

# Postrzeganie roli kapelana szpitalnego w zespole terapeutycznym

## *Perceiving the role of the hospital chaplain in the therapeutic team*

Grzegorz Bejda<sup>1</sup>, Jolanta Lewko<sup>2</sup>, Agnieszka Kulak-Bejda<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

<sup>2</sup>Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>3</sup>Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### Streszczenie

**Wstęp:** Na jakość pobytu w szpitalu oraz poczucie satysfakcji z niego wpływa również możliwość kontaktu z duszpasterzem oraz uczestniczenia pacjentów w praktykach religijnych.

**Cel pracy:** Sprawdzenie postrzegania roli kapelanów szpitalnych we wspieraniu zachowań prozdrowotnych.

**Materiał i metody:** Badaniem objęto 790 osób, zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankietowego.

**Wyniki:** Wielu pacjentów (81,5%) było zdania, że chory powinien mieć zapewnioną usługę kapłańską bez ograniczeń, 82,5% uważało, że w szpitalach powinni być obecni kapelani, a 87,3% – że także w hospicjach. Część badanych (40,1%) nie wiedziała, czy w Polsce pacjenci mają dostęp do kapelanów. O tym, że kapelani szpitalni powinni być szkoleni medycznie, przekonanych było 44,3% badanych. Część ankietowanych (39,4%) nie miała zdania w kwestii zatrudnienia kapelana na pełen etat. Ponad połowa (52%) nie widziała przeszkód, aby w szpitalach zatrudniani byli kapelani różnych wyznań, 53,5% było zdania, że kapelan powinien być członkiem zespołu terapeutycznego, a 46,5% miało problem z deklaracją, czy kapelan wpływa pozytywnie na umacnianie zdrowia pacjenta. Głównym zadaniem kapelana jest w opinii respondentów zapewnienie pacjentom dostępu do praktyk religijnych.

**Wnioski:** Większość respondentów akceptowała obecność kapelanów różnych wyznań w szpitalach i w hospicjach oraz uważała, że wpływają oni pozytywnie na umacnianie zdrowia pacjenta, powinni być szkoleni medycznie i być członkami zespołu terapeutycznego.

**Słowa kluczowe:** kapelan, szpital, rola.

### Abstract

**Introduction:** The quality of a patient's stay in hospital and patient satisfaction are affected by the possibility of contact with a chaplain and participation in religious practices.

**The aim of the study:** To assess the perception of the role of hospital chaplains in health supporting behaviours.

**Materials and methods:** The study included 790 subjects, and we used an original questionnaire.

**Results:** A lot of the respondents (81.5%) reported that the patients should have access to pastoral care without restriction, 82.5% stated that chaplains should be present in hospitals, and 87.3% in hospices. According to 44.3% of the respondents, the hospital chaplains should be training in the medical field. Some respondents 39.4% of the surveyed had no opinion on the full-time employment of the chaplain. More than half (52%) of respondents did not see obstacles to the hiring of chaplains of different denominations, 53.5% reported that the chaplain should be a member of the therapeutic team, and 46.5% did not know whether the chaplain had a positive influence on patient health. The primary task of the chaplain is, in the opinion of the respondents, to provide patients with access to religious practices.

**Conclusions:** Most respondents accepted the presence chaplains in hospitals and hospices. They believed that the hospital chaplains had a positive impact on the patient's health. Chaplains should be trained in the medical field, and they should be a member of the therapeutic team.

**Key words:** chaplain, hospital, role.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Agnieszka Kulak-Bejda, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku, ul. Krakowska 9, 15-875 Białystok, e-mail: agnieszka.kulak.bejda@gmail.com

## WSTĘP

Na przeżycia i zachowania pacjentów oraz ich postawy wobec choroby wpływ ma wiele czynników, m.in. rodzaj choroby, sposób jej przeżywania, osobowość pacjenta (uwarunkowana środowiskiem rodzinnym, szkolnym, rówieśniczym, zawodowym, doświadczeniami egzystencjalnymi, utrwalonymi mechanizmami psychologicznymi), stosunek do zespołu terapeutycznego, warunki w szpitalu itp. Wypadkowa tych czynników wytwarza swoisty, zindywidualizowany świat chorego, który należy dokładnie poznać, aby móc nieść mu skuteczną pomoc [1].

Każda choroba powoduje przejściowe, przewlekłe bądź trwałe zaburzenia funkcji biologicznych, duchowych, psychicznych i społecznych człowieka, zwane dysfunkcjami [1]. Dysfunkcje biologiczne obejmują np. ból z różnorodnym nasileniem i długością trwania, narastający ubytek sił, utratę wzroku, słuchu lub mowy, utrudnienia w poruszaniu się oraz zaspokajaniu naturalnych potrzeb biologicznych organizmu. Dysfunkcje psychiczne przejawiają się zniechęceniem, przygnębieniem, rozpaczą, tendencjami samobójczymi, wzmożoną potrzebą akceptacji i kontaktu z otoczeniem oraz reakcjami lękowymi i nerwicowymi. Dysfunkcje dotyczące sfery życia społecznego manifestują się m.in. wygórowanymi wymaganiami stawianymi otoczeniu, nieuzasadnionym poczuciem doznanej krzywdy, niechęcią do jakichkolwiek form pomocy oraz obawami dotyczącymi rozbicia rodziny, utraty pracy i brakiem perspektyw zawodowych. W sferze duchowej pacjent może się buntować przeciwko Bogu, zagubić sens życia i cierpienia, podważać sensowność wierności światu wartości [1].

W trakcie trwania każdej choroby u pacjentów można zauważyć różne podejścia kształtujące ich społeczne role [1]. Za Osińską [1] wyróżnia się postawy altruistyczne (dawcy, samarytanina, pomocnika, konspiratora, poszukiwacza, żołnierza, artysty, bohatera) oraz egoistyczne, pasożytnicze (biorcy, hipochondryka, malkontenta, zasłużonego, żebraka, zawodowca, świętoszka). Każda z nich ma swoiste cechy, takie jak np. [1]:

- dawcy – spostrzegają wokół siebie cierpienie innych ludzi, dzielą się z nimi dobrocią, życzliwością, miłością i szlachetnością,
- samarytanie – rzeczowo i rozważnie oceniają swoją chorobę, potrafią cierpliwie słuchać innych i pomagają im w walce z zagrożeniami,
- pomocnicy – akceptując swoją chorobę, współdziałają z personelem medycznym w procesie leczenia i pomagają innym w odnalezieniu jej głębszego, nadprzyrodzonego sensu,
- konspiratorzy – mając świadomość ciężkiej choroby, ukrywają swoje cierpienia, wstydzą się braku wytrzymałości w ich znoszeniu,

- poszukiwacze – szukają u siebie i u innych chorych pozytywnych elementów cierpienia i widzą w nich możliwości samorealizacji oraz integracji osobowości,
- żołnierze – odważnie i śmiało znoszą konsekwencje swojej choroby, wzbudzając u innych otuchę i towarzysząc im solidarnie w trudach choroby,
- artyści – posiadają umiejętność przekształcania objawów i przeżyć chorobowych w pozytywne wartości: uśmiech, radość, aktywność, optymizm, harmonię i nadzieję,
- bohaterowie – odznaczają się nieprzeciętnym heroizmem, gromadzą wokół siebie innych chorych z powodu swojej ideowości i wielkości, stają się wodzami etycznymi całkowicie pochłoniętymi służbą,
- biorcy – w swojej chorobie widzą egoistycznie źródło ciągłych korzyści duchowych i materialnych, a nie dostrzegają wokół siebie innych chorych,
- hipochondrycy – odznaczają się stałą dyspozycyjnością do chorowania, mają tendencję do wyolbrzymiania każdego objawu chorobowego,
- malkontenci – nie akceptują swojej choroby i uważają się za wszechwiedzącego eksperta, w związku z tym nieustannie krytykują podjęty proces leczenia,
- zasłużeni – to grupa stałych bywalców szpitali i przychodni, która pragnie zwrócić na siebie uwagę, głośno manifestuje swój stan chorobowy i straszy innych chorych,
- żebracy – to pacjenci tchórze, nie potrafią albo nie chcą zdobyć się na wysiłek powrotu do zdrowia oraz pragną czerpać wymierne zyski ze swojej choroby,
- zawodowcy – traktują chorobę jako azyl i egoistyczny sposób na życie,
- świętoszki – to osoby dewocyjne, głoszące patetycznie, że „cierpią za miliony”, i przypisując sobie cechy heroicznego bohatera.

Sujak [2] podkreśla, że każda choroba, w mniejszym lub większym stopniu, zmienia natężenie i hierarchię potrzeb psychicznych chorych, w tym przede wszystkim potrzebę bezpieczeństwa, komfortu życiowego, potrzebę miłości i przeżywania własnej wartości, możliwości rozwoju i twórczości oraz potrzeby religijne.

Dokument Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia Karta Pracowników Służby Zdrowia podkreśla, że „współzależność wymiaru fizycznego, psychicznego i duchowego każdego człowieka łączy się z koniecznością zapewnienia jemu duchowej i religijnej opieki. Duszpasterska troska kapłanów, zakonników i świeckich o chorych ma się wyrażać w katechezie, liturgii i dziełach miłości. Trzeba pomóc chorym w odkrywaniu odkupieńczego znaczenia cierpienia przeżywanego w łączności z Chrystusem oraz umożliwić im korzystanie z sakramentów, będących

skutecznymi znakami odradzającej i ożywiającej łaski Bożej. Chorzy oczekują od zdrowych na świadectwo wiary mające siłę terapeutycznej miłości”.

Kapelan szpitalny pełni w życiu chorego podwójną rolę – z jednej strony dba o życie religijne pacjentów, udziela im sakramentów, modli się za nich i razem z nimi, przygotowuje ich nieraz do odejścia z tego świata, a z drugiej strony czynnie uczestniczy w procesie terapeutycznym prowadzącym do odzyskania pełni sił i zdrowia [3].

Celem badań było sprawdzenie postrzegania roli kapelanów szpitalnych we wspieraniu zachowań prozdrowotnych i wykorzystaniu religii w sytuacjach, gdy wyczerpane zostają osobiste i społeczne zasoby radzenia sobie z chorobą.

## MATERIAŁ I METODY

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMB R-I-002-434-2014 oraz dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu i dyrekcji Szpitala Ogólnego w Wysokim Mazowieckiem, Uniwersyteckiego Szpitala w Białymstoku, Szpitala Ogólnego w Wysokim Mazowieckiem, Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, Szpitala Wojewódzkiego nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie oraz Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej.

Badanie prowadzono od listopada 2014 do listopada 2015 r. i objęto nim łącznie 790 losowo wybranych osób, w tym: 259 osób w wieku 18–24 lat (grupa I – rozdano 300 ankiet, otrzymano 280, do badania użyto 259 kompletnie wypełnionych), 189 osób w wieku 25–49 lat (grupa II – rozdano 200 ankiet, otrzymano 190, do badania użyto 185 kompletnie wypełnionych), 188 osób w wieku 50–70 lat (grupa III – rozdano 200 ankiet, otrzymano 180, do badania użyto 172 kompletnie wypełnionych) oraz 173 osoby i w wieku > 70 lat (grupa IV – rozdano 200 ankiet, otrzymano 180, do badania użyto 173 kompletnie wypełnionych).

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankietowego złożonego z części I – zawierającej 5 pytań dotyczących: wieku, płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia, sytuacji materialnej, oraz z części II – 11 pytań związanych z oceną: potrzeby obecności w szpitalach kapelanów szpitalnych, a w hospicjach kapelanów hospicyjnych; dostępu w szpitalu do kapelana szpitalnego; potrzeby specjalnych szkoleń z zakresu wybranych zagadnień medycznych dla kapelanów szpitalnych; celowości zatrudnienia w szpitalu na pełen etat kapelana szpitalnego, w tym kapelanów szpitalnych różnych wyznań; zadań kapelana szpitalnego oraz poznaniem opinii na temat tego, czy kapelan szpi-

talny jest członkiem zespołu terapeutycznego i czy może mieć wpływ na umacnianie się zdrowia chorego, a jeżeli tak, to w jaki sposób.

W badanej grupie najwięcej (32,8%, 259 osób) było osób w wieku od 18 do 24 lat. Następnie od 25 do 49 lat (23,9%, 189 osób) i od 50 do 70 lat (23,8%, 188 osób), a najmniej w wieku 71 i powyżej (19,5%, 154 osoby). W mieście mieszkało 62,2%, czyli 491 osób, zaś na wsi – 37,8% (299 osób). Największy odsetek badanych (71,8%, czyli 546 osób) stanowiły kobiety, a pozostałe 28,2% (226 osób) mężczyźni.

Wykształcenie średnie posiadało 53% badanych (419 osób), wyższe – 16,1% (127 osób), licencjackie – 14,9% (118 osób) i zawodowe – 14,1% (111 osób). Nie zadeklarowało się jednoznacznie 1,9% badanych, czyli 15 osób.

Zdecydowana większość respondentów określała swoją sytuację materialną jako dobrą (42,5%, 336 osób) albo przeciętną (41,6%, 329 osób). Odsetek osób oceniających swój status majątkowy wysoko albo bardzo negatywnie był niewielki. Za bardzo dobrą swoją sytuację materialną uznało 5,8% badanych (46 osób), za złą 5% (40 osób). Problem z odpowiedzią miało 4,9% badanych (39 osób).

W badanej zbiorowości najwięcej osób zadeklarowało się jako katolicy (92,2%, 728 osób). Pozostali twierdzili, że są wyznania prawosławnego (2,4%, 19 osób), osobami niewierzącymi (2,7%, 21 osób), wyznawcami judaizmu lub muzułmanami po 0,3% (po 2 osoby), świadkami Jehowy (0,9%, 7 osób) albo wyznawcami luteranizmu (0,1%, 1 osoba). Problem z deklaracją miało 1,3%, czyli 10 osób.

## WYNIKI

Większość ankietowanych (652 osoby – 82,5%) akceptowała obecność kapelanów w szpitalach. Odmiennej opinii wyraziło 3,8% badanych (30 osób), a 13,7% (108 osób) nie wyraziło jednoznacznej opinii.

Również obecność kapelanów w hospicjach nie wzbudzała prawie żadnego sprzeciwu, a za ich obecnością opowiedziało się aż 87,3% badanych (690 osób). Odmiennej opinii wyraziło 2,3% (18 osób), a 10,4% (82 osoby) miało problem z jednoznaczną deklaracją. Ponad połowa respondentów (51,5%, 407 osób) była zdania, że w Polsce pacjenci mają dostęp do kapelanów, jednakże aż 40,1% ankietowanych (317 osób) nie miało na ten temat zdania, a 8,4% twierdziło nawet, że chory nie ma w szpitalu kontaktu z kapelanem. Posługę kapelanów szpitalnych, z którymi mieli styczność badani, 67% (390 osób) oceniło bardzo dobrze, za dobrą uznało ją 32,8% (291 osób), a źle postrzegało ją tylko 0,2% pacjentów. O tym, że kapelani szpitalni powinni być szkoleni medycznie, przekonanych było 44,3% badanych (350 osób), takiej potrzeby nie widziało 21,5% (170 osób),

a aż 34,2% (270 osób) było w tej kwestii niezdecydowanych.

W kwestii zatrudniania kapelanów na pełen etat zdania ankietowanych były bardzo podzielone. Odsetek osób popierających i odrzucających takie rozwiązanie był zbliżony (odpowiednio 31,8% – 251 osób vs 28,9% – 228 osób). Problem z deklaracją miało aż 39,4% (311 osób) badanych. Ponad połowa respondentów (52% – 411 osób) nie widziała przeszkód, aby w szpitalach zatrudniani byli kapelani różnych wyznań. Co trzeci ankietowany (34,7% – 274 osoby) nie zajął w tej kwestii stanowiska, a negatywną opinię na powyższy temat wyraziło 13,3% respondentów (105 osób).

Ankietowani w większości (81,5% – 644 osoby) byli zdania, że pacjent powinien mieć zapewnioną usługę kapłańską bez ograniczeń. Nieduży odsetek był temu przeciwny (2,9% – 23 osoby), a 15,6% badanych (123 osoby) nie wypowiedziało się jednoznacznie.

Nieco więcej niż połowa ankietowanych (53,5% – 423 osoby) było zdania, że kapelan powinien być członkiem zespołu terapeutycznego, potwierdzając w ten sposób wpływ osoby duchownej na proces leczenia pacjenta. Negatywnie do tej kwestii odniosło się 16,7% badanych (132 osoby), a zdania nie miało 29,7% pacjentów (235 osób). Co drugi respondent (50,6% – 400 osób) uważał, że kapelan wpływa pozytywnie na umacnianie zdrowia pacjenta. Nie popierało tej opinii 2,9% badanych (23 osoby), a aż 46,5% (367 osób) miało problem z deklaracją. Głównym zadaniem kapelana jest w opinii respondentów przede wszystkim zapewnienie pacjentom dostępu do praktyk religijnych (msza, komunie). Również niebagatelna wydaje się rola duchownego we wspieraniu chorego i jego rodziny poprzez rozmowę. Wszystkie wskazania zawiera tabela 1.

**Tabela 1.** Zadania kapelana szpitalnego w opinii badanych

Zadania kapelana szpitalnego	Liczba odpowiedzi	Procent <sup>1</sup>
udzielanie sakramentów	672	85,1%
odprawianie mszy świętych	652	82,6%
wsparcie duchowe chorego	621	78,6%
wsparcie duchowe rodziny chorego	621	78,6%
prowadzenie rozmów	539	68,2%
wspieranie rodziny chorego	529	67,0%
wspieranie duchowo niewierzących, którzy tego sobie życzą	390	49,4%
inne	18	2,3%
brak wyboru	16	2,0%

<sup>1</sup>Suma nie musi wynosić 100%, gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Za główne cechy kapelana szpitalnego badani uznali:

- zdolność empatii, okazywania ciepła i sympatii dla chorego – 57,2% (452 osoby),
- cierpliwość – 55,5% (438 osób),
- poświęcenie, spokój – 55,5% (438 osób),
- wewnętrzny spokój i opanowanie – 46,3% (366 osób),
- wyrozumiałość – 41,6% (329 osób),
- komunikatywność, umiejętność prowadzenia rozmów z chorymi – 41,6% (329 osób),
- akceptację autonomii chorego – 41,6% (329 osób),
- posiadanie czasu dla swoich chorych – 28% (221 osób),
- częste odwiedzanie chorych – 28% (221 osób),
- dyspozycyjność – 27,5% (217 osób),
- odporność psychiczną – 19,1% (151 osób),
- kulturę osobistą – 18,4% (145 osób),
- skromność – 18% (142 osoby),
- tolerancję – 16,7% (132 osoby),
- zdolność umacniania w wierze – 14,9% (118 osób),
- oddanie Bogu, głęboką wiarę – 14,9% (118 osób),
- sumienność – 14,8% (115 osób),
- pogodne usposobienie – 14,4% (114 osób),
- punktualność – 13,9% (108 osób),
- szczerłość – 12% (95 osób),
- prawdomówność – 6,1% (48 osób),
- inteligencję – 1,1% (9 osób).

## DYSKUSJA

W ostatnich latach w Polsce zaistniała potrzeba rozwinięcia specjalistycznego duszpasterstwa dla ludzi przebywających w szpitalach, sanatoriach, domach opieki społecznej. Powyższe wynika z faktu, że w placówkach tych przebywa, lecz się i umiera coraz więcej chorych, a w związku z tym pojawiają się coraz liczniejsze problemy natury duszpasterskiej. Istotne wydaje się więc, aby służba księdza w tych zakładach nie była tylko dorywcza, ograniczona do pośpiesznego szafowania sakramentów, ale wyszła naprzeciw skumulowanym problemom chorych, ich rodzin, a również personelu ochrony zdrowia, za ks. Józefem Jachimczakiem CM [4].

Według danych Instytutu Statystyki Kościoła Katolickiego w Polsce w 2012 r. działało ok. 500 kapelanów szpitalnych: 211 zakonnych i ponad 200 księży diecezjalnych [5]. Obecność kapelanów w szpitalach gwarantuje artykuł 5. Konkordatu zawartego między RP i Stolicą Apostolską.

Wroński [6] zwraca uwagę, że na jakość pobytu w szpitalu oraz poczucie satysfakcji z niego wpływa również możliwość kontaktu z duszpasterzem oraz uczestniczenia pacjentów w praktykach religijnych.

Troska o chorych zajmowała od bardzo dawna istotne miejsce w nauczaniu i praktyce Kościoła.

W adhortacji apostoelskiej *Ecclesia in Europa* papież Jan Paweł II podkreślił, że do priorytetowych zadań duszpasterskich stojących przed Kościołem w Europie należy troska o chorych. „Troskę o chorych winno się uważać za jeden z priorytetów. W tym celu należy zabiegać z jednej strony o odpowiednie duszpasterstwo w różnych miejscach cierpienia, na przykład przez obecność w szpitalach kapelanów, członków stowarzyszeń wolontariatu (...), a z drugiej strony wspierać rodziny osób chorych. Ponadto trzeba odpowiednimi środkami duszpasterskimi wspierać personel medyczny i paramedyczny w trudnym powołaniu, jakim jest służba chorym (EE 88)”.

Knychala [7], przytaczając obserwacje z codziennej pracy, podkreśla, że potrzebę kontaktu z kapelanem w jego szpitalu odczuwało ok. 70% pacjentów. Potrzeby te ulegały modyfikacji zwłaszcza w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia (zgonu) pacjenta. Posługi odmawiało w tych sytuacjach 8,5% chorych. Potrzebę obecności i rozmowy z kapelanem wyrażało również ok. 90% rodzin pacjentów [7].

Pyszkowska [8] twierdzi, że opiekę nad pacjentem ciężko chorym powinien sprawować zespół wielodyscyplinarny złożony z lekarza, pielęgniarki, pracownika socjalnego, psychologa, rehabilitanta, terapeuty zajęciowego, kapelana, przy czynnym udziale wolontariuszy, kwalifikowanych opiekunów niemedycznych i przeszkolonych członków rodziny.

Mickiewicz i wsp. [9] badaniem objęli 183 losowo wybrane zawodowo czynne pielęgniarki i wykazali, że w hospicjum powinien pracować przede wszystkim lekarz posiadający specjalizację z medycyny paliatywnej (76%), pielęgniarka ze specjalizacją lub kursem z opieki paliatywnej (73,8%) i psycholog (72,7%). Siostrę zakonną widziało w tym miejscu 20,8% pielęgniarek, a jedynie 5% wymieniało kapłanów, wolontariuszy oraz pracowników socjalnych [9].

Z kolei 103 członków personelu hospicjum (grupa I) i 104 przedstawiciele rodzin chorych hospitalizowanych w hospicjum (grupa II) w innym badaniu Mickiewicz i wsp. [10] uznało, że najbardziej potrzebni w hospicjum są: lekarz ze specjalizacją z medycyny paliatywnej (84,5% – grupa I i 78,8% – grupa II) oraz pielęgniarka ze specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie opieki paliatywnej (75,7% – grupa I i 78,8% – grupa II). Siostrę zakonną wymieniło 15,5% osób z grupy I i 17,3% z grupy II. Kapłanów, duchownych, wolontariuszy oraz pracowników socjalnych wskazało 25,2% osób z grupy I i 4,8% z grupy II [10].

W badaniu Masłowskiego [11] respondenci będący członkami zespołu hospicyjnego byli ewidentnie przekonani, że pomocy duchowej w hospicjum powinny dostarczać siostry zakonne (37,3%), osoby po stracie kogoś bliskiego (28,5%), klerycy z semina-

rium duchownego (25,8%), stali duchowni (18,7%), świeccy szafarze eucharystii (11,9%) i świeccy członkowie ruchów religijnych (11,9%).

Większość obecnie ankietowanych akceptowała obecność kapelanów wszystkich wyznań w szpitalach i hospicjach, ponieważ każdy powinien mieć zapewnioną posługę kapłańską bez ograniczeń. Połowa respondentów była także zdania, że nie ma w Polsce problemu z kontaktem z kapelanem w szpitalach.

Krajewska-Kułak i wsp. [12] badaniami objęli 175 studentów kierunku pielęgniarstwo, którzy za najważniejszą osobę do udzielania wsparcia duchowego w hospicjum uznali stałego duchownego (77,7%). Siostrę zakonną lub pielęgniarkę wymieniło po 34,3% badanych. Pozostali wskazywali: lekarza (24,0%), osoby po stracie kogoś bliskiego (16,0%), kleryków (13,1%), świeckich członków ruchów religijnych (12%) oraz świeckich szafarzy eucharystii (8,0%). W opinii większości ankietowanych kapelan hospicyjny powinien udzielać pomocy duchowej przede wszystkim choremu (84,6%), następnie jego rodzinie (60,0%), a w następnej kolejności personełowi (18,9%) [12].

We wspomnianym badaniu Mickiewicz i wsp. [9] okazało się, że według ankietowanych pielęgniarek wsparcia duchowego w hospicjum powinni udzielać: stały duchowny (80,9%), pielęgniarka (49,2%), lekarz (34,4%), siostra zakonna (32,8%), osoby po stracie bliskiej osoby (21,3%), klerycy (18,6%), świeccy członkowie ruchu religijnego (9,8%) lub świeccy szafarze eucharystii (9,3%).

W innym badaniu Mickiewicz i wsp. [10] w zbiorowości członków personelu hospicjum (grupa I) i przedstawicieli rodzin chorych hospitalizowanych w hospicjum (grupa II) uzyskano odpowiedzi, że wsparcia duchowego w hospicjum powinien udzielać stały duchowny (78,6% osób z grupy I i 67,3% z grupy II), pielęgniarka (49,2% z grupy I i 46,2% z grupy II) lub lekarz (30,1% z grupy I i 35,6% z grupy II), rzadziej – osoby po stracie kogoś bliskiego (21,4% z grupy I i 16,3% z grupy II), siostry zakonne (16,5% z grupy I i 19,2% z grupy II), klerycy (12,6% z grupy I i 11,5% z grupy II), świeccy członkowie ruchu religijnego (12,6% z grupy I i 8,7% z grupy II) lub świeccy szafarze eucharystii (5,8% z grupy I i 6,7% z grupy II) [10].

Duszpasterstwo szpitalne, zdaniem ks. Józefa Jachimczaka CM [4], wymaga oprócz kondycji fizycznej i odporności psychicznej także pogłębionej świadomości życia chrześcijańskiego, zwłaszcza w kontekście pełnego wiary spojrzenia na sens życia, cierpienia i śmierci. Wymaga też poświęcania czasu, oddania i cierpliwości, aby towarzyszyć chorym w ich zmaganiach, by „często przedzierać się do nich ze zbawczym Chrystusowym światłem, mocą i pojednaniem”. Szpital nie może być traktowany

jako źródło dodatkowych problemów duszpasterskich [4].

Należy pamiętać, że kapelan szpitalny działa czasem w niesprzyjających warunkach, które nie przez wszystkich są akceptowane [4]. „Kapelani pełnią służbę dyskrecji i inteligencji, roztropności i ofiarności”. Swoją pracą powinni wzbudzać zaufanie, skłaniać do skruchy i nadziei [4].

Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia w dokumencie *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia* zwraca się także do duszpasterzy z prośbą, aby zatroszczyli się o moralną i duchową formację pracowników ochrony zdrowia, którzy są pierwszymi i głównymi pośrednikami działań duszpasterskich Kościoła [13]. Powinni być oni traktowani jako partnerzy w niesieniu pomocy chorym, z poszanowaniem ich autonomii organizacyjnej i wykonawczej [13].

W obecnych badaniach aż 53,5% ankietowanych było zdania, że kapelan powinien być stałym członkiem zespołu terapeutycznego. Zdecydowana większość ankietowanych z badania Moczydłowskiej i wsp. [14] miała podczas pobytu w szpitalu swobodny dostęp do kontaktu z kapelanem swojego wyznania (oddziały zabiegowe  $n = 259$ , 86,3%; zachowawcze  $n = 253$ , 84,3%). Jedynie niewielki odsetek chorych twierdził, że nie ma dla nich znaczenia, czy taki kontakt jest (oddziały zabiegowe  $n = 27$ , 9,0%; zachowawcze  $n = 22$ , 7,3%) lub deklarował brak możliwości dostępu do kapelana (oddziały zabiegowe  $n = 4$ , 1,33%; zachowawcze  $n = 10$ , 3,3%) [14].

W opinii ks. Stanisława Warzeszaka, krajowego duszpasterza służby zdrowia [15], kapelan powinien udzielać sakramentów, wspierać duchowo nie tylko wierzących, lecz także tych niewierzących, którzy tego sobie życzą oraz wspierać rodzinę chorego. Szpital w jego opinii „nie jest bowiem miejscem nawracania, a prozelityzm to nie zadanie kapelana” [15].

Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia w dokumencie *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia* podkreśla potrzebę specjalnej formacji kleryków i kapłanów angażujących się w pracę z chorymi [13]. W dokumencie zwrócono uwagę na fakt, że wspomniana formacja musi mieć wymiar teoretyczny (związany z poznawaniem nauczania Kościoła oraz wskazań nauk medycznych w zakresie opieki nad chorymi) i praktyczny (stały kontakt z chorymi w szpitalach i domach). Podkreśla się, że praktyczna posługa względem chorych nie może być ograniczona jedynie do udzielania im sakramentów, ale musi obejmować także inne formy, łącznie z ich odwiedzaniem i pasterską opieką [13].

Ksiądz Stanisław Warzeszak [15] zaznacza, że kapelani należą dziś do zespołów terapeutycznych, a ich podstawowym zadaniem jest opieka duszpa-

sterska nad chorymi, będąca integralną częścią opieki terapeutycznej.

Pracę kapelanów w szpitalach reguluje Instrukcja Ministra Zdrowia z 1981 r. w sprawie zapewnienia posług religijnych chorym przebywającym w szpitalach, sanatoriach i domach pomocy społecznej resortu zdrowia i opieki społecznej [16]. W myśl instrukcji kapelani powinni uwzględniać przepisy regulaminu szpitalnego oraz specyficzne warunki danego oddziału. Czas, miejsce i sposób wykonywania posług religijnych ustalają wspólnie kapelan i dyrektor zakładu, tak aby nie zakłócać normalnej obsługi chorych. Dyrektorzy mają zadbać o to, aby kapelani nie napotykali na trudności w sprawowaniu obrzędów i posług religijnych [16].

„Status kapelana w zakładach leczniczych i domach opieki społecznej” przewiduje, że czas pracy kapelana w zakładach leczniczych jest nienormowany i wynosi średnio od 30 do 40 godzin w tygodniu [17]. W szpitalach do 500 łóżek kapelan jest zatrudniony na całym etacie, a jego zaangażowanie w duszpasterstwo parafialne nie powinno kolidować z posługą wobec chorych [17]. W szpitalach powyżej 500 łóżek w celu zapewnienia właściwej opieki duszpasterskiej chorym i personelowi medycznemu powinien być zatrudniony na etacie drugi kapelan. „Status”, wymieniając prawa i obowiązki kapelanów szpitalnych, mówi o w miarę możliwości codziennym sprawowaniu mszy św. i udzielaniu sakramentów, dwukrotnym obchodzeniu jednostki: raz z komunią świętą i po raz drugi z okazją do rozmowy i spowiedzi, indywidualnych spotkaniach z chorymi oraz prowadzeniu z nimi rozmów duszpasterskich, okolicznościowych spotkaniach i wykładach z etyki dla personelu medycznego, trosce o kaplicę, bibliotekę i gablotę informacyjną, prowadzeniu ksiąg udzielonych sakramentów, informowaniu duszpasterzy parafialnych o potrzebach duszpasterskich chorych [17].

Kulczycki [18] zauważa, że kapelan szpitalny nie może w oddziaływaniach duszpasterskich ograniczać się tylko do chorych, ale powinien również zajmować się ich rodzinami, które także oczekują od kapelana szpitalnego wsparcia i pomocy. Należy bowiem pamiętać, iż w obliczu choroby osoby bliskiej rodzina może przyjmować różne postawy, od chęci pomocy choremu, poprzez obojętność, znużenie, brak zainteresowania chorym, aż po jego odrzucenie. Kapelan powinien działać w kierunku kształtowania pozytywnego nastawienia do choroby i cierpienia, skłaniać rodziny do wspólnej modlitwy oraz posługi sakramentalnej, a także udzielać stosownych porad, np. podkreślając, że odwiedziny najbliższych i ich zrównoważenie psychiczne, spokój i optymizm bardzo pozytywnie wpływają na pacjenta. W przypadku, gdy zauważy, iż rodzina „nie stoi na wysokości zadania”, powinien taktownie przypomnieć jej członkom o ich obowiązkach [18].

Głównym zadaniem kapelana w opinii badanych respondentów powinno być udzielanie sakramentów (85,1%), odprawianie mszy św. (82,6%) i wsparcie duchowe (78,6%). Co drugi obecnie badany uważał, że kapelan wpływa pozytywnie na umacnianie zdrowia pacjenta. Aż 44,3% stwierdziło, że kapelani szpitalni powinni być szkoleni medycznie, a 31,8%, że powinni być zatrudnieni na pełen etat.

Oman i wsp. [19] analizowali przeżywalność pacjentów w starszym wieku będących po operacji na otwartym sercu i wykazali, że w okresie 6 miesięcy od zabiegu istotnymi czynnikami ryzyka zgonu (trzykrotnie częściej) były brak wsparcia społecznego i przynależności do grup społecznych oraz brak poczucia siły i komfortu, jakie wypływają z wiary.

Pacjenci z badań Koeniga i wsp. [20], korzystający z opieki duszpasterskiej i/lub z terapii poznawczo-behawioralnej z treściami religijnymi, mieli po niej znacząco mniejszą depresję w porównaniu z osobami, u których stosowano tylko standardową terapię poznawczo-behawioralną.

Knychala [7] podkreśla, że niestety pośród wielu problemów związanych z prowadzeniem i zarządzaniem placówkami służby zdrowia temat posługi kapłańskiej w szpitalu w aspekcie relacji: szpital-zatrudniony w nim duchowny-pacjent, generalnie traktowany jest jako marginalny. Autor [7], będąc kapłanem i pracownikiem jednego z największych szpitali w Wielkopolsce, uważa, że warto spojrzeć na kapelanów w ochronie zdrowia jak „na pracowników, wykonujących często mało widoczną, trudno policzalną pracę, która jest pacjentom rzeczywiście potrzebna”.

## WNIOSKI

Większość respondentów akceptowała obecność kapelanów różnych wyznań w szpitalach i w hospicjach oraz uważała, że wpływają oni pozytywnie na umacnianie zdrowia pacjenta, powinni być szkoleni medycznie i być członkami zespołu terapeutycznego.

*Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.*

## PIŚMIENNICTWO

- Osińska K. Twórcza obecność chorych. PAX, Warszawa 1980.
- Sujak E. Lekarz wobec potrzeb psychicznych pacjenta. Chreścjanin w Świecie 1977; 9: 37-38.
- Śmierć za białym parawanem. Dyskusja redakcyjna. Tygodnik Powszechny 1999; 45: 9.
- Jachimczak J ks. CM. W służbie życia. Instytut Teologiczny Księży Misjonarzy, Kraków 2003.
- Instytut Statystyki Kościoła Katolickiego. Dostępne na: <http://www.iskk.pl> (dostęp: 24.07.2017).
- Wroński K. Prawo chorego do opieki duszpasterskiej podczas pobytu w szpitalu. Współcz Onkol 2007, 11, 381-384.
- Knychala J. Opieka religijna w szpitalu. Kapelan na dyżurze. Menedżer Zdrowia 2006; 9: 74-76.
- Pyszkowska J. Opieka paliatywna – formy realizacji, zasady współpracy z lekarzem rodzinnym. Przew Lek 2007; 2: 198-201.
- Mickiewicz I, Krajewska-Kułak E, Kędziora-Kornatowska K, Roslan K. Opinie zawodowo czynnych pielęgniarek na temat opieki paliatywnej. Med Paliat 2011; 3: 151-162.
- Mickiewicz I, Krajewska-Kułak E, Kułak W i wsp. Hospice workers' and family of hospice patients' perception of hospice care. Progress in Health Sciences 2011; 1: 106-112.
- Masłowski K. Zespół hospicyjny w opiece duchowej. Dostępne na: <http://www.czytelniamedyczna.pl/1522,zespol-hospicyjny-w-opiece-duchowej.html> (dostęp: 25.07.2017).
- Krajewska-Kułak E, van Damme-Ostapowicz K, Bielemuk A i wsp. Samoocena postrzegania zawodu pielęgniarki oraz zdolności rozumienia empatycznego innych ludzi przez studentów pielęgniarstwa. Probl Pielęg 2010; 18: 1-10.
- Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia. Watykan 1991; 27-31.
- Moczyłowska A, Krajewska-Kułak E, Kózka M i wsp. Ocena oczekiwań chorego wobec szpitala Hygeia Public Health 2014; 49: 584-595.
- Szczawiński A. Rola Kaplanów szpitalnych. Nie przyszedłem pana nawracać. Rozmowa z ks. Stanisławem Warzszakiem, Krajowym Duszpasterzem Służby Zdrowia. Prz Urol 2017. Dostępne na: <http://www.przeklad-urologiczny.pl/artukul.php?2359> (dostęp: 24.07.2017).
- Instrukcja Nr 9/81 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 9 września 1981 r. w sprawie zapewnienia posług religijnych chorym przebywającym w szpitalach, sanatoriach i domach pomocy społecznej resortu zdrowia i opieki społecznej (Dz. Urz. MZiOS Nr 9 poz. 35).
- Jachimczak J ks. CM. Status kapelana w zakładach leczniczych i domach opieki społecznej. W: W służbie życiu. Jachimczak J ks. CM. Instytut Teologiczny Księży Misjonarzy, Kraków 2003; 281-292.
- Kulczycki M. Psychologiczne problemy człowieka chorego. Zakład Narodowy im. Ossolińskich – Wydawnictwo, Wrocław 1971.
- Oman D, Reed D. Religion and mortality among the community-dwelling elderly. Am J Public Health 1998; 88: 1469-1475.
- Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. J Am Psychiatry 1998; 155: 536-542.