

Ks. Zbigniew Pawlak *

ARTYKUŁY

Opieka duchowa w terminalnej fazie choroby - nie jest to wykład ani poradnik dla kandydatów na członków zespołu opieki paliatywnej czy hospicyjnej. Najchętniej nazwałbym to refleksją nad umieraniem, wynikłą z moich spotkań z chorymi....

Opieka duchowa w terminalnej fazie choroby

Ks. Zbigniew Pawlak, z Kliniki Opieki Paliatywnej, Anestezjologii i Intensywnej Terapii Onkologicznej Katedry Onkologii Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Jacek Łuczak

Nowa Medycyna - Ból i Opieka Paliatywna II (1/2000);

Nie jest to wykład ani poradnik dla kandydatów na członków zespołu opieki paliatywnej czy hospicyjnej. Najchętniej nazwałbym to refleksją nad umieraniem, wynikłą z moich spotkań z chorymi. Korzystałem też z przemyśleń i doświadczeń innych ludzi opiekujących się nieuleczalnie chorymi, często poprzez ich publikacje. Nie taję, że w wyobrazeniach wybiegałem także do własnej śmierci, już nie tak odległej, starając się poznać przeżycia, które będą jej towarzyszyć. Ufam, że refleksja ta będzie pomocą dla początkujących opiekunów ludzi umierających, pobudzi do konfrontacji z własnymi przemyśleniami tych Czytelników, którzy mają już doświadczenie w tym rodzaju posługi - lekarzy, pielęgniarki, wolontariuszy, kapłanów; pogłębi znajomość problemu i jeszcze bardziej uwrażliwi na potrzeby nieuleczalnie chorych, zwłaszcza umierających. Problem opieki duchowej nad tymi chorymi nie jest i nigdy nie będzie zamknięty. Poznamy go w pełni, gdy przyjdzie pora przeżyć śmierć osobiście.

Czym w istocie jest śmierć nikt tego nie wie, chociaż myśl ludzka stara się wydrzeć jej tajemnicę. Jeśli odrzuci się Objawienie Boże pozostajemy w kręgu hipotez, domysłów i wyobrażeń. W każdym razie badania etnograficzne sięgające najstarszych kultur wskazują na wiarę w życie pozagrobowe. Wiarę w bycie po śmierci spotykamy także w starożytnych kulturach rozwiniętych. Wyobrażenia te budziły jednak niepokój. Starotestamentalny szeol, grecka wizja hadesu to otchłanie - miejsca bytowania cieni pozbawione nadziei, sensu i miłości. Współcześnie modną wizją życia po śmierci jest stan pogrążenia się w bezkresnej

otchłani kosmicznej. Choć autorzy tych nowych obrazów "wieczności" starają się ukazać ją w jasnych barwach spełnienia się i sukcesu - lęki te same (1).

W perspektywie śmierci "wali się" zazwyczaj także stoicka postawa scjentyzno-oświeceniowa. Natomiast przeciętna ludzka wyobraźnia, zdana na samą siebie, wciąż projektuje widma otchłani mrocznej i tajemniczej, w którą człowiek będzie musiał wkroczyć niestety samotnie. Umbra mortis, ciemności niewiedzy pozostaną zawsze krainą lęku. Poglądy na śmierć i to co po śmierci - bo trudno mówić poważnie o przekonaniach - "dobre są", gdy perspektywa śmierci jest jeszcze czasowo odległa. Gdy zbliża się kres życia, poglądy te, które należą do sfery przeżyć teoretycznych, tracą swą siłę. Świadomość człowieka ogarnia egzystencjalny niepokój. Ludzie, którzy w jakikolwiek sposób starają się pomóc umierającym, nie mogą tego problemu lekceważyć.

Diagnostyczne ujawnienie złośliwej postaci choroby nowotworowej nie oznacza jeszcze stanu terminalnego. Rozpoczyna się "walka z rakiem" i chory może żyć jeszcze długo. W świadomości chorych pojawia się jednak widmo śmierci i widmo cierpienia, które wiąże się z procesem długiej i uciążliwej terapii onkologicznej. Wśród chorych dość powszechne jest przekonanie o bardzo ograniczonych możliwościach medycznych. Stąd słyszy się czasem takie określenie swojej sytuacji: *Jest to początek końca. Nie wiadomo tylko kiedy nastąpi ten koniec*. Taka sytuacja wywołująca zapaści psychiczne i udręki duchowe domaga się stosunkowo wcześniej szczególnej pomocy, opieki i wsparcia ze strony bliskich i służby zdrowia.

I. CIERPIENIA DUCHOWE - BÓL EGZYSTENCJALNY

Bardzo trudno jest opisać przeżycia duchowe człowieka w obliczu śmierci. Pomijam smutek i lęk, które należą do kategorii doznań psychicznych, a towarzyszą tak cierpieniom fizycznym jak i udrękom duchowym. Są one bardzo zindywidualizowane. Jeżeli w refleksji antropologicznej tak bardzo podkreśla się niepowtarzalność każdego człowieka, to sytuacja graniczna, a taką par excellence jest świadome zbliżanie się ku śmierci, wyostreza tę różnorodność cierpienia i postaw wobec tej nowej przeciw i nieznannej sytuacji. W każdym razie na czoło tych doznań wydają wybijać się trzy:

1. Poczucie osamotnienia

Chory ma wiele powodów, żeby czuć się osamotnionym. "Zwolniony z życia" już nie należy do społeczności ludzi zdrowych, aktywnych, z planami na przyszłość. Często spotyka się też ze współczuciem, które wzmaga tylko poczucie bycia "innym", lub z unikami albo nieporadnością podtrzymania naturalnego kontaktu ze strony znajomych i "przyjaciół". Dlatego niektórzy chorzy przeżywają chorobę nowotworową jako sytuację wstydlivą. Czują się życiowo zdegradowani. Do poczucia upokarzającego osamotnienia i zredukowanej wartości chorego może przyczynić się także niestety wyniosła postawa lekarza lub bezduszna postępa pielęgniarki. Poczucie osamotnienia potęguje się w terminalnej fazie choroby. Otoczenie chorego, mimo najlepszej woli i życzliwości, cóż może ofiarować? Podanie ręki? Współczucie? Przecież każde towarzyszenie umierającemu człowiekowi pozostaje tylko "na powierzchni". Nikt z czuwających przy chorym i pozostających jeszcze przy życiu nie może osiągnąć tego, co w śmierci najistotniejsze.

W otchłań śmierci wkracza się zawsze samotnie. Przeżycie osamotnienia i smutku odnajdujemy także w życiu Jezusa, które szczególnie ostro nasiliło się w obliczu cierpienia i śmierci. Jezus, udając się na Górę Oliwną, zaczął się smucić i niepokoić - napisał św. Mateusz. W tej samotności prosił Piotra, Jakuba i Jana, żeby Go nie opuszczali, żeby przy Nim czuwali (Mt 26, 37). Tu warto zauważyć bardzo ważny szczegół - Jezus spośród wszystkich przyjaciół - apostołów wybiera tylko najbliższych. Charakterystyczna jest u ludzi ciężko chorych i umierających ta selekcja osób, którzy mogą im towarzyszyć czy nawet tylko odwiedzać. Chory zazwyczaj wyraźnie wskazuje na tych, których obecność jest mu pomocna i miła, bo stan, w jakim chory się znalazł, należy do kategorii przeżyć intymnych.

Poczucie osamotnienia u osób umierających, nawet wierzących, przybiera czasem rozmiary absolutne, tzn. jest ono tak głębokie i dramatyczne, że choremu wydaje się, że nawet Bóg go opuścił. Doświadczenie to nie obce jest psalmiście, bo skarżył się: Boże mój! Boże mój! Czemuś mnie opuścił! Ewangelisci podają, że Jezus w agonii resztkami sił wykrzycał te słowa. Chwilę później z ufnością oddał duszę Ojcu. Sądzę, że Jezus, który dla chrześcijanina jest kluczem do zrozumienia tajemnicy człowieka, odsłonił tu przeżycia duchowe człowieka, który umiera. Oscylują one między dwoma biegunami - zwątpieniem i nadzieją; niepokojem i ufnością. W końcu jednak zwycięża to drugie.

2. Poczucie bezsensu i pustki

Obsesja myśli egzystencjalnych stanowi intelektualny podkład cierpień duchowych. Zwłaszcza dramatyczne pytania o sens losu ludzkiego wydają się szczególnie nasilone i ostre w terminalnej fazie choroby. Jedna z naszych pacjentek, matka trojga dorosłych już dzieci, doświadczając dotkliwych cierpień związanych z przerzutami nowotworowymi, stawiała sobie pytanie: Po co dałam życie moim dzieciom? Co ich jeszcze czeka? To są właśnie te pytania, które rodzą się w smutku: o sens życia i sens śmierci; o Boga i Jego miłość; także pytanie o to: co po śmierci? Tego rodzaju udręki duchowe są prawdopodobnie silniejsze niż to było w epokach minionych. Dotąd powszechnie uznawano w naszej kulturze wizję chrześcijańską, wiara w nieśmiertelność duszy była niepodważalna. Moment śmierci ciała był oddaniem Bogu tego, co otrzymało się przy urodzeniu. Perspektywa szczęśliwej wieczności nie czyniła śmierci tak straszną. Nowożytne odkrycia naukowe przyczyniły się do powstania świeckiej koncepcji śmierci - bardzo trudnej do zaakceptowania. Fatalizm i beznadziejność wyparły gotowość do przyjęcia śmierci w obliczu nieśmiertelności (2). Wprawdzie ideologia oświeceniowa - scjentyczna wydaje się być już dzisiaj w głębokim kryzysie, jednak **współczesny człowiek, z a r a ż o n y** (podkr. Z.P.) krytycznym, naukowym sposobem myślenia, wciąż znajduje coraz mniej pociechy w obietnicach opartych na religijnej wierze (3).

Smutne to spostrzeżenie, bo wskazuje na orientację fałszywą i pozbawiającą nadziei (4). Fałszywą - bo nauka, która kształtuje się i rozwija w oparciu o doświadczalne fakty i logiczne (matematyczne) z nich wynikanie, ma jednak swoje granice. Śmierć natomiast dlatego jest tajemnicą (misterium mortis), że wykracza poza obręb naukowego poznania. W tym sensie także poglądy ateistyczne na temat stanu po śmierci są tylko subiektywnym przypuszczeniem, nie mającym nic wspólnego z nauką (5).

3. Poczucie niepokoju

Wydaje się, że niepokój ten najczęściej powstaje na podłożu moralnym i wiąże się z poczuciem odpowiedzialności za dokonane życie. Tylko Jezus mógł zakończyć swoje życie na ziemi kategorycznym oświadczeniem: Wykonało się. Czy człowiek umiera dokonany? Czasem całymi latami żyje w konflikcie ze sobą, z własnym sumieniem i z Bogiem. To, co kiedyś łatwo dało się wytłumaczyć potrzebą korzystania z życia, "bo żyje się tylko raz", w obliczu śmierci staje się wątpliwe, nabiera powagi i domaga się weryfikacji.

Tę kwestię odpowiedzialności za dotychczasowe życie, często obciążone winą i trudne do uporządkowania, przyszedł czas podjąć. Nieraz chory czuje, że nie wolno jej już dłużej odkładać - a zarazem znajduje się w sytuacji szczególnie niekorzystnej, osłabiony, dręczony bólem i niepokojem o przyszłość własną i rodziny (6).

Nie jest to tylko problem ludzi wierzących, którzy mają świadomość odpowiedzialności za życie przed Bogiem. Mają również świadomość Miłosierdzia Bożego, co skłania ich do pokuty i budzi nadzieję na odzyskanie pokoju. Znamienne jest to, co pisze na temat niepokoju u niewierzących Umberto Eco - intelektualista i publicysta o poglądach ateistycznych: "Niewierzący nie ma nikogo, kto by mu mógł przebaczyć. Jeśli wie, że uczynił zło, jego samotność będzie bezgraniczna, a śmierć pełna rozpaczycy.., wyrzuty sumienia to uczucie również znane niewierzącym" (7).

II. OPIEKA DUCHOWA

1. Istota i cel opieki duchowej

Czym jest opieka duchowa przy chorym? Papieska Rada Duszpasterska ds. Służby Zdrowia stoi na stanowisku, że chodzi tu o pełnej miłości obecność przy umierającym człowieku, która pobudza ufność i nadzieję w chorym oraz pojednuje go ze śmiercią. Jej celem jest pomoc w odzyskaniu duchowej pogody i spokoju, aby to, co wydawało się pozbawione znaczenia nabrało sensu i wartości (8).

Żeby zrozumieć, jak ważną sprawą dla chorego, w jego cierpieniu i umieraniu, jest ofiarne czuwanie przy nim, trzeba uświadomić sobie, że człowiek chory potrafi bardzo wiele wytrzymać, pod warunkiem, że nie jest opuszczony i pozostawiony samotnie. W samotności "nakręca się" spirala bólu i lęku aż do granic rozpaczycy i szaleństwa. Ma rację Papieska Rada gdy stwierdza, że już sama obecność przy chorym jest pierwszym zabiegiem i to zabiegiem ściśle medyczno-sanitarnym (9).

2. Potrzeba duchowej pomocy ze strony całego zespołu

Cały zespół, nie tylko najbliżsi, kapłani i wolontariusze, ale także lekarze i pielęgniarki, powinni czuć się wewnętrznie zobowiązani do duchowego wspomaganie chorego w jego cierpieniu. Kościół wzywa służbę zdrowia do takiej także troski o chorych. W oficjalnym rytuale służącym do sakramentalnej i duszpasterskiej posługi chorym czytamy: Lekarze

i wszyscy, którzy w jakikolwiek sposób zajmują się chorymi, powinni pamiętać, że obowiązkiem ich jest uczynić i wypróbować wszystko, co według ich rozeznania może przynieść ulgę ciału i duszy chorego (10).

Kontakt z chorym w zakresie jego potrzeb duchowych jest bardzo trudny. Chory z oporami przyjmuje zaproszenie do rozmowy o stanie swojego ducha. Nie znaczy to, że taka rozmowa jest mu niepotrzebna i że w głębi serca takiej nie pragnie. Chorzy przypominają sobie zdarzenia z przeszłości, o których nie mieli czasu myśleć przedtem i które ze zbliżaniem się śmierci nabierają sensu. Z nową uwagą spoglądają oni na stare prawdy (11). Dobrze zorganizowane zespoły opieki paliatywnej starają się więc zapewnić choremu pomoc duchową i religijną. Sama jednak obecność kapłana w zespole nie rozwiązuje jeszcze problemu. Wśród chorych są także ludzie niewierzący, agnostycy, niepraktykujący, ludzie o powikłanych sumieniach. Często też wizyta księdza budzi u chorych "śmiertelne skojarzenia".

Wynika stąd, że wrażliwość na duchowe udręki chorego i gotowość przyjścia mu z pomocą to nie tylko zadanie kapłana, ale także lekarza i pielęgniarki, kogoś z otoczenia, którego chory darzy największym zaufaniem. Tylko w atmosferze przyjaźni chory "otworzy się". Wtedy jest szansa na wysłuchanie zwierzeń, wspólne rozwiązanie trapiących chorego problemów, usunięcie uprzedzeń i zahamowań, przygotowanie na sakramentalne spotkanie z kapłanem. Nie sposób przecenić możliwości, jakie mają tu pracownicy służby zdrowia, zwłaszcza pielęgniarki, psychologowie i wolontariusze.

W powyższej sprawie wypowiedziała się Stolica Apostolska w dokumencie o współpracy świeckich z kapłanami w sposób następujący: Niezliczone są przykłady dzieł i czynów miłosierdzia wobec chorych, które podejmują osoby nie wyświęcone, zarówno pojedynczo jak i w różnych formach apostołatu zespołowego. Dzięki temu chrześcijanie są obecni w pierwszej linii w świecie cierpienia i choroby. Tam, gdzie wierni nie wyświęceni towarzyszą cierpiącym w najtrudniejszych chwilach, winni przede wszystkim wzbudzić w nich pragnienie przyjęcia sakramentu pokuty i namaszczenia chorych, kształtując w nich należyte usposobienie i pomagając w dobrym przygotowaniu się do indywidualnej spowiedzi sakramentalnej oraz do przyjęcia sakramentu chorych (12).

Ponieważ dla wielu chorych religia jest sprawą realną i żywotną, a jej znaczenie pogłębia się ze zbliżaniem się śmierci, nie należy bać się, otwarcie i jasno, aczkolwiek z uszanowaniem

przekonań, postaw i wahań chorego zaproponować choremu odwiedziny duchownego. Bywa nawet, że chory czeka na taką inicjatywę ze strony osób opiekujących się nim, bo sam już nie ma siły podjąć nawet takiej decyzji. Pacjenci czasem wstydzą się prosić o pomoc religijną. Tym bardziej więc musimy służyć jako łącznicy - pisze Cicely Saunders - Trzeba w tej kwestii postępować spokojnie i bardzo powoli, nie zapominając, że ludzie ci potrzebują pomocy religijnej w najszerszym tego słowa znaczeniu. Jestem zdania, że ciąży na nas w tym względzie odpowiedzialność; gdy jej nie podejmujemy, działamy przez zaniechanie. Jest to część opieki nad pacjentem, jeśli nawet nie wymieniamy jej z nazwy czy nie uznajemy (13).

Ostatnia uwaga tej doświadczonej pielęgniarki i lekarki ludzi umierających jest bardzo ważna i ciągle na czasie. Zdarza się bowiem, że dla niektórych osób z personelu szpitalnego sprawy religijne, nawet w obliczu śmierci chorego, jakby nie istniały lub nie były tak ważne jak zapewnienie choremu "komfortu umierania". Są też publikacje dotyczące sposobu sprawowania opieki nad umierającymi, w których wsparcie religijne chorego totalnie się ignoruje (14). Jest w tym projekcja własnych, skrajnie laickich poglądów i odczuć na osobę pacjenta.

Proponując choremu odwiedziny kapłana trzeba unikać natarczywego nalegania. W wypadku odmowy trzeba uszanować jego wolę. Czasem też trzeba czasu, cierpliwości, milczącego oczekiwania, a przede wszystkim modlitwy. Czas umierania jest bardzo ważnym przeżyciem w egzystencji człowieka. Jest to czas prawdy - czas intensywnej refleksji i weryfikacji dotychczasowych poglądów i postaw. Jest to też czas walki duchowej i szczególnie mocnego działania mocy Bożej. Słowem - jest to też czas łaski. Trzeba, jak sędzę, zachować szczególną delikatność, żeby swoją natarczywością nie zagłuszyć Głosu Boga. Osoba towarzysząca choremu musi mieć coś z ikony ("obraz i podobieństwo Boże"), która swoją obecnością, nasyconą miłością i dyskretną modlitwą wskazuje choremu właściwy kierunek na drodze ku wieczności. Szanując przekonania chorego, jego przynależność do określonej wspólnoty religijnej i jego system wyznawanych wartości, trzeba pochylić się nad religijnymi potrzebami chorego i wspomóc go w jego próbie osobistego nawiązania kontaktu z Bogiem i ułożenia z Nim spraw swoich czasem od nowa. Doświadczenie uczy, że ponad ludzką pociechę, największą pomocą dla umierającego jest wiara w Boga i nadzieja na życie wieczne. Ofiarowanie obecności wiary i nadziei jest dla lekarzy i pielęgniarek najwyższą formą humanizacji wiary. Jest czymś więcej niż ulgą w cierpieniu; oznacza zaangażowanie się w ułatwienie choremu przejścia do Boga (15).

Wiara daje człowiekowi umierającemu nadzieję. Biorąc pod uwagę fakt, że w sytuacji polskiej dla zdecydowanej większości społeczeństwa źródłem tej wiary jest chrześcijaństwo, przestrzegalbym zespoły opieki paliatywnej przed rekrutacją do wolontariatu: "walczących ateistów" i członków sekt, propagatorów duchowości wschodniej lub kosmicznej (np. New Age). Ten rodzaj ludzi o tendencjach prozelitycznych chętnie podłącza się w kontakty z ludźmi umierającymi. Konsekwencje są dramatyczne. Walczący ateści burzą lub osłabiają nadzieję chorych. Pozostałe grupy sięją zamęt w duszach ludzi umierających. Dopuszczanie takich ludzi do chorych mija się z roztropnością i staje się groźne. Oczywiście w przypadkach szczególnych, np. przy umierającym świadku Jehowy, powinni towarzyszyć mu "siostry i bracia" z jego wspólnoty.

3. Kapłan przy chorym

Szczególny obowiązek nawiązania kontaktu z umierającym człowiekiem spoczywa na kapłanie. Dotyczy on przede wszystkim miejscowych duszpasterzy parafialnych i kapelanów szpitalnych. Jeśli chodzi o opiekę domową, Prawo Kanoniczne powierza chorych zatroskaniu proboszcza (16). Kapelani zespołów opieki paliatywnej i hospicjów, jeśli wkraczają z posługą duszpasterską na teren obcych im parafii (chodzi o wiatyk i namaszczenie) mają obowiązek nawiązać kontakt z miejscowym proboszczem.

Kościół Katolicki w Polsce dysponuje doskonale rozwiniętą siecią placówek duszpasterskich. Te placówki muszą przejąć ideały ruchu paliatywnego i skorzystać z jego doświadczeń. Wizyta miejscowego duszpasterza, takie zwykłe a serdeczne odwiedziny chorego i jego rodziny, tworzą klimat zaufania, który może wyzwolić w chorym chęć rozmowy, także na tematy religijne lub sprawy sumienia. Kapłan nie może zadowolić się powierzchownym wyznaniem grzechów i pospiesznym wykonaniem znaków sakramentalnych (socjologia duszpasterska nazwała taką "posługę": inżynierią duszpasterską). Często chory nie umie się spowiadać, bo już dawno tego nie robił lub czynił to formalistycznie. Teraz, w obliczu śmierci, nie tyle chodzi o legalistyczną dokładność w wyznaniach chorego, ale o pomoc choremu w dotarciu do tego, co w człowieku najgłębsze, co jest w nim, być może nie w pełni uświadomiona tęsknota za Bogiem.

Gdy chory odkrywa przed nami ciemne strony swojego życia, swoje załamania i upadki, ważne jest, żeby mu nie przerywać i pozwolić mu wypowiedzieć się do końca. Słuchanie to coś więcej niż technika. Słuchanie jest wcieleniem miłosiernej miłości Boga, która

nie tylko nie sędzi, ale też czynnie kocha człowieka takim, jakim on jest (17). Słuchając wyznania chorego, nie mamy prawa osądzać, ale nie należy także "wybielać". Takie "wybielanie" sumienia chory przyjmuje zazwyczaj jako brak zrozumienia ze strony kapłana, co utrudnia mu odzyskanie pokoju.

Trzeba też pomóc choremu rozróżnić "wołanie" miłującego Boga wzywającego do skruchy i pojednania od tzw. wyrzutów sumienia, które są czasem tylko bolesnym odczuciem niespełnionego i wysublimowanego pragnienia samorealizacji czyli "bycia w porządku", lub pospolitym strachem przed karą. To ostatnie może być po prostu pokusą "oskarżyciela" (tak nazywa Pismo Święte szatana), który usiłuje zepchnąć umierającego człowieka na dno rozpacz (18). Posługa sakramentalna może mieć i daje zwykle efekt także terapeutyczny, ale w istocie ma wymiar religijny a jej celem jest pojednanie człowieka z Bogiem i ufne zawierzenie Bogu w tym trudnym i decydującym dla chorego przeżyciu. Kapłan powinien także polecać chorego Bogu w modlitwie.

4. Jak rozmawiać z chorym?

Nie ma gotowych "technik" rozmowy z umierającym człowiekiem. Ponieważ niektórych ludzi w spotkaniu z ciężko chorymi ogarnia onieśmienie, lęk a nawet strach przynaglający do ucieczki, tak ważną sprawą jest najpierw opanowanie własnych emocji, zachowanie pogody ducha i okazanie przyjaznej naturalności.

Nie musimy, nawet nie powinniśmy mówić: zbyt wiele, zbyt głośno i szybko - raczej nastawić się trzeba na bardzo uważne słuchanie. Nietrudno zauważyć, że chorym przychodzi mówienie z ogromnym wysiłkiem. Mówią powoli, z przerwami, czasem bardzo długimi przerwami, jakby wahali się, jakby głęboko zastanawiali się nad tym co ważne, co trzeba powiedzieć a co lepiej przemilczeć. Chwile milczenia, które dzielą tok wypowiedzi chorego, nie należy zagłuszać sobą. Nie trzeba się bać tej ciszy. Trzeba ją uszanować. Być może są to chwile głębokiej refleksji chorego nad sobą, nad sensem przeżywanych doświadczeń - chwile wsłuchiwania się w głos Boga, niesłyszalny wprawdzie dla uszu ale odbierany w głębi.

Chory często stawia trudne pytania. Dotykają one najczęściej tajemnicy bytu człowieka. Wtedy nie należy spieszyć się z odpowiedzią. Chory dobrze wie, że my także odpowiedzi nie znamy. Puste i płaskie wyjaśnienia mogą tylko chorego człowieka zirytować. Dlaczego więc

stawia chory takie pytania? Może dlatego, żeby podzielić się bólem. Może to być forma nawiązania z nami kontaktu. Może to też być forma prośby okazania jemu współczucia.

Zdarza się także, że chory "błuźni". Skarży się, że Bóg nie ma dla niego litości. Myślę, że to "błuźnienie" jest formą boleśnie szczerzej modlitwy. Ten rodzaj modlitwy zna dobrze psalmista. Zna także Jezus. Wszak skarżył się na krzyżu: Boże mój! Czemuś mnie opuścił? Uważnie słuchać, uszanować milczenie chorego nie znaczy wcale, że chory nie oczekuje od nas także dobrego słowa. Niech ono jednak będzie: w porę, krótkie, serdeczne i mądre.

5.Pomoc duchowo-religijna w agonii

Wobec katolików posługa sakramentalna pozostaje zawsze zwyczajnym i podstawowym sposobem niesienia pomocy konającym. Szafarzem sakramentów jest wprawdzie kapłan, ale sprawcą ich skuteczności jest sam Jezus Chrystus, tu i teraz przy chorym obecny. Chory potrzebuje nie tylko pomocy ludzkiej, ale przede wszystkim Bożej pomocy. Sakrament chorych tzw. sakrament namaszczenia wzmacnia chorego siłami Ducha Świętego. Podkreślam - "wzmacnia", nie "osłabia" skracając choremu drogę do śmierci. Wzmocnieniem na drogę wieczności jest raczej wiatyk (via - łąć. droga) czyli Komunia Święta podawana umierającemu jako pokarm na drogę - daje umierającemu siłę do podjęcia ostatecznego i decydującego etapu wędrówki życia (19).

W agonii towarzyszą choremu także najbliżsi. Ich zadaniem jest podtrzymywanie nadziei chorego przez osobiste świadectwo wiary wskazującej na Boga, który jest samą miłością. Szept modlitwy różańcowej lub psalmów; wsłuchiwanie się w wyciszony śpiew liturgiczny (chorał); paląca się świeca gromniczna, krzyż w zasięgu wzroku chorego lub obrazek Matki Bożej - to wszystko razem tworzy klimat sprzyjający religijnemu przeżyciu obecności Boga, który wypełnia duszę chorego pokojem. Bóg, bywa czasem, że zapomniany, daleki i obcy, znów staje się Ojcem, a zbliżająca się śmierć powrotem do domu z dalekiego wygnania.

Piśmiennictwo

1. J. Drażba, *Za parawanem powiek*, Poznań 1996, s. 7. 2. A. Ostrowska, *Wielka zapomniana; Życie* 5.11.1996, s. 13. 3. M. Ryzl, *Śmierć i co potem*, Wrocław 1996, s.75; por. też E. Kubler-Ross, *Życiodajna śmierć*, Poznań 1996, s.74. 4. Por. E. Kubler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Media Rodzina of Poznań, s. 31-32. 5. A. Comte, *Rozprawa o duchu filozofii pozytywnej*, PWN W-wa 1973 s. 34. 6. H.Bortnowska, *Sens choroby, sens śmierci*,

sens życia, Kraków 1984, s. 318. 7. U. Eco: W co wierzy ten, kto nie wierzy, Kraków 1998, s.67. 8. Karta Pracowników Służby Zdrowia; Papieska Rada ds. Służby Zdrowia, Watykan 1995, p. 117 s. 96 n. 9. Tamże. 10. Sakramenty chorych - obrzędy i duszpasterstwo; Wprowadzenie teologiczne i pastoralne p. 4, Katowice 1978 s.15. 11. C. Saunders, Śmierć i umieranie; Chwila prawdy: opieka nad człowiekiem umierającym, Warszawa 1973, s. 71. 12. Instrukcja o niektórych kwestiach dotyczących współpracy świeckich w ministerialnej posłudze kapłanów, Watykan 1997, art. 9 p. 1. 13. C. Saunders, tamże s. 71 n. 14. Np. F. Beske, H. Cranz, K. Jork, Choroba - Jak sobie radzić, Opieka nad przewlekle i ciężko chorymi, Warszawa 1994, s. 270. 15. Jan Paweł II, Przemówienie do dwóch grup roboczych Papieskiej Akademii Nauk, 21 października 1985. 16. Kan. 529 p. 1; kan. 530. 17. W. Stinissen, Terapia duchowa, Poznań 1998, s.47. 18. Z. Pawlak, Problemy nauki, dydaktyki i lecznictwa, Opieka duchowa w terminalnej fazie choroby, Lublin 1998, s. 91-101. 19. Karta pracowników służby zdrowia, s. 110.

Źródło: Czytelnia eskulap.pl

W rozdziale Opieka Paliatywna pod red. prof. Jacka Łuczaka w podręczniku Choroby wewnętrzne pod red. prof. Andrzeja Szczeklika, Medycyna Praktyczna, Kraków 2005 i 2010

D Aspekty duchowe opieki paliatywnej

ks. Zbigniew Pawlak

1. Fenomen bólu egzystencjalnego

Człowiek nieuleczalnie chory, zwłaszcza gdy wkracza w schyłkowy okres życia i zbliża się ku śmierci, nie tylko cierpi fizycznie i pogrąża się w smutnych emocjach, ale doznaje także cierpień duchowych, zwanych w literaturze medycznej „bólem egzystencjalnym”. Zjawisko to jest bardzo trudne do opisanego, gdyż człowiek, jako byt w swoim osobowym wymiarze niepowtarzalny, pogłębia ową niepowtarzalność w „sytuacji granicznej”, a taką jest poważna choroba i umieranie. Można jednak wskazać trojaki rodzaj doznania, które się pojawiają w bólu egzystencjalnym:

1) doznanie osamotnienia

Nie chodzi tu o samotność fizyczną, tzn. taką, gdy chory jest sam i nie ma nikogo bliskiego przy sobie, ani o subiektywne odczucie osamotnienia, gdy bliscy są i towarzyszą choremu, ale nie interesują się jego cierpieniem lub nie chcą o nim rozmawiać – lecz o „samotność metafizyczną” człowieka, który wkracza w śmierć – otchłań niewiedzy. Poczucie osamotnienia jest czasem tak wielkie, że nawet wierzącym wydaje się, iż Bóg człowieka w takiej chwili opuścił. Jeśli drugi człowiek może jakoś towarzyszyć umierającemu człowiekowi w drodze „w zaświaty”, to przede wszystkim swoją serdeczną obecnością i dyskretną modlitwą.

2) natręctwo myśli egzystencjalnych

Pytania o sens ludzkiego istnienia i sens cierpienia, które spontanicznie rodzą się w umyśle umierającego człowieka i które chory ujawnia, można zaliczyć do kategorii „bólu egzystencjalnego”, ponieważ są spowodowane cierpieniem i towarzyszącym mu lękiem, a nie teoretycznymi zainteresowaniami filozofią. Od tych dręczących pytań nie są wolni ani wierzący, ani agnostycy i ateści.

3) niespokojne sumienie

Wydaje się, że poczucie odpowiedzialności za dokonane życie potęguje się w obliczu śmierci. Nie jest to problem wyłącznie ludzi wierzących w odpowiedzialność przed Bogiem. Umberto Eco – wybitny włoski intelektualista i zdecydowany ateista – wyznaje: „Niewierzący nie ma nikogo, kto by mu mógł przebaczyć. Jeśli wie, że uczynił zło, jego samotność będzie bezgraniczna, a śmierć pełna rozpaczy...”

2. Opieka duchowa w opiece paliatywnej

Według Papieskiej Rady ds. Służby Zdrowia opieka duchowa w opiece paliatywnej to „pełna miłości obecność przy umierającym człowieku, która pobudza ufność i nadzieję w chorym oraz pojednuje go ze śmiercią”. Jej celem jest pomoc w odzyskaniu „duchowej pogody i spokoju”, aby to, co wydawało się pozbawione znaczenia, nabrało sensu i wartości. Istotnie, wszelkiego rodzaju samotność nakręca spiralę rozpaczy, a jedynym lekarstwem na nią jest życzliwa obecność drugiego człowieka.

3. Pomoc duchowa ze strony całego zespołu

Obowiązek nawiązania duchowego kontaktu z chorym spoczywa przede wszystkim na kapłanie. Sama jednak obecność kapelana w zespole opieki paliatywnej nie rozwiązuje duchowych problemów osób chorych. Są wśród nich ludzie od lat religijnie lub moralnie „zaniedbani”, jak też wątpiący, agnostycy i zdeklarowani ateści. Nawet wśród praktykujących katolików samo pojawienie się księdza budzi czasem „śmiertelne skojarzenia”. Ponadto chorzy czasami wstydzą się prosić o pomoc religijną. Dlatego też nie sposób przecenić możliwości, jakie mają w tym zakresie pracownicy służby zdrowia – lekarze, pielęgniarki, psycholodzy i wolontariusze. W atmosferze przyjaźni i zaufania chory „otwiera się”. Bywa, że zwierza się z utrapień bardzo osobistych, intymnych. Wtedy jest szansa nie tylko na wysłuchanie zwierzeń chorego, ale także na pomoc w rozwiązaniu jego duchowych problemów; usunięcie uprzedzeń i zahamowań przed spotkaniem z kapłanem.

4. Jak rozmawiać z chorym

Nie ma gotowych technik. Przede wszystkim trzeba najpierw opanować własne emocje, zdobyć się na życzliwość i naturalną pogodę ducha, bez wymuszonej wesołości, i przede

wszystkim słuchać! Choremu trzeba ofiarować „przestrzeń” dla jego myśli, trosk i nie próbować wypełniać jej radami, pocieszeniami i czymkolwiek jeszcze. Nie należy się bać milczenia. Nie trzeba zagłuszać myśli chorego. Są to zapewne głębokie refleksje nad sobą, nad swoim życiem, nad sensem przeżywanych doświadczeń, chwile modlitwy. Chory czasem stawia pytania – trudne, bo głęboko egzystencjalne, na które niełatwo znaleźć odpowiedź. Chory wie zresztą, że my także odpowiedzi nie znamy. W takich sytuacjach nie należy się śpieszyć z odpowiedzią. Nie trzeba się wstydzić swej bezradności, która czasem znamionuje właśnie mądrość. Odpowiedzią na stawiane pytania najczęściej jest sama życzliwa i ofiarna obecność.

5. Pomoc duchowo-religijna w agonii

Chorzy wierzący potrzebują nie tylko ludzkiej obecności i wsparcia, ale przede wszystkim Bożej pomocy. Trzeba im taką, przez kontakt z duchownym wspólnoty religijnej, do której należą, udostępnić. Konieczne jest więc delikatne zapytanie, czy chory pragnie takiego właśnie spotkania. Praktyka wykazuje, że czasem jest ono chętnie przyjmowane nawet przez chorych dotąd religijnie obojętnych. Wobec katolików posługa sakramentalna pozostaje zawsze zwyczajnym i podstawowym sposobem niesienia pomocy konającym. W agonii towarzyszą choremu przede wszystkim najbliżsi, zwłaszcza rodzina. Ich zadaniem jest podtrzymywanie nadziei chorego przez osobiste świadectwo wiary w życie wieczne. Tym świadectwem jest dyskretna modlitwa.

WSPOMNIENIE O ŚP. KS. KANONIKU ZBIGNIEWIE PAWLAKU

*Jacek Łuczak, Iwona Wesołowska**



W dniu 15 kwietnia 2010 zmarł po krótkiej, ciężkiej chorobie ks. kanonik Zbigniew Pawlak, zasłużony dla Ruchu Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej kapelan Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej i Hospicjum Palium Szpitala Przemienienia Pańskiego UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Ks. kanonik Zbigniew Pawlak – współzałożyciel pierwszego w Polsce Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej przy Katedrze Onkologii w Poznaniu, od 25 lat poświęcał wiele czasu ciężko chorym, cierpiącym pacjentom i umierającym. Sprawował funkcję nauczyciela akademickiego przez 20 lat szkoląc studentów Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz na terenie całej Polski: pielęgniarki, lekarzy, psychologów, pracowników socjalnych, fizjoterapeutów i wolontariuszy w zakresie tak trudnej problematyki jaką jest cierpienie duchowe – egzystencjalne oraz opieka duchowa. Pośmiertnie odznaczony za zasługi dla Uczelni Medalem im. Karola Marcinkowskiego.