

Potrzeby duchowe pacjentów istotne w codziennej praktyce klinicznej

Patients' spiritual needs are important in everyday clinical practice

Maciej W. Klimasiński¹, Monika Ziemkiewicz², Natalia Neumann-Klimasińska³

¹Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Miejski im. F. Raszei w Poznaniu

²Akademickie Stowarzyszenie Katolickie „Soli Deo”, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³Klinika Neonatologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Coraz więcej systemów opieki zdrowotnej rozpoznaje potrzebę opieki duchowej nad pacjentem. Świadomość, że każdy człowiek ma swoją indywidualną i wyjątkową duchowość, umożliwia pracownikom medycznym udzielanie wsparcia chorym bez względu na deklarowane przez nich wyznanie. Istnieje jednak pewna trudność w rozpoznawaniu problemów związanych z duchowością z uwagi na jej nieempiryczny charakter. Poniższy artykuł ma za zadanie ułatwić identyfikację potrzeb duchowych pacjentów. W tym celu zostaną przybliżone różnice pomiędzy duchowością, religią i wiarą, omówiona zostanie klasyfikacja potrzeb związanych z duchowością oraz scharakteryzowany zostanie kryzys duchowy (*spiritual distress*).

Słowa kluczowe: opieka duchowa, potrzeby duchowe, duchowość.

Abstract

More and more healthcare systems recognise the need of spiritual care for patients. Being aware that each person has a unique spirituality enables medical workers to support them irrespective of their declared religion. However, there is some difficulty in recognising problems concerning spirituality because of its non-empirical character. The aim of the following article is to help medical professionals to identify the spiritual needs of patients. For this purpose, differences between spirituality, religion, and faith are discussed, classification of spiritual needs is proposed, and the term “spiritual distress” is characterised.

Key words: spiritual care, spiritual needs, spirituality.

Adres do korespondencji

lek. Maciej W. Klimasiński, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Miejski im. F. Raszei, ul. Mickiewicza 2, 60-834 Poznań, e-mail: klimasinski@gmail.com

WSTĘP

Wielu klinicystów usłyszało zapewne od pacjenta: „Doktorze, dlaczego mnie to spotkało, dlaczego muszę tak chorować? Za co Pan Bóg mnie tak pokarał?” [1, 2]. Na takie pytanie lekarz może odpowiedzieć po prostu: „Nie wiem, pomówmy lepiej o tym, jakie mamy opcje leczenia”. Jeżeli zdobędzie się jednak na uprzejmość i troskę, może zareagować inaczej: „Widzę, że jest Pan rozgoryczony, że ma Pan dosyć swojej choroby. Czy chciałby Pan o tym porozmawiać?” [1].

W ostatnich latach w europejskich systemach ochrony zdrowia zaczęto rozpoznawać potrzebę opieki duchowej nad pacjentem [3–5]. Badania an-

kietowe dowodzą, że pacjenci rzeczywiście oczekują od pracowników medycznych, aby zapewniali im całościową opiekę, a więc taką, która nie pomija duchowości [6]. Wydaje się, że współczesna medycyna ma pewną trudność w rozpoznawaniu problemów związanych z tą sferą życia człowieka [1, 7]. Różnice w rozumieniu, czym jest duchowość oraz jakie są jej składniki, utrudniają identyfikację, ocenę i odpowiedź na potrzeby pacjentów [6]. Definicje duchowości okazują się bardzo zróżnicowane i tajemnicze [8, 9]. W niektórych z nich nie ma odniesienia do „siły wyższej”, a inne identyfikują Boga jako źródło życia, pokoju i inspiracji [9]. Wyjaśnienie trudnych terminów może stanowić punkt wyjścia do wdrażania opieki duchowej w medycynie [10]. Poniższy ar-

tykuł ma zatem za zadanie przybliżyć problematykę potrzeb duchowych odczuwanych przez pacjentów.

PACJENCI NIE ZAWSZE TRAKTOWANI JAK OSOBY

Cierpienie człowieka to nie tylko jego dolegliwości fizyczne [2]. Utrata zdrowia to fakt, który ma odbicie w życiu rodzinnym, zawodowym, społecznym, a także duchowym [11–15]. Nagłe ciężkie zachorowanie to „wyrzucenie” z bezpiecznej strefy komfortu do nieznanego i przerażającego świata choroby. Przewlekłe schorzenia to świadomość niemożliwości definitywnego wyleczenia, a jedynie kontrolowania objawów za pomocą leków. Obie sytuacje często wiążą się z koniecznością zmiany priorytetów, zrewidowania myślenia i potrzebą odpowiedzi na fundamentalne pytania [13, 15–20]. W takim momencie pomocna jest obecność drugiej osoby potrafiącej słuchać i przynosić nadzieję [2, 7, 11, 14, 17, 21]. Pod tym względem wizyta u lekarza niekiedy budzi rozczarowanie. Zdarza się, że chorzy mają poczucie, że traktuje się ich bezosobowo, jak pacjentów, dbając głównie o procedury medyczne [9, 22]. Taka nieumiejętność spojrzenia na pacjenta jak na drugiego człowieka, może stać się powodem dodatkowego cierpienia [23, 24]. Jest to paradoks i cichy skandal, gdyż priorytetowym zadaniem medycyny jest przyzosczenie ulgi w bólu, a nie jego nasilanie [25]. Postawa pracownika medycznego skoncentrowanego na dokumentacji medycznej może wywołać u chorego upokarzające poczucie wstydu i zdegradowania do bycia problemem, który trzeba rozwiązać [13]. Podobny efekt wywoła dystansowanie się lekarza, który wyczerpał wszystkie techniczne możliwości pomocy umierającemu pacjentowi [19].

Współczesna medycyna ma jednak wiele argumentów na swoje usprawiedliwienie, koncentruje się przede wszystkim na diagnozowaniu i leczeniu, *de facto* na rozwiązywaniu problemów [2]. W programach nauczania studiów medycznych rzadko jest miejsce na inne niż fizyczne rozumienie cierpienia [2]. W Polsce po studiach młody lekarz może wybrać ścieżkę specjalizacji aż w 78 dziedzinach medycyny [26]. Specjalistyczne spojrzenie bywa jednak krótkowzroczne, a w jego polu widzenia nie mieści się pacjent jako całość, tylko jego wybrana część [27]. Powszechnie praktykowana jest biomedycyna, która z chłodnym dystansem jednolitych formularzy numeruje kolejne przypadki kliniczne, naprawia i wymienia zepsute organy niczym mechanik samochodowy [7, 28]. Obecnie coraz częściej nie rozmawia się z chorym, lecz informuje się go o jego przypadłości, rokowaniu, możliwości śmierci [19]. W granicach ekonomicznego rozsądku pacjenci przyporządkowani są do jednolitych grup.

Obecność, troska, wsparcie i rada w rzeczywistości usługodawców i świadczeniobiorców są właściwie bezwartościowe [29]. W obliczu niezaspokojonych potrzeb pacjenci coraz częściej korzystają z pomocy tzw. medycyny alternatywnej (homeopatii, bioenergoterapii czy innych), która daje poczucie troski o człowieka jako całość [30, 31].

W naukowym podejściu do medycyny fundament stanowią dowody i fakty, aktualizowane przez grono lekarzy naukowców, będących niekiedy daleko od pacjenta. Mimo że niewątpliwie postęp medycyny przynosi wiele dobra, wyraźnie widać, że takie podejście ma się nijak do duszy człowieka [15, 29, 31]. W tych wąskich podziałach i szczegółowych wytycznych sztuka medyczna zostaje zredukowana do rzemiosła, staje się małoduszna [14]. Oczywiście głębia egzystencjalna osoby ludzkiej nie jest czymś, co można łatwo zrozumieć i opisać naukowo [32], ale brak perspektywy transcendentnej może przytłoczyć chorego bezsilnością i zwątpieniem. Taka medycyna za profesjonalne będzie uważała jedynie podejście farmakologiczne, w którym lęki i niepokoje chorych są uśmierzane powierzchownie i na krótko [29]. Pacjentowi nieuleczalnie choremu będzie miała do zaproponowania niewiele ponad ucieczkę przed cierpieniem poprzez eutanazję [23].

DUCHOWOŚĆ, RELIGIJNOŚĆ, WIARA

Potrzeby duchowe pacjentów są często marginalizowane przez personel medyczny [2], który utożsamia je z praktykami religijnymi i pozostawia na wyłączność kapelanom szpitalnym [7]. Duchowość, dawniej określana jako życie wewnętrzne, budzi wiele skojarzeń: kościół, ezoteryka, wywoływanie duchów, medytacje, psychoterapia. Jeśli jednak włoży się wszystko, co nadnaturalne, do tego samego worka – dojdzie się do obojętności, która prowadzi do wynaturzenia duchowości i jej zaniku [33]. Aby usystematyzować to pojęcie, należałoby przeciwstawić je cielesności [33]. Można powiedzieć, że duchowość jest tą ważną częścią życia, której nie widać, która przekracza zjawiska zmysłowe [12, 15, 17, 22, 34, 35]. Wyraża się w wewnętrznej potrzebie wzrastania i przemiany, ukierunkowania swojego życia poprzez realizację ideałów, dążenie do szczęścia, poszukiwanie *sacrum* [9, 11, 12, 31, 32, 36]. Potrzeba znalezienia znaczenia i sensu nasila się w obliczu cierpienia, stąd związek medycyny z egzystencjalizmem, antropologią, humanizmem [7, 11, 12, 31, 32].

Duchowość odnosi się zarówno do osi wartościowej (postawy wobec transcendencji, czegoś lub kogoś potężniejszego od człowieka, wiecznego, kosmicznego), jak i horyzontalnej (relacja z drugim człowiekiem) [2, 9, 12, 15, 22, 31, 32, 36–38]. Wiara to natomiast uznawanie transcendentnej siły lub

istoty, na których istnienie nie ma dowodów. Często jest fundamentem, na którym osoby wierzące budują swoje życie. Oddając jej kontrolę nad swoją egzystencją, nadają sens różnym wydarzeniom [39]. Osoby niewierzące mogą doświadczać duchowości np. poprzez obcowanie z naturą lub sztuką [16, 32].

Duchowość może, ale nie musi, być związana z religią [34, 40, 41], czyli zorganizowanym systemem wierzeń i praktyk, które podziela jakaś społeczność [1, 42, 43]. Religijność to usystematyzowane doświadczenia duchowe, skodyfikowane w zbiór prawd wiary, norm, praw i obowiązków z nich wynikających [35]. Zadaniem grupy religijnej jest pomaganie swoim członkom w rozumieniu i zgłębianiu danej doktryny, liturgii i rytów. Współwyznawcy są wobec siebie solidarni i zazwyczaj udzielają sobie nawzajem wsparcia materialnego i duchowego. Ludzie często określają swoje doświadczenia z organizacjami religijnymi jako skrajnie pozytywne lub skrajnie negatywne [32]. Większość religii zawiera treści związane z sensem cierpienia [2, 32, 42] oraz dodawaniem otuchy cierpiącemu człowiekowi [42]. Przykładowo, Kościół katolicki interpretuje cierpienie m.in. jako okazję do okazania miłosierdzia drugiemu człowiekowi [2, 44] oraz uznaje możliwość ofiarowania go Bogu w intencji innych ludzi (podobnie jak ofiarowuje się modlitwę czy post) [35, 45, 46]. Dzięki temu pacjent może wyjść z biernej roli biednego, któremu wszyscy muszą pomagać, i podjąć „niezastąpioną służbę”, przyczyniając się do zbawienia innych ludzi [47, 48].

Duchowość wpływa na to, jak pacjenci postrzegają swoją chorobę [49, 50]. Jeśli chory otrzyma odpowiednie wsparcie, może negatywne doświadczenie cierpienia przepracować w mające potencjalnie pozytywną wartość (tzw. potraumatyczny wzrost) [12, 20, 21, 42, 51, 52]. Niektóre osoby mówią o swojej chorobie jako o błogosławieństwie czy przebudzeniu duchowym [20, 52, 53]. Może ona być okazją do przewartościowania swojego życia, wprowadzenia zmian (powrót do niektórych relacji lub zerwanie innych, podjęcie nowej pracy, innego stylu życia) [19, 20, 21, 42]. Cierpiący człowiek nabiera dojrzałości, staje się bardziej współczujący, cierpliwy, wytrwały, uczy się lepiej radzić sobie z problemami, trudnymi emocjami [20]. Uczy się odróżniać rzeczy ważne od mniej ważnych, mądre od głupich, gdyż tracąc oparcie w doczesności, patrzy niejako z perspektywy wieczności [2, 17, 21, 52]. Pacjenci zmuszeni do poddania się poważnym zabiegom medycznym po pewnym czasie mogą nabrać przekonania, że zostali wybrani, aby doświadczyć tego z jakiegoś powodu [20, 54].

Konfrontacja z tą sferą jest doświadczeniem uniwersalnym i nieuniknionym zarówno dla ludzi wierzących, jak i niewierzących [1, 2, 4, 7, 27, 32, 35, 42, 55–57]. Pomimo znacznego rozróżnienia pomiędzy

duchowością a konkretną religią w Polsce opieka duchowa nad chorymi jest w większości przypadków sprawowana przez duchownego katolickiego. Jednak w ciągu ostatnich kilkunastu lat pod wpływem przeobrażeń społecznych i co za tym idzie, oczekiwań pacjentów, zaczęto brać pod uwagę duchowość również osób o innym wyznaniu czy ateistów [37]. Część potrzeb duchowych jest całkowicie wyjęta z kontekstu religijnego i dlatego trudno dostępna posłudze księdza [58].

KLASYFIKACJA POTRZEB DUCHOWYCH

Niektóre z niżej wymienionych potrzeb znajdują się również w kręgu zainteresowań psychologii oraz socjologii. Zniechęcenie, przygnębienie, rozpacz, lęk, bunt to emocje, które towarzyszą chorobie. Jeśli przebiegają patologicznie, można nazwać je dysfunkcjami psychicznymi [39, 59]. Pragnienie bliskości i ciepłej, pełnej zrozumienia obecności drugiego człowieka można traktować jako potrzebę społeczną [39]. Wzmocniona potrzeba akceptacji i kontaktu z otoczeniem, wygórowane wymagania stawiane otoczeniu, nieuzasadnione poczucie doznanej krzywdy, niechęć do jakichkolwiek form pomocy, obawy przed rozbięciem rodziny, utraty pracy i perspektyw zawodowych to z pewnością zakłócenia dotyczące sfery życia społecznego [59]. Nieuporządkowane doświadczenia religijne mogą być chorobliwe, a jeżeli staną się podłożem psychozy, sklasyfikuje je psychiatria. Natomiast przeżyć duchowych nie można sprowadzić do problemów psychospołecznych, gdyż nie są wytworem wyobraźni, ale rzeczywistymi, głębokimi rozterkami egzystencjalnymi [60]. Potrzeby duchowe, o których pisały osoby związane z medycyną oraz duchowością z różnych części świata, można podzielić na cztery kategorie zaproponowane przez Bussinga [7] (tab. 1). Usystematyzowanie potrzeb duchowych ułatwia zwracanie uwagi na nie przez personel oraz umożliwia prowadzenie badań ankietowych wśród pacjentów [1].

DYSTRES DUCHOWY

Poniżej wymienione trudności są często bardzo bolesne [12, 58] i mogą doprowadzić do dezintegracji człowieka, rozpacz [16, 17]. W ostatnich latach w literaturze międzynarodowej pojawiło się pojęcie *spiritual distress*, które można przetłumaczyć jako kryzys duchowy, udręczenie egzystencjalne. Taki stan pojawia się, gdy pacjent w obliczu ciężkiej choroby lub zbliżającej się śmierci nie jest w stanie odnaleźć żadnego źródła sensu, nadziei, pokoju, nie czuje miłości, przynależności. Czuje złość, obwinia siebie za to, że pojawiła się choroba lub ma poczucie

Tabela 1. Klasyfikacja potrzeb duchowych

| Sens, znaczenie | | | |
|---|--|---|---|
| Potrzeba duchowa | Przejawy jej niezaspokojenia | Przykład | Piśmiennictwo |
| potrzeba sensu życia | poczucie pustki i bezsensowności zdarzeń | Dlaczego mnie to spotkało? Moje życie do niczego już nie prowadzi | [2, 7, 8, 11, 12, 16–18, 34, 58, 59, 72, 73–77] |
| potrzeba wolności, niezależności | poczucie braku wpływu na bieg zdarzeń, możliwości podejmowania decyzji o sobie | Jestem w niewoli choroby, nie mogę już zrobić niczego tak, jak sobie zaplanowałam | [2, 8, 11, 17, 19, 42, 73, 74, 77, 78] |
| potrzeba prawdy | poczucie nieposzanowania godności człowieka, jego prawa do uzyskania informacji | Chcę wiedzieć, jak będzie przebiegać moja choroba, nikt nie chce mi tego powiedzieć | [11, 19, 38, 60, 76, 77, 78] |
| potrzeba własnej tożsamości | poczucie utraty własnego ja, zaburzony obraz siebie | Nie mogę chodzić, nie będę już mógł pracować, jestem do niczego | [7, 19, 73, 74] |
| potrzeba dokonania bilansu swojego życia | poczucie braku uporządkowania swoich spraw, braku zrozumienia historii swojego życia | Czy dobrze przeżyłem swoje życie? Dlaczego tyle czasu poświęcałem pracy zamiast moim bliskim? | [7, 8, 17, 18, 38, 58, 78, 79] |
| Równowaga wewnętrzna | | | |
| Potrzeba duchowa | Przejawy jej niezaspokojenia | Przykład | Piśmiennictwo |
| potrzeba pokoju wewnętrznego | smutek, roztrzęsienie, rozkojarzenie | Nie wiem, co się ze mną dzieje, nie mogę odnaleźć spokoju, potrzebuję chwili ciszy | [7, 11, 17, 32, 58, 62, 72] |
| potrzeba bezpieczeństwa | poczucie lęku, zagrożenia, trwogi | Czuję, że w szpitalu spotkają mnie ból, nieprzychylny komentarze | [7, 17, 32] |
| potrzeba piękna | poczucie brzydoty otaczającego świata, chorego ciała | Dawno nie widziałem niczego, co by mnie zachwycało. Czy już nigdy nie zobaczę zachodu słońca? | [7, 60, 76, 78] |
| potrzeba nadziei | brak możliwości znalezienia źródła nadziei | Czy kiedykolwiek będę zdrowy? Czy mam szansę czuć się dobrze? | [7, 12, 16, 32, 38, 60, 72, 73] |
| potrzeba przygotowania się do tego, co nastąpi | lęk przed przyszłością | Jak będę wyglądał po operacji? Czy moja rodzina będzie o mnie pamiętać po śmierci? | [7, 19, 38, 73] |
| potrzeba bogactwa doświadczeń | poczucie straty, ograniczoności | Moje życie już nigdy nie będzie takie samo, już zawsze będę uwięziony chorobą | [7, 77, 79] |
| potrzeba życia zgodnie ze swoimi przekonaniami | poczucie postępowania niezgodnie z wyznawanymi wartościami | Przetaczanie krwi jest dla mnie niedopuszczalne, a lekarze nalegają | [16, 17, 80] |
| Transcendencja | | | |
| Potrzeba duchowa | Przejawy jej niezaspokojenia | Przykład | Piśmiennictwo |
| potrzeba wiary w wyższą siłę | poczucie, że nie ma nic więcej poza tym, co widać, negacja dotychczas wyznawanych wartości | Czy Bóg istnieje? Czy jest dobry? Czy mi pomoże? | [2, 7, 11, 13, 16, 17, 18, 59, 72–74] |
| potrzeba wiary w życie wieczne | poczucie, że śmierć to koniec istnienia | Nie chcę umierać, boję się, że po drugiej stronie jest pustka | [2, 11, 16, 17, 57] |
| potrzeba medytacji, modlitwy, kontaktu z Bogiem | poczucie oddalenia, porzucenia | Bóg mnie opuścił, nie obchodzi Go moje cierpienie | [7, 8, 11, 15–17, 60, 62, 73, 77–79] |

Tabela 1. Cd.

| Transcendencja | | | |
|--|--|---|---|
| Potrzeba duchowa | Przejawy jej niezaspokożenia | Przykład | Piśmiennictwo |
| potrzeba sensu cierpienia | brak akceptacji cierpienia jako elementu historii życia | Dlaczego akurat mnie to spotkało? | [8, 16, 59, 77] |
| potrzeba ostatecznej sprawiedliwości | wstyd, poczucie winy za grzechy | Bóg mnie pokarał za to, co zrobiłem | [7, 16, 58, 73] |
| potrzeba Bożej interwencji, opieki | złość, rozgoryczenie, pretensje do Boga, targowanie się | Dlaczego Bóg nie spełnia mojej prośby, skoro byłem Mu wierny przez całe życie? | [18, 57, 59, 73, 74] |
| potrzeba rytuałów religijnych | brak możliwości wyrażenia wdzięczności, skruchy, przyjęcia sakramentów | Chciałbym iść na mszę św., pojechać do Częstochowy, śpiewać psalmy | [7, 11, 12, 73, 77, 78] |
| Relacje | | | |
| Potrzeba duchowa | Przejawy jej niezaspokożenia | Przykład | Piśmiennictwo |
| potrzeba, bliskości drugiego człowieka | poczucie osamotnienia, braku pocieszenia | Rodzina się ode mnie odsunęła, nikt mnie nie rozumie poza innymi pacjentami | [2, 7, 11–13, 15–17, 32, 37, 57, 58, 73, 77–79] |
| potrzeba miłości | poczucie odrzucenia | Czy ktoś mnie jeszcze kocha? | [2, 16, 32, 75, 78, 79] |
| potrzeba komunikacji | poczucie, że nikt nie chce się zatrzymać, wysłuchać | Lekarz nie ma dla mnie czasu, a rodzina nie wie, co powiedzieć | [2, 7, 17, 19, 77] |
| potrzeba bycia pomocnym, potrzebnym | poczucie winy, że jest się ciężarem dla innych | Czuję się bezużyteczny, byłoby lepiej, gdybym umarł jak najszybciej | [2, 58, 73, 78, 79] |
| potrzeba bycia prowadzonym | brak osoby odpowiedzialnej za proces leczenia czy formację duchową | Mam wrażenie, że codziennie bada mnie inny lekarz. Sam muszę radzić sobie z chorobą | [7, 17, 37] |
| potrzeba przebaczenia, pojednania się | poczucie nienaprawionej krzywdy | Nie mogę wybaczyć lekarzowi, który źle mnie potraktował. Chciałbym przed śmiercią pojednać się z bratem | [2, 4, 7, 13, 14, 16, 17, 34, 57, 62, 73] |

niesprawiedliwości i wciąż pyta: „dlaczego ja?” [61]. Czuje się oddzielony od Boga lub przeżywa istotny konflikt między tym, w co wierzy, a tym czego doświadcza [17, 32, 39, 40, 62]. Coraz więcej badań naukowych dowodzi, że tego rodzaju kryzys może mieć bardzo negatywne skutki dla zdrowia fizycznego i psychicznego [34, 63–65, 67]. Sugeruje się, że brak *compliance*, czyli nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, może być właśnie przejawem takiego dys-tresu [68]. Dla niektórych chorych stan duchowej rozpaczki może nawet stanowić ważniejszy problem niż objawy choroby podstawowej [2, 19, 42]. Nawet 40% pacjentów z nawrotem choroby nowotworowej może przeżywać takie udręczenie [42].

KOMPETENCJE W OPIECE DUCHOWEJ

Odpowiedź na duchowe potrzeby pacjenta, czyli wsparcie duchowe, w gruncie rzeczy nie polega na

podejmowaniu jakichś dodatkowych czynności, tylko na towarzyszeniu, byciu przy chorym, traktowaniu go jak osobę, a nie jak problem [1, 2, 17, 32, 55–58, 68]. Zwykle okazanie troski, współczucia, aktywne słuchanie i rozmowa mogą pomóc pacjentowi, umożliwić znalezienie sensu w tym, co mu się przytrafiło [7, 17, 19, 32, 55, 56, 58]. Taka życzliwa obecność, wbrew pozorom, może wymagać profesjonalnego przygotowania. Umiejętność współpracy z kapłanem oraz wiedza związana z duchowością, religijnością i odmiennościami kulturowymi chorych powinny być włączane w szkolenie osób, które sprawują nad nimi opiekę [4, 6, 8, 39]. Przykładowo, pracownicy medyczni powinni wiedzieć, jak zachować się w sytuacji, kiedy pacjent wierzący widzi przed śmiercią bliskich zmarłych lub Jezusa. Ponieważ trudno jednoznacznie ustalić, czy jest to rzeczywiste spotkanie czy wytwór wyobraźni, zaleca się, aby nie negować ich obecności przy chorym [60].

Lekarz powinien mieć świadomość, że w obliczu zbliżającej się śmierci konflikty z bliskimi lub z własnym sumieniem nabierają powagi i wymagają weryfikacji. Wiele osób zastanawia się, w jaki sposób zostanie zapamiętanych, może prosić o kontakt z członkami rodzin, z którymi od dawna się nie widziało [13, 18]. Ludzie wierzący, mający poczucie odpowiedzialności za swoje czyny przed Bogiem, często pragną odbyć przed śmiercią spowiedź [17]. Dla wielu pacjentów w cierpieniu duchowym pomocne będzie odnalezienie w sobie wewnętrznego źródła siły poprzez modlitwę, uczestnictwo w nabożeństwach [6, 41]. Dostęp do tych „czynności duchowych” powinien zatem być zapewniony przez pracowników szpitala.

WNIOSKI

Ogólne wsparcie duchowe może być udzielone przez każdego [32]. Pacjent borykający się z życiowym kryzysem, odczuwający potrzebę wsparcia powinien je otrzymać od osób zajmujących się udzielaniem pomocy medycznej [41]. Dlatego lekarz, bez względu na własne przekonania religijne, powinien podczas leczenia wziąć pod uwagę duchowy aspekt życia osoby chorej przewlekle czy terminalnie i dowiedzieć się, jak radzi sobie ona z chorobą [1, 69]. Świadomość, że każdy człowiek ma swoją indywidualną i wyjątkową duchowość, umożliwia udzielenie wsparcia w tym względzie każdemu napotkanemu człowiekowi bez względu na deklarowane przez niego wyznanie [17]. Takie spotkania mogą sprawić, że pacjent na nowo odkryje własne wewnętrzne zasoby siły do walki z chorobą czy będzie w stanie zaakceptować sytuację, w której się znalazł [1, 6, 36, 70]. Ta akceptacja nie jest biernym poddaniem się, ale aktywnym docenieniem rzeczywistości, historii swojego życia. Może to przyspieszyć czy wręcz umożliwić proces zdrowienia [7, 31]. Lekarz może mieć obawę, że jego relacja z pacjentem, szczególnie umierającym, będzie obciążająca [2]. Jeżeli w trakcie rozmowy poruszone będą kwestie natury teologicznej, należy pacjenta skierować do profesjonalisty w tej dziedzinie – kapelana szpitalnego. Jest on także jedyną osobą odpowiedzialną za udzielanie sakramentów, o które proszą religijni chorzy [1, 32, 55, 56].

Oczywiście niektórzy pacjenci nie będą w stanie lub nie będą chcieli rozmawiać o tej sferze życia. Jednakże z pewnością odniosą korzyść z poświęconego im czasu i okazanego współczucia [19]. Nawiązanie relacji z kimś, kto zechce ich autentycznie wspierać w tych trudnych chwilach, jest pierwszym krokiem do odzyskania wewnętrznego spokoju [7, 32, 38]. Victor Frankl pisał, że człowiek nie jest niszczone przez samo cierpienie, ale dopiero przez cierpienie pozbawione sensu [71]. Dlatego tak niebywale waż-

ne jest dostrzeżenie pod jego destrukcyjną maską także szansy na rozwój wewnętrzny. Gdy stajemy wobec duchowości drugiego człowieka, tego, w jaki sposób widzi świat, zaczynamy uprawiać sztukę medyczną pełną współczucia [12, 40]. Nie każdą chorobę da się wyleczyć, często lekarz jedynie zmniejsza jej objawy, ale wesprzeć pacjenta można zawsze [2, 24]. Zatem sama obecność przy chorym jest pierwszym zabiegiem medycznym, który należy zastosować [72].

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Sulmasy DP. Addressing the religious and spiritual needs of dying patients. *West J Med* 2001; 175: 251-254.
2. Byock IR. The nature of suffering and the nature of opportunity at the end of life. *Clin Geriatr Med* 1996; 12: 237-252.
3. Steinmann RM, Spirituality – the Fourth Dimension of Health. A new Public Health Perspective, Swiss Health Promotion (wykład wygłoszony podczas European Conference on Religion, Spirituality and Health 2008).
4. End of life care strategy – promoting high quality care for all adults at the end of life. London: Department of Health 2008.
5. Leget C. Implementing spiritual care at the end of life: the Netherlands Hayward Medical Communications 2012.
6. Klimasiński MW, Płocka M, Neumann-Klimasińska N, Pawlikowski J. Czy lekarz powinien udzielać wsparcia duchowego swoim pacjentom? *Przegląd badań. Med Prakt* 2017; 3: 128-133.
7. Büssing A, Koenig HG. Spiritual Needs of patients with chronic diseases. *Religions* 2010; 1: 18-27.
8. Łuczak J. Kapelan Szpitalny – oczekiwania personelu medycznego. W: Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorym – zapis konferencji, Łagiewniki 14 marca 2009 r., *Medycyna Praktyczna, Kraków* 2009.
9. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus. *J Palliat Med* 2014; 17: 642-656.
10. MacLaren J. A kaleidoscope of understandings: spiritual nursing in a multi-faith society. *J Clin Nurs* 2004; 45: 457-464.
11. Babicz A, Grabowicz S (red.). *Duszpasterstwo w stylu św. Jana Bożego. Zakon Szpitalny św. Jana Bożego Komisja Generalna ds. Duszpasterstwa, Rzym* 2012.
12. Johnston-Taylor E. *Co powiedzieć? WAM, Kraków* 2008.
13. Pawlak Z. Opieka duchowa w terminalnej fazie choroby. W: *Nowa Medycyna – Ból i Opieka Paliatywna II*. Dostępne na: www.borgis.pl/czytelnia/nm bol/22.php.
14. Szałata K. Humanizacja działań medycznych a obecność kapelana przy chorym. W: *Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorym – zapis konferencji. Łagiewniki 14 marca 2009 r. Medycyna Praktyczna, Kraków* 2009.
15. Kromolicka B. Holistyczny charakter opieki nad przewlekle i terminalnie chorymi. W: *Przewlekle chory w domu. Krakowiak P (red.). Fundacja Hospicyjna, Gdańsk* 2011.
16. Puchalski CM. Integrating spirituality into patient care: an essential element of person-centered care. *Pol Arch Med Wewn* 2013; 123: 491-497.
17. Uchmanowicz E. Potrzeby duchowe i wsparcie psychologiczne ludzi będących u kresu życia w kontekście opieki hospicyjnej. *Piel Zdr Publ* 2012; 1,2: 67-72.
18. Pawlak Z. *Opieka paliatywna. W: Choroby wewnętrzne. Tom 2. Szczeklik A. Medycyna Praktyczna, Kraków* 2006.

19. McCormick TR, Conley BJ. Patients' Perspectives on Dying and on the Care of Dying Patients, In *Caring for Patients at the end of Life* [Special Issue]. *West J Med* 1995; 163: 236-243.
20. Park C. Meaning, spirituality, and health. *Rev Pistis Prax Teol Pastor Curitiba* 2014; 6: 17-31.
21. Biesaga T. Choroba – krytyczny moment w relacji między Bogiem i człowiekiem. W: *Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorym – zapis konferencji*. Łągowniki 14 marca 2009 r., *Medycyna Praktyczna, Kraków* 2009.
22. Sajja A, Puchalski C. Healing in modern medicine. *Ann Palliat Med* 2017; 6: 206-210.
23. Donaj M. Obawy i nadzieje kapelana szpitalnego. W: *Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorym – zapis konferencji*. Łągowniki 14 marca 2009 r., *Medycyna Praktyczna, Kraków* 2009.
24. Koenig HG. Religion, Spirituality, and Medicine: Application to Clinical Practice. *JAMA* 2000; 284: 13.
25. Kodeks Etyki Lekarskiej (tekst jednolity z dnia 2.01.2004 r., część ogólna, artykuł 2, punkt 1).
26. <https://www.cmkp.edu.pl/ksztalcenie/studia-specjalizacyjne-lekarzy/programy-specjalizacji-lekarskich/modulowe-programy-specjalizacji/> (dostęp 14.10.2017).
27. Babicz A, Grabowicz S (red.). *Duszpasterstwo w stylu św. Jana Bożego*. Zakon Szpitalny św. Jana Bożego Komisja Generalna ds. Duszpasterstwa, Rzym 2012.
28. Barragan JL. Tożsamość lekarza katolickiego. W: *Dolentium Hominum*. Muszala A, Binnebesel J, Krakowiak P, Krobicki M (red.). *Prowincja Polska Zakonu Szpitalnego św. Jana Bożego, Kraków* 2011; 129-147.
29. Hołub G. Etyczna problematyka chorób przewlekłych. W: *Dolentium Hominum*. Muszala A, Binnebesel J, Krakowiak P, Krobicki M (red.). *Prowincja Polska Zakonu Szpitalnego św. Jana Bożego, Kraków* 2011; 413-420.
30. <http://dyskusja.biz/biznes/ukryte-terapię-czy-ukryte-sciemy-czyli-jak-szarlatani-zarabiaja-miliony-59501> (dostęp 14.10.2017).
31. Post SG, Puchalski CM, Larson DB. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. *Ann Inter Med* 2000; 132: 578-583.
32. 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.
33. Chmielewski M. Współczesna wieloznaczność duchowości, odczyt wygłoszony podczas konferencji pt. „Wiara i Miłość wobec bólu duszy”. Katowice, Uniwersytet Śląski, Wydział Teologiczny, 18.02.2014 r.
34. Światowa Organizacja Zdrowia. Leczenie bólu w chorobach nowotworowych i opieka paliatywna. *World Health Organization, Genewa* 1990 (Zbiór raportów technicznych 804).
35. Krakowiak P. Duchowo-religijna opieka nad przewlekle chorym i jego bliskimi. W: *Przewlekle chory w domu*. Krakowiak P, Krzyżanowski D, Modlińska A (red.). *Fundacja Hospicyjna, Gdańsk* 2011.
36. Koenig H. *Medicine, Religion and Health*. Templeton Press 2008; 14-19.
37. van Leeuwen RR, Tiesinga LJ, Jochemsen H, Post D. Aspects of spirituality concerning illness. *Scand J Caring Sci* 2007; 21: 482-489.
38. de Walden-Gałuszko K. Jak skutecznie pomagać chorym umierającym – problemy wsparcia psychologicznego. *Nowa Medycyna* 2004; 2.
39. Dyess S. Faith: A concept analysis. *J Adv Nurs* 2011; 67: 2723-2731.
40. Pronk K. Role of the doctor in relieving spiritual distress at the end of life. *Am J Hosp Palliat Care* 2005; 22: 419.
41. Krakowiak P, Fopka-Kowalczyk M. Włączanie wymiaru duchowego w działania pracowników socjalnych przez adaptację narzędzia do badania potrzeb duchowych FICA. W: *Praca socjalna wobec wyzwań współczesności*. Bojanowska E, Kawińska M (red.). Tom 1. *Wydawnictwo Kontrast, Warszawa* 2015.
42. Puchalski CM. Spirituality in the cancer trajectory. *Ann Oncol* 2012; 23 (Suppl 3): iii49-iii55.
43. Koenig H. *Medicine, Religion and Health*. Templeton Press 2008; 11.
44. Jan Paweł II. *List Apostolski Salvifici Doloris*, 7. Miłosierny Samarytanin; pkt 30.
45. *Katechizm Kościoła Katolickiego, Kanon* 1522.
46. Jan Paweł II. *List Apostolski Salvifici Doloris*, 6. Ewangelia cierpienia; pkt 27.
47. Codou M. *Niewidzialny Klasztor Jana Pawła II. Flos Carmeli*, Poznań 2010; 42-61.
48. *Katechizm Kościoła Katolickiego, Kanon* 1521.
49. Büsing, A, Kopf A, Janko A i wsp. Psychosocial and spiritual needs of patients with chronic pain conditions. Presentation at the American Academy of Pain Medicine's 27th Annual Meeting, Washington, DC, USA, 24-27 March 2011.
50. Renz M, Mao MS, Omlin A i wsp. Spiritual experiences of transcendence in patients with advanced cancer. *Am J Hosp Palliat Care* 2015; 32: 178-88.
51. Jan Paweł II. *List Apostolski Salvifici Doloris*, 7. Miłosierny Samarytanin; pkt 29.
52. Idler EL. Religion, health, and nonphysical senses of self. *Social Forces* 1995; 74: 683-704.
53. Mistretta EG. Spirituality in young adults with end-stage cancer: a review of the literature and a call for research. *Ann Palliat Med* 2017; 6: 279-283.
54. Ragsdale JR, Hegner MA, Mueller M i wsp. Identifying religious and/or spiritual perspectives of adolescents and young adults receiving blood and marrow transplants: a prospective qualitative study. *Biol Blood Marrow Transplant* 2014; 20: 1242-1247.
55. Baldacchino DR. Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: the content and teaching methods. *Nurse Educ Today* 2008; 28: 550-562.
56. Baldacchino DR. Competencies for Spiritual Care. Wykład wygłoszony podczas European Conference on Religion, Spirituality and Health 2008.
57. Amy LA. *Spiritual Well-Being, Spiritual Growth, and Spiritual Care for the Aged: A Cross-Faith and Interdisciplinary Effort*. *J Relig Gerontol* 2000; 11: 3-28.
58. Saunders C. Spiritual pain. *J Palliat Care* 1988; 4: 29-32.
59. Osińska K. *Twórcza obecność chorych*. PAX, Warszawa 1980; 23-25.
60. Bartoszek A. *Opieka duchowa w opiece paliatywnej*. W: *Medycyna paliatywna*. de Walden-Gałuszko K, Ciałkowska-Rysz A (red.). *Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa* 2015.
61. Bhatnagar S, Gielen J, Satija A i wsp. Signs of spiritual distress and its implications for practice in Indian palliative care. *Ind J Palliat Care Year* 2017; 23: 306-311.
62. Reed P. The re-enchantment of health care: a paradigm of spirituality. W: Cobb M, Robshaw V. *The Spiritual Challenge of Health Care*. Churchill Livingstone, Edinburgh 1998; 35-55.
63. Hui D, de la Cruz M, Thorney i wsp. The frequency and correlates of spiritual distress among patients with advanced cancer admitted to an acute palliative care unit. *Am J Hosp Palliat Med* 2011; 28: 264-270.
64. Fitchett G, Risk JL. Screening for spiritual struggle. *J Pastoral Care Counseling* 2009; 63: 1-2.
65. Smucker C. A phenomenological description of the experience of spiritual distress. *Nurs Diagn* 1996; 7: 81-91 [Published erratum appears in *Nurs Diagn* 1996; 7: 115].
66. Krause N, Pargament KI, Hill PC i wsp. Exploring the relationships among age, spiritual struggles, and health. *J Relig Spirit Aging* 2017; 29: 266-285.

67. Cobb M. Assessing spiritual needs: an examination of practice. W: *The Spiritual Challenge of Health Care*. Cobb M, Robshaw V. Churchill Livingstone, Edinburgh 1998; 105-118.
68. Religious and Spiritual Care of Patients – Best Practice Guidelines and Faith Information Resource, November 2010. Central Manchester University Hospitals NHS Foundation Trust.
69. Puchalski CM. Touching the Spirit: The Essence of Healing. *Spiritual Life* 1999; 45: 154-159.
70. Carlson JE. Do You Want To See The Chaplain? Ensuring a patient's right to pastoral care and spiritual services. *Vision*, May 2002.
71. Frankl VE. Człowiek w poszukiwaniu sensu. Część druga – Podstawy logoterapii, sens cierpienia. Czarna Owca, Warszawa 2011.
72. Karta Pracowników Służby Zdrowia. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Watykan 1995; 117: 96.
73. Selman L, Harding R, Agupio G i wsp. Spiritual care recommendations for people receiving palliative care in sub-Saharan Africa With special reference to South Africa and Uganda. Dostępne na: <https://www.kcl.ac.uk/nursing/departments/cicelysaunders/attachments/Spiritual-care-Africa-Full-report.pdf>.
74. Ryan S. Chaplains Are More Than What Chaplains Do. *Vision*, January 1997.
75. Murray SA, Kendall M, Boyd K i wsp. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: A prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliat Med* 2004; 18: 39-45.
76. de Walden-Galuszko K, Kartacz A. Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005; 219.
77. Mesquita A, Chaves É, Barros G. Spiritual needs of patients with cancer in palliative care: an integrative review. *Curr Opin Support Palliat Care* 2017; 11: 334-340.
78. Hermann C. The degree to which spiritual needs of patients near the end of life are met. *Oncol Nurs Forum* 2007; 34: 70-78.
79. McClintock CH, Lau E, Miller L. Phenotypic Dimensions of Spirituality: Implications for Mental Health in China, India, and the United States. *Front Psychol* 2016; 7: 1600.
80. McCormick TR. Ethical Issues Inherent to Jehovah's Witnesses. *Perioperative Nursing Clinics* 2008; 3: 253-258.