

MIROSLAW KALINOWSKI
LEON SZOT

POMOC DUCHOWO-RELIGIJNA W PLACÓWKACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

SPIRITUAL AND RELIGIOUS ASSISTANCE IN HEALTH CARE INSTITUTIONS

A b s t r a c t. The article takes into account the historical context of medical care and treatment institutions, ecclesial and state codifications regarding spiritual and religious ministry in health care institutions, forms of assistance in this area and the opinions of patients in care and treatment facilities regarding spiritual and religious assistance. Progressive specialization in social life and the multitude of roles and meanings in the system of social references forces the revision of the current models of these forms of assistance. As a result, surveys have shown that their adequacy depends to a great extent on the support entity. The chaplain's spiritual and religious help is addressed to every person regardless of their accepted system of religious values, views towards Christianity, attitude towards the Church, or nominal or selective Catholicism. We should think about other possibilities to expand the ministry of spiritual support. Patients suggest nuns, members of religious movements, lay Eucharist ministers and people who have suffered the loss of loved ones. Most likely, each of these groups, after proper preparation, can undertake a number of duties leading to a fuller spiritual care ministry among the sick.

Key words: spiritual help; religious assistance; healthcare.

Prof. dr hab. MIROSLAW KALINOWSKI – kierownik Katedry Opieki Społecznej, Paliatywnej i Hospicyjnej KUL, dyrektor Instytutu Nauk o Rodzinie i Pracy Socjalnej Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II, adres do korespondencji: ul. Radziszewskiego 7, 20-039 Lublin; e-mail: warmiak@kul.pl

Dr hab. LEON SZOT, prof. UPJPII – Instytut Pracy Socjalnej Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie, adres do korespondencji: ul. Bernardyńska 3, 31-069 Kraków; e-mail: leon.szot@upjp2.edu.pl

Dynamika pracy służby zdrowia, nowe inicjatywy agend państwowych, kontraktowanie usług medycznych, zatrudnianie specjalistów w różnych obszarach aktywności leczniczej, taryfikacja usług medycznych i okołomedycznych oraz klasyfikacje kierunków mających zastosowanie w ochronie zdrowia zmuszają do postawienia pytania o ich komplementarność. Domena oddziaływań medyczno-społecznych posiada wiele struktur rządowych i pozarządowych monitorujących zakres ich działalności, a związki zawodowe aktywnie uczestniczą w procesie przestrzegania zasad bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli i państwa oraz osób zatrudnionych w służbie zdrowia.

Obszar pomocy duchowo-religijnej w placówkach opieki zdrowotnej¹ jest ogólnie przyjęty dyrektywą Światowej Organizacji Zdrowia, regulacjami państwowymi i regulaminami wewnętrznymi². Podmiot realizujący powyższy aspekt to w zdecydowanej większości duchowni wspólnot chrześcijańskich, którzy: z jednej strony jako etatowi pracownicy danej instytucji realizują zadania placówki opieki zdrowotnej³, z drugiej pełnią misję Kościoła⁴. Nie posiadając swoich przedstawicieli w instytucjach dialogu społecznego, najczęściej ze względu na stosunkowo niską reprezentatywność w gronie pracowników⁵, ich głos jest słyszalny najczęściej poprzez agendy diecezjalne. Kwestią najważniejszą jest jednak adekwatność ich posługi w odniesieniu do osób oczekujących wsparcia i ich środowiska rodzinnego. Mnoży się wiele pytań w kontekście społeczeństwa pluralistycznego artykułującego oczekiwania w stosunku do podmiotu wsparcia duchowo-religijnego, wykraczającego poza ramy konfesyjne. W artykule podjęty zostanie kontekst dziejowy instytucji opieki zdrowotnej, kodyfikacje państwowo-eklezyjacyjne dotyczące opieki duchowo-religijnej w instytucjach opieki zdrowotnej, form oddziaływań pomocowych w tym obszarze oraz przedstawione

¹ Podmiotami leczniczymi w rozumieniu zapisu ustawowego są m.in. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, fundacje i stowarzyszenia ze statutowym celem wykonywania zadań w zakresie ochrony zdrowia i prowadzenia działalności leczniczej. Ustawa o działalności leczniczej, Dz. U. nr 112 poz. 654 art. 4 ust. 1.

² D.H. PATER, *Holistyczna koncepcja człowieka chorego. Teologia – Medycyna – Praktyka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe UKSW 2017, s. 20 n.

³ W grupie instytucji opieki zdrowotnej wskazuje się: szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład rehabilitacji leczniczej, hospicjum. Ustawa o działalności leczniczej, Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654 art. 12 pkt 1.

⁴ Większość z około 600 szpitali oraz 106 hospicjów stacjonarnych w Polsce korzysta z posługi kapelanów, najczęściej są oni zatrudnieni na umowę o pracę w różnym wymiarze czasowym oraz umowach wolontariackich. Ponad 300 hospicjów komercyjnych, najczęściej domowych, oferuje doraźną pomoc duchową w formie dyżuru telefonicznego duchownego przybywającego na wezwanie pacjenta.

⁵ Pełny etat w placówkach opieki leczniczej najczęściej jest naliczany po osiągnięciu 600 łóżek.

zostaną opinie podopiecznych placówek opiekuńczo-leczniczych na temat pomocy duchowo-religijnej.

1. KONTEKST DZIEJOWY INSTYTUCJI OPIEKUŃCZO-LECZNICZYCH

Zaangażowanie w pomoc osobom wykluczonym ze względu na kondycję zdrowotną i niesamodzielność sięga początków chrześcijaństwa i wypływa z ewangelicznej nauki Jezusa Chrystusa o dobrym Samarytaninie⁶. Chrześcijaństwo wniosło nowe uzasadnienie opieki nad chorymi, jest nim miłosierdzie niepozwalające zostawić chorego bez pomocy⁷. W czasach apostołskich wszechstronną opiekę nad nimi roztaczali diakoni, do szczególnej troski o chorych wzywali kapłanów i diakonów św. Cyprian, św. Grzegorz z Nazjanzu. Święty Augustyn napisał instrukcję odnoszącą się do odwiedzania chorych⁸. W dziejach Kościoła szczególne miejsce w trosce o nich zajmują zakony, stowarzyszenia i bractwa, realizujące służbę czynnej pomocy człowiekowi cierpiącemu. W regule benedyktyńskiej wyraźnie powiedziano, że należy przede wszystkim mieć pieczę nad chorymi. Synod w Akwizgranie z roku 817 zobowiązuje każdego biskupa i przełożonych zakonnych do erygowania i uposażania szpitala⁹. W wiekach średnich powstawały przy klasztorach przytułki i szpitale, zwane *hospitium*, *hospitale*, *infirmarium*¹⁰, gdzie chorzy i pielgrzymi otrzymywali opiekę duchową i cielesną¹¹. Ważnym wydarzeniem był dekret Soboru Trydenckiego *Eadem sacrosancta*, który zobowiązywał biskupów do troski o szpitale w miastach i większych parafiach¹². W okresie potrydenckim działalność rozpoczęło w Polsce wiele męskich i żeńskich zgromadzeń zakonnych: bonifratrzy, kamilianie, misjonarze św. Wincentego a Paulo, szarytki i boromeuszki. Największą aktywność wykazywały szarytki i mariawitki, zgromadzenia wybitnie czynne na

⁶ M. KALINOWSKI, *Towarzystwo w cierpieniu. Posługa hospicyjna*, Lublin: Polihymnia 2003, s. 23 n.

⁷ W. SZUMOWSKI, *Historia medycyny*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich 1972, s. 102 n.

⁸ AUGUSTYN, *De visitatione infirmorum*, PL 40, 1147-1158.

⁹ B. KUMOR, *Kościelne stowarzyszenia świeckich na ziemiach polskich w okresie przed-rozbiorowym*, w: *Księga tysiąclecia katolicyzmu w Polsce*, red. P. Kałwa i in., Lublin: TN KUL 1969, s. 518.

¹⁰ Współczesne nazwy pochodzą od tych terminów: francuskie *infirmierie*, włoskie *ospedale*, niemieckie *Spital*, polskie szpital.

¹¹ W. SZUMOWSKI, *Historia medycyny*, s. 114.

¹² M. KALINOWSKI, *Duszpasterstwo chorych*, „Roczniki Teologiczne” 45(1998), z. 6, s. 179-190.

polu posługiwania chorym i biednym¹³. Dobrze zapisało się Zgromadzenie Braci Rochitów założone w 1713 r., którego celem było ratowanie chorych i grzebanie osób zmarłych w czasie epidemii. Oprócz trzech ślubów zwykłych rochici składali jeszcze ślub czwarty: opieki nad chorymi i ubogimi. Służbę bliźniemu traktowano jako właściwą służbę Bożą (*res sacra miser*).

Do głównych inicjatorów troski o chorych należy zaliczyć św. Kamila Lellis, św. Jana Bożego i św. Wincentego a Paulo. W 1886 r. Leon XIII ustanowił św. Kamila i św. Jana Bożego patronami ludzi chorych. W drugiej połowie XIX w. w Lourdes wprowadzono uroczyste dni chorych, które później upowszechniły się w innych krajach. Inicjatorem tej akcji był L.J. Willenborg, będący jednocześnie twórcą Apostolstwa Chorych, stowarzyszenia zatwierdzonego w 1934 r. przez Stolicę Apostolską. W 1930 r. we Lwowie powstał Ogólnopolski Sekretariat Apostolstwa Chorych oraz poświęcone tej problematyce czasopismo „Apostolstwo Chorych”¹⁴.

Po drugiej wojnie światowej organizowaniem opieki nad chorymi zajął się przede wszystkim Caritas. Rola tej organizacji została szybko ograniczona przez władze komunistyczne. Jedyne ośrodki przeznaczone dla ludzi głęboko upośledzonych pozostawiono pod opieką Kościoła. Troska o chorych spoczęła na barkach duszpasterstwa parafialnego, które zostało podporządkowane Komisji Episkopatu Polski ds. Dobroczynności.

2. REGULACJE PAŃSTWOWO-EKLEZJALNE DOTYCZĄCE OPIEKI DUCHOWO-RELIGIJNEJ W INSTYTUCJACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

Opieka duchowo-religijna w placówkach opiekuńczo-leczniczych w Polsce bazuje na państwowych kodyfikacjach prawnych: ustawie zasadniczej¹⁵, umowie międzynarodowej¹⁶ ze stolicą Apostolską, innych ustawach¹⁷ oraz dokumentach

¹³ B. KUMOR, *Historia Kościoła*, t. VI, Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL 1985, s. 118; J. TAZBIR, *Historia Kościoła katolickiego w Polsce (1460-1795)*, Warszawa: Wiedza Powszechna 1966, s. 160.

¹⁴ M. KORCZYK, *Dzieje i misja Apostolstwa Chorych*, „Materiały Problemowe” 1981, nr 5, s. 84-91.

¹⁵ Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483 art. 53 ust. 1-2.

¹⁶ Konkordat pomiędzy Stolicą Apostolską i Rzeczpospolitą Polską art. 17 ust. 1.

¹⁷ Ustawa o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 17 maja 1989 r. Dz. U. 1989 Nr 29 poz. 154; Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie z dnia 24 kwietnia 2003 r. Dz. U. 2003 Nr 96 poz. 873; Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. nr 112 poz. 654 art. 9 ust. 4 (tekst jednolity Dz. U. 2018 poz. 2190, 2219); Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2018 r. Dz. U. 2009

resortowych¹⁸. Ustawa zasadnicza „zapewnia każdemu obywatelowi wolność sumienia i religii” (art. 53, ust. 1), „Prawo osób do korzystania z pomocy religijnej tam, gdzie się znajdują” (art. 53, ust. 2).

Umowa międzynarodowa pomiędzy Rzeczypospolitą Polską a Stolicą Apostolską stanowi, że państwo polskie „zapewnia warunki do wykonywania praktyk religijnych i korzystania z posług religijnych osobom przebywającym w zakładach penitencjarnych, wychowawczych, resocjalizacyjnych oraz opieki zdrowotnej i społecznej, a także w innych zakładach i placówkach tego rodzaju” (art. 17, ust. 1).

Ustawa o działalności leczniczej stanowi, że stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne mogą polegać w szczególności na: „sprawowaniu wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz opieki nad rodzinami tych pacjentów” (art. 9, ust. 4). Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta określa: „Pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarnym i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do opieki duszpasterskiej” (art. 36). Podmiot leczniczy (art. 37) „jest zobowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania” i ponosi koszty realizacji tychże praw pacjenta (art. 38). Realizację powyższego zadania powierza się zarządcy placówki opiekuńczo-leczniczej wypełniającej oczekiwania podopiecznych dotyczące ich religii i wyznania. Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej ukierunkowane są „na poprawę jakości życia, zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych”¹⁹.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2014 r. w sprawie wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej zawiera miesięczne stawki wynagrodzenia osób zaszerogowanych w XVI grupach pracowników, wśród których znajduje się stanowisko kapelana szpitalnego²⁰. Szczegółowe obowiązki regulują wewnętrzne regulaminy

nr 52 poz. 417 art. 36-38. (Tekst jednolity Dz. U. 2017 poz. 1318. 1524, z 2018 r. poz. 1115, 1515, 2219, 2429, z 2019 r. poz. 150).

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2014 r. w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej. Dz. U. 2014 poz. 954, załącznik nr 1.

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Dz. U. 2013 poz. 1347 §3 pkt. 1.

²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2014 r. w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej.

placówek służby zdrowia oraz umowa o pracę z zakresem obowiązków pracownika²¹. Regulamin Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie w paragrafie 15 stanowi: „zadaniem kapelana szpitalnego jest zaspokajanie potrzeb religijnych i duchowych chorych dzieci oraz ich opiekunów. Są to m.in. odwiedziny duszpasterskie, osobista rozmowa, sprawowanie sakramentów i nabożeństw, troska o kaplicę szpitalną i bibliotekę religijną, merytoryczny nadzór nad katechezą oraz dbałość o formację religijną pracowników szpitala”²².

Podobne zapisy posiadają placówki działające na bazie instytucji pozarządowych jako organizacje pożytku publicznego prowadzące hospicja stacjonarne, domowe i ambulatoria. Eklezjalne osoby prawne: parafie i diecezjalna Caritas kierujące w formie własnościowej lub zarządczej instytucjami opiekuńczo-pielęgnacyjnymi zakres obowiązków kapelanów ustalają również w formie umowy o pracę i opisem stanowiska pracy²³.

Dokumenty eklezjalne wskazują pomoc osobom chorym jako funkcję podstawową wspólnoty wierzących w każdej jej formie instytucjonalnej (parafia, diecezja, Kościół powszechny), jak i pozahierarchicznej (stowarzyszenia, grupy, ruchy i wspólnoty). Nauczanie soborowe wskazuje na jego wiodącą rolę wśród innych oddziaływań pastoralnych²⁴. W kuriach diecezjalnych od 1964 r. zainicjowano agendy do zorganizowania duszpasterstwa chorych w parafiach²⁵. Sekcja Duszpasterstwa Chorych utworzona w roku 1969 opracowała jej regulamin określając strukturę, cel, zadania, środki i metody pracy²⁶. Zobowiązywał on zaangażowanych w posługę chorym do inkluzyjnego niesienia pomocy socjalno-bytowej i duchowo-religijnej wszystkim chorym. Podjęto specjalistyczne duszpasterstwa m.in. inwalidów, ludzi dotkniętych chorobą Heinego-Medina, chorób reumatycznych. Ważnymi wydarzeniami ustrukturyzowania pomocy duchowo-religijnej

Kapelan szpitalny znajduje się w XV grupie zaszeregowania z zasadniczym wynagrodzeniem miesięcznym od 1500 zł do 2850 zł. Dz. U. 2014 poz. 954, załącznik nr 1.

²¹ Szczegółowe zadania opisuje regulamin ośrodków oraz zakres obowiązków stanowiący integralną część umowy o pracę.

²² Regulamin Organizacyjny Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie, §15 pkt. 12. www.bip.usdk.pl z dnia 11.10.2018.

²³ Por. Statut Lubelskiego Towarzystwa Przyjaciół Chorych Hospicjum Dobrego Samarytanina, pkt 7, mps; Regulamin Pracy Społecznego Zakładu Opieki Paliatywnej w Lublinie, pkt 12, mps.

²⁴ SOBÓR WATYKAŃSKI II, *Dekret ‘Presbyterorum ordinis’ o posłudze i życiu kapłanów*, w: SOBÓR WATYKAŃSKI II, *Konstytucje, dekrety, deklaracje*, Poznań: Pallottinum 1986, nr 6; Dekret *Apostolicam actuositatem* o apostołstwie świeckich, nr 8; Konstytucja dogmatyczna o Kościele *Lumen Gentium*, n. 11, 46.

²⁵ T. WIELEBSKI, *Chorych duszpasterstwo*, w: *Leksykon teologii pastoralnej*, red. R. Kamiński, W. Przygoda, M. Fiałkowski, Lublin: TN KUL 2006, s. 143 n.

²⁶ Tamże.

chorym było ustanowienie Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia²⁷ oraz ogłoszenie Światowego Dniem Chorego²⁸. Należy jednocześnie przywołać prawo kościelne zawarte w *Kodeksie Prawa Kanonicznego*²⁹ i nauczanie *Katechizmu Kościoła Katolickiego*³⁰. Oba powyższe dokumenty kodyfikują imperatyw pomocy duchowo-religijnej chorym bez względu na miejsce ich przebywania, zobowiązując do niej biskupa diecezjalnego i proboszcza miejsca. Enuncjacje eklezjalne podnoszą wiele szczegółowych kwestii dotyczących osób chorych i umierających³¹ oraz osób im posługujących.

Współczesne placówki opiekuńczo-lecznicze wywodzą się z nurtu chrześcijańskiego miłosierdzia adresowanego do człowieka potrzebującego wielorakiej pomocy³². Posiadają one charakter bezwyznaniowy, inkluzyjny, pracownikiem i wolontariuszem, jak i podopiecznym może zostać każdy, bez względu na przekonania religijne i wyznawany światopogląd. Szeroka formuła obecności wartości duchowych znacząco przekracza konfesyjne granice wyznań i religii³³.

3. FORMY ODDZIAŁYWAŃ DUCHOWO-RELIGIJNYCH W PLACÓWKACH OPIEKUŃCZO-LECZNICZYCH

Pomoc duchowo-religijna najczęściej przybiera formę kierownictwa duchowego i poradnictwa indywidualnego³⁴. Głównym spoiwem wszystkich form asystowania

²⁷ JAN PAWEŁ II, Motu proprio *Dolentium Hominum*, Rzym: Pontificia commissio de apostolatu pro valetudinibus administris 1985.

²⁸ Pierwszy Światowy Dzień Chorego obchodzono w dniu 11.02.1992 r.

²⁹ *Kodeks Prawa Kanonicznego*, Poznań: Pallottinum 1984, § 998-1007.

³⁰ *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań: Pallottinum 1994, p. 1506-1532.

³¹ PAPIESKA AKADEMIA NAUK, *Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci* (21.10.1985 r.), w: *W trosce o życie. Wybrane Dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Tarnów: Biblios 1998, s. 453-454; PAPIESKA RADA COR UNUM, *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających* (27.07.1981 r.), w: *W trosce o życie. Wybrane Dokumenty Stolicy Apostolskiej*, s. 437-453.

³² PAPIESKA RADA DUSZPASTERSTWA PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA, *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia*, Watykan: [s.n.] 1990, s. 7 n.

³³ „Jak towarzyszyć umierającemu? Potrzeby pacjentów różnych wyznań”. Konferencja naukowa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, 16.11.2018 r.

³⁴ Istnieje wielowiekowa tradycja bractw i stowarzyszeń podejmujących duchowo-modlitewne wsparcie osób chorych i umierających. Zob. H. ZAREMBSKA, *Bractwa w średniowiecznym Krakowie. Studium form społecznych życia religijnego*, Wrocław: PAN 1977, s. 141-149; T. GLEMM, *Z dziejów miłosierdzia chrześcijańskiego w Polsce*, Kraków: Nakładem Krajowej Centrali „Caritas” 1947. Do nich dołączają współczesne zrzeszenia chrześcijańskie i inicjatywy lokalne, np. Cisi Pracownicy Krzyża, dzieło bł. Liugiego Novarese; Legion Maryi, Modlitewny wolontariat

duchowego jest bliskość i czułość niwelujące wszystkie możliwe wykluczenia³⁵. Kierownictwo duchowe określane bywa jako dialog duchowy, pomoc duchowa, poradnictwo duchowe czy przewodnictwo duchowe, jest sztuką prowadzenia człowieka w życiu duchowym aż do szczytów doskonałości chrześcijańskiej. Powinno ono opierać się na praktycznej wiedzy pozwalającej, poprzez nadprzyrodzoną roztropność, aplikować do konkretnego człowieka, z jego słabościami i szansami, zasady teologii życia duchowego³⁶. Wsparcie wewnętrzne jest pomocą świadczoną człowiekowi dążącemu do świętości życia chrześcijańskiego. Jego przedmiotem i celem jest rozwój życia duchowego człowieka, który o tę pomoc prosi. W ten sposób działają nie tylko kapłani i zakonnicy, ale i chrześcijańscy rodzice wobec swych dzieci³⁷. E. Weron definiuje kierownictwo duchowe jako „pewien system pouczeń i wskazań odpowiednio uporządkowanych metodycznie i uzasadnionych, a odnoszących się do tej pomocy duchowej, jaką jedna osoba okazuje drugiej osobie na drodze do uświęcenia. Kierownictwo zaś jako sztuka jest to [...] pewna sprawność nabyta w posługiwaniu się tymi zasadami i wskazaniami dla dobra postępu duchowego osoby korzystającej z kierownictwa”³⁸. Podmiot sprawujący, a więc kierownik duchowy, winien charakteryzować się wiedzą, roztropnością, doświadczeniem, osobistą pobożnością, gorliwością i miłością pasterską, pokorą i bezinteresownością. „Trzeba koniecznie odkryć na nowo – uczy Jan Paweł II – wielką tradycję osobistego kierownictwa duchowego, które zawsze przynosiło liczne i cenne owoce w życiu Kościoła. W konkretnych przypadkach i przy spełnieniu ściśle określonych warunków może ono być wspomagane, ale niezastępowane, przez pewne formy analizy czy pomocy psychologicznej”³⁹.

Drugą wiodącą formą pomocy duchowo-religijnej jest poradnictwo indywidualne, której jedną z form jest rozmowa duszpasterska. Poradnictwo indywidualne z powodzeniem praktykowane od wielu lat w krajach zachodnich w ruchu

hospicyjny. „Sprawozdanie Lubelskiego Towarzystwa Przyjaciół Chorych Hospicjum Dobrego Samarytanina w Lublinie za rok 2018” mps; „Hospicjum Dobrego Samarytanina w Lublinie. Kurs dla wolontariuszy 30 listopada 2016 – 26 marca 2017”, w: „Kronika Hospicyjna”, mps.

³⁵ FRANCISZEK, *Otwieranie drzwi. Rozmowy o Kościele i świecie*, red. D. Volton, Kraków: WAM 2018, s. 165 n; 366.

³⁶ Por. S. MOJEK, *Kierownictwo duchowe*, w: *Teologia duchowości katolickiej*, red. W. Słomka, Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL 1993, s. 332.

³⁷ Por. E. WERON, *Kierownictwo duchowe*, Poznań–Warszawa: Pallottinum 1983, s. 13.

³⁸ Tamże, s. 14.

³⁹ JAN PAWEŁ II, *Adhortacja 'Pastores dabo vobis' o formacji kapłańskiej w Kościele Katolickim*, Watykan: [s.n.] 1992, nr 40.

pastoralnym zwanym *Pastoral Counseling*, stanowi dużą szansę w procesie wewnętrznego uzdrawiania człowieka⁴⁰.

W wyrażeniu rozmowa duszpasterska użyte są dwa terminy, z których pierwszy ukierunkowany jest na relacje typu psychologicznego, drugi natomiast wskazuje na duszpasterza oraz na inne osoby desygnowane przez władzę kościelną do pracy pastoralnej. W rozmowie duszpasterskiej można wyróżnić 3 płaszczyzny: płaszczyznę nadprzyrodzoną (religijną) jako fundament działalności duszpasterskiej. W niej urzeczywistnia się spotkanie człowieka z Bogiem; płaszczyznę świadomego międzyosobowego spotkania duszpasterza i osoby szukającej porad, ta uwarunkowana jest ich cechami osobowościowymi; oraz płaszczyznę emocjonalną, przebiegającą w sferze nieświadomej⁴¹.

W spotkaniu duchowym mamy do czynienia z jednej strony z doświadczeniem ludzkim, a z drugiej ze słowem Ewangelii. Działanie łaski Bożej dokonuje się w płaszczyźnie ludzkiej. W akcie wiary występuje swego rodzaju symbioza; prawda wiary jako wymiar obiektywny łączy się z czynnikami subiektywnymi. Proces akceptacji prawd religijnych i wypływających z nich wymagań moralnych jest u człowieka zindywidualizowany.

Głównym celem rozmowy jest przygotowanie człowieka na spotkanie z Bogiem. Kapelan udzielający porad pełni w tej rozmowie rolę pomostu, jest pośrednikiem ułatwiającym człowiekowi kontakt z Bogiem. Podstawowa przyczyna, dla której człowiek szuka kontaktu z duszpasterzem a nie z psychologiem, tkwi w tym, że psycholog świecki nie zawsze potrafi zrozumieć jego problemy egzystencjalne, odnoszące się do sfery duchowej. Dotyczy to przede wszystkim wartości religijnych, moralnych i spraw sumienia. Dzieje się to szczególnie w przypadku, gdy dana osoba nie wie, jaką postawę religijno-moralną prezentuje psycholog-terapeuta jako człowiek. Osoba szukająca pomocy wybiera kapelana – duszpasterza, słusznie spodziewając się rozwiązania swoich wewnętrznych problemów za pomocą stosowania środków nadprzyrodzonych, które proponuje duszpasterstwo. Pomoc kapelana powinna dotyczyć problemów związanych z odkrywaniem u rozmówcy sensu życia. Jest to szczególnie trudne w terminalnych stanach choroby, wśród ludzi przykutych do łóżka i z nikłą nadzieją uleczenia.

⁴⁰ Zob. W.E. OATES, *An introduction to Pastoral Counseling*, Nashville: Broadman Press 1984; N.S. CRYER, *Casebook in pastoral counseling*, New York–Nashville: Abingdon Press 1975; R.P. VAUGHAN, *Basic skills for Christian Counselors. An introduction for pastoral ministers*, New York: Paulist Press 1987; *Beraten und Begleiten: Handbuch für das seelsorgerliche Gespräch*, red. K. Baumgartner, W. Müller, Freiburg: Herder 1990; Por. H. BARZ, *Selbsterfahrung*, Stuttgart: Kreuz Verlag 1973, s. 22-50.

⁴¹ A. TOMKIEWICZ, *Duszpasterstwo indywidualne*, w: *Teologia pastoralna*, t. II, red. R. Kamiński, Lublin–Wrocław: KUL–„Alta 2” 2002, s. 599 n.

Kapelani mają wiele możliwości, aby w sposób pogłębiony sprawować sakrament pokuty i pojednania. Okoliczności miejsca najczęściej sprzyjają szafowaniu posługi miłosierdzia Pana Boga. Sakrament pokuty jest miejscem spotkania człowieka z Bogiem. Sakrament ten jest najbardziej osobisty, intymny, gdyż w nim sam słaby człowiek staje przed obliczem Boga ze swą winą, żalem i ufnością. Nikt nie może okazać skruchy za niego, nikt też w jego imieniu nie może prosić o przebaczenie. Człowiek jest samotny w swej winie⁴².

Rozważając działanie sakramentu pokuty, należy dostrzec w nim, obok wielu aspektów nadprzyrodzonych, również charakter terapeutyczny czy leczniczy⁴³. Ewangelie często ukazują Chrystusa jako lekarza (por. Mt 4,23; Łk 5,18 n; Łk 9,2; J 9,1-41), a Jego dzieło odkupieńcze od czasów starożytności chrześcijańskiej nazywane bywa *medicina salutis*, On sam – *Christus medicus*⁴⁴. Dzięki lekarstwu spowiedzi doświadczenie grzechu nie przeradza się w rozpacz. Obrzędy pokuty nawiązują do leczniczego aspektu tego sakramentu, na co człowiek współczesny jest może bardziej wrażliwy, widząc w grzechu to, co jest błędem, ale bardziej jeszcze słabość i niemoc ludzką.

Kapelan, będąc szafarzem sakramentu pokuty, w szczególny sposób wprowadza wiernych penitentów w żywą strukturę dialogu Odkupienia, dialogu, jaki toczy się między Synem – Odkupicielem naszym a Ojcem Jego Przedwiecznym w Duchu Świętym. Dwoje ludzi rozmawia o najgłębszych sprawach sumienia i serca ludzkiego. Stawiając pytania i wyjaśniając zasady moralności, szukają uzasadnień, których dostarcza etyka i teologia moralna⁴⁵. Sakrament pokuty musi pomóc w uwydatnieniu i wydobyciu prawdziwej osobowości chrześcijańskiej⁴⁶, gdyż życia duchowego w człowieku nie można traktować statycznie, lecz dyna-

⁴² Por. JAN PAWEŁ II, *Adhortacja apostolska 'Reconciliatio et paenitentia' o pojednaniu i pokucie w dzisiejszym posłannictwie Kościoła*, Rzym: [s.n.] 1984, nr 31.

⁴³ Por. JAN PAWEŁ II, *Adhortacja apostolska 'Christifideles laici' o powołaniu i misji świeckich w Kościele i świecie*, Rzym: Wydawnictwo [w Rzymie po polsku?] 1988, nr 54; H. SCHIPPERGES, *Zur Tradition des Christus medicus im frühen Christentum und der älteren Heilkunde*, „Arzt und Christ” 11(1965), s. 12-22; G. FICHTNER, *Christus Medicus. Die Bezeichnung Christi als Arzt bei den lateinischen Kirchenvätern*, Heildenberg: [s.n.] 1965; G. ROTH, *Le Christ, médecin des corps et des âmes*, „Dolentium Hominum” 1(1986), nr 1, s. 24-29; I. BAUMGARTNER, *Heilende Seelsorge in Lebenskrisen*, Düsseldorf: Patmos Verlag 1992, s. 43-47.

⁴⁴ JAN PAWEŁ II, *Adhortacja 'Reconciliatio et paenitentia'*, nr 12; TENŻE, *Adhortacja 'Christifideles laici'*, nr 43, 44.

⁴⁵ Tamże; Por. K. WOJTYŁA, *Człowiek drogą Kościoła*, Lublin: Fundacja Jana Pawła II. Ośrodek Dokumentacji Pontyfikatu 1992, s. 102.

⁴⁶ Por. M. KALINOWSKI, *Zadania duszpasterskie wobec osób dotkniętych problemem aborcji*, w: KOMISJA DUSZPASTERSKA EPISKOPATU POLSKI, *Program Duszpasterski na rok 1998/99*, Katowice: Wydział Duszpasterski Kurii Metropolitalnej 1998, s. 330-348.

micznie, jako dzieło ustawicznej współpracy człowieka z łaską Bożą, któremu należy stworzyć jak najlepsze warunki do wzrastania, dojrzewania i owocowania⁴⁷.

4. POMOC DUCHOWO-RELIGIJNA W OPINII PODOPIECZNYCH⁴⁸

Hospicja w Polsce w ciągu ostatnich dekad przeszły kilka etapów otoczenia społecznego i form działania, od okresu pełnego wolontariatu do umów i kontraktów z agendami państwowymi i samorządowymi⁴⁹. Forma własnościowa w większości jest ta sama: stowarzyszenia i fundacje, wspólnoty parafialne i zakonne oraz Caritas diecezjalna działają jako organizacje pożytku publicznego (tzw. sektor pozarządowy)⁵⁰. Oddziały medycyny paliatywnej wraz z poradniami w tym zakresie stanowią sektor publiczny⁵¹. W ostatnich latach powstają liczne placówki komercyjne, używając określenia hospicjum, popularnie kojarzące się z pełnym⁵² lub częściowym wolontariatem, prowadzą one działalność gospodarczą⁵³.

Kapelan hospicyjny w pierwszym rzędzie odpowiada za opiekę duchową nad umierającym. Wspierany przez cały zespół hospicyjny jest w stanie zaspokoić większość oczekiwań osób chorych, ich rodzin oraz członków zespołu⁵⁴. Rola i znaczenie posługi kapelana wśród chorych w ostatnim stadium choroby nowotworowej na ogół nie budzi zastrzeżeń, a jeżeli one istnieją, to najczęściej mają odniesienie do formy jej realizacji. Punkt widzenia na zakres posługi kapelana

⁴⁷ S. URBAŃSKI, *Etapy rozwoju życia duchowego*, w: *Teologia duchowości katolickiej*, red. W. Słomka i in., Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL 1993, s. 263.

⁴⁸ Badania własne zrealizowane w latach 2013-2017 w ramach Katedry Opieki Społecznej, Paliatywnej i Hospicyjnej w Instytucie Nauk o Rodzinie i Pracy Socjalnej KUL.

⁴⁹ Statystyka opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce za rok 2017, liczba podmiotów leczniczych: publiczny – 93; pozarządowy – 150; prywatny – 263. „Forum Hospicjów Polskich i Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum im. Św. Łazarza. Zjazd Polskiego Ruchu Hospicyjnego”, Kraków 1-3.06.2018, s. 4.

⁵⁰ Dane dotyczące sektora pozarządowego: liczba hospicjów stacjonarnych – 63; hospicjów domowych – 123; liczba poradni medycyny paliatywnej – 67. Struktura założycielska: stowarzyszenia i fundacje – 113; Caritas – 21; zgromadzenia zakonne – 9; parafie – 7. Tamże.

⁵¹ Sektor publiczny prowadzi oddziały medycyny paliatywnej – 69; opiekę domową – 48; poradnie medycyny paliatywnej – 31. Tamże.

⁵² W roku 2017 istniało w Polsce 27 hospicjów opartych wyłącznie o zasadę wolontariatu.

⁵³ Sektor prywatny prowadzi hospicja stacjonarne i oddziały medycyny paliatywnej – 43; hospicja domowe – 225; poradnie medycyny paliatywnej – 46. Tamże.

⁵⁴ Zob. D. ADAMS, *Nasza duchowość i określenie sposobu, w jaki rozpoznajemy potrzeby duchowe*, w: *Człowiek nieuleczalnie chory*, red. B. Block, W. Otrębski, Lublin: WNS KUL 1997, s. 61; J. DRAŹKIEWICZ, *O ruchu hospicjów w Polsce*, w: *W stronę człowieka umierającego*, red. J. Drażkiewicz, Warszawa: Instytut Socjologii UW 1989, s. 354.

w ruchu hospicyjnym w dużej mierze zależy od miejsca przyporządkowania w ruchu hospicyjnym. W niniejszym opracowaniu chodzi o przedstawienie stanowiska chorych znajdujących się pod opieką zespołu hospicyjnego. Do nich zwrócono się z zapytaniem o potrzebę kapłana na stałe oddelegowanego do pracy w hospicjum.

Respondenci w zdecydowanej większości opowiadają się za stałą obecnością kapłana w składzie zespołu hospicyjnego (86,2%), zdania w tym temacie nie miało 8,0%, a negatywnie odpowiedziało 5,2%. Chory zdaje sobie jasno sprawę, że cierpi nie tylko z powodu dolegliwości fizycznych, ale również psychicznych, duchowych. Cierpieniu fizycznemu towarzyszą uczucie opuszczenia, bezradności, strachu przed bólem, braku poczucia wartości oraz lęk o przyszłość najbliższych osób. Stawiane są pytania dotyczące sensu życia i cierpienia⁵⁵. Śmiertelnie chory jest więc osobą potrzebującą duchowej pomocy. Badanych podopiecznych hospicjum zapytano, czy są zadowoleni z opieki duchowej w hospicjum.

Większość badanych (60,4%) znajdujących się pod opieką hospicjum wyraża zadowolenie z opieki duchowej. Odsetek osób nieposiadających zdania na ten temat jest jednak wysoki (27,6%) i łącznie z respondentami mającymi negatywny stosunek do opieki duchowej tworzą dużą grupę 36,2% badanych. W jaki sposób wyjść naprzeciw oczekiwaniom ludzi umierających, przebywających pod opieką hospicjum? Sytuację chociaż w części rozświetlą pytania wprost dotyczące oczekiwań i form pomocy duchowej. Chorych umierających zapytano, jakie oczekiwania posiadają w stosunku do kapelana hospicyjnego?

Wyniki pokazały, jak trudno sprecyzować oczekiwania w stosunku do kapelana. Największa grupa respondentów (53,4%) nie potrafiła wymienić pożądanej formy tej posługi. Pomoc duchowa w opinii 25,9% badanych podopiecznych hospicjum to przede wszystkim obecność przy chorym i gotowość do rozmowy (24,7%). Zakłada ona otwarcie i uczestnictwo w wewnętrznych przeżyciach człowieka umierającego. Posługa towarzyszenia poprzez uważną i troskliwą obecność przy umierającym człowieku wzmacnia ufność i dodaje otuchy. Należy zauważyć stosunkowo niższe preferencje w oczekiwanych formach wsparcia duchowego bezpośrednio odnoszącego się do aspektu religijnego: czas na wspólną modlitwę 17,8%, udzielanie sakramentów świętych 12,1%.

Jakich form opieki duchowej oczekują podopieczni hospicjum? Najczęściej wskazywaną formą jest obecność przez dłuższy czas (66,7%), dalej – rozmowy na każdy temat (39,7%), obecność dającą poczucie bezpieczeństwa (38,5%), wspólna modlitwa (28,7%) i rozmowy na tematy religijne (9,2%). Kapelana udzielającego wsparcia duchowego powinna charakteryzować – według respondentów – postawa

⁵⁵ E. KÜBLER-ROSS, *On Death and Dying*, New York: The Macmillan Company 1970, s. 99 n.

obecności i dialogu, wyrażająca się w postawie umiejętności słuchania i mówienia. Postawa taka pomaga w akceptacji śmierci⁵⁶. Dialog funkcjonuje w dwóch wymiarach: werbalnym i niewerbalnym. Pierwszy wyraża się w rozmowie, drugi w gestach i zachowaniu. Tak w pierwszym, jak i w drugim przypadku potrzeba wiele wrażliwości i odpowiedzialności oraz przeświadczenia o pierwszorzędym znaczeniu posługi wobec umierającego człowieka. Negatywne reakcje emocjonalne powodowane stanem terminalnym choroby, takie jak lęk, gniew, poczucie winy oraz przygnębienie, znacznie utrudniają, a nieraz wręcz uniemożliwiają proces komunikacji międzyosobowej. Obok uwarunkowań osobowościowych niewątpliwym wpływem na działania pastoralne wywiera stan fizyczny osoby chorej, nacechowany dużą niestabilnością wynikającą z postępu choroby. Osłabienie, zmęczenie oraz uczucie znużenia towarzyszą z reguły w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej⁵⁷. Jakie konkretne formy opieki religijnej można podjąć, mając na względzie powyższe uwarunkowania? Podopiecznych hospicjum zapytano: jakie praktyki religijne najbardziej wspierają Pana(ią) w chorobie?

Badania ankietowe przeprowadzone wśród chorych będących pod opieką zespołu hospicyjnego wskazują wyraźnie na oczekiwania w stosunku do kapelana hospicyjnego. Pierwsze wiążą się ze sprawowaniem sakramentów świętych, zdecydowana większość respondentów podkreśla rolę i znaczenie mszy św. oraz komunii świętej (53,4%). „Eucharystia – jak pisze jeden z chorych umierających – jest dla niego najważniejszą formą modlitwy”. W następnej kolejności wymieniono modlitwę różańcową (52,3%), drogę krzyżową (20,3%), rozważanie Pisma świętego (18,6%), lekturę wydawnictw religijnych (17,8%). Drugi rodzaj oczekiwań w stosunku do kapelana hospicyjnego wiąże się z posługą towarzyszenia. Nie potrzeba słów, wystarczy być „bez limitowanego czasu” – pisał jeden z chorych. „Kapelan nieustannie się spieszy, niech przyjdzie rzadziej, ale za to niech pobędzie dłużej” – mówiła umierająca kobieta. „Ksiądz kapelan stara się mnie pocieszać, ale ja tego nie potrzebuję, ja pragnę tylko solidarności w cierpieniu, silnego uścisku ręki”. Można by cytować wiele wypowiedzi, które ukazują wielkie pragnienie obecności kapelana. Nawet jeżeli nie daje on rady sprostać oczekiwaniom, to sama jego stała obecność spełnia swoją rolę. „On przynosi nadzieję tam, gdzie nie ma już ludzkiej nadziei” – mówił młody człowiek, umierający na nowotwór złośliwy.

⁵⁶ Por. PAPIESKA RADA DS. SŁUŻBY ZDROWIA, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan: [s.n.] 1995, s. 97.

⁵⁷ K. WALDEN-GALUSZKO, *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*, Gdańsk: MAKmed 1997.

Respondentów zapytano o podmiot wsparcia duchowo-religijnego poza kapelanem hospicyjnym. Wskazano na siostry zakonne (44,3%), świeckich szafarzy Eucharystii (42,5%), osoby po stracie bliskiej osoby (41,4%), członków ruchów religijnych (40,8%), kleryków seminaryjnych (20,1%), stałych diakonów (16,1%)

Siostry zakonne, świeccy szafarze Eucharystii, osoby po stracie bliskiej osoby i członkowie ruchów religijnych to najczęściej wymieniane osoby mogące wesprzeć pracę kapelanów hospicyjnych w zakresie niesakramentalnej opieki duchowej. Niektóre hospicja w Polsce, pragnąc zaradzić potrzebom religijnym swoich podopiecznych, na stałe korzystają z pomocy świeckich szafarzy Eucharystii oraz alumnów seminaryjnych. Wiedząc, jak ważna jest postługa duchownego w hospicjum, osoby prowadzące zespół hospicyjny poszukują kapłanów w różnych miejscach, gdyż w środowisko hospicyjne poza usługami medycznymi i postługą choremu – opiekuńczą i duchową – wpisana jest rzeczywistość zbawienia⁵⁸.

Kapelan hospicyjny swoją troską duchową winien obejmować również rodzinę chorego oraz cały zespół hospicyjny. Rodzina związana uczuciowo z chorym przeżywa wiele trudnych chwil. Na bóle i duszności znoszone przez bliską osobę opiekunowie reagują lękiem i przygnębieniem płynącym zarówno ze współczucia, jak i z własnej bezradności. Zaburzenia psychiczne, utrudniony kontakt z otoczeniem, pozbawiają najbliższych nagrody w postaci dobrego kontaktu z chorym, jego wdzięczności i uśmiechu⁵⁹. Troska duchowa o rodzinę chorego szczególnie ważna jest w opiece hospicyjnej w domu. Najbliżsi, pełniąc 24-godzinną służbę przy umierającym, narażeni są na wyczerpanie fizyczne i psychiczne. Jednak dom rodzinny wydaje się najlepszym miejscem do przeżycia śmierci. „Dom jest miejscem, gdzie człowiek czuje się bezpiecznie, kiedy nadchodzi czas umierania, to właśnie dom dodaje odwagi i wspiera, aby godnie przeżyć te trudne chwile”⁶⁰.

Zespół wolontariuszy to trzecia płaszczyzna działań pastoralnych kapelana hospicyjnego. Istnieją nieodosobnione głosy, że „ma on sprawować opiekę duchową nad zespołem, nie nad chorym. Nad chorym opiekę sprawuje cały zespół, ksiądz tylko sakramentami”⁶¹. Uświadamia to potrzebę i zadania, jakie stoją przed kapelanami hospicyjnymi. Zakres ich działań jest uwarunkowany indywidualnymi predyspozycjami, przygotowaniem oraz oczekiwaniami zespołu hospicyjnego. Najczęściej ujawniają się one na podłożu religijnym i związane są z pytaniami dotyczącymi ludzkiej egzystencji, sensu życia, cierpienia i śmierci. Słuszne jest

⁵⁸ E. DUTKIEWICZ, *Duszpasterstwo. Hospicjum*, w: *Program Duszpasterski na rok 1998/99*, s. 563.

⁵⁹ Tamże.

⁶⁰ E. DUTKIEWICZ, *Hospicjum*, Poznań: Pallotinum [b.r.w.].

⁶¹ J. DRAŹKIEWICZ, *O ruchu hospicjów w Polsce*, s. 354.

proponowanie formacyjnych spotkań, np. dni modlitewnego skupienia, refleksji, wyjazdów do sanktuariów. Nie należy zapominać o propozycjach intelektualnych, takich jak konwersatoria czy spotkaniach o charakterze towarzyskim. Wszystkie podejmowane działania mają służyć wewnętrznemu wzmocnieniu, dodaniu otuchy oraz utwierdzeniu w etosie posługi osobom umierającym. Należy jednak pamiętać, że aktywność pastoralna kapelanów musi iść w parze z ich wewnętrznym wzrastaniem w świętości. Teksty biblijne w mocnych słowach upominają przewodników nieroztropnie podejmujących obowiązki, a niemających ku temu stosownego przygotowania lub predyspozycji. Nauczanie papieskie również w twardych słowach przypomina o tej zasadzie: „Nie wystarczy odnawiać metody duszpasterskie ani lepiej organizować i koordynować instytucje kościelne, ani też studiować z większą przenikliwością biblijne i teologiczne podstawy wiary: trzeba wzbudzić nowy zapał świętości wśród misjonarzy i w całej wspólnocie chrześcijańskiej”⁶².

Sumując, należy stwierdzić, że bramy polskich placówek opieki zdrowotnej od końca lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku otworzyły się na oścież dla pomocy duchowo-religijnej. Postępująca specjalizacja w życiu społecznym, wielość ról i znaczeń w sytemie odniesień społecznych zmusza do rewizji dotychczasowego modelu tej formy działań pomocowych. Jak wskazały wyniki badań ankietowych, ich adekwatność zależy w dużej mierze od podmiotu wsparcia. Duchowo-religijna pomoc kapelana adresowana jest do każdej osoby bez względu na akceptowany system wartości religijnych, zredukowaną postać chrześcijaństwa, dystansowanie się od Kościoła, katolicyzm nominalny czy selektywny. Należy zastanowić się nad możliwościami poszerzenia podmiotu sprawującego posługę duchową. Choczą sugerują siostry zakonne, członków ruchów religijnych, świeckich szafarzy Eucharystii czy osoby po stracie osoby najbliższej. Zapewne każda z tych grup po właściwym przygotowaniu może podjąć szereg obowiązków prowadzących do pełniejszej opieki duchowej wśród chorych.

BIBLIOGRAFIA

- ADAMS D., Nasza duchowość i określenie sposobu, w jaki rozpoznajemy potrzeby duchowe, w: Człowiek nieuleczalnie chory, red. B. Block, W. Otrębski, Lublin: WNS KUL 1997, s. 61-67.
- AUGUSTYN, De visitatione infirmorum, PL 40.
- BARZ H., Selbsterfahrung, Stuttgart: Kreuz Verlag 1973.
- BAUMGARTNER I., Heilende Seelsorge in Lebenskrisen, Düsseldorf: Patmos Verlag 1992.

⁶² JAN PAWEŁ II, *Encyklika 'Redemptoris missio' o stałej aktualności posłania misyjnego*, Rzym: [s.n.] 1990, s. 90.

- Beraten und Begleiten: Handbuch für das seelsorgerliche Gespräch, red. K. Baumgartner, W. Müller, Freiburg: Herder 1990.
- CRYER N.S., Casebook in pastoral counseling, New York–Nashville: Abingdon Press 1975.
- SOBÓR WATYKAŃSKI II, Dekret *Presbyterorum ordinis* o posłudze i życiu kapłanów, w: SOBÓR WATYKAŃSKI II, Konstytucje, dekryty, deklaracje, Poznań: Pallottinum 1986, s. 741-809.
- SOBÓR WATYKAŃSKI II, Dekret *Apostolicam actuositatem* o apostołstwie świeckich, w: SOBÓR WATYKAŃSKI II, Konstytucje, dekryty, deklaracje, Poznań: Pallottinum 1986, s. 563-627.
- PAPIESKA RADA DUSZPASTERSTWA PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA, Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia, Watykan: [s.n.] 1990.
- DRAŹKIEWICZ J., O ruchu hospicjów w Polsce, w: W stronę człowieka umierającego, red. J. Drażkiewicz, Warszawa: Instytut Socjologii UW 1989, s. 91-372.
- DUTKIEWICZ E., Duszpasterstwo. Hospicjum, w: Program Duszpasterski na rok 1998/99, Katowice: Wydział Duszpasterski Kurii Metropolitalnej 1998, s. 563-572.
- DUTKIEWICZ E., Hospicjum, Poznań: Pallottinum [b.r.w].
- „Forum Hospicjów Polskich i Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum im. Św. Łazarza. Zjazd Polskiego Ruchu Hospicyjnego”, Kraków 1-3.06.2018.
- FRANCISZEK, Otwieranie drzwi. Rozmowy o Kościele i świecie, red. D. Volton, Kraków: WAM 2018.
- JAN PAWEŁ II. Adhortacja apostołska *Reconciliatio et paenitentia* o pojednaniu i pokucie w dzisiejszym posłannictwie Kościoła, Rzym: [s.n.] 1984.
- JAN PAWEŁ II, Motu proprio *Dolentium Hominum*, Rzym: [s.n.] 1985.
- JAN PAWEŁ II, Adhortacja apostołska *Christifideles laici* o powołaniu i misji świeckich w Kościele i świecie, Rzym: [s.n.] 1988.
- JAN PAWEŁ II, Encyklika *Redemptoris missio* o stałej aktualności posłania misyjnego, Rzym: [s.n.] 1990.
- JAN PAWEŁ II, Adhortacja *Pastores dabo Vobis* o formacji kapłańskiej w Kościele Katolickim, Rzym: [s.n.] 1992.
- FICHTNER G., Christus Medicus. Die Bezeichnung Christi als Arzt bei den lateinischen Kirchenvätern, Heildenberg: [s.n.] 1965.
- GLEMMA T., Z dziejów miłosierdzia chrześcijańskiego w Polsce, Kraków: Nakładem Krajowej Centrali „Caritas” 1947.
- „Hospicjum Dobrego Samarytanina w Lublinie. Kurs dla wolontariuszy 30 listopada 2016 – 26 marca 2017”, w: „Kronika Hospicyjna”, mps.
- KALINOWSKI M., Duszpasterstwo chorych, „Roczniki Teologiczne” 45(1998), z. 6, s. 179-190.
- KALINOWSKI M., Towarzystwo w cierpieniu. Posługa hospicyjna, Lublin: Polihymnia 2003.
- Katechizm Kościoła Katolickiego, Poznań: Pallottinum 1994.
- Kodeks Prawa Kanonicznego, Poznań: Pallottinum 1984.
- SOBÓR WATYKAŃSKI II: Konstytucja dogmatyczna o Kościele *Lumen Gentium*, w: SOBÓR WATYKAŃSKI II, Konstytucje, dekryty, deklaracje, Poznań: Pallottinum 1986, s. 127-265.
- KORCZYK M., Dzieje i misja Apostołstwa Chorych, „Materiały Problemowe” 1981, nr 5, s. 84-91.
- KUMOR B., Kościelne stowarzyszenia świeckich na ziemiach polskich w okresie przedrozbiorowym, w: Księga tysiąclecia katolicyzmu w Polsce, red. P. Kałwa i in., Lublin: TN KUL 1969, s. 517-520.
- KUMOR B., Historia Kościoła, t. VI, Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL 1985.
- KÜBLER-ROSS E., On Death and Dying, New York: The Macmillan Company 1970.
- MOJEK S., Kierownictwo duchowe, w: Teologia duchowości katolickiej, red. W. Słomka, Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL 1993, s. 332-348.
- OATES W.E., An introduction to Pastoral Counseling, Nashville: Broadman Press 1984.
- PAPIESKA RADA DS. SŁUŻBY ZDROWIA, Karta Pracowników Służby Zdrowia, Watykan: [s.n.] 1995.

- PAPIESKA RADA COR UNUM, Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umiarkowanych (27.07.1981 r.), w: W trosce o życie. Wybrane Dokumenty Stolicy Apostolskiej, Tarnów: Biblios 1998, s. 437-453.
- PAPIESKA AKADEMIA NAUK, Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci (21.10.1985 r.), w: W trosce o życie. Wybrane Dokumenty Stolicy Apostolskiej, Tarnów: Biblios 1998, s. 453-454.
- PATER D.H., Holistyczna koncepcja człowieka chorego. Teologia – Medycyna – Praktyka, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe UKSW 2017.
- KOMISJA DUSZPASTERSKA EPISKOPATU POLSKI, Program Duszpasterski na rok 1998/99, Katowice: Wydział Duszpasterski Kurii Metropolitalnej 1998.
- ROTH G., Le Christ, medicin des corps et des ames, „Dolentium Hominum” 1(1986), nr 1, s. 24-29.
- Regulamin Organizacyjny Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie, www.bip.usdk.pl (dostęp: 11.10.2018).
- Regulamin Pracy Społecznego Zakładu Opieki Paliatywnej w Lublinie. Mps.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Dz. U. 2013 poz. 1347.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2014 r. w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej. Dz. U. 2014 poz. 954, załącznik nr 1.
- SCHIPPERGES H., Zur Tradition des Christus medicus im frühen Christentum und der älteren Heilkunde, „Arzt und Christ” 11(1965), s. 12-22.
- „Sprawozdanie Lubelskiego Towarzystwa Przyjaciół Chorych Hospicjum Dobrego Samarytanina w Lublinie za rok 2018” mps.
- Statut Lubelskiego Towarzystwa Przyjaciół Chorych Hospicjum Dobrego Samarytanina.
- SZUMOWSKI W., Historia medycyny, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich 1972.
- TAZBIR J., Historia Kościoła katolickiego w Polsce (1460-1795), Warszawa: Wiedza Powszechna 1966.
- TOMKIEWICZ A., Duszpasterstwo indywidualne, w: Teologia pastoralna, t. II, red. R. Kamiński, Lublin–Wrocław: KUL–„Alta 2”, s. 599-612.
- URBAŃSKI S., Etapy rozwoju życia duchowego, w: Teologia duchowości katolickiej, red. W. Słomka i in., Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL 1993, s. 263-271.
- Ustawa o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 17 maja 1989 r. Dz. U. 1989 Nr 29 poz. 154.
- Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie z 24 kwietnia 2003 r. Dz. U. 2003 Nr 96 poz. 873.
- Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654, (tekst jednolity Dz. U. 2018 poz. 2190, 2219).
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz. U. 2017 poz. 1318.
- VAUGHAN R.P., Basic skills for Christian Counselors. An introduction for pastoral ministers, New York: Paulist Press 1987.
- WALDEN-GALUSZKO K., U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi, Gdańsk: MAKmed 1997.
- WERON E., Kierownictwo duchowe, Poznań–Warszawa: Pallottinum 1983.
- WIELEBSKI T., Chorych duszpasterstwo, w: Leksykon teologii pastoralnej, red. R. Kamiński, W. Przygoda, M. Fiałkowski, Lublin: TN KUL 2006, s. 143-147.
- WOJTYŁA K., Człowiek drogą Kościoła, Lublin: Fundacja Jana Pawła II. Ośrodek Dokumentacji Pontyfikatu 1992.
- ZAREMBSKA H., Bractwa w średniowiecznym Krakowie. Studium form społecznych życia religijnego, Wrocław: PAN 1977.

POMOC DUCHOWO-RELIGIJNA
W PLACÓWKACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

Streszczenie

W artykule podjęto kontekst dziejowy instytucji opiekuńczo-leczniczych, kodyfikacje państwowo-eklezyjalne dotyczące opieki duchowo-religijnej w instytucjach opieki zdrowotnej, form oddziaływań pomocowych w tym obszarze oraz opinie podopiecznych placówek opiekuńczo-leczniczych na temat pomocy duchowo-religijnej. Postępująca specjalizacja w życiu społecznym, wielość ról i znaczeń w systemie odniesień społecznych zmusza do rewizji dotychczasowego modelu tej formy działań pomocowych. Jak wskazały wyniki badań ankietowych, ich adekwatność zależy w dużej mierze od podmiotu wsparcia. Duchowo-religijna pomoc kapelana adresowana jest do każdej osoby bez względu na akceptowany system wartości religijnych, zredukowaną postać chrześcijaństwa, dystansowanie się od Kościoła, katolicyzm nominalny czy selektywny. Należy zastanowić się nad możliwościami poszerzenia podmiotu sprawującego posługę duchową. Chorzy sugerują siostry zakonne, członków ruchów religijnych, świeckich szafarzy Eucharystii i osoby po stracie najbliższych. Zapewne każda z tych grup po właściwym przygotowaniu może podjąć szereg obowiązków prowadzących do pełniejszej opieki duchowej wśród chorych.

Słowa kluczowe: pomoc duchowa; pomoc religijna; opieka zdrowotna.