Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorym

! KAPELANI.indb 1 2010-03-08 14:43:30

! KAPELANI.indb 2 2010-03-08 14:43:30

medycyna praktyczna

Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorym

Zapis konferencji
Łagiewniki, 14 marca 2009 roku

! KAPELANI.indb 3 2010-03-08 14:43:30

© Medycyna Praktyczna, Kraków 2010

redaktor
Krystyna Moćko

druk
Technet, Kraków

Wydanie I

ISBN 978-83-7430-257-9

Medycyna Praktyczna
ul. Krakowska 41
31-066 Kraków
tel. (12) 293 41 00
faks (12) 293 40 10
e-mail: listy@mp.pl
www.mp.pl

! KAPELANI.indb 4 2010-03-08 14:43:30

Spis treści

Autorzy **7**

Wstęp **9**
ks. bp Stefan Regmunt

Obawy i nadzieje kapelana szpitalnego **11**
o. Marek Donaj OSA

Kapelan szpitalny – oczekiwania personelu medycznego **14**
prof. dr hab. med. Jacek Łuczak

Czego oczekuje od kapelana szpitalnego pacjent? **25**
Anna Dymna

Z filozofii relacji osobowych w medycynie **31**
Humanizacja działań medycznych a obecność kapelana przy chorym
dr Kazimierz Szałata

Szkolenie kapelanów służby zdrowia w Stanach Zjednoczonych metodą Clinical Pastoral Education i zarys możliwości adaptacji tej metody w Polsce **44**
ks. dr Piotr Krakowiak SAC

Posługa kapelana w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie w latach 1995–2009 . . . . **62**
ks. dr hab. Lucjan Szczepaniak SCJ

Choroba – krytyczny moment w relacji między Bogiem i człowiekiem **75**
prof. nadzw. dr hab. Tadeusz Biesaga SDB

! KAPELANI.indb 5 2010-03-08 14:43:30

Posługa duszpasterska w placówkach służby zdrowia 83
José L. Redrado OH

W poszukiwaniu przyszłych kapelanów szpitalnych 95
Formacja w polskich seminariach duchownych – rekonesans
ks. Grzegorz Ryś

Duszpasterstwo Służby Zdrowia. 100
Rina Monteverdi

Duszpasterstwo Służby Zdrowia we Włoszech . . 105
br. Marco Fabello

Centrum „Bracia czyńcie dobro" 107
Szkoła Kapelanii Szpitalnej św. Jana Bożego
Marek Krobicki

Materiały audiowizualne z zapisem wystąpień są dostępne w Internecie:
www.bonifratrzy.krakow.pl/kapelania
www.mp.pl/etyka/kapelania

! KAPELANI.indb 6 2010-03-08 14:43:30

Autorzy

prof. nadzw. dr hab. Tadeusz Biesaga SDB
Katedra Bioetyki Uniwersytetu Papieskiego im. Jana Pawła II w Krakowie

o. Marek Donaj OSA
Proboszcz Parafii św. Katarzyny Aleksandryjskiej w Krakowie, były kapelan II Katedry Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie,

Anna Dymna
Prezes Fundacji „Mimo wszystko"

br. Marco Fabello
Prezes Włoskiego Stowarzyszenia Duszpasterstwa Służby Zdrowia

ks. dr Piotr Krakowiak SAC
Krajowy Duszpasterz Hospicjów
Dyrektor Hospicjum im. Ks. Eugeniusza Dutkiewicza w Gdańsku

Marek Krobicki
Dyrektor Szpitala Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie

prof. dr hab. med. Jacek Łuczak
Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Hospicjum Palium SK Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Rina Monteverdi
Koordynatorka Prowincjonalnego Ośrodka Duszpasterstwa Prowincji Lombardzko-Weneckiej Bonifratrów

! KAPELANI.indb 7 2010-03-08 14:43:31

José L. Redrado OH
Sekretarz Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia

ks. Grzegorz Ryś
Rektor Wyższego Seminarium Duchownego Archidiecezji Krakowskiej

dr Kazimierz Szałata
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Krakowie

ks. dr hab. Lucjan Szczepaniak SCJ
kapelan Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie

! KAPELANI.indb 8 2010-03-08 14:43:31

Wstęp

„Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorym"

Łagiewniki, 14 marca 2009 r.

Posługa kapelanów szpitalnych od dawna wpisuje się w krajobraz polskich szpitali i domów opieki społecznej. Postęp w dziedzinie medycyny, możliwość przedłużania życia oraz wpływ współczesnej cywilizacji na człowieka (osobowość, pluralizm wyznań, obojętność religijna) sprawiają, że człowiek chory staje się często samotny, cierpiący nie tylko fizycznie, ale i psychicznie. Osoba kapelana w placówkach opieki medycznej jest więc coraz bardziej oczekiwana i wskazana. Obecność drugiego człowieka, umiejącego słuchać i przynoszącego nadzieję, staje się dla osób chorych, umierających i w podeszłym wieku szansą na to, aby w przeżywanym doświadczeniu odnaleźć odpowiedź na pytania dotyczące sensu życia i nieprzemijających wartości.

Z wdzięcznością należy przyjąć propozycję krakowskiego środowiska Ojców Bonifratrów zorganizowania dnia 14 marca 2009 roku w Łagiewnikach konferencji: „Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorym", podejmującej ważne tematy związane z posługą

! KAPELANI.indb 9 2010-03-08 14:43:31

kapelana szpitalnego. Dobór tematów i grona prelegentów stanowi o randze prezentowanych zagadnień.

Niniejsza publikacja wyznacza dobry początek poszerzania wiedzy teoretycznej oraz praktycznej, służącej owocnemu i adekwatnemu posługiwaniu kapelanów szpitalnych.

Z zachętą do korzystania z tej publikacji

+ Stefan Regmunt
Przewodniczący Zespołu KEP
ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia

Zielona Góra, 22 października 2009 r.

! KAPELANI.indb 10 2010-03-08 14:43:31

Obawy i nadzieje kapelana szpitalnego

o. Marek Donaj OSA

Miałem szczęście, że u progu swego kapłaństwa trafiłem pod skrzydła najbardziej kompetentnego pisarza wśród lekarzy i najwrażliwszego lekarza wśród pisarzy, człowieka o dużym poczuciu humoru – profesora Andrzeja Szczeklika.

Biegłem przez sale szpitalne, nie zwracając uwagi na twarze tych, którzy przyjmowali sakrament. Moment przełamania nastąpił, gdy pacjent mnie zatrzymał:

– Niech ksiądz coś powie.

– Co mam powiedzieć, gdy widzę tyle cierpienia?

– Niech ksiądz powie prawdę.

Odpowiedziałem:

– Boję się cierpienia.

To był początek niezwykłych spotkań.

Jednym z wyzwań, przed jakimi staje kapelan, jest ludzka bezsilność wobec choroby, kiedy zdaje się ona przerastać wiedzę medyczną. Nie wystarczą tu słowa pociechy, że wszystko będzie dobrze, potrzeba tylko czasu, cierpliwości. Co najgorzej boli? Że nie możesz uzdrowić. To chyba wspólne doświadczenie lekarza i kapelana, które wymaga pokonania prostego lęku przed ogromem cierpienia. „Niemniej nie cierpienie jest tutaj ważne – pisał ks. Józef Tischner – Nie ono dźwiga. Wręcz przeciwnie, cierpienie zawsze niszczy. Tym, co dźwiga, podnosi i wznosi ku górze jest miłość”[1]. Kapelan

1 J. Tischner: Miłość nas rozumie. Znak, 2000: 25–26

! KAPELANI.indb 11 2010-03-08 14:43:31

w szpitalu, wypełniając swoją posługę szafarza sakramentów jest też często kimś więcej niż towarzyszem chorego w trudnym etapie życia. By mądrze i kompetentnie pomógł przejść chwile cierpienia fizycznego i związanego z tym lęku, potrzebuje wiedzy na temat człowieka[2].

Sytuacja szpitala skupia w sobie największe bolączki naszej egzystencji. Nieumiejętność spojrzenia na drugiego człowieka w jego sytuacji może stać się powodem dodatkowego cierpienia. To niesie wielkie pytania o każde spotkanie z drugim człowiekiem, bo każde może być ważne i znaczące. Świadczą o tym wypowiedzi kapelanów, że „w szpitalu zmienia się też wiara: czasem w bunt, a czasem dojrzewa i odradza się na nowo"[3]. A kiedy przychodzi do sytuacji ekstremalnych, granicznych, kiedy nadchodzi śmierć, te pytania są palące. Tu nie ma czasu na dywagacje, swoje przekonania, swoje ograniczenia.

W takim przypadku oczywiście najważniejsza jest osoba odchodzącego, wtedy nie można się zastanawiać nad procedurami, wtedy liczy się człowiek. I żeby móc sprostać tej śmierci, trzeba pamiętać, że nie jest się tym, który wszystko wie. Jakże ważna jest tu postawa wyrozumiałości dla błędów i dramatów ludzkiego życia.[4]

Moje spostrzeżenia i refleksje dały mi możliwość zaakceptowania tej trudnej rzeczywistości szpitalnej, jak i samego siebie w tej pracy, ale też wyrażenia swoich obaw.

Funkcja kapelana nigdy nie jest najważniejszą posługą wśród innych zajęć kapłanów, co wynika z niskiego prestiżu tej posługi wśród duchowieństwa i niesie ze sobą m.in. takie skutki:

- Seminaria nie odczuwają nacisku na jakieś specjalne formy kształcenia przygotowującego do wypełniania tej posługi;
- Otwartość wspólnoty Kościoła na chorego w lecznictwie zamkniętym, nierzadko w sytuacjach ekstremalnych, jeszcze wciąż pozostawia wiele do życzenia. Jakże często

2 Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia: Karta Praw Służby Zdrowia. Watykan, 1995; pkt 1–10

3 Kapelani szpitalni – świadectwa. Gość Niedz., 2000; 6

4 L. Szczepaniak SCJ: Abc posługi religijnej w szpitalu. Wstań. Dwumiesięcznik dla chorych, 2005; 1 (97)

! KAPELANI.indb 12 2010-03-08 14:43:31

spotyka się przypadkowych kapelanów, którzy boją się zarażenia, brzydzą się fizjologii i mylą rzeczywistość szpitala z rzeczywistością świątyni podczas niedzielnej mszy. To nie zawsze jest ten sam porządek posługi liturgicznej![5]

„Zewnętrzne warunki pełnienia posługi bywają w wielu szpitalach dalekie od idealnych – przyznaje na przykład ks. Józef Augustyn SJ. – Nie da się w szpitalu wprowadzić atmosfery skupienia i ciszy, jaka panuje w świątyni, choć oczywiście zewnętrzne zachowanie kapelana winno odpowiadać spełnianej przez niego misji"[6].

- Niedostateczna jest sama jakość tej posługi. Pośpiech, brak czasu, a więc możliwości poświęcenia każdemu potrzebującemu pacjentowi należytej uwagi i związane z tym często zaniedbanie relacji z samym personelem szpitala.

Trzeba przypomnieć, że jak stanowi Karta Praw Służby Zdrowia, troska duszpasterska o chorych jest „podstawowym prawem chorego i obowiązkiem Kościoła (por. Mt 10, 8; Łk 9, 2; 10, 9). Jeśli się jej nie zapewnia, nie sprzyja jej lub ją uniemożliwia, narusza się to prawo i jest się niewiernym takiemu obowiązkowi"[7].

Jak jednak wskazuje patron mojego zakonu, św. Augustyn, i wina bywa błogosławiona, szczęśliwa – ***felix culpa.*** Jeżeli funkcja kapelana nie jest najbardziej pożądanym zajęciem polskiego księdza, to być może w przyszłości, będą trafiać do niego tylko najlepsi: tacy, którzy sami, świadomie wybierają tę drogę powołania kapłańskiego.

5 Tamże

6 J. Augustyn SJ: Posługa na miarę ubóstwa. Pastorem, 2003; 2 (19): 146

7 Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, dz. cyt.: pkt 108

! KAPELANI.indb 13 2010-03-08 14:43:31

Kapelan szpitalny – oczekiwania personelu medycznego

prof. dr hab. med. Jacek Łuczak

I

„Tak, pomogło mi leczenie, które Pan doktor zaordynował, nie dokucza mi już ten straszny ból fizyczny, ale dlaczego nikt nie chce usiąść przy mnie i wysłuchać, jak cierpię, mój ból duchowy jest przeogromny…" (48-letnia pacjentka Wielkopolskiego Centrum Onkologii, z zaawansowanym rakiem gruczołu piersiowego, 1990)

„Proszę mi powiedzieć, dlaczego Pan Bóg mnie wybrał na to cierpienie?" (17-letni Maciej w opiece hospicjum domowego, z mięsakiem kości, dwa miesiące przed śmiercią; zmarł w Wielki Czwartek, w dniu Powołań Kapłańskich).

„Nasz ksiądz powiedział mi, że cierpienie – umieranie Chrystusa, może stanowić dla nas wzór. Jakkolwiek uznaliśmy, że Bóg nas wybrał na to cierpienie, z którym tak bardzo trudno się pogodzić, to czy cierpienie Chrystusa może być porównywalne z cierpieniem Joasi? Przecież ona jest ukrzyżowana od 3 lat!" (Matka Joasi Drażba: „Za parawanem powiek" – książka polecana przez Jana Pawła II). Wielką wartość posiadają intymne zwierzenia zawarte w tym pamiętniku 24-letniej poetki, niepowierzone nikomu, odkryte przez matkę po śmierci Joanny. Stanowią one okno ukazujące wnętrze jej duszy – bardzo szczere, bolesne zwierzenia, obrazujące cierpienia duchowe młodej, sparaliżowanej kobiety – jeszcze dziewczyny, której piękne ciało

! KAPELANI.indb 14 2010-03-08 14:43:31

zdeformował nowotwór, pogrążonej w zminimalizowanym wymiarze życia, bez perspektyw, która nie zdążyła nacieszyć się życiem osoby dorosłej, przeżywającej radość małżeństwa i macierzyństwa, czy chociażby powrotu do normalności – i realizacji typowo kobiecych pragnień: włożenia ładnego ubioru, butów i spacerowania…

„Jak ja się czuję? Ciało coraz słabsze, ale duch rośnie!" (70-letnia chora hospicjum stacjonarnego, z kacheksją nowotworową)

Mimo rosnących doświadczeń w praktykowaniu medycyny paliatywnej coraz częstsze spotkania z ciężko chorymi, umierającymi pacjentami uświadamiają mi własną niewiedzę w zakresie pojmowania duchowości i cierpienia duchowego i towarzyszące temu poczucie bezradności. Pomocą służy wsparcie otrzymywane od najlepszych nauczycieli samych chorych, ich bliskich, całego zespołu interdyscyplinarnego, dzielącego ze mną trudy opieki oraz kapelanów hospicyjnych, ks. Zbigniewa, który uczy duchowości w opiece paliatywnej, opierając się na wiedzy filozofa i własnych doświadczeniach w towarzyszeniu chorym u schyłku życia, jak również codzienna obecność w hospicjum ks. Przemysława, który jest także kapelanem szpitalnym.

W tradycyjnym modelu opieki zdrowotnej nad chorym istnieje podział w zadaniach. Lekarzowi powierzono nieomal wyłącznie zaspokajanie potrzeb medycznych: rozpoznawanie i leczenie choroby z ukierunkowaniem na problemy medyczne – somatyczne (medykalizacja). Kapelan postrzegany jest jako duchowny, którego główną funkcją są działania sakramentalne. Lekarze z reguły, w odróżnieniu od większości chorych i ich bliskich, nie doceniają ważności pomocy kapelana w rozwiązywaniu problemów duchowych i religijnych. O braku należnej współpracy z lekarzami świadczy chociażby sporadyczność zgłaszania potrzeby posługi kapłańskiej przez lekarzy (4%), podczas gdy zgłoszenia od pracowników socjalnych i pielęgniarek wynoszą odpowiednio 24% i 60%.[1]

1 Koenig H.G., Bearon L.B., Hover M., Travis J.L. 3rd: Religious perspectives of doctors, nurses, patients, and families. J. Pastoral. Care, 1991; 45: 254–267

! KAPELANI.indb 15 2010-03-08 14:43:31

Programy szkolenia studentów i lekarzy z reguły nie zawierają problematyki z zakresu cierpienia – bólu duchowego/egzystencjalnego i wsparcia duchowego oraz współpracy z kapelanem szpitalnym we wspólnie sprawowanej opiece. Kapelani na ogół nie są przygotowywani do duszpasterskiej pracy z chorymi i ich bliskimi, co dotyczy w szczególności cierpiących, ciężko chorych i umierających pacjentów.

Wrażliwy na cierpienia chorego lekarz oczekuje od kapelana dostępności i współpracy w rozpoznawaniu i kojeniu cierpienia egzystencjalnego – duchowego, wsparcia religijnego w tym przygotowania do śmierci i umierania z podtrzymywaniem nadziei oraz wsparcia dla osób choremu bliskich.[2]

Oczekiwania pielęgniarek dotyczą między innymi większej, całodobowej dostępności kapelana (pacjent potrzebuje wsparcia duchowego o każdej porze dnia), potrzeby większego kontaktu z kapelanem. Kapłan to nie tylko rozdający sakramenty, ale duchowny jako przyjaciel, towarzyszący cierpiącym i wsłuchujący się w ich bolesne zwierzenia, zintegrowany z personelem.

Współcześnie w miarę rozwoju holistycznego modelu opartego na opiece interdyscyplinarnego zespołu – wzorcach opieki paliatywnej i hospicyjnej, lekarz, pielęgniarka, psycholog, pracownik socjalny oraz fizjoterapeuta wspomagani przez wolontariuszy poszerzają swoje działania o rozpoznawanie i łagodzenie cierpień psychospołecznych oraz egzystencjalnych – duchowych. Zwiększa się także zakres zadań kapelana-duchownego wchodzącego w skład zespołu, jako nie tylko lekarza „duszy" ale także powiernika chorych i ich bliskich, pomocnego w niesieniu ulgi w cierpieniu o podłożu somatycznym, psychicznym oraz społecznym. Te wspólne zadania wymagają wprowadzenia programu obowiązkowego szkolenia w tym zakresie dla kapelanów szpitalnych ze współudziałem personelu medycznego.

2 Fitchett G., Rasinski K., Cadge W. i wsp.: Physicians' experience and satisfaction with chaplains: a national survey. Arch. Intern. Med., 2009; 169: 1808–1810

! KAPELANI.indb 16 2010-03-08 14:43:31

II

Duchowość

Istota duchowości (Kellehear, Pall. Med., 2000; 14: 149–155) jest subiektywna i nie daje się zdefiniować (Heyse-Moore, Draper). Związana z osobowością – duchowość, dusza – trudne do określenia. Immanentna – duchowość – poszukiwanie sensu istnienia, wartości osobowe i znaczenie bytu, wiara w byt pozaziemski, poza mną/moją jaźnią. Religijna – związana z wiarą w Boga/związek z Bogiem/Bóstwem, praktyki, rytuały. Ból duchowy/egzystencjalny istnienia: Zwierzenia 62-letniej chorej: „Nie mogę znaleźć miejsca zapewniającego mi spokój." „Nie mogę niczego zrobić tak, jak bym chciała, życie jest nieznośne, jestem niczym, jestem ciężarem dla bliskich, czuję się osamotniona, nie czuję obecności Boga". „Utraciłam wiarę". „Bóg mnie opuścił".

Fenomen bólu duchowego – egzystencjalnego

Według ks. Zbigniewa Pawlaka (od 1991 roku prowadzącego w ramach programu medycyny paliatywnej szkolenie studentów WL z zakresu opieki duchowej na Uniwersytecie Medycznym im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu):

1. Doznanie osamotnienia – Nie chodzi tu o samotność fizyczną, tzn. taką gdy chory jest sam i nie ma nikogo bliskiego przy sobie, ani o samotność emocjonalną, gdy bliscy są i towarzyszą choremu, ale nie interesują się lub nie chcą rozmawiać o jego cierpieniu. Tu chodzi o „samotność metafizyczną" człowieka, który wkracza w śmierć (*„misterium mortis"*) – otchłań niewiedzy. Pomocna jest modlitwa!

2. Natręctwo myśli egzystencjalnych – Te pytania o prawdę i sens ludzkiego istnienia, które spontanicznie rodzą się w umyśle umierającego człowieka i które chory ujawnia, zaliczam do kategorii „bólu egzystencjalnego", dlatego że rodzą się one spowodowane cierpieniem i towarzyszącym mu lękiem, a nie teoretycznymi zainteresowaniami filozofią. Oto niektóre z nich: Kim jestem jako człowiek? Jaki sens ma ludzkie życie? Jaki sens cierpienia? Czy jest Bóg?

! KAPELANI.indb 17 2010-03-08 14:43:31

Jak mnie osądzi? Gdzie się podziała Jego miłość? Czy naprawdę jest wieczność?

3. Niespokojne sumienie – Poczucie odpowiedzialności za dokonane życie potęguje się w obliczu śmierci (Z. Pawlak: Opieka paliatywna. W: A. Szczeklik, red.: Choroby wewnętrzne. T. 2. Kraków, Medycyna Praktyczna, 2006)

Opieka paliatywna hospicyjna (OPH)

OPH obejmuje wszechstronne działania (opiekę holistyczną) interdyscyplinarnego zespołu (lekarz, pielęgniarka, psycholog, pracownik socjalny, rehabilitant, duszpasterz oraz wolontariusze), mające na celu zaspokajanie potrzeb: somatycznych (uśmierzanie bólu, duszności i innych objawów, uwzględniające również rehabilitację i terapię kreatywną), psychospołecznych oraz duchowych, poprzez wczesne ustalanie zagrożeń i potrzeb, zapobieganie i niesienie ulgi w cierpieniu chorym na przewlekłe, postępujące, ograniczające życie choroby (zaawansowana choroba nowotworowa i inne przewlekłe schorzenia obniżające jakość życia) oraz wsparcie ich rodzin. Celem jest poprawa jakości życia (WHO, 2002; IAHPC, 2008)

III

Moje opracowanie uzupełniają poniższe wypowiedzi dotyczące relacji z kapelanem szpitalnym/hospicyjnym: lekarza stażysty, lekarzy pełniących ważne funkcje w szpitalu, lekarza praktyka oraz pielęgniarek hospicyjnych.

Relacja kapelan-lekarz

Podsumuję tylko to, co pamiętam (a pamiętam niewiele), i będzie to mój punkt widzenia. Nadmienię, że jestem osobą niewierzącą i może to mieć wpływ na moje poglądy, choć jestem tolerancyjny wobec religii (dopóki, dopóty nie wpływa na moje życie) i dobrze rozumiem, jak ważną rolę odgrywa ona w życiu wielu ludzi. Stąd mam pełne zrozumienie dla ich poglądów, nawet, gdy się z nimi nie zgadzam. Uważam, że jako lekarze nie powinniśmy swoich poglądów

! KAPELANI.indb 18 2010-03-08 14:43:31

religijnych narzucać chorym (niby banał, a jednak wielu o tym zapomina) i jestem także zdania, że prawa religijnego nie powinno się na siłę wpisywać do aktów prawnych państwa świeckiego. Rozdział państwa od religii jest czymś dla mnie absolutnie naturalnym, jest to jedna z wielkich zdobyczy Oświecenia.

Relacja lekarz-kapelan

1. Lekarz, który ma do czynienia z chorym w stanie terminalnym, powinien dbać o jego komfort psychiczny i duchowy (czy to nie jest jednoznaczne, nie jestem pewien). Wyobrażam sobie, że pomoc w chwili duchowego zwątpienia jest jedną z fundamentalnych potrzeb człowieka, którą należy zaspokoić. Dla ludzi wierzących taką pomocą może być rozmowa z kapelanem. Dla ludzi niewierzących zostaje tylko personel medyczny/psycholog/rodzina? Obowiązkiem lekarza jest według mnie upewnienie się, czy chory potrzebuje takiej osoby. Gdy odpowie twierdząco, należy dołożyć wszelkich starań, by taką pomoc uzyskał.
2. Lekarz powinien porozmawiać z kapelanem (który regularnie odwiedza hospicjum/szpital) i wyjaśnić mu pokrótce, jaki jest stan psychiczny chorego, jakie są jego relacje z rodziną, personelem itp. Czy chory zgłasza jakieś problemy; bądź nawet gdy ich nie zgłasza – to jakie są spostrzeżenia lekarza/pielęgniarek co do potrzeb pacjenta. Kapelan powinien umieć zbudować sobie obraz potrzeb chorego i spróbować wesprzeć go w chwili zwątpienia, by podnieść jego komfort życia i ułatwić umieranie. Na marginesie dodam, że moim zdaniem problem umierania będzie coraz większy w cywilizacji życia i wiecznej młodości, jakiej przyszło nam żyć. Ludzie zapominają, że naturalną konsekwencją życia jest śmierć, i nie ma od tego odwrotu. Konflikt ten widać w postaci problemów uporczywej terapii, eutanazji itp. Ludziom się wydaje, że postęp techniki i medycyny uczyni nas nieśmiertelnymi, i dlatego nie mogą się pogodzić ze śmiercią (nawet ludzie wierzący w życie pozagrobowe, co jest dość sprzeczne z ich wiarą). Widocznie instynkt samozachowawczy jest często silniejszy od wiary.

! KAPELANI.indb 19 2010-03-08 14:43:31

3. Kapelan powinien zdać relację ze swojej rozmowy z chorym – najlepiej osobiście lekarzowi prowadzącemu, a gdy to niemożliwe to w innej postaci (notatka pisemna, głosowa itp.). Wskazane byłoby, gdyby kapelan rozważył, czy chory wymaga więcej czasu, kolejnych wizyt i poinformował o tym lekarza, a w miarę możliwości zaplanował kolejne spotkania, informując o tym pacjenta.

W zasadzie to wszystko, co mi przychodzi na myśl. Opieka hospicyjna jest wielowymiarowa, wymaga współpracy personelu o różnych kwalifikacjach, dlatego księża (w polskim przypadku w większości katoliccy bądź prawosławni) powinni wchodzić w skład takiego zespołu. Pozostawiam Panu do rozważenia – kto powinien rozmawiać z osobami niewierzącymi? Zastanawiam się, dlaczego miałyby one być dyskryminowane? Osobiście nie miałbym chyba nic przeciw rozmowie z osobą duchowną, gdyby była to mądra i niestereotypowa postać, która potrafi wznieść się ponad dogmaty i otwarcie porozmawiać o problemach, niekoniecznie nakłaniając do przyjęcia wiary „*last minute*", co uważam za niewłaściwe.

Pozdrawiam serdecznie,
lek. Paweł Żebryk
lekarz stażysta Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

W sumie to misją kapłana jest udzielanie sakramentów. To jest istotą jego działania, choć w praktyce tak często oczekujemy czegoś innego i skupiamy się na innych wymiarach działania księży. Inne formy obecności kapłana też są – z ludzkiego punktu widzenia – pewnie ważne, choć nie najistotniejsze.

Modne jest określenie – w wielu wymiarach medycyny – że kapłan jest członkiem zespołu „profesjonalistów medycznych". Jest na pewno potrzebna harmonia obecności kapłana w zespole opiekującym się chorymi. Obecność jego wymaga z jednej strony delikatności, ale też i swego rodzaju przebojowości. Najważniejszą „przebojowością" jest „mówienie sobą", swoją obecnością i prostym świadectwem. Drugi człowiek (tak jak przecież Bóg) nie może się narzucać. Bóg nigdy się nie narzuca (jest delikatnością).

! KAPELANI.indb 20 2010-03-08 14:43:31

Misja kapłana, podobnie jak każdego chrześcijanina, jest prosta: mówić sobą; mieć w sobie coś z tego, czym promieniuje Bóg. Bardzo mnie poruszają słowa jednego z Ojców Kościoła: *Dieu ne peut que donner son amour. Dieu est tendresse.*

Kapłan jest dla bardzo wielu współczesnych – osób pracujących w szpitalu – jedynym znakiem instytucjonalnego Kościoła. Dostrzegam, że na przykład w moim szpitalu wiele osób postrzega Kościół przez pryzmat kapelana. Jest to oczywiście w pewnym sensie niezbyt dojrzałe, ale jest faktem.

Na marginesie: zmobilizowałem w ostatnich miesiącach na Szmarzewskiego tamtejszego kapelana, by – zakupiwszy wózek z intrygującymi (ale nienarzucającymi się) książkami – odwiedzał ze swoją mlodzieżą z duszpasterstwa akademickiego pacjentów na pulmonologii dwa razy w tygodniu. Wypożyczają książki, jednocześnie rozmawiając z pacjentami i będąc z nimi. Z pierwszych relacji wynika, że jest to bardzo ciekawe doświadczenie.

dr med. Szczepan Cofta
lekarz naczelny Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Szanowny Panie Profesorze!

Przekazuję zwięzłe oczekiwania lekarza anestezjologa – mojego Męża, i jeszcze kilka własnych zdań, które kiedyś powiedziałam jednemu z księży:

Jeżeli zadaniem Kapłana jest „łowienie ludzi", to można powiedzieć, że Szpital jest tutaj zaciszną zatoką gdzie oni zawsze są i może nawet w większej liczbie, i potrzebujący, bardziej świadomi swojego istnienia, a czasem zagubienia. Cierpienie stwarza taką sytuację egzystencjalną, człowiek zostaje odłączony od codziennego biegu, ma czas się zmierzyć z innym wymiarem rzeczywistości.

Czasami jest to ostatni moment, aby to „zderzenie" nastąpiło. To wymaga niezwykłej delikatności, otwartości.

Myslę, że to, co otwiera człowieka – to dobro i poczucie doświadczania miłości. Jeżeli chory człowiek taką miłość odczuje, zobaczy ją, jej dotknie – można mieć nadzieję, że to go otworzy.

! KAPELANI.indb 21 2010-03-08 14:43:32

Ale to nie jest wyłączne zadanie kapelana. On sam nawet nie może często tego zrobić. To mogą zrobić przede wszystkim lekarze, pielęgniarki, inni ludzie opiekujący się chorym. Kapelan może stać w pewnej odległości i być dostępny, otwarty, w kontakcie z tymi bezpośrednio opiekującymi się, służyć swoją pomocą w odpowiednim czasie, w spotkaniu człowieka z Bogiem.

Ale myślę, że zadaniem kapelana jest też swoiste „uczłowieczanie" środowiska medycznego, w którym chory człowiek się znajduje, uwrażliwianie go.

W takiej wizji nie sądzę, aby można go było tylko traktować jako kolejnego, działającego osobno konsultanta – profesjonalistę, specjalistę od duszy. Ideałem jest zaistnienie kapelana jako członka zespołu, który nawiązuje relację nie tylko z chorym, ale i z osobami, które go leczą i się nim opiekują.

To jest trudne, szczególnie w dzisiejszych zeświecczałych czasach.

Wymaga od kapelana zaangażowania, czasu i odwagi.

Wymaga też od kapelana takiego formatu, (takiej formacji?), która spowoduje, że nie będzie się obawiał cierpienia, choroby, śmierci… To niby oczywiste.

Pozdrawiam serdecznie
lek. Halina Bogusz
Specjalista ds. jakości Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

! KAPELANI.indb 22 2010-03-08 14:43:32

IV

Czego lekarz oczekuje od kapelana?

lek. anestezjolog M. Bogusz
Szpital Kliniczny Stare Miasto w Poznaniu

1. Aby był dobrym człowiekiem i świętym kapłanem.
2. Aby świadczył o miłości Boga do człowieka.
3. Aby dawał ludziom pociechę i możliwość zbliżenia się do Pana Jezusa.
4. Aby był delikatny, wrażliwy i oddany pacjentom o każdej porze dnia i nocy.
5. Aby słuchał ludzi, dzielił z nimi ich obawy, problemy, nadzieje i wątpliwości.
6. Aby rozdawał Jezusa w Eucharystii i Sakramencie Pokuty.
7. Aby nie bał się ludzi chorych.
8. Aby nie bał się lekarzy i pielęgniarek i próbował nawiązać z nimi kontakt.

To chyba najważniejsze, co mi przychodzi do głowy. Zdaję sobie sprawę, że są to duże i trudne wymagania, że jest to bardziej coś, do czego kapelan powinien się zbliżać. Nie można oczekiwać, że do szpitala przyjdzie w pełni ukształtowany, święty kapłan. Chciałbym tylko, aby kapłani nie wpadali w rutynę, nie godzili się na miernotę i nie uciekali od trudu.

Czego oczekują pielęgniarki hospicyjne od kapelana?

Wypowiedzi zbiorcze pielęgniarek
Hospicjum Palium w Poznaniu

1. Większa dostępność kapelana – całodobowa na telefon. Pacjent potrzebuje wsparcia duchowego o każdej porze dnia. Stan naglący duszy.
2. Poczucie większego kontaktu z kapelanem, kapelan nie godzinowo, nie w pośpiechu, pacjenci odczuwają pośpiech kapelana.
3. Pacjenci potrzebują rozmowy w określonej chwili, a nie rozmowy umówionej.

! KAPELANI.indb 23 2010-03-08 14:43:32

4. Duchowny powinien odwiedzać chorych nie tylko z komunikantami, które stwarzają dystans przed rozmową z duchownym. Trafniejsza jest indywidualna rozmowa, rozpoczynająca się np. czytaniem fragmentu Pisma Świętego lub wspólna krótka rozmowa, która zmniejszy dystans między duchownym a pacjentem.
5. Personel hospicjum potrzebuje również rozmowy z duchownym. Praca z pacjentami hospicjum niesie ze sobą wiele dylematów natury duchowej i wymaga wsparcia również w określonej chwili, a nie podczas umówionej rozmowy.
6. Potrzebują współpracy w zakresie wspólnego omawiania problemów pacjentów.
7. Rekolekcje okolicznościowe dla chorych i pracowników służby zdrowia. Może w formie luźniejszej.
8. Większe wyczulenie na sygnały od personelu odnośnie do potrzeb chorego.
9. Frustrują lęk i bezradność księży wobec cierpienia chorych, przejawiające się w szybkiej posłudze oraz wygłaszaniu sloganów religijnych (prawdopodobne przyczyny: skromne doświadczenie życiowe księży w zakresie cierpienia, niepowodzeń, utraty, problemów rodzinnych i ekonomicznych).
10. Kapłan nie tylko rozdający sakramenty, ale kapłan jako przyjaciel, towarzysz, współpracownik zintegrowany z personelem.

! KAPELANI.indb 24 2010-03-08 14:43:32

Czego oczekuje od kapelana szpitalnego pacjent?

Anna Dymna

Witam serdecznie wszystkich kochanych księży i wszystkich panów i panie. Nie wiem, jak się mam zwracać do takiego gremium, bo nigdy jeszcze przed takim nie występowałam. Mam okropną tremę, dlatego że ja nie przygotowałam żadnego wykładu, nie umiem wygłaszać wykładów na tak trudne tematy. Jestem aktorką i zwykle mówię mądre teksty wspaniałych poetów i wspaniałych dramaturgów. Staram się zrozumieć te teksty i mam jeszcze reżysera, który mi mówi, jak mam to grać, więc teraz jestem naprawdę w trudnej sytuacji, ale zostałam o to poproszona i głupio mi było powiedzieć, że absolutnie nie mogę. Myślę, że poproszona zostałam nie dlatego, że jestem tak mądra i mam prawo do państwa tutaj przemawiać, tylko dlatego że od 2003 roku prowadzę w telewizji publicznej, w „Dwójce" program pod nazwą „Spotkajmy się". Od pięciu czy sześciu lat rozmawiam z ludźmi, którzy cierpią, którzy umierają. Program powstał w 2003 roku, który ogłoszono ogólnoświatowym rokiem osób niepełnosprawnych, a w telewizji znalazły się pieniądze na to, żeby zbliżyć świat ludzi zdrowych do świata ludzi niepełnosprawnych i chorych. Ja już wtedy współpracowałam i przyjaźniłam się z ludźmi niepełnosprawnymi intelektualnie, dlatego w telewizji wiedzieli, że się tych problemów nie boję i powierzyli mi takie trudne zadanie.

To jest rzeczywiście najtrudniejsza rzecz, jaką w życiu robiłam, która całkowicie mnie przerasta, ale nauczyła mnie

! KAPELANI.indb 25 2010-03-08 14:43:32

jednej rzeczy – otwarcia się na drugiego człowieka. W tych programach rozmawiam z takimi ludźmi, z jakimi się styka kapelan w szpitalu, czyli z ludźmi cierpiącymi, z ludźmi skazanymi na śmierć. Zawsze się z nimi najpierw zaprzyjaźniam. Znajduję na to czas. Jadę do szpitala, jadę do ich domów, dowiaduję się o ich życiu wszystkiego. O tym obok kogo żyją, poznaję ich marzenia, wszystkich, więc potem mogę dzięki temu zdobyć ich zaufanie i porozmawiać o tym, czego się najbardziej boją, co ich najbardziej boli.

Ja oczywiście się bardzo dokładnie przygotowałam, bo pomyślałam sobie, że jakbym była kapelanem, tobym się wspierała w momentach, kiedy już nic nie mogłabym powiedzieć, stojąc w obliczu strasznego bólu i cierpienia. Mam tu wiersze Jana Twardowskiego o nadziei, miłości i wierze. Tu są najprostsze słowa, jakby pisało je dziecko, które dotyka najtrudniejszych spraw. Po części dotyka tutaj ksiądz Twardowski śmierci, cierpienia, jego sensu i szukania duszy w tym cierpieniu i sensu w tym cierpieniu. Są wiersze, które mówią o tym, ile jest strachu przed śmiercią, co towarzyszy wszystkim. I to jest taki mój katechizm. Jak nie mogę czegoś zrozumieć, to czytam te wiersze. Czytałam również książkę profesora Szczeklika pod tytułem „Kore", ale nie będę powtarzała tych wszystkich mądrości. Może powiem tylko tak, że podczas tych rozmów z ludźmi oni wcale nie mówią o cierpieniu, o tym że ich coś boli, bo sobie z tym jakoś radzą.

Najbardziej boli samotność, nie ma gorszego cierpienia niż samotność, tak mówiła Matka Teresa. Kiedyś tego nie rozumiałam, ale teraz już rozumiem. A jest tak, że człowiek ciężko chory, przewlekle chory dotyka cierpienia i może się do niego przyzwyczaić, w pewnym sensie je pokochać i odnaleźć w nim sens. Rozmawiałam z człowiekiem chorym na zespół Huntingtona, to jest takie powolne zanikanie mózgu. Kiedy się go zapytałam: „Robert, ty wiesz, co to jest za choroba?", on odpowiedział: „Wiem, będę się powoli zamieniał w roślinę, będę powoli tracił komórki mózgowe". I zaczęliśmy mówić o strachu, o tym jak on się nauczył żyć z myślą, że być może za dwa lata go już nie będzie, może go nie będzie za rok, ale miał czas na to, żeby się z tego strachu wyzwolić, bo miał żonę obok siebie, dwoje małych dzieci, którzy byli razem z nim, on nie był sam w tym wszystkim. On mówi: „Wiem, umrę, wcześniej będę cierpiał,

! KAPELANI.indb 26 2010-03-08 14:43:32

zostawię swoje dzieci i żonę". Zapytałam: „O czym będziemy rozmawiać?", a on: "Jak to o czym? O tym jakie piękne jest życie". Ten człowiek tak cierpiący wie o tym, że każdy oddech, każda chwila jest największą radością.

Najgorzej jest, jak człowieka spotyka ten ból nagle. Jeden z nich skoczył do wody, kiedy miał 16 lat. Od ponad 30 lat jest całkowicie sparaliżowany, chociaż teraz już trochę rusza ramionami. Ma żonę, pielęgniarkę z Rept. On mi powiedział dziwną rzecz, że na początku, jak się to stało, to oczywiście odwrócił się od Boga; zadawał sobie pytanie: „dlaczego ja?, gdzie jest ta miłość?", ale z upływem czasu dojrzał do odpowiedzi, że Bóg wie, co robi, że gdyby nie ten wypadek, to on na pewno byłby złym człowiekiem, a dzięki temu nic złego nie zrobił.

Każdy umierający człowiek mówi co innego. Każdy człowiek jest inną planetą, każdy człowiek jest inny. Mnie jest łatwiej prowadzić rozmowy z takimi ludźmi, bo wcześniej się z nimi zaprzyjaźniam. Lekarz nie ma czasu na to, żeby się zaprzyjaźnić z pacjentem. Panuje biurokracja, jest dużo chorych, a normy przewidują 6 minut na chorego, więc co lekarz może wiedzieć o tym chorym. Naprawdę strasznie brakuje dobrego kapelana. Co roku jeżdżę do pewnego szpitala. To jest wielki szpital rehabilitacyjny, gdzie są ludzie w okropnych stanach, na sześciu oddziałach neurologicznych, na oddziałach paraplegii. Dopóki są zabiegi, to jeszcze w tym szpitalu można wytrzymać, ale jak się zbliża godzina 16.00 czy 18.00, to tylko po korytarzach jakieś cienie przemykają i dobiegają z sal jęki. Tam nie ma nikogo, kto by z tymi ludźmi porozmawiał. A oni nie potrzebują iść rano do gabinetu psychologicznego, chociaż tam taki jest, tylko potrzebują, żeby ktoś z nimi pobył. Ich samotność w cierpieniu jest nie do zniesienia. Leżała tam dziewczyna w śpiączce, z otwartymi oczami, po wypadku. Powiedzieli mi, żebym do niej poszła, bo znała mnie z filmów. Poszłam do tej Ani, potrzymałam ją za rękę. Dziwne rzeczy się tam działy, nie będę o tym mówić, potem wyszłam do takiego patio zapalić papierosa, bo już nie wytrzymałam, i wtedy zaczęli wypełzać na wózkach sparaliżowani ludzie i każdy sobie chciał porozmawiać. Nikt nie chciał, żebym go pouczała, żebym mu coś doradzała, chcieli mi opowiedzieć o sobie. Więc siedziałam do pierwszej w nocy i słuchałam historii ludzi. Najważniejsza jest obecność i najważniejsze jest to, żeby nie

! KAPELANI.indb 27 2010-03-08 14:43:32

straszyć, nie pouczać, nawet nie zadawać pytań, czy byłeś u spowiedzi, bo człowiek sam za chwileczkę poprosi, jeżeli wierzy. Ci którzy wierzą, są szczęśliwi, bo nie są sami, tak mówią.

Poznałam Halinę, ona już nie żyje. Cierpiała na wrodzone nadciśnienie tętnicze, wyglądała pięknie, miała gładką twarz, bez zmarszczek. Natomiast strasznie cierpiała przez całe życie. Miała pompę do podawania leków przeciwbólowych, ale to nic nie pomagało. I ona myślała, że zwariuje z tego cierpienia, ale pewnego dnia – tak pięknie mi to opowiadała w szpitalu na korytarzu przy takim małym stoliku, potem już przed kamerami tak się nie udało – nagle sama odnalazła sens cierpienia. „Nie wiem, co mi się stało – mówi – obierałam ziemniaki w domu i nagle zrozumiałam, po co jest cierpienie, po co jest Jezus". Mówiła mi tak piękne rzeczy, że ja nigdy w życiu czegoś podobnego nie słyszałam. Jej nagle się to wszystko połączyło w całość i ona się poczuła wybrana. Wiele osób, które umierają i tak strasznie cierpią, przekracza pewien próg i czuje się nagle wybranych do czegoś specjalnego. Jak moja mama umierała, a to był najlepszy człowiek na świecie, to przez 3 miesiące była całkowicie sparaliżowana, ale słyszała i widziała, i porozumiewała się ze mną spojrzeniami. Lekarka powiedziała: „Po co pani jej czyta «Kubusia Puchatka»? Przecież ona i tak nic nie rozumie, to jest roślina". Ale moja mama słyszała, jak szłam korytarzem, słyszała, że się zbliżam. Pani doktor nie miała czasu, potem mnie przeprosiła. Dopiero jak mama miała zapalenie płuc, to się pani doktor zorientowała, że mama wykonuje wszystkie polecenia: oddychać, nie oddychać, oddychać szybko. Po trzech miesiącach się zorientowała. Ja po prostu robiłam z moją mamą wszystko to, co ona kochała; widziałam po jej twarzy, po jej oczach, że jest jej dobrze, więc czytałam jej, pokazywałam jej zdjęcia, czytałam jej książki, które ona kochała, muzykę jej puszczałam, którą ona lubiła. Siedziałam z nią, masowałam jej nogi, drapałam ją po głowie. Mogłam być dla niej takim kapelanem, takim dzieckiem kapelanem, dlatego że wiedziałam, co ona lubi. Myślę sobie, że umierający człowiek potrzebuje właśnie bliskości, potrzebuje, żeby ktoś go potrzymał za rękę. Człowiek cierpiący potrzebuje radości.

Organizujemy festiwale dla niepełnosprawnych, żeby im dać takie pole, gdzie oni będą mogli być tacy jak my.

! KAPELANI.indb 28 2010-03-08 14:43:32

Festiwal piosenki – piosenka daje taką wolność, że ci ludzie, którzy cierpią, są pełni radości, a ja się od nich tej radości uczę i wszyscy się uczą. Te wszystkie gwiazdy, które z nami występują na rynku w Krakowie, mówią, że nie wiedziały, iż człowiek może być tak radosny i tak silny. Chorym ludziom jest potrzebna zwykła rozmowa. Ale umierający człowiek, który cierpi, sam w pewnym momencie zacznie mówić o rzeczach poważnych. Trzeba zapomnieć o sobie, zbliżając się do człowieka tak cierpiącego, nawet trzeba zapomnieć w danym momencie o normach, o tym w co się wierzy. Napisał ksiądz Twardowski: „zapomnij, że jesteś, gdy mówisz, że kochasz". Ten człowiek potrzebuje zaufania, tak jak powiedział Jan Paweł II kiedyś, że cierpienie, a sam cierpiał na naszych oczach, na oczach całego świata, to jest taki bolesny dotkliwy ogień, który wypala pole dla miłości i miłosierdzia. Chyba po to jest cierpienie, ono jakby pomaga nam uporządkować sobie hierarchię wartości albo ją odnaleźć, ale na pewno daje pole do zaufania, do miłości, do miłosierdzia, i na takie pole wchodzi kapelan. Na takie pole się wchodzi, kiedy się staje obok człowieka umierającego czy cierpiącego. I to jest chyba strasznie trudne, bo trzeba się całkowicie na człowieka otworzyć, nie oceniać go, nie brzydzić się go. Papież o tym mówił, że Jezus po to zszedł na ziemię i cierpiał, żebyśmy mogli wiele rzeczy zrozumieć i na pewno dzięki temu, że on się kiedyś stał człowiekiem. Jeżeli kapelan przychodzi i widzi w tym człowieku taką iskierkę, to w ten sposób, służąc człowiekowi służy Bogu, to jest chyba najpiękniejsza posługa. Nie wiem, kto powinien być kapelanem, czy każdy człowiek jest do tego przygotowany. Oczywiście, że jak ma powołanie, to prawdopodobnie tak.

Wykonuję dziwny zawód. Kiedyś aktorki się grzebało poza cmentarzem jako te ladacznice, ale to jest piękny zawód, dlatego że przez całe życie staram się zrozumieć drugiego człowieka. Ja ten zawód bardzo poważnie traktuję, chociaż to czasem niepoważnie wygląda, bo podskakuję na scenie i robię dziwne rzeczy, ale jednak przez całe swoje życie staram się zrozumieć, dlaczego ta kobieta kocha, dlaczego cierpi, dlaczego zabiła, dlaczego jest nieszczęśliwa. I robię to już 40 lat. Być może dlatego teraz mogę rozmawiać z tymi ludźmi, bo ten zawód mnie tego uczy. Nie mogę potępiać postaci, którą gram, tylko muszę się starać

! KAPELANI.indb 29 2010-03-08 14:43:32

ją zrozumieć. Myślę, że księża są w trudniejszej sytuacji, bo muszą być lekarzami duszy.

Warto się zbliżać do chorych ludzi, warto się zbliżać do cierpiących, bo w nich tkwi jakaś tajemnica całego sensu życia. A ja mam takie zwycięstwa, bo znam Janusza Świtaja, który jest teraz moim pracownikiem, że tacy ludzie udowadniają, jak niezwykły jest człowiek. On, który prosił o eutanazję, on który mówił, że nie chce żyć, jest teraz szczęśliwy. Co prawda nadal leży sparaliżowany i oddycha przez respirator, ale dzięki temu że teraz ma cel w życiu, odnalazł także sens w tym cierpieniu i jest szczęśliwy.

To warto robić, każdy kapelan może robić to samo, ale to jest trudne, bo w tym jest wielka tajemnica. Ja teraz gram w sztuce Ionesco pod tytułam „Król umiera". To jest groteska. Jurek Trela gra główna rolę. Tam padają pytania człowieka, który umiera, błagania o to, żeby mu ktoś pomógł przejść na drugą stronę, to oczywiście jest w ujęciu groteskowym. „Każdy umiera pierwszy" – mówi królowa Maria, którą gram. I to jest niezwykłe, bo rzeczywiście każdy umiera pierwszy, gdzieś w tym samym momencie u śmierci jesteśmy, ale o ileż łatwiej przejść na drugą stronę, kiedy obok jest ktoś, kto trzyma za rękę. I tak naprawdę tylko to chciałam powiedzieć.

! KAPELANI.indb 30 2010-03-08 14:43:32

Z filozofii relacji osobowych w medycynie

Humanizacja działań medycznych a obecność kapelana przy chorym

dr Kazimierz Szałata

Idąc za Arystotelesem – ojcem wszelkiego porządnego myślenia, zacznijmy od ustalenia definicji pojęcia humanizacji. Zdefiniować bowiem pojęcie, którym się zajmujemy, to jeszcze co prawda nie jest filozofia, ale to już wiele, bo wiemy przynajmniej, o czym rozmawiamy. Zatem – co to znaczy humanizować jakąś dziedzinę? To znaczy – czynić ją bardziej ludzką, skierowaną na potrzeby człowieka, respektującą jego godność, wolność i przeznaczenie. Humanizować medycynę, to czynić medycynę medycyną na miarę człowieka. To strzec jej głęboko ludzkiego charakteru zagrożonego przez formalizację odniesień międzyludzkich, zdominowanie relacji osobowych typu nadzieja, zaufanie, życzliwość i przyjaźń przez język czysto technicznych danych metrycznych opisujących stan człowieka. Lekarz ma bowiem do czynienia nie z zespołem komórek funkcjonujących w skomplikowanym układzie biologicznych procesów, ale z kimś, kto choruje, ale też kocha, tęskni, obawia się o swoją przyszłość i przyszłość najbliższych – szuka nadziei, która jest prawdziwą przestrzenią osobowego życia człowieka.

Medycyna, mimo że posługuje się dziś skomplikowaną aparaturą diagnostyczno-terapeutyczną w swej istocie przekracza porządek rzeczy i realizuje się na poziomie relacji osobowych. Jak pisze francuski lekarz Jean François Malherbe: „**gdyby chodziło o naprawę jakiejś nawet najbardziej skomplikowanej maszyny, jej odczucia, historia, doświadczenia nie miałyby nic do wniesienia**

! KAPELANI.indb 31 2010-03-08 14:43:32

do «uzdrowienia»"[1]. Tymczasem medycyna ma do czynienia z osobą ludzką, która ma swoją historię, swoje przekonania, oczekiwania i swoje przeznaczenie sięgające aż po życie wieczne.[2]

Czy medycynę trzeba humanizować?

Właściwie cała nasza aktywność, cała cywilizacja powinna być skierowana na człowieka. W przeciwnym razie zarówno kultura, jak i cywilizacja straciłyby swój sens, przybierając kształt swoistego rodzaju antykultury i antycywilizacji. Dotyczy to w sposób szczególny medycyny, która jest przecież formą bezpośredniej służby człowiekowi potrzebującemu pomocy. Podstawą działań medycznych jest zawsze spotkanie osób, którego treścią jest troska o zdrowie i życie ludzkie.[3] Dlatego problem humanizacji medycyny może się wydawać zwykłym nieporozumieniem.

1 J.F. Malherbe: L'éthique clinique en situation de pénurie. Quebec, Fides, 1997: 19

2 „Chory nigdy nie jest tylko przypadkiem klinicznym, anonimową jednostką, na której stosuje się posiadaną wiedzę – ale zawsze człowiekiem chorym, do którego podchodzi się ze szczerą postawą sympatii, w etymologicznym znaczeniu tego słowa.
Wymaga to miłości, dyspozycyjności, uwagi, zrozumienia, życzliwości, cierpliwości, dialogu. Nie wystarczy biegłość zawodowa i naukowa, ale potrzeba osobowego uczestnictwa w konkretnych sytuacjach poszczególnego pacjenta." Karta Pracowników Służby Zdrowia. Watykan, Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, 2005: 10 (wyd. pol. przez Fundację Polską Raoula Follereau)

3 Dominique Megglé w swojej tezie doktorskiej, przygotowanej pod kierunkiem znakomitego genetyka Jerome Lejeuna, wymienia trzy zasadnicze fundamenty medycznej praktyki:
1. Znajomość wiedzy medycznej potrzebnej do tego, by umieć działać. (Wiedza ta obejmuje anatomię, fizjologię, biologię itd.)
2. Zespół środków technicznych, którymi dysponujemy.
3. Motyw naszego medycznego postępowania: respekt, jaki winniśmy zachować wobec chorego.
Ten trzeci element, na który nie zawsze zwracamy uwagę, ma absolutnie podstawowe znaczenie. Stąd wielu lekarzy zwraca uwagę uwagę na konieczność związania na nowo medycyny z naukami humanistycznymi, szczególnie z filozofią, z której ta szczególna dziedzina wyrosła. D. Megglé: Comportement médical et éthique chrétienne: essai d'analyse comparée. Paris, 1979: 87.

! KAPELANI.indb 32 2010-03-08 14:43:32

Tymczasem wraz z rozwojem postępu w szeroko pojętych naukach medycznych, czy to w dziedzinie wysoko wyspecjalizowanej diagnostyki, czy technologicznie zaawansowanych terapii, humanizacja medycyny staje się ważnym wyzwaniem nie tylko dla pracowników służby zdrowia, ale dla wszystkich biorących udział w działaniach prewencyjnych, diagnostycznych i terapeutycznych. Mam tu na myśli pacjenta, lekarza oraz członków zespołów terapeutycznych, rodzinę i kapelana. W tym zróżnicowanym zespole odniesień skoncentrowanych na osobie pacjenta rola kapelana ma charakter szczególny.[4]

Medycyna opiera się na relacji osobowej lekarz-pacjent. Relacja ta jest zbudowana na zaufaniu, pacjent powierza bowiem swoje zdrowie, a czasem nawet życie, tylko komuś, komu ufa – najpierw jako człowiekowi, a następnie jako specjaliście, który jest wystarczająco kompetentny, by przyjść mu z pomocą. A więc od strony pacjenta relacja ta jest oparta na życzliwym zaufaniu i gotowości współdziałania z lekarzem. Od strony zaś lekarza polega ona na pełnym życzliwości, kompetentnym podjęciu działań diagnostycznych, prewencyjnych i terapeutycznych, których wymaga stan pacjenta. Wszystko to się opiera na podstawowych relacjach osobowych, których budowanie i chronienie jest wyrazem tego, co nazywamy humanizacją.[5]

---

4 Jak pisze dr Paul Tournier w książce, która doczekała się wielu wydań, w zależności od koncepcji człowieka wyróżniamy w nim ciało, duszę i ducha, ale w rzeczywistości w gabinecie lekarskim pojawia się człowiek w swej niepowtarzalnej jedności. Zatem lekarz, który interesowałby się wyłącznie ciałem popełniałby podstawowy błąd wynikający z niezrozumienia istoty swojej profesji. *„Les problèmes physiqued'une vie corespondent à ses problèmes psychiques, et ces deux ordres des problèmes correspondent à ses problèmes spirituels. On ne peut pas soigner le corps, sans soigner l'âme et l'esprit." (Fizyczne problemy życia wiążą się z problemami psychicznymi, a te zaś z problemami jego życia duchowego. Nie można leczyć ciała bez leczenia duszy i ducha)* P. Tournier: Médecine de la personne. Paris, Delachaux et Niestlé S.A. Neuchatel, 1942: 62

5 „[Humanizm] jest obroną istnienia i życia ludzi. Jest także obroną typowo ludzkiego środowiska, właśnie miłości, wiary i nadziei. Jest przez to służbą ludziom, takim działaniem, w którym, ze względu na swą godność, człowiek jest celem działań, a nie środkiem do celów innych niż miłość do ludzi, wiara w człowieka i nadzieja, że będzie trwał w swym ludzkim środowisku osobowych relacji i osób". M. Gogacz: Człowiek i jego relacje: materiały do filozofii człowieka. Warszawa, 1985: 17–18

! KAPELANI.indb 33 2010-03-08 14:43:32

Wobec trudnych pytań

Jak już wcześniej ustaliliśmy, choroba jest nie tylko faktem medycznym, ale od strony pacjenta także wydarzeniem mającym swe odbicie w w jego życiu rodzinnym, zawodowym, społecznym, a przede wszystkim duchowym. Nie ma bowiem nic bardziej oczywistego jak stwierdzenie, że choroba jest ważnym momentem w życiu człowieka. Wytrąca z rutyny codziennego życia, niweczy nasze ambitne plany, stawia trudne wyzwania zarówno przed samym chorym, jak i jego otoczeniem. Często stawia nas w sytuacjach, które egzystencjaliści nazywali sytuacjami granicznymi, w których pojawiają się najważniejsze dla nas pytania. Pytanie o sens naszego życia, o sens cierpienia i o nasze przeznaczenie. Choroba obnaża nasze często wybujałe poczucie wartości, weryfikuje prawdę o nas, przypomina, że na poziomie życia biologicznego jesteśmy kruchą strukturą narażoną na cierpienie, a nawet zniszczenie przez śmierć.

Inaczej jeszcze rzecz ujmując, można powiedzieć, że choroba odsłaniając ukrywaną przez nas samych prawdę o naszej słabości, o naszych niepokojach, uczy nas pokory. Taka lekcja oczywiście musi boleć. Czasem prowokuje bunt, ucieczkę, a nawet, w krytycznych momentach naszego życia, może nas doprowadzić do rozpaczy. Ta zaś stać się może dla nas tragiczną równią pochyłą, która wiedzie aż do pokusy samounicestwienia w desperackim, panicznym geście samobójczym. Dziś ucieczka ta coraz częściej przybiera postać eutanazji – złudnego „humanitarnego" remedium na nierozwiązywalny problem ludzkiego życia, które raz po raz boleśnie nas zaskakuje i niekoniecznie przynosi nam to, czego oczekujemy.

Wśród pytań, które nieuchronnie będą nurtować kogoś, kogo dotknęła choroba, najważniejszym i zarazem najtrudniejszym jest pytanie o cierpienie. Pytanie najtrudniejsze, albowiem dotychczas nikt nie znalazł na nie ostatecznej, wyczerpującej odpowiedzi. Wcześniej czy później – i to nawet niezależnie od tego, czy ktoś jest wierzący, czy nie –

! KAPELANI.indb 34 2010-03-08 14:43:32

pytanie to będzie kierowane do Boga.[6] Kiedy zaś obok chorego pojawi się duszpasterz, niechybnie on właśnie będzie adresatem tego i podobnych trudnych pytań.

Pytania o źródło, powody i sens cierpienia będą padać z wielu stron. Każdy będzie pytać na swój sposób – inaczej lekarz, inaczej pacjent, a jeszcze inaczej jego najbliżsi – ale każdy z nadzieją, że nikt inny, ale właśnie kapłan będzie mógł te pytania pokornie przyjąć i przynajmniej wskazać kierunek, w którym należy skierować swoją myśl szukającą niecierpliwie odpowiedzi.

Odwaga milczenia

Zanim spróbujemy się zająć treścią odpowiedzi, trzeba się najpierw zastanowić, jak kapelan ma przyjąć pytanie, a następnie dopiero się zająć doborem właściwych słów. Cierpienie jest bowiem tajemnicą, a tajemnica to nie jest nasza niewiedza, którą można zastąpić prostymi danymi z poziomu nauki czy nawet naszego codziennego doświadczenia. Tajemnica to coś zupełnie innego.

By coś powiedzieć o tym trudnym ludzkim doświadczeniu, jakim jest cierpienie, trzeba przede wszystkim dużo milczeć, kontemplować, rozmawiać. Broń Boże nie mędrkować, nie pouczać, a przede wszystkim nie oskarżać, bo wszelkie łatwe odpowiedzi nie są tu na miejscu.

Są takie chwile, kiedy dla wzajemnego zrozumienia się – zwłaszcza w chorobie – trzeba się zdobyć na długie milczenie. Trzeba mieć odwagę milczeć. Mieć w sobie siłę, która powstrzyma w nas chęć zagadania tego, co nas przerasta, a czasem przeraża w równym, a nawet większym stopniu niż kogoś, kto stawia trudne pytania.

Zatem najpierw trzeba słuchać, cierpliwie słuchać. Do tego potrzeba nieco czasu, który poświęcamy bez reszty człowiekowi, z którym rozmawiamy. Ważna jest również postawa. Nie wyobrażam sobie rozmowy leżącego chorego ze stojącym nad nim lekarzem czy kapelanem. Każdy

6 Mój bliski przyjaciel ks. prof. Partick de Laubier, duszpasterz środowisk intelektualistów Genewy i Paryża mówi, że nigdy nie spotkał ateistów, ale tylko tych, którzy zgubili drogę do Pana Boga.

! KAPELANI.indb 35 2010-03-08 14:43:32

zdrowy ma wystarczająco dominującą pozycję wobec chorego. Gest pochylenia się nad chorym, spojrzenia na świat jakby z tej samej wysokości to co prawda tylko zewnętrzny, ale wiele mówiący znak, który umożliwia prawdziwy dialog.[7]

Sukces dobrego duszpasterza zależy zawsze od umiejętności sztuki słuchania. Chory przerażony, pełen lęku i wątpliwości chce komuś powierzyć to, co go niepokoi, a może nawet przeraża. Dotyczy to w równej mierze rodziny, co całego zespołu terapeutycznego pozostającego przy chorym.

Aby wypełnić swoją rolę, kapelan, podobnie jak każdy członek ekipy duszpasterskiej, powinien umieć słuchać. Zanim zacznie nawracać, zanim zacznie nauczać, zanim nawet zacznie się dzielić swymi własnymi pytaniami i wątpliwościami – powinien słuchać. Słuchać każdego, choćby nawet był on daleko od naszego pojmowania spraw boskich i ludzkich. Jest to tym ważniejsze, że jesteśmy społeczeństwem pluralistycznym, że nie zawsze możemy spotkać tylko pobożnych, praktykujących katolików.

Jeśli pochylimy się nad biedą chorego i jego otoczenia, będziemy jak ten dobry Samarytanin, który nie pyta o wyznanie i przekonania, ale słucha skargi człowieka doświadczonego cierpieniem własnym lub kogoś z najbliższych. Misjonarz i lekarz z Tolagnaro na Madagaskarze, ks. bp Jan Zevaco, przypominając wielkie dzieło Raoula Follereau, zwanego Apostołem Trędowatych, mówił: „Prawdziwe miłosierdzie to jest takie, które nie czyni różnicy między wyznaniami, klasami czy rasami, ale widzi w każdym człowieku byt, który należy respektować, któremu trzeba pomagać, który trzeba kochać…”.[8]

7 Warunki dobrej rozmowy z pacjentem można znaleźć w książce C. Iandalo: Parler avec le malade: art, erreurs et techniques de la converstion. Paris, De. du Médecine Généraliste, 1996.

8 K. Szałata, red.: Moje imię chrześcijanin: ludzie Kościoła o Raoulu Follereau. Warszawa-Zielonka, Fundacja Polska Raoula Follereau, 2003: 30

! KAPELANI.indb 36 2010-03-08 14:43:33

Choroba to czas szczególny w życiu duchowym człowieka, często czas nawróceń i ważnych decyzji.[9] Ale do nawrócenia i ważnych decyzji człowiek dojrzewa. Kapelan nie może – zniechęcony deklaracją, że ktoś jest ateistą, stracił wiarę czy też związany jest z innym wyznaniem – zerwać kontaktu ani z chorym, ani z jego otoczeniem. Chrystus rozmawia z Samarytanką[10] mimo zgorszenia wielu.

Jeśli trzeba, kapelan może nawiązać kontakt z duszpasterzem prawosławnym czy protestantem, by razem się spotkać z chorym i jego rodziną. Nie ma lepszego przykładu ekumenizmu jak spotkanie z Biblią w ręku przy łóżku chorego. Nie ma większego sukcesu misyjnego, jak stać się znakiem nadziei dla człowieka, który stracił nadzieję pogrążony w mroku ateizmu. Szpital to szczególne miejsce, w którym się ujawnia misyjny charakter Kościoła.

Czy humanizacja to sprawa kapelana?

Tak, kapelan szpitalny, który jest dyspozycyjny, do którego może się zwrócić lekarz, pielęgniarka, chory i jego rodzina, jest znakiem nadziei, a człowiek jako osoba nie może się rozwijać, funkcjonować poza nadzieją. Jest warunkiem humanizacji medycyny, nawet wtedy gdy wobec nieuchronnej śmierci medycyna musi zrezygnować ze swych działań terapeutycznych, ograniczając się do działań paliatywnych, które pozwalają człowiekowi godnie zakończyć życie.

Splot zagadnień związanych z posługą kapelana szpitalnego wobec chorego, jego rodziny i zespołu terapeutycznego jest tak złożony, że nigdy nie udałoby się go przedstawić w jednym nawet rozbudowanym wykładzie.

Nie roszcząc sobie pretensji do tego, by nauczać, pouczać czy nawet wskazywać właściwe sposoby realizacji

9 „Choroba, zwłaszcza przewlekła, niebezpieczna, nagle zaskakująca, pobudza do refleksji, jest przystankiem w zgiełku świata. Często powstaje wówczas u chorego silne pragnienie uporządkowania spraw życiowych. Do takich spraw należy problematyka światopoglądowa, sensu życia, więzi z ludźmi, sumienia." K. Osińska: Lekarz a życie religijne chorych: znaczenie terapeutyczne modlitwy. W: K. Osińska, red.: Refleksje nad etyką lekarską. Warszawa, 1992: 165

10 Zob.: Nowy Testament. J 4, 5–42

! KAPELANI.indb 37 2010-03-08 14:43:33

posłannictwa duszpasterskiego kapelana, chciałbym dorzucić do tego, co do tej pory powiedziano tutaj z taką głęboką mądrością i niezwykłą pokorą, kilka własnych refleksji. Chciałbym, wskazując na oczekiwania, jakie ma w stosunku do duszpasterza człowiek chory, jego rodzina i zespół leczący, podzielić się doświadczeniami znanych mi kapelanów, którzy od lat pracują wśród chorych.[11]

By przygotować się do dzisiejszego spotkania, odwiedziłem kilka dni temu znanego duszpasterza paryskich szpitali Jeana Kamerera, który dziś sam jest chory i czeka w swym pokoju przy 252 rue Saint Jacques na kogoś, z kim mógłby porozmawiać, z kim mógłby się pomodlić, kto mógłby być wsparciem w trudnych chwilach niezwykle aktywnego człowieka, którego liczne jeszcze nie dawno plany legły w gruzach wraz z pojawieniem się choroby.

Kiedy zapytałem o to, co uważa za najważniejsze w jego ponad czterdziestoletniej pracy w szpitalach – usłyszałem bardzo prostą odpowiedź: „Trzeba być, być z chorym, z rodziną, z lekarzami, którzy także potrzebują wsparcia. Po prostu być. Być przy łóżku chorego, być w poczekalni, w której rodzina czeka na rezultaty badań czy operacji kogoś bliskiego, być z lekarzami i pielęgniarkami, gdy zespół terapeutyczny podejmuje ważne, czasem trudne decyzje".

Podobnie mówił zmarły przed dwoma laty ojciec Marie Dominique Philippe, który powtarzał swoim współbraciom ze wspólnoty św. Jana, że obecność kapłana jest tak bardzo ważna, bo przypomina nam o realnej obecności Pana Boga wśród nas. „Przechadzając się po uniwersytecie czy szpitalu w dominikańskim habicie jestem jak stary mebel w naszym domu, który przypomina o czymś ważnym, o rodzinnych tradycjach, o wartościach, które wynieśliśmy z domu, o czymś co jest najważniejsze w naszym życiu – o Panu Bogu" – mówił o sobie szwajcarski dominikanin –

11 Oczekiwania pacjenta w stosunku do medycyny zmieniają się wraz z jej rozwojem i poszerzającymi się możliwościami diagnostyczno-terapeutycznymi. Wiadomo, że pojawienie się w XIX i XX wieku pierwszych szczepionek, później sulfonamidów, antybiotyków czy możliwości, jakie kryje w sobie genetyka – zmieniły oblicze medycyny, ale nie zmieniły oczekiwań chorych w stosunku do lekarza i całego zespołu terapeutycznego. S. Rameix: Fondements philosophiques de l'éthique médicale. Paris, Elipses, 1996: 13

! KAPELANI.indb 38 2010-03-08 14:43:33

Tak, jestem starym meblem, ze swoją sutanną, koloratką, brewiarzem pod pachą".

Sądzę, że ten obrazek jest dla nas bardzo pouczający. Kapłan ma bowiem swoją obecnością, swoim świadectwem wiary przypominać o tym, że Jezus Chrystus jest wśród nas, zwłaszcza wtedy gdy bardziej niż kiedykolwiek potrzebujemy Jego obecności. Kapelan jest obecny wśród chorych, by wiedzieli, że Jezus Chrystus jest blisko, że jest z nimi, zwłaszcza teraz gdy jest im trudno przebrnąć przez związane z chorobą cierpienie.[12] Bł Karol de Faucauld, który dziś jest przedstawiany jako wzór misjonarza oddanego do końca Chrystusowi obecnemu w Eucharystii, mówił o sobie, że nikogo nie nawracał, po prostu żyjąc wśród Muzułmanów chciał być świadkiem żywej obecności Chrystusa wśród nas.

Nasza europejska medycyna oparta jest na założeniach „Przysięgi Hipokratesa" wspartej tradycją chrześcijańskiego miłosierdzia. Niestety w XIX wieku pojawił się zgubny fetysz postępu i wiedzy niszczący najpiękniejszą tradycję naszej medycyny jako kompetentnego pochylania się z miłością nad człowiekiem potrzebującym pomocy. W medycynie grzeszymy coraz częściej pychą.

Kapelan jest zawsze ważnym znakiem przypominającym, że nie jesteśmy panami, ale sługami życia. Jest to prawda szczególnie ważna i aktualna teraz, kiedy pojawiła się znów pokusa eutanazji i manipulacji ludzkim życiem na poziomie *„in vitro"*.

Cechy dobrego kapelana

Podsumowując to wszystko, co dotąd zostało powiedziane, spróbujmy wymienić najważniejsze cechy dobrego kapelana. Na pierwszym miejscu **wiara**. Kapłan lub wolontariusz z duszpasterstwa medycznego powinien być człowiekiem wiary. Nawet ten, a może szczególnie ten kapelan, który idzie do kogoś, kto już dawno stracił wiarę albo nigdy jej nie miał. Chrystus posyła nas nie tylko do pięknie ubranych i uczesanych ministrantów, ale także do ludzi, którzy

12 Aide aux malades: comment les entoures et les assister. Paris, Droguet et Ardant, 1993: 99

! KAPELANI.indb 39 2010-03-08 14:43:33

doświadczają własnej nędzy zagubienia w świecie. Czyż nie jest największą nędzą człowieka, który jest dzieckiem bożym, jego religijne sieroctwo?

Szpital, klinika to bardzo ważny obszar duszpasterski. Kapelan szpitalny zatem powinien być **misjonarzem**, tak jak św. Teresa, która nigdy nie wyjechała z rodzinnego miasteczka normandzkiego Lisieux, a dziś jest wzorem dla misjonarzy. Misjonarz zaś to zawsze człowiek dialogu.

Drugą cechą kapelana szpitalnego powinna być **mądrość**, która pozwala w każdym pacjencie, nawet zbuntowanym wobec Boga i ludzi, widzieć „prawdziwy cud Boży", czyli po prostu człowieka, któremu należy się szacunek. Którego decyzje należy respektować, któremu warto poświęcić swój czas, którego warto czasem posłuchać. Czyż nie o takie właśnie mądre, **dojrzałe człowieczeństwo** osoby posługującej w ramach duszpasterstwa szpitalnego chodzi w humanizacji medycyny?

Żeby być dobrym lekarzem, księdzem, nauczycielem czy przyjacielem, trzeba **być dobrym człowiekiem**. Jeśli ktoś jest dobrym człowiekiem, to dba o własne kompetencje, które pozwalają mu dobrze wypełniać powierzone mu zadania. Kompetencje kapelana dotyczą wielu dziedzin: teologii, teorii życia duchowego, psychologii, medycyny, filozofii, umiejętności nawiązywania dialogu i likwidowania konfliktów. Lista tych kompetencji jest długa i wielodyscyplinarna.

Dobry kapelan, to – jak już zaznaczyliśmy – niekoniecznie ten, który umie pięknie i mądrze mówić, ale na pewno **ten, który potrafi słuchać**, tak jak proboszcz z Ars, który ma czas i cierpliwość rozmawiać z chorym, rodziną i pacjentem. Słuchając uważnie każdej ze stron, może likwidować nieporozumienia, które są niemal nieuniknione w ekstremalnych stanach emocjonalnych – a te zawsze mogą się zdarzyć przy chorym.

Największym zagrożeniem dehumanizacją medycyny jest deficyt czasu. Lekarze są bardzo zajęci, mają wielu pacjentów, wykonują skomplikowane procedury związane z diagnostyką, terapią, starannym prowadzeniem dokumentacji medycznej, muszą się nieustannie dokształcać, czasem dorabiać dodatkową praktyką, a poza tym tak jak inni ludzie mają swoje rodziny, robią swoje kariery. Wszyscy dobrze wiemy, jak codzienność wciąga nas w coraz szybszy nurt wydarzeń. Rodzina nie ma czasu, bo zastępuje chorego

! KAPELANI.indb 40 2010-03-08 14:43:33

w obowiązkach domowych, dzieci chodzą do szkoły, rodzice pracują, a kiedy pojawia się w rodzinie choroba, trzeba szukać jeszcze nowych możliwości, wykonać cały szereg dodatkowych telefonów do znajomych lekarzy, zdobyć lekarstwo. Z tego powodu nie mamy czasu, by razem z chorym posiedzieć, by być dla niego wsparciem. Wtedy gdy potrzebuje naszej obecności, nasze wizyty ograniczają się do krótkiej wymiany zdań: jak się czujesz? co ci trzeba przynieść? co mówi lekarz? Podobnie jest z lekarzem, który ma do „obsłużenia" kilka sal i może sobie pozwolić na kilka zdań rozmowy z pacjentem. Zwykle chodzi o pozyskanie najważniejszych informacji na temat stanu zdrowia. Chorzy, którym przychodzi godzinami czekać, boleśnie doświadczają tego deficytu czasu. Często czują się niedoinformowani i zagubieni w świecie licznych nie zawsze do końca zrozumiałych procedur. Dyspozycyjny kapelan wraz z wolontariuszami z duszpasterstwa szpitalnego może temu zaradzić.

Zatem dobry kapelan to **człowiek dyspozycyjny**, który ma czas dla chorych, ma czas na rozmowę z nimi, a jeśli trzeba na prawdziwą, głęboką modlitwę przy chorym albo z chorym.[13]

Jeśli powiedzieliśmy na początku, że proces leczenia opiera się na relacji zaufania i przyjaźni – to kapelan zawsze może być tym, **który będzie budował zaufanie do Boga i ludzi**. Będąc widocznym znakiem obecności samego Stwórcy, kapelan przypomina swą obecnością nasze prawdziwe braterstwo.[14] Przypomina bowiem, że wszyscy – lekarz, pacjent, rodzina, przyjaciele – mamy wspólnego Ojca w niebie.

---

13 „Ludzie chorzy są szczególnie wrażliwi na potrzebę modlitwy. Wrażliwość ich wynika nie tylko z doświadczenia w życiu wewnętrznym, ale z przekonania, że z modlitwy płynie moc. Moc ducha, prawidłowych kontaktów międzyludzkich, ogromnych wartości społecznych tkwiących w modlitwie, wielorakiej aktywności – moc miłowania. Ta moc jest uzdrawiająca". K. Osińska: Lekarz a życie religijne chorych: znaczenie terapeutyczne modlitwy. Dz. cyt.: 171

14 Co prawda pojęcie braterstwa w czasach oświecenia straciło swoje prawdziwe i głębokie znaczenie. Braterstwo i wynikającą z niego solidarność zaczęto bowiem uzasadniać, z wykluczeniem Boga, poprzez samo nasze podobieństwo i podobieństwem warunków, w których żyjemy. To za mało. Jestem bowiem podobny do wielu ludzi, których spotykam na co dzień, ale nie jesteśmy braćmi, bo nie mamy wspólnego ojca. Możemy się nazywać braćmi tylko wówczas, gdy przyznajemy się do naszego Ojca w niebie.

! KAPELANI.indb 41 2010-03-08 14:43:33

Zespoły duszpasterskie

Oczekiwanie stałej dyspozycyjności i obecności kapelana w szpitalu przy chorym, z rodziną w zespole terapeutycznym, to od strony kapelana, który obsługuje trzydzieści sal, na których leży sto osób, którymi zajmuje się określona liczba lekarzy i pielęgniarek i do których przychodzą liczne rodziny, może wyglądać na czystą teorię i zespół pobożnych, choć niewykonalnych życzeń. Dlatego spróbowałem trochę „podejrzeć" duszpasterstwo szpitalne we Francji, gdzie jak wiadomo mamy do czynienia z kryzysem powołań i niewystarczającą liczbą kapłanów. Co w takiej sytuacji zrobić, by praca kapelana nie ograniczała się tylko do udzielania sakramentów spowiedzi, Komunii św. i sakramentu chorych?

Nie zamierzamy tu wcale dyskutować nad oczywistością rangi tej posługi, bo kapłan jest przede wszystkim szafarzem świętych sakramentów, ale chcemy zobaczyć, czy można zrobić więcej dla pacjenta, rodziny i pracowników służby zdrowia. Znakomitym pomysłem jest organizowanie zespołów duszpasterskich, takich zespołów wolontariuszy pomocników kapelana. Nie chodzi o to, by mieli oni wyręczać księdza w jego posłudze kapłańskiej, ale by mu pomagać, by chory wiedział, że pielęgniarka, lekarz czy wolontariusz współpracują z kapelanem. Że z nimi można porozmawiać, a kiedy trzeba, można się też pomodlić. Że ten człowiek jest jak ów „stary mebel", przywołany na początku za ojcem Marie Dominique Philippem, znakiem obecności Boga wśród nas.

Obecność kapelana i jego współpraca z chorym, rodziną i personelem medycznym może być drogą do humanizacji medycyny mimo różnicy poglądów, wyznawanej religii czy pozycji społecznej. Kapelan, potrafiący iść za Jezusem, który nikogo nie odrzucał, mimo zgorszenia ze strony ówczesnych kapłanów, akceptując innych i siebie, ze swoimi lękami i słabościami, może być ważnym filarem naszej wiary w Boga i naszej wiary w nas samych.

Stając wobec trudnych pytań, kapelan może nie tylko choremu, ale osobom z najbliższego otoczenia, w tym lekarzom, pomóc skonfrontować swoje życie z cierpieniem. Bóg nie chce cierpienia, więc nie chce owej jakby w pewnym

! KAPELANI.indb 42 2010-03-08 14:43:33

sensie „krwawej ofiary". Ofiarować cierpienie to raczej z miłością ofiarować siebie w trudnych chwilach naszego życia.

Podsumowanie

Dobry kapelan to człowiek mądry, człowiek wiary, modlitwy i dialogu, który z życzliwych odniesień międzyludzkich buduje delikatną tkankę zaufania i nadziei. To człowiek, który razem z innymi na co dzień buduje swoją wiarę. Kościół wzrasta bowiem karmiony doświadczeniem wspólnoty wiary. Także Kościół budowany wokół chorego w rodzinie i szpitalu. To kościół karmiony głębokim doświadczeniem człowieka cierpiącego w perspektywie Chrystusowego Krzyża, który po ludzku jest skandalem i zgorszeniem, natomiast w perspektywie teologii zbawienia jest dojrzewaniem w tajemnicy Bożej miłości do człowieka.[15]

Kapłan, który chce nieść Chrystusa, a przez to humanizować relacje na poziomie medycyny, nie może być kimś obcym wobec wspólnoty pacjentów, rodzin i lekarzy. Najładniejszy komplement, jaki usłyszałem od lekarza na temat kapelana w szpitalu brzmiał: „…To na prawdę swój chłop, i w stosunku do pacjentów, i w stosunku do lekarzy. U nas wszyscy się zmieniają, jedni przychodzą, drudzy odchodzą, ale wystarczy jeden dzień, aby dzięki naszemu księdzu, który tu prawie u nas mieszka, każdy nowy pacjent czuł się wśród nas jak w rodzinie."

Czy nie to jest właśnie istotą humanizacji medycyny?

15 „Jeśli rozpatrujemy Krzyż wyłącznie z ludzkiego i psychologicznego punktu widzenia, to jest on zgorszeniem i szaleństwem, ponieważ jest najstraszliwszym uwarunkowaniem, jakie może istnieć…", jednakże „Cierpienie przeorze nasze serce, ale w ten sposób je otworzy na większą miłość, która całkowicie je przerasta…" „Tajemnica Krzyża jest naszą mądrością, tym co nadaje sens całemu naszemu życiu. Nigdy nic nie zrozumiemy z życia chrześcijańskiego, jeśli pominiemy tajemnicę Krzyża". M.-D. Philippe: Trzy mądrości. Tłum. A. Kuryś. Kraków, Wyd. Karmelitów Bosych, 2008: 452–453

! KAPELANI.indb 43 2010-03-08 14:43:33

Szkolenie kapelanów służby zdrowia w Stanach Zjednoczonych metodą Clinical Pastoral Education i zarys możliwości adaptacji tej metody w Polsce

ks. dr Piotr Krakowiak SAC

Clinical Pastoral Education (CPE) – połączenie teologii, medycyny i psychologii z osobistym doświadczeniem

Fragmentem ze wstępu do podręcznika CPE dla kapelanów rozpocznijmy poznawanie amerykańskiego systemu szkolenia duszpasterzy służby zdrowia: „Kapelan szpitala kroczy pomiędzy dwoma światami: religijnym i medycznym. Powinien on być jednocześnie duszpasterzem i klinicystą, przygotowanym teologicznie i przeszkolonym klinicznie, popieranym zarówno przez wspólnotę Kościoła, jak i przez swój szpital. Kapelan jest człowiekiem Kościoła, ale nie jest zwykle związany z żadną parafią. Nie jest więc *de facto* duszpasterzem niczyim, ale jednocześnie może stać się duszpasterzem każdego. Otrzymuje pieniądze ze szpitala, ale mandat na wykonywanie swojej pracy dostaje ze wspólnoty Kościoła. Poprzez uwarunkowanie historyczne jest on bliższy swoim kolegom z parafii i innych instytucji duszpasterskich, ale na co dzień spotyka się i współpracuje o wiele częściej z lekarzami i pielęgniarkami. Poruszanie się pomiędzy tymi dwoma światami, które są tak różne, ale jednocześnie zjednoczone pod wieloma względami, rodzi napięcia i problemy. Napięcia mogą być bolesne, przynoszące niepokój, ale także fascynujące i prowadzące do wzrostu kreatywności

! KAPELANI.indb 44 2010-03-08 14:43:33

po obu stronach. (…) Każdy ze światów potrzebuje wsparcia, zachowując jednocześnie niezależność od innych”[1]. Podręcznik pastoralno-klinicznej formacji kapelanów i asystentów pastoralnych został opublikowany przez CHA (The Catholic Health Association of the United States). Wyraża on dobrze szczególną pozycję, jaką zajmuje kapelan w świecie cierpienia i umierania, w otoczeniu specjalistycznej medycyny. W dalszej jego części czytamy: „Kapelan porusza się pomiędzy światami religii i medycyny. Mając uprawnienia do poruszania się w tych dwóch wymiarach, staje się osobą strategiczną w próbie pojednania obu światów: religijnego i medycznego. Duszpasterz może wnieść dużo, a także otrzymać wiele w tym dialogu pomiędzy dwoma przestrzeniami, pod warunkiem że to swoiste poszukiwanie nie zmieni najważniejszej funkcji, przy której te oba te światy się spotykają rzeczywiście: przy łóżku cierpiącego i umierającego człowieka!”[2] W sytuacji „bycia pomiędzy dwoma światami” zauważono potrzebę interdyscyplinarnej współpracy teologii pastoralnej z naukami szczegółowymi: psychologią, pedagogiką czy socjologią. Ich gwałtowny rozwój na początku XX wieku spowodował przeniknięcie osiągnięć tych nauk na fakultety teologiczne, a w konsekwencji zaowocował dialogiem interdyscyplinarnym i współpracą nazwaną Clinical Pastoral Education – CPE. Proponuję krótką prezentację tej metody formacyjnej wykorzystywanej do szkolenia duszpasterzy służby zdrowia w Stanach Zjednoczonych i innych krajach anglosaskich.

Początki CPE

Historię współczesnego doradztwa pastoralnego należy połączyć z intelektualnymi wysiłkami dotyczącymi dialogu nauki z religią na początku XX wieku. Dialog ten, odbywający się na wielu polach, został na początku wieku zdominowany przez psychologię, która dodając nowe elementy

1 Por. L.E. Holst: The hospital chaplain between worlds. W: E.A. Behrman, R.A. Patterson, red.: Management of the pastoral care department. St. Louis, CHA, 1984: 13

2 Por. L.E. Holst, dz. cyt.: 14

! KAPELANI.indb 45 2010-03-08 14:43:33

do opieki pastoralnej, dała także nowe perspektywy duszpasterstwu. Miejsca ówczesnych kapelanów w szpitalu były zarezerwowane dla starszych duszpasterzy przed emeryturą, po wieloletniej pracy duszpasterskiej w parafiach, której nie mogli już podołać. Interdyscyplinarny dialog z innymi dziedzinami wiedzy był trudny z powodu obustronnych niechęci i braku płaszczyzny porozumienia. I choć w historii chrześcijaństwa istniały metody formacji kapelanów, związane najczęściej z powstawaniem nowych zakonów, to straciły one swoją aktualność na początku XXI wieku.[3] Nie istniało również żadne formalne i uniwersyteckie kształcenie przyszłych kapelanów, choć na przestrzeni wieków w Europie, a szczególnie we Włoszech organizowano formacje dla członków zakonów szpitalniczych.[4] Wraz z technologizacją medycyny troska pastoralna i opieka duchowa były marginalizowane w świecie medycyny. Doprowadziło to do powstania kryzysu w samej instytucji i w rozumieniu posługi kapelana chorych i cierpiących.[5] W sytuacji kapelanów katolickich tożsamość ta została podtrzymana dzięki sprawowanym sakramentom, zwłaszcza obecnego nieustannie ostatniego namaszczenia. U większości kapelanów wywodzących się z duchowości protestanckich, gdzie rola sakramentów została zminimalizowana, zauważało się głęboki kryzys związany z funkcją, zadaniami i właściwym miejscem kapelana w strukturze nowoczesnego szpitala.[6] Ten kryzys doprowadził do poszukiwań i do zmiany. Pierwszym sygnałem zmian w protestanckim środowisku Stanów Zjednoczonych było zainteresowanie problematyką religijną w powiązaniu z medycyną i psychologią. Do funkcji kapelana przygotowywano, opierając się na klasycznej dydaktyce, związanej z procesem kognitywnym i dedukcji.

3 Por. D. Casera: L'asistente religioso nel mondo della sanita. Torino, Edizioni Camiliane, 1991: 9–11; Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. 'Curate Infirmos' e la vita consacrata. Citta del Vaticano, 1994: 53–55

4 Por. A. Brusco: Il particolare carisma dei religiosi nel servizio degli infermi. W: Curate AA.VV.: "Curate infirmos" e la vita consacrata. Citta del Vaticano, 1994: 53

5 Por. S. Marinelli: Il capellano ospedaliero: identità e funzioni. Torino, Edizioni Camiliane, 1993: 15

6 Por. W.A. Clebsch, C.R. Jeakle: Pastoral care in historical perspective. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1964: 23–27

! KAPELANI.indb 46 2010-03-08 14:43:33

Dialog interdyscyplinarny doprowadził do krytyki tradycyjnego systemu i do próby uczynienia go bardziej praktycznym. Zainicjowane przez lekarza i psychiatrę poszukiwania, do których zaprosił on również pastora protestanckiego, Antona Boisena, zaowocowały wprowadzeniem w 1925 roku systemu edukacji nazwanej CPE. Od czasu powstania CPE przygotowanie do pracy kapelana było prowadzone w seminarium oraz w środowisku szpitalnym, z naciskiem na podstawy psychologii, psychodynamikę, psychopatologię, a także na terapię. Proces edukacyjny, w odróżnieniu od seminaryjnego, był doświadczalny, induktywny i kliniczny.[7] Pragmatyczny i doświadczalny sposób formacji, prowadzony w amerykańskim stylu, zyskał szybko uznanie w wielu protestanckich seminariach i fakultetach teologicznych. Rozwój ten nazywano nawet fenomenem połowy wieku, gdy otwiera coraz więcej szkół specjalizujących się w CPE.[8]

Podstawy oryginalności metody szkoleniowej CPE

Twórcy CPE – Anton Boisen i współpracownicy zachęcali do otwartości i do wglądu we własne wnętrze. Celem było stanie się bardziej wrażliwym na potrzeby i problemy innych w ich cierpieniach i walce z problemami życiowymi i chorobą.[9] W metodzie CPE podkreślano, że należy połączyć wydarzenia ze świata fizycznego z tym, co się dzieje w świecie wewnętrznym (psychiczno-duchowym) człowieka. Połączyć to, co rozumowe z tym, co emotywne, teorię z praktyką, teologię z psychologią, wiedzę z osobistym doświadczeniem kryzysu, choroby i straty. Według Holsta następujące 4 nurty myślowe wywarły wpływ na początki CPE u jego zarania:

7 Por. L.E. Holst, dz. cyt.: 17

8 Por. C.A.Van Wagner: the AAPC: The beginning years. J. Pastoral Care, 1983: 163–179

9 Por. W.A. Clebsch, C.R. Jeakle, dz. cyt., 27–28

! KAPELANI.indb 47 2010-03-08 14:43:33

1. Liberalizm teologiczny, który był reakcją na autorytaryzm i przesadny dogmatyzm religijny; z niego wywodzi się troska o indywidualne doświadczenie religijne.

2. Filozoficzny pragmatyzm, z którego pochodzi wymaganie nauczania empiryczno-doświadczalnego jako formy treningu CPE.

3. Psychologia głębi S. Freuda, z której zostało zaczerpnięte przekonanie o ważności świata wewnętrznego, a szczególnie podświadomości w życiu człowieka.

4. Egzystencjalizm religijny, z którego pochodzi podkreślanie indywidualnej wolności osoby ludzkiej i jej odpowiedzialności za własne decyzje.[10]

Wpływ psychologii na interdyscyplinarność posługi kapelanów

Krytyka nowego stylu kapelaństwa według CPE wiązała się ze zbytnim zachwytem psychologią. Zamiast być pomocą dla teologii, stała się ona dla wielu nową teologią. Dynamicznie rozwijająca się w owym czasie dziedzina została wprowadzona do nauczania seminaryjnego, dając świeży wgląd w ludzką egzystencję i jej problemy. Teologia wykładana na sposób historyczny pokazywała znane studentom losy narodu wybranego i wyznawane prawdy wiary. Psychologia ukazywała inaczej zagadnienia grzechu, nieporządku moralnego czy ludzkości walczącej ze swoimi instynktami lub z zakazami narzuconymi przez restrykcyjne społeczeństwa.[11] Istotny był również fakt, że wiedzę psychologiczną kapelan wykorzystywał jako konkretne narzędzie pomagające mu zbliżyć się bardziej do ludzkich problemów i zrozumieć wewnętrzną dynamikę człowieka chorego, pozwalające także na interdyscyplinarny dialog ze światem medycyny i nauk szczegółowych. Podobnie jak psychologia wzbudzała pytania w umyśle duszpasterza, tak sam kandydat na kapelana zaczął w konsekwencji tych wątpliwości poddawać gruntowniejszej

10 Por. L.E. Holst, dz. cyt.: 18–19

11 Por. W.A. Clebsch, C.R. Jaekle, dz. cyt.: 115

! KAPELANI.indb 48 2010-03-08 14:43:33

analizie własną religijność i duchowość.[12] W konsekwencji edukacji psychologicznej zaczęto pytać kapelanów o osobowość człowieka wykraczającą poza świadomość, poznawano różnice osobowościowe jako związane ze strukturą genetyczną i wpływem otoczenia w dzieciństwie, zaczęto inaczej patrzeć na zagadnienie winy i grzechu.[13] Protestanccy kapelani szpitalni wzięli na serio nowe spostrzeżenia psychologii, usiłując włączyć je w posługę duszpasterską, zwłaszcza w celu pojednania się z Bogiem czy z innymi ludźmi. Doprowadziło to do drugiego ekstremum – do widzenia religii i kościoła jako subiektywnej i indywidualnej rzeczywistości! Protestanccy kapelani z wczesnego okresu CPE byli naznaczeni indywidualizmem, któremu przeciwstawiali wagę uczuć, emocji i indywidualnych doświadczeń. Ówczesny kapelan napotykał napięcie: dogmat bez osobistego doświadczenia to pusto brzmiące sformułowanie, ale osobiste doświadczenie bez struktury hierarchicznej jest oderwane od historii, tradycji i wspólnoty wiary. Kapelan musi żyć w napięciu pomiędzy tym, co obiektywne i subiektywne, w doświadczeniu religijnym i emocjonalnym pacjenta, pomiędzy tym co jest głoszone a doświadczeniem życiowym. Oba aspekty są ważne i niezbędne w pracy kapelana. „Kapelan podąża pomiędzy założeniem wiary, że Słowo Boże, które głosi, ma moc, oraz założeniem klinicznym mówiącym, iż ta wiara ma dynamiczną i funkcjonalną wartość dla pacjenta tylko wówczas, gdy jego rzeczywistość wewnętrzna będzie spójna z przesłaniem zewnętrznym. Kapelan wie ze swojego doświadczenia klinicznego, że istnieje duża różnica pomiędzy uczestniczeniem w obrzędzie przebaczenia i poczuciem pojednania; pomiędzy byciem kochanym, a odczuciem, że jest się kochanym. Aby umieć utrzymać napięcie występujące z obu stron, należy dokonać w pracy i postawie kapelana swoistej syntezy rzeczywistości teologicznej i świata klinicznego."[14]

12 L.E. Holst, dz. cyt.: 18–19

13 Por. H.J. Clinebell: Basic tipes of pastoral care & counseling: resources for the Ministry of Healing & Growth. Nashville, Abingdon Press, 1990: 25nn.

14 Por. L.E. Holst, dz. cyt.: 23–24

! KAPELANI.indb 49 2010-03-08 14:43:33

Metoda CPE dzisiaj: stowarzyszenia ACPE i NACC – podobieństwa i różnice

Edukacja kapelanów i duszpasterzy pracujących z osobami w kryzysie jest nadzorowana przez prace stowarzyszeń, zrzeszających tysiące osób duchownych i świeckich. Przyglądając się skrótowemu porównaniu dwóch organizacji współpracujących, ale jednocześnie odmiennie definiujących swoje misje i cele, zachęcam do skorzystania z bogatych zasobów ich stron internetowych.[15] Przyjrzyjmy się założeniom obu z nich.

The Association for Clinical Pastoral Education (ACPE)

Stowarzyszenie ACPE to międzywyznaniowa instytucja zajmująca się formacją kapelanów metodą CPE powstała w 1967 roku z kilku grup i pracująca według wspólnych standardów.[16] Zrzesza ponad 30 000 kapelanów, asystentów pastoralnych i kandydatów w procesie formacyjnym. ACPE jest wieloreligijną i wielokulturową organizacją, zajmującą się poprawą jakości duszpasterstwa i opieki pastoralnej, oferowanej przez opiekunów duchowych wszystkich wyznań za pomocą metody formacji CPE.[17] Misją tej organizacji jest rozszerzanie doświadczeń opieki pastoralnej. Cele ACPE to refleksja i formacja pastoralna oraz związane z nimi nabywanie kompetencji pastoralnych. Specyficznym celem jest uzyskanie przez przyszłych duszpasterzy umiejętności niezbędnych do przeprowadzenia doradztwa wobec osób będących w kryzysie zewnętrznym lub wewnętrznym.[18] Dopuszczając dużą autonomię poszczególnych ośrodków,

15 NACC. Dostępny w Internecie: www.nacc.org/aboutnacc, ACPE. Dostępny w Internecie: www.acpe.edu

16 The Association for Clinical Pastoral Education: The Standards of ACPE. Decatour, 2000: 1

17 Por: Dostępny w Internecie: www.acpe.edu/manuals.htm

18 Por. Objectives of CPE: To develop the capacity to utilize one's pastoral and prophetic perspectives in a variety of functions such as: preaching, teaching, leadership, management, pastoral care, and, as appropriate, pastoral counselling. Dostępny w Internecie: www.acpe.edu

! KAPELANI.indb 50 2010-03-08 14:43:34

organizacja nakazuje wierność regułom i pozwala ośrodkowi nadawać tytuły ACPE uczestnikom szkoleń CPE.

Katolickie Stowarzyszenie Kapelanów (NACC)

Katolickie Stowarzyszenia Kapelanów w Stanach Zjednoczonych (The National Association of Catholic Chaplains) inaczej rozumie misje, cele i filozofię działania niż ACPE, z którą współpracuje w akredytacji formacji CPE. W 1999 roku NACC liczył 3499 członków,[19] a raport roczny z 2004 roku informuje o spadku certyfikowanych kapelanów w Stanach Zjednoczonych do 3176.[20] Misja NACC to promocja profesjonalnego rozwoju, a także troska o członków naszej organizacji. W ten sposób pragniemy profetycznie odpowiedzieć na znaki czasu, współpracując z wszystkimi, którzy podzielają naszą misję.[21] Filozofią NACC jest uczestniczenie w uzdrowicielskiej misji Kościoła z zachowaniem godności osoby ludzkiej, dialogu, kolegialności, konsensusu, jakości, uczciwości, wspierania, twórczości i sakramentalności działania. Wyjątkowość każdej i każdego z nas jest wkładem w uzdrowicielską misję Kościoła. Wizją jest świadomość wykorzenienia w duchowość katolicką, zobowiązująca do profetycznego przewodzenia naszym życiem i naszym posługiwaniem. Jesteśmy wierni wizji zmierzającej do jak największej otwartości i tolerancji z powodu płci czy różnic kulturowych naszych członków, rozwijając w tym kierunku nowe umiejętności dla naszych kapelanów, tworząc nowe sposoby prowadzenia naszej posługi pastoralnej, obejmując jak najszersze warstwy naszych wspólnot. Czynimy to, promując chrześcijańskie wartości etyczne, współpracując jednocześnie z innymi organizacjami, mającymi udział w uzdrowicielskiej misji.

W analizie generalnych założeń programowych ACPE i NACC widać różnice. ACPE przedstawia się jako organi-

19 Por. NACC Statistical Report, 1, October 1999, Vision, 9 (9)

20 Por. Dostępny w Internecie: www.nacc.org/docs/resources/2004_Annual_Report.pdf, gdzie podano liczbę członków NACC: Total number of members: 3,176; Sisters 1,302 – 41%; Laywomen 928 – 29%; Priests 504 – 16%; Laymen 274 – 9%; Deacons 102 – 3%; Brothers 37 – 1%; Other professions 29 – 1%

21 Por. NACC, Standards, NACC, Milwaukee, 1999, 1: Mission Statement

! KAPELANI.indb 51 2010-03-08 14:43:34

zacja międzywyznaniowa, otwarta na wszelkie tradycje duchowe i religijne.[22] NACC jest organizacją związaną z kościołem katolickim, oficjalnie wspieraną przez Konferencję Biskupów USA.[23] Chociaż NACC zakłada dążenie do otwartości na inne rzeczywistości duchowe, religijne i kulturalne, to toczy się dyskusja na temat realizacji tych postulatów w praktyce organizacji w sposobie współpracy z ACPE. Poza tym swoista niezależność struktury NACC od bardzo szeroko pojmowanej wizji ACPE pozwala organizacji katolickiej mówić o ważnej roli posługi sakramentalnej.[24] Kolejnym elementem, który da się wyróżnić w porównaniu standardów obu organizacji, jest wyraźniejszy nacisk na pryncypia etyczne związane z ochroną życia od poczęcia aż do naturalnej śmierci, a także z innymi zagadnieniami, w których pozycja kościoła katolickiego różni się od stanowisk w standardach ACPE. Dialog i współpraca opisywana i relacjonowana przez przedstawicieli obu grup pracujących w strukturach programowych CPE wydają się o wiele istotniejsze niż różnice, które najczęściej zacierają się w praktyce posługiwania chorym i umierającym w rzeczywistości Duszpasterstwa Służby Zdrowia.[25]

Formacja pastoralno-kliniczna dla Duszpasterstwa Służby Zdrowia w Polsce

Dostrzeżona przez kapelanów w Polsce potrzeba stworzenia programu formacyjnego Duszpasterstwa Służby Zdrowia (DSZ)[26] stała się motorem poszukiwań metody formacyjnej, połączonej z praktyką kliniczną w ośrodku hospicyjnym,

22 Por. ACPE, Statesments 1999: Clinical pastoral education is interfaith professional education for ministry. It brings theological students and ministers of all faiths (pastors, priests, rabbis, imams and others) into supervised encounter with persons in crisis. Dostępny w Internecie: www.acpe.edu

23 Por. The NACC is endorsed by the National Conference of Catholic Bishops. Dostępny w Internecie: www.nacc.org

24 Por. Philosophy of NACC. Milwaukee, 1999: 3–4

25 Por. J.J. Driscoll: Chaplaincy around the bend. Vision, 1999; 10: 6–7

26 Por. P. Krakowiak, E. Dutkiewicz: Duszpasterstwo służby zdrowia w Polsce: osiągnięcia i wyzwania, Gdańsk, MAKmed, 1999: 67–68

! KAPELANI.indb 52 2010-03-08 14:43:34

a także w szpitalu klinicznym, od lat prowadzącym formację CPE.[27] Doświadczenia amerykańskie pokazały elementy przydatne do stworzenia programu dla DSZ w Polsce. Standardy[28] wydawane przez międzywyznaniową organizację ACPE, a także przez katolicką organizację NACC[29] stanowią wzory określania celów formacji oraz sposobów ich realizacji. Na potrzeby formacji pastoralno-klinicznej (FPK), opartej na modelu CPE oraz na polskiej specyfice DSZ,[30] przygotowany został zarys programu FPK dla kapelanów i dla kandydatów na kapelanów DSZ w Polsce.

Założenia programu FPK[31]

FPK jest specyficzną formacją intelektualno-duchowo-kliniczną przygotowaną według założeń CPE, przystosowanych do potrzeb DSZ w Polsce. Podstawowym założeniem FPK jest przekonanie, że formacja do pracy w ochronie zdrowia wymaga od kandydatów praktycznej konfrontacji wiedzy teologicznej i humanistycznej z praktyką kliniczną w środowisku szpitalnym, hospicyjnym i w innych ośrodkach opieki nad chorymi i ich rodzinami. Do istoty formacji, związanej z całościowym spojrzeniem na cierpienie i dramat człowieka w kryzysie, należy umiejętność współpracy w zespole interdyscyplinarnym oraz opieka nad persone-

27 Autor przebywał w latach 1999–2000 w Stanach Zjednoczonych, na Notre Dame University, South Bend, In, gdzie pracował w departamentach: opieki pastoralnej i duchowej, ds. wolontariatu i ds. towarzyszenia w żałobie. W ramach programu CPE odbywał praktyki kliniczne w szpitalach w Detroit, MI.

28 ACPE Manuals. Dostępny w Internecie: www.acpe.edu/manuals.htm

29 NACC Standards of Certification. Dostępny w Internecie: www.nacc.org/certification.htm

30 Por. Jachimczak: Zdrowie jako kapitał. W: P. Krakowiak, E. Dutkiewicz, red., dz. cyt.: 40–43

31 Por. P. Krakowiak: Warsztaty formacji pastoralno-klinicznej. Anuntianda, 1999; 7–8: 36. W 2000 roku przeprowadzone zostały Ogólnopolskie Warsztaty Formacji FPK dla kapelanów i dla kandydatów na kapelanów Duszpasterstwa Służby Zdrowia w Polsce (Gdańsk, 4–9 września 2000). Spotkanie zgromadziło 60 uczestników z 25 seminariów diecezjalnych i zakonnych.

! KAPELANI.indb 53 2010-03-08 14:43:34

lem.[32] FPK stawia sobie za specyficzny cel formacji przygotowanie kapelanów i asystentów pastoralnych dla potrzeb szpitali, hospicjów i innych ośrodków służby zdrowia, z perspektywą rozszerzenia tej propozycji na wszelkiego rodzaju centra pracujące z ludźmi w kryzysie.

Metoda FPK pragnie dać kapelanom i kandydatom do posługi pastoralnej w służbie hospicyjnej i w całej służbie zdrowia odpowiednie narzędzia do właściwej współpracy w interdyscyplinarnym zespole opiekuńczym, niwelując w ten sposób istniejący często mur pomiędzy wiedzą medyczną, psychologiczną i duchowo-pastoralną posługą duszpasterską.[33] Oprócz prowadzenia promocji nowej wizji duszpasterstwa służby zdrowia, zakładającej partnerską współpracę w integralnej opiece nad chorym i jego rodziną FPK troszczy się również o pracowników, wymagających wsparcia na skutek ciągłego kontaktu z dramatami cierpienia i śmierci ich pacjentów.[34] FPK jest formacją zmierzającą do wszechstronnego przygotowania kandydata do kapłaństwa, pragnącego w przyszłości poświęcić się posłudze chorym, zgodnie ze współczesnymi wymogami duszpasterstwa służby zdrowia. FPK, będąc próbą wprowadzenia w polską rzeczywistość świata kryzysów, cierpienia i umierania nowych narzędzi pastoralnej opieki, pomyślanych jako cykl szkoleniowy, składający się z kilku etapów formacyjnych. Struktura i założenia FPK czerpią swoje inspiracje z wielostopniowego szkolenia duszpasterzy służby zdrowia według wymogów CPE, zachowując przy tym specyfikę polskiej tradycji opieki nad umierającym i chorym[35] oraz specyfikę kulturową i religijną polskiego społeczeństwa[36]. W ramach

32 Por. R D. Parsons: The counseling relationship. W: R.J. Wicks i wsp., red.: Clinical handbook of pastoral counseling. New York, 1985: 97–118

33 Por. L.E. Holst, dz. cyt.: 14–15

34 Por. M. Biondi, A. Agostini, L. Grassi: La mente e il cancro: insidie e risorse della psiche nelle patologie tumorali. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995: 168–171

35 Por. J. Drążkiewicz: O ruchu hospicjów w Polsce. W: J. Drążkiewicz, red.: W stronę człowieka umierającego: o ruchu hospicjów w Polsce. Warszawa, UW, 1989: 148–162

36 Por. J. Meyza: Truth-telling: Information and communication with cancer patients in Poland. W: A. Surbone, M. Zwitter, red.: Communication with the cancer patient. Information and truth. New York Academy of Science, 1997: 468–479

! KAPELANI.indb 54 2010-03-08 14:43:34

ogólnych ram programu przewidziana jest duża dowolność metod i sposobów pracy, zależnych od specyfiki środowiska, w którym będą aplikowane, metodologii przyjętej przez zespół formacyjny i przez superwizorów, a także od specyficznych wymagań środowiskowo-kulturowych.

FPK 1 jest pierwszym stopniem formacji pastoralno-klinicznej dla potrzeb DSZ. Dokonuje się poprzez pracę w grupach utworzonych po wstępnej selekcji kandydatów.[37] Adresatami pierwszych warsztatów zostali seminarzyści Wyższych Seminariów Duchownych (WSD), zainteresowani lub związani już z DSZ służby zdrowia. Klerycy po zgłoszeniu swojego uczestnictwa, potwierdzonego przez wychowawcę WSD, zostali poinformowani o pastoralno-klinicznym charakterze formacji. W czasie tygodnia formacji, na którą się składa studium w grupach, pracy indywidualnej i praktyk klinicznych oraz pracy w grupach terapeutycznych, przewidziana jest możliwość kontaktu z prowadzącymi. Program zajęć obejmuje przede wszystkim praktykę kliniczną, która stanowi punkt wyjścia i inspiruje do wszelkiej działalności FPK.[38] Na podstawie doświadczenie spotkania z człowiekiem w kryzysie cierpienia, niepełnosprawności, umierania (*floor experiences*) odbywają się osobista i wspólnotowa praca duchowa, wysiłek intelektualny związany ze słuchaniem wykładów i dyskusjami na plenum oraz z osobistą pracą, dotykającą sfery emocjonalnej i psychologicznej każdego z uczestników. Ten zakres pracy, będący *novum* wobec istniejących programów formacyjnych, składa się z pracy w małych grupach warsztatowych oraz z osobistych terapii i rozmów terapeutycznych. Jako kontynuacja pracy w grupach ta forma jest także bardziej szczegółowym omówieniem doświadczeń klinicznych i ich wpływu na osobowość, emocjonalność i duchowość uczestnika. Choć adresatami tej formacji są tymczasem tylko studenci WSD, to w zamierzeniach organizatorów program ten ma być szansą wzbogacenia instrumentów

37 Warsztaty formacji FPK zostały poprzedzone kontaktami z wychowawcami seminariów i prośbą o skierowanie seminarzystów zainteresowanych pracą z ludźmi cierpiącymi i osobami w sytuacjach kryzysowych.

38 Por. P. Krakowiak: Warsztaty formacji pastoralno-klinicznej. W: P. Krakowiak, E. Dutkiewicz, dz. cyt.: 36–38. Praktyki odbywały się w szpitalach Gdańska, w Domu Opieki Społecznej i Hospicjum.

! KAPELANI.indb 55 2010-03-08 14:43:34

duszpasterskich dla wszystkich duchownych-zakonników i zakonnic, a także osób świeckich zaangażowanych w duszpasterską troskę o chorych. Jest to także odpowiednia formacja dla wszystkich osób pracujących z ludźmi w kryzysie.[39] Zakończenie stopnia wprowadzającego FPK wiąże się z otrzymaniem dyplomu. Ci z uczestników, którzy poprzez swoje zaangażowanie, pracę osobistą, a także właściwy kontakt z pacjentami w środowisku klinicznym wykażą odpowiednie zalety potrzebne do pracy w interdyscyplinarnym zespole opiekuńczym hospicjum lub służby zdrowia, otrzymają dyplom ukończenia wstępnego kursu FPK. Dyplom ten uprawnia kandydata do zdobywania następnych stopni formacji FPK i do skierowania swojej kariery zawodowej w stronę duszpasterstwa służby zdrowia.[40]

FPK 2 jest kontynuacją formacji pastoralno-klinicznej dla tych z seminarzystów lub księży, którzy zamierzają pracować lub już pracują w służbie zdrowia.[41] Praktyka kliniczno-pastoralna w szpitalu/hospicjum/domu opieki społecznej lub innym ośrodku opiekuńczym, w którym znajdzie się kandydat jako duszpasterz, zostaje zintegrowana z dwiema sesjami praktycznymi FPK 2, które będą się odbywać na początku i na końcu roku kliniczno-pastoralnego.[42] Pierwsza sesja praktyki kliniczno-pastoralnej odbędzie się na początku roku jako wprowadzenie do praktyki kliniczno-pastoralna w konkretnym środowisku pracy/praktyki kandydata. W czasie tego tygodnia wspólnej pracy[43] uczestnicy będą się mogli podzielić pierw-

39 Por. R.J. Wicks i wsp., red., dz. cyt.: terapia osób starszych – 245nn, terapia małżeństw w sytuacjach kryzysowych – 267 nn, terapia więźniów – 360 nn, żołnierzy – 440 nn, osób w żałobie – 539 nn

40 Por. M. Millisson, J.R. Dudley: Providing spiritual support: a job for all hospice professionals. Hospice J., 1992; 8: 52–56

41 Por. R.J. Wicks i wsp., red., dz. cyt.: 267 nn. Oprócz służby zdrowia CPE wykorzystują: duszpasterstwo rodzin, trudnej młodzieży, uzależnionych, więźniów, emigrantów, narkomanów itp.

42 FPK 2 będzie miała podobnie jak FPK 1 dwutygodniowy program zajęć, z tą tylko różnicą że ten program zostanie zamieniony na dwa spotkania na początku i na końcu roku formacyjnego.

43 Podobnie jak w FPK 1 praca warsztatowa składa się ze spotkań w małych grupach, z pracy indywidualnej, modlitwy i dzielenia się doświadczeniami klinicznymi. Praktyki w środowisku klinicznym nie będą już wizytowaniem obcych szpitali, lecz będą doświadczeniami z pracy duszpasterskiej, do której uczestnik FPK 2 został skierowany.

! KAPELANI.indb 56 2010-03-08 14:43:34

szymi obserwacjami ze swoich miejsc pracy oraz otrzymać również instrukcje związane ze sposobem działania superwizji pomiędzy ośrodkiem szkoleniowym, a uczestnikami FPK 2 w ciągu roku. Owocem pierwszego tygodnia FPK 2 będzie skonstruowanie zarysu programu duszpasterskiego dla centrum, w którym kandydat będzie pracował, odbywając w ten sposób praktykę duszpasterską związaną z drugim etapem FPK. Każdy z uczestników będzie zobowiązany do przysłania w czasie praktyki kliniczno-pastoralnej w ciągu roku szczegółowych sprawozdań dotyczących pomocy pastoralno-duszpastersko-psychologicznj (zapis przebiegu dialogów, ewentualnych problemów, podjętych przez praktykanta działań, zastosowanej terapii itp.). Każdego z uczestników 2 stopnia formacji w ciągu tego roku odwiedzą superwizorzy, którym zaprezentuje swoje osiągnięcia, mając jednocześnie możliwość omówienia wątpliwości i problemów.[44] Na koniec roku pracy pastoralno-dydaktycznej kandydaci będą zaproszeni do spędzenia kolejnego tygodnia na zakończenie FPK 2. Będzie to okazja do wymiany doświadczeń w ramach grupy roboczej i do indywidualnego spotkania z superwizorem w celu omówienia sprawozdań i obserwacji dotyczących mocnych i słabych stron posługi kapelańskiej. Tydzień pracy grupowej i indywidualnej, intelektualnej, psychologicznej i duchowej będzie zakończeniem całorocznego cyklu formacyjnego w ramach FPK 2. FPK 2 zakończy kurs podstawowy, a duszpasterz może otrzymać stosowny certyfikat.

FPK 3 i FPK 4 są kolejnymi etapami formacji specjalistycznej dla Certyfikowanych Duszpasterzy Służby Zdrowia, pragnących w ramach swojej pracy duszpasterskiej podjąć również pracę formacyjną w ramach FPK dla kolejnych kandydatów. FPK 3 byłby w sposób szczególny związany z organizacją pracy w zespole interdyscyplinarnym i z innymi aspektami pracy w specyficznym środowisku służby zdrowia. Projektem na rok pracy FPK 3 byłoby przygotowanie funkcjonowania duszpasterstwa w konkretnym kontekście

44 Rola superwizora u początkujących duszpasterzy służby zdrowia jest przedstawiona w: T. O'Connor: Clinical pastoral supervision and the theology of Charles Gerkin. Waterloo, WLU, 1998: 11–28; por. także: C.J. Steckel: Directions in pastoral counseling. W: R.J. Wicks i wsp., dz. cyt: 34–35

klinicznym, ze szczególnym podkreśleniem aktywności związanych z interdyscyplinarną współpracą z innymi pracownikami służby zdrowia.[45] Pierwszy tydzień pracy FPK 3, obok praca w grupach, praca indywidualna, nastawiona na kierowanie grupą i prowadzenie innych osób. Ten tydzień zakładałby również w programie spotkanie z administracją służby zdrowia i kas chorych, a także wymianę doświadczeń z pracownikami i studentami służby zdrowia. Zadaniem FPK 3 byłoby opracowanie programu duszpasterskiego dla pacjentów, ich rodzin i personelu szpitala, hospicjum czy ośrodka służby zdrowia, w którym pracuje uczestnik, ze szczególnym uwzględnieniem interdyscyplinarnej współpracy opieki pastoralno-duchowej z innymi dziedzinami opieki.[46] Prezentacja tego programu i semestralne sprawozdanie z realizacji i przebiegu tego programu byłaby głównym wymogiem formacyjnym w czasie FPK 3, przy jednoczesnych studiach podyplomowych. W czasie FPK 3 przewidziane byłyby również odwiedziny przez superwizora Centrum FPK. Kapelan będzie mógł zaprezentować swoje osiągnięcia związane z interdyscyplinarnym zaangażowaniem w prace swojego ośrodka, i jednocześnie omówić wątpliwości i problemy. Tydzień FPK 3 byłby podsumowaniem programu integrującego duszpasterstwo i opiekę pastoralno-duchową w interdyscyplinarną pracę ośrodków, w których pracują kapelani-kandydaci na superwizorów FPK. Kontakt z superwizorami dałby możliwość wymiany doświadczeń dotyczących interdyscyplinarnej współpracy duszpasterza z zespołem.

FPK 4 to ostatni etap formacji kapelanów kandydatów na superwizorów. Podobnie jak wszystkie inne etapy formacyjne również ten etap będzie się składał z dwóch tygodni wspólnotowych, przeżytych jako czas dzielenia się, okazja do pracy intelektualnej oraz duchowego wzrostu. Celem tego etapu formacji będzie zaprojektowanie, przygotowanie i realizacja programu szkolenia kandydatów na duszpasterzy i asystentów pastoralnych FPK. Zajęcia tygodnia formacji wprowadzającej w FPK 4 będą obejmować teoretyczne

45 Por. M.M Cunningham: Consultation, collaborataion and referral. W: R.J. Wicks i wsp., dz. cyt.: 165–169

46 Projekt powinien być dostosowany do miejsca pracy kapelana – uczestnika FPK 3. Pozwala on na lepsze poznanie środowiska pracy, dając jednocześnie możliwość zastosowanie zdobytych wiadomości w sytuacjach klinicznych.

! KAPELANI.indb 58 2010-03-08 14:43:34

wykłady o tematyce pedagogicznej, które dadzą podstawy do opracowania własnego programu formacji wstępnej FPK. Dyskusja i praca w grupach, *role-playing*[47] i inne techniki terapeutyczne pomogą zaaplikować wiedzę teoretyczną i bogate doświadczenia kliniczne kapelanów w formie projektu formacji wstępnej FPK. Wzory formacji FPK, jak również literatura z zakresu CPE będzie udostępniona kapelanom w czasie tego tygodnia pracy. Owocem tygodnia pracy będzie wstępne przygotowanie projektu formacyjnego, osadzonego w realiach środowiska klinicznej pracy kapelanów – kandydatów na superwizorów FPK. Jego realizacja będzie relacjonowana do centrum FPK w sprawozdaniach, a superwizorzy Centrum będą służyli pomocą w razie potrzeby. W ciągu roku przewidziana jest wizyta superwizora u kapelana – kandydata na superwizora FPK i udział w prowadzonych przez niego zajęciach formacyjnych. Uczestnikami procesu formacyjnego mogą być kandydaci do wolontariatu, pracownicy szpitala, studenci czy uczniowie, zainteresowani posługiwaniem chorym i osobom w kryzysie. Formuła szkolenia nazwanego „mini-FPK" będzie się mieścić w zakresie szkolenia świeckich asystentów pastoralnych, działających w duszpasterstwie służby zdrowia jako wolontariusze.[48] Na koniec pracy formacyjnej FPK 4 kandydat, który złoży wymaganą liczbę sprawozdań, przeprowadzi szkolenie „mini-FPK" wśród wolontariuszy swojego ośrodka, a także spełni inne wymagania związane z ukończeniem FPK 4, zostanie zaproszony na ostatni tydzień formacyjny w ramach cyklu formacyjnego. W ramach tygodnia wspólnej pracy zostaną omówione i przeanalizowane szkolenia "mini FPK", sposób ich przebiegu, a także trudności i wątpliwości związane z ich przebiegiem. Superwizorzy, wraz z grupą ocenią każdego z uczestników i w braterskim dialogu wskażą mocne i słabe strony przeprowadzonej formacji. Każdy z uczestników otrzyma na koniec FPK 4 świadectwo ukończenia FPK 4 i wykaz literatury do egzaminu. Kandydat po przygotowaniu zgłosi gotowość do egzaminu, który się odbędzie w Centrum FPK. Okres trwania FPK 4 będzie

47 Por. H.W. Stone: Brief pastoral counseling: short-term approaches and strategies. Minneapolis, Augsburg Fortress, 1994: 117–121

48 Por. E. Ulaszeski: Self-study for clinical pastoral education program. Buffalo, NY, St Jude Center, 1983: 24–25

! KAPELANI.indb 59 2010-03-08 14:43:34

wynosić minimum 1 rok, ale nie może trwać dłużej niż 2 lata. Warunkiem niezbędnym dopuszczenia do końcowego egzaminu, oprócz zaliczenia FPK 4 jest również ukończenie podyplomowych studiów w kierunku zgłoszonym i zatwierdzonym przez Centrum FPK.[49] Proces formacji FPK zostanie w ten sposób zamknięty, a kapelan otrzyma tytuł specjalisty. Posiadanie tego tytułu byłoby podstawą do prowadzenia FPK 1 i FPK 2 w swoich diecezjach, zgromadzeniach zakonnych czy środowiskach służby zdrowia, w porozumieniu z Centrum FPK i pod jego kontrolą.

Zakończenie: Życzenia dla organizatorów szkoły kapelanów w Krakowie

W 1999 roku w Gdańsku przeprowadzono ogólnopolskie warsztaty dla kapelanów służby zdrowia i kapelanów hospicyjnych. Krajowy Duszpasterz Hospicjów, ks. Eugeniusz Dutkiewicz SAC chciał w ten sposób przypomnieć, jak ważna i potrzebna jest formacja do kapelańskiej służby. Wśród zaproszonych gości byli Ks. kardynał Barragan z Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia w Watykanie, Pani Minister Zdrowia RP, Franciszka Cegielska, a także odpowiedzialny za Duszpasterstwo Służby Zdrowia w Episkopacie Abp Władysław Ziółek. W warsztatach wzięło udział ok. 80 kapelanów. Wykładowcami byli specjaliści z kraju, a także goście ze Stanów Zjednoczonych, z Niemiec i Włoch. W wyniku tego spotkania padły słowa i deklaracje, zamieszczone w wydanej po warsztatach publikacji. Ks. Arcybiskup Ziółek na rozpoczęcie warsztatów powiedział: „Po 1989 roku w dziedzinie duszpasterstwa służby zdrowia Kościół w Polsce znalazł się w obliczu wielkich szans i wyjątkowych możliwości. Oznacza to, że stoi przed historycznymi wyzwaniami, którym nie może nie sprostać”[50]. Konsekwencją tego spotkania były

49 Niezbędne w Polsce są odpowiednie regulacje prawne dotyczące statusu kapelana ochrony zdrowia.

50 W. Ziółek: Słowo na rozpoczęcie ogólnopolskich warsztatów pastoralno-formacyjnych. W: P. Krakowiak, E. Dutkiewicz, red.: Duszpasterstwo służby zdrowia w Polsce: osiągnięcia i wyzwania. Gdańsk, 1999: 8

! KAPELANI.indb 60 2010-03-08 14:43:34

badania nad możliwością wprowadzenia elementów metody CPE do duszpasterstwa służby zdrowia w Polsce. Powstały w wyniku tej pracy model formacji pastoralno-klinicznej jest wykorzystywany na zajęciach dla diakonów jednego z seminariów zakonnych w Polsce.[51]

W 2009 roku jesteśmy uczestnikami ogólnopolskich warsztatów w Krakowie, których celem jest uruchomienie szkoły kapelanów służby zdrowia. Mam nadzieję, że przedstawione powyżej informacje okażą się przydatne dla organizatorów i studentów. Metoda CPE i kompetencje z nią związana mogą być inspiracją nie tylko dla kapelanów i kandydatów do DSZ, ale także dla lekarzy i pracowników służby zdrowia, na co dzień współpracujących z kapelanami. Oby krakowska inicjatywa z 2009 roku miała więcej szczęścia w przejściu od zamierzeń do realizacji niż jej poprzedniczka z roku 1999 z Gdańska. System ochrony zdrowia, kapelani, a przede wszystkim chorzy i ich rodziny w Polsce potrzebują wszechstronnie przygotowanych kapelanów szpitalnych, służby zdrowia i hospicjów.[52] Elementy związane z procesem edukacyjnym metody CPE są już z sukcesem wykorzystane do pracy z osobami w żałobie,[53] a także do szkolenia koordynatorów i wolontariuszy hospicyjnych[54]. Jednak specjalistyczne szkolenia dla kapelanów i asystentów pastoralnych w służbie zdrowia wydają się ciągle wyzwaniem dla Kościoła i służby zdrowia w Polsce.

51 Por. P. Krakowiak, A. Stolarczyk, red.: Ks. Eugeniusz Dutkiewicz SAC: ojciec ruchu hospicyjnego w Polsce. Gdańsk, 2007: 124–125

52 Por. P. Krakowiak: Zdążyć z prawdą: o sztuce komunikacji w Hospicjum. Gdańsk, 2006

53 Por. P. Krakowiak: Strata, osierocenie i żałoba: poradnik dla pomagających i dla osób w żałobie. Gdańsk, 2007

54 Por. P. Krakowiak, A. Modlińska, J. Binnebesel, red.: Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego. Gdańsk, 2008; P. Krakowiak, A. Modlińska, red.: Podręcznik wolontariusza hospicyjnego. Gdańsk, 2008

! KAPELANI.indb 61 2010-03-08 14:43:34

Posługa kapelana w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie w latach 1995–2009

ks. dr hab. Lucjan Szczepaniak SCJ

Instytut Pediatrii Akademii Medycznej w Krakowie istnieje od 1965 roku. Współcześnie znany jest pod dwiema nazwami: Polsko-Amerykański Instytut Pediatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie. Każdego roku udziela on pomocy kilkunastu tysiącom chorych w 30 specjalistycznych oddziałach oraz Centrum Ambulatoryjnego Leczenia Dzieci. Stąd też konieczne jest istnienie duszpasterstwa, które zaspokoi potrzeby religijne i duchowe chorych wraz z członkami ich rodzin, personelu medycznego i odwiedzających. Duszpasterstwo to w 1995 roku otrzymuje status samodzielnie działającego ośrodka zorganizowanego w formie Kapelanii pod wezwaniem Matki Bożej Nieustającej Pomocy.[1] Ma do dyspozycji dużą (100 miejsc siedzących) i piękną kaplicę istniejącą od 1965 roku, w ostatnich latach odrestaurowaną i doposażoną ze środków społecznych w niezbędne sprzęty liturgiczne. Dzięki życzliwości dyrekcji szpitala zostały udostępnione pomieszczenia w pobliżu kaplicy, dla kancelarii, biblioteki religijnej i sióstr zakonnych pracują-

1 Metropolita Krakowski, Umowa pomiędzy Metropolitą Krakowskim a Prowincjałem Zgromadzenia Księży Najświętszego Serca Jezusowego w sprawie Księdza Kapelana i Kapelanii Polsko-Amerykańskiego Instytutu Pediatrii CM UJ, Kraków, 03.07.1996, nr 1926

! KAPELANI.indb 62 2010-03-08 14:43:35

cych jako pielęgniarki.[2] Funkcjonowanie duszpasterstwa bez tego materialnego zaplecza byłoby bardzo utrudnione. W ten sposób został też wypełniony obowiązek zorganizowania opieki religijnej w szpitalu, wynikający z poszanowania praw chorego i nauczania Kościoła.[3]

Należy pamiętać jednak, że to co się dzisiaj wydaje oczywiste w dziedzinie zaspokajania potrzeb religijnych i duchowych, w czasach istnienia PRL-u napotykało liczne przeszkody. Przypomina o tym fragment pisma kard. Karola Wojtyły do Przewodniczącego Rady Narodowej Miasta Krakowa: „Uprzejmie proszę Pana przewodniczącego o spowodowanie, by w kaplicy tej nastąpiło spełnienie posług religijnych stosownie do obowiązujących przepisów prawnych".[4] Dwadzieścia lat później arcybiskup metropolita krakowski, będąc już papieżem Janem Pawłem II, odwiedza szpital i przypomina jego nadprzyrodzone znaczenie: „Oto jesteśmy w wielkim ośrodku szpitalnym, który zrodził się z ludzkiej miłości i solidarności. Dzieje się tu ogromnie wiele dobra. Przywracanie człowiekowi zdrowia, przywracanie człowieka życiu jest ewangelicznym znakiem życia wiecznego i powołania człowieka w Bogu do tego życia. Tak czynił Chrystus, używając Boskiej mocy, tak czynicie wy, używając ludzkiej wiedzy, umiejętności i mądrości, którym towarzyszy łaska. Dlatego ten instytut, podobnie jak wszystkie tego rodzaju placówki, jest znakiem, który świadczy o godności i wartości ludzkiego życia, znakiem pełnego wymiaru tego życia. […] A cóż jest bardziej oczyszczającego i przybliżającego do wszechmocnego i świętego Boga, jak nie cierpienie i ofiara niewinnego człowieka? By wypowiedzieć te słowa, trzeba mieć głęboko w sercu Osobę Chrystusa, Syna Bożego, Jego tajemnicę paschalną. Tajemnicę Odkupienia…".[5]

---

2 Polsko-Amerykański Instytut Pediatrii CM UJ: Zaświadczenie o przeznaczeniu pomieszczeń Kaplicy i pokoju Kapelana wyłącznie do celu sakralnego i duszpasterskiego. Kraków, 09.09.1996, nr DS.-023-119/96

3 Por. L. Szczepaniak: Troska o dziecko umierające w szpitalu: studium z pogranicza medycyny i teologii moralnej. Kraków, 2008: 128–133

4 Karol Kardynał Wojtyła Arcybiskup Metropolita Krakowski: Pismo do Pana mgr. Jerzego Pękali Przewodniczącego Rady Narodowej w mieście Krakowie. Kraków, 20.01.1971, nr 187

5 Jan Paweł II: Przemówienie wygłoszone w szpitalu pediatrycznym. Kraków 13.08.1991

! KAPELANI.indb 63 2010-03-08 14:43:35

Zatem głęboka wiara daje duchową siłę zdolną przeciwstawić się cierpieniu.[6] Posługa religijna jest więc oczekiwana przez wierzących rodziców chorych dzieci.[7] Pragnienie to jest szczególnie silne w przypadku zbliżającej się śmierci.[8]

Wypełnienie tego zadania wymaga zatem zaangażowania ze strony duchownych i pomagających im ich świeckich chrześcijan. Pełnoetatowym pracownikiem duszpasterstwa jest kapelan – ks. L. Szczepaniak ze Zgromadzenia Księży Sercanów. Od roku 1995 zatrudnionych też jest okresowo kolejno kilku księży sercanów, którzy pomagają w duszpasterstwie. W skład zespołu duszpasterskiego wchodzi również asystentka pastoralna. Ich pracę wspierają dwie katechetki świeckie zatrudnione w Zespole Szkół Specjalnych nr 3, działającej przy szpitalu oraz pięć zakonnic – pielęgniarek ze Zgromadzenia Sióstr św. Józefa.

Kapelan jest codziennie w szpitalu od godz. 10.00 do 18.00 oraz pełni dyżur przy telefonie przez całą dobę, by móc przyjechać do szpitala na wezwanie o każdej porze. Pozostali pracownicy pracują zgodnie z powierzonym im zakresem obowiązków. Godziny przedpołudniowe 11.00–13.00 przeznaczone są na dyżur w kancelarii, jeśli nie ma innych pilnych zajęć, takich jak chrzest lub pożegnanie zmarłego. Czas ten poświęcony jest również na rozmowy z bliskimi chorego dziecka, a jeśli zachodzi taka potrzeba – na spowiedź, która odbywa się kaplicy.

W dni powszednie msze sprawowane są o godzinie 14.30, natomiast w niedzielę o 11.30, 13.00 i 14.30. Codziennie po ostatniej Mszy św. jest nabożeństwo różańcowe, z wyjątkiem piątków, kiedy odmawiana jest Koronka do Miłosierdzia Bożego. Podczas nabożeństwa połączonego z Nowenną do Matki Bożej Nieustającej Pomocy odczytywane są prośby i podziękowania złożone przez chorych i ich opiekunów. Nowenna ta jest jednym z przejawów żywego kultu Matki

6 Por. L.L. Barnes, G.A. Plotnikoff, K. Fox i wsp.: Spirituality, religion, and pediatrics: intersecting worlds of healing. Pediatrics, 2000; 106: 899–908

7 Por. M.R. Robinson, M.M. Thiel, M.M. Backus i wsp.: Matters of spirituality at the end of life in the pediatric intensive care unit. Pediatrics, 2006; 118: 719–729

8 Por. J. Binnebesel: Kapelan na oddziale pediatryczno-onkologicznym. Przegl. Powsz., 2001; 11: 236–239

! KAPELANI.indb 64 2010-03-08 14:43:35

Bożej, który został doceniony i zaakcentowany 12 września 2001 roku w czasie koronacji Jej Obrazu, umieszczonego w ołtarzu kaplicy szpitalnej. Dokonał jej kard. Franciszek Macharski w obecności ponad 2000 wiernych i około 120 kapłanów. Każdego dnia odmawiana jest publicznie modlitwa wstawiennicza: „[…] U Ciebie (Matko) szukają schronienia w najtrudniejszych chwilach życia chore dzieci i ich opiekunowie […]”.[9] Jej słowa bliskie są każdemu, kto zmuszony jest iść ciemną doliną choroby i związanego z nią cierpienia[10]. O intensywności kultu świadczą, m.in., prośby i podziękowania odczytywane każdego dnia w czasie nabożeństw różańcowych. W skali roku jest ich 7000–10 000 wpisanych do numerowanych ksiąg liczących po 500 stron formatu A4. Każdego roku zapisane są trzy takie księgi.

Kaplica szpitalna jest miejscem wieczystej adoracji Najświętszego Sakramentu.[11] Jest On bijącym Sercem Boga pośród cierpiących i ich opiekunów, na co zwraca uwagę w nauczaniu Benedykt XVI.[12] W tym świętym miejscu człowiek odwołuje się do mocy samego Boga, chroni się w jego cieniu[13] i doświadcza Jego miłości. „Prawdziwa cześć dla Eucharystii staje się z kolei szkołą czynnej miłości bliźniego. Wiemy, że taki jest prawdziwy i pełny porządek miłości, którego nauczył nas Pan: „Po tym wszyscy poznają, żeście uczniami moimi, jeśli będziecie się wzajemnie miłowali” (J,13,35), przypomina Jan Paweł II.[14] Prawdziwym bowiem Gospodarzem i Dobrym Pasterzem[15] duszpasterstwa szpitalnego jest sam Chrystus. Zatem wszystkie

9 Kuria Metropolitalna w Krakowie: Imprimatur na modlitwę do Matki Bożej Nieustającej Pomocy czczonej w kaplicy Dziecięcego Szpitala w Krakowie-Prokocimiu. Kraków, 27.09.1999, nr 2243/99

10 Por. Ps 23,4

11 Kuria Metropolitalna w Krakowie: Pozwolenie na całodobową adorację Najświętszego Sakramentu w kaplicy Polsko Amerykańskiego Instytutu Pediatrii w Krakowie-Prokocimiu. Kraków, 23.03.2000, nr 779

12 Por. Benedykt XVI: Miłość do Chrystusa urzeczywistnia się w opiece nad chorymi: przemówienie do uczestników sesji plenarnej Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Chorych i Służby Zdrowia, 22.03.2007. Os. Rom. Pol., 2007; 6 (294): 32–33

13 Por. Ps 61,5

14 Jan Paweł II: List Apostolski „Dominicae cenae” o Tajemnicy i kulcie Eucharystii. Rzym, 24.02.1980, nr 6

15 Por. J 10,11

! KAPELANI.indb 65 2010-03-08 14:43:35

wysiłki zmierzają do tego, aby kult Eucharystii był żywy. W tym celu powołana została „Straż Najświętszego Sakramentu" i „Koło żywego różańca", których członkami są pracownicy Instytutu Pediatrii.

Kult eucharystyczny krzewiony jest wśród chorych i ich bliskich przede wszystkim przez codzienne zanoszenie im Komunii św. Najstosowniejszym czasem do tego są godziny popołudniowe, kiedy z reguły jest już mniej zabiegów i personelu medycznego. Nie zachodzi więc obawa pośpiechu i rywalizacji o chore dziecko. Wizyta ta jest dla kapłana okazją do zapoznania się z nowymi pacjentami, krótkiej rozmowy, posługi słowa Bożego, posługi sakramentalnej i rozeznania potrzeb duszpasterskich oraz socjalnych. Wieloletnie doświadczenie wykazuje jednak, że kapłana nie może zastąpić pośród chorych dzieci nadzwyczajny szafarz Komunii św. Nie będąc kapłanem, nie posiadając jego uprawnień, wiedzy i doświadczenia, stopniowo doprowadzi do zaniku zwyczaju częstej spowiedzi i codziennego przyjmowania Komunii św. Ponadto odwiedziny związane są z rozmową, która często dotyczy najpoważniejszych problemów, takich jak: sens życia i niezawinionego cierpienia oraz zbawienia człowieka. W przypadku dziecka nie można sobie pozwolić na powierzchowną odpowiedź. Wymaga ono bowiem odpowiedzialnego potraktowania z przewidywaniem możliwie wszystkich konsekwencji spowodowanych niewłaściwym podejściem. Realizacja tego zadania jest możliwa tylko wówczas, jeśli ten sam kapłan odwiedza dzieci codziennie i sumiennie. Jakość tej posługi uzależniona jest przede wszystkim jednak od tego, jakim człowiekiem jest kapelan, od jego kwalifikacji, doświadczenia i umiejętności współpracy z opiekunami medycznymi i rodziną chorego dziecka. Wyznacznikami tej służby są niezbędne cechy konstytutywne duchowości kapłana: miłość, empatia, poświęcenie i roztropność. Bez nich praca ta wkrótce może stać się przykrym i zbyt ciężkim obowiązkiem, który zostanie porzucony pod każdym pretekstem. A przecież posługa wobec ciężko chorego, a zwłaszcza bliskiego śmierci dziecka, powinna być na pierwszym miejscu przed innymi obowiązkami. „Posługa ubogim powinna być przedkładana ponad wszelką inną działalność i niezwłocznie spełniana. Jeśliby więc w czasie modlitwy należało podać lekarstwo albo udzielić innej pomocy potrzebującemu, idźcie z całym spokojem, ofiarując

! KAPELANI.indb 66 2010-03-08 14:43:35

Bogu wykonywaną czynność, jak gdyby trwając na modlitwie", uczy św. Wincenty à Paulo.[16]

Ważnym obowiązkiem spoczywającym na kapelanie jest również zorganizowanie katechezy szpitalnej i owocna współpraca z osobami zaangażowanymi w jej prowadzenie. Chociaż katecheci nie są etatowymi pracownikami szpitala, to jednak wykonują tę posługę wobec pacjentów. Stąd też nadzór merytoryczny nad jakością ich zajęć należy do kompetencji kapelana. Pośród wspólnych zaangażowań należy wymienić przygotowanie dziecka; do: I Komunii św., sakramentu bierzmowania, udział w okolicznościowych mszach św., rekolekcjach, odwiedzinach biskupa itp. Katecheci nie uczestniczą jednak, w sensie ścisłym, w opiece nad dzieckiem umierającym, gdyż prowadzą zajęcia według planu szkolnego. A przecież śmierć dziecka nie nastąpi dopiero wtedy, kiedy oni powrócą z wakacji, ferii czy też po innych wolnych dniach… Poza opieką paliatywną, w której pełnią funkcje raczej pomocnicze, w pozostałych aspektach opieki nad chorymi ich praca jest bardzo potrzebna.

Niezagospodarowaną przestrzeń duszpasterską pomiędzy kapelanem, chorymi, personelem medycznym, rodzinami chorych, katechetami i siostrami zakonnymi wypełnia asystentka pastoralna, z wykształcenia polonistka. W ciągu wielu lat ewoluowało pole jej zaangażowania. Obecnie jest ona odpowiedzialna za: dokumentację duszpasterską i korespondencję, prowadzenie biblioteki religijnej, pomoc w prowadzeniu wolontariatu, a swój wolny czas poświęca prostej posłudze ciężko chorym dzieciom. W ten sposób wypełnia wezwanie do życia konsekrowanego pośród tych, z którymi utożsamia się Chrystus, wypowiadając słowa mające moc Sądu: „Zaprawdę, powiadam wam: wszystko, co uczyniliście jednemu z tych braci moich najmniejszych, Mnieście uczynili".[17] Służbę tę przyjął Kościół i potwierdził mocą konsekracji dokonanej przez kard. Franciszka Macharskiego.

Skuteczną metodą duszpasterską okazało się wznowienie w 1995 roku przez kapelana pracy harcerskiej wśród

16 Wincenty à Paulo: Posługiwanie ubogim należy przedkładać ponad wszystko. W: Liturgia godzin: codzienna modlitwa Ludu Bożego. T. 4. Poznań, 1988: 1209

17 Mt 25,40.

! KAPELANI.indb 67 2010-03-08 14:43:35

chorych dzieci. Jest on autorem dwóch programów realizowanych wśród chorych dzieci przez Szczep Nieprzetartego Szlaku ZHP „Szerokie Pole". Pierwszy z nich otrzymał nazwę „Szarotka" i jest realizowany podczas weekendowych biwaków oraz w czasie letnich i zimowych obozów.[18] Polega on na rehabilitacji i integracji chorych z ich zdrowymi rówieśnikami.[19] Drugi program: „Król Olch" jest skierowany do starszej młodzieży i dorosłych, pragnących pomagać terminalnie chorym dzieciom.[20] W realizacji obu programów pomagają pielęgniarki, lekarze, nauczyciele, księża i klerycy należący do harcerstwa. Zaangażowanie skupionych wokół kapelana harcerzy i harcerzy-kleryków[21] wykracza jednak poza granice szpitala. Świadczy o tym skuteczna pomoc dla powodzian, za którą zostali wyróżnieni przez władze ZHP.[22] Wychowawcza działalność harcerska w sposób świadomy wspiera duszpasterstwo i konsekwentnie zmierza do pozyskania ofiarnych młodych ludzi do bezinteresownej służby chorym. Stąd też kapelan zakłada i prowadzi Harcerski Wolontariat działający przy Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie.[23] Wolontariuszami są uczniowie szkół średnich, studenci i alumni. Natomiast klerycy wolontariusze pracują nieodpłatnie jako salowi w czasie swoich wakacji[24] oraz śródrocznych praktyk. Pracę tę zapoczątkował w 1990 r. lekarz, przyszły kapelan Instytutu Pediatrii, z grupą alumnów sercanów, która podjęła pracę w Klinice Hematologii i Onkologii Dziecięcej. W następnych latach dołączyli do tej posługi paulini, dominikanie, franciszkanie konwentualni, franciszkanie reformaci, klerycy z WSD Archidiecezji Krakowskiej i WSD Diecezji Sosnowieckiej.

18 [b.a.], „Szerokie Pole" na Głodówce. Obóz i rehabilitacja. Gaz. Krak., 20.07.1998

19 A. Sawulski: Gdzie rosną szarotki. Gość Niedz., 16.08.1998; Tenże: Wyspy szczęśliwe bez namiotów. Gość Niedz., 31.08.1997

20 [b.a.], Niezawodnemu przyjacielowi. Gaz. Krak., 6.06.2000

21 A. Sawulski: Harcerskie szlify w seminarium. Gość Niedz., 27.04.1997

22 B. Bajor: Harcerze dla powodzian. Gość Niedz., 12.10.1997

23 Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie: Porozumienie zawarte w sprawie wolontariatu po-między Uniwersyteckim Szpitalem Dziecięcym w Krakowie a Związkiem Harcerstwa Polskiego, Szczep Nieprzetartego Szlaku „Szerokie Pole". Kraków, 28.05.2002

24 L.K.: Wolontariusze w szpitalu. Dz. Pol., 1.07.1998; [b.a.], Klerycy salowi. Gość Niedz., 23.08.1998

! KAPELANI.indb 68 2010-03-08 14:43:35

Doświadczenie zdobyte przez przyszłego kapelana na stażu w klinice prowadzonej przez prof. J. Armatę, zaowocowało zorganizowaniem w Wyższym Seminarium Misyjnym Księży Sercanów bezpłatnego letniego obozu rehabilitacyjnego dla dzieci z chorobą nowotworową „Wyspa szczęśliwa". Odpowiedzialnymi za ten pierwszy wypoczynek byli lek. L. Szczepaniak i dr Walentyna Balwierz, która w przyszłości zostanie kierownikiem kliniki. Dzieło to kontynuowane jest do dzisiaj.

Kapelan wraz ze współpracującymi z nim powinien pamiętać, że celem duszpasterstwa jest umocnienie słowem Bożym oraz posługa sakramentalna. Natomiast podmiotem duszpasterstwa jest chore dziecko wraz z jego rodziną oraz służba zdrowia. To nie są jednak trzy podmioty, ale jeden. Trudno bowiem pogodzić się ze sztucznym podziałem na duszpasterstwo chorych i służby zdrowia. Jest to możliwe raczej w czasie rekolekcji lub spotkań formacyjnych. Natomiast w codziennej praktyce posługi szpitalnej realizowana jest zasada zstępującego oddziaływania. Dobrze uformowany religijnie personel medyczny ma znaczący wpływ na rodzinę chorego, a ta w sposób najwłaściwszy przygotuje chore dziecko.

W tym celu w 1998 roku powołany został Środowiskowy Oddział Akcji Katolickiej (ŚOAK) skupiający lekarzy, pielęgniarki i pracowników administracji szpitalnej.[25] Jest on odpowiedzią na wezwanie Jana Pawła II do tworzenia komitetów etycznych w szpitalach uniwersyteckich. Powstał on dzięki autorytetowi i zaangażowaniu prof. dr. hab. Jerzego Armaty, ówczesnego Kierownika Kliniki Onkologii i Hematologii Dziecięcej.[26] Pierwszym prezesem oddziału została lek. med. Maria Dzierżęga, a następnie dr Szymon Skoczeń, pełniący tę funkcję do dzisiaj. Natomiast asystentem kościelnym ŚOAK jest kapelan. Drogowskazem dla członków Akcji Katolickiej jest nauczanie Jana Pawła II, a zwłaszcza fragment przemówienia, w którym uczy on, że:

25 Asystent Kościelny Akcji Katolickiej Archidiecezji Krakowskiej: Zawiadomienie o powołaniu Środowiskowej Sekcji Akcji Katolickiej przy Kapelanii Polsko-Amerykańskiego Instytutu Pediatrii. Kraków, 16.02.1998, nr AK/4/98

26 J. Armata: Akcja Katolicka w szpitalu. Gość Niedz., 29. 03.1998

! KAPELANI.indb 69 2010-03-08 14:43:35

„Skuteczność apostolstwa ludzi świeckich zależy od ich zjednoczenia z Chrystusem: «Kto trwa we Mnie, a Ja w nim, ten przynosi owoc obfity, ponieważ beze Mnie nic nie możecie uczynić» (J 15,5). W tym procesie mają swoje zadania do spełnienia różnego rodzaju stowarzyszenia i organizacje katolickie, szczególnie zaś Akcja Katolicka […]".[27] Stąd też pragną oni uczestniczyć w formacji katolików świeckich, we wspólnej modlitwie oraz w pogłębionej refleksji nad zobowiązaniami służby medycznej wobec chorego, zakorzenionymi w społecznej nauce Kościoła. Wsparci na fundamencie, którym jest nauczanie Kościoła, kreślą program dalszego działania, gdzie przenikają się wzajemnie: modlitwa, formacja etyczna oraz współpraca z biskupem diecezji[28]. Jako że dla wierzącego lekarza „[…] gdy w grę wchodzi wartość ludzkiego życia, ta zgodność między urzędem nauczycielskim a aktywnością świeckich staje się szczególnie ważna. Życie jest pierwszym dobrem, jakie otrzymujemy od Boga, i podstawą wszystkich innych; mamy obowiązek zagwarantować prawo do życia wszystkim, i wszystkim w takiej samej mierze, bo od tego zależy przyszłość ludzkości", uczy Benedykt XVI.[29]

Owocem aktywności członków Akcji Katolickiej są naukowe sesje etyczne organizowane od dziesięciu lat, dwa razy w roku, we współpracy z Instytutem Pediatrii. Do udziału w nich zapraszani są wybitni specjaliści: lekarze, prawnicy, psycholodzy, pedagodzy, teolodzy i filozofowie. Odpowiedzialnym za przygotowanie naukowe i materialne tych sesji jest kapelan, z wykształcenia lekarz oraz teolog.

W czasie kolejnych sesji poruszane są następujące problemy: „Śmierć mózgu" (28.03.2001), „Etyczne aspekty nowoczesnej genetyki" (17.11.2001), „Etyczne aspekty towarzyszenia przewlekle chorym i ich rodzinom" (11.05.2002), „Etyczne aspekty transplantologii" (23.11.2002), „Autonomia pacjenta" (7.06.2003), „Studium etyczne wykorzystania komórki

27 Jan Paweł II: W trosce o wielki i ofiarny czyn nowej ewangelizacji: przemówienie do II grupy biskupów polskich, 2.02.1998. Os. Rom. Pol., 1998; 3 (201): 36–39

28 L. Szczepaniak: Akcja Katolicka w służbie chorych. Biul. Kraj. Inst. Akcji Katol. Pol., 2005; 21: 40–46

29 Benedykt XVI: Miłość do Chrystusa urzeczywistnia się w opiece nad chorymi. Os. Rom. Pol., 2007; 6 (294): 32

! KAPELANI.indb 70 2010-03-08 14:43:35

macierzystej" (20.11.2003), „Próby samobójcze u dzieci i młodzieży" (19.05.2004), „Etyczne dylematy operacyjnego leczenia bliźniąt syjamskich" (9.12.2004), „Przemoc wobec dziecka" (23.06.2005), „Uporczywa terapia" (7.12.2005), „Eksperyment medyczny" (7.06.2006), „Błąd lekarski" (7.12.2007), „Godność dziecka z chorobą układu nerwowego" (17.05.2007), „Problemy etyczne nefrologii" (6.12.2007), „Korupcja w medycynie" (17.04.2008), „Zaburzenia odżywiania u dzieci i młodzieży. Aspekty etyczne" (14.09.2009) i „Problemy etyczne kardiologii dziecięcej" (grudzień 2009).[30]

Organizowane spotkania mają charakter otwarty. Zazwyczaj uczestniczy w nich od 100 do 150 osób (lekarzy, pielęgniarek i studentów). Natomiast ich owocem materialnym jest wydawanie „Bioetycznych Zeszytów Pediatrii", których redaktorem naczelnym jest również kapelan, a przewodniczącym rady naukowej prof. Jacek J. Pietrzyk.[31]

Działalność Akcji Katolickiej ma również charakter społeczny, o czym świadczą chociażby akcje mające na celu promowanie honorowego krwiodawstwa. Sprawiły one, że „[…] aż dwukrotnie zwiększyła się […] ilość krwi oddawanej w punkcie krwiodawstwa Instytutu Pediatrii w Prokocimiu. […] To zasługa krwiodawców – są wśród nich uczniowie, klerycy, pracownicy zakładów pracy".[32] W ciągu roku w stacji krwiodawstwa pobiera się około tysiąca litrów krwi. To jedyny w swoim rodzaju lek, którego nie może zastąpić żaden inny. Ratuje on bowiem życie dzieciom cierpiącym na choroby krwi i ofiarom wypadków.[33]

Aby zaangażowania duszpasterskie były owocne, wymagają ścisłej współpracy z Arcybiskupem Metropolitą Krakowskim i Biskupami pomocniczymi. Stałym zwyczajem są odwiedziny kolędowe Kardynała w okresie Bożego

30 Pełne teksty programów sesji naukowych znajdują się na stronie internetowej Kapelanii Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie: http://www.kapelaniausd.republika.pl/etyka.htm

31 Sąd Okręgowy w Krakowie Wydział I Cywilny: Postanowienie. Rejestracja tytułu prasowego „Bioetyczne Zeszyty Pediatrii". Kraków, 20.10.2003, sygn. Akt. 136/03

32 [b.a.], Darowali życie: najofiarniejsi krwiodawcy z dyplomami. Gaz. Krak., 20.10.1998

33 M. Kość: Krople na wagę złota. Gość Niedz., 08.11.1998; J.P. Kazubowski: Serce i krew. Nasz Dz., 20.10.1998

! KAPELANI.indb 71 2010-03-08 14:43:35

Narodzenia[34] i Dnia Chorego. „Po raz pierwszy w Archidiecezji Krakowskiej główne uroczystości Dnia Chorego odbywały się w szpitalu. Do Instytutu Pediatrii w Prokocimiu na zaproszenie kapelana ks. Lucjana Szczepaniaka SCJ przybyli księża kapelani szpitali i domów opieki społecznej, by razem z kard. F. Macharskim modlić się w intencji chorych i cierpiących. Do Mszy św. służyli chłopcy z oddziału hematologii, a pięcioletnia Zuzia przystąpiła do Pierwszej Komunii Świętej", pisze dziennikarka „Gościa Niedzielnego".[35] Przejawem troski o służbę zdrowia są również odwiedziny Biskupa w święto św. Łukasza, patrona lekarzy i całej służby zdrowia. „«Realizowanie tego powołania w służbie cierpiącym dzieciom, które nie rozumieją zgrzytu w porządku stworzenia, jakim jest choroba, wymaga szczególnego poświęcenia» – powiedział w homilii bp Kazimierz Nycz. Podkreślił, że zawód lekarza, którego święto obchodzimy […] jest jednym z najtrudniejszych sposobów służby bliźniego".[36]

Najważniejszą jednak posługą kapelana wśród wszystkich innych bardzo ważnych zaangażowań jest służba bliskim śmierci i umierającym dzieciom i ich rodzicom.[37] Kapelan sam sobie narzucił obowiązek towarzyszenia umierającemu dziecku oraz wsparcia osieroconych rodziców, chociaż nikt od niego tego nie wymagał. Prof. Jerzy Armata daje takie świadectwo o tej pracy: „Ks. L. Szczepaniak okazuje wsparcie religijne i solidarność z osieroconymi. Jego pomoc jest niezbędna rodzinie zmarłego dziecka, aby poprzez rozmowę i modlitwę rozładować trudne do wytrzymania napięcie psychiczne, pogłębiające ból przeżywanej żałoby. Zanim zmarłe dziecko opuści nasz szpital, jest pożegnane w kaplicy, urządzonej przez kapelana. Tam z Krzyża patrzy Chrystus na zwłoki w trumnie i zdruzgotanych rodziców, patrzy z miłosierną miłością. A potem jest pogrzeb, w którym kapelan czasami bierze udział, jeśli jest to możliwe do pogo-

34 P. Migas: Dziecięce Betlejem. Gość Niedz., 01.02.2004

35 M. Moskwa: Odnaleźć sens cierpienia. V Światowy Dzień Chorego w Instytucie Pediatrii. Gość Niedz., 2.03.1997 r.

36 M.M.: Aby nie zabrakło uśmiechu. Gość Niedz., 16.11.1997

37 B. Gruszka-Zych: Towarzyszyć odchodzącym. Gość Niedz., 21.11.1998

! KAPELANI.indb 72 2010-03-08 14:43:35

dzenia z obowiązkami szpitalnymi".[38]

Zaangażowanie duszpasterskie w szpitalu zrodziło również potrzebę podzielenia się doświadczeniem pracy. Kapelan opublikował dotychczas: 27 artykułów naukowych, 7 prac redakcyjnych, dwie rozprawy naukowe wydane w formie książki, wiele artykułów dla chorych i ich opiekunów oraz wygłosił 76 wykładów dotyczących zagadnień etyki lekarskiej i pielęgniarskiej. Szczególne miejsce wśród jego twórczości zajmują poezje i rozważania. Doczekały się one również opracowania naukowego, a zwłaszcza antologia „Bo byłem chory…" Tam, gdzie nie może dotrzeć osobiście, umacnia wiarę i dzieli się doświadczeniem dzięki swojej twórczości. Zatem w rozważaniach nad rolą kapelana w szpitalu oraz sposobami pracy duszpasterskiej należy silnie zaakcentować twórczość naukową i literacką. Na nic jednak ten wysiłek, gdyby nie wychował uczniów, swoich następców, i to nie tylko w Instytucie Pediatrii. Stąd też prowadzi zajęcia teoretyczne i praktyczne z medycyny pastoralnej dla przyszłych kapłanów.

Współcześnie istnieje bowiem pokusa zredukowania misji kapłana, niosącego choremu Boga, do roli smętnego pocieszyciela zagubionego wśród przytłoczonych cierpieniem ludzi. Człowieka postrzeganego jako obciążonego przez Boga brzemieniem niezrozumianego kapłaństwa. Zawstydzanego wypowiadanymi, twardo i okrutnie, oskarżeniami wobec Boga, którego musi on wciąż bronić. Kogoś, kto przestał spowiadać i podawać choremu Ciało Chrystusa, lecz słucha już tylko zwierzeń i trzyma za rękę, jeśli jeszcze nie porzucił swoich obowiązków. Kapłana, który nie jest duszpasterzem w szpitalu, ale gościem lub jeszcze gorzej – marnym bezideowym najemnikiem.

Będąc od 24 lat lekarzem i 22 lata zakonnikiem, autor jest przekonany, że nie można „wyprodukować" dobrego kapelana. Nie uczyni tego żadna szkoła, chociaż doskonalenie zawodowe jest konieczne. Nie pomoże bowiem błysk intelektu i wiedza zdobyta na uniwersytetach w kraju i poza jej granicami. Potrzeba tutaj czegoś więcej, co głęboko przeżył,

38 J. Armata: Recenzja rozprawy ks. dr. L. Szczepaniaka, „Troska o dziecko umierające w szpitalu: studium z pogranicza medycyny i teologii moralnej". Wydruk komputerowy. Kraków 4.10.2009

! KAPELANI.indb 73 2010-03-08 14:43:35

i o czym pisał Jan Paweł II: „[Kapłan] Jest zatem powołany, by w swoim życiu duchowym realizować miłość Chrystusa Oblubieńca do Kościoła Oblubienicy. Jego życie powinno więc być oświecane i formowane także przez ten aspekt oblubieńczy, który każe mu dawać świadectwo oblubieńczej miłości Chrystusa, powinien być zatem zdolny do umiłowania ludzi sercem nowym, wielkim i czystym – bezinteresownie i ofiarnie – zawsze wiernym, a zarazem z ową „Boską zazdrością" (por. 2 Kor 11, 2) i czułością przypominającą uczucia matki; jest zdolny znosić „bóle rodzenia" do chwili „aż Chrystus się ukształtuje" w wierzących (por. Ga 4, 19).[39]

„Jeśli już dałeś mi [Boże] serce,
Które może wytrzymać ciągłą bliskość śmierci,
Proszę Cię, daj też serce,
Które nie opuści umierających dzieci…".[40]

39 Jan Paweł II: Posynodalna Adhortacja apostolska „Pastores dabo vobis". Rzym 25.03.1992, nr 22

40 L. Szczepaniak: Bo byłem chory… (Mt 25,36). Poezje szpitalne. Wstęp, wybór, opracowanie: Alina Aleksandrowicz. Kraków, 2005: 224

! KAPELANI.indb 74 2010-03-08 14:43:35

Choroba – krytyczny moment w relacji między Bogiem i człowiekiem

prof. nadzw. dr hab. Tadeusz Biesaga SDB

Nasze zmagania w chorobie i umieraniu

W „Rozmowach o śmierci i umieraniu" E. Kübler-Ross opisuje pięć etapów zmagania się z chorobą i śmiercią. Można u cierpiącego i umierającego zauważyć psychologiczne i osobowościowe stany, takie jak: **1) zaprzeczanie i izolacja, 2) gniew, 3) targowanie się, 4) depresja i 5) pogodzenie się.**[1]

Z zaprzeczeniem i izolacją mamy do czynienia szczególnie u osób, które nagle się dowiedziały o złym stanie zdrowia czy o zagrożeniu śmiercią. Zaskoczone tą nieoczekiwaną wiadomością, odrzucają ją, negują niekorzystne informacje, chcąc dalej żyć i zachowywać się tak, jakby nie istniało żadne zagrożenie.

Gniew, wściekłość i rozżalenie pojawiają się wtedy, gdy informacje o chorobie potwierdzają realne dolegliwości. Chory jest osaczany przez chorobę, która ukazuje się w całym swoim zagrożeniu. Nie ma od niej ucieczki, jest realnym brzemieniem, które zrzucone na człowieka, zaczyna go przygniatać.

1 E. Kübler-Ross: Rozmowy o śmierci i umieraniu. Tłum. I. Doleżal-Nowicka, Warszawa, 1979

! KAPELANI.indb 75 2010-03-08 14:43:36

Targowanie się jest próbą odroczenia śmierci. Chory szuka u lekarzy, personelu szpitalnego, jak również u Boga możliwości odsunięcia śmierci na później. Mogą temu towarzyszyć różne przyrzeczenia, zobowiązania, byle uzyskać przesunięcie zbliżającego się nieuchronnie terminu.

Depresja może się pojawić wtedy, gdy chory zauważa, że jego nadzieje i targowanie się nie przynoszą oczekiwanych skutków. Zaobserwowane objawy choroby i coraz większe osłabienie uświadamiają choremu, że jego szanse maleją. Depresja może być związana zarówno z obciążaniem siebie i poczuciem winy, jak i z trudnościami poradzenia sobie z tym, że się traci wszystko, co się dotychczas posiadało.

Pogodzenie się ze śmiercią jest ostatnim etapem umierania. Może ono różnie wyglądać. Nie zawsze jest ono udane. Chory nie może być zostawiony samemu sobie, swojej samotności i bezsilności. Tkwiąc we wspólnocie bliskich mu osób, we wspólnocie troszczącego się o niego personelu medycznego, w więzi z Bogiem, może nadać sens swojemu odejściu, może się pogodzić z ludźmi i z Bogiem.

Niektórzy wymieniają trzy zasadnicze fazy: **1) fazę ostrego kryzysu, 2) fazę mieszaniny nadziei i rezygnacji i 3) fazę akceptacji nieodwracalności swego losu.**[2] „W ostrej fazie kryzysu możliwe są bardzo różne reakcje pacjentów, poczynając od paniki, poprzez uczucie bezradności, do kompletnego zmrożenia i depersonalizacji. Poczucie niepokoju może mieć różną dynamikę, w zależności od tego czy zagrożenie śmierci jest pewne, czy znany jest domniemany czas końca życia".[3] W ostatniej fazie, czyli w akceptacji nieodwracalności losu, chory zarówno w sensie fizycznym, jak i psychicznych może się odwracać od zewnętrznego świata w kierunku swego wnętrza.

Józef Makselon wymienia następujące podstawowe stany psychiczne u umierających: 1) osamotnienie i lęk, 2) nasilenie woli życia, 3) świadomość bliskiej śmierci i motywacja religijna w umieraniu.[4]

---

2 E.M. Pattison: The living–dying process. W: C.A. Garfield, red.: Psychosocial care of the dying patient. New York, 1978; T. Szaniawski: Typy postaw wobec śmierci a osobowość. Kraków 1998: 39

3 T. Szaniawski, dz. cyt.: 39

4 J. Makselon: Psychologia postaw wobec śmierci. Ateneum Kapł., 1980; 3 (428): 399–410

! KAPELANI.indb 76 2010-03-08 14:43:36

Antoni Kępiński zaznacza, że ludzie najczęściej stosują trzy sposoby zwalczania lęku: **1) agresję, 2) hiperdezintegrację lub hiperintegrację, 3) odwagę z dystansem**. „W agresji […] – stwierdza ów wybitny myśliciel – człowiek wychodzi z lękowej pozycji zaszczucia i maksymalnego skurczenia się własnej czasoprzestrzeni, z wściekłością i rozpaczą uderza w otaczający świat. Zniszczenie jakiegoś fragmentu tego świata przynosi mu ulgę i poczucie, że jest zwycięzcą, że jego przeznaczeniem nie jest tylko klęska".[5]

Lęk i cierpienie może prowadzić też do hiperdezinegracji, polegającej np. na szukaniu oszołomienia i utopienia siebie w środkach odurzających, które pozbawiają nas życia świadomego i prowadzą do rozpłynięcia się naszego „ja" w chaosie różnorodnych, iluzorycznych przeżyć. Obrona przed lękiem i cierpieniem w hiperintegracji polega na wytworzeniu sobie świadomości urojeniowej. „Z chwilą skrystalizowanie się urojeń – stwierdza Kępiński – lęk z reguły maleje, wszystko staje się jasne, […] jasno rysuje się sylwetka wroga, trzeba go tylko zniszczyć".[6]

Odwaga dystansu daje możliwość oderwania się czy też przekroczenia sytuacji lękotwórczej. Kiedy umiemy spojrzeć na zagrożenie z dystansem, potrafimy go spokojniej zobiektywizować i przez to zmniejszyć, okiełznać, wkomponować je w swoje życie, nadać mu sens.

Dystans taki możemy, zdaniem Kępińskiego, zdobyć, gdy patrzymy na świat *sub specie aeternitatis*, pod kątem wieczności.[7] Nie możemy świata absolutyzować, powinniśmy zdać sobie sprawę z przemijalności wszystkiego, co nas otacza, winniśmy na to wszystko patrzeć z przymrużeniem oka, niejako z humorem. Aby się nie rozmyć w zmienności i przemijalności świata, powinniśmy wyraźnie kochać, to co umieściliśmy na szczycie naszej hierarchii wartości: transcendentny cel naszego istnienia i naszej miłości, nasze ideały, naszych bliskich, Boga. „Człowiek żyjący dla transcendentego celu musi ten cel kochać; człowiek obdarzony

5 A. Kępiński: Lęk. Kraków, 1992: 306. Zob. S. A. Zaucha: Lęk jako przedsmak śmierci według Antoniego Kępińskiego: praca magisterska, Kraków, PAT, 2001: 77

6 A. Kępiński: dz. cyt.: 307

7 Tamże: 308

! KAPELANI.indb 77 2010-03-08 14:43:36

zmysłem humoru musi kochać otaczający go świat z jego przemijalnością i zmiennością. Obie postawy łączy uczucie miłości do tego, co na zewnątrz nas, a jednocześnie poczucie dystansu do ważności spraw mieszczących się wyłącznie na poletku własnego życia".[8]

To nie tłumienie lęku przez agresję względem świata i drugich, to nie chwilowe odsunięcie go przez sztuczne oszołomienie, ale miłość transcendentnych celów, przekraczających nasze „tu i teraz" niweluje lęk, gdyż wytwarza w nas odwagę dystansu do lęku, cierpienia i śmierci. W sytuacji zamknięcia w lęku i cierpieniu „trzeba miłości, jedynej siły zdolnej rozerwać nasze zamknięcie czasoprzestrzennie, by nie zwątpić w możliwość ciągłego przekraczania swych wewnętrznych napięć i zniewoleń".[9]

W przezwyciężeniu lęku mogą nam pomóc inni. Drugi człowiek, aby mógł nam pomóc, winien posiadać trzy cechy: **odwagę wiarę i miłość.**[10] „Człowiek odważny wychodzi naprzeciw niebezpieczeństwu, nie ucieka przed nim. Odwaga redukuje lęk w otoczeniu.[11] „W bliskości człowieka odważnego ludzie owładnięci lękiem odzyskują zwykle spokój, wewnętrzny ład i nadzieję".[12] Wiara w zwycięstwo, nawet wbrew losowym wydarzeniom, budzi nadzieję. Obie postawy odwagę i wiarę musi **ożywiać miłość**, gdyż bez niej obie postawy byłyby formalnym uporem, trudnym do zrozumienia i przyjęcia przez cierpiącego. Drugi człowiek ogrzany miłością czuje się wolny i wzmocniony. „Miłość – pisze Kępiński – jest jednym z najsilniejszych antidotów na uczucie lęku"[13].

Nietrudno dostrzec, że miłość do celów transcendnentych, wśród nich miłość do Boga, tego który nam i naszym bliskim mimo przemijania zapewnia wieczne trwanie, jest drogą przełamania lęku, cierpienia i śmierci. Ciepło miłości ludzi, którzy „tu i teraz" nie umierają, ale też umrą, jest tworzeniem środowiska przełamania lęku i cierpienia.

---

8 Tamże: 309
9 A. Zaucha, dz. cyt.: 78
10 A. Kępiński, dz. cyt.: 313–316
11 Tamże: 313
12 A. Zaucha, dz. cyt.: 79
13 A. Kępiński, dz. cyt.: 315

! KAPELANI.indb 78 2010-03-08 14:43:36

Może być **współczucie, które umacnia i współczucie, które zabija**, a nie pomaga przełamać lęku i cierpienia. Stąd ważność otoczenia, w którym chory przeżywa swoje cierpienie i swoją śmierć, ważność tego co proponuje religia. Można podejrzewać, że kultura sekularstyczna, z braku perspektywy transcendentnej i religijnej, raczej przytłacza chorego własną bezsilnością i własnym zwątpieniem niż wzmacnia go w jego sytuacji egzystencjalnej. Nie ma ona wiele do zaproponowania poza ucieczkę przed cierpieniem i śmiercią poprzez eutanazję.

Twórczy wstrząs naszym człowieczeństwem

Gdy wstrząśnięci jesteśmy chorobą i cierpieniem, zachwiane jest nasze istnienie, a z nim nasza pewność siebie, nasze dotychczasowe utarte schematy życia, nasze dotychczasowe wybory i przyzwyczajenia. Wraz z tym zachwiana jest nasza pewność siebie, nasze zadufanie w swoją moc, w pewność naszego rozumu. Doznajemy wstrząsu, który może być destrukcyjny, ale może być też wstrząsem twórczym. W tym zachwianiu naszego bytu, pewności naszego samozwańczego rozumu, jesteśmy bowiem niejako zmuszeni do przemyśleń, do rewizji dotychczasowego, swojego widzenia świata, sensu życia, do rewizji wybranego kręgu wartości, swoich dotychczasowych celów i osiągnięć. Zaczynamy patrzeć na wszystko – jak zaznaczał Kępiński – *sub specie aeternitatis*. W kontekście choroby i cierpienia dostrzegamy **ostrzej rzeczy zasadnicze, odróżniamy ważne od mniej ważnych, istotne od nieistotnych**, którym poświęciliśmy zbyt wiele uwagi, którymi byliśmy zniewoleni. Możemy **zrewidować również swoje myślenie**, swoje zadufanie intelektualne, swoje pouczanie Boga i ludzi, swoją pyszną głupotę, którą głosiliśmy światu. Zaczynamy spoglądać na Boga i ludzi, i na swoje życie **autentycznie, poprzez pokorę**, pokorny podziw, przez to że może nie dostrzegaliśmy dotychczas obok siebie ludzi, przyjaciół, nie dostrzegaliśmy **obecności Jezusa Chrystusa, nie tylko w Kościele, ale w naszej osobistej historii, w naszej biografii.** Zaczynamy dostrzegać to, co było przed nami dotychczas zakryte, ponieważ patrzymy z innej perspektywy, niejako z perspektywy

! KAPELANI.indb 79 2010-03-08 14:43:36

absolutnej, perspektywy wartości nieprzemijających, wiecznych, gdyż dotychczasowe wartości poprzez chorobę, cierpienie i zagrożenie śmierci, rozsypują się w popiół i ujawniają swoją względność, swoją niewystarczalność. Szukamy absolutnego punktu podparcia, dostrzegamy, że te fundamenty, na których chcieliśmy budować swoje życie, pękają, kruszą się i obnażają swoje przemijanie. Nie musi z tego wynikać nienawiść, ale miłość przemijającego świata, a więc takiego którego nie trzeba się trzymać za wszelką cenę.

Być może czujemy się ogołoceni, nadzy, odarci z wszelkich ozdób, tak jak mistyk przechodzimy przez noc ciemną, przez oczyszczenie z blichtru tego, co ceni się w medialnym szumie, w wyścigu szczurów, w posiadaniu bogactw tego świata. Dojrzewamy w swoim człowieczeństwie, wydobywamy z niego, ukryte i najcenniejsze jego strony.

Spór z Bogiem, który toczy się zarówno wtedy kiedy jesteśmy zdrowi, jak i wtedy kiedy jesteśmy chorzy, a który w chorobie, w cierpieniu w obliczu śmierci się nasila, może się różnie skończyć. Pytanie bowiem o zło, dlaczego cierpię, dlaczego umieram, jest pytaniem o dobroć Boga, pytaniem o jego istnienie. Brak prostej odpowiedzi może skłaniać do prostych oskarżeń Boga, świata i ludzki. Znalezienie jednak głębszych odpowiedzi nadaje głębszy sens naszemu istnieniu, wyraźnie zmienia naszą więź z ludźmi i z Bogiem, na więź która przeszła najcięższą próbę i stała się więzią autentyczną, więzią wyrażającą nieśmiertelny aspekt naszego człowieczeństwa.

Jak ciekawy jest to spór z Bogiem, świadczy choćby informacja z życia Tadeusza Kotarbińskiego, opublikowana dopiero w 2004 roku. W „Powszechnej encyklopedii filozofii" do biografii Tadeusza Kotarbińskiego Redakcja dopisała: „Uzupełniając informacje o życiu T. Kotarbińskiego, należy odnotować, że w ostatnich dniach swego życia świadomie i dobrowolnie przyjął sakrament namaszczenia chorych wraz z papieskim błogosławieństwem na godzinę śmierci. Sakramentu tego udzielił ks. J. Bazarnik, kapelan w Instytucie Kardiologii w Warszawie w latach 1978–1982, poświadczając o tym fakcie na piśmie"[14].

14 Powszechna encyklopedia filozofii. A. Maryniarczyk, red. T. 5. Lublin, PTTA, 2004: 907

! KAPELANI.indb 80 2010-03-08 14:43:36

Okazuje się więc, że Tadeusza Kotarbińskiego spór z Bogiem miał nieoczekiwanie zakończenie na łożu śmierci. Filozof, który w swych poszukiwaniach wyznawał materializm, ostro krytykował chrześcijaństwo, szukając filozofii całkowicie niezależnej od chrześcijaństwa, którego chciano używać jako oręża w walce z katolicyzmem w Polsce, powoli odkrywał wartość etyki i religii chrześcijańskiej, a w ostatecznym punkcie swego życia, zwrócił się do tego, którego w swych walkach jakoby prześladował, a w rzeczywistości poszukiwał.

Kultura techniczna może sobie poradzić z bólem, ale nie radzi sobie z ludzkim cierpieniem. Nie ma tabletek uśmierzających ludzkie cierpienie. Nie ma leków, które wyzwoliłyby człowieka z pytań o sens życia, o sens śmierci, o to co jest po śmierci.

Nie da się wziąć tabletki na cierpienie egzystencjalne, na wewnętrzne zmaganie się człowieka, na jego spór z Bogiem. Spór ten czy też intensywny dialog powinien mieć miejsce i powinien mieć stworzone odpowiednie warunki w szpitalu. Temu służy nie tylko kaplica w szpitalu, ale bliska obecność kapelana oraz obecność personelu medycznego, jego otwartość również na moralne i religijne pytania cierpiącego człowieka.

I stąd obecność osobowa personelu szpitala, a w tym kapelana, jest nieodzowna. Z definicji człowiek cierpiący jest samotny w swym cierpieniu. Trzeba więc być przy nim, aby swą obecnością rozbić jego więzienie osamotnienia i bezsilności. Trzeba być dojrzałym człowiekiem, aby odpowiadać na jego pytania i wątpliwości z głębi swego doświadczenia, swych przemyśleń i swej miłości do Boga i ludzi. Dzielenie się swą nadzieją i swą więzią z Bogiem jest towarzyszeniem człowiekowi może najważniejszych momentach życia.

Owo doświadczenie człowieczeństwa przez człowieka cierpiącego jest cennym darem dla ludzi i świata. Prof. Zdzisław Ryn w jednym ze swych artykułów o cierpieniu pisze, jak człowiek może ujawnić swoją moc w słabości cierpienia: „Cierpienie i towarzyszący mu smutek lub osamotnienie skłaniają do skierowania uwagi na głębszy wymiar człowieczeństwa. Dochodzi wówczas do zdumiewającej przemiany wewnętrznej sprawiającej, że ludzie bardzo cierpiący mogą być szczęśliwi. To jeden z wielkich paradoksów cierpienia, trudny do zrozumienia przez samego chorego, a zdumiewający

! KAPELANI.indb 81 2010-03-08 14:43:36

dla lekarza. Cierpienie i choroba nie zawsze wiążą się z poczuciem nieszczęścia; niekiedy są drogą do poznania siebie, mają walor twórczy i konstruktywny, zwłaszcza w rozwoju osobowości, w wewnętrznym dojrzewaniu".[15]

15 Z. Ryn: Jana Pawła II katecheza cierpienia i umierania: referat na konferencji poświęconej myśli JP II, Kraków. 06.2005: 10

! KAPELANI.indb 82 2010-03-08 14:43:36

Posługa duszpasterska w placówkach służby zdrowia

José L. Redrado OH

Jezus pośród chorych

W Ewangelii znajdujemy ogromne bogactwo świadectw o działalności Jezusa pośród chorych. Postępowanie Chrystusa jest nie tylko skuteczne, ale także emblematyczne, ukazuje bowiem, do czego wezwany jest Kościół, by spełniać swoją misję. Wystarczy zwrócić uwagę na trzy aspekty: 1) na postawę Jezusa, 2) znamienny znak dokonywanych przez Niego uzdrowień, 3) Jego obecność pośród ubogich i chorych.

Ewangelia często ukazuje Jezusa w otoczeniu chorych: chromych, głuchych, niewidomych, sparaliżowanych, trędowatych, niemych, opętanych (Mt 11, 5; 12, 22; 9, 33; Mk 7, 32; 9, 14, 29). W Ewangelii czytamy, że Chrystus chodził po całej Galilei, nauczając w synagogach i uzdrawiając wszelkie choroby i cierpienia. A ludzie pełni zdumienia mówili: „Dobrze uczynił wszystko. Nawet głuchym słuch przywraca i niemym mowę". (Mk 7, 37)

Uzdrowienia, jakich dokonuje Jezus, mają zawsze wartość „znaku". Uzdrowienie jest znakiem mesjańskim powiązanym z głoszeniem Królestwa. Charakter „znaku" jest stałym elementem w Ewangelii: kiedy Jezus wypędza złe duchy, daje znak swojego zwycięstwa nad szatanem Mk 1, 23; 5, 1; Łk 8, 2); kiedy rozmnaża chleb (J 6), przybliża nam ideę prawdziwego Chleba: „Jam jest chleb, który z nieba

! KAPELANI.indb 83 2010-03-08 14:43:36

zstąpił"; kiedy przywraca wzrok niewidomym, wskazuje, że to On daje nam światło (J 9, 1; 1, 9); kiedy wskrzesza Łazarza (J 11), oznajmia, że sam jest zmartwychwstaniem i życiem.

Obecność Jezusa pośród chorych jest wreszcie przykładem do naśladowania: „Wszystko, co uczyniliście jednemu z tych braci moich najmniejszych, Mnieście uczynili" (Mt 25, 40); „Kto poda kubek świeżej wody do picia jednemu z tych najmniejszych, nie utraci swojej nagrody" (Mt 10, 42); "Pójdźcie, błogosławieni Ojca mojego" (Mt 25) itd.

Posłanie Kościoła, by uzdrawiał chorych

Można podkreślić pewne szczególne aspekty obecności Kościoła wśród chorych: wyraźne posłanie otrzymane od Chrystusa, apologetyczna wartość miłosiernej działalności Kościoła, historyczny fakt troski Kościoła o ludzi cierpiących, postawa Kościoła w dniu dzisiejszym.

Kościół otrzymał od Chrystusa wyraźne posłanie. Kościół jest sakramentem Chrystusa, kontynuuje Jego zbawcze dzieło; otrzymał od Pana Jezusa powszechną misję: „Idźcie i nauczajcie wszystkie narody" (Mt 28, 19, 20). W zakresie opieki zdrowotnej posłanie to konkretyzuje się w następujący sposób: Jezus wezwał Dwunastu i udzielił im mocy nad demonami oraz władzy leczenia chorych. Posłał ich, by głosili królestwo Boże i uzdrawiali chorych (Mt 10, 1; Łk 9, 1). Apostołowie wyszli, głosząc wszędzie Ewangelię i uzdrawiając chorych, wyrzucali też wiele złych duchów oraz wielu chorych namaszczali olejem i uzdrawiali (Mk 6, 13).

Taki duch powinien ożywiać wspólnoty kościelne, a przede wszystkim tych, którzy mają bezpośredni kontakt z cierpiącymi ludźmi i ośrodkami opieki.

Działalność Kościoła na polu miłosierdzia ma funkcję apologetyczną. Na zapytanie wysłanników Jana Chrzciciela o to, kim jest, Chrystus przedstawia się poprzez swoje czyny: „Idźcie i donieście Janowi to, coście widzieli i słyszeli: niewidomi wzrok odzyskują, chromi chodzą…" (Łk 7, 22). Ludzie mówią o Nim, bo widzą to, co czyni: „Dobrze uczynił wszystko". Także świadectwo pierwotnego Kościoła wypływa z czynów: „Popatrzcie, jak bardzo się miłują".

Dane historyczne potwierdzają fakt, że Kościół jest prekursorem działalności na rzecz ludzi potrzebujących.

! KAPELANI.indb 84 2010-03-08 14:43:36

Kościół zapoczątkował zorganizowaną służbę zdrowia, tworząc szpitale, hospicja, ośrodki opieki i troski o chorych i sieroty.

Sobory i synody, na przykład Sobór Kartageński (309 r. n.e.) czy Synod w Tours (567 r. n.e.), zarządzają budowanie przy Kościołach ośrodków, w których będą przyjmowani i otaczani opieką potrzebujący, chorzy i wdowy.

Około 370 r. n.e. św. Bazyli, biskup Cezarei Kapadockiej, stworzył instytucję zwaną „Bazyliadą". Był to prawdziwy zespół opieki z przychodnią, oddziałem dla uchodźców, szpitalem, przytułkiem dla trędowatych. W tym samym okresie powstają różne rodzaje szpitali: *xenodochio* (dający schronienie pielgrzymom, wędrowcom i uchodźcom), *nosocomio* (szpital), *orfanotrofio* (sierociniec), *gerontocomio* (przytułek dla ludzi starszych). Już w IV wieku system szpitali działał więc bardzo sprawnie. Na LIII kapitule swojej Reguły św. Benedykt zaleca: „Niech się pomnoży troska w udzielaniu schronienia ubogim, albowiem w nich szczególniej przyjmujemy Chrystusa niźli w bogatych i możnych".

W tym samym okresie zasługują na wzmiankę przyklasztorne lecznice i tak zwany „dzwonek zagubionych", który przywoływał pielgrzymów zbłąkanych w okolicznych lasach.

Święci i święte, mistrzowie miłosierdzia, a wśród nich Jan Boży, Kamil de Lellis (patroni chorych, szpitali i pielęgniarzy), są w Kościele żywym świadectwem. To samo można powiedzieć o licznych instytutach zakonnych działających w służbie chorym.

Jaka powinna być dzisiaj postawa Kościoła? Jednym z duszpasterskich zadań Kościoła jest to, by swą obecnością oświecał człowieka, którego nurtują dziś ważne pytania powstające w różnych dziedzinach zbiorowego życia. W dziedzinie służby zdrowia trudno nie zauważyć postępu techniki, coraz bardziej dynamicznego rozwoju i oddziaływania na ludzi.

Ze względu na swoją misję Kościół, który służy i kontynuuje dzieło Chrystusa pośród chorych, musi pozostać wierny tej służbie. Musi pomagać chorym i starać się nadać sens cierpieniu („Choruje ktoś wśród was?", Jk 5, 14). Kościół powinien wnosić wkład w tworzenie warunków sprzyjających życiu, powinien piętnować każdy zamach na życie, stawiać na pierwszym miejscu wartości zrozumienia, wysłuchania, służby i miłości.

! KAPELANI.indb 85 2010-03-08 14:43:36

Kościół, który chce uobecniać Jezusa, musi nieść świadectwo Jego miłości, Jego życia i Jego zbawczego dzieła, zachowując we wszystkim, co czyni, wierność Duchowi Świętemu i ewangelicznemu przesłaniu oraz zwracając uwagę na znaki czasu. Ta wierność pozwala mu oświecać rzeczywistość, wnosić do niej wartości, zachować pokorę i stać u boku ubogich.

Pamiętając o powyższych pytaniach i z pełną świadomością pewnych braków obecności Kościoła, należy podkreślić starania, jakie w ostatnich latach podejmowano w Kościele na polu służby zdrowia: od zaangażowania szpitalnych instytutów zakonnych i stowarzyszeń, przez tworzenie diecezjalnych i krajowych ośrodków duszpasterstwa służby zdrowia, aż po wielkie bogactwo publikacji w tym zakresie.

W ostatnich latach szczególną rolę i znaczenie odgrywa obecność Papieża, zwłaszcza Jana Pawła II, który po zamachu sam doświadczył w życiu wiele boleści i cierpienia. Te doświadczenia jeszcze bardziej zbliżyły go do cierpiących ludzi. Ojciec Święty obdarował Kościół głębokimi przemyśleniami na temat bólu w liście apostolskim *Salvifici doloris*. Przewidział, że Kościół powinien wzmocnić i „uaktualnić" swoją obecność w świecie chorych i w środowisku opieki zdrowotnej.

W tym celu utworzył Papieską Radę Duszpasterstwa Służby Zdrowia. A wszystko dlatego że Kościół powinien naśladować Chrystusa w Jego bliskości cierpiącemu człowiekowi i manifestować swoją obecność wobec wielkich pytań, jakie medycyna stawia przed współczesnym człowiekiem. Jego obecność ma mobilizować i koordynować, zważywszy, że – jak mówi Papież – indywidualne działania nie wystarczą. Potrzebna jest solidarna, mądra, zaplanowana, stała i wspaniałomyślna praca, która ułatwi lepsze przepowiadanie Ewangelii.

O tej duszpasterskiej trosce Papież przypominał także w sposób szczególny w swojej adhortacji apostolskiej *Christifideles laici* n. 53 i 54, oraz w *Vita consecrata* n. 82 i 83.

Można powiedzieć, że duszpasterska troska Kościoła o chorych jest widoczna także w całym nauczaniu obecnego Papieża, w jego licznych przemówieniach, w spotkaniach z chorymi i pracownikami służby zdrowia, jak również w ważnych dokumentach, takich jak prawo kanoniczne, nowy katechizm, encykliki i adhortacje apostolskie. Można

! KAPELANI.indb 86 2010-03-08 14:43:36

tam wszędzie odnaleźć liczne fragmenty, nawiązujące pośrednio lub bezpośrednio do aspektów duszpasterstwa służby zdrowia, a omawiane przez nas w wielu numerach czasopisma „Dolentium Hominum".

Projekt duszpasterski w służbie zdrowia

Myślę, że nie możemy prowadzić prawdziwego duszpasterstwa służby zdrowia, jeżeli nie mamy pełnej jasności co do tego, gdzie i w jakich realiach działamy: co do wyzwań, osób i ich środowiska, kluczowych wskazań, które trzeba mieć na uwadze. Powiedzmy zatem kilka słów na ten temat.

Przesłanki duszpasterstwa służby zdrowia Identyfikacja wyzwań, które przed Kościołem stawia służba zdrowia

Często mówimy i słyszymy, że sektor służby zdrowia jest dziedziną złożoną i że wymaga specjalnej pracy duszpasterskiej.

Chciałbym w ogólnym zarysie wskazać kilka wyzwań, o których duszpasterz powinien pamiętać i które powinien uwzględniać, planując swoją pracę.

Główne wyzwania:

- Zeświecczenie medycyny prowadzące do utraty jej mistycznego wymiaru i siły przyciągania dla pracowników służby zdrowia.
- Dehumanizacja medycyny: zjawisko przerostu techniki. Opieka staje się coraz bardziej techniczna i coraz mniej ludzka.
- Brak przygotowania w zakresie etyki wśród pracowników ma negatywny wydźwięk w sprawach tak istotnych dla życia, jak genetyka, eutanazja, aborcja, śmierć, lub w kwestiach związanych z wykonywaniem zawodu, takich jak odpowiedzialność, szacunek, sprawiedliwość, lojalność.
- Społeczny wymiar problematyki zdrowotnej; częściej jest tematem dyskusji politycznych niż podstawą do rozwiązywania konkretnych sytuacji.

! KAPELANI.indb 87 2010-03-08 14:43:37

- Złożony charakter służby zdrowia, który często utrudnia rozdział zasobów technicznych, ludzkich i finansowych.
- Problemy moralne, wobec których staje Kościół, dotyczą najczęściej opieki zdrowotnej.
- Starzenie się braci i sióstr zakonnych w większości instytutów prowadzi do pozostawiania przez nich miejsc pracy.
- Szybkie i głębokie przemiany w opiece zdrowotnej oraz brak przystosowania do tempa i poziomu tych zmian ze strony wielu instytutów zakonnych działających na tym obszarze; brak przejścia na wyższy poziom jakościowy sprawia, że nie potrafią one dostosować się do nowych wymogów służby zdrowia.

Choroba momentem sprzyjającym ewangelizacji

Przede wszystkim dla samego **chorego**, którego życie w nowej sytuacji całkowicie się zmienia: przedtem być może bardzo aktywne – teraz zamiera w bezruchu. Kiedyś wciąż brakowało mu czasu, teraz przez całe dnie liczy godziny, rozmyśla, analizuje, roztrząsa, „żyje".

Przy chorym jest rodzina, która razem z nim przeżywa ciężki okres choroby. Dla rodziny może to być okazja do odnowienia wiary i miłości.

Czas ten jest odpowiednią okazją także dla wspólnoty chrześcijańskiej, która może dać wyraz wartościom takim, jak solidarność, bliskość i wspólne wyznawanie wiary w modlitwie.

To specjalny czas i dla tych, którzy pracują w szpitalu, szczególnie dla osób spełniających duszpasterską posługę, a także dla wszystkich chrześcijan, ponieważ choroba nadaje mocniejszy wydźwięk wielu problemom, jest okazją do ożywienia apostolatu.

Jest jednak nade wszystko czasem Boga. Bóg ma swoje momenty, swoje zamysły, swoje środki. I często przechodzi drogą człowieka, tylko że człowiek bywa roztargniony. Natomiast w czasie choroby może usłyszeć Go bez zakłóceń. Z doświadczenia wiemy, że wielu ludziom choroba odmieniła życie, że poczuli się bliżej przechodzącego Boga. Przechodzącego nie po to, by nas osądzać, lecz po to by nas zbawić.

! KAPELANI.indb 88 2010-03-08 14:43:37

Pięć kluczowych wskazań w celu odnowy naszego duszpasterstwa

1) Człowiek ma żyć! Od duszpasterskiej pomocy w dobrym umieraniu do duszpasterskiej pomocy w dobrym życiu (ze świadomym podejściem do zdrowia, choroby, cierpienia i śmierci).
2) Wszyscy są odpowiedzialni! Od duszpasterstwa klerykalnego do duszpasterstwa kościelnego.
3) Chory nie jest czymś, lecz kimś! Od duszpasterstwa, które traktuje chorego jak przedmiot do duszpasterstwa, które traktuje go jak osobę.
4) Najbardziej potrzebujący znajdują się poza szpitalem! Od szpitalnego duszpasterstwa pacjentów do pozaszpitalnego duszpasterstwa chorych.
5) Bez koordynacji nie ma skuteczności, nie ma też przejrzystego oblicza Kościoła. Od duszpasterstwa, które jest niezorganizowane i wyizolowane, do duszpasterstwa opartego na planowaniu i koordynacji.

Różni operatorzy duszpasterscy – wszyscy odpowiedzialni

Można by w odpowiedzi dać wielki nagłówek: „Wszyscy odpowiedzialni". Sobór Watykański II apeluje zarówno do biskupów, jak i do kapłanów o to, by otaczali większą opieką „chorych i umierających, odwiedzając ich i dodając ducha" (PO, 6,8; LG, 38).

Także prawo kanoniczne (can. 529, § 1) przypomina proboszczom o obowiązku opieki, zapewnianej z wielkoduszną miłością chorym i umierającym.

Dwa dokumenty papieża Jana Pawła II: *Salvifici doloris* i *Dolentium hominum*, pierwszy o chrześcijańskim znaczeniu cierpienia, drugi powołujący Papieską Radę Duszpasterstwa Służby Zdrowia – zapoczątkowały nowy ruch w duszpasterstwie chorych. O trosce duszpasterskiej przypominał Papież także w adhortaji apostolskiej *Cristifideles laici*, nn. 53 e 54.

! KAPELANI.indb 89 2010-03-08 14:43:37

Kapelan

Jest pasterzem, sługą słowa Bożego (EN, 6), wypróbowanym świadkiem miłości; przyjmuje, rozmawia, szanuje, służy.

Powinien dobrze znać środowisko szpitalne, mieć powołanie do pracy duszpasterskiej w tym sektorze, mieć kwalifikacje, przygotowanie, poświęcać czas na planowanie, odkrywanie, dostosowywanie.

Nie jest „pracownikiem", lecz świadkiem wiary, który oświeca, dostarcza bodźców, koordynuje, integruje, napełnia nadzieją, przekazuje doświadczenia, dzieli życie.

Wspólnota zakonna

Osoby zakonne prowadzą życie konsekrowane, które jest dla nich uprzywilejowanym i skutecznym środkiem ewangelizacji (EN, 69).

Uzasadnieniem ich obecności w szpitalu jest tylko lepsza posługa świadczona chorym.

W swojej pracy powinni nie tyle kierować pracą czy organizować ją pod kątem technicznym, ile:

- animować w Duchu
- skutecznie i odpowiedzialnie współpracować z kapelanem
- dawać świadectwo szczególnej troski i szczególnego oddania chorym
- traktować z szacunkiem chorych, ich rodziny i kolegów z pracy.

Świeccy

Cały Kościół jest wezwany do ewangelizacji. Misja ewangelizacyjna należy do całego ludu Bożego (Mt, 28; AG, 1 i 35; LG, 5; EN, 13 i 14).

Dlatego także świeccy, którzy ze względu na swe specyficzne powołanie stoją w samym sercu świata i pełnią najróżniejsze zadanie doczesne, powinni prowadzić szczególną formę ewangelizacji (EN, 70 AA, 5–8).

! KAPELANI.indb 90 2010-03-08 14:43:37

Znaczenie ludzi

Kiedy tworzymy projekt duszpasterski, pierwszy wybór – zanim jeszcze skupimy się na pracy duszpasterskiej jako takiej – dotyczy samego operatora duszpasterskiego. Każdy wnosi to, co posiada. Jakość duszpasterstwa zależy od jakości duszpasterza, jakość ewangelizacji – od jakości ewangelizatora, apostolatu – od jakości apostoła.

„Ewangelizator powinien być przepełniony Bogiem, powinien być uczniem, osobą nawróconą. Powinien mieć doświadczenie Boga, siłę otrzymaną z góry. Powinien żyć w zespoleniu z Bogiem, w zażyłości z Duchem Świętym, zachowywać z Nim związek, od Niego zależeć. Wreszcie, powinien głosić i działać, mając za przewodnika słowo Jezusa".

Zaktualizowany plan duszpasterstwa służby zdrowia

Jednym ze znaków naszego świata jest organizacja. Dobrze zorganizowany, odnowiony szpital wymaga dobrze zaplanowanego, odnowionego i zaktualizowanego duszpasterstwa. Nie możemy interweniować tylko w nagłych sytuacjach, tak jak straż pożarna. Potrzebny jest plan – zaktualizowany projekt duszpasterski, trzyletni lub roczny.

Główne elementy planu duszpasterskiego to animacja, animator, zespół, planowanie i proces.

Animacja duszpasterska

Animacja oznacza napełnianie duchem, stymulowanie, tworzenie atmosfery. Animacja jest sztuką rozbudzania dynamizmu. Jej celem jest przekształcanie postaw.

Animator

Przyszłość instytucji zależy od grup, które z kolei zależą od animatora, to on bowiem pełni rolę formacyjną, wychowawczą i ewangelizacyjną.

Cechy animatora. Jeżeli animator ma być faktycznie sprawcą zmian, sam musi spełniać pewne wymogi: być

! KAPELANI.indb 91 2010-03-08 14:43:37

prężny duchowo, w dobrej formie, mieć otwartą wizję znaczenia teologii duszpasterskiej, mieć motywację i przygotowanie do pracy w grupie, zmysł inicjatywy, gotowość do dialogu, umiejętność obserwowania samego siebie i otaczającego go świata oraz zdolności organizacyjne.

Jego obowiązki mają oczywiście charakter animacyjny: tworzenie grupy, motywowanie osób, pomaganie im w podejmowaniu odpowiedzialności, ocena innych.

Zespół duszpasterski

Jest to grupa osób, które razem wykonują wspólne zadanie. Zespół tworzy się po to, by lepiej realizować wytyczone cele. Trzeba budować świadomość przynależności do zespołu, która zakłada pewną więź i sympatię.

Każda grupa lub zespół jest zawsze tworem dynamicznym. Przechodzi proces dojrzewania, podobny do tego, jaki przechodzi każdy człowiek, i składający się z tych samych etapów: dzieciństwo, dorastanie, dojrzewanie, wiek dorosły. W początkowym etapie formacji grupy trzeba mieć na uwadze następujące czynniki:

- cierpliwość (życie nie posuwa się naprzód skokami)
- zdolność do entuzjazmu i nadziei
- pewną technikę (sama dobra wola nie wystarczy)
- czas w sensie materialnym i psychicznym, który trzeba poświęcić członkom zespołu
- trzeba wybrać dobrego koordynatora i uważać, by w pierwszym etapie formacji grupy nie było w niej osób trudnych.

Planowanie duszpasterskie i jego proces

„Planowanie duszpasterskie polega na analizie, opracowaniu i podjęciu decyzji co do wyboru działań duszpasterskich, mających na celu zmianę sytuacji w szpitalu, parafii, diecezji z istniejącej na lepszą".

Mając już definicję planowania, stawiamy sobie pytanie: jak opracować plan? Odpowiedź brzmi: przez wyznaczenie celów duszpasterskich. Plan z podziałem na cele wymaga określenia:

- obszaru naszej pracy duszpasterskiej
- miejsca szpitala i sfer wpływu

! KAPELANI.indb 92 2010-03-08 14:43:37

- wielkości szpitala: chorzy i personel
- rodzaju chorych: choroby doraźne, przewlekłe, szpital dziecięcy, ogólny itp.
- aspektów religijnych: określić ogólnie, czy chorzy i ich rodziny są wierzący czy nie i w jakich praktykach religijnych uczestniczą.

Konkretne działania

Cele realizuje się poprzez różne działania, takie jak wizyty, katecheza, sakramenty, nauczanie, zebrania.

Działania objęte planowaniem muszą być dobrze przestudiowane, możliwe do realizacji, powiązane ze sobą, uwzględniające kryteria skuteczności i spójne. Trzeba wziąć pod uwagę także zasadę podejścia stopniowego i całościowego. Działania muszą służyć realizacji celów śródokresowych, a w rezultacie prowadzić do osiągnięcia celu końcowego.

Ewaluacja działań duszpasterskich

Trzeba organizować okresowe zebrania na różnych szczeblach: zebrania w gronie zespołu koordynacyjnego i zebrania zespołu z grupą współpracującą. Takie zebrania ewaluacyjne pozwalają lepiej planować, nabierać nowych motywacji i entuzjazmu, wprowadzać konieczne korekty.

Zakończenie

Kończąc to długie wystąpienie, chciałbym podsumować jego treść w czterech słowach: być, uczyć się, mówić, robić.

1) Być

Najważniejszą sprawą w duszpasterstwie są nie programy, lecz duszpasterze. Kim mam być dla chorych? Świadkiem, obecnością, milczeniem, radością, nadzieją, wyzdrowieniem, zbawieniem.

2) Uczyć się

Uczymy się od osób, z którymi mamy styczność. To one nam mówią o naszej ludzkiej słabości. Wychodząc od tej słabości, prowadzimy duszpasterstwo. Tylko ktoś zraniony, wrażliwy może leczyć i zbawiać.

! KAPELANI.indb 93 2010-03-08 14:43:37

3) Mówić

Po to by mówić, trzeba najpierw umieć wysłuchać, tworzyć klimat bliskości i przyjaźni, który pomaga w opiece i leczeniu. „Mówić" znaczy zachęcać, dawać, wzywać, napełniać entuzjazmem, otwierać horyzonty, dawać życie, oświecać.

4) Robić

Widzieć potrzeby, tworzyć, planować, koordynować, pośredniczyć.

Bibliografia

Abbagnano N.: La saggezza della vita. Milano, Rusconi, 1985
Alaiz A.: Vivere la vita. Cinisello Balsamo, Paoline, 1993
Angelini F.: Quel soffio sulla creta. Roma, 1990
Aries P.: El hombre ante la muerte. Roma, Paoline, 1982
Brandolini L.: I Fondamenti deontologici delle professionalità sanitarie. W: A. Campana, red.: Educazione e salute del bambino. Vigodarzere, Centro Editoriale Cattolico Carroccio, 1992
Comisión Episcopal de Pastoral: La asistencia religiosa en el hospital. Madrid, Edice, 1987
Congreso Evangelización y hombre de hoy. Madrid, Edice, 1986
Giovanni Paolo II e la sofferenza. Bergamo, Velar, 1995
Il significato della sofferenza umana. Pescara, Stauròs, 1983
Jan Paweł II: List apostolski „Salvifici doloris". 11.02.1984
Jan Paweł II: Motu proprio "Dolentium hominum". 11.02.1985
Jomain C.: Vivere l'ultimo istante. Roma, Paoline, 1986
Jores A.: El hombre y su enfermedad. Barcelona, Labor, 1961
Kubler-Ross E.: Una luz que se apaga. Mexico, Pax, 1991
L'assistenza al morente. Milano, Vita e Pensiero, 1994
La Iglesia en el mundo de la salud. Madrid, Edice, 1982
Lozano B.J.: Teología y Medicina. Bogotá, Selare, 2000
Lukas E.: Dare un senso alla sofferenza. Assisi, Cittadella editrice, 1983
Morir con dignidad. Madrid, Marova, 1976
Pagola J.A.: Acción pastoral para una nueva evangelización. Santander, Sal Terrae, 1991
Pangrazzi A.: El Capellán, la asistencia religiosa y la Capellanía. Dolentium Hominum, 1996; 33
Peinado J.V.: Profetas en el dolor. Madrid, Paulinas, 1981
Pellegrino P.: Appunti di educazione religiosa. Torino, Elle Di Ci, 1994
Petrini M.: Accanto al morente. Milano, Vita e Pensiero, 1990
Redrado J.L.: Presencia cristiana en clínicas y hospitales. Madrid, PPC, 1969
Redrado J.L.: Programación y animación de la pastoral en el campo sanitario. Dolentium Hominum, 1993; 24
Salvadori M.: Fede e malattia. Padova, Carroccio, 1986
Seminar The Identity of the Catholic Chaplain in Pastoral Care in Health and Health Care on the Threshold of the Third Millenium, 22–23 November, 1999. Dolentium Hominum, 2000; 24
Thomas L.-V.: Anthropologie de la mort. Paris, Payot, 1975

! KAPELANI.indb 94 2010-03-08 14:43:37

W poszukiwaniu przyszłych kapelanów szpitalnych

Formacja w polskich seminariach duchownych – rekonesans

ks. Grzegorz Ryś

Z literatury przedmiotu (stosunkowo nieobszernej) można łatwo zestawić katalog zadań i odpowiadających im pożądanych cech (zalet) kapelana szpitalnego. Personel szpitalny chętnie w nim widzi nie tylko szafarza sakramentów, ale także członka zespołu terapeutycznego: potrzebuje więc (choćby elementarnej) wiedzy z zakresu psychologii i medycyny. Ma być duszpasterzem bardzo zróżnicowanej grupy ludzi: chorych przewlekle i niespodziewanie, młodych i starych, szpitalnych „nowicjuszy" i „rutyniarzy", praktykujących okazyjnie i takich, którzy prowadzą głębsze od niego życie wewnętrzne, dzieci i matek na oddziałach położniczych, chorych na AIDS, chorych psychicznie, ofiar wypadków itd. Ma być dla każdego pacjenta, ale również szanować postawy ludzi niereligijnych i niewierzących. Swoją posługą winien objąć nie tylko samych chorych (i to najlepiej jeszcze przed ich hospitalizacją), ale także ich rodziny oraz lekarzy, pielęgniarki i cały zespół szpitalny. Musi więc być kompetentnym teologiem, ale także kapłanem w większym niż inni stopniu predysponowanym do roli kierownika duchowego, człowiekiem głębokiej modlitwy, ale również łatwo nawiązującym kontakt i otwartym. Oczekuje się od niego dyspozycyjności, hojności, gdy chodzi o czas i energię; ma udzielać sakramentów, ale także obsługiwać kaplicę szpitalną i prowadzić bibliotekę, z której korzystaliby chorzy. Ma być świadkiem wiary; wszakże dobrze by było, aby jego pierwszy kontakt z chorym nie dotyczył spraw sakramentalnych (ani

! KAPELANI.indb 95 2010-03-08 14:43:37

nawet religijnych); powinien się na przykład zainteresować sytuacją bytową chorego[1]. To dość oczywiste: z badań przeprowadzonych i opublikowanych przez ks. Tomasza Wielebskiego w 2007 roku wynika[2], że jedynie połowa naszych pacjentów regularnie uczestniczy w mszy św. niedzielnej; blisko 3/4 przystępuje do komunii kilka razy w roku; blisko 2/3 nigdy nie przyjmowało wcześniej sakramentu namaszczenia chorych, 1/3 zaś uważa go za sakrament wyłącznie przygotowujący do śmierci. Tymczasem 95% kapelanów sprowadza sens swojej obecności w szpitalu do szafarstwa sakramentów: pokuty, Eucharystii i namaszczenia. Trudno nie zauważyć, że „podaż" najwyraźniej się rozmija z „popytem", i – aby się z nim spotkać, musi zostać poprzedzona jakąś formą wprowadzenia i katechezy. To zaś wymaga (i będzie wymagać coraz więcej) umiejętności i czasu poświęconego rzeczywistej ewangelizacji. Tymczasem (por. ks. Wielebski) niemal połowa (45,5%) naszych kapelanów szpitalnych łączy tę funkcję z szeregiem innych obowiązków, a 3/4 z nich uważa się za nieprzygotowanych do pracy wśród chorych. Postulat, jaki się tu rodzi, jest oczywisty: dobór kapelanów powinien się rozpoczynać już w trakcie formacji seminaryjnej; jednym z jej wymiarów powinno być budzenie i utwierdzanie różnorodnych charyzmatów – wśród nich także i tego.

Na razie, co trzeba z pokorą przyznać, że nie jest to najmocniejsza strona naszej formacji seminaryjnej, 64% absolwentów polskich seminariów widzi się wyłącznie w pracy parafialnej; jedynie 8,3% chciałaby się zaangażować w jakąś formę duszpasterstwa specjalistycznego; jednakże w pracę charytatywną tylko 1,4% (przed seminarium 5,4%) – mniejszy procent neoprezbiterów marzy jedynie

1 S. Luft: Medycyna pastoralna. Warszawa, 2002: 73 n.; T. Gorczyca: Duszpasterstwo chorych w szpitalu. Ateneum Kapł., 1978; 3: 389–400; W. Duda: Chrześcijańska postawa wobec cierpienia według idei Apostolstwa chorych. Kraków, 1998: 127–141; M. Nowosielski: Psychologiczne podstawy duszpasterstwa chorych. Stud. Loviciensia, 2004; 6: 157–162; J. Binnebesel: Kapelan na oddziale pediatryczno-onkologicznym. Przegl. Powsz., 2001: 11: 236–239

2 T. Wielebski: Duszpasterstwo chorych w Polsce: kierunki rozwoju. Ateneum Kapł., 2007; 2: 314–35

! KAPELANI.indb 96 2010-03-08 14:43:37

o pracy w kurii (0,6%)[3]. Rodzi się pytanie o przyczyny tak słabego zainteresowania przyszłych polskich księży dziedziną, którą przez wieki Kościół uważał (i do dziś uważa – por. Benedykt XVI: Deus Caritas est) za jedną z najistotniejszych w swojej misji.

Nie jest bowiem tak, żeby klerycy polskich seminariów duchownych nie mieli kontaktów z chorymi – indywidualnie (odwiedziny w domach i hospicjach) i grupowo (rekolekcje, wyjazdy wakacyjne i formacyjne z chorymi i niepełnosprawnymi). Odbywają praktyki (miesięczne) – jako wolontariusze – na oddziałach szpitalnych czy w DPS-ach (Warszawa, Łódź, Paradyż, Sosnowiec, Kraków). Z reguły wszakże owe praktyki mają miejsce w pierwszych latach studiów, i służą raczej własnej formacji duchowej niż pastoralnej (choć zdarzają się i inne rozwiązania: w Warszawie klerycy IV roku – po przyjęciu posługi akolity – roznoszą Komunię św. w jednym ze szpitali; klerycy sosnowieccy przygotowują do chrztu św. dzieci z jednego z krakowskich DPS-ów). Seminaria, które nie praktykują żadnej formy współpracy ze szpitalami, hospicjami itd. należą raczej do wyjątków.

Poważniejszy problem, jak się wydaje, stanowi formacja intelektualna (studia), przede wszystkim w zakresie teologii praktycznej. Nawet pobieżny przegląd polskich podręczników teologii pastoralnej pozwala na stwierdzenie, że szpital nie funkcjonuje w ich polu widzenia (albo pojawia się marginalnie); duszpasterstwo chorych to dla naszych pastoralistów niemal wyłącznie aktywność parafialna (odwiedziny w domach, dzień chorego, osobne spotkania w trakcie rekolekcji). Przytoczmy kilka przykładów. W blisko 800-stronicowym podręczniku *Duszpasterstwo Kościoła* (seria: Podręczniki Teologii Katolickiej. Poznań, Pallotinum, 2001) autorstwa Daniela Bourgeios, duszpasterstwo chorych omawiane jest w kontekście udzielania sakramentu namaszczenia chorych – perspektywa szpitala pojawia się jedynie w rozdziale „Zasada pasterskiego podejścia do choroby i cierpienia" (3 strony: 628–631). Dwutomowy podręcznik „Teologii pastoralnej" pod redakcją ks. Ryszarda Kamińskiego w 1. tomie („Teologia pastoralna fundamentalna")

3 K. Pawlina: Formacja do kapłaństwa w polskich seminariach. Warszawa, 2008: 67 nn.

! KAPELANI.indb 97 2010-03-08 14:43:37

nie mówi o szpitalach nic; tom 2. („Teologia pastoralna szczegółowa") omawia wyłącznie duszpasterstwo charytatywne w parafii. Zna także duszpasterstwo służby zdrowia, ale nie chorych w szpitalu. Tom „Duszpasterstwo specjalistyczne", pod redakcją ks. Kamińskiego i ks. Drożdża również zajmuje się duszpasterstwem Służby zdrowia, ale nie funkcją kapelana szpitalnego. Więcej miejsca poświęcono jedynie duszpasterstwu hospicyjnemu. W podręcznikach ks. Woronowskiego (Zarys teologii pastoralnej. T. 1 i 2. Warszawa, 1984) i Misiaszka (Teologia pastoralna: podręcznik. Gdańsk, 1994) szpital się nie pojawia (podobnie jak we „Wprowadzeniu do teologii pastoralnej" ks. Kamińskiego – Kraków, 2001). Pojęcia „kapelan szpitalny" czy „szpital" nie pojawiają się w obszernym „Leksykonie teologii pastoralnej" (a np. „kartoteka parafialna" – tak). Owo pominięcie tematu nabiera szczególnego wymiaru, jeśli zauważyć, eż sporo miejsca poświęcono w nich takim zagadnieniom jak: ekologia, duszpasterstwo turystów i wczasowiczów czy duszpasterstwo pielgrzymkowe).

Lepiej, oczywiście, prezentują się prace poświęcone ściśle chrześcijańskiej trosce o chorych. Ks. Waldemar Durda w książce „Chrześcijańska postawa wobec cierpienia" osobny rozdział poświęca „Duszpasterstwu szpitalnemu" (ss. 127–141); można też łatwo trafić na monograficzne opracowania dotyczące hospicjów[4]. Czasami jednak nawet i w tej grupie zdarzają się opracowania, w których konkretne propozycje pastoralne nie są wyważone ani między sobą, ani w stosunku do rozbudowanej części teoretycznej (poświęconej teologii i filozofii cierpienia choroby i śmierci). W zbiorowym dziele „Ludzie chorzy i starsi w Kościele", pod redakcja bpa Bronisława Dąbrowskiego (Warszawa, ATK, 1981), 1/3 artykułów została poświęcona biblioterapii w szpitalach. Obok nich – pracy kapelana szpitalnego poświęcony jest jeszcze jeden (10-stronicowy) artykuł ks. Stanisława Pawliny: „Status prawny duszpasterstwa chorych w szpitalach i sanatoriach".

Przywołane wyżej podręczniki, zwłaszcza te z pierwszej

4 Np. M. Kalinowski: Duszpasterstwo hospicyjne. Lublin, 2001; S. Lorek, M. Radomski: Duszpasterska posługa Kościoła wobec osób terminalnych. Stud. Elbląskie, 2004/2005; 6: 247–255

! KAPELANI.indb 98 2010-03-08 14:43:37

grupy, wyznaczają – rzecz jasna – program wykładów z teologii pastoralnej w naszych seminariach i na wydziałach teologicznych. Ćwiczenia i konwersatoria nie odbiegają od nich tematyką. W seminariach przyjmują one najczęściej formę spotkań z kapłanami zaangażowanymi w różne dziedziny duszpasterstwa. Kapelani szpitalni raczej się tu nie pojawiają; częściej niewątpliwie osoby pracujące w hospicjach czy zajmujące się duszpasterstwem chorych (w diecezji lub w rozmaitych ruchach eklezjalnych).

Jeśli sformułowany na wstępie postulat inicjowania formacji kapelanów szpitalnych już na etapie seminarium ma się przełożyć na cokolwiek konkretnego, projektowany przez nas ośrodek konsultacyjno-szkoleniowy musi wykonać niebagatelną pracę.

! KAPELANI.indb 99 2010-03-08 14:43:37

Duszpasterstwo Służby Zdrowia

Rina Monteverdi

Duszpasterstwo Służby Zdrowia w naszej Prowincji zaczęło się kształtować w związku z uczestnictwem zakonnych i świeckich pracowników służby zdrowia podczas konferencji organizowanej co roku w Collevalenza (Prowincja Peruggia) przez ANCRO (Krajowe Stowarzyszenie Kapelanów i Zakonników Szpitalnych), założone przez 4 zakony szpitalne (franciszkanie, kapucymi, bonifratrzy, kamilianie), dzisiaj o nazwie AIPaS (Krajowe Stowarzyszenie Duszpasterstwa Służby Zdrowia).

Od 1986 roku w konferencji brało co roku udział 60–70 pracowników służby zdrowia i zakonników.

Każdy rodzaj formacji duszpasterskiej jest skierowany do zakonników, sióstr, pracowników zatrudnionych bezpośrednio i pracowników współpracujących firm.

Tworzenie Prowincjalnego Ośrodka Duszpasterstwa zajęło 5 lat (1987–1992), podczas których przeprowadzono formację pracowników i zakonników, co polegała na ukończeniu następujących kursów organizowanych przez OO. kamilianów:

1) Dwuletni Kurs Duszpasterstwa Służby Zdrowia w Weronie (50 pracowników i zakonników)
2) Relacje wzajemnej pomocy (40 pracowników i zakonników)
3) Szpitalna formacja duszpasterska (40 pracowników i zakonników)

! KAPELANI.indb 100 2010-03-08 14:43:38

4) Dwuletni Kurs na Uniwersytecie Camillianum w Rzymie (4 kapelanów)

Tego rodzaju przygotowanie pozwoliło na utworzenie prowincjalnej placówki duszpasterskiej.

Maj 1992 – 128. kapituła prowincjalna – **założenie Prowincjalnego Ośrodka Duszpasterstwa**

- „Odkryć na nowo znaczenie duszpasterstwa służby zdrowia i zrealizować projekt w tym zakresie w każdym dziele". (Propozycja nr 11)

Prowincjalne inicjatywy w latach 1992–2001

Aby zrealizować zalecenie Kapituły, konieczne było dostarczenie pracownikom właściwych narzędzi do działania. Stąd w dniach 10–12 września 1992 roku w konferencji poświęconej programowaniu duszpasterstwa wzięło udział 120 osób, co pozwoliło, by w każdej inicjatywie dotyczącej pacjentów brały udział również osoby pracujące na oddziale i aby taką inicjatywę uwzględnić w tygodniowym programie pracy.

1993–2001. W tym samym okresie był prowadzony dwuletni kurs duszpasterstwa służby zdrowia w Szpitalnictwie, teoretyczno-praktyczny, prowadzony przez wykładowców zakonnych i świeckich z Prowincji, który odbył się 4 razy w ciągu 8 lat i w którym wzięło udział w sumie 240 osób spośród pracowników zatrudnionych bezpośrednio i pracowników współpracujących firm. Również w tym wypadku celem było wspieranie obecności duszpasterza w codziennym życiu Jednostek Operacyjnych.

Dwuletni kurs został następnie wstrzymany, ponieważ nie było więcej zainteresowanych pracowników, ale także z powodu ciągłych trudności w uwidocznianiu działalności duszpasterza na oddziałach.

Od 2001 roku

W porozumieniu z kilkoma kapelanami postanowiono w dalszym ciągu organizować 3 coroczne spotkania poświęcone formacji duszpasterskiej dla kapelanów, zakonników i pracowników świeckich, uzupełniane dodatkowymi 2 dniami: dzień otwarcia, w którym są przedstawiane inicjatywy przewidziane w projekcie duszpasterskim oraz dzień

! KAPELANI.indb 101 2010-03-08 14:43:38

zamknięcia, w którym dokonuje się oceny i weryfikacji realizacji projektu celem ulepszania przyszłej działalności.

Zrealizowane Instrumenty Działania

1) Przewodnik programowania działalności duszpasterskiej
2) Wprowadzenie do refleksji nad podejściem duszpasterskim

Publikacje

Kursy poświęcone duszpasterstwu wzbudziły u niektórych pracowników służby zdrowia chęć do głębszej refleksji nad charyzmatem i duchem Świętego Jana Bożego w ramach odbywanej formacji:

1. Edoardo Capoferri: Carisma e istituzione: la leadership religiosa: San Giovanni di Dio [Charyzmat a Instytucja: kierownictwo zakonne: Święty Jan Boży]. Crema, 1999
2. Giovanni Cervellera: Self control e carisma dell'Ospitalità, un metodo per l'autoformazione e l'aiuto pastorale [Autokontrola a charyzmat Szpitalnictwa: metoda samokształcenia i pomocy duszpasterskiej]. Mediolan, Wyd. Fatebenefratelli, 2000
3. AA.VV. Il carisma al servizio della salute [Charyzmat w służbie zdrowia]. Mediolan, Wyd. Franco Angeli, 2006 (opracowali Brat Gianpietro i Catia Gualco)
4. Laura Zorzella: La gestione carismatica di un ente religioso tra etica ed economia: un'esperienza dei Fatebenefratelli [Zarządzanie w duchu charyzmatycznym instytucją zakonną – pomiędzy etyką a ekonomią: doświadczenia bonifratrów]. Turyn, 2008

Badania naukowe

We wrześniu 2001 roku, podczas III Konferncji *AFaR* (Stowarzyszenie Bonifratrów ds. Badań Naukowych na Polu Biomedycyny i Służby Zdrowia) podjęto decyzję prowadzenia badań w zakresie duchowości na dwa różne tematy:

! KAPELANI.indb 102 2010-03-08 14:43:38

1. „Świat duchowy i uczucia religijne w przeżyciach pacjenta, rodziny i pracowników służby zdrowia: **badanie potrzeb i ich uświadamiania sobie.**

Wyniki: ukazywanie w sposób naukowy rzeczywistych leczniczych korzyści wynikających z obecności duszpasterza.

Rezultaty badań rzeczywiście wykazały, że „w krytycznych momentach życia człowiek czuje się samotny i potrzebuje kogoś, kto gotów jest go wysłuchać i zrozumieć; obecność takiej osoby wpływa na niego korzystnie".

2. „Związek pomiędzy duchowością a jakością życia badany na losowej próbie pracowników służby zdrowia i członków rodzin/caregivers, na trzech oddziałach rahabilitacji w placówkach bonifratrów"

Rezultaty: Religijność i silne przekonania osobiste mają u każdej osoby decydujący wpływ na odczuwanie jakości życia.

Badania te zostały opublikowane pt. „Spirituality of health workers: a descriptive study" w międzynarodowym czasopiśmie „Nursing Studies", 2005.

Przebieg formacji

Na poziomie relacji: kursy mające na celu polepszenie komunikacji i przebywania w grupie, aby efektywnie prowadzić zebrania i rozwiązywać konflikty

1. Kursy komunikacji, dialogu i relacji pomocy
2. Uczenie się przebywania w grupie i zarządzania zebraniami i konfliktami

Na poziomie duchowości: kursy przygotowujace do lepszego rozumienia wymiaru duchowego osoby, jej wartości, przebiegu wzrostu, bez wyraźnego odnoszenia się do teologii

1. Towarzyszenie i opieka duchowa nad chorym
2. Droga wzrostu ludzkiego i duchowego

Na poziomie duszpasterstwa: uzupełniają poprzednie kursy i opierają się na teologii, liturgii, duchowości chrześcijańskiej.

1. Duszpasterska relacja pomocy i towarzyszenie duszpasterskie
2. Realizacja duszpasterstwa w poszczególnych ośrodkach opiekuńczych i medycznych

! KAPELANI.indb 103 2010-03-08 14:43:38

Wprowadzenie przez Ministerstwo Zdrowia systemu Kształcenia Ustawicznego w Medycynie, które wymaga od pracowników służby zdrowia pozyskiwania kredytów szkoleniowych, pozytywnie przyczyniło się do organizowania kursów formacyjnych, których tematem była humanizacja i charyzmat Szpitalnictwa, towarzyszenie duchowe i duszpasterskie choremu.

Wyzwania

133. kapituła Prowincjalna zaproponowała w 2007 roku zorganizowanie działalności duszpasterskiej w dziełach w stylu posługi, zgodnie z potrzebami ośrodków opiekuńczych.

W ciągu 22 lat Prowincja Lombardzko-Wenecka hojnie siała ziarno duszpasterstwa służby zdrowia, w szerokim zakresie i na różne sposoby.

Nowe podejście do rehabilitacji psychiatrycznej i psychogeriatrycznej było bodźcem dla naszej działalności duszpasterskiej, która znajduje większe możliwości rozwoju właśnie w tego typu ośrodkach i w ośrodkach opiekuńczych. Tak rozumiana posługa duszpasterska napotyka natomiast więcej przeszkód w klasyfikowanych szpitalach zakonnych.

Zadanie polegające na ukazaniu wartości terapeutycznej duszpasterstwa tak, aby można było włączyć duszpasterstwo do innych działań leczniczych, wymaga długiego okresu czasu, ale droga ta jest dla nas obowiązkowa, jeśli pragniemy działać zgodnie z charyzmatem szpitalnictwa.

Od 2007 roku Prowincjalny Ośrodek Duszpasterstwa współpracuje z grupą badawczo-projektową, w której skład wchodzą pracownicy i zakonnicy szczególnie wrażliwi i zaangażowani w duszpasterstwo we własnych Domach. Wspólnie z tą grupą zastanawiamy się i badamy, w jaki sposób rozwijać działalność duszpasterską w codziennej rzeczywistości naszych ośrodków medycznych i opiekuńczych, a także przygotowujemy instrumenty działania, które można wykorzystywać wspólnie z innymi operatorami sektora lecznictwa i zdrowia.

! KAPELANI.indb 104 2010-03-08 14:43:38

Duszpasterstwo Służby Zdrowia we Włoszech

br. Marco Fabello

Duszpasterstwo Służby Zdrowia we Włoszech zaczęło się rozwijać w sposób systematyczny i zorganizowany już ponad 25 lat temu.

Cztery Zakony szpitalnicze (franciszkanie, kapucyni, bonifratrzy, kamilianie) w 1984 roku założyły Stowarzyszenie ANCRO (Krajowe Stowarzyszenie Kapelanów i Zakonników Szpitalnych), którego celem było zapewnienie kapelanom szpitalnym profesjonalnej formacji. Organizowane co roku spotkania stacjonarne przez wiele lat cieszyły się również ogromnym zainteresowaniem kapelanów diecezjalnych, diakonów, zakonnic i osób świeckich, które w nich uczestniczyły. W związku z tym w 1996 roku postanowiono nadać Stowarzyszeniu nową nazwę, AIPaS (Krajowe Stowarzyszenie Duszpasterstwa Służby Zdrowia).

Zmiana nazwy, związana z doświadczeniami osób zajmujących się duszpasterstwem, była niezbitym dowodem, że prowadzona formacja nie może obejmować wyłącznie kapelanów szpitalnych, ale należy rozszerzyć ją na wszystkie osoby, które – powodowane wiarą – pragną zajmować się towarzyszeniem duchowym osobom, które cierpią.

W tym celu AIPaS organizuje co roku konferencje poświęcone konkretnym zagadnieniom, ściśle związanym z nowymi problemami etycznymi.

! KAPELANI.indb 105 2010-03-08 14:43:38

Tematy krajowych konferencji w Collevalenza

Rok	Temat
1985	Czekająca nas przyszłość Zakonnicy szpitalni zadają pytania
1986	Razem w służbie…
1987	Ból Jaka prawdziwa ewangelizacja?
1988	Ocalmy prawość człowieka
1989	Prawa i obowiązki w szpitalach
1990	Szpital dzisiaj: perspektywy społeczne i duszpasterskie
1991	Profesjonalizm i etyka: Królestwo Boże wśród chorych
1992	Duszpasterz służby zdrowia: tożsamość i nowe horyzonty
1993	Liturgia i powrót do zdrowia
1994	Rodzina a duszpasterstwo służby zdrowia
1995	Trzy oblicza nadziei: refleksja, współpraca, projekty.
1996	Duchowość pracownika służby zdrowia
1997	Projekt zdrowie: współpraca placówek służby zdrowia z parafiami
1998	Salus: od zdrowia biologicznego do zdrowia biograficznego
1999	Wyzwolić nadzieję: od tabu do siostry śmierci
2000	Praca w zespole
2001	Zdrowie, choroba i śmierć w dialogu międzyreligijnym
2002	Panie w duszpasterstwie służby zdrowia
2003	Szczęśliwy człowiek, który opiekuje się słabszym: bezinteresowna pomoc źródłem radości
2004	Duszpasterstwo służby zdrowia w zintegrowanej zwyczajnej posłudze pasterskiej
2005	Eucharystia łamanego chleba i obmywania nóg
2006	Nadzy jesteśmy i zdesperowani: duszpasterstwo nadziei
2007	Testament za życia i opieka u progu śmierci
2008	Dla sprawiedliwości i z miłości: opieka duszpasterska – prawo i miłość

! KAPELANI.indb 106 2010-03-08 14:43:38

Centrum „Bracia czyńcie dobro"

Szkoła Kapelanii Szpitalnej św. Jana Bożego

Marek Krobicki

„Facite bene fratres"
św. Jan Boży

Zakon Szpitalny św. Jana Bożego – zwany w Polsce bonifratrami służy chorym i cierpiącym w naszej ojczyźnie już od 400 lat. Posługa szpitalnictwa będąca istotą bonifraterskiego charyzmatu przejawia się tak w opiece nad chorymi, jak i w dbałości, by posługa wobec pacjenta obejmowała również pomoc duchową dla niego i dla towarzyszących mu w chorobie najbliższych.

Ową duchową pomoc niosą pacjentom w polskich szpitalach kapelani szpitalni. Zakon Bonifratrów mając własne doświadczenia w posłudze kapelańskiej i zdając sobie sprawę ze złożoności problematyki, której dotyka kapelan w swojej codziennej pracy, chce zaproponować stworzenie ośrodka formacyjno-konsultacyjno-szkoleniowego, który służyłby zarówno księżom posłanym dziś do łóżek chorych, jak i tym którzy w takiej właśnie służbie odnajdowaliby realizację swojego powołania.

Ośrodek dawałby możliwość uzyskania podstaw wiedzy medycznej i psychologicznej, byłby miejscem wymiany doświadczeń, proponowałby cykle szkoleniowe, kursy i konferencje obejmujące wszelkie aspekty posługi wobec człowieka chorego.

Propozycja powołania takiego ośrodka zbiega się z początkiem obchodów Wielkiego Jubileuszu 400 lat obecności

! KAPELANI.indb 107 2010-03-08 14:43:38

Zakonu na Ziemiach Polskich 1609–2009. Decyzjami władz Zakonu okres od 8 marca 2009 roku (święto Patronalne św. Jana Bożego – założyciela Zakonu) do 8 marca 2010 roku będzie czasem Roku Jubileuszowego, i wolą Zakonu jest, by w okresie tym powstał taki ośrodek przy Konwencie i Szpitalu prowadzonym przez Zakon w Krakowie – mieście do którego w 1609 roku przybyli pierwsi bonifratrzy.

By zainicjować ideę tworzenia takiego ośrodka, zorganizowaliśmy tę konferencję, którą postrzegamy jako rozpoczęcie dyskusji nad kształtem i programem ośrodka szkoleniowego, toczonej z założeniem by w marcu 2010 doprowadzić do rozpoczęcia jego pracy.

Otwarcie Szkoły planujemy po odbyciu w Krakowskim Seminarium Duchownym Sesji Konferencyjnej **„Kapelan Szpitalny – posłaniec miłosierdzia"**.

! KAPELANI.indb 108 2010-03-08 14:43:38