

O. MARIAN KUJACZYŃSKI MI

**OPIEKA DUCHOWA W HOLISTYCZNYM PROCESIE  
LECZENIA. MIEJSCE I ROLA KAPELANA SZPITALNEGO  
W OPIECE DUCHOWEJ**

*Spiritual care in the process of holistic treatment.  
Place and role of the chaplain in spiritual care*

Opiekę duchową w holistycznym procesie leczenia rozumiemy jako towarzyszenie człowiekowi w trudnym okresie jego życia, jakim jest choroba i związane z nią cierpienie. Jest to czas, w którym człowiek doświadcza kruchości swojej egzystencji, niepewności, lęków, samotnienia, bólu. W kryzysie spowodowanym chorobą zachwiane zostają wszystkie płaszczyzny życia człowieka: strefa ciała, psychiki i ducha. Kiedy cierpiący *cały człowiek* trafia do szpitala, potrzebuje on holistycznego procesu leczenia, w którym ważną rolę odegra kapelan. Specjalistycznej pomocy kapelana oczekuje także cierpiąca rodzina i jego bliscy.

Celem artykułu jest ukazanie ważności opieki duchowej oraz określenie miejsca kapelana szpitalnego w holistycznym procesie leczenia. Autor rozpocznie swoje rozważania od próby dookreślenia istoty duchowości w medycynie. Następnie spróbuje zdefiniować istotę i rolę opieki duchowej w holistycznym procesie leczenia, jak też ukaże wypracowane w USA i Europie narzędzia badawcze do diagnozowania potrzeb duchowych pacjentów. Kolejnym punktem będzie ukazanie miejsca i roli kapelana szpitalnego w opiece duchowej. Rozważania zakończą pewne wnioski i postulaty pastoralne, których realizacja może pomóc w tym, aby kapelani szpitalni mogli lepiej sprawować opiekę duchową w holistycznym procesie leczenia.

## 1. Próba ustalenia definicji duchowości w medycynie

Ustalenie definicji duchowości z medycznego punktu widzenia nie jest łatwe. W całościowej opiece nad chorym łatwiej opisać stan kliniczny chorego z punktu widzenia somatycznego, opierając się między innymi na wynikach badań. Z kolei nie można opisać za pomocą wartości liczbowych wewnętrznego świata chorego i jego duchowości. Co prawda emocje i uczucia pacjenta, jego potrzeby, jak i psychiczne mechanizmy obronne pozwalające przejść przez czas kryzysu, można analizować za pomocą metod empirycznych, w tym narzędzi współczesnej psychologii. Trzeba jednak podkreślić, że aspekt duchowy jest w dużej mierze transcendentny i wymyka się on jednak badaniom empirycznym<sup>1</sup>.

Warto w powyższym kontekście bliżej zdefiniować pojęcie *duchowości*. Jest ono pojęciem wieloznacznym, niezwykle bogatym w swojej treści. W sytuacji, gdy jest ono łączone jest z religiami, mówi się o tzw. duchowości klasycznej – np. w ramach hinduizmu, buddyzmu, judaizmu, chrześcijaństwa czy islamu. W samym chrześcijaństwie można wyróżnić duchowość katolicką (np. maryjną, benedyktyńską, franciszkańską, dominikańską), prawosławną, protestancką (w tym np. kalwińską, anglikańską). Duchowość pojawia się również w kontekście pozareligijnym, kiedy mówi się o duchowości świeckiej (*secularspirituality*), bądź o różnych ścieżkach poszukiwań duchowych. Analizy nad współczesną duchowością wkraczają w takie obszary, jak: zdrowie, edukacja, polityka czy rozwój nowych technologii<sup>2</sup>. Duchowość coraz częściej jest traktowana jako właściwość typowa wszystkim ludziom, nie tylko włączonym do różnych wspólnot wiary<sup>3</sup>.

Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla, że *wymiar duchowy odnosi się do aspektów życia związanego z doświadczeniami, które*

---

<sup>1</sup> A. Bartoszek, *Opieka duchowa w opiece paliatywnej*, w: *Medycyna paliatywna*, red. K. de Walden-Gałuszko Warszawa 2015, s. 378.

<sup>2</sup> S. Chrobak, *Wychowanie i duchowość w praktyce systemu prewencyjnego Jana Bosko*, „Seminare” 2014, nr 1, s. 104.

<sup>3</sup> H. Grzymała-Moszczyńska, *Religia a kultura. Wybrane zagadnienia z kulturowej psychologii religii*, Kraków 2004, s. 114.

przekraczają zjawiska zmysłowe<sup>4</sup>. Podkreśla ona także, że nie równa się on wymiarowi religijnemu, choć dla wielu osób religia stanowi składową duchowego wymiaru ich życia. Zauważa, że *aspekt duchowy postrzegać można jako wymiar zintegrowany z innymi wymiarami (fizycznym, psychologicznym, społecznym). Nierzadko postrzegany jest jako powiązany ze znaczeniem i celem*<sup>5</sup>. Z kolei Stowarzyszenie Amerykańskich Uczelni Medycznych (Association of American Medical Colleges AAMC) definiuje duchowość jako *poszukiwanie przez osobę najwyższego sensu poprzez uczestniczenie w religii i/lub wierze w Boga, rodzinie, naturalizmie, racjonalizmie, humanizmie oraz sztuce. Wszystkie te aspekty mogą wpływać na to, jak pacjenci i pracownicy opieki zdrowotnej postrzegają zdrowie i chorobę oraz jak kształtują się ich wzajemne relacje*<sup>6</sup>. Z kolei w 2009 roku na konferencji, w której brali udział lekarze i inni pracownicy służby zdrowia, naukowcy, kapelani i duchowni, zdefiniowano duchowość jako *ten aspekt człowieczeństwa, który wyraża się w sposobie, w jaki człowiek poszukuje i nadaje sens i cel swojemu istnieniu, oraz w sposobie, w jaki doświadcza łączności z chwilą obecną, samym sobą, innymi ludźmi, naturą oraz tym, co stanowi istotę lub świętość*<sup>7</sup>.

Nawiązując do powyższych definicji, powstałe w Krakowie 28 XII 2015 roku Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie, które ma za zadanie *integrowanie i reprezentowanie środowiska osób zainteresowanych opieką duchową w medycynie, świadczoną na rzecz chorych, niepełnosprawnych i ich rodzin, dążenie do zapewnienia im wysokiej jakości tejże opieki oraz wspieranie rozwoju badań naukowych i promowanie wiedzy w tym zakresie*<sup>8</sup> zdefiniowało duchowość

<sup>4</sup> Cyt. za: Zakon Szpitalny św. Jana Bożego, Komisja Generalna ds. Duszpasterstwa, *Duszpasterstwo w stylu św. Jana Bożego*, Rzym 2012, s. 54.

<sup>5</sup> Tamże.

<sup>6</sup> Cyt. za: M. Ch. Puchalski, *Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym - niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta*, „Medycyna Praktyczna” 2016, nr 5, s. 116-117.

<sup>7</sup> Tamże, s. 119.

<sup>8</sup> Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie, *Statut PTODM*, <http://ptodm.org.pl/o-ptodm/153685,status-ptodm> Artykuł 7 (dostęp: 20.10.2018).

jako wymiar ludzkiego życia stanowiący odniesienie do transcendencji i innych wartości egzystencjalnie ważnych<sup>9</sup>. Podkreśla się, że na duchowość składa się szereg komponentów. Należy do nich zarówno religijność człowieka, zwłaszcza jego relacje z Bogiem, a także zwyczaje i praktyki oraz życie wspólnotowe, jak też poszukiwania egzystencjalne odnoszące się szczególnie do sensu życia, cierpienia i śmierci oraz odpowiedzi na pytanie o własną godność i to, kim się jest jako osoba, jego odniesienie do sfery wolności i odpowiedzialności, nadziei i rozpaczy, pojednania i przebaczenia, miłości i radości. W skład duchowości wchodzi też wartości, którymi żyje człowiek, zwłaszcza jego relacje z samym sobą i innymi ludźmi, stosunek do pracy, natury, sztuki i kultury, jego wybory w sferze moralności i etyki oraz samo życie<sup>10</sup>.

Duchowość jest więc pewnym wyrazem aktywności człowieka, której podmiotem są wartości pozamaterialne przejawiające się w poszukiwaniu sensu życia, miłości, prawdy, w czasie którego człowiek zadaje sobie pytanie: skąd pochodzi, po co żyje, dokąd zmierza, jaki sens ma jego ciało, myśli i działania. Duchowość jest zdolnością do odkrycia i zrozumienia tajemnicy człowieka, sensu jego życia zgodnego z naturą nawet w chorobie, przez to może stać się centralnym systemem zarządzania życiem człowieka. Jest stylem życia, a jego realizowanie w praktyce umożliwia religijność. Duchowość nie jest więc synonimem religijności. Duchowość posiada każdy człowiek, niezależnie od stylu życia, światopoglądu, filozofii życia czy wyznawanej religii bądź ateizmu. Umożliwia ona nawiązanie głębokiego porozumienia pomiędzy osobami, które chcą podzielić się swoimi

---

<sup>9</sup> Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie, *Co to jest duchowość*, <http://ptodm.org.pl/ptodm/171384,co-to-jest-duchowosc> (dostęp: 20.10.2018). Przy definiowaniu pojęć korzystano z M. Ch. Puchalski, R. Vitillo, S. K. Hull, N. Reller, *Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus*, "Journal of PalliatMed", 2014, June 17(6), s. 642-656; S. Nolan, P. Saltmarsh, C. Leget, *Spiritualcare in palliativecare: Workingtowardsan EAPC Task Force*, "EuropeanJournal of Palliat Care" 2011, nr 18, s. 86-89.

<sup>10</sup> Tamże.

przeżyciami i obawami dotyczącymi takich wartości, jak: sens życia, wiara w życie wieczne, osąd sumienia, kruchość życia i jego koniec.

Wpływ duchowości na życie człowieka chorego może być pozytywny, jak i negatywny. Z jednej strony pozwala ona radzić sobie jemu ze stresem związanym z chorobą, nadaje znaczenia cierpieniu towarzyszącemu przykrym wydarzeniom, łagodzi takie stany emocjonalne, jak złość, niecierpliwość, lęk. Może ona mieć pozytywne znaczenie dla relacji z innymi ludźmi. Przejawiając się zewnątrznie w rytuałach, np. w modlitwie, może uspokajać, budować zaufanie do Boga. Chory szukając oparcia w Bogu, podnosi swoją samoocenę. Duchowość wpływa na sposób radzenia sobie w problematycznych sytuacjach. Z drugiej strony duchowość może przynosić także uczucia negatywne, takie jak: poczucie winy, żal do Boga, jak i (w kontraście do wcześniej wymienionych) wpływając na postawę wycofania się z aktywnej walki z chorobą.

## **2. Istota i rola opieki duchowej w holistycznym procesie leczenia**

Kwestie opieki duchowej są tematem chętnie podejmowanym przez zróżnicowane gałęzie nauki powiązane z opieką nad chorym, który, zmagając się z nieuleczalną chorobą, stoi na pograniczu życia i śmierci. Nie tylko cierpi on fizycznie, ale doznaje także cierpienia duchowych, określanych jako ból egzystencjalny. Analizując historię medycyny, należy podkreślić, że próbowała ona całościowo pomóc cierpiącemu człowiekowi. Często akcentowano konieczność holistycznego podejścia do chorego, składającego się, co już podkreślał Arystoteles, z ciała, umysłu i ducha, co nie zawsze udawało się zrealizować w praktyce.

Ważną rolę w holistycznym podejściu do chorego odegrały wyniki badań C. Saunders (1918-2005). Pracując z chorymi w okresie paliatywnym, zauważyła ona i scharakteryzowała tzw. *ból totalny*. Składają się na niego cierpienia somatyczne, psychiczne, socjalne i duchowe. Do cierpienia somatycznych zalicza się uszkodzenie ciała, dyskomfort związany ze zmianą wyglądu, dokuczliwe objawy wynikające z postępującej choroby, skutki uboczne leczenia, zniedołężnienie, osłabienie, bezsenność. Cierpienia psychiczne przejawiają się złością, gniewem z powodu progresji choroby, odstąpieniem od

leczenia przyczynowego, strachem przed bólem, umieraniem, śmiercią, poczuciem bezradności, braku nadziei. Cierpienia socjalne mogą objawiać się lękiem przed utratą roli w rodzinie, w społeczeństwie, przed opuszczeniem przez rodzinę, przyjaciół, izolacją, jak i niepokojem o dalszą godną egzystencję opuszczonych przez chorego bliskich. Cierpienia duchowe przejawiają się brakiem odpowiedzi na szereg ważnych pytań. Dlaczego mnie to spotkało? Dlaczego Bóg skazuje mnie na takie cierpienia? Czy takie życie ma sens? Czy ktoś mi przebaczy popełnione winy? Co jest po śmierci? Czy jest życie wieczne? Czy ja tam będę? Czy spotkam się z moimi bliskimi?<sup>11</sup> C. Sanders, zajmując się badaniami nieuleczalnie chorych pacjentów, wskazała na trzy główne prośby, które przekazywali chorzy: *pomóż mi, wysłuchaj mnie, nie opuszczaj mnie*. Jej obserwacje pomogły nie tylko w zrozumieniu całościowego świata cierpiącego człowieka, pomagając zdefiniować i zrozumieć rolę duchowości w medycynie, ale nadając także kierunek holistycznej pracy z pacjentem, uwzględniając jego potrzeby duchowe.

Ważną rolę w zrozumieniu wewnętrznego świata pacjentów terminalnych odegrały też badania E.Kübler-Ross (1926-2004), której zawdzięczamy wyszczególnienie i scharakteryzowanie pięciu etapów umierania. Stworzyła ona psychologiczną teorię reakcji pacjenta na wiadomość o nieuleczalnej chorobie i bliskiej śmierci, obejmujących pięć etapów: zaprzeczenie, gniew, negocjacje (targowanie się), depresję i akceptację. Etap zaprzeczania wiąże się z niedopuszczeniem do świadomości faktu choroby. Na etapie gniewu osoba chora jest pełna buntu, drażliwości, pretensji do rodziny i personelu medycznego o niewystarczającą opiekę. Bez powodu może wybuchać gniewem, jest pełna pretensji co do leczenia, żąda zmiany lekarza na takiego, który jej pomoże. Chory jest zły na lekarzy, pielęgniarki, jest niemiły dla rodziny. Wini niesprawiedliwy los, który go spotkał, a w niczym sobie na niego nie zasłużył. Pacjent może pytać: „Dlaczego właśnie ja?”. Ten etap choroby wiąże się z coraz większym lękiem i niepokojem, który narasta wraz z doświadczeniem przewlekłego charakteru

---

<sup>11</sup> Cicely Saunders, [www.hospicjum.waw.pl](http://www.hospicjum.waw.pl) (dostęp: 10.10.2018).

choroby i uświadomieniem jej nieuleczalności. Trzeci etap stanowią negocjacje ze sobą, Bogiem i chorobą. Osoba chora zastanawia się nad sensem swojej choroby i relacjami ze swoim otoczeniem. Targowanie się jest próbą odrzucania śmierci. Pacjent jest skłonny coś zrobić w nadziei, że wyzdrowieje, np. „postaram się być miły i zdyscyplinowany, ale w zamian przyrzeknijcie mi, że będę zdrowy”. Następnie chory przechodzi przez etap depresji. Nastrój depresyjny może pojawić się już w pierwszym etapie. Chorzy płaczą, mówią o samobójstwie, są zrozpaczeni, smutni, czują się bezużyteczni. W tej fazie może im towarzyszyć poczucie ogromnej straty, np. z powodu deformacji ciała. Chorego może dręczyć poczucie winy, odczytuje on chorobę jako karę za popełnione błędy. Na tym etapie pacjenci są już zmęczeni chorobą. Ostatni etap to etap akceptacji, czyli pogodzenia się z losem. Chory jest pogodzony z losem i ze spokojem go akceptuje. W tej fazie potrzebne jest wiele snu. Etap ten osiąga niewiele osób, aby dojść do tej fazy, trzeba przezwyciężyć przede wszystkim depresję.

Każdy chory przeżywa indywidualnie wymienione etapy, pomiędzy którymi mogą nastąpić nagłe przesunięcia i przemieszczenia. Wiedza, na którym etapie jest człowiek w chorobie, pozwala nam na lepszą z nim komunikację, a co za tym idzie, niesienie duchowej pomocy. Warto zaznaczyć, że członkowie rodziny i bliscy przechodzą przez te same etapy co pacjenci, ale niekoniecznie w tym samym czasie. Są oni, jak mówi autorka, *o krok w tyle z tymi etapami*<sup>12</sup>. E. Kübler-Ross podpowiada, jak rozmawiać z chorymi, będącymi na różnych etapach chorowania, podkreślając ogromną rolę opieki duchowej<sup>13</sup>.

Początki polskich badań nad duchowością dotyczyły najpierw opieki paliatywnej nad chorym. Z. Pawlak, pisząc rozdział o opiece paliatywnej do znanego podręcznika *Choroby wewnętrzne* A. Szczeklika, charakteryzował duchowość w okresie paliatywnym jako ból egzystencjalny w trojakich doznaniach: *osamotnienia* (nie chodzi tutaj o samotność fizyczną, lecz metafizyczną polegającą na wkroczeniu

<sup>12</sup> E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Poznań 2007, s. 107.

<sup>13</sup> E. Kübler-Ross, *Pytania i odpowiedzi na temat śmierci i umierania*, Warszawa 2010, s. 126-127.

w śmierć – w otchłań niewiedzy), *natręctw myśli egzystencjalnych* (pytania o sens ludzkiego istnienia, życia, śmierci zaliczane do kategorii „bólu egzystencjalnego”, ponieważ spowodowane są cierpieniem i towarzyszącym mu lękiem), *niepokoju sumienia* (poczucie odpowiedzialności za dokonane życie potęguje się w obliczu śmierci, nie tylko wierzących)<sup>14</sup>.

A. Bartoszek w swojej książce *Medycyna paliatywna* pisze o wielu warstwach duchowości człowieka, począwszy od zewnętrznej warstwy duchowości, która w swoim podstawowym wymiarze jest dostępna każdemu człowiekowi, a skończywszy na warstwie duchowości religijnej, do której potrzebne jest Objawienie Boże. Zaznacza on, że fakt niewątpliwej śmierci i umierania pozwala wyraźniej uchwycić oraz opisać duchowość człowieka<sup>15</sup>. Pozwala to zrozumieć, dlaczego duchowością i opieką duchową zajęto się przede wszystkim w ramach opieki paliatywnej.

Podejmując próbę zdefiniowania *opieki duchowej*, Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie podkreśla, że opieka duchowa, *będąca częścią holistycznej opieki nad chorym i jego bliskimi, ukierunkowana jest na rozpoznanie i pomoc w spełnieniu ich duchowych potrzeb*<sup>16</sup>.

Kwestia *opieki duchowej*, będącej integralnym i niezbędnym elementem całościowej (holistycznej) opieki nad pacjentem, wiąże się z próbą przywrócenia duchowych korzeni medycyny jako odpowiedzi na spojrzenie na chorego jedynie w kontekście postępu technologicznego, jaki dokonał się na początku XX wieku w diagnozowaniu i leczeniu chorób. Odpowiadając na ten trend, zespół pracowników akademickich i lekarzy amerykańskich pod kierunkiem profesor Ch. M. Puchalskiej i jej zespołu działającego w ramach katedry duchowości w medycynie na Uniwersytecie Medycznym w Waszyngtonie,

---

<sup>14</sup> Z. Pawlak, *Aspekty duchowe w opiece paliatywnej*, w: *Choroby wewnętrzne*, red. A. Szczeklik Kraków 2018, s. 2607.

<sup>15</sup> A. Bartoszek, *Medycyna paliatywna*, Warszawa 2015, s. 382-383.

<sup>16</sup> Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie, *Co to jest duchowość*, <http://ptodm.org.pl/ptodm/171384,co-to-jest-duchowosc>, dz. cyt.



zapoczątkował ruch przywracający duchowe korzenie medycyny<sup>17</sup>. Była to odpowiedź na wyniki badań ankietowych potwierdzających, że potrzeby duchowe i religijne ujawniają się w sposób *szczególnie silny* w sytuacji znacznego pogorszenia się stanów zdrowia pacjentów oraz uświadomienia sobie zbliżającej się śmierci. Występowanie tego typu potrzeb nie dotyczy jedynie okresu umierania, ale również czasu długotrwałej choroby, poszukiwania sensu życia oraz pewności siebie. Od 30% do 80% pacjentów onkologicznych, psychiatrycznych oraz niepełnosprawnych uznaje swoją religię za bardzo *ważne źródło wsparcia w radzeniu sobie z chorobą*. Badania wskazują także na fakt, że występowanie potrzeb duchowych nie zależy od tego, czy dany pacjent uważa się za osobę religijną<sup>18</sup>. Wyniki badań pokazują zależność między wartościami duchowymi i przekonaniami religijnymi pacjenta a umiejętnością radzenia sobie w sytuacjach związanych z chorobą, pozytywnym nastawieniem pomimo trudnej sytuacji zdrowotnej oraz powrotem do zdrowia po interwencji chirurgicznej czy depresji. Badani pacjenci chcieliby, aby ich wymiar duchowy został uwzględniony w opiece medycznej<sup>19</sup>.

Nie sposób mówić o holistycznym leczeniu pacjenta bez uwzględnienia opieki duchowej. Dobrze, że współczesna medycyna, wracając do swoich korzeni duchowych, próbuje patrzeć całościowo na człowieka chorego, zwracając także uwagę na jego wymiar pozasomatyczny, co w perspektywie może się przekładać na jego szybszy powrót do zdrowia, a w przypadku chorób terminalnych, poprawiając jego jakość życia.

<sup>17</sup> M. Ch. Puchalski, *Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym – niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta*, dz. cyt., s. 117-118.

<sup>18</sup> M. Klimasiński, M. Płocka, N. Neumann-Klimasińska, *Czy lekarze powinni udzielać wsparcia duchowego swoim pacjentom – przegląd badań*, „Medycyna Praktyczna” 2017, nr 3, s. 128-129.

<sup>19</sup> M. Ch. Puchalski, *Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym – niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta*, dz. cyt., s. 117-118.

### 3. Narzędzia badawcze pozwalające określić potrzeby duchowe pacjenta

Aby skutecznie, uwzględniając spojrzenie holistyczne, pomagać pacjentowi, należy najpierw określić jego potrzeby duchowe. Czyni się to przy pomocy specjalnie skonstruowanych narzędzi badawczych, zarówno w USA, jak też w Europie.

Warto najpierw przywołać kwestionariusz badawczy przygotowany przez wspomnianą już profesor Ch. M. Puchalską i jej zespół działający w ramach katedry duchowości w medycynie na Uniwersytecie Medycznym w Waszyngtonie. Wspomniana jednostka zajmuje się przygotowaniem przyszłych lekarzy do uwzględniania w swojej postudze elementów duchowości. Nauczanie studentów medycyny o roli duchowości w życiu pacjentów obejmuje, między innymi, zdobywanie przez nich umiejętności przeprowadzania diagnozy ich potrzeb duchowych. W perspektywie ma to służyć uwzględnianiu aspektów duchowych ważnych dla chorych w całościowym procesie ich leczenia.

Ch. M. Puchalska skonstruowała kwestionariusz badawczy pozwalający rozpoznać cierpienia duchowe pacjentów i źródła ich duchowych sił zwany FICA (*Faith ad Believe, Importance, Community, Adres in Carre*). Fundamentem wspomnianego narzędzia badawczego jest rozumienie duchowości jako *to, co pozwala człowiekowi doświadczyć transcendentnego sensu życia. Jest to często wyrażone jako relacja z Bogiem, ale może też być relacja do przyrody, sztuki, muzyki, rodziny lub społeczności – bez względu na przekonania i wartości daje ona osobie poczucie sensu i celu w życiu*<sup>20</sup>.

Diagnostując potrzeby duchowe pacjenta w ramach części *F-Faith and Belief* (wiera, przekonania, znaczenie), stawia się następujące pytania: *Czy uważasz się za osobę wierzącą (duchową lub religijną)? Czy Pana(i) duchowe przekonania pomagają radzić sobie ze stresem? Skąd czerpie Pan (i) siłę, w kim pokłada Pan(i) nadzieję?* Jeśli respondent na wszystkie pytania odpowie „NIE”, można zadać pytanie: *co nadaje Panu(i) życiu sens?* Czasami odpowiedzi pacjentów brzmią: rodzina,

---

<sup>20</sup> Tamże, s. 120-121.

kariera, natura. W ramach modułu *I-Importance* (znaczenie) stawia się następujące pytania: *Jakie znaczenie ma twoja wiara lub przekonanie w twoim życiu? Czy twoje przekonania wpływają na to, jak sobie radzisz w chorobie? Jaką rolę odgrywają przekonania w odzyskaniu zdrowia?* Z kolei moduł *C-Community* (społeczeństwo) obejmuje pytania: *Czy jesteś częścią duchowej lub religijnej społeczności? Czy ta wspólnota jest dla ciebie wsparciem i w jakim stopniu? Czy to jest grupa ludzi, którą kochasz lub są ważni dla ciebie?* Moduł *A-Address in Care* (czynności w opiece) obejmuje pytania: *W jaki sposób chciałbyś (chciałabyś), bym ja jako twój lekarz nazwał twoje potrzeby? Jaki rodzaj wsparcia włączyć do procesu leczenia?*<sup>21</sup>.

W Europie stosuje się, zaproponowany przez E. Frick SPIR (*Spirituality, Place, Integration, Role*), czyli narzędzie badawcze mające na celu określenie w czterech krokach potrzeb duchowych pacjentów i ich zasobów. Krok *S-Spirituality* dotyczy zdiagnozowania przekonań duchowych, *P-Place* określenia ich miejsca i wpływów, które spowodowały powstanie tych przekonań w ciągu życia pacjenta, *I-Integration* integracji w duchowej, religijnej, kościelnej grupie/społeczności, *R-Role* roli lekarza lub osoby sprawującej opiekę, sposobie radzenia sobie z problemami i oczekiwaniami duchowymi<sup>22</sup>.

Innym narzędziem stosowanym w Europie mającym na celu zbadanie wpływu duchowości/religijności na zdrowie pacjentów i ich sposobów radzenia sobie w chorobie jest kwestionariusz SpREUK autorstwa profesora A.Büssinga. Kwestionariusz ten występuje w dwóch wersjach: dłuższej SpREUK – 15, składającej się z 15 punktów, lub krótszej SpREUK – 10, w której pomija się pytania 1, 2, 6, 10, 11. Respondent odpowiada w 5 punktowej skali od 0 do 4, przy czym 0 – nie dotyczy w ogóle; 1 – nie mam zdania na ten temat; 2 – ani tak, ani nie; 3 – często; 4 – bardzo duże znaczenie. Do zadawanych pytań należą: 1. Czy moja duchowość jest indywidualna? 2. Czy według mnie jestem osobą religijną/duchową? 3. Czy moja choroba spowodowała

<sup>21</sup> Tamże, s. 122.

<sup>22</sup> E. Frick, *Duchowość: religia i wiara*, w: *Psychoonkologia diagnostyka–metody terapeutyczne*, red. M. Dorfmueller, Wrocław 2009, s. 82-83.

ponowne zainteresowanie religią/duchowością 4. Czy jestem przekonany, że znalazłem odpowiedź na pytania w duchowości i religii. 5. Czy szukam wejścia do duchowości/religijności? 6. Czy ta duchowość/religijność bez względu na to, czy dotyczy mnie to w życiu, czy nie, teraz mnie dotyczy? 7. Czy w sytuacji, gdy cokolwiek się stanie, ufam w wyższą moc (siłę), która mi pomoże? 8. Czy coś, co mi się przydarza, jest wskazówką, że powinienem zmienić moje życie? 9. Czy moja choroba zachęciła mnie do lepszego poznania siebie? 10. Czy jestem przekonany, że moja choroba ma jakieś znaczenie? 11. Czy moja choroba jest szansą dla mojego własnego rozwoju? 12. Czy z powodu mojej choroby zastanawiam się, co jest istotne w moim życiu? 13. Czy wierzę w duchowe przewodnictwo w moim życiu? 14. Czy w moim umyśle jestem połączony z wyższą istotą (źródłem)? 15. Czy jestem przekonany, że śmierć nie jest końcem?

Kwestionariusz SpREUK został wykorzystany do przebadania chorych z Mazowieckiego Szpitala Onkologicznego w Wieliszewie w 2014 roku. Walidacja polskiej wersji SpREUK-P opracowana została przez J. Surzykiewicza i K. Franczaka, pracowników wydziału pedagogiki UKSW. Chcieli oni przeprowadzić badania w kraju w okresie postkomunistycznym o silnej tradycji chrześcijańskiej. Ich wyniki opublikowano na stronie internetowej National Center for Biotechnology Information. Polska wersja SpREUK jest podobna do jej wersji podstawowej i może być wykorzystana do dalszych badań w populacji głównie katolickiej, również u polskich pacjentów z chorobami przewlekłymi. Z badań wynika, że polscy pacjenci byli w 100,0% katolikami. 78,0% z nich uważało się za osoby religijne i duchowe, 7,0% za religijne, ale nie duchowe, 2,0% za nie religijne, ale duchowe, a 13,0% jako religijne, ale duchowe. Potrzeby *duchowe* miały duże znaczenie dla respondentów, lecz najczęściej wskazywali oni na *potrzeby religijne*, jak też na potrzeby *egzystencjalne*. Badacze podkreślili rolę tzw. zespołów zawodowych składających się z kapelanów, pielęgniarek, lekarzy, psychologów, pracowników socjalnych

w ich zaspakajaniu postulując, że powinny one zwracać uwagę na wieloaspektowe potrzeby swoich pacjentów<sup>23</sup>.

Wspomniany kwestionariusz SpREUK miał za zadanie zbadać orientację duchowych i religijnych potrzeb chorego<sup>24</sup>. Jest to zrozumiałe, gdyż duchowość jako przeżycie transcendentne nie poddaje się ogólnie stosowanym zasadom statystyki.

W literaturze przedmiotu spotyka się opis badań oceniających ważność potrzeb duchowych nie tylko w okresie paliatywnym, ale także precyzującym oczekiwania pacjentów wobec personelu medycznego w różnych chorobach. Przykładowo warto wspomnieć tutaj badania J. Lingren i J. Corsey z 1995 roku, z których wynika, że dla 80,0% respondentów religia i duchowość były bardzo pomocne w czasie leczenia. Z kolei badania C. S. Roberta z 1997 roku wykazały, że 76,0% pacjentek z chorobą onkologiczną uważało, że religia stanowi bardzo ważną część ich życia, a 93,0% z nich stwierdziło, że zaangażowanie w religię daje im nadzieję<sup>25</sup>.

Szkoda, że w Polsce w szpitalach na szerszą skalę nie stosuje się kwestionariuszy FICA i SpREUK. Chorym i ich rodzinom, zwłaszcza w obniżonym nastroju lub w stanach zaburzeń depresyjnych, obok psychologa proponuje się kontakt z duchownym/kapelanem. Kontakt ten w żargonie medycznym zwany jest „konsultacją duchową”. Zdarza się to najczęściej na oddziałach leczenia inwazyjnego, intensywnej opieki medycznej i anestezjologii (OIOMiA), chirurgii, ginekologii, patologii ciąży, geriatry, neurologii, interny i kardiologii, pododdziałach intensywnego nadzoru kardiologicznego (PINK). Kapelan na życzenie udziela wierzącym sakramentów świętych. Dla wszystkich jest to okazja do rozmowy na tematy duchowości z pacjentami i ich bliskimi. W tych „konsultacjach”, wykorzystując pytania z FICA,

<sup>23</sup> *Spiritual Needs of Polish Patients with Chronic*, www.ncbi.nlm.nih.gov (dostęp: 12.10.2018).

<sup>24</sup> *Spirituality and Coping SpREUK questionnaire*, www.researchgate.net/publication/278727858, (dostęp: 25.10.2018).

<sup>25</sup> M. K. Klimasiński, M. Płocka, N. Neumann-Klimasińska, J. Pawlikowski, *Czy lekarze powinni udzielać wsparcia duchowego swoim pacjentom – przegląd badań*, dz. cyt., s. 123.

można dowiedzieć się od pacjenta, jaki jest stopień jego duchowości, jego oczekiwań wobec Boga. Podczas porannego obchodu, gdy kapelan pyta w salach o chęć przyjmowania sakramentów świętych, poznaje on pacjentów i ich zapotrzebowanie na rozmowy, między innymi o duchowości. Zdarza się pytanie: „Sakramentu nie chcę, ale czy można porozmawiać, wspólnie się pomodlić?”. Rodzi się w tym miejscu pytanie, czy polscy kapelani są dobrze przygotowani do spełniania swoich zadań, nie tylko w kontekście samej posługi sakramentalnej, ale diagnozowania potrzeb duchowych pacjentów i odpowiadania na nie w trakcie prowadzenia z nimi rozmów.

#### **4. Kapelan szpitalny jako specjalista opieki duchowej**

W wielu dokumentach Magisterium pojawiają się myśli dotyczące konieczności zapewnienia chorym całościowej, obejmującej również wymiar duchowy i religijny, opieki. Według Jana Pawła II istotą opieki duchowej jest: *pełna miłości obecność przy umierającym (chorym) człowieku, która pobudza ufność i nadzieję w chorym oraz pojednuje go z życiem i śmiercią. Jej celem jest pomoc w odzyskaniu pogody i spokoju, aby, to co wydawało się pozbawione znaczenia, nabrało sensu i znaczenia*<sup>26</sup>. Z kolei Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia z 2017 roku, wydana przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, podkreśla, że troska o chorych, wyrażająca się w opiece duchowej i religijnej, jest podstawowym prawem i obowiązkiem Kościoła<sup>27</sup>. Papież Franciszek wskazał w orędziu do chorych w 2017 roku, że Kościół gdziekolwiek się znajduje, stara się leczyć, nawet wtedy, kiedy nie jest w stanie przywrócić zdrowia<sup>28</sup>. Całe nauczanie Magisterium podkreśla, jak bardzo jest potrzebna obecność przy chorym

---

<sup>26</sup> Jan Paweł II, Przemówienie papieża do uczestników konferencji Papieskiej Rady ds. Służby Zdrowia *Towarzyszyć choremu aż do końca*, Watykan 12.11.2004, [https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan\\_pawel\\_ii/przemowienia/sl\\_zdrowia\\_12112004.html](https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/sl_zdrowia_12112004.html) (dostęp: 10.03.2018).

<sup>27</sup> Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Katowice 2017, nr 135.

<sup>28</sup> Franciszek, Orędzie na XXVI Światowy Dzień Chorego, Watykan 26.11.2017, [www.episkopat.pl](http://www.episkopat.pl) (dostęp: 01.02.2018).

i pomoc im w odnajdywaniu odpowiedzi na odwieczne pytanie o sens życia teraźniejszego, przyszłego i ich wzajemną relację, o znaczenie cierpienia, zła i śmierci.

Ważną rolę w obecności przy chorych i odpowiadaniu na ich potrzeby duchowe i religijne ma odgrywać kapelan. Najogólniej można stwierdzić, że jest nim *kapłan, któremu powierzono stałą posługę duszpasterską w określonym zakresie względem jakiejś wspólnoty lub grupy wiernych, wykonywaną według postanowień kościelnego prawa powszechnego lub partykularnego*<sup>29</sup>. Kodeks Prawa Kanonicznego z 1983 roku, definiując kapelana, twierdzi, że jest nim *kapłan, któremu powierza się przynajmniej częściowo stałą troskę pasterską o jakąś wspólnotę lub specjalny zespół wiernych, wykonywaną zgodnie z postanowieniami prawa powszechnego lub partykularnego* (KPK 564). Odnosząc powyższe określenie do kapelana szpitalnego, możemy stwierdzić, że kapelan szpitalny to kapłan, któremu powierzono troskę o osoby tworzące wspólnotę szpitala, w skład której wchodzi zarówno chorzy, jak też ich rodziny oraz pracownicy służby zdrowia. Najogólniej można powiedzieć, że *głównym celem* posługi kapelana jest sprawowanie sakramentów oraz głoszenie słowa Bożego, jak też *towarzystwo* chorym, rodzinom oraz personelowi medycznemu.

Dokumenty II Soboru Watykańskiego, mówiąc o istocie posługi prezbiterów, a więc także posługi kapelanów szpitalnych, zwracają uwagę na to, jak mają oni nieść chorym duchową pomoc i ulgę (KDK 28), odwiedzając ich i pokrzepiając chorych (DP 6). Z kolei rytuał *Sakramenty Chorych. Obrzędy i duszpasterstwo* zauważa, że wspomniany obowiązek dotyczy szczególnie kapelanów szpitalnych, którzy osobiście odwiedzając chorych, mają ich wspierać ofiarną miłością, krzepić słowami wiary, pouczać o znaczeniu choroby w tajemnicy zbawienia, zachęcać do łączności z Chrystusem cierpiącym, *stopniowo (ich) doprowadzać do pobożnego i częstego uczestniczenia w sakramentach pokuty i Eucharystii, zależnie od osobistej sytuacji, a zwłaszcza do przyjęcia w stosownym czasie namaszczenia chorych i Wiatyku* (SCH 16-17; 43).

<sup>29</sup> E. Wilemska, *Kapelan*, EK, t. 8, Lublin 2000, kol. 650.



Dużo o służbie chorym mówił i pisał Jan Paweł II. Zauważył on, że Kościół, idąc za przykładem Chrystusa, który leczył wszelkie choroby i słabości wśród ludu (Mt 4, 23), zawsze *uważał posługiwanie chorym i cierpiącym za integralną część swojego posłannictwa*<sup>30</sup>. Apelował on w adhortacji *Christifideles laici*, że ma on dalej prowadzić duszpasterstwo chorych, dbając o jego intensyfikację, umożliwiając i stwarzając warunki *do skupienia uwagi na człowieku, do obecności przy nim i z nim, do wysłuchania go, dialogu i współczucia oraz konkretnej pomocy w tych momentach, w których z powodu choroby i cierpienia na ciężką próbę zostaje wystawione nie tylko jego zaufanie do życia, ale także sama wiara w Boga i w Jego ojcowską miłość* (ChL 54). Jednym z celów tej odnowionej działalności jest *traktowanie chorego (...), nie jako biernego pomiotu miłości i posługi Kościoła, ale jako czynny i odpowiedzialny podmiot dzieła ewangelizacji i zbawienia* (ChL 54). Jan Paweł II podkreślił, że szczególnie kapłani mają ofiarować miłość tym, z którymi się spotykają<sup>31</sup>. Według papieża, na co zwrócił uwagę on w adhortacji *Ecclesia in Europa*, trzeba także *wspierać rodziny osób chorych* (EinE 88).

O posłudze kapelanów wobec chorych mówią dużo dokumenty Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Dokument *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia* zauważa, że wszyscy prezbiterzy, nie tylko kapelani szpitalni pełniący posługę w placówkach służby zdrowia, nie mają się ograniczać do udzielania w nich sakramentów, ale *przeznaczać część swojego czasu na od-wiedzenie chorych i zapewnienie im swojej pasterskiej opieki*<sup>32</sup>. Ten sam dokument zauważa, że kapelani szpitalni, aby właściwie pełnić swoją posługę, powinni do niej być odpowiednio przygotowani,

---

<sup>30</sup> Jan Paweł II, Motu proprio *Dolentium Hominum* ustanawiające Papieską Komisję Duszpasterstwa Pracowników Służby Zdrowia, Watykan 11.02.1985, „L'Osservatore Romano” 1985, nr 2, s. 24.

<sup>31</sup> Jan Paweł II, Orędzie na III Światowy Dzień Chorego *Nasza cywilizacja jest chora na szerzący się egoizm*, Watykan 21.11.1994, w: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, red. J. Brusilo, t. 2., Tarnów 2012, s. 366.

<sup>32</sup> Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia*, Watykan 1990, s. 27.



podkreślając, że potrzeba specjalnej formacji kleryków i kapłanów angażujących się w pracę z chorymi. Wspomniana formacja musi obejmować wymiar teoretyczny i praktyczny. Wymiar teoretyczny związany jest z poznawaniem nauczania Kościoła oraz wskazań nauk medycznych w zakresie opieki nad chorymi, natomiast wymiar praktyczny polega na stałym kontakcie z chorymi w szpitalach i domach. Mówi on, że praktyczna posługa względem chorych nie może ograniczać się jedynie do udzielania im sakramentów, ale musi obejmować inne formy, łącznie z ich odwiedzaniem i pasterską opieką<sup>33</sup>. Inny dokument tej Rady, Świeccy w świecie cierpienia i zdrowia apeluje o *humanizację medycyny, która oznacza przywrócenie pojęciu leczenia jego pierwotnego sensu, według którego „leczyć” to nie tylko „uwalniać od choroby”, ale „opiekować się”, „otaczać troską”, „mieć na sercu”*<sup>34</sup>.

Krótki przegląd dokumentów Magisterium pokazuje, że kapelani mają do odegrania ważną rolę w towarzyszeniu duchowym chorych. Ich posługa nie ma się tylko ograniczać do posługi ściśle religijnej, ale także szeroko rozumianej opieki duchowej. Trzeba zauważyć fakt, że wśród chorych są osoby o różnym stosunku do wiary i Kościoła, a także niewierzące, które na danym etapie swojego życia potrzebują duchowego wsparcia, niekoniecznie związanego od razu z posługą sakramentalną. Czas choroby jest dla wielu pacjentów czasem refleksji i zadumy nad własną duchowością, sensem życia i przemijania. Każda chwila może stać się odpowiednim momentem do zmiany nastawienia chorego do siebie, otoczenia, duchowości, religii, wizji życia po śmierci. W obliczu choroby (zwłaszcza nieuleczalnej) chory stawia trudne, głęboko egzystencjalne pytania, na które niełatwo znaleźć odpowiedź. W rozmowach z chorymi o duchowości trzeba słuchać, by usłyszeć (ang. *mindfulness*), co różnicuje pomoc duchową od wsparcia psychologicznego<sup>35</sup>. Udzielając takiej pomocy, przydatne są

---

<sup>33</sup> Tamże, s. 27-31.

<sup>34</sup> Papińska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Świeccy w świecie cierpienia i zdrowia*, Watykan 1987, s. 50.

<sup>35</sup> M. Krajnik, *Słuchać, by usłyszeć. Konferencja Fides et Ratio*, [www.ptodm.org.pl](http://www.ptodm.org.pl) (dostęp: 18.10.2018).

tutaj praktyczne umiejętności nawiązywania i podtrzymywania kontaktu z chorymi, obejmujące słuchanie empatyczne, rozpoznawanie mechanizmów obronnych, umiejętność odczytywania komunikatów werbalnych i niewerbalnych, sposoby rozpoczynania i prowadzenia rozmowy mającej charakter rozmowy terapeutycznej<sup>36</sup>.

Kapelani szpitalni spotykają się często z prośbami ze strony pacjentów czy też ich rodzin o rozmowę na temat duchowości. Nierzadko nie odpowiadają oni właściwie na to zapotrzebowanie. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez ks. T. Wielebskiego, wielu z nich to „kapelani z doskoku”, obciążeni wieloma innymi obowiązkami duszpasterskimi. Nie mogą oni realizować w pełni opieki duchowej, odpowiadając na potrzeby chorych, ich rodzin i personelu medycznego, ograniczając się tylko do sprawowanej pospiesznie posługi sakramentalnej<sup>37</sup>.

## 5. Ku przyszłości

Rodzi się pytanie, co zmienić w istniejącym stanie rzeczy w Polsce, aby zmienić sposób funkcjonowania polskich kapelanów szpitalnych tak, aby mogli oni lepiej pełnić swoją posługę, pełniąc coraz lepiej swoją rolę w holistycznej opiece duchowej nad chorymi.

Zadaniem kapelanów jest, w pierwszej kolejności, podejmowanie wielorakich działań duszpasterskich wobec chorych, wśród których główne miejsce powinno zajmować sprawowanie form sakramentalnych, na czele z sakramentem namaszczenia chorych. Powinni oni jednak tak organizować swoją posługę, aby nie zabrakło w niej czasu przeznaczonego na indywidualne rozmowy z chorymi, które w ich trudnych sytuacjach egzystencjalnych mają dla nich też wymiar terapeutyczny. Bezpośrednie kontakty kapelanów z pacjentami mogą nie tylko prowadzić do ukazywania sensu w chwilach doświadczeń związanych z przeżywaną chorobą, ale także w niektórych sytuacjach do

---

<sup>36</sup> T. Wielebski, *Chorych duszpasterstwo*, w.: *Leksykon teologii pastoralnej*, red. R. Kamiński, W. Przygoda, M. Fiałkowski, Lublin 2006, s. 145.

<sup>37</sup> T. Wielebski, *Duszpasterstwo chorych w Polsce. Między teorią i praktyką*, „Teologia Praktyczna” 2015, t. 16, s. 64.

przełamywania występujących nieraz antyklerykalnych uprzedzeń, mogą w perspektywie owocować ich sakramentalnym powrotem do Boga i Kościoła.

Aby kapelan szpitalny mógł właściwie realizować swoją posługę wobec chorych i ich rodzin, nie może być obciążony innymi obowiązkami duszpasterskimi. Kapelan szpitalny nie może być „meteorem”, który „wpada” do szpitala, aby udzielić tylko sakramentalnej posługi chorym. Jego obecność w szpitalu musi cechować się systematycznością oraz dyspozycyjnością, co wiąże się z gotowością odpowiedzi na każde wezwanie chorego i jego rodziny, dotyczące odpowiedzi na potrzeby rozmów o duchowości. Potrzeba tutaj właściwej polityki personalnej władz kościelnych związanej z doбором duchownych kierowanych do specjalistycznej pracy z chorymi. Nieraz do tej posługi są kierowani przypadkowo dobrani kapłani, którzy przeżywają różne sytuacje kryzysowe związane z brakiem wewnętrznej tożsamości, nie potrafiąc odnaleźć swojego miejsca w rzeczywistości parafialnej. Niektórzy z decydentów kościelnych kierują tego typu osoby do pracy w szpitalu, uważając, że spełniana w tych miejscach posługa jest czymś mniej ważnym niż praca duszpasterska w parafii.

Kapelani szpitalni mają swoją posługą otaczać również rodziny chorych. Powinni oni mieć na uwadze fakt, że w obliczu choroby osób bliskich w postawach rodzin chorych może ujawnić się cały wachlarz różnorodnych zachowań, począwszy od pomocy, przez brak zainteresowania, znużenie, obojętność, aż do, spowodowanej wieloma przyczynami, agresji. Wsparcie i pomoc niesione przez kapelanów szpitalnych rodzinom chorych może wyrażać się w kształtowaniu pozytywnego nastawienia do choroby i cierpienia bliskich, ukazywaniu jej sensu i znaczenia. Mają oni ukazywać rodzinom chorych, że odwiedzanie ich bliskich oraz innych chorych jest wyrazem ich apostołstwa. Wsparcie kapelanów rodzinom chorych swój wyraz może też znaleźć we wspólnej modlitwie, posłudze sakramentalnej, jak też w udzielaniu stosownych porad dotyczących właściwych form zachowania wobec chorych. Kapelani powinni podkreślać, że odwiedziny najbliższych i ich zrównoważenie psychiczne, spokój i optymizm pozytywnie wpływają na pacjenta.

Rzeczą niezmiennej wagi staje potrzeba ciągłego organizowania specjalistycznego przygotowania i stałej formacji dla kapelanów prowadzących duszpasterstwo w szpitalach. Warto w tym kontekście zachęcać kapelanów do podejmowania studiów specjalistycznych przygotowujących do pracy z chorymi realizowanymi w ramach Szkoły Opieki Duszpasterskiej św. Jana Bożego na Uniwersytecie Papieskim Jana Pawła II w Krakowie. Warto zadbać o to, aby tego typu studia powstawały w innych uczelniach, na przykład na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Może w przyszłości trzeba doprowadzić do tego, że w znaczących szpitalach będą pracować tylko kapelani po specjalistycznym przygotowaniu.

Kwestia kształcenia kapelanów szpitalnych i współpracujących z nimi osób świeckich jest jedną z przestrzeni zainteresowania Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie. Podjęło ono szereg różnych działań zmierzających do propagowania i wprowadzania do polskiej praktyki leczniczej idei opieki duchowej. Wypracowuje ono standardy dobrej praktyki w zakresie opieki duchowej zarówno na poziomie personelu medycznego, jak też specjalistów opieki duchowej (kapelanów i świeckich). Dąży do tego, aby w programach kształcenia lekarzy znalazły się zajęcia przygotowujące do udzielania chorym, poza wsparciem czysto medycznym, wsparcia duchowego. Przygotowało ono profil zawodowy specjalisty opieki duchowej w medycynie (SODM) w Polsce, który byłby osobą odpowiedzialną za świadczenie opieki duchowej pacjentom opieki zdrowotnej, ich rodzinom i bliskim. Takim specjalistą opieki duchowej, według propozycji PTODM, mógłby być kapelan, osoba konsekrowana lub osoba świecka, którzy ukończyliby podyplomowe studia z zakresu opieki duchowej w medycynie i otrzymywaliby stosowny certyfikat. Trzeba zadbać o to, aby w ramach takich szkoleń uczyć zarówno przyszłych studentów medycyny, jak też specjalistów opieki duchowej, w tym kapelanów, korzystania ze specjalnie skonstruowanych narzędzi badawczych do określania potrzeb duchowych pacjentów, w tym kwestionariuszy FICA i SpREUK, a uzyskane wyniki włączać w całościowy proces holistycznego ich leczenia.

Może trzeba w perspektywie, sięgając do praktyk stosowanych w większości krajów europejskich, w placówkach ochrony zdrowia zatrudniać zawodowych kapelanów jako specjalistów od opieki duchowej, którzy stają się członkami interdyscyplinarnych terapeutycznych zespołów medycznych. Przykładowo w Szpitalu Uniwersyteckim w Leuven w Belgii kapelan włączony do zespołu, na prośbę ordynatora, przygotował razem z pielęgniarką listę dotyczącą aspektów duchowości leczonych pacjentów, która jest dołączana do ich dokumentacji. Tego typu działania sprawiają, że opieka duchowa nad pacjentami staje się elementem pracy całego zespołu terapeutycznego, który całościowo podchodzi do procesu leczenia. Kapelan szpitalny rozmawia z każdym nowo przybyłym pacjentem o sprawach duchowych oraz uczy nowych członków zespołu, jak rozpoznawać potrzeby duchowe chorych. Z kolei w Szpitalu Read w Amsterdamie dwóch kapelanów świadczy opiekę duchową dla 120 pacjentów szpitala i 500 pacjentów z poradni przyszpitalnej. Prowadzą oni na oddziale dziennym indywidualne i grupowe zajęcia dla pacjentów, rozmawiając z nimi na tematy duchowe i o sensie życia oraz animując działania grupy medytacyjnej i biblijnej, zachęcając chorych do korzystania z duchowości (bez względu na to, jak ją rozumieją) w procesie rehabilitacji i w sytuacji przewlekłej choroby. Z inicjatywy ordynatora kapelani prowadzą też wykłady dla lekarzy na temat potrzeb duchowych ich pacjentów<sup>38</sup>. W wielu szpitalach europejskich dobrze przygotowani kapelani zapewniają odpowiednią opieką duchową pacjentom, ich rodzinom oraz personelowi medycznemu, potrafią radzić sobie z napięciami towarzyszącymi im w posłudze, biorą udział w pracach komisji etycznych, dając równocześnie świadectwo swojej wierze<sup>39</sup>.

Powyższe propozycje wydają się ciekawe i godne podjęcia dalszej dyskusji. Wprowadzenie ich w życie wymagałoby przemodelowania sposobu funkcjonowania kapelanów w polskich szpitalach. Sprawą do dyskusji jest to, jak w perspektywie mogłaby ona wyglądać. Nie

---

<sup>38</sup> Cyt. za: A. Vandenhoek, *Kapelani jako specjaliści od opieki duchowej nad pacjentami w Europie*, „Medycyna Praktyczna” 2017, nr 2, 119.

<sup>39</sup> Tamże, s.120.

jest dogmatem wiary, że każdy kapelan musiałby zostać specjalistą opieki duchowej w medycynie. Jeżeli takim specjalistą w danym szpitalu została osoba świecka lub konsekrowana, to oczywiście współpracowałaby ona z kapelanem, który przy wsparciu całego zespołu mógłby się głównie skupić na posłudze sakramentalnej wobec chorych, gdzie nikt nie może go zastąpić. Z kolei kapłani, którzy ukończyliby specjalistyczne studia, byłiby specjalistami opieki duchowej w medycynie. Wprowadzenie na szerszą skalę idei opieki duchowej do polskich jednostek służby zdrowia zaowocowałoby holistycznym podejściem do każdego pacjenta. Należy mieć nadzieję, że w przyszłości będzie zmieniał się sposób leczenia pacjentów w polskich szpitalach na uwzględniający ich potrzeby duchowe, co wiązać się musi ze zmianą sposobu kształcenia kapelanów szpitalnych i współpracujących z nimi osób mających tworzyć zespoły duszpasterskie oraz interdyscyplinarne zespoły terapeutyczne.

\* \* \*

Autor artykułu podjął kwestię ukazania ważności opieki duchowej oraz określenie miejsca kapelana w holistycznym procesie leczenia. Spróbował on, nawiązując do doświadczeń realizowanych w USA i krajach Europy Zachodniej, spojrzeć na rolę kapelana, nie zawężając jedynie tylko do posługi ściśle religijnej, która jednak należy do istoty jego zadań. Należy patrzeć na nią w szerszej perspektywie niesienia całościowej pomocy osobom chorym, którzy w sytuacji spotykających ich doświadczeń potrzebują wielorakiego wsparcia.

Autor artykułu, pełniąc 15 lat posługę w szpitalu na Bielanach, opracował swoisty DEKALOG posługi kapelanów wobec chorych, ich bliskich i personelu medycznego. Próbuje realizować go w codzienności, dzieli się nim z czytelnikami, ufając, że może on być dla nich inspiracją.

1. Kapelan jako pracownik szpitala jest dyspozycyjny i świadczy posługę pacjentom, ich rodzinom i personelowi, jeśli sobie tego życzą.
2. Kapelan mądrze i roztropnie udziela wsparcia duchowego, ukazując realną nadzieję.

3. Kapelan pracujący w szpitalu dba o duchowość własną, chorego, jego bliskich, jak i całego zespołu medycznego. Rozwój własnej duchowości odbywa się przez udział w rekolekcjach, dniach skupienia, modlitwę, korzystanie z sakramentów, jak też rozwój swoich umiejętności empatyczno-komunikacyjnych.
4. Kapelan pomaga rozładować napięcia zaistniałe między chorym a jego bliskimi, szczególnie dotyczące spraw religijnych, wynikające z zamiaru przyjęcia przez chorego sakramentów świętych, takich jak pokuta, Eucharystia i namaszczenie chorych.
5. Kapelan swoją postawą i pracą obala mit: *ksiądz kojarzy się ze śmiercią*, pokazując, że jest zawsze przy chorych, towarzyszy im, aby wzmocnić ich nadzieję.
6. Kapelan stara się rozumieć podłoże odmowy chorego, np. przyjęcia sakramentów czy dalszego leczenia, pamiętając, że w opiece holistycznej to pacjent ma głos decydujący.
7. Kapelan pamięta o prawach chorego, pilnie przestrzegając jego prawa do poglądów religijnych, korzystania z posługi religijnej i wykonywania praktyk.
8. Kapelan na życzenie towarzyszy umierającemu i czuwającej przy nim rodzinie. W trudnej sytuacji, jaką jest choroba, cierpienie czy śmierć, ma on być blisko, ale się nikomu nie narzucać. Kapelan taktownie na życzenie odpowiada rodzinie, jak mogą się z chorym pożegnać. Kapelan na życzenie uczestniczy też w przeżywaniu przez bliskich chorego żałoby (wsparcie duchowe, msza św.).
9. Kapelan na życzenie chorego lub jego rodziny uczestniczy w pożegnaniu, ceremonii pogrzebowej.
10. Kapelan udziela wsparcia zespołowi medycznemu, tworzy przestrzeń do rozmowy o problemach i wątpliwościach. Jako pracownik szpitala i członek zespołu terapeutycznego troszczy się o cały zespół. Kapelan zna swoje miejsce w holistycznej opiece sprawowanej nad chorym.

### Streszczenie

Celem artykułu jest ukazanie ważności opieki duchowej oraz określenie miejsca kapelana szpitalnego w holistycznym procesie leczenia. Autor rozpocznie swoje rozważania od próby dookreślenia istoty duchowości w medycynie. Następnie spróbuje zdefiniować istotę i rolę opieki duchowej w holistycznym procesie leczenia, jak też ukaże wypracowane w USA i Europie narzędzia badawcze do diagnozowania potrzeb duchowych pacjentów. Kolejnym punktem będzie ukazanie miejsca i roli kapelana szpitalnego w opiece duchowej. Rozważania zakończą pewne wnioski i postulaty pastoralne, których realizacja może pomóc w tym, aby kapelani szpitalni mogli lepiej sprawować opiekę duchową w holistycznym procesie leczenia.

### Summary

The purpose of the following article is to show the importance of spiritual care and to determine the place of a hospital chaplain in the holistic treatment process. The author will begin his considerations by attempting to specify the essence of spirituality in medicine. Next, he will try to define the essence and role of spiritual care in a holistic treatment process, as well as show research tools developed in the USA and Europe to diagnose the spiritual needs of patients. The next point will be to show the place and role of a hospital chaplain in spiritual care. The considerations end with some conclusions and pastoral postulates, the implementation of which can talk about the fact that hospital chaplains could better exercise spiritual care in the holistic treatment process.

**Słowa kluczowe:** duchowość, opieka duchowa w medycynie, holistyczny proces leczenia, kapelan szpitalny

**Key words:** spirituality, spiritual care in medicine, holistic treatment process, hospital chaplain

### Bibliografia

- Bartoszek A., *Medycyna paliatywna*, Warszawa 2015.
- Bartoszek A., *Opieka duchowa w opiece paliatywnej*, w: *Medycyna paliatywna*, red. K. de Walden-Gałużsko Warszawa 2015, s. 377-388.
- Chrobak S., *Wychowanie i duchowość w praktyce systemu prewencyjnego Jana Bosko*, „Seminare” 2014, nr 1, s. 103-116.



- Franciszek, *Orędzie na XXVI Światowy Dzień Chorego*, Watykan 26.11.2017, [www.episkopat.pl](http://www.episkopat.pl) (dostęp: 01.02.2018).
- Frick F., *Duchowość: religia i wiara*, w: *Psychoonkologia diagnostyka–metody terapeutyczne*, red. M. Dorf Müller, Wrocław 2009, s. 81-85.
- Grzymała-Moszczyńska H., *Religia a kultura. Wybrane zagadnienia z kulturowej psychologii religii*, Kraków 2004.
- Jan Paweł II, Adhortacja apostolska *Ecclesia in Europa*, Watykan 2003.
- Jan Paweł II, Motu proprio *Dolentium Hominum* ustanawiające Papieską Komisję Duszpasterstwa Pracowników Służby Zdrowia, Watykan 11.02.1985, „L'Osservatore Romano” 1985, nr 2, s. 24.
- Jan Paweł II, Orędzie na III Światowy Dzień Chorego *Nasza cywilizacja jest chora na szerzący się egoizm*, Watykan 21.11.1994, w: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, red. J. Brusilo, t. 2, Tarnów 2012, s. 364-366.
- Jan Paweł II, Przemówienie papieża do uczestników konferencji Papieskiej Rady ds. Służby Zdrowia *Towarzyszyć choremu aż do końca*, Watykan 12.11.2004, [https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan\\_pawel\\_ii/przemowienia/sl\\_zdrowia\\_12112004.html](https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/sl_zdrowia_12112004.html) (dostęp: 10.03.2018).
- Klimasiński M., Płocka M., Neumann-Klimasińska N., *Czy lekarze powinni udzielać wsparcia duchowego swoim pacjentom – przegląd badań*, „Medycyna Praktyczna” 2017, nr 3, 128-133.
- Kodeks Prawa Kanonicznego, Watykan 1993.
- Kübler-Ross E., *Pytania i odpowiedzi na temat śmierci i umierania*, Warszawa, 2010.
- Kübler-Ross E., *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Poznań 2007.
- Krajnik M., *Słuchać, by usłyszeć. Konferencja Fides et Ratio*, [www.ptodm.org.pl](http://www.ptodm.org.pl) (dostęp: 18.10.2018).
- Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia*, Watykan 1990.
- Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Katowice 2017.
- Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Świeccy w świecie cierpienia i zdrowia*, Watykan 1987.
- Wilemska E., *Kapelan*, EK, t. 8, Lublin 2000, kol. 650-653.
- Pawlak Z., *Aspekty duchowe w opiece paliatywnej*, w: *Choroby wewnętrzne*, red. A. Szczeklik, Kraków 2018, s. 2607.

- Puchalski M. Ch., *Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym – niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta*, „Medycyna Praktyczna” 2016, nr 5, s. 116-124.
- Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie, *Statut PTODM*, <http://ptodm.org.pl/o-ptodm/153685,status-ptodm>, artykuł 7 (dostęp: 20.10.2018).
- Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie, *Co to jest duchowość*, <http://ptodm.org.pl/ptodm/171384,co-to-jest-duchowosc> (dostęp: 20.10.2018).
- Sakramenty chorych. Obrzędy i duszpasterstwo*, Katowice 2001.
- Saunders C., [www.hospicjum.waw.pl](http://www.hospicjum.waw.pl) (dostęp: 10.10.2018).
- Spiritual Needs of Polish Patiens with Chronic*, [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov) (dostęp: 12.10.2018).
- Spirituality and Coping SpREUK questionnaire*, [www.researchgate.net/publication/278727858](http://www.researchgate.net/publication/278727858), (dostęp: 25.10.2018).
- Wielebski T., *Duszpasterstwo chorych w Polsce. Między teorią i praktyką*, „Teologia Praktyczna” 2015, t. 16, s. 43-77.
- Wielebski T., *Chorych duszpasterstwo*, w: *Leksykon teologii pastoralnej*, red. R. Kamiński, W. Przygoda, M. Fiałkowski, Lublin 2006, s. 143-147.
- Vandenhoeck A., *Kapelani jako specjaliści od opieki duchowej nad pacjentami w Europie*, „Medycyna Praktyczna” 2017, nr 2, s. 118-125.
- Zakon Szpitalny św. Jana Bożego, Komisja Generalna ds. Duszpasterstwa, *Duszpasterstwo w stylu św. Jana Bożego*, Rzym 2012.

## Biogram

**O. Marian Kujaczyński MI:** kamilianin, kapelan z 15-letnim stażem pracujący w Szpitalu Bielańskim w Warszawie, ul. Ceglowska 80; absolwent studiów podyplomowych *Bioetyka i Prawo Medyczne* (UKSW 2011), *Psychoonkologia* (USWPS 2014); doktorant Wydziału Teologicznego UKSW; w rozprawie doktorskiej podejmujący zagadnienie towarzyszenia kapelana szpitalnego dorosłemu choremu onkologicznie i jego bliskim. E-mail: marianoscam@op.pl.