

Anna Seredyńska

Akademia Ignatianum w Krakowie

„Nikt nie jest tak słaby, żeby nie mógł służyć innym”. Słabość i choroba jako motywacja do wolontariatu hospicyjnego

“No One Is Too Weak to Serve Others”.
Weakness and Disease as Motivation
for Volunteering in Hospice Care

STRESZCZENIE

„Nikt nie jest tak słaby, żeby nie mógł służyć innym”. To słowa, które powiedział ks. kardynał Franciszek Macharski w Hospicjum św. Łazarza w Krakowie podczas uroczystości otwarcia hospicjum stacjonarnego. Słowa te są bardzo znaczące dla wolontariatu hospicyjnego. Dużą część wolontariuszy to osoby naznaczone różnymi chorobami, w tym nowotworowymi. Jeszcze więcej spośród nich to ci, którzy przyszli do hospicjum pod wpływem przeżycia choroby i często śmierci kogoś najbliższego. Referat pokaże, w jakim stopniu ta rzeczywistość pojawia się wśród kandydatów, którzy przyszli do Hospicjum św. Łazarza w latach 2012-2016. Analiza zostanie dokonana na podstawie materiałów z rozmów wstępnych z kandydatami na wolontariuszy. Autorka zaprezentuje, jaki jest związek pomiędzy przeżywaniem swojej choroby lub choroby najbliższych a pozostaniem w wolontariacie hospicyjnym. Na podstawie wywiadu z byłą koordynatorką zespołu wolontariatu w Hospicjum św. Łazarza, Ewą Bodek, zostanie też przedstawione kilka przykładów osób, które zmagając się ze swoją słabością, posługiwały w Hospicjum św. Łazarza.

SUMMARY

“No one is too weak to serve others.” These are the words of cardinal Francis Macharski said in St. Lazarus’ Hospice in Cracow during the opening ceremony of the Intramural Hospice. These words are very significant for

hospice voluntary service. A lot of volunteers suffer from various diseases, including cancer. Even more of them came to work in the hospice because they had witnessed a disease or death of someone they loved. The report will show the way such reality refers to the candidates who came to St. Lazarus' Hospice in the years 2012-2016. The analysis will be carried out on the basis of materials from preliminary interviews with volunteer candidates. The author will present the relation between going through one's own or someone else's illness and working in the hospice voluntary service. On the basis of the interview with the former coordinator of the team of volunteers in St. Lazarus' Hospice – Ewa Bodek, several examples of people who helped in the hospice despite their weakness shall be described.

SŁOWA KLUCZOWE

wolontariusz, wolontariat, hospicjum, niepełnosprawność, koordynator zespołu wolontariatu

KEYWORDS

volunteer, voluntary service, hospice, disease, coordinator of the team of volunteers

Wprowadzenie

Wolontariat hospicyjny to bardzo specyficzna postługa. Wymaga zmierzenia się nie tylko z własnym podejściem do kwestii bezinteresowności. Postługa wolontariusza hospicyjnego towarzyszącego chorym i ich rodzinom jak żadna inna konfrontuje z własnymi słabościami. Konfrontuje też z różnorodnymi lękami, szczególnie podstawowym lękiem, lękiem przed własną śmiercią oraz śmiercią najbliższych. Konfrontuje też z ograniczeniami człowieka, z niemożnością działania z obliczu nieuleczalnych chorób, z przyjęciem ludzkich granic i pokorą wobec tajemnicy działania Boga. Dlatego być może do postługi w hospicjum przychodzi tak dużo ludzi zmagających się z różnymi chorobami i słabościami. I co jest najbardziej zaskakujące, właśnie ci najslabsi najwytrwalej i z największym oddaniem pomagają innym.

Założenia ruchu hospicyjnego

Według Krystyny de Walden Gałuszko, opieka hospicyjna jest „całościową opieką nad ludźmi chorującymi na nieuleczalne, postępujące choroby w terminalnym okresie. Jej celem jest poprawa jakości życia chorych i ich rodzin przez usuwanie lub zmniejszanie objawów chorobowych (fizycznych i psychicznych), łagodzenie cierpień duchowych, pomoc społeczną rodzinom chorych w czasie trwania choroby i w osieroceniu”¹. Autorka opisuje opiekę

¹ K. de Walden-Gałuszko, *Historia idei hospicjum i opieki – opieka psychopaliatywna*, w: *Przed przejściem*, red. D. Śpiewakowska, R. Szpakowski, Warszawa 1997, s. 61.

hospicyjną jako część opieki paliatywnej, część związaną bardzo mocno z ruchem wolontariackim². Marek Hałubicki łączy dwie definicje ze sobą, pisząc, że „opieka paliatywna i hospicyjna jest to wszechstronna i całościowa opieka otaczająca jak płaszczem (łac. *pallium*) nieuleczalnie chorych w końcowym okresie ich życia”³. Jacek Łuczak, twórca teorii i praktyki opieki paliatywnej w Polsce, definiuje samą opiekę paliatywną, pisząc, że: „leczeniem paliatywnym (łac. *pallium* – płaszcz obszerny, *palliatus* – otulanie płaszczem cierpiącego chorego, ang. *palliative treatment*) nazywamy postępowanie mające na celu złagodzenie, zmodyfikowanie oznak, w tym objawów postępującej, niepoddającej się leczeniu przyczynowemu choroby przewlekłej o niekontrolowanym rokowaniu, w tym również zaawansowanej choroby nowotworowej”⁴. Sam termin hospicjum, pochodzący z łacińskiego słowa *hospes*, oznacza gościnę, zajazd, dom gościnny, kwaterę⁵. Ten termin bardzo przybliżył do pierwotnego rozumienia hospicjum jako domu. I nie chodziło tutaj o miejsce. Wiele spośród hospicjów na początku nie miało swojego miejsca. Raczej byli to ludzie, którzy udzielali chorym „gościny serca”, opiekując się nimi i towarzysząc w umieraniu.

Pierwsze hospicjum założone według nowoczesnego modelu to Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie. Powstało z inicjatywy Cicely Saunders, angielskiej pielęgniarki, w roku 1967. Cicely Saunders po swoich doświadczeniach związanych z opieką nad polskim emigrantem, Dawidem Taśmą, zaczęła tworzyć zręby modelu opieki hospicyjnej⁶. Określiła przy tym, że „w centrum naukowych zainteresowań zespołu pracującego w hospicjum znajduje się walka z bólem”⁷. Praca hospicjum miała w jej założeniach należeć do *care system* (system opieki). Miał być on uzupełnieniem *cure system* (system uzdrawiania)⁸. Choremu chciano zapewnić pełen komfort fizyczny, psychiczny i duchowy. Z drugiej strony Cicely Saunders mówiła, że „mamy

² Por. tamże, s. 12-13.

³ M. Hałubicki, *Opieka paliatywna i hospicyjna w Polsce*, w: *Przed przejściem*, dz. cyt., s. 44.

⁴ J. Łuczak, A. Kotlińska-Lemieszek, *Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna*, „Nowiny Lekarskie” 2011, 80/1, s. 3.

⁵ Por. T. Weber, *Oswajanie umierania*, Kraków 2009, s.13.

⁶ Por. P. Krakowiak, *Zarys historii ruchu hospicyjnego na świecie i w Polsce. Chrześcijańskie i humanistyczne przesłanki opieki hospicyjnej*, w: *Ksiądz Eugeniusz Dutkiewicz SAC. Ojciec ruchu hospicyjnego w Polsce*, red. P. Krakowiak, A. Stolarczyk, Gdańsk 2007, s. 195-248.

⁷ C. Saunders, *Hospicjum św. Krzysztofa*, w: *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, red. H. Bortnowska, Kraków 1980, s. 266.

⁸ Por. tamże, s. 266-296.

obowiązek walczyć o życie, nie zaś o przedłużanie umierania”⁹. W opiece należy rozpoznać ten moment, gdy leczenie przekształca się w „opiekę nad człowiekiem umierającym”¹⁰. A w tej opiece ważne jest, aby złagodzić objawy, które są dokuczliwe i w bardzo dużym stopniu obniżają jakość życia umierającego. Hospicjum zatem nie służy w modelu przedstawionym przez Cicely Saunders biernej eutanazji, służy starannemu leczeniu objawowemu, paliatywnemu¹¹. W centrum pracy hospicjum znajduje się pacjent, jego potrzeby oraz potrzeby jego rodziny. Cicely Saunders mówiła o tym: „w naszej hierarchii ważności na pierwszym miejscu są pacjenci, potem pielęgniarki, a na końcu lekarze. Najważniejsi są chorzy, także dlatego, że tutaj oni najczęściej z siebie dają, my zaś z tego korzystamy, uczymy się od nich. Żeby zrozumieć, że to nie slogan, lecz najprawdziwsza prawda, trzeba doświadczenia, trzeba w hospicjum przebywać, a nie tylko o nim słuchać, lub czytać”¹².

Cicely Saunders miała swoje wyobrażenie ludzi, którzy powinni posługiwać w hospicjum, aby było ono swoistym domem dla umierających. Uważa, że najważniejsza jest wrażliwość, która powstaje na podłożu własnego cierpienia, mówi, że „takich ludzi właśnie potrzebujemy – ludzi, którzy do głębi potrafią zrozumieć cierpiącego, bo sami cierpieli”¹³. W wywiadzie udzielonym „Tygodnikowi Powszechnemu” rozszerzyła tę myśl, mówiąc, iż w centrum chrześcijaństwa w zasadzie znajduje się człowiek podatny na cierpienie¹⁴. Strach przed ludźmi zranionymi, ucieczka przed nimi powoduje, że człowiek traci istotę swojego człowieczeństwa.

Podsumowując, można przywołać słowa założyciela hospicjum *Pallotinum* w Gdańsku, ks. Eugeniusza Dutkiewicza. Pisał on, że hospicjum to nie przypadkowi ludzie, ale zespół hospicyjny „musi być grupą przyjaciół, którym przyświeca wspólne pojmowanie idei hospicyjnej, wspólny cel i orientacja”¹⁵. Ludzie tworzący hospicjum powinni rozumieć przekonania, które kierowały założycielami ruchu opieki paliatywnej i hospicyjnej. To rozumienie związane jest z przeżywaniem hospicjum jako domu, jako rodzaju wspólnoty. Być może

⁹ Tamże, s. 271.

¹⁰ Por. C. Saunders, *Chwila prawdy: opieka nad człowiekiem umierającym*, w: *Śmierć i umieranie*, red. L. Pearson, Warszawa 1973, s. 46-74.

¹¹ Por. C. Saunders, *Hospicjum św. Krzysztofa*, art. cyt., s. 266-296.

¹² Tamże.

¹³ Tamże, s. 288.

¹⁴ Por. C. Saunders, *Śmierć bywa zniewagą*, wywiad przeprowadzony przez Ł. Tischnera, „Tygodnik Powszechny” 2000, nr 33, s. 9-13.

¹⁵ E. Dutkiewicz, *Filozofia opieki hospicyjnej*, w: *Przed przejściem*, red. D. Śpiewakowska, R. Szpakowski, Warszawa 1997, s. 117.

osobom, które same mają doświadczenie choroby, własnego ograniczenia, cierpienia, łatwiej jest wejść w taką rzeczywistość.

Procedura badawcza

Na procedurę badawczą zastosowaną w niniejszym artykule składa się po pierwsze analiza rozmów wstępnych z kandydatami na wolontariuszy Hospicjum św. Łazarza w latach 2012-2016, po drugie zaś analiza wywiadu przeprowadzonego przez autorkę artykułu z byłą koordynator zespołu wolontariatu w roku 2015 od stycznia do września. Paradygmatem metodologicznym zastosowanym w badaniach był funkcjonalizm strukturalny¹⁶. Hospicjum to pewnego rodzaju „organizm”. Wolontariusze pełnią w nim ściśle określone funkcje. Aby to czynić, potrzebują konkretnych kompetencji. W artykule interesowały autorkę kompetencje związane z osobistymi doświadczeniami wolontariuszy. Problemem badawczym głównym było pytanie: Czy istnieje powiązanie pomiędzy własnym różnorodnym cierpieniem a zaangażowaniem w posługę wolontariacką w hospicjum? Wyróżniono następujące problemy szczegółowe:

- Jakie ograniczenia zdrowotne i osobowościowe mają dzisiejsi kandydaci na wolontariuszy hospicjum?
- Jakie są motywacje i wytrwałość w posłudze u kandydatów na wolontariuszy?
- Jaki związek istnieje pomiędzy ograniczeniami kandydatów a ich motywacjami do wolontariatu?
- Jaki związek istnieje pomiędzy ograniczeniami kandydatów a ich wytrwałością w posłudze?
- Jakie ograniczenia miały osoby z początków ruchu hospicyjnego i jak to im pomagało w posłudze?

Hipotez nie postawiono ze względu na diagnostyczny wymiar badań.

Zmiennymi w badaniach były: ograniczenia kandydatów dzisiejszych i wolontariuszy z początku ruchu hospicyjnego; motywacje wolontariuszy oraz wytrwałość w posłudze kandydatów. Wskaźnikiem ograniczeń i wskaźnikiem motywacji dzisiejszych kandydatów są ich wypowiedzi podczas rozmowy wstępnej z psychologiem. Wskaźnikiem ograniczeń wolontariuszy z początków ruchu hospicyjnego są wypowiedzi E. Bodek podczas wywiadu z nią. Wskaźnikiem wytrwałości w posłudze są wypowiedzi koordynator zespołu wolontariuszy na temat zaangażowania kandydatów w wolontariat.

¹⁶ Por. E. Babbie, *Podstawy badań społecznych*, tł. M. Mozga-Górecka, Warszawa 2008, s. 46-76.

Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a techniką wywiad częściowo skategoryzowany oraz wywiad skategoryzowany. Narzędziem do rozmowy z kandydatami był arkusz trzech wstępnych pytań: „Dlaczego wybrała Pani/Pan wolontariat w hospicjum?”, „Czy ma Pani/Pan jakieś problemy zdrowotne, które mogą utrudnić zaangażowanie?” oraz „Czy ma Pani/Pan jakieś doświadczenia opieki nad osobami chorymi terminalnie?”. Motywacje wolontariuszy zostały skategoryzowane w następującej skali motywów związanych z:

- brakiem sprecyzowanych powodów przyścia do wolontariatu (np. „Mam dużo czasu i chcę z nim coś zrobić”) (0);
- samotnością (1);
- wyrównaniem sprawionych przez osobę krzywd czy też braków w opiece nad kimś bliskim w przeszłości (2);
- szukaniem życzliwego środowiska (3);
- kompensacją własnych problemów, głównie osobowościowych (4);
- motywacją zewnętrzną – skierowaniem przez kogoś (5);
- uznawanymi przez osobę wartościami (6) oraz
- pragnieniem „zrobienia czegoś więcej dla innych”, w służbie Bogu (7).

Narzędziem służącym w wywiadzie z E. Bodek były pytania związane z osobami tworzącymi historię hospicjum. Narzędziem wywiadu z koordynator zespołu były pytania skategoryzowane przez skalę: 0 – nie podjął wolontariatu; 1 – podjął kilka dyżurów i zrezygnował; 2 – podjął wolontariat stacjonarny; 3 – podjął wolontariat w hospicjum domowym.

Analiza jest oparta na wynikach badań przeprowadzonych w Hospicjum św. Łazarza w Krakowie, najstarszym polskim hospicjum powstałym w roku 1981 (rejestracja Towarzystwa Przyjaciół Chorych „Hospicjum św. Łazarza”)¹⁷. Hospicjum to dzisiaj posiada trzy oddziały stacjonarne po 15 łóżek oraz opiekę domową. Wolontariusze pracują zarówno na oddziałach, jak i w domach pacjentów. Nad pracą wolontariuszy czuwa koordynator zespołu wolontariatu. Pierwszą formalną koordynator zespołu była Ewa Bodek, która udzieliła autorce artykułu wywiadu. Wywiad ten jest przygotowywany do publikacji.

Próba badawcza składała się z 244 kandydatów na wolontariuszy. Byli to uczestnicy pięciu kursów dla kandydatów na wolontariuszy hospicjum. Liczebność poszczególnych kursów przedstawia tabela 1.

¹⁷ Por. M. Górecki, *Hospicjum w służbie umierających*, Warszawa 2000, s. 75-92.

Tabela 1. Liczność kursów kandydatów na wolontariuszy Hospicjum św. Łazarza w Krakowie

Kursy	Tabela licznosci: kurs			
	Liczba	Skumulowana liczba	Procent	Skumulowany procent
rok 2012	70	70	28,688	28,688
rok 2013	64	134	26,229	54,918
rok 2014	37	171	15,163	70,082
rok 2015	35	206	14,344	84,426
rok 2015	38	244	15,573	100,000

Źródło: badania własne.

W tabeli widać, że aż 54% to uczestnicy dwóch pierwszych kursów. Jest to związane z faktem, iż od trzeciego kursu zmniejszono czas pomiędzy poszczególnymi kursami. W tym momencie liczba osób przychodzących jako kandydaci na wolontariuszy hospicjum wynosi za każdym razem trochę ponad 30. Rozkład badanych ze względu na płeć prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Rozkład badanych ze względu na płeć

Płeć	Tabela licznosci: płeć			
	Liczba	Skumulowana liczba	Procent	Skumulowany procent
Kobiety	206	206	84,426	84,426
Mężczyźni	38	244	15,573	100,000

Źródło: badania własne.

Widać tak charakterystyczną dla zawodów i posług pomocowych cechę – aż 84% (206 osób) to kobiety. Tabela 3 przedstawia statystyki opisowe zmiennej wiek.

Tabela 3. Statystyki opisowe zmiennej wiek

Zmienna	Statystyki opisowe								
	N ważnych	Średnia	Mediana	Moda	Liczność mody	Mini- mum	Maksi- mum	Warian- cja	Odch. std.
Wiek	244	41,733	41,000	21,000	10	15,000	77,000	241,439	15,538

Źródło: badania własne.

Średnia wieku kandydatów na wolontariuszy wynosi około 42 lat. Połowa osób miała do 41 lat. Najwięcej osób (10) było w wieku 21 lat. Osoba najmłodsza miała 15 lat, zaś najstarsza 77 lat.

Ograniczenia zdrowotne i osobowościowe kandydatów na wolontariuszy

Podczas analizy zwrócono uwagę na ograniczenia zdrowotne i osobowościowe kandydatów na wolontariuszy hospicjum. Pierwsza kategoria była związana z pytaniem, czy dana osoba doświadcza jakichś problemów zdrowotnych albo też czy takich problemów doświadcza ktoś z jej rodziny. Tabela 4 pokazuje rozkład grupy badanej pod względem doświadczenia lub nie ograniczeń zdrowotnych u siebie lub kogoś z rodziny.

Tabela 4. Rozkład grupy badanej pod kątem doświadczenia lub nie problemów zdrowotnych u siebie lub kogoś z rodziny

Doświadczenie problemów zdrowotnych	Tabela liczości: problemy zdrowotne			
	Liczba	Skumulowana liczba	Procent	Skumulowany procent
Nie	146	146	59,83607	59,8361
Tak	98	244	40,16393	100,0000

Źródło: badania własne.

Osób, które doświadczają takich ograniczeń, jest 98, co stanowi aż 40% grupy badanych z pięciu kursów dla kandydatów na wolontariuszy hospicjum. Tabela 5 prezentuje wyniki dotyczące choroby w rodzinie u osób starających się o włączenie do zespołu wolontariatu.

Tabela 5. Rozkład grupy badanej pod kątem istnienia lub nie w ich rodzinie choroby terminalnej

Choroba w rodzinie	Tabela licznosci: choroba w rodzinie			
	Liczba	Skumulowana liczba	Procent	Skumulowany procent
Nie	195	195	79,918	79,918
Tak	49	244	20,081	100,000

Źródło: badania własne.

20% spośród kandydatów doświadczało w ciągu ostatnich kilku lat choroby terminalnej w swojej rodzinie. Choroby te dotyczyły: rodziców, dziadków, a w kilku przypadkach dzieci kandydatów. Tabela 6 przedstawia, jak wygląda rozkład grupy pod kątem doświadczenia w ciągu ostatnich lat choroby własnej terminalnej lub przewlekłej.

Tabela 6. Rozkład grupy badanej pod kątem doświadczenia lub nie w ciągu ostatnich lat choroby własnej terminalnej lub przewlekłej

Doświadczenie choroby terminalnej lub przewlekłej	Tabela licznosci: własna choroba			
	Liczba	Skumulowana liczba	Procent	Skumulowany procent
Nie	203	203	83,196	83,196
Tak	41	244	16,803	100,000

Źródło: badania własne.

Można zauważyć, że do takiej choroby przyznaje się około 17% spośród kandydatów na wolontariuszy. Znaczące są wyniki analizy grupy badanej pod kątem doświadczenia trudności psychicznych różnego rodzaju, począwszy od zaburzeń z osi I DSM-IVTR¹⁸, a skończywszy na zaburzeniach osobowości. Tabela 7 prezentuje te wyniki.

¹⁸ Oś I DSM-IVTR obejmuje zaburzenia kliniczne i stany, które mogą być przedmiotem uwagi klinicysty. Są to: zaburzenia nastroju, schizofrenie, zespoły urojeniowe, stany lękowe, zaburzenia psychiczne o tle organicznym oraz zaburzenia związane z działaniem lub odstawieniem substancji psychoaktywnych (Por. L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*, Warszawa 2011, s. 38).

Tabela 7. Rozkład grupy badanej pod kątem doświadczenia lub nie różnorodnych zaburzeń psychicznych

Doświadczenie trudności psychicznych i osobowościowych	Tabela licznosci: trudności psychiczne i osobowościowe			
	Liczba	Skumulowana liczba	Procent	Skumulowany procent
Nie	135	135	55,327	55,327
Tak	109	244	44,672	100,000

Źródło: badania własne.

Widać, że aż 55% kandydatów w ostatnich latach doświadczało takich zaburzeń. Dla części z nich przyczyną tego była żałoba. Tabela 8 prezentuje wyniki analizy związanej z obecnością u badanych żaloby oraz przedłużonej żaloby¹⁹, czyli obniżonego nastroju, który trwa już u tych osób od kilku lat.

Tabela 8. Rozkład grupy badanej pod kątem doświadczania lub nie przedłużonej żaloby

Przeżywanie obecne żaloby	Tabela licznosci: żałoba			
	Liczba	Skumulowana liczba	Procent	Skumulowany procent
Nie	202	202	82,786	82,786
Tak	42	244	17,213	100,000

Źródło: badania własne.

Jak widać, u 17% badanych osób można zauważyć stan żaloby lub też chronicznej, przewlekłej żaloby. Takich osób nie dopuszcza się do posługi na oddziale i kieruje do innych posług w hospicjum.

Podsumowując, warto zauważyć, że bardzo wiele osób pragnących posługiwać w hospicjum ma doświadczenie własnych ograniczeń. Są to różnego rodzaju ograniczenia. Zarówno te fizyczne, związane z chorobami przewlekłymi

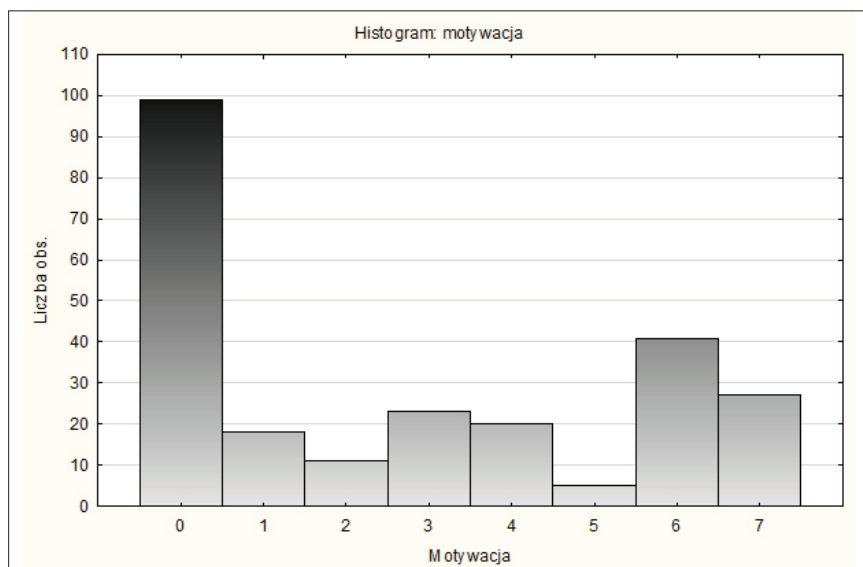
¹⁹ Przedłużona żałoba – piszą o niej R.C. Carson i in. – „jeżeli więc objawy depresji utrzymują się ponad rok (...), stan ten, który występuje u 10% do 20% osób pogrążonych w żalobie, nazywamy często żalobą chroniczną lub przewlekłą” (R.C. Carson, J.N. Butcher, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, t. 1, tł. W. Dietrich, Gdańsk 2002, s. 324-326).

i terminalnymi, jak również te psychiczne, związane z zaburzeniami lub też przeżywaniem żałoby. Być może właśnie te doświadczenia przyprowadzają ludzi w tak specyficzne miejsce, jakim jest hospicjum.

Motywacje i wytrwałość w posłudze u kandydatów na wolontariuszy

Motywacje kandydatów pokazuje wykres 1. Motywacje te są zakodowane, tak jak to zostało przedstawione w procedurze badań, od braku motywacji poprzez motywacje najbardziej zewnętrzne i związane z własnymi interesami aż do najbardziej bezinteresownych.

Wykres 1. Motywacje kandydatów (0 – brak motywacji, 1 – samotność, 2 – pragnienie wyrównania krzywd, 3 – szukanie życzliwego środowiska, 4 – kompensacja problemów osobowościowych i innych, 5 – skierowanie przez osobę trzecią, 6 – własne wartości, 7 – pragnienie „zrobienia czegoś więcej w życiu”).



Źródło: badania własne.

Można zaraz stwierdzić, że większość przychodzących do hospicjum kandydatów w zasadzie nie ma żadnej motywacji konkretnej. Na szczęście na drugim miejscu są ci, którzy decydują się na wolontariat ze względu na wartości. Tabela 9 przybliży wyniki analizy.

Tabela 9. Motywacje kandydatów na wolontariuszy

Motywacje wolontariuszy	Tabela liczości: motywacja			
	Liczba	Skumulowana liczba	Procent	Skumulowany procent
0 – brak motywacji	99	99	40,573	40,573
1 – samotność	18	117	7,377	47,950
2 – pragnienie wyrównania krzywd	11	128	4,508	52,459
3 – szukanie życzliwego środowiska	23	151	9,426	61,885
4 – kompensacja problemów osobowościowych i innych	20	171	8,196	70,082
5 – skierowanie przez osobę trzecią	5	176	2,049	72,131
6 – własne wartości	41	217	16,803	88,934
7 – pragnienie „zrobienia czegoś więcej w życiu”	27	244	11,065	100,000

Źródło: badania własne.

W tabeli widać, że ci, którzy nie mają żadnej sprecyzowanej motywacji, stanowią 40% grupy. Ci, których motywacja jest najbardziej bezinteresowna, czyli przychodzą ze względu na wartości lub też aby uczynić „coś więcej” dla innych, gdyż są zadowoleni ze swojego życia, stanowią 28% całej grupy. W jaki sposób wyniki te przekładają się na wytrwałość w posłudze, pokazuje tabela 10.

Tabela 10. Wytrwałość w posłudze kandydatów na wolontariuszy (0 – nie podjął posługi, 1 – podjął kilka dyżurów i zrezygnował, 2 – podjął posługę na oddziale stacjonarnym, 3 – podjął posługę w hospicjum domowym)

Podjęcie posługi	Tabela licznosci: posługa			
	Liczba	Skumulowana liczba	Procent	Skumulowany procent
0	134	134	54,918	54,918
1	32	166	13,114	68,032
2	74	240	30,327	98,360
3	4	244	1,639	100,000

Źródło: badania własne.

Widać tutaj to, co jest najbardziej niepokojące, że bardzo mało osób decyduje się na podjęcie posługi w hospicjum domowym. Tylko około 2% wszystkich decyduje się na chodzenie do domów chorych, mierzenie się z ich sytuacją rodzinną i wspieranie ich. Ci, którzy zostają w posłudze, stanowią 32% grupy przychodzących.

Podsumowując, można zauważyć, iż bardzo wiele osób spośród przychodzących do hospicjum nie ma konkretnej motywacji. Przychodzi, bo ma czas, z którym można coś zrobić. Skutkuje to właśnie tym, że często te osoby nie utrzymują się w posłudze i bardzo niewiele z nich zdecyduje się na tak trudną posługę, jaką jest praca w hospicjum domowym.

Związek między ograniczeniami kandydatów a ich motywacjami do wolontariatu

Tabela 11 prezentuje wyniki przeprowadzonej korelacji r-Spearmana (większość zmiennych nie ma rozkładu normalnego, stąd zastosowano test nieparametryczny) pomiędzy motywacjami kandydatów a ich ograniczeniami.

Tabela 11. Wyniki korelacji pomiędzy motywacją i ograniczeniami kandydatów

Zmienna	Korelacje rang Spearmana. Oznaczone korelacje są istotne z $p < ,05000$				
	Brak chorób	Choroba w rodzinie	Własna choroba	Trudności psychiczne i osobowościowe	Żałoba
Motywacja	R = -0,158	R = 0,135	R = 0,144	R = 0,001399	R = 0,159

Źródło: badania własne.

W tabeli można zobaczyć, że korelacja istotna statystycznie występuje pomiędzy motywacją i brakiem chorób u badanych ($r = -0,158$, $p < 0,05$). Jest to korelacja ujemna, a więc osoby nieprzyznające się do chorób własnych mają też mniej bezinteresowną motywację. Korelacja istotna pojawia się także pomiędzy motywacją a doświadczeniem choroby terminalnej w rodzinie ($r = 0,135$, $p < 0,05$). Osoby doświadczające takiej choroby mają bardziej bezinteresowną motywację. Również bardziej bezinteresowną motywację mają osoby, które doświadczają własnej choroby terminalnej lub przewlekłej ($r = 0,144$, $p < 0,05$). Osoby doświadczające żałoby i żałoby przewlekłej także mają bardziej bezinteresowną motywację do posługi ($r = 0,159$, $p < 0,05$). Korelacja pomiędzy motywacją i trudnościami psychicznymi nie jest istotna statystycznie, ale jest ona też dodatnia. Osoby doświadczające takich trudności mają również bardziej bezinteresowną motywację.

Ogólnie można powiedzieć, że doświadczenie jakichkolwiek ograniczeń predysponuje do bardziej bezinteresownej motywacji do wolontariatu hospicyjnego.

Związek między ograniczeniami kandydatów a ich wytrwałością w posłudze w hospicjum

Związki pomiędzy ograniczeniami kandydatów na wolontariuszy a ich wytrwałością w posłudze pokazuje tabela 12.

Tabela 12. Wyniki korelacji pomiędzy wytrwałością w posłudze i ograniczeniami kandydatów

Zmienna	Korelacje rang Spearmana. Oznaczone korelacje są istotne z $p < ,05000$				
	Brak chorób	Choroba w rodzinie	Własna choroba	Trudności psychiczne i osobowościowe	Żałoba
posługa	R = -0,105	R = 0,076	R = 0,099	R = 0,006	R = 0,076

Źródło: badania własne.

Jak widać, nie ma istotnych korelacji pomiędzy wytrwałością w posłudze kandydatów i ich ograniczeniami. Można jednak zauważyć, że korelacja ta jest ujemna w przypadku przyznawania się do jakichś chorób u kandydatów. Osoby przyznające się do chorób częściej zostają w wolontariacie. Częściej też zostają tam osoby doświadczające chorób terminalnych w rodzinie, doświadczające własnej terminalnej lub przewlekłej choroby, doświadczające trudności psychicznych i żaloby, czyli właśnie osoby słabsze.

Chociaż korelacje są nieistotne statystycznie, jednak są one dodatnie. Osoby doświadczające różnorodnych ograniczeń są bardziej wytrwałe, zostają na stałe w posłudze hospicyjnej.

Ograniczenia wolontariuszy dzisiaj i w okresie tworzenia hospicjum – analiza jakościowa

Wśród osób zgłaszających się do wolontariatu hospicyjnego są osoby z różnymi schorzeniami własnymi. Są to: choroby układu ruchowego, kręgosłupa, choroby serca, choroby neurologiczne, choroby psychiczne. Bywają też choroby nowotworowe w okresie remisji. Osoby zgłaszające się do wolontariatu borykają się często z chorobami w rodzinie, najczęściej nowotworowymi, ale czasami z chorobą Alzheimera, chorobami okresu starszego, chorobami związanymi z układem ruchowym. Są to choroby rodziców, choroby dzieci, również choroby współmałżonka, a czasami są to osoby zaangażowane w choroby przyjaciół. Często do hospicjum przychodzą osoby w okresie żałoby po rodzicach, po współmałżonku, a szczególnie bolesne są sytuacje osób przychodzących do wolontariatu po stracie dziecka. Wśród trudności psychicznych najwięcej osób zgłaszających się do dorosłe dzieci alkoholików, pojawiają

się też wśród kandydatów zaburzenia osobowości, lękowe, czasami choroby psychiczne. Najczęstszymi wśród kandydatów są zaburzenia internalizacyjne. Osoby agresywne, pełne roszczeń i wściekłości na życie najczęściej szybko odchodzą.

Osoby posługujące jako wolontariusze w hospicjum często mówią, że dużo spośród nich choruje na choroby nowotworowe i na nie umiera. O jednej z wolontariuszek mówiła była koordynator zespołu wolontariatu: „Ja się z nią spotkałam na Garncarskiej. Po prostu ja przyszłam w tym dniu, a ona na drugi dzień wychodziła. I jeszcześmy się wieczorem widziały, ja poszłam do jej sali i rozmawiałyśmy. Ona miała problem z budowaniem zdania, ale takie krótkie zdania mówiła. Była po operacji i umawiała się z lekarzami, chyba wzięła jakieś naświetlania, że za miesiąc będzie do kontroli i dalsze jakieś leczenie będzie miała. Za miesiąc już nie żyła. Ona też była wyjątkową osobą. Krótko posługiwała, bo zmarła, ale była wyjątkowa”.

Oczywiście jest to jakiś rodzaj zależności, która bardziej istnieje w głowach posługujących prawdopodobnie bojących się choroby nowotworowej. Niewątpliwie jednak jest kilka takich osób, które same zmagając się z chorobą, lepiej rozumieją też innych.

Była koordynator, opowiadając w wywiadzie o początkach Hospicjum św. Łazarza, mówiła też o innych fizycznych dolegliwościach wolontariuszy i tym, jak sobie z nimi radzą. Opowiadając o założycielce pierwszego na świecie Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie, Cicely Saunders, która odwiedziła Kraków, będąc już osobą ciężko chorą, na wózku, mówiła:

„I wyobraź sobie. Ja spojrzałam na nią, siedziała jakieś trzy metry ode mnie na wózku. I w pewnym momencie zapytała się mnie, pokazując młodą dziewczynę: «Czy to jest wolontariuszka?». Ja mówię: «Tak». To ona mi powiedziała: «Dziękuję», że nic ode mnie nie potrzebuje. Ale ja patrzyłam, rozmawiając o co jej chodzi. Dziewuszka miała może 18, musiała być pełnoletnia. 18, 20. Ja wiem, która to była, młodzianka dziewczynka, jeszcze w liceum. Już była pełnoletnia. Rozmawiała po angielsku, znała angielski. I ona ją zawołała i powiedziała: «czy możesz ze mną iść do toalety, bo mi trzeba pomóc». I w tym momencie ja sobie myślę: Boże Świąty, jakim trzeba być człowiekiem, pogodzonym ze swoim losem. Ile pokory, takiej naturalnej, bo to nie była gra, nie na pokaz, nie gra. Żeby przyjechać do obcego kraju, wziąć pierwszą młodą dziewczynę, która jest wolontariuszką i zna język do pomocy, żeby mi pomogła w toalecie. No, to była Cicely. I dlatego ona nigdy nie odezwała się tak, żeby kogoś poniżyć”.

Oprócz chorób fizycznych u pierwszych wolontariuszy pojawiały się nawet słabości, które utrudniały im wprost pracę z chorymi, a pomimo tego nie uniemożliwiały jej, ucząc pokory. E. Bodek tak mówiła o jednym z pierwszych

kapelanów hospicjum: „Człowiek, który, to co powiem, nie jest w sensie negatywnym, chociaż tak to może wyglądać, miał taki organizm, który nie tolerował zapachu i widoku ran chorych. Bardzo źle to znosił fizycznie. To, że on był przez te dwa lata kapelanem, to był heroizm z jego strony, naprawdę. Bo widziałam go w wielu sytuacjach. Żaden człowiek by tego nie wytrzymał. Po prostu by poszedł do biskupa i powiedział po prostu: «weź mnie stąd». A on dwa lata wytrwał”.

Najbardziej jednak poruszające są świadectwa mówiące o duchowych zmaganiach twórców Hospicjum św. Łazarza. O jednej z najbardziej znanych lekarek tworzących hospicjum E. Bodek mówiła: „I jeszcze docent Janina Kujawska, która przeszła Ravensbruck. Ona zawsze tak mówiła, że jakby Pan Bóg był, to by nie dopuścił do tego. Miała z Panem Bogiem problem. Natomiast jej podejście do chorych to było coś cudownego. Ona potrafiła być zgryźliwa, dowcipna, sarkastyczna, w rozmowach z nami. I taka była też, a z drugiej strony nie przeszkadzało to temu, że w tej osobie było tyle ciepła i takiej uwagi. Wielkiej troski. Zwłaszcza tam, gdzie już nic się nie dało zrobić medycznie. To ona była cała tam”.

Mówiąc zaś o założycielu hospicjum, ks. J. Gorzelanym, E. Bodek opowiedziała historię, która może być świadectwem, jak Bóg posługuje się ludzką słabością do swoich celów. Była ona przytoczona w odpowiedzi na pytanie o kłopoty ks. Gorzelanego w okresie lustracji w Polsce. Na kanwie rozmów o tym wspominał on, „że został wezwany do biskupa. I biskup Wojtyła rozmawiał z nim. Rozmawiali na różne tematy, jak to bywało. Był proboszczem w jakiejś parafii. Jeszcze nie było Arki. I patrzył w te oczy i widział dokładnie, że biskup wie, co on robi. Że nie ma żadnych wątpliwości. Mówił: «Ten człowiek patrzył na mnie i w tych oczach widziałem: no tak, Gorzelany donosi na mnie. Pewnie pójdzie po tym spotkaniu i powie im o czym rozmawiamy». Był pewien, absolutnie pewien, że Wojtyła wie. Nie dlatego, żeby miał wywiadowców. Tylko z Ducha Świętego. Po prostu wie. Patrzy na człowieka i wie co w nim jest. I w pewnym momencie takiego opowiadania. Chwila ciszy. I Wojtyła mówi: «no, tak, tak». Jak to potrafił. «Jak to papież teraz mówi» – ks. Gorzelany wspominał. «No, to dobrze, dobrze». Gorzelany mówił: Na to wszystko co ja mówiłem. Tam nie było nic dobrze. Wojtyła mówił: «To dobrze, to teraz będziesz kościół budował». I tak zobaczył, że przyglądał mu się: «No tak, jak on chodzi, jak ma takie dobre relacje z tymi komunistami, to mu dam kościół do budowy». I to chodziło o Arkę Pana w Hucie. I mówi, że wtedy powiedział Wojtyła: «No tak, ale ja na ks. Biskupa donoszę». A on mówi: «Dobrze. Masz dobre kontakty, będziesz kościół budował». Wojtyła przyjął przeprosiny, powiedział o swoim wybaczeniu. I dał mu kościół do budowy. I ks. Gorzelany odpokutował. W dużej mierze. Pan Bóg rozsądza za co ile się pokutuje. Ale

na pewno. Przecież był zatrzymywany. Gnębiony, śledzony i inwigilowany, bo prosto po tej rozmowie u biskupa Wojtyły poszedł do tego swojego kapitana. Skontaktował się i poszedł na spotkanie z tym swoim opiekunem i powiedział, że: «będę budował kościół. Dostałem takie zadanie od biskupa i to jest nasze ostatnie spotkanie. Więcej się z panem nie spotkam i już nic nie powiem. Na pewno będę mieć z wami dużo kontaktów, ale na pewno nie będę rozmawiać na temat biskupa». I mówił, że przysięga, że tak się stało. I że więcej już nie donosił. Mówił: «Jestem spokojny, tamto jest mi wybaczone, a Pan Bóg wie, że dotrzymałem słowa, że byłem wierny. I wie, co przeżyłem, budując ten kościół». Bo to naprawdę były straszne utrudnienia. Tak jak potrafili, nękali, żeby tylko kościół nie powstał».

Można powiedzieć, że te fragmenty są takim podsumowaniem dla badań ilościowych. Trudności, ograniczenia fizyczne, psychiczne, duchowe nie są uniemożliwieniem posługi. Wręcz odwrotnie, tak jakby one dawały wolontariuszom hospicyjnym siłę do tej posługi i zwiększały jej wytrwałość.

Dyskusja wyników i wnioski

Cicely Saunders miała swoje wyobrażenie ludzi, którzy powinni posługiwać w hospicjum, aby było ono swoistym domem dla umierających. Uważa, że najważniejsza jest wrażliwość, która powstaje na podłożu własnego cierpienia. W wywiadzie udzielonym „Tygodnikowi Powszechnemu” rozszerzyła tę myśl, mówiąc, przywołując słowa założyciela hospicjum *Pallotinum* w Gdańsku, ks. Eugeniusza Dutkiewicza. Pisał on, że hospicjum to nie przypadkowi ludzie, ale zespół hospicyjny Już na samym początku, kiedy powstały pierwsze hospicja, Cicely Saunders mówiła, że „takich ludzi właśnie potrzebujemy – ludzi, którzy do głębi potrafią zrozumieć cierpiącego, bo sami cierpieli”²⁰. Mówiła też, że w centrum chrześcijaństwa w zasadzie znajduje się człowiek podatny na cierpienie²¹. Strach przed ludźmi zranionymi, ucieczka przed nimi powoduje, że człowiek traci istotę swojego człowieczeństwa. Badania niniejsze potwierdziły to, że osoby najbardziej wytrwałe w posłudze to osoby cierpiące. One mają najbardziej bezinteresowną motywację. To takie osoby, które potrafią wczuć się w przeżycia pacjenta, mogą tworzyć zespół; według ks. Eugeniusza Dutkiewicza zespół taki „musi być grupą przyjaciół, którym przyświeca wspólne pojmowanie idei hospicyjnej, wspólny cel i orientacja”²².

²⁰ C. Saunders, *Hospicjum św. Krzysztofa*, w: art. cyt., s. 288.

²¹ Por. C. Saunders, *Śmierć bywa zniewagą*, art. cyt., s. 9-13.

²² E. Dutkiewicz, *Filozofia opieki hospicyjnej*, art. cyt., s. 117.

Zakończenie

Można powiedzieć, że na pewno w procesie rekrutacji i selekcji trzeba być bardzo ostrożnym. Chodzi nie tyle o to, by przyjmować osoby, które są najsprawniejsze do pracy, najsilniejsze, ile o to, by przyjmować tych, którzy wewnątrznie są najdojrzalsi. Często te osoby słabe, bardzo ograniczone przez chorobę są najdojrzalsze do posługi. Choćby dlatego, że mają wyobraźnię. Wiedzą, co to znaczy być zależnym, i to powoduje, że są delikatniejsze wobec chorych i umierających. Można to skonkludować wypowiedzią św. Pawła: „Dlatego mam upodobanie w moich słabościach, w obelgach, w niedostatkach, w prześladowaniach, w uciskach z powodu Chrystusa. Albowiem ilekroć niedomagam, tylekroć jestem mocny” (2 Kor 12, 10)²³.

Bibliografia

Babbie E., *Podstawy badań społecznych*, tł. M. Mozga-Górecka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.

Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S., *Psychologia zaburzeń*, t. 1, tł. W. Dietrich, GWP, Gdańsk 2002.

Cierpiałkowska L., *Psychopatologia*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2011.

De Walden-Gałuszko K., *Historia idei hospicjum i opieki – opieka psychopaliatywna*, w: *Przed przejściem*, red. D. Śpiewakowska, R. Szpakowski, Wydawnictwo Salezjańskie, Warszawa 1997, s. 57-63.

Dutkiewicz E., *Filozofia opieki hospicyjnej*, w: *Przed przejściem*, red. D. Śpiewakowska, R. Szpakowski, Wydawnictwo Salezjańskie, Warszawa 1997, s.115-120.

Górecki M., *Hospicjum w służbie umierających*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2000.

Hałubicki M., *Opieka paliatywna i hospicyjna w Polsce*, w: *Przed przejściem*, red. D. Śpiewakowska, R. Szpakowski, Wydawnictwo Salezjańskie, Warszawa 1997, s. 44-56.

Krakowiak P., *Zarys historii ruchu hospicyjnego na świecie i w Polsce. Chrześcijańskie i humanistyczne przesłanki opieki hospicyjnej*, w: *Ksiądz Eugeniusz Dutkiewicz SAC. Ojciec ruchu hospicyjnego w Polsce*, red. P. Krakowiak, A. Stolarczyk, Biblioteka Fundacji Hospicyjnej, Gdańsk 2007, s. 195-248.

Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A., *Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna*, „Nowiny Lekarskie” 2011, 80/1, s. 3-15.

Pismo św. Starego i Nowego Testamentu, Zespół Biblistów Polskich z inicjatywy Benedyktynów Tynieckich, Pallotinum, Poznań 1996.

²³ *Pismo św. Starego i Nowego Testamentu*, Zespół Biblistów Polskich z inicjatywy Benedyktynów Tynieckich, Pallotinum, Poznań 1996.

Saunders C., *Chwila prawdy: opieka nad człowiekiem umierającym*, w: *Śmierć i umieranie*, red. L. Pearson, PZWL, Warszawa 1973, s. 46-74.

Saunders C., *Hospicjum św. Krzysztofa*, w: *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, red. H. Bortnowska, Wydawnictwo Znak, Kraków 1980, s. 266-296.

Saunders C., *Śmierć bywa zniewagą*, wywiad przeprowadzony przez Ł. Tischnera, „Tygodnik Powszechny” 2000/33, s. 9-13.

Weber T., *Oswajanie umierania*, Wydawnictwo FALL, Kraków 2009.