

Ks. Tomasz Wielebski
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1313-8514>
DOI: <https://doi.org/10.15633/9788363241414.12>

WOKÓŁ DUSZPASTERSKIEJ POSŁUGI KAPELANÓW SZPITALNYCH W POLSCE

Jan Paweł w adhortacji *Ecclesia in Europa*¹, zwracając uwagę na konieczność poświęcania odpowiedniej uwagi duszpasterstwu chorych, apelował o obecność w szpitalach kapelanów, podkreślając, że mają oni nie tylko wspierać pacjentów, ale także ich rodziny oraz personel medyczny i paramedyczny (EinE 88). Benedykt XVI, przemawiając w 2012 roku do uczestników międzynarodowej konferencji zorganizowanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Zdrowia *Szpital miejscem ewangelizacji – misja duchowa i ludzka*, podkreślał, że nigdy nie można zapomnieć o trosce o godność osób cierpiących, apelując zarazem, aby traktować szpitale jako „uprzywilejowane miejsca ewangelizacji”². Z kolei w adhortacji *Sacramentum caritatis*³ papież zwrócił uwagę całej wspólnoty kościelnej na duszpasterską konieczność zapewnienia duchowego wsparcia wszystkim chorym, w tym znajdującym się szpitalu (SC 58). Z kolei Franciszek napisał, że czas spędzony u boku chorego jest czasem świętym⁴.

Kim jest kapelan szpitalny? Nawiązując do kodeksu prawa kanonicznego, najogólniej definiującego kapelana jako kapłana, „któremu powierza się przynajmniej częściowo stałą troskę pasterską o jakąś wspólnotę lub specjalny zespół wiernych, wykonywaną zgodnie z postanowieniami prawa powszechnego

¹ Jan Paweł II, *Adhortacja apostolska Ecclesia in Europa* (Watykan, 28 VI 2003), [dalej EinE].

² Benedykt XVI, *Przemówienie do uczestników międzynarodowej konferencji Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia i Chorych „Chrześcijańska nauka o cierpieniu”* (Watykan, 17 XI 2012), http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/benedykt_xvi/przemowienia/chorzy_17112012.html (dostęp: 25.08.2022).

³ Benedykt XVI, *Adhortacja apostolska sacramentum caritatis o Eucharystii, źródle i szczyt życia i misji Kościoła* (Watykan, 22 II 2007), [dalej SC].

⁴ Franciszek, *Orędzie na XXIII Światowy Dzień Chorego „Być oczami niewidomego i nogami chromego”* (Watykan, 3 XII 2014), „L'Osservatore Romano” 2015, nr 1, s. 4.

lub partykularnego”⁵ (KPK 564), można powiedzieć, że kapelan szpitalny jest tym, komu powierzono troskę o osoby tworzące wspólnotę szpitala, w skład której wchodzi zarówno chorzy, jak też ich rodziny oraz pracownicy służby zdrowia. *Głównym celem* posługi kapelanów jest sprawowanie sakramentów, głoszenie słowa Bożego oraz towarzyszenie wszystkim wymienionym wyżej osobom.

Nieustannie trzeba stawiać pytanie o sposób realizacji w polskich szpitalach misji kapelanów, którzy, naśladując Miłosiernego Samarytanina, mają *zatrzymać się przy chorym, wzruszyć jego losem i podjąć konkretne działanie* (zob. Łk 10, 30-37). W jakim stopniu, współpracując ze wszystkimi ochrzczoneymi, realizują oni swoje powołanie, będąc wiernym wskazaniom Magisterium i odpowiadając na wielorakie potrzeby osób należących do wspólnoty szpitalnej? Autor artykułu od lat szuka odpowiedzi na powyższe pytania, czyniąc wspomnianą problematykę przestrzenią swoich zainteresowań badawczych⁶. Pragnie on podzielić się owocami swoich badań, zachęcając czytelników do refleksji na ten temat.

Prowadzona refleksja zostanie przeprowadzona w trzech punktach. Najpierw autor, odwołując się do wybranych dokumentów Magisterium i dokumentów prawnych, przedstawi teologiczno-prawne podstawy posługi kapelanów w szpitalach (1). Następnie ukáže wybrane wyniki swoich badań, ukazując sposób posługi kapelanów szpitalnych w Polsce oraz ich ocenę przez chorych (2). Ostatnia część rozważań będzie zawierać wnioski i postulaty pastoralne (3). Taką strukturę artykułu wytycza jeden ze stosowanych w teologii pastoralnej paradygmatów postępowania badawczego, zwany paradygmatem trzech etapów. Ujmuje się go w formie sylogizmu praktycznego, w którym przesłanką większą jest zasada objawiona, odkryta w wyniku poszukiwań nauk teologicznych, przesłankę mniejszą stanowią dane zaczerpnięte z badań socjologicznych, a wniosek, będący zasadą urzeczywistniana się Kościoła, ma charakter teologiczny. Najpierw ukazuje się jakiś wycinek działalności pastoralnej Kościoła w ujęciu

⁵ Kodeks prawa kanonicznego, Poznań 2022, [dalej KPK].

⁶ Zob. T. Wielebski, *Duszpasterska posługa Kościoła w szpitalach i hospicjach*, „Roczniki Teologiczne Warszawsko-Praskie” 3 (2003), s. 265-298; tenże; *Duszpasterstwo chorych w świetle nauczania Kościoła współczesnego*, w: tenże (red.), *Duszpasterstwo chorych. Materiały z sympozjum naukowego w Wyższym Seminarium Duchownym Diecezji Warszawsko-Praskiej w Warszawie Tarchominie w dniu 20.04.2005*, Warszawa 2005, s. 31-56; tenże, *Duszpasterstwo chorych w Polsce. Kierunki rozwoju*, „Ateneum Kapłańskie” 2007, nr 588, s. 314-335; tenże, *Duszpasterstwo chorych w Polsce. Między teorią i praktyką*, „Teologia Praktyczna” 2015, nr 16, s. 43-77; tenże, *Posługa kapelanów szpitalnych w Polsce. Między rzeczywistością a ideałem*, w: P. Klimek, L. Rasztawicki (red.), „A kimże jest człowiek? (Ps 8, 5). Księga pamiątkowa dla uczczenia 75. rocznicy urodzin ks. Abpa Henryka Hosera SAC Biskupa Warszawsko-Praskiego, Warszawa 2017, s. 169-206. Autor przytacza w swoim artykule niektóre poruszone wcześniej wątki, gdyż są one wciąż aktualne.

normatywnym, następnie w ujęciu realizowanym, aby dojść do wniosków i postulatów pastoralnych (ujęcie postulowane)⁷.

Teologiczno-prawne podstawy posługi duszpasterskiej kapelanów szpitalnych

W nauczaniu Magisterium oraz przepisach prawa państwowego znajdujemy szereg wskazań dotyczących konieczności duszpasterskiego towarzyszenia chorym, w tym przebywającym w szpitalach, jak też ich bliskim i personelowi szpitalnemu. Autor w sposób syntetyczny dokona ich prezentacji, koncentrując się szczególnie na roli kapelanów szpitalnych, podkreślając przy tym, że wszyscy tworzący wspólnotę Kościoła mają zwrócić uwagę na cierpienie ludzi chorych.

II Sobór Watykański podkreślił w konstytucji duszpasterskiej o Kościele *Gaudium et spes*⁸, że przez posługę wobec chorych kapłani niosą im duchową pomoc i ulgę (KDK 28). Z kolei dekret o posłudze i życiu kapłanów *Presbyterorum ordinis*⁹ uczy, że jednym z podstawowych zadań prezbiterów ma być odwiedzanie i poczekanie chorych (DP 6). Zreformowany w duchu nauczania soboru rytuał „Sakramenty Chorych. Obrzędy i duszpasterstwo” zauważył, że wspomniany obowiązek dotyczy także kapelanów szpitalnych, którzy mają z pomocą osób zakonnych i świeckich wspierać chorych ofiarną miłością, krzepić słowami wiary, pouczać o znaczeniu choroby w tajemnicy zbawienia, zachęcać do łączności z Chrystusem cierpiącym, „stopniowo doprowadzać do pobożnego i częstego uczestniczenia w sakramentach pokuty i Eucharystii, zależnie od osobistej sytuacji, a zwłaszcza do przyjęcia w stosownym czasie namaszczenia chorych i Wiatyku” (SCH 16-17; 34; 43). W czasie swoich wizyt kapelani mają „przygotować chorych do modlitwy tak indywidualnej, jak i odmawianej wspólnie z członkami rodziny lub z tymi, którzy ich pielęgnują. Rytuał uczy, że aby chorym ułatwić taką modlitwę, należy im pomóc, wskazując odpowiednie teksty. Kapłani powinni chętnie odmawiać takie modlitwy z chorymi, przynajmniej od czasu do czasu” (SCH nr 44).

Jan Paweł II zauważył, że Kościół, idąc za przykładem Chrystusa, który leczył wszelkie choroby i słabości wśród ludu (Mt 4, 23), zawsze „uważał posługiwanie chorym i cierpiącym za integralną część swojego posłannictwa”¹⁰. Apelował,

⁷ R. Kamiński, *Metody teologii pastoralnej*, w: R. Kamiński (red.), *Teologia pastoralna fundamentalna*, Lublin 2000, s. 24-26.

⁸ II Sobór Watykański, *Konstytucja duszpasterska Gaudium et spes o Kościele* (Watykan, 7 XII 1965), [dalej KDK].

⁹ II Sobór Watykański, *Dekret Presbyterorum ordinis o posłudze i życiu prezbiterów* (Watykan, 7 XII 1965), [dalej DP].

¹⁰ Jan Paweł II, *List apostolski motu proprio Dolentium Hominum ustanawiający Pa-*

że ma on dalej prowadzić duszpasterstwo chorych, dbając o jego intensyfikację, umożliwiając i stwarzając warunki „do skupienia uwagi na człowieku, do obecności przy nim i z nim, do wysłuchania go, dialogu i współczucia oraz konkretnej pomocy w tych momentach, w których z powodu choroby i cierpienia na ciężką próbę zostaje wystawione nie tylko jego zaufanie do życia, ale także sama wiara w Boga i w Jego ojcowską miłość” (ChL 54). Jednym z celów tej odnowionej działalności jest „traktowanie chorego [...], nie jako biernego pomiotu miłości i posługi Kościoła, ale jako czynny i odpowiedzialny podmiot dzieła ewangelizacji i zbawienia” (ChL 54).

Jan Paweł II nauczał, że szczytem działań duszpasterskich, podejmowanych wśród chorych, ma być udzielanie sakramentu namaszczenia chorych¹¹, który nie jest sakramentem przeznaczonym tylko dla osób znajdujących się w krańcowym niebezpieczeństwie życia. Zwraca na to uwagę konstytucja o liturgii *Sacrosanctum concilium*¹² II Soboru Watykańskiego, podkreślając, że jest to sakrament dla chorych będących w różnych stanach choroby (KL73-75). Przez jego udzielanie „cały Kościół poleca chorych cierpiącemu i uwielbionemu Panu, aby ich podźwignął i zbawił”, o czym uczy konstytucja o Kościele II Soboru Watykańskiego, jak i *Katechizm Kościoła Katolickiego*¹³ (KDK 11; KKK 1499). Sakramentu namaszczenia chorych należy także udzielić przed operacją, jeżeli jej „przyczyną jest niebezpieczna choroba” (SCH 10). Benedykt XVI podkreślał, że sakrament ten zasługuje na „większą uwagę zarówno w refleksji teologicznej, jak i działalności duszpasterskiej wśród chorych”¹⁴. Z kolei Franciszek uczył, że przez sprawowanie sakramentu namaszczenia „Jezus bierze nas za rękę, dotyka nas, tak jak dotykał chorych i przypomina, że należymy już do Niego i nic, nawet choroba i śmierć, nigdy nie będzie mogło nas od Niego oddzielić”¹⁵.

Ważne miejsce w życiu społeczności szpitalnej powinna odegrać Eucharystia, z której „jako ze źródła spływa na nas łaska i z największą skutecznością przez Nią dokonuje się uświęcenie człowieka w Chrystusie i uwielbienie Boga, które

pieską Komisję Duszpasterstwa Pracowników Służby Zdrowia (Watykan, 11 II 1985), w: K. Szczygieł (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Tarnów 1998, s. 170.

¹¹ Jan Paweł II, *Homilia wygłoszona podczas mszy św. z udziałem chorych i niepełnosprawnych* (Wellington, 23 XI 1986), w: J. Poniewierski (red.), *Ewangelia cierpienia*, Kraków 1997, s. 127.

¹² II Sobór Watykański, *Konstytucja Sacrosanctum concilium o liturgii świętej* (Watykan, 4 XII 1963), [dalej KL].

¹³ *Katechizm Kościoła katolickiego*, Watykan 1992, [dalej KKK].

¹⁴ Benedykt XVI, *Orędzie na XX Światowy Dzień Chorego „Wstań, idź, twoja wiara cię uzdrowiła”* (Łk 17, 19) (Watykan, 20 XI 2011), https://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/pl/messages/sick/documents/hf_ben-xvi_mes_20111120_world-day-of-the-sick-2012.html (dostęp: 7.07.2022).

¹⁵ Franciszek, *Przemówienie podczas audiencji generalnej „Jezus dotyka ran człowieka”* (Watykan, 26 II 2014), „L'Osservatore Romano” 2014, nr 3-4, s. 46-47.

jest celem wszystkich innych dzieł Kościoła” (KL 10). Benedykt XVI zauważył, że Komunia św. „przyjęta w chorobie włącza chorego w ofiarę, którą Chrystus złożył Ojcu z samego siebie dla zbawienia wszystkich ludzi, dając im możliwość więzi z Chrystusem ukrzyżowanym i zmartwychwstałym, poprzez uczestniczenie, dzięki ofercie własnego życia [...] w życiu Kościoła”¹⁶. Kapelani powinni zadbać o to, aby msza św. dla chorych odbywała się w odpowiednim miejscu w szpitalu (SCH 104). Benedykt XVI zaznaczał, że trzeba podkreślać „znaczenie mszy św., adoracji eucharystycznej oraz kultu Eucharystii tak, aby kaplice w placówkach leczniczych stały się pulsującym sercem, w którym Jezus nieustannie ofiaruje się Ojcu za życie ludzkości”¹⁷. Kapelani mają również zadbać o to, aby chorzy i wierni w podeszłym wieku, nawet jeśli nie zagraża im niebezpieczeństwo śmierci i ciężko nie chorują, przyjmowali Komunię św. często, nawet codziennie (SCH 52). Według Benedykta XVI „Eucharystia roznoszona chorym we właściwy sposób i w duchu modlitwy jest prawdziwym pokrzepieniem dla cierpiących na wszelkiego rodzaju schorzenia”¹⁸. Komunia sakramentalna przynoszona chorym wzmacnia ich związek z Chrystusem ukrzyżowanym i zmartwychwstałym, przez co „mogą się czuć w pełni egzystencjalnie włączeni w życie i misję Kościoła poprzez ofiarę z własnego cierpienia” (SC 58). Polskie *Dyrektorium Duszpasterstwa Służby Liturgicznej* zauważa, że pomocą prezbiterom w przynoszeniu Komunii św. chorym mogą służyć akolici, odwiedzając ich w szpitalach i wspierając w cierpieniu¹⁹.

Przyjęcie sakramentu namaszczenia chorych i Eucharystii powinna poprzedzić sakramentalna spowiedź (zob. SCH 87; 157). Jan Paweł II w adhortacji *Reconciliatio et paenitentia*²⁰ zauważył, że sakrament pokuty i pojednania ma podwójny wymiar: sądowy oraz terapeutyczny (RP 31), co jest szczególnie ważne w budowaniu nadziei i pogody ducha osób chorych. Według Jana Pawła II sakrament pokuty „nie jest i nie powinien się stać techniką psychoanalityczną czy psychoterapeutyczną”, ale dobre przygotowanie psychologiczne pomoże spowiednikowi w poznawaniu sumienia i dokonaniu rozróżnienia między czynami, za które spowiadający bierze odpowiedzialność moralną, a tymi, „które są uwarunkowane mechanizmami psychologicznymi (patologicznymi lub powsta-

¹⁶ Benedykt XVI, *Orędzie na XX Światowy Dzień Chorego* „Wstań, idź, twoja wiara cię uzdrowiła”..., dz. cyt.

¹⁷ Benedykt XVI, *Orędzie na XVI Światowy Dzień Chorego* „Eucharystia, Lourdes i duszpasterstwo chorych” (Watykan, 11 I 2008), w: J. Brusilo (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, t. 2, Tarnów 2012, s. 414.

¹⁸ Tamże.

¹⁹ *Dyrektorium duszpasterstwa służby liturgicznej*, Częstochowa 2008, nr 39.

²⁰ Jan Paweł II, *Adhortacja apostolska Reconciliatio et paenitentia o pojednaniu i pokucie w dzisiejszym posłannictwie Kościoła* (Watykan, 2 XII 1984), [dalej RP].

łymi wskutek zadawnionych przyzwyczajęń), zwalniającymi z odpowiedzialności albo ją ograniczającymi²¹. Pojawiające się często u chorych wyrzuty sumienia są przyczyną wielu cierpień, które dobrze przeżyty sakrament pokuty może niwelować. Benedykt XVI podkreślił, że przywraca on łaskę Bożą, pomagając w przeciwstawieniu się zniechęceniu i rozpacz, które to stany mogą się pojawiać w obliczu cierpienia²². Według papieża w obliczu choroby i związanych z nią cierpień trzeba pokazywać chorym, że sakramenty, wraz ze słuchaniem słowa Bożego i osobistą modlitwą, mogą stawać się dla nich bezpieczną kotwicą w wierze²³.

II Sobór Watykański w dekrete o środkach społecznego przekazu *Inter mirifica*²⁴ polecił wykorzystywanie w pracy apostołskiej mass mediów, zwracając uwagę na utrzymanie i wspieranie dobrej prasy, filmów, radia, telewizji (DSP 13-14). Jan Paweł II podkreślił, że środki społecznego przekazu, umożliwiając ludziom chorym uczestnictwo w wydarzeniach religijnych, niosą im szczególną pociechę²⁵. Szczególnie ważną rolę odgrywa niedzielna transmisja mszy św. przez telewizję i radio, która dla osób dotkniętych chorobą lub przebywających w szpitalu jest formą uczestnictwa w liturgii Kościoła, niosącą duchowe umocnienie. W liście apostołskim *Dies Domini*²⁶ Jan Paweł II napisał, że dzięki powiązaniu transmisji telewizyjnej lub radiowej celebracji eucharystycznej z posługą nadzwyczajnych szafarzy Eucharystii, przynoszących Komunię św., chorzy mogą „korzystać z owoców niedzielnej Mszy św. oraz przeżywać niedzielę jako prawdziwy «dzień Pański» i «dzień Kościoła»” (DD 54).

Autorzy dokumentu Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia* podkreślili, że wszyscy prezbiterzy, nie tylko kapelani szpitalni pełniący posługę w placówkach służby zdrowia, nie mają ograniczać się jedynie do udzielania w nich sakramentów, ale „przeznaczać część swojego czasu na odwiedzanie chorych i zapewnienie im

²¹ Jan Paweł II, *Przemówienie podczas spotkania z członkami Penitencjarii Apostolskiej „Posługa kapłańska w sakramencie pojednania”* (Watykan, 27 III 1993), „L'Osservatore Romano” 1993, nr 5-6, s. 44.

²² Benedykt XVI, *Orędzie na XX Światowy Dzień Chorego „Wstań, idź, twoja wiara cię uzdrowiła”*..., dz. cyt.

²³ Tamże.

²⁴ II Sobór Watykański, *Dekret Inter mirifica o środkach społecznego przekazu* (Watykan, 4 XII 1963), [dalej DSP].

²⁵ Jan Paweł II, *Orędzie na XIV Światowy Dzień Środków Społecznego Przekazu „Rodzina wobec środków społecznego przekazu”* (Watykan, 1 V 1980), <http://www.paulus.org.pl/253,14-sdssp-jan-pawel-ii-1980> (dostęp: 25.08.2022).

²⁶ Jan Paweł II, *List apostołski o świętowaniu niedzieli Dies Domini* (Watykan, 31 V 1998), [dalej DD].

swojej pasterskiej opieki”²⁷. Jan Paweł II zauważył, że szczególnie kapłani, zakonnicy i zakonnice, którzy ze względu na charyzmat swojego zgromadzenia lub konkretną formę apostołatu są bezpośrednio zaangażowani w duszpasterstwo służby zdrowia, mają ofiarować miłość tym, z którymi się spotykają, i uczyć się w nich czcić obecność samego Chrystusa²⁸. Z kolei Franciszek dobitnie podkreślił, że bliskość i opieka duszpasterska nad chorymi nie jest zadaniem tylko niektórych „specjalnie wyznaczonych kapłanów”, ale jest to wezwanie skierowane przez Chrystusa do wszystkich Jego uczniów: „Posługa pocieszania jest zadaniem każdego ochrzczonego, który pamięta o słowach Jezusa: «Byłem chory, a odwiedziście mnie» (Mt 25, 36)”²⁹.

Kapelani szpitalni powinni także „wspierać rodziny osób chorych”, na co zwracał uwagę Jan Paweł II w adhortacji *Ecclesia in Europa* (EinE 88). Według niego mają oni się starać o to, aby ci, którzy są poddani egzystencjalnej próbie, nigdy nie czuli się zepchnięci na margines³⁰. Według nauczania Magisterium właśnie rodzina jest podstawową komórką życia społecznego, mającą za zadanie zająć się osobami chorymi i niepełnosprawnymi. Osoby bliskie mają się modlić za chorych i troszczyć się, aby w odpowiedniej chwili przyjęli oni stosowne sakramenty (KKK 2218; 2299; SCH 43–44). Jan Paweł II uczył, że trzeba uświadamiać wiernym fakt, iż sprawowana z miłością i poświęceniem opieka nad chorym członkiem rodziny, wspierana wiarą, modlitwą i sakramentami, może stać się „niezastąpioną formą terapii dla samego chorego” i okazją do odkrycia przez wszystkich wartości humanistycznych i duchowych³¹. Według papieża kapelani szpitalni mają także umacniać wspólnotę między chorymi i członkami ich rodzin³².

Ważną przestrzeń pracy duszpasterskiej kapelanów stanowią pracownicy służby zdrowia, na co zwrócili uwagę autorzy dokumentu Papieskiej Rady ds.

²⁷ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia*, Watykan 1990, s. 27.

²⁸ Jan Paweł II, *Orędzie na III Światowy Dzień Chorego „Nasza cywilizacja jest chora na szerzący się egoizm”* (Watykan, 21 XI 1994), w: J. Brusilo (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej...*, dz. cyt., s. 366.

²⁹ Franciszek, *Orędzie na XXX Światowy Dzień Chorego „Bądźcie miłosierni, jak Ojciec wasz jest miłosierny”* (Łk 6, 36). *Trwając na drodze miłosierdzia przy tych, którzy cierpią* (Watykan, 10 XII 2021), „L'Osservatore Romano” 2022, nr 2, s. 6.

³⁰ Jan Paweł II, *Orędzie na IV Światowy Dzień Chorego „Maryja – uzdrowienie chorych”* (Watykan, 11 XI 1995), w: J. Brusilo (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej...*, dz. cyt., s. 369.

³¹ Jan Paweł II, *Orędzie na VI Światowy Dzień Chorego „Nadzieja nadaje nowy sens”* (Watykan, 29 VI 1998), w: tamże, s. 377.

³² Jan Paweł II, *Orędzie na IV Światowy Dzień Chorego „Maryja – uzdrowienie chorych”...*, dz. cyt., s. 369.

Duszpasterstwa Służby Zdrowia *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia*, podkreślając, że są oni pierwszymi i głównymi pośrednikami działań duszpasterskich Kościoła³³. Wszystkie osoby należące do świata służby zdrowia, począwszy od uczonych, badaczy i lekarzy, a skończywszy na personelu paramedycznym i członkach służb ochotniczych, mają być zapoznawani przez prezbiterów z nauką Kościoła, co zapewni im moralną oraz duchową formację³⁴. Jan Paweł II apelował, aby „odpowiednimi środkami duszpasterskimi wspierać personel medyczny i paramedyczny w trudnym powołaniu, jakim jest służba chorym” (EinE 88). Trzeba też przywołać inny dokument Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, którego autorzy postulują uświadamianie pracownikom służby zdrowia, że „służąc życiu i zdrowiu – podstawowym dobrom osoby ludzkiej i podejmując posługę terapeutyczną, uczestniczą w duszpasterskiej i ewangelizacyjnej misji Kościoła”³⁵. Kapelani szpitalni mają uświadamiać personelowi medycznemu, że wypełniając swój zawód, pełni on misję równoznaczną z powołaniem, przedłużając i aktualizując miłość Chrystusa na wzór miłosiernego Samarytanina³⁶. Członkowie personelu medycznego wezwani są *do tego, aby* w miłości wobec chorych być żywym obrazem Chrystusa i Jego Kościoła oraz sługami życia³⁷. Autorzy dokumentu zauważają, że pracownicy służby zdrowia, „z racji konieczności zapewnienia harmonii między sferą fizyczną, psychiczną i duchową osoby, a także z racji obowiązku dawania świadectwa swojej wiary”, mają zadbać o to, „aby każdy, kto o to – wprost lub domyślnie – prosi, miał zapewnioną opiekę religijną”³⁸. Mają oni patrzeć na chorych w sposób integralny, czyniąc „każdy pojedynczy przypadek kliniczny spotkaniem”³⁹. Są wezwani do budowania z pacjentami międzyosobowych relacji, poznawania ich dzięki swojemu profesjonalizmowi i kompetencji, wpisując się w ten sposób w „skuteczność terapeutyczną przez integralnie ludzką wizję choroby”, która jest potwierdzona przez wiarę⁴⁰.

Mówiąc o formacji pracowników służby zdrowia, trzeba jeszcze przywołać inny dokument Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia *Świeccy*

³³ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia...*, dz. cyt., s. 26.

³⁴ Tamże, s. 27.

³⁵ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa karta pracowników służby zdrowia*, Katowice 2017, nr 1, 9.

³⁶ Tamże, nr 8.

³⁷ Tamże, nr 9.

³⁸ Tamże, nr 135.

³⁹ Tamże, nr 73.

⁴⁰ Tamże, nr 131.

w świecie cierpienia i zdrowia apelujący do świeckich pracowników służby zdrowia o troskę o pogłębienie znajomości doktryny i wskazań Urzędu Nauczycielskiego Kościoła w zakresie etyki i moralności⁴¹, a także o *humanizację medycyny*, która „oznacza przywrócenie pojęciu leczenia jego pierwotnego sensu, według którego «leczyć» to nie tylko «uwalniać od choroby», ale «opiekować się», «otaczać troską», «mieć na sercu»»⁴².

O zasadach współpracy prezbiterów z osobami świeckimi w duszpasterskiej służbie chorych piszą autorzy przywoływanego już dokumentu *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia*, podkreślając, że nie mogą oni traktować podopiecznych jako podwładnych, przeciwnie, mają szanować niezależne i osobiste działanie każdego z nich „według własnych zdolności i obowiązków”⁴³. Wskazują oni także, że należy uszanować i popierać autonomię organizacyjną osób świeckich, zachęcając ich do tworzenia i rozwijania już istniejących stowarzyszeń katolickich lekarzy, farmaceutów, pielęgniarzy, pracowników administracyjnych i techników⁴⁴, jak też popierać, wspomagać i rozwijać wszelkie formy wolontariatu spełnianego przez świeckich wobec chorych⁴⁵.

Kapelani szpitalni, aby właściwie pełnić swoją posługę, powinni być do niej odpowiednio przygotowani. Autorzy wspomnianego już dokumentu *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia* podkreślają, że potrzeba specjalnej formacji kleryków i kapłanów angażujących się w pracę z chorymi. Formacja ta musi obejmować wymiar teoretyczny i praktyczny. Wymiar teoretyczny związany jest z poznawaniem nauczania Kościoła oraz wskazań nauk medycznych w zakresie opieki nad chorymi, natomiast wymiar praktyczny polega na stałym kontakcie z chorymi w szpitalach i domach. Praktyczna posługa względem chorych nie może ograniczać się jedynie do udzielania im sakramentów, ale musi obejmować inne formy, łącznie z ich odwiedzaniem i pasterską opieką⁴⁶.

Kwestia odpowiedniej formacji kleryków do duszpasterskiej posługi osobom chorym i umierającym jest obecna w obowiązującym od 1 października 2021 roku w polskich seminariach dokumencie *Droga formacji prezbiterów w Polsce. Ratio institutionis sacerdotalis pro Polonia*⁴⁷. Autorzy dokumentu, mó-

⁴¹ Papińska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Świeccy w świecie cierpienia i zdrowia*, Watykan 1987, s. 42.

⁴² Tamże, 50.

⁴³ Papińska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia...*, dz. cyt., s. 31.

⁴⁴ Tamże, s. 43.

⁴⁵ Tamże, s. 31.

⁴⁶ Tamże, s. 27-31.

⁴⁷ Konferencja Episkopatu Polski, *Droga formacji prezbiterów w Polsce. Ratio institutionis sacerdotalis pro Polonia*, Poznań 2021.

wiąć o integralności czterech, współzależnych od siebie, wymiarów formacji: ludzkim, duchowym, intelektualnym oraz pastoralnym, zwracają uwagę na konieczność jej ukierunkowania pastoralnego⁴⁸. Cała formacja została podzielona na wiążące się ze sobą cztery etapy: „etap propedeutyczny, etap stawania się uczniem Jezusa, etap upodabniania się do Chrystusa oraz etap pastoralny”⁴⁹. Na tych etapach, tworzących *spójną drogę* do kapłaństwa, ma się dokonywać „stopniowe dojrzewanie seminarzystów we wszystkich wymiarach formacji”⁵⁰. Jakie są zatem szczegółowe założenia formacji kleryków do pracy wśród osób chorych i umierających na poszczególnych etapach?

Etap propedeutyczny, będący czasem podstawowego rozeznania i wyboru drogi formacji kleryków, ma im przede wszystkim dostarczyć solidnych podwalin *pod życie duchowe* i pomóc w *formacji ludzkiej*⁵¹. Ważnym przyczynkiem do ich rozwoju osobowego ma być formacja do służby w ramach *wolontariatu*, który sprzyja „poznawaniu samego siebie, wychowywaniu do bycia darem dla innych i budowaniu międzyludzkich relacji”⁵². Autorzy dokumentu podkreślają, że miejscem praktyk wolontariackich ma być „parafia lub inne środowisko posługi [...] wobec osób chorych, biednych i starszych, takie jak: szpital, hospicjum i dom opieki społecznej”⁵³. Według autorów omawianego dokumentu na etapie *stawania się uczniem Jezusa*, będącym czasem weryfikacji motywacji powołania i kształtowania się tożsamości przyszłego prezbitera, co jest związane z etapem formacji filozoficzno-humanistycznej⁵⁴, w ramach etyki ogólnej i stosowanej oraz bioetyki mają być podjęte między innymi zagadnienia „życia ludzkiego jak podstawowej wartości” czy też „eutanzji”⁵⁵. Autorzy dokumentu zakładają, że ważnym elementem tego etapu mają być także realizowane w ciągu roku akademickiego i wyjazdów wakacyjnych praktyki duszpasterskie odbywane w parafiach, mediach, więzieniach, domach samotnej matki, szpitalach, domach opieki i hospicjach⁵⁶. W doborze miejsca praktyk należy dać pierwszeństwo parafii, zwracając szczególną uwagę na „przygotowanie seminarzystów do [...] duszpasterstwa chorych”⁵⁷. Odbywane „po zdobyciu odpowiedniego

⁴⁸ Tamże, nr 74-80.

⁴⁹ Tamże, nr 254.

⁵⁰ Tamże.

⁵¹ Tamże, nr 261.

⁵² Tamże, nr 278.

⁵³ Tamże.

⁵⁴ Tamże, nr 282, 291.

⁵⁵ Tamże, nr 454.

⁵⁶ Tamże, nr 294.

⁵⁷ Tamże, nr 100.

przygotowania i [...] pod opieką wyznaczonego duszpasterza [...], mają służyć integralnemu rozwojowi” kleryków, a także pomóc „w zdobywaniu doświadczeń pastoralnych” i poznawaniu różnorodności społeczno-charytatywnych i ewangelizacyjnych działań duszpasterskich Kościoła⁵⁸. Zorientowany ku sakramentowi święceń *etap upodabniania się do Chrystusa Pasterza* jest powiązany ze studium teologii, będąc środkiem do „zrozumienia tożsamości, duchowości i misji prezbitera”⁵⁹. Według twórców dokumentu alumni na tym etapie, w czasie wykładów i ćwiczeń, mają „zdobywać wiedzę i wstępne umiejętności duszpasterskie”, które później będą „wykorzystane i pogłębione w trakcie praktyk duszpasterskich”⁶⁰. Zakłada się, że w czasie różnych zajęć będą poruszane zagadnienia związane z posługą osobom chorym i umierającym. Przykładowo w ramach liturgiki ma być podjęta kwestia „liturgii sakramentu namaszczenia chorych i różnych form liturgicznej posługi chorym i umierającym oraz wiatyku”⁶¹. Na wykładach z *sakramentologii* mają być omówione „skutki sakramentu chorych i warunki jego udzielania”⁶², natomiast w ramach kursu *bioetyki teologicznej* mają być podjęte „zagadnienia bioetyczne w kontekście zdrowia i choroby, i u kresu życia ludzkiego: opieka paliatywna i hospicyjna, eutanazja”⁶³.

Według autorów dokumentu zdobyta na wykładach wiedza i wstępne umiejętności duszpasterskie mają być realizowane i weryfikowane zarówno w toku studiów, jak i w czasie wakacji w ramach praktyk w środowiskach kościelnych i świeckich. W czasie ich trwania alumni mają „podejmować coraz większą odpowiedzialność za powierzone im osoby i dzieła, ucząc się pracy indywidualnej i zespołowej”⁶⁴. Kandydaci do święceń, podejmując kwestie ewangelizacji i *służby bliźnim*, mają „nie tylko zdobywać doświadczenie i umiejętności duszpasterskie”, ale także rozwijać „proces kształtowania wrażliwości pasterskiej, przygotowując do świadomego i dojrzałego przyjęcia odpowiedzialności [...] zgodnie z teologicznymi wymaganiami [...] duszpasterstwa”, wypracowując w sobie cechy pożądane u pasterzy Kościoła, szczególnie „umiejętność bycia kierownikiem i przewodnikiem grupy oraz umiejętność współpracy z wiernymi świeckimi, osobami życia konsekrowanego i diakonami stałymi”⁶⁵. Na obejmującym okres między stałym pobytem w seminarium a święceniami prezbiteratu *etapie pastoralnym*

⁵⁸ Tamże.

⁵⁹ Tamże, nr 300, 303, 308.

⁶⁰ Tamże, nr 309.

⁶¹ Tamże, nr 498.

⁶² Tamże, nr 507.

⁶³ Tamże, nr 516.

⁶⁴ Tamże, nr 310.

⁶⁵ Tamże, nr 311.

ma dokonywać się żywa synteza formacji ludzkiej i „duchowej, codziennego życia, posług pastoralnych, studium filozofii, nauk humanistycznych i teologii”⁶⁶. Tak realizowana formacja intelektualna ma pomagać kandydatom do święceń w zbudowaniu syntezy wiedzy zdobytej w czasie studiów oraz *nabyciu sprawności w jej stosowaniu w odniesieniu do problemów pastoralnych*, uwzględniając normy zawarte w *Ratio studiorum* oraz potrzeby czasu i miejsca *pracy duszpasterskiej*, przygotowując przyszłych prezbiterów do „gorliwości misyjnej i wymagań nowej ewangelizacji”⁶⁷. Na tym etapie formacji znajduje się obowiązkowy przedmiot z *psychologii pastoralnej*, w ramach którego kandydaci do kapłaństwa mają zapoznać się z problemami *człowieka chorego*, jego potrzebami, nawiązywaniem z nim kontaktu i niesieniem wsparcia. Mają też poznawać zagadnienia *związane z doświadczeniem śmierci* oraz pomaganiem w przeżywaniu procesu żałoby⁶⁸.

Autorzy dokumentu zaproponowali, aby na tym etapie był także realizowany przedmiot *posługa wobec chorych i cierpiących*, obejmujący piętnaście godzin wykładu i piętnaście godzin ćwiczeń. Celem prowadzonych zajęć ma być „uporządkowanie oraz pogłębienie zdobytej w czasie studiów wiedzy dotyczącej posługi wobec osób chorych i umierających, z podkreśleniem znaczenia podstaw biblijno-teologicznych i pozateologicznych (medyczno-psychologicznych, socjologicznych)”⁶⁹. Ma on służyć rozwijaniu przez studentów *umiejętności i kompetencji*, ucząc dostosowywania metod i form sakramentalnych oraz pozasakramentalnych do indywidualnej sytuacji pacjenta. Alumni mają uczyć się *holistycznego podejścia do człowieka chorego*, zauważając, że „choroba i cierpienie dotyczą nie tylko jego wymiaru somatycznego, ale też duchowego i społecznego”. Według autorów dokumentu „ten proces ma się dokonywać w kontekście zebranych wcześniej w ramach praktyk pastoralnych doświadczeń pracy z różnymi kategoriami osób chorych, umierających, jak też ich bliskimi oraz pracownikami służby zdrowia”⁷⁰. Zaproponowano zestaw dziewięciu szczegółowych zagadnień, które powinny być podjęte w ramach tego przedmiotu, ale tak, by mógł on być modyfikowany i dostosowywany do miejscowych potrzeb, w zależności od lokalnych uwarunkowań⁷¹. Należy zauważyć, że w obowiązują-

⁶⁶ Tamże, nr 323.

⁶⁷ Tamże, nr 326–327.

⁶⁸ Tamże, nr 626–627.

⁶⁹ Tamże, nr 639.

⁷⁰ Tamże.

⁷¹ 1. Podstawy biblijne duszpasterskiej posługi Kościoła wobec osób chorych i umierających; 2. Rys historyczny posługi Kościoła katolickiego wobec chorych i umierających; 3. Wskazania Magisterium dotyczące duszpasterstwa osób chorych i umierających; 4. Medyczno-psychologiczne i pozamedyczne aspekty pracy z ludźmi chorymi i umierającymi, jak też ich rodzinami i perso-

cym od 1 października dokumencie *Droga formacji presbiterów w Polsce. Ratio institutionis sacerdotialis pro Polonia* zwraca się dużą uwagę na przygotowanie przyszłych presbiterów do obecności w świecie ludzi chorych, starych i umierających. Aspekt ten, harmonijnie wpisany w całość formacji do kapłaństwa, ma pomóc kształtować postawę Dobrego Pasterza, który będzie głosił Ewangelię i uzdrawia ludzi chorych (Mt 4, 23-24; 9, 35-36; Łk 6, 17-19).

Po ukazaniu wybranych myśli zawartych w dokumentach Kościoła, dotyczących istoty posługi kapelanów szpitalnych, należy także, odwołując się do polskiego prawa państwowego, wykazać, na jakiej podstawie prawnej pacjenci przebywający w ośrodkach służby zdrowia mają prawo do opieki duszpasterskiej i jak powinna być ona realizowana. Wspomniana kwestia stała się szczególnie ważna w kontekście pandemii wirusa Sars-CoV-2, kiedy to dochodziło do ograniczania w szpitalach czy domach pomocy społecznej praw pacjentów do opieki duszpasterskiej. Odpowiadając na zaistniałą sytuację, Instytut na Rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris wydał w 2021 roku specjalny *Poradnik dla kapelanów służby zdrowia* przybliżający specyfikę pracy kapelana w podmiotach leczniczych, ukazując podstawy prawne regulujące ich działalność⁷². Zawiera on opis praw i obowiązków kapelanów, stanowiąc „użyteczną pomoc dla każdej osoby zainteresowanej aktualnym stanem prawnym dotyczącym posługi osób duchownych w podmiotach leczniczych”⁷³.

Autorzy poradnika, charakteryzując posługę kapelana służby zdrowia w podmiocie leczniczym, zwracają uwagę na jej multidyscyplinary charakter. Podkreślają, że z jednej strony kapelan nie może zastąpić lekarza, pielęgniarki czy innego członka zespołu leczniczego działającego w danym podmiocie, z drugiej strony ma on dopełniać ich posługę, pomagając pacjentowi w różnych, wywołanych ciężką chorobą lub nieuleczalną chorobą, sytuacjach „granicznych”⁷⁴. Omawiając jego zadania, autorzy zauważają, że realizując chrześcijańską misję *caritas*, kapelan uzupełnia stosowaną terapię w zakresie potrzeb medycznych wspierających wyzdrowienie i powrót do normalnego życia, a w najgorszym wypadku pozwala na godne jego zakończenie⁷⁵. Może być także „nieocenioną pomocą dla personelu medycznego”, gdy przekazu-

nelem medycznym; 5. Sytuacja ludzi chorych i umierających w społeczeństwie polskim; 6. Metody i formy indywidualnego i zespołowego duszpasterstwa osób chorych na poziomie parafialnym i ponadparafialnym; 7. Duszpasterstwo w szpitalach i domach opieki społecznej; 8. Duszpasterstwo hospicyjne; 9. Duszpasterstwo chorych i umierających jako przestrzeń współpracy duchownych i świeckich. Tamże, nr 639-640.

⁷² E. Bernaciński, F. Furman, W. Przebierała (red.), *W służbie chorym i potrzebującym. Poradnik dla kapelanów służby zdrowia*, Warszawa 2021, s. 9-10.

⁷³ Tamże.

⁷⁴ Tamże, s. 13.

⁷⁵ Tamże, s. 14.

je uwagi „o stanie psychicznym pacjenta i jego potrzebach w procesie leczenia”. Dlatego autorzy poradnika apelują o „pogłębianie współpracy kapelanów z psychologami i innymi pracownikami szpitala”⁷⁶. Zwracają oni również uwagę na fakt, że obecność kapelana wpływa pozytywnie na personel medyczny, budując pozytywną atmosferę oraz dodając otuchy w jego trudnej i wyczerpującej pracy. Kapelan dobrze służy też rodzinom chorych, udzielając im informacji o samopoczuciu bliskich i ich stanie duchowym. Wskazując na „etyczne i religijne aspekty tak zwanej terapii daremnej”, pomaga rodzinie w podjęciu decyzji dotyczących poinformowania pacjenta o jego rzeczywistym stanie zdrowia „lub potrzeby i sposobów przygotowania pacjenta do śmierci”⁷⁷. Kapelani wspierają także rodziny po śmierci najbliższej osoby, pomagając jej w przygotowaniu jej pogrzebu⁷⁸.

Autorzy poradnika, pisząc o wymaganiach stawianym kapelanom, zauważają, że chociaż nie muszą oni posiadać medycznego wykształcenia, to jednak powinni stale podnosić swoje kwalifikacje, profesjonalizując w ten sposób realizację posługi duszpasterskiej. Powinni oni poznawać wybrane zagadnienia „z zakresu bioetyki, medycyny czy psychologii”, pogłębiając także swoją formację „z obszaru duszpasterstwa specjalistycznego”. Może to pozwolić „na podstawowe czy wstępne wytłumaczenie rodzinie procedur medycznych, które są podejmowane w stosunku do pacjenta”, pomóc w zrozumieniu i wsparciu pacjenta w jego sytuacji, jak też wyjaśnieniu „podstawowych wątpliwości [...] natury etycznej czy religijnej”⁷⁹. W tym kontekście autorzy zauważają, że kapelani, będąc pracownikami szpitala, „mogą ubiegać się o dofinansowanie szkoleń i wyjazdów służbowych”⁸⁰.

W poradniku podkreślony został również fakt, że możliwość skorzystania z opieki duszpasterskiej w szpitalu jest ściśle związana z realizacją gwarantowanej konstytucyjnie wolności religii. Warunki i zasady, na jakich odbywa się posługa duszpasterska, „muszą odpowiadać konstytucyjnym zasadom dotyczącym korzystania z wolności sumienia i religii, określonymi przede wszystkim w art. 25 i 53 Konstytucji RP”⁸¹. Pisząc o możliwości skorzystania z opieki duszpasterskiej przez osoby przebywające w szpitalu, autorzy poradnika podkreślają, że wynika ona w pierwszej kolejności z zakotwiczonej w godności osoby ludzkiej wolności sumienia i religii, którą uznaje i gwarantuje ustrojodawca

⁷⁶ Tamże, s. 15.

⁷⁷ Tamże, s. 14.

⁷⁸ Tamże.

⁷⁹ Tamże, s. 15.

⁸⁰ Tamże.

⁸¹ Tamże, s. 18.

w art. 53 Konstytucji RP. Cytują oni ustęp 2 Konstytucji RP, który stanowi, że: „wolność religii obejmuje wolność wyznawania lub przyjmowania religii według własnego wyboru oraz uzewnętrzniania indywidualnie lub z innymi, publicznie lub prywatnie, swojej religii przez uprawianie kultu, modlitwę, uczestniczenie w obrzędach, praktykowanie i nauczanie. Wolność religii obejmuje także posiadanie świątyń i innych miejsc kultu w zależności od potrzeb ludzi wierzących oraz prawo osób do korzystania z pomocy religijnej tam, gdzie się znajdują”⁸². Autorzy poradnika wyjaśniają, że prawo pacjenta do skorzystania z opieki duszpasterskiej w szpitalu znalazło swoją ustawową konkretyzację w rozdziale 10. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, cytując wprost jej fragment: „Pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do opieki duszpasterskiej”⁸³. Przywołują także dalszy jej punkt mówiący o tym, że „w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia szpital jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania”⁸⁴. Autorzy poradnika, pisząc o prawach pacjenta do korzystania z opieki duszpasterskiej, przywołują także *Kodeks zawodowy pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej* podkreślający, że „pielęgniarka lub położna umożliwia kontakt z duchownym na prośbę pacjenta lub jego rodziny, stwarzając w miarę możliwości odpowiednie ku temu warunki”⁸⁵. Przywołują oni także *Kodeks Etyki Lekarskiej* stwierdzający, „że chory w trakcie leczenia ma prawo do korzystania z opieki rodziny lub przyjaciół, a także do kontaktów z duchownym”⁸⁶.

Liczne wskazania Magisterium oraz przepisy polskiego prawa państwowego ukazują istotę, sposób działania oraz przestrzenie posługi kapelana szpitalnego. Mają one być nieustannym punktem odniesienia zarówno do tych, którzy towarzysząc chorym, ich bliskim oraz personelowi szpitalnemu, pełnią posługę

⁸² Tamże, s. 26; Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. nr 78, poz. 483, z późn. zm.), art. 25 ust. 2.

⁸³ Tamże, s. 28; Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, (Dz.U. nr 52, poz. 417, z późn. zm.), art. 36.

⁸⁴ Tamże, art. 37.

⁸⁵ Ł. Bernaciński, F. Furman, W. Przebierała (red.), *W służbie chorym i potrzebującym. Poradnik dla kapelanów służby zdrowia...*, dz. cyt., s. 28; *Kodeks zawodowy pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej*, część szczegółowa pkt 6, <https://nipip.pl/prawo/samorządowe/krajowy-zjazd-pielęgniarek-i-polożnych/> /kodeks-etyki-zawodowej-pielęgniarki-i-polożnej-rzeczypospolitej-polskiej (dostęp: 25.08.2022).

⁸⁶ Ł. Bernaciński, F. Furman, W. Przebierała (red.), *W służbie chorym i potrzebującym. Poradnik dla kapelanów służby zdrowia...*, dz. cyt., s. 28; *Kodeks etyki lekarskiej*, art. 19, https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf (dostęp: 25.08.2022).

Miłosiernego Samarytanina, jak też dla osób odpowiedzialnych za tworzenie całościowego modelu duszpasterstwa w szpitalu.

Posługa kapelanów szpitalnych w Polsce w świetle badań

Po ukazaniu podstaw teologiczno-prawnych posługi kapelanów szpitalnych zostaną przedstawione wyniki przeprowadzonych przez autora badań empirycznych ilustrujące, jak powyższe nauczanie jest realizowane w praktyce⁸⁷. Odwoła się on także do badań innych autorów, co pozwoli na sformułowanie wniosków i postulatów pastoralnych.

Zadaniem kapelanów jest w pierwszej kolejności towarzyszenie chorym oraz podejmowanie wobec nich wielorakich działań duszpasterskich, które mają ożywiać i intensyfikować ich życie religijne, stając się zarazem częścią składową procesu terapeutycznego umożliwiającego powrót do zdrowia. Przeprowadzone badania wykazały, że wszyscy kapelani szpitalni zadeklarowali sprawowanie działań sakramentalnych: sprawowanie Eucharystii, spowiadanie chorych i udzielanie sakramentu namaszczenia chorych. Tego typu działania nie wyczerpują jednak całości ich posługi. Warto postawić pytanie o formy pracy pozasakramentalnej stosowane najczęściej przez polskich kapelanów szpitalnych. Dane na temat zawiera tabela 1.

Z tabeli 1. wynika zróżnicowanie stosowanych przez kapelanów szpitalnych pozasakramentalnych form pracy. W 1998 roku najczęściej prowadzili oni rozmowy z chorymi (82,7%), propagowali prasę i książki religijne (45,5%), odprawiali nabożeństwa (32,7%). Autor nie pytał się o inne formy działania. Badania prowadzone w 2014 roku wykazały, że kapelani najczęściej rozmawiali z chorymi (97,1%), propagowali prasę i książki religijne (74,5%), prowadzili nabożeństwa (72,2%). Z kolei badania przeprowadzone w 2021 roku świadczą o tym,

⁸⁷ Autor artykułu zajmuje się od wielu lat zagadnieniem duszpasterstwa chorych w Polsce, w tym posługą kapelanów szpitalnych. Stawia on pytania zarówno o jego zgodność ze wskazaniami Magisterium, jak też o adekwatność wobec zachodzących przemian społeczno-kulturowych i religijnych. Współpracując z socjologami, skonstruował kwestionariusz ankietowy, za pomocą którego przeprowadził w 1998 r. badania ankietowe wśród 110 kapelanów szpitalnych z całej Polski. Po modyfikacji i rozbudowaniu narzędzia badawczego powtórzył swoje badania w 2014 r. wśród 104 kapelanów oraz w 2021 r. wśród 54 kapelanów. Za każdym razem badania były realizowane w trakcie odbywających się jesienią w Częstochowie rekolekcji i warsztatów dla kapelanów szpitalnych. Wydaje się, że mniejsza liczba kapelanów biorących udział w spotkaniu w Częstochowie w 2021 r. spowodowana była pandemią koronawirusa. Ponieważ we wspomnianych rekolekcjach i warsztatach uczestniczą najbardziej zaangażowani w swoją posługę kapelani szpitalni, to można postawić hipotezę, że stan faktyczny pełnionej w polskich szpitalach posługi duszpasterskiej bardziej, niż pokazują to wyniki badań, odbiega od realizacji wskazań Magisterium i odpowiedzi na „znaki czasu”. Weryfikacja wspomnianej hipotezy wymaga następnych badań.

Tabela 1.

POZASAKRAMENTALNE FORMY PRACY STOSOWANE PRZEZ KAPELANÓW			
	1998	2014	2021
Propagowanie prasy i książek religijnych	45,5%	74,5%	63,0%
Nabożeństwa	32,7%	72,2%	78,3%
Rozmowy z chorymi	82,7%	97,1%	95,7%
Rozmowy z pracownikami służby zdrowia	-	78,4%	87,0%
Rekolekcje i dni skupienia dla prac. służby zdrowia	-	37,3%	41,3%
Nabożeństwa dla pracowników służby zdrowia	-	37,3%	56,5%
Specjalistyczne wykłady nt problemów etycznych	-	10,8%	8,7%
Rozmowa z rodzinami chorych	-	65,7%	76,1%
Inne	16,4%	18,6%	8,7%

że kapelani w mniejszym stopniu propagowali prasę i książki religijne (63,0%), natomiast w większym stopniu odprawiali różnego rodzaju nabożeństwa (78,3%). Na tym samym poziomie utrzymuje się wskaźnik kapelanów prowadzących rozmowy z chorymi (2014 – 97,1%; 2021 – 95,7%). Ciesząc się z faktu, że większość kapelanów rozmawia z chorymi, należy zauważyć pewien spadek wykorzystywania w pracy duszpasterskiej prasy i książki katolickiej. Można to, między innymi, tłumaczyć ogólnym spadkiem czytelnictwa słowa drukowanego na rzecz korzystania z mediów elektronicznych.

Dokumenty Magisterium podkreślają, że kapelani szpitalni powinni objąć opieką duszpasterską zarówno chorych, jak też ich rodziny i personel medyczny. Czy te wskazania są realizowane w codziennej praktyce? Wyniki badań dotyczące tej kwestii zawarte są w tabeli 2.

Tabela 2.

OSOBY OBJĘTE POSŁUGĄ KAPELANÓW		
	2014	2021
Chorzy	100,0%	97,8%
Personel medyczny	76,0%	84,8%
Rodziny chorych	49,0%	60,9%

Autor nie badał tej kwestii w 1998 roku, natomiast z badań przeprowadzonych w 2014 roku wynika, że 76% badanych kapelanów oprócz chorych obej-

mowało swoją troską duszpasterską również personel medyczny, natomiast 49% rodziny. Nawiązując do danych zawartych w tabeli 1., należy zauważyć, że w 2014 roku aż 78,4% badanych kapelanów prowadziło rozmowy z pracownikami służby zdrowia, 37,3% organizowało dla nich nabożeństwa, rekolekcje i dni skupienia, 10,8% wygłaszało wykłady specjalistyczne poświęcone problematyce etycznej. Z kolei wyniki badań prowadzonych w 2021 roku pokazują, że 87% kapelanów prowadziło rozmowy z pracownikami służby zdrowia, natomiast 76,1% z rodzinami chorych. 41,3% badanych kapelanów organizowało dla pracowników służby zdrowia rekolekcje i dni skupienia, a 56,5% specjalne nabożeństwa. Tylko 8,7% prowadziło dla nich specjalistyczne wykłady na temat problemów etycznych. Cieszy fakt, że kapelani w swojej posłudze duszpasterskiej coraz większą uwagę poświęcają personelowi medycznemu i rodzinom chorych, co jednak nie jest jeszcze czynione w wystarczający sposób. Za mało jeszcze widoczna jest troska o rodziny chorych, które też potrzebują odpowiedniego wsparcia. Widoczny jest też fakt, że średnio tylko co dziesiąty kapelan wygłasza specjalistyczne konferencje etyczne dla pracowników służby zdrowia.

Poświęcenie przez kapelanów odpowiedniej uwagi rodzinom chorych oraz personelowi medycznemu wymaga od kapelanów dobrej organizacji swoich zajęć, co wiąże się także z ich otwarciem na kontakty i współpracę z innymi osobami. Jak wygląda w praktyce ta otwartość kapelanów, pokazują dane zawarte w tabeli 3.

Z badań przeprowadzonych w 1998 roku wynika, że 56,7% badanych kapelanów współpracowało z wolontariuszami świeckimi, 23,9% z klerykami, 19,4% z siostrami zakonnymi. Autor nie pytał o współpracę z nadzwyczajnymi szafarzami Komunii św. Kapelani badani w 2014 roku zadeklarowali, że w mniejszym stopniu współpracowali z wolontariuszami świeckimi (31,1%), klerykami (17,5%), siostrami zakonnymi (12,6%). 11,7% respondentów zadeklarowało współpracę z nadzwyczajnymi szafarzami Komunii św. Aż 51,5% kapelanów zadeklarowało, że posługując chorymi, nie współpracowało z nikim. Z badań prowadzonych w 2021 roku wykazały, że na tym samym poziomie utrzymuje się wskaźnik respondentów współpracujących z wolontariuszami świeckimi (32,6%) i klerykami (17,4%). Widoczny jest natomiast ilościowy skok kapelanów współpracujących z nadzwyczajnymi szafarzami Komunii św. – czyni to aż 52,2% badanych! Tylko 8,7% respondentów stwierdziło, że nie współpracowało z nikim w pełnionej przez siebie posłudze. Ciesząc się z faktu coraz większej współpracy z nadzwyczajnymi szafarzami Komunii św., trzeba szukać odpowiedzi na pytanie, dlaczego w okresie dwudziestu trzech lat o 24,1% spadł odsetek kapelanów współpracujących z wolontariuszami świeckimi, o 6,5% z klerykami i o 6,4% z siostrami zakonnymi. Jaka jest przyczyna istniejącego stanu rzeczy? Trzeba co prawda zauważyć, że niski poziom współpracy ze wspomnianymi

Tabela 3.

OSOBY POMAGAJĄCE KAPELANOM W ICH POSŁUDZIE			
	1998	2014	2021
Wolontariusze świeccy	56,7%	31,1%	32,6%
Klerycy	23,9%	17,5%	17,4%
Siostry zakonne	19,4%	12,6%	13,0%
Nadzwyczajni szafarze Komunii św.	-	11,7%	52,2%
Nikt	-	51,5%	8,7%

osobami w 2021 roku mógł wiązać się z ograniczeniami w dostępie do chorych w szpitalu spowodowanymi epidemią koronawirusa, ale chyba widoczna jest u części kapelanów tendencja do niepodejmowania szerszej współpracy z innymi osobami, z wyłączeniem nadzwyczajnych szafarzy Komunii św. Warto jednak przy tym zauważyć, że z kolei aż połowa badanych w 2021 roku kapelanów stwierdziła, że nie chce współpracować z nadzwyczajnymi szafarzami Komunii św. Czy brakuje świadomości dotyczącej konieczności współpracy zarówno z nadzwyczajnymi szafarzami, jak też z innymi osobami, czy też jest to spowodowane negatywnymi doświadczeniami? A może nie ma wzorców, jak taka współpraca powinna wyglądać?

Od kilku lat w Polsce jest propagowany, szczególnie przez zakon bonifratrów, realizowany w wielu krajach Europy, model zespołowej opieki duszpasterskiej. Istotą tego typu sposobu postępowania jest troska o potrzeby duchowo-religijne pacjentów, wyrażająca się we współdziałaniu kapelanów z odpowiednio przygotowanymi wolontariuszami i specjalistami⁸⁸. Z przeprowadzonych przez autora badań z 2014 roku wynika, że 39,6% kapelanów odpowiedziało twierdząco na pytanie dotyczące istnienia zespołów duszpasterskich w placówkach, w których pracują. Z kolei w 2021 roku 30,4% badanych kapelanów potwierdziło istnienie takiej formy działań w szpitalach, w których pełnią posługę. Uzyskane dane wskazują na lekki spadek liczby tych zespołów w polskich szpitalach. Trzeba też ze smutkiem zauważyć, że działają one tylko w jednej trzeciej placówek medycznych, w których kapelani pełnią swoją posługę.

Możliwość podejmowania wielorakiej działalności duszpasterskiej w szpitalu wiąże się z odpowiednią liczbą kapelanów, jak też właściwą polityką perso-

⁸⁸ A. Janowicz, P. Krakowiak, M. Krobicki, *Zespołowa opieka duszpasterska jako forma opieki duchowej w ochronie zdrowia i pomocy społecznej*, <https://repozytorium.umk.pl/bitstream/handle/item/3097/Zespolowa%20opieka%20duszpasterska%20jako%20forma%20opieki%20duchowej...pdf> (dostęp: 24.08.2022).

nalną władz kościelnych, które skierują do tej posługi posiadające odpowiednie charyzmaty i właściwie przygotowane osoby. A jak powyższa kwestia wygląda w świetle badań? Dane dotyczące ilości obowiązków duszpasterskich podejmowanych przez kapelanów przedstawia tabela 4.

Tabela 4.

IŁOŚĆ OBOWIĄZKÓW PODEJMOWANYCH PRZEZ KAPELANÓW			
	1998	2014	2021
Pracuję tylko w ośrodku (szpital, hospicjum, dom pomocy)	55,5%	63,5%	71,7%
Pracuję nie tylko w ośrodku	44,5%	36,5%	28,3%
OGÓŁEM	100,0%	100,0%	100,0%

Badania przeprowadzone przez autora w 1998 roku pokazały, że 55,5% kapelanów pełni tylko posługę wobec osób chorych, terminalnych i starszych, natomiast 44,5% ma do wykonania również inne obowiązki duszpasterskie. Z kolei z badań prowadzonych w 2014 roku wynika, że wyłącznie w posługę wobec chorych jest zaangażowanych 63,5% kapelanów, natomiast 36,5% podejmuje również inne formy pracy duszpasterskiej. Z kolei badania prowadzone w 2021 roku pokazały, że dla 71,7% badanych kapelanów praca w szpitalu hospicjum czy domu pomocy społecznej jest podstawowym zadaniem.

Trzeba też przywołać wyniki badań kapelanów dotyczące ich oceny decyzji władz kościelnych odnośnie do kierowania do pracy z osobami chorymi, umierającymi i starszymi osób z odpowiednim przygotowaniem i stażem. Zostały one umieszczone w tabeli 5.

Tabela 5.

OPINIE KAPELANÓW DOTYCZĄCE DECYZJI WŁADZ KOŚCIELNYCH ZWIĄZANYCH Z KIEROWANIEM DO PRACY Z CHORYMI, UMIERAJĄCYMI I STARYMI OSÓB Z ODPOWIEDNIM PRZYGOTOWANIEM I STAŻEM			
	1998	2014	2021
Właściwe decyzje	9,1%	28,8%	23,9%
Niewłaściwe decyzje	26,4%	34,6%	34,8%
Trudno powiedzieć	66,5%	36,6%	41,3%
OGÓŁEM	100,0%	100,0%	100,0%

W 1998 roku o właściwym doborze kapelanów przez władze kościelne wspominało 9,1% respondentów, o niewłaściwym doborze 26,4%. Aż 66,5% badanych kapelanów nie potrafiło w jednoznaczny sposób odnieść się do badanej kwestii. Z kolei w 2014 roku prawie jedna trzecia respondentów (28,8%) pozytywnie oceniała politykę personalną władz kościelnych odnośnie do doboru kandydatów na kapelanów. Warto jednak zauważyć, że o dziesięć punktów procentowych wzrósł wskaźnik kapelanów negatywnie oceniających politykę personalną przełożonych kościelnych odnośnie do osób kierowanych do pracy z chorymi, starymi i umierającymi, a 36,6% respondentów nie potrafiło wyrazić jednoznacznego stanowiska w badanej kwestii. Z kolei w 2021 roku prawie jedna czwarta badanych kapelanów (23,9%) pozytywnie oceniła politykę personalną władz kościelnych odnośnie do kapelanów, natomiast 34,8% wyraziła się o niej negatywnie. Wskaźnik osób nie mających jednoznacznej opinii wyniósł 41,3%. Patrząc na uzyskane przez autora wyniki badań, zauważa się na przestrzeni lat pozytywne zmiany dotyczące oceny przez kapelanów polityki personalnej prowadzonej przez ośrodki decyzyjne odnośnie do ich posługi.

Należy w tym miejscu przywołać także dane i spostrzeżenia na powyższy temat Krajowego Duszpasterza Służby Zdrowia ks. Arkadiusza Zawistowskiego, uzyskane w czasie rozmowy pod koniec sierpnia 2022 roku. Według niego obecnie w Polsce około sześciuset kapłanów pełni, w zróżnicowanym stopniu i zakresie, posługę kapelana w szpitalach, hospicjach i domach opieki społecznej. Wielu z nich jest zatrudnionych w tych placówkach na $\frac{1}{2}$ czy $\frac{1}{4}$ etatu. Ks. Zawistowski zauważył, że w kontekście spadającej liczby powołań kapłańskich część biskupów nie oddelegowuje księży tylko do pracy w powyższych ośrodkach, powierzając im także inne zadania duszpasterskie. Zdarzają się także sytuacje, że niektórzy pracujący tam kapelani rezygnują ze swojej posługi, nie wytrzymując związanych z nią trudów i skarżąc się na brak odpowiedniego przygotowania⁸⁹.

Biorąc pod uwagę powyższe przesłanki, należy zauważyć, że chociaż na przestrzeni lat zmieniało się podejście władz kościelnych, coraz bardziej rozumiejących znaczenie posługi kapelanów i konieczność oddelegowywania do niej duchownych, którzy będą mogli się jej całkowicie poświęcić, to jednak nowa sytuacja związana ze spadkiem powołań kapłańskich przynosi odwrócenie zachodzącej wcześniej tendencji. Rodzi się zatem pytanie: Jak zadbać o właściwy poziom opieki duszpasterskiej w szpitalach, biorąc pod uwagę spadek liczby powołań kapłańskich?⁹⁰

⁸⁹ Dane otrzymane podczas rozmowy w dniu 27 VIII 2022 r.

⁹⁰ Z najnowszych danych GUS wynika, że w 2020 r. w Polsce było 898 szpitali ogólnych i 64 szpitale psychiatryczne. W szpitalach ogólnych było 167 567 łóżek, w psychiatrycznych 17 661. W szpitalach ogólnych w 2020 r. było leczonych 5 734 992 chorych, a w psychiatrycznych

Kompetentne sprawowanie posługi duszpasterskiej w szpitalu wymaga interdyscyplinarnego, mającego wymiar teoretyczno-praktyczny, przygotowania kapelanów, co powinno w podstawowym wymiarze dokonywać się na poziomie seminarium duchownego. Jak kwestię przygotowania w seminarium duchownym do pracy duszpasterskiej wśród chorych oceniają sami kapelani? Mówią o tym dane zawarte w tabeli 6.

Tabela 6.

OPINIE KAPELANÓW DOTYCZĄCE PRZYGOTOWANIA DO PRACY WŚRÓD CHORYCH PRZEZ SEMINARIUM DUCHOWNE			
	1998	2014	2021
Wystarczające przygotowanie	26,4%	13,6%	15,2%
Nie wystarczające	73,6%	86,4%	84,8%
OGÓŁEM	100,0%	100,0%	100,0%

Z badań autora przeprowadzonych w 1998 roku wynika, że 73,6% kapelanów stwierdziło, że seminarium duchowne w niewystarczający sposób przygotowało ich do pracy duszpasterskiej wśród chorych. Badania prowadzone w 2014 roku pokazały, że o niewystarczającym przygotowaniu do pracy wśród chorych przez seminarium wspominało aż 86,4% respondentów. Podobnie wysoki wskaźnik zauważono w 2021 roku (84,8%). Z żalem trzeba zauważyć, że odsetek kapelanów wyrażających podobną opinię wzrósł po 23 latach o jedenaście punktów procentowych! Wynika z tego, że na przestrzeni lat widoczna jest tendencja coraz gorszego przygotowania kleryków do posługi wśród chorych, a przecież każdy kapłan w swoim życiu będzie się spotykał się z takimi osobami.

Warto w powyższym kontekście pokazać, z jakimi formami przygotowania do pracy wśród osób chorych zetknęli w seminarium badani kapelani, o czym informuje tabela 7.

Autor nie pytał o powyższą kwestię w 1998 roku. W 2014 roku najwięcej respondentów stwierdziło, że przygotowanie w seminarium do pracy wśród chorych miało formę wykładów (wspomniało o tym 42,7% respondentów), praktyk odbywanych w szpitalu (29,1% respondentów), domu pomocy społecznej (25,2% respondentów), hospicjum (10,7% respondentów). 33% badanych stwierdziło, że w czasie studiów seminaryjnych nie spotkało się z żadną z powyższych form. Natomiast badania prowadzone w 2021 roku pokazały, że z wykładami

163 661. Średni pobyt chorego w szpitalu wyniósł 5,3 dnia. Zob. GUS, *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2021*, Warszawa 2021, s. 381-383.

Tabela 7.

FORMY PRZYGOTOWANIA DO PRACY WŚRÓD CHORYCH REALIZOWANE PRZEZ SEMINARIUM DUCHOWNE		
	2014	2021
Wykłady	42,7%	52,2%
Praktyki w szpitalu	29,1%	37,0%
Praktyki w domu pomocy społecznej	25,2%	32,6%
Praktyki w hospicjum	10,7%	17,2%
Żadne z powyższych	33,0%	26,1%

spotkało się 52,2% respondentów, 37% z praktykami w szpitalu, 32,6% z praktykami w domu pomocy społecznej, a 17,2% z praktykami w hospicjum. 26,1% badanych stwierdziło, że w czasie studiów seminaryjnych nie spotkało się z żadną z powyższych form. Uzyskane wyniki są wyraźnym sygnałem dla osób odpowiedzialnych za formację kleryków do zmiany istniejącego stanu rzeczy, co zresztą postuluje nowe *Ratio institutionis sacerdotalis pro Polonia* dla polskich seminariów.

Praca duszpasterska w szpitalu wymaga nieustannego doksztalcania specjalistycznego kapelanów. Prowadząc swoje badania, autor zapytał ich, skąd czerpią fachową wiedzę na temat swojej posługi. Uzyskane wyniki badań zawiera tabela 8.

Tabela 8.

ŹRÓDŁA FACHOWEJ WIEDZY KAPELANÓW DOTYCZĄCE PRACY WŚRÓD CHORYCH			
	1998	2014	2021
Rozmowy z chorymi i ich obserwacje	94,5%	86,5%	82,6%
Książki i artykuły	74,5%	60,6%	45,7%
Rozmowa z innymi kapelanami	59,0%	59,6%	54,3%
Rozmowa z lekarzami	44,5%	39,4%	43,5%
Specjalistyczne konferencje	11,8%	32,7%	32,6%

Z badań przeprowadzonych w 1998 roku wynikało, że aż dla 94,5% kapelanów podstawowym źródłem takiej wiedzy były rozmowy z chorymi i ich obserwacja. 74,5% kapelanów czytało specjalistyczne książki i artykuły, 59% prowadziło na ten temat rozmowy z innymi kapelanami, a 44,5% z lekarzami. 11,8% badanych kapelanów czerpało swoją wiedzę ze specjalistycznych konferencji. Bada-

nia prowadzone w 2014 roku pokazały, że dla 86,5% kapelanów podstawowym źródłem fachowej wiedzy były rozmowy z chorymi i ich obserwacja. 60,6% kapelanów sięgało po specjalistyczne książki i artykuły, 59,6% rozmawiało na ten temat z innymi kapelanami, a 39,4% z lekarzami. 32,7% badanych kapelanów uczestniczyło w specjalistycznych konferencjach. Z kolei z badań prowadzonych w 2021 roku wynika, że dla większości kapelanów podstawowym źródłem wiedzy dotyczącej pracy wśród chorych były rozmowy z nimi i ich obserwacja (opinia 82,6% respondentów), rozmowy z innymi kapelanami (54,3%), książki i artykuły (45,7%), rozmowy z lekarzami (43,5%). Jedna trzecia respondentów badanych kapelanów (32,6%) czerpała swoją wiedzę ze specjalistycznych konferencji. Podsumowując, należy zauważyć, że na przestrzeni 23 lat o prawie o jedną trzecią zmalała liczba kapelanów czerpiąca fachową wiedzę dotyczącą pracy z chorymi z lektury artykułów i książek, zauważa się natomiast wzrost o jedną piątą liczby kapelanów pogłębiających swoją wiedzę na ten temat na specjalistycznych konferencjach.

Warto na powyższe dane spojrzeć także poprzez opinie respondentów, dotyczące ich uczestnictwa w organizowanej przez władze kościelne specjalistycznej formacji, zawarte w tabeli 9.

Tabela 9.

UCZESTNICTWO KAPELANÓW W SPOTKANIACH FORMACYJNYCH ORGANIZOWANYCH PRZEZ WŁADZE KOŚCIELNE		
	2014	2021
Tak	73,1%	82,6%
Nie, bo nie są organizowane	12,5%	10,9%
Nie, bo nie otrzymuję takiej informacji	10,5%	4,3%
Nie, bo nie mam na to czasu	2,2%	0,0%
Nie, bo nie mam takiej potrzeby	1,0%	2,2%
OGÓLEM	100,0%	100,0%

W 1998 roku autor pytał tylko ogólnie o uczestnictwo w takiej formacji, natomiast w następnych latach zajął się bardziej szczegółowo powyższą kwestią. O braku udziału w specjalnej formacji organizowanej przez władze kościelne wspominało w 1998 roku aż 90,9% badanych, natomiast w 2014 roku tylko 12,5% respondentów, a w 2021 roku 10,9%. Przytoczone dane dobrze świadczą o zmianie świadomości decydentów kościelnych, którzy zdali sobie sprawę z konieczności formacji kapelanów.

Autor postawił kapelanom w 2021 roku pytanie odnośnie do pragnienia udziału w specjalnych kursach podnoszących kompetencje i umiejętności pracy z chorymi. Aż 97,8% kapelanów wyraziło swoje zainteresowanie taką formą doksztalcania. Najwięcej respondentów jest zainteresowanych tematyką psychologiczną (95,7%), następnie bioetyczną (78,3%), prawną (71,1%) i teologiczną (62,5%). Uzyskane wyniki świadczą o tym, że respondenci mają świadomość znaczenia interdyscyplinarnego przygotowywania i pogłębiania kompetencji do posługi w szpitalu.

Autor zapytał badanych kapelanów szpitalnych o odczucie satysfakcji związane z pełnioną posługą. Ich odpowiedzi zawiera tabela 10.

Tabela 10.

ODCZUCIA KAPELANÓW DOTYCZĄCE SATYSFAKcji Z PEŁNIONEJ PRZEZ SIEBIE POSŁUGI		
	2014	2021
Zdecydowanie tak	78,4%	54,3%
Raczej tak	20,6%	39,1%
Trudno powiedzieć	0,5%	4,3%
Raczej nie	0,5%	2,3%
Nie	-	-
OGÓŁEM	100,0%	100,0%

Powyższa kwestia nie była badana przez autora w 1998 roku. W 2014 roku na pytanie dotyczące satysfakcji z pełnionej posługi 78,4% respondentów odpowiedziało *zdecydowanie tak*, natomiast 20,6% *raczej tak*. Tylko 0,5% badanych stwierdziło, że *trudno powiedzieć* oraz *raczej nie*. Z kolei w 2021 roku na tak postawione pytanie 54,3% respondentów odpowiedziało *zdecydowanie tak*, natomiast 39,1% *raczej tak*. 4,3% badanych stwierdziło, że *trudno powiedzieć*, a *raczej nie* odpowiedziało 2,3%. Z badań wynika, że większość kapelanów jest zadowolona z pełnionej posługi, chociaż na przestrzeni lat zmienił się wskaźnik procentowy mniej dobitnie akcentujących swoje zadowolenie.

A jak wygląda nastawienie personelu medycznego w szpitalu do posługi kapelanów? Dane na ten temat zawiera tabela 11.

Tabela 11.

ODCZUCIA KAPELANÓW DOTYCZĄCE ŻYCZLIWOŚCI PERSONELU MEDYCZNEGO		
	2014	2021
Zdecydowanie tak	66,4%	52,2%
Raczej tak	31,4%	39,1%
Trudno powiedzieć	1,0%	4,3%
Raczej nie	-	4,4%
Nie	-	-
OGÓŁEM	100,0%	100,0%

W 1998 roku autor nie badał powyższej kwestii. W 2014 roku opinię *zdecydowanie tak* wyraziło 66,4% respondentów, *raczej tak* 31,4%. Tylko 1% respondentów stwierdziło, że *trudno powiedzieć*. Nikt nie wyraził opinii negatywnej. Z kolei w 2021 roku opinię *zdecydowanie tak* wyraziło 52,2% respondentów, *raczej tak* 39,1%. 4,3% respondentów stwierdziło, że *trudno powiedzieć*. Tylko 4,4% respondentów stwierdziło, że *raczej nie* spotyka się z brakiem życzliwości ze strony personelu medycznego. Uzyskane wyniki badań pokazują, że chociaż zasadniczo kapelani spotykają się z życzliwością ze strony personelu medycznego, to jednak na przestrzeni siedmiu lat zwiększyła się liczba osób odnosząca się do nich mniej pozytywnie. Tego typu zachowania mogą być spowodowane zarówno pewnym obniżeniem standardów pełnionej przez kapelanów posługi czy też nagłaśnianymi skandalami pedofilskimi, w które zaangażowany był jakiś procent księży.

Środowiska antyklerykalne i lewicowe zgłaszają postulaty usunięcia kapelanów ze szpitali. Swoje żądania argumentują wysokimi, jakoby znaczenie przewyższających wynagrodzenie części personelu medycznego, zarobkami kapelanów oraz nachalnością ich posługi, naruszającą godność pacjentów i ich prawo do intymności⁹¹. Ich przedstawiciele twierdzą, że „utrzymywanie kapelanów szpitalnych kosztuje państwo kilkadziesiąt milionów rocznie pomimo tego, że nie ma

⁹¹ Zob. J. Karpiński, *Kapelan w szpitalu ma etat i nierzadko zarabia więcej niż młody lekarz. Mają składki, stałą pensję i pewną pracę*, <https://natemat.pl/220267,kapelani-w-szpitalach-zarabiaja-czesto-wiecej-niz-mlodzi-lekarze-i-nie-odpowiadaja-za-zdrowie-pacjentow>; W. Karpieszuk, *Kapelan droższy od pielęgniarki*, <https://www.pressreader.com/poland/gazeta-wyborcza-regionalna-stoleczna/20201208/281479278992429> (dostęp: 27.08.2022).

wymogu prawnego” zatrudnienia kapelanów w szpitalach na etatach⁹². Według nich „szpitale są zobligowane do zapewnienia pacjentom opieki duszpasterskiej, ale dostosowanej do potrzeb, a nie permanentnej i w dodatku opłacanej ze środków publicznych”⁹³. Warto spojrzeć na głoszone przez te środowiska postulaty w świetle badań prowadzonych przez autora pracy, jak też innych badaczy chorych przebywających w polskich szpitalach.

Z badań autora prowadzonych w 2014 roku wynika⁹⁴, że na pytanie dotyczące ogólnej oceny duszpasterskiej posługi kapelanów pracujących w szpitalach 17,3% respondentów stwierdziło, że kapelani *bardzo dobrze* wywiązują się ze swoich zadań, 55% powiedziało, że *dobrze*, a tylko 0,5% uważało, że *źle*. 27,2% badanych nie miało wyrobionego zdania na ten temat, twierdząc, że nie ocenia jej *ani dobrze, ani źle*. Z badań prowadzonych w 2014 roku wynika także, że respondenci najbardziej oczekiwali od kapelanów udzielania sakramentów (75%), rozmów (70%), modlitwy i duchowego wsparcia w cierpieniu (64,5%), rozmów z rodzinami chorych (14%), rozmów z personelem medycznym i wspierania go w pełnionej posłudze (4%). Warto też zwrócić uwagę na cechy kapelanów najbardziej cenione przez respondentów. Respondenci zwracali uwagę przede wszystkim na cierpliwość (45,9%), komunikatywność (38,8%), życzliwość (38,3%), wyrozumiałość (33,2%), dobroć (14,3%), dialogiczność (8,7%), inne (5,1%). Należy podkreślić, iż z badań prowadzonych przez autora wynika, że trzy czwarte respondentów pozytywnie oceniało posługę kapelanów w szpitalach, oczekując od nich nie tylko posługi religijnej ale też umiejętności komunikacyjnych.

Z kolei z badań prowadzonych przez innych autorów w latach 2014-2015 wśród 790 chorych w szpitalach w Wysokiem Mazowieckiem, Białymstoku, Rzeszowie i Białej Podlaskiej wynika, że 67% respondentów oceniło *bardzo dobrze* posługę spotykanych kapelanów, *dobrze* 32,8%, a *źle* postrzegało ją tylko 0,2%⁹⁵. Według respondentów do głównych zadań kapelana szpitalnego należy: udzielanie sakramentów (85,1%), wsparcie duchowe chorego (78,6%) i jego rodziny (78,6%), prowadzenie rozmów (68,2%), wspieranie rodziny chorego (67%), wspieranie duchowo niewierzących, którzy sobie tego życzą (49,4%)⁹⁶.

⁹² W. Nowicka, *Trzeba wreszcie uregulować kwestie dotyczące szpitalnych kapelanów!*, <https://wandanowicka.pl/2020/12/07/trzeba-wreszcie-uregulowac-kwestie-dotyczace-szpitalnych-kapelanow/> (dostęp: 27.08.2022).

⁹³ Tamże.

⁹⁴ Autor pracy prowadził w 2014 r., za pomocą osobiście skonstruowanego kwestionariusza ankietowego, badania wśród 204 chorych przebywających w szpitalach Lublina, Otwocka i Poznania. Między innymi pytał on chorych o ocenę posługi kapelanów szpitalnych, oczekiwania wobec nich i najbardziej cenione cechy.

⁹⁵ G. Bejda, J. Lewko, A. Kulak-Bejda, *Postrzeżenie roli kapelana szpitalnego w zespole terapeutycznym*, „Medycyna Paliatywna” 2017, nr 9, s. 159.

⁹⁶ Tamże.

Respondentów pytano również o główne cechy, jakie powinien posiadać kapelan szpitalny. Badani wskazywali przede wszystkim na zdolność empatii, okazywania ciepła i sympatii dla chorego (57,2%), cierpliwość (55,5%), poświęcenie, spokój (55,5%), wewnętrzny spokój i opanowanie (46,3%), wyrozumiałość (41,6%), komunikatywność, umiejętność prowadzenia rozmów z chorymi (41,6%), akceptację autonomii chorego (41,6%). Podkreślano też, że kapelan ma mieć czas dla swoich chorych (28%), często ich odwiedzać (28%), być dyspozycyjny (27,5%), powinien również cechować się odpornością psychiczną (19,1%), kulturą osobistą (18,4%), skromnością (18%), tolerancją (16,7%), zdolnością umacniania w wierze (14,9%). Ma on być oddany Bogu i posiadać głęboką wiarę (14,9%), ma być sumienny (14,8%), posiadać pogodne usposobienie (14,4%), wykazując się punktualnością (13,9%) i szczerością (12%)⁹⁷. Większość respondentów (82,5%) akceptowała obecność kapelanów w szpitalach. Odmiennego zdania było tylko 3,8% badanych, a 13,7% nie wyraziło jednoznacznej opinii na ten temat⁹⁸. Większość respondentów (81,5%) była zdania, że pacjent powinien mieć zapewnioną posługę kapłańską bez ograniczeń. Było temu przeciwnych jedynie 2,9% respondentów, a 15,6% z nich nie wypowiedziało się jednoznacznie na ten temat⁹⁹.

Podjmując kwestię posługi duszpasterskiej kapelanów w szpitalach, warto też odwołać się do badań przeprowadzonych w latach 2017–2018 wśród 204 pacjentów Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu oraz poradni przyszpitalnej. Dotyczyły one roli i wpływu duchowości na postrzeganie choroby oraz czynności podejmowanych przez chorych, które pomagają im w walce z cierpieniem. Najczęstszym wyrażanym przez nich przekonaniem, związanym z sensem choroby, było stwierdzenie, że „Bóg ma plan na ich życie i nie dopuścił jej bez powodu”, na co zwracało uwagę 51,1% respondentów¹⁰⁰. Najczęstszą czynnością podejmowaną przez chorych wobec choroby i cierpienia była praktyka *ogólnoduchowa* – modlitwa (76%). Odnosząc się z kolei do praktyk *typowo religijnych*, respondenci wymieniali udział w nabożeństwach (38,4%), przyjmowanie sakramentów (35,1%), śpiewanie pieśni religijnych (18%), adorację Najświętszego Sakramentu (17,5%), modlitwę we wspólnocie (13%), lekturę Pisma Świętego (11%)¹⁰¹. Badania wykazały, że dla respondentów podejmujących zarówno praktyki *ogólnoduchowe* oraz *typowo religijne*,

⁹⁷ Tamże.

⁹⁸ Tamże.

⁹⁹ Tamże, s. 160.

¹⁰⁰ M. Klimasiński, J. Theda, S. Cofta, D. Springer, K. Wieczorowska-Tobis, *Opieka duchowa w medycynie: duchowość a postrzeganie choroby, radzenie sobie z cierpieniem – ankietowe badanie ilościowe na polskiej populacji dorosłych chorych przewlekle*, „Sztuka Leczenia” 2020, nr 1, s. 12.

¹⁰¹ Tamże, s. 13.

wiara okazała się „najsilniejszym zasobem i źródłem siły w chorobie”, o czym twierdziła ponad połowa wszystkich respondentów (54,7%)¹⁰². Autorzy, podsumowując swoje badania, zauważają, że osoby, dla „których wiara jest źródłem wsparcia w chorobie”, mają „często zaufanie do Boga i nie załamują się, znajdując sens cierpienia poprzez modlitwę, przyjmowanie sakramentów i uczestnictwo w nabożeństwach”¹⁰³. Odnosząc się z kolei do sytuacji osób, które są niewierzące, jak też określające się jako „wierzące, ale niepraktykujące” i nieuczestniczące w życiu Kościoła, *pozareligijna opieka duchowa* jest odpowiedzią na trudne sytuacje, „stanowiąc pomoc w poszukiwaniach egzystencjalnych”¹⁰⁴. Według nich „rolą personelu medycznego jest udzielanie pozareligijnego wsparcia poprzez nawiązywanie odpowiedniej relacji z chorym, co odbywa się poprzez okazywanie zainteresowania i współczucia, dostosowanie stylu komunikacji, dodawanie otuchy”¹⁰⁵.

Pisząc o roli kapelanów szpitalnych w opiece duchowej, trzeba zwrócić uwagę na ich zaangażowanie w czasie pandemii. Warto przywołać opinię cytowanego już ks. Arkadiusza Zawistowskiego, Krajowego Duszpasterza Służby Zdrowia, który zauważył, że obostrzenia pandemiczne spowodowały, iż pacjenci byli pozbawieni możliwości odwiedzin bliskich, co często przekładało się na ich kondycję psychiczną i duchową. W tym kontekście ważną rolę odegrali przychodzący do chorych kapelani, rozmawiając i modląc się z nimi, udzielając im duchowego wsparcia oraz sprawując sakramenty. Kapelani byli jedynymi osobami, oprócz personelu medycznego, z którymi chorzy mogli porozmawiać, będąc dla wielu *znakami nadziei*. Kapelanom pomagali też przeszkoleni wolontariusze, którzy podejmowali czynności pielęgnacyjne, karmili pacjentów, rozmawiali z nimi i ich pocieszali. Według ks. Zawistowskiego w części placówek medycznych spotykało się także nadzwyczajnych szafarzy Komunii św., którzy pełniąc posługę wolontariuszy, wspierali kapelanów w posłudze chorym¹⁰⁶.

Z prowadzonych badań wynika, że posługa kapelanów w szpitalach jest zasadniczo wysoko oceniana przez przebywających w nich chorych. Odgrywają oni ważną rolę nie tylko w kontekście rozumianej ściśle posługi religijnej, ale także duchowego wsparcia, pomagając odnaleźć chorym sens cierpienia. Wysoki stopień oceny kapelanów nie może im jednak pozwolić *spocząć na laurach*, ale raczej motywować do coraz lepszej pracy duszpasterskiej. A jak powinna

¹⁰² Tamże, s. 14-15.

¹⁰³ Tamże, s. 16.

¹⁰⁴ Tamże, s. 17.

¹⁰⁵ Tamże.

¹⁰⁶ M. Gromek, *Podczas pandemii kapelan byli często jedynymi osobami, z którymi chorzy mogli porozmawiać*, <https://www.gosc.pl/doc/7352072.Podczas-pandemii-kapelan-byli-czesto-jedynymi-osobami-z> (dostęp: 29.08.2022).

ona wyglądać? Trzeba skonfrontować uzyskany obraz posługi kapelanów z nauczaniem Magisterium i podstawami prawnymi, co ma służyć wypracowaniu kierunkowych działań.

Wnioski i postulaty pastoralne

Głównym zadaniem kapelanów szpitalnych ma być podejmowanie wielorakich działań duszpasterskich wobec chorych, wśród których naczelnym miejscem powinno zajmować sprawowanie form sakramentalnych, na czele z sakramentem namaszczenia chorych. Potrzeba także stosowania wielorakich form pozasakramentalnych, wśród których ważną rolę będzie odgrywać indywidualna rozmowa z chorymi.

Z prowadzonych przez autora na przestrzeni dwudziestu trzech lat badań wynika, że głównym przedmiotem działań polskich kapelanów szpitalnych jest posługa sakramentalna. Dobrze to świadczy o ich świadomości teologicznej, dotyczącej rozumienia istoty posługi kapelana. Cieszy też fakt, że badani kapelani deklarują także stosowanie różnych form pozasakramentalnych, wśród których ważną rolę odgrywają różnego rodzaju nabożeństwa. Z badań wynika też, że mniej kapelanów korzysta z apostołatu prasy drukowanej i książek. Wydaje się to zrozumiałe w perspektywie ogólnego trendu spadku czytelnictwa na rzecz korzystania z mediów społecznościowych. Wydaje się jednak, że nie można rezygnować z propagowania, szczególnie wśród starszych osób chorych, specjalistycznej prasy i książek zawierających między innymi napisane przystępnym i zrozumiałym językiem wyjaśnienia dotyczące teologii cierpienia, możliwości twórczego jego przeżywania, a także przybliżających znaczenie sakramentów, z naciskiem na sakrament namaszczenia chorych. Warto na marginesie postawić pytanie o poziom i recepcję polskich czasopism religijnych przeznaczonych dla chorych (*Apostolstwo chorych, Kotwica, Wstań*), jak też o ilość i jakość materiałów publikowanych na stronach religijnych witryn internetowych, poruszających kwestie cierpienia i jego chrześcijańskiego przeżywania, jak też istoty i znaczenia duchowych środków ofiarowanych przez Kościół chorym, co wymaga oddzielnych badań.

Z prowadzonych przez autora badań wynika, że powszechnie stosowaną przez kapelanów szpitalnych formą pracy z chorymi jest prowadzenie indywidualnych rozmów z chorymi, co deklaruje w 2021 roku 95,7% badanych kapelanów. Nieco inaczej wygląda kwestia prowadzenia przez kapelanów indywidualnych rozmów z rodzinami chorych, jak też personelem medycznym. Co prawda 76,1% kapelanów deklaruje, że prowadzi rozmowy z rodzinami chorych, a 87% z personelem medycznym, nie jest to jednak jeszcze w pełni zadowalające. Z jednej strony trzeba dążyć do tego, aby kapelani szpitalni nadal poświęcali swój czas na indywidualne rozmowy z chorymi, które w ich trudnych sytuacjach eg-

zystencjalnych mają ważny wymiar terapeutyczny. O konieczności zachowania i rozwijania takiego kierunku działań świadczą przywoływane wyniki badań chorych, którzy oczekują nie tylko posługi sakramentalnej, ale duchowego wsparcia oraz rozmów. Bezpośredni kontakt z empatycznym i potrafiącym słuchać kapelanem może też prowadzić u niektórych chorych do przełamania antyklerykalnych uprzedzeń, owocując sakramentalnym powrotem do Boga i Kościoła. Z drugiej strony potrzeba nieustannego przemodelowywania organizacji pracy kapelanów w szpitalu tak, aby nie brakowało im czasu przeznaczanego na rozmowy z rodzinami i personelem medycznym.

Zmiana sposobu organizacji posługi duszpasterskiej kapelanów w szpitalu wymaga między innymi ich coraz większej otwartości na współpracę z diakonami stałymi, nadzwyczajnymi szafarzami Komunii św., osobami zakonnymi i świeckimi. Cieszy fakt, że na przestrzeni siedmiu lat o 40,5% zwiększyła się liczba kapelanów szpitalnych współpracujących z nadzwyczajnymi szafarzami Komunii św. Nie można jednak zrozumieć, dlaczego połowa z badanych w 2021 roku kapelanów nie widzi potrzeby współpracy z nimi. Nie można też zrozumieć przyczyn faktu, że tylko jedna trzecia badanych kapelanów współpracuje z innymi osobami. A przecież dokumenty Magisterium wyraźnie wskazują na to, że przestrzeń pracy z chorymi ma być jedną z najważniejszych domen ich zaangażowania apostolskiego. Trzeba podjąć działania formacyjne służące zmianie stanu świadomości kapelanów, dotyczącej współpracy z osobami świeckimi, szczególnie w kontekście funkcjonowania zespołów duszpasterskich. Warto tutaj nadmienić, że o pracy tego typu zespołów wspominała jedna trzecia badanych kapelanów. Mając na uwadze spadek powołań kapłańskich, należy propagować *dobre praktyki* ukazujące, jak ta współpraca może wyglądać. Należy dążyć do tego, aby w polskich szpitalach powstawało coraz więcej zespołów duszpasterskich, składających się z właściwie przygotowanych wolontariuszy świeckich, sióstr i braci zakonnych, którzy będą służyć chorym. Świadczona przez członków takich zespołów pomoc kapelanom w udzielaniu Komunii św., realizowaniu innych form duszpasterskich, przygotowywaniu chorych do przyjęcia sakramentów sprawi, że kapelani szpitalni będą mogli pełniej angażować się w spełnianą posługę, poświęcając jeszcze więcej czasu na indywidualne rozmowy z chorymi, ich rodzinami oraz personelem medycznym.

Kapelani szpitalni, prowadząc rozmowy z rodzinami chorych, powinni mieć także na uwadze fakt, że w obliczu choroby bliskiej osoby u rodziny może ujawnić się cały wachlarz różnorodnych zachowań, począwszy od pomocy, przez brak zainteresowania, znużenie, obojętność, aż do, spowodowanej wieloma przyczynami, agresji. Wsparcie i pomoc niesione przez kapelanów szpitalnych rodzinom chorych może wyrażać się w kształtowaniu pozytywnego nastawienia do choroby i cierpienia bliskich oraz w ukazywaniu ich sensu. Mają oni objaśniać rodzinom chorych, że odwiedzanie ich bliskich oraz innych chorych

jest wyrazem apostołstwa, w którym uczestniczą wszyscy wierni świeccy na mocy sakramentu chrztu, bierzmowania i Eucharystii, wypełniając funkcje kapłańską, prorocką i królewską. Wsparcie okazywane rodzinom chorych przez kapelanów swój wyraz może też znaleźć we wspólnej modlitwie, posłudze sakramentalnej, jak też w udzielaniu stosownych porad, dotyczących właściwych form zachowania wobec chorych. Kapelani powinni podkreślać, że odwiedziny najbliższych i ich zrównoważenie psychiczne, spokój i optymizm pozytywnie wpływają na pacjenta.

Ważną kwestią jest posługa kapelanów szpitalnych wobec personelu medycznego, co wyraźnie podkreślają dokumenty Magisterium. W jej ramach powinny się znaleźć zarówno indywidualne rozmowy, jak też różnorodne formy pracy duszpasterskiej. Szczególnie potrzebne jest organizowanie rekolekcji i dni skupienia dla pracowników służby zdrowia (o organizacji tego typu działań wspomniało w 2021 roku tylko 41,3% badanych kapelanów) oraz wygłaszanie specjalistycznych wykładów na tematy etyczne, których organizację zadeklarował tylko co dziesiąty badany kapelan. Kapelani powinni zadbać o zaproponowanie całego cyklu wykładów etycznych w szpitalu, zapraszając na nie specjalistów z różnych dziedzin. Ponieważ nie zawsze każdy kapelan może sam podejmować różne inicjatywy na poziomie szpitala, w którym pracuje, potrzebna jest jego współpraca z diecezjalnym duszpasterzem służby zdrowia, jak też włączanie się w różne działania Kościoła, realizowane na płaszczyźnie indywidualnej i wspólnotowej¹⁰⁷. Dotyczy to chociażby obchodów Dnia Służby Zdrowia w dniu wspomnienia św. Łukasza osiemnastego października czy udziału w organizowanych w ostatnią sobotę maja specjalnych pielgrzymkach służby zdrowia do Częstochowy lub innych spotkaniach formacyjnych i rekolekcyjnych. Trzeba też propagować działania Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, jak też Katolickiego Stowarzyszenia Pielęgniarek i Położnych Polskich. Kapelan ma nieustannie pamiętać o swojej dyspozycyjności wobec personelu medycznego, pragnącego nieraz osobistych rozmów i pomocy zarówno w pogłębieniu swojego życia religijnego oraz w rozstrzygnięciu różnych wątpliwości moralnych, związanych z pełnioną posługą. Tego typu indywidualne kontakty wpływają pozytywnie na życie religijne personelu medycznego, a pośrednio na jakość posługi wobec chorych.

Aby kapelan szpitalny mógł objąć swoją troską wszystkie osoby tworzące społeczność szpitalną, musi być zwolniony z innych obowiązków duszpasterskich. Nie może on być „meteorem”, który „wpada” do szpitala, aby tylko udzielić sakramentalnej posługi chorym i później biec do innych zajęć. Jego obecność w szpitalu musi cechować się systematycznością oraz dyspozycyjnością.

¹⁰⁷ J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki, A. Muszala (red.), *Ku szkole opieki duszpasterskiej św. Jana Bożego*, w: A. Muszala, J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki (red.), *Dolentium hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia*, Kraków 2011, s. 36.

Prowadzone badania pokazały, że w okresie dwudziestu trzech lat widoczna jest tendencja w postępowaniu władz kościelnych coraz bardziej rozumiejących konieczność oddelegowywania kapłanów tylko do posługi chorym, o czym w 2021 roku wspominało trzy czwarte badanych kapelanów. Jednak na tym samym poziomie utrzymuje się wskaźnik kapelanów źle oceniających politykę personalną władz kościelnych, związaną z doborem duchownych kierowanych do specjalistycznej pracy z chorymi. Nieraz tę posługę podejmują przypadkowo dobrani kapłani, z których część przeżywa sytuacje kryzysowe, nie potrafiąc odnaleźć swojego miejsca w rzeczywistości parafialnej. Niektórzy z decydentów kościelnych kierują tego typu osoby do pracy w szpitalu, uważając, że spełniana w tych miejscach posługa jest czymś mniej ważnym niż praca duszpasterska w parafii. Ten sposób myślenia jest błędny. Można zaryzykować stwierdzenie, że prawie każdy duszpasterz poradzi sobie w posłudze duszpasterskiej, spełnianej na płaszczyźnie parafialnej, natomiast praca w szpitalu wymaga szczególnych predyspozycji osobowościowych i specjalistycznego przygotowania.

Można przypuszczać, że *dobra zmiana* w postępowaniu władz kościelnych odnośnie do kierowania prezbiterów tylko do pracy w szpitalu będzie ulegać zmianie na skutek zmniejszającej się liczby powołań kapłańskich, o czym wspominał w rozmowie z autorem artykułu ks. A. Zawistowski. Perspektywną odpowiedzią na ten fakt powinno być coraz większe *odklerykalizowanie* duszpasterstwa prowadzonego w szpitalu. Wiąże się to z ponownym określeniem tożsamości prezbiterów i wiernych świeckich. Nikt przecież nie zastąpi duchownego w związanym z jego tożsamością ontyczną szafarstwie sakramentów. Są jednak takie przestrzenie pracy duszpasterskiej, które z powodzeniem może wykonywać laikat. To on powinien być przygotowywany do tego, aby prowadzić ukazujące sens cierpienia rozmowy z osobami chorymi, jak też z ich rodzinami i personelem medycznym. Świeccy mogą również przygotowywać chorych do przyjęcia sakramentów, prowadzić nabożeństwa czy udzielać Komunii św. (rola nadzwyczajnych szafarzy).

Pisząc o polityce władz kościelnych, dotyczącej kwestii oddelegowywania prezbiterów tylko do pracy wśród chorych w szpitalu oraz ich właściwego doboru, trzeba z naciskiem podkreślić konieczność spojrzenia perspektywnego. Ten dobór powinien rozpoczynać się już w trakcie formacji seminaryjnej. Zadaniem wychowawców seminaryjnych jest pomoc alumnom w odkrywaniu ich charyzmatów do pracy wśród różnych grup osób, w tym wśród chorych. Znajdując takie osoby, trzeba w nie właściwie *zainwestować*, umożliwiając im udział w specjalistycznych studiach i kursach. Taki udział trzeba umożliwić także tym prezbiterom, którzy wykazują predyspozycje do pracy w szpitalu. Chociaż wydaje się, że ten postulat może być bardziej realizowany w kontekście zgromadzeń zakonnych, to jednak nic nie stoi na przeszkodzie, aby dotyczył on również prezbiterów diecezjalnych.

Seminaria duchowne mają za zadanie właściwe przygotowanie wszystkich kleryków do pracy z chorymi, gdyż każdy ksiądz w swojej posłudze będzie się spotykał z tego typu osobami. Ze smutkiem trzeba zauważyć, że z prowadzonych przez autora badań wynika, iż na przestrzeni dwudziestu trzech lat wzrosła liczba kapelanów wskazujących na brak właściwego przygotowania przez seminarium do pracy wśród chorych! Takie przygotowanie, jak podkreślają przywoływane dokumenty Magisterium, w tym obowiązujący od 1 października 2021 roku dokument *Droga formacji prezbiterów w Polsce. Ratio institutionis sacerdotalis pro Polonia*, powinno składać się zarówno z części teoretycznej, jak ze specjalnych praktyk pastoralnych dla kleryków. Ponieważ wspomniany dokument jest punktem wyjścia do opracowania przez poszczególnych biskupów programu wychowawczego, statutu i regulaminu każdego seminarium¹⁰⁸, należy teraz zadbać o to, aby właściwie uwzględnić w nich wskazania dotyczące przygotowania do pracy duszpasterskiej wśród chorych. Potrzebna jest tutaj współpraca z diecezjalnymi duszpasterzami chorych, którzy powinni otoczyć merytoryczną opieką kleryków odbywających praktyki w szpitalach, domach opieki oraz hospicjach. Mają oni wskazywać przełożonym seminaryjnym takie miejsca ich odbywania, gdzie wspomniana posługa jest wzorowa, pomagając zarazem w jej prowadzeniu i ewaluacji.

W sposób szczególny należy zadbać o to, aby proponowany w dokumencie fakultatywnie do realizacji na etapie pastoralnym przedmiot *Posługa wobec chorych i cierpiących* stał się przedmiotem obowiązkowym. Potrzebne jest też opracowanie wieloautorskiego podręcznika do tego przedmiotu, aby stworzyć pomoc dydaktyczną do jego realizacji, odpowiadając w ten sposób na słuszny zarzut braku opracowań podręcznikowych z teologii pastoralnej, dotyczących duszpasterstwa chorych, w tym duszpasterstwa szpitalnego¹⁰⁹. Trzeba w tym miejscu nadmienić, że autor artykułu podjął pracę nad powołaniem zespołu osób, które przygotują koncepcję takiego podręcznika.

Rzeczą wielkiej wagi jest nieustanna potrzeba organizowania specjalistycznego przygotowania i stałej formacji dla kapelanów posługujących w szpitalach, na co kładzie duży nacisk Magisterium. Z prowadzonych badań wynika, że w 2021 roku 82,6% badanych kapelanów brało udział w spotkaniach formacyjnych organizowanych przez władze kościelne. Prawie wszyscy badani kapelani wyrazili chęć udziału w kursach podnoszących kompetencje i umie-

¹⁰⁸ Konferencja Episkopatu Polski, *Droga formacji prezbiterów w Polsce. Ratio institutionis sacerdotalis pro Polonia...*, dz. cyt., nr 10.

¹⁰⁹ G. Ryś, *W poszukiwaniu przyszłych kapelanów szpitalnych. Formacja w polskich seminariach duchownych - rekonesans*, w: K. Moćko (red.), *Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorych. Zapis konferencji Łagiewniki, 14 marca 2009 roku*, Kraków 2010, s. 97-98.

jętności pracy wśród chorych, podkreślając przy tym, że potrzebują oni przede wszystkim tematyki psychologicznej i bioetycznej, a najmniej prawnej i teologicznej. Warto uzyskane wyniki badań zestawzić z wynikami badań prowadzonych wśród chorych, którzy wskazują wyraźnie, że oczekują od spotykanych kapelanów umiejętności psychologicznych i komunikacyjnych.

Proces poszukiwania właściwej formuły specjalistycznego kształcenia dla kapelanów służby zdrowia rozpoczął się w 1999 roku, kiedy w Gdańsku przeprowadzono ogólnopolskie warsztaty dla kapelanów służby zdrowia i kapelanów hospicyjnych. W kilkudniowych warsztatach wzięło udział około stu kapelanów. Wykładowcy z USA, Włoch, Niemiec i Polski zaprezentowali wielorakie aspekty katolickiego duszpasterstwa służby zdrowia. Wygłoszone wykłady, a także dyskusje i wnioski z warsztatów zostały wydane w formie publikacji¹¹⁰. Z kolei w środowisku zakonu bonifratrów i jego świeckich współpracowników zrodziła się myśl podjęcia formacji duchownych i świeckich, której celem byłaby profesjonalna edukacja osób mających podjąć opiekę religijno-duchową nad chorymi. Prowadzone działania zaowocowały powołaniem do życia w 2011 roku Szkoły Opieki Duszpasterskiej św. Jana Bożego. Podyplomowe studia z zakresu duszpasterstwa służby zdrowia i pomocy społecznej rozpoczęły swoje funkcjonowanie na Wydziale Nauk Społecznych Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II. Część teoretyczną realizują praktycy duszpasterstwa służby zdrowia i pomocy społecznej, a zakon bonifratrów zapewnia praktyki kliniczne dla studentów¹¹¹. Zajęcia przeznaczone dla świeckich i duchownych absolwentów uczelni wyższych (licencjackich i magisterskich) przygotowują do pełnienia funkcji kapelana lub asystenta świeckiego w posłudze duszpasterskiej w szpitalu, hospicjum oraz w opiece domowej. Mają na celu nabycie przez studentów wiedzy, umiejętności i kompetencji w nawiązywaniu i podtrzymywaniu komunikacji interpersonalnej oraz w podejmowaniu duchowej troski o chorego i jego rodzinę. Mają też dostarczyć umiejętności współpracy z dyrekcją wielorakich placówek ochrony zdrowia, pracownikami i wolontariuszami zespołów opiekuńczych, organizowania zespołowej opieki duszpasterskiej oraz inicjowania komitetów bioetycznych. Absolwenci studiów otrzymują świadectwo ukończenia podyplomowych studiów Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II oraz certyfikat praktyk klinicznych i opiekuńczych, nadawanych przez polską prowincję zakonu bonifratrów¹¹².

¹¹⁰ Zob. P. Krakowiak, E. Dutkiewicz (red.), *Duszpasterstwo służby zdrowia w Polsce i na świecie: osiągnięcia i wyzwania*, Gdańsk 1999.

¹¹¹ P. Krakowiak, *Zmiany w opiece duszpasterskiej w Polsce. Edukacyjne inspiracje z opieki paliatywno-hospicyjnej i narzędzia do badania potrzeb duchowych*, „Warszawskie Studia Pastoralne” 2015, nr 1, s. 51.

¹¹² *Szkoła Opieki Duszpasterskiej św. Jana Bożego*, <https://bonifratrzy.pl/szkola-opieki->

Inną ofertą edukacyjną przygotowaną z myślą o kapelanach szpitalnych, kandydatach na kapelanów i osobach świeckich posługujących chorym przebywającym w szpitalach, hospicjach i domach pomocy społecznej jest prowadzony na UKSW roczny kurs *Kontakt z chorym i jego rodziną*. Do różnych celów, jakie wyznaczyli sobie jego organizatorzy, zalicza się nie tylko *poszerzenie wiedzy medycznej, psycho-społecznej, prawno-organizacyjnej i filozoficzno-teologicznej*, ale także nabycie umiejętności prowadzenia dialogu i towarzyszenia osobom chorym w różnym wieku i w różnym stadium choroby. Pragną oni również pomóc uczestnikom w zdobyciu nowych kompetencji w relacji z osobami znajdującymi się w trudnej sytuacji zdrowotnej, przeżywającymi kryzys i zwątpienie, włączając w to także ich rodziny i bliskich, oraz nabyciu umiejętności psychologicznych w radzeniu sobie z sytuacjami kryzysowymi. Zajęcia kursu odbywają się w ramach wykładów, konwersatoriów i warsztatów prowadzonych przez wykładowców UKSW przy wsparciu kapelanów szpitalnych. Składa się on z pięciu modułów: medycznego, filozoficzno-teologicznego, psychologicznego, prawno-organizacyjnego i warsztatowego, a jego ukończenie jest poświadczane odpowiednim zaświadczeniem¹¹³.

Jeszcze inną możliwość formacji stwarzają kapelanom szpitalnym organizowane corocznie jesienią w Częstochowie kilkudniowe rekolekcje połączone z wykładami i warsztatami szkoleniowymi. Ich uczestnicy mogą nie tylko pogłębić swoją duchowość, ale też zdobywać wiedzę i praktyczne umiejętności dotyczące pełnienia posługi w zakresie prawa kanonicznego, liturgiki, medycyny, psychologii itp. W wielu diecezjach odbywają się także organizowane przez diecezjalnych duszpasterzy służby zdrowia spotkania formacyjne dla kapelanów, sióstr zakonnych oraz osób świeckich zaangażowanych w duszpasterstwo szpitalne.

Kwestia kształcenia kapelanów szpitalnych i współpracujących z nimi osób świeckich jest jedną z przestrzeni zainteresowania Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie (PTODM), którego głównym celem jest „integracja i reprezentowanie środowiska osób zainteresowanych opieką duchową w medycynie, świadczoną na rzecz osób chorych, niepełnosprawnych i ich rodzin, dążenie do zapewnienia im wysokiej jakości tejże opieki oraz wspieranie rozwoju badań naukowych i promowanie wiedzy w tym zakresie”¹¹⁴. PTODM wśród szczegółowych celów swojej działalności wylicza działalność naukową, edukacyjną popularyzatorską i doradczo-konsultacyjną. Jego działalność naukowa dotyczy inicjowania, wspierania i koordynowania interdyscyplinarnych

duszpasterskiej (dostęp: 13.08.2022).

¹¹³ Wydział Studiów nad Rodziną UKSW, Kurs *Kontakt z chorym i jego rodziną*, <https://wsr.uksw.edu.pl/node/1244> (dostęp: 13.08.2022).

¹¹⁴ Statut Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie, art. 7, <http://ptodm.org.pl/o-ptodm/153685,status-ptodm> (dostęp: 29.08.2022).

prac badawczych dotyczących opieki duchowej, natomiast działalność edukacyjna związana jest z kształceniem różnych kręgów zawodowych, szczególnie przedstawicieli zawodów medycznych, kapelanów szpitalnych, wolontariuszy i nieformalnych opiekunów. Działalność popularyzatorska PTODM wiąże się z upowszechnianiem wiedzy i podnoszenia społecznej świadomości w zakresie zaspokajania potrzeb duchowych osób chorych, niepełnosprawnych i ich rodzin, natomiast działalność doradczo-konsultacyjną obejmuje współdziałanie z instytucjami państwowymi, samorządowymi, związkami wyznaniowymi i organizacjami pozarządowymi w zakresie organizacji opieki duchowej nad osobami chorymi i niepełnosprawnymi¹¹⁵.

Pisząc o idei opieki duchowej w medycynie, trzeba bliżej zdefiniować to pojęcie, wychodząc od samej definicji *duchowości*. Nawiązując do określeń duchowości występujących w dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia¹¹⁶, Stowarzyszenia Amerykańskich Uczelni Medycznych (*Association of American Medical Colleges AAMC*)¹¹⁷ oraz odbytej w 2009 roku konferencji z udziałem lekarzy i innych pracowników służby zdrowia, naukowców, kapelanów i duchownych¹¹⁸, PTODM definiuje *duchowość* jako „wymiar ludzkiego życia stanowiący odniesienie do transcendentności i innych wartości egzystencjalnie ważnych”¹¹⁹. Podkreśla się, że duchowość obejmuje: 1. religijność człowieka, zwłaszcza jego relację z Bogiem, a także zwyczaje i praktyki oraz życie wspólnotowe; 2. po-

¹¹⁵ Tamże, art. 8.

¹¹⁶ Światowa Organizacja Zdrowia zwracając uwagę na to, że „wymiar duchowy odnosi się do aspektów życia związanego z doświadczeniami, które przekraczają zjawiska zmysłowe”. Podkreśla, „że nie równa się on wymiarowi religijnemu, choć dla wielu osób religia stanowi składową duchowego wymiaru ich życia. Zauważając, że aspekt duchowy nierzadko postrzegany jest jako powiązany ze znaczeniem i celem, wskazuje, że można go postrzegać jako wymiar zintegrowany z innymi wymiarami (fizycznym, psychologicznym, społecznym)”. Cyt. za: Zakon Szpitalny św. Jana Bożego, Komisja Generalna ds. Duszpasterstwa, *Duszpasterstwo w stylu św. Jana Bożego*, Rzym 2012, s. 54.

¹¹⁷ Stowarzyszenie określa duchowość jako „poszukiwanie przez osobę najwyższego sensu poprzez uczestniczenie w religii i/lub wierze w Boga, rodzinie, naturalizmie, racjonalizmie, humanizmie oraz sztuce”. Uważa ono, że „wszystkie te aspekty mogą wpływać na to, jak pacjenci i pracownicy opieki zdrowotnej postrzegają zdrowie i chorobę oraz jak kształtują się ich wzajemne relacje”. Cyt. za: M.Ch. Puchalski, *Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym – niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta*, „Medycyna Praktyczna” 2016, nr 5, s. 116-117.

¹¹⁸ Podkreślono tam, że duchowość to „ten aspekt człowieczeństwa, który wyraża się w sposobie, w jaki człowiek poszukuje i nadaje sens i cel swojemu istnieniu, oraz w sposobie, w jaki doświadcza łączności z chwilą obecną, samym sobą, innymi ludźmi, natura, oraz tym, co stanowi istotę lub świętość”. Zob. tamże.

¹¹⁹ Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie, *Co to jest duchowość*, <http://ptodm.org/ptodm/171384,co-to-jest-duchowosc> (dostęp: 30.08.2022).

szukiwania egzystencjalne odnoszące się szczególnie do sensu życia, cierpienia i śmierci oraz odpowiedzi na pytanie o własną godność i kim się jest jako osoba, do sfery wolności i odpowiedzialności, nadziei i rozpaczy, pojednania i przebaczenia, miłości i radości; 3. wartości, którymi żyje człowiek, zwłaszcza jego relację z samym sobą i innymi ludźmi, stosunek do pracy, natury, sztuki i kultury, jego wybory w sferze moralności i etyki oraz *samo życie*¹²⁰. Mając za punkt wyjścia tak rozumianą duchowość, PTODM definiuje *opiekę duchową* jako część „holistycznej opieki nad chorym i jego bliskimi, ukierunkowaną na rozpoznanie i pomoc w spełnieniu ich duchowych potrzeb”¹²¹.

Kwestia *opieki duchowej*, będącej integralnym i niezbędnym elementem całościowej (holistycznej) opieki nad pacjentem, wiąże się z próbą przywrócenia duchowych korzeni medycyny jako odpowiedzi na spojrzenie na chorego jedynie w kontekście postępu technologicznego, jaki dokonał się na początku XX wieku w diagnozowaniu i leczeniu chorób. Odpowiadając na ten trend, zespół pracowników akademickich i lekarzy amerykańskich zapoczątkował ruch przywracający duchowe korzenie medycyny¹²². Była to odpowiedź na wyniki badań ankietowych potwierdzających, że potrzeby duchowe i religijne ujawniają się w sposób *szczególnie silny* w sytuacji znacznego pogorszenia się stanów zdrowia pacjentów oraz uświadomienia sobie zbliżającej się śmierci. Występowanie tego typu potrzeb nie dotyczy jedynie okresu umierania, ale również czasu długotrwałej choroby, poszukiwania sensu życia oraz pewności siebie. Od 30% do 80% pacjentów onkologicznych, psychiatrycznych oraz niepełnosprawnych uznaje swoją religię za *bardzo ważne źródło wsparcia w radzeniu sobie z chorobą*. Badania wskazują także na fakt, że występowanie potrzeb duchowych nie zależy od tego, czy dany pacjent uważa się za osobę religijną¹²³. Wyniki badań pokazują zależność między wartościami duchowymi i przekonaniami religijnymi pacjenta a umiejętnością radzenia sobie w sytuacjach związanych z chorobą, pozytywnym nastawieniem pomimo trudnej sytuacji zdrowotnej oraz powrotem do zdrowia po interwencji chirurgicznej czy depresji. Badani pacjenci chcieliby, aby ich wymiar duchowy został uwzględniony w opiece medycznej¹²⁴.

Odpowiadając na wyniki przeprowadzonych badań, w 1992 roku wprowadzono na Uniwersytecie George’a Washingtona, a później w innych uczelniach medycznych USA, wykłady wskazujące na łączność duchowości i zdrowia.

¹²⁰ Tamże.

¹²¹ Tamże.

¹²² M.Ch. Puchalski, *Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym...*, dz. cyt., s. 117-118.

¹²³ M. Klimasiński, M. Płocka, N. Neumann-Klimasińska, *Czy lekarze powinni udzielać wsparcia duchowego swoim pacjentom - przegląd badań*, „Medycyna Praktyczna” 2017, nr 3, s. 128-129.

¹²⁴ M.Ch. Puchalski, *Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym...*, dz. cyt., s. 117-118.

Obecnie zajęcia z roli duchowości w opiece nad pacjentem są prowadzone w około 80% amerykańskich uczelni medycznych. Jednym z głównych inicjatorów tych działań jest profesor medycyny Christina M. Puchalski¹²⁵. Nauczanie studentów medycyny roli duchowości w życiu pacjentów obejmuje, między innymi, zdobywanie przez nich umiejętności przeprowadzania diagnozowania ich potrzeb w tej sferze, integrowania aspektów duchowych ważnych dla chorych z *dialogiem medycznym*, szczególnie w odniesieniu do decyzji co do ich dalszego leczenia¹²⁶. Zostały skonstruowane specjalne narzędzia pozwalające rozpoznać cierpienie duchowe i źródła siły duchowej pacjentów¹²⁷. Przy ich pomocy ustala się, czy istnieje potrzeba skierowania pacjenta do certyfikowanego kapelana w sytuacji, gdy stwierdzają oni, że „duchowość lub religia są dla nich ważne” oraz pragną, „aby ich przekonania, praktyki lub wartości związane z religią czy sferą duchową zostały uwzględnione w planie leczenia”¹²⁸. Uzyskane przez lekarza informacje ze sfery duchowej pacjenta są także uwzględniane w planach leczenia. W przypadku bardziej złożonych kwestii duchowych (po-

¹²⁵ Warto zapoznać się z wystąpieniem profesor M.Ch. Puchalski *Opieka duchowa nad chorymi –pomaga czy jest niepotrzebna? Z perspektywy amerykańskiej*, które wygłosiła 4 kwietnia 2013 r. w Warszawie podczas sympozjum zorganizowanego przez redakcję „Medycyny Praktycznej”: *Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej-czy lekarz powinien zapewniać pacjentom opiekę duchową*. Zob. <http://www.mp.pl/etyka/wideo/95844,vi-sympozjum-dylematy-etyczne-w-praktyce-lekarskiej-czy-lekarz-powinien-zapewniac-pacjentom-opieke-duchowa-warszawa-4-kwietnia-2013>.

¹²⁶ M. Krajnik, *Komentarz do artykułu M.Ch. Puchalski: Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym – niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta*, „Medycyna Praktyczna” 2016, nr 5, s. 122-123.

¹²⁷ M.Ch. Puchalski skonstruowała narzędzia pozwalające rozpoznać cierpienia duchowe pacjentów i źródła ich duchowych sił poprzez badania przesiewowe i wywiad. Badanie przesiewowe, przeprowadzane podczas przyjęcia do szpitala lub innej placówki medycznej, służy do ustalenia tego, czy istnieje potrzeba natychmiastowego skierowania pacjenta do kapelana. Obejmuje ono pytania: „Czy duchowość lub religia są dla Ciebie ważne? Czy czujesz, że Twoje przekonania i wiara pomagają Ci w poradzeniu z tą sytuacją?”. W zależności od uzyskanych odpowiedzi lekarz kieruje pacjenta do certyfikowanego kapelana. Z kolei wywiad dotyczący duchowości jest bardziej szczegółowy. Przeprowadzany jest przez lekarzy decydujących o dalszym procesie leczniczym za pomocą tzw. testu FICA (*Faith ad Believe, Importance, Community, Adres in Carre*). Fundamentem wspomnianego narzędzia badawczego jest rozumiane duchowości jako „tego, co pozwala człowiekowi doświadczyć transcendentnego sensu życia. Jest to często wyrażone jako relacja z Bogiem, ale może też być relacja do przyrody sztuki, muzyki, rodziny lub społeczności – bez względu na przekonania i wartości daje ona osobie poczucie sensu i celu w życiu”. Wspomniany test został już zaadaptowany na gruncie polskim. Więcej na ten temat zob.: M.Ch. Puchalski, *Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym...*, dz. cyt., s. 120-121; P. Krakowiak, *Zmiany w opiece duszpasterskiej w Polsce. Edukacyjne inspiracje z opieki paliatywno-hospicyjnej i narzędzia do badania potrzeb duchowych...*, dz. cyt., s. 53-55.

¹²⁸ M.Ch. Puchalski, *Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym...*, dz. cyt., s. 121.

trzeba przebaczenia, pogodzenia się z samym sobą czy innymi, niepokój egzystencjalny, poczucie odosobnienia i braku miłości do ludzi i Boga), pacjent jest odsyłany do kapelana lub innego specjalisty z opieki duchowej¹²⁹. Studentów medycyny oraz lekarzy uczy się także umiejętności współpracy z kapelanami szpitalnymi, a także dokonywania oceny własnych potrzeb duchowych i planowania swojego rozwoju w tej dziedzinie¹³⁰.

PTODM, biorąc pod uwagę wyniki badań, wskazuje na to, że integracja duchowości z innymi aspektami opieki nad chorymi wskazuje na poprawienie skuteczności leczenia¹³¹. Towarzystwo podjęło szereg różnych działań zmierzających do propagowania i wprowadzania do polskiej praktyki leczniczej idei opieki duchowej. Wypracowuje ono standardy dobrej praktyki w tym zakresie, zarówno na poziomie personelu medycznego, jak też specjalistów opieki duchowej (kapelanów i świeckich). Dąży do tego, aby w programach kształcenia lekarzy znalazły się zajęcia przygotowujące do udzielania chorym, poza wsparciem czysto medycznym, wsparcia duchowego. Wiązałoby się to z nabyciem, zwłaszcza w sferze komunikacji z chorym, umiejętności oceny jego potrzeb duchowych, które byłyby włączone do wywiadu lekarskiego¹³². Przygotowało ono profil zawodowy specjalisty opieki duchowej w medycynie (SODM) w Polsce, który byłby osobą odpowiedzialną za świadczenie opieki duchowej pacjentom opieki zdrowotnej, ich rodzinom i bliskim. Organizowałby on w danej jednostce zdrowotnej zespół opieki duchowej (ZOD), będąc następnie jego koordynatorem lub kierownikiem. W myśl proponowanych założeń ZOD zapewniałby opiekę duchową wszystkim pacjentom przebywającym w danej jednostce, ich rodzinom i bliskim, oraz ułatwiałby dostęp, w zależności od życzeń pacjenta, do opieki duszpasterskiej. SODM troszczyłby się też o zapewnienie duchowej i religijnej opieki pracowników medycznych i niemedycznych oraz wolontariuszy pracujących w danej jednostce. Członkowie ZOD mogliby czynnie uczestniczyć w pracy interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych, współpracując z lekarzami, pielęgniarkami i psychologami, pomagając zarazem w podejmowaniu decyzji etycznych. Specjalistą opieki duchowej, według propozycji PTODM, mógłby być kapelan, osoba konsekrowana lub osoba świecka, którzy ukończyliby podyplomowe studia z zakresu opieki duchowej w medycynie i otrzymywaliby stosowny certyfikat.

¹²⁹ Tamże.

¹³⁰ M. Krajnik, *Komentarz do artykułu M.Ch. Puchalski: Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym – niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta...*, dz. cyt., s. 122-123.

¹³¹ Tamże, s. 123.

¹³² Wywiad przeprowadzony przez ks. Wojciecha Bartoszkę z prof. UKM w Toruniu, Collegium w Bydgoszczy dr hab. n. med. Małgorzatą Krajnik, prezesem Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie *Sluchać, by usłyszeć*, <https://www.apchor.pl/temat/2017/04/10/Sluchac-by-uslyszec> (dostęp: 24.08.2022).

Z wielkim uznaniem należy odnieść się do organizowanych przez PTODM specjalnych webinarów dla kapelanów szpitalnych, organizowanych w ramach ogólnopolskiego programu „Bądź przy mnie – wsparcie społeczne i duchowe dla chorych hospitalizowanych z powodu COVID-19”. Wspomniany program, realizowany we współpracy z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Zespołem Konferencji Episkopatu Polski ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia oraz Polską Radą Ekumeniczną, jest odpowiedzią na cierpienie chorych, pozbawionych kontaktu z najbliższymi i niemogących skorzystać w czasie swojej hospitalizacji z opieki duchowej. Program składa się z dwóch części. Część pierwsza „Porozmawiaj ze mną” obejmuje wspieranie szpitali w zakresie umożliwienia wirtualnego kontaktu pacjenta z rodziną poprzez bezpłatne udostępnienie potrzebnego do tego sprzętu. Część druga „Podnieś mnie na duchu” polega na minimalizowaniu ograniczeń w zakresie dostępu chorych do opieki duchowej sprawowanej przez kapelanów. W ramach programu zorganizowano już 15 webinarów adresowanych do duszpasterzy służby zdrowia, kapelanów szpitalnych oraz wszystkich duchownych zainteresowanych tematem szeroko pojętej szpitalnej opieki duchowej¹³³. W trakcie ich trwania podjęto szereg zagadnień związanych z posługą wobec chorych, obejmujących między innymi kwestię opieki duchowej w szpitalu; pomocy osobom leczonym na oddziale intensywnej terapii, cierpiącym na depresję, demencję, choroby zakaźne, neurologiczne, pomocy osobom przebywającym na oddziałach położnictwa, ginekologii i korzystającym z pomocy hospicjum perinatalnego, kwestię rozmów z chorymi, którzy usłyszeli „niepomyślnie wiadomości”, roli kapelana we wsparciu rodzin osieroconych po śmierci chorego. Linki do webinarów są dostępne na stronie PTODW¹³⁴. Wydaje się, że dobrą rzeczą powinno być wydanie w formie drukowanej przedstawionych tam wystąpień celem ich szerokiej popularyzacji.

Cieszy fakt, że ciągle poszerza się wieloraka oferta szkoleniowa dla kapelanów szpitalnych i ich świeckich współpracowników. Trzeba dalej kontynuować ten kierunek działań, stale podnosząc jakość i poszerzając zakres tematyczny prowadzonych w ramach studiów podyplomowych i kursów szkoleń w poszczególnych diecezjach, jak i na poziomie ogólnopolskim. Księża biskupi poszczególnych diecezji oraz przełożeni zakonni powinni zadbać o to, aby wszyscy kapelani szpitalni mogli uczestniczyć w tego typu szkoleniach. Ich program powinien wychodzić naprzeciw występującym zapotrzebowaniom, obejmując wykłady specjalistyczne z różnych dyscyplin naukowych oraz propagujące różne metody i formy pracy w środowisku szpitalnym. Potrzebna jest także praca warsztatowa, jak też wymiana wzajemnych doświadczeń w grupach. Referaty wygłaszane w trakcie trwania tego typu spotkań oraz płynące z podejmowanych

¹³³ BGK, *Webinarium dla kapelanów szpitalnych z udziałem Prymasa Polski*, <https://www.ekai.pl/webinarium-dla-kapelanow-szpitalnych-z-udzialem-prymasa-polski/> (dostęp: 13.08.2022).

¹³⁴ <https://ptodm.org.pl/webinaria-kapelani>.

dyskusji wnioski i postulaty powinny następnie być zmieszczone na stronach internetowych oraz ukazywać się w formie książkowej. Sprawą wielkiej wagi wydaje się również stworzenie odpowiedniego periodyku, mającego także swoje wydanie internetowe, który stanowiłby płaszczyznę wymiany wzajemnych doświadczeń duszpasterzy i wiernych świeckich oddających się posłudze chorym. Tego typu wydawnictwo stanowiłoby źródło fachowej wiedzy dotyczącej zasad pracy wśród chorych.

Szukając adekwatnego do wyzwań czasów współczesnych sposobu funkcjonowania kapelanów zapewniających odpowiedź na potrzeby duchowe i religijne osób związanych ze środowiskiem szpitalnym, należy spojrzeć na sposób funkcjonowania szpitalnej opieki duszpasterskiej w krajach europejskich. Sposób organizacji tego duszpasterstwa w krajach Unii Europejskiej jest zróżnicowany. *Standardy Kapelaństwa w Ochronie Zdrowia* opracowane przez Europejską Sieć Kapelanów w Ochronie Zdrowia w 2002 roku podkreślają, że „posługa kapelańska w poszczególnych krajach europejskich jest zorganizowana na różne sposoby, determinowane przez administrację grup wyznaniowych, instytucje ochrony zdrowia, prawo regulujące system opieki zdrowotnej oraz działalność stowarzyszeń kapelanów”¹³⁵. Przywoływane *Standardy* zauważają, że „posługa kapelańska jest świadczona przez osoby duchowne i świeckie, które zostały odpowiednio przeszkolone”¹³⁶.

W większości krajów europejskich placówki ochrony zdrowia zatrudniają zawodowych kapelanów jako specjalistów od opieki duchowej, którzy stają się członkami interdyscyplinarnych terapeutycznych zespołów medycznych¹³⁷. W wielu szpitalach europejskich dobrze przygotowani kapelani zapewniają odpowiednią opieką duchową pacjentom, ich rodzinom oraz personelowi

¹³⁵ Cyt. za: A. Vandenhoeck, *Kapelani jako specjaliści od opieki duchowej nad pacjentami w Europie*, „Medycyna Praktyczna” 2017, nr 2, s. 119.

¹³⁶ Tamże.

¹³⁷ Przykładowo w Szpitalu Uniwersyteckim w Leuven w Belgii kapelan włączony do zespołu na prośbę ordynatora przygotował razem z pielęgniarką listę dotyczącą aspektów duchowości leczonych pacjentów, która jest dołączana do ich dokumentacji. Tego typu działania sprawiają, że opieka duchowa nad pacjentami staje się elementem pracy całego zespołu terapeutycznego, który całościowo podchodzi do procesu leczenia. Kapelan szpitalny rozmawia z każdym nowo przybyłym pacjentem o sprawach duchowych oraz uczy nowych członków zespołu, jak rozpoznawać potrzeby duchowe chorych. Z kolei w Szpitalu Read w Amsterdamie dwóch kapelanów świadczy opiekę duchową dla 120 pacjentów szpitala i 500 pacjentów z poradni przyszpitalnej. Prowadzą oni na oddziale dziennym indywidualne i grupowe zajęcia dla pacjentów, rozmawiając z nimi na tematy duchowe i o sensie życia oraz animując działania grupy medytacyjnej i biblijnej, zachęcając chorych do korzystania z duchowości, bez względu na to, jak ją rozumieją w procesie rehabilitacji i w sytuacji przewlekłej choroby. Z inicjatywy ordynatora kapelani prowadzą też wykłady dla lekarzy na temat potrzeb duchowych ich pacjentów. Zob. Tamże, s. 120.

medycznemu, potrafią radzić sobie z napięciami towarzyszącymi im w posłudze, biorą udział w pracach komisji etycznych, dając równocześnie świadectwo swojej wierze¹³⁸. Trzeba też podkreślić, że osoby, które mają pełnić posługę kapelana szpitalnego, są do niej profesjonalnie przygotowywane, a następnie zobowiązane do podnoszenia swoich kwalifikacji¹³⁹.

Chociaż organizacja i rozwój opieki duszpasterskiej w Europie są zróżnicowane, zależąc od uwarunkowań religijnych i kulturowych danego kraju, to jednak zauważa się tendencję w kierunku profesjonalizacji kapelaństwa¹⁴⁰. Zasadniczo w systemach prawnych krajów Unii Europejskiej wciąż dominuje pojmowanie istoty duszpasterstwa szpitalnego rozumianego jako zaspokojenie potrzeb religijnych pacjentów i personelu przez sprawowanie posług religijnych obejmujących kult i udzielanie sakramentów. Rozwija się także tendencja związana z kładzeniem coraz większego nacisku na udzielanie przez kapelanów wsparcia psychologicznego (duchowego), szczególnie w sytuacji choroby czy bliskości śmierci, co staje się przyczyną wzrostu liczby świeckich kapelanów szpitalnych¹⁴¹.

W kontekście przekształceń zachodzących w polskiej opiece zdrowotnej i służbie zdrowia konieczne wydaje się całościowe uregulowanie kwestii praw pacjentów do opieki duszpasterskiej, statusu kapelana szpitalnego i wymagań stawianym osobom pełniącym powyższe funkcje. Autorzy przywoływanego poradnika dla kapelanów służby zdrowia, zwracając uwagę na terapeutyczną rolę wobec pacjentów współpracy kapelanów i personelu medycznego, postulują „wypracowanie standardów posługi kapelanów w postaci statutu bądź wytycznych wydanych przez Ministerstwo Zdrowia, w oparciu o aktualną wiedzę medyczną i wymianę doświadczeń, przygotowanych przez specjalistów z zakresu medycyny, psychologii i nauk społecznych we współpracy z przedstawicielami wspólnot religijnych”¹⁴². Według nich „tego typu uregulowania ustawowe

¹³⁸ Tamże, s. 120.

¹³⁹ Aby zostać kapelanem szpitalnym w Belgii, należy ukończyć studia magisterskie na Wydziale Teologii i Religioznawstwa Katolickiego Uniwersytetu w Leuven, a także roczne studia podyplomowe z teologii ze specjalizacją z zakresie kapelaństwa. W czasie trwania specjalizacji odbywa się trzymiesięczny staż w szpitalu w celu zapoznania z kwestiami teoretycznymi, dotyczącymi między innymi specyfiki różnorodnych chorób, w tym psychicznych, etyką w opiece zdrowotnej, poradnictwem duszpasterskim. Kapelani pracujący w szpitalu muszą ciągle dbać o swoje doksztacanie, systematycznie uczestnicząc w szkoleniach oraz poddawać swoją pracę superwizji. Tamże, s. 119.

¹⁴⁰ Tamże, s. 118.

¹⁴¹ P. Stanisz, *Opieka duszpasterska w szpitalach publicznych państw Unii Europejskiej - zarys problematyki*, „Studia z Prawa Wyznaniowego” 2016, t. 19, s. 318-319.

¹⁴² Ł. Bernaciński, F. Furman, W. Przebierała (red.), *W służbie chorym i potrzebującym. Poradnik dla kapelanów służby zdrowia...*, dz. cyt., s. 16.

odnoszące się do posługi duszpasterskiej w placówkach leczniczych wymagają uszczegółowienia i doprecyzowania” odnośnie do praw i obowiązków kapelanów, co przyczyni się do „zniwelowania niepewności co do zakresu opieki duszpasterskiej, występującego zarówno po stronie kapelanów, jak i personelu medycznego”¹⁴³.

Postulując zmiany dotyczące kwestii całościowego uregulowania praw pacjenta odnośnie do opieki duszpasterskiej oraz sposobu funkcjonowania kapelana szpitalnego, należy także brać pod uwagę przywołane wcześniej standardy funkcjonowania kapelaństwa szpitalnego na Zachodzie Europy, gdzie coraz większą uwagę przywiązuje się do propagowania idei opieki duchowej. Trzeba podjąć poważne dyskusje nad omówionymi wcześniej propozycjami przygotowanymi przez PTODM. Wprowadzenie ich w życie wymagałoby przemodelowania sposobu funkcjonowania kapelanów w polskich szpitalach. Sprawą do dyskusji jest to, jak w perspektywie mogłaby ona wyglądać. Nie jest *dogmatem wiary*, że każdy kapelan musiałby zostać specjalistą opieki duchowej w medycynie. Jeżeli takim specjalistą w danym szpitalu zostałaby osoba świecka lub konsekrowana, to oczywiście współpracowałaby ona z kapelanem, który przy wsparciu całego zespołu mógłby się głównie skupić na posłudze sakramentalnej wobec chorych, gdzie nikt nie może go zastąpić¹⁴⁴. Z kolei kapłani, którzy ukończyliby specjalistyczne studia, byłiby specjalistami opieki duchowej w medycynie. Wprowadzenie na szerszą skalę idei opieki duchowej do polskich jednostek służby zdrowia zaowocowałoby holistycznym podejściem do każdego pacjenta. Należy mieć nadzieję, że w przyszłości będzie zmieniał się sposób leczenia pacjentów w polskich szpitalach na uwzględniający ich potrzeby duchowe, co wiązać się musi ze zmianą sposobu kształcenia kapelanów szpitalnych i współpracujących z nimi osób mających tworzyć zespoły duszpasterskie oraz interdyscyplinarne zespoły terapeutyczne.

Franciszek, przemawiając 3 VI 2022 roku do przedstawicieli włoskiej konfederacji służby zdrowia „Federsanita”, koordynującej działania władz lokalnych i służby zdrowia, zwrócił uwagę na konieczność zachowania trzech elementów mogących pomóc różnym instytucjom skuteczniej pełnić misję opieki nad chorymi: *bliskość*, *integralność* oraz *dobro wspólne*. Mówiąc o bliskości, papież podkreślił, że jeśli w ludziach, których spotykamy na oddziałach szpitalnych, w domach opieki czy w przychodniach, potrafimy dostrzec braci i siostry, to wtedy pełniona opieka staje się, związanym z przełamywaniem panującego dystansu, spotkaniem, towarzyszeniem i dzieleniem się. Integralność, przeciwstawiając

¹⁴³ Tamże.

¹⁴⁴ Tamże.

się kulturze odrzucenia, pomaga w całościowym *leczeniu osoby chorej*, w którym uwzględnia się nie tylko dane schorzenie, ale także kondycję psychiczną, społeczną, kulturową i duchową chorego. Wzorem takiego podejścia jest Jezus, który uzdrawiając, nie tylko usuwa chorobę fizyczną, ale także przywraca godność, włączając na nowo daną osobę do społeczeństwa. Z kolei spoglądanie na opiekę nad chorymi w kontekście dobra wspólnego prowadzi do działań związanych ze stworzeniem każdemu dostępu do bezpłatnej opieki zdrowotnej¹⁴⁵. Wydaje się, że powyższe wskazania papieża można traktować jako kierunek prowadzący do odnowy posługi kapelanów szpitalnych w Polsce. Doceniając to, co już zostało zrobione w tej dziedzinie, należy, dokonując ciągłej ewaluacji działań związanej z odniesieniem się do wskazań Magisterium i odczytanych „znaków czasu”, podążać wskazaną przez Franciszka w adhortacji *Ewangelium gaudium* „drogą nawrócenia pastoralnego i duszpasterstwa misyjnego, które nie może pozostawić rzeczy w takim stanie, w jakim są” (EG 25).

Bibliografia:

Bejda G., Lewko J., Kulak-Bejda A., *Postrzeżenie roli kapelana szpitalnego w zespole terapeutycznym*, „Medycyna Paliatywna” 2017, nr 9, s. 157–163.

Benedykt XVI, *Adhortacja apostolska Sacramentum caritatis o Eucharystii, źródle i szczycie życia i misji Kościoła* (Watykan, 22 II 2007), (skrót SC).

Benedykt XVI, *Orędzie na XVI Światowy Dzień Chorego „Eucharystia, Lourdes i duszpasterstwo chorych”* (Watykan 11 I 2008), w: J. Brusilo (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, t. 2, Wydawnictwo Biblos, Tarnów 2012, s. 412–414.

Benedykt XVI, *Orędzie na XVII Światowy Dzień Chorego „Życie ma wielką wartość, nawet kiedy jego piękno przysłania tajemnica cierpienia”* (Watykan, 2 II 2009), w: J. Brusilo (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Wydawnictwo Biblos, Tarnów 2012, s. 415–417.

Benedykt XVI, *Orędzie na XX Światowy Dzień Chorego „Wstań, idź, twoja wiara cię uzdrowiła” (Łk 17, 19)* (Watykan, 20 XI 2011), https://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/pl/messages/sick/documents/hf_ben-xvi_mes_20111120_world-day-of-the-sick-2012.html (dostęp: 7.07.2022).

¹⁴⁵ Franciszek, *Przemówienie do przedstawicieli włoskiej konfederacji służby zdrowia Federsanita „Opieka zdrowotna jest spotkaniem i dzieleniem się”* (Watykan, 3 VI 2022), <http://nowy.ekai.pl/szuflada/protected/203280/qq8b1zhh36vrqxm4/#IDWYFZBCRTESWR-KVFSU1XYVVS2SGU4SAI4FXKDJFHCRIOBXARIFUYF> (dostęp: 31.08.2022).

Benedykt XVI, *Przemówienie do uczestników międzynarodowej konferencji Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia i Chorych „Chrześcijańska nauka o cierpieniu”* (Watykan, 17 XI 2012), http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/benedykt_xvi/przemowienia/chorzy_17112012.html (dostęp: 25.08.2022).

BGK, *Webinarium dla kapelanów szpitalnych z udziałem Prymasa Polski*, <https://www.ekai.pl/webinarium-dla-kapelanow-szpitalnych-z-udzialem-prymasa-polski/> (dostęp: 13.08.2022).

Bernaciński Ł., Furman F., Przebierała W. (red.), *W służbie chorym i potrzebującym. Poradnik dla kapelanów służby zdrowia*, Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris, Warszawa 2021.

Binnebesel J., Krakowiak P., Krobicki M., Muszala A. (red.), *Ku szkole opieki duszpasterskiej św. Jana Bożego*, w: A. Muszala, J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki (red.), *Dolentium hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia*, Bonifratrzy, Kraków 2011, s. 28–54.

Konferencja Episkopatu Polski, *Dyrektorium duszpasterstwa służby liturgicznej*, Częstochowa 2008.

Franciszek, *Adhortacja apostolska Evangelii gaudium o głoszeniu Ewangelii we współczesnym świecie* (Watykan, 24 XI 2013), [skróć EG].

Franciszek, *Przemówienie podczas audiencji generalnej „Jezus dotyka ran człowieka”* (Watykan, 26 II 2014), „L'Osservatore Romano” 2014, nr 3–4, s. 46–47.

Franciszek, *Orędzie na XXIII Światowy Dzień Chorego „Być oczami niewidomego i nogami chorego”* (Watykan, 3 XII 2014), „L'Osservatore Romano” 2015, nr 1, s. 4–5.

Franciszek, *Orędzie na XXX Światowy Dzień Chorego „Bądźcie miłośnikami, jak Ojciec wasz jest miłosierny”* (Łk 6, 36). *Trwając na drodze miłosierdzia przy tych, którzy cierpią* (Watykan, 10 XII 2021), „L'Osservatore Romano” 2022, nr 2, s. 4–6.

Franciszek, *Przemówienie do przedstawicieli włoskiej konfederacji służby zdrowia Federsanita „Opieka zdrowotna jest spotkaniem i dzieleniem się”* (Watykan, 3 VI 2022), <http://nowy.ekai.pl/szuflada/protected/203280/qq8b1zhh36vrqxm4/#IDWYFZBCRTESWRKVFSU1XYVVS2SGU4SA-I4FXKDJFHCRIOBXARIFUYF> (dostęp: 31.08.2022).

Gromek M., *Podczas pandemii kapelan byli często jedynymi osobami, z którymi chorzy mogli porozmawiać*, <https://www.gosc.pl/doc/7352072.Podczas-pandemii-kapelan-byli-czesto-jedynymi-osobami-z> (dostęp: 29.08.2022).

GUS, *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2021*, Warszawa 2021.

Jan Paweł II, *Orędzie na XIV Światowy Dzień Środków Społecznego Przekazu „Rodzina wobec środków społecznego przekazu”* (Watykan, 1 V 1980), <http://www.paulus.org.pl/253,14-sdssp-jan-pawel-ii-1980> (dostęp: 25.08.2022).

Jan Paweł II, *List apostolski motu proprio „Dolentium Hominum” ustanawiające Papieską Komisję Duszpasterstwa Pracowników Służby Zdrowia* (Watykan, 11 II 1985), w: K. Szczygieł (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Wydawnictwo Biblos, Tarnów 1998, s. 170–173.

Jan Paweł II, *Homilia wygłoszona podczas mszy św. z udziałem chorych i niepełnosprawnych* (Wellington, 23 XI 1986), w: J. Poniewierski (red.), *Ewangelia cierpienia*, Wydawnictwo Znak, Kraków 1997, s. 125–130.

Jan Paweł II, *Adhortacja apostolska Christifideles laici o powołaniu i misji świeckich w Kościele i w świecie* (Watykan, 30 XII 1988), [skrót ChL].

Jan Paweł II, *Przemówienie podczas spotkania z członkami Penitencjarii Apostolskiej „Posługa kapłańska w sakramencie pojednania”* (Watykan, 27 III 1993), „L’Osservatore Romano” 1993, nr 5–6, s. 44–45.

Jan Paweł II, *Adhortacja apostolska Reconciliatio et paenitentia o pojednaniu i pokucie w dzisiejszym posłannictwie Kościoła* (Watykan, 2 XII 1994), [skrót RP].

Jan Paweł II, *Orędzie na III Światowy Dzień Chorego „Nasza cywilizacja jest chora na szerzący się egoizm”* (Watykan, 21 XI 1994), w: J. Brusilo (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Wydawnictwo Biblos, Tarnów 2012, s. 364–366.

Jan Paweł II, *Orędzie na IV Światowy Dzień Chorego „Maryja – uzdrowienie chorych”* (Watykan, 11 XI 1995), w: J. Brusilo (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Wydawnictwo Biblos, Tarnów 2012, s. 367–369.

Jan Paweł II, *Orędzie na VI Światowy Dzień Chorego „Nadzieja nadaje nowy sens”* (Watykan, 29 VI 1998), w: J. Brusilo (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Wydawnictwo Biblos, Tarnów 2012, s. 374–378.

Jan Paweł II, *List apostolski o świętowaniu niedzieli Dies Domini* (Watykan, 31 V 1998), [skrót DD].

Jan Paweł II, *Orędzie na IX Światowy Dzień Chorego „Nowa ewangelizacja a godność człowieka cierpiącego”* (Watykan, 22 VIII 2000), w: J. Brusilo (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Wydawnictwo Biblos, Tarnów 2012, s. 390–393.

Jan Paweł II, *Adhortacja apostolska Ecclesia in Europa* (Watykan, 28 VI 2003), [skrót EinE].

Janowicz A., Krakowiak P., Krobicki M., *Zespołowa opieka duszpasterska jako forma opieki duchowej w ochronie zdrowia i pomocy społecznej*, <https://repozytorium.umk.pl/bitstream/handle/item/3097/Zespolowa%20opieka%20duszpasterska%20jako%20forma%20opieki%20duchowej....pdf> (dostęp: 24.08.2022).

Kamiński R., *Metody teologii pastoralnej*, w: R. Kamiński (red.), *Teologia pastoralna fundamentalna*, Wydawnictwo Atla, Lublin 2000, s. 21–26.

Karpieszuk W., *Kapelan droższy od pielęgniarki*, <https://www.pressreader.com/poland/gazeta-wyborcza-regionalna-stoleczna/20201208/281479278992429> (dostęp: 27.08.2022).

Karpiński J., *Kapelan w szpitalu ma etat i nierzadko zarabia więcej niż młody lekarz. Mają składki, stałą pensję i pewną pracę*, <https://natemat.pl/220267,kapelani-w-szpitalach-zarabiaja-czesto-wiecej-niz-mlodzi-lekarze-i-nie-odpowiadaja-za-zdrowie-pacjentow> (dostęp: 27.08.2022).

Katechizm Kościoła katolickiego, Watykan 1992, [skrót KKK].

Klimasiński M., Theda J., Cofta S., Springer D., Wieczorowska-Tobis K., *Opieka duchowa w medycynie: duchowość a postrzeganie choroby, radzenie sobie z cierpieniem – ankietowe badanie ilościowe na polskiej populacji dorosłych chorych przewlekle*, „Sztuka Leczenia” 2020, nr 1, s. 9–18.

Krajnik M., *Komentarz do artykułu M.Ch. Puchalski: Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym - niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta*, „Medycyna Praktyczna” 2016, nr 5, s. 122–123.

Kodeks etyki lekarskiej, https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf (dostęp: 25.08.2022).

Kodeks prawa kanonicznego, Pallottinum, Poznań 2022, [skrót KPK].

Kodeks zawodowy pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, <https://nipip.pl/prawo/samorządowe/krajowy-zjazd-pielęgniarek-i-polożnych//kodeks-etyki-zawodowej-pielęgniarki-i-polożnej-rzeczypospolitej-polskiej/> (dostęp: 25.08.2022).

Konferencja Episkopatu Polski, *Droga formacji presbiterów w Polsce. Ratio institutionis sacerdototalis pro Polonia*, Wydawnictwo św. Wojciech, Poznań 2021.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. nr 78, poz. 483, z późn. zm.).

Klimasiński M., Płocka M., Neumann-Klimasińska N., *Czy lekarze powinni udzielać wsparcia duchowego swoim pacjentom - przegląd badań*, „Medycyna Praktyczna” 2017, nr 3, s. 128–133.

Klimek P., Rasztański L. (red.), „*A kimże jest człowiek? (Ps 8, 5)*. Księga pamiątkowa dla uczczenia 75. rocznicy urodzin ks. Abpa Henryka Hosera SAC Biskupa Warszawsko-Praskiego, Wyższe Seminarium Duchowne Diecezji Warszawsko-Praskiej, Warszawa 2017, s. 169–206.

Krakowiak P., Dutkiewicz E. (red.), *Duszpasterstwo służby zdrowia w Polsce i na świecie: osiągnięcia i wyzwania*, Makmed, Gdańsk 1999.

Krakowiak P., *Zmiany w opiece duszpasterskiej w Polsce. Edukacyjne inspiracje z opieki paliatywno-hospicyjnej i narzędzia do badania potrzeb duchowych*, „Warszawskie Studia Pastoralne” 2015, nr 1, s. 43–58.

Nowicka W., *Trzeba wreszcie uregulować kwestie dotyczące szpitalnych kapelanów!*, <https://wandanowicka.pl/2020/12/07/trzeba-wreszcie-uregulowac-kwestie-dotyczace-szpitalnych-kapelanow/> (dostęp: 27.08.2022).

Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Świeccy w świecie cierpienia i zdrowia*, Watykan 1987.

Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia*, Watykan 1990.

Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby, *Nowa karta pracowników służby zdrowia*, Księgarnia św. Jacka, Katowice 2017.

Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie, *Co to jest duchowość*, <http://ptodm.org.pl/ptodm/171384,co-to-jest-duchowosc> (dostęp: 30.08.2022).

Puchalski M.Ch., *Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym – niezbędny element opieki zorientowanej n pacjenta*, „Medycyna Praktyczna” 2016, nr 5, s. 116–124.

Ryś G., *W poszukiwaniu przyszłych kapelanów szpitalnych. Formacja w polskich seminariach duchownych – rekonesans*, w: K. Močko (red.), *Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorych. Zapis konferencji Łagiewniki, 14 marca 2009 roku*, Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, s. 95–99.

Sakramenty chorych. Obrzędy i duszpasterstwo, Księgarnia św. Jacka, Katowice 2021 [skrót SCH].

II Sobór Watykański, *Konstytucja duszpasterska Gaudium et spes o Kościele* (Watykan, 7 XII 1965), [skrót KDK].

II Sobór Watykański, *Konstytucja Sacrosanctum concilium o liturgii świętej* (Watykan, 4 XII 1963), [skrót KL].

II Sobór Watykański, *Dekret Ad gentes divinitus o misyjnej działalności Kościoła* (Watykan, 7 XII 1965), [skrót DM].

II Sobór Watykański, *Dekret Presbyterorum ordinis o posłudze i życiu prezbiterów* (Watykan, 7 XII 1965), [skrót DP].

II Sobór Watykański, *Dekret Inter mirifica o środkach społecznego przekazu* (Watykan, 4 XII 1963), [skrót DSP].

Stanisz P., *Opieka duszpasterska w szpitalach publicznych państw Unii Europejskiej – zarys problematyki*, „Studia z Prawa Wyznaniowego” 2016, t. 19, s. 307–331.

Statut Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie, <http://ptodm.org.pl/o-ptodm/153685,status-ptodm> (dostęp: 29.08.2022).

Szkoła Opieki Duszpasterskiej św. Jana Bożego, <https://bonifratrzy.pl/szkola-opieki-duszpasterskiej> (dostęp: 13.08.2022).

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. nr 52, poz. 417, z późn. zm.

Wydział Studiów nad Rodziną UKSW, *Kurs Kontakt z chorym i jego rodziną*, <https://wsr.uksw.edu.pl/node/1244> (dostęp: 13.08.2022).

Wywiad przeprowadzony przez ks. Wojciecha Bartoszkę z prof. UKM w Toruniu, Collegium w Bydgoszczy dr. hab. n. med. Małgorzatą Krajnik, prezesem Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie *Śłuchać, by usłyszeć*, <https://www.apchor.pl/temat/2017/04/10/Sluchac-by-uslyszec> (dostęp: 24.08.2022).

Vandenhoeck A., *Kapelani jako specjaliści od opieki duchowej nad pacjentami w Europie*, „Medycyna Praktyczna” 2017, nr 2, s. 118–125.

Zakon Szpitalny św. Jana Bożego, Komisja Generalna ds. Duszpasterstwa, *Duszpasterstwo w stylu św. Jana Bożego*, Rzym 2012.

Streszczenie

WOKÓŁ DUSZPASTERSKIEJ POSŁUGI KAPELANÓW SZPITALNYCH W POLSCE

Jan Paweł w adhortacji *Ecclesia in Europa*, zwracając uwagę na konieczność poświęcenia odpowiedniej uwagi duszpasterstwu chorych, apelował o obecność w szpitalach kapelanów, podkreślając, że mają oni nie tylko wspierać pacjentów, ale także ich rodziny oraz personel medyczny i paramedyczny (EinE 88). Benedykt XVI, przemawiając w 2012 roku do uczestników międzynarodowej konferencji zorganizowanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Zdrowia *Szpital miejscem ewangelizacji - misja duchowa i ludzka*, podkreślał, że nigdy nie można zapomnieć o trosce

o godność osób cierpiących, apelując zarazem, aby traktować szpitale jako *uprzywilejowane miejsca*.

Autor artykułu, wpisując się w nurt nauczania ostatnich papieży, od lata szuka odpowiedzi na pytania dotyczące sposobu realizacji w polskich szpitalach misji kapelanów, którzy naśladując Miłosiernego Samarytanina, mają *zatrzymać się przy chorym, wzruszyć jego losem i podjąć konkretne działanie* (zob. Łk 10, 30-37). Autor prowadził w latach 1998, 2014 oraz 2021 badania empiryczne wśród kapelanów szpitalnych w Polsce, pokazując, na ile prowadzona przez nich posługa towarzyszenia chorym, ich rodzinom i personelowi medycznemu odpowiada ich potrzebom oraz wskazaniom Magisterium.

Refleksja autora została przeprowadzona w trzech punktach. Najpierw przedstawił on teologiczno-prawne podstawy posługi kapelanów w szpitalach (1). Następnie ukazał wybrane wyniki swoich wieloletnich badań, ukazując zachodzące tendencje (2). Ostatnia część rozważań zawierała wnioski i postulaty pastoralne (3).

Słowa kluczowe: kapelani szpitalni, duszpasterstwo w szpitalu, chory, rodziny chorych, personel medyczny, opieka duchowa

Summary

PASTORAL MINISTRY HOSPITAL CHAPLAINS IN POLAND

In his 2003 exhortation *Ecclesia in Europa*, John Paul addressed the need for appropriate attention to the pastoral care of the sick and called for the presence of chaplains in hospitals, stressing that they are not only to support patients, but also their families and medical and paramedical personnel (EinE 88). In 2012, Benedict XVI addressed participants at an international conference held by the Pontifical Council for Health Pastoral Care, *The Hospital, a Place of Evangelisation: a Human and Spiritual Mission* and appealed to care for the dignity of the suffering, while at the same time calling for hospitals to be treated as *privileged [places] in evangelising*. Pope Francis, in turn, wrote in his message for the 22nd World Day of the Sick 2014 that the time spent at the bedside of the sick is holy time.

The author of this paper follows in the footsteps of the teaching of recent popes and seeks an answer about the way in which the mission of chaplains is implemented in Polish hospitals, who, following the example of the Merciful Samaritan, are expected to stop by the sick, feel compassion and take tangible actions (see Lk 10:30-37). He conducted empirical research among hospital chaplains in Poland in 1998, 2014 and 2021, with the aim of showing how their ministry of accompaniment to the sick, families and medical personnel corresponds to the indications of the Magisterium and current needs.

The author reflects upon this in three sections. First, he presented the theological and legal basis for the ministry of chaplains in hospitals (1). He then showed selected findings from his many years' research, demonstrating the trends that are taking place (2). The final part of the discussion contains conclusions and pastoral proposals (3).

Keywords: hospital chaplains, hospital pastoral care, patients, families of the sick, medical personnel, spiritual care

Nota o Autorze

Tomasz Wielebski, prezbiter diecezji warszawsko-praskiej (święcenia 1990 r.), dr hab. profesor Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Dyrektor Instytutu Nauk Teologicznych UKSW, przewodniczący Stowarzyszenia Pastoralistów Polskich, konsultor Komisji Duszpasterstwa Konferencji Episkopatu Polski i Zespołu KEP ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Redaktor naczelny „Warszawskich Studiów Pastoralnych”. Obszary badań: świętowanie niedzieli, duszpasterstwo chorych i hospicyjne, współpraca teologii pastoralnej z naukami pozateologicznymi (szczególnie socjologia).