

RTWP 3(2003), 265-298

Ks. Tomasz Wielebski
WSDDWP

DUSZPASTERSKA POSŁUGA KOŚCIOŁA W SZPITALACH I HOSPICJACH.

Adhortacja „*Ecclesia in Europa*” wśród priorytetowych zadań duszpasterskich stojących przed Kościołem w Europie wymienia posługę miłosierdzia, w której ważne miejsce zajmuje troska o chorych. We wspomnianej adhortacji papież Jan Paweł II pisze: „*Troskę o chorych winno się uważać za jeden z priorytetów. W tym celu należy zabiegać z jednej strony o odpowiednie duszpasterstwo w różnych miejscach cierpienia, na przykład przez obecność w szpitalach kapelanów, członków stowarzyszeń wolontariatu (...), a z drugiej strony wspierać rodziny osób chorych. Ponadto trzeba odpowiednimi środkami duszpasterskimi wspierać personel medyczny i paramedyczny w trudnym powołaniu, jakim jest służba chorym*” (EE 88). Z kolei w encyklice „*Evangelium vitae*” papież Jan Paweł II przeciwstawiając się propagowanej we współczesnej cywilizacji kulturze śmierci, wzywa do zapewnienia osobom starszym i umierającym odpowiedniej opieki i leczenia paliatywnego (EV 88).

Przemiany społeczno – polityczne i religijne dokonujące się w Polsce po roku 1989 umożliwiły Kościołowi szeroki dostęp do chorych przebywających w szpitalach. Zauważa się również intensywny rozwój opieki paliatywnej i hospicjów. Dzięki samarytańskiej służbie kapłanów, zakonników i świeckich w szpitalach i hospicjach „*żyje na nowo miłosierdzie Boga, który w Chrystusie pochylił się nad ludzkim cierpieniem oraz w sposób szczególny i uprzywilejowany wypełnia się*

zadanie ewangelizowania, uświęcania i miłości powierzone przez Chrystusa Kościołowi”¹

Czy Kościół w Polsce właściwie realizuje odczytuje „znaki czasu” i adekwatnie do wyzwań współczesności realizuje duszpasterską misję w szpitalach i hospicjach? Przeprowadzone przez autora artykułu badania ankietowe pokazały², że działalność duszpasterska prowadzone we wspomnianych placówkach wymaga ciągłego doskonalenia i rozwoju. Wielu kapelanów szpitalnych nie zostało właściwie przygotowanych do spełnianej posługi. W sposób daleki od ideału rozwija się wzajemna współpracy między duchownymi a świeckimi. Duszpasterze jeszcze zbyt mało uwagi i czasu poświęcają pracownikom służby zdrowia, jak też rodzinom chorych i umierających. Wspomniane okoliczności pobudzają do poszukiwania właściwego, odpowiadającego nauczaniu Magisterium i uwzględniającego uwarunkowania współczesności, kierunku podejmowanych działań duszpasterskich w szpitalach i hospicjach, do czego skromnym przyczynkiem ma stać się niniejszy artykuł.

A. Działalność duszpasterska w szpitalach

Szpitalne są miejscem szczególnego zagęszczenia fizycznych i psychicznych cierpień. Przebywający tam chorzy mają często ograniczoną zdolność do poruszania się i są zdani na pomoc innych ludzi. Pomoc ta nie dotyczy jedynie opieki medycznej, stosowania różnorodnych zabiegów i leków, ale odnosi się również do oddziaływania duchowo - terapeutycznego, zarówno ze strony personelu medycznego, jak i duszpasterza³. Szczególnie od duszpasterza wymaga się dużej odporności psychicznej i specjalnych przymiotów ducha, a więc delikatności,

¹ PAPIESKA RADA DO SPRAW DUSZPASTERSTWA SŁUŻBY ZDROWIA, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, s. 87.

² Autor artykułu przeprowadził w 1998 roku badania ankietowe wśród 350 chorych w szpitalach Poznania, Otwocka i Lublina, a także wśród 110 kapelanów szpitalnych z całej Polski. Wyniki przeprowadzonych badań pozwalają na ukazanie obrazu realizowanego duszpasterstwa chorych i na sformułowanie postulatów pastoralnych.

³ Por. S. KAŁUŻA, S. ZIEMIAŃSKI, *Poradnik dla kapelanów szpitalnictwa zamkniętego*, Kraków 1991, s. 5.

cierpliwości, taktu, wyrozumiałości. Kapłan w szpitalu ma być „sługą i narzędziem w ręku Boga”⁴

Kapelan szpitalny pełni w życiu chorego podwójną rolę. Z jednej strony jest on osobą, która dba o życie religijne pacjentów, udziela im sakramentów, modli się za nich i razem z nimi, w sytuacji zagrożenia utraty życia przygotowuje ich do odejścia z tego świata. Z drugiej strony kapelan czynnie uczestniczy w procesie terapeutycznym prowadzącym do odzyskania pełni sił i zdrowia⁵. Sukces oddziaływania terapeutycznego wiąże się z dojrzałą osobowością kapelana szpitalnego, znajomością zasad psychologii komunikacji, umiejętnością otwarcia się na każdego człowieka i zdolnością do empatii.

Dobry kapelan szpitalny powinien mieć czas dla swoich chorych. Niedopuszczalną rzeczą jest okazywanie im pośpiechu i zniecierpliwienia oraz szybkie spełnianie posług religijnych. Tylko odbywająca się w spokoju i poczuciu bezpieczeństwa dłuższa rozmowa może doprowadzić do otwarcia się pacjenta i ukazania przez niego świata wewnętrznych przeżyć. Kapelan szpitalny powinien sobie zdawać sprawę z faktu, że spotyka się z różnymi kategoriami ludzi chorych. Ich stosunek do wiary bywa bardzo zróżnicowany i obejmuje całą gamę postaw - od pogłębionej religijności, przez sytuacje kryzysu wiary, do postaw wrogich wobec Boga i Kościoła⁶. Każdy z pacjentów inaczej patrzy na kapelana i ma inny stosunek do cierpienia, śmierci i spraw ostatecznych⁷.

Rozmowy kapelana szpitalnego z osobami będącymi z dala od Kościoła powinny odbywać się w atmosferze spokoju i poszanowania godności drugiego człowieka. Często nawiązanie kontaktu z tego rodzaju pacjentami rozpoczyna się od rozmów na tematy odległe od spraw religijnych, które mają na celu „ocieplenie” wzajemnych stosunków. Chorzy nie mogą odbierać kapelana szpitalnego jako osoby przeprowadzającej swoistą „indoktrynację religijną”, lecz mają dostrzec w nim

⁴ Por. S. GRZESIUK, *Duszpasterstwo chorych w szpitalach*, SSHT 12 (1979), s. 66.

⁵ Badania przeprowadzone w USA pokazują, że u 20 % do 30 % pacjentów otoczonych troskliwą opieką kapelanów szpitalnych szybciej goją się rany pooperacyjne. Zob. *Śmierć za białym parawanem, Dyskusja redakcyjna*, TP 1999, nr 45, s. 9.

⁶ Por. R. MASARCZYK, *Spotkanie z pacjentem czyli duszpasterstwo chorych*, Kraków 2003, s. 52-53.

⁷ Por. S. KAŁUŻA, S. ZIEMIAŃSKI, *Poradnik dla kapelanów szpitalnictwa zamkniętego*, dz. cyt., s. 20-21.

człowieka, przez którego „Bóg ich poszukuje”⁸ Wytrwałość połączona z życzliwością i współczuciem okazywanym osobom obojętnym religijnie może nie tylko przynieść owoce w postaci ich powrotu do Boga, ale również stanowić budujący przykład dla innych pacjentów⁹

Każdy duszpasterz powinien akceptować autonomię spotkanego człowieka, związaną z jego prawem do odrębnego i niepowtarzalnego kształtowania swojej osobowości oraz do samostanowienia o swoim losie. Duszpasterzom trudno pogodzić się z faktem, że osoby którym pragną pomagać, nie chcą nieraz ulegać ich wpływom. Trzeba zawsze uszanować prawo jednostki do niezależności, starając się o jej bezwarunkową akceptację jako człowieka. Nie chodzi wcale o aprobatę stanów i postaw o ujemnej wartości etycznej, ale o przyjęcie faktycznego stanu rzeczy, który zapewni drugiej osobie poczucie bezpieczeństwa. Dopiero w duchu miłości i szacunku do spotkanego człowieka może zrodzić się jego, związana z poznawaniem i przekształcaniem motywów działania, przemiana osobowościowa¹⁰

Chorzy oczekują od kapłanów postawy miłosiernego Samarytana, wyrażającej się w postaci udzielania im wszechstronnej i efektywnej pomocy. Nie chodzi o ckliwy sentymentalizm i litowanie się nad pacjentem, ale o postawę człowieka, który z wewnętrznym spokojem, optymizmem, kulturą ducha i opanowaniem pomaga choremu w uświadomieniu prawdy o roli cierpienia w jego życiu¹¹

Zachowanie miłosiernego Samarytana (zob. Łk 10, 30-37) może stanowić klarowny model stosunku kapelana szpitalnego do cierpiącego człowieka. Można go przedstawić jako trzyetapowy proces obejmujący *zatrzymanie się* nad bólem spotkanego człowieka, *wzruszenie* połączone ze współczuciem i konkretne *działanie*. Zatrzymanie się nad cierpiącym człowiekiem oznacza umiejętność dostrzeżenia tych, którzy cierpią, i odróżnienia ich od hipochondryków i symulantów. Wzruszenie połączone ze współczuciem wiąże się z empatyczną próbą zrozumienia sytuacji człowieka chorego, a działanie to konkretne czyny kapelana szpitalnego uwzględniające postulaty współczesnej psychoterapii. Wiążą się one z pomocą chorym w uzyskaniu wglądu w siebie,

⁸ Por. J. PLESKACZYŃSKI, *Chory - człowiek poszukiwany przez Boga*, Biuletyn KAI 1998, nr 5, s. 28.

⁹ Por. T. GORCZYCA, *Duszpasterstwo chorych w szpitalu*, AK 1978, nr 416, s. 396-397.

¹⁰ Por. Z. CHLEWIŃSKI, *Analiza kontaktu duszpasterskiego. Aspekt psychologiczny*, RTK 31 (1984) z. 6, s. 147-148.

¹¹ Por. Z. PĘDZIŃSKI, *Kapłan w życiu chorego*, AK 1961, nr 313, s. 169-170.

zmniejszeniem negatywnego nastawienia wobec własnej osoby i podtrzymaniem swojego pozytywnego obrazu¹² Kapelan szpitalny spotykając się z człowiekiem, w którego historię życia wpisany jest krzyż, ma delikatnie wyjaśniać choremu sens cierpienia i zachęcać do jego ofiarowania w różnych intencjach¹³ Pomoc udzielana choremu polega często na milczącej, pełnej szacunku i empatii obecności przy ludziach cierpiących¹⁴

Pracę kapelanów w szpitalach reguluje Instrukcja Ministra Zdrowia w sprawie zapewnienia posług religijnych chorym przebywającym w szpitalach, sanatoriach i domach pomocy społecznej resortu zdrowia i opieki społecznej. W myśl tej instrukcji, dyrekcje wymienionych placówek są zobowiązane umożliwić chorym zaspokojenie potrzeb religijnych. W tym celu dyrektorzy zakładów mają zawrzeć z duchownymi skierowanymi przez biskupa ordynariusza umowę o pracę w charakterze kapelana. Jeśli zakład nie posiada kaplicy, dyrektorzy winni udostępnić odpowiedni lokal dla sprawowania Mszy św. oraz małe pomieszczenie służące do przechowywania Najświętszego Sakramentu i innych przedmiotów kultu religijnego i paramentów, w którym mogą być udzielane indywidualne posługi religijne.

Kapelani powinni uwzględniać przepisy regulaminu szpitalnego oraz specyficzne warunki danego oddziału. Czas, miejsce i sposób wykonywania posług religijnych ustalają wspólnie kapelan i dyrektor zakładu tak, aby nie zakłócać normalnej obsługi chorych. Dyrektorzy

¹² Por. J. MAKSELON, *Rola kapelana w budowaniu nadziei chorego*, AK 1987, nr 471, s. 349-350.

¹³ Wydaje się celowym propagowanie wśród chorych idei Apostolstwa Chorych, będącego międzynarodową wspólnotą ludzi cierpiących, założoną w Holandii przez ks. W. J. Willenborga i zatwierdzoną w 1934 roku przez papieża Piusa XI. Międzynarodowym znakiem członków Apostolstwa Chorych jest krzyż wkomponowany w koło z łacińskim napisem „Christo confixus sum cruci” (Razem z Chrystusem zostałem przybity do krzyża) (Ga 2, 19). Na złączu ramion krzyża znajdują się litery P oraz X oznaczające „Pax” (pokój), a pionowa belka krzyża kończy się u podnóża literą A z wkomponowaną literą I, co w skrócie oznacza „Apostolatus Infirmorum”

Przynależność do Apostolstwa Chorych wymaga spełnienia trzech warunków: przyjęcia cierpienia z poddaniem się woli Bożej, jego cierpliwego znoszenia w zjednoczeniu z Chrystusem oraz ofiarowania cierpienia za Kościół i Ojca świętego, zbawienie świata oraz za ojczyznę. Osoby przyjęte do Apostolstwa Chorych otrzymują metalowy krzyżyk i dyplom, na którym zamieszczona jest specjalna modlitwa, do odmawiania której członkowie stowarzyszenia są każdego dnia zobowiązani. Krajowy Sekretariat Apostolstwa Chorych mieści się w Katowicach. Zob. Cz. PODLESKI, *Geneza i rozwój Apostolstwa Chorych*, SSHT 33 (2000), s. 245-256.

¹⁴ Por. J. PLESKACZYŃSKI, *Rekolekcje w szpitalu*, List 1999, nr 2, s. 4-6.

mają zadbać o to, aby kapelani nie napotykali na trudności w sprawowaniu obrzędów i posług religijnych¹⁵

Ustawa z dnia 17 maja 1989 roku o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej na nowo potwierdza prawo osób przebywających w zakładach leczniczych do korzystania z posług religijnych, a w związku z tym mówi o konieczności zatrudniania tam kapelanów i przeznaczania odpowiednich pomieszczeń dla celów duszpasterskich¹⁶ Również Konkordat z 1993 roku wspomina o konieczności zapewnienia przez państwo warunków do wykonywania praktyk religijnych i korzystania z posług religijnych osobom przebywającym w zakładach opieki zdrowotnej i społecznej, gdzie biskup diecezjalny kieruje kapelanów¹⁷

Status kapelana w zakładach leczniczych i domach opieki społecznej¹⁸ przewiduje, że czas pracy kapelana w zakładach leczniczych jest nienormowany i wynosi średnio od 30 do 40 godzin w tygodniu. Status podkreśla, że w szpitalach do 500 łóżek kapelan jest zatrudniony na całym etacie, a jego zaangażowanie w duszpasterstwo parafialne nie powinno kolidować z posługą wobec chorych. W szpitalach powyżej 500 łóżek, celem zapewnienia właściwej opieki duszpasterskiej chorym i personelowi medycznemu, powinien być zatrudniony na etacie drugi kapelan¹⁹

Jedną z przeszkód uniemożliwiających właściwe spełnianie posługi przez kapelanów szpitalnych jest ich przeciążenie obowiązkami duszpasterskimi. Kapelan szpitalny nie może być „meteor”, który co kilka dni „wpada” do szpitala, aby udzielić sakramentalnej posługi chorym. Jego obecność w szpitalu musi być ciągle zauważana zarówno przez chorych, jak i personel medyczny²⁰, oraz powinna cechować się systematycznością wyrażającą się regularnymi i częstymi odwiedzinami

¹⁵ DZIENNIK URZĘDOWY MINISTRA ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ 1981 nr 9, poz. 35, § 1-6.

¹⁶ DZIENNIK USTAW 1989 nr 29, poz. 154, art. 38-40.

¹⁷ Konkordat między Stolicą Apostolską i Rzeczypospolitą Polską, podpisany 28 lipca 1993 roku, Dz. U. 1998 nr 51, poz. 318, art. 17.

¹⁸ Został on przyjęty przez 180 księży kapelanów zebranych na sesji i rekolekcjach na Jasne Górze w Częstochowie w dniach 4-7 listopada 1998 roku i przekazany Ministerstwu Zdrowia, jak też arcybiskupowi Władysławowi Ziółkowi, opiekunowi duszpasterstwa Służby Zdrowia w Polsce. Zob. *Status kapelana w zakładach leczniczych i domach opieki społecznej*, w: *W służbie życiu*, red. J. Jachimczak, Kraków 2003, s. 281-292.

¹⁹ Por. tamże, s. 288-289.

²⁰ Por. J. PLESKACZYŃSKI, *Rekolekcje w szpitalu*, art. cyt., s. 7.

chorych. Pozwala to uniknąć wrażenia, że pojawiający się w szpitalu kapłan jest tylko „zwiastunem śmierci”. Kapłan szpitalny powinien być człowiekiem dyspozycyjnym, gotowym odpowiedzieć na każde wezwanie chorego, jego rodziny lub personelu medycznego. Dużo osób na podstawie jakości posługi kapłańskiej wyrabia sobie przekonanie o Kościele, którego kapłan szpitalny jest reprezentantem²¹

Aby kapłan szpitalny mógł sprostać wszystkim stojącym przed nim wyzwaniom, powinien być zwolniony z innych obowiązków duszpasterskich. Na gruncie polskim ten postulat wydaje się być daleki od zrealizowania. Wydaje się, że istota problemu nie leży w braku dostatecznej liczby księży, ale w niewłaściwej organizacji ich pracy. Postawa kapłana szpitalnego odwiedzającego chorych musi być związana z wewnętrznym spokojem i opanowaniem. Chory nie może odczuwać atmosfery pośpiechu odwiedzin duszpasterskich spowodowanej koniecznością wywiązania się kapłana z innych zobowiązań. Nie chodzi tylko o wymierną ilość czasu poświęconego każdemu pacjentowi, ale o świadomość, że chwila odwiedzin jest poświęcona konkretnemu człowiekowi, do którego specjalnie przychodzi osoba odwiedzająca²². Skuteczność podejmowanych wysiłków duszpasterskich wymaga od kapłanów poświęcania chorym przebywającym w szpitalach odpowiedniej ilości czasu.

Niektórzy decydenci kościelni nie uświadamiają sobie faktu, że trudno połączyć ze sobą pełnienie obowiązków duszpasterskich w parafii, katechizację i posługę kapłana szpitalnego. Wyniki badań pokazują, że tylko 55,5 % polskich kapłanów szpitalnych pracuje wyłącznie w szpitalach, natomiast reszta jest obciążona dodatkowymi obowiązkami duszpasterskimi. Uzyskane wyniki badań pozwalają też na sformułowanie wniosku, że władze kościelne nie zawsze kierują do pracy w szpitalach kapłanów z odpowiednim charyzmatem i po specjalistycznym przygotowaniu. Istniejący stan rzeczy, dla dobra realizowanego w szpitalach duszpasterstwa, domaga się zmian²³

²¹ Por. L. KLINGER, *Sytuacja duszpasterstwa służby zdrowia w Niemczech*, w: *Duszpasterstwo Służby Zdrowia w Polsce; Osiągnięcia i wyzwania. Materiały z ogólnopolskich warsztatów kapłanów Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Apostolstwa Chorych i Hospicjów*, red. E. Dutkiewicz, P. Krakowiak, Gdańsk 1999, s. 54.

²² Por. J. GRZYŃIAKOW, *Duszpasterstwo ewangeliczne*, Warszawa 1980, s. 77.

²³ Wspominany status kapłana sugeruje zgłaszanie ordynariuszowi miejsca swoich kandydatur przez kapłanów pragnących poświęcić się pracy wśród chorych, jak również konieczność powierzania zadań kapłanom szpitalnych osobom mającym do tego

Przywoływany już status kapelana w zakładach leczniczych i domach opieki społecznej wymieniając prawa i obowiązki kapelanów szpitalnych mówi o codziennym (w miarę możliwości) sprawowaniu Mszy świętej i innych sakramentów, dwukrotnym obchodzeniu zakładu: raz z Komunią św. i po raz drugi z okazją do rozmowy i spowiedzi, indywidualnych spotkaniach z chorymi oraz prowadzeniu z nimi rozmów duszpasterskich, okolicznościowych spotkaniach i wykładach z etyki dla personelu medycznego, trosce o kaplicę, bibliotekę i gablotę informacyjną, prowadzeniu ksiąg udzielonych sakramentów, informowaniu duszpasterzy parafialnych o potrzebach duszpasterskich chorych²⁴

A jakie są główne zadania kapelanów szpitalnych według wypowiedzi badanych chorych? 68,6 % respondentów wśród głównych zadań stojących przed kapelanami szpitalnymi wymienia udzielanie sakramentów. Kapelani szpitalni powinni zwracać uwagę na motywy, jakimi kierują się chorzy proszący o ich udzielenie. Oprócz motywów nadprzyrodzonych, obejmujących pragnienie złączenia się z cierpiącym Chrystusem i pomnożenia łaski Bożej, mogą też pojawić się motywy o charakterze „magicznym” Część chorych traktuje sakramenty jako doraźne środki lecznicze, przyjmując je często przed operacją i w czasie choroby, a rezygnując z nich po zakończeniu leczenia. Kapelan szpitalny powinien starać się o właściwe uformowanie postaw religijnych osób chorych i pogłębienie ich motywacji²⁵, akcentując aspekt osobistego spotkania z Chrystusem. W posłudze sakramentalnej wobec chorych należy wystrzegać się, szanując wolność wyboru, jakichkolwiek form przymusu. W przypadku chorych będących w stanie związanym z zagrożeniem życia i uporczywie odmawiających przyjęcia sakramentów, należy, dbając jednocześnie o zachowanie dyskrecji, polecać ich modlitwie innych chorych²⁶

Przepisy rytuału chorych²⁷ mówiące o udzielaniu sakramentów osobom będącym w niebezpieczeństwie śmierci przewidują, że najpierw udziela się sakramentu pokuty, następnie namaszczenia chorych i Wiatyku (SCH nr 30). Taka kolejność w udzielaniu sakramentów powinna być zachowana przez duszpasterzy również w sytuacjach zwyczajnych.

odpowiednie dyspozycje. Por. *Status kapelana w zakładach leczniczych*, dz. cyt., s. 286, 291.

²⁴ Por. *Status kapelana w zakładach leczniczych*, dz. cyt., s. 289-292.

²⁵ Por. S. KAŁUŻA, S. ZIEMIAŃSKI, *Poradnik dla kapelanów szpitalnictwa zamkniętego*, dz. cyt., s. 38-39.

²⁶ Por. S. GRZESIUK, *Duszpasterstwo chorych w szpitalach*, SSHT 12 (1979), s. 67.

²⁷ *Sakramenty chorych. Obrzędy i duszpasterstwo*, Katowice 1998 (dalej skrót SCH).

Kapelani szpitalni powinni stworzyć wiernym jak najdogodniejsze warunki do odbycia spowiedzi sakramentalnej, która może mieć miejsce w ustawionym w kaplicy szpitalnej konfesjonale lub w zakrystii. Ponieważ wielu pacjentów szpitalnych nie może przybyć do kaplicy, należy im stworzyć odpowiednie warunki do godnej spowiedzi w dyżurce lekarskiej, gabinecie zabiegowym lub świetlicy oddziałowej. W przypadku osób obłożnie chorych należy poprosić innych pacjentów o opuszczenie sali, a gdy jest to niemożliwe, wyspowiadać chorego przy włączonym radiu lub telewizorze, co pomoże w zachowaniu pewnej dyskrecji.

Nowo przybyli do szpitala pacjenci powinni być poinformowani o możliwości skorzystania z sakramentu pokuty. Taką informację należy umieścić nie tylko na tablicy ogłoszeń przed kaplicą, ale również na każdym oddziale szpitalnym. Wspomniane ogłoszenie powinno również zawierać informacje dotyczące godzin odwiedzin chorych przez kapelana szpitalnego, jak też odprawiania Mszy św. i nabożeństw w kaplicy szpitalnej. Również kapelan odwiedzający chorych w poszczególnych salach powinien informować ich o możliwości skorzystania z sakramentu pokuty. Tego typu zachęta musi być połączona z taktem. Już sam pobyt w szpitalu jest dla części pacjentów szokiem, a kontakt z kapelanem szpitalnym może być przez nich odbierany jako zapowiedź zbliżającej się śmierci. Postawa kapelana szpitalnego musi odznaczać się dużą roztropnością duszpasterską.

Często droga do sakramentalnej spowiedzi prowadzi przez rozmowę o sprawach ogólnych. Widząc empatycznie nastawionego kapelana szpitalnego, pacjent nieraz otwiera się przed swoim rozmówcą, opowiadając mu o swoim życiu. Kapelan szpitalny powinien roztropnie pomóc choremu w przeprowadzeniu spowiedzi za pomocą właściwie sformułowanych pytań. Przykładowo wskazanym będzie zapytanie rozmówcy z czego chciałby otrzymać rozgrzeszenie, niż jakie ma grzechy. Pozytywne podejście do penitenta i okazanie mu pełnej miłości postawy może przynieść zbawienne skutki.

Istotnymi elementami sakramentu pokuty jest żal za grzechy i mocne postawienie poprawy. Kapelan szpitalny powinien ukazywać penitentowi nadprzyrodzone skutki żalu, wskazując na niezgłębione miłosierdzie Boga i na cierpienia Chrystusa spowodowane osobistymi grzechami. Penitentom nie mającym wewnętrznego wyrobienia należy pomagać w opracowaniu planu pracy nad swoim charakterem, aby zwiększyć skuteczność obiecywanej poprawy. W wypadku, gdy penitent nie chce dostosować się do słusznych wymagań spowiednika, trze-

ba cierpliwie i z taktem tłumaczyć podstawy i zasady moralności katolickiej. Czasami wskazane jest podsuniecie odpowiedniej lektury i odłożenie rozgrzeszenia na później, aby penitent mógł spokojnie przemyśleć słowa usłyszane od kapłana. Nie można jednak odkładać rozgrzeszenia w wypadku, gdy penitent znajduje się w ciężkim stanie fizycznym lub psychicznym, gdyż mogłoby to pogłębić depresję.

W przypadku, gdy penitent nie może wypowiadać się werbalnie, należy stworzyć jemu warunki do napisania grzechów. W wypadku, gdy chory nie może ani mówić, ani pisać, kapelan powinien postawić pytania dotyczące przestrzegania poszczególnych przykazań, a penitent odpowie na nie przeczącym lub twierdzącym ruchem głowy.

Ważną rolę w duszpasterstwie chorych odgrywa sprawowanie sakramentu namaszczenia chorych. Papież Jan Paweł II podkreśla, że sprawowanie tego sakramentu powinno stanowić szczyt różnych działań duszpasterskich podejmowanych wśród osób chorych przebywających w domach, szpitalach i innych miejscach²⁸. Przeprowadzone badania informują, że raz przyjęło sakrament namaszczenia 15,1 % badanych chorych, kilka razy 18,0 %, a wcale nie przyjęło go 60,0 % respondentów. Kapelan szpitalny musi dążyć do tego, aby wszyscy chorzy przeżywający ciężką chorobę, przygotowujący się do operacji lub będący w niebezpieczeństwie śmierci przyjęli ten sakrament (SCH 43). Byłoby najlepiej, gdyby chorzy sami prosili o udzielenie namaszczenia chorych, ponieważ skuteczność działania sakramentu zależy również od zaangażowania osoby go przyjmującej. Ponieważ jednak istnieje ciągle przeświadczenie, że sakrament namaszczenia chorych stanowi bezpośrednio przygotowanie do śmierci, dlatego kapelan proponujący jego przyjęcie musi wykazać się wielką delikatnością i roztropnością.

Co czynić, aby zmienić istniejący stan rzeczy? Wydaje się celowym wyjaśnianie istoty sakramentu namaszczenia chorych w czasie homilii głoszonych podczas Mszy świętych, a także w ramach wspólnotowego udzielania sakramentu w kaplicy szpitalnej lub w poszczególnych salach. Przeprowadzone badania informują, że chociaż 65,3 % respondentów dostrzega pozytywną rolę sakramentu namaszczenia chorych w powrocie do zdrowia, to jednak 30,2 % badanych chorych twierdzi, że ten sakrament „przygotowuje do śmierci”. Rodzi się więc postulat ukazywania chorym znaczenia sakramentu namaszczenia cho-

²⁸ Por. JAN PAWEŁ II, *Homilia wygłoszona podczas Mszy św. z udziałem chorych i niepełnosprawnych* (Wellington, 23 XI 1986), w: JAN PAWEŁ II, *Ewangelia cierpienia*, red. J. Poniewierski, Kraków 1997, s. 127.

rych, udzielającego łaski Ducha Św. pomagającej „nie tylko znosić dolegliwości choroby, ale także je przewycięzać i odzyskać zdrowie” (SCH nr 6). Tego typu wyjaśnienia powinny się również znaleźć w specjalnych folderach rozdawanych chorym przybywającym do szpitala. Można tam również zamieścić informacje dotyczące form i godzin posługi kapelana szpitalnego, pomocnicze pytania do przeprowadzenia rachunku sumienia i rozważania ukazujące chrześcijański sens choroby i cierpienia.

Kapelan szpitalny powinien mieć przygotowane specjalne zaświadczenia, które wręczałby chorym lub ich najbliższym po spowiedzi, udzieleniu sakramentu namaszczenia chorych i Komunii św. Takie zaświadczenie, w wypadku śmierci chorego, będzie podstawą do kościelnego pogrzebu. Chorzy korzystający z posługi sakramentalnej powinni również być zapisani do szpitalnej księgi chorych.

Ważne miejsce w życiu społeczności szpitalnej powinna odgrywać Eucharystia, z której „jako ze źródła s pływa na nas łaska i z największą skutecznością przez Nią dokonuje się uświęcenie człowieka w Chrystusie i uwielbienie Boga, które jest celem wszystkich innych dzieł Kościoła” (KL 10). II Polski Synod Plenarny uczy, że „regularne i częste zanoszenie chorym Eucharystii chorym winno być przejawem zwykłej troski pasterza i jego wspólnoty o cierpiących członków Ciała Chrystusa”²⁹ Kapelani szpitalni powinni zadbać o codzienne odprawianie Mszy św. w kaplicy w celu umożliwienia chorym skorzystania ze stołu słowa Bożego i Chleba Eucharystycznego. Chorym, którzy nie mogą udać się na Mszę św. do kaplicy, należy stworzyć możliwość codziennego przyjęcia Komunii św., natomiast osoby będące w niebezpieczeństwie śmierci powinny być umocnione Wiatykiem (SCH nr 52, 117).

Czas sprawowania liturgii w kaplicy szpitalnej powinien być uzgodniony z dyrekcją zakładu leczniczego, jak też odpowiadać na zapotrzebowanie personelu medycznego i pacjentów. W miarę możliwości trzeba ich angażować do spełniania funkcji liturgicznej ministranta, lektora i kantora. Trzeba ich też zachęcać do układania i odczytywania próśb modlitwy wiernych. Warto zatroszczyć się również o muzyczną oprawę Mszy św. Ponieważ w szpitalu znajdują się wierni z różnych parafii, znający rozmaite warianty pieśni, to rzeczą wskazaną jest rozdawanie chorym śpiewników lub kartek z tekstami pieśni, albo używa-

²⁹ Zob. II POLSKI SYNOD PLENARNY 1991-1999, *Liturgia Kościoła po Soborze Watykańskim II*, Poznań 2001, nr 99, s. 207.

nie rzutnika. Dobrze jest też poświęcić kilka chwil przed Mszą św. na przećwiczenie śpiewu. W miarę możliwości trzeba też zadbać o sprowadzenie na Mszę św. niedzielną i świąteczną organisty.

W homiliach głoszonych podczas Mszy św. należy poruszać problematykę chrześcijańskiego sensu cierpienia, którego uwieńczeniem jest przyszła chwała i uwielbienie ze zmartwychwstałym Chrystusem. Za punkt wyjścia do homilii mogą służyć myśli z listu apostołskiego Jana Pawła II „*Salvifici doloris*”, a także z papieskich orędzi pisanych z okazji Światowych Dni Chorego. Można też zapraszać poszczególnych chorych do podzielenia się osobistym świadectwem związanym z chrześcijańskim sposobem przeżywania cierpienia.

Ustalając porę roznoszenia Komunii św. dla chorych nie mogących uczestniczyć we Mszy św. w kaplicy szpitalnej, kapelani szpitalni powinni brać pod uwagę rytm życia szpitalnego. Początek dnia szpitalnego rozpoczyna się od mierzenia temperatury i ciśnienia, pobierania krwi i codziennej toalety. Spełnienie posługi duszpasterskiej uwzględniającej zachowanie należnego szacunku dla Najświętszego Sakramentu wiąże się z właściwym, stosownym do zaistniałych okoliczności, postępowaniem duszpasterzy. Nie należy wchodzić na sale szpitalną w czasie spełniania czynności krepujących i pochłaniających całą uwagę pacjentów.

Kapelani szpitalni powinni odwiedzać chorych z Komunią św. przed poranną toaletą i badaniami specjalistycznymi. Zdarza się, że pacjenci pragnący przyjąć Komunię św. śpią w momencie odwiedzin duszpasterskich. Po ich obudzeniu należy chwilę poczekać, aby mogli świadomie i w skupieniu przyjąć Komunię św. Zadaniem kapelanów szpitalnych jest także uwrażliwianie chorych na godne przystępowanie do Stołu Pańskiego, które nie może być poprzedzone próżnymi rozmowami, żartami, paleniem papierosów, grą w karty itd. Należy przypominać chorym o obowiązku dziękczynienia po Komunii św., gdyż spotkanie z Jezusem Eucharystycznym nie może być rutynową czynnością, ale ważnym wydarzeniem w ich życiu.

Przepisy prawa kościelnego zwalniają osoby w podeszłym wieku i dotknięte chorobą od postu eucharystycznego (KPK 919 § 3). W przypadku, gdy zachowanie postu eucharystycznego nie sprawia chorym większej trudności, nie należy nadużywać tego prawa. Kapelan nie powinien rozdawać Komunii św. bezpośrednio po posiłkach, a tym bardziej w czasie ich trwania.

Przed rozdaniem, a następnie po udzieleniu Komunii św. należy odmówić przypisane w rytuale modlitwy (SCH nr 55-66). Zasadniczo

obrzęd udzielania Komunii św. powinien odbywać się przy stoliku nakrytym białym obrusem. Troskę o przygotowanie stolika można powierzyć chorym lub personelowi szpitalnemu.

Kościół przykłada dużą uwagę do Komunii św. udzielanej w niebezpieczeństwie śmierci. Świadczy o tym zarówno Kodeks Prawa Kanonicznego zalecający przyjęcie Wiatyku nawet wtedy, gdy chory przyjął już raz Komunię św. w danym dniu (KPK 921 § 2), jak też przepisy zawarte w rytuale chorych (SCH nr 30). Kapelani szpitalni powinni troszczyć się, aby nikt ze szpitalnych pacjentów nie zmarł bez pokrzepienia Wiatykiem, który w uzasadnionych przypadkach można podawać pod postacią wina (SCH nr 117, 119).

Kapelani szpitalni powinni odwiedzać chorych nie tylko w celu spełniania posługi sakramentalnej, ale także prowadzenia rozmów podtrzymujących na duchu. Najstosowniejszą porą do takich rozmów mogą być godziny popołudniowe. Bezpośrednie kontakty kapelanów z pacjentami prowadzą nie tylko do przełamywania antyklerykalnych uprzedzeń, ale mogą też owocować ubogaceniem życia religijnego przebywających w szpitalu pacjentów i ich sakramentalnym powrotem do Boga i Kościoła. Temu celowi może również służyć apostołat prasy i książki religijnej, a także homilie głoszone podczas Mszy św. i okolicznościowych nabożeństw sprawowanych w kaplicy szpitalnej. Ponieważ właściwe łączenie sakramentalnych i pozasakramentalnych form duszpasterstwa chorych pochłania dużo czasu, dlatego potrzebna jest współpraca kapelanów szpitalnych z nadzwyczajnymi szafarzami Komunii św. Świadczona przez nich pomoc w udzielaniu Komunii św. lub realizowaniu innych form duszpasterskich sprawi, że kapelani szpitalni będą mogli pełniej zaangażować się w spełnianą posługę, nie obawiając się zaniedbywania swoich obowiązków.

Wskazane jest, aby w każdym szpitalu lub hospicjum była kaplica z Najświętszym Sakramentem. Powinna ona zawierać kompletne wyposażenie wymagane do odprawiania Mszy św. i sprawowania innych posług religijnych (tabernakulum, ołtarz, ambonka, konfesjonał, klęczniki, krzesła, kropielnica z wodą święconą, stacje drogi krzyżowej). W widocznym miejscu powinny być też umieszczone części stałe Mszy św., modlitewniki, nowenny i śpiewniki. Zadaniem kapelana jest też umożliwienie chorym zakupu różnorodnych pomocy modlitewnych, różańców, medalików, obrazków, czasopism i broszur religijnych. Na odpowiednim miejscu w kaplicy należy umieścić tablicę informacyjną zawierającą porządek nabożeństw, godziny sprawowania sakramentu pokuty i namaszczenia chorych oraz ogólne informacje o tych sakra-

mentach, kalendarz liturgiczny, modlitewne intencje Kościoła. Warto tam zamieszczać ścienną gazetę wydawaną przez Katolicką Agencję Informacyjną, dostarczającą wiadomości z życia Kościoła. Troskę o sprzątanie i wystrój kaplicy można powierzyć osobom lżej chorym.

Z przeprowadzonych badań wynika, że 48,2 % chorych przebywających w szpitalu nie miało dostępu do prasy i książki religijnej. Lektura wartościowych pozycji religijnych może służyć nie tylko skróceniu czasu pobytu w szpitalu i poszerzeniu horyzontów myślowych, ale może też dostarczyć materiału do refleksji na temat sensu życia i cierpienia. Kapelani powinni zadbać o utworzenie biblioteczki szpitalnej i wzbogacanie jej zawartości odpowiednimi pozycjami. Można też zająć się kolportażem prasy religijnej dla chorych³⁰

Kapelani szpitalni powinni popierać inicjatywy chorych wyróżniających się gorliwością w propagowaniu nabożeństw ludu chrześcijańskiego w kaplicy lub salach szpitalnych. Osobom o pogłębionej formacji religijnej można polecić przewodnictwo wspólnym modlitwom. Należy również zachęcać chorych do odmawiania różańca, koronki do Miłosierdzia Bożego, nabożeństw majowych, czerwcowych i październikowych, a w Wielkim Poście do śpiewania Gorzkich Żali i odprawiania Drogi Krzyżowej. Ponieważ w szpitalu następuje częsta rotacja chorych, kapelan musi dopilnować zachowania ciągłości wspomnianych praktyk religijnych. Należy też zwrócić uwagę na to, żeby kaplica nie była miejscem spotkań chorych z odwiedzającymi ich osobami.

Ważnym problemem duszpasterstwa szpitalnego pozostaje troska o chorych księży. Często czują się oni osamotnieni i opuszczeni, przeżywając żal związany z brakiem zainteresowania ze strony swoich przełożonych i współbraci kapłanów. Kapelani szpitalni powinni okazać im dużo troski i życzliwości. Lżej chorym księżom należy umożliwić odprawianie Mszy św. w kaplicy szpitalnej i poprosić ich o ewentualną pomoc w sprawowaniu sakramentu pokuty. Jeżeli pozwalają na to warunki zewnętrzne, ciężiej chorzy kapłani mogą celebrować Eucharystię w sali szpitalnej. Należy też zadbać o zaspokojenie podstawowych potrzeb chorego kapłana związanych z zakupem lekarstw lub owoców.

49,1 % badanych oczekuje od kapelanów szpitalnych niesienia pomocy w cierpieniu. Kapelan szpitalny powinien traktować każdego

³⁰ Wśród specjalistycznych czasopism dla chorych należy wymienić miesięcznik „Apostolstwo Chorych” wydawany w Katowicach, „List do chorych” wydawany w Poznaniu lub redagowany przez księży Sercanów periodyk „Wstań”

chorego w sposób indywidualny i niepowtarzalny. Musi on pozbyć się przekonania, że dobrze rozumie każdego chorego i zna rozmiary jego cierpienia³¹ Doświadczenie cierpienia jest doświadczeniem bardzo złożonym i wielowymiarowym, będącym czymś „*bardziej podstawowym od choroby*” (SD 5). Najczęstszym źródłem cierpienia jest ból fizyczny, który łączy się często z cierpieniem psychicznym. Cierpienie, które jest bolesnym doświadczeniem obejmującym całą strukturę psycho - fizyczną człowieka, może go skłonić do zmiany hierarchii wartości i otwarcia się na sprawy innych ludzi³² Kapelan szpitalny musi wystrzegać się podawania „podręcznikowych wzorców” przyjmowania cierpienia, pamiętając, że jest ono wielką tajemnicą³³

Właściwa postawa kapelana szpitalnego może stanowić dla chorych dużą pomoc w twórczym przeżywaniu cierpienia. Nie chodzi tutaj tylko o nabyte umiejętności związane z znajomością zasad komunikacji interpersonalnej i psychologicznych reguł rządzących postępowaniem człowieka, ale również o specjalne predyspozycje i cechy osobowościowe pomagające w sprawnym i skutecznym pełnieniu posługi. Należą do nich duża odporność psychiczna, aktywność połączona z podejmowaniem wielorakich inicjatyw, umiejętność okazywania ciepła i sympatii dla człowieka chorego, wewnętrzny spokój i opanowanie.

Jak badani chorzy oceniają posługę kapelanów szpitalnych? Z przeprowadzonych badań wynika, że 63,1 % osób chorych bardzo dobrze ocenia posługę kapelanów szpitalnych, natomiast w miarę dobrze posługę kapelanów szpitalnych ocenia 32,6 % respondentów. Źle posługę kapelanów w szpitalach ocenia tylko 0,6 % badanych. Tak wysoki procent odpowiedzi pozytywnych rozpatrywany w łączności z wynikami badań mówiącymi o tym, że 96,4 % kapelanów odczuwa satysfakcję z pracy w szpitalu pozwala na sformułowanie wniosku o wzajemnym porozumieniu między chorymi i ich duszpasterzami oraz o dobrym spełnianiu przez nich swojego posłannictwa

W swojej duszpasterskiej posłudze kapłan może przeżywać zmęczenie fizyczne i psychiczne. Aby duszpasterze mogli skutecznie i owocnie podejmować swoje obowiązki, należy im stworzyć możliwość skorzystania z dłuższego lub krótszego okresu, w którym będą mogli „*lepiej i intensywniej odpocząć z Chrystusem, odzyskują moc*

³¹ Por. S. KOWALCZYK, *Ludzki i chrześcijański sens cierpienia*, HD 1975, nr 3, s. 176-179.

³² Por. S. DURDA, *Chrześcijańska postawa wobec cierpienia*, Kraków 1998, s. 137.

³³ Por. A. STOPKA, *Ich prawo do szczęścia*, Apostolstwo Chorych 1992, nr 12, s. 9.

i odwagę do kontynuowania procesu uświęcenia”³⁴ Rodzi się również konieczność organizowania specjalnych sesji formacyjnych dla kapłanów, w czasie których mogliby, wraz z biskupem i odpowiednimi specjalistami, analizować pojawiające się problemy psychologiczne i uczuciowe³⁵ Tego typu spotkania mogą pomóc w ponownym odkryciu żywych źródeł duchowości kapłańskiej (PDV 77). Kapelani szpitalni mają obowiązek raz w roku wziąć udział w specjalnych rekolekcjach organizowanych przez Krajowe Duszpasterstwo Służby Zdrowia³⁶

Dobry kapelan szpitalny powinien odznaczać się pogłębionym życiem religijnym, związanym z pełnym wiary spojrzeniem na sens życia, śmierci i cierpienia³⁷ Kapłan wpływa na powierzonych sobie ludzi nie tylko tym, co robi, ale również swoją postawą zawierzenia Duchowi Świętemu. Znajomość natury ludzkiej i podejmowanych technik odgrywają drugorzędną rolę wobec otwarcia się na łaskę Bożą. Potrzebna jest więc modlitwa za tych, którym niesie się pomoc³⁸, a także chrystologiczne zakorzenienie posługi duszpasterskiej. Kapelan szpitalny żyjący w głębokiej więzi z Chrystusem i naśladowujący Jego służebną postawę wobec chorych i cierpiących, pomaga im w przeżyciu bliskości Boga, a także uzyskaniu wewnętrznego pokoju. Przez właściwą, pełną miłości i gorliwości posługę kapelana szpitalnego objawia się chorem tajemnica widzialnego i żywego Kościoła³⁹

Jakie cechy kapelanów szpitalnych są najbardziej cenione przez badanych chorych? Respondenci wymieniają cierpliwość, wyrozumiałość, komunikatywność, umiejętność prowadzenia rozmów z chorymi oraz umacniania w wierze, kulturę osobistą, inteligencję, tolerancję, oddanie Bogu, dyspozycyjność i punktualność, ciepło wewnętrzne, sumienność, pogodne usposobienie, skromność, szczerść, gorliwość i poświęcenie, spokój, głęboką wiarę, uprzejmość, prawdomówność. Przytoczony wykaz cech najbardziej cenionych przez badanych respondentów powinien stać się przedmiotem pogłębionej refleksji nie tylko

³⁴ KONGREGACJA DO SPRAW DUCHOWIEŃSTWA, *Dyrektorium o posłudze i życiu kapłanów*, Watykan 1994, nr 83.

³⁵ Por. tamże, nr 94.

³⁶ Por. *Status kapelana w zakładach leczniczych*, dz. cyt., s. 290-291.

³⁷ Por. S. KAŁUŻA, S. ZIEMIAŃSKI, *Poradnik dla kapelanów szpitalnictwa zamkniętego*, dz. cyt., s. 14-16.

³⁸ Por. N. AUTTON, *Żyją wśród nas. Opieka duszpasterska nad osobami z zaburzeniami psychicznymi*, Warszawa 1981, s. 58- 61.

³⁹ Por. L. KLINGER, *Sytuacja duszpasterstwa służby zdrowia w Niemczech*, art. cyt., s. 59-61.

kapelanów szpitalnych, ale wszystkich osób pełniących posługę wobec chorych.

Kapelan szpitalny nie może w oddziaływaniach duszpasterskich ograniczać się tylko do chorych, ale powinien również zająć się ich rodzinami. W obliczu poważnej choroby osoby bliskiej, rodzina pacjenta oczekuje od kapelana szpitalnego wsparcia i pomocy. Może się ona wyrażać zarówno w kształtowaniu pozytywnego nastawienia względem choroby i cierpienia, wspólnej modlitwie i posłudze sakramentalnej, jak też udzielaniem stosownych porad dotyczących właściwych form zachowania. Kapelan powinien ciągle podkreślać, że odwiedziny najbliższych i ich zrównoważenie psychiczne, spokój i optymizm, pozytywnie wpływają na pacjenta⁴⁰

Do obowiązków kapelana szpitalnego należy również troska o personel szpitalny: lekarzy, pielęgniarki, salowe i portierów. Mogą oni stać się dla kapelana źródłem wiedzy dotyczącej stanu zdrowia pacjenta, a także skutecznie zachęcać chorych do korzystania z posługi kapelana⁴¹. Oddziaływanie kapelana szpitalnego na personel szpitalny może im pomóc w coraz pełniejszym odkrywaniu własnego powołania i realizacji życiowej misji polegającej na tym, „*aby poprzez miłość wobec chorych i cierpiących być żywym obrazem Chrystusa i Jego Kościoła*” (ChL 53).

Wyniki badań pokazują że 27,3 % kapelanów szpitalnych obejmuje swoją posługą tylko chorych, 49,1 % kapelanów szpitalnych obejmuje swoją posługą chorych i personel medyczny, natomiast 23,6 % kapelanów szpitalnych obejmuje swoją posługą chorych, ich rodziny i personel medyczny. Rodzi się pytanie, czym jest spowodowany ten stan rzeczy? Może kapelani szpitalni mają zbyt dużo zajęć związanych ze swoją posługą duszpasterską i nie są w stanie całkowicie poświęcić się pracy wśród osób związanych ze środowiskiem szpitalnym?

Pomimo specyficznych układów panujących w niektórych szpitalach, z reguły personel medyczny jest nastawiony pozytywnie do posługi duszpasterskiej kapelana. Często można spotkać wśród nich przekonanie, że spotkania z kapelanem szpitalnym wywierają pozytywny wpływ na chorych, którzy stają się mniej nerwowi i bardziej opanowa-

⁴⁰ Por. M. KULCZYCKI, *Psychologiczne problemy człowieka chorego*, Wrocław 1971, s. 138.

⁴¹ Por. S. KAŁUŻA, S. ZIEMIAŃSKI, *Poradnik dla kapelanów szpitalnictwa zamkniętego*, dz. cyt., s. 33-35.

ni⁴² Niektórzy lekarze i pielęgniarki mają jednak żal do kapelanów szpitalnych z powodu przekraczania swoich kompetencji i prób stawiania diagnoz⁴³ Zdarza się, że kapelani szpitalni przez swój despotyzm, brak taktu lub stronniczość antagonizują personel medyczny⁴⁴ Kapelan szpitalny powinien zawsze pamiętać, że nie może przekraczać swoich kompetencji⁴⁵, wnosząc wszędzie uśmiech, pogodę ducha i opanowanie.

Pojawienie się na oddziale szpitalnym kapelana szpitalnego zawsze będzie wywoływać pozytywne lub negatywne reakcje personelu. Osoby zaangażowane religijnie będą odnosić się do kapelana szpitalnego przyjaźnie i z życzliwością, natomiast u osób skłóconych z Bogiem i Kościołem można będzie zauważyć niechęć i obojętność. Nie można jednak zawsze traktować pozornej obojętności lekarzy jako wyrazu niechęci. Często taka postawa wiąże się z traktowaniem życia religijnego jako sprawy prywatnej lub onieśmieleniem wobec spotykanych kapłanów. Osobiste rozmowy kapelana szpitalnego z personelem medycznym mogą nieraz wpłynąć pozytywnie na życie religijne lekarzy lub pielęgniarek, a pośrednio na jakość posługi wobec chorych⁴⁶ Poprzez swoją, nacechowaną życzliwością i uśmiechem postawę, kapelan szpitalny może też przyczyniać się do łagodzenia napięć spowodowanych katastrofalną sytuacją w systemie opieki zdrowotnej.

Kapelan szpitalny powinien swoją postawą przyczyniać się również do budowania wzajemnych więzi w środowisku pracowników służby zdrowia oraz wpływać na ożywienie ich życia religijnego. Do osiągnięcia tego celu wskazana jest współpraca kapelanów szpitalnych z diecezjalnym duszpasterzem służby zdrowia oraz włączanie się ich w szereg inicjatyw realizowanych na płaszczyźnie indywidualnej i wspólnotowej. Wśród nich można wymienić uroczyste obchody Dnia Służby Zdrowia w dniu wspomnienia św. Łukasza 18 października, zachętę do udziału w specjalnych pielgrzymkach do Częstochowy⁴⁷ i rekolekcjach a także do współorganizowania obchodów Światowego Dnia Chorego. Kapelan szpitalny powinien również podtrzymywać zwyczaj organizo-

⁴² Por. S. GRZESIUK, *Duszpasterstwo chorych w szpitalach*, art. cyt., s. 70.

⁴³ Por. T. GORCZYCA, *Duszpasterstwo chorych w szpitalu*, art. cyt., s. 196-197.

⁴⁴ Por. Z. SZOSTKIEWICZ, *Vademecum duszpasterza chorych*, Marki Struga 1993, s. 57.

⁴⁵ Por. S. GRZESIUK, *Duszpasterstwo chorych w szpitalach*, art. cyt., s. 66.

⁴⁶ Por. S. KAŁUŻA, S. ZIEMIAŃSKI, *Poradnik dla kapelanów szpitalnictwa zamkniętego*, dz. cyt., s. 31-32.

⁴⁷ Takie integrujące środowisko medyczne pielgrzymki odbywają się corocznie w Częstochowie w sobotę przed czwartą niedzielą maja.

wania okresowych spotkań w okresie Bożego Narodzenia i Wielkanocy. Kapelan szpitalny ma również włączać się do działań realizowanych na płaszczyźnie wspólnotowej, obejmujących powstawanie i rozwój różnorodnych grup religijnych: oazowych, apostołstwa rodzin, neokatechumenalnych i charyzmatycznych⁴⁸

Wszelka działalność apostołska nie jest przywilejem pewnych grup i osób w Kościele, lecz przejawem realizacji jego zbawczego posłannictwa, w którym swoje miejsce mają ludzie świeccy. Mocą sakramentu chrztu stali się oni uczestnikami urzędu kapłańskiego, prorockiego i królewskiego Chrystusa i przez działania zmierzające do szerzenia Ewangelii, uświęcania ludzi, przepajania świata duchem ewangelicznym oraz do doskonalenia porządku spraw doczesnych sprawują swoje apostołstwo (DA 2). Ludzie świeccy są również wezwani do wspierania dzieł miłosierdzia i przedsięwzięć spełnianych względem ubogich i chorych, które ze swojej natury mają być żywym przejawem miłości Chrystusa (DA 8).

Wszyscy ochrzczeni mają uważać za swój obowiązek uczestnictwo we wzajemnej posłudze miłości przez walkę z chorobą i spełnianie uczynków miłości względem chorych. Do pełnienia takiej posługi powołani są szczególnie kapłani, a zwłaszcza proboszczowie (SCH nr 35)⁴⁹ Wielość podejmowanych przez nich obowiązków sprawia, że często nie są oni w stanie samodzielnie podołać wszystkim zadaniom związanym z pełnioną posługą. Rodzi się więc postulat nawiązywania współpracy z tymi wszystkimi, którzy mają krzepić chorych słowami wiary, pouczać o znaczeniu ludzkiej choroby w tajemnicy zbawienia i „*stopniowo doprowadzać chorych do pobożnego i częstego uczestniczenia w sakramentach pokuty i Eucharystii (...), a zwłaszcza do przyjęcia w stosownym czasie sakramentu namaszczenia chorych i Wiatyku*” (SCH nr 34-35).

Czy kapelani szpitalni realizują ten postulat w codziennej praktyce? Wyniki badań pokazują, że 56,7 % kapelanów szpitalnych korzysta w pracy z chorymi z pomocy wolontariuszy świeckich. Tak wysoki wskaźnik procentowy świadczący o zaangażowaniu laikatu w duszpasterstwo chorych napawa pewnym optymizmem. Jednak

⁴⁸ Por. M. KALINOWSKI, *Duszpasterstwo Służby Zdrowia*, w: *Duszpasterstwo specjalne*, red. B. Drożdż, R. Kamiński, Lublin 1998, s. 108-112.

⁴⁹ O obowiązku odwiedzania chorych w szpitalach przez duszpasterzy wspólnot parafialnych mówi też nauczanie II Polskiego Synodu Plenarnego. Zob. *Świętość. dar i zadanie*, nr 54, s. 247.

umiarkowane zadowolenie budzi fakt, że tylko 23,9 % kapelanów szpitalnych współpracuje z klerykami, a 19,4 % kapelanów szpitalnych z siostrami zakonnymi. Przyczyny istniejącego stanu rzeczy można doszukiwać się w niedostatecznej liczbie siostr pracujących w szpitalach, jak również w zbyt małej liczbie praktyk pastoralnych dla kleryków w szpitalach. Zrealizowanie postulatu większego zaangażowanie kleryków i siostr zakonnych w posłudze chorym w szpitalach może pomóc kapelanom szpitalnym w urozmaiceniu form pracy duszpasterskiej i wyjściu naprzeciw oczekiwaniom chorych.

Posługa kapelanów w szpitalach wiąże się z wielką odpowiedzialnością za życie religijne i zbawienie przebywających tam chorych, a także ich rodzin i personelu medycznego. Spektrum pacjentów szpitalnych jest bardzo szerokie. Można ich klasyfikować w zależności od stanu ich zdrowia lub stosunku do Kościoła. Po zorientowaniu się, w jakim stanie fizycznym, psychicznym i moralnym znajduje się dany chory, kapelan szpitalny musi zastosować względem niego odpowiednią taktykę postępowania. Wymaga to od kapelanów posiadania wielkiej odporności psychicznej, zdolności do empatii, znajomości zasad psychologii i komunikacji społecznej, taktu, wrażliwości, wyrozumiałości i wysokiego stopnia kultury osobistej. Przede wszystkim potrzebne jest spojrzenie na chorego oczyma Chrystusa, którego działalność była zawsze związana z posługą miłości wobec chorych, biednych i cierpiących (zob. Mt 4, 23-24). Od Chrystusa kapelani mają uczyć się bezwarunkowej akceptacji każdego człowieka przebywającego w szpitalu i powierzonego ich trosce duszpasterskiej.

B. Duszpasterstwo hospicyjne

Wraz z rozwojem cywilizacyjnym pociągającym za sobą zmiany wzorów życia i systemów wartości, ulega również zmianie stosunek do śmierci. Jedną z przyczyn zmiany stosunku do śmierci jest rozwój nauk medycznych i postępująca specjalizacja lekarska, dzięki czemu zaciera się wyraźna granica między życiem i śmiercią. Zachodzące przemiany prowadzą również do odseparowania ludzi chorych oraz umierających od reszty społeczeństwa przez umieszczenie ich w szpitalu.

Towarzyszenie człowiekowi umierającemu jest bardzo trudne, gdyż wiąże się z wieloma przykrymi doznaniem i napięciami psychicznymi.

nymi. Dlatego też spora liczba osób decyduje się na oddanie do szpitala swoich śmiertelnie chorych krewnych. Wiąże się to również z brakiem wsparcia ze strony odpowiednich osób i instytucji, które powinny dostarczyć krewnym umierających odpowiedni sprzęt medyczny oraz udzielać informacji psychologiczno - medycznych związanych z zasadami pielęgnacji osób terminalnych⁵⁰

Szpital nie stwarza jednak odpowiednich warunków do godnego umierania. Zatłoczone sale szpitalne, zagonienie personelu, panująca anonimowość, brak umiejętności towarzyszenia osobom umierającym ze strony lekarzy, pielęgniarek, a nawet części duszpasterzy sprawiają, że umieranie staje się okrutnym, dokonującym się w samotności aktem. Chęć niesienia pomocy osobom nieuleczalnie chorym i stworzenia im warunków do godnej śmierci zrodziła ideę ruchu hospicyjnego, który sięga swoimi korzeniami do nurtu chrześcijańskiej pomocy udzielanej ludziom chorym i umierającym.

Termin „hospicjum” pochodzi od łacińskiego słowa „hospes” (gość, gościna) i określa zarówno miejsce spotkania, jak też związany z przyjaźnią i gościnnym przyjęciem stosunek między gospodarzem i przybyszem. Hospicja istniały wcześniej niż szpitale. Były one leżącymi przy pielgrzymich szlakach miejscami schronienia dla chorych i cierpiących prowadzonymi przez zakony⁵¹ Rozwój współczesnej

⁵⁰ Por. J. ŁUCZAK, *Sztuka dobrego umierania*, Więź 1999, nr 2, s. 70.

⁵¹ Chociaż forma opieki nad ludźmi umierającymi w postaci hospicjum była już znana w starożytności (świadczą o tym zachowane mury hospicjum w Jerycho z IX wieku przed Chrystusem), to pełen jej rozwój nastąpił wraz z powstaniem i rozwojem chrześcijaństwa. Pierwsze hospicja realizujące chrześcijańską ideę posługi samarytańskiej powstały we wschodnim obszarze Morza Śródziemnego. Hospicjami nazywano tam przytułki, w których zapewniano opiekę ludziom chorym, umierającym i pozbawionym dachu nad głową. Do rozwoju hospicjów przyczyniły się uchwały Soboru Nicejskiego z 325 roku, które nakazywały tworzenie miejsc schronienia dla wszystkich ludzi potrzebujących i umierających w każdym mieście.

W średniowieczu zakładaniem i prowadzeniem takich miejsc zajmowały się te zgromadzenia zakonne, których reguły nakazywały opiekę nad chorymi i czuwanie przy umierających (Benedyktyni, Augustianie, Kamilianie, Elżbietanki, Dominikanki), lub też różnego rodzaju bractwa (Szpitalne Bractwo Św. Ducha, Bractwo Miłosierdzia, Bractwo Dobrej Śmierci). Najśłynniejszym znanym hospicjum średniowiecznym było hospicjum Św. Bernarda znajdujące się na szlaku przez Alpy. Po okresie reformacji wiele hospicjów prowadzonych przez klasztory zostało zamkniętych, a ich zadania przejęły powstające szpitale.

Kiedy w XIX wieku jednym z najistotniejszych zadań szpitali stało się jedynie leczenie chorego, a nie pełnienie funkcji opiekuńczej nad osobami umierającymi, pojawiły się inicjatywy zmierzające do stworzenia schronisk dla umierających.

opieki hospicyjnej związany jest z osobą Cicley Saunders, która realizując pragnienie stworzenia „gościnnych domów” dla umierających chorych, doprowadziła do otwarcia w 1967 roku hospicjum św. Krzysztofa w Londynie. Zapoczątkowało to szybki rozwój ruchu hospicyjnego w Europie Zachodniej i Środkowej, a także w Ameryce Północnej i Australii.

W 1978 roku C. Sanders odwiedziła Polskę i wygłosiła szereg odczytów poświęconych problematyce ruchu hospicyjnego. Ta wizyta i działalność krakowskiej pielęgniarki Hanny Chrzanowskiej, twórczyni ruchu opieki domowej nad osobami przewlekle chorymi i umierającymi, zaowocowały utworzeniem w 1981 roku pierwszego w Europie Wschodniej i Środkowej Towarzystwa Przyjaciół Chorych „Hospicjum”. Przystąpiło ono do budowy pierwszego w Polsce hospicjum stacjonarnego, nawiązującego w swojej działalności do polskiej tradycji religijnej i stanowiącego próbę praktycznej realizacji przykazania miłości bliźniego. Z kolei w 1984 roku w Gdańsku, z inicjatywy ks. Eugeniusza Dutkiewicza i prof. medycyny Joanny Muszkowskiej Penson utworzono „Hospicjum Pallotinum”, realizujące model hospicyjnej opieki domowej. Rok później w Poznaniu, ze spotkań osób związanych ze służbą zdrowia pragnących formować swoje postawy etyczne w parafialnym duszpasterstwie niepełnosprawnych zrodziło się Hospicjum św. Jana Kantego, które podjęło domową opieką nad osobami umierającymi. Inne niż w Europie Zachodniej obyczaje związane ze stosunkiem do śmierci sprawiły, że w Polsce większe uznanie zdobył związany z opieką domową model gdański i poznański⁵²

Chociaż ruch opieki paliatywnej ma charakter bezwyznaniowy, to większość placówek hospicyjnych w Polsce jest związana z Kościołem katolickim. Poprzez tworzenie i angażowanie się w tego typu działalność cały Kościół może wypełniać zadanie ewangelizacji śmierci,

W 1842 roku Jeanne Gardier, młoda wdowa przeżywająca ból po stracie dwójki dzieci, utworzyła w Lyonie schronisko dla umierających nazywane „Hospicjum” i „Kalwaria”. Wtedy też po raz pierwszy użyto terminu „hospicjum” na określenie miejsca przeznaczonego dla ludzi kończących swoje życie. Z kolei w 1879 roku irlandzkie Siostry Miłosierdzia założyły hospicjum w Dublinie, którego głównym zadaniem była opieka nad młodymi ludźmi umierającymi na gruźlicę. Zob. K. WAŁDOWSKA, *Od przytułku do hospicjum*, Wiąż 1999, nr 2, s. 53.

⁵² Por. A. BARTOSZEK, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*, Katowice 2000, s. 74-75.

czyli głoszenia Ewangelii osobom umierającym przez miłość, modlitwę i sakramenty⁵³

Opieka duchowa sprawowana nad umierającymi, ich rodzinami oraz zespołem hospicyjnym wymaga stałej obecności duszpasterza⁵⁴, który powinien odznaczać się szczególnymi predyspozycjami i odpowiednim przygotowaniem⁵⁵. Takie przygotowanie można zdobyć na spotkaniach formacyjnych, których organizacja leży w gestii władz kościelnych. Czy organizują one takie spotkania dla kapelanów szpitalnych i hospicyjnych? Z przeprowadzonych badań wynika, że 73,6 % badanych kapelanów szpitalnych nie spotkało się z organizowaniem przez kurie biskupie lub władze zakonne spotkań formacyjnych. Ukazany stan rzeczy powinien skłonić wszystkie osoby odpowiedzialne za duszpasterstwo chorych do podjęcia odpowiednich działań.

Lekarze i duszpasterze muszą ciągle uczyć się i doskonalić swoje umiejętności nawiązywania kontaktów z osobami terminalnie chorymi, wśród których sprawą szczególnej wagi jest sposób właściwego, dostosowanego do aktualnych potrzeb pacjenta, informowania jego o stanie zdrowia⁵⁶. Wspomniane umiejętności można zdobywać na prowadzonych przez psychologów warsztatach związanych z odgrywaniem ról ciężko chorego pacjenta lub członka rodziny, jak też przez nabywanie praktycznych doświadczeń poprzez współuczestniczenie z bardziej doświadczonymi osobami w opiece sprawowanej nad cierpiącymi i ich rodzinami. Najlepszymi nauczycielami osób pragnących pracować w duszpasterstwie hospicyjnym są sami chorzy. Z ich relacji i reakcji można się dużo dowiedzieć na temat świadomości choroby, przeżywanych problemów emocjonalnych i egzystencjalnych, a także o oczekiwaniach wobec opiekunów⁵⁷.

W sposób szczególny trzeba uczyć się empatycznego słuchania drugiego człowieka. Zdobywanie tej umiejętności ma nie tylko ważne

⁵³ Zob. *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, dz. cyt., s. 108.

⁵⁴ Por. E. DUTKIEWICZ, *Krajowe duszpasterstwo hospicjum*, w: *Duszpasterstwo Służby Zdrowia w Polsce*, dz. cyt., s. 45.

⁵⁵ Por. M. KALINOWSKI, *Zadania pastoralne kapelanów w społeczeństwie pluralistycznym*, RT 47 (2000) z. 6, s. 136.

⁵⁶ Problematyka sposobu przekazywania prawdy o stanie zdrowia osobom umierającym została omówiona w: T. WIELEBSKI, *Psychologiczno – społeczne podstawy duszpasterstwa chorych*, RTWP 2 (2002), s. 262-264. Zob. też W. CHROSTOWSKI, *Zasady etyczne w opiece nad umierającym człowiekiem w nauczaniu Kościoła Katolickiego*, w: *W służbie życiu*, dz. cyt., s. 386-411.

⁵⁷ Por. J. ŁUCZAK, *Czy tylko słowa?*, w: *Sztuka rozmowy z chorym*, red. A. Grajcarek, Kraków 2001, s. 104.

znaczenie w relacjach z osobami chorymi i umierającymi, ale także w szeroko rozumianej komunikacji międzyludzkiej. Słuchanie empatyczne pozwala nie tylko na poprawienie jakości kontaktów między poszczególnymi osobami, ale również na poszerzenie i ubogacenie świata wewnętrznych przeżyć. W ten sposób można odkrywać nieznaną dotąd sposoby rozumowania, wartościowania i przeżywania rzeczywistości⁵⁸

W pracy z osobami chorymi i umierającymi nie wystarczy tylko sama intuicja i chęć pomagania ludziom cierpiącym, lecz potrzebna jest także fachowa wiedza. Zapytano kapelanów szpitalnych, skąd czerpią wiadomości na temat pracy wśród chorych. 94,5 % badanych kapelanów stwierdziło, że podstawowym źródłem dostarczającym im fachowej wiedzy na temat zasad pracy wśród chorych jest ich obserwacja i prowadzenie z nimi rozmów. Fakt ten dobrze świadczy o kapelanach szpitalnych, którzy próbują empatycznie wniknąć w świat przeżyć człowieka chorego. Również napawa optymizmem fakt, że 74,5 % kapelanów sięga po książki i artykuły będące pomocą w doskonaleniu prowadzonej posługi duszpasterskiej i umożliwiające podnoszenie swoich kwalifikacji⁵⁹. Wydaje się jednak, że jednym z podstawowych źródeł fachowej wiedzy dotyczącej zasad pracy wśród chorych powinny być specjalistyczne konferencje i warsztaty organizowane przez władze kościelne. W tego typu konferencjach powinni brać udział wybitni lekarze, psychologowie oraz doświadczeni duszpasterze, którzy dzieląc się posiadaną wiedzą i nabytymi umiejętnościami, mogliby pomóc kapelanom w ich posłudze. Biorąc pod uwagę dane mówiące o tym, że 73,6 % badanych kapelanów nie spotkało się z organizacją tego typu konferencji, trzeba stwierdzić, że nie ma jeszcze powszechnej świadomości konieczności specjalistycznego przygotowania kapłanów do pracy w szpitalach i hospicjach. Taki stan rzeczy powinien ulec zmianie,

⁵⁸ Por. M. DZIEWICKI, *Psychologia porozumiewania się*, Kielce 2000, s. 70.

⁵⁹ Oprócz pozycji cytowanych w niniejszym artykule warto zapoznać się z następującymi opracowaniami: J. BARAŃSKI, E. WASZYŃSKI, E. STECIWKI (red.), *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*, Warszawa 2000; O. BENEDYKTOWICZ, *Duszpasterstwo i psychoterapia. Poradnictwo pastoralne w praktyce*, Warszawa 2002; A. CARGNEL, *Trwać przy nieuleczalnie chorym*, Warszawa 2002; T. GORDON, *Pacjent jako partner*, Warszawa 1999; A. KĘPIŃSKI, *Poznanie chorego*, Kraków 2002; E. KUBLER-ROSS, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Poznań 1999; Cz. KRAKOWIAK, *Sakrament namaszczenia chorych w aspekcie teologicznym i pastoralnym*, SSHT 12 (1979), s. 71-95; H. KRZYSTECZKO, *Duszpasterstwo chorych psychicznie*, SSHT 33 (2000), s. 286-297; J. STEFAŃSKI, *Sakrament chorych w dziejach i życiu Kościoła*, Gniezno 2000.

szczególnie w obliczu wyzwań współczesnych czasów związanych z nieustannym podnoszeniem kwalifikacji zawodowych. Kapelan szpitalny współpracujący w procesie leczenia pacjenta nie może być osobą kierująca się w swoim postępowaniu z chorymi jedynie intuicją, ale musi posiadać do tego odpowiednią wiedzę i przygotowanie.

Niezastąpionym źródłem zdobywania i pogłębiania umiejętności pracy z osobami chorymi i umierającymi mogą być specjalne praktyki w szpitalach i hospicjach. Tego typu kilkumiesięczne praktyki odbywają kapelani oraz księża przygotowujący się do pracy wśród chorych w ramach kursów organizowanych przez katolicki Instytut Kształcenia Duszpasterzy w Heidelbergu w Niemczech. Spełniają oni swoją posługę pod kierownictwem doświadczonych duszpasterzy i lekarzy na określonych oddziałach szpitalnych, a następnie szczegółowo omawiają zdobyte doświadczenia ze specjalistami z tego instytutu. Prowadzone zajęcia obejmują poznawanie zasad funkcjonowania szpitala, naukę rozmowy duszpasterskiej z chorymi i ich rodzinami, wyrabianie praktycznych umiejętności współpracy z personelem szpitalnym jak też wprowadzenie do samodzielnej oceny najważniejszych problemów społeczno - etycznych w szpitalu (eutanazja, samobójstwo, przerywanie ciąży itp.). Kontynuacją pracy wspomnianego instytutu jest wspólnota katolickich duszpasterzy chorych istniejąca w ramach sekcji opieki zdrowotnej niemieckiego Caritas. Księża skupieni w tej wspólnotcie pozostają ze sobą w stałym kontakcie, uczestnicząc w regularnych, odbywanych co kilka tygodni spotkaniach. Również diakoni przygotowujący się do przyjęcia święceń kapłańskich odbywają czterotygodniowe praktyki wprowadzające w posługę kapelana szpitalnego⁶⁰

Wydaje się, że tego typu praktyki pastoralne dla kleryków w szpitalach i hospicjach, a także specjalistyczne kursy dla duszpasterzy chorych powinny również być organizowane w Polsce⁶¹, o czym jest

⁶⁰ Por. R. MIKOŁAJCZAK, *W sprawie duszpasterstwa chorych*, AK 1989, nr 481, s. 469-471.

⁶¹ Tego typu postulaty pojawiały się na ogólnopolskich warsztatach pastoralno - formacyjnych dla kapelanów szpitali, służby zdrowia i hospicjów, zorganizowanych przez księży Pallotynów w Gdańsku w dniach od 15 do 17 IV 1999 roku. Podczas spotkań w grupach, jak też na forum ogólnym, niejednokrotnie podkreślano konieczność fachowego przygotowania i stałej formacji duszpasterzy szpitalnych i hospicyjnych. Takie przygotowanie powinno zacząć się już w seminarium duchowym. Zob. *Duszpasterstwo Służby Zdrowia w Polsce*, dz. cyt., s. 68.

Godną uwagi jest inicjatywa Instytutu Nauk o Rodzinie Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, z inicjatywy którego zostało stworzone Podyplomowe Studium Duszpasterstwa i Poradnictwa Specjalnego, adresowane do osób świeckich i duchow-

przekonanych aż 97,3 % badanych kapelanów. O konieczności praktyk pastoralnych dla kleryków w szpitalach, a także kilkutygodniowej posłudze wśród chorych i niepełnosprawnych mówią wskazania zawarte w nowych zasadach formacji kapłańskiej w Polsce⁶², jak też status kapelana w zakładach leczniczych i domach opieki społecznej⁶³

Kapelani hospicyjni powinni się dobrze przygotować do spełniania swojej posługi, związanej przede wszystkim ze sprawowaniem duchowej opieki nad ludźmi umierającymi. Przeżywają oni często uczucie opuszczenia, bezradności, lęk o przyszłość. Pojawiają się u nich pytania dotyczące sensu życia i cierpienia. Chorych terminalnie oczekują często uwolnienia od poczucia winy za popełnione w swoim życiu zło. Ten proces musi dokonywać się w atmosferze wielkiej wrażliwości, delikatności i modlitwy za chorego przeżywającego udrękę agonii. Warto w tym miejscu podkreślić konieczność ciągłej współpracy między kapłanem, lekarzami, pielęgniarkami i rodziną chorego. Choć każda z wymienionych osób ma do spełnienia swoją, odmienną od pozostałych rolę, to potrzebna jest wzajemna komplementarność i uzupełnianie się⁶⁴. Kapelani hospicyjni współpracując z odpowiednio przygotowanymi członkami rodzin i pracowników służby zdrowia, mają stopniowo przygotowywać chorych do przyjęcia poszczególnych sakramentów. Stopniowe przygotowywanie chorego czyni go świadomym i odpowiedzialnym podmiotem łaski sakramentu. Kapelani hospicyjni powinni więc zadbać nie tylko o pogłębienie świadomości religijnej i rozwój życia wewnętrznego osób terminalnych, ale również wszystkich osób zaangażowanych w działalność hospicyjną.

nych pracujących lub chcących pracować w ośrodkach duszpasterskich, placówkach opieki zdrowotnej, hospicjach, ośrodkach opieki społecznej, zakładach poprawczych i penitencjarnych, ośrodkach profilaktyki i terapii AIDS. Celem studium jest między innymi pomoc w usprawnieniu działalności duszpasterskiej kapelanów, zapoznanie ze współczesnymi formami duszpasterstwa i poradnictwa specjalnego, nabywanie umiejętności nawiązywania kontaktów interpersonalnych z osobami specjalnej troski. Zob. AB, *Nowe studia na KUL dla zajmujących się osobami specjalnej troski*, Wiadomości KAI 2002, nr 51, s. 5.

⁶² Por. KOMISJA EPISKOPATU POLSKI DO SPRAW SEMINARIÓW DUCHOWNYCH, *Zasady formacji kapłańskiej w Polsce*, Częstochowa 1999, s. 118.

⁶³ Wspomniany status zwraca uwagę na rolę seminaryjnych wykładów w ramach teologii pastoralnej, które powinny przygotowywać kleryków do podjęcia pracy w ramach duszpasterstwa szpitalnego. Por. *Status kapelana w zakładach leczniczych*, dz. cyt., s. 290-291.

⁶⁴ Por. Z. PAWLAK, *Aspekty duchowe kresu życia*, w: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*, red. A. Biela, Lublin, s. 176-177.

Posługa wobec osób umierających wiąże się z ich wielkim zaangażowaniem emocjonalnym i w sytuacji odejścia w krótkim czasie kilku chorych, może się u wolontariuszy hospicyjnych pojawić tzw. syndrom wewnętrznego wypalenia. Kapelan hospicyjny powinien wewnętrznie wspierać cały zespół hospicyjny, organizując dni modlitewnego skupienia, pielgrzymki do sanktuariów itp. Nie należy też zapominać, o pomagających rozładowywać wewnętrzne napięcia, spotkaniach towarzyskich⁶⁵

W obliczu ciężkiej choroby i zbliżającej się śmierci, człowiek spogląda na całe swoje życie dokonując bilansu mogącego przybrać formę rachunku sumienia. Rodzi się nieraz poczucie winy, którego powodem może być świadomość zmarnowanego swojego lub czyjegoś życia. Poczuciu winy towarzyszy często egzystencjalny lęk przed umieraniem i nieznaną przyszłością. Przez odpowiednie sprawowanie sakramentu pokuty łączące się nie tylko z odpuszczeniem grzechów, ale również ukazujące jego aspekt terapeutyczny, duszpasterze mają pomagać penitentom w pojednaniu się z Bogiem, samym sobą i innymi ludźmi. Świadomość spotkania z przebaczącym i miłosiernym Bogiem może doprowadzić wielu umierających do odzyskania wewnętrznej równowagi i pokoju.

Ważną rolę w życiu ludzi umierających odgrywa Wiatyk. Ma on nie tylko wymiar indywidualny, łączący się z bezpośrednim przygotowaniem i umocnieniem wiernych do przejścia z tego świata do wieczności, ale również wymiar wspólnotowy, podkreślający obecność Kościoła czynnie okazującego swoją miłość do umierających. Duszpasterze powinni dążyć do tego, aby Wiatyk był udzielany w czasie Mszy św., w obecności bliskich i przyjaciół umierającego. Znakiem ich jedności z umierającymi będzie przyjęcie Komunii św. Wszyscy duszpasterze w swoim nauczaniu powinni ukazywać rolę Wiatyku oraz zachęcać wiernych, aby nie zwlekali z jego przyjęciem.

Zadaniem kapelanów hospicyjnych jest też zachęcanie wszystkich osób związanych z chorym (członków rodziny, lekarzy, pielęgniarek i wolontariuszy) do modlitwy przy konających⁶⁶ Obecność kapłana, diakona i osób świeckich oraz ich modlitwy przy umierających są zewnętrznym i umacniającym nadzieję znakiem miłości bliźniego oraz

⁶⁵ Por. M. KALINOWSKI, *Duszpasterstwo hospicyjne. Studium pastoralne na podstawie badań wybranych ośrodków hospicyjnych w Polsce*, Lublin 2001, s. 61-62.

⁶⁶ Problematyce modlitwy przy konających jest poświęcony VIII rozdział rytuału chorych (SCH nr 199-209).

okazją do wzywania miłosierdzia Bożego. Prowadzone modlitwy mają nie tylko pomóc umierającemu w przezwyciężeniu lęku przed śmiercią i przybliżeniem nadziei życia wiecznego, ale także przypomnieć wszystkim zebranych paschalne znaczenie śmierci chrześcijańskiej. Paschalne znaczenie śmierci chrześcijanina przypomina również czyniony często na czole chorego znak krzyża świętego, którym pierwszy raz został naznaczony na chrzcie św. (SCH nr 200).

Modlitewne czuwanie przy umierających może obejmować krótkie wezwania zaczerpnięte z Pisma św., czytania tekstów biblijnych, litanie do Wszystkich Świętych oraz specjalne modlitwy, które można zakończyć antyfoną maryjną „Witaj, Królowo” (SCH nr 204-208). Szczególną rolę odgrywa wezwanie zawarte w modlitwie Zdrowaś Maryjo - „módl się za nami grzesznymi teraz i w godzinę śmierci naszej”, które nabiera w perspektywie śmierci nowego znaczenia. Niezastąpioną wartość ma również odmawianie przy chorym i razem z chorym różańca. Prostota tej modlitwy pozwala na włączenie się do niej każdego chorego i jego duchowe zjednoczenie z Chrystusem. Modlitwy przy konających, które powinny być zawsze dostosowane do ich stanu duchowego i fizycznego, należy *„odmawiać powoli, raczej głosem przyciszonym i przedzielać chwilami milczenia”* (SCH nr 201).

Wydaje się, że wielu wiernych nie jest przygotowanych od strony teologicznej do modlitewnego towarzyszenia osobom umierającym, co wiąże się często z niskim poziomem świadomości religijnej. Pomocą w lepszym rozumieniu chrześcijańskiego przeżywania śmierci i prawd eschatologicznych powinny być katechezy dla dorosłych. Wspomnianą problematykę należy ukazywać w ramach spotkań formacyjnych osób tworzących domowe zespoły paliatywne oraz zajęć duszpasterstwa służby zdrowia. Wyjaśnianie prawd eschatologicznych powinno się również znaleźć w naukach głoszonych z racji rekolekcji i misji, a także w programach religijnych środków społecznego przekazu.

Najbliżsi pacjentów terminalnych nie są też przygotowani od strony psychologicznej do towarzyszenia swoim krewnym w procesie umierania. Mimo zaangażowania emocjonalnego, dobroci i naturalnej chęci niesienia pomocy, rodzina często nie potrafi właściwie ocenić i poddać rzeczowej analizie jego stanu psychicznego i emocjonalnego. We wzajemnych relacjach pojawia się nieraz dysharmonia uczuć, polegająca na tym, że zrozpaczeni członkowie rodziny chcą usilnie zatrzymać przy życiu chorego, który pogodził się już z myślą o śmierci. Spotyka się również sytuacje odwrotne, w których najbliżsi nie mogąc znieść cierpień i skutecznie pomóc osobie umierającej, chcieliby poło-

żyć kres jej agonii. W tym momencie może ona jednak być psychicznie nie przygotowana na odejście z tego świata⁶⁷ Ważną więc rzeczą są próby empatycznego zrozumienia osoby cierpiącej na nieuleczalną chorobę, dostosowanie się do jej stanu psychicznego i dzielenia z nią cierpień pogłębionych świadomością utraty pozycji życiowej oraz niemożnością dysponowania sobą⁶⁸

Uczestnictwo w procesie umierania kogoś bliskiego niesie dla jego najbliższych wiele trudnych sytuacji. Mogą one być spowodowane uczuciem żałości i smutku, zachwianiem poczucia bezpieczeństwa, świadomością utraty kogoś, kto do tej pory był podporą grupy rodzinnej lub partnerskiego związku. Wiele osób ma też wyrzuty sumienia związane ze świadomością nie sprostania pojawiającym się wyzwaniu i swoimi niewłaściwymi reakcjami objawiającymi się w postaci rozdrażnienia, wybuchów gniewu i płaczliwości. Członkowie rodziny powinni sobie jednak zdawać sprawę z tego, że te reakcje, których podłożem jest ludzkie zmęczenie, są jak najbardziej zrozumiałe⁶⁹ Nie-raz ich przyczyną jest również trudna sytuacja bytowa rodziny, która musi przebywać razem z osobą umierającą w małym mieszkaniu i nie stać jej na wynajęcie płatnego opiekuna⁷⁰

Zadaniem rodziny osób terminalnych jest wytworzenie klimatu miłości i akceptacji oraz zapewnienie właściwej, dostosowanej do aktualnej sytuacji opieki. Dzięki temu chory może uwolnić się od lęku przed nieznaną przyszłością i starać się maksymalnie wykorzystać każdy dzień życia. Rodzina chorego nie może być jednak nad opiekuńcza i uwalniać go od brania pewnej odpowiedzialności za swoje życie i podejmowane decyzje. Nie można też zniechęcać chorych do stawiania sobie do realizacji pewnych celów. Postawienie sobie pewnych realistycznych, możliwych do realizacji celów nadaje chorym terminalnie sens życia i pomaga w przetrwaniu trudnych chwil⁷¹

W trudnych sytuacjach rodzina chorego powinna zwrócić się o pomoc do profesjonalnie przygotowanych osób zaangażowanych w ruch hospicyjny, które patrząc na powstałe sytuacje z pewnego dy-

⁶⁷ Por. J. BREHANT, *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*, Warszawa 1993, s. 44.

⁶⁸ Por. M. STROUD, *Twarzą w twarz z rakiem. Porady praktyczne dla chorych i ich rodzin*, Katowice 2000, s. 50-51.

⁶⁹ Por. tamże, s. 61-62.

⁷⁰ Por. J. RUSZKOWSKA, *Hospicjum*, w: *Program duszpasterski na rok 1995/1996*, red. E. Szczotok, A. Lisowacka, Katowice 1995, s. 544.

⁷¹ Por. M. STROUD, *Twarzą w twarz z rakiem. Porady praktyczne dla chorych i ich rodzin*, dz. cyt., s. 147-153.

stansu i posiadając doświadczenie, mogą udzielić najbliższym praktycznego wsparcia. Należą do nich członkowie hospicjum domowego, które tworzą działające pod kierownictwem duszpasterza profesjonalnie przygotowane osoby świeckie. Są one gotowe do udzielenia chorym i ich rodzinom wszechstronnej i bezinteresownej opieki. Sprawowana przez nich posługa opiera się na założeniu, że dom jest podstawowym środowiskiem osób nieuleczalnie chorych i w nim powinny one przeżywać ostatni etap swojego życia. Trzeba też podkreślić fakt, że koszt opieki paliatywnej sprawowanej nad przebywającym w domu pacjentem z zaawansowaną chorobą nowotworową jest znacznie niższy niż koszt ego hospitalizacji. Osoby tworzące zespół paliatywny odwiedzają chorych w ich domach i razem z najbliższymi sprawują nad nimi wszechstronną pieczę. Obejmuje ona zarówno aspekt medyczny, wiążący się z łagodzeniem bólu i zwalczaniu innych objawów chorobowych, jak też aspekt poza medyczny, obejmujący problemy psychiczne, socjalne i duchowe chorego i jego najbliższych.

Jednym z głównych zadań domowego zespołu hospicyjnego jest wytworzenie wokół osoby chorej atmosfery cechującej się serdecznością i przyjaźnią. Podstawą tej przyjaźni jest czas, który poświęca się osobie umierającej. Kiedy chory zauważy i wyczuje wokół siebie atmosferę pośpiechu, zamyka się na otaczający go świat. Członkowie zespołu hospicyjnego przebywają z chorym dużo czasu, dzięki czemu ma on świadomość ciągłej obecności kogoś bliskiego. Innym ważnym zadaniem dla zespołu hospicyjnego jest opieka duchowa zmierzająca do ukojenia pojawiającego się często poczucia winy i wyciszenia wewnętrznego lęku⁷²

W wypadku, gdy rodzina chorego nie może mu stworzyć właściwych warunków do godnego umierania w domu, powinna skorzystać z pomocy hospicjum stacjonarnego. Czy respondenci zwracali się o taką pomoc i czy ich śmiertelnie chorzy krewni korzystali z hospicjum? Tylko 7,4 % bliskich badanych chorych korzystało z pomocy hospicjum, a 90,3 % badanych chorych udzieliło negatywnej odpowiedzi na pytanie dotyczące korzystania z pomocy hospicjum przez ich bliskich. Trudno w tym miejscu stwierdzić, czy wiąże się to z brakiem zaufania do instytucji hospicjum, zbyt małą liczbą informacji na temat jej działalności, czy też z sytuacją, że nikt z krewnych badanych chorych nie cierpiał na nieuleczalną chorobę.

⁷² Por. E. DUTKIEWICZ, *Zdjąć udrekę. Opieka duchowa nad umierającym*, Wiąż 1999, nr 2, s. 88-89.

Chociaż działalność hospicyjna w Polsce jest czymś nowym, to jednak w ostatnich latach zauważa się dynamiczny jej rozwój. Przełomowym wydarzeniem w organizowaniu opieki paliatywnej w Polsce było przeznaczenie w 1993 roku przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej prawie 65 miliardów złotych do budżetów wojewodów na rozwój ruchu hospicyjnego i powołanie do życia Krajowej Rady Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej. Efektem tych działań było istnienie na koniec 1995 roku 160 ośrodków opieki hospicyjnej, wśród których 59 powstało z inicjatywy społeczno - kościelnej. Na początku 1997 roku liczba placówek wzrosła do 180, co stawiało nas na drugim (po Wielkiej Brytanii) miejscu w Europie⁷³. Obecnie w Polsce funkcjonują 103 hospicja prowadzone przez zrzeszone w Ogólnopolskim Forum Ruchu Hospicyjnego podmioty kościelne – zakony, Caritas, diecezje oraz stowarzyszenia⁷⁴. W ruch opieki hospicyjnej włącza się coraz więcej wolontariuszy⁷⁵.

A jakie jest nastawienie do hospicjum badanych chorych? Zapytano ich, czy w przypadku stwierdzenia u nich śmiertelnej choroby, chcieliby skorzystać z pomocy hospicjum. Uzyskane wyniki badań pokazują, że wskaźnik procentowy osób pragnących w przyszłości skorzystać z pomocy hospicjum (42,0 %) pokrywa się ze wskaźnikiem procentowym osób niezdecydowanych (41,4 %). Takie dane świadczą o otwartej postawie wielu chorych, którzy widzą w ruchu hospicyjnym pomoc zapewniającą osobom terminalnym godne warunki śmierci. Nastroja pozytywnie fakt, że tylko 13,4 % respondentów nie chciałoby w wypadku śmiertelnej choroby korzystać z pomocy hospicjum. Wy-

⁷³ Por. M. KALINOWSKI, *Duszpasterstwo hospicyjne*, dz. cyt., s. 150.

⁷⁴ Por. A. PETROWA-WASILEWICZ, *Uzdrowić medyków*, Wiadomości KAI 2003, nr 5, s. 20.

⁷⁵ Dr Tomasz Dangel, założyciel i dyrektor warszawskiego Hospicjum dla dzieci, zaproponował zakładanie w każdej polskiej parafii zespołów opieki paliatywnej. Według doktora Dangelę władze kościelne mogłyby wyrazić zgodę na to, aby rada parafialna przeznaczała na domową opiekę paliatywną środki finansowe z pieniędzy zbieranych w Kościele. Środki te przeznaczone byłyby na zatrudnienie przez parafię jednej pielęgniarki, której zadaniem byłoby koordynowanie opieki paliatywnej na podległym jej terenie. Pozostałe osoby wchodzące w skład zespołu paliatywnego pracowałyby na zasadzie wolontariatu. Wspomniana propozycja spotkała się z wieloma zastrzeżeniami ze strony proboszczów i pracowników hospicyjnych. Zob. L. DANILECKA, *Parafialne zespoły opieki paliatywnej? Rozmowa z dr. Tomaszem Dangelem, kierownikiem Zakładu Opieki Paliatywnej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie*, Wiadomości KAI 2003, nr 44, s. 14-15; A. WYSOCKA, *Hospicja w każdej parafii? Gość Niedzielny* 2003, nr 46, s. 27.

daje się, że koniecznym jest propagowanie wśród najszerszych kręgów społeczeństwa idei ruchu hospicyjnego i pozyskiwanie dla niego nowych zwolenników, z których część może znaleźć się w grupie osób pragnących pomagać duszpasterzom w pracy z chorymi.

Potrzeba miłości i obecności kochających osób jest jedną z największych potrzeb człowieka umierającego. Stojąc wobec perspektywy własnej śmierci i odczuwając ogrom cierpień fizycznych i duchowych, jest on podobny do Chrystusa umierającego na krzyżu. Nawet Jezusowi podczas agonii towarzyszyła Maryja i jeden z uczniów. Również każdemu człowiekowi przeżywającemu dramat śmierci, potrzebna jest świadomość obecności osób bliskich. Ta pełna miłości i empatii obecność kochających osób ma mu pomóc w odpowiedzialnym i świadomym odejściu z tego świata. Z kolei kapłan służący człowiekowi umierającemu słowem Bożym i posługą sakramentalną pomaga w łączeniu cierpienia z prowadzącą do zmartwychwstania męką Chrystusa⁷⁶

Owocność wysiłków duszpasterskich podejmowanych w szpitalach i hospicjach jest uwarunkowana wieloma czynnikami: odpowiednim przygotowaniem osób duchownych i współpracującego z nimi laikatu, odpowiednią polityką personalną decydentów kościelnych, stosowaniem adekwatnych do sytuacji sakramentalnych i pozasakramentalnych form działania, właściwą organizacją pracy. Nade wszystko potrzebne jest jednak dostrzeżenie w chorych i umierających cierpiącego Chrystusa, który ciągle wzywa swoich wyznawców do składania świadectwa swojej wiary przez praktykowanie uczynków miłości i miłosierdzia (zob. Mt 25, 35-36).

Ministère pastoral de l'Église dans les hôpitaux et les hospices

Parmi les tâches pastorales prioritaires, l'exhortation apostolique « *Ecclesia in Europa* » cite le ministère de la miséricorde où la première place incomble au soin des malades. Jean Paul II écrit: « *Il faut promouvoir, d'une part, une présence pastorale appropriée dans les*

⁷⁶ Por. E. DUTKIEWICZ, *Duszpasterska opieka nad ciężko chorym i umierającym*, w: *Program duszpasterski na rok 1995-1996*, dz. cyt., s. 536-539.

*différents lieux de la souffrance, par exemple à travers l'engagement d'aumôniers d'hôpitaux, de membres d'associations de bénévolat (...), et d'autre part, un soutien aux familles des malades. De plus, il est nécessaire d'être proche du personnel médical et paramédical, avec des moyens pastoraux adaptés, pour le soutenir dans son exigeante vocation au service des malades (EE 88).» De plus, dans l'encyclique «*Evangelium vitae*», le pape, s'opposant à la culture de la mort, propagée dans la civilisation contemporaine, appelle à assurer aux personnes âgées et aux malades en phase terminale, une assistance appropriée et des soins palliatifs (EV 88).*

Les transformations sociales, politiques et religieuses, accomplies en Pologne après 1989 ont rendu possible à l'Eglise, un large accès auprès des malades séjournant dans les hôpitaux. On remarque aussi un développement intensif des soins palliatifs et des hospices. Est-ce que les prêtres et les fidèles laïcs en Pologne, déchiffrent-ils justement «*les signes du temps*»? Exercent-ils d'une façon appropriée le ministère pastoral dans les hôpitaux et les hospices, conformément aux enseignements du Magistère de l'Eglise? Cherchant une réponse à cette question, l'auteur de l'article se réfère aux enquêtes réalisées personnellement en 1998, auprès des 350 malades séjournant dans les hôpitaux de Poznań, Otwock et Lublin ainsi qu'auprès des 110 aumôniers d'hôpitaux de la Pologne entière.

L'auteur fait voir la situation du ministère des prêtres, auprès des malades dans les hôpitaux et les hospices: prêtres surgargés de responsabilités pastorales et leur formation insuffisante pour le ministère exercé, mauvaise gestion des ressources humaines menée par les décideurs ecclésiastiques, espérances des malades, coopération insuffisante des aumôniers avec les séminaristes et les religieuses. Il présente en même temps des méthodes et des formes concrètes d'action pastorale. On a aussi fait voir les fondements juridiques du ministère pastoral des aumôniers d'hôpitaux et d'hospices, démontrant aussi la nécessité de prendre en charge pastorale non seulement les malades, mais aussi leurs familles et le personnel médical. En montrant les multiples conditionnements du ministère pastoral dans les hôpitaux et les hospices, on a fait observer la nécessité d'une formation appropriée de toutes les personnes engagées dans le ministère pastoral des malades et des moribonds.

L'efficacité des efforts pastoraux, engagés dans les hôpitaux et les hospices, est conditionnée par maints facteurs: une formation appropriée des ecclésiastiques et des fidèles laïcs coopérant avec eux,

une gestion appropriée des ressources humaines menée par les décideurs ecclésiastiques, une application de formes d'actions sacramentelles et extrasacramentelles adéquates aux diverses situations, une organisation appropriée de travail. Mais avant tout, il est nécessaire d'apercevoir dans les malades et les moribonds, le Christ souffrant qui appelle sans cesse ses fidèles à donner un témoignage de leur foi, en pratiquant de bonnes actions d'amour et de miséricorde (Mt 25, 35-36).

thum. Ryszard Chojnacki