

Opieka duchowa na oddziale intensywnej terapii

Maciej W. Klimasiński

*Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Miejski im. F. Raszei w Poznaniu, Polska
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia w Poznaniu, Polska
Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Polska*

Streszczenie

Praca ma na celu opisanie realnych możliwości stosowania opieki duchowej na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii (OAIiT) w Polsce. Pacjenci chorzy krytycznie oraz ich rodziny, stając w obliczu cierpienia i śmierci, potrzebują źródła pocieszenia i nadziei. Opieka duchowa ma na celu przyniesienie im ulgi poprzez odpowiedź na ich potrzeby duchowe. Przegląd piśmiennictwa naukowego wskazuje na pozytywne efekty stosowania opieki duchowej na OAIiT. Poprawia ona jakość życia chorych, satysfakcję z opieki medycznej, a nawet zapobiega wystąpieniu lub łagodzi negatywne psychiczne następstwa hospitalizacji. Działa korzystnie również na pracowników OAIiT: na ich motywację, wydajność pracy, samopoczucie, zmniejsza ryzyko wypalenia zawodowego. Podstawowa opieka duchowa możliwa do stosowania na co dzień przez każdego lekarza OAIiT to nic innego niż sposób zachowania się wobec pacjenta: dostrzeżenie w nim osoby, która ma swoją godność, historię, osobowość, przekonania, obawy i nadzieje. Jeżeli stres związany z chorobą doprowadził do kryzysu egzystencjalnego – personel OAIiT może poprosić o konsultację kapelana szpitalnego. Lekarz może udzielić przytomnemu choremu wsparcia poprzez nawiązanie z nim relacji: okazać zainteresowanie, współczucie i troskę. Niektórzy badacze postulują, aby zadawać pytanie o kwestie duchowe każdemu przyjętemu pacjentowi. Jeżeli wiara jest dla chorego czymś ważnym, to należy umożliwiać mu korzystanie z zasobów religijnych, co wymaga współpracy z kapłanem szpitalnym. W artykule omówiono sposób działania duszpasterstwa szpitalnego w Polsce i na świecie. Opisano także sposób kształcenia kapłanów za granicą oraz zakres ich zadań i wykonywanych czynności.

Słowa kluczowe: intensive care, spirituality, critical care, religion, religiosity, spiritual care.

Anestezjologia Intensywna Terapia 2021;
53, 4: 350–357

Otrzymano: 16.07.2020,
zaakceptowano: 03.05.2021

ADRES DO KORESPONDENCJI:

Maciej Wiktor Klimasiński, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Miejski im. F. Raszei w Poznaniu, Poland, e-mail: klimasinski@gmail.com

Pacjenci hospitalizowani na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii (OAIiT) oprócz fizycznych objawów choroby krytycznej doświadczają także wielu przykrych doznań ze sfery psycho-społeczno-duchowej: niepokoju, samotności, bezsilności, lęku przed śmiercią lub trwałą niepełnosprawnością [1]. Dotyczy to także ich rodzin, które cierpią, patrząc na bliskie osoby znajdujące się w ciężkim stanie. Wielu pacjentom w takich sytuacjach nawiązana relacja z personelem medycznym zapewnia pocieszenie i nadzieję. Ponadto, niektórym osobom perspektywa duchowa (transcendentna, wykraczająca poza widzialny świat) umożliwia nadanie sensu trudnemu doświadczeniu choroby [2]. W ostatnich latach wzrosło zainteresowanie tematem duchowości w medycynie. Tak zwana opieka duchowa stała się uznanym elementem wysokiej jakości intensywnej terapii [1, 3–5]. Dostępne są nawet wytyczne dotyczące wsparcia duchowo-religijnego na OAIiT przygotowane przez *American College of Critical Care Medicine (ACCM)* (tab. 1) [6]. Celem niniejszej pracy jest opisanie realnych możli-

wości stosowania opieki duchowej na OAIiT w Polsce. W tym celu dokonano niesystematycznego przeglądu

TABELA 1. Wytyczne praktyki klinicznej dotyczące wsparcia duchowo-religijnego (źródło [6])

Duchowe potrzeby pacjenta są oceniane przez zespół leczący. W planie opieki zostają uwzględnione ustalenia, które wpływają na zdrowie i terapię.
Pielęgniarki i lekarze przechodzą szkolenie w zakresie zagadnień duchowych i religijnych, aby mogli właściwie ocenić potrzeby pacjentów i wykorzystać wyniki podczas świadczenia opieki.
Lekarze dokonują przeglądu raportów sporządzonych przez członków zespołu pomocniczego, takich jak kapelani, pracownicy socjalni i pielęgniarki, aby zintegrować ich perspektywę w opiece nad pacjentem. Kapelani i pracownicy socjalni są wyszkoleni w zakresie problemów duchowych i mogą zapewnić cenny wgląd w stan pacjenta.
Jeśli pacjent poprosi, aby osoba świadcząca opiekę zdrowotną modliła się z nim, a pracownik opieki zdrowotnej wyraża na to zgodę i czuje się z tym komfortowo, może spełnić tę prośbę i traktować to jako część spektrum całościowej intensywnej opieki.

du piśmiennictwa naukowego pod kątem potrzeb duchowych pacjentów i personelu OAIiT, podstawowych założeń opieki duchowej, zasad prowadzenia rozmowy o duchowości, idei zespołu opieki duszpasterskiej oraz współpracy z kapłanem.

CZYM DOKŁADNIE JEST OPIEKA DUCHOWA?

Opieka duchowa polega na rozpoznawaniu i odpowiadaniu na „potrzeby duchowe” pacjentów, takie jak: poszukiwanie pokoju wewnętrznego, sensu życia, sensu cierpienia, nadziei, kontaktu z Bogiem czy „wyższą siłą” [4, 7]. W tym celu niektórym chorym należy zapewnić możliwość korzystania z modlitwy, rytuałów, sakramentów oraz innych zasobów religijnych, co wymaga współpracy z kapłanem szpitalnym (opieka typowo religijna). Jednocześnie personel medyczny może reagować na te potrzeby poza kontekstem religijnym: poprzez zapewnienie pacjentom szacunku i troski (opieka ogólnoduchowa). Takie traktowanie szczególnie należy się chorym, którzy nie są w stanie nawiązać kontaktu z otoczeniem. Nie istnieje żadna metoda diagnostyczna, która potrafiłaby wykazać, że tacy pacjenci nie prowadzą „życia wewnętrznego”, nie doświadczają przykrych uczuć. W takim, wręcz niewyobrażalnie wrażliwym stanie, ludzie najbardziej potrzebują współczucia [8]. Jest to szczególnie ważne w czasie obecnej pandemii, kiedy ograniczone są odwiedziny rodzin na OAIiT, przez co pacjenci spędzają więcej czasu bez bliskich u boku. Z tego powodu Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie wdrożyło program „Bądź przy mnie – wsparcie społeczne i duchowe dla chorych hospitalizowanych z powodu COVID-19” [9].

POTRZEBY DUCHOWE PACJENTÓW OAIiT

Dostępne są tylko pojedyncze doniesienia na temat wpływu duchowości na doświadczenie pobytu na OAIiT. Hupcey [10] przeprowadziła badanie jakościowe wśród 45 chorych, których stan ustabilizował się po okresie krytycznym. Ich poczucie bezpieczeństwa zależało nie tylko od sposobu traktowania przez personel oraz bliskich, lecz także od własnych przekonań religijnych. Aslakson i wsp. [11] ankietowali 81 pacjentów OAIiT, z których aż 88,5% odpowiedziało, że uznają swoją duchowość/religijność za ważne wsparcie w radzeniu sobie w kryzysie. Piderman i wsp. [12] zapytali 190 chorych hospitalizowanych na OAIiT, czy chcieliby, aby odwiedził ich kapłan szpitalny, a jeśli tak, to dlaczego. Aż 77% z nich odpowiedziało twierdząco oraz podało następujące powody: potrzebę przypomnienia sobie o bożej opiece oraz potrzebę rozmowy z drugim człowiekiem. Berning i wsp. [13] badali pacjentów poddanych wentylacji mechanicznej, którzy podczas pobytu na OAIiT porozumiewali się z kapłanem szpitalnym za pomocą tablicy zawierającej piktogramy. Wykazali, że 81% z nich po spo-

tkaniu z kapłanem czuła się bardziej zdolna do radzenia sobie z hospitalizacją oraz w większym stopniu odczuwała spokój wewnętrzny. Duffy i wsp. [14] także oceniali chorych poddanych wentylacji mechanicznej, którzy nie mieli zaburzeń poznawczych. Posłużyli się urządzeniem śledzącym ruch oczu, które odczytywało na głos słowa, na które pacjent kierował wzrok. Najpierw uzyskiwane były informacje na temat podstawowych potrzeb: bólu, zalegania wydzieliny w drogach oddechowych, temperatury pomieszczenia i pozycji w łóżku. Następnie chorzy mieli możliwość przekazania dowolnego komunikatu. Badani wymienili wtedy m.in. potrzebę modlitwy i wizyty kapłana.

OPINIE PERSONELU OAIiT NA TEMAT OPIEKI DUCHOWEJ

Willemse i wsp. [15] przyglądali się pracującym na OAIiT lekarzom, pielęgniarkom oraz kapłanom szpitalnym. Przeprowadzono wywiady łącznie z 487 osobami pracującymi w 85 różnych szpitalach. Ponad 2/3 widziało pozytywne efekty opieki duchowej skierowanej do chorych i ich rodzin, takie jak: poprawa samopoczucia, umożliwienie wyrażania emocji oraz zwiększona satysfakcja z opieki. Większość respondentów oświadczyła również, że należałoby zwiększyć współpracę interdyscyplinarną, aby polepszyć sprawowanie opieki duchowej. McSherry i Jamieson [16] ankietowali w Wielkiej Brytanii ponad 4 tysiące osób będących członkami *Royal College of Nursing*, natomiast Noome i wsp. (Holandia) [17] oraz Bone i wsp. (Kanada) [18] przeprowadzili wywiady z pielęgniarkami pracującymi na OAIiT. Wysunięto poniższe wnioski na temat opieki duchowej: 1) dbanie o duchowe potrzeby chorych poprawia ogólną jakość opieki, 2) często brakuje czasu na wsparcie umierających pacjentów i ich rodzin, 3) kapłan jest kluczową postacią we wsparciu duchowym, do niego należy kierować chorych, którzy tego wymagają, 4) potrzebne jest większe zaangażowanie ze strony organów zarządzających, aby umożliwić skuteczne zaspokojenie potrzeb duchowych pacjentów, 5) brakuje specyficznych rekomendacji na temat odmienności kulturowych i religijnych.

Inaczej wygląda sytuacja w krajach muzułmańskich. Bakir i wsp. [19] podczas ankietowania pielęgniarek pracujących na OAIiT w Turcji odnotowali, że 44,8% z nich otrzymało edukację w zakresie opieki duchowej, a 64,1% takiej opieki udziela chorym na co dzień. Abu-El-Noor [20] badał opinie personelu pielęgniarskiego OAIiT w Palestynie. Większość wiązała ideę opieki duchowej z religią, ale uznawała także, że jej elementami są: troska, bycie w pełni obecnym, okazywanie szacunku, miłości oraz wspieranie poszukiwania sensu życia. Pielęgniarki stosowały zarówno rozmowę, jak i baczną obserwację, aby zidentyfikować potrzeby duchowe

pacjentów. Wyznacznikami tego, czy dany pacjent będzie potrzebował opieki duchowej, były dla nich długość pobytu w szpitalu, diagnoza i stan ogólny. Stosowano takie interwencje religijne, jak: 1) modlitwa za pacjentów, 2) pomoc w przygotowaniu się do modlitwy (np. zwracanie łóżka w stronę Mekki), 3) wspólne czytanie wersetów Koranu, 4) odtwarzanie nagrań przy osobach nieprzytomnych. Pielęgniarki podejmowały również pozareligijne interwencje duchowe: 1) towarzyszenie chorym w ciężkim stanie, 2) cierpliwe słuchanie lub mówienie do nieprzytomnych, 3) trzymanie za rękę, 4) zezwolenie na dłuższe odwiedzić rodzin (nawet w nocy) [20].

DUCHOWOŚĆ PERSONELU OAIIT

Lekarze i pielęgniarki pracują na OIT pod presją związaną z dynamicznie zmieniającym się stanem pacjentów, koniecznością obsługi zaawansowanych technologii medycznych oraz odpowiedzialnością prawną za ewentualne błędy [21, 22]. Te i inne czynniki mogą skłaniać ich do nabierania pewnego dystansu emocjonalnego do chorych i ich rodzin, poświęcania coraz mniejszej ilości czasu na rozmowę z nimi. Mogą także prowadzić do obniżenia satysfakcji z pracy i wystąpienia zespołu wypalenia zawodowego [23, 24]. Wykazano, że zaangażowanie w życie duchowe może zmniejszać ryzyko wystąpienia tego zespołu, ponieważ wpływa pozytywnie na motywację, wydajność pracy i samopoczucie profesjonalistów medycznych [1, 4, 25, 26]. Okazywanie wsparcia duchowego jest dla personelu szansą na ukazanie swojej ludzkiej strony oraz nawiązania satysfakcjonującej relacji z pacjentem [27–29].

WSPARCIE DUCHOWE RODZINY

W sposób naturalny podstawowego wsparcia duchowego udzielają choremu jego bliscy poprzez towarzyszenie, dotyk, rozmowę. Nawet tym pacjentom, którzy nie są zdolni do kontaktowania się z otoczeniem, szepczą słowa otuchy, zapewniają o łączących ich uczuciach. Wierzącym pacjentom przynoszą ulubione ikony i książki religijne, modlą się przy ich łóżku. Na OAIIT, szczególnie w okresie pandemii, sytuacja ta ulega niejako odwróceniu. Z uwagi na wymogi sanitarne kontakt z osobą bliską jest znacznie ograniczony, a zatem rolę towarzysza pacjenta przejmuje personel. Z drugiej strony, sami członkowie rodziny przeżywają kryzys i tworzą razem z chorym jednostkę (tzw. pacjenta zbiorowego) wymagającą opieki i wsparcia. Dostępne jest bogate piśmiennictwo dotyczące opieki duchowej nad rodziną pacjenta OAIIT, którego przegląd wykracza poza ramy tego artykułu.

PODSTAWOWE WSPARCIE DUCHOWE PACJENTA OAIIT

Lekarz pracujący na OAIIT, który chce wspierać duchowo swoich pacjentów, nie musi podejmo-

wać dodatkowych obowiązków. Może stosować opiekę ogólnoduchową poprzez patrzenie na swojego chorego w sposób holistyczny, dostrzeganie w nim osoby, która ma swoją historię, tożsamość, godność, przekonania i pragnienia [1]. Ma to szczególne znaczenie w przypadku, gdy pacjent lub jego rodzina odrzucają zalecenia lekarza z powodów religijnych. Zamiast uprzączego namawiania lekarz może spróbować dostrzec, jak dużą wagę dla tego człowieka ma wiara. Wysłuchanie poglądów duchowych może doprowadzić do zwiększenia zaufania do lekarza i dzięki temu do znalezienia wspólnej płaszczyzny działania [4]. Podobnie personel pielęgniarski poprzez proste czynności może okazać choremu szacunek i zrozumienie. Taki przykład opisała w 2015 r. Abuatiq [30]. Przytomna pacjentka przyjęta na OAIIT z neutropenią i zakażeniem odczuwała duży niepokój. Pielęgniarka, wiedząc, że ma do czynienia z osobą wierzącą, zapytała, czy chciałaby otrzymać książeczkę z modlitwami. Chora wolała słuchać transmisji nabożeństwa w telewizji. Pielęgniarka umożliwiła odnalezienie odpowiedniego programu, co doprowadziło do zmniejszenia niepokoju [30].

Znaczna część pacjentów przebywających na OAIIT jest nieprzytomna lub ma zaburzenia świadomości. Jednak wielu z tych, którzy zostali wybudzeni z sedacji, pamięta fragmenty rozmów prowadzonych przy ich łóżku. Zatem w zakresie podstawowej opieki duchowej wchodzi odpowiednie zachowanie się podczas każdej czynności wykonywanej przy chorych, również powstrzymywanie się od wypowiedziania negatywnych komentarzy na temat ich objawów. Ponadto można nawet wykorzystać ich zmysł słuchu, aby odpowiedzieć na ich potrzeby duchowe, np. odtwarzać w ciągu dnia relaksującą muzykę [30]. Rodzina chorego może być pomocna jako źródło wiedzy w takim przypadku, np. podpowiedzieć, której stacji radiowej pacjent lubił słuchać. Yadaq i wsp. (Arabia Saudyjska) stosowali recytowanie wersetów Koranu, aby ułatwić religijnym pacjentom odzwyczajenie od respiratora [31].

PYTANIE O DUCHOWOŚĆ

Wielu badaczy podkreśla rolę dialogu z chorymi na temat ich przekonań duchowych [32–35]. Oprócz obserwacji zalecają również aktywnie pytanie o kwestie duchowe. Postulują, aby nie czekać na przypadkowe pojawienie się tematu wiary w rozmowie. Proponują nawet, aby zadawać takie pytanie każdemu pacjentowi już podczas przyjęcia do szpitala lub na początku pobytu na OAIIT. Pacjenci zazwyczaj nie czują się urażeni, gdy zadaje się im takie pytanie w życzliwy sposób [36], np.: „Dla niektórych osób religia lub duchowość jest źródłem pocieszenia i sensu życia, czy tak jest i w Pana/Pani przypadku?”.

Jeżeli dla pacjenta religia jest czymś wartościowym i pomaga mu w radzeniu sobie z trudnościami, pracownik medyczny może go wspierać w korzystaniu z niej. Natomiast jeżeli chory wyraźnie daje do zrozumienia, że zмага się w poszukiwaniu sensu życia w obliczu ciężkiej choroby, lekarz może ułatwić mu spotkanie z członkiem zespołu duszpasterskiego [33]. Osobiste przekonania lekarza skonfrontowane z duchowością chorego pozwalają zorganizować pomoc w taki sposób, by nie pojawiało się ryzyko nadużyć zawodowych [33].

ROZMOWA O DUCHOWOŚCI

Gordon i wsp. [32] dokonali przeglądu literatury pod kątem rzeczywistego stosowania się do wspomnianych wyżej wytycznych ACCM dotyczących wsparcia duchowo-religijnego na OAIIT. Okazało się, że po 10 latach od ich wprowadzenia potrzeby duchowe chorych oceniane są przez lekarzy bardzo rzadko. Przygotowanie do prowadzenia rozmów na temat duchowości z pewnością wymaga specjalnego szkolenia. Przekonań na temat sensu życia, istnienia „wyższej siły”, sensu cierpienia oraz ewentualnego życia po śmierci jest tak wiele, jak mnogie są różne kultury i religie, a nawet interpretacje poszczególnych jednostek. Lekarz nie jest w stanie ich wszystkich znać, ale powinien wiedzieć, że wiara istotnie wpływa na przeżywanie choroby, doświadczenie niepełnosprawności itp. Jeżeli chce, może znacznie poszerzyć swoje kompetencje w tym zakresie poprzez odbycie specjalnych kursów, podczas których rozwijana jest także wrażliwość i umiejętność budowania relacji [32, 37, 38].

W ostatnim czasie powstało wiele narzędzi ułatwiających ocenę potrzeb duchowych, które są proste w obsłudze. Do zbierania „wywiadu duchowego” służą m.in. FICA lub HOPE, w wersji polskiej opisane przez Żołnierz [39, 40]. Ich zaletą jest to, że wypełniony kwestionariusz można dołączyć do dokumentacji medycznej, gdzie jest dostępny dla pozostałych członków zespołu. Nie bez znaczenia jest również stworzenie atmosfery zaufania, bez której pacjent może nie wyjawić swoich wewnętrznych przeżyć, obaw i nadziei. Lekarz może zatem spróbować zbudować z chorym relację poprzez odpowiednie dostosowanie stylu komunikacji, okazanie współczucia, zainteresowania, wrażliwości, troski i pragnienia złagodzenia jego objawów [41]. Szczegółowe wskazówki zawarto w tabeli 2.

Według Sulmasy'ego [42] istnieją cztery warianty przebiegu rozmowy na temat wiary: 1) jeśli zarówno lekarz, jak i chory są religijni, mogą mówić o religii w odniesieniu do uzdrowienia, o ile nie ma zbyt wielu różnic pomiędzy ich wyznaniem, 2) jeśli obaj nie są religijni, mogą zamiast tego skupić się na innych potrzebach duchowych, 3) jeśli lekarz jest religijny, ale pacjent nie jest, lekarz musi szanować jego przekonania i uważać, aby nie nawracać go na swoją wiarę, 4) jeśli chory jest religijny, a lekarz nie jest, lekarz powinien zapytać, czy życzy sobie wizyty kapelana szpitalnego.

OPIEKA DUSZPASTERSKA W POLSCE

Artykuł 53 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zawiera zapis o „prawie do korzystania z pomocy religijnej tam, gdzie [ludzie wierzący] się znajdują”. Co

TABELA 2. W jaki sposób pracownik OAIIT może budować atmosferę zaufania w czasie spotkania z pacjentem? (źródła [4, 33, 41, 60])

Wskazówka	Komentarz
Lekarz może demonstrować za pomocą metod niewerbalnych, że chorzy i ich rodziny są dla niego ważni.	Brak pośpiechu, pozycja siedząca i nawiązywanie kontaktu wzrokowego podczas rozmowy, unikanie żargonu zawodowego.
Warto nie przerywać pacjentom, kiedy przytaczają osobiste historie związane z chorobą.	Jest to dla lekarza szansa, by zauważyć, jak duży wpływ na życie danej osoby ma choroba.
Niektórzy chorzy podczas podawania informacji na temat objawów w jasny sposób prezentują uczucia związane z chorobą.	Przykład wypowiedzi pacjenta: „Boję się, że umrę, nie wiem, co ze mną będzie”.
Jeżeli chory nie mówi o tym, co przeżywa, lekarz może zdecydować się na zadanie mu pytania otwartego na ten temat.	Przykład wypowiedzi lekarza: „Czy chci(a)ł(a)by Pan/Pani powiedzieć więcej o tym, jak choroba wpływa na Pana/Pani życie, co ona dla Pana/Pani oznacza?”.
Odpowiedzi na temat wewnętrznych przeżyć czy wątpliwości egzystencjalnych należy słuchać „aktywnie” (na bieżąco sprawdzać, czy dobrze się je zrozumiało).	Ważne są: potwierdzenie odbioru informacji, parafrazowanie, zadawanie pytań uzupełniających.
Następnie lekarz może zapewnić, że takie przeżycia są normalne i na miejscu.	Przykład wypowiedzi lekarza: „Wiele osób w takiej sytuacji byłoby rozłuszczonych/przygnębionych”.
Może także skomentować to, co usłyszał, w empatyczny sposób.	Przykład wypowiedzi lekarza: „To rzeczywiście jest bardzo smutne”, „Mogę sobie tylko wyobrazić, co to za rozczarowanie”.
Na koniec może zapewnić o swoim zaangażowaniu.	Przykład wypowiedzi lekarza: „Będziemy pracować razem, aby osiągnąć cel”, „Będę starał się pomóc Panu/Pani poczuć się jak najlepiej”.

TABELA 3. Zadania kapelana szpitalnego (źródła: [4, 5, 55, 57, 61–64])

Czynności pozareligijne	Czynności religijne
Inicjowanie, rozwijanie i pogłębianie relacji z pacjentami oraz ich rodzinami poprzez rozmowę, bycie obecnym, uważne słuchanie, okazywanie współczucia, zrozumienia.	Udzielanie sakramentów (w przypadku wyznania katolickiego): eucharystii (msza święta w kaplicy, komunia przy łóżku chorego), spowiedzi, namaszczenia chorych (łaska umocnienia, pokoju i odwagi, by przetrwać trudności; ma prowadzić chorego do uzdrowienia duszy, a także do uzdrowienia ciała) i innych.
Ocena potrzeb duchowych, przekazanie informacji o stanie duchowym pacjenta pozostałym członkom zespołu leczącego.	Wspólna modlitwa z pacjentem/rodziną, modlitwy w różnych intencjach, np. w kaplicy, modlitwa wstawiennicza (nakładanie rąk).
Pomoc w radzeniu sobie z bólem emocjonalnym, kryzysem duchowym (np. w obliczu zbliżającej się śmierci lub nieodwracalnej niepełnosprawności).	
Udział w podejmowaniu decyzji dotyczących końca życia.	
Pomoc w podsumowaniu swojego życia, wydaniu ostatnich zaleceń.	Nauczanie, np. doroczne rekolekcje dla pracowników szpitala.
Wsparcie w okresie żałoby, pomoc w ustaleniach odnośnie do pogrzebu.	
Komunikacja z opiekunami, ułatwianie komunikacji z personelem, pomoc w rozwiązywaniu konfliktów.	Rozmawiając z wiernym tego samego wyznania, może dodawać mu otuchy poprzez odnoszenie się do odpowiednich treści duchowych. Przykładowo, Kościół katolicki wiąże cierpienie każdego człowieka z cierpieniem Jezusa Chrystusa, nadając mu przez to wartość zbawczą.
Pośredniczenie/godzenie stron, między instytucją a pacjentami, członkami rodziny i personelem (mediacja).	
Wsparcie personelu medycznego poprzez ponowne odkrywanie istoty ich powołania oraz przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu.	Utwierdzanie pacjentów w ich przekonaniach na temat wiary stosownie do ich religii i kultury (nie może nawracać na swoją religię), dostarczanie materiałów religijnych (Pismo Święte, różaniec, Tora, Koran itp.).
Pomoc w rozwiązywaniu dylematów etycznych, uczestnictwo w spotkaniach komisji etycznej.	
Kształcenie na temat opieki duchowej.	Budowanie relacji z lokalnymi społecznościami wyznaniowymi i ich liderami w imieniu organizacji opieki zdrowotnej.
Prowadzenie badań naukowych w zakresie opieki duchowej	

za tym idzie, w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [43] obecne jest zdanie o tym, że „pacjent przebywający w podmiocie leczniczym (...) ma prawo do opieki duszpasterskiej”. Z tego powodu kapelani szpitalni są zatrudniani przez szpitale, aby sprawować w nich posługę religijną. Do niedawna duszpasterstwo szpitalne w Polsce ograniczało się do celebrowania mszy świętej w kaplicy i wizyt kapelana na salach chorych. W ostatnich latach zaczęto rozwijać nowy model: zespołową opiekę duszpasterską [44]. Jest on znacznie bogatszy i bardziej efektywny we wspieraniu chorych i ich rodzin, a także personelu medycznego. Polega na zaangażowaniu pracowników oraz wolontariuszy w podstawowy zakres opieki duchowej, jakim jest: 1) towarzyszenie pacjentom z pełnym współczuciem, nawiązywanie relacji z nimi, 2) regularne monitorowanie potrzeb duchowych, dzięki czemu można m.in. zidentyfikować chorych i ich bliskich w kryzysie duchowym i skierować ich do kapelanów, 3) zapewnienie pacjentom dostępu do tego, co jest im potrzebne, aby praktykowali swoją wiarę (Pismo Święte, modlitewniki, transport do kaplicy szpitalnej).

O ile opieka duchowa w podstawowym zakresie może być udzielana przez każdego pracownika medycznego, o tyle specjalistą w tym zakresie jest kapelan szpitalny [32, 37, 45]. Współpraca lekarzy

i pielęgniarek z księdzem wymaga zrozumienia zakresu jego szkolenia i możliwości wkładu w codzienną pracę kliniczną [4]. Czynności, które wykonują kapelani z podziałem na religijne i pozareligijne, zebrano w tabeli 3. Pojawienie się kapłana na OAiT może zostać błędnie zinterpretowane przez pacjenta i wywołać u niego lęk przed złym rokowaniem. W tym względzie zaleca się, aby zaangażowanie kapelana nie było odkładane na czas pogorszenia się stanu chorego, a ponadto nie odbywało się bez zgody rodziny pacjenta [1].

SKOLENIE KAPELANÓW ZA GRANICĄ

Kapelanami w Australii, USA i Europie Zachodniej są certyfikowane osoby świeckie i duchowne, zarówno mężczyźni, jak i kobiety [46]. Profesjonalny dyplom kapelana może uzyskać kandydat z wyższym wykształceniem (najczęściej po ukończeniu studiów w zakresie teologii), który odbył kurs przygotowujący do duszpasterstwa klinicznego, np. *Clinical Pastoral Education* (CPE) [45, 47]. Musi także spełniać wymogi kształcenia ustawicznego i kodeksu etyki zawodowej [47]. Następnie zostaje zatrudniony jako pełnoprawny członek zespołu opieki zdrowotnej (a nie jako reprezentant wspólnoty wyznaniowej). W konsekwencji zawodowy kapelan ma dostęp do wszystkich informacji o pacjencie [11].

Kapelani znają rytuały i zwyczaje wielu religii i grup etnicznych, a także zasady komunikacji interpersonalnej. Są przygotowani do pomocy w rozwiązywaniu problemów natury teologicznej [45], ale ich szczególnym zadaniem jest pozareligijne wsparcie chorych. Odbywa się ono poprzez ocenę ich potrzeb duchowych, a następnie odpowiedź na nie z poszanowaniem różnorodności wyznaniowej i kulturowej [5, 48]. Kapelan nie zapyta: „Dlaczego nie wierzysz w Boga?”, ale będzie szukał sposobu, aby nawiązać terapeutyczną relację z każdym chorym, członkiem rodziny, a także pracownikiem szpitala [48, 49]. Specjaliści opieki duchowej są wykwalifikowanymi słuchaczami, ułatwiają ekspresję trudnych emocji [48]. Popularną metodą dialogu jest tzw. przegląd życia. Taka narracja pomaga pacjentom zrozumieć znaczenie różnych doświadczeń, które ich spotkały, zmniejsza odczuwanie żalu i lęku [48]. Ponadto do zadań kapelanów należy kształcenie personelu medycznego na temat sposobów, w jakich wyznawcy różnych religii radzą sobie z poważną chorobą lub śmiercią [33].

WSPÓŁPRACA Z KAPELANEM ZA GRANICĄ

W Stanach Zjednoczonych ponad połowa szpitali oferuje usługi duszpasterskie [50]. Brown przedstawił możliwości korzystania z nich na OAiIT [51]. Zauważył, że pracownicy OAiIT są zazwyczaj świadomi duchowych aspektów swojej pracy, ale więcej czasu poświęcają technologicznym imperatywom. Bez starannego wprowadzenia mogą postrzegać kapelana jako intruza lub „zwiastuna zagłady” w środowisku, w którym często panuje napięta atmosfera. Jeżeli nie jest możliwe, aby kapelan był stałym członkiem zespołu OAiIT, to powinien sprawnie funkcjonować system zlecenia „konsultacji duchowych”. Wielu pacjentów mogłoby z tego skorzystać, pod warunkiem że nie zostanie to odłożone na okres umierania [49, 52].

Wykorzystanie usług duszpasterskich jest ściśle uzależnione od komunikacji między personelem medycznym a kapelanem [4]. Badanie przeprowadzone w Johns Hopkins Bayview Medical Center w Baltimore (USA) wykazało korzyści z uczestnictwa kapelana na każdym spotkaniu personelu OAiIT z rodzinami pacjentów. Taka możliwość istnieje dzięki bardzo rozwiniętej kapelanii szpitalnej w tej placówce. Bezpośrednią opiekę sprawuje tam ośmioro kapelanów rezydentów programu CPE nadzorowanych przez dwoje kapelanów mentorów [53]. Natomiast spotkania kapelanów z pacjentami OAiIT mogą być uzależnione od długości pobytu i stanu ogólnego. Choi i wsp. (Duke University Medical Center, Durham, USA) zaobserwowali, że kapelani odwiedzili tylko 5,9% ze wszystkich chorych hospitalizowanych na OAiIT [52]. Gdy przeanalizowano dokumentację osób zmarłych na OAiIT, okazało się

jednak, że kapelani odwiedzili aż 80% z nich. Prawdopodobnie rodziny lub pracownicy prosili kapelana o wizytę, gdy stan pacjentów pogarszał się. Stwierdzono także, że po odbytej wizycie kapelani bardzo rzadko rozmawiali o stanie chorych z lekarzami (ok. 5%), a częściej z pielęgniarkami (ok. 56%). Natomiast w australijskim badaniu autorstwa Carey i wsp. [54] aż 90% z 327 kapelanów stwierdziło, że do ich zadań należy konsultowanie się z lekarzami w kwestiach dotyczących pacjentów i ich rodzin.

Stowarzyszenia kapelanów opracowały stosowne standardy postępowania na OAiIT [55]. W co najmniej 200 ośrodkach medycznych w USA kapelan jako konsultant zapisuje swoje obserwacje w dokumentacji elektronicznej, co przyczynia się do poprawy przejrzystości i jakości opieki duchowej. Kapelani opisują m.in.: przeprowadzone rytuały, poglądy i wiarę pacjenta, podejmowane przez niego praktyki religijne, obawy, zasoby emocjonalne, mechanizmy radzenia sobie ze stresem oraz jego relacje z bliskimi, wsparcie z ich strony. Podsumowanie stanu duchowego chorego oraz plan opieki są dzięki temu dostępne dla reszty zespołu – lekarze mogą sprawdzić, czy u chorego występuje tzw. kryzys duchowy (pacjent nie widzi sensu życia, nie zależy mu na wyzdrowieniu, nie chce się leczyć) oraz czy planowane są kolejne wizyty duszpasterskie [5, 56–58]. Także pielęgniarki mogą korzystać z notatek kapelanów podczas przekazywania sobie raportów, co pomoże im zrozumieć związek między objawami chorobowymi pacjenta a przeżyciami, których doświadcza [59]. W przypadku osób nieprzytomnych, w stanie krytycznym, kapelan rozmawia z rodziną chorego. Dowiaduje się, czy ich wiara/praktyki religijne mogą mieć wpływ na podejmowane decyzje medyczne związane z końcem życia i ewentualnie omawia to z lekarzem prowadzącym.

PODSUMOWANIE

Lekarze i pielęgniarki pracujący na OAiIT oprócz posiadanej wiedzy i umiejętności technicznych są zdolni do bycia wrażliwymi na potrzeby psychospołeczno-duchowe drugiego człowieka i okazania mu współczucia. Mogą okazać szacunek i troskę każdemu pacjentowi niezależnie od jego stanu świadomości. Każdy przytomny chory, bez względu na przynależność religijną (lub jej brak), odniesie korzyść z nawiązania przyjaznej relacji z osobą pełną współczucia. Będzie to dla niego źródłem pocieszenia, poczucia przynależności, nadziei i pokoju, nawet w obliczu złego rokowania. Istnieje zatem wiele argumentów przemawiających za dołączeniem opieki duchowej do standardowego postępowania na OAiIT. Ich podsumowanie zawarto w tabeli 4.

Opieka duchowa nie jest kosztowna, nie wymaga specjalistycznych urządzeń, ponieważ rozpoczyna

TABELA 4. Zebrane argumenty przemawiające za dołączeniem opieki duchowej do standardowego postępowania na OAiIT

Udokumentowano istnienie potrzeb duchowych chorych w stanie krytycznym.
Duchowość jest bardzo ważna dla niektórych pacjentów, stanowi część ich tożsamości i światopoglądu, opieka duchowa jest zatem nieodzownym elementem opieki holistycznej.
Duchowość umożliwia nadawanie sensu życiowym wydarzeniom, radzenie sobie z cierpieniem, daje pocieszenie i nadzieję wobec dokuczliwych dolegliwości/złego rokowania.
Stosowanie opieki duchowej wpływa pozytywnie na jakość życia pacjentów, zwiększa satysfakcję z opieki, zmniejsza nasilenie depresji i PTSD po wypisie z OAiIT.
Uważność na przeżycia wewnętrzne ułatwia porozumienie i nawiązanie relacji z pacjentem oraz ustalenie wspólnych, realistycznych celów leczenia.
Zaangażowanie w życie duchowe wpływa pozytywnie na motywację, wydajność pracy i samopoczucie lekarzy oraz zmniejsza ryzyko wystąpienia wypalenia zawodowego.
Umieranie jest postrzegane jako doświadczenie duchowe.
Stosowanie opieki duchowej umożliwia częstsze przekazywanie chorych w okresie końca życia z OAiIT do hospicjów.
Rytuały religijne są ważne dla niektórych chorych i ich rodzin w okresie umierania i żałoby.

się od holistycznego spojrzenia na pacjenta. Udzielenie wsparcia duchowego choremu może odbywać się poprzez rozmowę o duchowości. Jest to bardzo dalekie od przymuszania do bycia religijnym czy narzucania swoich przekonań („nawracania na siłę”). Przeciwnie, jest to krok w stronę poznania, kim w rzeczywistości jest pacjent przyjęty na OAiIT oraz czy ma w sobie zasoby, aby radzić sobie z cierpieniem. Umiejętność prowadzenia takiego dialogu wymaga odbycia podstawowego szkolenia z zakresu duchowości. Współpraca z kapłanem ułatwia wierzącym chorym dostęp do materiałów religijnych, ale także zapewnia profesjonalne wsparcie każdemu pacjentowi, który potrzebuje umocnienia w obliczu kryzysu. Kapłana interesuje, w jaki sposób pacjent wiąże swój obecny stan chorobowy z przekonaniami duchowymi, które posiada. Bycie religijnym nie eliminuje dolegliwości chorobowych, ale wpływa na sposób, w jaki się je przeżywa (nadzieja lub rozpacz). Treści religijne związane z cierpieniem mogą być źródłem pocieszenia dla nieuleczalnie chorego człowieka.

PODZIĘKOWANIA

1. Autor dziękuje ks. Arkadiuszowi Zawistowskiemu, Krajowemu Duszpasterzowi Służby Zdrowia, za umożliwienie odbycia praktyk w Zespole Opieki Duszpasterskiej Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego w Warszawie oraz pani prof. dr hab. Małgorzacie Krajnik, prezes Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie, za inspirację do pracy naukowej.
2. Źródła finansowania: brak.
3. Konflikt interesów: brak.

PIŚMIENNICTWO

1. Galdani S, Pegoli M. Spirituality in health care: the role of needs in critical care. *Trends in Anaesthesia and Critical Care* 2014; 4: 175-177. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2014.09.003>.
2. Klimasiński M, Theda J, Cofta S, et al. Opieka duchowa w medycynie: duchowość a postrzeganie choroby, radzenie sobie z cierpieniem –

ankietowe badanie ilościowe na polskiej populacji dorosłych chorych przewlekłe. *Sztuka Leczenia* 2020; 1: 9-18.

3. Krajnik M. Holistyczna opieka nad chorym – nadzieja dla współczesnej medycyny? *Medycyna Praktyczna* 2017; 9: 121-124.
4. Ho J, Nguyen C, Lopes R i wsp. Spiritual care in the intensive care unit: a narrative review. *J Intensive Care Med* 2018; 33: 279-287. doi: [10.1177/0885066617712677](https://doi.org/10.1177/0885066617712677).
5. Willemse S, Smeets W, van Leeuwen E, Nielen-Rosier T, Janssens L, Foudraine N. Spiritual care in the intensive care unit: an integrative literature research. *J Crit Care* 2020; 57: 55-78. doi: [10.1016/j.jccr.2020.01.026](https://doi.org/10.1016/j.jccr.2020.01.026).
6. Davidson J, Powers K, Hedayat K, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American college of critical care medicine task force 2004-2005. *Crit Care Med* 2007; 35: 605-622. doi: [10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB](https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB).
7. Klimasiński M, Ziemkiewicz M, Neumann-Klimasińska N. Potrzeby duchowe pacjentów istotne w codziennej praktyce klinicznej. *Medycyna Paliatywna* 2017; 9: 210-217.
8. Pitaru J. Critical caring: rediscovering humanity in the intensive care unit. *Pol Arch Intern Med* 2017; 127: 645-646.
9. Krajnik M, Gajewski P, Gołota S i wsp. Opieka duchowa niezbędną składową całościowej opieki nad chorymi na COVID-19. *Stanowisko Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie. Medycyna Praktyczna* 2020; 12: 146-152.
10. Hupcey J. Feeling safe: the psychosocial needs of ICU patients. *J Nurs Scholarsh* 2000; 32: 361-367. doi: [10.1111/j.1547-5069.2000.00361.x](https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2000.00361.x).
11. Aslakson R, Kweku J, Kinnison M, et al. Operationalizing “the measuring what matters”: spirituality quality metric in a population of hospitalized, critically ill patients and their family members. *J Pain Symptom Manage* 2017; 53: 650-655. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2016.12.323](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.323).
12. Piderman K, Marek D, Jenkins S, et al. Predicting patients' expectations of hospital chaplains: a multisite survey. *Mayo Clin Proc* 2010; 85: 1002-1010. doi: [10.4065/mcp.2010.0168](https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0168).
13. Berning J, Poor A, Buckley S, et al. A novel picture guide to improve spiritual care and reduce anxiety in mechanically ventilated adults in the intensive care unit. *Ann Am Thorac Soc* 2016; 13: 1333-1342. doi: [10.1513/AnnalsATS.201512-831OC](https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201512-831OC).
14. Duffy E, Garry J, Talbot L, et al. A pilot study assessing the spiritual, emotional, physical/environmental, and physiological needs of mechanically ventilated surgical intensive care unit patients via eye tracking devices, head nodding, and communication boards. *Trauma Surg Acute Care Open* 2018; 3: e000180. doi: [10.1136/tsaco-2018-000180](https://doi.org/10.1136/tsaco-2018-000180).
15. Willemse S, Smeets W, van Leeuwen E, et al. Spiritual care in the ICU: perspectives of dutch intensivists, ICU nurses, and spiritual caregivers. *J Relig Health* 2018; 57: 583-595. doi: [10.1007/s10943-017-0457-2](https://doi.org/10.1007/s10943-017-0457-2).
16. McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing* 2011; 20: 1757-1767. doi: [10.1111/j.1365-2702.2010.03547.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03547.x).
17. Noome M, Dijkstra B, van Leeuwen E, et al. The perspectives of intensive care unit nurses about the current and ideal nursing end-of-life care. *J Hosp Pall Nurs* 2016; 18: 212-218.

18. Bone N, Swinton M, Hoad N, et al. Critical care nurses' experiences with spiritual care: The SPIRIT Study. *Am J Crit Care* 2018; 27: 212-219. doi: 10.4037/ajcc2018300.
19. Bakir E, Samancioglu S, Kilic S. Spiritual experiences of muslim critical care nurses. *J Relig Health* 2017; 56: 2118-2128. doi: 10.1007/s10943-017-0382-4.
20. Abu-El-Noor N. ICU nurses' perceptions and practice of spiritual care at the end of life: implications for policy change. *Online J Issues Nurs* 2016; 21: 6. doi: 10.3912/OJIN.Vol21No01PPT05.
21. Azoulay E, Timsit J, Sprung CL, et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflictus study. *Am J Respir Crit Care Med* 2009; 180: 853-860. doi: 10.1164/rccm.200810-1614OC.
22. Curtis J, Burt R. Why are critical care clinicians so powerfully distressed by family demands for futile care? *J Crit Care* 2003; 18: 22-24. doi: 10.1053/jcrrc.2003.YJCRC5.
23. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, et al. High level of burnout in intensivists: Prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175: 686-692. doi: 10.1164/rccm.200608-1184OC.
24. van Mol M, Kompanje E, Benoit D, et al. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. *PLoS One* 2015; 10: e0136955. doi: 10.1371/journal.pone.0136955.
25. Klimasiński M, Ziemkiewicz M, Baum E. Duchowość a wypalenie zawodowe lekarzy. *Medycyna Praktyczna* 2019; 5: 121-124.
26. Kim H, Yeom H. The association between spiritual well-being and burnout in intensive care unit nurses: A descriptive study. *Intensive Crit Care Nurs* 2018; 46: 92-97. doi: 10.1016/j.iccn.2017.11.005.
27. Su A, Lief L, Berlin D, et al. Beyond pain: nurses' assessment of patient suffering, dignity, and dying in the intensive care unit. *J Pain Symptom Manage* 2018; 55: 1591-1598.e1. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.02.005.
28. Swinton M, Giacomini M, Toledo F, et al. Experiences and expressions of spirituality at the end of life in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med* 2017; 195: 198-204. doi: 10.1164/rccm.201606-1102OC.
29. Cook D, Swinton M, Toledo F, et al. Personalizing death in the intensive care unit: the 3 Wishes Project: a mixed-methods study. *Ann Intern Med* 2015; 163: 271-279. doi: 10.7326/M15-0502.
30. Abuatq A. Spiritual care for critical care patients. *Int J Nurs Clin Pract* 2015; 2: 128. <http://dx.doi.org/10.15344/2394-4978/2015/128>.
31. Yadak M, Ansari K, Qutub H, et al. The effect of listening to Holy Quran recitation on weaning patients receiving mechanical ventilation in the intensive care unit: a pilot study. *Journal of Religion and Health* 2019; 58: 64-73. doi: 10.1007/s10943-017-0500-3.
32. Gordon B, Keogh M, Davidson Z, et al. Addressing spirituality during critical illness: a review of current literature. *J Crit Care* 2018; 45: 76-81. doi: 10.1016/j.jcrrc.2018.01.015.
33. Noome M, Beneken Genaamd Kolmer DM, van Leeuwen E, et al. The role of ICU nurses in the spiritual aspects of end-of-life care in the ICU: an explorative study. *Scand J Caring Sci* 2017; 31: 569-578. doi: 10.1111/scs.12371.
34. Maugans T. The SPIRITual history. *Arch Fam Med* 1996; 5: 11-16. doi: 10.1001/archfam.5.1.11.
35. Paal P, Frick E, Roser T, et al. Expert discussion on taking a spiritual history. *J Palliat Care* 2017; 32: 19-25.
36. Klimasiński M, Płocka M, Neumann-Klimasińska N, et al. Czy lekarze powinni udzielać wsparcia duchowego swoim pacjentom – przegląd badań. *Med Prakt* 2017; 3: 128-133.
37. Todres D, Catlin E, Thiel M. The intensivist in a spiritual care training program adapted for clinicians. *Crit Care Med* 2005; 33: 2733-2736. doi: 10.1097/01.ccm.0000189749.24916.40.
38. Bülow H, Sprung C, Reinhart K, et al. The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit. *Intensive Care Med* 2008; 34: 423-430. doi: 10.1007/s00134-007-0973-8.
39. Żolnierz J. Opieka duchowa w praktyce. Narzędzia do oceny duchowości pacjenta: HOPE, SPIRIT, CSI-MEMO, FAITH. In: Chodźko E, Szymczyk P (eds.). *Wybrane prace z obszaru prawa, ekonomii i nauk społecznych*. Wydawnictwo Naukowe Tygiel, Lublin 2018.
40. Żolnierz J. Opieka duchowa w praktyce. Narzędzia do oceny duchowości pacjenta: FICA, FACT. In: Chodźko E, Szymczyk P (eds.). *Wybrane prace z obszaru prawa, ekonomii i nauk społecznych*. Wydawnictwo Naukowe Tygiel, Lublin 2018.
41. Chochinov H. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ* 2007; 335: 184-187. doi: 10.1136/bmj.39244.650926.47.
42. Sulmasy D. Spirituality, religion, and clinical care. *Chest* 2009; 135: 1634-1642. doi: 10.1378/chest.08-2241.
43. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Rozdział 10. Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej.
44. Krakowiak P, Janowicz A. Nowe propozycje opieki ze strony zespołowego duszpasterstwa służby zdrowia i pomocy społecznej. *Piel Zdr Publ* 2012; 2: 153-159.
45. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician* 2001; 63: 81-89.
46. Vandenhoeck A. Chaplains as specialists in spiritual care for patients in Europe. *Pol Arch Med Wewn* 2013; 123: 552-557.
47. Association of Professional Chaplains; Association for Clinical Pastoral Education; Canadian Association for Pastoral Practice and Education; National Association of Catholic Chaplains; National Association of Jewish Chaplains. A white paper. Professional chaplaincy: its role and importance in healthcare. *J Pastoral Care* 2001; 55: 81-97.
48. Johnson R, Wirpsa MJ, Boyken L, et al. Communicating chaplains' care: narrative documentation in a neuroscience-spine intensive care unit. *J Health Care Chaplain* 2016; 22: 133-150. doi: 10.1080/08854726.2016.1154717.
49. Timmins F, Naughton M, Plakas S, et al. Supporting patients' and families' religious and spiritual needs in ICU – can we do more? *Nurs Crit Care* 2015; 20: 115-117. doi: 10.1111/nicc.12177.
50. Cadge W, Freese J, Christakis N. The provision of hospital chaplaincy in the United States: a national overview. *South Med J* 2008; 101: 626-630. doi: 10.1097/SMJ.0b013e3181706856.
51. Brown D. The spiritual care of staff in an ITU. *Health and Social Care Chaplaincy* 2010; 13: 12-16.
52. Choi P, Curlin F, Cox C. "The patient is dying, please call the chaplain": the activities of chaplains in one medical center's intensive care units. *J Pain Symptom Manage* 2015; 50: 501-506. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.05.003.
53. Teague P, Kraeuter S, York S, et al. The role of the chaplain as a patient navigator and advocate for patients in the intensive care unit: one academic medical center's experience. *J Relig Health* 2019; 58: 1833-1846. doi: 10.1007/s10943-019-00865-z.
54. Carey L, Cohen J. Chaplain-physician consultancy: when chaplains and doctors meet in the clinical context. *J Relig Health* 2009; 48: 353-367. doi: 10.1007/s10943-008-9206-x.
55. The Association of Professional Chaplains. Standards of practice in acute care settings. Available at: www.professionalchaplains.org/files/professional_standards/standards_of_practice/standards_practice_professional_chaplains_acute_care.pdf (Accessed: 03.05.2021).
56. Tartaglia A, Dodd-McCue D, Ford T, et al. Chaplain documentation and the electronic medical record: a survey of ACPE residency programs. *J Health Care Chaplain* 2016; 22: 41-53. doi: 10.1080/08854726.2015.1071544.
57. Massey K, Barnes MJ, Villines D, et al. What do I do? Developing a taxonomy of chaplaincy activities and interventions for spiritual care in intensive care unit palliative care. *BMC Palliat Care* 2015; 14: 10. doi: 10.1186/s12904-015-0008-0.
58. Lee BM, Curlin FA, Choi PJ. Documenting presence: a descriptive study of chaplain notes in the intensive care unit. *Palliat Support Care* 2017; 15: 190-196. doi: 10.1017/S1478951516000407.
59. Ruth-Sahd L, Hauck C, Sahd-Brown K. Collaborating with hospital chaplains to meet the spiritual needs of critical care patients. *Dimens Crit Care Nurs* 2018; 37: 18-25. doi: 10.1097/DCC.0000000000000279.
60. Cook D, Rucker G. Dying with dignity in the intensive care unit. *N Engl J Med* 2014; 370: 2506-2514. doi: 10.1056/NEJMra1208795.
61. Jan Paweł II. List Apostolski Salvifici Doloris O Chrześcijańskim Sensie Ludzkiego Cierpienia. Available at: https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/listy/salvifici.html (Accessed: 03.05.2021).
62. Katechizm Kościoła Katolickiego, kanon 1520. Praca zbiorowa. Available at: <http://www.katechizm.opoka.org.pl/rkkkII-2-2.htm> (Accessed: 03.05.2021).
63. Lee AC, McGinness CE, Levine S, O'Mahony S, Fitchett G. Using chaplains to facilitate advance care planning in medical practice. *JAMA Intern Med* 2018; 178: 708-710. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.7961.
64. Timmins F, Caldeira S, Murphy M, et al. The role of the healthcare chaplain: a literature review. *J Health Care Chaplain* 2018; 24: 87-106. doi: 10.1080/08854726.2017.1338048.