

KS. MIROSŁAW KALINOWSKI

## OPIEKA DUCHOWA W RUCHU HOSPICYJNYM W OPINII CHORYCH TERMINALNIE NA PODSTAWIE BADAŃ WYBRANYCH OŚRODKÓW HOSPICYJNYCH W POLSCE

Pomoc duchowa należy do elementów konstytutywnych opieki hospicyjnej. Obok płaszczyzny medycznej i psychosocjalnej troska o stan wewnętrzny człowieka stanowi rdzeń służby umierającemu. Wymienione wymiary funkcjonowania zespołu hospicyjnego wzajemnie się warunkują i uzupełniają. Akcentowanie jednego z nich przynosi szkodę pozostałym, co w konsekwencji obniża efektywność posługi chorym w stanie terminalnym. Opieka duchowa stanowi komplementarną część działań zespołu hospicyjnego. Powszechnie przyjmuje się twierdzenie, iż duchowy stan cierpiącego ma znaczny wpływ na skuteczność podejmowanych działań medycznych oraz efektywność wsparcia psychicznego. Kondycja wewnętrzna chorego nie jest obojętna również dla socjalnej aktywności zespołu hospicyjnego.

W człowieku istnieje pragnienie przeżyć duchowych mających charakter religijny. Niejednokrotnie nie jest ono werbalizowane, ale należy do czynników konstytutywnych jednostki ludzkiej<sup>1</sup>. Jednostka ludzka jest istotą

---

Ks. dr MIROSŁAW KALINOWSKI – adiunkt Katedry Współczesnych Form Przekazu Wiary Instytutu Teologii Pastoralnej KUL; adres do korespondencji: ul. Radziszewskiego 7, 20-039 Lublin; e-mail: mirosław.kalinowski@kul.lublin.pl.

<sup>1</sup> Por. J. S k o r o d i u k. *Życie wewnętrzne w aspekcie psychologicznym i teologicznym*. HD 48:1979 s. 99-105; Z. P a w l a k. *Opieka duchowa u kresu życia*. W: *Człowiek nieuleczalnie chory*. Red. B. Block, W. Otrębski. Lublin 1997 s. 56-60; S. Z i e m i a ń s k i. *Kapelan szpitalny wobec człowieka zagrożonego śmiercią*. „Przegląd Lekarski” 44:1987 nr 11 s. 777-781; E. D u t k i e w i c z. *Duszpasterska opieka nad ciężko chorymi i umierającymi*. W: *Ewangelizacja i nawrócenie. Program duszpasterski na rok 1995/96*. Red. E. Szczotok, A. Liskowacka. Katowice 1995 s. 534-549; t e n ż e.

poszukującą, świadczą o tym całe jej dzieje. Istnieje wiele dziedzin, w których poszukuje, „wśród tych wszystkich jest jedna najgłębsza. Najgłębiej sięgająca w samo człowieczeństwo. Najbardziej związana z sensem całego życia ludzkiego. Człowiek jest istotą szukającą Boga”<sup>2</sup> Zagadnienie opieki duchowej odsłania swoją głębię poprzez złożoność czynników wpływających na jej kształt. Ontyczny wymiar niepowtarzalnego indywiduum, jakim jest człowiek, sprawia, iż duchowa posługa staje się pochyleniem nad osobą ludzką<sup>3</sup> Dramat wołania o pomoc duchową niepomniernie pogłębia się, gdy dotyczy chorych na nowotwory będących w stanie terminalnym.

## I. GLOBALNY STOSUNEK DO OPIEKI DUCHOWEJ W HOSPICJUM

Wsparcie duchowe wiąże się z wieloma zagadnieniami mającymi istotny wpływ na jego efektywność. Wśród nich przede wszystkim należy wymienić opinie dotyczące istoty opieki hospicyjnej, podmiotu sprawującego pomoc duchową i oczekiwań z nią związanych, form tejże opieki oraz roli i znaczenia praktyk religijnych. W fazie wstępnej ważne jest rozeznanie sytuacji w zakresie generalnych postaw dotyczących potrzeby opieki duchowej. Poznanie autodeklaracji dotyczących wsparcia wewnętrznego może rozjaśnić wiele kwestii istotnych dla całościowych analiz w tej dziedzinie. Podopiecznych hospicjum zapytano o potrzebę opieki duchowej.

Respondenci w zdecydowany sposób (94,8%) opowiedzieli się za potrzebą duchowego wsparcia w ramach zespołu hospicyjnego. Prawie co trzeci ankietowany (62,6%) swoją odpowiedź wyraził dobitnie – tak, jest bardzo potrzebna. Nie miało zdania w tej sprawie jedynie 4,6% badanych, nato-

---

*Filozofia opieki hospicyjnej.* W: *Lekarz wobec kończącego się życia. Materiały z sympozjum naukowego Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich.* Poznań 1996 s. 43-53; J. Holland. *Clinical Course of Cancer.* W: *Handbook of Psychooncology.* Ed. J. C. Holland, J. H. Rowland. New York 1989; E. Kübler Ross. *Working it through. Workshop on Life, Death and Transition.* New York 1987

<sup>2</sup> J a n P a w e ł II. *Boże Narodzenie 1978-79.* Watykan 1979 s. 86-87

<sup>3</sup> B. Block, A. Chmiel. *Duszpasterskie problemy opieki paliatywnej.* W: *Problemy medycyny paliatywnej w onkologii.* Lublin 1996 s. 46-50; L. LeShan. *Cancer as a Turning Point: A Handbook for People with Cancer, Their Families, and Health Professionals.* New York 1989; J. Łuczak. *Towarzystwo umierającym chorym w ich cierpieniach duchowych.* W: *Ból totalny.* Red. J. Łuczak i in. Lublin 1998 s. 73-83; C. Murray Parkes, M. Reif, A. Couldrick. *Counselling in Terminal Care and Bereavement.* Leicester 1996.

miast kategorii osób nieodczuwających potrzeby opieki duchowej w hospicjum nie odnotowano. Wśród respondentów rozwiedzionych 40,0% zdecydowanie opowiedziało się za taką pomocą w hospicjum i w podobnym procencie wyraziło przekonanie o jej konieczności, natomiast co piąta osoba rozwiedziona (20,0%) nie miała zdania w tym zakresie. Opieka duchowa wśród osób rozwiedzionych będących podopiecznymi hospicjum napotyka na wiele uprzedzeń, kierowanych pod różnymi adresami, szczególnie we wstępnej fazie podejmowania prób pomocy duchowej. Potwierdza się, że niepowodzenia życiowe mają wielu ojców – w zdecydowanej większości poza osobami najbardziej zainteresowanymi<sup>4</sup> Powyższe podejście niewątpliwie wpływa na globalny stosunek do opieki duchowej. Wśród podopiecznych hospicjum można również znaleźć podobne schematy zachowań. O ile jednak na forum zewnętrznym stosunkowo łatwo sprawę rozstrzygnąć, o tyle w zakamarkach duszy ludzkiej ulega ona skomplikowaniu. Zrozumienie, życzliwość, cierpliwość i dobroć, przepełnione duchem miłości, stanowią najlepszy środek na wewnętrzne rozterki osób rozwiedzionych<sup>5</sup> Czy istnieje związek między deklarowanym stosunkiem do wiary a opinią co do istoty opieki duchowej w hospicjum? Analiza wyników wskazuje na związek między globalną opcją na rzecz takiego wsparcia a autodeklaracją wiary chorych terminalnie ( $V_c=0,64$  przy  $p<0,0001$ ). Respondenci głęboko wierzący znacznie częściej zdecydowanie opowiadali się za opieką duchową i po zsumowaniu dwóch kategorii pozytywnie opowiadających za wsparciem duchowym osiągnęli stuprocentową jednomyślność w tej sprawie. Intryguje kategoria osób deklarujących niezdecydowanie wobec wiary: mimo niepew-

---

<sup>4</sup> W literaturze polskojęzycznej w ostatnich latach znacznie poszerzono refleksję teologiczną na temat pomocy pastoralnej osobom rozwiedzionym. Impulsem budzącym pasterską aktywność były enuncjacje Kościoła współczesnego, a w szczególności adhortacja apostolska Jana Pawła II *Familiaris consortio*. Zob. P G ó r a l c z y k. *Powtórne związki małżeńskie w teologicznym i etycznym świetle*. Ząbki 1995; M. P a c i u s z k i e w i c z. *Słabość i moc. O ludziach żyjących w związkach niesakramentalnych*. Ząbki 1996; T. W i e l e b s k i. *Duszpasterstwo niesakramentalnych związków małżeńskich*. W: *Duszpasterstwo specjalne*. Red. B. Drożdż, R. Kamiński. Lublin 1998 s. 291-309; R. D u d a k. *Kościół z nich nie zrezygnował*. W: *Tęsknota i głód. O ludziach żyjących w związkach niesakramentalnych*. Red. M. Paciuszkiewicz. Warszawa 1983 s. 174-180; J. P a ł y g a. *Rozwiedzeni – Kościół ich nie opuszcza*. W: *Tęsknota i głód* s. 163-166; S. S m o l e Ń s k i. *Problem duszpasterstwa rodzin rozbitych. Aspekt teologiczny*. „Wrocławskie Wiadomości Kościelne” 31-32:1978nr 8-9 s. 249; A. M ł o t e k. *Troska duszpasterska o małżeństwa niesakramentalne*. „Homo Dei” 51:1982 nr 2 s. 110-119.

<sup>5</sup> Zob. W i e l e b s k i. *Duszpasterstwo niesakramentalnych związków małżeńskich* s. 291-292.

nej postawy religijnej w przeważającej większości (88,2%) uważają pomoc duchową w hospicjum za potrzebną.

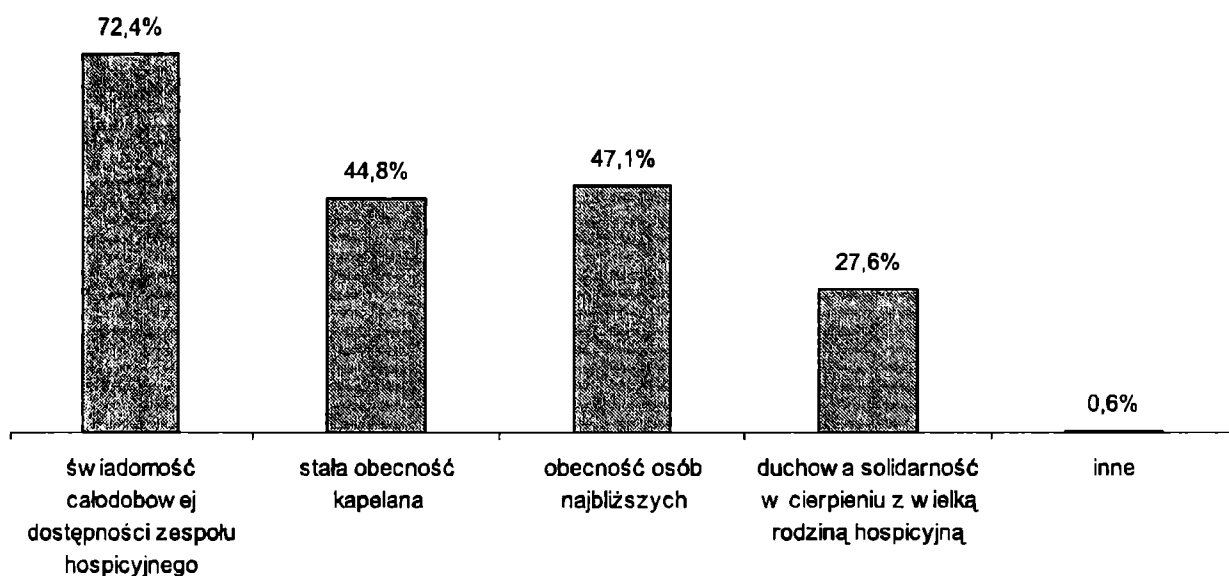
Po wstępnym poznaniu opinii chorych terminalnie w zakresie opieki duchowej w hospicjum poproszono o ocenę realizowanego obecnie modelu pomocy wewnętrznej w ramach opieki hospicyjnej. Zdecydowana większość cierpiących (60,4%) oceniła ją pozytywnie, znaczna grupa respondentów (8,6%) odniosła się do niej negatywnie, natomiast blisko co trzeci ankietowany (27,6%) nie miał zdania na ten temat, a mała grupa osób (3,4%) nie udzieliła żadnej odpowiedzi. Uzasadnienia pozytywne opinie można usystematyzować w kilku kategoriach. Najwięcej z nich pośrednio dotyczy asystowania duchowego, gdyż odnosi się do osób sprawujących pomoc duchową wśród chorych terminalnie, a szczególnie do kapelana hospicyjnego: „Poprzez kapłana czuję, że jestem bliżej Boga” (ch. 34)<sup>6</sup>; „Cenię prawdomówność, uczciwość i prostolinijność kapłana hospicyjnego” (ch. 32); „Księża dużo rozmawiają i dbają o chorych” (ch. 61); „Bo kapłan, p. doktor i kierownik hospicjum są bardzo oddani chorym” (ch. 94); „Są siostry i kapelan. To jest dobra opieka duchowa” (ch. 120). Znaczna grupa chorych formułuje opinie bezpośrednio odnoszące się do opieki duchowej, precyzując pozytywne elementy jej sprawowania: „Nie jestem sama” (ch. 38); „Jest dostępna codziennie” (ch. 8); „Wspaniałe zainteresowanie chorym” (ch. 63); „Daje poczucie bezpieczeństwa” (ch. 10); „Poczucie siły duchowej do przetrzymania choroby i cierpienia” (ch. 15); „Ciągłe zainteresowanie chorym od początku pobytu” (ch. 174). Wśród pozytywnych opinii na temat opieki duchowej istotną grupę stanowią uzasadnienia o charakterze ogólnym, nie poruszające szczegółowych zagadnień: „Zaspakajają wszystkie potrzeby” (ch. 19); „Mam ludzi z hospicjum według moich potrzeb” (ch. 149); „Dobra opieka” (ch. 53); „Bardzo zadowolony pod każdym względem” (ch. 16); „Zespołowi udaje się zaradzić rzadkiej obecności duchownego” (ch. 157). Istnieją uzasadnienia pozytywne opinie dotyczące opieki duchowej w hospicjum odnoszące się bezpośrednio do życia religijnego człowieka: „Jest kapelan, modlitwa różańcowa, Msza św., codzienne odwiedziny kapłanów i kleryków” (ch. 56); „Umocniła we mnie wiarę” (ch. 57); „Bo kapelan często się do mnie uśmiecha i że mi przynosi Pana Jezusa” (ch. 48); „Częsta modlitwa” (ch. 62).

---

<sup>6</sup> Skrót powyższy oznacza chorego terminalnie i numer kwestionariusza ankiety

Globalne wskaźniki postaw w odniesieniu do opieki duchowej w hospicjum są wysokie. Dowartościowanie tej sfery aktywności przez podopiecznych placówki determinuje do podobnych postaw wśród najbliższych chorego i członków zespołu hospicyjnego. Poznanie generalnych opcji na rzecz troski wewnętrznej skłania do postawienia pytania dotyczącego jej istoty. Chodzi więc o poznanie preferencji, najważniejszych cech takiej opieki w opinii chorych terminalnie, co ilustruje poniższy wykres.

Wykres 1. Preferencje w opiece duchowej w opinii chorych terminalnie



Największa grupa respondentów uważa, iż w opiece duchowej najważniejsza jest świadomość całodobowej dostępności zespołu hospicyjnego, następnie obecność osób najbliższych, stała troska kapelana, solidarność z wielką rodziną hospicyjną. Dyspozycyjność członków zespołu w zakresie wsparcia wewnętrznego, podobnie jak w odniesieniu do pomocy medycznej i psychosocjalnej, plasuje się na pierwszym miejscu wśród oczekiwań chorych. Świadomość oparcia w gronie osób gotowych w każdym czasie służyć pomocą stanowi żywotne kryterium adekwatnego wsparcia duchowego chorych terminalnie, a stały dostęp do nich jest już sam w sobie formą takiej opieki. Nawet nie przybierając materialnego kształtu, spełnia zadanie wspierania i towarzyszenia choremu umierającemu. Wśród członków zespołu znajduje się osoba kapelana, którą eksponuje się w tym momencie z racji predyspozycji i powołania w zakresie pomocy duchowej. Znaczne poparcie dla jego posłannictwa należy rozpatrywać w kategoriach aktyw-

ności sakramentalnej i pozasakramentalnej, o których mówiono wcześniej. W tym miejscu należy przywołać drugi wymiar postługi, mający charakter wspólny dla wszystkich wchodzących w skład zespołu hospicyjnego. W opinii chorych znajduje odbicie twierdzenie osób zaangażowanych w pracę w ośrodku, iż podmiotem opieki duchowej nad człowiekiem umierającym jest cały zespół, natomiast postługa kapelana jest adresowana do personelu i podopiecznych. Zastanawia stosunkowo mała grupa chorych (47,1%) przywiązujących wagę do obecności osób najbliższych. Może to wynikać ze skrywania przed nimi rozterek, wewnętrznych konfliktów oraz rezygnacji z obciążenia swoich najbliższych dodatkowymi problemami.

Sumując odpowiedzi chorych przebywających pod opieką hospicjum, dotyczące globalnego stosunku do opieki duchowej w ośrodku, należy zwrócić uwagę na kilka zagadnień. Potrzeba wsparcia wewnętrznego jest wspólna wszystkim przebywającym w placówce. Wśród cech społecznych znaczny wpływ na nasilenie wskaźników ma stan cywilny respondentów – osoby rozwiedzione częściej przyjmują postawę niezdecydowania w stosunku do opcji na rzecz opieki duchowej w hospicjum. Autodeklaracja wiary jako zmienna zależna wprowadza zależność statystyczną, wyrażającą się w następującej prawidłowości: im wyższe nasilenie autodeklaracji wiary, tym wyższe wskaźniki postaw na rzecz opieki duchowej w hospicjum. Preferencje w określeniu istoty takiego wsparcia ukazały konieczność dowartościowania całodobowej dostępności zespołu hospicyjnego, obecności osób najbliższych i stałej osiągalności kapelana hospicyjnego.

## II. PODMIOT OPIEKI DUCHOWEJ NAD CHORYMI TERMINALNIE

Realizowanie opieki duchowej nad cierpiącymi przebywającymi w hospicjum jest możliwe dzięki aktywności kręgu osób podejmujących wsparcie wewnętrzne chorego. Określenie podmiotu tejże opieki w ośrodku stanowi punkt wyjścia w dziele pomocy duchowej. W literaturze przedmiotu brakuje jednoznacznych opinii w tym zakresie. Najbardziej rozpowszechnione przekonania idą w kierunku szerokiego rozumienia troski wewnętrznej, opartej na doświadczeniu życiowym i empatycznym odniesieniu do człowieka cierpiącego na nieuleczalną chorobę w jej fazie terminalnej. Istnieje pewien katalog cech, predyspozycji i charyzmatów, których posiadanie predestynuje do aktywności w tym zakresie. Z drugiej jednak strony sprawowanie określonych funkcji w zespole hospicyjnym skłania do specjalizacji pełnionych

zadań związanych z posiadanymi kwalifikacjami i uprawnieniami, weryfikowanymi poprzez stosowne dokumenty. Jakie zdanie w tym zakresie mają osoby najbardziej zainteresowane, a więc podopieczni ośrodka? Postawiono im pytanie, kto powinien sprawować opiekę duchową w hospicjum. Zdecydowana większość respondentów (63,2%) opowiedziała się za całym zespołem hospicyjnym jako podmiotem sprawującym opiekę duchową, natomiast 39,1% uważa, że w pierwszym rzędzie odpowiada za nią kapelan hospicyjny, a 8,0% utrzymuje, iż powinna ją sprawować rodzina.

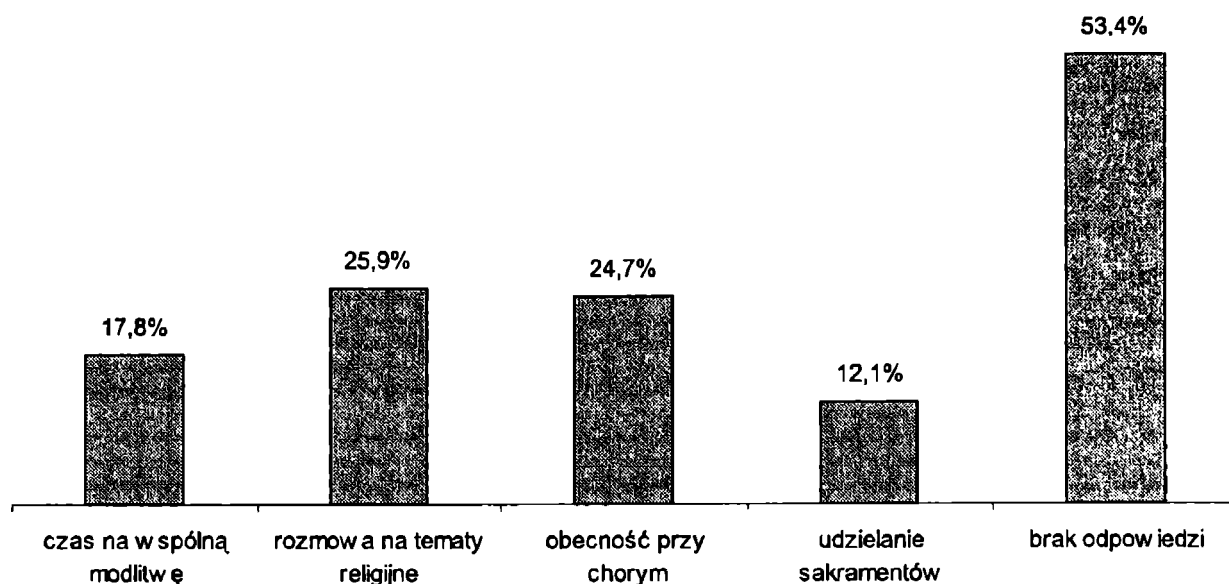
Czy na stanowisko chorych, dotyczące podmiotu otaczającego troską wewnętrzną cierpiących, ma wpływ autodeklaracja wiary? Okazuje się, że oddziałuje ona w sposób istotny na stosunek do preferencji osób aktywnych w tej dziedzinie w hospicjum. Znaczące różnicowania występują w grupie chorych opowiadających się za kapłanami jako podmiotem opieki duchowej. Ankietowani określający siebie jako głęboko wierzący w najwyższym procencie (50,0%) popierają powyższą praktykę, natomiast tylko w 23,5% respondenci o stosunku do wiary wyrażonym słowami: niezdecydowany, ale przywiązany do tradycji religijnej. Stwierdza się również zależność: im niższe nasilenie autodeklaracji wiary, tym większy krąg respondentów nie mających zdania w zakresie podmiotu udzielającego wsparcia wewnętrznego w hospicjum.

Sprawowanie opieki duchowej wśród osób w terminalnym stanie choroby nowotworowej zakłada istnienie ludzi w pierwszym rzędzie odpowiedzialnych i należycie przygotowanych do pełnienia tego rodzaju posługi. Dotychczasowa praktyka wykazuje, że zdecydowana większość chorych terminalnie oraz członków zespołu hospicyjnego opowiada się za kapłanem pełniącym funkcję kapelana otaczającego swoją troską zarówno podopiecznych hospicjum, jak i cały jego zespół. Czy powyższą opinię podzielają ankietowani? Wstępna analiza wykazuje, że rozpowszechnione opinie w tym zakresie znajdują potwierdzenie w badaniach empirycznych. Zdecydowana większość respondentów (86,2%) opowiedziała się za potrzebą kapłana na stałe oddelegowanego do pracy w hospicjum, natomiast 5,2% miało przeciwną opinię, a 8,0% nie miało zdania w tym zakresie.

Opinia na rzecz stałej obecności księdza w ośrodku wiąże się bezpośrednio z oczekiwaniami w stosunku do roli i zadań, jakie winien pełnić. Wyrażają one najczęściej wewnętrzną dyspozycję człowieka na otwarcie się na wartości duchowe oraz pewne preferencje w kontakcie z kapłanem. Jakie oczekiwania posiada Pan(i) w stosunku do kapelana hospicyjnego? – zapy-

tano chorych przebywających pod opieką hospicjum. Odpowiedzi ilustruje poniższy wykres.

Wykres 2. Oczekiwania w stosunku do kapelana hospicyjnego w opinii chorych terminalnie.



Pytanie miało charakter otwarty, a więc nie sugerowano odpowiedzi. W efekcie dużej skali trudności największa grupa respondentów nie udzieliła żadnej odpowiedzi. Pozostałe pogrupowano, biorąc pod uwagę ich zakres treściowy. Oczekiwania w stosunku do kapelana hospicyjnego zamknięto w czterech kategoriach. Największa grupa badanych opowiedziała się za obecnością przy chorym, następnie gotowością do rozmowy, czasem na wspólną modlitwę oraz udzielaniem sakramentów świętych. Potrzeby respondentów ześrodkowują się na relacjach opartych na zasadach posługi towarzyszenia, obecności. Przesadna aktywność jest tutaj najmniej pożądaną formą opieki duchowej. Wydaje się, że dobra komunikacja międzyludzka stanowi pomost do wszelkiej aktywności w zakresie posług religijnych. Stosunkowo mała grupa respondentów, wyrażająca oczekiwania związane z sakramentalnym wymiarem posługi kapłańskiej, świadczy o priorytetach określonych przez samych zainteresowanych w dziedzinie opieki duchowej. Podopieczni hospicjum zdają się sugerować pryncypium asystowania duchowego polegającego na darze towarzyszenia, która może doprowadzić do jej wymiaru religijnego i sakramentalnego. Płaszczyzna naturalna jest podstawą



do wejścia w sferę przeżyć religijnych, mających odniesienie do wymiaru nadprzyrodzonego.

Istnieją dwojakiemu rodzaju oczekiwania związane z posługą kapelana hospicyjnego. Pierwsze z nich mają charakter horyzontalny – są to bezpośrednie kontakty międzyludzkie. Trwanie przy chorym, gotowość do rozmowy, które wybrała znaczna część badanych (50,6%), charakteryzują się aktywną obecnością podmiotu opieki duchowej. Towarzyszenie i otwartość na rozmowę, wypływające z bezwarunkowej akceptacji chorego, są najbardziej pożądanymi cechami kapelana hospicyjnego. Chorzy oczekują: „krzepiącej rozmowy” (ch. 16), „rozmowy na temat sensu życia, cierpienia, serdeczności okazywanej pacjentom” (ch. 14), „cierpliwości, pogody ducha” (ch. 174), „więcej czasu dla chorych” (ch. 98), „więcej rozmowy” (ch. 46), „rozmowy z kapelanem” (ch. 59).

W drugiej grupie oczekiwań pod adresem kapelana, mających charakter wertykalny, znaczna część chorych (29,9%) spodziewa się opieki duchowej wyrażającej się w praktykach życia religijnego. Wspólna modlitwa i szafarstwo sakramentów świętych stanowi, dla co trzeciego podopiecznego hospicjum, istotny przejaw opieki duchowej: „Oczekuję tego, by codziennie przynosił Pana Jezusa, modlitwy, częstej rozmowy” (ch. 48); „Spowiedź, komunie święta, wsparcie duchowe” (ch. 47); „Rozmowa duchowa” (ch. 6); „Rozmowy duchowej, wsparcia religijnego i komunii świętej” (ch. 8); „Częste kontakty w sakramencie pojednania. Rozmowy na temat sensu cierpienia i jego wartości” (ch. 94); „Rozmowa, Msza święta w domu” (ch. 18); „Pociechy duchowej, modlitwy” (ch. 15); „Pomocy duchowej, wsparcia w wierze” (ch. 10); „Żeby mnie odwiedzał możliwie najczęściej z Panem Jezusem” (ch. 149); „Pocieszenie duchowe i wsparcie duchowe, solidarność w modlitwie” (ch. 77); „Pomoc duchowa w przeżywaniu cierpienia, modlitwa. Msza święta w domu” (ch. 72); „Bezpośredni stosunek do chorych, cierpliwość, pogoda ducha z głęboką wiarą” (ch. 63); „Hospicyjny kapelan przygotowuje mnie godnie do śmierci” (ch. 57); „Udzielanie sakramentów świętych” (ch. 51); „Zaopatrzenie w sakramenty, rozmowa na tematy osobiste i trudne” (ch. 11).

Podopieczni ośrodka formułowali oczekiwania w stosunku do kapelana w hospicjum również w sposób trudny do zakwalifikowania do określonej kategorii. Mają one jednak ważne znaczenie ze względu na egzemplifikację indywidualnych zapotrzebowań chorych przebywających pod opieką placówki. Najczęściej dotyczą osobowości kapelana, jego autentyzmu i postawy świadka wiary: „Aby działalność kapelana była subtelna i nie robiła wra-

żenia apodyktyczności” (ch. 40); „serdeczności” (ch. 54); „serca” (ch. 30); „powołanie kapłańskie” (ch. 1).

Najstarsi ankietowani w stosunkowo niskim wskaźniku poparli sakramentalną postugę kapelana. Podważa to funkcjonujący stereotyp o znacznie większym nasileniu życia sakramentalnego u osób starszych<sup>7</sup> Uwarunkowania wynikające z ostatniego stadium choroby nowotworowej nie wpływają w tym zakresie na znaczącą zmianę postaw ludzi w podeszłym wieku.

Osoby z wykształceniem wyższym znacznie częściej (33,3%) opowiadają się za gotowością do rozmowy jako najbardziej pożądaną cechą kapelana hospicyjnego, jednocześnie w najwyższym procencie (59,3%) przejawiają trudność w wyartykułowaniu oczekiwań dotyczących księdza. Znacznie większe różnicowania obserwuje się wśród osób legitymujących się wykształceniem średnim. Wśród oczekiwań dotyczących kapelana częściej opowiadają się za obecnością przy chorym (32,2%), natomiast dużo rzadziej za gotowością do rozmowy (19,4%), czasem na wspólną modlitwę (12,9%) oraz udzielaniem sakramentów świętych (8,1%). Opinie respondentów z wykształceniem zasadniczym zawodowym w zakresie priorytetów zadań kapelana hospicyjnego oscylują wokół wyników ogólnych. Największe znaczące różnicowania zauważa się wśród badanych z wykształceniem podstawowym. Wyniki charakteryzuje dowartościowanie wertykalnego, religijnego wymiaru opieki duchowej i w konsekwencji – mniejsze poparcie dla wymiaru horyzontalnego. Czas na wspólną modlitwę dla 31,0% chorych stanowi najważniejsze zadanie kapelana hospicyjnego. Równie wysoki wskaźnik (24,1%) cechuje grupa odpowiedzi akcentujących sakramentalny wymiar postugi kapelana. Udzielanie sakramentów świętych dla prawie dwukrotnie większej liczby respondentów od wyniku ogólnego stanowi istotną składową działalność pastoralnej kapelana. Należy zauważyć, że osoby z wykształceniem podstawowym znacznie rzadziej miały trudność w przedstawieniu własnych oczekiwań w stosunku do kapłana hospicyjnego.

Oczekiwania w stosunku do księdza sprawującego opiekę duchową w ośrodku są bardzo zróżnicowane. Mimo jasnego kryterium systematyzującego aktywność pastoralną, wymiar interpersonalny i religijno-sakramentalny, aplikacja nie jest łatwa. Zmienne demograficzno-społeczne odślaniają

---

<sup>7</sup> Por. J. L e o n o w i c z. *Duszpasterstwo ludzi starych w Polsce. Studium pastoralne*. Lublin 2000 (mps pracy doktorskiej w Bibliotece KUL); J. P e r s z o n. *Na brzegu życia i śmierci. Zwyczaje, obrzędy oraz wierzenia pogrzebowe i zaduszkowe na Kaszubach*. Lublin 1999 s. 305 n.

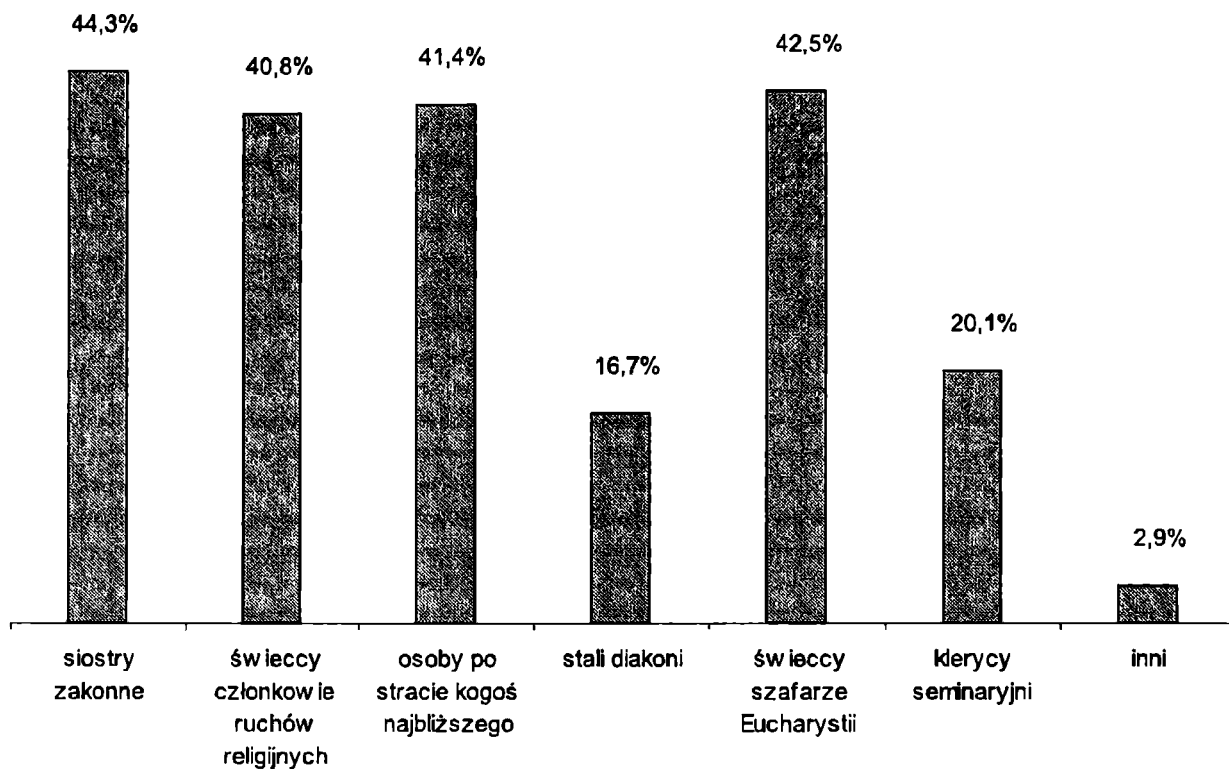
daleko idące zróżnicowania wśród chorych terminalnie, dotyczące oczekiwań w stosunku do kapelana. Wiek chorych, ich stan cywilny, forma opieki i jej okres, wykształcenie i regiony hospicyjne wskazują na zindywidualizowane zapotrzebowania dotyczące aktywności księdza w opiece duchowej.

Analizując opinie chorych przebywających pod opieką hospicjum, dotyczące wsparcia duchowego, zauważa się kierunek zmierzający do poszerzenia form troski duchowej oraz jej podmiotu. Udzielone odpowiedzi na temat osób, które powinny sprawować taką opiekę na chorymi w hospicjum oraz przedstawienie oczekiwań związanych z posługą kapelana w ośrodku prowadzi do pytania o potrzebę poszerzenia podmiotu sprawującego posługę duchową. Zdecydowana większość chorych (76,4%) opowiada się za poszerzeniem kręgu osób wspierających duchowo, natomiast 9,2% wyraziło negatywną opinię na ten temat, a 12,6% ankietowanych nie ma zdania. Zmienne demograficzne i społeczne wprowadzają pewne zróżnicowania w zakresie rozkładu odpowiedzi. Do dalszych analiz, jak się wydaje, wystarczy oparcie się na ogólnych danych, które ilustrują opcję podopiecznych hospicjum na rzecz poszerzenia podmiotu świadczącego pomoc duchową. Respondentów, którzy udzielili pozytywnej odpowiedzi na temat poszerzenia podmiotu sprawującego opiekę duchową w hospicjum, zapytano, o jakie kategorie osób można by go rozbudować. Dla ułatwienia odpowiedzi wyliczono następujące grupy ludzi, które ustalono na podstawie badań pilotażowych: siostry zakonne, świeccy członkowie ruchów religijnych, osoby po stracie kogoś bliskiego będącego pod opieką hospicjum, stali diakoni, świeccy szafarze Eucharystii, klerycy seminaryjni oraz kategorię – inni.

Największym poparciem w poszerzeniu podmiotu sprawującego opiekę duchową w hospicjum cieszą się siostry zakonne, następnie świeccy szafarze Eucharystii, osoby po stracie kogoś bliskiego oraz świeccy członkowie ruchów religijnych. Dużo mniejszą akceptację uzyskali klerycy seminaryjni i stali diakoni. Powyższy rozkład odpowiedzi obrazuje nie tylko preferencje chorych, ale również zakres upowszechnienia ról pełnionych przez powyższe osoby w danych społecznościach.

Sumując powyższe refleksje, można stwierdzić, że sprawa podmiotu opieki duchowej w hospicjum, jak wykazują analizy, jest zagadnieniem złożonym. Zespół hospicyjny pełni w tym dziele ważną rolę i w opinii podopiecznych placówki winien aktywnie realizować powyższe zadanie. Kapelan, z jednej strony jako członek zespołu hospicyjnego, z drugiej jako powołany do pełnienia funkcji opiekuna duchowego, ma zadania wynikające

Wykres 3. Preferencje chorych terminalnie w zakresie poszerzenia podmiotu sprawującego opiekę duchową w hospicjum.

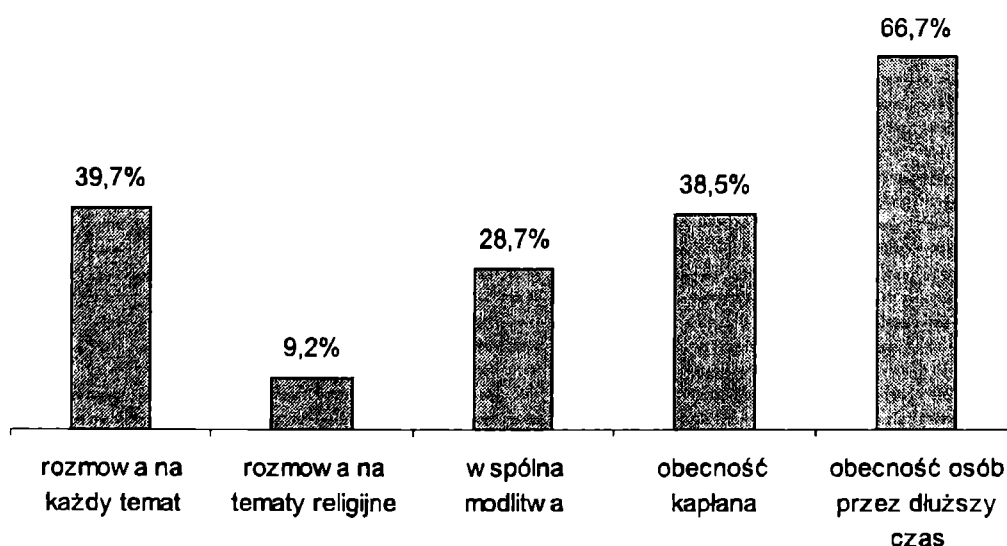


z władzy święceń kapłańskich, posiadanego przygotowania i predyspozycji osobowościowych. Oczekiwania podopiecznych hospicjum w stosunku do kapelana mają wymiar posługi religijnej, sakramentalnej i towarzyszenia. Personalny deficyt kapłanów hospicyjnych i w efekcie niedostateczne zaspakajanie potrzeb duchowych chorych terminalnie obliguje znaczną część podopiecznych do sugerowania poszerzenia podmiotu opieki duchowej w ośrodku. Chorzy terminalnie wśród podejmujących aktywność na polu wsparcia duchowego najchętniej widzieliby siostry zakonne, świeckich szafarzy Eucharystii, przedstawicieli ruchów religijnych oraz osoby po stracie bliskiej osoby. Zapewnienie maksymalnej efektywności opieki duchowej oferowanej w ramach działalności hospicyjnej w Polsce wpłynie w niedługim czasie na znaczne poszerzenie kręgu osób podejmujących powyższą działalność.

### III. FORMY OPIEKI DUCHOWEJ W HOSPICJUM W OPINII CHORYCH TERMINALNIE

Poznanie uwarunkowań terminalnego stadium choroby nowotworowej, generalnych opcji i preferencji chorych umierających w zakresie opieki duchowej zachęca do podjęcia dalszej refleksji w kierunku określenia najbardziej oczekiwanych jej form. Wiedza w zakresie pożądanego kształtu posługi duchowej wśród umierających na nowotwory jest konieczna w celu zapewnienia działań adekwatnych do oczekiwań adresatów. Chorych przebywających pod opieką hospicjum zapytano o najbardziej pożądane formy opieki duchowej. Wśród odpowiedzi, które ilustruje poniższy wykres, dominują sugestie idące w kierunku posługi towarzyszenia. Wrażenie biernej pomocy wewnętrznej pojawia się tylko we wstępnym odczuciu, odsłaniając następnie całe bogactwo powyższej formy wsparcia. Inicjatywa troski duchowej staje się udziałem obu stron, nie ma w niej zadeklarowanego nadawcy i odbiorcy, zarówno chory, jak i podejmujący posługę stają się otwarci na wartości duchowe. Określenie podmiotu tak rozumianej opieki przekracza wymiar fizycznej obecności osoby.

Wykres 4. Formy opieki duchowej w hospicjum w opinii terminalnie chorych.



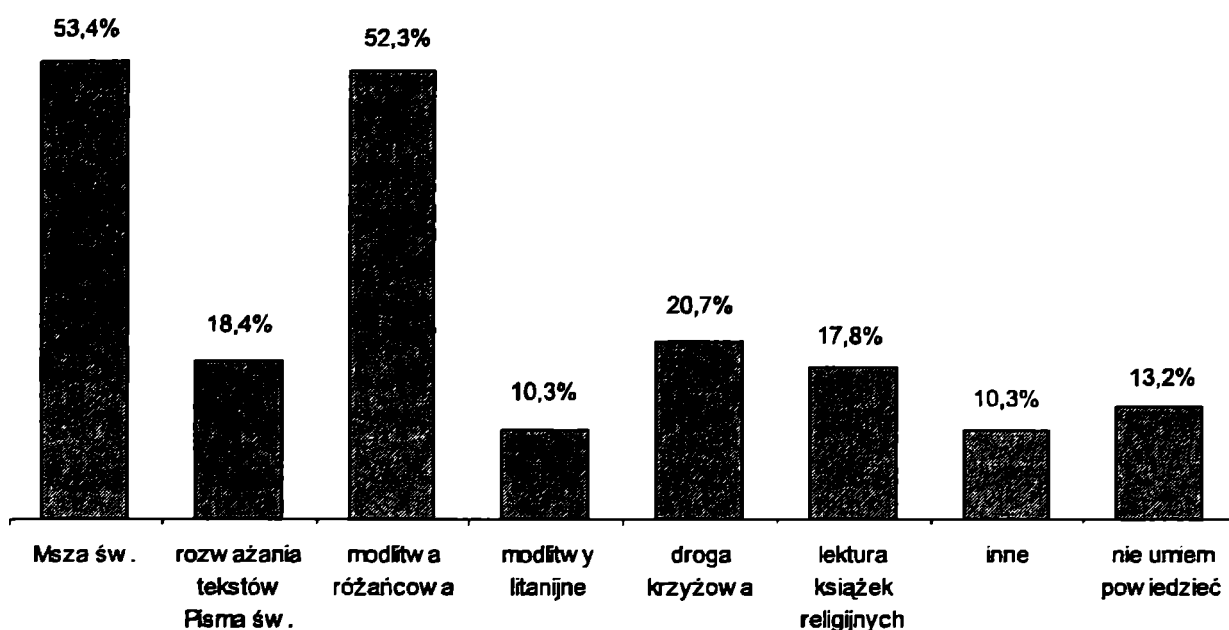
Największym uznaniem wśród form opieki duchowej w opinii podopiecznych hospicjum cieszy się towarzyszenie choremu przez dłuższy czas, następnie rozmowa na każdy temat, obecność kapłana, wspólna modlitwa oraz rozmowa na tematy religijne. Ruch hospicyjny realizuje swój główny cel opieki nad terminalnie chorymi poprzez działalność hospicjum stacjonarnego, domowego i dziennego. We wszystkich tych rodzajach działalności zespołów w ośrodkach troska duchowa, obok medycznej, psychologicznej i socjalnej, stanowi podstawową płaszczyznę aktywności placówki. Rodzaj wsparcia opieki w założeniach ruchu hospicyjnego nie powinien wpływać na zakres podejmowanych działań wśród chorych terminalnie. Opinie podopiecznych hospicjum dotyczące preferencji modelu otuchy duchowej w ośrodku z uwzględnieniem rodzaju opieki hospicyjnej mogą przynieść nowy impuls w tej dziedzinie.

Typ pomocy zdecydowanie wpływa na preferencje umierających w zakresie form troski wewnętrznej realizowanej w ramach ruchu. Podopieczni hospicjum domowego w znacznie wyższych wskaźnikach od wyników ogólnych (73,9%) preferują obecność osób przez dłuższy czas. Znacznie niższe wskaźniki osiągnęły takie formy opieki duchowej, jak rozmowy na każdy temat (29,7%) i wspólna modlitwa (22,5%). Chorych przebywających pod opieką hospicjum stacjonarnego i dziennego w priorytetach modeli pomocy duchowej cechują istotne zróżnicowania, w znaczący sposób odbiegające od wyników ogólnych w następujących formach: rozmowy na każdy temat (57,1%) i wspólna modlitwa (39,7%).

Wśród sposobów realizowania opieki duchowej istotne miejsce zajmuje bezpośrednio odniesienie do wiary. Praktyki religijne, w opinii terminalnie chorych, stanowią integralny składnik wsparcia wewnętrznego. Jakie praktyki religijne najbardziej wspierają Pana(ią) w chorobie? Odpowiedź na to pytanie ilustruje wykres na następnej stronie.

Umierający na chorobę nowotworową spośród praktyk religijnych najczęściej preferują Mszę świętą. Forma uczestnictwa w liturgii eucharystycznej związana jest bezpośrednio z rodzajem opieki hospicyjnej i stadium raka. Najczęściej jednak osoby w stanie terminalnym uczestniczą w Mszach świętych radiowych transmitowanych przez Radio Maryja i wiele rozgłośni diecezjalnych. Modlitwa różańcowa należy również do głównych praktyk religijnych, które w opinii cierpiących najbardziej wspierają w chorobie. W dalszej kolejności wskazywano na nabożeństwo Drogi Krzyżowej, rozważanie tekstów Pisma świętego i lekturę książek religijnych.

Wykres 5. Praktyki religijne w opinii chorych terminalnie



Rodzaj opieki hospicyjnej wpływa znacząco na nasilenie wskaźników praktyk religijnych. Podopieczni hospicjum domowego i dziennego w 63,5% wyrażają przekonanie o pomocy Mszy świętej w dźwiganiu ciężaru choroby nowotworowej, natomiast przebywający pod opieką stacjonarną podzielają powyższy pogląd w 47,7%. Modlitwa różańcowa stanowi istotne wsparcie duchowe dla 57,7% podopiecznych ośrodka stacjonarnego, natomiast w 42,9% dla osób przebywających pod opieką domową i dzienną. Pozostałe wskaźniki praktyk religijnych nie osiągnęły znaczących zróżnicowań od wyników ogólnych.

Chorzy terminalnie, przebywający pod opieką hospicyjną, jasno werbalizują swoje preferencje co do form troski duchowej. Przeważają oczekiwania związane z posługą towarzyszenia, dialogiem ze spotykanymi ludźmi, obecnością kapłana i wspólnotową modlitwą. Wśród praktyk religijnych najbardziej wspierających w chorobie i jednocześnie nade wszystko oczekiwanych w cierpieniu wyliczano następujące (z zachowaniem kolejności): Msza święta, modlitwa różańcowa, nabożeństwo Drogi Krzyżowej, rozważania Pisma świętego, lektura książek religijnych i modlitwy litanijne.

## IV WNIOSKI PASTORALNE

Proces indywidualizacji człowieka powoduje zanikanie społecznych form duchowości religijnej na rzecz osobistej łączności z tym, co boskie. Zjawisko to najczęściej potęguje choroba ze świadomością nieuchronnej śmierci. Indywidualne formy duchowości religijnej uzależnione są od przyjętych postaw, które formułują się pod wpływem wewnętrznej postawy opartej na lęku wobec *sacrum*, wyrażającego się w zaufaniu (wierze), dążeniu do Boga, nadziei i miłości w celu nawiązania z Nim osobowego kontaktu. Duchowość religijna uzewnętrznia się w kulcie bezpośrednim (skierowanym wprost do Boga) albo pośrednim (przez cześć dla osób lub rzeczy świętych), zwłaszcza w modlitwie i ofierze indywidualnej lub wspólnotowej, szczególnie liturgicznej, a także poprzez umartwienia osobiste i cierpliwe znoszenie niepowodzeń, porażek oraz cierpień duchowych i fizycznych.

Wrażliwość na duchowe potrzeby chorego w ramach opieki hospicyjnej to zadanie dla zespołu placówki, ale również przyjaciół i najbliższej rodziny. Wszyscy chrześcijanie winni uczestniczyć w troskliwej miłości Chrystusa i Jego Kościoła względem umierających. Należy jednak odróżniać pełną miłości opiekę duchową od postawy natarczywego nawracania chorego. Pierwsze charakteryzuje bezwarunkowa akceptacja osoby ludzkiej, podmiotu praw, drugie natomiast cechuje instrumentalne traktowanie w celu realizacji źle rozumianego „apostolskiego charyzmatu” Odwiedziny cierpiącego nie są bowiem czyhaniem na przymuszone nawrócenie, ułatwione psychofizyczną słabością chorego<sup>8</sup> Nie należy jednak popadać w drugą skrajność, tzn. unikać tematów życia sakramentalnego osoby umierającej. Szanując wolność decyzji chorego, winno się w stosownej chwili jasno sformułować sprawę spotkania z duchownym w celu przyjęcia sakramentów. Zespół hospicyjny może w tej kwestii wiele zrobić, zdarza się bowiem, że umierający wręcz czeka na taką inspirację z zewnątrz. Z praktyki wiadomo, że trudniej choremu podjąć decyzję spotkania z kapłanem w domowej opiece hospicyjnej niż w opiece stacjonarnej. To pierwsze jest traktowane jako działanie nadzwyczajne, to drugie natomiast jako „jeden z punktów dnia”

Postługa sakramentalna wobec katolików pozostaje podstawową formą niesienia pomocy duchowo-religijnej w ramach troski duchowej w opiece ho-

---

<sup>8</sup> Por. J. S t e f a ń s k i. *Sakrament chorych w reformie Soboru Watykańskiego II*. Poznań 1988 s. 228.



spicyjnej. Szafarzem znaków niewidzialnej łaski jest wprawdzie kapłan, ale sprawcą ich skuteczności jest sam Jezus Chrystus, obecny przy chorym tu i teraz. W znakach sakramentalnych – rozgrzeszeniu, namaszczeniu i Eucharystii – uobecnia się wydarzenie zwane Tajemnicą Paschalną, w której chory partycypuje. Stanowi ona w istocie misterium przejścia przez śmierć – z życia do Życia zjednoczonego z Chrystusem. W konsekwencji człowiek już nie cierpi samotnie. Tajemnica Paschalna jest realną odpowiedzią na egzystencjalne pytania i niepokoje chorego<sup>9</sup> Towarzyszenie umierającemu jest dyskretnym duchowym wspieraniem w najważniejszych chwilach w życiu człowieka. Szept modlitwy, różaniec, krzyż, świeca tworzą klimat religijnego przeżycia obecności Boga obdarzającego dusze chorego miłością i pokojem.

Pomoc duchowa świadczona chorym terminalnie przebywającym pod opieką hospicyjną wymaga stałej troski. Przeświadczenie zespołu placówki o potrzebie pomocy duchowej nie jest proporcjonalne do stopnia przygotowania w tym zakresie. W programach kształcenia adeptów do opieki paliatywnej i hospicyjnej istnieje duży deficyt w zakresie duchowych oczekiwań człowieka. Potrzebą chwili wydaje się więc dowartościowanie tego wymiaru opieki paliatywnej. Poznanie zasad funkcjonowania psychiki, na którym nierzadko kończy się formacja w tym zakresie, to dopiero początek drogi ku poznaniu świata ludzkiego ducha. Nie jesteśmy w stanie dojść do końca tej drogi, ale sama świadomość jej istnienia sprawia, iż w pomocy duchowej w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej dostrzegamy całą i każdą osobę.

## LITERATURA

- B e r e s f o r d L.: *The Hospice Handbook*. Boston: Little, Brown and Co. Pub. 1993.
- B l o c k B., C h m i e l A.: *Duszpasterskie problemy opieki paliatywnej*. W: *Problemy medycyny paliatywnej w onkologii*. Lublin 1996 s. 46-50.
- Człowiek nieuleczalnie chory*. Red. B. Block, W Otrębski. Lublin 1997

---

<sup>9</sup> P a w l a k. *Opieka duchowa u kresu życia* s. 58 n.

- D u t k i e w i c z E.: Duszapasterska opieka nad ciężko chorymi i umierającymi. W: Ewangelizacja i nawrócenie. Program duszpasterski na rok 1995/96. Red. E. Szczotok, A. Liskowacka. Katowice: Drukarnia Archidiecezjalna 1995 s. 534-549.
- D u t k i e w i c z E.: Filozofia opieki hospicyjnej. W: Lekarz wobec kończącego się życia. Materiały z sympozjum naukowego Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. Poznań 1996 s. 43-53.
- H o l l a n d J.: Clinical Course of Cancer. W: Handbook of Psychooncology. Ed. J. C. Holland, J. H. Rowland. New York: Oxford University Press 1989.
- K ü b l e r R o s s E.: Working it through. Workshop on Life, Death and Transition. New York: Macmillan Publishing 1987
- L e S h a n L.: Cancer as a Turning Point: A Handbook for People with Cancer, Their Families, and Health Professionals. New York: Dutton 1989.
- Ł u c z a k J.: Towarzystwo umierającym chorym w ich cierpieniach duchowych. W: Ból totalny. Red. J. Łuczak i in. Lublin 1998 s. 73-83.
- M u r r a y P a r k e s C., R e l f M., C o u l d r i c k A.: Counselling in Terminal Care and Bereavement. Leicester: BPS Books 1996.
- S t e f a ń s k i J.: Sakrament chorych w reformie Soboru Watykańskiego II. Poznań: Księgarnia św. Wojciecha 1988.
- Z i e m i a ń s k i S.: Kapelan szpitalny wobec człowieka zagrożonego śmiercią. „Przegląd Lekarski” 44:1987 nr 11 s. 777-781.

THE SPIRITUAL CARE IN THE HOSPICE MOVEMENT  
ACCORDING TO WHAT THE TERMINAL PATIENTS SAY  
AND ON THE BASIS OF THE RESEARCH ON SOME SELECTED HOSPICES  
IN POLAND

S u m m a r y

Spiritual care is one of the constitutive elements of hospice care. Apart from the medical level and psychosocial concern about the inner state of man, it is the essential part of the ministry to the dying man. All the above mentioned functions of a hospice unit are mutually conditioned and complementary. If we stress only one of them, it is detrimental to the others, and, consequently, we diminish the effectiveness of the ministry to terminal patients. The spiritual care is a complementary part of the work of the hospice staff. It is commonly assumed that the spiritual state of a sick person considerably affects the effectiveness of medical steps that are undertaken, and it diminishes psychological support. The internal state of the sick is not indifferent to the social activity of the hospice staff.

The empirical research among terminal patients included the question of the global attitude towards faith that the terminal patients adopt, the subject of spiritual care about the terminal patients, and the forms of spiritual care. On the basis of this research some pastoral conclusions have been drawn. The hospice staff believe that spiritual care is needed, but their belief is not proportional to the way they are prepared in this regard. The syllabuses

designed to prepare candidates for palliative and hospice care are deficient as regards the spiritual needs of man.

It is of the utmost importance to put more value on the spiritual dimension of palliative care. To learn how human psyche works, a stage which usually finishes preparation in this regard, is only a beginning of the path towards knowing the world of the human spirit. We are not able to reach the end of this path, but the very awareness that it exists makes it that in spiritual aid palliative and hospice care we can notice the whole man and each in particular.

*Translated by Jan Kłós*

**Słowa kluczowe:** hospicja, chorzy terminalnie, opieka duchowa.

**Key words:** hospices, terminal patients, spiritual care.