

## DUSZPASTERSTWO HOSPICYJNE

Współczesna medycyna zwyciężając wiele chorób jest równocześnie bezradna wobec ludzkiego cierpienia. Wśród chorób, którym medycyna nie może sprostać, to przede wszystkim choroba nowotworowa. Diagnoza lekarska, która brzmi „nowotwór”, wywołuje zawsze szok, niedowierzenie oraz bunt u pacjenta<sup>1</sup>. We wczesnym jej stadium rozpoznania są szanse pozytywnych wyników terapeutycznych. Jednakże zbyt późne rozeznanie choroby prowadzi do jej nieuleczalności, a w konsekwencji do śmierci człowieka. Jak można zauważyć poszerza się w szybkim tempie krąg osób dotkniętych tą chorobą. Wzrasta liczba zachorowań i zgonów na nowotwory zwłaszcza złośliwe. Wzrastająca liczba zachorowań na tą chorobę stawia coraz wyraźniej problem opieki nad chorymi, wobec których leczenie kończy się niepowodzeniem. Śmierć należy do życia jako jego ostatnia faza widzialna, jest wpisana w życie każdego człowieka. Będąc ostatnim ziemskim etapem domaga się szacunku i odpowiedzialności terapeutycznej, zwłaszcza pracowników medycyny, tak jak każda inna chwila życia ludzkiego<sup>2</sup>. Inicjatywą roztaczającą opiekę nad ludźmi chorymi w ostatnim stadium choroby nowotworowej, czy innej, jest ruch hospicyjny<sup>3</sup>. W ostatnich latach również i w Polsce zauważa się rozwój inicjatywy opiekuńczej<sup>4</sup>.

---

\* Ks. Mariusz Ostaszewski, dr teologii, ur. 1973 r. Diecezjalny Duszpasterz Rodzin Diecezji Elbląskiej, wykładowca w WSD w Elblągu.

<sup>1</sup> B. Szpakowski, *Spowiadanie ludzi w szczególnie trudnych sytuacjach życia*, (red.) J. Augustyn, S. Cyran, Kraków 2006, s. 349.

<sup>2</sup> *Karta Pracowników Służby Zdrowia. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia*, Watykan 1995, s. 96.

<sup>3</sup> Hospicjum (łac. *Hospes gość*), w średniowieczu szpitale – przytulki dla podróżnych, pielgrzymów i chorych prowadzone przez zakony szpitalne np. polscy bożogrobowcy prowadzili działalność charytatywną i duszpasterską, przy ich konwentach organizowano parafie i szpitale. Funkcjonowały również w czasach nowożytnych. Współcześnie ruch hospicyjny zapoczątkowano w Anglii w celu zapewnienia chorym w okresie terminalnym (ostatnia faza życia) i leczonym paliatywnie (uśmierzenie bólu, leczenie objawów choroby) zorganizowanie opieki medycznej i duchowej, sprawowanej przez lekarzy, pielęgniarki, duchownych i wolontariuszy różnych zawodów w domach prywatnych, szpitalach i własnych obiektach. EK, t. VI, hasło: *hospicjum*, Lublin 1993.

<sup>4</sup> M. Kalinowski, *Duszpasterstwo Hospicyjne*, w: *Duszpasterstwo Specjalne*, (red.) R. Kamiński, Lublin 1998, s. 141.

## I. PODSTAWY BIBLIJNO-TEOLOGICZNE

Tajemnica losu człowieka ujawnia się w obliczu cierpienia i śmierci (por. KKK 1006). Choroba nazywana jest *misterium dolores*, która zrozumiała pozostaje jedynie w świetle Tajemnicy Odkupienia. Choroba zawsze wystawia na próbę poczucie równowagi życia osobistego i rodzinnego. Te niedomaganie prowadzi niejednokrotnie do odkrycia istotnej dla człowieka prawdy o ostatecznym sensie ludzkiej egzystencji, wykraczającej poza granice życia doczesnego.

Pismo Święte zajmujące się w znacznej mierze poznawaniem znaczenia religijnego choroby wprowadza w sferę jej uleczenia, w kontekście realizacji Bożych planów zbawienia. Na kartach Biblii choroba jest pojmowana jako słabość (Ps 38,11), następstwo grzechu i zachwianie porządku ustanowionego przez Stwórcę (Rodz 3,16–19). Jednakże powstaje pytanie, czy choroba jest spowodowana osobistymi grzechami?<sup>5</sup> Stary Testament udziela jakby dwie odpowiedzi. Pierwsza mówi o chorobie nawiedzających sprawiedliwych, takich jak Hiob czy Tobiasz. Wtedy owe niedomaganie może stać się doświadczeniem opatrnościowym, mającym na celu wypróbowanie wierności doświadczanego. W drugim zaś przypadku, gdy dotyczy Sprawiedliwego, Sługę Jahwe, choroba posiada wartość ekspiacyjną za winy grzeszników (Iz 53,4nn). Boga uważano za jedynego lekarza, dzielącego się mądrością z lekarzami ziemskimi i udzielającego swej mocy leczniczej. Choroba, w myśl natchnionych autorów, pozostaje złem. W przeciwieństwie do realiów ziemskich słabości człowieka, obietnice eschatologiczne przewidują zniesienie chorób w nowym świecie, za dni ostatecznych nie będzie chorych (Iz 35,5n), nie będzie cierpień ani łez (Iz 25, 8; 65,19).

Pisma nowotestamentalne łączą genezę choroby z grzechem pierworodnym, a jej finalizm z odkupieniem przez Chrystusa (Rz 5,12; 1 Kor 15,21–31). Chrystus przywracał zdrowie chorym, o czym wspominają wielokrotnie Ewangelie. Uzdrowienia te dokonywane przez Jezusa posiadają symboliczne odniesienie do naszych czasów. Choroba jest symbolem stanu, w jakim znajduje się człowiek grzeszny: jest on ślepy duchowo, głuchy, sparaliżowany.

Chrystus władzą leczenia ludzi obdarzył swoich apostołów (Mt 10,1), nakazując im uzdrawiać, i troszczyć się o chorych (Mt 16,18). Tą posługę przejął i pielęgnuje Kościół spełniając polecenia swego Mistrza, by troszczyć się o chorych, zarazem naśladując Go<sup>6</sup>.

To, co nazywamy miłością, jest w swojej istocie „*szacunkiem dla życia*”<sup>7</sup> – napisał Albert Schweitzer. Ta zasada stanowi podstawę etyki również w zakresie opieki nad ciężko chorym. Każde życie wymaga najwyższego szacunku, zaś w odniesieniu do sytuacji umierania i śmierci trzeba tym bardziej uczynić wszystko, aby uchronić godność człowieka.

W ostatnich dziesięcioleciach rozwinęła się refleksja wokół ochrony i promocji zdrowia i życia oraz kwestii związanych ze śmiercią i umieraniem. Jej przedmiotem są już nie tylko zagadnienia przerywania ciąży, samobójstwa, eutanazji, kary śmier-

<sup>5</sup> B. S z p a k o w s k i, dz. cyt., s. 349.

<sup>6</sup> M. K a l i n o w s k i, dz. cyt., s. 142–144.

<sup>7</sup> <http://www.kulturaswiecka.pl/node/163>, z dn. 28.03.2011.

ci i wojny obronnej, lecz także szeroko pojęta problematyka umierania i śmierci, niezwiązana bezpośrednio ani wyłącznie z tym, co może być słusznie traktowane jako zamach na życie. Refleksja nad śmiercią jako najbardziej osobistym wydarzeniem życia człowieka, jest różnie ukierunkowana i odzwierciedla rozmaite opcje światopoglądowe i moralne. Jej „szybki rozwój” wiąże się z faktem, że umieranie i śmierć stały się oficjalnie problemami naukowymi, którymi zajęła się dyscyplina nazwana tanatologią<sup>8</sup>. Dużą rolę odgrywa swoista fascynacja śmiercią, a także żywiołowy rozwój nowoczesnej medycyny, który ukazał nieznane przedtem możliwości oraz wynikające z nich bezprecedensowe dylematy etyczne. Śmierć, a jeszcze bardziej towarzyszenie człowiekowi terminalnie choremu i opieka paliatywna, zmuszają do zadawania bardzo trudnych pytań, ale nie chronią przed pokusami banalizacji tanatologii i związanych z nią dylematów etycznych. W kontekście szerokiego *spectrum* różnych wypowiedzi na te tematy nauczanie Kościoła katolickiego ma ogromne znaczenie. Jego przesłanie jest zawarte w dokumentach wydanych w ciągu ostatniego półwiecza. Należą do nich wypowiedzi papieża Piusa XII, zwłaszcza dwa przemówienia, wygłoszone w 1957 i 1958, oraz jego następców – Jana XXIII, Pawła VI i Jana Pawła II, wzbogacone o dokumenty ważnych urzędów Stolicy Apostolskiej, jak Kongregacja Nauki Wiary, Papieska Rada „Cor Unum” i Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Fundament całości posoborowego nauczania Kościoła zawiera ogłoszony 11 października 1992 *Katechizm Kościoła Katolickiego* (KKK) oraz dokumenty ogłoszone w 1995 przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, w *Karcie Pracownika Służby Zdrowia*. Ten ważny dokument często powołuje się na wcześniejsze wypowiedzi, w tym na wydaną prawie równocześnie, bo 25 marca 1995 encyklikę *Evangelium vitae* Jana Pawła II. Należy zaznaczyć, że szczególnie bogate nauczanie Jana Pawła II na temat teologii cierpienia, a także sensu umierania i śmierci oraz potrzeby towarzyszenia umierającym i opieki nad nimi, wymaga osobnego studium<sup>9</sup>. Trzeba zwrócić też uwagę na to, o czym wspomina konferencja biskupów Europy, co jest chyba najważniejsze, aby umierający mogli znajdować się w swoich rodzinach, w klimacie miłości i współuczestnictwa. To towarzyszenie choremu jest konieczne, aby umarł godnie<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> Tanatologia to nauka o śmierci człowieka, w szczególności zajmuje się jakościowym opisem przyczyn śmierci oraz żalem jej towarzyszącym. Badania opierają się na założeniu, że życie jest na tyle istotną wartością, że może okazać się korzystnym poznanie procesu umierania i, jeśli to możliwe, sposobów wpływania na niego. Tanatologia jest dziedziną interdyscyplinarną korzystającą m.in. z wiedzy o takich zagadnieniach jak: AIDS, ból, eutanazja, filozofia, medycyna, pogrzeb, samobójstwo, starzenie się, sztuka i wojna. Tanatologia nie zajmuje się bezpośrednio filozoficznym znaczeniem (sensem) śmierci, jako zagadnieniem medycznie nieistotnym, tak samo jak nie zajmuje się sensem życia. Niektóre teksty naukowe posuwają się dalej, uznając rozważania nad sensem lub bezsensem życia jako absurdalne. Tanatologia może się jednak zajmować znaczeniem śmierci dla jednostek, społeczności i kultur. Wiedza z dziedziny tanatologii jest powszechnie wykorzystywana przez lekarzy z dziedziny medycyny sądowej. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Tanatologia> z dn. 27.03.2011.

<sup>9</sup> [http://www.hospicjum.waw.pl/biblioteka/materialy/zasady\\_etyczne.pdf](http://www.hospicjum.waw.pl/biblioteka/materialy/zasady_etyczne.pdf) z dn. 11.11.2004.

<sup>10</sup> VII Sympozjum Konferencji Biskupów Europy nt. *Postawy współczesnego człowieka wobec narodzin i śmierci*, nr 1, Rzym 1989.

## II. GENEZA I ROZWÓJ DUSZPASTERSTWA HOSPICYJNEGO

W dziejach Kościoła szczególne miejsce w trosce o chorych zajmowały zakony, stowarzyszenia, bractwa. W średniowieczu pielęgnowaniem chorych niesieniem im pomocy duchowej i medycznej zajmowały się przede wszystkim bractwa kościelne i zakony. W regule benedyktyńskiej jest powiedziane wyraźnie, że trzeba mieć wyraźne baczenie na chorych. Synod w Akwizgranie z roku 817 zobowiązuje każdego biskupa i przełożonego zakonnego do erygowania i uposażenia szpitala<sup>11</sup>.

Ważnym wydarzeniem był dekret Soboru Trydenckiego *Eadem sacrosancta*, który zobowiązywał biskupów do troski o szpitale w miastach i w większych parafiach. W okresie potrydenckim w Polsce rozpoczęło swą działalność wiele zakonów męskich i żeńskich, takich jak: bonifratrzy, kamilianie, szarytki i boromeuszki. Największą aktywność wykazały szarytki i mariawitki, zgromadzenia wybitnie czynne na polu posługiwania chorym i biednym. Także dobrze zapisało się w historii dziejów Kościoła zgromadzenie Braci Rochitów założone w 1713 przez bpa Brzostkowskiego w Wilnie, którego celem było ratowanie chorych i pochówek zmarłych w czasie zarazy<sup>12</sup>.

Ruch hospicyjny wywodzi się z nurtu chrześcijańskiej posługi chorym. Pierwszy dom zblizony do idei hospicjum został założony w Dublinie w roku 1905 przez irlandzkie Siostry Miłosierdzia. Rozwój współczesnej opieki hospicyjnej związany jest z Angielką Cicely Saunders, która była pielęgniarką i wolontariuszką w szpitalu św. Łukasza w Londynie. Opiekowała się między innymi chorym polskim żydem Dawidem Taśmą. W wyniku tych doświadczeń zrodziła się idea zorganizowania miejsca, gdzie ludzie umierający mieliby zapewnioną odpowiednią opiekę. Nieuleczalnie chory żyd podarował siostrze wolontariuszce pewną sumę pieniędzy, aby po jego śmierci otworzyła dom dla ludzi umierających. W 1967, spełniając prośbę pacjenta, siostra zainicjowała działalność Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie, które stało się wzorcem opieki paliatywnej.

Idee i wzorce hospicyjne szybko znalazły swoje urzeczywistnienie w Polsce. Prekursorką w tej dziedzinie była Hanna Chrzanowska<sup>13</sup>. Za cel swej działalności obrała opiekę nad ciężko i nieuleczalnie chorymi.

<sup>11</sup> B. K u m o r, *Kościelne stowarzyszenia świeckich na ziemiach polskich w okresie przedrozbiorowym*, w: *Księga tysiąclecia katolicyzmu w Polsce*, Lublin 1969, s. 518.

<sup>12</sup> M. K a l i n o w s k i, dz. cyt., s. 148.

<sup>13</sup> Hanna Chrzanowska (ur. 7 października 1902 w Warszawie, zm. 29 kwietnia 1973 w Krakowie) była pielęgniarką i instruktorką pielęgniarstwa. Córka Ignacego Chrzanowskiego, profesora Uniwersytetu Jagiellońskiego i Wandy Szlenkier. Pochodziła z rodziny znanej z działalności charytatywnej. Skończyła szkołę średnią u Urszulanek w Krakowie. Po zdaniu matury, w 1922 podjęła studia w nowo otwartej Szkole Pielęgniarstwa w Warszawie. Dzięki otrzymanemu rocznemu stypendium wyjechała do Francji. Od 1926 do 1929 roku pracowała jako instruktorka w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek i Higienistek w Krakowie. W latach 1929–1939 redagowała miesięcznik „Pielęgniarka Polska”. Ponadto dużo publikowała z dziedziny pielęgniarstwa. W tym samym czasie widać u niej coraz większe zbliżenie się do Boga, co przeniosło się na jej publikacje z tego okresu i udział w pracach przy organizowaniu w roku 1937 katolickiego Związku Pielęgniarek Polskich. Po wybuchu wojny w 1939 przyjechała do Krakowa. Po wojnie i po otwarciu Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarsko-Położniczej w Krakowie, pracowała jako kierownik działu pielęgniarstwa społecznego i domowego zwracając uwagę na solidne przygotowanie swych uczennic do pielęgnowania

W 1981 roku powstaje pierwszy w środkowej Europie ośrodek opieki nad umierającymi pod nazwą „Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych – Hospicjum” w Krakowie. W ślad za nim powstał w 1984 ośrodek hospicyjny w Gdańsku<sup>14</sup>, którego inicjatorem był, już nieżyjący, ks. Eugeniusz Dutkiewicz i profesor Joanna Muszkowska-Penson<sup>15</sup>. Ten wzorzec bardzo szybko podjęły inne miasta w Polsce. Powstawały ośrodki opieki oparte na dwóch wzorcach, mianowicie stacjonarnym i domowym.

W 1995 powołano Krajową Radę Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej. Opracowała ona *Program Rozwoju Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej*, który został przyjęty przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej<sup>16</sup>.

Konferencja Episkopatu dostrzegając dynamiczny rozwój ruchu hospicyjnego w środowisku medycznym, powołała w 1989 Komisję Duszpasterstwa Hospicyjnego, mianując na krajowego duszpasterza ks. E. Dutkiewicza, nazwanego ojcem ruchu hospicyjnego w Polsce<sup>17</sup>. Obecnie tą funkcję pełni ks. dr Piotr Krakowiak SAC<sup>18</sup>.

### III. DZIAŁALNOŚĆ PASTORALNA

Ruch hospicyjny ma charakter bezwyznaniowy. Każdy, kto chce pomagać chorym, bez względu na przekonania, może zostać wolontariuszem. Część placówek opieki paliatywnej związana jest Kościołem<sup>19</sup>, inne funkcjonują w systemie opieki społecznej. Posługa chorym umierającym to swego rodzaju powołanie, a hospicjum jest żywym miejscem samarytańskiego miłosierdzia.

Istotą opieki hospicyjnej jest praca zorganizowana: lekarza, pielęgniarki, duchownego, wolontariusza. Przebiega ona na trzech poziomach: praca przy chorym, współpraca z rodziną chorego i ścisła współpraca całego zespołu hospicyjnego<sup>20</sup>. Chory cierpi fizycznie, psychicznie i duchowo. Temu cierpieniu niekiedy towarzy-

---

szych w warunkach domowych. W tym celu wspólnie z nimi odwiedzała obłożnie chorych, służąc im radą i pomocą podczas odbywanych przez nie praktyk. Przez krótki okres pełniła funkcję dyrektorki Szkoły Pielęgniarstwa Psychiatrycznego w Kobierzynie. W 1966 roku zachorowała na chorobę nowotworową. Mimo operacji choroba dalej szerzyła się w jej organizmie wskutek czego doprowadziła do śmierci, która nastąpiła 29 kwietnia 1973. Hanna Chrzanowska uważana jest za Sługę Bożą. Starania o wykazanie jej świętości doprowadziły do rozpoczęcia się procesu beatyfikacyjnego, który to został otwarty 3 listopada 1998 roku. [http://pl.wikipedia.org/wiki/Hanna\\_Chrganowska](http://pl.wikipedia.org/wiki/Hanna_Chrganowska) z dnia 28.02.2011.

<sup>14</sup> P. K r a k o w i a k, *Opieka paliatywno-hospicyjna w Polsce i zadania duszpasterskie z nią związane*, w: *Program duszpasterski Kościoła w Polsce na lata 2006–2010*, Poznań 2008, s. 218.

<sup>15</sup> K. de W a l d e n-G a ł u s z k o, *Ukresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*, Gdańsk 1996, s. 16.

<sup>16</sup> M. K a l i n o w s k i, dz. cyt., s. 150.

<sup>17</sup> P. K r a k o w i a k, A. S t o l a r c z y k, *Ks. Eugeniusz Dutkiewicz SAC. Ojciec ruchu hospicyjnego w Polsce*, Gdańsk 2007.

<sup>18</sup> <http://www.ita.aidg.pl/?ks.-dr-piotr-krakowiak,39> z dnia 28.02.2011.

<sup>19</sup> *Leksykon Teologii Pastoralnej*, hasło: *Hospicyjne duszpasterstwo, działalność zbawcza Kościoła, której pierwszorzędnym adresatem jest człowiek w terminalnej fazie choroby*, Lublin 2006.

<sup>20</sup> M. K a l i n o w s k i, dz. cyt., s. 152.

szy uczucie opuszczenia, bezradności, strachu przed bólem, braku wartości oraz lęk o przyszłość najbliższych. Stawiane są często pytania przez niego o sens życia i cierpienia ludzkiego. Osoba podejmująca się pomocy człowiekowi terminalnie choremu podejmuje dwojakie zadania: niesienie ulgi w cierpieniu we wszystkich aspektach oraz pomocy w przygotowaniu chorego do śmierci i życia po śmierci. Obecność kapłana pozwala choremu na możliwe pełne przygotowanie się do zbliżającej się śmierci i spotkania z Bogiem<sup>21</sup>. Z udzieleniem sakramentów świętych wiąże się wprowadzanie chorego w sens i znaczenie poszczególnych znaków sakramentalnych<sup>22</sup>. Człowiek terminalnie chory potrzebuje człowieka i duszpasterza autentycznej żywej wiary<sup>23</sup>, który sam przemyślał swoje życie i swoją śmierć. Potrzebna jest tu postawa gotowości towarzyszenia drugiemu człowiekowi przez wszystkie etapy drogi. Potrzebne jest wsłuchanie się w skargi chorego, ciepłe i nieosądzające słowa, danie oznaki bliskości, dzięki którym można zaufać, powierzyć swoje cierpienie Bogu i Mu zawierzyć<sup>24</sup>. Osoba udzielająca wsparcia duchowego powinna również charakteryzować się postawą dialogu, która będzie wyrażała się w wewnętrżnej wolności do słuchania i mówienia. „Sługa dialogu” pomaga w akceptacji oraz w pojednaniu ze śmiercią<sup>25</sup>. Ten dialog funkcjonuje na dwóch płaszczyznach: werbalnej i niewerbalnej. Pierwszy wyraża się w rozmowie, drugi zaś w gestach i zachowaniu.

Jak powinna wyglądać relacja pomiędzy chorym a duszpasterzem? Chory pragnie usłyszeć przede wszystkim:

- zapewnienie, że niezależnie, co się stanie, będę przy tobie, by ci pomóc;
- mimo swej choroby jesteś bliską osobą;
- będę regularnie cię odwiedzał;
- postaram się złagodzić Twój ból duchowy;
- wspólnie może rozwiążemy nurtujące Cię problemy.

Jak praktycznie to osiągnąć?

- przede wszystkim do swojego słuchacza włączyć zwroty grzecznościowe;
- usiąść przy łóżku chorego;
- nie unikać kontaktu oko w oko;
- odwiedzać regularnie bez spóźnień;
- zwykle rozpoczynać rozmowę od kilku grzecznościowych słów: „Dzień dobry, jak się cieszę, że znów widzę Pana”, itp.;
- starać się trzymać chorego za rękę (dotyk odgrywa istotną rolę – pozwala zdobyć zaufanie chorego, jemu natomiast daje poczucie bezpieczeństwa);
- nigdy na pierwszej wizycie nie namawiać do spowiedzi, chyba, że wymaga tego sytuacja.

Dla większości społeczeństwa słowo *rak*, *nowotwór* posiada wielki ładunek emocjonalny. Stąd należy zapytać chorego, co już wie. Warto zauważyć, że chory często

<sup>21</sup> M. Kalinowski, *Towarzystwo w cierpieniu. Posługa hospicyjna*, Lublin 2002.

<sup>22</sup> P. Krakowiak, dz. cyt., 226.

<sup>23</sup> R. Mikołajczyk, *Towarzystwo umierającym jako zadanie Kościoła*, AK 1 (488) 1990, s. 129–130.

<sup>24</sup> B.L. Błock, *Człowiek chory przewlekle i terminalnie*, w: *Środowiska specjalnej troski*, (red.) M. Kalinowski, Lublin 2003, s. 62–63.

<sup>25</sup> *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, s. 97.

sam pyta, jak długo to jeszcze trwać będzie? Rodzina chorego nie powinna zabraniać duszpasterzowi mówić o ewentualnej śmierci i umieraniu. Powiedzenie bolesnej prawdy nie oznacza zniszczenia nadziei. Często może być ona zastąpiona nadzieją na spokojne odejście, z myślą, że rodzina da sobie radę po stracie ukochanej osoby<sup>26</sup>.

Opieka duchowa nad rodziną chorego to druga płaszczyzna działań pastoralnych. Troska duchowa o rodzinę chorego ważna jest w opiece hospicyjnej w domu umierającego człowieka. Członkowie umierającego narażeni są na wyczerpania fizyczne i psychiczne. Aczkolwiek dom rodzinny jest miejscem, gdzie umierający czuje się bezpieczny. Chory jest dla domowników wielkim zadaniem, ale jednocześnie wyzwaniem, które może przynieść wiele dobra. Hospicjum domowe wspiera rodzinę, co sprzyja umocnieniu więzi osobowej oraz owocuje wzajemnym wsparciem<sup>27</sup>.

Zespół wolontariuszy to szczególnie płaszczyzna działań pastoralnych. Istnieją poglądy, aby kapłan sprawował duchową opiekę nad zespołem ludzi, którzy opiekują się chorymi. Otóż wszyscy wchodzący w skład zespołu opieki narażeni są na wewnętrzne wypalanie się. Związana jest to z zaangażowaniem emocjonalnym z chorym terminalnym, które przerywa nieuchronna śmierć podopiecznego. W takim momencie mogą pojawić się rozterki, rozgoryczenie, poczucie bezradności. Słuszne jest więc przeprowadzanie formacyjnych spotkań, np. dni skupienia, rekolekcji, wyjazdów do sanktuariów, połączone z konferencjami naukowymi. Wszystkie podejmowane działania mają służyć wzmocnieniu, dodaniu otuchy oraz utwierdzeniu w etosie posługi umierającym.

Wszystkie wskazane płaszczyzny pracy duszpasterstwa hospicyjnego jawią się zawsze w wymiarze powinności i konieczności. Warto podkreślić, że istnieje do dnia dzisiejszego duży deficyt kapelanów hospicyjnych. Palącą potrzebą Kościoła jest przygotowywanie kandydatów do posługi we wszelkiego rodzaju placówkach zdrowia. Istnieje jeszcze niedobór problematyki duszpasterstwa specjalistycznego w nauczaniu i formacji seminaryjnej. Otóż dowartościowanie w kształceniu seminaryjnym tego pionu działań pastoralnych, zaowocuje większą wrażliwością w zakresie posługi wśród ludzi będących w ostatniej fazie życia<sup>28</sup>.

Ojciec Św. Benedykt XVI w z okazji XV Światowego Dnia Chorego mówił: „Wielu jest takich ludzi – pracowników służby zdrowia, duszpasterzy i wolontariuszy – oraz instytucji, które na całym świecie niestrudzenie służą chorym w szpitalach i ośrodkach opieki paliatywnej, na ulicach miast, na osiedlach mieszkaniowych i parafiach. [...]. Na koniec proszę kościelne wspólnoty na całym świecie, a szczególnie te, które zaangażowane są w służbę chorych, aby z pomocą Maryi, *Salus Infirmorum* (Uzdrowienie chorych), dawały skuteczne świadectwo kochającej trosce Boga, naszego Ojca”<sup>29</sup>.

<sup>26</sup> B. P ł o w i e c k a, *Duszpasterstwo Hospicyjne. Gościna w sercu*, „Pismo Polskiej Rodziny Hospicyjnej”, 1998, nr 10/11, (29/30) III, s. 14–15.

<sup>27</sup> M. K a l i n o w s k i, dz. cyt., s. 154.

<sup>28</sup> Tamże, s. 155.

<sup>29</sup> B e n e d y k t XVI, *List na XV Światowy Dzień Chorego*, Rzym 2007. w: <http://www.ap-chorych.katowice.opoka.org.pl/miesiecznik2/mies0207-or.htm>, z dn. 28.03.2011.

**HOSPICE MINISTRY**

## SUMMARY

Although contemporary medicine is able to fight many diseases yet it is helpless in the face of human suffering including cancer. Both the number of people getting infected and death rates are rising. Sadly, the cases of malicious tumour are diagnosed frequently. Medical diagnosis stating "cancer" is always received with a shock, disbelief or even rebellion. It is necessary to emphasize the care for the patients who cannot be cured. The sickness always challenges the state of personal and family equilibrium. This pain often leads to a truthful revelation of a meaning of human existence, which goes far beyond our earthly matters. Death is strictly interfered with life and is inevitably involved in the life of every human being. It demands respect and responsibility, especially from those who are in charge of medical services. It is the hospice movement that helps people overcome their fears and pain in the last stage of cancer.