

Leon Szot

Powstanie i rozwój ruchu hospicyjnego

Studia Warmińskie 46, 221-236

2009

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

POWSTANIE I ROZWÓJ RUCHU HOSPICYJNEGO

Treść: — 1. Fundamentalne założenia ruchu hospicyjnego. — 2. Rozwój ruchu hospicyjnego na świecie. — 3. Historia ruchu hospicyjnego w Polsce. — Zusammenfassung

I. FUNDAMENTALNE ZAŁOŻENIA RUCHU HOSPICYJNEGO

Poznanie ruchu hospicyjnego związane jest z analizą jego podstaw, genezy, rozwoju oraz fundamentalnych założeń. Przedstawiają one bogaty obraz kryształizowania się etosu posługi najbardziej potrzebującym oraz powstawania i ewolucji infrastruktur eklezjalnych i świeckich, podejmujących posługę wśród chorych i cierpiących. Powyższe faktory opisujące ruch społeczny, jakim niewątpliwie jest idea hospicyjna, ukazują czynniki mające bezpośredni i pośredni wpływ na powstanie i rozwój ruchu oraz zakres jego działalności. Przedstawienie wymienionych zagadnień nie tylko przybliżyło poznanie interesującej problematyki w wymiarze teoretycznym, poszerzy refleksję naukową nad ruchem hospicyjnym, ale posiada również zamysł praktyczny, związany z dowartościowaniem oraz rozpowszechnieniem idei współczesnej opieki hospicyjnej, w celu poszerzenia podmiotu sprawującego posługę w placówkach dla terminalnie chorych. Wielość osób aktywnie zaangażowanych i otwartych na idee pomocy hospicyjnej skłania do bliższego przyjrzenia się rozwijającemu się ruchowi.

Człowiek chory i cierpiący, potrzebujący wsparcia stanowił na przestrzeni wieków wyzwanie dla społeczności ludzkiej. Jej odpowiedź zależała od uwarunkowań miejsca i czasu, ducha wypluwającego z prądów epoki. Sytuacja ulega radykalnej zmianie pod wpływem przesłania ewangelicznego. Nauka Ewangelii pogłębiła motywację posługi względem bliźniego — od tego czasu czyn miłosierny, spełniany jest wobec samego Chrystusa. Ten naczelny aksjomat przez wieki nie uległ zmianie, modyfikowano formy jego realizacji. Nauka Jezusa Chrystusa wniosła istotny impuls w kształtowaniu chrześcijańskiej wizji hospicjum, inspirując do podejmowania posługi wobec cierpiących i umierających. *Chrześcijaństwo wniosło nowe uzasadnienie konieczności opieki nad chorymi, miłosierdzie, które nie pozwala zostawić chorego bez pomocy*¹.

Kościół jasno wyraża swoje stanowisko odnośnie zasad, jakimi człowiek

¹ W. Szumowski, Historia medycyny, Warszawa 1961, s. 100.

powinien kierować się w zakresie posługi chorym. Urząd Nauczycielski Kościoła, wspierany refleksją teologów, analizuje i ocenia ludzkie postępowanie w wymiarze etycznym, w tym również zagadnienia z zakresu aktywności hospicyjnej i paliatywnej. Dziedzina ta staje się szczególnie i istotną formą służenia człowiekowi. Nie dziwi więc fakt, licznych enuncjacji Kościoła dotyczących wymagań natury moralnej, kierowanych do przedstawicieli tego środowiska.

Medyczna, psychologiczna i socjalna opieka nad człowiekiem umierającym musi być strzeżona katalogiem wymagań i ograniczeń. Wynika to z troski o godność osoby ludzkiej i jej pozycji w świecie istot żywych. Nie może być ona traktowana jako zwykły obiekt badania, ponieważ jako istota cielesno-duchowa jest obdarzona bogactwem ponadwitalnych wartości². Jest osobą, czyli świadomym i wolnym podmiotem swojego działania. Uznanie podmiotowości ludzkiej, wartości życia i godności sumienia, leży u podstaw współczesnej nauki Kościoła dotyczącej posługi chorym terminalnie.

Medycyna winna pozostawać w służbie człowieka oraz jego godności w tym, co jest w niej jedyne i transcendentne. Chodzi tu — jak mówi Jan Paweł II — o poszanowanie medycyny, która broni wartości osoby ludzkiej, podmiotu praw³. Fundamentalnym problemem jest odpowiedź na pytanie, kim jest człowiek w całym swym bogactwie i do czego ma zmierzać w swym rozwoju⁴. Odpowiedź posiada charakter wyraźnie normatywny. Tak więc przy rozstrzyganiu problemów etycznych i udzielaniu konkretnych wskazań istotna jest prawda o istocie ludzkiej, która ma szczególny związek z etyką przedstawicieli zespołu hospicyjnego⁵.

Człowiek stanowiący jedność ciała i duszy jest zdolny do samostanowienia, potrafi rozeznąć prawdę oraz wartości i opowiedzieć się w sposób wolny po ich stronie. Wolność ludzka to szczególnie znak obrazu Bożego w osobie (por. KDK 17). To zdolność świadomego i odpowiedzialnego pójścia za rozpoznaną prawdą i dobrem. W Jezusie Chrystusie, Bogu Człowieku, każda osoba znajduje swoją prawdziwą wielkość i godność, która budzi głębokie zdumienie. Jaką wartość musi mieć w oczach Stwórcy człowiek, skoro zasłużył na tak potężnego Odkupiciela, skoro Bóg dał Syna Swego Jednorodzonego, ażeby On — człowiek — nie zginął, ale miał życie wieczne (RH 10). Ewangelia odkrywa chrześcijańskie podstawy godności i prawa osoby⁶.

Wyjątkowa godność osoby ludzkiej wyraża się niekiedy pojęciem „świętości”. Człowiek to rzecz święta — *homo res sacra* — i jako taka domaga się uszanowania. Jemu ma być wszystko podporządkowane, a on niczemu w świecie⁷. Szczególnie

² T. Gocłowski, Dać nadzieję. Arcybiskup gdański o ruchu hospicyjnym, „Gościna serca”. Wydanie specjalne, Gdańsk 2–4.07.1993, s. 3; J. Szkoła, Pomoc cierpiącemu, *GWS* 2: 1997, nr 3, s. 3.

³ Jan Paweł II, Przemówienie do uczestników zjazdu Światowego Towarzystwa Lekarskiego, *OsRomPol* 4: 1983, nr 10, s. 22.

⁴ Jan Paweł II, Homilia podczas Mszy św. na Placu Zwycięstwa w Warszawie, Przemówienia i homilie, Kraków 1979, s. 31.

⁵ W. Gubała, Chrześcijańska koncepcja człowieka jako podstawa etyki lekarskiej, b. m. Mps. AB KUL.

⁶ J. Glemp, Prymas Polski — Hospicjantom, *GWS* 2: 1997, nr 9, s. 3.

⁷ S. Olejnik, W kręgu moralności chrześcijańskiej, Warszawa 1985, s. 262.

w aktywności hospicyjnej musi być uznana wielkość, świętość i nietykalność osoby, gdyż istnieje niebezpieczeństwo zatarcia się tych wartości i tendencji do desakralizacji osoby oraz związanej z tym depersonalizacji medycyny⁸. Godność jednostki ludzkiej, według etyki chrześcijańskiej, to fundamentalna wartość, którą należy szanować i chronić. Człowiek stanowi dobro najwyższe, godne szacunku ze względu na nie samo, na jego własną wewnętrzną dostojność i wielkość. Jego moralność nie jest wynikiem nadania mu tej cechy przez czynniki społeczne, czy jego własną aktywność. Człowiek po prostu „jest” fundamentalną wartością etyczną tak u swego początku, jak i u kresu swego życia, w stadium terminalnym choroby. Struktura moralna człowieka sprawia, że jest on nie tylko twórcą samego siebie, kultury i historii, ale jest jednocześnie centrum i ostatecznym odniesieniem wszystkiego — wszelkiej swej działalności i aktywności⁹. Przesłanki dotyczą prymatu osoby i jej nienaruszalnych praw dotyczą wszystkich aspektów posługi hospicyjnej¹⁰. Podejmowane działania winny respektować godność jednostki ludzkiej, tak, aby postępowi i wiedzy naukowej oraz technologicznej towarzyszyło zawsze podniesienie szacunku dla nieocenionej godności i duchowego wymiaru poszczególnego człowieka¹¹. Dlatego poszukiwania medyczne, podobnie jak wszelkie naukowe dociekania, domagają się wsparcia i przewodnictwa ze strony duchowych i moralnych wartości. Badanie medyczne zmierza ostatecznie ku dobru całej osoby, nawet jeśli bezpośrednim jego celem jest jakaś tkanka czy organ ciała¹².

W ramach uznania prymatu osoby ludzkiej etyka chrześcijańska obejmuje także godność ciała, a co za tym idzie, podstawowe prawo zachowania życia i integralności cielesnej. Istnieje głęboka jedność między ciałem i duchem, jedność do tego stopnia rzeczywista, że nawet najwyższa duchowa aktywność jest uwarunkowana przez kondycję cielesną, zaś ciało ze swej strony osiąga swój właściwy i ostateczny cel tylko wtedy, gdy kierowane jest duchem¹³.

Szacunek dla osoby ludzkiej domaga się także poszanowania swobody sumienia, rozumianej jako podstawowe prawo jednostki do tego, aby nie zmuszano jej do postępowania sprzecznego z jej sumieniem i aby nie przeszkadzano w działaniach z nim zgodnych (DWR 2)¹⁴. Sumienie oznacza służbę życiu i konieczność opierania się pokusom i naciskom, które stanowiłyby zamach na to najwyższe dobro¹⁵. Akcentując wolność ludzkiego sumienia, etyka chrześcijańska podkreśla równo-

⁸ Jan Paweł II, Przemówienie do uczestników kongresów: Włoskiego Stowarzyszenia Medycyny Wewnętrznej i Włoskiego Stowarzyszenia Chirurgii Ogólnej, s. 110–115; por. B. Häring, W służbie człowieka. Teologia moralna a etyczne problemy medycyny, Warszawa 1975, s. 7–9.

⁹ Jan Paweł II, Homilia w Banneux, *OsRomPol* 6:1985, nr nadzwyczajny II, s. 42–43; por. T. Slipko, Życie i płęć człowieka, Kraków 1978, s. 142–146.

¹⁰ M. Przykucki, Jubileuszowe Słowo Arcypasterza, *GWS* 2: 1997, nr 9, s. 7.

¹¹ Jan Paweł II, *Ciascuno di noi chiamato ad essere al Buon Samaritano*, IGP VII (1984), s. 1664; Jan Paweł II, Przemówienie do uczestników kongresów, jw., s. 110–115.

¹² Jan Paweł II, *La ricerca medica esiga la guida dei valori morali*, IGP VII (1984), s. 1134.

¹³ Jan Paweł II, Przemówienie do uczestników Tygodnia Studiów zorganizowanego przez Papieską Akademię Nauk, *OsRomPol* 3: 1982, nr 10, s. 8.

¹⁴ Jan Paweł II, Przemówienie do włoskich lekarzy katolickich, s. 16–17.

¹⁵ J. Gałdecki, Bądź i ty hospicjantem, *GWS* 2: 1997, nr 10, s. 4.

czeńście jego służebną, a nie autonomiczną rolę, w działaniu człowieka. Nie jest ono najwyższą, obiektywną instancją moralną decydującą o tym, co jest dobre, a co jest złe. Podlega normie wyższej, którą stanowi wola Boga wyrażona w prawie naturalnym i objawionym. Dla środowiska hospicyjnego oznacza to, że sumienie w rozstrzygnięciach moralnych winno odwoływać się do wyższej instancji, jaką w odniesieniu do problemów opieki terminalnej jest obrona życia ludzkiego, *czuwanie nad tym, aby się ono przeobrażało i rozwijało na przestrzeni całej egzystencji, w poszanowaniu planu wyznaczonego przez Stwórcę*¹⁶. Idąc za głosem sumienia, hospicjanci winni *opierać się pokusom, naciskom a czasem nawet przemocy fizycznej, aby nie zbrukać się postępkami, które w ten lub inny sposób stanowią zamach na najwyższe dobro, jakim jest życie ludzkie. Ich odważne i konsekwentne świadectwo stanowi istotny wkład w budowę społeczeństwa, które mając być na miarę człowieka, musi być oparte o poszanowanie tego nadrzędnego wśród wszystkich praw człowieka, jakim jest prawo do życia*¹⁷. Nabiera to szczególnego znaczenia w sytuacji, gdy potężne prądy opinii, skutecznie popierane bogatymi środkami masowego przekazu, starają się na wszelkie sposoby wpłynąć na sumienie lekarzy i innych pracowników medycznych. Głoszą poglądy sprzeczne nie tylko z etyką chrześcijańską, ale przekreślają zasady moralności człowieczej, stając w otwartej sprzeczności z deontologią zawodową¹⁸.

II. ROZWÓJ RUCHU HOSPICYJNEGO NA ŚWIECIE

Kościół od czasów apostoelskich podejmował działania zmierzające do zaradzenia potrzebom ludzkim. W. Szumowski w *Historii medycyny* stwierdza, że nowym potężnym czynnikiem, jaki chrześcijaństwo wniosło do medycyny, było miłosierdzie. *Chrześcijaństwo nie zostawiało nikogo bez pomocy. Lekarz chrześcijański szedł do chorego, ratował go jak umiał, przemawiał w imię Chrystusa i pocieszał nadzieją zbawienia wiecznego na tamtym świecie*¹⁹. Pierwsze gminy chrześcijańskie składały opiekę nad chorymi w ręce diakonów, którzy dobierali sobie pomocników, zwłaszcza spośród bogobojnych wdów²⁰. Najstarsza tradycja liturgiczna i nauczanie Ojców Kościoła zgodnie nazywają Chrystusa z Ewangelii nie tylko Kapłanem, ale także Lekarzem duszy i ciała²¹. Znany jest zwyczaj Ojców Kościoła, by sakramenty określać mianem lekarstw²². Ignacy Antiocheński, pisząc do wiernych Efezu, użył tego właśnie wyrażenia: *jeden tylko jest lekarz, cielesny i duchowy, zrodzony*

¹⁶ Jan Paweł II, Przemówienie do uczestników XV Międzynarodowego Kongresu Federacji Stowarzyszeń Lekarzy Katolickich, s. 5.

¹⁷ Jan Paweł II, Przemówienie do członków Stowarzyszenia Katolickich Lekarzy Włoskich, NP I, s. 204–205.

¹⁸ Tamże.

¹⁹ W. Szumowski, jw., s. 95 n.

²⁰ A.G. Hamman, *Życie codzienne pierwszych chrześcijan (95–197)*, tł. A. Guryń, U. Sudolska, Warszawa 1990.

²¹ J.P. Schaller, *I sacramenti: farmaco di Immortalita*, Roma 1990, s. 12 n.; H. Schipperges, *Zur Tradition des „Christus medicus“ im frühen Christentum und der älteren Heilkunde*, *Artz und Christ* 11: 1965, s. 12–22.

²² Tertulian, PL 1, 1205–1206; Cyprian, PL 4, 492.

*i nienarodzony, który przyszedł z ciała, prawdziwego życia Maryi i Boga, który przedtem cierpiał, a teraz nie cierpi więcej, Jezus Chrystus, nasz Pan*²³. Można wyliczyć wiele dzieł patrystycznych oraz współczesnych opracowań poświęconych temu zagadnieniu²⁴. W sposób zorganizowany zaczęto pomagać chorym po *Edykcie Mediolańskim* (313 r.), tworząc nowe instytucje dobroczynne. Uchwały Soboru Nicejskiego (325 r.) dowartościowały znaczenie posługi wobec chorych i umierających, nadając jej nowy kształt organizacyjny, zalecając zinstytucjonalizowanie działalności wśród osób potrzebujących wsparcia i powoływanie zrzeszeń służących pomocą osobom cierpiącym i umierającym. Wśród nich najszybciej powstają placówki dobroczynne zwane *xenodochium* (gr. *kensos*), oznaczające gospodę i schronisko dla pielgrzymów²⁵. Należy przywołać postać św. Bazylego (329–379), biskupa Cezarei Kapadockiej, który na przedmieściu metropolii zbudował nowe miasto, zwane od V wieku Bazyliadą. W niej podróżni, chorzy, zwłaszcza trędowaci, znajdowali pomoc i opiekę. Zakładane przez św. Bazylego przeważnie w miastach, klasztory, posiadały domy gościnne dla pielgrzymów oraz schroniska dla chorych i opuszczonych²⁶.

Szczególne miejsce w trosce o chorych zajmują zakony, stowarzyszenia i bractwa. Już w odległej przeszłości realizowały one służbę czynnej pomocy człowiekowi cierpiącemu. W średniowieczu pielęgnowaniem chorych i niesieniem im duchowego wsparcia zajmowały się przede wszystkim bractwa oraz zakony²⁷. Rozwój chrześcijaństwa i organizacji kościelnej był czynnikiem zapewniającym, jeżeli nie rozwój, to przynajmniej przetrwanie dorobku uczonych wypracowanego do IV wieku. Medycyna i kapłaństwo weszły ze sobą w ścisły związek²⁸.

Ważnym wydarzeniem w historii kultury, a pośrednio i medycyny oraz posługi wśród chorych i umierających, było założenie w roku 529 przez św. Benedykta zakonu benedyktyńców na Monte Cassino. W regule benedyktyńskiej wyraźnie powiedziano, że należy przede wszystkim mieć pieczę nad chorymi. W VI–VII wieku opieka społeczna inspirowana przez Kościół świadczona była w prowadzonych przez mnichów-eremitów diakoniach — hospicjach²⁹. Synod w Akwizgranie w roku 817 zobowiązał każdego biskupa i przełożonych zakonnych do erygowania i uposażania szpitali³⁰.

W wiekach średnich powstawały przy klasztorach przytulki i szpitale zwane *hospitium*, *hospitale*, *infirmarium*, gdzie chorzy i pielgrzymi otrzymywali opiekę

²³ Ignacy Antiocheński, Do Efezjan 1, 2, PG 5, 738.

²⁴ G. Fichtner, *Christus Medicus. Die Bezeichnung Christi als Arzt bei den lateinischen Kirchenvätern*, Heidenberg 1965; R. Arbesmann, *The Concept of „Christus Medicus” in St. Augustine*, *Traditio* 10: 1954, s. 1–28.

²⁵ S. Longosz, *Ksenodochium — hospicjum wczesnochrześcijańskie*, *VoxP* 16: 1996, z. 30–31, s. 281.

²⁶ Bazyli Wielki, EK, t. 2, k. 135–138.

²⁷ S. Stoddard, *The Hospice Movement. A better way of caring for the dying*, Briarcliff Manor 1978, s. 22.

²⁸ Tamże, s. 100.

²⁹ M. Surdacki, *Dzieci porzucone w Szpitalu Świętego Ducha w Rzymie w XVIII wieku*, Lublin 1998, s. 25.

³⁰ B. Kumor, *Kościelne stowarzyszenia świeckich na ziemiach polskich w okresie przed-rozbiorowym*, w: *Księga tysiąclecia katolicyzmu w Polsce*, Lublin 1969, s. 518.

duchową i cielesną³¹. W szpitalach leczeniem często zajmowali się zakonnicy, którzy udzielali rady zgłaszającym się chorym, a klasztorne apteki rozdawały bezpłatnie leki³². Znaczny rozwój sieci hospicjów związany był z wyprawami krzyżowymi, których największe nasilenie miały miejsce w latach 1095–1270. Jednym z głównych zadań istniejących zakonów była troska o pielgrzymów i rycerzy udających się do Ziemi Świętej w licznych krucjatach. Powstawały więc miejsca, szczególnie w basenie Morza Śródziemnego, w których otaczano troską podróżujących i chorych. Swoją działalnością obejmowały również ludność miejscową przychodząc z wszechstronną pomocą.

We wschodnim Kościele bizantyjskim duże zasługi dla rozwoju opieki nad chorymi położyli bazylianie, natomiast w zachodnim Kościele benedyktyni. Rozwinęli oni płodną działalność na polu medycyny, przepisując, tłumacząc, objaśniając i kompilując dzieła starożytnych autorów. Kształcenie w zakresie medycyny odbywało się w tym czasie w szkołach katedralnych lub klasztornych. Najślawniejsze stały się z czasem szkoły w Chartres i Tours. Znajomość medycyny była niezbędna, dla tych, którzy chcieli mieć nadzór nad zgromadzeniami duchownymi i należała niejako do programu ogólnego wykształcenia przyszłych księży i zakonników³³.

Najważniejszą religijną wspólnotą zakonną ówczesnego okresu, prowadzącą szpitale, byli kanonicy regularni Świętego Ducha. Zakon duchaczów i duchaczek podejmował charyzmat opieki nad dziećmi niechcianymi. Ufundowany w 1198 roku Szpital Świętego Ducha w Rzymie, administrowany przez duchaczy, przyczynił się w dużym stopniu do rozwoju szpitalnictwa, stanowiąc wzorcowy model dla innych placówek medycznych. Znaczącą misję charytatywną wypełniali również trynitarze (1198) poświęcający się wykupywaniu więźniów chrześcijańskich z niewoli saraceńskiej, pomaganiu rannym i chorym w czasie wojen. W okresie średniowiecza dobrze zapisały się w podejmowanie pomocy potrzebującym zgromadzenie kanoników regularnych św. Augustyna, krzyżaków gwiazdzystych oraz braci bądź kawalerów mostowych³⁴.

Z różnych względów z biegiem czasu władze kościelne zaczęły zabraniać duchownym zajmowania się praktyką lekarską. Począwszy od XII wieku formułowane są wyraźne zakazy, również dotyczące studiów medycznych, pod groźbą surowych kar kościelnych³⁵. Od tego czasu rozpoczyna się coraz większe znaczenie lekarzy świeckich. W konsekwencji od XIII wieku na osoby udzielające pomocy chorym nową powinność, troskę o stan duchowy pacjenta, sugerując, aby zachęcać go do spowiedzi, wzbudzenia żalu za grzechy, przyjęcia wiatyku i namaszczenia³⁶. Na podłożu wskazań soborowych nastąpiło znaczne ożywienie

³¹ W. Szumowski, jw., s. 114.

³² J.S. Pelczar, *Zarys dziejów miłosierdzia chrześcijańskiego w Kościele Katolickim*, Kraków 1916, s. 54.

³³ W. Szumowski, jw., s. 102.

³⁴ K. Antosiewicz, *Opieka nad chorymi i biednymi w krakowskim szpitalu Świętego Ducha (1220–1741)*, *RH* 26: 1978, z. 2, s. 67–70.

³⁵ B. Seyda, *Dzieje medycyny w zarysie*, Warszawa 1977, s. 85; W. Szumowski, jw., s. 148.

³⁶ W. Szumowski, jw., s. 409.

wśród bractw podejmujących pomoc umierającym, prowadzącą do obudzenia życia sakramentalnego. Bractwa dobrej śmierci okresu średniowiecza łączyły troskę o ciało osób umierających z nabożeństwami pokutnymi, modlitwami o nawrócenie, odkupienie dusz czyścicowych i poleceniem Bogu chorych konających. Najbardziej rozpowszechnione było: Arcybractwo Miłosierdzia (1488 r.), Bractwo Bożej Miłości (1494 r.), Bractwo NMP Matki Umierających i Umarłych, Bractwo Dobrej Śmierci³⁷.

Najistotniejsze znaczenie w świecie chrześcijańskim posiadała szkoła lekarska w Salerno, z którą związane jest epokowe w skutkach wydarzenie. Cesarz Fryderyk II wydał w roku 1231 „konstytucje”, gdzie znajdowało się zarządzenie o konieczności złożenia egzaminu przed tamtejszą komisją dla uzyskania uprawnień lekarskich. Można więc uznać ów nakaz jako początek dyplomu upoważniającego do prowadzenia praktyki. Od tego okresu w świecie chrześcijańskim coraz powszechniej wymagano od lekarza świadectwa ukończonej nauki³⁸. O ile pogląd na znaczenie medycyny starożytnej jest na ogół dość jednolity, zaś wartość jej jest zazwyczaj sprawiedliwie i wysoko oceniana, o tyle sądy o lecznictwie, jak i o całej kulturze średniowiecznej, są niemal przeciwstawne. Wydaje się jednak, że w dużej mierze ocena osiągnięć tego okresu, zależy od ogólnego nastawienia do epoki oraz obiektywnych i sprawiedliwych osądów. Model kształcenia medycznego, liczba znanych uniwersytetów oraz sposób zakładania, organizacji, funkcjonowania i utrzymania szpitali nie zmieniły się właściwie od średniowiecza aż do XVIII wieku³⁹.

Przełomowym wydarzeniem w rozwoju opieki wśród chorych i umierających był dekret soboru trydenckiego (1545–1563), który zobowiązywał biskupów do troski o szpitale w miastach i w większych parafiach⁴⁰. Wskazania nauki soborowej dość szybko przełożono na praktyczną działalność wspólnot kościelnych. Wzorem reform w dziedzinie opieki społecznej i szpitalnictwa stała się działalność Karola Boromeusza. Cechą charakterystyczną tego okresu był rozwój nie znanych dotąd trzech typów szpitali: dla nieuleczalnie chorych, umysłowo chorych i dla rekonwalescentów.

Ważną postacią w dziejach pomocy chorym i umierającym był Juan Chiudad (św. Jan Boży), założyciel zgromadzenia bonifratrów. Szpital w Grenadzie założony przez niego w 1540 roku dał początek nowemu podejściu do osób dotkniętych chorobą umysłową. Bonifratrzy zasłynęli również z zielarstwa, utrzymywania aptek oraz pełnienia funkcji sanitariuszy w czasie wojen⁴¹. Poczest wielkich postaci dla rozwoju dobroczynności uzupełnia św. Kamil de Lellis, założyciel kongregacji

³⁷ H. Zarembska, Bractwa w średniowiecznym Krakowie. Studium form społecznych życia religijnego, Wrocław 1977, s. 141–149; T. Głe m m a, Z dziejów miłosierdzia chrześcijańskiego w Polsce, Kraków 1947.

³⁸ W. Szumowski, jw., s. 150; J. Weigel, Historia medycyny w wiekach średnich, [b.m.w.], 1895.

³⁹ Z. Podgórska-Kławe, Szpitale warszawskie (1388–1945), Warszawa 1975, s. 10.

⁴⁰ R. Łukaszyk, F. Woronowski, Dobroczynne Duszpasterstwo, w: EK, t. 3, k. 1386.

⁴¹ J. Kłoczowski, Zakony męskie w Polsce w XVI–XVIII wieku, w: Kościół w Polsce, t. 2: Wieki XVI–XVIII, red. J. Kłoczowski, Kraków 1970, s. 585–589.

kamilianów, braci poświęcających się służbie chorym w szpitalach oraz opiece nad zadżumionymi i zarażonymi tyfusem⁴².

Powstały liczne męskie i żeńskie zgromadzenia zakonne oprócz bonifratrów i kamilianów, sercanie, szarytki, boromeuszki, a także bractwa, stowarzyszenia, które jako swój religijny charyzmat obrały posługę ludziom chorym, cierpiącym i umierającym⁴³.

Oprócz wymienionych wyżej zakonów szpitalnych w średniowieczu istniało jeszcze około dwudziestu innych zgromadzeń lub stowarzyszeń opiekuńczo-dobroczylnych. Większość z nich miała charakter epizodyczny i kończyła swoje istnienie wraz ze śmiercią fundatora bądź fundatorki. Zazwyczaj miały one często zasięg lokalny, niejednokrotnie ograniczając się do jednej konkretnej placówki.

Największą aktywność wykazywały szarytki i mariawitki, zgromadzenia wybitnie czynne na polu posługiwania chorym i biednym⁴⁴. Dobrze zapisało się Zgromadzenie Braci Rochitów, założone w 1713 przez bpa K. Brzostowskiego w Wilnie, którego celem było ratowanie chorych i grzebanie osób zmarłych w czasie zarazy. Oprócz trzech ślubów zwykłych rochici składali jeszcze ślub czwarty: opieki nad chorymi i ubogimi. Służbę bliźniemu traktowano jako właściwą służbę Bożą (*res sacra miser*). W tym okresie nastąpiła również poważna rozbudowa sieci szpitali przy wiejskich kościołach parafialnych oraz powołano do życia liczne bractwa szpitalne⁴⁵. Zakres ich działalności w średniowiecznej Polsce był bardzo obszerny. W instrukcji wizytacyjnej z końca XVI wieku archidiakon wrocławski Teodor Lindon nazywa szpitalem każdy punkt mający za cel opiekę charytatywną, gdzie są utrzymywani ubodzy, pielgrzymi, chorzy, niezdolni do pracy, nie posiadający pożywienia i odzienia starcy, dzieci pozbawione rodziców, porzucone niemowlęta, trędowaci, obciążeni różnymi chorobami nieuleczalnymi i zakaźnymi, oraz wszystkie inne politowania godne osoby⁴⁶. Bractwa te miały na celu nie tylko fundowanie szpitali, ale przede wszystkim przygotowywanie ludzi, którzy bardzo często wyłącznie i zawodowo oddawali się pracy w tak szeroko zakreślonej działalności szpitala średniowiecznego.

Działalność charytatywna w wiekach średnich organizowana była zasadniczo przez środowiska kościelne, niemniej jednak można przytoczyć przykłady wielu inicjatyw i fundacji ze strony cesarzy, królów i osób prywatnych. Spośród przywódców państwowych największe zasługi w rozwoju szpitalnictwa położył cesarz rzymski Justynian (527–567), fundator licznych hospicjów i lecznic. Najślawniejszym obiektem ufundowanym przez władców był szpital przy klasztorze Pantocrator, założony w Bizancjum w 1136 roku przez cesarza Giovanniego

⁴² H. Samsonowicz, jw., s. 23.

⁴³ J. Korał, Podstawy działalności charytatywnej Kościoła na przykładzie organizacji Caritas, Kraków 2000, s. 58.

⁴⁴ B. Kumor, Historia Kościoła, t. 6, Lublin 1985, s. 118; J. Tazbir, Historia Kościoła katolickiego w Polsce (1460–1795), Warszawa 1966, s. 160.

⁴⁵ Kościoł w Polsce, red. J. Kłoczowski, t. 1, Kraków 1966, s. 346–358; tenże, Kościelne stowarzyszenia świeckich na ziemiach polskich w okresie przedrozbiorowym, w: Księga tysiąclecia katolicyzmu w Polsce, Lublin 1969, s. 517–520.

⁴⁶ B. Kumor, jw., s. 119.

Commeno⁴⁷. Świecka sieć opieki nad chorymi i ubogimi rozwijała się od końca X wieku w okresie tzw. komun miejskich we Włoszech, Francji i Niemczech. Każdy mieszkaniec miasta posiadający przywileje, prawa obywatelskie oraz pracę musiał należeć do specjalnych organizacji społecznych, które między innymi prowadziły własne szpitale. Charakterystycznym zjawiskiem dla komun średnio-wiecznych było tworzenie bardzo licznych małych lecznic i hospicjów. Okres renesansu to epoka wielkich szpitali, ich monumentalność miała świadczyć o bogactwie i hojności fundatora. Duże budowle doby humanizmu trafiły pierwotną ideę charytatywną⁴⁸.

Od wieku XVI spośród kategorii osób wymagających pomocy zaczęto wyróżniać chorych nieuleczalnie. Cierpiących na raka umieszczono w tej grupie obok przypadków zakaźnych, wówczas nieuleczalnych⁴⁹. Szpital św. Łazarza założony przez ks. Piotra Skargę w 1591 roku w Warszawie był pierwszym tego rodzaju miejscem przeznaczonym dla chorych na raka⁵⁰.

Zupełnie nowa sytuacja zaistniała w XIX wieku ze względu na intensywny rozwój medycyny. Mimo wykrystalizowania się wzorca szpitala-lecznicy, w mentalności społecznej długo jeszcze funkcjonował pogląd, że taka placówka pełni nadal funkcję przytułku. Szpitale stawały się coraz częściej podstawowymi zakładami lecznictwa zamkniętego przeznaczonymi dla chorych wymagających leczenia stacjonarnego. W nowych uwarunkowaniach społecznych powstało pierwsze schronisko, przeznaczone wyłącznie dla umierających. W 1842 roku Jeanne Gardier otworzyła w Lyonie taki obiekt, który otrzymał podwójne imię: Hospicjum i Kalwaria. Właśnie wtedy użyto terminu *hospicjum* na określenie miejsca przeznaczonego wyłącznie dla osób w stanie terminalnym. W późniejszym czasie w innych częściach Francji powstały podobne schroniska dla umierających. Niezależnie od doświadczeń francuskich irlandzkie Siostry Miłosierdzia otwały dwa domy dla nieuleczalnie chorych i umierających, w 1897 roku Lady's Hospice w Dublinie, następne hospicjum pod patronatem św. Józefa w roku 1905 w Londynie. W krótkim czasie otwarto następne domy o podobnym charakterze pod patronatem Kościoła anglikańskiego: Friedesheim Home of Rest (1885 r.), Hostel of God (1891 r.) i St. Luke Home for the Dying Poor (1893 r.)⁵¹.

Inicjatorem idei hospicyjnej w odnowionej formie, określanej mianem współczesnej opieki hospicyjnej, była angielska pielęgniarka-wolontariuszka ze szpitala św. Łazarza w Londynie Cicely Saunders⁵². W posłudze chorym zetknęła się

⁴⁷ A. Pazzini, *L'Ospedale nei secoli*, Roma 1958, s. 53–65.

⁴⁸ Tamże, s. 152–155.

⁴⁹ J. Fijałek, *Spoleczne tradycje organizacyjne i naukowe w opiece zdrowotnej do końca XVIII wieku*, w: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988, s. 220.

⁵⁰ Szpital dla rakowatych, najstarszy w Europie, założony przez ks. Piotra Skargę w Warszawie, *Zdrowie* 28: 1912, z. 10, s. 751.

⁵¹ C. Saunders, *Foreword*, w: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, ed. D. Doyle, G. Hanks, N. McDonald, Oxford 1994, s. VI.

⁵² Urodzona w 1918 roku po ukończeniu szkoły średniej chciała pracować jako pielęgniarka. Sprzeciw rodziców spowodował, że mogła ją podjąć dopiero w 1944 roku. W realizacji idei nowoczesnej opieki hospicyjnej pomogły jej studia medyczne ukończone dyplomem lekarskim; por. M. Hołubicki, *Opieka paliatywna i hospicyjna w Polsce*, w: *Człowiek nieuleczalnie chory*, Lublin 1997, s. 12 n.

z wieloma przypadkami osób umierających na raka, opiekując się między innymi Polakiem Dawidem Taśmą, umierającym w wielkim bólu w wieloosobowej sali szpitalnej, z dala od ojczyzny, bez bliskiej osoby. W wyniku własnych doświadczeń i rozmów z chorymi zrodziła się idea zorganizowania miejsca, gdzie ludzie umierający znaleźliby adekwatną pomoc i w godny sposób mogli zakończyć ziemskie życie. Nieuleczalnie chory Taśma podarował ówczesnej siostrze, później-szej dr Saunders 500 funtów z prośbą „by mógł być oknem” w jej domu dla cierpiących⁵³. W roku 1967 dr Saunders zainicjowała działalność stacjonarnego Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie, które stało się modelowym ośrodkiem opieki hospicyjnej i liderem w propagowaniu idei posługi umierającym oraz ich najbliższym. Dwa lata później zakres świadczonej pomocy poszerzono o zespoły hospicjum domowego⁵⁴.

Podstawą działalności takich ośrodków stało się otwarcie na człowieka umierającego i koncepcja bólu totalnego, pojmowana jako przeżycie fizyczne, psychiczne, społeczne i duchowe. Założycielka ruchu hospicyjnego podkreśla chrześcijańskie podwaliny jego idei. Współczesny ruch wyrasta z tradycji miłosierdzia adresowanego do człowieka umierającego. Posiada charakter bezwyznaniowy, zarówno wolontariuszem jak i podopiecznym może zostać każdy bez względu na przekonania religijne i wyznawany światopogląd. Prawdziwa wspólnota hospicyjna nie zamknie drzwi przed osobą o odmienniej postawie religijnej⁵⁵.

W okresie rozkwitu idei hospicyjnych w Wielkiej Brytanii, a następnie w całej Zachodniej i Środkowej Europie, w Stanach Zjednoczonych w 1969 roku opublikowano książkę Elisabeth Kübler-Ross „On Death and Dying”, która przygotowała grunt dla rozwoju pomocy hospicyjnej na tym kontynencie.

Znaczącym etapem w kierunku optymalizacji działalności na rzecz umierających było powiązanie opieki domowej ze środowiskową. Pierwsze tego rodzaju przedsięwzięcie, ośrodek dziennego pobytu dla osób nieuleczalnie chorych, podjęto w 1975 roku przy Hospicjum św. Łukasza w Sheffield. Powyższa inicjatywa powyższa wyrosła z pogłębionej oceny sytuacji psychosocjalnej cierpiących i ich najbliższych, rozwiązując w ten sposób wiele problemów opieki w terminalnym okresie choroby nowotworowej. Poszerzyła formy kompleksowej pomocy hospicyjnej, ale przede wszystkim przełamywała izolację chorego, odciążała jego najbliższych i wpisywała ten typ służby społecznej w strukturę pracy socjalnej⁵⁶. Intensyfikacja działań w celu efektywnej walki z bólem ważny punkt osiągnęła w 1975 roku, kiedy w Montrealu, w Royal Victoria Hospital, otwarto Oddział Opieki Paliatywnej, używając w ten sposób prawdopodobnie po raz pierwszy określenia *opieka paliatywna* na oznaczenie powyższych działań. Opanowanie bólu i innych objawów terminalnej fazy choroby nowotworowej, w związku z nasilającą

⁵³ Tamże, s. 12.

⁵⁴ C. Saunders, Historia opieki hospicyjnej, *Nowotwory* 43 (1993), s. 105; E. Sikorska, Narodziny i rozwój współczesnej opieki hospicyjnej na świecie, w: *W stronę człowieka umierającego*, red. J. Drażkiewicz, Warszawa 1986, s. 76–77.

⁵⁵ J.T. Chirban, Health and faith: medical, psychological and religious dimensions, Lanham 1991; C. Saunders, Foreword, *op. cit.*, s. VII; S. Stoddard, *op. cit.*, s. 22.

⁵⁶ M. Górecki, Hospicjum w służbie umierających, Warszawa 2000, s. 59.

się liczbą zachorowań w skali całego świata, stało się jednym z priorytetowych zadań Światowej Organizacji Zdrowia.

Światowa Organizacja Zdrowia w roku 1986 wydała dokument *Leczenie bólu w chorobach nowotworowych*⁵⁷. Stwierdza on, że ból stanowi tylko jeden wymiar cierpienia i dlatego wprowadza pojęcie opieki całościowej, sprawowanej przez przygotowany do tego zespół. Ogarniają oni zarówno pacjenta, jak i jego najbliższą rodzinę pomocą w wymiarze somatycznym, psychologicznym, socjalnym i duchowym. Autorzy dokumentu konstatują, iż zasady opieki nad umierającymi zostały wypracowane przez nowoczesny ruch hospicyjny⁵⁸. Potrzebę dowartościowania pomocy psychologicznej, socjalnej i duchowej w opiece nad chorymi terminalnie akcentował kolejny dokument z 1990 roku⁵⁹. W określeniu holistycznego wsparcia cierpiących po raz pierwszy w akcie tej rangi użyto terminu *opieka paliatywna*⁶⁰. W Wielkiej Brytanii, USA, Kanadzie i Australii powstały pierwsze uniwersyteckie katedry medycyny paliatywnej oraz szereg krajowych i międzynarodowych stowarzyszeń hospicyjnych i opieki paliatywnej⁶¹.

III. HISTORIA RUCHU HOSPICYJNEGO W POLSCE

Idea opieki hospicyjnej w Polsce nie pojawiła się nagle jako replika inicjatyw europejskich, ale był to proces długofalowy wyrastający z wielu wcześniejszych refleksji i praktyki wsparcia człowieka chorego i umierającego⁶². Przemiany ustrojowe, zmieniające się koncepcje roli i zadań medycyny, dowartościowanie opieki paliatywnej oraz wprowadzana reforma służby zdrowia w sposób istotny wpływają na podstawowe założenia postępi umierającym i ich rodzinom. Tworzenie placówek hospicyjnych w Polsce, ich rozwój, blaski i cienie powszedniego funkcjonowania rysują historię wielkiej idei pomocy człowiekowi cierpiącemu na nieuleczalną chorobę w jej końcowym stadium.

Pionierem w tej dziedzinie była Hanna Chrzanowska, twórczyni krakowskiego ośrodka pielęgniarstwa domowego. Od 1964 roku podjęła ona inicjatywę opieki nad przewlekle chorymi i w ostatnim stadium raka. *Działania tego ośrodka obejmowały chronicznie chorych, miały typowo opiekuńczy charakter i wkraczały również w okres terminalny. Dla H. Chrzanowskiej sukcesem było nie tylko wyleczenie, lecz także okazanie skutecznej pomocy choremu, przede wszystkim*

⁵⁷ World Health Organization. Cancer Pain Relief, Geneva 1986. Polskie tłumaczenie dokumentu: Światowa Organizacja Zdrowia. Leczenie bólu w chorobach nowotworowych, tł. Z. Zylisz, Kraków 1993.

⁵⁸ Tamże, s. 22–23.

⁵⁹ World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative Care, Geneva 1990, Polskie tłumaczenie dokumentu: Światowa Organizacja Zdrowia. Leczenie bólu w chorobach nowotworowych i opieka paliatywna, tł. J. Kujawska-Tenner, Kraków 1994.

⁶⁰ Tamże, s. 14.

⁶¹ K. De Walden-Gałuszko, Stan wiedzy o opiece paliatywnej w świecie i w Polsce, *Biuletyn Ogólnopolskiego Forum Ruchu Hospicyjnego* Sierpień 2003, s. 13–15.

⁶² O ruchu hospicyjów w Polsce, w: W stronę człowieka umierającego, red. J. Dążkiewicz, Warszawa 1989, s. 100.

w utrzymaniu lub odzyskaniu godności, sponiewieranej przez cierpienie i opuszczenie⁶³.

Pierwsze sygnały, które dzisiaj można zinterpretować jako początkową fazę opieki hospicyjnej, sięgają początków lat 70. XX wieku i wiążą się pośrednio z Synodem Archidiecezji Krakowskiej (1971–1978). Powstawały wówczas, jak przy okazji każdego spotkania, zespoły synodalne. Jeden z nich jako temat refleksji i dyskusji podjął zagadnienie aktualizacji miłości w życiu chrześcijańskim we wszystkich jego płaszczyznach. Zwracano szczególną uwagę na potrzebę obecności tej podstawowej wartości ewangelicznej w życiu społecznym⁶⁴. Wyjście poza wspólnoty kościelne skierowane było bezpośrednio na zagadnienia małżeńskie, rodzinne i społeczne. We wszystkich płaszczyznach życia człowieka wskazano na potrzebę dowartościowania miłości względem cierpiących, a w tym do chorych i umierających. Więcej, w aktywnej postawie wobec najbardziej potrzebujących i opuszczonych, chorych umierających w fizycznym lub duchowym „byciu samotnym” czy nawet w uczuciu opuszczenia, miłość osiąga swoje szczyty. Uświadczenie sobie tej prawdy prowadzi do uruchomienia mechanizmów, które urzeczywistniałyby wewnętrzne przekonanie w postaci czynów miłości bliźniego⁶⁵.

Dyskusje nad religijnymi i etycznymi aspektami czynnej miłości, wspierano społeczną pracą w prowadzonym przez dr. Stanisława Kownackiego oddziale zakaźnym szpitala w Nowej Hucie, gdzie znajdowały się osoby z bardzo zaawansowaną chorobą nowotworową. Utrzymywano tam tak zwane łóżka społeczne dla pacjentów, którzy potrzebowali pomocy nazywanej hospicyjną⁶⁶. Pracę wolontariuszy na terenie szpitala, jak również częstą obecność członków rodzin i przyjaciół chorych popierał dr Kownacki, stając się w ten sposób niewątpliwym prekursorem ruchu hospicyjnego w Polsce. Mimo że nie był on orędownikiem hospicjum stacjonarnego przeznaczonego dla umierających na nowotwory, uważał, że chory powinien być do końca pod opieką szpitala. Zdobyte doświadczenia przyczyniły się do okrzepnięcia członków grupy synodalnej, podejmującej posługę wśród chorych terminalnie w nowohuckim szpitalu. Nieformalnie ten krąg ludzi tworzył pierwszy zespół wolontariuszy hospicyjnych w Polsce. Z zagranicy, konkretnie z Wielkiej Brytanii, dochodziły informacje o funkcjonowaniu zorganizowanych struktur społecznych otaczających pomocą chorych terminalnie. W 1977 roku w Krakowie powstał plan zbudowania hospicjum stacjonarnego. Początkowy zamiar inwestycji, przy kościele Arki Pana nakładami tamtejszej wspólnoty parafialnej, nie znalazł właściwego poparcia z wielu stron. W konsekwencji braku postępu w tej sprawie, 2 marca 1981 odbyło się zebranie założycielskie stowarzyszenia hospicyjnego, które ostatecznie zarejestrowano 29 września 1981 r. pod nazwą Towarzystwo Przyjaciół Chorych HOSPICIUM. W nurcie

⁶³ H. B o r t n o w s k a, O polski model hospicjum, w: Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie, red. J. Bogusz, Bydgoszcz 1985, s. 51–52.

⁶⁴ Apostolstwo miłości. Synod Archidiecezji Krakowskiej 1972–1979, Kraków 1979, s. 93–113.

⁶⁵ Tamże.

⁶⁶ K. B u k o w s k i, Lekarz i człowiek. Doktor Judym czy Samarytanin?, *Apostolstwo Chorych* 75: 2004, nr 1, s. 19–21; H. B o r t n o w s k a, Ten i tamten brzeg. Po śmierci doktora Stanisława Kownackiego, *TPow* 8 (1996), s. 10.

pomocy chorym nieuleczalnie, w stosunku do których zakończono leczenie przyczynowe, niezależnie od poczynań osób z kręgu grup synodalnych, w lutym 1982 roku powstał w Krakowie Zespół Opieki Hospicyjnej, skupiający środowisko lekarskie Instytutu Onkologii.

Znaczący wkład w krystalizowanie się idei pomocy ciężko chorym i umierającym w Polsce miał ks. Heinrich Pera, duchowny katolicki z dawnego NRD. Pielęgniarz i ksiądz, sam bardzo cierpiący, po wielu operacjach, bez jednego oka, posiadał charyzmat bezgranicznej miłości do chorych ludzi oraz przemyślenia wzbudzające u słuchaczy potrzebę osobistej refleksji⁶⁷.

W roku 1978 Polskę odwiedziła Cecily Saunders⁶⁸, wygłaszając referaty poświęcone problemowi opieki nad umierającymi. Wystąpienie jej na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego i w krakowskim Instytucie Onkologii poświęcone były organizacji opieki hospicyjnej i funkcjonowania Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie. *Model ten jednak nie przyjęt się. Nawiązane kontakty nie przyniosły oczekiwanych rezultatów. Studenci Akademii Medycznej, którzy w okresie wakacyjnym odbyli w Hospicjum św. Krzysztofa staż wolontariacki, nie podjęli po powrocie opieki nad chorymi terminalnie, a gdy już powstało Hospicjum Pallottinum, żaden z nich nie zadeklarował chęci współpracy*⁶⁹. W roku 1981 utworzono pierwszy w Europie Wschodniej i Środkowej ośrodek opieki nad umierającymi, Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych — Hospicjum w Krakowie, dając początek wolontaryjnemu ruchowi w tej dziedzinie. Projekt hospicjum stacjonarnego był gotowy już w roku 1984, jednak trudności administracyjne, duch stanu wojennego związany z podejrzliwością wobec wszelkiej aktywności społecznej, nie pozwalały na rozpoczęcie prac. Ostatecznie budowę rozpoczęto dopiero w 1989 roku. W ślad za ośrodkiem krakowskim w 1984 roku powołano do życia placówkę hospicyjną w Gdańsku, podejmującą opiekę w domu chorego. Inicjatorami tego przedsięwzięcia byli ks. Eugeniusz Dutkiewicz oraz profesor Joanna Muszkowska-Penson⁷⁰.

W wielu rejonach Polski powstały zespoły hospicyjne o charakterze stowarzyszeń oraz nieformalnych grup związanych z Kościołem. Rodzące się ośrodki opieki nad terminalnie chorymi oparte są na dwóch wypracowanych wzorach, mianowicie stacjonarnym i domowym. Pierwszy z nich zwany często klasycznym, dokonuje się w miejscu specjalnie do tego celu przygotowanym, zwanym domem hospicyjnym. Drugi natomiast realizowany jest w mieszkaniu chorego. Zyskuje on coraz więcej zwolenników, i w niektórych krajach już zdominował ruch hospicyjny. Alternatywną formą pomocy osobom w chorobie nowotworowej jest organizowanie dziennego pobytu pod opieką fachowo przygotowanego zespołu. Hospicjumienne jest próbą spełnienia oczekiwań chorych terminalnych oraz odciążenia ich rodzin. W 1992 roku istniało w Polsce już 35 takich ośrodków.

Niezależnie od ruchu hospicyjnego, w końcowej fazie lat 80. rozwijały się struktury organizacyjne opieki paliatywnej. Z inicjatywy prof. Jacka Łuczaka

⁶⁷ J. Drażkiewicz, jw., s. 103 n.

⁶⁸ Jej mężem był Polak Marian Bohusz-Szysko.

⁶⁹ M. Górecki, jw., s. 79.

⁷⁰ K. de Walden-Gałusko, U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi, Gdańsk 1996, s. 16.

w roku 1988 przy Katedrze Onkologii Akademii Medycznej w Poznaniu utworzono pierwszy w Polsce Zespół Opieki Paliatywnej, dwa lata później przekształcony w Klinikę Opieki Paliatywnej.

Rok 1989 i związana z nim transformacja ustrojowa, której istotą były wielorakie przemiany polityczne, społeczne, gospodarcze i kulturowe, przyniosły również nowe wyzwania w podejściu do chorych terminalnie, co przyczyniło się do powstania w Poznaniu Towarzystwa Opieki Paliatywnej Uśmierzenia Cierpień u Osób z Chorobą Nowotworową im. A. Lewińskiego i A. Mazur⁷¹.

Przełomowy w organizowaniu terminalnie chorym był jednak rok 1993, kiedy Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołał Krajową Radę Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej. Zadania organu miały charakter konsultacyjno-doradczy i opiniodawczy. W efekcie działań na koniec roku 1995 odnotowano 160 ośrodków pomocy hospicyjnej i paliatywnej, w tym 59 powstałych z inicjatywy społeczno-kościelnej⁷². Na początku roku 1997 liczba placówek opieki wzrosła do prawie 180, co stawiało Polskę na drugim miejscu w Europie po Wielkiej Brytanii.

Krajowa Rada Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej opracowała Program Rozwoju Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej, przyjęty przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Zakładał on między innymi objęcie tą formą pomocy do 2000 roku 50% pacjentów umierających w Polsce z powodu choroby nowotworowej (ok. 40 tys. osób), powołanie we wszystkich województwach ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej, ok. 1000 łóżek w stacjonarnych placówkach, ok. 200 lekarzy przeszkolonych w tym zakresie oraz ok. 500 osób innych specjalności przygotowanych do aktywnego towarzyszenia w cierpieniu chorym na nowotwory⁷³. Program w końcu roku 2000 został zrealizowany w bardzo ograniczonym wymiarze, co potwierdziły dane statystyczne z 2001 roku.

W połowie lat 90. dojrzała inicjatywa powołania placówki przeznaczonej dla dzieci z chorobą nowotworową. W Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie 1 września 1994 roku zainicjowano działalność Poradni Leczenia Bólu dla Dzieci, co w efekcie umożliwiło utworzenie Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci. W niedługim czasie powstały kolejne zespoły zajmujące się umierającymi dziećmi: Hospicjum *Corda Cordis* w Mysłowicach i Hospicjum *Małego Księcia* w Lublinie.

Zapoczątkowana w Polsce w roku 1999 reforma resortu zdrowia w sposób istotny ogranicza możliwości rozwoju placówek opieki hospicyjnej, kładąc akcent na instytucjonalną pomoc paliatywną. Odpowiedzialni za ruch hospicyjny wyrażają zaniepokojenie z powodu zmniejszającego się zainteresowania samorządów lokalnych działalnością zespołów udzielających wsparcia osobom umierającym, spadku poparcia ze strony środowisk lekarskich oraz coraz trudniejszego pozyskiwania wolontariuszy⁷⁴.

W roku 2002 jedenaście polskich Akademii Medycznych prowadziło szkolenie przeddyplomowe z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. W obowiązkowym programie studiów w trzech z nich umieszczono 30 i więcej godzin zajęć

⁷¹ H. Skorowski, *Człowiek Kultura Świat*, Warszawa 2000, s. 218.

⁷² E. Dutkiewicz, *Duszpasterstwo hospicyjne*, *GWS* 1996, nr 7, s. 14.

⁷³ Program Rozwoju Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej w Polsce, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1998.

⁷⁴ M. Kujawski, *Formacyjny Krąg w obronie Hospicjów*, *GWS* 5: 2000, nr 50–52, s. 30.

dydaktycznych, natomiast w pięciu jedynie do 30 godzin. W pozostałych trzech uczelniach medycznych przedmioty z zakresu opieki terminalnej pozostawiono w dziale zajęć fakultatywnych⁷⁵. W sukurs aktywności akademickiej przychodzą czasopisma poświęcone zagadnieniom pomocy paliatywnej⁷⁶ i strony internetowe⁷⁷ poruszające interdyscyplinarnie zagadnienie troski o osoby umierające i ich najbliższych.

W końcu roku 2003 Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego poinformowało o istnieniu 107 pozarządowych hospicjów. Były one prowadzone przez: stowarzyszenia świeckie 63; stowarzyszenia kościelne 27; w tym strukturach Caritas Polska 17 oraz 5 zespołów nie posiadających osobowości prawnej.

Hospicja prowadzą różne formy opieki:

a) *domową* — 97 ośrodków (Opieka domowa — przeznaczona dla chorych, którzy przebywają w swoich domach i są pielęgnowani przez rodzinę lub opiekunów. Rodziny są wspomagane przez wyspecjalizowane pielęgniarki, które działają we współpracy z lekarzem, psychologiem, pracownikiem socjalnym i kapłanem. Chorzy objęci opieką domową mogą być przyjmowani do hospicjum stacjonarnego również na czas ograniczony np. do czasu opanowania bólu i ustawienia leczenia przeciwbólowego, bądź też by umożliwić rodzinie odpoczynek. Tym, którzy nie potrafią sobie poradzić z utratą bliskiej osoby zapewnia się wsparcie emocjonalne, psychiczne i społeczne);

b) *stacjonarną* — 30 placówek (Opieka stacjonarna sprawowana jest najczęściej w stosunku do pacjentów, którzy nie mają zapewnionej należytej opieki w domach, bądź ich warunki materialne nie pozwalają na utrzymanie chorego w domu. Bardzo często do ośrodków przyjmowani są chorzy z objawami niemożliwymi do złagodzenia w warunkach domowych);

c) *dzienną* — 15 zespołów.

Warunkiem objęcia chorego opieką hospicyjną są: potrzeby terminalne chorego, rozpoznanie lekarskie choroby nowotworowej nie poddającej się leczeniu przyczynowemu oraz zgoda pacjenta lub jego rodziny wyrażona na piśmie.

Poza medycznymi działaniami, hospicjum dba również o inne dziedziny życia chorych. U ludzi, którzy sobie tego życzą i potrzebują są odprawiane w domu Msze Św., pojawia się kapłan nie tylko po to by sprawować sakramenty, ale również by towarzyszyć. Pacjenci przyjmowani są bez względu na wyznanie. Dla ich religijnych potrzeb (w duchu ekumenizmu) zapraszani są kapłani innych wyznań.

Przybliżoną liczbę łóżek dla pacjentów w stanie terminalnym oblicza się na 407, rocznie około 9850 podopiecznych korzysta z pomocy stacjonarnej (w stosunku do 2001 roku wzrost o 2250 osób). 46 ośrodków funkcjonuje w oparciu o zasadę wolontariatu, gdzie bezinteresownie posługuje ok. 2500 wolontariuszy⁷⁸.

⁷⁵ Tamże, s. 14.

⁷⁶ *Journal of Palliative Care, Journal of Pain and Symptom Management, American Hospice Journal, Palliative Medicine.*

⁷⁷ The American Hospice Foundation: <http://www.americanhospice.org/>; Hospicja w Polsce: <http://www.mas.com.pl/hospicjum/index.htm>.

⁷⁸ Por. Dane Ogólnopolskiego Forum Ruchu Hospicyjnego z grudnia 2003 roku; <http://www.hospicjum.krakow.pl/ruch3.php>

W Polsce specjalizację lekarską w dziedzinie opieki paliatywnej posiada kilkudziesięciu lekarzy, a potrzeby szacuje się na ok. 400. Wśród personelu pielęgniarskiego brakuje specjalistycznego przygotowania na wydziałach pielęgniarskich Akademii Medycznych. Sytuację ratują lekarze i pielęgniarki po przygotowaniu podyplomowych, najczęściej interniści, onkolodzy, lekarze rodzinni i pielęgniarki środowiskowe⁷⁹.

ENTSTEHUNG UND ENTWICKLUNG DER HOSPIZBEWEGUNG

ZUSAMMENFASSUNG

Der Artikel beschreibt die Geschichte der Hospizbewegung. Unter Punkt eins werden die Voraussetzungen der Hospizbewegung dargestellt. Die Hospizidee kommt aus der gemeinschaftlichen Bewegung zum Vorschein, die kranke und leidende Menschen unterstützt. Sie nutzt medizinische, psychologische und soziale Kompetenzen. Sittliche Anforderungen fordern überdies die Beachtung dieser Bewegung seitens des Lehramtes der Kirche an. Punkt zwei beinhaltet die Beschreibung der Hospizbewegung in der Welt. Der Autor weist hier auf den bedeutsamen Platz der Kirche, die seit den ersten Jahrhunderten des Bestehens des Christentums für Kranke sorgt. Einen besonderen Platz in der Entwicklung der Hospizbewegung nehmen mittelalterliche Vereine und Orden ein, die Zufluchtsstätten und Krankenhäuser für Kranke einrichteten, denen Gesundheitsfürsorge und geistige Betreuung gewährleistet wurde. Aus dem Dienst an Kranken folgte die Notwendigkeit der Gründung von Ärzteschulen. Neben kirchlichen Einrichtungen entwickelten sich auch weltliche (Italien, Frankreich, Deutschland). Ab dem Tridentinischen Konzil übernahm die Kirche die Pflicht der Schirmherrschaft über die Entwicklung der Gesundheitsfürsorge in Städten und größeren Kirchspielen. Im 19. Jh. bewirkte der Fortschritt der Medizin zahlreiche Spezialisierungen und Aussonderungen der Betreuung von Sterbenden (Frankreich, Irland, England). In der Gegenwart wird die Hospizbewegung von der Gesundheits-Welt-Organisation unterstützt. Unter Punkt drei stellt der Autor die Geschichte der Hospizbewegung in Polen vor. Die Anfänge werden ab 1964 datiert. Diese Bewegung umfasst kirchliche und weltliche Milieus, die inoffiziell oder in Vereinen wirken. Unabhängig von der Hospizbewegung begann man in den 80er Jahren Strukturen des palliativen Schutzes zu gründen. Es entstand der Einheimische Rat der Hospiz- und palliativen Betreuung. Formen der Hospizbetreuung in Polen: Haus-, Stationär-, Tagesbetreuung.

⁷⁹ K. De Walden-Gałusko, Stan wiedzy o opiece paliatywnej, jw., s. 14.