucie winy nieusprawiedliwionej w Bożym Miłosierdziu staje się dla niego zgryzotą, której towarzyszy lęk przed wiecznym potępieniem. Ciężko chory będzie więc się starał oddać w odpowiednie ręce wielki duchowy ciężar swego życiowego bilansu. Aby tak się stało musi on skorzystać z posługi duchownego, kiedy jest jeszcze w pełni świadomy. Odkładanie tego aktu przez otoczenie, jest duchową krzywdą wyrządzoną choremu. Niekiedy spowodowane jest to wyłącznie przesadnym lękiem, że przyspiesza się w ten sposób umieranie [2, 6 10].

W miarę zbliżania się śmierci chory staje się coraz bardziej zmęczony, zaczyna się psychicznie oddalać od otoczenia. Ten etap wymaga z naszej

strony szczególnego taktu i uszanowania jego prawa do spokojnego odchodzenia. Umierający daje nam niepowtarzalną sposobność dotykania duszy, a nasza ręka, głos, uśmiech czuły i delikatny może uczynić Boże Miłosierdzie bardziej prawdziwym, mogącym go skłonić, by zwrócił się do Boga z synowską ufnością. Taka komunikacja, choć z pozoru zewnętrzna, może odbyć się tylko na płaszczyźnie serca i wiary. Nie zrozumie tego człowiek powierzchowny i przypadkowy, dlatego tej pięknej i cennej posługi podejmują się najczęściej ludzie o dużej wrażliwości, kierujący się miłością i miłosierdziem. Ofiarują cierpiącym bliźnim swój czas, wiedzę i serdeczność bezinteresownie i szczerze. W poszukiwaniu sensu istnienia człowieka i sensu przemijania tego świata można znaleźć odpowiedź w nauczaniu Jezusa Chrystusa, w Ewangelii, która głosi Boże Miłosierdzie względem każdego człowieka. Wcielanie w życie przykazania miłości Boga i bliźniego rozwiązuje wszelkie trudne sprawy tego świata [7, 10, 11, 12]

5. JAK TOWARZYSZYĆ W DRODZE DO WIECZNOŚCI

Przełamawszy własny lęk przed śmiercią, trzeba otoczyć człowieka umierającego troskliwą opieką i miłością, zbliżyć się zarówno fizycznie, jak i duchowo. Obecność przy łóżku umierającego osób prawdziwie kochających, może pomóc pokonać strach i samotność odchodzącym, ocalić chrześcijańską nadzieję. Czynne zaangażowanie w opiekę nad umierającym obejmuje zapalenie światła (gromnicy), wspólną modlitwę, na przykład koronkę do Miłosierdzia Bożego, przyjęcie sakramentów świętych. Dialog serca z najbliższymi, nawet bez słów, a także modlitwa do Boga daje spokój i ukojenie. Sztuka umierania jest trudna i niepowtarzalna, dlatego trzeba jej uczyć się przez całe życie. Uważne słuchanie tego, co chce nam oznajmić człowiek umierający, pomaga w wypełnieniu ostatniej jego woli, uporządkowania przed śmiercią ważnych spraw, dokonanie rozrachunku z przeszłością. Choremu w tym czasie bardzo potrzebne jest także wybaczenie ze strony osób żyjących, ich dobroć i życzliwość. Wezwanie do człowieka chorego kapłana z sakramentem chorych przynosi ulgę w cierpieniu, pojednania z ludźmi i Bogiem, zaś udzielenie umierającemu namaszczenia olejami świętymi, zwanego wiatykiem sprawia, że człowiek staje się wewnętrznie otwarty na wieczność, a doświadczenie umierania jest spokojnym zamknięciem czasu „bycia w dro-

dze”, aktem oddania się Bogu tak, jak konający Chrystus, który rzekł: *w ręce twoje Panie, oddaję ducha mego*.

Towarzysząc odchodzącemu człowiekowi do wieczności, doświadczamy wzruszenia z uczestnictwa w wielkiej Tajemnicy Bożego Miłosierdzia, z nadzieją na spotkanie w domu Ojca. Posługiwanie hospicyjne pozwala odczuwać radość z towarzyszenia odchodzącym przez wiarę, daje nadzieję na życie wieczne, a niosąc miłość pozwala odkrywać obszary egzystencji duchowej, niedostępne w codziennym życiu i pracy zawodowej. Ciało traci życie, a dusza wraca do swego Stwórcy [12, 13, 14, 15, 16].

Dobrze spełniona posługa hospicyjna podnosi jakość życia, w ostatniej jego fazie, podczas umierania [17, 18].

PIŚMIENNICTWO

1. Dudkiewicz E.: *Filozofia opieki hospicyjnej. Materiały Sympozjum Naukowego „Lekarz wobec kończącego się życia”*, KSLP, Wydział Teologiczny, Hospicjum Św. Jana Kantego, Poznań 1996, 43.
2. Durda W.: *Chrześcijańska postawa wobec cierpienia według idei Apostolstwa Chorych*, Kraków 1998.
3. Slipko T.: *Antropologiczno-etyczne podstawy opieki terminalnej* [w:] *Sytuacja człowieka słabego we współczesnej cywilizacji*, Sympozjum Naukowe, Toruń 10 maja 1997 roku, Wyd. Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika, Toruń 1999, 39.
4. Guzewicz M.: *Postawy wobec cierpienia w Biblii od Abrahama do Maryi*, Wyd. Księgarnia św. Wojciecha, Poznań 2005, 5.
5. Rethore M.O.: *Badania naukowe w służbie życiu*, [w:] *Sytuacja człowieka słabego we współczesnej cywilizacji*, Sympozjum Naukowe, Toruń 10 maja 1997 roku, Wyd. Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika, Toruń 1999, 61.
6. Verspiren P.: *Cierpienie oraz pragnienie śmierci u chorych będących u kresu życia* [w:] *Sytuacja człowieka słabego we współczesnej cywilizacji*. Sympozjum Naukowe, Toruń 10 maja 1997 roku, Wyd. Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika, Toruń 1999, 47.

7. Krapiec M.A.: *Ja – człowiek*, Wyd. KUL Lublin 2005, 427.
8. Hellinger B.: *Dlaczego właśnie ja. Brzemie losu w chorobie nowotworowej*. Warsztat dla chorych, ich bliskich i terapeutów. Wyd. Sursum, Wrocław 2004.
9. Schmit Eric-Emmanuel: *Oskar i pani Róża*, Wyd. Znak, Kraków 2004.
10. Salij J.: *Wybierajmy życie*, Wydawnictwo Polskiej Prowincji Dominikanów. W Drodze, Poznań, 2002, 182.
11. Kubler-Ross E.: *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Wyd., PAX, Warszawa, 1979.
12. Reszczyńska E.: *Rozważania wokół problemu śmierci i umierania*. Wydawnictwo W Drodze, 1996, 11/279, 47.
13. Walden-Gałuszka K.: *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*, Wyd. Medyczne MAKmed, Gdańsk 1996.
14. Troska J.: *Prawo do życia a prawo do śmierci*, [w:] *Materiały Sympozjum Naukowego „Lekarz wobec kończącego się życia”*. KSLP, Wydział Teologiczny, Hospicjum Św. Jana Kantego, Poznań 1996, 7.
15. Jan Paweł II: *Encyklika Evangelium Vitae*, Rzym 1995.
16. Jan Paweł II: *List Apostolski Solvifici doloris*, Watykan, 1984.
17. Stelcer B.: *Jakość życia w opiece paliatywnej*, [w:] Bańka A., Derbis R. (red.) *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*. Uniwersytet w Poznaniu – Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Częstochowa 1994; 105.
18. Przygoda L.: *Problem bólu i cierpienia na tle doświadczeń pracy z chorymi w Hospicjum św. Łazarza w Krakowie*, AWF w Krakowie, 2000, (praca magisterska).

Ludwika Sadowska
ul. Hoene-Wrońskiego 13 c
50-376 Wrocław
tel . 071 3200606, 0692051337
rehroh@pediatria.am.wroc.pl
ludwikasadowska@neostrada.pl