

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Wydział Teologii
Instytut Nauk Teologicznych

mgr lic. Marzena Agata Przeszło
Nr albumu 133020

**Posługa pastoralno-liturgiczna katolików świeckich
wobec chorych w szpitalach w Chicago**

Rozprawa doktorska
przygotowana pod kierunkiem
ks. dr. hab. Piotra Kulbackiego

Lublin 2022

Spis treści

WSTĘP.....	9
ROZDZIAŁ 1. GENEZA POWOŁYWANIA ŚWIECKICH KATOLIKÓW DO POMOCY RELIGIJNEJ W SZPITALACH.....	21
1.1 Początki opieki szpitalnej w Chicago.....	22
1.2 Rozwój opieki w katolickich szpitalach w Chicago.....	23
1.3 Inicjatywa świeckich pomocników pastora Antoniego Boisena.....	28
1.4 Podjęcie opieki religijnej przez świeckich wywodzących się z różnych wyznań chrześcijańskich.....	32
1.5 Podjęcie inicjatywy przez Kościół katolicki.....	35
1.6 Podjęcie inicjatywy przez inne religie.....	38
ROZDZIAŁ 2. ZASADY POSŁUGI ŚWIECKICH KATOLIKÓW W SZPITALACH.....	45
2.1. Zasady wypracowane przez <i>Joint Commission</i>	46
2.2. Znaczenie urzędowego terminu „świecki kapelan”.....	49
2.3. Powstanie i rola <i>National Association of Catholic Chaplains</i>	55
2.4. Przepisy katolickich placówek szpitalnych.....	58
ROZDZIAŁ 3. FORMACJA ŚWIECKICH KATOLIKÓW DO POSŁUGI W SZPITALACH.....	65
3.1. Terminologia dotycząca formacji.....	65
3.2. System szkolenia kandydatów na kapelanów świeckich.....	67
3.3. Program szkolenia <i>Clinical Pastoral Education</i> dla kapelanów świeckich w Chicag.....	77
3.4. Formacja do posługi grupom narodowym.....	82

ROZDZIAŁ 4. FORMY POSŁUGI PASTORALNO-LITURGICZNEJ ŚWIECKICH POMOCNIKÓW DUSZPASTERSKICH.....	91
4.1. Znaczenie wiary w życiu.....	92
4.2. Rola kapelanów świeckich w <i>spiritual assessment</i>	94
4.3. Obrzędy katolickie a inne wyznania.....	99
4.4. Wspólna modlitwa.....	104
4.5. Przygotowanie chorych do przyjęcia sakramentów.....	111
4.6. Udzielanie chrztu.....	114
4.7. Udzielanie Komunii Świętej.....	119
4.8. Przygotowanie do sakramentu pokuty i pojednania.....	126
4.9. Przygotowanie do sakramentu chorych.....	130
4.10. Przygotowanie do zawarcia małżeństwa.....	138
 ROZDZIAŁ 5. INNE FORMY POSŁUGI KAPELANÓW ŚWIECKICH WOBEK MISTERIUM CHOROBY I CIERPIENIA.....	 143
5.1. Rola dokumentu <i>Advance Directive</i>	143
5.2. Inne dokumenty proponowane pacjentom w szpitalach w Chicago.....	151
5.3. Troska o rodzinę pacjenta.....	155
5.4. Duchowe wsparcie i rozmowa.....	163
5.5. Opieka nad umierającymi, paliatywna i hospicyjna.....	168
 ROZDZIAŁ 6. POSTRZEGANIE POSŁUGI KATOLICKICH KAPELANÓW ŚWIECKICH PRZEZ CHORYCH I ICH OTOCZENIE.....	 177
6.1. Wypowiedzi chorych.....	178
6.2. Wypowiedzi rodzin.....	182
6.3. Wypowiedzi personelu medycznego.....	185
6.4. Wypowiedzi kapelanów innych religii.....	187
6.5. Wypowiedzi kapłanów dotyczące współpracy z katolickimi kapelanami.....	190
ZAKOŃCZENIE.....	195
BIBLIOGRAFIA.....	201

Wykaz skrótów

ACPE – *Accreditation Clinical Pastoral Education* (Akredytowana Kliniczna Edukacja Pastoralna).

AMC – *Association of Muslim Chaplains* (Stowarzyszenie Muzułmańskich Kapelanów).

AMHC – *Association of Mental Hospital Chaplains* (Stowarzyszenie Kapelanów Szpitali Psychiatrycznych).

APC – *Association of Professional Chaplains* (Zrzeszenie Profesjonalnych Kapelanów).

APHA – *American Protestant Hospital Association* (Stowarzyszenie Amerykańskich Szpitali Protestantckich).

APHD – *Association of Protestant Hospital Chaplains* (Stowarzyszenie Kapelanów Protestantckich Szpitali).

BCC – *Board Certified Chaplain* (dyplomowany kapelan).

BF – *Breviarum Fidei*. Wybór doktrynalnych wypowiedzi Kościoła. Opr. S. Głowa, I. Bieda. Poznań 1988.

CLAS – *Culturally and linguistically Appropriate Services* (usługi językowe i kulturowe).

CPE – *Clinical Pastoral Education* (kliniczna edukacja pastoralna).

CPE(d) – *Credential Pastoral Education* (Akredytowana Edukacja Pastoralna).

CPR – *Cardiopulmonary Resuscitation* (resuscytacja krążeniowo-oddechowa).

EDK – *To czyńcie na moją pamiątkę. Eucharystia w dokumentach Kościoła*. Opr. J. Miazek. Warszawa 1987.

EdM – Kongregacja Nauki Wiary [i in]. Instrukcja *Ecclesiae de mysterio* (15.07.1997).

EWPSA – *Eucharystia w wypowiedziach papieży i innych dokumentach Stolicy Apostolskiej X w.* Wybór i komentarz. R. Rak. Londyn 1987.

FR – Jan Paweł II. Encyklika *Fides et ratio* (14.09.1998).

JCAHO – *The Joint Commission on Accreditation for Healthcare* (komisja zajmująca się akredytowaniem ośrodków służby zdrowia).

KKK – *Katechizm Kościoła katolickiego.* Poznań 2002.

KL – *Konstytucja o liturgii świętej.* SWD, s. 48-77.

Liturgika I – B. Nadolski. *Tom pierwszy. Liturgika fundamentalna.* Poznań 1989.

Liturgika II – B. Nadolski. *Tom drugi. Liturgia i czas.* Poznań 1991.

Liturgika III – B. Nadolski. *Tom trzeci. Sakramenty. Sakramentalia. Błogosławieństwa.* Poznań 2012.

Liturgika IV – B. Nadolski. *Tom czwarty. Eucharystia.* Poznań 2011.

NACC – *National Association of Catholic Chaplains* (Narodowe Stowarzyszenie Katolickich Kapelanów).

NAJC – *National Association of Jewish Chaplains* (Narodowe Stowarzyszenie Kapelanów Żydowskich).

NCWC – *National Catholic Welfare Conference* (Narodowa Konferencja Katolickiej Opieki Społecznej).

NHO – *National Hospice Organization* (Narodowa Organizacja Hospicyjna).

NHPCO – *National Hospice and Palliative Care Organization* (Narodowa Organizacja Pomocy Hospicyjnej i Paliatywnej).

NHS – *National Health Services* (Narodowa Służba Zdrowia).

OCD – *Obrzędy chrztu dzieci. Dostosowane do zwyczajów diecezji polskich.* Katowice 2004³.

OMH – *Office of Minority Health* (departament zajmujący się medycznymi programami i przepisami).

OWMR – *Ogólne wprowadzenie do Mszału Rzymskiego. W: Mszał Rzymski dla diecezji polskich.* Poznań 2009.

POLST – *Physician Order for Life Sustaining Treatment* (zlecenie lekarskie w sprawie leczenia podtrzymującego życie).

RRT – *Rapid Respond Team* (zespół lekarzy udzielający pomocy choremu przebywającemu w szpitalu, kiedy stan zdrowia pacjenta nagle się pogorszy).

RS – Kongregacja ds. kultu Bożego i dyscypliny sakramentów. Instrukcja *Redemptionis sacramentum* (25.03.2004). Poznań 2004.

SD – Jan Paweł II. List apostolski *Salvifici doloris* (11.02.1984).

SCh – *Sakramenty chorych. Obrzędy i duszpasterstwo*. Katowice 2010².

SWD – Sobór Watykański II. *Konstytucje. Dekrety. Deklaracje*. Tekst polski. Nowe tłumaczenie. Poznań 2002.

UIC – *Univeristy of Illinois at Chicago* (stanowy szpital w Chicago).

WSTĘP

Problem cierpienia i choroby dotyczy człowieka każdej epoki. Pod każdą szerokością geograficzną, niezależnie od pochodzenia, rasy, światopoglądu czy wyznania, cierpienie człowieka zawsze pozostanie tajemnicą, która jest nieodłącznym elementem wpisanym w życie każdego z nas. Bogactwo treści dotyczących choroby i cierpienia zawiera Biblia, ukazując ten problem począwszy od dzieła stworzenia aż po czas rodzenia się Kościoła.

Zwiększona mobilność ludzi i rozwój świata cyfrowego poszerzyły granice. Z jednej strony życie ludzi utożsamia się coraz mniej z określonym i niezmiennym środowiskiem, z drugiej – żyjemy w tak zwanej „globalnej i zbiorowej wiosce”. Kultura cyfrowa nieodwracalnie zmieniła rozumienie przestrzeni, a także język i zachowanie ludzi, zwłaszcza młodszych pokoleń. Co więcej łatwo przewidzieć, że ciągły rozwój technologii jeszcze bardziej zmodyfikuje sposób rozumienia i myślenia człowieka o sobie i życiu społecznym. Szybkość dokonujących się zmian, modyfikacja modeli kulturowych, łatwość poruszania się i szybkość komunikacji zmieniają postrzeganie przestrzeni i czasu¹. Dlatego dzisiaj, mimo postępującej ewolucji technicznej, rozwoju medycyny, opieki społecznej i integracji międzynarodowej, tak ważne są wskazania Kościoła, który uczy, w jaki sposób katolicka służba zdrowia powinna postrzegać duszpasterstwo. Problem zaangażowania świeckich został podjęty na Soborze Watykańskim II, na którym wykazano konieczność zwiększenia zaangażowania świeckich w misję całego Kościoła². W 1975 r. przygotowywano *Dyrektorium o teologicznej i normatywnej współpracy świeckich w ministerialnej posłudze kapłanów*³, które jednak nie ujrzało światła dziennego i pozostało w archiwach Kongregacji.

¹ Por. Kongregacja ds. Duchowieństwa. Instrukcja *Nawrócenie duszpasterskie wspólnoty parafialnej w służbie misji ewangelizacyjnej Kościoła* (29.06.2020) nr 8 s. 16.

² Por. C. Krakowiak. *Teologiczne i normatywne zasady współpracy świeckich w ministerialnej posłudze kapłanów*. „Ruch Biblijny i Liturgiczny” 52 (1999) s. 276.

³ Por. Tamże s. 276-279.

Dopiero w 1997 r. wydana została Instrukcja *Ecclesiae de mysterio*⁴ o niektórych kwestiach dotyczących współpracy wiernych świeckich w ministerialnej posłudze kapłanów, która uwzględnia działalność apostolską wiernych świeckich i ewangelizację w czasach obecnych i przyszłych⁵. Pośród różnych aspektów uczestnictwa w misji Kościoła wiernych, którzy nie przyjęli święceń kapłańskich, instrukcja podkreśla, że Kościół może powierzać świeckim określone funkcje, zwłaszcza w sytuacjach kryzysowych czy podczas zapewniania pomocy, szczególnie w zaspokajaniu potrzeb religijnych i duchowych pacjenta⁶.

Od Soboru Watykańskiego II Kościół nie tylko wzywa świeckich do włączenia się w dzieło ewangelizacji świata, ale wyraża radość z ich coraz większego uczestnictwa, które opiera się na sakramentalnym fundamencie chrztu, bierzmowania, a w niektórych przypadkach także i małżeństwa⁷. Jan Paweł II zwrócił uwagę, że Kościół na mocy Ducha Świętego ma strukturę hierarchiczną, dlatego posługa świeckich musi być rozpatrywana na bazie organicznej i dynamicznej wizji Kościoła. W obecnej sytuacji, kiedy obserwuje się brak kapłanów, istnieje potrzeba zaangażowania wiernych świeckich do współpracy z Kościołem. Jednak zawsze w granicach wyznaczonych przez sakrament, odmiennosc charyzmatów i funkcji pełnionych w Kościele⁸.

Podjęta praca badawcza ma na celu przedstawienie posługi katolickich kapelanów świeckich w sytuacji choroby i cierpienia. Taka posługa jest mało znana w Polsce, natomiast pełni istotną rolę w szpitalach amerykańskich. Autor prowadzący badania ukończył w Polsce studia na Wydziale Teologii, dlatego po przyjeździe do Stanów Zjednoczonych zwrócił szczególną uwagę na funkcję kapelana świeckiego pełnioną w szpitalach. W Polsce znana jest posługa nadzwyczajnych szafarzy Komunii Świętej. Natomiast w szpitalach funkcję kapelanów pełnią kapłani i z nimi ta nazwa jest kojarzona. Termin kapelan świecki jest używany w Ameryce w znaczeniu specyficznej opieki nad chorym. Wraz z rozwojem cywilizacyjnym zmieniły się formy, struktury i funkcje rodziny. Młodzi odchodzą od znanych nam do tej pory form opieki. Opieka nad chorym rodzicem lub innym członkiem rodziny to duże wyzwanie. Część osób decyduje się na skorzystanie z pomocy placówek opiekuńczych lub innych, które podejmują się zapewnienia godnego życia swoim podopiecznym, zwłaszcza chorym i umierającym. Instytucje tego typu dbają jedynie

⁴ Por. Kongregacja Nauki Wiary [i in]. Instrukcja *Ecclesiae de mysterio* (15.08.1997). W: *W trosce o pełnię wiary. Dokumenty Nauki Wiary. Dokumenty Kongregacji Nauki Wiary 1995-2000*. Red. J. Królikowski, Z. Zimowski. Tarnów 2002 s. 21-45.

⁵ Por. Tamże.

⁶ Por. Tamże.

⁷ Por. C. Krakowiak. *Teologiczne i normatywne zasady współpracy świeckich* s. 277.

⁸ Tamże s. 278.

o codzienne potrzeby, dlatego katolicy kapelani świeccy podejmują rolę duchowego wsparcia chorego i jego rodziny. Warto zaznaczyć, że osoba sprawująca opiekę nad chorym, w tym przypadku tak zwany kapelan świecki, musi współpracować z lekarzami, rehabilitantami, rodziną czy znajomymi pacjenta. Poza tym osoba wymagająca opieki może potrzebować wsparcia w sferze psychicznej. Dlatego kapelan świecki często pełni rolę „duchowego psychologa”, z którym pacjent, rodzina, personel medyczny może porozmawiać o sprawach duchowych i innych. W związku z tym rola, jaką pełni kapelan świecki w szpitalach, wzbudziła szczególne zainteresowanie autora niniejszej dysertacji, który, ze względu na ukończone studia teologiczne oraz studia przygotowujące do pełnienia funkcji kapelana świeckiego, sam obecnie pełni takie zadanie. Należy zatem zbadać proces edukacyjny, obowiązki, problemy, z jakimi spotyka się w swojej pracy katolicki kapelan świecki oraz akty prawne, które obowiązują na terenie Stanów Zjednoczonych w szpitalach w Chicago. Zagadnienia te dotyczą zasad i norm postępowania, którymi w swojej pracy musi kierować się kapelan świecki niezależnie od wyznawanej religii.

Badania skupiały się na posłudze katolickich kapelanów świeckich i przedstawieniu ich codziennej pracy, która rozpowszechniona jest głównie w Stanach Zjednoczonych.

Należało zbadać genezę powstania funkcji katolickich kapelanów świeckich oraz ewolucję tej posługi. Należy podkreślić, że w samą istotę Kościoła wpisana jest misja uzdrawiania, która nie dotyczy tylko umysłu czy ciała, ale także ducha. W Ewangeliach mamy przykłady uzdrawiania (na przykład Mt 4, 40; Mt 14, 14; Mt 14, 34; Mt 15, 29-31)⁹. W Piśmie Świętym czytamy, że Jezus wysyłał swoich uczniów, aby uzdrawiali i byli obecni przy chorych. Zatem spotkanie z Bogiem może odbywać się na dwa sposoby. Pierwszy: podczas kontemplacji, modlitwy, ćwiczeń duchownych i rachunku sumienia. Drugi to spotkanie z innym człowiekiem, a w sposób szczególny z cierpiącym¹⁰. Dlatego w szpitalach i ośrodkach opieki zdrowotnej opieka duchowa sprawowana przez kapelana świeckiego jest tak szeroko stosowana. Kolejnym ważnym zadaniem kapelana świeckiego jest udział w emocjonalnych i duchowych przeżyciach pacjenta, jego rodziny i zespołu sprawującego opiekę w szpitalu. Nikt nie wątpi w to, że nieuleczalna choroba, umieranie czy śmierć są momentami o szczególnym ładunku emocjonalnym i duchowym. „Głębokie wzruszenie”¹¹

⁹ Por. Tamże s. 60.

¹⁰ Por. Tamże s. 61.

¹¹ Por. C. Krakowiak. *Rola kapłana w opiece hospitalizacyjnej. Zdążyć z prawdą. O sztuce komunikacji w hospicjum*. Gdańsk 2009 s. 22.

to tylko opis całej gamy stanów emocjonalnych, pytań egzystencjalnych czy duchowych dylematów.

Pacjent w trakcie choroby i jego bliscy często oczekują rozmowy innej niż tradycyjna spowiedź. Oczekiwania te wiążą się nie tylko z wyjątkowym stanem i świadomością konieczności podsumowania całego życia, ale często są związane z obawami czy lękami, które kapelan świecki stara się poznać i zrozumieć. Jego praca polega na rozwiązywaniu sytuacji kryzysowych, które wynikają z duchowego stanu pacjenta i często nie znajdują wytłumaczenia w zastosowanych metodach leczenia. To również konsultacje, opieka sakramentalna, wsparcie poprzez modlitwy, nabożeństwa, pomoc w decyzjach etycznych, dlatego kapelani świeccy zostali określani jako *interpreters and translators of experience* (tłumacz doświadczenia)¹².

Przepisy *National Health Service* (NHS – Narodowa Służba Zdrowia) wprowadzone w Stanach Zjednoczonych postawiły wymagania, by potrzeby duchowe wszystkich pacjentów zostały zaspokojone. Co z kolei sprawiło, że opiekę religijną zastąpiono opieką duchową, tak zwaną pastoralną. Opieka duchowa, choć często kwestionowana, jest definiowana jako *the experience and process of aging with and managing significant attachment and relationship* (doświadczenie i proces angażowania się i nawiązywania związków i relacji)¹³. W związku z tym zadaniem kapelana świeckiego jest szukanie i rozeznawanie potrzeb duchowych oraz pielęgnowanie i rozwijanie relacji, powiązań pacjenta z Bogiem poprzez *spiritual assessment* (rozpoznanie duchowości pacjenta). Misją katolickiego kapelana świeckiego jest skupienie się na potrzebach duchowych pacjenta, stąd wynika potrzeba dialogu z innymi religiami. Zostało to uwzględnione w dysertacji. Ze względu na specyfikę pracy katolickiego kapelana świeckiego pełniącego swoją posługę w szpitalach w Chicago, gdzie ma do czynienia z pacjentami różnych wyznań i narodowości, ów dialog jest niezbędny. Osoba świadcząca taką posługę jest do niej odpowiednio przygotowywana. Uniwersalność roli kapelanów świeckich jest postrzegana jako warunek *the well being of the institution*¹⁴ (dobrego funkcjonowania instytucji). Nacisk na duchowe podejście do chorych wynikł z potrzeby pomocy pacjentom różnych wyznań oraz tym, którzy nie przynależą do żadnego wyznania, religii albo są ateistami, ale odczuwają potrzebę kontaktu z Bogiem. Szpitale katolickie w Chicago leczą pacjentów niezależnie od

¹² Por. J. R. Bryant. *A Single Site Study of Acute Healthcare Chaplaincy*. University of Birmingham 2013 s. 9.

¹³ Por. Tamże s.10.

¹⁴ Por. Tamże s. 10.

wyznawanej przez nich wiary. Dlatego niniejsza praca prezentuje posługę katolickiego kapelana świeckiego, który jest osobą zatrudnioną w instytucji szpitalnej i służy wszystkim pacjentom. Taki model pomocy jest zawarty w podpisanej przez prezydenta Lyndona Johnsona ustawie, z dnia 30 lipca 1965 r., o państwowym ubezpieczeniu zdrowotnym, tak zwanym *Medicare National Health Insurance* (ubezpieczenie zdrowotne dla osób przebywających na emeryturze, które ukończyły 65 lat)¹⁵ oraz w regulacjach *Medicaid* (ubezpieczenie zdrowotne dla osób o niskich dochodach)¹⁶.

W rozprawie uwzględniono również to, że pojawiły się nowe sposoby leczenia i bardziej rygorystyczne kryteria przyjęć do szpitali, co sprawiło, że wzrosła potrzeba solidniejszej opieki duchowej zarówno w szpitalu, jak i w domu¹⁷. Współczesny Kościół na terenie Stanów Zjednoczonych zachęca kapelanów świeckich i wolontariuszy do wspierania pacjentów po zdiagnozowanych trudnych chorobach, zarówno tych przebywających w placówkach zdrowotnych, jak i w swoich domach¹⁸. Postęp technologii sprawił, że ludzie żyją dłużej. Dlatego w bardzo szybkim tempie rośnie zapotrzebowanie na kapelanów świeckich podejmujących się opieki duchowej nad chorymi. Tacy kapelani świeccy, posiadający dyplom zawodowy, mogą zajmować się potrzebami duchowymi chorych i ich otoczenia w placówkach medycznych.

W katolickich szpitalach w Chicago kładzie się duży nacisk na potrzeby religijne i duchowe pacjentów. Kapelani są zaangażowani w opiekę nad pacjentem, są częścią zespołu medycznego. Muszą wykorzystywać swoją teologiczną wiedzę w służbie pacjentom, którzy często nie potrafią zrozumieć cierpienia, choroby, którą przechodzą, zwracają się z fundamentalnymi pytaniami typu: „dlaczego ja”, na które odpowiedzi mogą szukać jedynie w wierze. Kapelani świeccy służą również pomocą instytucjom medycznym w zrozumieniu, kim są i jaką funkcję pełnią w szpitalu, domach opieki i innych instytucjach powołanych do służenia chorym, umierającym. Stąd obowiązkowe szkolenia dla nowozatrudnionego personelu medycznego – lekarzy i pielęgniarek – dotyczące funkcji, jaką pełni katolicki kapelan świecki w procesie opieki nad pacjentem.

W badaniach wykorzystano dokumenty Kościoła powszechnego, dokumenty Kościoła w USA, które zostały uporządkowane chronologicznie, inne dokumenty Kościoła,

¹⁵ Por. [Stanowe ubezpieczenie dla ludzi na emeryturze-medicare]. W: <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare> (dostęp 10.04.2022).

¹⁶ Por. [Stanowe ubezpieczenie dla ludzi ubogich, dzieci-medicaid]. W: <https://www.medicaid.gov> (dostęp 10.04.2022).

¹⁷ Por. S. J. Squires, P. Anderson. *Pope Francis and the Healing Encounter*. „Health Progress” 99 (2018) nr 3 s. 60.

¹⁸ Por. Tamże s. 60.

księgi liturgiczne. Pomoce pastoralno-liturgiczne zostały uporządkowane alfabetycznie, gdyż chronologia ich opublikowania nie odzwierciedla czasu ich powstania.

Istotnym źródłem badań stały się również pisma Antona Boisena, który był założycielem i pionierem szkolenia zawodowego kapelanów w USA. Ważnym źródłem są przepisy regulujące pracę kapelanów świeckich, do których zaliczamy przepisy *National Association of Catholic Chaplains* (NACC – Narodowe Stowarzyszenie Kapelanów Katolickich), przepisy CPE, przepisy szpitali i inne.

Kolejnymi źródłami wykorzystanymi w badaniach stały się opisy posługi kapelanów świeckich. Ważnym elementem badań okazały się wywiady przeprowadzone z pacjentami, ich rodzinami, personelem medycznym, kapłanami i świeckimi różnych wyznań, którzy pełnią posługę kapelanów. Znaczna część wywiadów dotyczy posługi autora dysertacji. O ile nie zaznaczono inaczej, to wypowiedzi dotyczące kapelanów świeckich oznaczają katolickiego kapelana świeckiego.

Cytaty w języku polskim, pojawiające się w pracy badawczej, są przekładem własnym autora dysertacji.

Autorowi dysertacji nie udało się znaleźć opracowań skoncentrowanych na posłudze pastoralno-liturgicznej katolickich kapelanów świeckich. Podobna tematyka, jak wskazana w pracy, została podjęta w nielicznych publikacjach, w większości anglojęzycznych, jednakże opisujących tylko ogólnie rolę kapelana.

Podobna tematyka została podjęta przez następujących autorów:

– Joannę Rachel Bryant¹⁹, która przeprowadziła obserwację pracy kapelanów świeckich różnych wyznań na oddziale intensywnej terapii. Przedstawiła wywiady przeprowadzone z kapelanami. Joanna Rachel Bryant stara się odpowiedzieć na pytania, czy jest miejsce na religię w świeckich instytucjach i w jaki sposób kapelani odnajdują się w swojej pracy, posługując pacjentom i zespołowi medycznemu. Autorka publikacji mówi o *secret space* (sekretnej przestrzeni) protestantyzmu, którego odpowiednikiem w katolicyzmie jest konfesjonał. Prezentuje związek pomiędzy religią a służbą zdrowia oraz to, jaką rolę odgrywa religia w życiu publicznym.

– Laurę E. Ritter²⁰, która wyjaśnia rolę kapelana świeckiego. Opisuje ona program *Clinical Pastoral Education (CPE)*, czyli program szkoleniowy przeznaczony dla kandydatów na kapelanów. Posługuje się przykładami z własnego doświadczenia.

¹⁹ Por. J. R. Bryant. *A Single Site Study of Acute Healthcare Chaplaincy*. University of Birmingham 2013.

²⁰ Por. L. E. Ritter. *An Interfaith Approach to Chaplaincy Training*. University of Hawaii 2018.

– Dominika Lootensa²¹, który bardzo liberalnie podchodzi do zagadnień religijnych różnych wyznań. Stara się udowodnić, że między nimi jest więcej podobieństw niż różnic. Ukazuje pracę kapelana świeckiego skupiającego się bardziej na konsultacji aniżeli na pomocy czy wsparciu duchowym lub też modlitwie. Autor próbuje propagować religie Wschodu, takie jak buddyzm, hinduizm. Sprowadza religie Wschodu i Zachodu do jednego mianownika, wskazując, że religia to zbiór elementów zawierających określoną symbolikę, która wywiera wrażenie wyjątkowości, nadaje znaczenie temu, w co się wierzy. W swojej publikacji odwołuje się tylko do opisu posługi siostry zakonnej, która pracowała przy umierającym pacjencie. Na jej przykładzie stara się udowodnić, że posługa mogłaby być bardziej skuteczna, gdyby była otwarta na inne religie czy tradycje. Praca badawcza Dominika Lootensa to pozycja, która przede wszystkim nastawiona jest na krytykę Kościoła, pomniejszenie roli, jaką w posłudze chorym pełnią siostry zakonne czy kapłani katolicy.

– Davida Eltona Wolfie²², który w swojej publikacji podejmuje dwa problemy. Po pierwsze opisuje potrzeby duchowe pacjentów przebywających w szpitalach, które zostały zaspokojone przez Kościół, do którego przynależą. W szczególności wskazuje, w jaki sposób kapłani czy pastory odwiedzający chorego, którzy nie są pracownikami szpitala, mogą tę opiekę duchową udokumentować tak, aby zespół medyczny miał do niej wgląd. Po drugie opisuje, w jaki sposób można służyć pomocą duchową czy religijną pacjentowi, jeżeli przebywa on w dużej odległości od swojego domu rodzinnego i od Kościoła, do którego należy, i czy kapelan szpitalny może te potrzeby zaspokoić. Opisuje, w jaki sposób wygląda współpraca kapelana szpitalnego z autorytetami religijnymi czy duchowymi pacjenta.

– Devina Atherstone²³, który w swojej pracy badawczej przeprowadzonej na terenie Afryki opisuje pracę kapelanów jako członków zespołu medycznego szpitali państwowych i prywatnych, z punktu widzenia protestantów. Swoje badania przeprowadził w formie ankiety. Pokazuje w nich, na czym polega różnica opieki duchowej pacjentów w szpitalach prywatnych i państwowych.

– Roberta E. Murphy'ego²⁴, który w pracy licencjackiej próbuje znaleźć odpowiedź, na pytanie, które często zadają sobie chorzy: „dlaczego ja?”. Analizuje, w jaki sposób ludzie

²¹ Por. D. Lootens. *Navigating Religious Difference in Spiritual Care and Counseling*. California 2019.

²² Por. D. E. Wolfie. *Moving Beyond Clinical and Congregational Silos to Collaborative Pastoral Care: Chaplains Partnering with Congregational Pastors in the Acute-Care Setting*. Austin Presbyterian Theological Seminary 2018.

²³ Por. D. Atherstone. *Pastoral Care in a Clinical Setting. The Role Hospital Chaplaincy Plays as a Part of a Broader Medical Team*. South African Theological Seminary 2011.

²⁴ R. E. Murphy. *Transforming the Healing Narrative: A Pastoral Understanding of Christ's Healing Ministry and the Anointing of the Sick*. Boston Collage School of Theology and Ministry. Massachusetts 2014.

wierzący szukają odpowiedzi na to pytanie z perspektywy biblijnej. Czy choroba jest karą Bożą? Autor stara się zdefiniować, czym jest religia. Odpowiada na pytania czy religia pomaga człowiekowi w odzyskaniu nadziei i w codziennym życiu oraz czy religia pomaga ludziom dotkniętym chorobami, cierpieniem i umieraniem. Ukazuje, w jaki sposób ludzie radzą sobie z gniewem, ze złością. Autor posługuje się przykładem chorego pacjenta, który był katolikiem. Pokazuje, w jaki sposób Kościół katolicki wyszedł mu z pomocą w sakramencie chorych.

– Anne Vandenhoeck²⁵, która w swoim artykule podkreśla, że historia religii i kultury europejskiej jest bardzo ważna, dlatego zwiększa się zapotrzebowanie na profesjonalnych kapelanów. Anne Vasndenhoeck mówi, że dla pacjenta tak samo ważne jest zaspokojenie potrzeb duchowych, jak i medycznych. Opisuje sposób szkolenia i prace kapelanów świeckich. W swojej pracy powołuje się na badania amerykańskie, ponieważ Stany Zjednoczone są pionierem we wprowadzaniu tej instytucji i kształceniu kapelanów.

Ważnym czynnikiem zainicjowania pracy badawczej był dla piszącego fakt, że funkcje i zadania katolickiego kapelana świeckiego w Polsce są znane jedynie marginalnie. Dla przeciętnego katolika słowo „kapelan” jest synonimem słowa „ksiądz”.

Podjmując badania, autor dysertacji stawia sobie następujące pytania: Jaką rolę odgrywają katoliccy kapelani świeccy w posłudze w katolickich szpitalach w Chicago? Jakie jest zapotrzebowanie na tego typu funkcję wśród pacjentów, ich rodzin? W jakim stopniu wspierają posługę duchownych? W jakim zakresie są uzupełnieniem personelu medycznego, a w jakim tylko indywidualnym wsparciem dla chorych? W jaki sposób funkcja kapelana postrzegana jest przez pacjentów i ich rodziny oraz personel medyczny? Jak w posłudze chorym odnajdują się kapelani innych wyznań? Które doświadczenia amerykańskie z tej dziedziny można przenieść do Polski?

W związku z tak postawionymi pytaniami należy zaprezentować w rozdziale pierwszym początki opieki szpitalnej w Chicago oraz rolę, jaką począwszy od XIX w. odegrały w niej katolickie siostry zakonne oraz katoliccy księża. Aby ukazać, w jaki sposób na przestrzeni lat zmieniała się ich funkcja oraz wymagania, jakie stawiało im wielonarodowe i wielokulturowe społeczeństwo amerykańskie, w rozdziale pierwszym należało ukazać sylwetkę Antoniego T. Boisena, który uznawany jest za założyciela ruchu duszpasterstwa klinicznego. W związku z posługą kapelanów w szpitalach należy omówić nową formę edukacji teologicznej pod nazwą CPE – kliniczną edukację pastoralną, która

²⁵ Por. Vanderhoeck A. *Chaplains as a Specialists in Spiritual Care for Patients in Europe*. „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej” 10 (2013) s. 552-557.

w Stanach Zjednoczonych pojawiła się w połowie lat dwudziestych ubiegłego wieku. Należy także przedstawić główne wymagania, jakie stawia się kapelanom świeckim innych wyznań oraz niektóre kwestie dotyczące współpracy świeckich z posługą kapłanów. Nazwy instytucji amerykańskich są przekładem własnym autora.

W rozdziale drugim zostaną przedstawione rezultaty badań dotyczące zasad posługi kapelanów świeckich. W tym celu prowadzący badania skupi się przede wszystkim na wyjaśnieniu znaczenia urzędowego terminu „kapelan świecki”, który formalnie nie jest zgodny z terminologią stosowaną w prawie kanonicznym. Ten etap badań był także poświęcony zasadom wypracowanym przez *Joint Commission* oraz przepisom, które dotyczą katolickich placówek szpitalnych. Omówione zostanie Stowarzyszenie Katolickich Kapelanów, które jest znane pod nazwą *National Association of Catholic Chaplains* (NACC) oraz zaprezentowane zostaną wytyczne NACC dla katolickich kapelanów świeckich oraz przepisy dotyczące katolickich placówek szpitalnych, które są ustalane przez NACC i obowiązują wszystkich katolickich kapelanów świeckich posługujących w szpitalach na terenie Chicago.

W rozdziale trzecim przedstawione zostaną rezultaty badań dotyczące zasad posługi katolickich kapelanów świeckich w szpitalach w Chicago oraz wymogi, jakie kandydatom na kapelanów świeckich stawia *CPE*. Badania obejmą również wymogi, jakie należy spełnić, by uzyskać dyplom kapelana świeckiego, który daje uprawnienia do podjęcia posługi chorym w szpitalach na terenie Chicago.

W rozdziale czwartym przedstawiony zostanie opis badań dotyczących form posługi pastoralno-liturgicznej świeckich pomocników duszpasterskich. Towarzyszą oni ludziom w najtrudniejszych okolicznościach, a często w najgorszych dniach ich życia, także w czasie modlitwy i przyjmowania sakramentów świętych.

W podjętych badaniach autor dysertacji dokona analizy dokumentów i aktów prawnych, które chory i jego rodzina ma do dyspozycji w czasie pobytu w szpitalu, ze szczególnym uwzględnieniem katolickiej perspektywy opisanej w dokumencie *Advance Directives in Illinois*, oraz posługi katolickich kapelanów świeckich wobec rodziny pacjenta a także w chwili śmierci chorego. Wnioski z prowadzonych badań oraz rola, jaką odgrywają akty prawne w posłudze kapelana świeckiego, w zetknięciu z misterium choroby i cierpienia, zostaną zaprezentowane i omówione w rozdziale piątym.

W rozdziale szóstym przedstawione zostaną wyniki badań dotyczące postrzegania posługi katolickich kapelanów świeckich przez chorych i otoczenie. Głównym źródłem będą wywiady przeprowadzone w celu odpowiedzi na pytania:

– W jaki sposób postrzegana jest praca kapelanów świeckich w szpitalu w Chicago, zarówno w ocenie samych pacjentów i ich rodzin, jak również personelu szpitalnego?

– Co o swojej pracy mówią kapelani świeccy różnych wyznań?

– Jak przedstawia się ich współpraca w wielowyznaniowym państwie, którym są Stany Zjednoczone?

W badaniach autor posłużył się metodami: analityczno-syntetyczną oraz obserwacji. Autor dokonuje analizy sposobu powoływania świeckich kapelanów, analizy dokumentów dotyczących ich posługi oraz analizy wywiadów z pacjentami, rodzinami pacjentów, kapłanami, personelem medycznym i innymi kapelanami świeckimi.

Analizy te pozwolą na sformułowanie syntezy ukazującej całościową perspektywę posługi pastoralno-liturgicznej kapelanów świeckich. Wywiady nie były tylko rozmową, lecz formą dialogu, która umożliwiła badającemu uzyskanie od respondenta informacji, które są przedmiotem badań. Warto zwrócić uwagę, iż wywiad jest jedną z metod badawczych, która umożliwia jednoczesne stosowanie innej metody, polegającej na obserwacji reakcji pacjentów. Wpływała ona na stawianie dalszych pytań w wywiadzie.

Reprezentowana w wywiadach grupa badawcza wybrana została losowo. Z uwzględnieniem relacji zawodowych i pozazawodowych, z jakimi spotyka się katolicki kapelan świecki w swojej pracy. Autor pracy dokładnie sprecyzował pytania, które zostały skierowane do respondentów. Ich odpowiedzi zaprezentowane będą w dysertacji. Niejednokrotnie ich odpowiedzi będą cytowane w całości. Autor nie dokonuje ich interpretacji, jedynie zaprezentuje pozyskane materiały. W czasie prowadzenia wywiadu prowadzący badania nie ingerował, czy też nie naprowadzał na wybrane odpowiedzi, starając się w sposób obiektywny i bezstronny dokumentować wyniki swoich badań.

Papież Jan Paweł II, który troszczył się szczególnie o chorych i cierpiących, w dniu 13 maja 1992 r. ustanowił Światowy Dzień Chorego, który jest obchodzony 11 lutego, w dniu wspomnienia w Kościele katolickim Matki Bożej z Lourdes. Ustanawiając Światowy Dzień Chorego, Ojciec Święty wyjaśniał, że: „(...) ma on na celu uwrażliwienie Ludu Bożego i – w konsekwencji – wielu katolickich instytucji działających na rzecz służby zdrowia oraz społeczności świeckiej na konieczność zapewnienia lepszej opieki chorym; pomagania chorym w dowartościowaniu cierpienia na płaszczyźnie ludzkiej, a przede wszystkim na płaszczyźnie nadprzyrodzonej; włączenie w duszpasterstwo służby zdrowia

wspólnot chrześcijańskich, rodzin zakonnych, popieranie coraz cenniejszego zaangażowania wolontariatu”²⁶. Słowa te stały się inspiracją podjęcia pracy badawczej.

²⁶ Por. Jan Paweł II. List apostolski *Salvifici doloris* (11.02.1984) s. 1-3.

ROZDZIAŁ 1. GENEZA POWOŁYWANIA ŚWIECKICH KATOLIKÓW DO POMOCY RELIGIJNEJ W SZPITALACH

Szpital i to, co w nim się dokonuje, wplata się nieuchronnie w życie człowieka. Ludzie chorują, rodzą się i czasem w szpitalu umierają. Przychodzą tu po pomoc, po zdiagnozowanie i uleczenie choroby. Dlatego dla ludzi wierzących w Boga niezmiernie ważna jest, podczas pobytu w szpitalu, obecność kapłana, możliwość spowiedzi, przyjęcia Komunii Świętej i innych sakramentów. To istotny element zdrowienia, ale także umierania.

Kapelani świeccy zostali powołani do pomocy kapłanom w modlitwie i czynności udzielania Komunii Świętej, zwłaszcza osobom chorym a także podczas liturgii. W tak dużym kraju, jak Stany Zjednoczone liczba księży była niewystarczająca, zwłaszcza, gdy pojawiali się nowi osadnicy, emigranci. Z czasem rola kapelanów znacznie wzrosła, ponieważ szpital to nie tylko chorzy, ale także ich rodziny, które w nie mniejszym stopniu dotyka tragedia wynikająca z choroby kogoś bliskiego. Szpital to również personel medyczny, który, zwracając uwagę na ciało, często pomija sprawę ducha, a przecież potoczne stwierdzenie: „wiara czyni cuda” tak często ma swoje odzwierciedlenie w leczeniu szpitalnym. Do prowadzenia posługi w szpitalach potrzeba było wielu ludzi, którzy musieli zaopiekować się wskazanymi grupami. To miało i ma swoje ograniczenia. Często były to osoby pełne dobrej woli, które niestety nie miały odpowiedniego przygotowania do przekazywania prawd wiary. Mimo wszystko kapelani świeccy poświęcali mnóstwo swojego czasu i wysiłku, żeby ich posługa docierała do wszystkich potrzebujących. Zdano sobie sprawę, jak ważne jest, aby pacjent w trakcie choroby miał również wsparcie duchowe.

Dlatego autor dysertacji, odwołując się do istniejących opracowań i dokumentów, ukazał początki opieki szpitalnej w Chicago ze szczególnym uwzględnieniem szpitali katolickich. Podjęto badania, by opisać, w jaki sposób narodziła się sama idea powołania świeckich do pomocy religijnej w szpitalach. Na tym tle należało zaprezentować postać Antona Boisena. Wyjątkowość teorii Boisena polega przede wszystkim na uwzględnieniu wyznania chorego. Innowacją było odwołanie się w procesie leczenia do elementów wiary

oraz potrzeb duchowych pacjenta. Badania wykazały zapotrzebowanie na kapelanów szpitalnych, co doprowadziło do wprowadzenia tego typu posługi w szpitalach.

Analizując źródła historyczne oraz genezę powołania pierwszych kapelanów do pracy w szpitalach, można zauważyć, że ogromna rzesza chorych oczekiwała tego, iż oprócz pomocy lekarskiej otrzyma również wsparcie duchowe, które pomoże im wytrwać w cierpieniu. Z powyższego powodu w pracy opisano posługę katolickich kapelanów świeckich, która była potrzebna – szczególnie ludziom cierpiącym, przykutym do łóżek. Jako tło należało ukazać prace kapelanów innych wyznań i religii.

1.1. Początki opieki szpitalnej w Chicago

Podobnie jak w Europie, w Ameryce również znane były, zlokalizowane w większych miastach, tak zwane szpitale prepozyturalne¹ pełniące przede wszystkim funkcję przytułku, a nie lecznicy. To samoistne placówki administracyjno-gospodarcze, które w dużym stopniu uzależnione były od miast i ich magistratów. Dlatego historię powołań świeckich do pomocy duszpasterskiej w szpitalach w Chicago wyznacza rok 1835, kiedy to stan Illinois zakłada pierwszy przytułek. Równocześnie władze stanowe miasta biorą na siebie część odpowiedzialności za opiekę nad biednymi, bezdomnymi oraz chorymi, którzy podróżowali między stanami².

Władze miasta Chicago nie miały pozwolenia na prowadzenie opieki medycznej stąd, w obawie przed zarazami lub chorobami zakaźnymi, zrodził się pomysł wybudowania przytułku, który znajdował się na rogu ulic *Clark* i *Randolph*. W miejscu tym udzielano pomocy ludziom chorym, biednym, upośledzonym i tym, którzy zostali ubezwłasnowolnieni³.

W 1832 r. na obszarze miasta odnotowano szerzące się choroby, takie jak: cholera, różyczka, ospa i szkarlatyna⁴, a w 1843 r. strach przed epidemiami skłonił władze miejskie do powołania pierwszej instytucji medycznej w Chicago. Budynek położony był przy dalekiej, północnej granicy miasta. Został zbudowany na ziemi przeznaczonej pod budowę cmentarza. Lokalizacja szpitala pozwalała leczyć ludzi chorych na choroby zakaźne z dala od miasta. W 1852 r. szpital został odbudowany po wcześniejszym pożarze. Po raz pierwszy

¹ Por. Różne aspekty powoływania i pracy takich szpitali w Polsce zawiera:
http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-50192d64-17fa-446b-8aaa-1236460f2858/c/01_Surdacki_Prepozytury_szpitalne.pdf (dostęp 10.11.2022).

² Por. T. N. Bonner. *Medicine in Chicago 1850-1950*. Wisconsin 1957 s. 2.

³ Por. Tamże s. 2.

⁴ Por. Tamże s. 2.

utworzono oddziały, które miały na celu izolowanie od siebie ludzi chorych na różne choroby zakaźne. W 1854 r., gdy cholera zaczęła grozić Chicago, rada miejska utworzyła oddzielny, choć tylko tymczasowy szpital przy ulicach 18 i *LaSalle*⁵.

Od 1837 r. zaczęły pojawiać się głosy sugerujące miastu budowę szpitala ogólnego. Jednak dopiero po dziesięciu latach władze miejskie, jak i powiatowe, we współpracy z lekarzami ze szkoły medycznej *Rush* zdecydowały o założeniu pierwszej tego typu placówki przy ulicach *North Water* i *Dearborn*⁶. Jednym z celów, które stawiał sobie nowopowstały szpital, było zapewnienie studentom medycyny praktyki klinicznej. Szkoła asygnowała do pracy w szpitalu lekarzy, dzięki czemu można było zapewnić opiekę pacjentom, hrabstwo dostarczało lekarstwa, a miasto płaciło za wynajem budynku. Budynek szpitala szybko okazał się za mały dla zwiększającej się liczby ludności i różnorodnych diagnozowanych u pacjentów chorób, dlatego został zamknięty⁷.

W 1850 r. lekarze ze szkoły medycznej *Rush* zamienili hotel na szpital, który liczył 12 łóżek. Lekarze zaprosili do współpracy siostry z Zakonu Miłosierdzia, prosząc o opiekę pielęgniarską⁸. W 1851 r. siostry zostały właścicielkami tego szpitala i nadały mu nazwę Szpitala Miłosierdzia. Władze hrabstwa płaciły im za opiekę nad powiatowymi pacjentami.

W 1853 r. siostry przenieśli szpital do nowego budynku przy ulicach *Wabash* i *Van Buren*, a w 1863 r. został on przeniesiony na ulice 26 i *Calumet*. Studenci medycyny ze szkoły *Rush* uczyli się tam do r. 1859⁹.

Od 1874 r. rozpoczęto budowę szeregu nowych szpitali na obrzeżach miasta, w pobliżu ulic 26 i Kalifornii, w celu odizolowania ludzi chorych. W tym okresie nie myśłano jeszcze o budowie szpitali specjalistycznych, do których współcześnie jesteśmy przyzwyczajeni. Dlatego instytucje takie, jak szpital dla osób chorych na ospę czy szpital dla chorych na cholere były miejscami ogólnej opieki medycznej¹⁰.

1.2. Rozwój opieki w katolickich szpitalach w Chicago

Katolicyzm wniósł i nadal wnosi wielki wkład w opiekę nad chorymi, zarówno pod względem duchowym, jak i medycznym. Mówiąc o systemie zdrowotnym na terenie Stanów Zjednoczonych, nie można pominąć zaangażowania i ogromnej roli Kościoła, który jako

⁵ Por. Tamże s. 3.

⁶ Por. Tamże s.12.

⁷ Por. Tamże s. 4.

⁸ Por. F. D. Du Souchet, G. H. Weaver. *History of Medicine and Surgery and Physician and Surgeon of Chicago*. Kessinger Publishing: Montana 2008 s. 328.

⁹ Por. Tamże s. 376.

¹⁰ Por. Tamże s. 377.

pierwszy pomagał chorym. Szpitale katolickie, pełniące misje Kościoła, zostały ukształtowane przez organizacje charytatywne, które oprócz medycznej opieki oferowały również opiekę duchową. Symbole religijne i obecność sióstr zakonnych, które tam pracowały, nieustannie przypominały o religijnym charakterze tych szpitali¹¹.

Najbardziej widocznym i długoletnim wkładem katolicyzmu w pomoc chorym była inicjatywa i posługa sióstr zakonnych. Instytucje pomagające chorym powstawały na obszarach, które w głównej mierze były własnością katolicką, a osiedlali się tam imigranci o tym samym pochodzeniu. Katolicy kultywowali swoją wiarę i rozwijali ją na wielu płaszczyznach, takich jak budowanie kościołów, szkół katolickich i szpitali.¹² Na długo przed ugruntowaniem się w świadomości społecznej pojęcia tolerancji religijnej, szpitale katolickie przyjmowały pacjentów niezależnie od ich wyznania. Aktywność katolicka w pomaganiu chorym rozwinęła się z troski o potrzeby wzrastającej populacji w nowym świecie¹³.

W pierwszej połowie XIX w. pojawiły się głosy nawołujące do ulepszenia i udoskonalenia opieki szpitalnej. Nie bez znaczenia było to, że potrzeba udoskonalenia opieki medycznej zbiegła się w czasie z wojną domową – secesyjną, która wykazała, że opieka ta jest niezbędna. Zwłaszcza, że środki medyczne i opiekuńcze stosowane w pomocy żołnierzom zostały bardzo szybko wykorzystane także do pomocy wszystkim chorym¹⁴. Równocześnie w połowie XIX w. znacząco zwiększająca się liczba imigrantów i szybka urbanizacja spowodowały, że liczba chorych zaczęła wzrastać¹⁵.

W latach pięćdziesiątych XIX w. szpitale katolickie mogły rozwijać się dzięki współpracy między katolickimi wspólnotami religijnymi, które zapewniały personel oraz podstawową opiekę. Z czasem przerodziła się ona w profesjonalną opiekę pielęgniarską, z prywatnymi lekarzami, którzy byli gotowi do podjęcia inicjatywy i oferowania coraz lepszej opieki medycznej¹⁶. Dokumentacje wspólnot religijnych pokazują, jak istotną rolę odegrał Kościół katolicki w tworzeniu się na terenach Stanów Zjednoczonych instytucji, które współcześnie określamy mianem placówek medycznych. Doniosłą rolę odegrały

¹¹ Por. P. Duis. *Coping with Everyday Life. Challenging Chicago*. University of Illinois Press: Chicago 2007 s.248.

¹² Por. C. Kauffman, M. Marty. *Ministry and Meaning. A Religious History of Catholic Health Care in the United States*. New York 1995 s. 284.

¹³ Por. C. E. Rosenberg. *The Care of Strangers. The Rise of America's Hospital System*. Baltimore – London 1995 s.18-20.

¹⁴ Por. Tamże s.18-20.

¹⁵ Por. Tamże s. 22.

¹⁶ Por. C. Kauffman, M. Marty. *Ministry and Meaning* s. 65.

siostry zakonne, które zakładały i prowadziły pierwsze placówki medyczne, gorliwie stosowały procedury opieki nad pacjentami z objawami cholery i żółtej febry. Siostry zasłynęły ze swej pracowitości i oddania. Metody stosowane przez siostry w znacznym stopniu wyprzedzały swoją epokę (bo pierwsze podręczniki powstały w 1870 r.). Za ich przykładem, z inicjatywy innych zgromadzeń i zakonów katolickich, zaczęły powstawać nowe placówki szpitalne¹⁷.

W 1866 r. zakonnicy z zakonu brata Aleksa założyli pierwszy mały szpital dla mężczyzn, który w 1966 r. został przeniesiony na przedmieścia, do *Elk Grove Village* i działa tam do dziś. Od samego początku pacjenci i wierni mogli korzystać z kaplicy szpitalnej, która znajduje się na pierwszym piętrze, tuż przy głównym wejściu do szpitala. Zbudowana jest w kształcie półkola, oszklona, z witrażami, ma wysoki drewniany sufit¹⁸. Od poniedziałku do piątku sprawowana jest tam Msza Święta o godz. 17.00, a w niedzielę o godz. 9 rano sprawują ją kapłani bracia z zakonu świętego Aleksa. Kaplica może pomieścić 120 osób i jest dostępna dla wiernych z zewnątrz. Pacjenci w szpitalu mogą oglądać bezpośrednią transmisję Mszy Świętej w sieci szpitalnej – kanał z programem numer 3. Kaplica jest otwarta przez całą dobę¹⁹. Bracia ze zgromadzenia świętego Aleksa są odpowiedzialni za udzielanie sakramentów świętych i za sprawowanie Mszy Świętej²⁰.

W 1868 r. Siostry Miłosierdzia otworzyły kolejny szpital imienia świętego Józefa przy ulicy *Diversey*, który nadal istnieje i funkcjonuje. Ruby Ryan po śmierci swojego męża, Daniela B. Ryana (1894-1961), amerykańskiego biznesmena, prawnika i polityka, w latach 1923-1926 i 1930-1961 burmistrza miasta Chicago, złożyła donację na budowę kaplicy w tym szpitalu. Kaplica nosi nazwę *Dan Ryan Memorial Chapel*, pochodzi z lat sześćdziesiątych²¹ i znajduje się na jedenastym piętrze. Jest oszklona, witraże w kaplicy zostały wykonane we Włoszech. Msza Święta jest tam odprawiana od poniedziałku do piątku o godz. 12.00, w sobotę o 17.00, a w niedzielę o godz. 12.30 przez kapłanów Geralda J. Diona i Fthelbera Orabuche, którzy są zatrudnieni przez szpital. Kaplica jest dostępna dla wszystkich ludzi. Pacjenci tego szpitala mogą oglądać transmisje Mszy dzięki telewizji. Na pierwszym piętrze znajduje się pomieszczenie do modlitwy służące innym wyznaniom religijnym²².

¹⁷ Por. Tamże s. 10.

¹⁸ Por. P. Duis. *Coping with Everyday Life* s. 348.

¹⁹ Wywiad nr 102 [K. Pr. ok. 50 lat, pochodzenia amerykańskiego, chrześcijanka; 07.01.2022]. AW s. 112.

²⁰ Tamże.

²¹ Por. J. McCarron. *North Side Story*. „Chicago Tribune” (z dnia 27.03.1998) s. 1.

²² Por. [Oficjalna strona internetowa szpitala św. Józefa]. W: <https://www.stjosephshealth.org/about-st-josephs/patient-and-visitor-information/item/1316-pastoral-care> (dostęp 25.04.2021).

Szpital imienia świętej Elżbiety został założony w 1887 r.²³. Kaplica tego szpitala znajdowała się na drugim piętrze, miała betonową konstrukcję, w jej centrum umieszczony był wizerunek Chrystusa cierpiącego. Od r. 2003 kaplica została zamknięta ze względu na połączenie dwóch szpitali i przeniesiona do szpitala świętej Maryi²⁴.

Szpital świętej Maryi z Nazaretu został założony w 1894 przez siostry nazaretanki. Służył i służy Polakom do dziś. Kaplica tego szpitala mieści się na pierwszym piętrze, jest otwarta całą dobę. Msze Święte są sprawowane we wtorki i czwartki o godz. 11.30, a w niedziele o godz. 17.00. We Mszy mogą uczestniczyć wszyscy wierzący, a pacjenci mogą oglądać transmisję dzięki telewizorom w swoich pokojach²⁵.

W 1928 r. powstał szpital świętego Krzyża w południowej części miasta, przy zbiegu ulic 68 i Kalifornia. Wybudowany został z datków zbieranych wśród ludności. Córka dziewięćdziesięciosześcioletniej kobiety, mieszkanki *Arlington Heights*, wspomina, że „matka stała na skrzyżowaniu z puszką i prosiła o datki na szpital”²⁶. Nowopowstały szpital powierzono opiece sióstr świętego Kazimierza²⁷. W grudniu 2010 r. kardynał Francis Eugene George oświadczył, że Szpital Świętego Krzyża będzie organizacją *non profit*, co sprawiło, że mógł połączyć się z innymi, niekatolickimi szpitalami pod warunkiem, że utrzyma swoją katolicką tożsamość²⁸. Kaplica tego szpitala znajduje się tuż przy głównym wejściu. Pierwotnie była mała, ale w 1979 r. została przebudowana. Ma kształt koła, w centrum ołtarza znajduje się ogromny, drewniany krzyż. Od poniedziałku do piątku jest tam sprawowana Msza Święta o godz. 11.00, a po Mszy odmawiany jest różaniec. W niedzielę o godz. 14.00 również można uczestniczyć we Mszy. Sprawuje je kapłan zatrudniony w szpitalu. Kaplica otwarta jest całą dobę, dostępna dla personelu szpitalnego i dla wiernych z zewnątrz²⁹.

W 1953 r. został zbudowany nowoczesny szpital *Resurrection* prowadzony przez siostry zmartwychwstanki. Mieści się przy ulicy *Talcott* w północnej części miasta Chicago. Jest on ogromną szklaną konstrukcją. Msza Święta sprawowana jest tam od poniedziałku do piątku o godz. 12.00, a w niedziele o godz. 10.30 przez księdza z zakonu dominikanów,

²³ Por. J. McCarron. *North Side Story* s. 3.

²⁴ Por. B. Japsen. *Catholic System to Combine Two Hospitals*. „Chicago Tribune” (z dnia 12.02.2003) s. 2.

²⁵ Wywiad nr 66 [M. Pr. ok. 50 lat, pochodzenia polskiego, chrześcijan; 23.08.2021]. AW s. 68.

²⁶ Wywiad nr 75 [K. Pa. ok. 60 lat, pochodzenia polsko-irlandzkiego, katoliczka; 14.11.2020]. AW s. 81.

²⁷ Por. *Holy Cross Health Opens Hospital on Community College Campus*. „Catholic Health Association of the United State” 32 (2016) nr 20. W: <https://www.chausa.org/publications/catholic-health-world/article/november-15-2014/holy-cross-health-opens-hospital-on-community-college-campus> (dostęp 22.03.2022).

²⁸ Por. Tamże.

²⁹ Por. *Holy Cross Health Opens Hospital on Community College Campus*.

Kevina Fane, zatrudnionego przez *Spiritual Care Department* tego szpitala. W grudniu 2014 r. w kaplicy szpitala wybuchł pożar. Ołtarz, na którym była sprawowana Eucharystia został całkowicie spalony. Kaplica służyła nie tylko pacjentom i personelowi szpitala, ale również wiernym mieszkającym w okolicy. Zarząd szpitala i ludzie mieszkający w pobliżu odbudowali ją. Oryginalny krzyż i figura Chrystusa zostały odrestaurowane, a cała kaplica obecnie wykonana jest ze szkła³⁰. Opisane wyżej pierwsze katolickie szpitale w Chicago działają po dziś dzień.

W opiece zdrowotnej zwraca się szczególną uwagę na kwestie etyczne i religijne³¹, dlatego też archidiecezja w Chicago w 1947 r. zaczęła pracować nad wydaniem protokołu o etycznych i religijnych dyrektywach, które później były uzupełniane i zmieniane. Ostatnie, szóste wydanie pochodzi z czerwca 2018 r. Zwraca się w nim szczególną uwagę na to, że wszystkie prawa i zarządzenia danej placówki muszą być zgodne z nauką wyznania katolickiego i zatwierdzone przez archidiecezję w Chicago. Instytucje katolickie muszą mieć pierwszeństwo partnerstwa z innymi katolickimi świadczeniodawcami. Jest to szczególnie ważne, gdy dochodzi do połączenia szpitala katolickiego z inną placówką medyczną. Zasada ta wymaga wsparcia moralnego i finansowego wszystkich instytucji katolickich. Wszystkie katolickie zakłady opieki zdrowotnej mają skutecznie współpracować, aby zapewnić ich indywidualny i zbiorowy dobrobyt³². Zasady i kryteria zastosowane przez arcybiskupa w ocenie wszystkich ustaleń między katolickimi organizacjami zdrowia, systemami lub siecią instytucjami, dotyczą również instytutów, które nie są katolickie. Podkreśla się w nich, że pierwszeństwo będzie miała współpraca z instytucjami, które podzielają wizję katolicką. Sprzedawanie akcji lub współdziałanie inwestorów giełdowych nie są najlepszym rozwiązaniem dla archidiecezjalnej służby zdrowia. Katolicka instytucja nie może kierować się prawem, które umożliwi dokonywanie aborcji ani też współpracować z żadną instytucją, która narusza zasadę braku współpracy ze złem w zakresie procedur określonych przez etyczne dyrektywy religijne, w formie, w jakiej istnieją obecnie i w przyszłości. Katolickie instytucje i systemy opieki zdrowotnej nie mogą finansować i zawierać żadnych umów z instytucjami niekatolickimi bez zgody arcybiskupa lub jego delegata³³.

³⁰ Por. M. Tercha. *Restored Chapel at Presence Resurrection Medical Center*. „Chicago Tribune” (z dnia 20.06.2017) s. 3.

³¹ Por. J. Brian. *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*. DC: Washington 2018 s. 3.

³² Por. Tamże s. 4.

³³ Por. Tamże s. 4.

1.3. Inicjatywa świeckich pomocników pastora Antoniego Boisen

Antoni T. Boisen (1876-1965) uznawany jest za założyciela *Clinical Pastoral Education –CPE* (ruchu duszpasterstwa klinicznego), mimo iż lekarz William S. Keller wyprzedził Boisenę o dwa lata i on jako pierwszy uczył studentów medycyny wartości i znaczenia CPE. Mimo to Boisen był pierwszym oficjalnym przełożonym studentów teologii, zajmującym się sprawami nadzoru nad CPE³⁴. Seward Hiltner uważał, że historia będzie uznawała Boisenę za twórcę klinicznego wychowania duszpasterskiego ze względu na jego nacisk na studiowanie teologii w kontekście ludzkiego doświadczenia cierpienia i choroby³⁵.

Anton Boisen był postacią kontrowersyjną. W swojej karierze łączył trzy dziedziny: psychologię, religię i poradnictwo duszpasterskie. Wywodził się z rodziny nauczycielskiej i duchownej. Jego ojciec, Hermann Boisen pochodził z Niemiec, zmarł na zawał serca w wieku 38 lat, kiedy Anton miał 7 lat. Pamięć o ojcu była bardzo silna i wpływała znacząco na jego wyobrażenie Boga. Niemniej jednak to dziadek Willie, który był pastorem kościoła irlandzko-szkockiego, wywarł istotny wpływ na jego dalsze życie. W połowie XIX w. Willie wraz z członkami swojego Kościoła i Hermannem Boisenem przybyli do Stanów Zjednoczonych, ponieważ we własnym kraju byli prześladowani z powodu odmiennych poglądów religijnych. Członkowie Kościoła Williego uważali, że instrumenty muzyczne powinny być zakazane w kulcie prezbiteriańskim, a jedyne, co może być wykorzystane jako muzyka kościelna, to psalmy Dawida³⁶. Kościół, w którym Willie był pastorem, Anton Boisen opisuje jako Kościół nowy, prezbiteriański zreformowany, który jako jeden z czterech Kościołów prezbiteriańskich pozostał przy tradycji śpiewania psalmów zamiast muzyki³⁷. Kościoły te charakteryzowały się wielką troską o rodzinę (*family oriented*). Kładły nacisk na moralność wypływającą ze Starego Testamentu. Liturgie były długie, a kazania doktrynalne, chodzenie do kościoła było obowiązkowe dla wszystkich członków rodziny. W dzieciństwie i okresie dojrzewania Boisen był przesiąknięty religijnością swojego dziadka. Obowiązkowo musiał chodzić w każdą niedzielę rano do kościoła, z całą rodziną. Codziennie rano uczestniczył w modlitwach rodzinnych, a w niedzielę wieczorem nie wolno było robić nic, co nie było religijne. Doświadczenia z dzieciństwa miały znaczący wpływ na jego podstawowe poglądy religijne. Niestety nie znalazł w tym Kościele żywej wiary³⁸.

³⁴ Por. E. Thornton. *Professional Education for Ministry*. Nashville 1969 s. 23.

³⁵ Por. S. Hiltner. *The Heritage of Anton T. Boisen*. „Pastoral Psychology” 16 (1965) nr 8 s. 5-10.

³⁶ Por. T. Boisen. *The Natural History of Organized Religion*. „Journal of Religion” 20 (1940) nr 4 s.361.

³⁷ Por. T. Boisen. *Out of the Depths*. New York 1960 s. 34.

³⁸ Por. Tamże s. 34.

Zainteresowanie Boiseną przyrodą zdecydowało o tym, że podjął studia w *Yale Forest School*. Po ich ukończeniu 1905 r. poszedł do pracy w *U.S. Forest Service*. Pomimo ukończenia studiów i znalezienia pracy jego powołanie do służby w Kościele nie dawało mu spokoju. W 1908 r., za namową Alice Batchelder, która była jego bliską znajomą, Boisen wstąpił do *Union Theological Seminary* w Nowym Jorku. Seminarium, które wybrał, było jednym z nielicznych, które oferowało teologię umożliwiającą mu pogłębianie jego zainteresowań dotyczących łączenia religijności z psychologią. Duży wpływ na jego poglądy w tym okresie miał jego profesor religii i psychologii, George Albert Coe, który specjalizował się w badaniach doświadczenia religijnego. Po ukończeniu pierwszego roku Boisen został oddelegowany do małego kościoła w pobliżu, *Santa Clara*³⁹. W 1931 r. profesor Boisen, Williams Adams Brown opublikował artykuł wzywający do współpracy między religią a medycyną w podejściu do zdrowia psychicznego i fizycznego oraz do zbadania wyjątkowej roli życia duchowego w leczeniu. Boisen napisał 5 kwietnia 1910 r. rozprawę, którą zatytułował *My Worldview* (Moja wizja świata). W swoich pismach odnosi się do Boga jako „do najdoskonalszej wewnętrznej wspólnoty”⁴⁰. Fascynował go problemem zła, który powiązał z pewnymi typami chorób psychicznych⁴¹. Po ukończeniu seminarium podjął pracę jako pastor w Missouri, w Tennessee, gdzie oprócz kazań prowadził badania teologiczne. W dalszej karierze służył wielu kościołom kongregacyjnym. Przyczyna tych zmian nie jest do końca wyjaśniona. Istnieją podejrzenia, że Boisen nie zgadzał się na łączenie Kościoła i polityki. W 1912 r. podjął pracę jako pastor w *College* w Ames. Z powodu troski o wspomnianą wyżej Alice (jego przyjaciółkę) Boisen po roku opuścił Ames i udał się do *Beecher Bible and Rifle Church* w Kansas i North Anson⁴². We wszystkich tych kościołach skupiał się na programach społecznych⁴³.

Po wybuchu I wojny światowej udał się do krajów europejskich poprzez zgłoszenie się do *Young Men's Christian Association*. Organizacja wysłała go do Francji, gdzie przydzielono go do różnych oddziałów bojowych⁴⁴. Na zakończenie wojny dołączył do *Presbyterian Board Of Home Mission* i rozpoczął szkolenie amerykańskich żołnierzy w Coblenz (Koblencja) w Niemczech, nauczając historii. Po powrocie do Ameryki otrzymał pracę związaną z badaniami obszarów wiejskich w Dakocie Północnej. Po roku Arthur Holt

³⁹ Por. Tamże s. 60.

⁴⁰ Por. G. A. Asquith Jr. *Anton T. Boisen and the Study of Living Human Documents*. „Journal of Presbyterian History” 40 (1982) nr 1 s. 251.

⁴¹ Por. Tamże s. 251.

⁴² Por. Tamże s. 252.

⁴³ Por. T. Boisen. *Out of the Depths* s. 36.

⁴⁴ Por. G. A. Asquith Jr. *Anton T. Boisen and the Study of Living* s. 252.

z *Congregational Social Service Commission* zaproponował Boisenowi pracę, której jednak nie przyjął⁴⁵. W październiku 1920 r. zamieszkał ze swoją siostrą, szwagrem i matką w Arlington Massachusetts. W dalszym ciągu zastanawiał się nad swoim życiem. Tak napisał w swojej autobiografii: „Wydawało mi się, że będę wkraczał w nowy okres, w którym ofiaruję się na nowo. Czy nie byłoby zatem stosowne, abym spróbował zmienić swoje powołanie?”⁴⁶. Boisen postanowił opisać swoje doświadczenia religijne i wyznanie wiary. W trakcie próby spisania swoich rozmyślań pojawiły się u niego pierwsze objawy choroby psychicznej. Po obserwacji lekarskiej Boisen został skierowany do szpitala psychiatrycznego w Bostonie. W czasie pobytu w szpitalu doświadczał wielu urojeń, które szczegółowo opisał w swojej autobiografii zatytułowanej *Out of Depths*, w której twierdzi, że pewne formy zaburzeń psychicznych są podobne do doświadczeń religijnych, również pod względem rozwiązywania problemów w życiu człowieka. Podczas tych halucynacji znalazł nowy cel swojego życia, chciał podjąć wyzwanie dotyczące oddzielenia medycyny od religii⁴⁷. Halucynacje Boisen tak go zafascynowały, że postanowił poświęcić im resztę swojego życia. Według niego były bowiem celem i środkiem jego zbawienia. Po przeniesieniu ze szpitala w Bostonie do powiatowego szpitala w *Westboro* napisał list do Freda Eastmana, w którym twierdził, że nauczył się bardzo ważnej zasady życiowej, że sens życia można znaleźć w złudzeniu⁴⁸. Doświadczenia doprowadziły go do nowej interpretacji natury choroby psychicznej. Uważał, że istnieją dwa podstawowe rodzaje chorób psychicznych. Jedne to te, które są spowodowane organicznymi trudnościami nastroju, a drugie występują, gdy ciało jest fizycznie zdrowe. Do tych ostatnich należą „reakcje paniki”, które odczuwał⁴⁹.

W styczniu 1922 r., po piętnastomiesięcznej hospitalizacji w szpitalu w *Westboro*, Boisen przeniósł się do szkoły teologicznej w Cambridge. Później rozpoczął studia w *Andover Theological Seminary*, które były połączone ze szkołą teologiczną na Harvardzie. Spośród wielu nauczycieli szczególnie profesor medycyny klinicznej, Richard C. Cabot, wywarł ogromny wpływ na poglądy i metody Boisen. Richard C. Cabot był profesorem medycyny klinicznej na Harvardzie. Boisen uważał, że jest zapotrzebowanie na pomoc człowiekowi dotkniętemu cierpieniem. Mocno wierzył, że jest nią bezpośrednie badanie

⁴⁵ Por. Tamże s. 253.

⁴⁶ Por. Tamże.

⁴⁷ Por. Tamże.

⁴⁸ Por. Tamże.

⁴⁹ Por. Tamże s.255.

człowieka i jego doświadczenia, nazwał to lekturą „żyjącego ludzkiego dokumentu”⁵⁰. W trakcie pierwszego pobytu w szpitalu psychiatrycznym, po doświadczeniu halucynacji Boisen stwierdził, że otrzymał inspiracje do zrobienia czegoś, co oddzielałoby religię i medycynę⁵¹. Wierzył w to, że wiele chorób psychicznych jest raczej problemem o podłożu religijnym niż medycznym i, że nie można ich skutecznie leczyć, dopóki nie zostaną w pełni rozpoznane. Po wyjściu ze szpitala w 1922 r. Boisen kontynuował swoją edukację i związał się z grupą lekarzy, teologów i innych specjalistów medycznych, którzy pomogli mu ukierunkować zainteresowania na szkolenia kliniczne studentów teologii. W trakcie swojej kariery zawodowej opublikował pięć książek i dziesiątki artykułów w fachowych czasopismach związanych z interesującą go dziedziną⁵². Boisen wybrał czterech studentów teologii do pierwszego letniego programu szkolenia klinicznego w Worcester (Massachusetts) w szpitalu państwowym, w 1925 r.⁵³. Myśl o potrzebie nauczania klinicznego zrodziła się u Boisena z jego osobistych doświadczeń. Przeżył w swoim życiu kilka epizodów psychotycznych i przebywał w szpitalu psychiatrycznym. Doktor William A. Bryan, który pełnił funkcję inspektora stanowego w szpitalu w Worcester, wyszedł z propozycją zatrudnienia kapelana w swoim szpitalu. Boisen był zafascynowany tym pomysłem i rozpoczął w szpitalu pracę jako kapelan 1 lipca 1924 r.⁵⁴. Richard Cabot wspomagał Boisena finansowo i naukowo. Anton pracował nad rozwijaniem ruchu *Credential Pastoral Education* [CPE(d) – Akredytowana Edukacja Pastoralna]. 21 stycznia 1930 r. Boisen wziął udział w pierwszym zjeździe poświęconym CPE jako pierwszej formalnej organizacji nowego ruchu. Boisen, po śmierci swojej matki w czerwcu 1930 r., doznał załamania psychicznego i znalazł się ponownie w szpitalu psychiatrycznym. Richard Cabot nie zgadzał się z poglądami Boisena dotyczącymi interpretacji choroby psychicznej ani z programem nauczania klinicznego. Uważał, że Boisen nie powinien zajmować się programem CPE(d)⁵⁵.

W dniu 1 kwietnia 1932 r. Boisen został kapelanem w stanowym szpitalu w Elgin, niedaleko Chicago. Jego decyzja była motywowana przede wszystkim pragnieniem bycia blisko Alicji, która pracowała w Chicago oraz ze względu na jego związki z seminarium teologicznym w Chicago. Natychmiast zorganizował w Chicago CPE(d) dla studentów

⁵⁰ Por. E. Thornton. *Professional Education for Ministry* s. 298.

⁵¹ Por. A.T. Boisen. *The Exploration of the Inner World*. New York 1936 s. 91.

⁵² Por. Tamże s. 92.

⁵³ Por. E. Thornton. *Professional Education for Ministry* s. 299.

⁵⁴ Por. G. A. Asquith Jr. *T. Boisen and the Study of Living* s. 257.

⁷⁷ Por. A. T. Boisen. *Out of the Depths* s. 171.

teologii⁵⁶. Boisen po raz kolejny przeżył załamanie psychiczne w listopadzie 1935 r. po otrzymaniu wiadomości, że jego przyjaciółka Alicja zachorowała na nowotwór. Zmarła 2 grudnia 1935 r. Rok po śmierci Alicji, przeżywając ból po jej utracie, Boisen napisał książkę *Exploration of the Inner World* (Eksploracja wewnętrznego świata)⁵⁷.

Od 1938 do 1942 r. Boisen pracował jako wykładowca w seminarium teologicznym w Chicago, co umożliwiło mu napisanie wielu publikacji naukowych. W latach 1942-1945 pracował jako kapelan w szpitalu w Elgin i w tym czasie opublikował kolejną ważną pracę: *Religion in Crisis and Custom* (Religia w kryzysie i obyczajach). Książka ta powstała w wyniku jego studiów nad różnymi grupami religijnymi. Jej podstawowym tematem są poglądy, które Boisen przedstawiał już wcześniej i odnoszą się do możliwości leczenia niektórych chorób psychicznych.

Boisen uważał, że Kościół nie jest zwykłym zbiorem doktryn lub ceremonii, ale dynamiczną wspólnotą, której głównym zadaniem jest utrwalanie i odtwarzanie wiary religijnej „od nastroju do nastroju” i z pokolenia na pokolenie⁵⁸. Uważa się, że prawie wszystkie pisma Boisena były autentyczne i autobiograficzne i że jego wybór zawodu był niezwykle osobisty, oparty na religijnych i teologicznych interpretacjach ludzkiego doświadczenia. Życie i kariera Boisena były związane z Kościołem presbiteriańskim. Presbiterianizm ujawniał się w ważnych aspektach jego poradnictwa duszpasterskiego⁵⁹. Przez większość swojej kariery, począwszy od 1945 r., odwiedzał kliniczne ośrodki szkoleniowe jako konsultant edukacyjny CPE(d). Ostatnie pięć lat życia Boisena były latami ciszy. W szpitalu psychiatrycznym, w którym pracował, odnalazł swoje powołanie jako kapelan i wiernie mu służył. To było miejsce, w którym chciał umrzeć i zostać zapamiętanym. Zmarł w październiku 1965 r. w wieku 89 lat, w szpitalu w Elgin.

1.4. Podjęcie opieki religijnej przez świeckich wywodzących się z różnych wyznań chrześcijańskich

W połowie lat dwudziestych ubiegłego stulecia pojawiła się nowa forma edukacji teologicznej pod nazwą CPE – kliniczna edukacja pastoralna. Z wprowadzeniem jej wiązało się duże ryzyko. Musiały ze sobą współpracować duszpasterstwo i władze szpitala. Innowacja została wprowadzona przez doktora Williama A. Bryana ze stanowego szpitala

⁵⁶ Por. Tamże s. 171.

⁵⁷ Por. Tamże s. 80.

⁵⁸ Por. Tamże s. 84.

⁵⁹ Por. A.T. Boisen. *The Exploration of the Inner World* s. 300.

w Worcester w Massachusetts, który zatrudnił byłego pastora, Antona T. Boisen na stanowisku kapelana szpitala⁶⁰. Boisen uważał, że pewne typy schizofrenii można rozumieć jako problemy duszy. Zaprosił do współpracy czterech studentów. Jedną z nich była Helen Flanders Dunbar, późniejsza pionierka w dziedzinie medycyny psychosomatycznej, która została zatrudniona jako pomocnik badawczy. Doktor Dunbar została później dyrektorem medycznym organizacji programów klinicznych CPE dla studentów w Nowym Jorku. Dla Boiseny okresy kryzysowe w życiu miały twórcze możliwości. Kryzys kojarzył mu się z „religijnym ożywieniem”. Pisał on, że „w czasach kryzysu, gdy los człowieka wisi na włosku, prawdopodobnie człowiek będzie intensywniej myślał i odczuwał rzeczy, które mają dla niego największe znaczenie”⁶¹. Według niego w takich okolicznościach nowe pomysły pojawiają się w umyśle tak żywo, że wydaje się, iż pochodzą z zewnętrznego źródła. Dla Antona Boiseny okresy kryzysu były momentami, które przynosiły zmianę na lepsze lub gorsze. Podczas pierwszego letniego programu, w szpitalu stanowym w Worcester, w 1925 r. uczniowie pełnili funkcję opiekunów oddziału. W ciągu dnia uczestniczyli w spotkaniach personelu, a wieczorem w seminariach z kapelanem Boisenem i różnymi członkami personelu medycznego. Każdego roku coraz więcej studentów teologii zapisywało się, by poznać tę nową metodę CPE. Doktor Bryan gorliwie wspierał kapelana Boiseny w jego początkowych wysiłkach⁶².

W 1925 r. doktor Richard C. Cabot, zwany ojcem opieki medycznej, ogłosił potrzebę szkoleń CPE dla studentów teologii na Harvardzie. Oprócz niego i doktora Bryana inicjatywę tę poparli doktor Charlesa F. Reed ze szpitala powiatowego w Elgin i profesor Fred Estman z teologicznego seminarium z Chicago⁶³.

W dniu 21 stycznia 1930 r. doktor Richard Cabot, doktor Henry Wise Hobson, Samuel Eliot z Kościoła *Arlington Street Unitarian* w Bostonie, William A. Healy z fundacji *Judge Baker* i Ashley Day Leavit z Kościoła kongregacyjnego w Harvardzie spotkali się podczas sympozjum poświęconego CPE i podpisali dokumenty dotyczące prawa i regulacji szkolenia klinicznego CPE dla studentów teologii. Sekretarzem wykonawczym został pastor Philip Guiles z *Congregational Church* (Kościół kongregacyjny, dzisiaj znany pod nazwą *United Church of Christ*, czyli Zjednoczony Kościół w Chrystusie). Philip Guiles, który w

⁶⁰ Por. F. Eastman. *Anton T. Boisen and the Origin of the Movement for the Clinical Training of Theological Students. Father of the Clinical Pastoral Movement*. The Chicago Theological Seminary: Chicago 1952 s. 14-16.

⁶¹ Por. G.A. Asquith Jr. *Anton T. Boisen and the Study of Living* s. 251.

⁶² Por. F. Eastman. *Anton T. Boisen and the Origin of the Movement for the Clinical Training* s. 14-16.

⁶³ Por. G.A. Asquith Jr. *Anton T. Boisen and the Study of Living* s. 245.

r. 1928 był studentem CPE, uczestniczył w wykładach Boisena który zainspirował go do aktywnej działalności na rzecz CPE. Guiles pod wpływem swojego profesora – Boisena włączył się w działania, które zaowocowały założeniem *Council for Clinical Training of Theological Students* (Rady ds. kształcenia klinicznego studentów teologii). Dyrektorem medycznym tej organizacji została doktor Helen Flander Dunbar, sekretarzem – Anton Boisen, a Filip Guiles został pomocnikiem Boisena⁶⁴. Wśród liderów *Council for Clinical Training of Theological Students* w r. 1935 doszło do rozłamu. W trakcie wspólnej pracy okazało się, że poszczególni członkowie *Council for Clinical Training of Theological Students* mają odmienne poglądy i zapatrywania na dalszy rozwój stworzonej przez siebie organizacji. Richard Cabot, który był lekarzem i profesorem szkoły medycznej na Harvardzie w Massachusetts, głosił, że należy skupić się na studiowaniu zachowań ludzkich pod nadzorem instruktora. Chciał, aby certyfikat CPE był wymagany od lekarzy i pracowników socjalnych. Zupełnie inne przekonania miała Helen Founders Dunbar, która ukończyła seminarium teologiczne w Nowym Jorku, doktorat uzyskała w *Columbia University* i została lekarzem psychiatrą na *Yale University Medical School*. Również ona, podobnie jak Guiles, była studentką CPE i uczestniczyła w wykładach prowadzonych przez Boisena. Przez miesiąc brała udział w programie CPE w *Worcester State Hospital* w 1925 r. Chciała, skupić się przede wszystkim na studiowaniu symboli religijnych, zwłaszcza tych, które są spokrewnione z chorobami psychicznymi. Była przekonana, że nauki ścisłe i religia powinny współpracować ze sobą. Po rozłamie, kiedy biuro zostało przeniesione do Nowego Jorku, została dyrektorem CPE⁶⁵.

Cabot i Guiles przekonywali, że szkolenie kliniczne powinno być prowadzone w szkołach teologicznych i pomagać przyszłym pastorom w ich pracy duszpasterskiej. Szpital był dla nich odpowiednim miejscem do prowadzenia szkoleń programu CPE. Boisen i Dunbar uważali, że CPE powinno prowadzić edukację dotyczącą chorób psychicznych. Chcieli włączyć do programu nauczania psychologię oraz ludzkie zachowania. Uważali, że szpitale psychiatryczne są doskonałymi miejscami do prowadzenia programu CPE. Rozłam między założycielami grupy zwiększał się i w jego wyniku Dunbar i Boisen założyli nowy *Council* i przenieśli swoją siedzibę do Nowego Jorku. Guiles i Cabot zmienili nazwę z *Council for Clinical Training of Theological Students* na *Andover Newton*, a głównym ich celem stała się pomoc pastorom w rozwoju ich *identity* (tożsamości). Chcieli, aby ich idea

⁶⁴ Por. Tamże s. 246.

⁶⁵ Por. C. L. Udell, T. Kindred. *The Story of Phillip Guiles and John Billinski*. ACPE History. Wisconsin 2000 s. 1-3.

była rozszerzona na większość seminariów teologicznych w New England⁶⁶. W 1944 r. założyli *Institute of Pastoral Care*. (Instytut Opieki Pastoralnej)⁶⁷.

W 1967 r. CPE dostała rządową akredytację, toteż instruktorzy CPE muszą uwzględniać w swoim nauczaniu ogólnokrajowe zasady programu. Każdy instruktor jest zobowiązany do napisania indywidualnego programu w zależności od szpitala, w którym będzie on prowadzony, oraz od zapotrzebowania studentów. Studenci chcący wziąć udział w szkoleniu wcześniej spotykają się z instruktorem, dzięki czemu mają okazję zapoznać się ze szczegółami proponowanego programu oraz wnieść własne spostrzeżenia czy zdefiniować oczekiwania. Obecnie CPE stanowi połączenie wyżej opisanych zasad programowych. Wszyscy studenci studiów teologicznych i seminariów w Stanach Zjednoczonych, niezależnie od wyznania, muszą ukończyć jeden kurs CPE. Dotyczy to również katolickich księży oraz świeckich studentów⁶⁸.

1.5. Podjęcie inicjatywy przez Kościół katolicki

Historia katolickich kapelanów sięga r. 1846, czyli okresu wojny z Meksykiem. Ameryka w tym czasie w większości była protestancka. Wielu imigrantów z Irlandii i Niemiec, którzy dołączyli do armii amerykańskiej, było katolikami. Zmuszano ich do uczestnictwa w nabożeństwach i modlitwach protestanckich. Prezydent USA James Polk spotkał się z arcybiskupem Johnem Hughesem z Nowego Jorku, aby przedyskutować potrzebę zatrudnienia katolickiego kapelana, co odpowiadałoby zapotrzebowaniu żołnierzy. 5 lipca 1846 r. dwóch księży, John McElroy i Anthony Rey, zostało mianowanych i wysłanych do Meksyku, aby służyć żołnierzom jako kapelani katoliccy.

John McElroy urodził się 14 maja 1782 r. w County Fermanogh. McElroy dołączył do braci *Society of Jesus* (Towarzystwa Jezusowego) w 1806 r. W 1817 przyjął święcenia kapłańskie. W latach 1822-1846 posługiwał jako kapłan w Fredrick. W 1846 biskup Hughes, odpowiadając na prośbę prezydenta Polka o pomoc duchową i religijną katolickim żołnierzom na froncie wojny z Meksykiem, zdecydował, że John McElroy będzie doskonałym kapelanem. Znał język hiszpański oraz hierarchię kościelną w Meksyku, dlatego biskup wysłał go na wojnę. Po powrocie z wojny udał się do Bostonu, gdzie założył

⁶⁶ Por. F. Eastman. *Anton.T. Boisen and the Origin of the Movement for the Clinical Training* s. 14-16.

⁶⁷ Por. C. L. Udell, T. Kindret. *The Story of Phillip Guiles* s. 1-3.

⁶⁸ Wywiad nr 76 [K. Si. ok. 80 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 16.09.2021]. AW s. 83.

Boston College i Boston High School (szkołę średnią). Zmarł 12 września 1877 w Fredrick City w Maryland, USA⁶⁹.

Drugim kapłanem katolickim, wysłanym z Johnem McElroy, był Anthony Rey. Urodził się 19 marca 1807 r. w Lyonie, we Francji, zmarł 19 stycznia 1847 niedaleko Ceralvo w Meksyku. Był pierwszym katolickim kapłanem, który zginął podczas służby w amerykańskiej armii. Wstąpił do zakonu jezuitów 12 listopada 1827 r. Został wysłany przez zakon w 1840 r. do USA, do pracy jako profesor filozofii w *Georgetown College*. W 1843 r. został przeniesiony do *St. Joseph Church* (kościół świętego Józefa) w Philadelphii, w Pensylwanii. Mówił biegle po francusku i niemiecku. Do amerykańskiej armii został wysłany jako kapłan w maju 1846. W czasie pobytu w wojsku nauczył się biegle języka hiszpańskiego, aby móc służyć mieszkańcom Meksyku. Jako kapłan mógł udzielać sakramentów nie tylko żołnierzom, ale i pobliskiej ludności. W czasie działań wojennych został zamordowany, prawdopodobnie przez grupę Antonia Canales Rosillo⁷⁰.

Źródła podają, że historia katolickich kapłanów szpitalnych zatrudnionych na etacie, jak każdy z pracowników szpitala, rozpoczyna się od r. 1960. Pionierem był ksiądz Ted Ploplis, który pracował w Szpitalu Świętego Józefa w Chicago. Szpital został założony przez *Daughter of Charity* (Córki Dobroczyńności) w 1869 r. Był pierwszym katolickim szpitalem w stanie Illinois znanym pod nazwą *Providence Hospital*. W tym czasie był małym domem, który wynajmowały katolickie siostry zakonne. Siostry utrzymywały się tylko z datków otrzymanych do ludzi i opiekowały się chorymi dotkniętymi cholera. W 1872 r. nazwę zmieniono na Szpital Świętego Józefa. W 1964 pacjenci i kadra szpitala zostali przeniesieni do nowego budynku liczącego 500 łóżek, który służy pacjentom do dziś. Ksiądz Ted Ploplis służył tam jako dyrektor *Spiritual Department* (departamentu „duchowego”) i kapłan od 1996 r.⁷¹.

Pierwsze szpitale w większości przypadków były założone i prowadzone przez katolickie siostry zakonne. Kościół katolicki zawsze wychodził z inicjatywą służenia biednym, bezdomnym i chorym, dlatego też szpitale były przedłużeniem troski duszpasterskiej Kościoła. Zatem religia i duchowość spełniały bardzo ważną funkcję w leczeniu chorych w placówkach szpitalnych, zwłaszcza w okresie kryzysu ekonomicznego

⁶⁹ Por. J. Connolly, F. McElroy. *First Catholic Chaplain of the United State Army Record*. „Clogher Historical Society” 20 (2011) nr 3 s. 535-540.

⁷⁰ Por. [A. Rey- Catholic Chaplain]. W: http://www.kofcassembly3617.com/assembly_history.html (dostęp 12.11.2021).

⁷¹ Por. M. Martin. *St. Joseph Hospital Celebrates 150 Years of Care in Chicago*. „Chicago Catholic” (z dnia 24.07.2019) s. 1-4.

w latach 1929 -1933⁷². Wielu badaczy uznaje, że religia i duchowość mają ścisły związek ze zdrowiem fizycznym i psychicznym pacjenta⁷³. Prowadzono również badania ukazujące, w jaki sposób przyczyniają się one do pozytywnego myślenia i radzenia sobie pacjentów chorych na ciężkie i przewlekłe choroby oraz będących w obliczu śmierci⁷⁴. W oparciu o przeprowadzone badania i obserwacje zaczęto zastanawiać się, jak zintegrować ciało, umysł i ducha w obliczu chorób, urazów, strat i zmian życiowych⁷⁵. W takich chwilach rola kapelanów szpitalnych polegała na pomaganiu pacjentom i ich rodzinom w odnalezieniu celu życia, zrozumieniu cierpienia, choroby i śmierci. Podobną rolę spełniały katolickie siostry zakonne dzięki swojemu powołaniu i wierze⁷⁶. W związku z tym kapelan szpitalny był i jest częścią zespołu medycznego. Mimo że posługa kapelana w Kościele katolickim jest zarezerwowana dla osób wyświęconych, biskupi z Ameryki starali się o udzielenie zezwolenia świeckim na posługę chorym. Jednak nie dostali pozwolenia Stolicy Apostolskiej na nadawanie tego tytułu osobom świeckim⁷⁷ (znaczenie „świecki kapelan” zostanie wyjaśnione w następnym punkcie). W 1996 została wydana „Instrukcja o niektórych kwestiach dotyczących współpracy wiernych i świeckich w ministerialnej posłudze kapłanów”⁷⁸. Instrukcja ta pozwoliła włączyć osoby świeckie do posługi duszpasterskiej w szpitalach, ale nie zastąpić kapłanów. Posługa osób świeckich może się skupiać na rozpoznawaniu potrzeby duchowej chorego, udzielaniu mu wsparcia we wspólnej modlitwie, na towarzyszeniu choremu w jego cierpieniu⁷⁹. W Stanach Zjednoczonych posługę tę opisuje się jako *theology of being* (teologia istnienia)⁸⁰.

Jedną z podstawowych funkcji świeckich kapelanów jest rozeznanie poziomu życia duchowego człowieka – *spiritual assessment* i pomoc w przygotowaniu go do przyjęcia

⁷² Por. T. R. Chapman, D. H. Grossoehme. *Adolescent Patient and Nurse Referrals for Pastoral Care*. „Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing” 15 (2002) nr 1 s.118 – 123.

⁷³ Por. L. K. George, C. G. Ellison. *Explaining the Relationships Between Religious Involvement and Health*. „Religion and Psychology” 13 (2002) nr 3 s.190-200.

⁷⁴ Por. E. Baljani, M. Kazemi, E. Amanpaur. *The Relationship Between Religion and Spiritual Well – Being, Hoop and Quality of Life in Patients with Cancer*. „Basic & Clinical Cancer Research” 12 (2020) nr 4 s. 177-182.

⁷⁵ Por. Tamże s. 177-182.

⁷⁶ Por. E. Poncin, P.Y. Brandt. *Mapping the Healthcare Chaplaincy Literature: An Analytical Review of Publications Authored by Chaplains and Theologians Between 2000 and 2018*. „Health Care Chaplain” 1 (2020) nr 26 s.16-44.

⁷⁷ Por. C. Puchalski, B. Lunsford. *Interdisciplinary Spiritual Care for Seriously Ill and Dying Patients: A Collaborative Model*. „The Cancer Journal” 12 (2006) nr 5 s. 398 – 416.

⁷⁸ Por. Kongregacja Nauki Wiary [i in.] Instrukcja *Ecclesiae de mysterio* (15.08.1997). W: *W trosce o pełnię wiary. Dokumenty Kongregacji Nauki Wiary 1995-2000*. Red. J. Królikowski, Z. Zimowski. Tarnów 2002 s. 215-235.

⁷⁹ Por. S. M. Weisenberg. *Chaplain in Canon Law and Contemporary Practice*. „Journal of the Catholic Health Association of the United States” 91 (2010) nr 1 s. 86-87.

⁸⁰ Por. Tamże s. 87.

sakramentów. Niejednokrotnie zdarzało się, że rozmowa chorego z kapelanem świeckim doprowadzała do otwarcia pacjenta na przyjęcie sakramentów świętych. Kapelan świecki jest pośrednikiem pomiędzy chorym a księdzem, co daje możliwość rozpoznania jak pomóc choremu w pojednaniu z Bogiem i przystąpieniu dzięki kapłanowi do sakramentów Kościoła.

W Ameryce świecki kapelan jest etatowym pracownikiem szpitala. Dzięki temu ma czas na spotkania z wieloma chorymi, którzy potrzebują duchowej pomocy. To skutkuje tym, że ksiądz jest informowany przez kapelana świeckiego o sytuacji danego pacjenta i może mu w krótkim czasie pomóc.

1.6. Podjęcie inicjatywy przez inne religie

Mimo że pierwsze szpitale założone zostały przez katolickie siostry zakonne, księża katoliccy w ramach posługi duszpasterskiej służyli pomocą chorym poprzez sprawowanie Mszy Świętej i udzielanie sakramentów, to protestanci zapoczątkowali program CPE. Szpitale zaczęły kłaść nacisk na to, żeby opieką duszpasterską otoczyć wszystkich pacjentów. Stąd w szpitalach zaczęli pojawiać się kapelani różnych wyznań, wśród nich byli kapelani żydowscy, muzułmańscy, hinduscy i buddyjscy.

Kapelani żydowscy.

Dnia 9 kwietnia 1917 r., trzy dni po przystąpieniu Stanów Zjednoczonych do I wojny światowej, dwadzieścia dwie narodowe organizacje żydowskie utworzyły Żydowską Radę Opieki Społecznej w celu zaspokojenia potrzeb religijnych i moralnych Żydów⁸¹. W 1943 r. Rada wysłała 104 rabinów do amerykańskiej armii⁸². Podczas II wojny światowej rola kapelana żydowskiego uległa zmianie. Pierwotną jego funkcją były modlitwy, z czasem wzrosło zapotrzebowanie na wsparcie duchowe. Rabini szybko zorientowali się, że bez życia duchowego i moralności trudno byłoby służyć w wojsku, dlatego oficjalnie traktowano kapelana jako przewodnika duchowego⁸³. Zatem amerykańska armia traktowała żydowskiego kapelana tak samo, jak każdego kapelana innej religii. Dzięki posłudze kapelanów żydowscy rabini rozwijali się pod względem fizycznym i duchowym. Nauczyło to ortodoksyjnych, konserwatywnych i zreformowanych rabinów tego, że muszą pójść

⁸¹ Por. B. Sherman. *American Jewish Historical Quarterly*. The Johns Hopkins University Press: New York 1962 s. 12.

⁸² Por. Tamże s.14.

⁸³ Por. Tamże s. 20.

z posługą do całej żydowskiej społeczności, a także do innych wyznań. Dlatego stanęli przed wyzwaniem rozwiązania problemu, w jaki sposób zachować swoją tożsamość, służąc innym⁸⁴. Kapelani żydowscy, w tym świeccy, zatrudnieni w chicagowskich szpitalach muszą dzisiaj zapewniać realizację potrzeb religijnych chrześcijanom lub pacjentom innych wyznań, kiedy istnieje taka konieczność⁸⁵.

Kapelani żydowscy budowali swoją tradycję na tak zwanym *bikur holim* – odwiedzaniu chorych, które ma miejsce do dziś. Ta tradycja ma korzenie w Piśmie Świętym, w którym Bóg odwiedził Abrahama (Rdz 18, 1-3). W związku z tym odwiedzanie chorych jest obligatoryjne. Dlatego rabin Meyer Strassfield napisał, że: „gminy żydowskie są zobowiązane do zapewnienia opieki duszpasterskiej chorym i stworzyły profesjonalny program dla kapelanów”⁸⁶. W Ameryce żydowskimi kapelanami są zarówno rabini, jak i osoby świeckie. W 1990 r. rozpoczęto szkolenie profesjonalnych kapelanów i została do tego celu powołana *NAJC– National Association of Jewish Chaplains* (Narodowe Stowarzyszenie Kapelanów Żydowskich)⁸⁷.

Kapelani muzułmańscy.

Większość muzułmanów uważa, że wiara jest najważniejszym aspektem życia duchowego. Zwłaszcza, jeśli chodzi o etykę postępowania w czasie choroby i śmierci⁸⁸. Rola kapelana w Ameryce to służba ludziom wykraczająca poza granice religijne. Kapelan to osoba, która jest przygotowana do towarzyszenia człowiekowi w jego cierpieniu. Muzułmanin modli się pięć razy dziennie z twarzą skierowaną w stronę Mekki. Już na tej podstawie możemy wyobrazić sobie, jak ważna jest religia dla muzułmanów. Muzułmańscy kapelani są czymś nowym. Pokolenia muzułmanów mają poczucie nakazu duchowej i religijnej opieki nad członkami rodziny według praw i zaleceń Mahometa, który zilustrował to przykładem pasterza⁸⁹. Muzułmanie wierzą, że Mahomet powiedział, iż wszyscy są pasterzami i są odpowiedzialni za swoje trzody⁹⁰. Wyjaśnił, że każdy jest przywódcą wspólnoty, mężem i żoną. Na swój własny sposób są pasterzami tych, na którym im zależy. Życie proroka Mahometa było podobne do życia pasterza, był on całkowicie oddany

⁸⁴ Por. L. Barish. *The American Jewish Chaplaincy*. „JSTOR” 52 (1962) nr 1 s. 8. W: <https://www.jstor.org/stable/23874349> (dostęp 12.03.2022).

⁸⁵ Por. B.W. Koru. *American Jewish*. The John Hopkins University Press 1963 s. 3.

⁸⁶ Por. R. Strassfield. *The Third Jewish Catalog*. University of Pennsylvania 1980 s. 12.

⁸⁷ Por. N.W. Cohen. *American Jewish*. Brookline: New York 1890 s. 90.

⁸⁸ Por. W. Abu-Rass. *Chaplaincy Services for Muslim Patients in New York City Hospitals: Assessing Needs, Barriers, and the Role of Muslim Chaplains*. Institute for Social Policy and Understanding 2010. s. 4.

⁸⁹ Por. I. J. Long. *Islamic Pastoral Care and Development of Muslim Chaplaincy*. „Journal of Muslim Mental Health” 12 (2018) nr 1 s. 4.

⁹⁰ Por. Tamże s. 2.

ochronie i opiece nad swoją trzodą⁹¹. Po zbadaniu tego, co wiemy o życiu Mahometa i o podstawowych wierzeniach i praktykach muzułmanów, staje się oczywiste, że troska duszpasterska i troska o cierpiących, chorych lub ubogich stanowi nieodłączną część islamskiej tradycji⁹².

W Stanach Zjednoczonych początek muzułmańskich kapelanów sięga 1940 r. Byli powołani do posługi w więzieniach. Później rozszerzyli swoją działalność na armię, uniwersytety i szpitale⁹³. Ze względu na swoją szeroką działalność muzułmańscy kapelani musieli sprostać rządowym wymogom i w 2000 r. powstał pierwszy zatwierdzony przez państwo program szkolenia muzułmańskich kapelanów na *Hartford Seminary*, pod kierownictwem Ingrid Mattson⁹⁴. To doprowadziło do powstania w 2011 r. *Association of Muslim Chaplains (AMC – Stowarzyszenie Muzułmańskich Kapelanów)*⁹⁵.

Kapelani hinduscy.

Swami Sarvaananda, pionier działalności kapelanów hinduskich stwierdza, że „tolerancyjne przekonania i potężne praktyki naszej wiary pozwalają nam skutecznie służyć wszystkim potrzebującym”⁹⁶.

U Hindusów kapelan to duchowny lub świecki, który pełni tę posługę w różnych instytucjach publicznych i wśród ludzi o różnych wyznaniach religijnych. Kapelani służą w wojsku w większości krajów, w tym także w Indiach, w szpitalach, hospicjach, więzieniach, policji, straży pożarnej, jak również w firmach czy zakładach pracy⁹⁷. Są kształceni tak, aby pomagać ludziom w poradnictwie duchowym, uwzględniając wiarę danej osoby i jej duchowe potrzeby. W momencie kryzysu kapelani służą rodzinie, znajomym, opiekunom, personelowi ratującemu życie, a nawet opiekunom ludzi starszych pozostających w domach (*caregiver*). Swami Sarvaananda opisuje swoje doświadczenie bycia kapelanem i przygotowanie do tej posługi⁹⁸. W 2001 r. Swami Sarvaananda została pierwszym hinduskim kapelanem w Stanach Zjednoczonych certyfikowanym przez *Association of Professional Chaplain (APC – Zrzeszenie Profesjonalnych Kapelanów)*.

⁹¹ Por. Tamże s. 2.

⁹² Por. S. Gilliat - Ray, M. Ali, S. Pattison. *Understanding Muslim Chaplaincy*. Ruth Universidad Bochum 2013 s. 26.

⁹³ Por. I. J. Long. *Islamic Pastoral Care and Development of Muslim* s. 1.

⁹⁴ Por. Tamże.

⁹⁵ Por. M. Kowalski, W. Becker. *A Developing Profession: Muslim Chaplains in Americas Public Life*. „Contemporary Islam” 9 (2014) nr 1 s. 4-5. W: https://www.researchgate.net/publication/271630907_A_developing_profession_Muslim_chaplains_in_American_public_life (dostęp 24.03.2021).

⁹⁶ Por. S. Sarvaananda. *Hindu Approaches to Spiritual Care*. Virginia 2009. s. 12.

⁹⁷ Por. Tamże s. 12.

⁹⁸ Por. Tamże.

Hindusi są zrzeszeni w APC, ponieważ w przeciwieństwie do kapelanów żydowskich czy muzułmańskich nie mają jeszcze własnej, profesjonalnej organizacji. Swami Sarvaananda uważa, że Hindusi z wielu powodów szczególnie dobrze nadają się do duszpasterstwa. Niektóre praktyki hinduskie mogą być wyjątkowo skutecznym środkiem zaspokajania potrzeb pacjentów i ich rodzin. Wiele pism hinduskich, takich jak: *The Upanishads*, *Vedas*, *Mahabarata*, *Ramayana*, *Patanjali Yoga*, *Tirukural*, *Bhagavad Gita* uczy, w jaki sposób zadbać o siebie i innych, a także jak prowadzić lepsze i zdrowsze życie. Poza tym wielu hinduskich kapelanów studiowało pod okiem mistrzów, którzy przekazywali im głębokie przesłanie nauki w sposób, który mogli łatwo zrozumieć i zastosować w praktyce⁹⁹. Hinduskie wierzenia i praktyki w sposób wyjątkowy przygotowują kapelana do służby ludziom w potrzebie. Swami Sarvaananda podkreśla także korzyści, jakie daje pacjentowi medytacja i wegetarianizm. Uważa, że *Bhakti Yoga* pomaga osobie zjednoczyć się z siłą wyższą poprzez medytację, modlitwę i sposób życia.

Hinduizm kładzie nacisk na służenie drugiemu człowiekowi, a dopiero później na myślenie o sobie. Wyzwaniem dla kapelanów jest skuteczne posługiwanie ludziom innych wyznań i religii. Hinduskie nauczanie mówi, że prawda jest jedna, ścieżek jest wiele. Kapelan musi respektować różne religie. Jest przekonany, że w różnorodności istnieje podobieństwo wynikające z prawdy, że radość, miłość i światło można znaleźć na dowolnej ścieżce¹⁰⁰. Swami Sarvaananda zauważa, że wiara w *karmę* jest podzielana przez wielu ludzi i wiele religii. Twierdzi również, że każda akcja niesie ze sobą reakcję. Pewnego dnia ktoś znajdzie równowagę i będzie mógł łatwiej zrozumieć gniew i zaakceptować sytuację, jaką jest na przykład śmierć bliskiej osoby. Zrozumienie *karmy*, według Swami Sarvaanandy, pozwala również zaakceptować prawdę, że nic nie dzieje się bez przyczyny. Jesteśmy powołani do odpowiedzialności za to, co dzieje się teraz, a nie za to, co by było, gdyby...

Hinduizm praktykuje metodę głębokiego oddychania (*pranayama*). Głęboki, powolny oddech relaksuje i pomaga zregenerować organizm poprzez dostarczenie tlenu do komórek mózgowych. Hinduizm przede wszystkim opiera się na medytacji, którą można scharakteryzować jako możliwość rozmowy z Absolutem. Medytacja to czas spędzony w ciszy, polegający na głębokim zanurzeniu się w Absolucie i słuchaniu Jego głosu. Bardzo istotne w posłudze kapelana jest skupienie na obecności, towarzyszeniu człowiekowi, a nie

⁹⁹ Por. Tamże.

¹⁰⁰ Por. Tamże.

tylko na działaniu¹⁰¹. Modlitwy są charakterystyczne dla każdej religii, stąd wzrasta zapotrzebowanie również na hinduskich kapelanów w szpitalach, więzieniach i w wojsku¹⁰².

Kapelani buddyjscy.

Duszpasterstwo buddyjskie znajduje się na etapie formowania. Buddyjscy kapelani dołączają do kapelanów innych wyznań w takich instytucjach, jak szpitale, hospicja i więzienia. Początki duszpasterstwa buddyjskiego odwołują się do Buddy. We współczesnym świecie możemy wymienić trzy przyczyny, z powodu których człowiek potrzebuje pomocy medycznej. Są to starość, choroba i umieranie. To samo zainspirowało Buddę, aby wyjść poza pragnienie sławy i skierować się ku prawdzie i szczęściu. To spowodowało, że znalazł ścieżkę do pokoju pośród spraw, które są trudne, niewygodne i zagmatwane¹⁰³. Budda wyciągnął pomocną dłoń do kobiet i mężczyzn ze swojej wspólnoty, którzy poszukiwali czegoś, co uśmierzy ich ból. Budda zaoferował pomoc poprzez wskazówki i niezliczone nauki¹⁰⁴. Dlatego dziś buddyści uważają, że Budda był kapelanem, ściślej mówiąc kapelanem buddyjskim, który pocieszał innych, krocząc śladami uwolnienia się od cierpienia i bólu¹⁰⁵. Przez dwa i pół tysiąca lat buddyzm analizował przyczyny choroby, starości i śmierci, żeby móc zakończyć cierpienie.

Kapelani buddyjscy kontynuują te praktyki w szpitalach, hospicjach i więzieniach, pomagając łagodzić ból i wspomagając umiejętność radzenia sobie z trudnościami, które spotykają ludzi¹⁰⁶. W klasycznym rozumieniu buddyzmu nie ma miejsca na nadzieję lub zewnętrzne „źródła” czy bóstwa. W zamian za to człowiek może używać swojej inteligencji i dostępnych rzeczy materialnych, aby móc sobie pomóc w trudnej sytuacji. Mimo że istnieje potrzeba wskazówek od Buddy, to jednak Budda w swoim nauczaniu mówił o wolnym i odpowiedzialnym wyborze¹⁰⁷. Każdy potrzebuje zachęty, pomocy i wskazówek na swojej drodze życia. Rolą buddyjskiego kapelana jest towarzyszenie jednostce w trakcie jej przebudzenia i uwalniania od cierpienia¹⁰⁸. Człowiek taki może potrzebować kogoś, kto będzie mógł go wysłuchać, być jego inteligentnym przewodnikiem duchowym lub przenikliwym wyrazicielem prawdy. Ogólnie rzecz biorąc, celem kapelana buddyjskiego jest złagodzenie cierpienia w jego wielu formach: bólu fizycznego, trudnych emocji,

¹⁰¹ Por. Tamże.

¹⁰² Por. Tamże.

¹⁰³ Por. J. Block. *Towards a Definition of Buddhist Chaplaincy*. W: <https://www.sati.org/wp-content/uploads/2013/05/Buddhist-Chaplaincy-definition-Jennifer-Block.pdf> (dostęp 12.12.2021).

¹⁰⁴ Por. Tamże.

¹⁰⁵ Por. Tamże.

¹⁰⁶ Por. Tamże.

¹⁰⁷ Por. Tamże.

¹⁰⁸ Por. Tamże.

pogmatwanych lub niepokojących myśli, strachu, złości, poczucia winy, depresji, samotności, żaloby i tak dalej¹⁰⁹. Wszystkie nauki Buddy można podsumować zdaniem: do niczego nie powinno się przywiązywać i każdą sytuację można poprawić, stosując inteligentną perspektywę¹¹⁰. Thich Nhat Hanh mówi o mądrości jako o „świadomości przenikającej się natury od narodzin do śmierci”¹¹¹. Współczucie można zdefiniować jako wyzwolenie z iluzji odrębności. W sercu człowieka każda myśl, słowo, czyn może przynieść cud¹¹². Buddyjscy kapelani są motywowani życzliwością, otwartością, miłością swojego serca i duchową praktyką. Buddyjskie duchowe wsparcie oznacza pomoc człowiekowi w odkryciu klarownego spojrzenia na rzeczywistość i miłość płynącą z jego wnętrza¹¹³.

Obecnie większość pacjentów w szpitalach w Chicago to chrześcijanie, ale buddyjski kapelan może służyć pomocą duchową w danej chwili czy sytuacji¹¹⁴. Buddyjskie *Sati Centrum* w *Redwood City* w Kalifornii kształtuje przyszłych buddyjskich kapelanów. Szkolenie trwa jeden rok. Program ten nie jest profesjonalny i nie daje uprawnień do bycia kapelanem. Program ten jednak buduje i solidnie przygotowuje do życia duchowego. Kapelani buddyjscy chcąc pracować w szpitalach, muszą ukończyć cztery kursy CPE¹¹⁵.

Mimo obecności w jednym szpitalu pacjentów tak wielu wyznań CPE uczy kandydatów na kapelanów, że ich osobiste poglądy na wyznawaną wiarę muszą zejść na drugi plan podczas kontaktów z chorymi. Do obowiązków katolickiego kapelana należy zajmowanie się pacjentami innych wyznań, tak zwane *spiritual assessment*, czyli zbadanie potrzeb duchowych pacjenta. W zależności od tych potrzeb musi komunikować się z przedstawicielami innych religii, wyznań lub pośredniczyć w zapewnieniu specjalnych wymogów związanych z wyznaniem chorych (na przykład koszerna kuchnia). Zawsze na pierwszym miejscu stawiane są potrzeby pacjenta¹¹⁶.

Kapelani różnych wyznań na terenie szpitala współpracują ze sobą. Ich praca polega na zrozumieniu potrzeb pacjenta, wychodzeniu naprzeciw jego potrzebom duchowym. Zdarza się, że pacjent innego wyznania ma więcej zaufania na przykład do kapelana katolickiego. Jego zadaniem w takiej sytuacji jest rozmowa o Bogu, życiu po śmierci, rodzinie – tematach ogólnoludzkich – z poszanowaniem wyznania chorego, jego sposobu

¹⁰⁹ Por. Tamże s.1-3.

¹¹⁰ Por. Tamże.

¹¹¹ Por. Thin Nhat Hanh. *The Heart of the Buddha's Teaching*. California 1998 s. 101.

¹¹² Por. Tamże s. 160.

¹¹³ Por. Tamże..

¹¹⁴ Por. M. Monnett. *Developing a Buddhist Approach to Pastoral Care*. „Pastoral Care Counsel” (2005) nr 59 s. 57-61.

¹¹⁵ Por. Tamże s. 57-61.

¹¹⁶ Wywiad nr 51[M. Pr/dyr. ok. 70 lat, pochodzenia irlandzkiego, chrześcijanin; 18.12.2020]. AW s. 52.

modlitwy czy symboli religijnych. Prywatnie może on się z nimi nie zgadzać, ale w przypadku kontaktów z pacjentami musi je szanować.

Obecnie na terenie opisywanych w rozprawie szpitali nie ma zatrudnionych kapelanów buddyjskich czy hinduskich. Wynika to między innymi z tego, że na terenie szpitali prowadzone są statystyki i zatrudnia się kapelanów tych wyznań, na których jest największe zapotrzebowanie. Decydują o tym pacjenci. Nadal na terenie Stanów Zjednoczonych wymienione wcześniej wyznania pozostają w mniejszości¹¹⁷.

Początki opieki szpitalnej w Chicago były związane z działalnością Kościoła katolickiego. Tym, który wniósł nowe propozycje opieki szpitalnej, na przykład kapelanów świeckich, był Boisen. Włączył on w program szkolenia elementy teologiczne związane z wiarą wyznawaną przez pacjenta. Dlatego należało zbadać założenia szkolenia CPE dla studentów teologii, których praca związana była z posługą pastoralną na terenie szpitali. W rozdziale wskazano początki opieki szpitalnej w USA, ze szczególnym uwzględnieniem katolickich szpitali w Chicago, na terenie których realizowane były założenia CPE. Ukazano postać A. Boisena jako pioniera i osobę, która opracowała założenia szkolenia CPE dla studentów teologii. Prezentując postać Boisena, zwrócono uwagę na jego prace jako pierwszego kapelana posługującego w szpitalu. Program, który zapoczątkował Boisen, stał się inspiracją do opieki religijnej i duchowej dla świeckich różnych wyznań chrześcijańskich, co zostało omówione w tym rozdziale. Zwrócono również uwagę na to, w jakim stopniu inicjatywę Boisena, którą rozwinął Kościół katolicki, wykorzystwały inne wyznania, takie jak na przykład żydzi, hindusi i buddyści. Badania wykazały, że program zapoczątkowany przez Boisena był nowatorski poprzez fakt zwrócenia uwagi na sferę duchową pacjenta, której nie można pominąć podczas leczenia. Program bardzo szybko został dostrzeżony przez Kościół katolicki, który na terenie swoich szpitali wprowadził nowe propozycje opieki duchowej nad pacjentami różnych wyznań oraz zatrudnił w szpitalach katolickich kapelanów świeckich.

¹¹⁷ Tamże.

ROZDZIAŁ 2. ZASADY POSŁUGI ŚWIECKICH KATOLIKÓW W SZPITALACH

W wielomilionowych krajach, a takim są Stany Zjednoczone Ameryki, kapłan nie może dotrzeć do wszystkich potrzebujących. Jest to często technicznie niemożliwe, dlatego w szpitalach amerykańskich pomagają kapelani świeccy. Warunki dotyczące rodziny oraz stosunków w niej panujących są specyficzne w społeczeństwie amerykańskim. W odróżnieniu od warunków polskich (między innymi) w Ameryce brak jest rodzin wielopokoleniowych mieszkających wspólnie. Około 80% seniorów swoje ostatnie dni spędza w *Nursing Home* (domach opieki).

Problem starości, choroby czy śmierci w społeczeństwie amerykańskim jest traktowany jako tabu. Z tego względu istotną rolę odgrywa związek pomiędzy religią a opieką zdrowotną, który stał się mniej oczywisty. Zadanie, które zostało podjęte w tej części pracy, ukazuje jak ważna jest posługa pastoralna, którą sprawują kapelani w szpitalach amerykańskich¹.

Kapelaniem w USA może być: ksiądz, pastor, rabin, imam, lama buddyjski lub osoba świecka². Jest on częścią zespołu medycznego, który zapewnia opiekę duchową każdemu, kto jej potrzebuje, zarówno wierzącym, jak i ateistom. Posługuje pacjentom i ich rodzinom w sytuacjach kryzysowych, w żałobie, u schyłku życia, w dyskusjach, przewodniczy grupom wsparcia i uczestniczy w podejmowaniu decyzji³. Dla kapelana świeckiego niezmiernie ważne jest słuchanie historii, którymi pacjent dzieli się w trakcie wizyt. Pomaga mu to rozpoznać podstawowe obawy chorego, na przykład o jego zdrowie, i poznać jego sposób radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych. Umożliwia to wybór adekwatnej pomocy, zwłaszcza w zaspokojeniu potrzeb religijnych i duchowych⁴. Chcąc zbadać zagadnienia obecności kapelanów świeckich, należało przeanalizować zasady wypracowane przez

¹ Por. R. J. Hunter. *Dictionary of Pastoral Care and Counseling*. Tennessee 1990 s. 136.

² Por. Tamże s. 136.

³ Por. Tamże.

⁴ Por. D. E. Wolfie. *Moving Beyond Clinical and Congregational Silos to Collaborative*. Austin Presbyterian Theological Seminary 2017 s. 2.

instytucję *Joint Commission* i ustosunkować się do urzędowego terminu „świecki kapelan”, który nie ma odpowiednika w Kościele katolickim. Istotną rolę w posłudze katolickich kapelanów świeckich odegrało *National Association of Catholic Chaplains* (NACC), dlatego należało zbadać zasady wypracowane przez NACC i przepisy katolickich placówek szpitalnych.

2.1. Zasady wypracowane przez *Joint Commission*

W 1951 r. została powołana instytucja pod nazwą *Joint Commission* (Wspólna Komisja). Powstała ona dzięki połączeniu standardowych programów szpitali z podobnymi programami, które działały w *American College of Physician*, *American Hospital Association*, *American Medical Association* oraz *Canadian Medical Association*. *Joint Commission* ma swoją siedzibę w Oak Brook Terrace w Illinois, niedaleko Chicago. Stanowi ona organizację *non-profit* (*United State – Base Nonprofit Tax-Exemption Organization*)⁵. Większość stanów USA uznaje akredytacje przyznane przez *Joint Commission* do dofinansowania państwowych ubezpieczeń *Medicaid* (ubezpieczeń dla obywateli o niskim dochodzie) i *Medicare* (stanowych ubezpieczeń dla obywateli powyżej 65 roku życia). Celem *Joint Commission* jest pomoc szpitalom w podnoszeniu standardów opieki medycznej i ocena szpitali. Na podstawie niżej opisanych czynników analizowane są metody i rodzaje czynności wykonywanych w szpitalach. Opieka nad psychicznie chorymi, sposób dofinansowywania szpitali przez ubezpieczenia państwowe, ocena czy i w jaki sposób realizowane są wytyczne dotyczące opieki nad pacjentem w domu, po wypisaniu ze szpitala, zasady ogólnej oceny szpitala, domowej opieki społecznej i wymagań zawodowych stawianych pracownikom⁶.

Komisja działa na terenie całych Stanów Zjednoczonych i jest jedyną organizacją, która może udzielać szpitalowi akredytacji. Akredytacja obejmuje całe placówki zdrowia, hospicja, domy starców albo laboratoria, natomiast certyfikacja obejmuje poszczególne programy realizowane w danym szpitalu. Na przykład szpitale świętej Maryi i świętego Krzyża mają certyfikację do opieki nad pacjentami po wylewie⁷. Każdy szpital akredytowany przez *Joint Commission* musi posiadać i akredytację, i certyfikację, żeby zapewnić pacjentom opiekę na najwyższym poziomie. Tak, by sprostać zasadom *patients*

⁵ Por. The Joint Commission. *Accreditation of Health Care Organization*. W: <https://www.jointcommission.org/accreditation-and-certification/> (dostęp 17.10.2021).

⁶ Por. Tamże.

⁷ Por. The Joint Commission. *Facts About Joint Commission*. <https://www.jointcommission.org/about-us/facts-about-the-joint-commission/> (dostęp 11.11.2022).

satisfaction and safety (satysfakcji i bezpieczeństwa). Ocena szpitala przez pacjenta decyduje o wysokości państwowego dofinansowania, które otrzymuje szpital⁸. Wytyczne, które daje *Joint Commission*, poprzez akredytację, nazywane są programami. Pierwszy program akredytacji szpitali powstał w 1954 r. Obejmował szpitale dziecięce, psychiatryczne, rehabilitacyjne i zabiegowe. Obecnie akredytowanych jest około cztery i pół tysiąca placówek świadczących usługi medyczne, co stanowi około 82 % wszystkich szpitali w Stanach Zjednoczonych⁹.

W 1966 r. *Joint Commission* rozszerzyła swoją działalność, obejmując programem akredytacji domy pomocy społecznej (dla osób w podeszłym wieku). Obecnie jest około tysiąca organizacji, które posiadają taką akredytację. W 1969 r. stworzono program akredytacji dla opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Nadzoruje ona ośrodki zapewniające opiekę osobom z niedorozwojem umysłowym, uzależnieniami, depresjami oraz domy opieki psychiatrycznej. Program akredytacji ambulatoryjnej, który powstał w 1975 r., obejmuje gabinety lekarskie, gabinety chirurgii plastycznej, kosmetycznej i inne. Laboratoria działające na terenie szpitali objęto akredytacją w 1979 r. Komisja akredytuje około dwóch tysięcy laboratoriów. W 1988 r. na terenie Stanów Zjednoczonych powstały organizacje opieki socjalnej. Obecnie akredytację posiada około 5600 tego typu placówek. Zapewniają one opiekę nad pacjentem w domu. W zakres tej pomocy wchodzi: opieka nad chorymi, zapewnienie sprzętu medycznego, oddechowego, opieka nad pacjentami w hospicjum, pomoc w zaopatrzeniu w leki. *Joint Commission* objął opieką w 2001 r. małe szpitale lokalne, które dzięki akredytacji dostają dotacje od rządu. Pozwalają im one na przyjmowanie pacjentów na emeryturze lub ubogich z państwowym ubezpieczeniem. Również w 2001 r. akredytacją objęto oddziały chirurgii w szpitalach. Obecnie akredytację posiada ponad pięćset ośrodków¹⁰.

Obok programów akredytacyjnych organizacje świadczące wszelkiego typu usługi zdrowotne mogą ubiegać się o przystąpienie do programów certyfikowanych. Organizacje te mogą ubiegać się o przyznanie certyfikacji na podstawie leczenia jakiegokolwiek choroby przewlekłej, takiej jak: astma, nowotwory, depresja, cukrzyca, choroby serca, niewydolność serca, choroby nerek, choroby płuc, udary, choroby ginekologiczne i leczenie ran. Programem certyfikacji obejmowani są wszyscy pracownicy placówek zdrowotnych.

⁸ Por. Tamże.

⁹ Por. Tamże.

¹⁰ Por. Tamże.

Szpital, ośrodki zdrowia starają się o otrzymanie akredytacji lub certyfikacji, którą przyznaje *Joint Commission*, ponieważ niesie to ze sobą określone korzyści, takie jak:

- placówka może nieustannie poprawiać i udoskonalać swoje usługi;
- co trzy lata *Joint Commission* wystawia jej ocenę i zadania do wykonania (w czasie inspekcji, która trwa od dwóch do trzech tygodni);
- placówka ma dostęp do pomocy najlepszych specjalistów z każdej dziedziny;
- komisja sprawdza kwalifikacje kadry i pomaga najlepszym osiągnąć większe sukcesy¹¹.

Dzięki *Joint Commission* zauważono, że w katolickich szpitalach, które oferują pomoc duszpasterską pacjentom, pacjenci wykazywali większą tolerancję na ból i mniejszy stres¹². Dlatego zapewnienie opieki duszpasterskiej przez wszystkie szpitale stało się wymagane¹³. *Joint Commission* stoi na stanowisku, że człowiek składa się z *mind, body and spirit* (umysłu, ciała i ducha). Każdy pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej świadczonej za pośrednictwem *Pastoral Care Department* (oddziału opieki pastoralnej), który zatrudnia wyświęconych kapłanów, dyplomowanych katolickich kapelanów świeckich oraz kapelanów duchownych i świeckich innych wyznań. Dlatego podczas akredytacji placówek zdrowotnych *Joint Commission* dostosowuje wytyczne do danej placówki, biorąc pod uwagę względy narodowościowe, kulturowe, seksualne, religijne, etniczne, językowe, psychiczne i fizyczne¹⁴. *Joint Commission* ustanowiła standardy, które z jednej strony pomagały budować oddziały pomocy duszpasterskiej, a z drugiej pomagały pacjentom w zaspokojeniu pragnienia pomocy duchowej¹⁵. Dla poszczególnych ośrodków, szpitali, laboratoriów czy oddziałów ustanawiane są indywidualne zasady. Ponadto istnieją uniwersalne standardy, które obowiązują wszystkich, bez względu na specjalizacje. Należy do nich „Standard RI.01.01.01”, który mówi, że każdy szpital musi respektować, zabezpieczyć i promować prawa pacjenta:

- szpital musi uszanować wartości kulturowe, osobiste, przekonania i preferencje pacjenta (standard wykonawczy numer 6)
- szpital musi zapewnić pacjentowi prawo do prywatności (standard numer 7)

¹¹ Por. The Joint Commission. *Accreditation and Certification*.

<https://www.jointcommission.org/accreditation-and-certification/> (dostęp 17.11.2021).

¹² Por. Tamże.

¹³ Por. T. Gunn. *The Science of Health and Healing*. Holistic Promotion Publishing Company: Chicago 2014 s. 219.

¹⁴ Por. J. Ehman. *Reference to Spirituality/ Religion in Joint Commission*. „Pen Medicine” 2008. W: <http://www.uphs.upenn.edu/pastoral/resed/jcahrefs.html> (dostęp 14.12.2021).

¹⁵ Por. The Joint Commission. *The Source for Joint Commission Compliance Strategies*. „The Sources” 16 (2018) nr 2 s. 1-22 <https://www.nacc.org/wp-content/uploads/2018/01/Part-2.-Body-Mind-Spirit-JC-The-Source-Feb.2018-Vol.16.2.pdf> (dostęp 14.12.2021).

– szpital musi zapewnić pacjentowi prawo do wyznawania religii i do posługi duszpasterskiej (standard wykonawczy numer 9)¹⁶.

Zasady wypracowane przez *Joint Commission* we współpracy z *Association of Professional Chaplains* regulują warunki szkolenia wszystkich kapelanów, którzy są zatrudniani do pełnienia opieki duszpasterskiej w szpitalach. Również dla nich ustalono następujące wymagania:¹⁷

– każdy pacjent ma prawo do posiadania swoich przekonań kulturowych, psychospołecznych, duchowych i osobistych. Szpital ma obowiązek zapewnienia pacjentowi opieki duszpasterskiej i duchowej („Standard wykonawczy RI 2.10”),

– szpital zachowuje na piśmie informacje zebrane podczas pobytu pacjenta w szpitalu do późniejszego wglądu przez *Joint Commission* („Standard wykonawczy PC 2.20”),

– u schyłku życia pacjenta kapelan ma obowiązek przeprowadzenia wywiadu dotyczącego tradycji, obyczajów przez niego przyjętych. Jeżeli jest to mały szpital, wówczas za przeprowadzenie wywiadu odpowiedzialny jest lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny lub kapelan. Pytania dotyczą wartości życiowych, religijnych i kulturowych pacjenta, które szpital musi uszanować („Standard wykonawczy PC 14”),

– pacjent musi mieć zapewnioną opiekę duchową, religijną i psychologiczną podczas leczenia z alkoholizmu czy innych nałogów („Standard wykonawczy PC. 3.120”),

– szpital ma obowiązek zapewnienia pacjentowi opieki, jeżeli jest on leczony na choroby i zaburzenia psychiczne. Jeżeli szpital nie posiada takiego oddziału, ma obowiązek znalezienia na swój koszt miejsca, w którym pacjent uzyska pomoc („Standard wykonawczy PC.3.130”),

– pacjent przyjęty do szpitala ma prawo do otrzymania jedzenia zgodnego z jego religią. Na przykład Żydzi mają prawo otrzymywać koszerne jedzenie, muzułmanie – wegetariańskie („Standard wykonawczy PC.7.10”).

2.2. Znaczenie urzędowego terminu „świecki kapelan”

Słowo „kapelan” pochodzi od łacińskiego słowa *cloak* oznaczającego płaszcz¹⁸. Jest związane z historią świętego Marcina, który w czasie deszczu spotkał żebrzącego mężczyznę, który nie miał płaszcza. Gdyby święty Marcin oddał żebrakowi swój płaszcz, przeniósłby jego problemy na siebie, więc zamiast tego rozdarł płaszcz na pół i podzielił się

¹⁶ Por. Tamże s. 7.

¹⁷ Por. Tamże.

¹⁸ Por. Słownik PWN. Red. B. Pyrkosz. Warszawa 1991 s. 409.

płaszczem z żebrakiem. Z tej historii wynika rozumienie kapelana jako kogoś, kto dzieli się wsparciem z tymi, którzy przechodzą „burze w swoim życiu” i oferuje im duchową pomoc oraz wskazówki pomocne w trudnych chwilach życiowych¹⁹.

Kapelan w amerykańskiej tradycji to duchowny (kapłan, pastor, rabin, imam) lub świecki przedstawiciel danej religii czy tradycji wyznaniowej związany ze świecką instytucją, taką jak: szpitale, więzienia, wojsko, agencje wywiadowcze, ambasady, szkoły, związki zawodowe, policja, straż pożarna, uniwersytety, kluby sportowe lub prywatne kaplice. Kapelanem pierwotnie nazywany był duchowny Kościoła rzymskokatolickiego, prawosławnego, greckokatolickiego, anglikańskiego i ewangelickiego. Spełniał funkcje liturgiczne w kaplicy zakonnej, szpitalnej lub był przydzielony przez władzę kościelną do posługi duszpasterskiej pewnej grupie osób lub środowisk (na przykład kapelan wojskowy, więzienny, szpitalny, uczelniany). Kapelanem nazywany bywa także duchowny diecezjalny bądź zakonny pomagający biskupowi w czynnościach biskupich lub będący jego sekretarzem. W wojsku polskim II RP „kapelan” i „starszy kapelan” były tytułami duchownego wojskowego wyznania rzymsko- i greckokatolickiego, prawosławnego, ewangelicko-augsburskiego, ewangelicko-reformowanego, muzułmańskiego odpowiadającymi odpowiednio rangom kapitana, kapitana marynarki i majora – komandora podporucznika. W Stanach Zjednoczonych, w przeciwieństwie do krajów europejskich, kapelan nie jest kojarzony tylko z osobą duchowną. Może nim być osoba świecka spełniająca jakąś ważną rolę, zarówno religijną, jak i państwową²⁰.

Kapelani świeccy w szpitalach zostali określani jako *interpreters and translators of experience* (tłumacze doświadczenia)²¹. Ich rola jest ważna w *National Healthcare System* (NHS). To federalny program, który pomaga pracownikom zatrudnionym w placówkach zdrowotnych spłacać pożyczki zaciągnięte na naukę w szkole. Wspiera również biedne rejony Stanów Zjednoczonych, które mają ograniczony dostęp do służby zdrowia, poprzez wspomaganie wykwalifikowanej kadry medycznej. *National Healthcare System* postawił wymagania, aby potrzeby duchowe wszystkich pacjentów zostały zaspokojone, co z kolei sprawiło, że religię zastąpiono pojęciem duchowości. Duchowość jest różnie definiowana na płaszczyźnie opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych. Często określa się ją jako *the*

¹⁹ Por. W. Zalewski. *Święci na każdy dzień*. Warszawa 1996 s. 706-710.

²⁰ Por. D. Chodyniecki. *Kapelani wojskowi w dziejach Polski do wybuchu II wojny światowej*. „*Saeculum Christianum*” 4 (1997) nr 2 s. 106.

²¹ Por. J. R. Bryant. *A Single Site Study of Acute Healthcare Chaplaincy*. University of Birmingham 2013 s. 9.

experience and process of engaging with and managing significant attachment and relationship (doświadczenie i proces angażowania się i rozwoju przywiązania i nawiązywania relacji)²². W związku z tym zadaniem kapelana świeckiego jest szukanie i rozeznawanie potrzeb duchowych pacjenta. Wymaga to rozeznania, w jaki sposób można pomóc pacjentowi pogodzić się z sytuacją, w której się znajduje, oraz z samym sobą (*spiritual assessment*). Kapelani świeccy skupiają się na potrzebach duchowych pacjenta, do czego wcześniej zostali odpowiednio przygotowani. Uniwersalność roli kapelanów świeckich jest postrzegana przez instytucje jako *the wellbeing of the patients and institution* (dobro pacjenta i instytucji)²³. Nacisk na duchowe podejście do chorych wynika z potrzeby pomocy pacjentom różnych wyznań oraz tym, którzy akceptują zjawiska irracjonalne lub są ateistami. Szpitale katolickie w Chicago leczą pacjentów niezależnie od ich wiary. Kapelani świeccy jako osoby zatrudnione w instytucjach zdrowotnych oraz domach opieki społecznej służą pacjentom wszystkich wyznań, religii, jak również bezwyznaniowym²⁴.

Reforma opieki zdrowotnej związana z wprowadzeniem państwowych ubezpieczeń zdrowotnych na terenie Chicago miała pozytywny wpływ na służbę zdrowia. Większa liczba ludności mogła skorzystać nie tylko z pomocy lekarskiej, ale również szpitalnej. Ciągły rozwój medycyny sprawił, że pojawiły się nowe sposoby leczenia i zastosowano kryteria przyjęć do szpitali wymuszone zasadami określonymi przez ubezpieczeniodawcę. To sprawiło, że wzrosła potrzeba opieki duchowej zarówno w szpitalach, jak i w domu²⁵.

Kościół katolicki od wieków wspierał i pomagał biednym i chorym. Również dzisiaj papież Franciszek zachęca kapelanów i wolontariuszy do wsparcia chorych pacjentów, którzy przebywają zarówno w placówkach zdrowotnych, jak i w ich domach²⁶. Postęp technologii sprawił, że ludzie żyją dłużej. Dlatego w bardzo szybkim tempie rośnie zapotrzebowanie na kapłanów zdolnych do duchowej opieki nad chorymi w Ameryce. W czasie dokonujących się przemian parafia, pomimo ofiarnego zaangażowania, czasami nie jest w stanie odpowiednio sprostać oczekiwaniom wiernych. Zwłaszcza, gdy weźmie się pod uwagę różnorodne typy wspólnot parafialnych w tak dużym mieście, jakim jest Chicago. Dlatego papież Franciszek zachęca przeszkolonych wolontariuszy do pomocy

²² Por. Tamże s. 10.

²³ Por. Tamże.

²⁴ Por. Tamże.

²⁵ Por. S. J. Squires, P. Anderson. *Chaplains, Pope Francis and the Healing Encounter*. „Journal of the Catholic Health Association of the United States” 2018 s. 60-64. W: https://www.chausa.org/docs/default-source/health-progress/chaplains-pope-francis-and-the-healing-encounter.pdf?sfvrsn=4bd5e6f2_0 (dostęp 04.09.2021)

²⁶ Por. Tamże. s. 61.

w odwiedzaniu chorych w domach. Kapelani posiadający przygotowanie zawodowe mogą zajmować się chorymi w placówkach medycznych. Artykuł, w którym przywoływano wypowiedź papieża Franciszka, wymienia instytucje, które kształcą przyszłych kandydatów na kapelanów, takie jak: NACC dla katolików, ACPE dla chrześcijan, NAJC dla Żydów, AMO dla muzułmanów. Bardzo wyraźnie podkreśla się, że kapelani świeccy nie mogą zastąpić kapłana²⁷. Kapelan świecki jest duchowym opiekunem, który zapewnia wsparcie duchowe i emocjonalne pacjentom oraz ich rodzinom, a także personelowi medycznemu niezależnie od wyznawanej przez nich religii i kultury, z której się wywodzą. Dlatego opieka duchowa obejmuje kilka poziomów. Po pierwsze kapelan musi uszanować przekonania religijne pacjentów i być neutralnym wobec własnej tradycji religijnej. Po drugie, ze względu na fakt, że jest zatrudniony przez placówki zdrowotne, musi świadczyć posługi religijne zarówno wierzącym, jak i niewierzącym. Po trzecie w swojej posłudze musi uwzględnić pochodzenie społeczne i kulturowe pacjentów oraz ich rodzin²⁸. W powołaniu katolickiego kapelana świeckiego fundamentalna jest umiejętność słuchania historii życia, którymi pacjent dzieli się w trakcie wizyt. Pomaga to kapelanowi świeckiemu rozpoznać podstawowe obawy chorego, na przykład o jego zdrowie, daje możliwość zaproponowania adekwatnej pomocy w sytuacjach kryzysowych, zwłaszcza dotyczącej zaspokajania potrzeb religijnych i duchowych pacjentów²⁹.

W szpitalach czy innych instytucjach zdrowotnych w Chicago, i na terenie całych Stanów Zjednoczonych, pacjenci mają potrzeby nie tylko religijne, ale i duchowe. Religia skupiona jest wokół przynależności do określonego Kościoła, natomiast duchowość wychodzi poza ramy konkretnej instytucji i jest osobistym wyobrażeniem, jakie ma człowiek na temat Boga. Kapelani świeccy są profesjonalnie przygotowani, aby sprostać tym wymogom³⁰. Kapelan świecki potrafi wspierać nie tylko wierzących, ale jest przygotowany do pracy z pacjentami, którzy tej wiary nie mają. Bardzo często zdarza się, że zespół medyczny prosi o wizytę kapelana. A podczas wizyty kapelan ustala, co jest priorytetem w życiu człowieka. Brak wiary niejednokrotnie sprawia, że pacjent ma trudności z radzeniem sobie w obliczu ciężkiej choroby, cierpienia czy śmierci. W takich przypadkach kapelan

²⁷ Por. Tamże s. 62-64.

²⁸ Por. P. W. Youngblood. *Interfaith as Interpretive Hospitality*. „Religion” 10 (2019) nr 3. s. 2.

²⁹ Por. D. E. Wolfie. *Moving Beyond Clinical and Congregational Silos* s. 2.

³⁰ Por. Jankowski K., Handzo G., Flannelly K., J. *Testing the Efficacy of Chaplaincy Care*. „Journal Health Care Chaplain” 17 (2011) nr 3-4 s. 100-125. W: https://www.researchgate.net/publication/51747405_Testing_the_Efficacy_of_Chaplaincy_Care (dostęp 25.11.2021).

świecki podczas wizyty u pacjenta skupia uwagę na jego sytuacji i stara się poprzez *spiritual assessment* dotrzeć do jego wnętrza³¹.

W szpitalach kapelan świecki jest zatrudniany jako osoba, której obowiązkiem jest przebywanie i praca z pacjentami przez osiem godzin. Instytucja *Joint Commission*, która akredytuje szpitale i pomaga w ich dofinansowaniu, zatwierdziła wymagania, jakim musi sprostać kapelan świecki czy duchowny. Musi posiadać wykształcenie wyższe, minimum tytuł magistra, cztery kursy CPE oraz uzyskać dyplom kapelana świeckiego. Dotyczy to również księży katolickich, rabinów, muzułmanów, buddystów i przedstawicieli innych wyznań. Kapelan świecki służy ludziom różnych religii (nie tylko tym, którzy wyznają jego wiarę), rozpoznaje potrzeby pacjenta i jeżeli istnieje potrzeba, wówczas prosi, za zgodą szpitala, o przybycie przedstawiciela danej religii³².

Każdy kapłan katolicki w ramach pełnienia stałej służby w szpitalu musi ukończyć pierwszy stopień CPE. W wypadku, gdy ksiądz katolicki zatrudniony jest jako kapelan na etacie w szpitalu, musi on spełnić wszystkie wymogi, jakie szpital stawia kapelanom w momencie zatrudnienia, czyli ukończyć cztery stopnie CPE i przystąpić do egzaminu, po złożeniu którego otrzymuje dyplom. W szpitalu wymagany jest odpowiedni ubiór, który wyróżnia kapłana spośród personelu lub osób odwiedzających. Składa się on z uniformu, na który nakładany jest biały fartuch lekarski³³.

Choć pierwotnie słowo kapelan odnosiło się do przedstawicieli wiary chrześcijańskiej, współcześnie jest ono stosowane wobec osób innych wyznań, religii oraz tradycji filozoficznych³⁴. W ostatnich czasach wielu świeckich przeszło szkolenia zawodowe i duszpasterskie, dlatego mogą pracować w państwowych lub prywatnych instytucjach szpitalnych jako tak zwany *chaplain* (kapelan)³⁵. Przez wiele lat Konferencja Biskupów Katolickich w Stanach Zjednoczonych i *National Association of Catholic Chaplains* (NACC) próbowały rozwiązać problem dotyczący tytułu „kapelan”. W Stanach Zjednoczonych instytucje takie, jak szpitale, więzienia i tym podobne zatrudniają do posługi duszpasterskiej osoby, które w tych środowiskach nazywane są *chaplains* (kapelanami). Osoba ta musi posiadać dyplom uznawany przez instytucje państwowe i odnawiać go co pięć lat. Jednakże prawo kanoniczne (KPK k. 564-572) ogranicza tytuł „kapelan” do

³¹ Por. Tamże s. 5.

³² University of Illinois Hospital and Clinics Management. *Policy and Procedure NO.: RI 7.01*. Chicago 2019 s. 1-4.

³³ Tamże s. 3.

³⁴ Por. L. Giles. *Chaplaincy The Church's Sector Ministries*. Christian Books & Bibles: Phoenix 1999 s. 88.

³⁵ Por. J. Norman. *At the Heart of Education. School Chaplaincy and Pastoral Care*. Dublin 2004 s. 75.

kapłanów³⁶. Instrukcja *Ecclesiae de mysterio* z dnia 15 sierpnia 1997 r. podjęła zagadnienie współpracy w duszpasterstwie z wiernymi, którzy nie są wyświęceni na kapłanów. Mimo wcześniejszych sugestii amerykańskiego episkopatu papież Jan Paweł II nie dał w niej pozwolenia na używanie słowa „kapelan” w stosunku do osób niewyświęconych³⁷.

Świadectwo i posługa katolickich zakonnic oraz wiernych spełniających wymagania zatwierdzone przez biskupów katolickich w Stanach Zjednoczonych (potwierdzone przez własnego lokalnego biskupa za pośrednictwem NACC) mają zasadnicze znaczenie dla działania Kościoła w obszarze opieki duszpasterskiej nad chorymi w szpitalach i w placówkach pobytu długoterminowego. Świeccy kapelani są ważnymi reprezentantami Kościoła w większości placówek medycznych. Podtrzymują na duchu lekarzy, personel medyczny, chorych, umierających, członków rodzin. Dzięki wysiłkom i ogromnemu zaangażowaniu biskupów amerykańskich, aby być wiernym „literze i duchowi” prawa kanonicznego oraz Instrukcji z 1997 r., oraz współpracy z NACC można było w pewien sposób rozwiązać problem, jakim stało się używanie tytułu „kapelan”. Na terenie Stanów Zjednoczonych, ze względu na posiadane wykształcenie i pełnioną funkcję, rozróżnia się określenia: *endorsment for ministry* (wyświęcenie na kapelana) i *certification by the profession* (certyfikacja zawodowego kapelana)³⁸.

Biskupi, będący przedstawicielami *United States Conferences of Catholic Bishops*, są odpowiedzialni za certyfikowanie i akredytowanie katolickich kapelanów świeckich. Wspólnie z NACC weryfikują standardy prezentowane przez komisję oraz kandydatów ubiegających się o dyplom albo jego przedłużenie. Rozpatrują prośby osób świeckich o zatwierdzenie zgody na posługiwanie chorym. Nie muszą to być księża³⁹. Przez ponad dwadzieścia lat tytuł „kapelan” nie był używany przez katolików świeckich – mężczyzn i kobiety, diakonów, którzy posługiwali w różnych instytucjach jako opiekuni duchowi. W 2004 r. instytucja NACC zwróciła się z prośbą, aby osoba świecka posługująca w służbie zdrowia, spełniająca wszystkie wymagania urzędowe i kościelne, mogła być nazwana *chaplain* (kapelanem) oraz by mogła być zatrudniona w instytucjach opieki medycznej. *United States Conference of Catholic Bishops* przychyliła się do tej prośby. Od tego

³⁶ Por. M. Weisenbeck. *Chaplains in Canon Law and Contemporary Practice*. „Journal of the Catholic Health Association of the United” 91(2010) nr 1 s. 86-87.

³⁷ Tamże s. 87.

³⁸ Por. Tamże.

³⁹ Por. Tamże.

momentu na terenie instytucji medycznych zaczęto oficjalnie używać tytułu *chaplain* w odniesieniu do świeckich katolików pełniących posługę wśród chorych⁴⁰.

2.3. Powstanie i rola *National Association of Catholic Chaplains*

W 1934 r. w *General Hospital* w Massachusetts powstał pierwszy program szkolenia CPE. Lekarz Richard Cabot i pastor Russel Dicks byli jego założycielami. W 1936 r. Dicks i Cabot wydali książkę pod tytułem *The Art of Ministering to the Sick* (Sztuka posługiwania chorym)⁴¹. W 1939 Russel L. Dicks został zaproszony do zabrania głosu na temat *The Work of the Chaplain in the General Hospital* (pracy kapelanów w szpitalu ogólnym) na zebraniu *American Protestant Hospital Association* (APHA). Po tym wykładzie Cabot powiedział: „This is a man who writes down his prayers with patients; we should listen to him” (To jest mężczyzna, który pisze modlitwy z pacjentami, powinniśmy go słuchać). Dzięki temu kapelan Dicks zyskał duże uznanie i został zaproszony do zasiadania w komisji zajmującej się *religious work in hospitals* (badaniem roli religii w szpitalu) w ramach APHA. Komisja ta przeprowadziła badania, dzięki którym dowiedziano się, że do r. 1940 było zatrudnionych osiemnastu kapelanów w 465 *general hospitals* (szpitalach ogólnych)⁴². W 1942 zrodziła się wizja założenia profesjonalnej organizacji, która miałaby na celu wspomaganie kapelanów. W 1945 powtórzono badania. Dzięki nim zauważono, że liczba zatrudnionych kapelanów zwiększyła się o 8%. W 1946 kapelan Russell Dicks zaprosił kapelanów pracujących w szpitalach na spotkanie w APHA. Szesnastu kapelanów odpowiedziało na to zaproszenie i wzięło udział w spotkaniu, na którym wyrazili potrzebę wzajemnej współpracy i zawodowego wsparcia. W wyniku tego powstało *Association of Protestant Hospital Chaplains* (Stowarzyszenie protestanckich kapelanów szpitalnych), którego dyrektorem został Dicks. W związku z wybuchem II wojny światowej praca instytucji została wstrzymana aż do r. 1947. Tego roku kapelan Leicester Potter, który zajął miejsce kapelana Dicksa, wystąpił z prośbą do APHA o ustanowienie standardów i zasad certyfikowania dla kapelanów szpitalnych⁴³.

W maju 1948 r. dwudziestu sześciu kapelanów pracujących w szpitalach psychiatrycznych założyło swoją organizację pod nazwą *Association of Mental Hospital Chaplains* (AMHC – Stowarzyszenie Kapelanów Szpitali Psychiatrycznych). Na spotkaniu

⁴⁰ Por. Tamże s. 87.

⁴¹ Por. Association of Professional Chaplains. *A Brief History of the Association of Professional Chaplains*.
W: <https://www.professionalchaplains.org/content.asp?contentid=31> (dostęp 24.10.2019).

⁴² Por. Tamże.

⁴³ Por. Tamże.

American Psychiatric Association został ogłoszony dyrektorem AMHC Obert Kempson z Południowej Karoliny, pracujący w *Hospital in Columbia* ⁴⁴.

W 1950 r. APHA zatwierdziła standardy CPE oraz zasady uzyskania dyplomu zawodowego dla kandydatów na kapelanów. Musieli oni ukończyć dwa stopnie CPE oraz przystąpić do procesu uzyskania *certification* (dyplomu zawodowego)⁴⁵.

W 1968 r. AMHC utworzyła standardy, dzięki którym umożliwiono kandydatom innych religii (katolikom, żydom i protestantom) uzyskanie *certification* (dyplomu zawodowego) ⁴⁶.

Obecnie *Association of Protestant Hospital Chaplains* liczy około czterech tysięcy członków⁴⁷.

Przez wiele lat kapelani katoliccy nie mieli swojej organizacji. Niektórzy z nich należeli do organizacji kapelanów protestanckich, natomiast inni byli członkami *Catholic Conferences Hospital Chaplains* (Konferencji Katolickich Kapelanów Szpitalnych). Działali oni na części terenu Stanów Zjednoczonych.

W 1964 r. *National Catholic Welfare Council* (NCWC – Narodowa Konferencja Katolickiej Opieki Społecznej) podjęła inicjatywę powołania zrzeszenia katolickich kapelanów pod przewodnictwem prałata Harrola A. Murraya, dyrektora NCWC, który współpracował z grupą biskupów i księży. Prałat Murray służył jako kapelan szpitalny przez dziesięć lat, co pomogło mu dostrzec zapotrzebowanie na świeckich kapelanów, jak również potrzebę ich kształcenia.⁴⁸

W kwietniu 1965 r. oficjalnie powstało stowarzyszenie katolickich kapelanów znane pod nazwą *National Catholic Welfare Council* (NCWC). Zarząd zatwierdził powołanie Krajowego Stowarzyszenia Kapelanów Katolickich, które przekształcono na *National Association of Catholic Chaplains* (NACC). Harrold Murray i NCWC poparli tę inicjatywę i rozpoczęto sponsorowanie programu szkolenia kapelanów szpitalnych. W tym celu opracowano statuty, wniosek o członkostwo statutowe i napisano deklarację, która między innymi zakładała, że głównym celem stowarzyszenia jest pomoc kapelanom w ich osobistym wzroście duchowym, intelektualnym i rozwoju cech osobowych w taki sposób, aby mogli zapewnić opiekę duszpasterską pacjentom, ich rodzinom i personelowi

⁴⁴ Por. Tamże.

⁴⁵ Por. Tamże.

⁴⁶ Por. Tamże.

⁴⁷ Por. Tamże.

⁴⁸ Por. M.T. O'Neill. *Honoring the Gift 50 the Jubilee Recollection. National Association of Catholic Chaplains 1965-1915*. Wisconsin 2016 s. 14.

medycznemu. NACC miało na celu zachęcanie kapelanów do rozwoju praktyk na wszystkich etapach życia religijnego. Zakładało uproszczenie wzajemnej komunikacji i dzielenie się doświadczeniami między wszystkimi placówkami medycznymi. Oferowało kapelanom pomoc w rozwoju na wzór Chrystusa, Boskiego Uzdrowiciela Dusz⁴⁹.

Organizacja NACC miała zachęcać i promować kształcenie i szkolenie księży na kapelanów, na szczeblu krajowym i regionalnym, poprzez lokalne spotkania i programy szkoleniowe. Biskup Joseph Brunini został pierwszym doradcą episkopatu powołanym do posługi temu stowarzyszeniu⁵⁰. W ciągu dwóch lat stowarzyszenie bardzo prężnie się rozwinęło. W znaczący sposób zaczęto podnosić standardy obsługi, dzięki czemu NACC szybko zyskała wpływy na terenie całych Stanów Zjednoczonych⁵¹. Istotna zmiana nastąpiła w 1972 r., kiedy członkowie organizacji przegłosowali przyjęcie katolickich sióstr zakonnych, braci zakonnych oraz osób świeckich do grona certyfikowanych członków NACC. W marcu 1974 r. komisja egzaminacyjna rozpoczęła przyjmowanie wniosków o certyfikację od nowej kategorii członków⁵². NACC wydawało czasopismo „The Camillian”, a od 1994 wydaje dwumiesięcznik „Vision”⁵³, w którym zamieszczane są artykuły dotyczące pracy świeckich kapelanów, terminów specjalistycznych szkoleń zawodowych otwartych dla wszystkich zainteresowanych oraz informacje o pracy NACC.

Diecezja w Chicago powstała w 1843 r., a w 1880 r. została wyniesiona do rangi archidiecezji i ma obecnie pod swoją opieką 2,2 miliony katolików. Archidiecezja, wyrażając zgodę na pełnienie przez osoby świeckie posługi katolickiego kapelana, przyjęła normy wyznaczone przez NACC, która jest instytucją katolicką podlegającą episkopatowi. Kandydat na kapelana musi przedstawić pismo od proboszcza zaświadczające, że należy do danej parafii i jest praktykującym katolikiem. Następnie proboszcz w imieniu kandydata występuje z prośbą do biskupa o zatwierdzenie kandydatury na kapelana. Biskup, po zapoznaniu się z opinią proboszcza i jej akceptacją, wysyła zgodę bezpośrednio do NACC, gdzie następuje proces certyfikacji kandydata według obowiązujących wytycznych. Certyfikowany kapelan może również ubiegać się u swojego proboszcza o pozwolenie na udzielanie Komunii Świętej w szpitalu, jeżeli katolicki ksiądz jest niedostępny. Uzyskanie

⁴⁹ Por. Tamże s. 22.

⁵⁰ Por. United States Conferences of Catholic Bishops. William S. Skylstad. *Letter to the Members of the National Association of Catholic Chaplains* (z dnia 24.03.2005). W: https://www.nacc.org/wp-content/uploads/2015/08/skylstad_letter.pdf (dostęp 2022.05.07).

⁵¹ Por. ACPE. *Standards and Manuals Association for Clinical Pastoral Education*. Georgia 2010 s. 7-10.

⁵² Por. F. de Vittoria, J. P. Doyle. *On Homicide*. Marquette University: Milwaukee 1997 s. 95-103.

⁵³ Por. „Vision”. *Archives*. [A Serial Publication of the NACC]. W: <https://www.nacc.org/vision/backissues/> (dostęp 20.08.2022).

tego zezwolenia wymaga ukończenia specjalnego kursu *Eucharistic Minister* prowadzonego przez archidiecezję w wyznaczonych do tego celu kościołach⁵⁴.

Archidiecezja Chicago szkolenie kapelanów świeckich powierzyła NACC, która współpracuje z *Joint Commission*. Te organizacje ustalają zasady, jakim musi sprostać katolicki świecki kapelan, aby pracować w placówkach zdrowotnych.

Przez ponad pół wieku posługa kapelanów jest *highly recognized and respected profession* (wysoko oceniana i szanowana). Wszystkie organizacje kształcące i udzielające zawodowego certyfikatu są znane wśród profesjonalnych grup medycznych. Stwarzają one możliwości wszystkim kandydatom na kapelanów, niezależnie od pochodzenia, płci czy wyznawanej religii⁵⁵.

2.4. Przepisy katolickich placówek szpitalnych

Szpitaly katolickie od wieków starają się służyć w duchu Chrystusa i zgodnie z nauczaniem Kościoła. Od XVI w. teolodzy i lekarze zaczęli zadawać sobie pytania, jakie metody i sposoby są niezbędne do ratowania i przedłużania życia, chociaż to pacjent dokonuje ostatecznego wyboru⁵⁶. Dlatego lekarze pracujący w szpitalach katolickich w swojej etyce zawodowej kierowali się sugestiami teologów. Na początku nie były dostępne żadne przepisy ani normy, lecz z biegiem czasu i wraz z rozwojem technologii Kościół katolicki zaczął zajmować się normami etycznymi w medycynie i opiece nad pacjentami⁵⁷. Stowarzyszenie Katolickich Szpitali powstało w 1915 r. i miało na celu udoskonalenie skuteczności opieki medycznej nad pacjentem i ochronę praw katolickich zakładów opieki zdrowotnej⁵⁸.

Pierwszy zestaw medycznych norm etycznych został opracowany przez Michaela Burke w 1921 r. dla zakładów opieki zdrowotnej zlokalizowanych w archidiecezji Detroit⁵⁹. Większość tych norm dotyczyła zabiegów chirurgicznych, które mogły zniszczyć płód lub dokonać sterylizacji mężczyzn albo kobiet. Pierwsze opracowanie przepisów i norm etycznych dla szpitali katolickich zostało wydane w 1947 r. przez komisję składającą się z

⁵⁴ Por. NACC. *Standard for Ethics, Certification, and Renewal of Certification*. Re-Approved (2015-2021). United States Conference of Catholic Bishop. Subcommittee on Certification for Ecclesial Ministry and Service Committee on Catholic Education. W: <https://www.nacc.org/docs/certification/NACC%20Standards%202015-2021.pdf> s.11 (dostęp 15.04.2021).

⁵⁵ Por. Association of Professional Chaplains. *A Brief History of the Association of Professional Chaplains*.

⁵⁶ Por. F. de Vittoria, J. P. Doyle. *On Homicide* s. 95-103.

⁵⁷ Por. B. Wall. *American Catholic Hospitals*. Rutgers University Press 2011 s. 9.

⁵⁸ Por. C. J. Kauffman. *Ministry and Meaning: A Religious History of Catholic Health Care in the United States*. New York 1995 s.18-21.

⁵⁹ Por. P. M. Burke. *Surgical Code for Catholic Hospitals*. Archdiocese of Detroit 1921 s.1-5.

teologów i lekarzy ze Stanów Zjednoczonych i Kanady. Dokument nosił nazwę *Ethical and Religious Directives for Catholic Hospitals* i został opublikowany w „Linacre Quarterly” w 1948 r. Jako oddzielny dokument został wydany rok później. Przepisy te nie obowiązywały katolickich szpitali w diecezji, dopóki nie zostały zatwierdzone przez lokalnego biskupa⁶⁰. W 1956 r. ksiądz Kelly wydał ten dokument po raz drugi, w formie książkowej. Chciano, aby wszystkie szpitale katolickie na terenie Stanów Zjednoczonych przestrzegały tych samych przepisów wraz z tymi samymi interpretacjami, ponieważ niektóre diecezje zaczęły interpretować ten dokument bardzo liberalnie⁶¹. Dlatego Konferencja Biskupów Katolickich Stanów Zjednoczonych zatwierdziła przepisy, które obowiązują na terenie całej Ameryki. Zostały one opublikowane w listopadzie 1971 r. Dokument nie zawierał żadnych wskazań dotyczących przerywania ciąży w chwili zagrożenia życia, gwałtu i niechcianej ciąży⁶². Poważny problem powstał w 1973 r., kiedy sąd najwyższy w USA zalegalizował aborcję i szpitale katolickie zostały oskarżone o uniemożliwianie aborcji i sterylizacji⁶³. Dokument episkopatu nie zawierał żadnych wskazań odnośnie przerywania ciąży w chwili zagrożenia życia, dlatego też sprawa została skierowana do Stolicy Apostolskiej⁶⁴. W 1975 r. wydano dokument *Quaecumque Sterilization*, który mówi, że przeprowadzenie sterylizacji lub przerywanie ciąży, gdy wykryto wadę płodu (co może w konsekwencji doprowadzić do bezpłodności), nie może być wykonywane w katolickich szpitalach. Niezależnie od tego, w jaki sposób opinia publiczna próbowałaby to argumentować⁶⁵. W 1977 r. episkopat Stanów Zjednoczonych wydał komentarz do dokumentu z 1975, który oprócz faktu potwierdzenia tego, co zostało napisane w dokumencie watykańskim, dodał wyjaśnienie teologiczne i etyczne nauki Kościoła katolickiego o sterylizacji⁶⁶. Ze względu na ciągły spór rozpoczęto prace nad szczegółowymi przepisami dla katolickich placówek zdrowotnych działających na terenie USA. Prace trwały sześć lat, angażowano do współpracy teologów, etyków i lekarzy. W 1994 r. wydano dokument, który zawiera sześć rozdziałów i wyjaśnienia do

⁶⁰ Por. Catholic Health Association. *Ethical and Religious Directives for Catholic Healthcare Facilities*. DC: Washington 1973 s. 1-43.

⁶¹ Por. United States Conference of Catholic Bishops. *Ethical and Religious Directives for Catholic Hospitals. Second Edition*. DC: Washington 1956 s. 2-43.

⁶² Por. K. M. Joyce. *The Evil of Abortion and the Greater Good of the Faith: Negotiating Catholic Survival in the Twentieth Century America Health Care System*. „Religion and American Culture: A Journal of Interpretation” 2 (2002) nr 1 s. 91-121.

⁶³ Por. U.S Department of Health and Human Services. *Conscience Protection for Health Care Providers*. W: <https://www.hhs.gov/conscience/conscience-protections/index.html> (dostęp 11.02.2021).

⁶⁴ Por. W. Smith. *Catholic Hospitals and Sterilizations*. „The Linacre Quarterly” 44 (1977) nr 2 s.107-117. W: <https://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1423&context=lnq> (dostęp 02.04.2022).

⁶⁵ Por. National Conference of Catholic Bishops. *Statement on Tubal Ligation*. DC: Washington 1980 s. 2.

⁶⁶ Por. Tamże. s. 2-3.

każdego z nich. Przewiduje on możliwość współpracy z instytucjami niekatolickimi. Dokument przedstawia nie tylko medyczne zasady opieki nad pacjentem, ale również etyczne, moralne i socjalne. Dokument rozpoczął nową kulturę opieki zdrowotnej, promując godność osoby ludzkiej w oparciu o Ewangelię i naukę Kościoła⁶⁷. 15 czerwca 2001 r. Konferencja Biskupów Katolickich Stanów Zjednoczonych oficjalnie zatwierdziła dyrektywy prezentowane w dokumencie⁶⁸.

Droga do stosowania klarownych zasad zgodnych z nauczaniem Kościoła nie ograniczała się tylko do wydania wyżej omawianego dokumentu. Warto przypomnieć, że nad udoskonaleniem systemu opieki, który brałby pod uwagę potrzeby duchowe pacjenta oraz uwzględniał wyznawaną wiarę, pracowano w ciągu wielu lat. Przykładowo:

1. W r. 1921 zatwierdzono kodeks chirurgiczny dla szpitali katolickich w archidiecezji Detroit.
2. W 1948 r. zatwierdzono dyrektywy etyczne i religijne dla szpitali katolickich wydane w formie broszury.
3. Z 1949 pochodzą dyrektywy etyczne i religijne dla szpitali katolickich (wydanie poprawione). Wydało je, w oparciu o dyrektywy, z pewnymi dodatkami wyjaśniającymi stanowisko Kościoła, Stowarzyszenie Szpitali Katolickich w Saint Louis.
4. W 1971 r. zostały wydane przez Stowarzyszenie Szpitali Katolickich w Saint Louis dyrektywy etyczne i religijne dla katolickich zakładów opieki zdrowotnej.
5. Z 1994 r. pochodzą dyrektywy etyczne i religijne usług zdrowotnych zatwierdzone przez Krajową Konferencję Biskupów Katolickich w Waszyngtonie.
6. Dyrektywy etyczne i religijne dla katolickich placówek usług zdrowotnych zostały zatwierdzone przez Krajową Konferencję Biskupów w 2006 r., w Waszyngtonie.
7. Ostatnie wydanie etycznych i religijnych dyrektyw dla katolickich szpitali pochodzi z 2018 r. We wstępie czytamy, że „Każda katolicka placówka służby zdrowia jest wspólnotą, która leczy, opiekuje się i współczuje. Ta posługa ma wymiar nie tylko fizyczny, psychologiczny, społeczny, ale przede wszystkim kładzie nacisk na duchowy wymiar osoby ludzkiej, gdyż bez zdrowia ducha nawet najbardziej zaawansowane technologie są bezskuteczne i ograniczają nadzieję na uzdrowienie danej osoby”⁶⁹.

⁶⁷ Por. National Conference of Catholic Bishops. *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services. Six Edition.* (11.12.2009). DC: Washington 2009 s. 2-19.

⁶⁸ Por. Tamże s. 3-37.

⁶⁹ Por. Tamże s.7-8.

Duszpasterstwo skoncentrowane na potrzebach duchowych jest najbardziej doceniane w czasie choroby. Katolicka opieka zdrowotna obejmuje pomoc duszpasterską, towarzyszenie cierpiącemu, słuchanie chorego, pomoc w radzeniu sobie z bezsilnością, bólem, pomoc w rozeznawaniu woli Bożej i reagowaniu na nią z większą radością i pokojem⁷⁰. Kapłani, diakoni, katolickie siostry zakonne, bracia zakonni oraz świeccy odgrywają różnorodne i uzupełniające się role w posłudze duszpasterskiej na wielu płaszczyznach. Zobowiązani są do przestrzegania dyrektyw dla katolickich szpitali, które zostały zamieszczone w sześciu rozdziałach dokumentu z 2018 r.⁷¹:

W rozdziale 1 znajdują się przepisy o społecznej odpowiedzialności katolickich szpitali.

W rozdziale 2 zamieszczono zarządzenia o religijnej i duszpasterskiej odpowiedzialności placówek zdrowotnych.

W rozdziale 3 są przepisy o współpracy pacjenta z zespołem medycznym.

W rozdziale 4 znajdują się przepisy o poszanowaniu życia ludzkiego od momentu poczęcia.

W rozdziale 5 zawarto dyrektywy dla opiekunów osób ciężko chorych i umierających.

W rozdziale 6 znajdują się przepisy pozwalające na współpracę szpitali katolickich z innymi placówkami zdrowotnymi.

Praca niniejsza dotyczy katolickiej służby zdrowia, która ma obowiązek zapewnienia opieki duchowej i religijnej osobom, którym służy pomocą. W szpitalach powinien znajdować się wydział opieki duszpasterskiej – kapłani, religijni przedstawiciele i świeccy, którzy muszą mieć odpowiednie przygotowanie zawodowe⁷². Jego zadania można syntetycznie ująć w poniższych punktach:

1. Personel wydziału opieki duszpasterskiej powinien ściśle współpracować z lokalną parafią i kapłanami. Odpowiednia posługa duszpasterska powinna być dostępna dla wszystkich, zgodnie z ich przekonaniem religijnymi⁷³.

2. Zapewnienie sakramentów świętych pacjentom i personelowi medycznemu jest bardzo ważne szczególnie w katolickiej służbie zdrowia. Należy dołożyć wszelkich starań, aby przydzielić kapłanów do szpitali i zakładów opieki zdrowotnej w celu sprawowania Eucharystii i innych sakramentów⁷⁴.

⁷⁰ Por. Tamże s. 10.

⁷¹ Por. Tamże.

⁷² Por. Tamże s. 10.

⁷³ Por. Tamże s. 11.

⁷⁴ Por. Tamże.

3. Należy zwrócić szczególną uwagę na zachęcanie pacjentów, ich rodzin i personelu medycznego do przyjmowania sakramentu pokuty⁷⁵.
4. Odpowiednio przygotowani katolicy świeccy mogą być powołani do pełnienia funkcji nadzwyczajnych szafarzy Komunii Świętej, zgodnie z prawem kanonicznym i zasadami miejscowej diecezji. Kapelani świeccy mogą pomagać duchowieństwu i zakonnikom, prowadząc wizyty wspomagające oraz doradzając pacjentom w kwestii możliwości skorzystania z usług kapłana udzielającego sakramentu pokuty i Komunii Świętej⁷⁶.
5. Wszyscy zaangażowani w posługę duszpasterską powinni reagować na potrzeby pacjentów, ułatwiając im dostęp do kapłanów udzielających namaszczenia chorych. Uznając, że przez ten sakrament Chrystus zapewnia łaskę i wsparcie tym, którzy są poważnie chorzy lub w podeszłym wieku. Zwykle sprawuje się ten sakrament, kiedy chory jest świadomy i przytomny. Można udzielić sakramentu chorych osobom, które nie są w pełni świadome i przytomne pod warunkiem, że istnieje prawdopodobieństwo, iż osoba poprosiłaby o ten sakrament, gdyby mogła.⁷⁷
6. Wszyscy katolicy, którzy mogą przyjąć Komunię Świętą, powinni otrzymać wiatyk, kiedy grozi im śmierć i kiedy posiadają do tego pełne uprawnienia⁷⁸.
7. Z wyjątkiem niebezpieczeństwa śmierci wszelkie prośby o chrzest, zarówno osób dorosłych, jak i niemowląt, należy kierować do parafii. W nagłych wypadkach, w sytuacji zagrożenia śmiercią każdy kapelan świecki może udzielić chrztu, jeżeli kapłan czy diakon jest niedostępny⁷⁹.
8. Katolik, któremu grozi śmierć, a który został ochrzczony, ale nie został bierzmowany, może otrzymać od kapłana sakrament bierzmowania⁸⁰.
9. Potwierdzenie udzielenia chrztu należy przesłać do parafii, do której ochrzczony przynależy⁸¹.
10. Wszyscy katolicy kapłani mogą udzielać sakramentu Eucharystii, pokuty czy namaszczenia chorych członkom Kościołów wschodnich⁸².

⁷⁵ Por. Tamże.

⁷⁶ Por. Tamże.

⁷⁷ Por. Tamże.

⁷⁸ Por. S. C. S. Maddineni. *Explicit and Implicit Right Common to All the Faithful in the Code of Canon Law*. St. Paul University Canada 2018 s. 152.

⁷⁹ Por. United States Conference of Catholic Bishops. *Ethical and Religious Directives for Catholic Healthcare* s.11.

⁸⁰ Por. E. N. Peters. *Canon 844 is Not a Snag on Which Canon 915 Might Unravel*. Ignatius Press California 2017 s. 1.

⁸¹ Por. United States Conference of Catholic Bishops. *Ethical and Religious Directives for Catholic Healthcare* s. 11.

⁸² Por. Tamże s. 11.

11. Każdy kapłan czy diakon, który jest wysłany do pracy w szpitalu, musi mieć zgodę swojego biskupa⁸³. 12. Dyrektorem oddziału duszpasterstwa powinien być katolik, a jeżeli nie jest to możliwe, to wyjątek ten musi być zatwierdzony przez diecezjalnego biskupa⁸⁴.

Wymienione wyżej przepisy, obowiązujące w szpitalach katolickich w Chicago, mają na celu przede wszystkim zapewnienie chorym i ich rodzinom duchowego wsparcia oraz dają możliwość przyjęcia sakramentów świętych. W każdym szpitalu jest kaplica, w której sprawowana jest Msza Święta, czego brakuje w szpitalach państwowych czy prywatnych zlokalizowanych na terenie Chicago. Mimo że posiadają kaplice, nie są w nich sprawowane Msze Święte. W szpitalach katolickich w salach pacjentów na ścianach wisi krzyż. Lekarze nie wykonują żadnych zabiegów czy operacji, które są niezgodne z nauką Kościoła katolickiego, a które są dopuszczalne w innych placówkach medycznych (aborcja, eutanazja, zmiana płci).

W rozdziale opisano rolę i znaczenie instytucji *Joint Commission*, która nie tylko nadzoruje pracę szpitali, ale stawia wymagania odnośnie kwalifikacji pracowników zatrudnianych w placówkach medycznych. Ukazano jak ważna na terenie szpitali w Chicago jest opieka duchowa, którą pełnią nie tylko katolicy kapłani czy przedstawiciele innych religii, ale i katolicy kapelani świeccy. Badania wykazały, że amerykański Kościół katolicki sprostał wymaganiom narzuconym przez *Joint Commission* odnośnie zatrudniania do opieki duchowej w szpitalach kapelanów świeckich. Istotną rolę odegrało powstanie CPE i wypracowanie zasad szkolenia i certyfikowania kandydatów na kapelanów protestanckich. W związku ze wzrostem zapotrzebowania na katolickich kapelanów powstała NACC, która ściśle współpracuje z episkopatem, aby sprostać rosnącym wymaganiom zapewnienia opieki duchowej chorym wyznania katolickiego, ich rodzinom oraz personelowi medycznemu. Badania ujawniły, że przepisy katolickich placówek zdrowotnych niekiedy budzą kontrowersje i sprzeciw ze strony protestantów czy osób o innych poglądach, na przykład na aborcję czy eutanazję.

⁸³ Por. Tamże s. 12.

⁸⁴ Por. Tamże.

ROZDZIAŁ 3. FORMACJA ŚWIECKICH KATOLIKÓW DO POSŁUGI W SZPITALACH

Kolejnym etapem poszukiwań naukowych stało się zbadanie formacji katolickich kapelanów świeckich, dlatego należało przyjrzeć się elementom tej formacji. Należało również ukazać system szkolenia kandydatów na kapelanów świeckich. W tym celu został przeanalizowany proces szkolenia CPE(d) dla kapelanów świeckich. Biorąc pod uwagę fakt, że w Chicago mieszka bardzo wielu imigrantów niemal z całego świata, należało zbadać formację do posługi wobec różnych grup narodowych.

3.1. Terminologia dotycząca formacji

Etymologicznie termin „formacja” wywodzi się od łacińskiego słowa *forma* oznaczającego kształt, wygląd. Utworzony od niego czasownik *formare* określa czynność kształtowania, ujmowania w formę, nadawania określonej postaci¹. Formację można uznać za proces zmierzający do ukształtowania kogoś, nadania mu określonej formy. Obejmuje ona to, co zwykle się tradycyjnie nazywało procesem kształcenia umysłu i woli².

W Biblii formacja może oznaczać wychowanie, nauczanie oraz przygotowanie (zob. Dn 1, 5; Sdz 3, 1), ale także akt stwórczy (zob. Rdz 2, 7), działanie Boga zmierzające do uformowania człowieka na obraz i podobieństwo Boże (Rdz 1, 27). Człowiek uczyniony na obraz i podobieństwo Boga wezwany został do osiągnięcia doskonałości zamierzonej przez Stwórcę. Formacja człowieka ma służyć urzeczywistnieniu obrazu Boga w jego człowieczeństwie. Najpełniej Boży obraz został zrealizowany w Jezusie Chrystusie, w którym objawia się ideał człowieka. Formacja w rozumieniu biblijno-teologicznym oznacza zatem dążenie do doskonałości duchowo-ludzkiej poprzez naśladowanie Chrystusa³.

¹ Por. Słownik łacińsko-polski. Red. M. Plezia. T. 3. Warszawa 1998 s. 204.

² Por. E. Sztafrowski. *Formacja kanoniczna alumnów seminarium duchownego*. „Kielecki Przegląd Duszpasterski” 53 (1977) s. 15-27.

³ Por. J. Wątroba. *Permanenna formacja duchowa kapłanów w świetle soborowych i posoborowych dokumentów Urzędu Nauczycielskiego Kościoła (1963-1994)*. Częstochowa 1999 s. 62.

Od drugiej połowy XX w. w nauczaniu Kocioła szczególnie podkreślano, że współczesny człowiek będzie głęboko wierzący, jeżeli zostanie uformowany do samodzielnego życia religijno-moralnego, zrozumienia swojego miejsca w Kościele i pełnionych przez siebie funkcji⁴. W posynodalnej adhortacji apostołskiej Jana Pawła II *Christifideles laici* czytamy, że podstawowym celem formacji katolików świeckich jest „coraz pełniejsze odkrywanie przez nich własnego powołania i coraz większa gotowość do tego, aby żyć nim w wypełnianiu własnej misji”⁵. Chodzi zatem o pomoc w rozeznaniu powołania człowieka świeckiego. Bycie katolickim kapelanem świeckim, który pełni posługę w szpitalu, jest swego rodzaju powołaniem – misją, której nie może pełnić dowolna osoba, ze względu na specyfikę pracy. *Association of American Medical Colleges* (Związek Amerykańskich Uczelni Medycznych) kładzie nacisk na wykształcenie profesjonalnych i wysoko wykwalifikowanych pracowników medycznych. Ze względu na fakt, że kapelani są członkami zespołu medycznego i biorą udział w obchodach razem z lekarzami, jest od nich wymagana *professional formation* (profesjonalna formacja).

Termin *professional formation* po raz pierwszy został użyty przez Thomasa Inui w *Association of American College*. Chciał on w ten sposób podkreślić, że edukacja medyczna jest specjalną formą osobowej i profesjonalnej formacji⁶. Pod nazwą *professional formation* rozumie się rozwój moralny i profesjonalny. Równocześnie wymaga ona zintegrowania osobowości z nauką i pozostania wiernym wartościom, na które składają się wartości osobiste, religijne i profesjonalne. W przypadku kapelanów pracujących w szpitalach mówi się o *spiritual formation* (formacji duchowej)⁷.

Innym terminem stosowanym w szpitalach w Chicago jest *spiritual care*, czyli opieka pastoralna, która nie jest formą ewangelizacji czy promowania jakiegokolwiek religii. Jest spojrzeniem na człowieka w sposób indywidualny, wyjątkowy, jako na istotę składającą się ze *spirit and soul* (ducha i duszy). Dlatego *professional formation* nie ogranicza się tylko do *self* (osoby), ale i do *spirit and soul* (ducha i duszy).

Każdy kapelan przechodzi profesjonalną formację, czyli musi posiadać edukację teologiczną, a dzięki szkoleniu CPE poznaje formację duchową. Zatem zgodnie z nauką biblijną kapelan świecki stara się naśladować działania Chrystusa przejawiające się troską,

⁴ Por. M. Fijałkowski. *Formacja katolików świeckich*. „Roczniki Pastoralno-Katechetyczne” 1 (2009) nr 56 s. 35.

⁵ Por. Tamże s. 36.

⁶ Por. M. Cobb, C. M. Puchalski, B. Rumbold. *Textbook of Spirituality in Healthcare*. Oxford University Press: New York 2012 s. 444.

⁷ Por. Tamże s. 445.

okazywaniem miłosierdzia, współczucia, zrozumienia drugiego człowieka. Dlatego w tej części pracy przeanalizowany zostanie system naboru kandydatów na katolickich kapelanów świeckich oraz to, jakie warunki muszą spełnić, by móc pełnić posługę w szpitalach. Analizując system rekrutacji, przedstawione zostaną umiejętności, motywacja, współpraca z personelem medycznym.

3.2. System szkolenia kandydatów na kapelanów świeckich

Clinical Pastoral Education (CPE – kliniczna edukacja pastoralna) została zapoczątkowana w 1925 r. pod nadzorem Antona Boisen. Działania CPE obejmują edukację medyczną, psychologiczną i w zakresie pracy socjalnej. Była to reakcja na ograniczenia klasycznej edukacji teologicznej⁸. Boisen dzięki własnemu doświadczeniu i obserwacji życia ludzi zapoczątkował nową formę posługi pastoralnej opartej na ludzkim doświadczeniu i duchowych przeżyciach. Myśl Boisen jest nadal obecna w programie CPE. Studenci uczą się, w jaki sposób ocenić stan ducha pacjenta i w jaki sposób dostrzec, jak pacjent przeżywa czas choroby i cierpienia.

CPE przygotowuje kapłanów katolickich, pastorów, rabinów, imamów, duchownych buddyjskich (*Bhikku*) oraz katolickich kapelanów świeckich do specyficznej posługi szpitalnej. Jest metodycznym i systematycznym procesem uczenia, oceny, testowania studentów, daje możliwość zdobycia dyplomu zawodowego. CPE poddawana jest kontroli przez instytucję o nazwie *Accreditation Clinical Pastoral Education* (ACPE), która nadzoruje i akredytuje CPE. Tym samym stwierdza, że kapelani są kompetentni i odpowiednio przygotowani do wykonywania zawodu. CPE określa niezbędne umiejętności, które kandydat na kapelana musi spełnić, by mógł należeć do międzywyznaniowego duszpasterstwa. Instruktor programu CPE ma możliwość udoskonalania i dostosowywania programu do potrzeb grupy, z którą pracuje pod warunkiem, że będzie on zatwierdzony przez ACPE⁹.

Większość kapelanów szpitalnych posiada poręczenie lub poparcie hierarchii duchownych wyznawanej przez siebie religii¹⁰. Przedstawiciele prawa stanowego zazwyczaj nie udzielają licencji kapelanom szpitalnym. Chociaż niektórzy kapelani praktykujący specjalistyczne poradnictwo duszpasterskie, posiadają licencje wydane na mocy prawa

⁸ Por. B. J. Miller-McLemore. *Theological Education and the Role of CPE*. „The Journal of Pastoral Care and Counseling” 62 (2008) nr 1 s. 8.

⁹ Por. S. A. Tovino. *Hospital Chaplaincy Under HIPPA. Privacy Rule: Health Care or Just Visiting the Sick*. Boyd School of Law. Nevada 2005 s. 33.

¹⁰ Por. Tamże.

stanowego i pracują jako doradcy duszpasterscy, psychologowie lub terapeuci małżeństw i rodzin¹¹. Oprócz ukończenia formalnej edukacji teologicznej prawie wszyscy zawodowi kapelani szpitalni zostali przeszkoleni do swoich posług przez udział w programie CPE¹².

CPE ma na celu przygotowanie studentów do udzielania pomocy duchowej i religijnej pacjentom niezależnie od ich wiary, kultury czy duchowości. Większość szpitali ze Stanów Zjednoczonych wymaga od kapelanów świeckich ukończenia czterech stopni CPE. CPE jest zatwierdzone przez *National Educational Department*, który też nadzoruje realizację tego programu. ACPE definiuje programy CPE w następujący sposób: CPE to międzywyznaniowa edukacja zawodowa dedykowana duszpasterstwu. Kształci ona studentów teologii wszystkich wyznań. Instruuje, w jaki sposób posługiwać człowiekowi będącemu w kryzysie choroby i cierpienia, a znajdującemu się w placówkach zdrowotnych¹³. CPE to forma edukacji teologicznej, która odbywa się nie tylko w salach akademickich, ale przede wszystkim w warunkach klinicznych, w których praktykuje się tę służbę i wykorzystuje wiedzę teologiczną, aby służyć pacjentowi¹⁴. Pedagogia CPE zakłada, że własna perspektywa teologiczna studenta może przygotować go do pracy ze wszystkimi pacjentami. W 2002 r. *National Educational Department* (narodowy, czyli federalny departament edukacji) zażądał od CPE standaryzacji edukacji i celów programowych po to, by sprostać wymaganiom międzynarodowym i międzywyznaniowym¹⁵.

Kandydaci na kapelanów muszą ukończyć kurs CPE. Każdy kurs składa się z:

- umowy pomiędzy instruktorem a studentem, w której student wyznacza sobie cele, które chce osiągnąć po zakończeniu kursu;
- cotygodniowej refleksji na piśmie;
- opisu wizyty duszpasterskiej;
- pisemnego streszczenia lektury, którą student jest zobowiązany przeczytać zgodnie z podanym w programie wykazem lektur;
- półrocznego egzaminu, który jest zaliczeniem semestralnym;
- cotygodniowych, indywidualnych spotkań z instruktorem;
- oceny pracy przez trzech kapelanów;

¹¹ Por. Tamże.

¹² Por. Tamże.

¹³ Por. ACPE. *Frequently Asked Questions*. W: <https://acpe.edu/education/cpe-students/faqs> (dostęp 13.02.2021).

¹⁴ Por. S. J. Craddock Lee. *In a Secular Spirit: Strategies of Clinical Pastoral Education*. „SpringerLink” 10 (2002) s. 341.

¹⁵ Por. L. E. Ritter. *An interfaith Approach to Chaplaincy Training*. University of Hawaii 2018 s. 9.

- dyżurów w szpitalu (w tym raz w tygodniu jest to dwunastogodzinny nocny dyżur);
- egzaminu końcowego w formie pisemnej i ustnej.

W Stanach Zjednoczonych NACC – *The National Association of Catholic Chaplains* ustanowiło wysokie standardy praktyki zawodowej duszpasterstwa szpitalnego i egzekwuje je poprzez rygorystyczne certyfikacje i procedurę przygotowawczą¹⁶. NACC akredytuje trzy różne poziomy CPE, które są zindywidualizowane w zależności od zgłaszających się kandydatów, bez względu na wyznanie. Poziom pierwszy przeznaczony jest dla stażystów i początkujących, drugi – dla kandydatów przygotowujących się do posługi duszpasterskiej (bez względu na wyznanie) oraz dla rezydentów poszukujących specjalizacji w określonym obszarze klinicznym. Dotyczy to również księży katolickich, którzy przygotowują się do święceń kapłańskich. Poziom trzeci obejmuje osoby, które szkolą się i przygotowują do uzyskania dyplomu kapelana¹⁷. Kandydat starający się o dyplom kapelana świeckiego musi pomyślnie ukończyć jeszcze czwarty kurs podyplomowy CPE na uczelniach, które są zatwierdzone przez NACC (zarządzenie 301.QUA.4)¹⁸.

CPE podzielona jest na trzy poziomy, na które składają się: formacja pastoralna, kompetencje pastoralne i refleksja pastoralna. Formacja pastoralna skupia się na tożsamości studenta jako kapelana świeckiego. Kompetencja pastoralna wymienia kilka niezbędnych umiejętności, takich jak: umiejętność aktywnego słuchania, zdolność rozwiązywania konfliktów, radzenie sobie w kryzysowych sytuacjach. Kompetencje duszpasterskie obejmują zadania administracyjne. Ich znajomością kapelan świecki musi wykazać się w pracy, w szpitalu. Refleksja pastoralna ma za zadanie przygotowanie studenta do samodzielnej pracy. Wszystkie trzy kategorie mają za zadanie ukształtowanie tożsamości pastoralnej kapelanów świeckich, niezależnie od wyznania¹⁹.

Na każdym poziomie kandydaci podzieleni są na grupy. Każda grupa składa się z trzech do ośmiu studentów. CPE obejmuje 400 godzin rocznie (dwa semestry) nadzorowanych przez instruktora, zarówno w placówkach służby zdrowia, jak i na wykładach. Z czego 300 godzin to praca w szpitalu, a 100 godzin to praca w grupach i udział w zajęciach dydaktycznych. Każdy kandydat co tydzień musi napisać refleksję duszpasterską. Student raz w tygodniu ma indywidualne spotkanie z instruktorem w ramach nadzoru duszpasterskiego. Musi brać udział w duchowej formacji poprzez uczestnictwo w

¹⁶ Por. Por. S. A. Tovino. *Hospital Chaplaincy Under HIPPA* s. 35.

¹⁷ Por. ACPE. *Certification Policy and Procedure Manual*. Georgia 2005 s. 6-10.

¹⁸ Por. Tamże.

¹⁹ Por. Tamże s. 6-10.

konferencjach, nabożeństwach (w zależności od grupy wyznaniowej), zajęciach dydaktycznych, dniach skupienia i pracach w grupach. W połowie semestru każdy z uczestników pisze pracę, odpowiadając na dwadzieścia pytań z teologii, praktyki zawodowej i osobistej formacji. W drugim semestrze student odpowiada na te same pytania, a podczas egzaminu końcowego musi wykazać się wiedzą, kompetencjami w praktyce i formacją duchową²⁰. Każdy kandydat musi ukończyć cztery podyplomowe, roczne kursy, co przekłada się na 1600 godzin CPE, żeby mógł być dopuszczony do procesu certyfikowania.

Do obowiązków studenta CPE należy uczestnictwo w seminariach dydaktycznych, które skupiają się wokół następujących zagadnień:

1. Umiejętność duchowej oceny pacjenta – uczestnicy uczą się identyfikować znaczące potrzeby duchowe pacjenta i konstruują model oceny praktycznej opartej na doświadczeniu, badaniach i literaturze z tej dziedziny.
2. Przymierze z Bogiem – student opisuje swoją łączność oraz relację z Bogiem i przedstawia, w jaki sposób wykorzystuje ją w kontaktach z pacjentami.
3. Umiejętność dostrzegania jedności duszy, umysłu i ciała – w oparciu o dostępną literaturę student nabywa umiejętności zastosowania tej wiedzy w praktyce oraz we współpracy z zespołem medycznym²¹.

Uczestnicy kursu biorą udział w wykładach, które uczą, w jaki sposób wykorzystać wiarę w medycynie i zdrowiu. W ramach wybranego tematu CPE student ma przedstawić, w jaki sposób opisywana wiara może pomóc w chorobie, uzdrowieniu, dbaniu o zdrowie i zapobieganiu chorobom.²² W tym zakresie uczestnik programu ma za zadanie współpracę z zespołem paliatywnym. Student musi wykazać, że jest osobą wierzącą, modlącą się i praktykującą. Musi udowodnić, że posiada zdolność radzenia sobie w osobistych sytuacjach kryzysowych²³. Na zakończenie kursu kandydat jest oceniany. Celem oceny jest wykazanie, czego się nauczył, w jaki sposób tego dokonał i czy zdobył wiedzę, jakiej oczekiwał.

Ocena obejmuje następujące zagadnienia i poniższe pytania skierowane do uczestników programu:

1. W jaki sposób realizowałeś swoje cele naukowe?

²⁰ Por. Tamże.

²¹ Por. Tamże s. 26.

²² Por. Tamże s. 26.

²³ Por. Tamże s. 27.

2. Określ, jak rozumiesz swoją postawę wobec chorych w szpitalu.
3. Opisz, jaki charakter biblijny symbolizuje doświadczenie studenta CPE.
4. Opisz stosunek do każdego ze studentów ze swojej grupy. Czego nauczyłeś się od nich i co wnieśli pozytywnego do całej grupy?
5. Co chciałbyś zmienić we współpracy z grupą?
6. Zasugeruj, co można byłoby zmienić, aby udoskonalić placówkę zdrowotną, w której się uczyłeś.
7. Na podstawie przykładów zilustruj, jaki jest twój stosunek do instruktora CPE. Czego się od niego nauczyłeś? W jaki sposób instruktor może udoskonalić swoją pracę?
8. Jak oceniasz współpracę z innymi kapelanami świeckimi?
9. Jaki wpływ miało CPE na twój rozwój teologiczny i duchowy? Co było oczywiste, a co sprawiało trudności?
10. Przedstaw sprawozdanie z wybranej lektury.
11. Przedstaw pozytywne i negatywne strony szkolenia zawodowego CPE²⁴.

Po pisemnej odpowiedzi na wyżej wymienione pytania, student przedstawia swoją pracę wszystkim członkom grupy, w której odbywał szkolenie CPE, do wspólnego omówienia.

Po zakończeniu programu CPE kandydat może ubiegać się o dyplom. Proces od złożenia wniosku do momentu egzaminu komisyjnego trwa około roku. W skład materiałów skierowanych do komisji, w przypadku świeckich katolików, wchodzi: życiorys; opis posługi duszpasterskiej w szpitalu; osobista ewaluacja z każdego kursu CPE; ewaluacje instruktora; dyplom ukończenia studiów magisterskich z teologii (*master degree of theology*); dyplom ukończenia szkolenia z dziedziny etyki duszpasterstwa szpitalnego; list od proboszcza zaświadczający, że kandydat otrzymał wszystkie sakramenty wtajemniczenia chrześcijańskiego, przynależy do parafii i jest praktykującym katolikiem; pozwolenie biskupa na przystąpienie do egzaminu i misję kanoniczną²⁵.

Po złożeniu stosownych dokumentów kandydat może przystąpić do egzaminu, który ma formę pisemną i ustną. W czasie trwania egzaminu musi pisemnie odpowiedzieć na pytania z różnych zakresów teologii, działalności pastoralnej i tym podobnych.

Poniżej przedstawieni przykładowe pytania z teologii duszpasterskiej:

302.1. Przedstaw teologię opieki duszpasterskiej, która jest zintegrowana z teorią praktyki duszpasterskiej.

²⁴ Por. M. Neal. *Final Evaluation for CPE Students Outline*. University of Illinois. Chicago 2012.

²⁵ Por. ACPE. *Certification Policy and Procedure Manual* s. 9.

302.2. W jaki sposób wykorzystasz wiedzę psychologiczną i socjologiczną oraz dotyczą wierzeń i praktyk religijnych do zapewnienia opieki duszpasterskiej?

302.2.1. Przedstaw egzegezę wybranego fragmentu Pisma Świętego. Odnieś się do wybranych zagadnień z zakresu aktualnej teologii, na przykład eklezjologii, teologii sakramentalnej czy katolickiego nauczania.

302.3. Przedstaw duchowe i emocjonalne wymiary ludzkiego rozwoju zastosowane do praktyki duszpasterskiej.

302.4 Przedstaw, w jaki sposób połączysz wiedzę praktyczną i etyczną w posłudze duszpasterskiej.

302.4.1. Zademonstruj rozumienie etycznych i religijnych zasad stosowanych podczas katolickich usług medycznych.

302.5. Opisz dynamikę grupy i związane z tym zagadnienia organizacyjne.

Pytania te pomagają określić, w jaki sposób student wykorzystuje swoją wiedzę pastoralną w pracy z pacjentami. Określają jak rozumie on zasady etyczne, sprawdzają, czy umie współpracować w grupie kapelanów wielowyznaniowych.

Przykładowe pytania związane z tematyką tożsamości i postępowania:

303.1. Na wybranym przykładzie przedstaw, w jaki sposób okażesz szacunek ludziom odmiennym pod względem fizycznym, emocjonalnym i duchowym.

303.2. Na przykładzie przedstaw, w jaki sposób używasz swojego autorytetu zawodowego.

303.3. Opisz swoje zalety i wady, które będą pomocne w posłudze duszpasterskiej.

303.3.1. Zademonstruj na przykładzie umiejętność autorefleksji.

303.4. Zilustruj, w jaki sposób uczucia, postawy, wartości i założenia wpływają na duszpasterstwo.

303.5. Pokaż na przykładzie, w jaki sposób współpracujesz dla dobra pacjenta z innymi dyscyplinami medycznymi .

303.6. Przedstaw, w jaki sposób wykorzystujesz kodeks etyczny dla kapelanów w pracy duszpasterskiej.

303.7. W jaki sposób zadbasz o swój duchowy rozwój?

303.7.1. Opisz swoją duchowość opartą na relacji z Bogiem, ze sobą i z innymi.

303.8. Co rozumiesz przez skuteczną komunikację?

Od każdego kapelana wymaga się określonych zasad zachowania, które są egzekwowane w posłudze szpitalnej. Powyższe pytania sprawdzają, czy kandydat je zna oraz umie je wykorzystywać. Określają kompetencje kandydata na kapelana, które – ze względu na jego posługę w szpitalu – często wykraczają poza wiedzę teologiczną. Pytania

pomagają ocenić cechy osobowości kandydata. Na przykład to, czy w sytuacjach kryzysowych, wobec trudności emocjonalnych będzie potrafił zapanować nad własnymi reakcjami i uczuciami. Czy potrafi on dokonać autorefleksji, wyciągać wnioski, uczyć się poprzez samo doświadczenie.

Blok pastoralny (przykładowe pytania):

304.1. Zilustruj, w jaki sposób pogłębiasz relacje duszpasterskie, z wrażliwością, otwartością i szacunkiem do chorej osoby.

304.2. Na konkretnym przykładzie pokaż, w jaki sposób twoje wsparcie duchowe pomogło pacjentowi, jego rodzinie czy personelowi medycznemu.

304.3. W jaki sposób zapewnisz opiekę duszpasterską pacjentom innej kultury, płci, orientacji seksualnej czy praktyki religijno-duchowej?

304.4. Podaj przykład, w jaki sposób poradziłeś sobie w kryzysowej sytuacji.

304.5. W jaki sposób pomogłeś chorym po utracie bliskiej im osoby?

304.6. Sformułuj swoje duszpasterskie cechy i opisz, w jaki sposób możesz je wykorzystać w posłudze chorym.

304.7. Jak zapewnisz potrzeby religijne pacjentom, ich rodzinom i personelowi medycznemu?

304.8. W jaki sposób współpracujesz ze środowiskiem?

304.9. W jaki sposób wykorzystasz swoją refleksję teologiczną w praktyce duszpasterskiej?

Rozwój profesjonalny (przykładowe pytania):

305.1 W jaki sposób będziesz promował opiekę duszpasterską w instytucji, w której pracujesz?

305.2 Jak nawiązujesz i utrzymujesz profesjonalne i interdyscyplinarne relacje?

305.21 Wykaż swoją umiejętność budowania relacji między współpracownikami oraz aktywnego udziału w tworzeniu i utrzymaniu zdrowego środowiska pracy.

305.3 Zademonstruj zrozumienie kultury i systemów instytucjonalnych oraz relacji systemowych.

305.4. Przedstaw, w jaki sposób możesz promować i zachęcać do etycznego podejmowania decyzji w kwestii leków i leczenia.

305.4.1. Wykaż swoją umiejętność podejmowania decyzji w oparciu o zrozumienie pochodzenia etnicznego, płci, rasy, wieku, wykształcenia, wartości teologicznych i dziedzictwa religijnego pacjenta.

305.5. Podaj przykład dokumentacji medycznej.

305.6. W jaki sposób współpracujesz ze wspólnotami religijnymi i ich liderami?²⁶.

Po napisaniu pracy, trzy miesiące przed egzaminem ustnym, kandydat wysyła kopię do NACC i do czterech członków komisji egzaminacyjnej. Członkowie komisji mają zapoznać się z treścią pracy i każdy z nich zobligowany jest do zadania kandydatowi trzech pytań z wyżej wymienionej pracy. Po uzyskaniu pozytywnych odpowiedzi kandydat otrzymuje tytuł BCC²⁷ – *Board Certified Chaplain* (dyplomowanego kapelana)²⁸.

Co pięć lat dyplomowany kapelan musi starać się o przedłużenie dyplomu. Musi spełnić następujące wymogi:

1. Kandydat musi być aktywny i zaangażowany w życie Kościoła, do którego należy.
2. Zgodnie z *Certification Procedure* 532.9 kandydat musi rocznie uczestniczyć w 35 godzinach doskonalenia zawodowego, w zakres którego wchodzi uczestnictwo w konferencjach i udział w dniach skupienia.
3. Zgodnie z *Certification Procedure* 532.12. d. ubiegający się o przedłużenie dyplomu musi 25 godzin poświęcić na przeczytanie i streszczenie wybranej lektury, cotygodniowy kontakt z NACC przez e-mail oraz uczestnictwo w telekonferencjach, aby móc się wzajemnie wspierać i dzielić doświadczeniami.
4. Musi mieć duchowego przewodnika i przedstawić jego zaświadczenie na piśmie.
5. Musi przedstawić ocenę swojej pracy, która jest wystawiana co roku przez dyrektora departamentu pastoralnego.
6. Ocenę pracy wystawioną co roku przez współpracownika.
7. Proboszcz parafii ponownie musi wystąpić z prośbą do biskupa o przedłużenie misji kanonicznej.
8. Kapelan musi uzyskać pozwolenie biskupa i przedłużenie misji kanonicznej.

Po przedstawieniu wszystkich dokumentów NACC specjalnie powołana komisja decyduje o przedłużeniu dyplomu kapelana²⁹.

Po ukończeniu pierwszego stopnia CPE oczekuje się od studenta umiejętności pomagania chorym niezależnie od ich religii czy pochodzenia. Po ukończeniu drugiego stopnia CPE student powinien wykazywać się umiejętnością pomocy duszpasterskiej biorącej pod uwagę wiele elementów, takich jak: różnice kulturowe i etniczne, warunki

²⁶ Por. NACC. *Standard for Ethics, Certification, and Renewal of Certification*. Re-Approved (2015-2021).

²⁷ Por. ACPE. *Certification Policy and Procedure Manual* s. 9.

²⁸ Por. Tamże.

²⁹ Por. NACC. *Checklist for Supportive Materials Required for Renewal of Chaplains Certification for Renewal Year 2018* s. 1-4. W:

http://files.professionalchaplains.org/conf/2018/workshops/handouts/NSW.02_2018_Conf_NACC_Handout_1.pdf (dostęp 14.07.2021).

społeczne, etykę pacjenta i zespołu medycznego. W międzywyznaniowych środowiskach, takich, jakie istnieją w Stanach Zjednoczonych, oczekuje się, że kapelan jako osoba neutralna będzie służył szpitalowi i jego pacjentom na wielu płaszczyznach. Sam będzie musiał zmierzyć się z trudnościami, ograniczeniami oraz różnicami wynikającymi z własnego kulturowego punktu widzenia i z osobistych uprzedzeń. Przykładowo, do szpitala zostaje przyjęty bezdomny pacjent, który nie ma rodziny. Gdy jest podłączony do respiratora albo nastąpiła śmierć mózgu (*brain death*), zespół medyczny z kapelanem świeckim muszą podjąć decyzję o dalszym podtrzymywaniu przy życiu pacjenta albo skróceniu mu życia przez odłączenie od maszyn podtrzymujących życie³⁰. W tym przypadku, jeżeli kapelan świecki nie został odpowiednio przeszkolony, może wpłynąć na decyzję zespołu. Decyzja może się wydawać słuszna z prywatnego punktu widzenia kapelana, ale okazać się niewłaściwa z perspektywy dobra pacjenta³¹.

Szpitalne akredytowane przez *Joint Commission* i organizację opieki zdrowotnej JCAHO – *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*, nadającą akredytacje zakładom medycznym, wymusiły na władzach pozostałych szpitali zapotrzebowanie na kapelanów. Regulamin zastrzega, że kapelan musi służyć pomocą duszpasterską wszystkim pacjentom, niezależnie od ich wyznania, a także tym, którzy twierdzą, że są ateistami. Dlatego od lat dziewięćdziesiątych nastąpiła wyraźna zmiana w programach kształcenia duszpasterskiego³². CPE kładzie nacisk na opanowanie przez studenta umiejętności samorozwoju, która jest niezbędna w dalszej pracy z pacjentami. Każdy pacjent jest niepowtarzalny, każda sytuacja – wyjątkowa, a każda posługa choremu jest inna. Dlatego ważne jest to, aby student miał samoświadomość i umiał dokonać właściwej samooceny swojej posługi. CPE uczy również, jak odnajdywać się w placówkach medycznych. Studenci muszą nauczyć się wyjaśniania roli kapelana świeckiego pacjentom, ich rodzinom oraz personelowi szpitalnemu. CPE zachęca uczniów do prezentowania się jako integralnej części zespołu opieki medycznej³³.

Korzystając z narzędzia oceny duchowej, kapelani świeccy dzielą się tylko takimi informacjami o pacjentach, które mogą służyć pomocą zespołowi medycznemu³⁴. Szpitale, które oferują programy szkoleniowe CPE, otrzymują dodatkowe fundusze od zakładów

³⁰ ACPE- *CPE Level I/ Level II and Supervisory CPE Handbook*. U.S. Department of Education: Georgia 2001 s. 38.

³¹ Tamże.

³² Tamże s. 39.

³³ Por. ACPE. *Certification Policy and Procedure Manual* s. 9.

³⁴ Por. ACPE- *CPE Level I/ Level II and Supervisory* s. 39.

ubezpieczeniowych³⁵. Zarówno kapelani świeccy, jaki i ich studenci zaangażowani w szkolenie CPE na terenie szpitala muszą sprostać wymaganiom akredytacyjnym JCAHO³⁶. Jedynym sposobem jest nazywanie go *Spiritual Care Service* (posługą duchową), która wykracza poza religię, wiarę, jest bezwyznaniowa, a skupia się na opiece duchowej nad pacjentem (*non-denominational, non-religious, patient care strategy*)³⁷.

CPE przygotowuje kapelana świeckiego do pełnienia funkcji eksperta w dziedzinie opieki duchowej nad pacjentem pozostającym w systemie szpitalnym. Kapelani świeccy, podobnie jak inni pracownicy szpitala, muszą spełnić następujące wymagania: muszą podchodzić do pracy racjonalnie, wykazać się umiejętnością rozwiązywania problemów, powinni także udowodnić władzom szpitala, że posługa kapelanów świeckich przynosi korzyści pacjentowi i szpitalowi. Posługa ta opiera się na zastosowaniu metodologii oceny duchowej pacjenta, która jest głównym celem szkolenia CPE. Używając metody oceny duchowej pacjenta i jego rodziny, kapelan świecki identyfikuje problemy duchowe i psychospołeczne, których może doświadczać pacjent. Następnie proponuje interwencje opieki duchowej, aby pomóc mu w trudnościach. Ocena duchowa pacjenta musi być umieszczona w skróconej formie w rekordzie medycznym, do którego zespół medyczny ma wgląd. Ułatwia to komunikację pomiędzy specjalistami opiekującymi się pacjentem i określa wkład kapelana świeckiego w opiekę³⁸.

Kapelani świeccy często pracują z pacjentami i ich rodzinami stojącymi w obliczu najbardziej trudnych chwil w życiu. Jednak CPE nie do końca spełnia oczekiwania kandydatów na kapelanów, ponieważ zdarzają się przypadki, że kandydaci religii niechrześcijańskich mają ograniczony dostęp do programu, czują się osamotnieni i niezrozumiani. To sprawia, że nie kończą programu. Z tego powodu w szpitalach brakuje kapelanów religii niechrześcijańskich.³⁹

W miarę jak CPE przenosiło swoją uwagę z religii na opiekę duchową, zawodowe duszpasterstwo szpitalne musiało zachować pewien stopień autonomii wobec poszczególnych religii. Cele edukacyjne CPE wymagają od studentów określenia, w jaki sposób teologia, z którą się identyfikują, wpływa na ich posługę, jak również na ocenę mocnych stron i potrzeb pacjentów⁴⁰. Kapelani świeccy przeszkoleni w zakresie CPE

³⁵Por. Tamże s. 39.

³⁶ Wywiad nr 52 [K. Pr. ok. 50 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, chrześcijanka 23.06.2021]. AW s. 54.

³⁷ Por. S. J. Craddock Lee. In a *Secular Spirit* s. 340.

³⁸ Tamże.

³⁹ Por. L. E. Ritter. *An interfaith Approach to Chaplaincy Training* s. 23.

⁴⁰ Por. Tamże s. 24.

pracują z pacjentami jako opiekunowie duchowi. CPE nie uczy pracy w ramach struktur religijnych pacjenta, uczy rozmowy i oceny tego, w jaki sposób pacjenci odnajdują sens w swoim życiu, jakie jest ich rozumienie cierpienia i jakie praktyki pomagają im w chwilach kryzysu. CPE przyciąga kandydatów na kapelanów świeckich zainteresowanych poszukiwaniami wykraczającymi poza granice własnej religii i światopoglądu. Szkolenie wprowadza umiejętności oparte na uważnym słuchaniu, krytycznej refleksji, odrzuceniu oceny i krytyki jakiegokolwiek wyznania. CPE przygotowuje kapelanów świeckich do pracy z pacjentami jako *spiritual care generalist* (przewodnik duchowy)⁴¹. Szkolenie nie tyle skupia się na religii pacjenta, ile na umiejętności odkrywania *meaning in theirs life* (sensu i znaczenia religii w jego życiu). Takie podejście kapelana świeckiego pozwala służyć ludziom różnych religii, wierzeń, obyczajów, tradycji oraz ateistom.

Niektórzy instruktorzy nazywają CPE *links to the mind and to the heart* (połączeniem rozumu i serca), w którym rozum ma na celu rozpoznanie stanu duchowego pacjenta (*spiritual assessment*), a serce czyni kapelana otwartym na towarzyszenie pacjentowi w jego chorobie⁴². Bardzo często posługa kapelana jest przedstawiana jako *wounded healer*⁴³, czyli jako dbanie o ludzkiego ducha. Ujawnia się on w poszukiwaniu sensu i celu, w poczuciu przynależności do społeczności oraz w wysiłku, aby kochać i być kochanym⁴⁴. Posługa, o której mowa, jest przede wszystkim otwarciem się i służeniem człowiekowi w potrzebie oraz w momencie śmierci. Kapelani są przeszkoleni, aby pomagać pacjentom i ich rodzinom w momencie niewiadomej, kiedy oczekują na wynik testu czy postawienie diagnozy. Stanowią również pomoc w zaakceptowaniu nieuleczalnej choroby czy śmierci. CPE przygotowuje studenta do pracy z pacjentami wszystkich religii, wyznań. Pedagogika CPE jest oparta na pracy w grupach i na wzajemnym wspieraniu się.

3.3. Program szkolenia *Clinical Pastoral Education* dla kapelanów świeckich w Chicago

Programy CPE różnią się między sobą w zależności od prowadzącego instruktora, studentów i szpitala, w jakim jest prowadzony. Każdy szpital, który ma pozwolenie wydane przez ACPE do prowadzenia programu CPE, ma własny program szkolenia, który jest

⁴¹ Por. Tamże s. 34.

⁴² Por. Tamże s. 48.

⁴³ Por. H. J. M. Nouven. *Zraniony uzdrowiciel*. W:

https://www.researchgate.net/publication/285591160_How_Jung%27s_concept_of_the_wounded_healer_can_guide_learning_and_teaching_in_social_work_and_human_services (dostęp 10.11.2022).

⁴⁴ Wywiad nr 107 [K. Pr. ok. 50 lat. Pochodzenia afroamerykańskiego; baptystka; 23.06.2021]. AW s. 110.

przedstawiany i zatwierdzany przez ACPE. Dyrektor programu ma możliwość udoskonalania i dostosowywania go do potrzeb grupy, z jaką pracuje, pod warunkiem, że będzie on zatwierdzony przez ACPE. Rozmowa instruktora CPE z kandydatami daje mu możliwość doboru kandydatów różnych religii, by program był atrakcyjny i sprostał wymaganiom szpitala.

Na uniwersytecie *University of Illinois at Chicago* (UIC) został opracowany program, który jest stosowany również w szpitalach katolickich⁴⁵. Jest on podzielony na dwa poziomy.

Poziom I obejmuje formację pastoralną. Po jej ukończeniu kandydat musi pisemnie wypowiedzieć się (w domu) na następujące tematy:

311.1. Opisanie najważniejszych wątków dziedzictwa religijnego, teologiczna refleksja nad nimi oraz sposób wykorzystania ich podczas posługi.

311.2. Zidentyfikowanie i opisanie jakiegoś nadzwyczajnego wydarzenia. Określenie, w jaki sposób wpływa ono na tożsamość osoby i umożliwia jej wykorzystanie tego doświadczenia w praktyce duszpasterskiej.

311.3. Problem uczestniczenia w grupowych dyskusjach, pod nadzorem instruktora, i umiejętności zaakceptowania krytyki.

311.4. Rozwijanie umiejętności odpowiedniej i konstruktywnej krytyki.

311.5. Doskonalenie umiejętności rozpoznania i zdefiniowania dynamiki grupy, do której kandydat należy.

311.6. Zademonstrowanie integracji i rozumienia pojęć przedstawionych w programie nauczania i wykorzystanie ich w praktyce pastoralnej.

311.7. Inicjowanie i angażowanie się we współpracę pomiędzy grupami religijnymi i różnymi populacjami.

311.8. Umiejętność zastosowania zdobytej wiedzy do osiągnięcia celów edukacyjnych kandydata.

311.9. Stworzenie programu ciągłej formacji duszpasterskiej, odpowiadającej mocnym i słabym stronom kandydata⁴⁶.

Poziom II w głównej mierze skupia się na analizie łączności pomiędzy ciałem, duchem i umysłem, która jest niezbędna w posłudze kapelana świeckiego. Bardzo ważna jest umiejętność dokonania właściwej oceny duchowej pacjenta (*spiritual assessment*), jego

⁴⁵ ACPE- CPE Level I/ Level II and Supervisory s. 39-42.

⁴⁶ Por. APC, ACPE. *Crosswalk*. W: https://bcciprofessionalchaplains.org/files/cpe_crosswalk.pdf (dostęp 09.06.2021).

otoczenia. Niezbędna jest współpraca multidyscyplinarna, aby zapewnić opiekę pastoralną pacjentowi, jego rodzinie i zespołowi medycznemu. Studenci wybierają jednego z myślicieli – teologa czy filozofa – i na podstawie jego dzieł opisują, w jaki sposób przyczynia się on do ich teologicznego, pastoralnego i duchowego wzrostu oraz jak pomaga w praktycznym zastosowaniu wiedzy⁴⁷. Uczestnicy CPE w szpitalu, w Chicago, mogą spotykać się indywidualnie i grupowo. Studenci mają za zadanie wykazać się umiejętnością samooceny duchowej i wykorzystać ją do swojej posługi pastoralnej w szpitalu, w który realizowany jest program CPE. Po zakończeniu pracy nad projektem student prezentuje go przed komisją ACPE (Standard 310. 1-3)⁴⁸.

Program szkolenia kapelanów CPE w UIC w Chicago zawiera części, które są niezmiennie i takie, które dostosowuje się do zapotrzebowania zarówno studentów, którzy uczestniczą w programie, jak i szpitala, w którym ten program jest prowadzony. Na przykład jeżeli w grupie CPE jest student, który jest muzułmaninem, instruktor kursu musi w swoim programie umieścić takie zmiany, aby student nie czuł się odizolowany. Jeśli w grupie są sami chrześcijanie, to w czasie zajęć omawiane są zagadnienia, które będą potrzebne kapelanowi, który musiałby posługiwać muzułmaninowi. Przykładem jest katolicki szpital świętego Franciszka w Evanston, gdzie większość mieszkańców to Żydzi. Mimo że szpital jest katolicki, zatrudnieni są rabin (dwóch rabinów, jeden ksiądz katolicki, jeden protestant), a w jadłospisie jest jedzenie kosherne⁴⁹.

Z biegiem czasu na terenie Chicago zmienił się skład etniczny populacji. Dominujące obecnie grupy to Afroamerykanie i Meksykanie, dlatego zwiększyło się zapotrzebowanie na kapelanów baptyistów i katolików. Większość Meksykanów to katolicy, zwłaszcza starsze pokolenie. Z tego względu dokonuje się ewaluacji programu CPE. W 2019 r., w programie UIC w Chicago⁵⁰, zostały zasugerowane modyfikacje tematyki szkolenia poprzez wskazanie szczegółowych modułów, do których należą: świadomość i artykulacja, funkcja administracyjna, ocena i krytyka, umiejętności, oraz funkcja pod nazwą *inner* (wewnętrzny), która pozwoli studentowi na indywidualne realizowanie jego potrzeb⁵¹. Poniżej zawarto opis modułów tego szkolenia.

⁴⁷ Por. M. Neal. *Credential Pastoral Education Students Handbook*. Chicago 2012 s. 43.

⁴⁸ Por. Tamże s. 44-45.

⁴⁹ Wywiad nr 79 [K. Pr. ok. 40 lat, pochodzenia amerykańskiego, chrześcijanka; 17.03.2021]. AW s. 140.

⁵⁰ Por. ACPE. *Student Handbook*. U.S. Department of Education. NYU Langone Health. Atlanta 2021s.6.

⁵¹ Por. Tamże s.7.

Pierwsza kategoria to „świadomość i artykulacja”. W jej ramach student powinien wykazać się konkretnymi umiejętnościami i odpowiedzieć pisemnie (w domu) na następujące tematy:

1. Wyjaśnienie pojęcia posługi/służby na podstawie swojej wiary/religii, duchowego dziedzictwa i teologii.
2. Zidentyfikowanie i omówienie znaczącego wydarzenia życiowego, które będzie miało wpływ na jego pracę jako kapelana świeckiego.
3. Rozumienie posługi duszpasterskiej zgodnej z osobistymi i kulturowymi wartościami.

Kolejny moduł „świadomości i artykulacji” zawiera listę celów, dzięki którym student ma stać się bardziej świadomy perspektywy, z jakiej postrzega świat i jak ta perspektywa wpływa na interakcje z pacjentami.

Następna dodana do programu funkcja odnosi się do umiejętności administracyjnych, które obejmują profesjonalizm, emocjonalną dyspozycyjność, pokorę, pozytywne wykorzystanie pozycji i autorytetu oraz nawiązywanie dialogu i współpracy ze studentami, władzami szpitala i pracownikami. Ważna jest umiejętność zarządzania kaplicą i jej stroną administracyjną, odpowiedzialność, wydajność, samodzielność podejmowania decyzji, umiejętność komunikacji.

Zademonstrowanie znajomości przepisów ACPE, CPE i NACC – ta kategoria obejmuje cele, dzięki którym słuchacz będzie umiał nawiązać współpracę z władzami szpitala i w sposób profesjonalny podkreślić swoją pozycję jako członka zespołu opiekującego się pacjentem.

Do oceny wlicza się również to, w jaki sposób podczas spotkań i dyskusji w grupie student reaguje na krytykę ze strony swoich kolegów. Umiejętność podejmowania ryzyka odpowiedzialnej krytyki kolegi czy instruktora też jest ważna. Wlicza się także samoocena posługi pastoralnej i zastosowanie metod uczenia się, aby osiągnąć cele edukacyjne.

W programie zwrócono uwagę na umiejętności, szczególnie nacisk kładąc na:

1. Wykazanie się zdobytymi umiejętnościami uważnego słuchania, empatii, umiejętności rozwiązywania konfliktów, konfrontacji, zarządzania kryzysowego i odpowiedniego wykorzystania materiałów religijnych.
2. Zademonstrowanie umiejętności: dysponowania czasem, pokory duchowej i kulturowej, pozytywnego wykorzystania autorytetu, tolerancyjnej pomocy pacjentowi, jego rodzinie i personelowi.

3. Ocenianie mocnych i słabych stron pacjentów, ich rodzin oraz personelu medycznego. Na podstawie tej oceny umiejętność zrozumienia sposobu zachowania pacjentów i ustalenie możliwości pomocy.

4. Przykładowe zademonstrowanie troski pastoralnej (*pastoral care*) o pacjenta, biorąc pod uwagę elementy takie, jak: różnice kulturowe i etniczne, rasowe, religijne, pochodzenie socjalne, oraz umiejętności zastosowania etyki bez nakłaniania do własnych przekonań.

Kategoria określona jako „umiejętności” zawiera kilka praktycznych rad dla kapelana świeckiego. Ma pomóc w napominaniu i przyjmowaniu krytyki. Ta sekcja uczy studentów nie tylko w jaki sposób odnosić się do konstruktywnej krytyki, ale również jak aktywnie jej poszukiwać. W następstwie student musi umieć wykorzystać krytykę do dalszego rozwoju, nauki.

Ostatnia kategoria pod nazwą *inner* (wewnętrzne) identyfikuje cele, które nie były ujęte w żadnej z kategorii, a które odnoszą się do następujących zagadnień:

1. Opisanie relacji w grupie.
2. Zademonstrowanie zintegrowanego i koncepcyjnego planu programu (*curriculum*) w praktyce pastoralnej.
3. Pomoc w zainicjowaniu współpracy różnorodnych populacji⁵².

Kapelan szpitalny, który ukończył program, przede wszystkim słucha pacjentów i w odpowiedzi na ich doświadczenia oferuje formę duchowego wsparcia i towarzyszenia im w trudnych okolicznościach. Jego umiejętność pomocy pacjentom, którzy znajdują się w kryzysie lub w sytuacji niestabilnej emocjonalnie, pozwala reagować ze współczuciem i troską. A religia jest istotną częścią rozmowy pod warunkiem, że pacjent sobie tego życzy⁵³ (poziom I CPE, Standard 312). Poziom II skupia się na rozwoju osobistym kapelana (poziom II, Standard 312.6), dlatego jednym z celów programu jest umożliwienie studentom wyartykułowania i zrozumienia roli duszpasterstwa zgodnego z wartościami osobistymi i kulturowymi. Studenci, którzy nie są zainteresowani pogłębianiem świadomości jako sposobem na poprawę umiejętności duszpasterskich, często nie kończą programu. Szkolenie kapelanów świeckich wykorzystuje doświadczenia życiowe studentów, które kształtują ich podejście do posługi kapelana. Muszą oni zrozumieć, w jaki sposób te doświadczenia mogą wpływać na posługę pacjentowi⁵⁴. Termin „duchowość” coraz częściej odnosi się do

⁵² ACPE. *Student Handbook*. U.S. Department of Education. NYU Langone Health. Atlanta 2021 s. 8-15.

⁵³ Wywiad nr 80 [M. Dy. ok. 70 lat, pochodzenia amerykańskiego, baptysta; 07.07.2021]. AW s.142.

⁵⁴ Por. L. E. Ritter. *An Interfaith Approach to Chaplaincy Training* s. 21.

doświadczeń życiowych pacjenta, a nie do jego osobistych wartości i ich znaczenia⁵⁵. Szkolenie CPE ma na celu sugerowanie kandydatom na kapelanów, aby zwracali uwagę na swoje doświadczenia z przeszłości, gdyż mogą być one wykorzystane jako inspiracje do posługi pastoralnej⁵⁶.

Szkolenie CPE ma na celu zachęcenie studentów do intensywnego zaangażowania się we współpracę z przełożonymi, współpracownikami i innymi studentami, ludźmi znajdującymi się w kryzysie. Studenci CPE mają za zadanie poprawę jakości relacji pastoralnych poprzez omawianie skomplikowanych sytuacji życiowych pacjentów z różnorodnych punktów widzenia. W ten sposób są w stanie uzyskać nowe spostrzeżenia, które pozwalają im lepiej zrozumieć kondycję człowieka⁵⁷. Pracując jako członkowie grup interdyscyplinarnych, pomagają w rozwijaniu relacji między zespołem medycznym a pacjentem. Studenci CPE uczą się poprzez prowadzenie grupowej i indywidualnej opieki duszpasterskiej, praktyczne doświadczenia pracy z chorymi w szpitalu, dzielenie się z innymi studentami i przełożonym przemyśleniami na temat tego, czego doświadczyli podczas wizyty u pacjenta i tym, co było pomocne lub nieprzydatne podczas ich wizyty duszpasterskiej. Uczniowie mogą krytykować własną posługę, jak również przyjmować krytykę kolegów czy instruktora, na zasadzie działanie – refleksja – działanie. Metoda ta pozwala studentom na bycie kreatywnymi i na dobieranie takich środków, aby osiągnąć cele osobiste i zawodowe. Uczą się oni również otwartości na krytykę⁵⁸.

3.4. Formacja do posługi grupom narodowym

W momencie powstania USA katolicy stanowili tylko 1,8 % populacji, w połowie XIX w. ich liczba wzrosła do prawie 14 %. Kolejne dekady tego stulecia charakteryzowały się dynamicznym rozwojem Kościoła katolickiego, co budziło zaniepokojenie protestanckiej większości⁵⁹. Pod koniec XIX w. antykatolicyzm był jedną z idei wpływowego, ogólnokrajowego ruchu politycznego *American Protective Association*. Dysponująca kilkudziesięcioma gazetami organizacja zwalczała i ośmieszała katolików, stosując między innymi utrwalające negatywne stereotypy hasło „3 x r” (co można rozwinąć jako: *rum, rzymski, katolicka rebelia*). Dziewiętnastowiecznym protestantom katolicyzm

⁵⁵ Por. M. Muldoon and N. King. *Theological Education and the Role of CPE*. „Journal of Religion and Health” 34 (1995) nr 4 s. 347.

⁵⁶ Por. L. E. Ritter. *An Interfaith Approach to Chaplaincy Training* s. 21.

⁵⁷ Por. R. Manching. *Clinical Pastoral Education*. University of Chicago Medical Center 2012 s. 44.

⁵⁸ Por. Tamże s. 45.

⁵⁹ Por. J. Perszon. *Apologia Kościoła we współczesnej Ameryce Północnej*. „Biblioteka Teologii Fundamentalnej” 7 (2012) s. 87.

kojarzył się z fanatyzmem, tyranią, opresją, zacofaniem i ignorancją. Według protestantów katolicyzm był negacją prawdziwego chrześcijaństwa, wielkim odstępstwem od autentycznej, biblijnej wiary⁶⁰. Ataki na Kościół katolicki sprawiły, że biskupi i prezbiterzy w swojej posłudze duszpasterskiej kładli nacisk na rozwój szkół i szpitali katolickich. Szkoły miały na celu zachowanie wiary wśród młodzieży i danie możliwości przystąpienia do sakramentów świętych wszystkim, ze szczególnym uwzględnieniem imigrantów. Mimo że szpitale zostały założone dla irlandzkiej, niemieckiej, włoskiej i polskiej społeczności, to w tym trudnym dla Kościoła okresie nie odmawiano pomocy nikomu z tych, którzy jej potrzebowali⁶¹.

Stany Zjednoczone stawały się coraz bardziej różnorodne pod względem narodowym. Wszystkie kultury czy narodowości pragnęły być traktowane na takich samych zasadach. Ta różnorodność była wyraźnie widoczna również w szpitalach, przychodniach lekarskich czy instytucjach państwowych. Bogactwo kulturowe Ameryki wzmogło zapotrzebowanie na kapelanów świeckich, nie tylko dwujęzycznych, ale takich, którzy znają i szanują kulturę danego kraju oraz nie wykluczają nikogo – nawet, jeśli jest imigrantem. Takie podejście było najlepszą odpowiedzią na stawiane katolikom zarzuty. Podejmowanie funkcji kapelanów świeckich stawiało przed nimi jeszcze większe wymagania.

Kapelan świecki miał wykazywać się nie tylko znajomością języka, ale i kultury danego kraju, tak, aby mógł nawiązać głębszy kontakt z pacjentem⁶². To doświadczenie pozwalało mu poznawać ludzi i pomagać tym, którzy przybyli do Ameryki, a teraz nazywają ją domem albo nową ojczyzną. Bycie imigrantem nie jest wyborem, którego człowiek dokonuje z błahych powodów. Decyduje się on na życie na obczyźnie ze względów bezpieczeństwa, z powodu szans na edukację, ze względu na poszanowanie wartości religijnych albo chcąc skorzystać z możliwości, które nie są mu oferowane w ojczystym kraju. Zrozumienie wielowymiarowości słowa imigrant pomaga kapelanowi świeckiemu lepiej służyć i zaakceptować człowieka takiego, jakim jest⁶³.

Również współcześnie niektórzy pacjenci przychodzą do szpitala czy placówek zdrowotnych z ograniczoną znajomością języka angielskiego, albo wcale go nie znają, dlatego praca zespołu medycznego jest znacznie utrudniona⁶⁴. Kapelan świecki jest

⁶⁰ Por. Tamże.

⁶¹ Por. P. H. Schuck, J. E. Tyler. *Making the Case for Changing U.S. Policy Regarding Highly Skilled Immigrants*. Yale Law School 2010 s. 207.

⁶² Por. N. Gutierrez. *Cultural Competencies. W: Professional, Spiritual and Pastoral Care*. Tennessee 2012 s. 407.

⁶³ Por. Tamże s. 408.

⁶⁴ Por. Tamże.

powołany do służby i pomocy choremu. Toteż wielokrotnie kapelan świecki, który często jest wielojęzyczny (niekiedy wielojęzyczność jest warunkiem podjęcia takiej posługi), jest pośrednikiem pomiędzy pacjentem a zespołem medycznym. Jest głosem tych, którzy nie mogą się porozumieć z otoczeniem. Jest tym, który przypomina, że każdy człowiek jest stworzeniem Bożym, niezależnie od rasy czy pochodzenia, i każdy ma prawo być traktowany z godnością⁶⁵.

Tożsamość kulturowa określana jest przez kraj urodzenia i dorastania, pochodzenie, język, wykształcenie, tradycje religijne czy duchowe, tradycje rodzinne, dietę, tradycyjne praktyki medyczne, postawy wobec choroby i śmierci oraz doświadczenia migracji. Kompetencje kulturowe to zdolność do skutecznej interakcji z ludźmi z różnych grup etnicznych czy kulturowych. Kapelan świecki jako członek zespołu medycznego pomaga zebrać informacje, od pacjenta lub jego rodziny, które mogą być przydatne w procesie leczenia⁶⁶. Poprzez praktykę i edukację kapelan pomaga całemu zespołowi medycznemu w zaspokajaniu indywidualnych potrzeb pacjentów⁶⁷. W przepisach wypracowanych wspólnie przez NACC i APC czytamy, że kapelan świecki zbiera i ocenia istotne dane o pacjencie. Zazwyczaj informacje te pozwalają kapelanowi świeckiemu rozeznąć czy tradycyjne rytuały, stosowane w macierzystym kraju pacjenta, tak naprawdę nie szkodzą jego zdrowiu czy życiu. Kapelan świecki analizuje, czy stosowane i używane w danym kraju zioła lub używki połączone z lekami pacjenta mogą przynosić szkodę i czy nie kolidują z zalecanym leczeniem szpitalnym⁶⁸. Kapelan w trakcie pracy z pacjentami poznaje także różne rytuały, wierzenia czy zabobony. Powinien przyjrzeć się im dokładnie, być dociekliwy, a czasem wręcz podejrzliwy. Analizuje zebrane informacje, co często wymaga od niego zdobywania nowej wiedzy, kontynuowania edukacji. Jeżeli ma wątpliwości, zgłasza je lekarzowi prowadzącemu pacjenta⁶⁹.

Kapelan świecki musi być bardzo opanowany i mieć świadomość, że każda jego reakcja jest analizowana przez pacjentów. Dotyczy to różnego typu zachowań, z jakimi spotyka się na co dzień w szpitalu. Pacjent nie może odczuwać, że jest inny. Kapelan świecki nie może zakładać, że pacjent pochodzący z określonego rasowego lub kulturowego środowiska koniecznie zachowuje te same postawy i tradycje jak grupa etniczna, z której

⁶⁵ Por. Tamże.

⁶⁶ Por. Tamże s. 409.

⁶⁷ Por. I. R. Kauffman. *The Essence of Judicial Independence*. Columbia Law Review Association 1980. s. 11.

⁶⁸ Por. Tamże s. 409.

⁶⁹ Por. Tamże.

pochodzi. Przykładem są liczne grupy katolików, którzy przyłączyli się do kościołów protestanckich. Podczas podpisywania umowy o pracę szpitale czy zakłady medyczne wymagają od wszystkich przyszłych pracowników tego, aby zobowiązali się do rozumienia, akceptowania i pozytywnego reagowania na odmienne postawy, wartości, sygnały słowne i zachowania pacjentów⁷⁰.

Kapelan świecki cały czas współpracuje z pacjentami różnych narodowości, kultur, odmiennych tożsamości i o zróżnicowanej religijności. Musi zapewnić im opiekę z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb. Na przykład świadek Jehowy może odmówić przetoczenia krwi. Żydzi mogą nie chcieć jeść produktów wieprzowych, a muzułmanie potrzebują miejsca do modlitwy skierowanego w kierunku Mekki. W katolickich szpitalach obowiązuje wewnętrzna, ustna umowa zapoczątkowana przez katolickie siostry zakonne, będące założycielkami większości szpitali katolickich, która określa sposób reagowania na wymogi i zachowania pacjentów różnych wyznań. Dotyczy ona przyjmowania pacjentów wyznania judaistycznego i muzułmanów, dla których nie ściąga się krzyży ze ścian sal szpitalnych, lecz przykrywa się je specjalnym płótnem⁷¹.

Chicago jest miastem niezwykłym. Poza ogromną migracją z Polski możemy tutaj zobaczyć imigrantów ze wszystkich zakątków świata. Szpitale katolickie służyły ubogim i potrzebującym od czasu powstania, niezależnie od pochodzenia czy wyznawanej przez podopiecznego religii. Choroba i cierpienie dotyczą każdego w takim samym stopniu⁷².

W 2007 r. katolickie szpitale pod przewodnictwem biskupów, we współpracy z NACC, zatwierdziły przepisy, na podstawie których kapelani świeccy posługują chorym. Stwierdzają one, że kapelan, który jest zatrudniony przez instytucję medyczną, ma obowiązek czynnie brać udział w doskonaleniu funkcjonowania instytucji poprzez swoją posługę pastoralną, według norm i zaleceń *Joint Commission*. Jest on zobowiązany do realizacji tych zaleceń. Na podstawie przyjętych zobowiązań kapelan stoi na straży tego, aby każdy pacjent był traktowany z poszanowaniem godności osoby ludzkiej. Jeżeli zaistnieje taka potrzeba, ma on obowiązek wstawiania się za pacjentami. Kapelan musi się wykazać umiejętnością rozumienia chorego, niezależnie od jego narodowości, religii, kultury czy życia duchowego. *Joint Commission* podkreśla, że każdy pacjent ma prawo do swoich kulturowych, psychologicznych, religijnych, duchowych, osobistych wartości i wiary.

⁷⁰ Por. Tamże s. 410.

⁷¹ Wywiad nr 66 [M. Pr. ok. 50 lat, pochodzenia polskiego, chrześcijanin; 26.06.2021]. AW s. 67.

⁷² Por. D. Lewellen: *International Chaplains Already Enrich NACC*. „Vision” 15 (2005) nr 8 s. 1-4. W: https://www.nacc.org/visionarchives/2005/NACC_Vision_Aug-Sep_2005.pdf (dostęp 02.10.2021).

Kapelan ma za zadanie ocenę potrzeby duchowej czy religijnej pacjenta, jego rodziny i sprostanie jego wymaganiom⁷³.

W 2002 r. został opublikowany artykuł, w którym wykazano, że pacjenci przebywający w szpitalu, w którym jest zapewniona troska o ich kulturę, język i religijność reagują pozytywnie na proces leczenia i ich terapia jest bardziej skuteczna⁷⁴. Dzięki temu *Joint Commission* wypracowało standardy dla placówek szpitalnych mające na celu udoskonalenie opieki zdrowotnej. Szpitale katolickie są dofinansowywane przez państwo, dlatego starają się, aby sprostać stawianym im wymaganiom. Zobowiązują one szpital do zapewnienia tłumacza, jak również do zatrudnienia personelu dwujęzycznego, bez ponoszenia przez pacjenta dodatkowych kosztów. Placówka medyczna nie może wykorzystywać do tłumaczeń członków rodziny czy znajomych. Szpital ma obowiązek dostarczenia pacjentowi wszystkich pisemnych materiałów sporządzonych w preferowanym przez niego języku. Pacjent głuchoniemy ma prawo do tłumacza, który zna język migowy⁷⁵. Każdy pacjent, niezależnie od pochodzenia czy koloru skóry, musi być traktowany jednakowo⁷⁶.

Każdy szpital musi również sprostać wymaganiom *Office of Minority Health (OMH)*⁷⁷, do którego należy *Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS)*, które zostały opublikowane w *Federal Register (U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Secretary)* w grudniu 2000 r. Prezentowane powyżej standardy stały się podstawą działań rządu i prywatnego sektora służby zdrowia mających na celu zdefiniowanie i wdrożenie oceny kompetencji kulturowych w służbie zdrowia. Te oceny mają wpływ na świadczenia finansowe opieki zdrowotnej i ewaluację jej wyników⁷⁸. CLAS ma 14 standardów zgrupowanych i opublikowanych przez biuro urzędnika departamentu zdrowia i opieki społecznej. Są one ułożone tematycznie: *culturally competent care*

⁷³ Por. D. Lichter, and M. L. O’Gorman: *Establishing a Chaplain’s Value. Health Care Leaders and Chaplains Collaborate to Define Professional Standards*. „Health Progress” 90 (2009) nr 3 s. 30-33. W: https://www.chausa.org/docs/default-source/health-progress/establishing-a-chaplain_s-value-pdf.pdf?sfvrsn=0 (dostęp 18.09.2021).

⁷⁴ Por. J. Welcher. *Cultural Competency for Healthcare Providers. Chaplain Valley are Health Education Center*. Vermont 2013 s. 2-3.

⁷⁵ Por. Vermont General Assembly. *Title 18 Health 1852 (a) (15). Chapter 42: Bill of Rights for Hospital Patients and Patient Access to Information*. <https://legislature.vermont.gov/statutes/fullchapter/18/042> (dostęp 19.11.2021).

⁷⁶ Por. U. S Department of Labor. *Office of the Assistant Secretary for Administration & Management. Title VI of the Civil Rights Act of 1964*. <https://www.dol.gov/agencies/oasam/regulatory/statutes/title-vi-civil-rights-act-of-1964> (dostęp 29.02.2022).

⁷⁷ [Prawo do tłumacza]. W: <https://thinkculturalhealth.hhs.gov/education/maternal-health-care> (dostęp 23.09.2021).

⁷⁸ Por. N. Gutierrez. *Cultural Competencies* s. 409.

(standardy 1-3), *language access services* (standardy 4-7) oraz *organizational supports for cultural competence* (standardy 8-14). W ich ramach istnieją trzy rodzaje standardów różniących się między sobą pod względem obowiązku ich zrealizowania: *mandates* (obligatoryjne), *guidelines* (mające charakter zaleceń) i *recommendations* (rekomendowane). Przepis CLAS jest aktualnym wymogiem federalnym obowiązującym wszystkich odbiorców funduszy federalnych (standardy 4-7). Wytyczne CLAS to działania zalecane przez *Office of Minority Health* (OMH) i zaadaptowane przez federalne, państwowe i krajowe agencje akredytujące jako obowiązujące przepisy (standardy 1-3, 8-13). Zalecenia CLAS sugerują OMH dobrowolne przyjęcie standardów przez organizacje opieki zdrowotnej (Standard 14)⁷⁹. Standardy określają wymagania, które szpital musi spełnić. Wymaga się w nich, żeby szpitale i placówki zdrowotne zapewniały pacjentowi pełną szacunku opiekę, zgodną z jego tradycją kulturową, praktykami religijnymi i oferowaną w preferowanym przez niego języku. *Joint Commission* sprawdza respektowanie tego wymogu bardzo dokładnie, zwłaszcza w tych szpitalach i placówkach zdrowotnych, w których jest duża liczba imigrantów. Podczas kontroli bardzo dokładnie sprawdzają dane pacjentów i egzekwują te wymogi w każdym departamencie, włączając w to również kapelanów świeckich. *Joint Commission* nakazuje szpitalom i placówkom zdrowia wdrażanie strategii rekrutacji, takich, by możliwe było zatrudnianie pracowników różnych narodowości i ras. Szpitale muszą zapewnić wszystkim pracownikom coroczne doszkalcenie zawodowe, aby mogli podnosić standardy obsługi pacjenta. Dzięki temu każdy kapelan świecki uczestniczy, co roku, w kolejnych pięćdziesięciu godzinach poddyplomowego szkolenia zawodowego⁸⁰.

Szpitale i placówki medyczne muszą zapewnić pacjentowi tłumacza, nie narażając go na dodatkowe koszty. Oznacza to, że również kapelan świecki ma nieograniczony dostęp do tłumaczy, jeżeli istnieje taka potrzeba. Wyjątek stanowi sakrament spowiedzi świętej. W takim przypadku kapelan świecki współpracuje z lokalnymi parafiami i, jeżeli istnieje taka potrzeba, prosi o kapłana mówiącego w danym języku. Dodatkowo ma obowiązek poinformowania pacjenta w formie ustnej i pisemnej o możliwości korzystania z tłumacza. Tłumaczem może być tylko pracownik szpitala. Rodzina czy znajomi pacjenta nie mogą być tłumaczami. Pacjent ma prawo zażądania od placówki służby zdrowia materiałów

⁷⁹ Por. Tamże s. 409.

⁸⁰ Por. The Association of Certified Christian Chaplains. *CEU Submissions for Board-Certified Chaplains*. W: <https://certifiedchaplains.org/membership/ceu-submissions-for-board-certified-chaplains/#myaccount> (dostęp 19.04.2021).

pomocniczych przetłumaczonych na języki najczęściej spotykanych grup etnicznych. Organizacje opieki zdrowotnej powinny rozwijać, wdrażać i promować strategiczny plan, który przedstawia cele i zasady mające zapewnić właściwą posługę kulturową i językową. Do tego przedsięwzięcia są zaproszeni kapelani świeccy, aby pomagali zbierać od pacjentów i ich rodzin informacje i opinie, w jaki sposób ulepszyć i udoskonalić „usługi” kulturowe i językowe. *Joint Commission* podczas wizytacji zawsze pyta o ten plan ulepszenia. Szpitale i placówki medyczne powinny posiadać i prowadzić na bieżąco dokumentację poświadczającą, jakie zorganizowano przedsięwzięcia w celu integracji kulturowych i językowych oraz ocenę aktualnego planu wystawioną na podstawie wywiadu, z pacjentem lub jego rodziną, na temat zastosowanych dotychczas standardów. Zadaniem kapelana świeckiego jest pomoc w zbieraniu informacji bezpośrednio od pacjenta, na temat wyjątkowości jego kultury czy języka. Placówki opieki zdrowotnej powinny gromadzić dane pacjenta dotyczące rasy, pochodzenia i języka, jakim pacjent się posługuje. Mają być one udokumentowane na piśmie i uaktualnione, zamieszczone w medycznej bazie danych pacjenta. Następnie kapelan pomaga w podsumowaniu i uogólnieniu tych informacji. Wgląd do tych informacji ma *Joint Commission* i na ich podstawie opracowuje ewentualny plan naprawczy dla konkretnej placówki medycznej. Kapelan świecki ma dostęp do tych informacji i po wizycie u pacjenta może dokonać korekty danych⁸¹.

W Chicago imigranci przenoszą się z miejsca na miejsce w szybkim tempie. Kapelan świecki jest pomocny ze względu na to, że jest przeszkolony i uwrażliwiony na potrzeby kulturowe, językowe i religijne, w ramach program CPE, i może służyć fachową pomocą podczas edukacji pracowników służby zdrowia. Organizacje opieki medycznej powinny rozwijać się, uczestnicząc i współpracując ze sobą w ramach partnerstwa ze społecznościami kulturowymi i narodowymi, wykorzystując różnorodne formalne i nieformalne mechanizmy do poprawy usług medycznych związanych z CLAS. Kapelan świecki inicjuje współpracę z lokalnymi kościołami i ich liderami oraz zaprasza wspólnoty do współpracy i pomocy lokalnej społeczności.

Jeżeli zaistnieje sytuacja, w której pacjent złoży skargę na lekarza prowadzącego lub na placówkę zdrowia, to ta placówka służby zdrowia lub osoba indywidualna, która jest stroną w sporze, w trakcie procesu (czyli podczas identyfikacji, rozstrzygnięcia i zapobiegania konfliktowi) ma być wrażliwa na kulturę i język pacjenta. Bardzo często kapelan świecki jest postrzegany przez stronę konfliktu jako osoba godna zaufania, której

⁸¹ Por. N. Gutierrez. *Cultural Competencies* s. 411-412.

poszkodowany może wyrazić, w formie ustnej lub pisemnej, swoje niezadowolenie. Kapelan świecki pomaga w rozstrzygnięciu konfliktu lub załagodzeniu niezadowolenia, współpracując zarówno z pacjentem, jak i z zaangażowanymi w konflikt pracownikami służby zdrowia. Organizacje zdrowia są zobowiązane do publicznego i regularnego umieszczania informacji na temat procesu udoskonalania i wdrażania planu CLAS⁸². *Joint Commission* nie popiera konkretnego planu i systemu, który wpływa na poprawę opieki medycznej nad pacjentem, ale pyta o zasady, metody w oparciu, o które pracuje placówka medyczna i jak są one wdrażane.⁸³

Podczas przyjęcia pacjenta do szpitala *Admission Department* stawia mu pytania, w celu ustalenia, jakich usług potrzebuje. Każdy członek zespołu medycznego, który odwiedza pacjenta, ma obowiązek zapoznania się z udzielonymi odpowiedziami. Pytania wchodzą w zakres podstawowej opieki udzielanej przez szpital. Pacjentowi zostaje między innymi zadane pytanie, jakim językiem się posługuje. Zespół opieki medycznej, w przypadku zgłoszenia przez pacjenta, że nie zna języka angielskiego, musi w czasie wizyty u niego mieć w swoim składzie tłumacza. Musi to być udokumentowane w kartotece pacjenta, włącznie z podanym nazwiskiem tłumacza. Ważne jest również uzyskanie informacji o tym, czy pacjent ma kogoś, do kogo może się zwrócić o pomoc. Często zdarza się, że emigranci, najczęściej zarobkowi, przebywają sami na terenie Stanów Zjednoczonych. W takim przypadku pacjent musi podać swoje dane kontaktowe do kogoś bliskiego w ojczystym kraju. Szpital musi mieć kontakt w razie nagłych wypadków, tak, by ktoś, na przykład z rodziny, mógł podjąć wiążące decyzje w sprawie dalszego medycznego postępowania z pacjentem. Pacjentowi zadaje się również pytanie odnośnie jego religii. W przypadku pacjentów katolickich chory często zgłasza chęć przystąpienia do Komunii Świętej czy zobaczenia się z księdzem katolickim, co szpital musi mu umożliwić. Jego prośba zostaje przesłana do *Pastoral Care Department*. Zostaje do niego wówczas wysłany kapelan świecki, jeżeli brakuje księdza. W Polsce to przede wszystkim pacjent podejmuje decyzje, wyraża zgodę na przeprowadzone zabiegi czy operacje. W Stanach Zjednoczonych taką funkcję może pełnić opiekun, którego wskaże pacjent. Niekoniecznie jest nim członek rodziny. W takim przypadku również musi to być zgłoszone do *Admission Department* (dokładnie zasady te zostaną omówione w rozdziale piątym). Język medyczny, ze względu na swoją specyfikę, często bywa skomplikowany dla pacjentów z innych krajów. Ich obawy odnoszące się do zrozumienia nazw, leków, choroby, przeprowadzonych badań czy testów

⁸² Por. Tamże s. 412-416.

⁸³ Por. Tamże s. 417.

mogą być uzasadnione. Dlatego podczas przyjęcia pacjenta do szpitala zadaje się mu pytanie: Czy masz problemy ze zrozumieniem instrukcji medycznych?⁸⁴. W takim przypadku zespół medyczny ma obowiązek dokładnego wyjaśnienia przeprowadzonych procedur medycznych w jego ojczystym języku⁸⁵.

Większość kapelanów świeckich posługuje wśród społeczności wielowyznaniowych, wielokulturowych i wielojęzycznych, dlatego muszą dokładnie zapoznać się z odpowiedziami pacjentów na pytania stawiane im przez *Admission Department*. Różnorodność, z którą na co dzień spotykają się kapelani świeccy (na przykład w pokoju pacjenta, wśród członków rodziny i przyjaciół zgromadzanych razem, aby wspierać duchowo osobę dotkniętą bólem i cierpieniem) wymaga od nich elastyczności, dużej wiedzy i zaangażowania w pracę⁸⁶. Wielokrotnie kapelani świeccy muszą tłumaczyć materiały, które wykorzystują w swojej posłudze, tak, aby były zrozumiałe i przydatne. Jeżeli pacjent czy jego rodzina zwierzy się kapelanowi z problemu niejasności związanych z leczeniem, kapelan świecki ma obowiązek zgłoszenia tego zespołowi medycznemu. Ze względu na szeroki zakres posługi kapelanów świeckich wobec chorych i ich otoczenia bardzo często nazywani są oni *life experience* (tłumaczami doświadczenia)⁸⁷.

W rozdziale podkreślono znaczenie terminologii dotyczącej formacji chrześcijańskiej. Zbadano system szkolenia kandydatów na kapelanów świeckich CPE, który kształci nie tylko kapelanów protestanckich czy innych religii, ale również katolickich. Zbadano przepisy i zasady, którym musi sprostać katolicki kapelan świecki, aby zostać *board certified chaplain* (uzyskać dyplom zawodowy). Ukazano potrzebę służenia pacjentom, ich rodzinom i personelowi medycznemu nie tylko różnych religii, ale także narodowości, kultury i języka. Poddano też analizie przepisy obowiązujące w placówkach szpitalnych i formację do posługi różnym grupom narodowym.

⁸⁴ Por. Tamże.

⁸⁵ Por. Tamże s. 419.

⁸⁶ Por. N. Gutierrez, R. Stern. *Blessing of a Mixed Population*. W: *Professional Spiritual and Pastoral Care*. Tennessee 2012 s. 434.

⁸⁷ Por. C. Swift. *The Function of the Government of the Sick in English Acute Hospital*. Burlington 2014 s. 219.

ROZDZIAŁ 4. FORMY POSŁUGI PASTORALNO-LITURGICZNEJ ŚWIECKICH POMOCNIKÓW DUSZPASTERSKICH

Kapelani zajmują się duchowym wymiarem pacjentów, ich rodzin oraz członków personelu medycznego. Dlatego „interwencja duszpasterska” obejmuje różne formy służenia pacjentom. Należą do nich: pocieszenie duchowe, zapewnienie opieki duchowej lub religijnej, modlitwy, prowadzenie nabożeństw, słuchanie historii życia pacjenta, bycie dostępnym jako duchowy, religijny towarzysz w chorobie, kryzysie czy cierpieniu, jak również przygotowanie chorego do przystąpienia do sakramentów¹.

W tym rozdziale zostanie opisana rola kapelana świeckiego w warunkach szpitalnych; jej kontekst, specyfika oraz złożony charakter. Zostanie ukazane szerokie spektrum posługi pastoralno-liturgicznej, gdyż szpital, wraz ze swoimi regulaminami, przepisami, a także interakcjami między personelem medycznym, pacjentami i ich rodzinami, stanowi specyficzne środowisko pracy katolickiego kapelana świeckiego. Zostanie zbadany sposób umacniania w wierze, zwłaszcza w chwili cierpienia, choroby czy umierania. Następnie zostanie zaprezentowana rola kapelanów świeckich w *spiritual assessment*. Ze względu na wielonarodowość i wielokulturowość miasta Chicago obrzędy katolickie zostaną ukazane w kontekście spotkania z osobami niebędącymi katolikami. Należy zbadać rolę wspólnej modlitwy oraz to, w jaki sposób katolicy kapelani świeccy pomagają chorym w przyjęciu sakramentów. Kolejnym etapem opisu badań będzie ukazanie zagadnień związanych z udzielaniem sakramentu chrztu w chwili zagrożenia życia. Zostanie także poddana analizie rola katolickiego kapelana świeckiego podczas udzielania Komunii Świętej, przygotowania chorego do sakramentu pokuty i pojednania, sakramentu namaszczenia chorych oraz przygotowania do zawarcia małżeństwa w przypadku zagrożenia życia.

¹ Por. K. I. Paragament. *The Psychology of Religion and Coping*. New York 1997 s. 279-284.

4.1. Znaczenie wiary w życiu

Wiara jest łaską ofiarowaną przez Boga i należy się o nią nieustannie modlić. Jej dar zostaje udzielony dzięki Duchowi Świętemu. Wiara przewyższa rozum, jest jakby światłem dla rozumu, które to światło nie sprzeciwia się prawdzie rozpoznanej przez rozum². Wiara jest osobistą relacją z Bogiem i oznacza dobrowolne poddanie się usłyszанemu słowu Bożemu, które jest samą prawdą. Nie można jej redukować do zbioru przepisów, zasad, wskazówek i reguł. Jest afirmowaniem i uczczeniem Boga w Chrystusie jako najwyższej wartości życia. Jest spotkaniem, które nadaje życiu nową perspektywę, a tym samym ukierunkowuje człowieka na miłość, której uczy nas Bóg przez Chrystusa w Duchu Świętym obecnym i działającym w Kościele³.

Człowiek zadaje sobie pytanie o istnienie Boga od momentu, kiedy zaczyna myśleć i zastanawiać się skąd się wziął, jako żywa istota ludzka, oraz co go otacza. Zaczyna dostrzegać pewne znaki istnienia czegoś nadprzyrodzonego oraz rozpoznaje możliwości swojego umysłu. Dostrzega, że świat i człowiek stanowią pewną jedność i równocześnie zdaje sobie sprawę, że musi istnieć siła nadprzyrodzona, która wszystkim kieruje i pozwala umysłowi ludzkiemu na analizę i poznawanie. W ten sposób różnymi drogami człowiek dochodzi do wniosku, że tą siłą nadprzyrodzoną, która kieruje wszystkim, jest Bóg, który jest pełnią miłości, zrozumienia i który chce uczynić człowieka szczęśliwym. Umysł człowieka uzdalnia go do poznania istnienia osobowego Boga. Bóg zechciał objawić się człowiekowi i udzielić mu łaski, aby mógł przyjąć to objawienie z wiarą. Dowody na istnienie Boga przygotowują człowieka do wiary i pomagają mu stwierdzić, że wiara sprzyja rozumowi ludzkiemu. Rozum ludzki pozwala na poznanie Boga, ponieważ człowiek jest stworzony na obraz Boży⁴.

Rozumienie wiary to mówienie Bogu „tak” i wychodzenie na spotkanie z Nim. Zawiera ono w sobie także intelektualny aspekt, bowiem wiara to również uznanie prawd objawionych. Spotkanie człowieka z Bogiem na płaszczyźnie personalnej nie przeszkadza poznaniu Boga na sposób intelektualny, a wręcz zachęca do poznania Go zarówno w sposób osobowy, jak i intelektualny oraz duchowy⁵. KKK uczy, że „Bóg stworzył człowieka i wpisał w jego serce pragnienie poznania Boga. W tym poszukiwaniu wiary człowiek posługuje się różnymi formami modlitw, ofiarami, kultami, medytacjami, symbolami”⁶.

² Por. KKK nr 159.

³ Por. P. Kulbacki. *Liturgia w formacji człowieka ku wolności*. Lublin 2013 s. 247.

⁴ Por. KKK nr 35.

⁵ Por. P. Kulbacki. *Liturgia w formacji człowieka* s. 248.

⁶ Por. KKK nr 28.

Wiary nie można zredukować tylko do wiedzy, zasad czy przykazań, nie jest ona zbiorem wiadomości o Bogu i świecie nadprzyrodzonym. Jest czymś znacznie większym, jest osobistym spotkaniem człowieka z Bogiem, zaproszeniem przez Boga do życia w komunii, jest odpowiedzią człowieka na wezwanie. Papież Jan Paweł II bardzo wyraźnie podkreślał, że nie można zrozumieć człowieka bez Boga oraz nie można zrozumieć istoty ludzkiej bez Chrystusa⁷. Powołaniem człowieka jest dążenie do prawdy, którą może odkryć przez wiarę: „poznacie prawdę, a prawda was wyzwoli” (J 8, 28).

Od wieków, w bardzo wielu językach, kulturach i narodach, Kościół utrwała i rozszerza wiarę przekazaną przez jednego Pana, opartą na prawdzie, że istnieje tylko jeden Bóg w trzech Osobach. Wiara jest osobowym przyłgnięciem całego człowieka do Boga, który przez słowo wszystko stwarza i zachowuje oraz daje ludziom świadectwo w rzeczach stworzonych przez siebie. Stąd wiara ma podwójne odniesienie: do osoby i do prawdy. Akt wiary odnosi się do prawdy poprzez zaufanie osobie, która o niej świadczy. Wiara jest aktem ludzkim, świadomym i wolnym, który odpowiada godności osoby ludzkiej⁸. Jest łaską Boga, która nie budzi wątpliwości i uzdalnia do patrzenia jakby oczami Boga. Bóg pozwala człowiekowi uczestniczyć w swoim życiu, dzięki czemu ma on w sobie ufność, która nie zadaje pytań i jest niepodważalna. Jest cnotą, która umożliwia kontakt z Bogiem i stanowi fundament życia nadprzyrodzonego⁹. Pozwala postrzegać Boga jako najwyższy i najdoskonalszy autorytet. Wierząc w Boga, wierzymy w Jezusa Chrystusa, który się nie myli w swojej nauce i nie może wprowadzić nas w błąd. Wiara jest wydarzeniem osobistym, które ma miejsce między Bogiem a człowiekiem; stanowi nadprzyrodzony dar Boga oraz wolny i osobowy akt człowieka afirmującego ten Boży dar¹⁰. Człowiek nie tworzy prawdy, tylko ją odkrywa poprzez poznawanie rzeczywistości i otaczającego go świata, poprzez rozum, zmysły i intelekt. Jan Paweł II w encyklice *Fides et ratio* mówi o konieczności odbudowania miłości do prawdy¹¹.

Człowiek wielokrotnie staje w obliczu bezradności wobec cierpienia, co skłania go do zwrócenia się o pomoc do Boga. Przykładem może być Jan Paweł II mówiący: „Bóg pozwolił mi doświadczyć w ciągu minionych miesięcy cierpienia, pozwolił mi doświadczyć zagrożenia życia, pozwolił mi jednocześnie jasno i dogłębnie zrozumieć, że jest to

⁷ Por. Z. J. Zdybicka. *Drogi poznania Boga według encykliki Fides et ratio*. „Roczniki Filozoficzne” 48-49 (2000-2001) nr 2 s. 4-18.

⁸ Por. KKK nr 176.

⁹ Por. T. Dajczer. *Rozważania o wierze*. Inowrocław 1992 s.21.

¹⁰ Por. P. Kulbacki. *Liturgia w formacji człowieka* s. 248.

¹¹ Por. Jan Paweł II. Encyklika *Fides et ratio* (14.09.1998).

szczególne łaska dla mnie samego jako człowieka. Równocześnie z uwagi na posługę, jaką sprawuję jako następca św. Piotra, jest to łaska dla Kościoła. Chrystus dał mi tę łaskę, że mogę cierpieniem i zagrożeniem własnego życia i zdrowia dać świadectwo Jego miłości. To właśnie poczytuję sobie za szczególną łaskę i za to właśnie składam szczególne dziękczynienie Duchowi Świętemu i Maryi Niepokalanej¹². Wiara w Boga pomaga człowiekowi znaleźć sens życia i cierpienia, daje nadzieję¹³. Pragnienie Boga jest zapisane w ludzkim sercu, ponieważ człowiek jest stworzony przez Boga, dla Boga oraz na Jego wzór i podobieństwo. Tylko dzięki Bogu człowiek może odkrywać prawdę o samym sobie i otaczającej go rzeczywistości¹⁴.

Godność człowieka polega przede wszystkim na tym, że jest on powołany do komunii z Bogiem. Jeżeli człowiek istnieje, to tylko dlatego, że stworzył go Bóg, a Jego miłość nadal utrzymuje człowieka przy życiu¹⁵. Wiara to uczestnictwo w miłości Bożej, stąd wierzyć znaczy uzgadniać swoją myśl z wolą Boga¹⁶, to również cel i znaczenie codziennych czynności człowieka oraz interpretacja moralności, miłości, cierpienia zgodnie z zasadami wiary, które pochodzą od Boga jako siły wyższej¹⁷.

4.2. Rola kapelanów świeckich w *Spiritual Assessment*

Pomoc w pogłębianiu wiary chorych przebywających w szpitalu i personelu medycznego jest jednym z ważniejszych aspektów posługi kapelanów świeckich. Zapewniają oni wyjątkową pomoc, towarzysząc ludziom w najbardziej drażliwych, najtrudniejszych okolicznościach, a często w najgorszych dniach ich życia. Wykwalifikowany kapelan świecki może pomóc ludziom odkryć ich osobistą i duchową siłę, zasoby religijne i sens życia. Służba człowiekowi jest także drogą wiary i rozwoju zawodowego kapelana świeckiego. Jednym z głównych zadań kapelana świeckiego podczas wizyty u pacjenta jest *spiritual assessment* (rozeznanie wiary), które nie tylko służy pomocą kapelanowi czy kapłanowi, ale i personelowi szpitalnemu. Można tutaj zauważyć dwie relacje, pacjenta z Bogiem i kapelana z Bogiem. Kapelan w rozmowie może rozeznąć wiarę (*spiritual assessment*) pacjenta. Może określić, czy jest to wiara głęboka, czy bardzo powierzchowna.

¹² Por. T. Dajczer. *Rozważania o wierze* s. 139.

¹³ Por. Tamże s.19.

¹⁴ Por. KKK nr 26.

¹⁵ Por. KKK nr 27.

¹⁶ Por. T. Dajczer. *Rozważania o wierze* s.21.

¹⁷ Por. L. Beusher. *Using Spirituality to Cope with Early- Stage Alzheimer's Disease*. Vanderbilt University 2008 s. 3.

Aby uzyskać *spiritual assessment*, czyli rozeznanie wiary, kapelan świecki może wykorzystać następujące umiejętności i metody¹⁸:

1. Metoda empatycznego słuchania (*active listening*). Jest to umiejętność, która polega na spokojnym, empatycznym, aktywnym słuchaniu osoby doświadczającej traumatycznego przeżycia, jakim jest choroba.

Przykładem jest czterdziestopięcioletni pacjent, który wyjechał do Stanów Zjednoczonych w celach zarobkowych. Pozostawił w Polsce żonę z dwojgiem dzieci. Kiedy zadzwonił do domu, córka poinformowała go, że matka urodziła brata. Pod wpływem zdrady żony przeszedł załamanie psychiczne, nie mógł pogodzić się z sytuacją, przestał pracować, zubożniał wobec życia, stał się bezdomny. Po 18 latach trafił do szpitala, gdzie zdiagnozowano u niego raka płuc czwartego stopnia. Zachowywał się agresywnie wobec personelu medycznego. O pomoc został poproszony kapelan świecki mówiący po polsku. Po kilkunastu wizytach kapelana pacjent zaczął podejmować rozmowę, otwierać się i dzielić własnymi przeżyciami. Obecność kapelana świeckiego, wysłuchanie pacjenta i okazanie zrozumienia zaowocowało chęcią nawiązania kontaktu z rodziną¹⁹.

2. Metoda oceny wymiarów wiary (*values dimension*) polega na pomocy cierpiącym pacjentom w poszukiwaniu źródeł nadziei i sensu życia. Dlatego pogłębianie wiary, w szczególności, kiedy człowiek przebywa w szpitalu, stanowi bardzo ważny element duszpasterstwa.

Przykładem jest dziewięćdziesięcioletni mężczyzna pochodzenia włoskiego, z wykształcenia prawnik. Mimo swojego wieku przed udarem mózgu był w stanie troszczyć się o siebie bez żadnej pomocy. Po udarze doszło do porażenia lewostronnego. Mógł dzięki pomocy wstawać, przemieszczać się na nieduże odległości, ale mimo wszystko ograniczenia, których teraz doświadczał, sprawiły, że stracił sens życia i pragnął śmierci. Pacjent i jego rodzina byli katolikami, poprosili o wizytę kapelana katolickiego i wizytę księdza oraz o codzienną Komunię Świętą. Liczne rozmowy z kapłanem i z katolickim kapelanem świeckim nie przekonały pacjenta, że mimo fizycznych ograniczeń jego życie nie straciło sensu. Kapelan sięgnął po przykłady z życia innych ludzi, były to między innymi przykłady cierpień, jakich doświadczał Jan Paweł II. W tym przypadku pomogła metoda *testimony* (świadcstwa). Pacjent opuścił szpital. Córka poinformowała kapelana, że ojciec

¹⁸ Por. G. Fitchett. *Assessing Spiritual Needs: A Guide for Caregivers*. North Carolina 2002 s. 9-129.

¹⁹ Wywiad nr 68 [M. Pa. ok. 45 lat, pochodzenia polskiego, katolik; 08.10.2021]. AW s. 68.

nie tylko nabrał wiary w życie i sens cierpienia, ale również co niedzielę uczęszcza na Mszę Świętą, mimo że porusza się na wózku inwalidzkim²⁰.

3. Katolicki kapelan świecki często sięga po metodę polegającą na tak zwanej *life story* (historii życia), która polega na pomocy w zdefiniowaniu celu i poczucia własnej wartości, na wybaczeniu, które w konsekwencji prowadzą do pogodzenia się z samym sobą.

Przykładem jest kobieta w wieku trzydziestu pięciu lat, pochodzenia afrykańskiego, wyznania chrześcijańskiego (baptystka). Pacjentka została przyjęta do szpitala z powodu depresji, na którą cierpiała już od kilku lat i żadne dotychczasowe leczenie nie przynosiło skutków. Musiała poddać się hospitalizacji. Podczas pierwszej wizyty katolickiego kapelana świeckiego nie była zbyt otwarta i odmówiła rozmowy. Dopiero po kilku krótkich spotkaniach poprosiła o poważną rozmowę, podczas której zwierzyła się katolickiemu kapelanowi świeckiemu ze swoich problemów, a zwłaszcza z faktu, że jest skłócona z członkami rodziny i z żadnym nie utrzymuje kontaktu. Po długiej rozmowie kapelan świecki uświadomił jej, że przebaczenie jest bardzo ważne w życiu człowieka i pomógł jej skontaktować się z bliskimi członkami rodziny. Dzięki temu depresja kobiety znacznie się zmniejszyła i została wypisana do domu²¹.

4. Metoda normalizacji życiowego doświadczenia (*normalization of life experience*) twierdzi, że choć doświadczenie chorego może być wyjątkowe, jest jednocześnie normalne. Ta metoda wykorzystywana jest często przez kapelana świeckiego jako pomoc rodzinie, która straciła kogoś bliskiego i trudno się im pogodzić ze stratą.

Przykładem jest kobieta mająca około czterdziestu ośmiu lat, której nagle zmarł mąż i została sama z siedmiorgiem dzieci. Kapłan zadzwonił do kapelana świeckiego, aby ten poświęcił czas na rozmowę z kobietą w tych najtrudniejszych dla niej i jej dzieci chwilach. W tym przypadku rozmowa była jakby rodzajem terapii mającej na celu uświadomienie im, że śmierć najbliższego członka rodziny nie przekreśla ich życia. W takiej sytuacji osoba potrzebująca pomocy ma możliwość wypłakania się i wypowiedzenia całego swojego żalu. Dzięki kapelanowi świeckiemu może ona zrozumieć, że nie można się zatrzymać, że otwierają się nowe możliwości, że należy zaakceptować fakt odejścia osoby najbliższej i zrozumieć, że w Bogu jest nadzieja i dzięki Niemu można sprostać nowym wyzwaniom i dostrzegać nowe horyzonty. Dla takiej osoby wielką pomocą jest fakt, że kapelan świecki może ją wspierać. Nie jest to tylko jedno spotkanie i jedna rozmowa. Osobie potrzebującej tego typu pomocy daje to perspektywę pokonania nieznanymi jeszcze trudnościami, które mogą

²⁰ Wywiad nr 73 [M. Pa. ok. 92 lat, pochodzenia włoskiego, katolik; 12.12.2021]. AW s. 74.

²¹ Wywiad nr 43 [K. Pa. ok. 35 lat, pochodzenia afrykańskiego, baptystka; 17.02.2021]. AW s. 43.

pojawić się w przyszłości, i uświadamia, że nie jest sama²². Z doświadczenia pracy z ludźmi można wywnioskować, że kapelan świecki uczy pozytywnego myślenia w najtrudniejszych sytuacjach i można to wyrazić słowami: „dasz radę, wszystko się ułoży, masz dla kogo żyć”.

5. Metoda duchowego cierpienia, żałoby (*spiritual distress, grieving*) może pomóc grupie ludzi, która ma pretensje do Boga o to, że zachorowali lub znaleźli się w ciężkiej sytuacji życiowej. W rozmowie z kapelanem świeckim zadają pytanie: „dlaczego mnie to spotkało?”. Wyrażają żal, tracą wiarę w sprawiedliwość Bożą. Mówią, że byli dobrzy, chodzili do kościoła, a Bóg przygotował im taki los. Często porównują siebie z innymi, których oceniają jako gorszych a dobrze radzących sobie w życiu. Wielokrotnie podkreślają, że modlitwa nie ma sensu, bo Bóg ich nie wysłucha. W tej sytuacji sprawdza się umiejętność podważania błędnego rozumienia wiary. Kapelan stara się im uświadomić, że choroba czy nieszczęście nie są karą tylko błogosławieństwem. W takich przypadkach rola kapelana świeckiego jest niezastąpiona. Uświadamia on, jak ważne jest zbliżenie się do Boga. Kapelan świecki ma możliwość wytłumaczenia takiej osobie, że choroba i śmierć są wpisane w nasze życie i tylko dzięki zaufaniu Bogu i zbliżeniu się do Niego możemy zrozumieć i zaakceptować fakty i nikogo nie oskarżać.

Przykładem jest mężczyzna pochodzenia polskiego, w wieku około pięćdziesięciu lat. Był praktykującym katolikiem, dobrym mężem i ojcem. Pomagał chorym dzieciom z Polski przyjeżdżającym do Stanów Zjednoczonych na skomplikowane rehabilitacje czy zabiegi operacyjne. Zachorował na białaczkę i po pięciu latach walki z chorobą zmarł. Podczas pobytu w szpitalu lubił odwiedziny katolickiego kapelana świeckiego i rozmowy na temat wiary. Bardzo często zadawał pytanie: „Jeśli Bóg istnieje to, dlaczego zachorowałem?”. Uważał się za dobrego, uczynnego człowieka, wierzącego, a mimo to, w tak młodym wieku, musiał rozstać się z żoną, dwójką dzieci i wnukami. Bardzo ciężko mu było pogodzić się z wolą Bożą²³.

6. Metoda świadectwa wiary, dzielenia się wiarą (*faith sharing*) – kapelan świecki zaawansowany w wierze może pracować nad zwiększeniem wiary pacjenta, jeśli jej poziom jest słaby albo nie ma jej wcale.

Przykładem może być małżeństwo. Kobieta była umierająca i bardzo wierząca. Kapelan, jak również kapłan odwiedzali ją codziennie z Komunią Świętą. Jej mąż był niewierzący. Uczestnictwo w rozmowach i modlitwach najpierw wzbudziło jego zainteresowanie, a następnie nawrócenie. Zanim jego żona zmarła, poprosił o rozmowę

²² Wywiad nr 15 [K. Ro. ok. 48 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 17.02.2021]. AW s. 17.

²³ Wywiad nr 103 [M. Pa. ok. 50 lat, pochodzenia polskiego, katolik; 29.09.2021]. AW s. 106.

z kapłanem i z wdzięcznością przystąpił do spowiedzi świętej. Żona przed śmiercią powiedziała: „Teraz mogę odejść w spokoju”. Parę dni później zmarła²⁴.

7. Metoda personalizacji (*individualization*) – kapelan świecki traktuje każdego pacjenta indywidualnie, w sposób wyjątkowy, ponieważ każdy człowiek buduje w swoim życiu niezwykłą i niepowtarzalną relację z Bogiem. Dzięki rozmowom z pacjentami możemy wnioskować, że w chwili poważnej choroby jedna grupa pacjentów wzrasta w wierze, a druga wyraźnie wątpi. Będąc zdrowi, niejednokrotnie odeszli od Boga lub sporadycznie uczestniczyli w uroczystościach religijnych. Choroba uświadomiła im, jak bardzo potrzebny jest Bóg, gdy lekarze nie mogą zapobiec chorobie i obiecać powrotu do zdrowia. Z pokorą proszą o przypomnienie modlitw, pragną rozmowy o Bogu, śmierci i życiu wiecznym. Obecność kapelana świeckiego otwiera ich na sens cierpienia i możliwość ofiarowania go w intencji rodziny lub we własnej. Po modlitwie czy rozmowie okazuje się, że pacjenci pogodzili się z sytuacją, w jakiej się znaleźli i otwierają swoje serce, dusze oraz intelekt na przemyślenia o śmierci i życiu wiecznym. Takie rozmowy są niezastąpione i nie zawsze mogą odbywać się w gronie rodzinnym lub personelu szpitalnego. Często lekarze dzwonią do kapelana świeckiego i proszą, aby przyszedł i poświęcił dłuższy czas choremu, który przygotowuje się do śmierci. Tacy chorzy, przebywając wyłącznie z kapłanem, niejednokrotnie proszą o wsparcie modlitewne, o kapłana lub o zamówienie Mszy Świętej we własnej intencji. W obecności kapelana świeckiego przepraszają za zaniedbania, które miały miejsce w ich życiu i proszą o szansę zbawienia dzięki modlitwie wstawienniczej.

8. Ważną metodą jest również „serce do serca” (*heart to heart*), dzięki której ciężko chorzy mogą traktować kapelana świeckiego jako pośrednika w uporządkowaniu wielu spraw, głównie rodzinnych.

Jednym z takich przykładów jest czterdziestoosmioletnia kobieta, która zmarła na białaczkę. Zawsze miała żal do swojej matki. Po kilkunastu wizytach kapelana świeckiego i długich rozmowach o miłości i przebaczeniu, którego uczy nas Bóg, doszło do pojednania i przebaczenia matce²⁵.

9. Metoda relacji między pacjentem a kapłanem (*relationship between patient and chaplain*). Kapelan świecki poprzez częste odwiedzanie chorych w szpitalu buduje z nimi relacje i wzbudza zaufanie, co skutkuje otwarciem się pacjentów na udzielane przez niego porady i wskazówki.

²⁴ Wywiad nr 19 [K. Pa. ok. 60 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 30.11.2020]. AW s. 20.

²⁵ Wywiad nr 15 [K. Pa. ok. 48 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 17.02.2021]. AW s. 17.

Przykładem jest trzydziestoczteroletnia kobieta pochodzenia amerykańskiego, z wyższym wykształceniem, praktykująca chrześcijanka. Została przyjęta na operację usunięcia martwego płodu, siedmiomiesięcznego dziecka. Po operacji lekarz zadzwonił po świeckiego kapelana – kobietę. Lekarz powiedział kapelanowi, że pacjentka straciła kolejne dziecko i nie będzie mogła więcej zająć w ciąży. Po tej wiadomości pacjentka załamała się i straciła sens życia. Po długiej rozmowie z kapelanem, której głównymi treściami było wykazanie, że miłość i szczęście wyrażają się na różne sposoby oraz to, że zawsze jest wyjście z najtrudniejszej sytuacji, jeżeli zawierzemy nasze problemy Bogu. Widząc jej ogromne pragnienie posiadania dziecka, kapelan zasugerował, że jest bardzo wiele dzieci, które nie mają rodziców i czekają, aby ktoś taki, jak ona je przygarnął i zaopiekował się nimi. Uświadomił kobiecie, że z tego nieszczęścia może zrodzić się coś wielkiego. Po chwili zadumy pacjentka w obecności kapelana zadzwoniła do swojego męża i ze spokojem powiedziała mu, że znalazła życiowy cel, o którym chce z nim porozmawiać. Parę godzin później kapelan otrzymał telefon od lekarza prowadzącego z podziękowaniem za to, że mógł wypisać pacjentkę do domu w stanie wyrównanym. Rezultatem tego zdarzenia było zaproszenie kapelana na sympozjum lekarzy w stanowym szpitalu akademickim, żeby podzielić się tym przykładem i zachęcić wszystkich słuchających do podejmowania trudnych rozmów z pacjentami, dawania im nadziei i współpracy ze świeckimi kapelanami²⁶.

4.3. Obrzędy katolickie a inne wyznania

Znalezienie celu w życiu to jedna z sił motywujących, która umożliwia jednostkom podjęcie decyzji podczas walki o życie i pomaga znosić trudne okoliczności. Nadzieję na poprawę obecnego stanu zapewnia wiara, która daje siłę. Religia jest zewnętrzną manifestacją tego, co wewnętrzne.²⁷ Najgłębszą podstawą teologiczną znaków liturgicznych jest tajemnica wcielenia. W Chrystusie zamieszkała nieogarniona rzeczywistość Boża, widzialne człowieczeństwo i niewidzialne Bóstwo: „w Nim, bowiem mieszka cała Pełnia: Bóstwo, na sposób ciała” (Kol 2, 9); „On jest obrazem Boga niewidzialnego” (Kol 1, 15; por. 2 Kor 4, 4); na obliczu Chrystusa jaśnieje chwała Boża (por. J 1, 14; 2 Kor 4, 6); sam powiedział o sobie: „kto mnie zobaczył, zobaczył także i Ojca. Ja jestem w Ojcu, a Ojciec we mnie” (J 14, 8-10); Chrystus współdziała z Ojcem i przez Niego mamy duchową łączność

²⁶ Wywiad nr 20 [K. Pa. ok. 34 lat, pochodzenia amerykańskiego, protestantka; 17.02.2021]. AW s 21.

²⁷ Por. S. Stranahan. *A Spiritual Screening Tool for Older Adults*. „Journal Religion and Health” 47 (2008) nr 4 s. 447.

z Ojcem niebieskim (por. 1 J 1, 3). Chrystus w swoim człowieczeństwie jest więc najdoskonalszym znakiem Boga Niewidzialnego w świecie widzialnym. Zjednoczenie natury boskiej z naturą ludzką w Chrystusie stało się prototypem Jego Kościoła, sakramentów świętych i całej liturgii. Chrystus założył Kościół na swoje podobieństwo. Dlatego jest on „ludzki i jednocześnie boski, widzialny i wyposażony w dobra niewidzialne” (KL 2). Widzialna strona Kościoła jest znakiem niewidzialnej, Bożej²⁸. Tę samą strukturę bosko-ludzką (teandryczną) mają sakramenty i cała liturgia Kościoła. Dlatego święty Tomasz z Akwinu (zmarł w 1274 r.) stwierdza, że „Mądrość Boża troszczy się o każdy byt zgodnie z jego naturą. Jest więc rzeczą odpowiednią, aby człowiek jako istota cielesno-duchowa, poprzez znaki widzialne, cielesne, docierał do rzeczywistości duchowej”²⁹.

W szpitalu spotykają się ludzie różnych narodowości, którzy często znajdują się w tej samej Sali. Zwracają uwagę na symbolikę wiary chrześcijańskiej, często jej nie rozumieją, co powoduje, że wzbudza jeszcze większe zainteresowanie. Podczas posługi duszpasterskiej w szpitalu ma się kontakt z wiarą ludzi, która obejmuje zarówno wspólnotowe rytuały religijne, jak i indywidualne praktyki duchowe. Jednym z pierwszych kroków przywrócenia równowagi dusz i ciał pacjentów jest pomoc w radzeniu sobie z chorobą i cierpieniem. Dlatego tak ważne jest odniesienie się do wartości życiowych człowieka. U niektórych osób religia odgrywa ważną rolę. Kształtuje ich system radzenia sobie z chorobą, rozumienia jej w świetle wiary i sensu cierpienia. Pacjenci, którzy odwołują się do wiary, aby pomóc sobie w trudnych sytuacjach, przede wszystkim modlą się i chodzą do regularnie kościoła. Są wytrwali i pobożni, postrzegają Boga jako kochającego i życzliwego. Ludzie wierzący mają większą świadomość swych ograniczeń, skłonności czy niedomagań, dlatego chętniej zwracają się w kierunku wiary w momencie kryzysów życiowych. Proces wykorzystywania wiary religijnej w radzeniu sobie z kryzysem zawiera trzy istotne aspekty: po pierwsze jest to wiara człowieka, która odgrywa ważną rolę w rozumieniu cierpienia; po drugie – praktyki religijne, do których zaliczamy udział w nabożeństwach i modlitwy osobiste; po trzecie – przynależność do wspólnoty, która zapewnia swoim wierzącym pomoc, pocieszenie, wsparcie, modlitwę i dostęp do sakramentów świętych.

Przyglądając się różnym sytuacjom w szpitalach i pacjentom, którzy nie są katolikami, można wywnioskować, że pacjenci innych wyznań (którzy obserwują katolickie obrzędy) zaczynają pragnąć poznania katolickich sakramentów i zrozumienia, czemu one

²⁸ Por. T. Sinka. *Liturgika*. Kraków 1997 s. 16.

²⁹ Por. Tamże s. 19.

służą. Ogromną rolę odgrywa kapelan świecki, który jest w stanie wyjaśnić znaczenie sakramentów, a tym samym zachęcić pacjentów wierzących inaczej do ich poznania i wzbudzić pragnienie przystąpienia do ich.

Przykładem jest pielęgniarka w wieku około sześćdziesięciu lat, pracująca w szpitalu, pochodzenia afroamerykańskiego, wyznania chrześcijańskiego (baptystka). Przez dłuższy czas obserwowała kapelana świeckiego, który przychodził na oddział i rozdawał Komunię Świętą katolickim pacjentom i personelowi. Pewnego dnia zapytała kapelana świeckiego, czym jest Komunia Święta. Po dłuższej wymianie zdań pielęgniarka też zapragnęła przyjmowania sakramentu i w związku z tym postanowiła zapoznać się z doktryną i przyjąć wyznanie katolickie³⁰.

Innym przykładem będzie pacjentka pochodzenia afroamerykańskiego, baptystka, w wieku osiemdziesięciu dziewięciu lat, przebywająca na intensywnej terapii, pod respiratorem. Rodzina pacjentki poprosiła kapelana świeckiego o codzienną modlitwę. Podczas odwiedzin obecna była córka pacjentki. Poprosiła kapelana świeckiego, aby namaścił chorą olejkami święconymi. Zwierzyła się kapelanowi, że widziała, jak kapłani udzielają namaszczenia chorych i bardzo chciała, aby jej mama była namaszczona. Kapelan świecki wyjaśnił kobiecie, czym jest sakrament chorych dla katolików. Natomiast pacjentkę namaścił poświęconym przez kapłana olejem z oliwek (olej ten służy osobom świeckim w modlitwach wstawieniowych, nie jest olejem używanym przez kapłana podczas sprawowania sakramentu chorych)³¹.

Warto zwrócić uwagę, że w podręczniku *Handbook of Religion and Health*³², który powstał w środowisku protestanckim i służy kapelanom świeckim pracującym w szpitalu, opisuje się religię w następujący sposób: po pierwsze religia pojmowana jest jako transcendencja lub boskość, po drugie – jako sposób na życie ziemskie i pozagrobowe, po trzecie – jako kultyczne praktyki, zarówno indywidualne jak i wspólnotowe, po czwarte wreszcie religia tworzy wspólnoty, które rozwijają i przekazują tradycje z pokolenia na pokolenie³³. Podręcznik podkreśla różnice pomiędzy religią a duchowością. Stwierdza, że duchowość obejmuje praktyki indywidualne dotyczące transcendencji lub boskości³⁴, jak również poszukiwanie znaczenia i cech życia wewnętrznego. Podkreśla, że duchowość

³⁰ Wywiad nr 109 [K. Pr. ok. 60 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, baptystka; 30.07.2021]. AW s. 44.

³¹ Wywiad nr 42 [K. Pa. ok. 89 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, protestantka; 14.04.2021]. AW s. 42.

³² Por. G. H. Koenig, D. E. King, V. Benner Carson. *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press 2001 s. 45.

³³ Por. Tamże.

³⁴ Por. Tamże s. 46.

koncentruje się na konkretnych zachowaniach i praktykach poszczególnych osób w odniesieniu do siebie i innych³⁵. Duchowość wyraża się poprzez pewne praktyki, takie jak modlitwa i medytacja, których ludzie używają do obcowania z boskością. Wspomniany podręcznik cieszy się dużym zainteresowaniem wśród protestanckich kapelanów i jest wykorzystywany w ich pracy. Natomiast nie wnosi on nic nowego, co mogliby katolicy kapelani świeccy zaoferować pacjentom. Niektóre kościoły protestanckie udzielają komunii pod postacią chleba i soku winogronowego w pierwszą niedzielę miesiąca. Komunia jest dla nich tylko symbolem.

W Kościele katolickim chory może otrzymać Komunię codziennie i jest to sakrament będący prawdziwą obecnością Chrystusa pod postaciami chleba i wina. W przypadku protestanckich pacjentów pomoc kapelana ma charakter terapeutyczny. Natomiast katolicy pacjenci nie tylko korzystają z takiej możliwości, ale proszą również o pomoc kapłana i mogą skorzystać z sakramentu pojednania. W przypadku ciężkiej choroby czy w obliczu śmierci kapelan proponuje sakrament chorych oraz wiatyk. Pacjentom protestanckim kapelan świecki oferuje tylko modlitwę i towarzyszenie w cierpieniu.

Jeszcze inaczej sytuacja przedstawia się w przypadku odmiennych religii.

Przykład stanowi rodzina afroamerykańska, rodzice w wieku około czterdziestu lat, świadkowie Jehowy, z rozmowy wynikało, że są wykształceni. U ich syna, w wieku siedemnastu lat, zdiagnozowano nowotwór kości kończyny dolnej. Lekarz prowadzący pacjenta zadzwonił do dyrektora *Pastoral Care Department* (oddział opieki pastoralnej) i poinformował, że pojawił się problem z udzieleniem pomocy chłopcu ze względu na konflikt z wyznawaną wiarą. Dyrektor zwrócił się do katolickiego kapelana świeckiego, aby przeprowadził rozmowę z rodzicami w celu umożliwienia dalszego leczenia chłopca. Po kilku wizytach i próbach przekonania rodziców o konieczności operacji wiążącej się z przetaczaniem krwi, okazało się, że rodzice nie zgadzają się na ten sposób leczenia ze względu na wyznawaną religię, która zabrania przetaczania krwi. W związku z tym kapelan świecki spotkał się z lekarzem i, szanując ich decyzję, odstąpiono od dalszego leczenia rekomendowanego przez lekarza. Zgodnie z decyzją rodziców chłopiec został wypisany z planem chemioterapii, na którą on i jego rodzice wyrazili zgodę³⁶.

³⁵ Por. M. Cobb, Ch. M. Puchalski, B. D. Rumbold. *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*. Oxford University Press. New York 2012 s. 235.

³⁶ Wywiad nr 21[M. i K. Ro, pochodzenia afroamerykańskiego, wyznania świadków Jehowy; 22.03.2021]. AW s. 22.

Jeszcze inny stosunek do praktyk katolickich mają Hindusi, którzy wierzą i praktykują modlitwy. Kładą nacisk na *mind* – umysł, *body* – ciało, *breath* – oddech. W tym przypadku praca kapelana polega na *spiritual support* – wsparciu duchowym, *assess and address* – rozpoznaniu i zaspokojeniu potrzeby duchowej pacjenta w momencie choroby. Hindusi lubią motta życiowe³⁷.

Dobrym przykładem jest Hinduska, pracująca w szpitalu sekretarka oddziału. Miała możliwość obserwowania relacji katolickiego kapelana świeckiego z pacjentami. Umiała dostrzec rozterki kapelana, jego troskę o pacjenta oraz trudy wykonywanej pracy, która przynosi zarówno sukcesy, jak i niepowodzenia. Z własnej inicjatywy codziennie przygotowywała kilkudzaniowe hinduskie motto wspierające pracę kapelana. Z czasem ich wzajemne relacje przerodziły się w rozmowy dotyczące wiary, sposobów postrzegania świata i życia. Ostatecznie zaowocowały przyjaźnią, dzięki której obie strony wzbogaciły swoją wiedzę na temat tak różnych religii³⁸.

Dane zamieszczone w *The New England Journal of Medicine Palliative Care* sugerują, że zaspokojenie potrzeby duchowej czy religijnej jest bardzo ważne dla osób z poważnymi chorobami. Około 50% lekarzy jest przekonanych, że ich zadaniem jest zwrócenie uwagi na tę potrzebę, a tylko niewielu pacjentów stwierdza, że ich potrzeba duchowa czy religijna została zaspokojona³⁹. Panuje powszechna zgoda wśród zespołu medycznego, że to kapelan powinien zapewnić opiekę duchową i religijną pacjentowi⁴⁰. Badania przeprowadzone przez *The New England Journal of Medicine Palliative Care* podkreślają znaczenie duchowości, religijności i praktyk religijnych w odniesieniu do wyników leczenia pacjentów. Pokazują również, że pacjenci chorzy na choroby nowotworowe, którzy nie mieli zaspokojonej potrzeby duchowej, borykali się z problemami psychologicznymi, takimi jak depresja, brak snu, sensu życia i cierpienia i mieli gorszą jakość życia niż pacjenci, u których potrzeby te były zaspokojone⁴¹. Zatem obecność kapelana i zaspokojenie potrzeb duchowych czy religijnych u pacjentów ma pozytywny wpływ na całokształt leczenia.

Bóg jest miłością (1 J 4, 14), a łaska wiary jest wyrazem miłości Boga do człowieka, nawet w najtrudniejszych momentach jego życia. Bóg objawił się jako Stwórca nieba, ziemi

³⁷ V. Chander, L. Mosher. *Hindu Approaches to Spiritual Care. Chaplaincy in Theory and Practice*. Philadelphia 2019 s. 39-41.

³⁸ Wywiad nr 74 [K. Pr. ok. 66 lat, pochodzenia hinduskiego, wyznania hinduskiego; 2020.12.02]. AW s. 74.

³⁹ Por. A. Kelly, S. Morrison. *Palliative Care for the Seriously Ill*. „The New England Journal of Medicine” 373 (2015) nr 8 s.748. W: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1404684> (dostęp 16.09.2021).

⁴⁰ Por. Tamże s. 748.

⁴¹ Por. Tamże s. 748.

i człowieka, jako ktoś, kto kocha człowieka i chce jego zbawienia: „tak Bóg umiłował świat, że Syna swojego Jednorodzonego dał, aby każdy, kto w Niego wierzy, nie umarł, ale miał życie wieczne” (J 3, 16)⁴². Bóg zwraca się do człowieka jak do przyjaciela. Zaprasza do bycia z Nim, uczy, jak postępować, aby Boga naśladować i osiągnąć zbawienie. „Jezus chce, abyśmy przylgnęli do Niego bez pytania o szczegóły”⁴³. Człowiekowi choremu pozostaje wybór: albo rozpacz, albo całkowite powierzenie się Bogu. Ilustrują to badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych przez *American Family Physician, Spirituality and Medical Practice*, które wykazują, że 94% pacjentów przyjętych do szpitala potrzebuje w równym stopniu zapewnienia opieki duchowej, jak i medycznej, 77% przebadanych uważa, że zespół medyczny powinien zwracać uwagę na religijne zapotrzebowanie pacjenta, 40% uważa, że lekarz powinien brać pod uwagę religię pacjenta przy wyborze leczenia, a 91% przebadanych pacjentów wierzy w Boga⁴⁴.

4.4. Wspólna modlitwa

Modlitwa jest wzniesieniem umysłu do Boga, aby oddać Mu cześć, podziękować i prosić Go o to, czego potrzebujemy. Jest fundamentem wiary, łączy człowieka wierzącego z Bogiem. Pozwala odróżnić ludzi wierzących od ateistów, chociaż czasami zdarza się, że w chwili kryzysu ludzie niewierzący szukają pomocy i sięgają po modlitwę⁴⁵.

Kapelan świecki wzoruje się w swojej posłudze na Chrystusie jako najwyższym autorytecie. Modlitwa była wpisana w życie Jezusa nie tylko jako kogoś, kto się modlił, ale również jako kogoś, kto uczył innych modlitwy. Jezus chciał, aby nasze życie było przepełnione modlitwą. Apostołowie prosili Jezusa, aby nauczył ich, jak się modlić. W ślad za tą prośbą każdy chrześcijanin stara się korzystać z nauki, której Chrystus udzielił apostołom. Jezus powiedział, że „gdzie dwóch lub trzech jest zebranych w imię moje, tam ja jestem pośród nich” (Mt 18, 20). Dlatego ważne jest, aby swojej wiary i modlitwy nie ograniczać do osobistego spotkania z Bogiem⁴⁶. Chrześcijanin modli się jako członek społeczności i jako jednostka. Modlitwa ma wymiar zarówno osobisty, jak i wspólnotowy. Przekonania ludzi na temat roli Boga w czasie zdrowia i choroby znajdują odzwierciedlenie w ich modlitwach. Tradycja chrześcijańska uznaje siedem głównych rodzajów modlitwy:

⁴² Por. T. Dajczer. *Rozważania o wierze*. Inowrocław 1992 s.48.

⁴³ Por. Tamże s. 31.

⁴⁴ Por. G. Anandarajah, E Hight. *Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment*. „American Family Physician Journal” 63 (2001) nr 1 s. 81.

⁴⁵ Por. L. S. Cunningham, K. J. Egan. *Christian Spirituality*. New York 1996 s. 67.

⁴⁶ Por. Tamże s. 69.

adorację, uwielbienie, dziękczynienie, pokutę, ofiarę, wstawiennictwo i prośbę.⁴⁷ Adoracja to dążenie do radowania się obecnością Boga, przede wszystkim w Najświętszym Sakramencie. Uwielbienie jest naszą odpowiedzią na istnienie Boga. Dziękujemy za błogosławieństwa, którymi cieszymy się i jesteśmy za nie wdzięczni. Pokuta to wyznanie naszych grzechów i słabości oraz chęć przemiany życia. Ofiara to umiejętność oddania Bogu wszystkiego, czym jesteśmy w zamiarach Bożych. Wstawiennictwo jest prośbą, błaganiem dotyczącym innych, a prośba jest modlitwą skierowaną do Boga o zaspokojenie własnych potrzeb.

Modlitwa i wiara wielu osobom dają siłę i wsparcie w obliczu choroby fizycznej i cierpienia. Amerykańska, krajowa ankieta dla dorosłych, przeprowadzona w 2011 przez *Testing the Efficacy of Chaplaincy Care*, stwierdza, że 58% osób modli się przynajmniej raz dziennie, 35% modli się o swoje zdrowie, a 58% pacjentów cierpiących na choroby nowotworowe twierdzi, że religia i modlitwa przynoszą im ulgę i nadzieję. Modlitwa i nadzieja są również ważne dla rodzin pacjentów przebywających w placówkach zdrowotnych. Badania pacjentów w podeszłym wieku przebywających w szpitalu stwierdzają, że modlitwa jest najczęściej używaną formą radzenia sobie w momencie kryzysu, choroby i cierpienia. 68% pacjentów należy do Kościoła, a 72% uważa, że religia jest najbardziej skuteczna w walce z chorobą i daje im siłę i pocieszenie⁴⁸.

Duchowe i psychologiczne wsparcie jest szczególnie ważne pod koniec życia, kiedy uzdrowienie fizyczne nie jest już możliwe, a celem leczenia staje się uśmierzenie bólu⁴⁹. Jedno z badań pacjentów przebywających w szpitalu wykazało, że dla 94% chorych potrzeby religijne były równie ważne, jak potrzeby fizyczne⁵⁰. W innym badaniu 84% pacjentów z zaawansowanym rakiem uważało, że religia jest „trochę” ważna⁵¹. Większość pacjentów objętych opieką paliatywną chciałaby, aby kapelan ich odwiedzał, żeby ich wysłuchał, a czasem po prostu był obecny. W środowisku kapelanów świeckich nazywa się to *theology of being* (teologia trwania przy chorym⁵²).

⁴⁷ Por. D. H. Grossoehme. *Prayer Reveals Belief: Images of God from Hospital Prayers*. „Journal of Pastoral Care & Counseling” 50 (1996) nr 1 s. 33-34.

⁴⁸ Por. K. R. B. Jankowski. G. Handzo, K. J. Flannelly. *Testing the Efficacy of Chaplaincy care*. „Journal of Family Practice National Library of Medicine” 17(2011) s.102. W: https://www.researchgate.net/publication/51747405_Testing_the_Efficacy_of_Chaplaincy_Care (dostęp 25.11.2021).

⁴⁹ Por. Tamże s. 102.

⁵⁰ Por. D. E King, B. Bushwick. *Belief and Attitudes of Hospital Inpatients About Faith Healing and Prayer*. „Journal of Family Practice” 7(1994) s. 349-352.

⁵¹ Por. K. R. B. Jankowski. G. Handzo, K. J. Flannelly. *Testing the Efficacy* s. 102.

⁵² Por. Tamże.

W publikacji *Christian Spirituality*, rekomendowanej przez CPE do formowania kapelanów świeckich, wskazuje się następujące formy modlitwy:

1. *Praying with a Bible* (modlitwa Biblią) – skutek ruchu odnowy biblijnej, który rozpoczął się na początku XX w., coraz więcej katolików odkryło na nowo ogromne znaczenie i bogactwo Pisma Świętego w tradycji modlitewnej. Odpowiedź na nasze spotkanie z Pismem Świętym jest również głęboko osadzona w liturgii. W praktyce modlitwy osobistej Biblia cieszy się specjalnym miejscem w życiu współczesnego człowieka. Monastycyzm posługuje się tutaj wyrażeniem: *lectio divina*. Bóg przemawia do nas poprzez Pismo, które daje nam możliwość prowadzenia dialogu ze słowem Bożym. Jeden z mistrzów życia duchowego powiedział, że czytanie Pisma prowadzi do medytacji, czyli rozmyślenia o tym, co oznacza tekst, co z kolei doprowadza człowieka do modlitwy w rodzaju kontemplacji, w której odpoczywa on w obecności Boga⁵³. Czytania, medytacji, modlitwy, kontemplacji i przemiany życia nie można rozumieć jako kroków mechanicznych, ale jako idee holistycznego podejścia do wnikania w słowo Boże.

2. Medytacja – jest złożoną i bogatą formą modlitwy zakorzenioną w tradycji katolickiej. W obecnych czasach używa się medytacji w celach terapeutycznych, w walce z bólem, stresem, jak również do poprawy stanu zdrowia psychicznego i fizycznego⁵⁴. Kapelani świeccy wykorzystują tę formę modlitwy przede wszystkim na oddziałach psychiatrycznych, kiedy przewodniczą grupom modlitewnym. Cisza pozwala uzyskać spokój, aby móc odczuć Boga w życiu człowieka. Autorka podręcznika *Prayer and the Quest for Healing* proponowanego przez CPE, sugeruje, żeby grupy były małe i aby kapelan świecki przewodniczył tej medytacji. Jest ważne, by włączyć łagodną, odpowiednią, chrześcijańską muzykę. Na wstępie zaleca się modlitwę, a potem – po chwili wyciszenia umysłu i serca – kapelan wprowadza moment ciszy i praktykę głębokiego oddychania⁵⁵. Celem oddechu jest zredukowanie słów obecnych w naszym doświadczeniu modlitewnym, które wprowadza nas w ciszę. Autorka zaleca czytanie Ewangelii przypadającej na dany dzień, z lekcjonarza. Po czytaniu Pisma Świętego proponuje następującą modlitwę: „Boże, źródło wszystkiego co jest dobre. Przychodzimy dziś do Ciebie, prosić o obecność Twojej uzdrawiającej mocy w naszym życiu. Prosimy Ciebie, abys otoczył nas swoim uzdrawiającym światłem, wypełniając nasze serca i umysły Twoją miłością”⁵⁶. Po

⁵³ Por. L. S. Cunningham, K. J. Egan. *Christian Spirituality* s. 72.

⁵⁴ Por. Tamże s. 75.

⁵⁵ Por. B. Fiand. *Prayer and the Quest for Healing*. New York 1999 s. 41.

⁵⁶ Por. Tamże s. 43-44.

zakończonych modlitwie, kiedy jesteśmy spokojni i wyciszeni, pozwalajmy Bogu działać, abyśmy otrzymali to, czego potrzebujemy i czego od Niego oczekujemy⁵⁷. W książce znajdujemy też propozycje indywidualnej medytacji modlitewnej, na przykład opartej na słowach modlitwy „Ojcze nasz”, gdy wybiera się krótki fragment i rozważa go w ciszy⁵⁸.

Przykładem jest dwudziestodwuletnia studentka wydziału ekonomicznego, która została przyjęta do szpitala na oddział psychiatryczny z zaburzeniami mowy i niemożliwością komunikowania się z otoczeniem. Po dwóch tygodniach przebywania na oddziale i ustawicznego milczenia zdecydowała się na uczestnictwo w grupie modlitewno-medytacyjnej. Na zakończenie trwającego 45 minut spotkania kapelan świecki zainicjował wspólną modlitwę „Ojcze nasz”. Podczas modlitwy chora odblokowała się i zaczęła modlić się razem z grupą. Od tego momentu powoli zaczęła komunikować się z personelem oddziału i ostatecznie powróciła do zdrowia. Po tym wydarzeniu cała grupa i zespół medyczny zrozumieli, że modlitwa „Ojcze nasz” jest modlitwą uzdrawiającą⁵⁹.

3. Modlitwa życiem – nasza tradycja zaproponowała wiele różnych sposobów, za pomocą których możemy świadomie myśleć o świecie, życiu, celach i o tym, w jaki sposób możemy je osiągnąć. Wyżej wymieniony podręcznik powołuje się na francuskiego brata, karmelitę Lawrence’a of the Resurrection (1614-1691), który napisał w swoich notatkach, listach i obserwacjach opublikowanych pod tytułem *The Practice of the Presence of God* (Praktyka obecności Boga), że Bóg jest obecny we wszystkim, co człowiek robi. Takie rozumienie działania Boga sięga do nauk biblijnych, zarówno do Starego, jak i Nowego Testamentu, i jest postrzegane jako obecność Bożej opatrności nad nami⁶⁰. Sposób modlitwy różni się w zależności od osoby. Brat Lawrence doradza, aby modlitwa zawierała chwile skupienia połączone z krótkim rozważaniem⁶¹. Praca, zabawa, nauka, odpoczynek są modlitwą, ponieważ we wszystkich tych czynnościach łączymy się z Bogiem, jednocześnie wychwalając Go i uwielbiając.

Kapelani świeccy posługujący w szpitalach pacjentom, ich rodzinom i personelowi medycznemu mają przywilej dzielenia się z nimi modlitwą, która pozwala pogłębiać ich relacje z Bogiem. Modlitwa łączy pacjentów z Bogiem, z ich rodziną, a także łączy i uwrażliwia personel medyczny.

⁵⁷ Por. Tamże s. 45-46.

⁵⁸ Por. Tamże s. 47.

⁵⁹ Wywiad nr 25 [K. Pr. ok. 22, pochodzenia amerykańskiego, protestantka; 22.02.2020]. AW s. 25.

⁶⁰ Por. L. S. Cunningham, K. J. Egan. *Christian Spirituality* s.74.

⁶¹ Por. Tamże 74.

Przykładem jest wypowiedź pielęgniarki pracującej na oddziale transplantacji, w wieku pięćdziesięciu – sześćdziesięciu lat, urodzonej w Polsce, przebywającej w Stanach Zjednoczonych od trzydziestu lat. Ukończyła w Polsce liceum medyczne, wychowywana została w wierze katolickiej, jest praktykująca. Bardzo często zaczyna swój dzień pracy od modlitwy w kaplicy. Modlitwa daje jej siłę, pomoc w pracy i rozwiązywaniu problemów życiowych. Często, z personelem medycznym tego oddziału, uczestniczy we wspólnej modlitwie i Komunii Świętej udzielanej codziennie przez kapelana świeckiego w kaplicy szpitalnej. Kaplice szpitalne całą dobę są otwarte dla pacjentów, ich rodzin i personelu. Znajduje się tam również książka do wpisywania intencji o modlitewnych. Intencje te są czytane podczas Mszy Świętych. Wspomniana pielęgniarka często dzwoniła do kapelana, prosząc o udzielenie pomocy pacjentowi. W przeprowadzonym wywiadzie stwierdziła: „możliwość wspólnej modlitwy z moimi współpracownikami jest niezastąpiona i nieoceniona. Nie wyobrażam sobie pracy bez Boga i bez modlitwy. Bóg i modlitwa są moją tarczą i siłą”⁶². Jak wynika z wypowiedzi kobiety, modlitwa jest również okazją do pokonania podziałów religijnych i formą zbliżenia ludzi ze sobą. Ci, którzy się modlą, łączą się z innymi, tworząc wspólnotę.

W szpitalu kapelan świecki często modli się w konkretnej intencji tak zwaną *spontaneous prayer* (modlitwą spontaniczną)⁶³. Kapelani świeccy znajdują się w wyjątkowej sytuacji, jeśli chodzi o modlitwę z pacjentami. Praktykują ją jako wyznaczeni „opiekunowie duchowi” (w służbie zdrowia) i są jedynymi osobami, do których personel medyczny zwraca się o pomoc, gdy otrzymuje prośbę o modlitwę⁶⁴.

Przykładem jest więzień polskiego pochodzenia, w wieku około sześćdziesięciu lat, z wykształceniem zawodowym, który pracował na różnego typu budowach. Przebywał w więzieniu od dwudziestu lat. Jedna z pielęgniarek zadzwoniła po kapelana świeckiego, gdyż stan pacjenta był ciężki i nie dawał nadziei na wyleczenie. Nie chciała, aby pacjent zmarł bez rozmowy z kapelanem. Okazało się, że mężczyzna był wychowywany jako katolik i był przekonany, że Pan Bóg mu nie przebaczy grzechu, którego się dopuścił. Podczas rozmowy powiedział kapelanowi: „Straciłem nadzieję i straciłem wiarę, znalazłem się w pustce bez wyjścia. Wiem, że Bóg mi nie przebaczy”. Po czterech wizytach kapelana świeckiego i długich rozmowach, po czytaniu fragmentów Pisma Świętego o cudzołożnicy i łotrze na krzyżu oraz po podaniu przykładu przebaczenia, jakie pokazał nam Jan Paweł II,

⁶² Wywiad nr 3 [K. Pr. ok. 50 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 10.11.2020]. AW s. 3.

⁶³ Por. R. S. B. Roberts. *Professional Spiritual and Pastoral Care*. Nashville: Tennessee 2011 s. 106.

⁶⁴ Por. Tamże s. 107.

kiedy przebaczył człowiekowi, który go postrzelił, pacjent poprosił o spotkanie z księdzem i skorzystał z sakramentu pojednania. Zmarł dwa miesiące później⁶⁵.

Kapelan świecki bardzo często jest proszony o modlitwę przez rodzinę chorego. Modlitwy mogą mieć miejsce przy łóżku pacjenta lub w kaplicy. Jeżeli chodzi o katolickich pacjentów, to w większości przypadków jest to wspólna modlitwa „Ojcze nasz” czy „Zdrowaś Mario”, czasem pojawia się prośba o przewodniczenie różańcowi czy koronce do miłosierdzia Bożego.

Przykładowo kapelan świecki został poproszony o pomoc rodzinie meksykańskiej, która straciła członka rodziny. Przy łóżku chorego w sali szpitalnej zgromadziło się siedemnaście osób. Kapelan po wejściu do sali zorientował się, że członkowie rodziny są hiszpańskojęzyczni. Po krótkiej rozmowie kapelan został poproszony o przewodniczenie podczas odmawiania różańca⁶⁶.

Często zdarza się, że świecki kapelan pisze z rodziną modlitwę w intencji pacjenta. Wiąże się to ze spotkaniem z rodzinami i zaproszeniem ich do podzielenia się swoimi myślami i modlitwami za ukochaną osobę⁶⁷. Takie modlitwy są skutecznym narzędziem na oddziałach intensywnej opieki medycznej lub niektórych oddziałach długoterminowych, gdzie przebywają pacjenci w stanie śpiączki albo korzystający z respiratorów. Kapelan świecki modli się nie tylko za tych pacjentów czy ich rodziny, ale również za zespół medyczny.

Pewnego dnia córka bardzo chorego ojca poprosiła kapelana świeckiego o odmawianie modlitwy, którą wspólnie napisali, a która brzmiała następująco: „Drogi Ojcze Niebieski! Proszę pociesz tatę. Daj mu poczucie, że jest on przez Ciebie kochany. Pomóż mu zrozumieć, że wyzdrowienie wymaga czasu. Daj mu do zrozumienia, że nie jest sam w swojej walce – jego rodzina jest z nim. Pomóż mu odzyskać spokój. Dziękujemy ci Boże, za tych wszystkich, którzy pomogli mu uratować życie. Nadal go błogosław Boże. Amen”⁶⁸.

Dla wielu ludzi modlitwa ma charakter osobisty i święty. Kapelan świecki z jednej strony musi być wrażliwy na potrzeby pacjenta, a z drugiej musi korzystać z okazji do zbliżenia go poprzez modlitwę z Bogiem⁶⁹. Niektóre słowa modlitwy są uświęcone, tak jak na przykład „Modlitwa Pańska”, którą Tomasz z Akwinu nazwał „doskonałą modlitwą”⁷⁰.

⁶⁵ Wywiad nr 6 [M. Pa. ok. 60 lat, pochodzenia polskiego, katolik; 13.12.2020]. AW s. 7.

⁶⁶ Wywiad nr 22 [K. Ro. ok. 30-60 lat, pochodzenia meksykańskiego, katolicy; 27.04.2021]. AW s. 23.

⁶⁷ Por. R. S. B. Roberts. *Professional Spiritual and Pastoral* s. 107.

⁶⁸ Wywiad nr 113 [K. Ro. ok. 16 lat, pochodzenia meksykańskiego, katolicy; 29.11.2021]. AW s. 120.

⁶⁹ Por. R. S. B. Roberts. *Professional Spiritual and Pastoral* s.109.

⁷⁰ Por. L. S. Cunningham, K. J. Egan. *Christian Spirituality* s. 79.

Modlitwy mają swoją historię, a kapelan świecki, wypowiadając je podczas posługi chorym, nawiązuje do tradycji uwielbienia, dziękczynienia, pokuty i prośby. Modlitwa nie polega na recytowaniu wyuczonych reguł czy na automatycznym wypowiadaniu tekstu. Kiedy kapelan świecki modli się z chorym, muszą spotykać się słowo i refleksja. Kiedy modlimy się, powinniśmy to robić całym sobą, ponieważ wyraża się ona poprzez gesty i postawy, które wydają się nam najbardziej naturalne, gorliwe i znaczące dla nas⁷¹. Tradycja katolicka uczy nas, że kiedy człowiek modli się, to czyni to całym sobą. Uczy również całej serii gestów, które pomagają nam skupić się na modlitwie.

Przykładem jest jeden z kapelanów świeckich, mężczyzna pochodzenia afroamerykańskiego, z wyznania baptysta. Został poproszony do pacjenta, aby się z nim pomodlić przed operacją. Okazało się, że pacjent był katolikiem. Niestety nie było innego kapelana w szpitalu, a czasu do operacji było bardzo mało. W swojej pracy wielokrotnie obserwował on katolickiego kapelana świeckiego i wiedział, jak ważne jest dla katolików rozpoczęcie modlitwy od znaku krzyża, a oprócz spontanicznej modlitwy i odczytania fragmentu z Pisma Świętego – odmówienie wraz z pacjentem modlitwy „Ojcze nasz” i „Zdrowaś Mario”⁷².

Chrześcijanin spotyka Boga w świętych obrzędach i w czasie modlitwy, a Bóg dotyka człowieka, uświęca go, daje mu potrzebne łaski, aby go wzmocnić. Dlatego w szpitalu zespół medyczny troszczy się o ciało ludzkie, a kapelan świecki – o duszę pacjenta. Liczni katoliccy lekarze i pielęgniarki zgodzą się, że pacjenci potrzebują pomocy w modlitwie, a wielu z nich pragnie, aby się za nich modlono. Wystarczy kilka prostych słów modlitwy, aby zobaczyć skutki łaski Bożej⁷³. W 2003 r. M. Rabow i W. Petersen przeprowadzili badania opublikowane w *Journal of Palliative Medicine*, których celem było ustalenie czy ci, którzy się modlą, wykazują poprawę zdrowia fizycznego i jakości życia. Badanie trwało dwanaście miesięcy. Przebadano dziewięćdziesięciu pacjentów z opieki paliatywnej. U 42% pacjentów, którzy byli regularnie odwiedzani przez kapelanów, zauważono poprawę oddychania, zmniejszenie niepokoju, bezsenności oraz zmniejszenie potrzeby przyjęcia do szpitala⁷⁴. Zadaniem kapelana jest zachęcanie chorego, aby się modlił, kiedy jest sam, z rodziną, przyjaciółmi lub tymi, którzy się nim opiekują. Modlitwa powinna

⁷¹ Por. Tamże s. 80.

⁷² Wywiad nr 23 [M. Pr. ok. 50 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, baptysta; 19.07.2021]. AW s. 24.

⁷³ Por. J. R. Velez. *Pastoral Care of the Sick*. New Jersey 2007 s.74-70.

⁷⁴ Por. M.W. Petersen, J. Schanche, K., Dibble, S. L. McPhee. *The Comprehensive Care Team: A Description of Controlled Trial of Care at the Beginning of the End of Life*. „Journal of Palliative Medicine” 3 (2003) nr 6 s. 489-499.

zawierać fragmenty Pisma Świętego zaczerpnięte z czytań liturgicznych na dany dzień. *Pastoral Care of the Sick* proponuje zestaw tekstów, które mogą służyć modlitwie. W zestawie pierwszym („A”) są to: Dz 3, 1-10; Ps 102; modlitwa „Ojcze Nasz” i spontaniczna modlitwa za zakończenie. W kolejnym zestawie („B”): Mt 8, 14-17; Ps 27; modlitwa „Ojcze Nasz” i modlitwa kończąca spotkanie. Kapelan powinien zachęcić chorego do ofiarowania swojego cierpienia w pewnej intencji, w łączności z Chrystusem⁷⁵. Modlitwa jest skuteczna, jeśli człowiek pragnie się modlić i to pragnienie wypływa z jego serca.

Przykładem jest kobieta, chrześcijanka, lat około dwadzieścia sześć, przebywająca na oddziale psychiatrycznym, która urodziła syna. Kobieta cierpiała na chorobę afektywną dwubiegunową od czternastego roku życia. Urodzenie dziecka i konflikt z mężem spowodowały nasilenie objawów choroby. Kiedy kapelan świecki spotkał się z nią, zasugerował wspólną modlitwę w intencji poprawy jej zdrowia i sytuacji rodzinnej. Po przeczytaniu fragmentu Pisma Świętego, modlitwie spontanicznej i wspólnej „Modlitwie Pańskiej” na jej twarzy pojawił się uśmiech i spokój. Po chwili zadumy kapelan świecki zaproponował rozmowę wyjaśniającą. W rezultacie kobieta odczuła spokój wewnętrzny i chęć współpracy z zespołem medycznym. Podjęła decyzję i zadzwoniła do swojego męża, wybacząc mu i prosząc o wybaczenie⁷⁶.

4.5. Przygotowanie chorych do przyjęcia sakramentów

Jedną z istotnych funkcji katolickiego kapelana świeckiego jest przygotowanie chorych do przyjęcia sakramentów. Sakramenty stanowią widzialny znak niewidzialnej łaski Bożej, której istotą jest włączenie człowieka w rzeczywistość zbawczą Chrystusa. Sakramenty zostały ustanowione przez Chrystusa, dotyczą wszystkich etapów i ważnych momentów życia chrześcijańskiego, od narodzenia poprzez rozwój chrześcijańskiego życia, uzdrowienie i dar powołania, do ostatnich chwil życia. Są to sakramenty wtajemniczenia chrześcijańskiego, do których należą: chrzest, bierzmowanie oraz Eucharystia. Stanowią one fundament całego życia chrześcijańskiego. Sakramentami uzdrowienia są: sakrament pokuty i pojednania oraz sakrament namaszczenia chorych. Sakramentami w służbie komunii są: sakrament święceń i sakrament małżeństwa⁷⁷. Wśród najważniejszych skutków sakramentów można wymienić skutek indywidualny, którym jest uświęcenie człowieka,

⁷⁵ Por. J. R. Velez. *Pastoral Care of the Sick* s. 74-79.

⁷⁶ Wywiad nr 24 [K. Pa. ok. 26 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, protestantka; 19.03.2021]. AW s. 25.

⁷⁷ Por. KKK nr 1210.

wyrażenie i umocnienie wiary przyjmującego; skutek eklezjalny i społeczny, którym jest budowanie Kościoła jako Mistycznego Ciała Chrystusa; skutek katechetyczny – pouczanie za pomocą słów i gestów; oddawanie czci Bogu, czyli kult⁷⁸.

Sakramenty mają charakter spotkania człowieka wierzącego z Bogiem w świętych znakach uświęcających dzięki pośrednictwu Kościoła⁷⁹. Są zawsze obiektywnie skuteczne *ex opere operato*, pod warunkiem, że zachowane są określone poprzez Kościół materia i forma sakramentów, ich subiektywna skuteczność w dużej mierze zależy od wiary przyjmującego oraz od sposobu ich celebracji⁸⁰.

Dzięki sakramentom Chrystus spotyka się z człowiekiem w sposób najbardziej bezpośredni i osobowy. Kościół założony przez Chrystusa jest przedłużeniem Jego misji, dzięki której sakramenty mają wymiar eklezjalny. Są znakami łaski, które ustanowił sam Chrystus i powierzył je Kościołowi, aby dzięki nim ludzie mogli osiągnąć zbawienie. To znaki widzialne, które oznaczają i urzeczywistniają łaski, właściwe dla każdego sakramentu⁸¹. Sakramenty stanowią istotne elementy bosko – ludzkiego zbawczego dialogu, którego inicjatorem jest Bóg. Nie ma liturgii bez sakramentów i nie ma sakramentów bez liturgii⁸². Sakramenty są sprawowane podczas liturgii. Dzięki liturgii sakramenty nie są odizolowane od świata widzialnego, od tego, co można dotknąć, zobaczyć i co pomaga zrozumieć ich działanie w Ludzie Bożym⁸³. Sakramenty tworzą Kościół, który sam w sobie jest sakramentem – znakiem uobecniającym Chrystusa⁸⁴. Na istotę człowieczeństwa składa się zarówno jego strona materialna – ciało, jak i element duchowy. Dzięki temu ma ono właściwość poznawania tego, co jest głębiej ukryte, niewidzialne, co można dostrzec tylko sercem⁸⁵. Wszystkie działania Boga zmierzały do komunii z człowiekiem poprzez miłość, która swoją pełnię osiągnęła w osobie Jezusa Chrystusa. Jezus Chrystus jest Synem Bożym, a zatem również – Jego mesjańskim i zbawczym działaniem i czynem⁸⁶. Chrystus jest sakramentem Boga, „miejscem” doświadczenia spotkania z Bogiem. W sakramencie dokonuje się osobowy i duchowy związek Boga z człowiekiem. Poprzez sakramenty Bóg

⁷⁸ Por. C. Krakowiak. *Nowe akcenty w posoborowej nauce o sakramentach*. W: *W Służbie Bogu i ludziom*. Red. H. Słotwińska. Lublin 2005 s. 164.

⁷⁹ Por. C. Krakowiak. *Warunkowe udzielanie Sakramentów*. „Roczniki Liturgiczno-Homiletyczne” 60 (2013) nr 8 s. 79.

⁸⁰ Por. Tamże.

⁸¹ KKK nr 1131.

⁸² Por. Liturgika III s. 7.

⁸³ Por. Tamże s. 7.

⁸⁴ Por. P. Kulbacki. *Parafia według eklezjologii Vaticanum II*. „Łódzkie Studia Teologiczne” 29 (2020) nr 2 s. 8.

⁸⁵ Por. Tamże s. 9.

⁸⁶ Por. Tamże s. 9-10.

wychodzi naprzeciw człowiekowi i go zbawia, „ilekroć, bowiem sprawujemy ofiarę Chrystusa, spełnia się dzieło naszego odkupienia”⁸⁷. Chrystus daje człowiekowi zbawienie, udział w swoim życiu oraz włącza go do wspólnoty z Ojcem pod warunkiem, że człowiek wierzy⁸⁸. Zbawcze dzieło Chrystusa to wypełnienie obietnicy Ojca. Sakramenty są znakami wspominającymi, które nawiązują do historii zbawienia człowieka. Stanowią integralną część liturgii i wskazują na zbawczą działalność Chrystusa. Są też znakami uobecniającymi, które ukazują, że dzieło zbawcze dokonuje się tu i teraz, oraz zapowiadającymi, czyli prawdziwym zadatkiem obiecanej pełni zbawienia zobowiązującym człowieka do odpowiedzi na miłość Boga i do współdziałania z Nim. Są również znakami uwielbiającymi, doksologicznymi, poprzez które Chrystus uświęca ludzi za pomocą Ducha Świętego, aby wspólnie z Nim mogli czcić Boga⁸⁹.

„Kościół jest w Chrystusie jakby sakramentem, czyli znakiem i narzędziem wewnętrznego zjednoczenia z Bogiem i jedności całego rodzaju ludzkiego. Bycie sakramentem wewnętrznego zjednoczenia ludzi z Bogiem jest pierwszym celem Kościoła”⁹⁰, dlatego sakramenty są istotne dla wszystkich wiernych. Szczególne znaczenie mają dla osób dotkniętych chorobą i cierpieniem. Potwierdzają to badania przeprowadzone w Minnesocie w 2006 r., w Arizonie w 2008 r. oraz na Florydzie w 2009 r., które wykazały, że 82 % katolickich pacjentów uważa, że modlitwa i przyjęcie sakramentów podczas pobytu w szpitalu były dla nich bardzo ważne⁹¹. Odpowiedzią na ich potrzeby jest posługa kapelanów świeckich i ich pomoc w przygotowaniu chorego do przyjęcia sakramentów, która polega na przeprowadzeniu rozmowy dotyczącej jego oczekiwań dotyczących zaspokajania potrzeb religijnych i duchowych podczas pobytu w szpitalu. Mogą się na nie składać: chęć przystąpienia do spowiedzi czy Komunii Świętej, a w niektórych przypadkach przyjęcie sakramentu namaszczenia chorych lub wiatyku. W takich sytuacjach zadaniem kapelana świeckiego jest poproszenie kapłana o pomoc, a jeżeli kapłan jest nieobecny, to zorganizowanie wizyty u chorego w szpitalu lub domu.

Niektórych sakramentów wyjątkowo udzielają kapelani świeccy, co będzie szczegółowo ukazane w dalszej części dysertacji.

⁸⁷ Por. KL 7.

⁸⁸ Por. Liturgika III s. 11.

⁸⁹ Por. Tamże s.11-12.

⁹⁰ KKK nr 775.

⁹¹ Por. Piderman K., Spampinato C. *Identifying and Ministering to the Spiritual Needs of Hospitalized Catholics*. „Progress Health” 94 (2013) nr 2. s 58-61. W: https://www.chausa.org/docs/default-source/health-progress/identifying-and-ministering-to-the-spiritual-needs-of-hospitalized-catholics-pdf.pdf?sfvrsn=51f63af2_0 (dostęp 22.04.2022).

4.6. Udzielanie chrztu

Sakrament chrztu świętego sięga do tradycji żydowskiej, w której zewnętrznym aktem przymierza z Bogiem był nakaz obrzezania *brit mila* zwany także znakiem przymierza⁹². Obrzezania dokonywano ósmego dnia, który to dzień mistyka żydowska wiąże ze świętym szabatem. Dla judaizmu znak obrzezania jest symbolem, poprzez który rodzice zawierają w imieniu swego dziecka przymierze z Bogiem i wyrażają zobowiązanie wychowania go w wierze⁹³. Biblia po raz pierwszy wspomina o chrzcie w powiązaniu z Janem Chrzcicielem. Chrzest udzielany przez niego miał charakter pokutny, przygotowujący na przyjście Mesjasza⁹⁴.

Chrzest jest zewnętrznym aktem, potwierdzeniem ludzkiego pragnienia i tęsknoty za tym, by naśladować Jezusa na wewnętrznej, duchowej drodze. Osoba, która się nawróciła i chce uwolnić się od grzechów, powierzyć swoje życie Bogu, musi zostać ochrzczona. Wprowadzenie teologiczno-pastoralne do posoborowych obrzędów chrześcijańskiego wtajemniczenia dorosłych wskazuje, że „wtajemniczenie chrześcijańskie dokonuje się stopniowo w społeczności wiernych, którzy przez rozważanie razem z katechumenami misterium paschalnego i pogłębienie własnego nawrócenia swoim przykładem prowadzą ich do pełniejszej uległości Duchowi Świętemu”⁹⁵.

Sakrament chrztu jest momentem narodzin chrześcijanina oraz bramą otwierającą drogę do pozostałych sakramentów. Dzięki sakramentowi chrztu świętego ludzie stają się nowymi stworzeniami, przybranymi dziećmi Bożymi, członkami Kościoła oraz świątynią Ducha Świętego⁹⁶. Poprzez sakrament chrztu świętego człowiek staje się dzieckiem Bożym, a jednocześnie zostaje zaproszony do wspólnoty z Bogiem. Człowiek zostaje zjednoczony z Chrystusem i w Chrystusie. Może dzielić się z innymi darem życia i kapłaństwa. Człowiek ochrzczony jest wolny od grzechu, zjednoczony z Bogiem, stworzony na podobieństwo Boże, jest świątynią Ducha Świętego. Pius XII w *Mediator Dei* pisał, że człowiek przez chrzest stał się członkiem mistycznego ciała Chrystusa⁹⁷.

⁹² Por. Liturgika III s. 26.

⁹³ Por. Tamże s. 26.

⁹⁴ Por. Tamże.

⁹⁵ Por. P. Kulbacki. *Eklezjologia posług i funkcji liturgicznych laikatu*. W: *Quia fecit mihi magna*. Red. Z. Głowacki, A. Megger. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego: Lublin 2018 s.161.

⁹⁶ Por. KKK nr 1213.

⁹⁷ Pius XII. Encyklika *Mediator Dei* (20.11.1947) nr 88-89 https://www.vatican.va/content/pius-xii/en/encyclicals/documents/hf_p-xii_enc_20111947_mediator-dei.html (dostęp 10.02.2022).

Analizując słowa Piusa XII, można stwierdzić, że sakrament chrztu czyni nas „częścią Chrystusa”. Tutaj i teraz ludzie wierzący zostają złączeni z Chrystusem. Chrystus żyje w każdym człowieku ochrzczonego. Poprzez chrzest dzieci Adama stają się żywymi gałęziami winorośli, którą jest sam Chrystus⁹⁸. Poprzez duchową odnowę w sposób nadzwyczajny stajemy się braćmi Chrystusa i synami jednego Boga.

W Dziejach Apostolskich czytamy, że chrztu udzielano w imię Jezusa Chrystusa, a także łączono go z nałożeniem rąk jako znakiem otrzymania Ducha Świętego⁹⁹. W czasach apostołskich nie było określonego miejsca chrztu ani konkretnego terminu. W miarę rozwoju Kościoła kształtowała się liturgia i udzielano chrztu w specjalnych pomieszczeniach – baptysteriach.

Pierwszym historycznym źródłem przekazującym informacje o sakramencie chrztu jest *Didache* z II . W pierwszej części zawiera ona naukę o „dwóch drogach”, która uznawana jest za katechezę przedchrzcielną¹⁰⁰. Od początku swojego istnienia Kościół podkreśla, że poza chrztem nie ma innej drogi, która zapewniałaby wierzącym wejście do szczęścia wiecznego. Dlatego stara się nie zaniedbywać misji otrzymanej od Boga, udostępniając wszystkim, którzy mogą być ochrzczeni, odrodzenie „poprzez wodę”¹⁰¹.

W pierwszych wiekach chrześcijaństwa sakramenty inicjacji chrześcijańskiej, do których należały chrzest, bierzmowanie i Eucharystia, były udzielane jednocześnie. Sakramenty jednoczyły się i wzajemnie uzupełniały, doprowadzając wierzących do pełnej i dojrzałej wiary w Chrystusa. Wyraz temu dają słowa Grzegorza Wielkiego: „chrzest jest najpiękniejszym i najwspanialszym darem Boga... Nazywamy go darem, łaską, zanurzeniem, namaszczeniem, oświeceniem, szatą nieskazitelną, obmyciem odradzającym, pieczęcią i wszystkim, co może być najcenniejsze”¹⁰². Chrzest jest pierwszym i podstawowym sakramentem wtajemniczenia chrześcijańskiego. Włącza człowieka w historię zbawienia zapoczątkowaną w Starym Testamencie, wypełnioną w osobie Jezusa Chrystusa i kontynuowaną przez Kościół.

Chrzcić (z gr. *baptizein*) to zanurzyć w wodzie, gdzie woda jest symbolem odrodzenia się i nowego stworzenia¹⁰³. Bóg wychodzi człowiekowi naprzeciw, z inicjatywą zbawienia, na którą człowiek może odpowiedzieć poprzez nawrócenie, wiarę i miłość.

⁹⁸ Por. A. Rouet. *Zrozumieć sakramenty*. Kraków 2002 s. 11.

⁹⁹ Por. Tamże s. 29.

¹⁰⁰ Por. H. Pyskło. *Sakrament chrztu w I i II wieku (Didache, Justyn, Tertulian)*. W: https://opoka.org.pl/biblioteka/T/TH/pysklo_2011_chrzest_hist.html (dostęp 2022.08.30).

¹⁰¹ Por. Tamże.

¹⁰² Por. Liturgika III s. 25-26.

¹⁰³ Por. KKK nr 1214.

Widzialnym znakiem odpowiedzi człowieka na wezwanie Boga jest całkowita przemiana życia, zawierzenie Bogu, akceptacja nauczania Kościoła i przyjmowanie sakramentów świętych. Zbawienie człowieka dokonuje się dzięki przymierzu z Bogiem. Poprzez chrzest człowiek jest zaproszony do paschy Chrystusa, do odrodzenia i zmartwychwstania. Wraz z ochrzczonymi staje się częścią Jego Mistycznego Ciała.

Praktyka chrztu dzieci sięga II w., chrzczono wówczas członków całego domu¹⁰⁴. Dzieci są skażone grzechem pierworodnym i potrzebują nowego narodzenia poprzez chrzest. Przez chrzest zostają zaproszone do królestwa wolności dzieci Bożych¹⁰⁵. Rodzice, którzy przynoszą dziecko do chrztu, pozwalają na przyjęcie łaski stania się dzieckiem Bożym¹⁰⁶. Sakramentu chrztu udziela się dzieciom pod warunkiem, że rodzice proszą o ten sakrament w jedności z wiarą Kościoła. W razie zagrożenia życia, każda osoba może udzielić chrztu pod warunkiem, że ma szczerą intencję i poleje głowę dziecka wodą, wypowiadając słowa: „N. Ja ciebie chrzczę w imię Ojca i Syna, i Ducha Świętego”¹⁰⁷. Szafarzem chrztu świętego jest kapłan, ale w momencie zagrożenia życia szafarzem może być osoba świecka, nawet nieochrzczona, pod warunkiem, że posiada odpowiednią intencję. Kościół pozwolił na udzielanie sakramentu chrztu osobom świeckim ze względu na wypełnianie powszechnej woli zbawczej Boga, tak, aby każdy mógł otrzymać Jego łaski¹⁰⁸. Kodeks prawa kanonicznego mówi nam, że zwyczajnym szafarzem chrztu jest biskup, prezbiter i diakon. Wymienia on również trzy kategorie ludzi, którzy mogą udzielić sakramentu chrztu w chwili zagrożenia życia. Należą do nich katechiści, inne osoby wyznaczone przez ordynariusza miejsca oraz każdy człowiek, który posiada właściwą intencję. Nazywa się te osoby „nadzwyczajnymi szafarzami”¹⁰⁹. Praktyka udzielania chrztu świętego, nie tylko uroczystego, ale także udzielanego w momencie zagrożenia życia, była stosowana od bardzo dawna. Ta tradycja przyczyniła się do uzyskania możliwości udzielania chrztu dzisiaj w szpitalach.

Zgodnie z instrukcją archidiecezji Chicago zatytułowaną *Preparation for the Sacraments of Initiation*, opublikowaną w 2012, w przepisie 102.6.1 (*Policy*) czytamy, że biskup, kapłan i diakon są upoważnieni do udzielania sakramentu chrztu świętego w przypadku zagrożenia życia. A kiedy kapłan czy diakon są niedostępni, każdy wierzący

¹⁰⁴ Por. KKK nr 1251.

¹⁰⁵ Por. KKK nr 1250.

¹⁰⁶ Por. KKK nr 1250.

¹⁰⁷ Por. KKK nr 1282-1284.

¹⁰⁸ Por. Z. Maj. *Nadzwyczajny szafarz chrztu*. „Warszawskie Studia Pastoralne” 12 (2017) nr 1 s.10.

¹⁰⁹ Por. Archidiecezja of Chicago. *The Sanctifying Office of the Church*. Book IV (21.03.2000) s. 11-12.

członek Kościoła, który ma właściwą intencję, może udzielić sakramentu chrztu świętego dziecku, za zgodą członków rodziny¹¹⁰. Archidiecezja Chicago w przepisie 103.9.1 (*Policy*) we wspomnianej powyżej instrukcji podkreśla, że sakrament chrztu ma być udzielany w Kościele parafialnym. Sakrament ten może być udzielony poza Kościołem, tylko w momencie zagrożenia życia. Każdy, kto udzieli takiego chrztu, jest zobowiązany do poinformowania księdza proboszcza tak, by sakrament został zarejestrowany zgodnie z obowiązującymi przepisami¹¹¹. Noworodek, który został ochrzczony w momencie zagrożenia życia, ale nie zmarł, powinien być przyniesiony do kościoła, żeby dopełnić ceremonii chrzcielnej¹¹².

Kapelan świecki bardzo często jest proszony o udzielenie chrztu świętego lub błogosławieństwo niemowląt, które są w stanie zagrożenia życia lub urodziły się martwe, na prośbę i za zgodą rodziców dziecka.

W posłudze szpitalnej możemy wyróżnić następujące sytuacje:

1. Błogosławienie noworodka, który urodził się martwy.

Sytuację tą ilustruje przykład 30-letniej kobiety pochodzenia meksykańskiego. Została ona przyjęta do szpitala z komplikacjami w czasie ciąży. Niestety o trzeciej nad ranem urodziła w 32 tyg. ciąży martwego chłopca. Rodzice dziecka byli katolikami i wierzyli, że jeżeli dziecko nie będzie ochrzczone to nie dostąpi zbawienia. Pielęgniarka na prośbę rodziców zadzwoniła po kapelana świeckiego, który po przybyciu wyjaśnił rodzicom, że zgodnie z nauką Kościoła katolickiego nie chrzci się dzieci, które nie żyją. Kapelan może tylko pomodlić się przy ciele dziecka. Niestety rodzice nie byli do końca zadowoleni z nauki Kościoła, pomimo to wyrazili zgodę na modlitwę przy zwłokach dziecka¹¹³.

Studenci CPE w 2012 r. ułożyli modlitwę dla wszystkich wyznań, która została zatwierdzona przez *Pastoral Care Department*, do wykorzystania podczas modlitwy przy zmarłym dziecku¹¹⁴. Kapelan świecki, posługując rodzicom w ich bólu, odmawia tę modlitwę: „W tym dniu stajemy z ogromnym smutkiem, szukając pocieszenia w Bogu. Opłakujemy stratę ukochanego dziecka, którego (imię matki) nosiła pod swoim sercem. Miłosiwy Ojczyce prosimy Cię łaskawie, otocz swoim

¹¹⁰ Por. Tamże s. 12.

¹¹¹ Por. Tamże.

¹¹² Por. Archidiecezja Chicago. *The Rite of Bringing a Baptized Child to the Church in the Rite of Baptism for Children*. Book VI (21.03.2012) s. 22.

¹¹³ Wywiad nr 33 [M. Pa. ok. 30 lat, pochodzenia meksykańskiego, katoliczka; 20.01.2021]. AW s. 33.

¹¹⁴ Przekład własny. Tekst angielski znajduje się w tzw. *Share Drive* i jest udostępniony kapelanom zatrudnionym w tej instytucji.

miłosierdziem i miłością rodziców, którzy oplakują stratę dziecka. Wzbudź w ich sercach wiarę, nadzieję i miłość, pomóż w walce ze smutkiem i żałobą”. Następnie wszyscy odpowiadają: Amen. Kapelan kontynuuje: „Jeremiaszowi Pan powiedział, że zanim się począł w łonie matki, Bóg już go znał. Bóg również zna (imię dziecka), zanim się poczęło. Dlatego nadajemy Ci imię (imię dziecka). I Błogosławimy Cię w Imię Ojca i Syna, i Ducha Świętego”. Po tych słowach wszyscy odmawiają modlitwę „Ojcze nasz”. Po skończonej modlitwie kapelan świecki modli się: „Miłosierny Boże, Twój Duch wstawia się za nami nawet, jeśli my nie wiemy jak o to prosić. Bądź obecny wśród nas, teraz polecamy Ci to dziecko, któremu daliśmy na imię (imię dziecka), Twojej nieustającej miłości. Polecamy miłosiernemu Bogu wszystkie zmarłe dzieci, aby spoczywały w pokoju wiecznym. Amen”.

2. Ochrzczenie dziecka w momencie zagrożenia życia.

Sytuacja ta zostanie wyjaśniona na przykładzie katolickiej rodziny z Filipin. Kobieta w wieku trzydziestu czterech lat urodziła zdrowe dziecko o godz. 14.00. Podczas karmienia dziecko przestało oddychać. Zrozpaczona kobieta zaczęła wołać o pomoc. W szpitalach w Chicago, jeżeli zachodzi taka sytuacja, ogłaszany jest przez mikrofon kod RRT (*Rapid Response Team*). Po ogłoszeniu kodu specjalny zespół medyczny, składający się z lekarzy różnych specjalności, pielęgniarki i kapelana, biegnie do pacjenta, aby mu pomóc. Tak też było w tym przypadku. Kapelan przybył ze względu na RRT (*Rapid Response Team*)¹¹⁵. Lekarze zaczęli reanimować dziecko, a matka krzyczała, żeby go ktoś ochrzcił. Ponieważ kapelan świecki był obecny, został poproszony o udzielenie sakramentu chrztu na wypadek, gdyby dziecko nie przeżyło. Na szczęście dziecko nie zmarło i po kilku tygodniach pobytu na intensywnej terapii zostało wypisane do domu. Kapelan świecki poinformował rodziców, aby udali się do swojej parafii i poinformowali księdza proboszcza o zaistniałej sytuacji oraz oficjalnie dopełnili obrzędów chrztu dziecka w kościele. Kapelan wysłał list do parafii, do której należeli rodzice i dziecko¹¹⁶.

W innym przypadku kapelan został poproszony na oddział intensywnej terapii, aby ochrzcić dwudniowe dziecko, które zmarło tuż po zakończeniu udzielania sakramentu chrztu¹¹⁷.

3. Udzielanie sakramentu chrztu dorosłej osobie bliskiej śmierci.

¹¹⁵ RRT (*Rapid Respond Team*) jest kodem medycznym stosowanym w szpitalu, kiedy stan pacjenta się nagle pogorszył. W skład zespołu medycznego wchodzi lekarze głównych specjalności ratujących życie oraz kapelan.

¹¹⁶ Wywiad nr 34 [M. Pa. + Rodz. ok. 3 dni, pochodzenia amerykańskiego, katolicy; 10.01.2021]. AW s. 34.

¹¹⁷ Wywiad nr 35 [K. Pa. ok. 30 lat, pochodzenia amerykańskiego, katoliczka; 22.02.2021]. AW s. 35.

Sytuację tę ilustruje przykład pięćdziesięcioletniego mężczyzny, ateisty. Cierpiał na chorobę nowotworową. Lekarze „dali” mu siedem miesięcy życia. Odwiedził go kapelan świecki. Mężczyzna nie wiedział, kim jest kapelan i jaką rolę spełnia w szpitalu. Rozmowa rozpoczęła się od wyjaśnienia roli kapelana w szpitalu. Podczas rozmowy mężczyzna zadawał pytania na temat śmierci. W czasie następnych wizyt rozmowy zaczęły być na tyle głębokie, że weszły na płaszczyznę ewangelizacji. Pacjent poprosił o Biblię. Po kilku tygodniach poprosił kapelana o chrzest. Kapelan zwrócił się do kapłana o pomoc. Kapłan zadzwonił do archidiecezji Chicago i, po rozmowie z biskupem, uzyskał zgodę na udzielenie sakramentów inicjacji chrześcijańskiej choremu, który w niedługim czasie zmarł¹¹⁸.

4.7. Udzielanie Komunii Świętej

Wszystkie sakramenty są skierowane ku Eucharystii, w której Chrystus jest obecny pod postaciami chleba i wina, karmi nas, dając nam życie wieczne. W komunii eucharystycznej dokonuje się zjednoczenie z Chrystusem oraz wspólnotą Kościoła. Eucharystia jest pamiątką Paschy Chrystusa, dzięki której człowiek ma życie wieczne¹¹⁹. To sam Chrystus, odwieczny kapłan składa ofiarę Bogu. Tylko wyświęceni kapłani mogą przewodniczyć Eucharystii i konsekrować chleb i wino, aby się stały ciałem i krwią Chrystusa¹²⁰. W starożytności Komunii Świętej udzielano zarówno dzieciom, jak i dorosłym – dorosłym pod dwiema postaciami, a dzieciom tylko pod postacią chleba. Praktyka ta zachowała się w Kościele Zachodnim do XIII wieku¹²¹. Eucharystia kontynuuje chrzest, rozwija otrzymane w sakramencie chrztu świętego nowe życie¹²². Uczestnictwo w Eucharystii zakłada udział w Komunii Świętej, dzięki temu Chrystus tworzy w zebranych „jedno ciało”. Tak, jak z przygotowanego stołu słowa Bożego, lud wierny otrzymuje pokarm¹²³. Eucharystia jest sercem i szczytem Kościoła, ponieważ sam Chrystus włącza Kościół i wszystkie jego członki, na wzór Mistycznego Ciała, do swojej ofiary uwielbienia i dziękczynienia złożonej raz na zawsze Bogu Ojcu na krzyżu. Eucharystia, którą Kościół celebrował, „składa się jakby z dwóch części, mianowicie z liturgii słowa i liturgii eucharystycznej, które ściśle łączą się ze sobą, stanowią jeden akt kultu. Albowiem we Mszy

¹¹⁸ Wywiad nr 36 [M. Pa. ok. 53 lat, pochodzenia amerykańskiego, ateista; 05.07.2021]. AW s. 37.

¹¹⁹ Por. KKK nr 1407.

¹²⁰ Por. KKK nr 1411.

¹²¹ Por. Liturgia III s. 17.

¹²² Por. Tamże.

¹²³ Por. OWMR nr 8.

Świętej zostaje zastawiony zarówno stół słowa, jak i Chrystusowego Ciała, z którego wierni czerpią naukę i pokarm¹²⁴”.

Z nauki o Eucharystii rodzi się także praktyka wyróżniania dwóch stołów eucharystycznych przeznaczonych dla świeckich mężczyzn: lektora, który posługuje przy stole słowa, i akolity, który posługuje przy stole chleba¹²⁵. Współcześnie akolitą może być kobieta i mężczyzna¹²⁶, który „usługuje przy ołtarzu oraz pomaga kapłanowi i diakonowi. Przede wszystkim ma przygotowywać ołtarz i naczynia liturgiczne oraz w razie potrzeby rozdawać wiernym Eucharystię, której jest szafarzem nadzwyczajnym”¹²⁷. W przypadkach szczególnych może także wystawiać Najświętszy Sakrament do adoracji bez udzielania błogosławieństwa¹²⁸.

Troska Kościoła o łatwiejszy dostęp do Komunii wiernych uczestniczących w wielkich zgromadzeniach eucharystycznych, a zwłaszcza chorych była motywem wprowadzenia funkcji nadzwyczajnego szafarza Komunii Świętej. Tę posługę nadzwyczajni szafarze wypełniają tylko wtedy, gdy brak jest szafarzy zwyczajnych lub wówczas, gdy z powodu dużej liczby wiernych jej udzielanie znacznie przedłużałoby liturgię. Ważna jest także możliwość przyjęcia Komunii Świętej przez chorych w szpitalach lub innych placówkach medycznych¹²⁹.

Posługę nadzwyczajnych szafarzy Komunii określiła Instrukcja *Immensae caritatis* (29.01.1973), w której znajdziemy wyjaśnienie, że wprowadzenie jej zostało podyktowane prawdziwą koniecznością i dobrem duchowym wiernych. Uwzględniając życzenia wielu biskupów i kapłanów, Konferencja Episkopatu Polski w dniu 2 maja 1990 r. określiła warunki, według których biskupi diecezjalni w Polsce mogą powoływać świeckich mężczyzn do posługi nadzwyczajnych szafarzy Komunii Świętej¹³⁰. Komisja Episkopatu do Spraw Liturgii i Duszpasterstwa Liturgicznego zaproponowała szczegółowy program formacyjny¹³¹.

¹²⁴ Por. Instrukcja Episkopatu Polski w sprawie udzielania posługi lektora i akolity świeckim mężczyznom (2.10.2007) „Anamnesis” 14 (2008) nr 1(52) s. 41-45.

¹²⁵ Por. Tamże s. 1.

¹²⁶ Franciszek. List apostolski *Desiderio desideravi* (29.06.2022) nr 3.

¹²⁷ Por. Tamże s. 1.

¹²⁸ Por. Tamże.

¹²⁹ Por. C. Krakowiak. *Teologiczne i normatywne zasady współpracy świeckich w ministerialnej posłudze kapłanów*. „Ruch Biblijny i Liturgiczny” 52 (1999) s. 276-279. W:
<https://www.liturgista.pl/?page=theology&content=document&label=1999-01-01-B-CK-TNZ>

¹³⁰ KPK kan. 910 i 230.

¹³¹ Por. Konferencja Episkopatu Polski. *Modyfikacja Instrukcji w sprawie formacji i sposobu wykonywania posługi nadzwyczajnych szafarzy Komunii Świętej z dnia 22 VI 1991 r.* (18.10.2006).

Zgodnie z zaleceniem soborowej *Konstytucji o liturgii* wszystkie osoby pełniące funkcje liturgiczne należy starannie wychowywać w duchu liturgii oraz przygotowywać je do odpowiedniego i zgodnego z przepisami wykonywania przypadających każdemu czynności¹³². Zależnie od miejscowych warunków program formacyjny nadzwyczajnych szafarzy Komunii Świętej może być w różny sposób realizowany w poszczególnych diecezjach¹³³.

Do zasadniczych obowiązków nadzwyczajnego szafarza Komunii Świętej należy również pomoc w zanoszeniu jej chorym i niepełnosprawnym. W przeddzień Komunii pomocnik powinien odwiedzić chorego. W ramach duchowego przygotowania należy delikatnie zapytać chorego czy pragnie przed Komunią przyjąć sakrament pokuty, jeśli tak, trzeba o tym powiadomić proboszcza¹³⁴. Omówione powyżej obowiązki nadzwyczajnego szafarza Komunii Świętej przypominają część zakresu obowiązków katolickiego kapelana świeckiego, którego posługa również obejmuje opieką chorych przebywających w szpitalach i placówkach medycznych.

Zgodnie z przepisami nr 204 archidiecezji chicagowskiej (204 *Policy*) zamieszczonymi w *The Sacrament of Initiation* nadzwyczajni szafarze Komunii Świętej (*Eucharistic minister*) są włączeni do udzielania Komunii chorym. W odpowiedzi na potrzebę duszpasterską w 1969 r. papież Paweł VI wydał instrukcję *Custos fidei*, w której udzielił pozwolenia ochrzczonym członkom Kościoła, aby w pewnych okolicznościach pomagali w udzielaniu Komunii Świętej. Instrukcja i wspomagające ją dokumenty, takie jak: *Immensae caritatis* (1973), Ogólne wprowadzenie do mszału rzymskiego (*General Instruction of the Roman Missal* z1975), pozwoliły osobom świeckim, których nazywamy nadzwyczajnymi szafarzami na pomoc przy udzielaniu Komunii Świętej, jak również na zanoszenie Eucharystii chorym i cierpiącym do ich domów lub szpitali na terenie Stanów Zjednoczonych¹³⁵. Zwyczajnymi szafarzami Komunii są biskupi, prezbiterzy i diakoni, na mocy święceń. Celem nadzwyczajnych szafarzy jest rozdzielanie Komunii podczas Mszy, gdy liczba zwyczajnych szafarzy Eucharystii jest niewystarczająca, aby służyć zgromadzeniu z szacunkiem. Wyznaczenie pomocniczego szafarza zapobiega nadmiernemu wydłużaniu się czasu Komunii pod postaciami chleba i wina¹³⁶.

¹³² KL nr 29.

¹³³ Por. Tamże.

¹³⁴ Por. Tamże.

¹³⁵ Por. Archdiocese of Chicago. *The Sanctifying Office of the Church* s. 18.

¹³⁶ Por. Tamże.

Głównym zadaniem nadzwyczajnych szafarzy jest posługa chorym polegająca na przyniesieniu Komunii Świętej zwłaszcza tym, którzy nie mogą opuścić swoich domów. Jest to poszerzanie miłości Kościoła. Archidiecezja chicagowska zezwoliła na wykonywanie funkcji nadzwyczajnych szafarzy komunii również podczas Mszy Świętych. Zezwolenie to zostało po raz pierwszy wydane przez kardynała Johna Cody 4 lipca 1971 r. Pozwolenie na posługę chorym poprzez zanoszenie Komunii do prywatnych domów, szpitali czy innych medycznych instytucji zostało ogłoszone 22 czerwca 1973 r.¹³⁷ Archidiecezja Chicago wydała instrukcję dotyczącą wymagań i szkolenia nadzwyczajnych szafarzy posługujących w kościele podczas Mszy i instrukcję dla nadzwyczajnych szafarzy wspierających chorych w zakładach opieki medycznej. Zgodnie z przepisami archidiecezji Chicago (204.1.1. *Policy*) wybór pomocniczych szafarzy Komunii posługujących podczas Mszy Świętej lub przeznaczonych do posługi chorym musi odbywać się pod nadzorem księdza proboszcza, przełożonego lub dyrektora instytucji religijnej. W kolejnym przepisie (204.1.2 *Policy*) czytamy, że pomocniczy szafarze Komunii Świętej, posługujący podczas Mszy lub chorym, muszą być ochrzczeni i bierzmowani w Kościele rzymsko-katolickim, regularnie uczestniczyć we Mszy Świętej, przykładowo zachowywać zasady moralności chrześcijańskiej, być wierni wierze, oddani Bogu, szanowani przez wspólnotę, muszą okazywać zainteresowanie i zaangażowanie w życie wspólnoty¹³⁸. Następnie (204.2 *Policy*) pojawiają się wytyczne odnoszące się do przygotowania i formacji kandydatów. Kolejny przepis (204.2.1 *Policy*) mówi, że nadzwyczajny szafarz Komunii Świętej musi ukończyć odpowiednią katechezę i formację liturgiczną zanim zostanie powołany do wykonywania posługi. Obowiązują następujące zasady:

1. Katechezy i formację liturgiczną zapewnia lokalna społeczność.
2. Katechezy powinny obejmować tematykę dotyczącą znaczenia i wyzwań wynikających z chrztu świętego, obowiązujących każdego posługującego Kościołowi.
3. Formacja liturgiczna nadzwyczajnego szafarza powinna dotyczyć zasad i praktyki udzielania Komunii Świętej w parafii¹³⁹.

Archidiecezja Chicago poucza (204.2.2. *Policy*), że nadzwyczajni szafarze Komunii posługujący chorym muszą uczestniczyć w katechezach, edukacji duszpasterskiej oraz formacji liturgicznej, która jest nieco inna, niż ta przeznaczona dla szafarzy służących

¹³⁷ Por. Tamże.

¹³⁸ Por. Tamże s. 19.

¹³⁹ Por. Tamże s. 20.

podczas Mszy. Formacja ta kończy się egzaminem, po którym kandydat jest oficjalnie upoważniony do posługi. W skład formacji wchodzi:

1. Katechezy przeznaczone dla szafarzy Komunii udzielanej chorym. Są one prowadzone przez *Office for Divine Worship* (Urząd Służby Bożej).
2. Parafia może prowadzić własny program przygotowania pod warunkiem, że przedstawi jego zarys zatwierdzony przez *Office for Divine Worship*.
3. *Office for Divine Worship* może udzielić pomocy i wskazówek do planowania katechezy, formacji duszpasterskiej i liturgicznej szafarzy skierowanych do posługi chorym¹⁴⁰. Przepisy (204.3.1. *Policy*) upoważniają proboszcza, przełożonego czy dyrektora instytucji katolickich do przedstawienia listy kandydatów, którzy mają zostać powołani jako pomocniczy szafarze (do rozdawania Komunii podczas Mszy oraz chorym). Listę posługujących przedstawia się przełożonemu – jest nim *Director of the Office for Divine Worship*¹⁴¹.

Wymagania wobec nadzwyczajnych szafarzy udzielających Komunii chorym w szpitalu, które obowiązują w archidiecezji Chicago, sformułowane zostały w następujący sposób:

1. Nadzwyczajni szafarze otrzymują upoważnienie do zanoszenia i udzielania Komunii Świętej chorym na okres trzech lat. Przepis ten pozwala na ich systematyczną weryfikację.
2. Formacja szafarzy odbywa się w trzech rejonach.

Wszystkie parafie, wspólnoty religijne i inne instytucje katolickie zostały podzielone na trzy grupy. Szafarze nadzwyczajni posiadający upoważnienie do pełnienia tej funkcji wydane w innej diecezji mogą być upoważnieni w archidiecezji Chicago przez proboszcza (ordynariusza miejsca). Samodzielnie nie można wystąpić o pozwolenie. Musi to uczynić proboszcz¹⁴².

Przepisy archidiecezji (204.5.1. *Policy*) stanowią, że szafarze udzielający Komunii chorym powinni używać obrzędów zatwierdzonych przez Kościół w *Pastoral Care of the Sick. Cuidado Pastoral de Los Enfermos*, gdy posługują w domach, szpitalach lub innych instytucjach, gdzie przebywają chorzy. Kolejny przepis (204.5.2. *Policy*) stwierdza, że Hostia będzie musiała być umieszczona w cyborium. Najświętszy Sakrament nie może być nigdy przechowywany w prywatnym domu, biurze czy samochodzie¹⁴³. Dokładne wytyczne określają, że należy uzgodnić z parafią lub instytucją możliwość uzyskania dostępu do

¹⁴⁰ Por. Tamże.

¹⁴¹ Por. Tamże.

¹⁴² Por. Tamże s. 21.

¹⁴³ Por. Tamże s. 22.

tabernakulum, tak, aby można było wziąć znajdujące się tam konsekrowane Hostie w razie potrzeby, w przypadku niesienia posługi chorym.

Tych, którzy opiekują się chorymi lub niepełnosprawnymi należy poinstruować, aby przygotowali stół nakryty obrusem, na którym będzie spoczywał Najświętszy Sakrament. Zaleca się, aby była zapalona świeca i stało naczynie z pobłogosławioną wodą (święconą). Można również umieścić krzyż na stole. W warunkach szpitalnych możliwości te są nieco ograniczone. Przygotowanie do udzielania Komunii nie powinno być dokonywane w sposób pospieszny.

Kiedy bezpośrednio po Mszy Świętej Komunia jest zanoszona chorym, szafarze oraz szafarze nadzwyczajni otrzymują Najświętszy Sakrament do cyborium podczas obrzędu Komunii¹⁴⁴.

Przepis archidiecezji (204.5.3. *Policy*) określa, że chorzy, którzy nie mogą przyjąć Komunii Świętej pod postacią chleba, mogą ją otrzymać pod postacią wina¹⁴⁵. Dokonuje się to w następujący sposób:

1. Drogocenna Krew konsekrowana podczas Mszy i zachowana tylko w tym celu, jest niesiona w sposób godny i bezpieczny.
2. Drogocenna Krew, która zostaje po udzieleniu Komunii Świętej choremu, powinna zostać spożyta przez szafarza nadzwyczajnego.

Naczynie musi być odpowiednio oczyszczone i nie może być używane do innych celów¹⁴⁶.

Rozporządzenie 206.3.3. (*Policy*) wskazuje na to, że można udzielać Komunii Świętej w szpitalach i instytucjach medycznych, w których kapłan nie może sprawować Eucharystii, zgodnie z instrukcją znajdującą się w *Pastoral Care of the Sick. Cuidado Pastoral de Los Enfermos*¹⁴⁷.

Kapłani katoliccy i świeccy kapelani, którzy są szafarzami Komunii będącymi w stanie łaski uświęcającej, mają możliwość udzielania Komunii Świętej. W szpitalach chicagowskich w większości przypadków pacjenci nie mogą opuszczać sal chorych, dlatego jest niezbędne, aby kapłan czy kapelan katolicki udzielał Komunii w sali szpitalnej. Kodeks prawa kanonicznego¹⁴⁸ zawiera przepisy mówiące o umiejscowieniu, znaczeniu i strzeżeniu tabernakulum, w którym przechowuje się Najświętszy Sakrament. Zabrania się

¹⁴⁴ Por. Tamże s. 23.

¹⁴⁵ Por. Tamże s. 24.

¹⁴⁶ Por. Tamże.

¹⁴⁷ Por. Tamże.

¹⁴⁸ Por. KPK kan. 938-940.

przechowywania Najświętszego Sakramentu u siebie oraz zabierania go ze sobą w drogę¹⁴⁹. Gdyby doszło do profanacji Eucharystii, biskup diecezjalny winien natychmiast cofnąć pozwolenie na jej przechowywanie¹⁵⁰.

Archidiecezja Chicago zaleca, aby udzielanie Komunii Świętej w szpitalu odbywało się w sposób proponowany przez *Pastoral Care of the Sick. Cuidado Pastoral de Los Enfermos*¹⁵¹. W odróżnieniu od polskich obrzędów udzielania chorym Komunii, amerykański obrzęd nie przewiduje aktu pokuty¹⁵². W wersji amerykańskiej na początku obrzędu szafarz Komunii Świętej wypowiada zachętę: *How holy is this feast in which Christ is our food: his passion is recalled; grace fills our hearts; and we receive a pledge of the glory to come*¹⁵³. Następnie postępuje według następujących wskazań: *Liturgy of the Holy Communion On the entering each room, the minister may use the following greeting: The peace of the Lord be with you always. If there is a time and it seems desirable, the minister may proclaim a Scripture reading. Potem następuje modlitwa „Ojcze nasz”. Po tej modlitwie eucharystic minister shows the eucharistic bread to those present, saying: This is the Lamb of God who takes away the sins of the world. Happy are those who hunger and thirst for they shall be satisfied. The sick person and all who are to receive communion say: Lord, I am not worthy to receive you, but only say the word and I shall be healed. Następnie szafarz udziela Komunii Świętej choremu. Po czym następuje obrzęd zakończenia: Let us pray. God Our Father, you have called us to share the one bread and one cup and so become one in Christ. Help us to live in him that we may bear fruit, rejoicing that he has redeemed the world. We ask this through Christ our Lord. Amen*¹⁵⁴.

Najczęściej stosowanym przez katolickiego kapelana świeckiego obrzędem liturgicznym jest obrzęd Komunii poza Mszą Świętą. Ma to miejsce tylko wówczas, kiedy kapłan jest nieobecny lub gdy podczas jego wizyty jest wielu pacjentów czekających na sakrament spowiedzi i namaszczenia. Katolicki kapelan świecki pomaga kapłanowi w udzielaniu Komunii zarówno chorym i ich rodzinom, jak i personelowi medycznemu.

¹⁴⁹ Por. KPK kan. 935.

¹⁵⁰ Kongregacja ds. Kultu Bożego i Dyscypliny Sakramentów. Instrukcja *Redemptionis sacramentum* (25.03.2004). Poznań 2004 nr 131.

¹⁵¹ Por. *Pastoral Care of the Sick. Cuidado Pastoral de Los Enfermos*. Catholic Book Publishing Corp.: New Jersey 2007 s.116- 123.

¹⁵² Por. SCh nr 55-62.

¹⁵³ Por. *Pastoral Care of the Sick. Cuidado* s.116.

¹⁵⁴ Por. Tamże s.122.

Kapelana świeckiego obowiązują przepisy chroniące Eucharystię przed profanacją. Nie może on sprawować ofiary eucharystycznej. W takim przypadku dopuściłby się ciężkiego przestępstwa, świętokradztwa. Do tego typu przestępstw Kościół zalicza także:

1. Zabranie, przechowywanie w celu świętokradczym albo porzucenie świętych postaci.
2. Usiłowanie sprawowania liturgicznej czynności ofiary eucharystycznej lub jej symulowanie.
3. Koncelebrację ofiary eucharystycznej razem z szafarzami wspólnot kościelnych, które nie posiadają sukcesji apostoelskiej ani nie uznają sakramentalnej godności święceń kapłańskich.
4. Konsekrację w celu świętokradczym jednej postaci bez drugiej, w czasie celebracji eucharystycznej, albo nawet obydwu poza sprawowaniem Eucharystii¹⁵⁵.

Przestępstwa przeciwko wierze oraz poważne przestępstwa popełnione w czasie sprawowania Eucharystii i innych sakramentów winny być niezwłocznie przekazane do Kongregacji Nauki Wiary, która je „osądza, oraz, gdy zajdzie potrzeba, przystępuje do orzeczenia lub nałożenia sankcji kanonicznych zgodnie z przepisami prawa powszechnego albo własnego”¹⁵⁶. Ze swojej strony ordynariusz winien postępować zgodnie z przepisami świętych kanonów, nakładając, jeśli domaga się tego konkretny przypadek, kary kanoniczne. Jeśli chodzi o poważne wykroczenia powinien powiadomić Kongregację ds. Kultu Bożego i Dyscypliny Sakramentów¹⁵⁷.

4.8. Przygotowanie do sakramentu pokuty i pojednania

W Starym Testamencie wyrażone jest przekonanie, że człowiek przez swoje nieposłuszeństwo wobec Boga popełnia grzechy. Dlatego Izrael miał różne praktyki pokutne, takie jak: składanie ofiar, rytury oczyszczenia i pojednania oraz modlitwy. W religijności żydowskiej można zauważyć związek pomiędzy wyznaniem grzechów a prośbą do Boga¹⁵⁸. Zbawienie wiązano z odpuszczeniem grzechów, głosił to Jan Chrzciciel. Pokuta była ściśle połączona z nawróceniem, które miało wymiar wewnętrzny i zewnętrzny: poszczenie, rozdzieranie szat, przywdziewanie stroju pokutnego, zawodzenie, płacze żałosne, uderzanie się w piersi, opuszczanie głowy, rozwichrzenie włosów i inne¹⁵⁹. Wielki Szabat, który był największym świętem pokutnym, był dniem całkowicie poświęconym

¹⁵⁵ Por. Kongregacja ds. Kultu Bożego i Dyscypliny Sakramentów. Instrukcja *Redemptionis sacramentum* s. 30.

¹⁵⁶ Por. Tamże.

¹⁵⁷ Por. Tamże s. 31.

¹⁵⁸ Por. Liturgika III s. 120.

¹⁵⁹ Por. Tamże s. 120.

modlitwie i pokucie. Obowiązywała rezygnacja ze wszystkich przyjemności cielesnych, na przykład: mycia, namaszczenia ciała, noszenia skózanego obuwia, stosunków małżeńskich czy rytualnej kąpieli¹⁶⁰.

Chrystus powierzył swoją moc odpuszczania grzechów Kościołowi, który jest kontynuacją Jego zbawczej misji. Uczynił to ze względu na miłość i troskę o człowieka. Chrześcijanin na wzór Chrystusa jest odpowiedzialny nie tylko za siebie, ale i za swojego upadającego brata¹⁶¹.

Można powiedzieć, że człowiek sam nie jest w stanie uwolnić się od skłonności do popełniania grzechu. Pojednanie z Bogiem wymaga od niego nie tylko wyraźnego i zdecydowanego odrzucenia grzechu, ale również oderwania się od tego wszystkiego, co może prowadzić do grzechu. Dlatego tak ważny jest sakrament pokuty, zarówno w wymiarze wertykalnym, jak i horyzontalnym¹⁶². Księga liturgiczna zawierająca obrzędy sakramentu pokuty¹⁶³ przywołuje i opisuje tradycyjne nauczanie Kościoła odnośnie takich elementów sakramentu pokuty, jak żal za grzechy, spowiedź, zadośćuczynienie i rozgrzeszenie¹⁶⁴. W sakramencie pokuty ważne jest, aby penitent podjął na nowo odpowiedzialność za siebie i innych. Można powiedzieć, że jest to najbardziej osobisty sakrament, ponieważ w nim grzesznik sam staje przed Bogiem w postawie żalu i ufności. Każdemu wyznaczany jest indywidualny czyn pokutny i udzielane jest rozgrzeszenie¹⁶⁵. Istotną rolę odgrywa rachunek sumienia. Właściwe funkcjonowanie sumienia pozwala człowiekowi wziąć odpowiedzialność za swoje czyny. To ono daje mu wrodzoną zdolność odróżniania dobra i zła. Sama spowiedź oraz przygotowanie do niej musi się odbywać poprzez rachunek sumienia¹⁶⁶. Penitent, który uzyskał przebaczenie, godzi się sam ze sobą, jedna się z Kościołem¹⁶⁷. Wiele popełnianych grzechów rani innych, stąd wynikiem pokuty powinno być zadośćuczynienie. Wymaga tego zwykła ludzka sprawiedliwość. Grzesznik powinien odpokutować swoje grzechy. Zadośćuczynienie dokonuje się przez pokutę, którą nakłada spowiednik¹⁶⁸. Nawrócenie i zadośćuczynienie są drogą powrotu do Boga, co wiąże

¹⁶⁰ Por. Tamże s. 121.

¹⁶¹ Por. Tamże s. 126.

¹⁶² Por. P. Kulbacki. *Ku dojrzałości chrześcijańskiej w Ruchu Światło Życie. Mistagogia sakramentu pokuty*. Rzeszów 2020 s. 21.

¹⁶³ Por. *Obrzędy Pokuty. Dostosowane do zwyczajów diecezji polskich*. Katowice 1981.

¹⁶⁴ Por. Tamże s. 21.

¹⁶⁵ Por. Tamże s. 23.

¹⁶⁶ Por. KKK nr 1468.

¹⁶⁷ Por. KKK nr 1469.

¹⁶⁸ Por. KKK nr 1460.

się z wysiłkiem duchowym i fizycznym. Grzesznik postanawiając więcej nie grzeszyć, w przyszłości ma nadzieję na miłosierdzie Boże¹⁶⁹.

Właściwym miejscem sprawowania sakramentu pokuty i pojednania jest konfesjonał, który znajduje się w kościele lub kaplicy. Kodeks prawa kanonicznego¹⁷⁰ pozwala spowiadać wiernych poza konfesjonałem w wyjątkowych i uzasadnionych okolicznościach¹⁷¹. Oznacza to, że w zwyczajnych warunkach wierni powinni prosić o sakrament, być do niego odpowiednio przygotowani i wolni od zakazu przyjmowania go. Jeżeli szafarz sakramentu pokuty nie ma wątpliwości dotyczących dyspozycji penitenta, który prosi o rozgrzeszenie, nie powinien odmawiać udzielenia go ani też go odkładać¹⁷². W rytuale *Obrzędy pokuty i pojednania* są wymienione trzy formy sprawowania sakramentu pokuty i pojednania: pierwsza to obrzęd pojednania jednego penitenta¹⁷³, druga to obrzęd pojednania wielu penitentów z indywidualną spowiedzią i rozgrzeszeniem¹⁷⁴, trzecia forma to pojednanie wielu penitentów z ogólną spowiedzią i rozgrzeszeniem¹⁷⁵.

Istotę sakramentu pokuty i pojednania stanowią: żal za grzechy, spowiedź, zadośćuczynienie i rozgrzeszenie. Penitent odpowiednio usposobiony przez akty pokuty współdziała w tym sakramencie, który szafarz dopełnia słowami rozgrzeszenia w imieniu Chrystusa i Kościoła¹⁷⁶. Jedynym zwyczajnym sposobem pojednania człowieka z Bogiem jest spowiedź indywidualna i rozgrzeszenie. Tylko w okolicznościach takich, jak, na przykład, znalezienie się w stanie zagrożenia, kiedy dyspozycja fizyczna albo moralna nie pozwalają wszystkim znajdującym się w stanie grzechu ciężkiego skorzystać z indywidualnej spowiedzi, dopuszcza się po wyznaniu żalu za grzechy udzielenie abszolucji wszystkim¹⁷⁷.

W posłudze duszpasterskiej w szpitalach w Chicago kapelan świecki pełni funkcję „bratniej duszy”, polegającą nie tylko na pomocy kapłanom, ale przede wszystkim na poświęceniu czasu choremu, trwaniu przy nim, zwłaszcza przy takich, którzy nie mają bliskich. Chory podczas choroby czy osłabienia organizmu doświadcza osamotnienia, cierpi fizycznie i duchowo. Doznaje utraty poczucia bezpieczeństwa, zdany jest na pomoc bliźnich.

¹⁶⁹ Por. KKK nr 1490.

¹⁷⁰ Por. KPK kan. 946.

¹⁷¹ Por. J. Nowak. *Prawo w służbie wydarzeń zbawczych*. Pallottinum: Poznań 2004 s. 77.

¹⁷² Por. KPK kan. 980.

¹⁷³ Por. *Obrzędy pokuty dostosowane do zwyczajów diecezji polskich*. Katowice 1981 nr 41-48.

¹⁷⁴ Por. Tamże nr 61-68.

¹⁷⁵ Por. Tamże nr 31-35.

¹⁷⁶ Por. C. Krakowiak. *Warunkowe udzielanie sakramentów* s. 79-96.

¹⁷⁷ Por. Tamże.

W przypadku katolickich pacjentów oprócz wyżej wymienionej posługi kapelan świecki może pomóc choremu w przygotowaniu do sakramentu pojednania i zorganizować wizytę kapłana.

Przykładem może być Włoszka, lat dziewięćdziesiąt, katoliczka, regularnie uczęszczająca do kościoła, przebywająca w USA od ponad pięćdziesięciu lat. Została przyjęta do szpitala ze względu na operację biodra. Córka pacjentki poprosiła personel medyczny o Komunię Świętą dla matki. Lekarz zadzwonił do kapelana świeckiego, który poszedł odwiedzić chorą. Pacjentka nie mówiła po angielsku, dlatego kapelan musiał skorzystać z tłumacza. W trakcie rozmowy zwierzyła się, że odkąd przyjechała do Stanów Zjednoczonych, nie przystępowała do sakramentu spowiedzi. Wyznała, że ostatni raz była u spowiedzi pięćdziesiąt lat temu. Kapelan świecki wyjaśnił pacjentce przykazania i pomógł jej przygotować się do spowiedzi. Ponieważ szpital nie miał księdza mówiącego po włosku, kapelan świecki zadzwonił do parafii, do której należała pacjentka, i poprosił księdza o pomoc i przybycie do szpitala w celu udzielenia sakramentu pokuty. Pacjentka wyspowiadała się gorliwie i od tej pory mogła przyjmować Komunię Świętą podczas swojego pobytu w szpitalu¹⁷⁸.

Na terenie Stanów Zjednoczonych obserwuje się to, że wielu psychologów i pastorów protestanckich sceptycznie odnosi się do sakramentu spowiedzi. Często zaprzeczają korzyściom płynącym z tego sakramentu. Niechętnie podchodzą do pomysłu, aby tacy profesjonalści, jak na przykład psycholog i socjolog współpracowali z Kościołem katolickim. Kościół, nie zgadzając się ze sceptykami, stał się pionierem organizacji warsztatów dyskusyjnych na temat współpracy z psychologami i socjologami. Papież Paweł VI w 1965 r. zachęcał, aby w opiece duszpasterskiej wykorzystywać świeckie nauki, a zwłaszcza psychologię i socjologię, które mogą pomóc w zbliżeniu człowieka do wiary i do Boga¹⁷⁹. Kapelan świecki ma ogromne możliwości wykorzystania w pełni wszystkich dziedzin wiedzy, aby móc służyć człowiekowi cierpiącemu. Bardzo często chorzy noszą w swoim sercu grzechy i nie chcą się spowiadać. Dlatego wizyta kapelana świeckiego, ofiarowanie czasu choremu, wzbudzenie zaufania i głębokie rozmowy są niezastąpione w procesie przygotowania do spowiedzi. Człowiek jest istotą złożoną z ciała i duszy, które są nierozłączne. Dlatego leczenie ciała nie przynosi oczekiwanych skutków, kiedy cierpi dusza.

¹⁷⁸ Wywiad nr 49 [K. Pa. ok. 90 lat, pochodzenia włoskiego, katoliczka; 24.04.2020]. AW s. 50.

¹⁷⁹ Por. A. Martinez-Pilkington. *Shame and Guilt: The Psychology of Sacramental Confession*. „The Humanistic Psychologist” 35 (2007) nr 2 s. 203-218. W: <https://doi.org/10.1080/08873260701274272> (dostęp 12.07.2021).

Przykładami są czterdziestosiedmioletnia pacjentka oraz jej matka i ojciec pochodzenia latynoskiego. Kiedy choroba znacznie się nasiliła, pacjentka kilkakrotnie usiłowała popełnić samobójstwo. Przebywała w szpitalu na oddziale psychiatrycznym przez sześć miesięcy, niestety wszystkie wysiłki lekarzy okazywały się bezskuteczne. Lekarz poprosił kapelana świeckiego, aby odwiedził pacjentkę. Podczas pierwszej wizyty kobieta nie chciała rozmawiać z kapłanem, dopiero po sześciu próbach zaczęła rozmawiać. Po kilkunastu spotkaniach poprosiła o wspólną modlitwę, a później zwierzyła się, że jako dziecko została zgwałcona przez swojego kuzyna. Przez te wszystkie lata nie była w stanie wyznać nikomu swojego ciężaru i bólu. Odmawiała spotkania z kapłanem, ponieważ wiedziała, że usiłowanie popełnienia samobójstwa jest grzechem śmiertelnym i bała się do niego przyznać. Za zgodą pacjentki kapelan świecki poprosił o spotkanie zespołu medycznego opiekującego się nią, w trakcie którego pacjentka opowiedziała całą historię swojego życia. Wspólnie mogli jej pomóc w leczeniu. Po tym spotkaniu można było podjąć kroki prowadzące do udzielenia jej pomocy psychologicznej, w rezultacie czego pacjentka poprosiła o spotkanie z księdzem katolickim i skorzystała ze spowiedzi. Po kilku tygodniach została wypisana ze szpitala w stanie zadowolającym¹⁸⁰.

4.9. Przygotowanie do sakramentu chorych

Choroba należy do częstych przeżyć egzystencjalnych, a związane z nią cierpienie budzi rozliczne pytania i refleksje. Pełne światło na te problemy rzuca jedynie objawienie Boże. Kościół pełniąc misję Chrystusa, służy ludziom chorym przez głoszenie słowa Bożego, sprawowanie sakramentów i czynną miłość. Na wzór Chrystusa i w zjednoczeniu z Nim katolicki kapelan świecki niesie ludziom chorym słowo Ewangelii. Kościół szczególną troską otacza chorych, okazując im troskliwość i miłość Chrystusa. Dlatego Kościół wspomaga ich zarówno poprzez celebrowanie sakramentów, jak i przez udzielanie błogosławieństw. Zaleca stosowanie wskazań zawartych w liturgicznej księdze pod tytułem *Sakramenty chorych*, a dotyczących odwiedzin chorych, modlitw przy nich i błogosławienia ich¹⁸¹.

Obrzędy błogosławieństw przewidują dodatkowe wersje modlitw z błogosławieństwem chorych, także z wykorzystaniem czytań i modlitw wskazanych w

¹⁸⁰ Wywiad nr 50 [K. Pa. ok. 47 lat, pochodzenia meksykańskiego, katoliczka; 07.08.2021]. AW s. 51.

¹⁸¹ Por. P. Kulbacki. *Liturgia błogosławieństw w służbie rodziny*. „Roczniki Teologiczne” 61(2014) nr 8; zob. *Pastoral Care of the Sick. Cuidado Pastoral de Los Enfermos* s. 172-179.

*Sakramentach chorych*¹⁸². Modlitwy błogosławieństw ukazują cierpiącego Chrystusa, zawierają prośby o siłę ciała, stałość ducha, cierpliwość w chorobie, zwyciężenie słabości i przywrócenie zdrowia, by móc wielbić Boga swym życiem. Przewidziana jest wersja błogosławienia dorosłych i dzieci sprawowana przez kapłana, diakona lub świeckich oraz wersja skrócona, do stosowania przez kapłana lub diakona¹⁸³.

Udziału świeckich w rytuale błogosławienia chorych wymaga księga *Sakramenty chorych*¹⁸⁴. Wskazania zawarte w nim dotyczą także świeckich kapelanów. Jest to towarzyszenie chorym w najcięższych chwilach ich życia poprzez niesienie pomocy, zrozumienie, rozbudzenie pragnienia przyjęcia sakramentu pokuty i pojednania, który został omówiony w poprzednim punkcie, oraz namaszczenia chorych, przygotowanie do dobrej, sakramentalnej spowiedzi¹⁸⁵.

Cierpienia Chrystusa są częścią i etapem Jego tajemnicy paschalnej. Nie można wyjaśnić do końca teologii sakramentu chorych bez teologii cierpienia. Ludzkie cierpienie można wyjaśnić tylko poprzez krzyż Chrystusa oraz w relacji do Chrystusa ukrzyżowanego i zmartwychwstałego¹⁸⁶. Choroba człowieka powinna przyczynić się do wyzbycia się starego, grzesznego człowieka i przyodziania się w nowego człowieka¹⁸⁷. Struktura obrzędowa i teksty modlitw zalecane w czasie udzielania sakramentu chorych, to zaproszenie do połączenia swojego cierpienia z cierpieniem Chrystusa i upodobnienia się do Zbawiciela. Sakrament namaszczenia chorych swoim rytualnym i logicznym przebiegiem ukazuje głęboki sens cierpienia. Dzięki temu chory może szukać odpowiedzi na pytania o sens choroby i cierpienia. Sakrament daje nadzieję, która przynosi ulgę w cierpieniu. Zbawienie Chrystusa przyszło przez krzyż i mękę. Podniósł cierpienie i chorobę do takiej wartości, która prowadzi człowieka do zbawienia¹⁸⁸.

Odnowione, posoborowe *Ordo Unctionis*, opierając o wnikliwie badania historii liturgii i teologii sakramentu namaszczenia, wyraźnie wskazuje, że jest on przeznaczony głównie dla chorych. Wyrazem tego jest zrezygnowanie z używania dawnej nazwy *extrema unctio* na rzecz nazwy *unctio infirmorum*. W nowym rytuale brak jest klauzuli o

¹⁸² Por. P. Kulbacki. *Liturgia błogosławieństw w służbie* s.70.

¹⁸³ Por. Tamże.

¹⁸⁴ Por. SCh nr 17; zob. C. Krakowiak. *Eklezjalny charakter troski o chorych*. Homo Dei 48 (1979) s. 264-274.

¹⁸⁵ Por. Tamże s. 264-274.

¹⁸⁶ Por. Zaborowski M. *Sakrament namaszczenia chorych w ujęciu teologiczno-prawnym*. „Roczniki Nauk Prawnych”19 (2009) nr 1 s.179. W:
<https://ojs.tnkul.pl/index.php/rnp/article/download/7715/7690/> (dostęp 22.12.2022).

¹⁸⁷ Por. Ef 4, 22-24

¹⁸⁸ Por. Zaborowski M. *Sakrament namaszczenia chorych w ujęciu* s.180.

niebezpieczeństwie śmierci jako koniecznym warunkiem udzielania namaszczenia¹⁸⁹. Przemawia za tym również fakt, że namaszczani są także chorzy przed poważną operacją chirurgiczną oraz osoby w podeszłym wieku. Starzenie się jest etapem życia człowieka, który wywołuje podobne duchowe skutki, jak lęk przed chorobą, cierpieniem, śmiercią, dlatego udziela się tego sakramentu. Mimo to w świadomości niektórych wiernych, którą ukształtowała tradycja, namaszczenie chorych jest traktowane jako ostatnie namaszczenie – namaszczenie bezpośrednio przygotowujące na śmierć. Dlatego wiele osób odmawia, kiedy katolicki kapelan świecki proponuje, by kapłan odwiedził chorego i udzieli mu sakramentu namaszczenia chorych. Postawa taka występuje między innymi w społeczności Meksykanów mieszkających w Chicago. Nadal zachował się u nich zwyczaj, że pacjenci w szpitalach zwracają się z prośbą o namaszczenie chorych dopiero w momencie zagrożenia życia. Kiedy katolicki kapelan świecki proponuje im wizytę kapłana, stanowczo odmawiają, stwierdzając: *I am not dying* (ja jeszcze nie umieram).

W *Katechizmie Kościoła katolickiego* czytamy, że „namaszczenie chorych nie jest sakramentem przeznaczonym tylko dla tych, którzy znajdują się w ostatecznym niebezpieczeństwie utraty życia”¹⁹⁰. Sakrament namaszczenia należy do sakramentów uzdrowienia, mimo że w historii Kościoła jego znaczenie i nazwa ewoluowały. Nadal wiążą się z nim liczne nieporozumienia. Wielu ludzi nazywa go ostatnim namaszczeniem i czeka na ostatnią chwilę, aby go przyjąć, co jest szczególnie widoczne podczas pracy w szpitalu. Równie często wierni uważają, że można go przyjąć tylko raz i kojarzą ten sakrament ze śmiercią. Dlatego w czasie swojej pracy w szpitalu katolicki kapelan świecki bardzo często wyjaśnia chorym, że mogą przyjmować sakrament namaszczenia, kiedy choroba przedłuża się. Można go powtórzyć zawsze, gdy po wyzdrowieniu chory ponownie ciężko zachoruje.

W obliczu nagłego niebezpieczeństwa śmierci chory powinien przyjąć sakrament pokuty, który daje umierającemu odpust zupełny. Po nim odnawiane jest chrzcielne wyznanie wiary oraz odmawiana litania, a następnie zostaje udzielony choremu sakrament namaszczenia chorych¹⁹¹.

¹⁸⁹ Por. C. Krakowiak *Sakrament namaszczenia chorych w aspekcie teologicznym i pastoralnym*. „Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne” 12 (1979) s. 75. W: https://bazhum.muzhp.pl/media/files/Slaskie_Studia_Historyczno_Teologiczne/Slaskie_Studia_Historyczno_Teologiczne-r1979-t12/Slaskie_Studia_Historyczno_Teologiczne-r1979-t12-s71-95/Slaskie_Studia_Historyczno_Teologiczne-r1979-t12-s71-95.pdf (dostęp 11.12.2021).

¹⁹⁰ Por. KKK nr 1514.

¹⁹¹ Por. C. Krakowiak. *Udzielanie sakramentu w obliczu śmierci*. „Teologia i Człowiek” 10 (2007) s. 166-167.

Wiatyk jest udzielany choremu tuż przed odejściem do domu Ojca. Skutkami specjalnej łaski namaszczenia chorych są zjednoczenie chorego z męką Chrystusa, pocieszenie, spokój i siła do przyjmowania po chrześcijańsku cierpienia, choroby starości i śmierci.

Zadaniem katolickiego kapelana świeckiego jest zapoznanie pacjentów z nauką Kościoła i uświadomienie im, że mogą przyjmować sakrament namaszczenia chorych nie tylko w chwili niebezpieczeństwa śmierci, ale również z powodu choroby lub starości¹⁹².

Przykładem jest kobieta w wieku pięćdziesięciu sześciu lat, Meksykanka. Została przyjęta do szpitala z powodu astmy, duszności nasiliły się i miała wrażenie, że niedługo zakończy życie. Poprosiła kapelana świeckiego o kontakt z katolickim księdzem i udzielenie namaszczenia chorych. Rok później ta sama kobieta ponownie została przyjęta do szpitala z podejrzeniem raka piersi. Poprosiła o rozmowę z katolickim kapelanem świeckim, ponieważ była zainteresowana tym, czy ponownie może przyjąć sakrament namaszczenia chorych. Jak twierdziła, podczas przyjęcia sakramentu po raz pierwszy czuła wewnętrzny spokój i wiarę w to, że choroba z pewnością nie ustąpi, ale stan jej zdrowia znacznie się poprawi. Kapelan świecki cierpliwie wyjaśnił, że chora może ponownie przyjąć sakrament namaszczenia, którego udzieli jej kapłan. Guz okazał się niegroźny. Kobieta w rozmowie z kapelanem stwierdziła z przekonaniem, że dzięki namaszczeniu chorych Bóg miał ją w swojej opiece¹⁹³.

Jako członkowie Kościoła katolickiego jesteśmy zobowiązani do wezwania kapłana do chorego. Zaniedbanie tego obowiązku obciąża nasze sumienie. Członkowie rodziny chorego często źle interpretują słowa lekarzy. Boją się, mimo zapewnień personelu medycznego, że chory może nie przeżyć operacji.

Tak było w przypadku pacjenta, u którego zdiagnozowano raka kości piszczelowej. W planie zabiegu była resekcja części kości piszczelowej i przeszczep. Matka chorego, Meksykanka, lat około czterdzieści siedem, katoliczka, wierząca, praktykująca, poprosiła katolickiego kapelana świeckiego, by wytłumaczył jej synowi, że sakrament namaszczenia chorych nie jest równoznaczny z ostatnim namaszczeniem. Po długiej rozmowie kapelanowi udało się przekonać pacjenta, że jego obawy przed przyjęciem sakramentu są bezpodstawne. Chory twierdził, że matka zaproponowała przyjęcie sakramentu, ponieważ ukrywa przed nim faktyczny stan choroby i boi się mu powiedzieć, że umiera. Katolicki kapelan świecki wytłumaczył mu, że jego przypuszczenia są bezpodstawne, a matka, jako osoba o głębokiej

¹⁹² Por. KKK nr 1514.

¹⁹³ Wywiad nr 77 [K. Pa. ok. 56 lat, pochodzenia meksykańskiego, katoliczka; 14.04.2021]. AW s. 138.

wierze, nie tylko pragnie jego dobra, ale również postępuje zgodnie z nakazami swojego sumienia. Skutkiem rozmowy było przyjęcie przez pacjenta sakramentu namaszczenia chorych¹⁹⁴.

Kolejnym przykładem jest małżeństwo, które mieszkało na wsi. Obydwoje byli na emeryturze. Mężczyzna pracował w fabryce, był wysportowany, w dobrej kondycji zdrowotnej. Obydwoje byli praktykującymi katolikami zaangażowanymi w życie parafii. Marzyli, że gdy przejdą na emeryturę, będą podróżowali i będą mieli więcej czasu dla swoich trojga dorosłych dzieci. Pewnego upalnego dnia mężczyzna po pracy w ogródku położył się na kanapie, żeby odpocząć. Po jakimś czasie żona próbowała go obudzić, ale niestety nie dawał oznak życia. Zrozpaczona żona zadzwoniła po pogotowie, które zabrało męża do szpitala. Po serii badań lekarze stwierdzili krwotoczny udar mózgu. Mężczyzna przeżył, ale nie mógł mówić i miał porażenie prawostronne. Żona była szczęśliwa, że przeżył, dzieci, rodzina i znajomi odwiedzali ich w szpitalu. Kobieta wiedziała, że po wypisaniu ze szpitala jej mąż będzie potrzebował dużo pomocy. Wierni z kościoła, sąsiedzi zadeklarowali, że przyjdą z pomocą. Po tygodniowym pobycie w szpitalu przewieziono pacjenta na rehabilitację, która trwała miesiąc. Po zakończonej rehabilitacji jego stan zdrowia nieco się poprawił, został wypisany do domu, ale w dalszym ciągu wymagał dużej opieki. Lekarz zalecił dalsze korzystanie z fizykoterapii, na którą żona musiała go wozić samochodem. Po pewnym czasie zrozumiała, że mąż nigdy nie będzie taki sam, jak przed wylewem i na tę myśl ogarnęło ją przerażenie. Postanowiła skorzystać z pomocy i rady i poprosiła o nie kapelana. W czasie rozmowy z kapłanem świeckim ze łzami w oczach zapytała, dlaczego Bóg ich „tak pokarał”, przecież chodzili do kościoła, nie skrzywdzili nikogo, a wręcz przeciwnie pomagali innym. Dlaczego Bóg ich opuścił w momencie, kiedy potrzebowali Go najbardziej. Po długiej rozmowie z kapłanem świeckim poprosiła, żeby kapłan udzielił mężowi sakramentu namaszczenia chorych. Mężczyzna ucieszył się, gdy kapłan przyszedł do niego, aby udzielić mu sakramentu oraz wysłuchać spowiedzi. Po kilku dniach pojednany z Bogiem odszedł w spokoju¹⁹⁵.

Innym przykładem udzielania sakramentu chorych w szpitalu jest dwunastoletnia dziewczynka pochodzenia latynoskiego. Od lat cierpiała na białaczkę, niestety wysiłki lekarzy nie przynosiły żadnych rezultatów. Była ochrzczona i wychowywana przez rodziców w wierze chrześcijańskiej, była katoliczką. Lekarz onkolog, który leczył dziewczynkę, zadzwonił do kapelana świeckiego o 9 rano i powiedział, że nie będą mogli

¹⁹⁴ Wywiad nr 78 [M. P. ok. 16 lat, pochodzenia meksykańskiego, katolik; 22.08.2022]. AW s. 139-140.

¹⁹⁵ Wywiad nr 37 [M. Pa. ok. 70 lat, pochodzenia amerykańskiego, katolik; 07.02.2021]. AW s. 38.

jej pomóc, dziewczynka wkrótce umrze. Kapelan świecki poszedł zobaczyć pacjentkę. Przy jej łóżku była matka i młodsza siostra. Ojciec zostawił rodzinę i odszedł z powodu choroby dziecka. Po krótkiej rozmowie dziecko poprosiło o księdza, powiedziało kapelanowi, że idzie na spotkanie z Jezusem i chce się do niego przygotować. Kapelan świecki zadzwonił po kapłana i towarzyszył mu podczas udzielania namaszczenia chorych. Pół godziny po przyjęciu sakramentu dziewczynka zmarła¹⁹⁶.

Przykładem nałożenia rąk jest mężczyzna w wieku czterdziestu dwóch lat, pochodzenia meksykańskiego. Przybył do USA jako sześciolatek. Pracował, i nadal pracuje, w szpitalu jako kapelan świecki. Będąc w pracy, w szpitalu, nagle poczuł, że ma trudności z oddychaniem. Współpracownicy zaprowadzili go do izby przyjęć, żeby został przebadany przez lekarzy. Okazało się, że ma zator żylny i będzie musiał iść na zabieg. Po postawionej diagnozie poprosił o wizytę kapłana i sakrament namaszczenia chorych. Kapłan pomodlił się, udzielił mu namaszczenia olejem i nałożył ręce na jego głowę. Mężczyzna powiedział, że jako kapelan świecki niejednokrotnie był świadkiem namaszczenia, ale kiedy on sam stał się pacjentem i poprosił o ten sakrament, w momencie nałożenia rąk przez kapłana poczuł niesamowity spokój wewnętrzny, który trudno wprost opisać. Po tym doświadczeniu, posługując chorym jako świecki kapelan, stał się bardziej otwarty na potrzeby katolickich pacjentów i dzieli się z nimi swoim doświadczeniem¹⁹⁷.

Ręce kapłana, które reprezentują dzieło Boże, dotykają głowy chorego i jednoczą go z Bogiem. Podobnie jak w przypadku namaszczenia olejem oznacza to uzdrowienie i wzmocnienie. Działa również jako pocieszenie i przywrócenie zdrowia, tak fizycznego, jak i duchowego¹⁹⁸. Modlitewnik zawiera dwie modlitwy o uzdrowienie odmawiane po namaszczeniu. W pierwszej kapłan prosi o pocieszenie w cierpieniu, odwagę w strachu, cierpliwość w utrapieniu i nadzieję na uzdrowienie¹⁹⁹. W drugiej prosi Boga o uzdrowienie ciała i duszy. Modlitwy kończą się prośbą o przywrócenie zdrowia, aby chorzy mogli wrócić do swoich rodzin i domów. Modlitwa ta wyraża wiarę, że Pan może leczyć chorych na ciele i duszy. Po tej modlitwie chory może przyjąć Komunię Świętą, jeżeli jest w stanie łaski uświęcającej²⁰⁰. Kapelan świecki bardzo często jest świadkiem tego, że chorzy nie rozumieją, czym jest namaszczenie chorych.

¹⁹⁶ Wywiad nr 38 [K. Pa. ok. 12 lat, pochodzenia meksykańskiego, katoliczka; 19.12.2020]. AW s. 39.

¹⁹⁷ Wywiad nr 39 [M. Ka. ok. 42 lat, pochodzenia meksykańskiego, protestant; 17.05.2020]. AW s. 40.

¹⁹⁸ Por. *Pastoral Care of the Sick. Cuidado* s. 107.

¹⁹⁹ Por. Tamże s. 125.

²⁰⁰ Por. Tamże s. 144-145.

Kolejnym przykładem jest osiemdziesięciosiedmioletni mężczyzna, pochodzenia meksykańskiego, który przebywał na intensywnej terapii. Podczas rannego obchodu przełożona pielęgniarek poprosiła kapelana świeckiego, aby odwiedził pacjenta, który był bardzo chory. Przy łóżku chorego byli jego żona i syn. Kapelan świecki odwiedził pacjenta i jego rodzinę, z rozmowy dowiedział się, że pacjent był praktykującym katolikiem. Kapelan świecki zapytał, czy pacjent chciałby, aby go odwiedził kapłan i udzieli mu sakramentu chorych. Pacjent zdenerwował się i powiedział, że jeszcze nie umiera. Kapelan świecki wyjaśnił pacjentowi i jego rodzinie, czym jest sakrament chorych. Po tej rozmowie chory chętnie zgodził się na odwiedzin kapłana i przyjął sakrament namaszczenia²⁰¹.

W Kościele katolickim obowiązuje zasada, że nie udziela się żadnego sakramentu osobom zmarłym. Odnosi się to także do sakramentu namaszczenia chorych. Dlatego rytuał wyraźnie stwierdza: „Kapłan wezwany do chorego, który już umarł, niech błaga Boga, aby go uwolnił od grzechów i przyjął litościwie do swego Królestwa; namaszczenia natomiast niech nie udziela”²⁰². W takich przypadkach niezwykle trudno jest wytłumaczyć rodzinie, że sakramentu nie można już udzielić.

Przykładem jest chory pochodzenia meksykańskiego, który poszedł do łaźienki i zasłabł. Żona pacjenta zadzwoniła po karetkę pogotowia. Ratownicy stwierdzili zatrzymanie akcji serca, ale ze względu na życzenie żony zaczęli akcję reanimowania. Zaintubowanego pacjenta przewieźli do najbliższego szpitala. Mimo wielu prób, defibrylacji, nie udało się pobudzić akcji serca i pacjent zmarł. Rodzina poprosiła o księdza. Niestety w tym czasie katolicki ksiądz był nieobecny i ze względu na dużą odległość parafii od szpitala nie mógł przyjechać w ciągu godziny. Kapelan świecki starał się wytłumaczyć rodzinie, że – zgodnie z zasadami nauki katolickiej – nie udziela się ostatniego namaszczenia osobie zmarłej. Rodzina była bardzo niezadowolona, wręcz zła, pojawiła się nawet agresja słowna²⁰³.

Innym przykładem jest dwudziestoczteroletni mężczyzną, który miał wypadek motocyklowy. Karetka pogotowia przywiozła go do szpitala podłączonego do respiratora. Po serii badań stwierdzono *brain death* (śmierć mózgu). Rodzina poprosiła księdza, który był w szpitalu, by udzielił mu „ostatniego namaszczenia”. Kapłan nie wiedział, jak długo pacjent nie żyje, ponieważ adnotacja, która znalazła się w dokumentacji, dotyczyła tylko momentu podłączenia do respiratora. Pojawił się dylemat: udzielić ostatniego namaszczenia

²⁰¹ Wywiad nr 40 [M. Pa. ok. 87 lat, pochodzenia meksykańskiego, katolik; 29.01.2021]. AW s. 42

²⁰² Por. C. Krakowiak. *Z praktyki pastoralnej namaszczenia chorych*. „Anamnesis” 12 (2006) nr 44 s.109.

²⁰³ Wywiad nr 105 [M. Pa. ok. 58 lat, pochodzenia meksykańskiego, katolik; 18.12.2021]. AW s. 108.

czy też nie²⁰⁴. Ksiądz udzielił sakramentu, kierując się zasadą, że „Prawo do sakramentów mają wszyscy wierni, którzy właściwie o nie proszą, są odpowiednio przygotowani i prawo nie wzbrania im ich przyjmowania” (KPK kan. 843 § 1; por. kan. 213). Dlatego kapłan może udzielić sakramentu namaszczenia osobie nieprzytomnej, którą osobiście zna jako wierzącą i związaną z Kościołem albo odpowiedzialnie potwierdzi to ktoś inny²⁰⁵.

Kolejnym przykładem jest czterdziestodziewięcioletni mężczyzna, katolik, który przeszedł operację na otwartym sercu. Po kilku dniach jego stan drastycznie się pogorszył. Lekarze dali do zrozumienia rodzinie, żeby przygotowała się na odejście bliskiej im osoby. Jak się okazało pacjent od kilku lat nie przystępował do sakramentu spowiedzi i Komunii Świętej. Rodzina jego zaniedbanie służby Bożej tłumaczyła pracą, brakiem czasu. Kapłan, prosząc księdza o wsparcie, powołał się na prawo, które mówi, że sakramentu namaszczenia chorych udziela się w następującej kolejności: sakrament pokuty, namaszczenia i Eucharystia jako wiatyk. Jeśli „niebezpieczeństwo śmierci jest bliskie” (*instante mortis periculo*) – dawniej *in articulo mortis* – i nie ma czasu, aby udzielić tych sakramentów w kolejności podanej wyżej, wtedy można udzielić sakramentu pokuty, nawet tylko po spowiedzi ogólnej, po czym udziela się wiatyku, „do przyjęcia, którego w niebezpieczeństwie wierny może przystąpić”²⁰⁶.

Sakrament namaszczenia chorych łączy chorego z męką i śmiercią Chrystusa. Choroba pozwala człowiekowi uczestniczyć, dzięki wierze, w cierpieniach i śmierci Chrystusa. Dzięki światłu wiary Bóg ukazuje człowiekowi tajemnice cierpienia i uczy, że zrozumienie go może przybliżyć człowieka do zbawienia własnego i całego świata²⁰⁷. Sakrament chorych jest przeznaczony dla wiernych, którzy cierpią z powodu poważnej choroby lub są słabi w związku z podeszłym wiekiem. Chorzy, którzy znajdują się w niebezpieczeństwie śmierci, są otaczani szczególną troską Kościoła poprzez udzielanie im wiatyku. Tak nazywamy Komunię Świętą „udzielaną na drogę (*via* – droga) do domu Pana”²⁰⁸.

W świadomości ogółu wiernych, często nieposiadających pogłębionej wiedzy teologicznej, spotyka się osoby, które boją się tego sakramentu. Wykazały to zaprezentowane wypowiedzi chorych (z przeprowadzonych wywiadów). Często sakrament

²⁰⁴ Wywiad nr 106 [M. Pa. ok. 24 lat, pochodzenia amerykańskiego, katolik; 18.12.2021]. AW s. 109.

²⁰⁵ Por. C. Krakowiak. *Z praktyki pastoralnej namaszczenia chorych* s. 108.

²⁰⁶ Por. Tamże s. 110-111.

²⁰⁷ Por. M. Zaborowski. *Sakrament namaszczenia chorych w ujęciu* s. 186.

²⁰⁸ Por. KKK nr 1525.

ten traktowany jest jako bezpośrednie przygotowanie do śmierci, czyli jako „ostatnie” namaszczenie olejem świętym.

Osobom świeckim nie wolno sprawować tego sakramentu. Sakrament ten jest zarezerwowany dla prezbiterów i biskupów. Wiąże się to z udzielaniem odpuszczenia grzechów²⁰⁹. Rola katolickiego kapelana świeckiego sprowadza się do pomocy w przygotowaniu do przyjęcia tego sakramentu, do wyjaśnienia jego roli, jeżeli pacjent ma wątpliwości, oraz do poproszenia kapłana o wizytę u chorego i udzielenie mu sakramentu.

4.10. Przygotowanie do zawarcia małżeństwa

Przymierze pomiędzy mężczyzną a kobietą z woli Chrystusa jest w Kościele katolickim jednym z siedmiu sakramentów świętych²¹⁰. Małżeństwo i sakrament święceń KKK zalicza do grupy sakramentów w służbie wspólnoty²¹¹.

Małżeństwo jest nie tylko instytucją ludzką, lecz wyrazem woli Bożej, o czym świadczy Pismo Święte (Rdz 1, 27), gdyż ma swój początek w akcie stworzenia człowieka. Bóg stworzył człowieka „mężczyzną i kobietą”²¹², powołał ich do życia jako osoby wzajemnie się dopełniające. Małżeństwo chrześcijańskie, które łączy wzajemna miłość małżonków, jest odzwierciedleniem miłości Bożej względem człowieka. W tym sensie małżonkowie ofiarują się sobie wzajemnie i wspólnie ofiarują się Bogu. Małżeństwo, zgodnie z postanowieniem Bożym, jest związkiem między kobietą a mężczyzną zawartym za obopólną zgodą. Wyraża się to poprzez jedność małżonków: „dlatego mężczyzna opuszcza ojca swego i matkę swoją i łączy się ze swoją żoną tak ściśle, że stają się jednym ciałem” (Rdz 2, 24). Biblijne pojęcie jedności ciał oznacza nie tylko możliwość zjednoczenia fizycznego, ale przede wszystkim duchowego, gdyż małżonkowie wspólnie przeżywają życie. Związek małżeński chrześcijanie zawierają na zawsze, „co więc Bóg złączył, niech człowiek nie rozdziela” (Mt 19, 3-6)²¹³.

Przed zawarciem sakramentu małżeństwa kandydaci powinni przystąpić do sakramentu bierzmowania oraz pokuty i Eucharystii. Małżeństwo powinno być zawarte w parafii jednego z kandydatów lub, za zgodą własnego ordynariusza czy proboszcza, małżeństwo może być pobłogosławione w innym miejscu²¹⁴. Istnieje możliwość zawarcia

²⁰⁹ Por. M. Zaborowski. *Sakrament namaszczenia chorych w ujęciu* s. 192.

²¹⁰ Por. KKK nr 1601.

²¹¹ Por. KKK nr 1601.

²¹² Por. Jan Paweł II. *Mężczyzną i niewiastą stworzył ich. Odkupienie ciała a sakramentalność małżeństwa*. Libreria Editrice Vaticana: Roma 1986 nr 3.

²¹³ Por. Tamże.

²¹⁴ Por. J. Nowak. *Prawo w służbie wydarzeń zbawczych* s. 79.

małżeństwa pomiędzy stroną katolicką a niekatolicką, ochrzczoneą. Zaleca się, aby związek ten był pobłogosławiony w Kościele katolickim lub może to się wydarzyć w innym, odpowiednim miejscu, za zgodą miejscowego ordynariusza²¹⁵. Kościół może wyrazić zgodę i udzielić błogosławieństwa, gdy druga strona jest nie ochrzczonea. Z prawa naturalnego rodzi to takie zobowiązania z obu stron, jak w przypadku związku sakramentalnego²¹⁶.

Świeccy mogą asystować przy zawieraniu małżeństwa pod warunkiem, że biskup udzieli takiego pozwolenia i tylko wtedy, gdy nie ma kapłana lub diakona²¹⁷.

Pobłogosławienie sakramentalnego związku małżeńskiego w szpitalu jest możliwe tylko pod warunkiem, że pacjent nie może opuścić szpitala i nie ma nadziei na wyzdrowienie lub kiedy stan pacjenta jest ciężki i istnieje poważne zagrożenie życia. Z punktu widzenia prawa małżeńskiego kapłan musi uzyskać specjalną licencję od biskupa²¹⁸. Ksiądz występujący z prośbą o pozwolenie na błogosławienie sakramentalnego związku małżeńskiego w szpitalu jest zobowiązany do przedstawienia biskupowi pisma od lekarza prowadzącego, z którego wynika, że pacjent jest poważnie chory, ale w pełni świadomy i nie rokuje nadziei na wyzdrowienie²¹⁹. Błogosławieństwo związku ma miejsce w pokoju pacjenta, w obecności dwóch świadków. W zależności od warunków i przepisów szpitalnych chory może mieć w tym dniu wokół siebie członków bliskiej rodziny²²⁰.

Biskup udziela pozwolenia na pobłogosławienie związku małżeńskiego pod następującymi warunkami:

1. Narzeczeni pragną zawrzeć związek zgodnie z obrzędami Kościoła katolickiego.
2. Musi istnieć poważna przyczyna, z powodu której ślub będzie odbywał się w szpitalu.
3. Rodziny narzeczonych powinny wspierać zamierzony związek małżeński (małżeństwo nie powinno być przyczyną sporu lub skandalu).
4. Obydwoje kandydaci do małżeństwa powinni być w pełni świadomi swojego wyboru i nie mogą mieć formalnych przeszkód do zawarcia związku małżeńskiego.
5. Rozpatrzenie wniosku nie będzie możliwe, jeżeli któraś ze stron była wcześniej w związku małżeńskim i jest rozwiedziona²²¹.

²¹⁵ Por. Tamże.

²¹⁶ Por. KPK kan. 1086-1125, 1165. W: https://www.vatican.va/archive/cod-iuris-canonici/eng/documents/cic_lib4-cann834-878_en.html (dostęp 10.09.2021).

²¹⁷ Por. KPK kan. 1055-1165. W: https://www.vatican.va/archive/cod-iuris-canonici/eng/documents/cic_lib4-cann834-878_en.html (dostęp 10.09.2021).

²¹⁸ Por. I. Ashford. *Saint Peter Hospital Guidelines for the Marriage in Hospital of a Dying Patient*. United Kingdom 1983 s. 3.

²¹⁹ Por. Tamże.

²²⁰ Por. Tamże.

²²¹ Por. Tamże s. 3.

Przykładem zawarcia związku małżeńskiego w szpitalu jest posługa pastora protestanckiego pochodzenia meksykańskiego, który pracuje jako kapelan świecki. Przebywa w USA od trzydziestu lat. Jego rodzice są katolikami. On sam jako dziecko uczęszczał do Kościoła katolickiego, w późniejszych latach zmienił wyznanie i został członkiem Kościoła anglikańskiego. Do kapelana zadzwoniła pielęgniarka z intensywnej terapii z prośbą o odwiedzenie jednego z pacjentów. Kiedy pastor przybył do pokoju chorego, okazało się, że pacjent jest pochodzenia meksykańskiego, jest katolikiem, po zawale w stanie ciężkim, ale przytomny i świadomy. Wydolność pracy serca wynosiła tylko 20%. Pacjent powiedział kapelanowi świeckiemu, że żył w związku niesakramentalnym przez wiele lat. Wiedział, że jego stan zdrowia jest ciężki i lekarze nie mogą mu już pomóc. Wyraził pragnienie zawarcia związku małżeńskiego przed śmiercią. Ze względu na stan zdrowia nie mógł być wypisany do domu. Pastor, który pracuje na etacie kapelana świeckiego, zadzwonił do katolickiego księdza i w ciągu trzech dni katolicki kapelan świecki pod nadzorem kapłana przygotował pacjenta i jego narzeczoną do zawarcia związku małżeńskiego. Narzeczeni skorzystali z sakramentu pojednania i przystąpili do Komunii Świętej. Kapłan pobłogosławił związek i usankcjonował małżeństwo. Małżonkowie okazywali radość i wyrażali wdzięczność z powodu przyjętego sakramentu. Od tego momentu pacjent wykazywał ogromny spokój i gotowość na to, co przyniesie przyszłość. Przyjął sakrament namaszczenia chorych. Zmarł cztery tygodnie później²²².

W przepisach archidiecezji Chicago kapłan przygotowujący kandydatów do zawarcia małżeństwa jest odpowiedzialny za zgromadzenie dokumentów, które są wymagane przez prawo kanoniczne. Są to:

1. Zaświadczenie o sakramencie chrztu świętego wydane w ciągu ostatnich sześciu miesięcy.
2. Certyfikat chrztu powinien być zawsze uwierzytelniony przez kapłana lub osobę wyznaczoną przez parafię. Dokument ten powinien zawierać oświadczenie o obecności lub braku notacji na temat poprzedniego małżeństwa lub przyjętych święceń.
3. Przedstawione dokumenty muszą być oryginalne²²³.

Niekiedy zdarza się, że chory prosi o pobłogosławienie sakramentalnego związku małżeńskiego wyłącznie z powodów spadkowych, które zamiast przez małżeństwo mogą być zrealizowane przez testament. Dlatego jest bardzo ważne, aby kapelan świecki i zespół medyczny byli świadomi motywów chorego i udzielili mu odpowiednich wskazówek.

²²² Wywiad nr 53 [M. Ka. ok. 40 lat, pochodzenia meksykańskiego, protestant; 03.06.2021]. AW s. 55.

²²³ Por. Archidiecezja of Chicago. *The Sanctifying Office of the Church*. Policy nr 404.16.

Przykładem jest pacjent w wieku czterdziestu lat przebywający w szpitalu z ciężką marskością wątroby. Pacjent nie miał żadnych wcześniejszych objawów, a kiedy zaczął czuć się źle i poszedł do lekarza, okazało się, że było już za późno na leczenie, które przyniosłoby wyzdrowienie. Narzeczona pacjenta poprosiła o rozmowę z kapłanem świeckim, podczas której zwierzyła się, że żyła ze swoim narzeczonym przez dziewiętnaście lat bez ślubu. Chory kilkakrotnie proponował narzeczonej zalegalizowanie ich związku, ale ona nigdy nie miała na to czasu. Ponieważ ich związek nie był zalegalizowany, wszystkie dobra materialne, zgromadzone podczas wspólnego pożycia, po śmierci narzeczonego mogłyby być przejęte przez jego rodzinę, a narzeczona chciała je jakoś zatrzymać. Wymyśliła zgodę na wcześniej proponowane przez niego małżeństwo. W trakcie tej rozmowy kapłan świecki udzielił kobiecie informacji na temat testamentu. Okazało się, że jej motywem nie było wyjście za mąż, a tylko uporządkowanie spraw majątkowych. Dzięki tej rozmowie skontaktowała się z adwokatem i wspólnie z partnerem doszli do porozumienia w kwestii uregulowania spraw związanych z dobrami materialnymi²²⁴.

W Kościele katolickim prawo kanoniczne przewiduje w przypadku niebezpieczeństwa śmierci możliwość udzielenia przez kapłana sakramentu bierzmowania. Należy go udzielić po sakramencie pokuty, bezpośrednio przed namaszczeniem chorych i udzieleniem wiatyku. W przypadku udzielania bierzmowania i błogosławienia małżeństwa (w niebezpieczeństwie śmierci) kolejność udzielanych sakramentów jest następująca: sakrament pokuty, bierzmowanie, małżeństwo, namaszczenie chorych i wiatyk²²⁵.

Przykładem jest mężczyzna pochodzenia meksykańskiego, około trzydziestu lat, który został przywieziony do szpitala z udarem krwotocznym mózgu. Pacjent był w związku od pięciu lat. Młoda para planowała ślub, ale okazało się, że przed przystąpieniem do sakramentu małżeństwa mężczyzna musi przystąpić do sakramentu bierzmowania. Był ochrzczony, ale rodzice, imigranci zaniedbali wychowanie w wierze i nie uczestniczył on w lekcjach religii, które nie są proponowane w szkołach publicznych. Pacjent był bliski śmierci i, w imię miłości, młodzi chcieli wziąć ślub w szpitalu. Na przeszkodzie stanął im brak sakramentu bierzmowania. Młoda para zwróciła się z prośbą do katolickiego kapłana świeckiego, żeby pomógł rozwiązać problem. Kapłan przede wszystkim uspokoił narzeczonych, oświadczając, że jest możliwość zawarcia przez nich sakramentalnego związku małżeńskiego. Już sama ta wiadomość wpłynęła znacząco na stan zdrowia pacjenta.

²²⁴ Wywiad nr 54 [K. Pa. ok. 40 lat, pochodzenia amerykańskiego, chrześcijanka; 27.06.2021]. AW s. 56.

²²⁵ Por. C. Karakowiak. *Z praktyki pastoralnej sakramentu namaszczenia chorych*. „Anamnesis”12 (2006) nr 44 s.111.

Następnie katolicki kapelan świecki skontaktował się z księdzem. Sprawę ułatwił fakt, że mężczyzna rozpoczął proces przygotowywania do sakramentu bierzmowania i uczestniczył w kilku spotkaniach organizowanych w jego parafii. Katolicki ksiądz pracujący w szpitalu skontaktował się z kapłanem z jego parafii. Wspólnie wystąpili z prośbą do biskupa o pozwolenie na udzielenie tego sakramentu w szpitalu. Podczas udzielania sakramentu obecny był ksiądz pracujący w szpitalu, jak również ksiądz z parafii chorego. Katolicki kapelan świecki był zaszczycony funkcją świadka bierzmowania²²⁶.

W rozdziale ukazano znaczenie wiary dla człowieka w sytuacji kryzysowej, zwłaszcza w trudnym okresie, jakim jest ciężka choroba oraz pobyt w szpitalu. Przedstawiono rolę katolickich kapelanów świeckich w *spiritual assessment* oraz zasady i metody, jakimi kapelan świecki może się posługiwać. Ukazano obrzędy katolickie i to, w jaki sposób są one postrzegane przez inne wyznania, a nawet religie. Zwrócono uwagę na potrzebę wspólnej modlitwy z chorymi, ich rodzinami oraz personelem medycznym. W związku z nielicznymi powołaniami do kapłaństwa i niewystarczającą liczbą księży katolickich w Chicago ukazano rolę katolickiego kapelana świeckiego w przygotowaniu do sakramentów. Zbadano, jakie są przepisy archidiecezji Chicago w przypadku udzielania sakramentu chrztu w chwili zagrożenia życia, pomocy w udzielaniu Komunii Świętej w szpitalu, pomocy w przygotowaniu do sakramentu pokuty i pojednania, sakramentu chorych oraz do zawarcia małżeństwa.

²²⁶ Wywiad nr 104 [M. Pr. ok. 30 lat, pochodzenia meksykańskiego, katolik; 18.10.2021]. AW s. 107.

ROZDZIAŁ 5. INNE FORMY POSŁUGI KAPELANÓW ŚWIECKICH WOBEK MISTERIUM CHOROBY I CIERPIENIA

W rozdziale opisana będzie rola i znaczenie dokumentu *Advance Directive* oraz innych dokumentów, proponowanych pacjentom w szpitalach w Chicago, które chronią takie wartości, jak życie, zdrowie, wolność sumienia i wyznania. Zostanie zbadana troska o rodzinę pacjenta i o jego duchowe wsparcie, choćby poprzez rozmowy. Zostanie ukazana troska i opieka nad umierającymi, opieka paliatywna i hospicyjna.

5.1. Rola dokumentu *Advance Directive*

Postęp medycyny sprawia, że jest możliwe przedłużanie życia biologicznego. Niestety w niektórych przypadkach to, co jest możliwe z punktu widzenia medycznego, nie zawsze jest zgodne z normami moralnymi. Zaleca się, aby chory lub osoba w podeszłym wieku przemyślała swoje cele życiowe, porozmawiała o nich ze swoimi lekarzami, księżmi i bliskimi jej sercu.

W wielu krajach, także w Stanach Zjednoczonych, ludzie mają trudności ze znalezieniem sensu cierpienia i śmierci, zwłaszcza że USA, jak wspomniano wcześniej, są krajem wielonarodowościowym, w którym spotykają się różne kultury, wyznania i religie. Odpowiedzią na wspomniane dylematy, dotyczące wszystkich ludzi, było powstanie dokumentu prawnego *Advance Directive*, który pozwala wybrać *Health Care Agent* (pełnomocnika opieki zdrowotnej) w celu zastępczego wyrażenia woli chorego w kwestiach medycznych. Pod pojęciem *Health Care Agent* rozumie się osobę, którą chory wyznacza do opieki nad nim. *Health Care Agent* może podejmować decyzje w imieniu chorego, gdyby sam pacjent nie miał takiej możliwości albo gdyby zaistniała niespodziewana sytuacja wymagająca natychmiastowej decyzji. W związku z tym chory może przekazać swoje uprawnienia osobie, którą wybrał. Bywają też przypadki, że chory nie zna języka angielskiego i wówczas do komunikacji z personelem medycznym pacjent również może wybrać *Health Care Agent*. Osoba, która otrzymuje tego typu uprawnienia, nie musi być członkiem rodziny pacjenta. Wybór pełnomocnika powinien być dokonany rozważnie, gdyż

będzie on miał uprawnienia do podejmowania ostatecznych decyzji dotyczących akceptacji lub odrzucenia interwencji medycznych, albo rezygnacji z leczenia. Ważne jest, żeby pełnomocnik wzbudzał zaufanie, był przyjazny, pozytywnie nastawiony do osoby, która go wybrała. Powinien znać stanowisko chorego i jego stosunek do ważnych spraw związanych z opieką zdrowotną. Ważne jest, aby pacjent podjął rozmowę z pełnomocnikiem o następujących sprawach:

1. Co jest najważniejsze w życiu.
2. Jak ważne jest uniknięcie bólu i cierpienia.
3. Jeżeli trzeba będzie dokonać wyboru, to czy przedłużanie życia za wszelką cenę jest dla niego ważniejsze, czy też chciałby uniknąć przedłużającego się cierpienia i niepełnosprawności.
4. Czy pacjent jako miejsce ostatnich tygodni lub dni swojego życia wybrałby szpital czy dom.
5. Czy posiada dokument *Advance Directive* (testament życia) zawierający życzenia dotyczące opieki medycznej, która tylko opóźniałaby zgon?¹.

Health Care Agent może podejmować następujące działania:

1. Prowadzić rozmowy z lekarzami i innymi pracownikami medycznymi na temat stanu zdrowia pacjenta.
2. Mieć wgląd do dokumentów medycznych i upoważniać inne osoby do tego wglądu.
3. Wyrażać zgody na badania medyczne, przyjmowanie lekarstw, operacje lub inne zabiegi medyczne.
4. Wybrać miejsce opieki, lekarza oraz pozostałych pracowników służby zdrowia.
5. Decydować, jakie przyjmując metody leczenia lub z których zrezygnować, jeżeli osoba chora znajdzie się w stanie bliskim śmierci, z małym prawdopodobieństwem powrotu do zdrowia.
6. Wyrazić zgodę, lub nie, na ofiarowanie organów do przeszczepu, jeżeli chory uprzednio nie podjął takiej decyzji i nie jest zarejestrowany jako dawca w rejestrze *First Person Consent* prowadzonym przez *Illinois Secretary of State*.
7. Zdecydować o formie pochówku zwłok, jeżeli nie było wcześniejszych ustaleń.
8. Rozmawiać z bliskimi choremu osobami w celu podjęcia najlepszej decyzji. Ostateczną decyzję podejmuje jednak pełnomocnik².

¹ Illinois Department of Public Health. *Advance Directives*. W: <https://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives.html> (dostęp 03.06.2021).

² Tamże.

Health Care Agent powinien mieć co najmniej osiemnaście lat, znać dobrze osobę, którą będzie reprezentował i podejmować najlepsze dla chorego decyzje, nawet wówczas, gdy sam nie będzie się zgadzał z zajęciem przez niego stanowiskiem. Powinien zadawać pytania zespołowi medycznemu, by móc rozważnie podejmować decyzje dotyczące życia i śmierci. Musi być obecny wówczas, gdy chory będzie go potrzebował i przede wszystkim ma być chętny do przyjęcia tej roli. Dlatego wybór jest dokonywany w formie pisemnej, z podpisem obydwu stron³. Dokument może być zmieniany w zależności od decyzji pacjenta. W każdej chwili pacjent może zmienić podjętą wcześniej decyzję i wyznaczyć nową osobę. Po każdej zmianie obie strony ponownie muszą podpisać dokument, przy czym osoba desygnowana wcześniej nie ma prawa sprzeciwić się woli pacjenta.

Dokument podpisany przez obie strony jest przechowywany w systemie medycznym o nazwie *Epic*. Jeżeli pacjent trafi do innego szpitala niż ten, w którym doszło do zawarcia umowy, może on z bazy danych automatycznie wygenerować dokument, który obowiązuje. Jeśli szpital nie ma dostępu do systemu, to wówczas *Health Care Agent* pacjenta lub jego pełnomocnik mogą przedstawić kopie dokumentu, którą otrzymał w momencie podpisania *Advance Directive*.

Przykładem jest kobieta, Amerykanka około siedemdziesięciu dwóch lat, świadek Jehowy. Kobieta podpisała *Advance Directive*, w którym bardzo wyraźnie zaznaczyła, że niezależnie od stanu zdrowia i niebezpieczeństwa utraty życia, nie zgadza się na przetoczenie krwi. Podpisując dokument, wyznaczyła jako *Health Care Agent* osobę, która nie była z nią spokrewniona, aby mieć pewność, że jej życzenie będzie uszanowane. Kobieta doznała krwotocznego udaru mózgu i potrzebna była natychmiastowa operacja. Niestety lekarze zobaczyli w jej bazie danych dokument *Advance Directive*, w którym chora podpisała deklarację, że nie zgadza się na przetoczenie krwi, nawet wówczas, gdy jej życie będzie zagrożone. Rodzina pacjentki była tego świadoma, zwłaszcza mąż wiedział o tym życzeniu. Jednak do końca nie zdawał sobie sprawy, że nie będzie mógł podjąć żadnej decyzji wbrew woli żony. Z powodu życzenia zawartego w *Advance Directive* lekarze nie mogli zastosować procedur ratujących życie i pomimo perspektywy ratunku pacjentka zmarła⁴.

Innym przykładem jest kobieta w wieku sześćdziesięciu lat, pochodzenia polskiego, katoliczka, przebywająca w Stanach Zjednoczonych od 2004 r., która chorowała na raka

³ Por. State of Illinois. Illinois Department of Public Health. *Illinois Statutory Short Form Power of Attorney for Health Care*. W: <https://dph.illinois.gov/content/dam/soi/en/web/idph/files/forms/powerofattorneyhealthcareform.pdf> (dostęp 23.04.2021).

⁴ Wywiad nr 90 [K. Pa. ok. 72 lat, pochodzenia amerykańskiego, świadek Jehowy; 26.01.2022]. AW s. 97.

płuc. Podczas jednej z rozmów z kapłanem świeckim wyraziła chęć wypełnienia *Advance Directive*, w którym wyraziła pragnienie, aby jej zwłoki po śmierci były przewiezione do Polski i pochowane na cmentarzu parafialnym, na którym spoczywał jej ojciec. Pacjentka zmarła parę miesięcy później, a jej mąż pochodzenia amerykańskiego, który był jej *Health Care Agent*, według życzenia wysłał zwłoki do Polski i tam zostały pochowane. Po jej śmierci kapłan rozmawiał z mężem, który powiedział, że gdyby nie życzenie żony zawarte w *Advance Directive* nigdy nie wysłałby jej zwłok do Polski⁵.

Amerykańscy biskupi katoliccy mówią o trzech zasadach, którymi każdy katolik powinien się kierować:

1. Życie ludzkie jest darem Boga i z tego powodu musimy je chronić i podejmować wysiłki, aby je zachować.
2. Śmierć jest początkiem, a nie końcem. Ponieważ wierzymy w tajemnicę zmartwychwstania, wiemy, że nasze obecne życie to nie wszystko, co mamy. Nie musimy czynić absolutnie wszystkiego, aby je przedłużyć.
3. Każdy z nas ma prawo do podejmowania decyzji odnośnie opieki medycznej i leczenia, jak również prawo do bycia jasno i dokładnie poinformowanym o proponowanym przebiegu leczenia. Pacjent ma prawo znać konsekwencje podejmowanego leczenia oraz ma prawo zdecydować się, lub nie, na leczenie oraz osądzić czy jest ono zgodne z prawem moralnym⁶.

W terminologii medycznej spotykamy się z określeniem: uporczywa terapia⁷. Jest to stosowanie procedur medycznych, środków farmakologicznych, urządzeń technicznych w celu sztucznego podtrzymywania życia nieuleczalnie chorego. Nie prowadzi to do wyleczenia, klinicznej poprawy zdrowia, lecz jedynie odsuwa moment odejścia i przedłuża cierpienia. Kościół katolicki odrzucając eutanazję⁸, uznaje że zaprzestanie uporczywej terapii może być uprawnione. Każdy jest odpowiedzialny za swoje życie przed Bogiem. Dlatego pacjent ma prawo decydować o sobie i o tym, czy zgadza się na tego typu zabiegi. Jeżeli pacjent nie może podjąć takiej decyzji, wówczas może ona być podjęta przez osoby do tego uprawnione, zawsze z poszanowaniem woli pacjenta⁹. W Stanach Zjednoczonych

⁵ Wywiad nr 45 [K. Pa. ok. 60 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 02.03.2021]. AW s. 45.

⁶ Por. Catholic Conference of Illinois. *Encouraging End of Life Conversation* (12.06.2016). W: <https://www.ilcatholic.org/multimedia/publications/> (dostęp 07.02.2022).

⁷ Por. KKK nr 2278.

⁸ Por. KKK nr 2276-2279.

⁹ Por. Tamże.

lekarze korzystają zgodnie z prawem z uporczywej terapii, sztucznie utrzymując pacjenta przy życiu, na przykład w stanie wegetatywnym¹⁰.

Przykładem wykorzystywania uporczywej terapii może być stosowanie chemioterapii, mimo że stan pacjenta pogarsza się i nie ma szans na uratowanie go.

Każda osoba jest moralnie zobowiązana do troski o swoje zdrowie i nawet w momencie, kiedy nie jest zdolna do podjęcia takiej decyzji, może wyznaczyć kogoś odpowiedzialnego, kto będzie działał w jej imieniu¹¹. W przypadku osoby chorej na raka, jeżeli istnieje prawdopodobieństwo, że leczenie przyniesie znikomy skutek, osoba chora może odmówić inwazyjnego leczenia¹². Ludziom niezbędne są do życia jedzenie i woda. Sztuczne odżywianie i nawadnianie mogą być przez pacjenta odrzucone¹³. Ważne jest, aby każda osoba mogła wyrazić życzenie odnośnie swojego zdrowia, sposobu leczenia i korzystania z najnowszych, eksperymentalnych środków podtrzymywania życia. Bardzo istotne jest, aby każdy chory indywidualnie i świadomie mógł podjąć decyzję o sposobie i jakości jego leczenia¹⁴. Kościół katolicki jednoznacznie sprzeciwia się doświadczeniom na istotach ludzkich, które są nie do pogodzenia z godnością człowieka, szczególnie, jeżeli zostaną podjęte bez jego zgody¹⁵.

Advance Directive, który z założenia ma chronić pacjenta, bywa też wykorzystywany niezgodnie z nauką Kościoła katolickiego. W szpitalach protestanckich liberałowie propagują eutanazję jako środek mający wyeliminować cierpienie, czemu Kościół katolicki zdecydowanie się sprzeciwia i uznaje za niedopuszczalną każdą formę eutanazji. Zapoznając się ze znaczeniem i formą eutanazji, odnajdziemy podział na czynną i bierną. Eutanazja czynna to wykorzystanie metod medycznych, których celem jest skrócenie ludzkiego życia. Z kolei bierna dotyczy tych przypadków, w których mamy do czynienia z nieuzasadnionym zaprzestaniem leczenia pacjenta w celu przyspieszenia jego śmierci¹⁶. Warto również zauważyć, że eutanazja może być dokonywana na osobie, która jest niezdolna do świadomego wyrażenia swojej woli lub też bez wiedzy pacjenta, albo wręcz wbrew jego woli. Jest to tak zwana eutanazja niedobrowolna. Jeżeli pacjent wyraża zgodę, wówczas

¹⁰ Zob. Polska nowa karta pracowników zdrowia. W: <https://duszpasterstwochorych.pl/nowa-karta-pracownikow-sluzby-zdrowia/> (dostęp 21.11.2022).

¹¹ Por. Illinois Department of Aging. *Description of Advance Directives*. W: <https://ilaging.illinois.gov/search-results.html?q=description+of+advance+directives&contentType=everything> (dostęp 07.02.2022).

¹² Por. Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith. *Declaration on Euthanasia* (5.05.1980).

¹³ Por. Illinois Department of Aging. *Description of Advance Directives*.

¹⁴ Por. KKK nr 2278-2279.

¹⁵ Por. KKK nr 2295.

¹⁶ Por. Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith. *Declaration on euthanasia*.

mamy do czynienia z eutanazją dobrowolną¹⁷. Należy podkreślić, że nawet gdy sam pacjent pragnie skrócenia cierpienia, Kościół katolicki zabrania eutanazji w każdym przypadku. Swoje stanowisko opiera na prawdzie wiary, która mówi, że śmierć nie jest ostatecznym końcem, ale przejściem do życia wiecznego. Dlatego w dokumencie *Declaration on Euthanasia Lura et Bona* Kościół wyraźnie stwierdził, że nikt nie może dokonywać eutanazji ani na sobie, ani na kimś innym, powierzonym jego odpowiedzialności. Co więcej nikt nie może bezpośrednio lub pośrednio się na to zgodzić¹⁸. Mimo tak wyraźnie określonej postawy Kościoła dotyczącej sprawy eutanazji, zdarza się, że pacjent wyraża życzenie, iż nie chce cierpieć i nie chce się poddawać leczeniu i zabiegom. Zdarza się również, że lekarze wręcz zachęcają do takiej postawy.

Przykładem jest kobieta, dziewięćdziesięcioczworoletnia Polka, która dostała krwotocznego udaru mózgu. Córka, z którą mieszkała, zadzwoniła po karetkę, która zawiozła ją do najbliższego szpitala. Lekarze karetki pogotowia zaintubowali pacjentkę zanim przyjechała do szpitala i podłączyli ją do respiratora. Następnego dnia lekarze poprosili najbliższą rodzinę o spotkanie, na którym był także obecny kapelan świecki. Lekarz prowadzący powiedział córce, że wylew był bardzo rozległy i nastąpiło poważne uszkodzenie mózgu. W rezultacie czego, pacjentka nie miała szans na wybudzenie. Lekarz stwierdził, że trzeba będzie ją odłączyć od aparatury podtrzymującej życie „najszybciej jak to jest możliwe, czyli teraz”. Lekarz motywował swoje sugestie cierpieniem chorej. Pacjentka i jej córka były gorliwymi katoliczkami, codziennie chodziły do Kościoła, praktykowały codzienną modlitwę różańcową. Córka powiedziała lekarzom, że jej wiara uczy, iż Pan Bóg daje życie i Pan Bóg je zabiera, dlatego nie pozwoli odłączyć matki od respiratora. Oznaczałoby to, że zabiła swoją matkę. Niech Pan Bóg zadecyduje o jej śmierci. Dla tej rodziny życie ludzkie w momencie cierpienia miało jeszcze większą wartość, ponieważ w cierpieniu chory naśladuje Chrystusa cierpiącego, a rodzina ma możliwość towarzyszenia i modlitwy za niego. Kobieta zmarła trzy dni później z woli Bożej, nie ludzkiej. Pacjentka wyznaczyła swoją córkę w *Advance Directive*, aby podejmowała za nią decyzje i żeby były one zgodne z jej wiarą¹⁹.

Z wyżej wymienionych przykładów wynika, iż *Advance Directive* jest narzędziem, które daje pacjentowi możliwość otrzymania opieki takiej, jakiej pragnie i jaka jest zgodna

¹⁷ Por. Tamże.

¹⁸ Por. Tamże.

¹⁹ Wywiad nr 46 [K. Pa. ok. 94 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 19.03.2021]. AW s. 48.

z jego przekonaniami religijnymi i moralnymi²⁰. Wiąże się to z wypełnieniem dokumentu, w którym pacjenci wybierają zaufaną osobę mogącą decydować o dalszym procesie leczenia, w przypadku, gdy pacjent nie będzie w stanie podejmować świadomych decyzji odnośnie opieki lekarskiej. Taka deklaracja może zapobiec bolesnym i nieskutecznym interwencjom medycznym u pacjentów, którzy znajdują się u schyłku swojego życia lub przedłużaniu życia za wszelką cenę. Planowanie własnej opieki medycznej z wyprzedzeniem jest działaniem kompleksowym, wymagającym komunikacji pomiędzy pacjentem, jego rodziną, bliskimi a zespołem medycznym. *Advance Directive* jest jednym z dokumentów powszechnie stosowanych, na terenie Stanów Zjednoczonych, jako narzędzie planowania sposobu leczenia pacjenta. Pomimo iż dokument ten jest dostępny od lat pięćdziesiątych ubiegłego stulecia, to w dalszym ciągu niewielu pacjentów wie, że taki dokument jest dostępny, ponieważ leczą się w prywatnych klinikach, w których lekarze, z obawy przed negatywnymi reakcjami pacjentów, niechętnie przeprowadzają rozmowy na jego temat z chorymi i ich bliskimi. Aby planowanie opieki medycznej skończyło się sukcesem, lekarze i pacjenci powinni współpracować tak, aby pacjent w pełni świadomie podejmował decyzję w sprawie metod leczenia. Pacjenci muszą być poinformowani o ich stanie zdrowia oraz o możliwościach leczenia²¹. Rodzaj opieki, którą będą otoczeni, może być zróżnicowany: od najbardziej inwazyjnych zabiegów i środków leczenia, przez terapię paliatywną polegającą jedynie na kontrolowaniu bólu i innych objawów choroby, po zapewnienie opieki emocjonalnej i duchowej (hospicjum). Jeżeli stan pacjenta pogorszy się, uniemożliwiając mu podejmowanie decyzji, zespół medyczny będzie współpracował z osobą, którą wybrał i która jest potwierdzona w dokumencie *Advance Directive*. Osoba ta zgodnie z życzeniem chorego będzie podejmowała decyzje o dalszym leczeniu. Organy regulacyjne, to jest *Joint Commission* zachęcają, aby szpitale proponowały pacjentom posiadanie wyżej wymienionego dokumentu i prowadzili jego promocję. W wielu szpitalach kapelani świeccy są wyznaczeni do promowania i pomocy w wypełnianiu *Advance Directive*.

W szpitalach katolickich wyjaśnia się pacjentom, ich rodzinom, opiekunom i zespołowi medycznemu, jak można zrozumieć cierpienie w świetle wiary opartej na boskiej mocy i miłości. Interpretuje się chorobę jako osobiste zjednoczenie z Chrystusem cierpiącym. Zasady moralne głoszone przez Kościół katolicki mogą pomóc pracownikom

²⁰ Por. B. Stuard, A. Volandes, B. W. Moulton. *Advance Care Planning: Ensuring Patient's Preferences Govern the Care They Receive*. „American Society of Aging” 41 (2017) nr 1 s. 31-36.

²¹ Por. Tamże.

służby zdrowia w opiece nad chorymi i umierającymi, z poszanowaniem godności osoby ludzkiej²². Hamel przywołuje trzy zasady, które wspierają rzymskokatolickie nauczanie o zachowaniu zdrowia i poszanowaniu życia. Zasady te głoszą, że Bóg panuje nad światem, życie jest święte, zabijanie jest zakazane. Reguły te same w sobie nie są wystarczające jako moralna lub duszpasterska odpowiedź na opiekę nad cierpiącymi i umierającymi, wymagane jest również działanie. Cnoty moralne muszą znajdować odzwierciedlenie w zachowaniu etycznym i praktyce duszpasterskiej, abyśmy mogli urzeczywistnić nasze chrześcijańskie wizje w obliczu cierpienia i śmierci²³.

Przykładem jest mężczyzna w wieku sześćdziesięciu lat, pochodzenia amerykańskiego, wyznania protestanckiego, u którego została zdiagnozowana choroba nowotworowa. Chory miał tylko brata i szwagierkę, którzy byli zaniepokojeni chorobą, przebiegiem i sposobem leczenia. Chory poprosił o rozmowę z kapłanem świeckim w celu uzyskania informacji o *Advance Directive*. Po skończonej rozmowie chory wyraził życzenie wypełnienia dokumentu i wyznaczył swojego brata na osobę podejmującą decyzje w sprawie jego leczenia. Kapłan świecki spotkał się z chorym, jego bratem i lekarzem prowadzącym w celu poinformowania go, że pacjent podpisał *Advance Directive* i nie życzy sobie przedłużania życia wszelkimi medycznie uznawanymi metodami. Pacjent chciał być traktowany z godnością przysługującą osobie ludzkiej i właściwie przygotowany do momentu odejścia z tego świata. Kontynuował leczenie przez dwa lata, a kiedy wykorzystał już wszystkie możliwości, które lekarze i medycyna mieli do zaoferowania, nie wyraził zgody na sztuczne podtrzymywanie życia przy pomocy respiratora. W następstwie tej decyzji zmarł. Rodzina chorego była szczęśliwa, że pacjent podpisał dokument, w którym wyraźnie zaznaczył swoją wolę i nie musieli podejmować decyzji czy pozwolić lekarzom przedłużać jego życie za wszelką cenę, czy też nie²⁴.

Współczesna medycyna i technologia medyczna umożliwiły przedłużenie życia i jego jakości, tym samym zrodziły się obawy czy technologie będą niepotrzebnie podtrzymywały życie pacjentów, nawet wbrew ich woli i czy człowiek nie stanie się więźniem maszyn.

Przykładem jest kobieta, katoliczka niepraktykująca, lat ponad sześćdziesiąt, pochodzenia polskiego, przebywająca w USA od 1986 r., rozwiedziona, samotnie

²² Por. R. P. Hamel. *The Roman Catholic Tradition: Religious Beliefs and Healthcare Decision*. Georgetown University 1993 s. 5-9.

²³ Por. Tamże s. 10-15.

²⁴ Wywiad nr 41 [M. Pa. ok. 60 lat, pochodzenia amerykańskiego, chrześcijanin; 16.12.2020]. AW s. 41.

wychowująca syna, który na stałe wyjechał do Polski. Pacjentka chorowała na białaczkę, dwukrotnie miała przeszczep szpiku kostnego. Niestety jej organizm nie zareagował pozytywnie na leczenie i jej choroba pogłębiała się. Kapelan świecki odwiedzał chorą codziennie i zachęcał do wypełnienia *Advance Directive*, ale pacjentka kategorycznie odmówiła. Gdy nadszedł krytyczny moment, lekarze zdecydowali się zadzwonić do syna z nadzieją, że syn podejmie właściwą decyzję i będą mogli pozwolić pacjentce odejść bez dodatkowego cierpienia. Niestety syn nie zgodził się z żadnymi wyjaśnieniami lekarzy i zdecydował o podtrzymywaniu matki przy życiu za wszelką cenę. Pacjentka zmarła kilka godzin później w wielkim cierpieniu, które było spowodowane użyciem nadzwyczajnych środków mechanicznych i technicznych²⁵. Ten przykład ilustruje, że rodzina, bliscy czy znajomi bardzo często są postawieni w trudnej sytuacji, gdyż muszą podjąć decyzję zamiast osób, które już tej decyzji podjąć nie mogą²⁶.

Advance Directive, jak wynika z prezentowanych wywiadów, może zabezpieczyć pacjenta, ale nie gwarantuje pełnej ochrony jego praw. Wynika to stąd, że osoby upoważnione mogą podejmować decyzje, których on sam by nie chciał lub które są niezgodne z wyznawaną przez niego wiarą. Inaczej jest w Polsce, gdzie eutanazja jest całkowicie zabroniona. Dostrzegając jej niebezpieczeństwo, polscy biskupi skierowali apel do pracowników duszpasterstwa rodzin, aby odważnie demonstrowali swój sprzeciw wobec niektórych liberalnych organizacji i partii politycznych, które chcą zalegalizować jej wprowadzenie²⁷.

5.2. Inne dokumenty proponowane pacjentom w szpitalach w Chicago

Physician Order for Life Sustaining Treatment (POLST – zalecenie lekarskie w sprawie leczenia podtrzymującego życie) jest kolejnym ważnym dla pacjenta dokumentem. W szpitalach w Chicago ma zastosowanie w sytuacjach, gdy życie pacjenta jest zagrożone. Daje on lekarzowi, pacjentowi czy *Health Care Agent* możliwość podjęcia decyzji w sprawie ostatecznego ratowania życia i odnosi się do momentu, gdy serce pacjenta przestaje bić, a można jeszcze zastosować masaż serca i defibrylację. W odróżnieniu od *Advance Directive* dokument POLST jest podpisywany przez lekarza i pacjenta. Jeżeli zaistnieje taka

²⁵ Wywiad nr 44 [K. Pa. ok. 60 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 29.11.2020]. AW s. 45.

²⁶ Por. Catholic Conference of Illinois. *A Catholic Perspective on Advance Directives in Illinois* s.1. W: <https://www.ilcatholic.org/wp-content/uploads/ACatholicPerspectiveonAdvanceDirectivesinIllinois-Q-A.pdf> (dostęp 22.02.2022).

²⁷ Por. J. Kamiński. *Troska o życie człowieka starego i chorego*. W: *Duszpasterstwo rodzin. Refleksja naukowa i działalność pastoralna*. Red. R. Kamiński, G. Pyżlak, Goleń. KUL: Lublin 1990 s. 337.

okoliczność, że pacjent jest nieprzytomny, dokument może być podpisany przez lekarza i *Health Care Agent*, czyli osobę wyznaczoną przez chorego do podejmowania za niego decyzji w chwili, w której on podjąć jej nie będzie mógł. W Polsce zamiast takiego dokumentu proponuje się rozmowę z lekarzem, który często stwierdza: „pozwólmy odejść choremu w spokoju”. Dokument stosowany w szpitalach w Stanach Zjednoczonych zawiera następujące zagadnienia:

A. *Cardiopulmonary Resuscitation* – CPR (resuscytacja krążeniowo-oddechowa).

1. *Attempt Resuscitation* (Chcę, by podejmowano reanimację).
2. *Do not Attempt Resuscitation* (Nie chcę, by podejmowano reanimację)²⁸.

B. *Medical Intervention*.

1. *Full Treatment* (Czy chcesz, by były stosowane wszystkie możliwe metody leczenia, dosłownie „pełne leczenie”?).
2. *Selective Treatment* (Czy chcesz, by były stosowane wybrane metody leczenia?).
3. *Comfort-Focused Treatment* (Terapia skoncentrowana na komforcie – na jakości życia).

C. *Medically Administered Nutrition* (Żywienie kliniczne).

1. *Long term medically administered nutrition, including feeding tubes* (Długoterminowe żywienie z użyciem metod medycznych, włączając stosowanie zgłębnika).
2. *Trial period of medically administered nutrition, including feeding tubes* (Krótkoterminowe żywienie z użyciem metod medycznych, włączając stosowanie zgłębnika).
3. *No medically administered means of nutrition, including feeding tubes*²⁹ (Odstąpienie od żywienia ze stosowaniem metod medycznych, włączając stosowanie zgłębnika).

Dokument znajduje się w bazie danych i, w przeciwieństwie do warunków polskich, mogą z niego korzystać ratownicy medyczni, którzy już podczas pierwszego kontaktu z chorym, na przykład w karetce pogotowia, wiedzą, jakich środków pacjent nie życzył sobie, by zostały zastosowane.

²⁸Por. N. Joyner, C. Palmer, J. Hatchett. *The Pearl of Physician Orders for Life Sustaining Treatment (POLST): Translating Patient Decision Into Treatment Orders*. „The Online Journal of Issues in Nursing” 25 (2020) nr 1. W: <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-25-2020/No1-Jan-2020/Articles-Previous-Topics/Physician-Orders-for-Life-Sustaining-Treatment-POLST.html> (dostęp 22.05.2021).

²⁹ State of Illinois. Illinois Department of Public Health. *HIPAA Permits Disclosure of POLST to Health Care Professional as Necessary for Treatment. IDPH Uniform Practitioner Order for Life-Sustaining Treatment (POLST)*. W: <https://dph.illinois.gov/content/dam/soi/en/web/idph/files/forms/polstform.pdf> (dostęp 12.08.2022).

Przykładem jest mężczyzna w wieku czterdziestu pięciu lat pochodzenia ukraińskiego, wyznania prawosławnego. Cierpiał na marskość wątroby. Choroba postępowała tak szybko, że lekarze nie mieli wystarczająco dużo czasu, aby spróbować przeszczepu wątroby, byli bezsilni. Kiedy stan pacjenta był krytyczny, lekarze poprosili matkę i siostrę o rozmowę dotyczącą dalszego leczenia. Podczas tego spotkania lekarz zaproponował, aby rodzina podjęła decyzje i podpisała POLST, ponieważ pacjent był nie do uratowania, a masaż serca i defibrylacja bardziej zaszkodziłyby niż pomogły. Matka pacjenta podpisała POLST, dwa dni później pacjent zmarł³⁰.

Living Act Will – jest to dokument, w którym każdy obywatel, znajdujący się na terenie stanu Illinois, może podpisać deklarację, że w sposób świadomy i odpowiedzialny podejmuje decyzję, iż w momencie śmierci klinicznej nie chce, aby jego życie było sztucznie podtrzymywane i nie chce być podłączany do respiratora³¹. Dokument ten przypomina w swoich założeniach *Advance Directive*. Zasadniczą różnicą jest to, że chory sam podejmuje decyzję w każdym momencie swojego życia i nie może przekazać jej komuś innemu. Dokument w niektórych przypadkach może być wykorzystywany jako podstawa prawna eutanazji, gdyż ludzie w ucieczce przed bólem i cierpieniem deklarują, że nie życzą sobie żadnych terapii przedłużających życie i cierpienie.

Przykładem jest kobieta w wieku siedemdziesięciu dwóch lat, pochodzenia afroamerykańskiego, wierząca w Boga, ale nieuczęszczająca do żadnego kościoła. Podczas rozmowy z kapłanem świeckim powiedziała, że umie się modlić i nie potrzebuje żadnych pośredników. Kobieta cierpiała na artretyzm, który sprawiał, że przestawała być samowystarczalna. Poprosiła kapłana świeckiego o pomoc w wypełnieniu *Living Act Will*, motywując swoją decyzję tym, że nie chce być dla nikogo ciężarem, nie chce tak żyć i nie chce cierpieć. Po podpisaniu dokumentu lekarze prowadzący pacjentkę skupili się wyłącznie na uśmierzaniu bólu, po sześciu miesiącach zmarła³².

Declaration for Mental Health Treatment (deklaracja dla osób psychicznie chorych dotycząca ich leczenia) jest dokumentem przeznaczonym dla osób cierpiących na choroby psychiczne. Chorzy muszą wyrazić zgodę na leczenie, jeżeli dwóch niezależnych lekarzy albo sąd zadecydują, że wybrane leczenie lub terapia są właściwe dla pacjenta. Dotyczy to farmakoterapii, sejsmoterapii i hospitalizacji w szpitalach psychiatrycznych³³.

³⁰ Wywiad nr 81 [M. Pa. ok. 45 lat, pochodzenia ukraińskiego, prawosławny; 06.12.2020]. AW s. 88.

³¹ Por. Illinois Department of Aging. *Description of Advance Directives*.

³² Wywiad nr 82 [K. Pa. ok. 72 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, chrześcijanka; 03.04.2021]. AW s. 88.

³³ Por. Illinois Department of Public Health. *Advance Directive*.

Przykładem jest mężczyzna, pochodzenia afroamerykańskiego, w wieku trzydziestu lat, chrześcijanin, który nie złożył takiego dokumentu, a został przyjęty na oddział psychiatryczny. Pacjent cierpiał na chorobę afektywną dwubiegunową z objawami psychotycznymi i był niebezpieczny dla otoczenia. Zarówno pacjent, jak i jego rodzice nie zgadzali się na leczenie, w związku z czym lekarze wystąpili z wnioskiem do sądu o pozwolenie na zastosowanie leczenia pacjenta. Sąd przychylił się do prośby lekarzy i udzielił im zgody³⁴.

Surrogate Health Care Decisions and Same-Sex Relationships (zastępcza decyzja opieki medycznej i relacji osób tej samej płci) jest dokumentem stosowanym w szpitalach na terenie Chicago. W małżeństwach heteroseksualnych małżonkowie mogą podejmować zgodnie z prawem decyzje w sprawie drugiego małżonka, co nie zawsze jest możliwe w przypadku związków homoseksualnych³⁵. Na początku 2011 r. stan Illinois dołączył do szeregu innych stanów, które zalegalizowały związki osób tej samej płci, dlatego prawo stanowe zapewnia im takie same prawa, obowiązki, ochronę i korzyści, jakie mają małżonkowie. Ponieważ niektóre stany USA dalej nie nadają statusu małżeństwa parom jednopłciowym, dlatego mogą one korzystać z dokumentu *Surrogate Health Care Decision and Same Sex Relationship*, który pomaga tym osobom w podejmowaniu decyzji medycznych.

Przykładem jest mężczyzna pochodzenia meksykańskiego, w wieku pięćdziesięciu lat, wychowany w wierze katolickiej, który stał się niewierzący. Mężczyzna był wykorzystywany seksualnie jako młody chłopak. Kiedy wkroczył w dorosłe życie stwierdził, że jest homoseksualistą i rozpoczął związek z mężczyzną. Jego partner doznał zawału serca i został przez karetkę pogotowia zawieziony do szpitala na intensywną terapię. Mężczyzna poinformował jego rodziców, którzy po rozmowie z zespołem medycznym nie wyrazili zgody, aby partner odwiedzał ich syna. Nieformalny związek nie uprawniał partnera do opieki czy odwiedzin, jak również do uzyskiwania informacji o zdrowiu partnera. Pacjent zmarł po kilku dniach. Jego przyjaciel zwierzył się kapelanowi świeckiemu, że były to najgorsze chwile jego życia³⁶.

Health Care Surrogate Act (Ustawa o zastępczych decyzjach w opiece zdrowotnej) – dokument ten daje możliwość wybrania osoby podejmującej decyzje w kwestiach

³⁴ Wywiad nr 48 [M. Pa. ok. 30 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, chrześcijanin; 19.05.2021]. AW. 49.

³⁵ Por. T. F. Murphy. *Surrogate Health Care Decision and Same-Sex Relationship*. „The Hastings Center Report” 41 (2011) nr 3 s. 24.

³⁶ Wywiad nr 47 [M. Pa. ok. 50 lat, pochodzenia. pochodzenia meksykańskiego, ateista; 07.05.2021], AW s. 47.

medycznych, jeśli osoba chora nie będzie mogła ich podjąć. Może to być członek rodziny, przyjaciel lub opiekun prawny mogący podejmować decyzje odnośnie opieki medycznej chorego, który nie ma *Advance Directive* ani *Living Act Will*³⁷. W przypadku wyżej opisanym, daje on możliwość uzyskania informacji na temat stanu zdrowia pacjenta. *Advance Directive* określa prawne standarty. *Health Care Surrogare Act* jest wyznaczeniem osoby spokrewnionej, jeżeli pacjent nie ma żadnej rodziny, to sąd wyznacza taką osobę, którą nazywa się *guardian*³⁸.

Przykładem jest mężczyzna w wieku sześćdziesięciu trzech lat, pochodzenia polskiego, ojciec czworga dorosłych dzieci, rozwiedziony. Jego była żona i rodzina przebywają w Polsce. Karetka pogotowia przywiozła go do szpitala, gdzie stwierdzono u niego udar krwotoczny. Pacjent był pod respiratorem przez kilka tygodni, jego stan zdrowia był krytyczny, pomimo to przeżył. Był w stanie chodzić i mówić, ale psychicznie nie był na tyle sprawny, żeby podejmować decyzje o swoim leczeniu czy dalszym życiu. Jego rodzina nie wyraziła zgody na zaopiekowanie się chorym. Nie chcieli mieć z nim nic od czynienia. Z tego powodu szpital wystąpił do sądu o przyznanie mu *State Guardian* (opiekuna z urzędu), który jest w stałym kontakcie z lekarzami, pracownikami socjalnymi i każda decyzja musi być przez niego zaakceptowana, co poświadcza w formie pisemnej³⁹.

Kolejnym przykładem jest nowonarodzone dziecko, które bardzo cierpiało, ponieważ jego matka nie zgodziła się na odłączenie aparatury podtrzymującej życie ze względu na finansowe korzyści. Stan dziecka był tak ciężki, że dochodziło do rozległej martwicy tkanek. Zespół medyczny nie mógł patrzeć na cierpienie dziecka i wystąpił do sądu o pozbawienie macierzyństwa oraz wyznaczenie *State Guardian*, który wraz z zespołem medycznym pozwolił dziecku odejść w spokoju⁴⁰.

5.3. Troska o rodzinę pacjenta

Rodzina jest podstawową komórką życia społecznego⁴¹. To w rodzinie człowiek przychodzi na świat i w rodzinie powinien się starzeć, cierpieć i umierać⁴². Rodzinę powinny

³⁷ Por. Illinois Guardianship and Advocacy Commission. *Office of State Guardian*. W: <https://gac.illinois.gov/osg.html> (dostęp 06.03.2021).

³⁸ Por. Illinois Guardianship and Advocacy Coimmission. *Health Care Surrogare Act*. W: <https://www.illinoislegalaid.org/legal-information/healthcare-surrogate-legal-questions> (dostęp 12.08.2022).

³⁹ Wywiad nr 115 [M. Pa. ok. 63 lat, pochodzenia polskiego, katolik; 29.12.2021]. AW s. 122.

⁴⁰ Wywiad nr 114 [noworodek i jego matka, pochodzenia afroamerykańskiego, chrześcijanka; 26.11.2021]. AW s. 121.

⁴¹ Por. KKK nr 2207.

⁴² Por. KKK nr 2208.

wspierać i ochraniać instytucje społeczne, ale nie powinny jej zastąpić⁴³. Zagadnienia związane z rolą rodziny są dziś opisywane z wielu perspektyw, na przykład: psychologicznej, socjologicznej, ekonomicznej, pedagogicznej, etycznej czy wreszcie biologicznej. Z perspektywy chrześcijańskiej nie da się kształtować życia rodzinnego bez osobowego spotkania z Jezusem Chrystusem dokonującego się najpełniej w liturgii Kościoła. Zarówno w Jego słowie, jak i w świętych znakach – sakramentach i sakramentaliach⁴⁴. Dlatego opieka medyczna w Chicago nie skupia się wyłącznie na pacjencie. Ważni są również członkowie jego rodziny, którzy przeżywają ogromny stres. Dzieje się tak zwłaszcza, gdy członek rodziny jest na intensywnej terapii, spodziewa się operacji, choruje na nieuleczalną chorobę lub w chwili jego śmierci. Bardzo często rodzina zмага się z problemami fizycznymi, jak czas i wysiłek przeznaczone na opiekę, psychicznymi – związanymi z radzeniem sobie z sytuacją stresową, społecznymi, a czasami także finansowymi. Kapelani współpracują z pracownikami socjalnymi i organizacjami charytatywnymi, dzięki którym starają się pomóc rodzinie nie tylko od strony duchowej, ale i także od tej materialnej.

Kapelan świecki wspomaga rodzinę w takim samym stopniu, jak osoby chore⁴⁵. Kapelani świeccy uczestniczą w specjalnych szkoleniach, które pozwalają im nabyć umiejętności, wiedzę i zdolności, dzięki którym mogą sprostać oczekiwaniom w sytuacjach wyjątkowo wrażliwych na sferę wartości religijnych i godność człowieka. Specjalne szkolenia, w którym uczestniczą:

1. Pozwalają im nabyć umiejętności połączenia refleksji teologicznej z doświadczeniami życiowymi.
2. Ukierunkowują i pomagają w duchowym skupieniu i wyciszeniu („spocząć w ramionach Bożych”).
3. Ułatwiają dostępność „środków” religijnych, to jest modlitwy, pomocy w przystąpieniu do sakramentów.
4. Pomagają we wzbudzaniu zaufania do ludzi i Boga.
5. Uczą stosowania metod, które wyjaśniają rodzinom, w jaki sposób pomagać i wzajemnie się wspierać.

⁴³ Por. KKK nr 2209.

⁴⁴ Por. P. Kulbacki. *Liturgia błogosławieństw w służbie rodziny*. „Roczniki Teologiczne” 61 (2014) nr 8 s. 58.

⁴⁵ Por. R. Lewis. *Pastoral Care: A Presence at the Bedside, But So Much More*. „Penn Medicine News” (z dnia 28.12.2017) s. 1-3. W: <https://www.pennmedicine.org/news/internal-newsletters/system-news/2018/january/pastoral-care-a-presence-at-the-bedside-but-so-much-more> (dostęp 03.02.2022).

6. Pomagają w nabywaniu umiejętności ułatwiających nawiązywanie relacji międzyludzkich, które nie ograniczają się tylko do doradztwa⁴⁶.

Kapelan dzięki swojemu przygotowaniu jest w stanie zaoferować dużo bogatszą ofertę pomocy niż ta, którą oferują psychologowie, psychiatry czy pracownicy socjalni.

Członkowie rodziny czy opiekunowie chorych to „pacjenci za kulisami”, ponieważ to na nich spoczywa opieka i pośrednia odpowiedzialność za chorego. Choroba w jakimś sensie dotyczy wszystkich członków rodziny. Może nieco w inny sposób, ale wraz z chorym cierpi cała rodzina. W 1988 r. pojęcie *Patient Care Center* (opieka skoncentrowana na pacjencie) było promowane przez *Picker Institute (Person Centered Care)* prowadzący badania mające na celu udoskonalenie opieki medycznej. Wzorowały się na nim szpitale w Ameryce, co spowodowało, że uwaga i opieka duszpasterska były skupione na pacjencie. W 1993 r. zauważono potrzebę dotarcia z posługą duszpasterską nie tylko do pacjenta, ale także do jego rodziny⁴⁷.

Opieka ta w większości przypadków obejmuje duchowe wsparcie, modlitwę, współczucie, czas na rozmowę oraz towarzyszenie w tak ciężkiej chwili.

Kobieta pochodzenia irlandzkiego, pracująca jako kapelan świecki, została poproszona o pomoc umierającemu pacjentowi i jego rodzinie. Kiedy weszła do pokoju chorego pochodzenia afroamerykańskiego, wyznania baptystycznego, dostrzegła niepokój i rozpacz wszystkich osób, które przyszły odwiedzić umierającego pacjenta. Rodzina chorego liczyła jedenaście osób. Wszyscy przekrzykiwali się nawzajem i narzekali na obsługę szpitalną, co stało się powodem wezwania ochrony, która miała zabezpieczyć spokój na oddziale. Kapelan świecki w tej sytuacji zaproponowała modlitwę i zapytała, czy ktoś z członków rodziny jest gotowy, aby podjąć się modlitwy w intencji tak bliskiej im osoby. W następstwie tej propozycji wszyscy się uciszyli. Pięcioro z członków rodziny podjęło modlitwę pod przewodnictwem kapelana świeckiego. Pod koniec modlitwy, dzięki właściwej interwencji kapelana świeckiego, wszyscy pogodzili się z zaistniałą sytuacją i w spokoju, wyciszeniu towarzyszyli choremu⁴⁸.

Innym przykładem jest lekarz kardiolog w wieku pięćdziesięciu lat, Amerykanin wyznania katolickiego. Będąc w pracy, nagle zasłabł i koledzy, również lekarze, natychmiast

⁴⁶ Por. Tamże s. 1-3.

⁴⁷ Por. A. Sinaiko, K. Szumigalski, D. Eastman, A. Chien. *Delivery of Patient Centered Care in the U.S. Health Care System: What is Standing in its way?* „Academy of Health” 2019 s. 2-3. W: https://academyhealth.org/sites/default/files/deliverypatientcenteredcare_august2019.pdf (dostęp 22.02.2022).

⁴⁸ Wywiad nr 55 [K. Ka. ok. 50 lat, pochodzenia irlandzkiego, katoliczka; 26.05.2021]. AW s. 57.

przetransportowali go na izbę przyjęć, gdzie po serii badań została zdiagnozowana u niego choroba nowotworowa. Jego żona, pielęgniarka pracująca w tym samym szpitalu, została poinformowana o zaistniałej sytuacji. Pacjent został przyjęty na oddział onkologiczny i od samego początku odwiedzany był przez liczne grono przyjaciół, lekarzy i innych współpracowników. W ciągu kolejnych dni przeprowadzono badania i stwierdzono, że jest nieuleczalnie chory i nie ma nadziei na wyleczenie. Kapelan świecki wielokrotnie odwiedzał chorego, u którego często spotykał jego żonę. Podczas tych spotkań rozmawiali o Bogu, życiu i śmierci oraz o życiu pozagrobowym. Wynikiem wizyt kapelana świeckiego była prośba o wezwanie kapłana. Pacjent przyjął sakrament namaszczenia chorych. Potem zwierzył się, że ani jego koledzy lekarze, ani jego przyjaciele nie chcą z nim podejmować rozmowy o śmierci i przemijaniu, a są to tematy dla niego bardzo ważne. Jako lekarz zdawał sobie sprawę, że umiera i odczuwał potrzebę wzmocnienia się w wierze i nadziei. W niedługim czasie pacjent poczuł się bardzo źle. Poprosił pielęgniarkę, aby przy jego łóżku były tylko zaufane osoby, czyli żona i kapelan świecki. Niestety pomimo zastosowania wszelkich możliwych metod terapii i środków medycznych, pacjent wkrótce zmarł. Posługa kapelana świeckiego w tym momencie skupiła się na towarzyszeniu choremu w cichej modlitwie, kiedy odchodził do Boga⁴⁹.

Najbardziej intensywne zaangażowanie rodziny zauważamy, jeżeli pacjentami są dzieci. To rodzice komunikują się wówczas z zespołem medycznym.

Przykładem jest pacjent w wieku czterech lat, którego rodzice byli hinduistami. Przeszedł operację wycięcia migdałków. Nastąpiły komplikacje pooperacyjne i pacjent na życzenie rodziców został przewieziony do specjalistycznego szpitala na oddział leczenia komplikacji pooperacyjnych. Stan dziecka po przyjęciu na oddział intensywnej terapii bardzo szybko pogarszał się i pomimo wszelkich zabiegów lekarzy dziecko zmarło. Rodzice byli „głosem dziecka”, to oni zabiegali o najlepszą opiekę, żeby móc uratować mu życie. Kapelan świecki (katolik) towarzyszył im w procesie przyjęcia dziecka na oddział, próbie ratowania życia i przy jego śmierci. Kapelan ani na chwilę nie pozostawił zrozpaczonych rodziców, wspierając ich modlitwą, rozmową i nieustannym odwoływaniem się do planu Boga, który ma wobec nas wszystkich⁵⁰.

Pomoc rodzinie skupia się na wsparciu, udzielaniu informacji, zapewnieniu warunków, aby członkowie rodziny mogli być obecni przy chorym bez ograniczeń –

⁴⁹ Wywiad nr 56 [M. Pr. ok. 50 lat, pochodzenia amerykańskiego, katolik; 28.04.2021].

AW s. 57.

⁵⁰ Wywiad nr 57 [M. K. Dziecko, ok. 40 lat, pochodzenia indyjskiego, hinduiści; 22.04.2021]. AW s. 60.

zwłaszcza, jeżeli chory przebywa na oddziale intensywnej terapii⁵¹. Dzięki temu chory ma większy komfort psychiczny i poczucie bezpieczeństwa. Pacjenci i ich rodziny są ekspertami w ich osobistych doświadczeniach życiowych i zdrowotnych. Dlatego współpraca z nimi jest niezbędna w celu zapewnienia jak najlepszej opieki medycznej i duchowej. W szpitalach oraz innych placówkach zdrowotnych kapelani świeccy odgrywają ważną rolę, inicjując i zachęcając zespół medyczny do współpracy z rodziną, a niekiedy są pośrednikami pomiędzy chorym, jego rodziną a lekarzami⁵². Autorzy artykułu, Ch. Feudtner i J. Haney, zatytułowanego *Spiritual Care Needs of Hospitalized Children and Their Families*, który omawia tworzenie się kultury opieki zdrowotnej koncentrującej się na pacjencie i jego rodzinie, stwierdzili, że „wiara i religia są niezbędne w procesie leczenia, a często zdarza się, że zespół medyczny nie jest dostatecznie przygotowany, aby prowadzić rozmowy na temat wiary, religii czy duchowości z pacjentami lub ich rodzinami”⁵³.

Kapelan świecki działa na podstawie wcześniej wymienionych wytycznych CPE, ACPE i NACC. Te organizacje są najbardziej zaangażowane w udoskonalanie zawodowe kapelanów świeckich i dbają o przygotowanie ich do:

1. Pomocy pacjentowi i jego rodzinie w zidentyfikowaniu i wyartykułowaniu ich wartości religijnych, przekonań dotyczących choroby, cierpienia, a nawet śmierci.
2. Pomocy zespołowi medycznemu w komunikowaniu się z pacjentem i jego rodziną. Dzięki temu lekarze w swoim planie leczenia będą uwzględniać nie tylko ciało, ale i ducha oraz będą szanować to, w co pacjent i jego rodzina wierzą.
3. Wspierania pacjentów i ich rodzin w podejmowaniu decyzji dotyczących opcji leczenia.
4. Zwoływania (ma to miejsce w niektórych przypadkach) i uczestnictwa w spotkaniach dotyczących etycznych aspektów leczenia pacjenta.
5. Towarzyszenia choremu i jego rodzinie w momencie śmierci⁵⁴.

Opieka nad pacjentem i jego rodziną, w szpitalach działających według nowego nurtu pod nazwą *Patient and Family Centered Care* (opieka skoncentrowana na pacjencie i jego rodzinie), opiera się na czterech podstawowych koncepcjach, a kapelan świecki jako członek zespołu medycznego wspiera pacjentów i ich rodziny, wzorując się na tych wytycznych. Należą do nich⁵⁵:

⁵¹ Por. A. Duru. *Ministry to Families: What the Research Tells us* <https://www.nacc.org/vision/january-february-2017/ministry-families-research-tells-us/> (dostęp 12.07.2021).

⁵² Por. Tamże.

⁵³ Por. C. Feudtner, J. Haney, M. A. Dimmers. *Spiritual Care Needs of Hospitalized Children and Their Families*. „Pediatrics” 3 (2003) nr 1 s. 67-72.

⁵⁴ Por. A. Duru. *Ministry to Families*.

⁵⁵ Por. Tamże.

1. Poszanowanie godności i szacunek dla osoby – zespół medyczny wysłuchuje i szanuje pacjenta, jego rodzinę i akceptuje ich wybór odnośnie leczenia. Lekarze opiekujący się pacjentem uwzględniają jego wiarę, kulturę oraz wartości, jakimi chory się kieruje.

Przykładem zastosowania tej zasady jest przypadek kobiety w wieku sześćdziesięciu lat, katoliczki pochodzenia polskiego. Cierpiała na chorobę nowotworową. Jej stan zdrowia pogorszył się i została przyjęta na oddział intensywnej terapii, podłączona do respiratora. Po kilku dniach lekarze zaproponowali spotkanie z mężem pacjentki i kapłanem świeckim. Na spotkaniu zespół lekarzy zaproponował odłączenie pacjentki od respiratora i pozwolenie, aby umarła. Mąż pacjentki powiedział lekarzom, że jest katolikiem i jego wiara uczy, iż należy ratować życie do końca, dlatego nie zgadza się z tą decyzją. Podczas spotkania kapłan świecki wspomagał męża pacjentki i potwierdził naukę Kościoła katolickiego, po czym lekarze wyrazili zgodę na kontynuowanie leczenia. Po trzech miesiącach stan pacjentki poprawił się, została odłączona od respiratora i wypisana do domu opieki na terapię, po której została wypisana do własnego domu⁵⁶.

2. Udostępnianie informacji o pacjencie. Pacjent i jego rodzina otrzymują dokładne i kompletne informacje na temat stanu zdrowia oraz sposobu leczenia.

Przykładem jest pacjentka w wieku około sześćdziesięciu lat, Amerykanka wyznania protestanckiego, która została przyjęta do szpitala, z innego stanu, na specjalistyczną operację kręgosłupa. Mąż pacjentki cierpiał na chorobę Alzheimera i nie mógł być obecny podczas jej pobytu w szpitalu. Kapłan świecki pomagał pacjentce w kontakcie z mężem, wykorzystując iPada lub osobiście dzwonił do jej męża, informując o stanie zdrowia chorej. Organizował telekonferencje z lekarzami, dzięki którym mąż mógł być poinformowany o przebiegu leczenia żony⁵⁷.

3. Udział w leczeniu – rodzina pacjenta jest zachęcana do udziału, wraz z lekarzami, w opiece nad pacjentem.

Przykładem jest trzydziestoletnia pacjentka pochodzenia afroamerykańskiego, chrześcijanka cierpiąca na niedokrwistość sierpowatokrwinkową (*sickle cell anemia*). Choroba ta jest charakterystyczna dla tej populacji. Pacjentka ze względu na nieustający ból całego ciała bardzo często musiała przebywać w szpitalu, aby dożylnie otrzymać leki przeciwbólowe. Miała troje małych dzieci. Zwierzyła się katolickiemu kapłanowi świeckiemu, że będzie musiała wyjść ze szpitala na własne żądanie, ponieważ nie ma kto opiekować się dziećmi. Kapłan świecki poprosił o rozmowę z lekarzami prowadzącymi i

⁵⁶ Wywiad nr 58 [K. Pa. ok. 60 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 16.12.2020]. AW s. 59.

⁵⁷ Wywiad nr 59 [K. Pa. ok. 60 lat, pochodzenia amerykańskiego, protestantka; 16.03.2021]. AW s. 61.

razem skontaktowali się z jej matką oraz ciotką. W rezultacie tej rozmowy matka oraz ciotka obiecały zająć się dziećmi, aby pacjentka mogła zakończyć leczenie w szpitalu⁵⁸.

4. Współpraca – w niektórych przypadkach zespół medyczny oferuje pacjentowi i jego rodzinie udział w badaniach naukowych i projektach edukacyjnych⁵⁹.

Przykładem jest pacjentka, baptystka pochodzenia afroamerykańskiego, w wieku około trzydziestu lat, cierpiąca na stwardnienie rozsiane. Pomimo jej młodego wieku i starań lekarzy choroba szybko postępowała. Na początku choroby, po rozmowie z lekarzami, kobieta wyraziła zgodę na eksperymentalne leczenie, kiedy tradycyjne środki już nie będą skuteczne. Jej rodzina była temu przeciwna. Lekarz prowadzący pacjentkę zadzwonił do kapelana świeckiego, prosząc o pomoc w rozstrzygnięciu sporu pomiędzy pacjentką a jej rodziną. Kapelan świecki odwiedzał pacjentkę w obecności jej rodziny i po trzech spotkaniach wspólnie poruszyli temat eksperymentalnego leczenia. Kapelan pomógł obydwu stronom dojść do porozumienia. Uzyskali zgodę na eksperymentalne leczenie, kiedy pacjentka będzie już u schyłku swojego życia, bez perspektywy wyleczenia i szansy na przeżycie⁶⁰.

Inną formą posługi rodzinom, jakiej często podejmuje się katolicki kapelan świecki, jest towarzyszenie im w czasie, gdy utracili kogoś bliskiego. Zdarza się, że w takiej sytuacji pojawiają się negatywne emocje i doznania. Wówczas do współpracy zapraszany jest katolicki kapelan świecki, mimo że jego rola formalnie kończy się na wsparciu rodziny zmarłego pacjenta w szpitalu. Kapelani nie odmawiają i tego rodzaju posługi, ale wypełniają ją w swoim wolnym czasie. Należy podkreślić, że wsparcie rodziny w żałobie to działania, które nie są wpisane w obowiązki katolickiego kapelana świeckiego⁶¹. Podkreśla to jeden z księży w swoim wywiadzie, w którym wspomina sytuację, gdy katolicki kapelan świecki pomagał wdowie z szóstką dzieci. Kobieta po starcie męża czuła się bardzo osamotniona i zagubiona. Mimo iż Kościół, do którego należała, proponował jej uczestnictwo w grupach wspomagających działających przy parafii, ze względu na obowiązki związane z opieką nad dziećmi nie znalazła czasu, aby w nich uczestniczyć. Śmierć pozostawia pustkę trudną do wypełnienia⁶².

W Stanach Zjednoczonych mówi się o pięciu stopniach żałoby:

⁵⁸ Wywiad nr 60 [K. Pa. ok. 30 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, baptystka; 29.05.2021]. AW s. 63.

⁵⁹ Por. A. Duru. *Ministry to Families*.

⁶⁰ Wywiad nr 61 [K. Pa. ok. 30 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, baptystka; 18.01.2021]. AW s. 64.

⁶¹ Por. J. Szmołon. *Pomoc psychoduchowa w sytuacji śmierci członka rodziny*. W: *Duszpasterstwo rodzin refleksja naukowa i działalność pastoralna*. Red. R. Kamiński, G. Pyżlak, J. Goleń. Lublin 2013. s. 591.

⁶² Wywiad nr 9 [M. Ks. ok. 80 lat, pochodzenia polskiego, katolik; 18.11.2020]. AW s. 10.

1. *Denial* (niedowierzenie) – szok, znieczulenie, dezorientacja i załamanie.
2. *Anger* (gniew) – niecierpliwość, frustracja, *resentment* (żal, rozgoryczenie), wstyd, *rage* (wściekłość), poczucie braku kontroli.
3. *Bargaining* (targowanie się) – poczucie winy, wstydu, obwinianie się, poczucie strachu, utrata bezpieczeństwa.
4. *Depression* (depresja) – smutek, desperacja, poczucie bezradności, rozczarowania, *overwhelmed* (przytłoczenia).
5. *Acceptance* – zaakceptowanie, odzyskanie poczucia swojej wartości, dumy, umiejętność radzenia sobie⁶³.

W Stanach Zjednoczonych rodzina pogrążona w żałobie może liczyć na wsparcie *Grieving Support Group* (grupy wspomagające w żałobie), które mają swoje siedziby przy hospicjach i kościołach. Rodzina powinna liczyć na wsparcie:

- emocjonalne, nienastawione bezpośrednio na rozwiązywanie problemu, lecz sprzyjające pozbyciu się negatywnych emocji i polegające na okazywaniu zrozumienia;
- informacyjne, ułatwiające zrozumienie przeżywanej sytuacji i obejmujące dzielenie się własnym doświadczeniem przez osoby przeżywające podobne trudności;
- rzeczowe, polegające na dostarczaniu środków materialnych ułatwiających egzystencję i ograniczających troski codziennego życia;
- instrumentalne, zwane także wsparciem przez świadczenie usług i udzielanie pomocy przy wykonywaniu czynności codziennych i prac domowych⁶⁴.

W Stanach Zjednoczonych pomoc rodzinom w żałobie jest bardzo rozwinięta. Osoby dotknięte bólem utraty bliskiej osoby mogą liczyć na pomoc poprzez Internet, w soboty o godz. 10:00, proponowaną przez NAMI – *Family Support Group*⁶⁵. Organizowane są spotkania w małych grupach działających przy hospicjach, jak również przy szpitalach. W Chicago katolicy mogą skorzystać z pomocy *Rainbow Hospice and Palliative Care*, *LOSS – Catholic Charities*. Większość szpitali oferuje *supporting group* (grupy wsparcia).

⁶³ C. Stanaway. *The Stages of Grief: Accepting the Unacceptable*. University of Washington 2020. W: <https://www.washington.edu/counseling/2020/06/08/the-stages-of-grief-accepting-the-unacceptable/>. (dostęp 23.03.2021).

⁶⁴ Por. J. Szymołon. *Pomoc psychoduchowa w sytuacji śmierci* s. 595.

⁶⁵ Por. National Alliance of Mental Health. *Grief and Loss Support Group*. W: <https://namicns.org/support-groups/grief-and-loss-support-group/> (dostęp 22.02.2022).

5.4. Duchowe wsparcie i rozmowa

Obecność, towarzyszenie, duchowe wsparcie i rozmowa są istotą pracy kapelanów świeckich w szpitalach i placówkach ochrony zdrowia. Kapelani świeccy wykazują się umiejętnością tworzenia atmosfery pełnej zaufania, dzięki której chory czy jego rodzina mogą sięgnąć do głębi swojej duszy i podzielić się bólem, troską lub radością. Duchowe wsparcie i rozmowa nie podlegają żadnym planom czy regułom. Natomiast wymaga się od kapelana świeckiego umiejętności bycia elastycznym, wrażliwym emocjonalnie i współczującym⁶⁶. Ze względu na dużą liczebność parafii w Chicago, a małą liczbę księży, kapelan świecki, w przeciwieństwie do Polski, w której przy parafiach znajdują się liczne grupy wsparcia oraz duszpasterstwo rodzin, sam musi podjąć się duchowego wsparcia pacjentów. Wielowymiarowość bytu ludzkiego wymaga, aby wsparcie, zwłaszcza w chorobie, miało charakter integralny i odwoływało się do potrzeb tak psychicznych, jak i duchowych. Zasada ta nie implikuje bezpośredniego postulatu oddzielenia psychologii od religii, ale wyznacza wyraźną granicę kompetencji kapelana świeckiego⁶⁷.

Kapelan świecki bardzo często używa słów *presence* (obecność) czy *being* (bycie) jako opisu swojej pracy z pacjentem i jego rodziną. To, co w znacznym stopniu różni go od pozostałych członków zespołu medycznego, to fakt, że kapelan świecki ma czas dla pacjenta i jego rodziny. Wsłuchuje się w opowieści pacjenta, dzięki którym może ocenić stan ducha, wiary, kondycję pacjenta i zaoferować właściwą pomoc. Posługa kapelana świeckiego obejmuje obecność przy pacjencie, rozmowę duszpasterską, wzmacnianie i porady duchowe⁶⁸.

Przykładem jest kobieta w wieku pięćdziesięciu trzech lat, z Kolumbii, wyznania katolickiego. Kapelan świecki został wezwany do pacjentki, która przebywała na oddziale intensywnej terapii. Po przybyciu okazało się, że pacjentka umiera i nie ma z nią żadnego członka rodziny. Zespół medyczny nie chciał, żeby pacjentka umierała samotnie. Dlatego poprosili kapelana świeckiego, aby wspierał w modlitwie pacjentkę i był obecny przy jej śmierci⁶⁹.

⁶⁶ Por. K. Adams. *Defining and Operationalizing Chaplain Presence*. „Journal of Religion and Health” 58 (2019) nr 1 s. 1246.

⁶⁷ Por. J. Kaminski. *Troska o życie człowieka starego i chorego* s. 334.

⁶⁸ Por. K. Adams. *Defining and Operationalizing Chaplain* s. 1248

⁶⁹ Wywiad nr 62 [K. Pa. ok. 53 lat, pochodzenia kolumbijskiego, katoliczka; 09.09.2021]. AW s. 62.

Obecność przy umierającym pacjencie jest również formą służby i oznacza trwanie przy zranionym, opuszczonym człowieku. Jest również uczestnictwem w doświadczeniach znajdujących się na pograniczu życia i śmierci pacjenta⁷⁰.

Wymowne są słowa księdza pracującego jako kapelan i dyrektor departamentu kapelanów w szpitalu, który powiedział, że obecność kapelana przy chorym to odpowiedź na cierpienie i nadzieja na wyzdrowienie. To uzdrowienie polega niekiedy na przebaczeniu, pojednaniu albo pogodzeniu się z wolą Bożą. Fundamentem duchowego wsparcia jest umiejętność słuchania i próba emocjonalnej identyfikacji z historią życia chorego. Możliwość zwierzeń staje się swego rodzaju „lekarstwem” dla pacjenta⁷¹.

Bardzo często kapelan świecki jest postrzegany jako *Listener Life Story* (słuchający historii życia). Jest to celowe słuchanie, które z kolei sprawia, że historia życiowa każdego pacjenta ma charakter niepowtarzalny. „Celowe słuchanie” nie zawsze jest łatwe, ponieważ bardzo często wymaga czasu i skupienia się na chorym. Uważne słuchanie drugiego oznacza „wczucie się” w jego sytuację, towarzyszenie mu i okazywanie miłości⁷².

Przykładem jest katolicki kapelan świecki pracujący dla zespołu paliatywnego w szpitalu. Do kapelana zadzwoniła córka pacjenta przebywającego na oddziale intensywnej terapii, prosząc o duchowe wsparcie dla ojca. Córka mieszkała w innym stanie i nie mogła być przy ojcu. Pacjent w wieku dziewięćdziesięciu trzech lat, wyznania luterńskiego, był od kilku miesięcy pod opieką zespołu paliatywnego. Kiedy kapelan świecki wszedł do pokoju, pacjent był nieprzytomny, podłączony do aparatury podtrzymującej życie. Odmówił modlitwę, siedząc przy łóżku chorego. Trzymał go za rękę, aby tym gestem w ciszy i spokoju wesprzeć chorego, dać mu odczuć, że ktoś przy nim jest. Po kilku minutach odczuł uścisk dłoni pacjenta, a niedługo potem serce pacjenta przestało bić, lekarze stwierdzili zgon⁷³. Dla pacjenta i jego córki obecność kapelana świeckiego była ogromnym duchowym wsparciem. Tego wsparcia nie można wyjaśnić w sposób logiczny czy racjonalny, niemniej jednak kapelan odczuł, że miało to dla chorego niezwykle znaczenie⁷⁴. Podczas tego duchowego wsparcia uwaga kapelana jest w pełni skupiona na pacjencie. Ta towarzysząca obecność pozwala pacjentowi sięgnąć do głębi swego umysłu i chory może czerpać spokój duchowy, dzięki tej obecności.

⁷⁰ Por. K. Adams. *Defining and Operationalizing Chaplain* s. 1248.

⁷¹ Wywiad nr 63 [M. Ks. ok. 50 lat, pochodzenia afrykańskiego, katolik; 20.03.2021]. AW s. 66.

⁷² Por. Ch. J. Lopez. *Hospice Chaplain: Presence and Listening at the End of Life*. „The Theological Journal of the Lutheran School of Theology” 45 (2018) nr 1 s. 47.

⁷³ Wywiad nr 110 [K. Ka. ok. 40 lat, pochodzenia amerykańskiego, katoliczka; 03.09.2021]. AW s. 65.

⁷⁴ Por. K. Adams. *Defining and Operationalizing Chaplain* s. 1248.

Dzięki wsparciu, jakiego udziela kapelan świecki, możliwe jest zbudowanie prawdziwej relacji opartej na zaufaniu, autentyczności oraz szacunku do doświadczeń pacjenta⁷⁵. To doświadczenie obecności daje początek budowaniu jeszcze ściślejszej relacji pomiędzy Bogiem a chorym. Sprowadza się ona do umiejętności poddania się woli Bożej w ciszy i skupieniu. Pełna nadziei obecność może pomóc w odnalezieniu poczucia spokoju i skupienia się na trwającej chwili. Parameshwaran, jeden z psychiatrów, który skończył roczny staż CPE, porównuje obecność kapelana świeckiego i jego duchowe wsparcie do „medytacyjnej sztuki trwania w stanie braku oceny i krytyki, okazywania współczucia i celowej koncentracji myśli i uczuć, które pomagają wzbudzić u pacjenta nadzieję na uzdrowienie duszy, a czasami i ciała”⁷⁶.

Przykładem jest lekarz pracujący w izbie przyjęć, w wieku około siedemdziesięciu lat, Amerykanin, chrześcijanin. Karetka pogotowia przywiozła pacjenta z asystolią (brak akcji serca). Po 40 minutach reanimacji serca, pacjent zmarł. Rodzina pacjenta jechała za karetką pogotowia. Po przybyciu do szpitala czekali w poczekalni na informacje o bliskim. Zanim lekarz poszedł do rodziny pacjenta, żeby im przekazać tę przykrą wiadomość, zadzwonił do kapelana świeckiego i poprosił, aby mu towarzyszył, kiedy będzie rozmawiał z rodziną⁷⁷.

Rolę, jaką kapelan świecki sprawuje w posłudze duchowej, można opisać w następujący sposób⁷⁸:

1. Łagodzenie cierpienia duchowego. Cierpienia duchowego nie można ujrzyć od razu, ale można zobaczyć twarz chorego, który przeżywa rozterki i obawy o swoje zdrowie lub życie. Umiejętność dostrzegania takich sytuacji, czy osób, jest pewnego rodzaju darem kapelana, który, zatrzymując się przy takiej osobie, ma możliwość rozeznania, że przeżywa ona ogromny stres i jest czymś zaniepokojona. Rozmowa kapelana świeckiego z taką osobą pozwala na otwarcie serca i jest zaproszeniem do zwierzeń.

Jednym z przykładów jest dziewczyna w wieku szesnastu lat, pochodzenia polskiego, urodzona w USA, mówiąca płynnie po polsku, z rodziny katolickiej, ale słabo praktykującej. Kapelan świecki robiąc obchód po specjalistycznym oddziale psychiatrycznym dla młodzieży, zauważył przez uchylone drzwi jednego z pokoi siedzącą tyłem młodą dziewczynę, bez ruchu, z opuszczoną głową. Zastanowiło go to, ponieważ owego dnia już

⁷⁵ Por. Tamże s. 1249.

⁷⁶ Por. R Parameshwaran. *Theory and Practice of Chaplain's Spiritual Care Process*. „Indian Journal of Psychiatry” 75 (2015) nr 1 s. 21-29.

⁷⁷ Wywiad nr 65 [M. Pr. ok. 70 lat, pochodzenia amerykańskiego, chrześcijanin; 17.02.2021]. AW s. 67.

⁷⁸ Por. K. Adams. *Defining and Operationalizing Chaplain* s. 1248.

kilkakrotnie widział taką postawę u tej młodej dziewczyny. Postanowił zasięgnąć informacji na jej temat. Uzyskał je od zespołu medycznego. Okazało się, że pacjentka od kilku dni przeważnie trwa w takiej postawie. Lekarz ani personel nie byli w stanie nawiązać z nią kontaktu. Kapelan świecki za zgodą lekarza prowadzącego i personelu medycznego postanowił przyjść z pomocą i interweniować. Dowiedział się, że pacjentka trafiła na oddział psychiatryczny z powodu objawów, jakie ujawniły się po rozwodzie rodziców. Zaburzenia objawiały się tym, że próbowała odebrać sobie życie. Jej matka również popadła w depresję, a następnie w alkoholizm. Przestała radzić sobie z opieką nad dziewczyną. Rezultatem tego było oddanie jej najpierw do domu dziecka, a gdy i tam personel nie poradził sobie, oddano ją do szpitala psychiatrycznego. Historia pacjentki bardzo poruszyła kapelana i nastawiła współczująco do jej przeżyć. Postanowił odpowiednio przygotować się do rozmowy z nią. Na początku okazało się, że bardzo ważne było to, iż kapelan świecki mówi w języku polskim tak, jak i ona. Następnie kapelan zapytał pacjentkę, jakie miała lub jakie ma w tej chwili marzenia. Po chwili ciszy podniosła głowę i odpowiedziała, że tak, że ma marzenia. Marzeniem okazał się jak najszybszy powrót do domu. Kapelan świecki potwierdził, że rozumie ją i wie, że to jest najważniejsze marzenie do spełnienia, ale wcześniej chciał się dowiedzieć, jak znalazła się na oddziale. Mając te informacje, mógł wskazać sposób realizacji marzenia o powrocie do domu. Pacjentka powoli otwierała się, wszystkie swoje rozterki, żale, ból z płaczem wyznała kapelanowi. Rezultatem tego było spotkanie z lekarzem prowadzącym, pracownikiem socjalnym oraz matką pacjentki, na którym podjęto decyzję o jej warunkowym powrocie do domu. Warunkiem było podjęcie przez matkę pacjentki leczenia w grupie AA i pozytywne zakończenie tego leczenia. Rzeczywiście tak się stało. Dzięki kapelanowi świeckiemu i zapewnieniom matki pacjentka wróciła do domu⁷⁹.

2. Poprawa komunikacji między zespołem medycznym a pacjentem i jego rodziną.

Przykładem jest kobieta w wieku pięćdziesięciu dwóch lat przebywająca Stanach Zjednoczonych wraz ze swoim mężem od trzydziestu dwóch lat. Małżeństwo posiadało jedną córkę, która na stałe przebywała w Polsce. Od trzech lat pacjentka cierpiała na chorobę nowotworową. Porozumiewanie się telefoniczne lekarzy z córką pacjentki było bardzo utrudnione z powodu bariery językowej i strefy czasowej. Poproszono kapelana świeckiego o pomoc, ponieważ znał on język polski i angielski. Był obecny podczas konsultacji pacjentki z lekarzem. Wykorzystując swój prywatny telefon, za zgodą lekarza przekazywał

⁷⁹ Wywiad nr 83 [K. Pa. ok. 16 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 19.10.2020]. AW s. 86.

wiadomości o stanie zdrowia chorej. Taka sytuacja trwała cztery miesiące, aż do momentu agonii i śmierci pacjentki. W tych trudnych chwilach córka cały czas była obecna przy telefonie. Była również obecna podczas śmierci matki. Dzięki udziałowi kapelana świeckiego i nieograniczonemu dostępowi do jego telefonu córka mogła być obecna przy matce.

3. Zaspakajanie potrzeb duchowych.

Przykładem jest pacjent w wieku około siedemdziesięciu lat, który został przywieziony do szpitala nieprzytomny. Był on zabrany z ulicy, bezdomny. Z dokumentów znalezionych przy pacjencie wynikało, że jest on pochodzenia polskiego. Świadczyło o tym również polsko brzmiące nazwisko. Pielęgniarka, która znajdowała się na oddziale, zadzwoniła do kapelana świeckiego, gdyż wiedziała, że mówi on po polsku i w imieniu lekarza poprosiła o wsparcie duchowe, ponieważ pacjent umierał. Kapelan świecki przybył natychmiast i po przeanalizowaniu sytuacji zadzwonił do polskiego księdza z prośbą o pomoc. Ksiądz przybył niezwłocznie i po konsultacji z lekarzem udał się, razem z kapelanem świeckim, do pokoju umierającego pacjenta. Niespodziewanie kapłan rozpoznał w pacjencie bezdomnego, który niejednokrotnie przebywał w okolicy kościoła, w którym ksiądz był proboszczem. Ksiądz proboszcz udzielił mu wiatyku. Wkrótce potem pacjent zmarł. W następstwie tego wydarzenia ksiądz proboszcz zadzwonił do archidiecezji chicagowskiej i poprosił biskupa o możliwość pochowania pacjenta na katolickim cmentarzu będącym pod zarządem archidiecezji. Po uzyskaniu zgody ksiądz zwrócił się do kapelana świeckiego, aby koordynował przygotowania do pogrzebu i pochówku bezdomnego pacjenta. W wyniku wspólnych działań po czterech dniach pacjent został pochowany na katolickim cmentarzu w Chicago⁸⁰.

Badania poświęcone postrzeganiu obecności kapelana świeckiego przez pacjenta i jego rodzinę wykazują, że wsparcie duchowe zaczyna się od budowania wzajemnej relacji, zaufania i oceny stanu duchowego pacjenta i jego rodziny. Dopiero potem następuje rozmowa o religii i potrzebie duchowej⁸¹. Głównym celem kapelana świeckiego jest okazanie choremu empatii, zainteresowania, szacunku, zarówno w sferze komunikacji werbalnej, jak i pozawerbalnej, oraz pomocy duchowej i sakralnej. Empatyczna obecność pomaga pacjentom i ich rodzinom czuć się wysłuchanymi, a nie opuszczonymi, pozostawionymi samym sobie. Kiedy pacjenci i ich rodziny doświadczają strat, rozpaczają,

⁸⁰ Wywiad nr 84 [K. Pa. ok. 70 lat, pochodzenia meksykańskiego, katoliczka; 29.10.2021]. AW s. 88.

⁸¹ Por. A. Cadge. *Paging God: Religion in the Halls of Medicine*. The University of Chicago Press 2012 s. 94.

pytań o sens cierpienia lub poczucia opuszczenia przez Boga –niezastąpiona jest pomoc kapelana świeckiego, który ich wysłucha i zapewni, że nie są sami. Dlatego ważne jest stworzenie atmosfery, w której zarówno chory, jak i jego rodzina mogą zwierzyć się z obaw czy wątpliwości, a może czasem i strachu przed śmiercią⁸². Kapelan świecki spotyka się ze zranionymi pacjentami, towarzysząc im w bólu, cierpieniu, załamaniu, nie próbując leczyć, tylko pomagając im ten ból dźwigać. Bardzo często pacjenci stawiają pytanie: „dlaczego Bóg mnie pokarał?”. Oczywiście kapelan świecki nie ma odpowiedzi na to pytanie, natomiast może pomóc pacjentowi odkryć na nowo Boga jako nieskończoną Miłość w nieskończonym miłosierdziu⁸³.

5.5. Opieka nad umierającymi, paliatywna i hospicyjna

Russel Dick, jeden z wyżej wymienionych pionierów programów dla kapelanów świeckich CPE, napisał, że: „w sali szpitalnej jest najbardziej naładowana emocjonalnie sytuacja, w której pracuje kapelan świecki, a szpital jest najbardziej skomplikowaną, nowoczesną instytucją ukształtowaną przez człowieka”⁸⁴. Zatem głównym celem kapelana świeckiego jest wspomaganie pacjentów i członków ich rodzin, pomoc w duchowym podejściu do sytuacji, w której się znaleźli, w zbliżeniu ich do Boga, w spojrzeniu przez pryzmat pogodzenia się z wolą Bożą. Każdy człowiek doświadcza bólu, cierpienia, straty w sposób indywidualny, tak, jak nie ma dwóch takich samych ludzi. Pacjenci znajdujący się u schyłku swojego życia często zastanawiają się nad jego celem i sensem. Choroba należy do częstych przeżyć egzystencjalnych, a związane z nią cierpienie budzi rozliczne pytania i refleksje⁸⁵.

Kapelani pracujący w szpitalach w Chicago bazując na swoich doświadczeniach, zauważają, że cztery zwroty, które najczęściej powtarzają pacjenci u schyłku swojego życia, to: proszę mi wybaczyć, wybaczam, dziękuję, kocham cię⁸⁶.

Kapelan świecki nie rozwiązuje problemów, tylko je wyjaśnia, pomaga je zrozumieć i wspomaga członków rodziny w decyzji, jaką podjęli odnośnie chorego. Kapelan świecki nie skupia się na problemie, tylko na człowieku postrzeganym jako dziecko Boże. Pomoc

⁸² Por. C. J. Lopez. *Hospice Chaplain* s. 46.

⁸³ Por. A. Elbaum. *How the Chaplaincy Can Inform Psychiatry*. „Academic Psychiatry” 2019 s. 43.

⁸⁴ Por. R. L. Dick. *Standard for the Work of the Chaplain in the General Hospital*. „The Caregiver Journal” 12 (1996) nr 1. W:
https://www.professionalchaplains.org/files/professional_standards/standards_of_practice/standards_for_work_of_chaplain_russell_dicks.pdf (dostęp 29.08.2022).

⁸⁵ Por. Tamże s. 9.

⁸⁶ Wywiad nr 64 [K, Ka, ok. 40 lat, pochodzenia amerykańskiego, katoliczka; 15.07.2021]. AW s. 67.

duchowa wymaga czasu, cierpliwości, zaufania, wspólnej relacji pomiędzy członkami rodziny a kapłanem świeckim tak, aby w tych trudnych chwilach zapewnić im poczucie ciepła, bezpieczeństwa, wsparcia, zaufania i pogodzenia się z sytuacją, którą przeżywają. Kapłan ma na uwadze przede wszystkim prawa człowieka, które nie są abstrakcyjnymi normami. Mają one chronić jednostkę ludzką z racji godności samej jej egzystencji.

Choroba i cierpienie od zawsze przyczyniały się do problemów człowieka, ponieważ podczas choroby człowiek doświadcza bezradności, ograniczeń i uświadamia sobie, że nic nie trwa wiecznie⁸⁷. Niekiedy choroba może prowadzić do buntu i oddalenia się od Boga lub też przerodzić się w refleksję zmierzającą do wyciągnięcia wniosków o istnieniu Boga i chęci większego poznania Go oraz przyłgnięcia do Niego⁸⁸.

Kiedy ludzie chorują, szukają przyczyny. Często zadają sobie pytanie, dlaczego to właśnie ich dotknęła choroba. Jeżeli są ludźmi wierzącymi, najprawdopodobniej zwracają się do Boga i szukają wyjaśnienia i odpowiedzi na pytanie: „dlaczego mnie to spotkało?”. W trakcie poszukiwania odpowiedzi na to pytanie bardzo często dochodzi do zmiany relacji osoby chorej z Bogiem i do odmiennego postrzegania choroby. Wiara i religia wpływają w dużym stopniu na to, czy chory będzie radził sobie pozytywnie, czy negatywnie ze swoją chorobą.

Kapłan świecki opiekując się umierającymi, spotyka się z pacjentami, którzy potrzebują *spiritual care* (opieki duchowej) albo *religious care* (opieki religijnej). *Spiritual care* skupia się na *life experience*, czyli na doświadczeniu człowieka i na tym, co w jego życiu ma wartość. Niekoniecznie musi to być Bóg. Dlatego duchowość (*spirituality*) będzie czymś innym dla każdego pacjenta. Toteż ważnym zadaniem jest, aby kapłan pomógł choremu w refleksji nad pytaniami: *who am I?* (kim jestem?), czy moje życie ma *meaning and purpose* (znaczenie i cel), czy ta choroba może mnie *destroy* (zniszczyć). *Religious care* (religijna opieka) jest rozumiana jako wiara w Boga i przynależność do wspólnoty wierzących – Kościoła. Opieka ta posiłkuje się poszczególnymi zasadami, normami, praktykami i wiarą w Boga. Dlatego ważne stało się w pracy kapłana *walk with*, towarzyszenie pacjentowi w miejscu, w którym się on akurat znajduje. Oznacza to że nie należy „wyprzedzać” czy „pozostawać z tyłu”, tylko trwać przy nim, przy „jego boku”⁸⁹.

Opieka paliatywna, z języka łacińskiego *paliatus*, w kontekście medycznym oznacza: „łagodzący przykre oznaki choroby”. Można ją łączyć również z czasownikiem

⁸⁷ Por. KKK nr 1500.

⁸⁸ Por. KKK nr 1501.

⁸⁹ Por. P. Speck. *Spiritual/ Religious Issues in Care of the Dying*. London 2011.

angielskim *palliate*, to znaczy: „załagodzić, ulżyć, uśmierzyć”. Opiekę paliatywną zaczęto traktować jako osobną specjalność medyczną w połowie lat osiemdziesiątych XX w.

Opieka paliatywna jest formą bezinteresownej miłości do drugiego człowieka⁹⁰. Opieka paliatywna, zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w Polsce, jest szeroko rozpowszechniona i nie dotyczy tylko hospicjów. Opieką paliatywną objęci są też chorzy pozostający w domu. Mogą oni korzystać z pomocy pielęgniarki, która często wzywana jest w nagłych przypadkach telefonicznie. Na wizyty domowe przychodzi lekarz. Chory może korzystać ze sprzętu, jaki oferuje szpital. Rodzina mieszkająca z ciężko chorym pacjentem może liczyć na pomoc nie tylko dotyczącą spraw medycznych, ale i zwykłych, ludzkich, jak na przykład kąpanie pacjenta, wyjścia na spacer, transport do szpitala i tym podobne.

W katolickich szpitalach w Chicago nie ma zespołu opieki paliatywnej. Stanowy szpital *University of Illinois of Chicago* (UIC) jako pierwszy na terenie Chicago zapoczątkował opiekę paliatywną w 2013 r. Jest ona akredytowana przez *Joint Commission*. W skład zespołu paliatywnego wchodzi trzech lekarzy, dwie pielęgniarki, dwóch pracowników socjalnych oraz kapelan świecki. Należy podkreślić, że kapelani świeccy z Chicago spotykają się z własnej inicjatywy co sześć miesięcy, w celu dzielenia się doświadczeniami swojej pracy. Jednym z głównych zagadnień poruszanych podczas tych spotkań jest próba utworzenia zespołu opieki paliatywnej w pozostałych szpitalach działających na terenie Chicago. NACC i ACPE zapoczątkowały podyplomowe szkolenia dla kapelanów specjalizujących się w opiece paliatywnej⁹¹.

Opieka paliatywna jest wszechstronna, specjalistyczna, składa się z wielu dyscyplin. Ma na celu zapewnienie opieki pacjentom, ich rodzinom dotkniętym nieuleczalnymi chorobami, które prowadzą do śmierci. Celem zespołu opieki paliatywnej jest nie tylko opieka medyczna, ale pomoc w pogodzeniu się z sytuacją, w jakiej znaleźli się chory i jego rodzina, pomoc w *quality of life* (zapewnieniu wysokiej jakości życia). Zespół opieki paliatywnej pomaga chorym w kontrolowaniu bólu, symptomów choroby, w rozmowie o umieraniu i śmierci, zapewnia pomoc psychologiczną, duchową. Pacjent będący pod opieką paliatywną korzysta ze wszystkich dostępnych dobrodziejstw medycyny, która powstrzymuje postęp choroby, mimo że nie zawsze jest w pełni skuteczna. Pacjent nieuleczalnie chory jest nadzorowany przez zespół lekarzy oraz ma dostęp do opieki

⁹⁰ Por. KKK nr 2279.

⁹¹ Wywiad nr 85 [K. Ka. ok. 40 lat, pochodzenia amerykańskiego, katoliczka; 17.10.2021]. AW s. 89.

duchowej dzięki stałej obecności kapelana świeckiego. Kapelan oceniając pacjenta podczas wizyty, zwraca uwagę na następujące czynniki⁹²:

1. Zwraca uwagę czy pacjent i jego rodzina zaakceptowali sytuację zdrowotną, w jakiej się znaleźli, czy potrzebują pomocy i poświęcenia im czasu.
2. Sprawdza czy pacjent ma *Advance Directive*.
3. Rozoznaje wiarę pacjenta i jego rodziny.
4. Rozpoznaje, w jaki sposób może służyć pomocą pacjentowi i jego rodzinie.
5. Wprowadza pacjenta i jego rodzinę w zagadnienia dotyczące opieki paliatywnej.
6. Bada relacje pomiędzy pacjentem a jego rodziną, to, czy są bliscy jego sercu.
7. Pomaga pacjentowi lub jego rodzinie w sytuacji, w której mają pytania do członków zespołu medycznego.

Dzięki opiece paliatywnej pacjent ma zapewniony dostęp do istniejącej pomocy medycznej, nie jest pozostawiony sam sobie. Ma możliwość skorzystania z różnorodnych form opieki, która również dotyczy opieki domowej.

Przykładem jest pacjent, Afroamerykanin w wieku siedemdziesięciu dwóch lat, baptysta, od kilkunastu lat zmagający się z postępującą miażdżycą. Stan zdrowia spowodował skierowanie go na oddział opieki paliatywnej. Diagnoza zespołu lekarzy oddziału opieki paliatywnej i innych specjalistów przewidywała amputację kończyny dolnej powyżej kolana, w ciągu kilku następnych tygodni. W niedługiej przyszłości musiał się liczyć z amputacją drugiej nogi. Początkowo pacjent nie akceptował diagnozy choroby i propozycji opieki paliatywnej. W tej sytuacji lekarze poprosili o pomoc kapelana świeckiego, aby uzmysłowił choremu sytuację, w której się znalazł oraz okazał współczucie i pomoc duchową, która pozwoli mu przejść przez ten trudny etap. W rezultacie modlitw, codziennych rozmów, konsultacji i śpiewania pieśni religijnych pacjent przyjął diagnozę. Zgodził się na amputację, która w tym momencie ratowała mu życie. Członek zespołu paliatywnego – pracownik socjalny – dbał o to, aby pacjent miał nadal dostateczną opiekę lekarską i medyczną, w szerokim zakresie. Pomagał mu w ustalaniu wizyt lekarskich, zapewniał transport. Kapelan świecki systematycznie odwiedzał pacjenta, wspierał go duchowo. Dzięki nawiązaniu relacji powstała więź, zaufanie między nim a kapelanem, które pozwoliło na utrzymywanie regularnego kontaktu pomiędzy pacjentem a pozostałymi członkami zespołu medycznego⁹³.

⁹² Por. K. Kruebler, M. Davis. *Palliative Practices*. New York 2005 s. 309.

⁹³ Wywiad nr 69 [M. Pa. ok. 72 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, baptysta; 19.09.2021]. AW s. 71.

Opieka paliatywna obejmuje również hospicjum. Łacińskie słowo *hospes* oznaczało początkowo osobę udzielającą innej osobie gościny. W średniowieczu zaczęto je wiązać z formą schroniska dla podróżujących, często chorych i wymagających pielęgnacji. Po II wojnie światowej ruch hospicyjny zaczął rozwijać się bardzo dynamicznie. Opierał się na strukturach kościelnych oraz na innowacjach wprowadzanych przez charyzmatycznych przywódców. Byli to entuzjaści medycyny, którzy wnieśli istotny wkład w jakość paliatywnej opieki nad chorymi umierającymi oraz byli nauczycielami następnych pokoleń lekarzy zajmujących się medycyną paliatywną. Ich odkrycia wynikały z oryginalnych rozwiązań i doświadczeń. Cechą wspólną było traktowanie pacjentów całościowo, czyli rozważanie ich sytuacji zdrowotnej, rodzinnej, przynależności religijnej⁹⁴.

Pierwsze hospicjum na terenie Stanów Zjednoczonych zapoczątkowała Florence Wal, która jest nazwana *Mother of American Hospice* (matką amerykańskiego ruchu hospicyjnego). Organizowała szkolenia dla lekarzy, pielęgniarek, kapelanów mające na celu pomoc ludziom umierającym, co przyczyniło się do powstania pierwszego hospicjum w r. 1974, w Connecticut. Początkowo opieka nad umierającymi była sprawowana w domach pacjentów. W r. 1978 powstała *National Hospice Organization* (NHO – Narodowa Organizacja Hospicyjna) oraz *National Hospice and Palliative Care Organization* (NHPCO – Narodowa Organizacja Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej)⁹⁵, a w 1980 została otwarta pierwsza placówka opieki hospicyjnej w Connecticut. Do r. 2008 na terenie USA powstało 4700 hospicjów⁹⁶. Hospicjum jest placówką, w której sprawowana jest opieka nad nieuleczalnie chorymi, nad tymi, którzy są u schyłku swojej ziemskiej pielgrzymki. Hospicjum jest szczególnym miejscem ochrony życia człowieka starego i chorego. W Stanach Zjednoczonych, podobnie jak w Polsce, głównym adresatem działalności hospicjum jest człowiek znajdujący się w terminalnej fazie choroby. Człowiek umierający w hospicjum ma nie tylko prawa do opieki medycznej, której głównym zadaniem jest zmniejszenie bólu fizycznego, ale również do opieki duchowej. W trakcie cierpienia towarzyszą człowiekowi liczne lęki, gniew, poczucie winy, przygnębienie czy depresja⁹⁷.

Mimo że współczesna cywilizacja stara się nie mówić o umieraniu i śmierci, bardzo często pacjenci, ich rodziny oraz personel medyczny proszą o obecność kapelana przy umierającym. Kapelani mają do czynienia z sytuacjami, w których z jednej strony pacjent

⁹⁴ Por. K. Kroeber. *Health Science Division in Palliative Care Practices*. New York 2005. s. 6.

⁹⁵ Por. C. J. Lopez. *Presence and Listening at the End of Life* s. 2.

⁹⁶ Por. K. Kroeber. *Health Science Division in Palliative* s. 6.

⁹⁷ Por. J. Kamiński. *Troska o życie człowieka starego i chorego* s. 339.

i jego rodzina wierzą w Boga, a z drugiej – ciągle poszukują i czekają na właściwy moment otwarcia się na Boga. Kapelan, który pracuje w hospicjum, jest świadomy tego, że indywidualny wzrost i formacja duchowa mają wiele poziomów. Dlatego kapelan świecki pracujący w zespole hospicyjnym musi sprostać następującym wymaganiom:

1. Po ukończeniu trzeciego stopnia CPE i uzyskaniu tytułu kapelana dyplomowanego musi pracować w pełnym wymiarze godzin przez okres trzech lat.
2. W ramach samokształcenia jest zobowiązany do korzystania z literatury i seminariów na temat opieki paliatywnej i hospicyjnej.
3. Po okresie trzech lat kandydat ubiega się o podyplomową certyfikację zatwierdzoną przez BCC lub NACC, opracowując pisemnie następujące zagadnienia:
 - a. Przedstaw na podstawie przykładu, czym jest opieka paliatywna.
 - b. zilustruj obraz współpracy interdyscyplinarnej (lekarz, pielęgniarka, kapelan i pracownik socjalny).
 - c. Przedstaw na konkretnym przykładzie realizację opieki paliatywnej.
 - d. Omów, w jaki sposób kapelani radzą sobie z osobistymi obciążeniami emocjonalnymi związanymi z posługą chorym.
 - e. Wykaż się znajomością zasad etycznych, religijnych i kulturowych pacjentów.
 - f. Przedstaw swoje umiejętności pomocy rodzinie i zespołowi medycznemu w kryzysowych sytuacjach.

Po pisemnych odpowiedziach na wyżej wymienione zagadnienia kandydat staje przed komisją egzaminacyjną, która po ustnym przeegzaminowaniu kandydata podejmuje decyzję o nadaniu mu dyplomu kapelana opieki paliatywnej. Często komisja wydaje decyzję odmowną⁹⁸.

Po uzyskaniu dyplomu kapelan świecki w swojej posłudze duszpasterskiej pacjentom i ich rodzinom (w hospicjum) musi sprostać następującym standardom:

Standard 1 – *spiritual assessment*; dzięki rozmowie z pacjentem kapelan może ocenić jego stan duchowy oraz religijność.

Standard 2 – opieka na podstawie *spiritual assessment*; kapelan opracowuje i wdraża plan opieki duchowej nad pacjentem i jego rodziną w celu zapewnienia ich lepszego samopoczucia i ciągłości opieki.

⁹⁸ Por. ACPE. *Standards of Practice for Professional Chaplains in Hospice and Palliative Care* 2014. W: <https://www.professionalchaplains.org> . Zakładka: BCCI Certification. Zakładka: Palliative Care & Hospice Advanced Certification. (dostęp 27.04.2021).

Standard 3 – dokumentacja; każda placówka medyczna ma protokół dotyczący prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta, specjalny rozdział tego dokumentu przeznaczony jest na opis opieki duchowej i religijnej.

Standard 4 – praca zespołowa; kapelan współpracuje ze wszystkimi członkami zespołu medycznego dla dobra pacjenta.

Standard 5 – pomoc pod względem etycznym; kapelan przestrzega kodeksu etyki, który ma na celu pomoc w podejmowaniu decyzji.

Standard 6 – zabezpieczanie danych osobowych pacjenta.

Standard 7 – kapelan jest zobowiązany do uszanowania tradycji kulturowych pacjentów i ich rodzin.

Standard 8 – kapelan zapewnia odpowiednią opiekę duszpasterską personelowi medycznemu poprzez wsparcie indywidualne oraz grupowe.

Standard 9 – kapelan zapewnia pomoc i opiekę duszpasterską w instytucji, w której pracuje, zgodnie z jej wartościami i misją.

Standard 10 – kapelan jest zobowiązany do ciągłego samokształcenia w celu podnoszenia jakości opieki duszpasterskiej⁹⁹.

Kapelan świecki posługuje chorym różnych religii, tradycji, ateistom oraz agnostykom. Pracując z zespołem paliatywnym w hospicjum, towarzyszy pacjentom i ich rodzinom na takim poziomie duchowym, na jakim się oni znajdują (*meet me where I am*)¹⁰⁰. Jedną z podstawowych cech kapelana jest możliwość poświęcenia czasu i zdolność słuchania.

Przykładem jest mężczyzna w wieku osiemdziesięciu dziewięciu lat. Jego rodzice przybyli do USA z Niemiec. Był wychowywany jako luteranin, jego żona była katoliczką. Jeszcze przed ślubem postanowił zostać katolikiem. Uczęszczał na katechezy i przystąpił do sakramentów. Przeżył bardzo interesujące historie i był wdzięczny, że kapelan, który odwiedzał go u schyłku życia, miał czas na słuchanie jego osobistych dziejów¹⁰¹.

Kapelan pracujący w hospicjum musi posiadać umiejętność „bycia obecnym” i słuchać wskazówek, które pomogą pacjentowi i jego rodzinie w konfrontacji ze śmiercią. W większości przypadków umierający pacjenci szukają głębszej relacji z Bogiem. Stany Zjednoczone są krajem imigrantów i zdarza się, że pacjenci nie mają nikogo bliskiego.

⁹⁹ Por. ACPE. *Standard of Practice for Professional Chaplains in Acute Care Setting* [2015]. W: https://www.professionalchaplains.org/files/professional_standards/standards_of_practice/standards_practice_professional_chaplains_acute_care.pdf (dostęp 12.05.2021).

¹⁰⁰ Por. Tamże s. 1.

¹⁰¹ Wywiad nr 70 [M. Pa. ok. 89 lat, pochodzenia niemieckiego, katolik; 29.012021]. AW s. 71.

Dlatego bardzo ważne, zarówno dla pacjenta, jak i dla personelu medycznego, jest, aby nikt nie umierał samotnie.

Przykładem jest kobieta w wieku dziewięćdziesięciu sześciu lat. Nigdy nie była zamężna, a bliscy członkowie rodziny już nie żyli. Pielęgniarka zadzwoniła do kapelana świeckiego z prośbą o towarzyszenie pacjentce, która była już w agonii. Kapelan siedział przy łóżku pacjentki cztery godziny, modląc się i czuwając do momentu, kiedy pacjentka zmarła¹⁰². Poświęcenie, czas i bycie obecnym przy pacjencie (*theology of being*) są podstawą posługi kapelana świeckiego.

Śmierć jest procesem, który obejmuje ciało, umysł i ducha. Śmierć osoby bliskiej jest doświadczeniem o dużej złożoności. Ma swoją dynamikę, charakteryzuje się różnorodnością zachowań. Nie ma dla nich wspólnego wzorca, ponieważ każdy człowiek jest indywidualnością, posiada własną historię życia, bagaż doświadczeń, odmienną kondycję psychiczną¹⁰³. Wielość czynników powoduje, że praca kapelana świeckiego w hospicjum jest szczególnie trudna.

Kapelan posługujący w hospicjum jest *the symbol of God presence* (znakiem obecności Boga) poprzez umiejętność słuchania i obecność przy pacjencie. Ma możliwość zbudowania z nim relacji polegającej na zaufaniu, co często prowadzi do otwarcia swojego serca przez umierającego i do nawiązania kontaktu z Bogiem.

Praca kapelana w hospicjum jest symbolem obecności Boga przy umierających pacjentach i ich rodzinach. Soya Rinpoche (buddysta, założyciel i dyrektor *Rigpa* – międzynarodowego zrzeszenia buddystów) w swojej książce pisze: (...) *don't try to be too wise; don't always try to search for something profound to say. You don't have to do or say anything to make things better. Just be there as full as you can* (nie staraj się być zbyt mądry, nie musisz szukać słów, żeby coś powiedzieć, nie musisz nic powiedzieć i nic robić, żeby było lepiej. Tylko bądź całkowicie obecny, jak tylko potrafisz)¹⁰⁴.

W rozdziale wykazano znaczenie i rolę dokumentu *Advance Directive*, oraz innych dokumentów proponowanych pacjentom w szpitalach w Chicago, ze względu na wielonarodowy i wielokulturowy charakter miasta. Wielu pacjentów w chicagowskich szpitalach to imigranci albo ludzie samotni – dlatego znajomość wyżej opisanych dokumentów jest bardzo pomocna. Zbadano zapotrzebowanie na opiekę nad rodziną poprzez

¹⁰² Wywiad nr 71 [K. Pa. ok. 96 lat. pochodzenia amerykańskiego, chrześcijanka; 25.05.2021]. AW s. 73.

¹⁰³ Por. P. Szymołon. *Pomoc psychoduchowa w sytuacji śmierci* s. 600.

¹⁰⁴ Por. S. Rinpoche. *The Tibetan Book of Living and Dying*. New York 2020 s. 181.

jej duchowe wsparcie i dialog. Przedstawiono potrzebę istnienia kapelanów wykwalifikowanych w opiece nad umierającymi objętymi opieką paliatywną i hospicyjną.

ROZDZIAŁ 6. POSTRZEGANIE POSŁUGI KATOLICKICH KAPELANÓW ŚWIECKICH PRZEZ CHORYCH I ICH OTOCZENIE

Praca katolickiego kapelana świeckiego regularnie poddawana jest ocenie społecznej. W niniejszym opracowaniu podjęto próbę zebrania wypowiedzi różnych osób, pełniących odmienne funkcje, w celu uzyskania odpowiedzi, w jaki sposób posługa kapelana jest postrzegana przez innych i czy w ogóle jest na nią zapotrzebowanie. Do przeprowadzenia badania piszący wybrał formę wywiadu, ze względu na specyfikę i miejsce pracy – szpital. Ważne było, żeby pacjenci, ich rodziny, personel medyczny w czasie rozmowy czuli się komfortowo. Analizując wypowiedzi, należało uwzględnić oczekiwania badanych osób wobec kapelanów. Należy podkreślić, że – według statystyk zamieszczonych w *Hospital Chaplains Demographic and Statistics in the USA*, z dnia 9 września 2021 r. – obecnie na terenie Stanów Zjednoczonych zatrudnionych jest 7476 kapelanów świeckich. Największa liczba kapelanów świeckich jest w Dallas w Teksasie i w Chicago, w stanie Illinois. Posługę tę pełni 31,4% kobiet, 63,1% mężczyzn. Należy pamiętać, że mimo licznych funkcji jakie pełni kapelan świecki, nie może on we wszystkich czynnościach zastąpić kapłana (spowiedź, namaszczenie chorych, wiatyk)¹. Kapelan świecki jest duchowym opiekunem, który zapewnia wsparcie duchowe i emocjonalne pacjentom, ich rodzinom i personelowi medycznemu niezależnie od wyznawanej przez nich religii czy kultury, z jakiej się wywodzą. Dlatego opieka duchowa obejmuje kilka poziomów: po pierwsze kapelan musi uszanować przekonania religijne pacjentów (jednocześnie powinien być autentyczny wobec własnej tradycji religijnej); po drugie – ze względu na fakt, że jest zatrudniony przez placówki zdrowotne – musi świadczyć posługi religijne zarówno

¹ Por. S. J. Squires, P. Anderson. *Chaplains, Pope Francis and the Healing Encounter*. „Journal of the Catholic Health Association of the United State” 2018 s. 60-64. W: https://www.chausa.org/docs/default-source/health-progress/chaplains-pope-francis-and-the-healing-encounter.pdf?sfvrsn=4bd5e6f2_0 (dostęp 04.09.2021).

wierzącym, jak i niewierzącym; po trzecie w swojej posłudze musi uwzględnić pochodzenie społeczne i kulturowe pacjenta oraz jego rodziny².

W zależności od prezentowanych powyżej czynników katolicy kapelani świeccy są różnie postrzegani przez pacjentów i ich rodziny. Poglądy na rolę i pracę kapelanów w szpitalach zależą w dużej mierze od wyznania pacjenta i jego rodziny, tradycji, w jakiej zostali wychowani, czasu pobytu w Stanach Zjednoczonych oraz wieku, w jakim przybyli do USA. Starsi kultywują swoje tradycje rodzinne. Młodzież, która tutaj uczęszcza do szkół, jest bardziej liberalna. Ze względu na wyjątkowość i różnorodność Stanów Zjednoczonych pod względem demograficznym, duży nacisk w szkołach kładzie się na naukę tolerancji, również religijnej. Zatem praca kapelanów świeckich nie stanowi dla młodego pokolenia Amerykanów niczego niezwykłego.

Nie można zapomnieć o nietypowej sytuacji, w jakiej znajduje się chory człowiek oraz o emocjach, które towarzyszą jemu i jego rodzinie, a które często wpływają na subiektywną ocenę. Należy też pamiętać o ostatniej woli chorego, która wpływa na decyzję rodziny.

„Aby wiara miała charakter ludzki, «człowiek powinien dobrowolnie odpowiedzieć Bogu wiara; nikogo, więc wbrew jego woli nie wolno do przyjęcia wiary przymuszać». Bóg wzywa ludzi, aby Mu służyli w Duchu i prawdzie; wezwanie takie wiąże ich w sumieniu, ale nie zmusza”³, dlatego posługą kapelana jest pomagać, wspierać, a nie narzucać się. Mimo swoich starań różnie jest odbierany i oceniany.

6.1. Wypowiedzi chorych

Emigranci z różnych krajów, zależnie od miejsca pochodzenia, odmiennie odbierają kapelanów świeckich. Emigranci pochodzenia polskiego nie rozumieją istoty pracy kapelana, ponieważ na terenie ich kraju nie ma takiej funkcji. Podchodzą z rezerwą do proponowanej im pomocy i często domagają się wizyty księdza. Od kapelana świeckiego rozmowa z pacjentem – Polakiem wymaga poświęcenia dłuższego czasu i wielu tłumaczeń.

Pacjent, mężczyzna, emigrant z Polski, czterdzieści trzy lata, praktykujący katolik po rozmowie z kapelanem świeckim zrozumiał (wydawało się), na czym polega jego rola.

² Por. P. W. Youngblood. *Interfaith Chaplaincy as Interpretive Hospitality*. „Religions” 10 (2019) nr 3 s. 2. W:

https://www.researchgate.net/publication/332016208_Interfaith_Chaplaincy_as_Interpretive_Hospitality (dostęp 17.11.202).

³ Por. KKK nr 160.

Jednak potwierdzenia szukał w rozmowie z księdzem. Po jego zapewnieniach, że kapelan reprezentuje Kościół katolicki podjął rozmowę z kapelanem świeckim, zaufał mu⁴.

Podobnie reagują emigranci pochodzący z Meksyku, którzy w większości są praktykującymi katolikami. Pacjentka, Meksykanka poprosiła o przyjęcie Komunii Świętej podczas swojego pobytu w szpitalu. Nie potrzebowała spowiedzi. W tym dniu na terenie szpitala nie było księdza katolickiego, dyżur pełnił katolicki kapelan świecki. Kiedy kapelan przyszedł z Najświętszym Sakramentem, widać było, że kobieta waha się. Ostatecznie zgodziła się na posługę kapelana, który zapewnił ją, że następnego dnia obecny będzie ksiądz katolicki, co niezmiernie ją ucieszyło⁵.

Zupełnie inaczej katolickich kapelanów świeckich traktują emigranci z krajów, w których funkcje, na przykład nadzwyczajnego szafarza Komunii Świętej, są pełnione przez osoby świeckie (Irlandczycy, Włosi, Niemcy, Amerykanie). Znają oni pozycję oraz funkcje, jaką w szpitalu pełnią kapelani świeccy. Chętnie korzystają z ich posługi, wiedzą, na czym polega ich rola. Dlatego zwracają się do nich zarówno w sprawach duchowych, jak i związanych z chorobą, cierpieniem, proszą o wspólną modlitwę, rozmowę.

Przykładem jest pacjentka pochodzenia irlandzkiego, która poprosiła kapelana świeckiego o wspólną modlitwę. Kapelan poinformował ją, że na terenie szpitala obecny jest ksiądz. Kobieta stwierdziła, że wystarczy, jeżeli kapelan poświęci jej czas, zrezygnowała z wizyty księdza⁶.

Osobną grupę stanowią pacjenci – emigranci, którzy w kraju pozostawili rodzinę, często nieświadomą, że ich współmałżonek założył w Stanach Zjednoczonych nową rodzinę. Kieruje nimi wstyd, mają poczucie grzechu, dlatego odmawiają rozmów z kapelanem czy księdzem. W tej grupie dominują emigranci pochodzący z Meksyku.

Przykładem jest mężczyzna w wieku między czterdziestym a pięćdziesiątym rokiem życia, Meksykanin umierający po udarze mózgu. W szpitalu towarzyszyła mu kobieta z dwójką dzieci. Po rozmowie z kapelanem okazało się, że nie żyją w związku małżeńskim, a mężczyzna w ojczystym kraju ma żonę i czworo dzieci. Kobieta w chwili śmierci mężczyzny poprosiła o rozmowę z kapelanem, nie mogąc poradzić sobie z zaistniałą sytuacją⁷.

Inna sytuacja ma miejsce, gdy chory sam pełnił jakąś funkcję w Kościele. Przykładem może być kapelan świecki – kobieta w wieku około sześćdziesięciu lat,

⁴ Wywiad nr 12 [M. Pa. ok. 43 lat, pochodzenia polskiego, katolik; 07.07.2021]. AW s. 75.

⁵ Wywiad nr 13 [K. Pa. ok. 50 lat, pochodzenia meksykańskiego, katoliczka; 24.07.2021]. AW s. 76.

⁶ Wywiad nr 14 [K. Pa. ok. 50 lat, pochodzenia irlandzkiego, katoliczka; 08.08.2021]. AW s. 77.

⁷ Wywiad nr 111 [K. Ro. ok. 40 lat, pochodzenia meksykańskiego, katoliczka; 22.06.2021]. AW s. 76.

wyznania protestanckiego. Została przyjęta do szpitala jako pacjent i odmówiła odwiedzin duchownego mówiąc, że sama jest kapelanem świeckim i niczego nie potrzebuje⁸.

Rola i posługa kapelana świeckiego wobec pacjentów ściśle wiąże się z wyznawaną przez nich religią. Świadkowie Jehowy, buddyści, ortodoksyjni żydzi, muzułmanie sceptycznie podchodzą do kapelana świeckiego, zwłaszcza starsze pokolenie, i nie korzystają z jego posługi. Młodzi wykazują się większą otwartością, korzystając ze wspólnej modlitwy, rozmowy.

Przykładem jest mężczyzna około siedemdziesięciu lat, Żyd, który został przyjęty do szpitala w celu przeszczepu nerki. Zespół medyczny poinformował *Pastoral Care Department*, że do szpitala będzie przyjęty pacjent pochodzenia żydowskiego. Kiedy katolicki kapelan świecki odwiedził pacjenta, został wręcz wyrzucony przez chorego z uwagi na to, że nie był on wyznawcą judaizmu. W *Pastoral Care Department* pracowała kobieta – rabin, która poszła odwiedzić pacjenta. Niestety ona też została wyproszona z pokoju, ponieważ pacjent nie uznawał kobiet – rabinów. Dyrektor *Pastoral Care Department* zadzwonił do rabina – mężczyzny, z którym szpital współpracował. Nakreślił mu całą sytuację ze względu na to, że pacjent sprawiał dużo problemów wszystkim pracownikom, w tym lekarzom. Rabin odwiedził pacjenta i po rozmowie z nim chory zmienił swoje nastawienie do pracowników szpitala⁹.

Innym przykładem jest kobieta, muzułmanka, która nie życzyła sobie wizyty kapelana szpitalnego, niezależnie od jego płci i wyznania. Odmówiła wizyt mężczyzn. Jeżeli lekarz lub jakikolwiek pracownik szpitala był mężczyzną, to nie mógł wejść do jej pokoju¹⁰.

Kolejnym przykładem jest muzułmańska rodzina, która miała chorą matkę. Po niedługim czasie chora zmarła. Personel medyczny zadzwonił do *Pastoral Care Department* poinformować o śmierci pacjentki. Rodzina przyjęła wizytę kapelana świeckiego (kobiety, katoliczki) z życzliwością i otwartością. Wprawdzie nie poprosili o wspólną modlitwę nad zmarłą, ale szukali informacji, co dalej dzieje się ze zwłokami. Kapelan świecki odpowiedział na wszystkie pytania, jak również zadzwonił do *Muslim Center* w Chicago znajdującego się w pobliżu szpitala z prośbą o pomoc w pochowaniu zwłok¹¹.

Następnym przykładem jest chory w wieku czterdziestu dziewięciu lat, pochodzenia polskiego, katolik, rozwiedziony ze względu na nałóg alkoholowy. Od kilku lat mieszkał

⁸ Wywiad nr 95 [K. Pa. ok. 60 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, protestantka; 10.01.2022]. AW s. 202.

⁹ Wywiad nr 96 [M. Pa. ok. 70 lat, pochodzenia palestyńskiego, żyd; 17.11.2020]. AW s.103.

¹⁰ Wywiad nr 97 [K. Pa. ok. 40 lat, pochodzenia islamskiego, muzułmanka; 12.09.2021]. AW s. 104.

¹¹ Wywiad nr 98 [Ro. ok. 40 lat, pochodzenia islamskiego, muzułmanin; 05.10.2020]. AW s. 106.

w przytułku prowadzonym przez kościół Świętej Trójcy w Chicago. Pewnego dnia po wstaniu z łóżka upadł, jego kolega przywiózł go do szpitala. Seria przeprowadzonych badań pozwoliła postawić diagnozę: choroba nowotworowa nerki z przerzutami do prawej kości biodrowej i lewej kości ramiennej. Wizyty katolickiego kapelana świeckiego pomogły choremu podjąć decyzję o spotkaniu z księdzem i skorzystaniu z sakramentu chorych. Ze względu na stan zdrowia katolicki kapelan świecki udzielił mu informacji o *Advance Directive*, mając na uwadze, że jego rodzina: matka, ojciec i dwie siostry mieszkają w Polsce. Po zapoznaniu się z tym dokumentem skontaktował się z rodziną w Polsce. Kapelan świecki udzielił im informacji na temat roli i ważności tego dokumentu na terenie Chicago. Dzięki temu chory i jego rodzina wspólnie wypełnili dokument, w którym chory wyznaczył na pełnomocnika bliskiego przyjaciela mieszkającego z nim w przytułku i swoją matkę (jako *Health Care Agent*). Gdyby nie fakt, że chory podpisał dokument, zespół medyczny nie byłby w stanie skontaktować się z matką czy rodziną w Polsce, w chwili, kiedy on sam nie mógłby tego uczynić¹².

W swojej pracy katolicki kapelan świecki spotyka się z różnymi sytuacjami, zdarza się również agresja. Agresja ze strony pacjentów stanowi swoiste tabu w kręgach medycznych. Diagnoza choroby często wywołuje szok u chorego i jego rodziny. Dzieje się tak, ponieważ nawet najłagodniejsi pacjenci mogą osiągnąć punkt krytyczny. Zwłaszcza, gdy doszło do uszkodzenia ciała, co niesie za sobą zagrożenie ich mobilności, niezależności. Wpływa też na rozpad związku, niesie ze sobą zmianę sytuacji materialnej, niszczy plany na przyszłość, a nawet marzenia.

Przykładem jest kobieta około siedemdziesięciu lat, pochodzenia polskiego, katoliczka. Do Stanów Zjednoczonych przyjechała dwadzieścia lat temu. W Polsce zostawiła męża, nie mówiąc mu, że wyjeżdża do Ameryki. Jak się okazało jej *American Dream* (amerykański sen) okazał się serią nieszczęść. Kobieta weszła w związek niesakramentalny, co sprawiło, że nie mogła przystępować do sakramentów i przestała chodzić do Kościoła. Kapelan świecki, który z pochodzenia jest Polakiem, odwiedził kobietę. Wcześniejsza praktyka utwierdziła go w przekonaniu, że zawsze chętnie i z otwartością witany jest przez rodaków. Pacjentka zareagowała agresywnie na przywitanie. Zaczęło się od wyzwisk słownych, którym towarzyszyły agresywne ruchy fizyczne, próbowała przestraszyć kapelana. Wrogość, z którą przyszło się zmierzyć kapelanowi, wywołała u niego z jednej strony strach, z drugiej współczucie, gdyż pacjentka

¹² Wywiad nr 99 [M. Pa. ok. 49 lat, pochodzenia polskiego, katolik; 19.01.2022]. AW s. 108.

miała prawą nogę amputowaną tuż poniżej kolana, a w lewej obcięte wszystkie palce, z dużym prawdopodobieństwem amputacji nogi. Kobieta mieszkała w *shelter* (w przytułku dla bezdomnych) od dwunastu lat. Przebywała w Stanach Zjednoczonych nielegalnie i z tego powodu nie otrzymywała *Social Security* (świadczeń finansowych z ubezpieczenia zdrowotnego), dlatego nie miała żadnej nadziei na poprawę życia. Sytuacja, w jakiej się znalazła, nie pozwalała jej wrócić do ojczystego kraju, ze względu na pozostawienie w Polsce męża. Kapelan świecki odwiedzał chorą codziennie. Zachowanie agresywne powtarzało się do momentu, gdy pacjentka przełamała się wewnętrznie, dostrzegając autentyczne zainteresowanie ze strony kapelana. W jej przypadku agresją maskowała zachowania, których się wstydziła. Okazało się, że kobieta zarabia, prostytuując się. Kapelan świecki, który nagle się pojawił, był dla niej synonimem życia i wartości, które z taką łatwością porzuciła. Kapelan skontaktował się z pracownikiem socjalnym oddziału szpitala, prosząc, by pacjentkę zostawiono przez kilka dni w szpitalu ze względu na jej krwawiącą nogę i złe warunki sanitarne w *shelter*. Pozwoliło to kapelanowi podjąć próbę pomocy pacjentce. Kapelan aplikował między innymi do prowadzonego na terenie szpitala programu *better health through U of I housing* (poprawa stanu zdrowia poprzez lepszą sytuację mieszkaniową), którego celem jest pomoc ludziom krytycznie chorym i jednocześnie bezdomnym. Szczere intencje pomocy katolickiego kapelana świeckiego przyniosły rezultaty po upływie około miesiąca. Kobieta zwierzyła się ze szczegółów swojego życia, również tych szczególnie wstydlivych. Wyraziła zgodę na rozmowę z katolickim księdzem. Postawiła warunek, że musi to być ksiądz, który jest Polakiem. Katolicki kapelan świecki zadzwonił do księdza proboszcza, z którym ściśle współpracuje, z kościoła pod wezwaniem Świętej Trójcy w Chicago. Ksiądz proboszcz pomaga Polakom. Ze wstępnej rozmowy kapelana z księdzem wynikało, że w tym dniu ma dużo obowiązków i nie będzie mógł odwiedzić chorej, ale po przedstawieniu jej życiowej sytuacji kapelan zrezygnował z niektórych planów i przyjechał wyspowiadać pacjentkę, o 15.00 – godzinie miłosierdzia¹³.

6.2. Wypowiedzi rodzin

O nieocenionej roli rodziny w sposób szczególny mówił papież Jan Paweł II. Z tego względu rok 1994 ustanowił Międzynarodowym Rokiem Rodziny. Kościół katolicki zawsze wspierał i wspiera rodziny. Bardzo często spotykamy się z określeniem, że rodzina jest domowym Kościołem. Papież Jan Paweł II mówił, że spośród wielu dróg życia rodzina jest

¹³ Wywiad nr 108 [K. Pa. ok. 70 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 19.012022]. AW s. 111.

pierwsza i z wielu względów najważniejsza¹⁴. Człowiek przychodzi na świat w rodzinie, wzrasta w niej, przeżywa radości i smutki i w rodzinie odchodzi do domu Ojca. Rodzina jest najstarszą i pierwszą instytucją istniejącą na ziemi. Instytucja rodziny pochodzi od Boga (Rdz 2, 24). Bóg stworzył mężczyznę i kobietę nie tylko po to, aby kontynuować rozwój ludzkości, ale także po to, aby życie mężczyzn i kobiet było lepsze i szczęśliwsze. W historii zbawienia rodzina jest wspólnotą, którą Bóg w sposób szczególny błogosławi i nadaje jej wyjątkowe miejsce. Rodzina nie tylko ujawnia swoją tożsamość, czyli to, czym jest, ale równocześnie – swoje przesłanie, zadanie, to, co może i powinna robić. Jest wspólnotą życia i miłości¹⁵.

Choroba, która dotyka człowieka nie ogranicza się wyłącznie do osoby chorującej. Konsekwencji choroby doświadczają pozostali członkowie rodziny. Przebieg choroby, czas jej trwania, objawy przekładają się na podejmowane decyzje i działania prowadzące do ograniczania zmian zachodzących w codziennym życiu. Niezależnie od tego, czy choroba dotknęła dziecko, głowę rodziny czy osobę starszą, kapelan podejmuje kroki, które powinny tę osobę wesprzeć w najtrudniejszych chwilach. Amerykańska lekarka szwajcarskiego pochodzenia, Elisabeth Kübler-Ross w swojej książce *Rozmowy o śmierci i umieraniu* zwraca uwagę na to, że zarówno chory, jak i bliscy przechodzą tożsame etapy choroby¹⁶. Sprowadzają się one do zaprzeczenia, gniewu, negacji, depresji, a w końcu do akceptacji. W chorobie rodzina funkcjonuje wspólnie, razem z nią zмага się i wspiera w niej. Choć wspomniane etapy wydają się obecne w każdej poważnej chorobie, to należy pamiętać, że jej przeżywanie jest kwestią indywidualną. Niemniej istnieje potrzeba udzielania wsparcia i przyjmowania pomocy¹⁷.

Przykładem jest dwudziestoczteroletni Amerykanin, który przedawkował narkotyki. Matka, siostra i brat nie odstępowali od łóżka pacjenta. Pacjent w ostatnim etapie choroby znalazł się pod respiratorem, nie rokując żadnej nadziei na wyzdrowienie. Rodzina była zła na wszystkich lekarzy i pielęgniarki, okazywała również swoje emocje kapelanowi świeckiemu, który przyszedł do pokoju chorego. Członkowie rodziny oznajmili mu z gniewem, że życzą sobie tylko księdza katolickiego. Natychmiast sprowadzono księdza¹⁸.

¹⁴ Jan Paweł II. List *Gratissimam sane* (02.02.1994).

¹⁵ *Christian Marriage. Encyclical Letter of Pope Leo XIII Arcanum Divinae Sapientiae*. (10.02.1880). *With Discussion Club Outline by Rev. Gerald C. Tracy*. The Paulist Press: New York 1942.

¹⁶ Por. E. Kübler-Ross. *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Warszawa 1979 s. 23.

¹⁷ Por. Tamże s. 23.

¹⁸ Wywiad nr 86 [M. Pa. ok. 24 lat, pochodzenia amerykańskiego, katolik; 22.10.2021]. AW s. 89.

Rodzina każdego chorego może potrzebować zróżnicowanej formy wsparcia. Rolą kapelana jest zapewnić ją. Czasami wystarczy obecność, innym razem będzie to finansowa pomoc dająca poczucie komfortu, bezpieczeństwa i pewności, że chory będzie mógł w pełni skupić się na leczeniu, że nie będzie ciężarem dla najbliższych. Tutaj dużą rolę odgrywa współpraca kapelana świeckiego z pracownikami socjalnymi, którzy mają dostęp do pomocy nie tylko państwowej, ale i darczyńców *Charity Care*. Również *Charity Care* pomaga imigrantom lub biednym, którzy nie mają ubezpieczenia. Jeżeli zajdzie taka potrzeba, pokrywa się koszty leczenia. *Charity Care* ma pod swoją opieką również oddziały dziecięce w szpitalach w Chicago. Leczenie jest nieodpłatne, rodzicom pokrywa się koszty pobytu w mieście, zapewnia zakwaterowanie, jeżeli zachodzi taka potrzeba.

Potocznie mówi się, że wola zmarłego jest święta, jest czymś, co domaga się wypełnienia. Zgodnie z tradycją rodzina często traktuje polecenie zmarłego jako bezwarunkowe i wówczas odmawia spotkania z kapelanem świeckim.

Przykład stanowi pięćdziesięciosześcioletni mężczyzna, Amerykanin umierający na chorobę nowotworową. Agonii męża towarzyszyła żona. Mimo że była wierzącą i praktykującą katoliczką, odmówiła wizyty kapelana i księdza, ponieważ jej mąż całe życie był ateistą. Tłumaczyła, że mimo swoich przekonań religijnych do końca chciała uszanować wolę męża¹⁹.

Zdarza się, że o pomoc i wsparcie kapelanów świeckich proszą pracownicy szpitala, którzy opiekują się bliskimi im osobami znajdującymi się w tej placówce.

Sposób oddziaływania kapelanów świeckich na rodziny ujawnia pielęgniarka, Amerykanka pracująca na intensywnej terapii, niewierząca. Prosiła kapelana świeckiego o modlitwę w intencji jej i jej rodziny. Była przekonana o takiej potrzebie, mimo że sama nie wierzy w Boga. Jak później wyjaśniła, widziała chorych i ich rodziny, którzy po rozmowie z kapelanem świeckim lub księdzem zachowywali się zupełnie inaczej niż przed przybyciem do szpitala. Byli spokojniejsi, skupieni na chorym²⁰.

Dla żony pacjenta pochodzenia polskiego pierwsze spotkanie z kapelanem świeckim było nowością, ale równocześnie było bardzo pomocne. Kapelan miał dla niej czas i znał stan psychiczny i duchową kondycję jej chorego męża. Nie bez znaczenia było również to, że kapelan mówił w języku polskim, dzięki czemu zniwelowana została bariera językowa. Kapelan tłumaczył zalecenia lekarza, co pomogło kobiecie podjąć decyzje, dotyczące sposobów leczenia męża, zgodne z wyznawaną wiarą i doktryną katolicką. Kobieta uzyskała

¹⁹ Wywiad nr 87 [M. Pa. ok. 56 lat, pochodzenia amerykańskiego, ateista; 18.11.2021]. AW s. 90.

²⁰ Wywiad nr 89 [K. Pr. ok. 60 lat, pochodzenia amerykańskiego, ateistka; 28.11.2021]. AW s. 91.

świadomość, że nie musi godzić się na wszystkie propozycje, które wydawały się jej w obliczu wiary niemoralne. Jak każdej osobie było jej bardzo ciężko być częścią cierpienia i umierania męża. Dlatego istotny był dla niej fakt, że codziennie miała pomoc kapelana świeckiego: w formie modlitwy, duchowego wsparcia, zorganizowania wizyty kapłana. Było jej bardzo ciężko podjąć ostateczną rozmowę z mężem na temat spowiedzi i namaszczenia chorych, dlatego poprosiła kapelana świeckiego o pomoc. Mąż zmarł pojednany z Bogiem, zaopatrzony sakramentami świętymi²¹.

Córka pacjenta, który chorował wiele lat i przebywał w szpitalu kilka razy, zwróciła uwagę na to, że chorzy wspominają pracę katolickiego kapelana świeckiego. Ona i jej matka zwróciły się do kapelana z prośbą o rozmowę z ojcem. Szczególne znaczenie miało dla nich to, że spotkały kapelana świeckiego mówiącego po polsku. Były bardzo wdzięczne, że mężczyznę odwiedza ktoś, kto mówi po polsku. Obie, matka i córka nie mogły spędzać z pacjentem tyle czasu, ile by chciały. Ojciec wymagał stałej opieki, co spowodowało, że zostały postawione przed bardzo trudną decyzją umieszczenia go w domu opieki. Kapelan, dzięki współpracy z pracownikiem socjalnym, z zaangażowaniem pomógł im podjąć najlepsze decyzje, służące dobru ojca. Mogły wysłać go do Polski, gdzie był bardzo szczęśliwy. Zrobił tam duże postępy, na które nie liczyły. Bez znajomości systemu zdrowotnego w Stanach Zjednoczonych i bez pomocy ze strony kapelana świeckiego trudno byłoby im podjąć tak ważną decyzję. Obecnie pacjent przebywa w Polsce, w prywatnym domu opieki społecznej i jest niezwykle zadowolony z powrotu do ojczyzny, co znacząco wpływa na stan jego zdrowia²².

6.3. Wypowiedzi personelu medycznego

Kapelani są zaproszeni do uczestniczenia w *Institutional Review Board* (komisji oceniającej poziom opieki medycznej) oraz biorą udział w posiedzeniach komisji etycznych odbywających się na terenach szpitali czy placówek zdrowotnych. Duszpasterstwo w opiece zdrowotnej jest standardowym aspektem *National Health System* (NHS – narodowego systemu zdrowotnego), który powstał w 1948 r. Praca kapelana nie ogranicza się jedynie do chorych – cierpiących. Do jego obowiązków należy również wspieranie personelu

²¹ Wywiad nr 1 [K. Ro. ok. 60 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 29.10.2020]. AW s. 1.

²² Wywiad nr 4 [K. Ro. ok. 30 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 29.01.2021]. AW s. 4.

medycznego, współpraca z lokalnymi Kościołami i przedstawicielami różnych wyznań oraz religii²³.

Personel medyczny wspiera pracę kapelanów świeckich, często prosi o ich interwencję, jeżeli pacjent jest zamknięty na rozmowę lub na przykład odmawia przyjmowania leków (przypadki opisane w rozdziale czwartym i piątym).

Kapelani są proszeni o modlitwę, jeżeli ktoś z personelu medycznego umrze. Kiedy zmarła pielęgniarka pracująca na oddziale pediatrycznym, która odeszła na emeryturę kilka lat wcześniej, oddziałowa zadzwoniła do *Pastoral Care Department* i poprosiła o wspólną modlitwę za zmarłą współpracownicę. W modlitwie uczestniczyło około trzydziestu osób z różnych oddziałów szpitala. Kiedy cztery lata temu zmarła w szpitalu bezdomna pacjentka, kapelani zorganizowali nabożeństwo żałobne w sali konferencyjnej, na które przyszło tylu pracowników szpitala, że nie mieścili się w sali i musieli stać na korytarzu²⁴.

Współpracę z katolickimi kapelanami świeckimi doceniają również dyrektorzy oddziałów, przykładowo ordynator oddziału, kobieta, katoliczka około pięćdziesięciu lat, która przez wiele lat pracowała w różnych szpitalach, zarówno katolickich, protestanckich, jak i państwowych. W wywiadzie przeprowadzonym z nią stwierdziła, że w ciągu swojej kariery zawodowej miała możliwość przyjrzenia się pracy katolickich kapelanów świeckich, mogła także z nimi współpracować. Uważa, że współpraca kapelanów z pracownikami jest niezastąpiona. Podkreśla, że szczególnie podziwia umiejętność kapelanów, jaką jest słuchanie ludzi, które nie wiąże się z żadną oceną bez względu na wyznanie. Kapelani potrafią w sposób neutralny nieść duchową pomoc i wsparcie na płaszczyźnie duchowej. W tej sferze ludzkiego życia ich praca jest nie do przecenienia. Bardzo ważna jest relacja między personelem medycznym a kapelanami, ponieważ wpływa ona z codziennej współpracy i opieki nad pacjentami w myśl zasady: *Joint Commission mind, body and spirit*²⁵.

Innym przykładem opisywanej współpracy między katolickimi kapelanami świeckimi a personelem medycznym jest wywiad z pielęgniarką pracującą na stałe w szpitalu w Chicago.

Kobieta w wieku około pięćdziesięciu lat, katoliczka pochodzenia polskiego. Docenia przede wszystkim możliwość rozmowy z kapelanem w czasie wspólnej pracy. Ta

²³ Por. The Institute for Family Health. *Institutional Review Board*. W: <https://institute.org/research-publications/institutional-review-board/> (dostęp 17.10.2022).

²⁴ Wywiad nr 116 [K. Dyr. ok. 50 lat, pochodzenia amerykańskiego, katoliczka; 29.12.2021]. AW s. 125.

²⁵ Wywiad nr 13 [K. Pr. ok. 50 lat, pochodzenia amerykańskiego, katoliczka; 23.05.2021]. AW s. 14.

forma kontaktu, pozostająca w sferze zawodowej, pomaga jej w rozwiązywaniu zawodowych i prywatnych problemów w kontekście wiary. Również udział w codziennej modlitwie na oddziale, wraz z innymi współpracownikami, podnosi ją na duchu i daje siłę do dalszej pracy. Kapelan świecki zawsze modlił się o to, by personel medyczny widział w chorym Chrystusa. Ta modlitwa wywarła szczególny wpływ na pielęgniarkę i – zgodnie z jej świadectwem – zmieniła jej podejście do chorego²⁶.

Kolejnym przykładem jest kobieta w wieku około pięćdziesięciu sześciu lat, Portorykanka pracująca jako sprzątaczką w szpitalu. Jej brat zachorował na chorobę nowotworową. Pracując w szpitalu, codziennie widziała ludzi cierpiących na tę samą chorobę. Była przestraszona i zrozpaczona. Kapelan świecki rozmawiał z nią codziennie i te rozmowy kończyły się modlitwą w intencji jej brata. Mimo że po dwóch latach walki z chorobą mężczyzna zmarł, to jego siostra powiedziała, że modlitwa dawała jej nieocenione siły i wewnętrzny spokój. W głębi serca czuła, że tej walki nie wygrała, ale Bóg dzięki wspólnej modlitwie sprawił, że jej brat odszedł pogodzony z wolą Bożą. Nieoceniona była dla niej codzienna rozmowa i modlitwa. Więź przyjaźni z kapelanem przeniosła się na wiarę i miłość do Boga, którego w chwili cierpienia ciężko było jej zobaczyć i doświadczyć²⁷.

Innym przykładem jest lekarka anestezjolog pochodzenia amerykańskiego. Pewnego dnia poprosiła o modlitwę w intencji jej przyjaciela, lekarza, który chciał się przenieść do Chicago i szukał pracy. Zbieg okoliczności sprawił, że następnego dnia po wspólnej modlitwie otrzymał on wezwanie na rozmowę kwalifikacyjną do szpitala, w którym zawsze pragnął pracować i został przyjęty. Od tego wydarzenia lekarka zawsze, gdy zobaczyła kapelana, prosiła o wspólną modlitwę²⁸.

6.4. Wypowiedzi kapelanów innych religii

Katolicy kapelani świeccy podczas swojej posługi spotykają się na co dzień z kapelanami innych religii. Ogólne spotkania kapelanów świeckich, na które składają się wykłady i warsztaty, odbywają się raz w roku. Wówczas spotykają się kapelani ze wszystkich stanów. Co roku wybierany jest w drodze losowania inny stan (jako miejsce zjazdu kapelanów świeckich i duchownych wszystkich wyznań i religii). Spotkanie trwa trzy

²⁶ Wywiad nr 3 [K. Pr. ok. 50 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 17.11.2020]. AW s. 4.

²⁷ Wywiad nr 101 [K. Pr. 56 lat, pochodzenia portorykańskiego, katoliczka; 29.07.2021]. AW s. 111.

²⁸ Wywiad nr 100 [K. Pr. ok. 50 lat, pochodzenia amerykańskiego, katoliczka; 08.08.2021]. AW s. 109.

dni. Wcześniej uczestnicy drogą mailową otrzymują zagadnienia oraz program, który będzie realizowany w czasie spotkania. Mogą zgłaszać własne propozycje²⁹.

Oprócz tego odbywają się spotkania regionalne. Kapelani z kilku najbliższych szpitali spotykają się co kwartał. Komisja, która nadzoruje spotkania składa się z instruktorów CPE albo dyrektorów danej placówki. Również oni wcześniej kontaktują się za pomocą e-maila ze wszystkimi kapelanami, pytając, jakie problemy chcieliby poruszyć na spotkaniu. Liczba uczestników jest bardzo zróżnicowana. Nie wszyscy w danym terminie mogą uczestniczyć w spotkaniu. Poza przewidzianymi w programie warsztatami omawiane są trudne przypadki, z jakimi spotkali się kapelani świeccy. Wspólnie proponowane są rozwiązania, przedstawiane własne doświadczenia³⁰.

Kapelani wszystkich wyznań spotykają się na comiesięcznym spotkaniu, w drugą środę miesiąca, na tak zwany *Zoom Meeting*. Każde ze spotkań ma temat, po którym następuje wspólna dyskusja. Na przykład w październiku 2019 r. prowadzono szkolenie na temat *Medical Assistance in Dying* (pomocy medycznej umierającym). W listopadzie mówiono o *Ministry in Pluralistic Settings* (posłudze w pluralistycznym otoczeniu), w grudniu o *Critical Incident Stress Management* (umiejętności radzenia sobie w sytuacji kryzysowej). Podczas tych spotkań kapelani wszystkich wyznań wyrażają swoją opinię na omawiane tematy, patrząc z punktu widzenia ich wiary i tradycji. Dzięki temu każdy kapelan może wzbogacać swoją wiedzę na temat innych religii i wyznań³¹.

Pracując wspólnie, kapelani mogą na siebie liczyć, wspierać się, pomagać w trudnych chwilach. Przykładowo kapelan świecki, baptysta, przed operacją poprosił katolickiego kapelana świeckiego o modlitwę i o codzienną wizytę po operacji³².

Kapelani w swojej codziennej pracy sięgają również po inne środki, którymi mogą wesprzeć chorych. Należą do nich: muzyka, postawa, słowa, wszystko to, czym mogą wielbić i wychwalać Boga oraz przynieść ulgę w cierpieniu. Należy pamiętać, że na całokształt człowieczeństwa składa się jego sfera wewnętrzna i zewnętrzna, duchowa i materialna. Chrystus poprzez miłość do człowieka sam „przyodział się w niego”, a tym samym zaadoptował to, co jest materialne, społeczne i duchowe. Człowiek komunikuje się z Nim za pomocą uczuć, działań, słów i śpiewu. Naturalną rzeczą jest wyrażanie swych myśli, przyzwyczajęń i sentymentów. Odmienne religijne nabożeństwa i modlitwy, które są

²⁹ Por. NACC. 2022 National Conference <https://www.nacc.org/conference/> (dostęp 19.04.2022).

³⁰ Por. Tamże.

³¹ Chaplaincy Monthly Zoom Meeting. W: <https://network.crena.org/chaplaincy/chaplaincy-monthly-zoom-meetings> (dostęp 24.01.2022).

³² Por. M. Lones. *UI Health Chaplain Expectation*. University of Illinois 2016.

sprawowane w szpitalu, również wykorzystują prezentowane środki. Kapelan świecki nie może odmówić, według przepisów kodeksu pracy, udziału w tego typu modlitwach innych religii. Włącza się w nie w ramach współpracy z innymi kapelanami świeckimi, wykorzystując swoje umiejętności, na przykład gry na gitarze³³.

Człowiek jest nie tylko fizyczną, ale również intelektualnie i duchowo żyjącą istotą, która ma naturalne skłonności do życia w łączności z drugim człowiekiem. Dlatego tak ważna jest codzienna współpraca między kapelanami świeckimi. Przebiega ona we wzajemnym poszanowaniu i tolerancji wartości, które wyznaje każda ze stron, niezależnie od religii, narodowości czy kultury. Na pierwszym miejscu zawsze stawia się dobro pacjenta.

Przykładem jest kapelan świecki, kobieta urodzona i wychowana w Wietnamie, w buddyzmie, przebywająca w Stanach Zjednoczonych od 1999 r. Tutaj poznała swojego męża i dzięki niemu miała możliwość zgłębiania chrześcijaństwa, została ochrzczona w wierze protestanckiej. Była zainspirowana religią chrześcijańską do tego stopnia, że ukończyła studia i została kapelanem świeckim. Miała możliwość pracy z katolickim kapelanem świeckim, który uwrażliwił ją na pomoc katolickim pacjentom³⁴.

Kolejny przykład stanowi kapelan, kobieta wyznania luterańskiego pracująca w katolickim szpitalu. Jej stosunek do katolickiej Komunii Świętej był lekceważący. Uważała, że skoro pracuje jako kapelan świecki, może udzielać Komunii katolickim pacjentom. Dzięki współpracy z katolickim kapelanem świeckim miała możliwość poznania różnicy pomiędzy Komunią Świętą w Kościele katolickim a luterańskim, jak również mogła zrozumieć *sacrum* tego sakramentu³⁵.

Innym przykładem jest niekatolicki kapelan świecki, którego pacjent poprosił o spowiedź. Zadzwoił on do katolickiego kapelana świeckiego, prosząc go, żeby przyszedł i wyspowiadał pacjenta. Kiedy kapelan katolicki powiedział, że musi zadzwonić po księdza, był bardzo zdziwiony i pytał dlaczego. Katolicki kapelan świecki wytłumaczył mu rolę oraz znaczenie sakramentu spowiedzi i niezastąpioną rolę kapłana³⁶.

Kolejnym przykładem jest wywiad z pastorem protestanckim, który jest zatrudniony w szpitalu jako kapelan. Pewnego dnia poprosił o rozmowę z katolickim kapelanem świeckim na temat Komunii Świętej. Katolicki kapelan pokazał mu krótki film

³³ Por. A. Perez. *University of Illinois Hospital Staff Chaplain Leads Staff with Daily Music and Prayers*. „Chicago Tribune” (z dnia 09.11.2021).

³⁴ Wywiad nr 92 [K. Ka. ok. 48 lat, pochodzenia wietnamskiego, chrześcijanka; 13.01.2022]. AW s. 98.

³⁵ Wywiad nr 91 [K. Ka. ok. 65 lat, pochodzenia amerykańskiego, luteranka; 27.12.2021]. AW s. 97.

³⁶ Wywiad nr 93 [M. Ka. ok. 70 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, protestant; 27.12.2021]. AW s. 100.

dokumentalny zatytułowany *Eucharistic Miracles in Buenos Aires*. Film oparty na faktach bardzo wyraźnie pokazuje, że Chrystus jest prawdziwie obecny pod postacią chleba. Pastor był tak wzruszony tym, co zobaczył, że powiedział, że gdyby nie fakt, iż jest żonaty, zostałby katolickim księdzem³⁷.

6.5. Wypowiedzi kapłanów dotyczące współpracy z katolickimi kapelanami

Według krajowych badań religijnych przeprowadzonych przez *Research Center's*, która jest instytucją zbierającą informacje dotyczące danych statystycznych między innymi archidiecezji chicagowskiej, w Stanach Zjednoczonych do poszczególnych parafii należy obecnie około 51 milionów katolików. Archidiecezja Chicago posługuje około 2,2 milionom wiernych. Archidiecezja ta jest podzielona na 6 wikariatów, 31 regionów i 290 parafii. Archidiecezja Chicago ma pod opieką 16 katolickich szpitali. Obecnie w archidiecezji posługuje 449 kapłanów, 151 braci zakonnych, 1102 siostry zakonne, 656 diakonów. W 2018 r. na terenie parafii w Chicago pracowało 749 kapłanów. Jeżeli prezentowane dane zestawimy z rokiem 1975, gdy w parafiach pracowało 1261 księży, to bardzo wyraźnie widać, jak wielki jest spadek, a tym samym jak duże jest zapotrzebowanie na posługę kapłańską³⁸. Parafia jest wezwana do tego, aby zgodnie z wymaganiami i znakami czasu dostosować swoją posługę do potrzeb wiernych. Stąd w parafiach w Chicago doszło do ściślejszej współpracy między kapłanami a katolickimi kapelanami świeckimi. Współczesność na nowo pozwoliła odkryć powołanie każdego ochrzczonego do bycia uczniem Jezusa i misjonarzem Ewangelii, w świetle dokumentów Soboru Watykańskiego II i późniejszego Magisterium³⁹. W trakcie dokonujących się przemian parafia czasami nie jest w stanie odpowiednio sprostać licznym oczekiwaniom wiernych. Zwłaszcza biorąc pod uwagę różnorodne typy wspólnot, które spotyka się na terenie Chicago. Prawdą jest, że cechą charakterystyczną parafii jest jej zakorzenienie w codziennym życiu. Jednak szczególnie dzisiaj terytorium parafii nie jest już tylko ograniczoną przestrzenią geograficzną, ale środowiskiem, w którym każdy wyraża siebie poprzez relacje, wzajemną służbę i dawne tradycje. To na tym „egzystencjalnym terytorium” pojawiają się wyzwania Kościoła dotyczące społeczności, o przynależności do których w coraz mniejszym stopniu decyduje miejsce urodzenia. W amerykańskich parafiach mamy do czynienia z emigrantami

³⁷ Wywiad nr 94 [M. Ka. ok. 46 lat, pochodzenia meksykańskiego, protestant; 28.12.2021]. AW s. 101.

³⁸ Archdiocese of Chicago. *Facts and Figures*. W: <https://www.archchicago.org/about-us/facts-and-figures> (dostęp 12.01.2022).

³⁹ Por. Kongregacja ds. Duchowieństwa. *Instrukcja Nawrócenie duszpasterskie wspólnoty parafialnej w służbie misji ewangelizacyjnej Kościoła* (29.06.2020) s. 3.

z różnych krajów, którzy są nastawieni na wspólnotę adopcyjną w nowym miejscu, które wybrali jako swoje miejsce do życia⁴⁰.

Wspólnota parafialna stanowi środowisko ludzkie, w którym dokonuje się działalność ewangelizacyjna Kościoła, celebrowane są sakramenty i świadczy dzieła miłosierdzia, jak również otacza się opieką chorych i umierających, zarówno tych w domach, jak i szpitalach. W świetle tego, co zostało powiedziane do tej pory, konieczne jest określenie perspektyw, które pozwolą odnowić „tradycyjne” struktury parafialne w kluczu misyjnym. Jest to istota niezbędnych zmian duszpasterskich, które muszą dotyczyć głoszenia Słowa Bożego, życia sakramentalnego, świadczenia miłosierdzia lub innych istotnych obszarów, dzięki którym parafia wzrasta i dostosowuje się do Tajemnicy, w którą wierzy⁴¹. Konieczne jest zatem, aby parafia była „miejscem” sprzyjającym byciu razem i rozwojowi trwałych relacji osobowych, które pozwalają każdemu doświadczyć poczucia przynależności i akceptacji. Ważne jest, aby – ze względu na dobro swoich parafian – posługujący w niej kapłani potrafili współpracować z katolickimi kapelanami świeckimi, którzy również są jej członkami. Wspólnota parafialna jest wezwana do rozwijania prawdziwej „sztuki bliskości”⁴². Jeśli zapuści ona głębokie korzenie, naprawdę stanie się miejscem, w którym zostaje przezwyciężona samotność, ubóstwo, bezdomność, porzucenie w chorobie. Wynika z tego, że katolicki kapelan świecki nie tylko są potrzebni, ale stają się niezastąpieni we współpracy z kapłanami. Dlatego współpraca kapelana świeckiego z księżmi katolickimi odgrywa istotną rolę.

Współpraca między obiema stronami jest wielowymiarowa i nie ogranicza się tylko do terenu szpitala. Chcąc lepiej poznać swoich podopiecznych i zrozumieć ich potrzeby duchowe, katolicki kapelan świecki może zaczerpnąć informacji u proboszcza danej parafii. Zdarza się, że po opuszczeniu szpitala przez pacjenta, placówka nadal utrzymuje kontakt z kapłanem. Pośrednikiem staje się kapelan.

Istnieje wiele opinii dotyczących potrzeby tego rodzaju wspólnej pracy. Przeprowadzone badania udowodniły, że księża różnią się w swoich opiniach dotyczących potrzeby rekrutacji osób świeckich do posługi pastoralnej w szpitalach. W odróżnieniu od duchownych wielu innych wyznań i religii katolicki księża pozytywnie oceniają pracę kapelanów. Zauważają potrzebę tego typu posługi zwłaszcza w szpitalu, w którym kapelan ma kontakt z wiernym każdego dnia w trakcie jego hospitalizacji.

⁴⁰ Por. Tamże. s. 5.

⁴¹ Por. Tamże s. 5.

⁴² Por. Tamże s. 6.

Ksiądz pracujący w parafii w Chicago stwierdza, że współpraca między katolickimi kapłanami a katolickimi kapelanami świeckimi jest bardzo potrzebna, gdyż dotyczy poszczególnych osób, które związane są ze swoją parafią. Często zdarza się, że chory w szpitalu ma pierwszy kontakt z kapelanem. Zwraca się z prośbą, aby poinformował on księdza z jego parafii, że prosi o spotkanie w szpitalu. Taka informacja, jak podkreśla ksiądz w udzielonym przez niego wywiadzie, jest dla niego bardzo ważna, ponieważ ze względu na liczebność parafian nie jest w stanie wiedzieć o duchowej dyspozycji każdego z nich. Ksiądz za szczególnie cenne uważa również to, że zorganizowanie wizyty duszpasterskiej w szpitalu może powierzyć kapelanowi. Obie strony mogą spokojnie się spotkać. Ksiądz może bardziej efektywnie wykorzystać swój czas, przychodząc do szpitala. Nie musi na przykład czekać na spotkanie z wiernym, który akurat ma wykonywane procedury medyczne. Kapelan dostosowuje terminy spotkania tak, by rozmowa przebiegała w spokoju, bez zakłóceń ze strony personelu medycznego czy rodziny, która odwiedza pacjenta. Kapelan informuje również księdza, po wcześniejszej rozmowie z pacjentem, jakie są jego oczekiwania względem wizyty duszpasterskiej, przykładowo czy chce się on wyświadczać, przyjmując sakrament namaszczenia chorych, czy też po prostu pragnie porozmawiać „ze swoim księdzem”⁴³.

Rozmowy kapelanów z kapłanami są bardzo wartościowe, potrzebne i konieczne. Katolicki kapelan świecki może zasięgnąć rady księdza dotyczącej sytuacji rodzinnej pacjenta, jego oczekiwań, sposobu bycia, potrzeb duchowych oraz zaangażowania w sprawy wspólnoty, parafii, w której ksiądz pełni swoją posługę. Te informacje ułatwiają kapelanowi rozmowę z pacjentem, a często również z osobami odwiedzającymi go ⁴⁴.

Obecność księdza, spowiedź, namaszczenie chorych, Komunia Święta są najważniejsze, ale równie ważne jest duchowe wsparcie przez samą obecność księdza. Ludzie wierzący potrzebują właśnie takiego wsparcia duchowego, zwłaszcza jeżeli są w kryzysie, chorobie. Kapelan będący szczególnego rodzaju pośrednikiem między chorym a kapłanem jest ogromną pomocą dla obu stron. Pomoc, której udziela jest szczególnie ważna ze względu na zmniejszającą się liczbę powołań i brak księży. Kapłani są zajęci równocześnie sprawami parafii. Stały kontakt z kapelanem pracującym w szpitalu pozwala im lepiej opiekować się swoimi parafianami.

Na odmienne aspekty współpracy między kapelanami a kapłanami zwrócił uwagę podczas rozmowy z autorem dysertacji ksiądz z innego kościoła w Chicago. Uważa on, że

⁴³ Wywiad nr 9 [M. Ks. ok. 80 lat, pochodzenia polskiego, katolik; 18.11.2020]. AW s. 10.

⁴⁴ Tamże.

świeccy kapelani są potrzebni szczególnie w Chicago, gdyż nie ma tam wystarczającej liczby księży. Twierdzi, że „ważne jest żebyśmy wzajemnie się znali i przekazywali sobie informacje”. Podkreśla, że jest istotne, aby wszyscy kapelani byli uwrażliwieni na sakramenty i informowali księży, jeżeli pacjent wyrazi życzenie skorzystania z nich. Ksiądz stwierdził, że dzięki kapelanom posługa kapłanów jest ułatwiona, zwłaszcza że nie wszystkie szpitale mają katolickich kapelanów czy kapłanów. Ich posługa jest niezastąpiona z wyjątkiem sakramentu spowiedzi i namaszczenia chorych, które pozostają w gestii kapłanów⁴⁵.

Zgodnie z nauczaniem Kościoła świeccy mogą wspomagać chorych modlitwą, udzielaniem Komunii Świętej i duchowym wsparciem. Nie dotyczy to tylko mężczyzn, podobną posługę pełnią również kobiety.

Na temat pracy kobiet wypowiedział się ksiądz, który sam pracuje jako kapelan w szpitalu i współpracuje z innymi kapelanami. Bardzo ceni sobie współpracę z nimi. Zwraca uwagę, że obecność kobiet – kapelanów w szpitalu wspiera duchowo i emocjonalnie, chociażby ze względu na ich przeznaczenie do macierzyństwa. Często, kiedy pacjentka jest kobietą, szybciej zwierzy się ze swoich problemów innej kobiecie. Szuka u niej zrozumienia. Kobieta – kapelan może przekazać te informacje kapłanowi, wspólnie łatwiej mogą szukać sposobów pomocy chorej. Z tego względu istnieje ogromna potrzeba zaangażowania kobiet w pracę z chorymi w szpitalu. Księża podkreślają, że oprócz sakramentów chorzy potrzebują kogoś, kto by „kroczył z nimi ścieżką bólu i cierpienia” (*walk with them in the valley of pain and suffering*). Potrzebują kogoś, kto ich wysłucha, wesprze emocjonalnie i duchowo. Sakramenty są uwieńczeniem współpracy kapelana świeckiego i kapłana⁴⁶.

Wśród księży pojawiają się również głosy kwestionujące rolę i pracę katolickich kapelanów świeckich posługujących w katolickich szpitalach w Chicago.

Przykładem jest wypowiedź ukraińskiego, katolickiego księdza obrządku wschodniego pracującego dla katolickiego szpitala Świętej Rodziny. Swoją opinię opiera na sytuacji w Polsce, w której nie ma kapelanów świeckich. Uważa, że posługa świeckich w szpitalach to idea protestancka. Według niego potwierdzeniem tej tezy jest fakt, że Ameryka jest krajem protestanckim. Katolickie szpitale kopiują idee protestantów. Ksiądz ten powołuje się na tradycję Kościoła, z której wynika, że biskup namaszcza ręce kapłana i tylko kapłan powinien udzielać sakramentów. Osoby świeckie nie mają prawa dostępu do tabernakulum i do udzielania sakramentu Komunii Świętej, ponieważ nie mają

⁴⁵ Wywiad nr 10 [M. Ks. ok. 60 lat, pochodzenia polskiego, katolik; 22.11.2020]. AW s. 11.

⁴⁶ Wywiad nr 11 [M. Ks. ok. 60 lat, pochodzenia afrykańskiego, katolik; 02.12.2020]. AW s. 11.

poświęconych rąk. We wschodnim, ukraińskim Kościele nawet diakon nie może udzielać Komunii (jest nadzwyczajnym szafarzem Komunii Świętej). Te argumenty pozwalają owemu księdzu deprecjonować pracę kapelanów. Twierdzi że, może on zaakceptować kapelana świeckiego jedynie jako emocjonalne i duchowe wsparcie dla pacjentów⁴⁷.

W rozdziale zaprezentowano badania dotyczące postrzegania posługi kapelanów świeckich na podstawie wypowiedzi chorych, rodzin, personelu medycznego, kapłanów innych religii oraz wypowiedzi kapłanów chrześcijańskich dotyczące współpracy z katolickimi kapelanami świeckimi. Wypowiedzi te wskazują, że istnieje duże zapotrzebowanie na duchowe wsparcie w katolickich szpitalach w Chicago. Wykazano, że nie tylko pacjenci i ich rodzina, ale również pracownicy medyczni poszukują „bratniej duszy”, którą może być katolicki kapelan świecki. Na podstawie wywiadów można również stwierdzić, że świecki kapelan katolicki nie zastąpi kapłana.

⁴⁷ Wywiad nr 112 [M. Ks. ok. 50 lat, pochodzenia ukraińskiego, grekokatolickiego; 2020.04.19]. AW s. 119.

ZAKOŃCZENIE

Pomoc tak zwanych katolickich kapelanów świeckich w szpitalach w Chicago jest wynikiem sytuacji nadzwyczajnej, spowodowanej niedostatkami wyświęconych szafarzy i ma na celu duchowe dobro pacjentów. W żadnym wypadku nie można twierdzić, że zastępują oni kapłanów. Stanowią jedynie pomoc i w sposób komplementarny współdziałają w wypełnianiu zbawczej misji Kościoła, uwzględniając szczególnie ludzi cierpiących, często porzuconych oraz bezdomnych. Choć pojawiają się czasem głosy negujące potrzebę obecności kapelanów świeckich w szpitalach, to jednak ogromna rzesza chorych oczekuje tego, że oprócz pomocy medycznej otrzyma również wsparcie duchowe, które pomoże im wytrwać w cierpieniu. Dlatego przeprowadzono badania, które miały na celu poznanie pastoralno-liturgicznej posługi katolickich kapelanów świeckich chorym w szpitalach w Chicago.

Na pierwszym etapie badań prześledzono historię powstawania katolickich szpitali. Istotną nowością, która pojawiła się w XIX w. w państwowych szpitalach amerykańskich, a w XX w. także w szpitalach katolickich, była inicjatywa pastora Boisena, która zwróciła uwagę na konieczność leczenia medycznego wraz z równoczesnym wsparciem duchowym: *mind, body, spirit*. Stało się to podstawą działań *Joint Commission*, instytucji nadzorującej pracę kapelanów w szpitalu. Powstały instytucje kształcące przyszłych kandydatów na kapelanów: NACC (*National Association of Catholic Chaplain*) i CPE (*Credential Pastoral Education*). Kościół katolicki w Ameryce zaaprobował używanie terminu: „katolicki kapelan świecki” występującego w prawodawstwie amerykańskim. Mimo że to pojęcie nie jest zgodne z terminologią Kościoła katolickiego. W związku z tym przeanalizowano przepisy NACC (instytucji, która zastała powołana do wydawania dyplomów wyłącznie katolickim kapelanom) oraz przepisy obowiązujące w katolickich placówkach szpitalnych. Badanie miało na celu wskazanie podstaw szkolenia katolickich świeckich kapelanów. Wprowadzenie tego typu dyplomów było ewenementem, gdyż Kościół katolicki nie nadaje tytułu kapelana osobom świeckim. W dysertacji zostało ukazane, w jaki sposób NACC, we

współpracy z biskupami amerykańskimi i zgodnie z przepisami krajowymi, umożliwiło uzyskanie zgody na zatrudnianie katolickich kapelanów świeckich do posługi w szpitalach.

Na następnym etapie pracy badawczej przeanalizowano zasady wypracowane przez *Joint Commission*, instytucję, która nadzoruje pracę szpitali i stawia wymogi dotyczące zatrudniania. Dotyczy to wszystkich pracowników szpitali, włącznie z zatrudnianiem kapelanów wszystkich wyznań i religii. Badania wykazały że, ze względu na wielowyznaniowość Stanów Zjednoczonych należało uściślić terminologię dotyczącą posługi duchowej świeckich, tak, by objęła wszystkie wyznania, które funkcjonują na terenie Ameryki. Z tego względu w pracy wykazano, że szpitale katolickie oraz inne aprobują i regulują przepisami pracę katolickich kapelanów świeckich, akceptują także pracę kapelanów innych wyznań.

W dysertacji dokonano analizy znaczenia i zakresu pracy katolickich kapelanów świeckich, którzy nie tylko niosą pomoc pacjentom i ich rodzinom, ale również są istotnym wsparciem dla personelu medycznego. Doskonałym tego przykładem są wypowiedzi zawarte w wywiadach i cytowane w powyższym opracowaniu. Zabiegi medyczne, środki farmakologiczne nie są panaceum na wszystkie dolegliwości pacjentów. Niejednokrotnie „choruje również dusza” i wtedy właśnie niezbędna jest pomoc katolickich kapelanów świeckich. Badania doprowadziły do konkluzji, że kapelani nie są tylko indywidualnym wsparciem dla chorych przebywających w katolickich szpitalach w Chicago, ale stanowią uzupełnienie działań personelu medycznego. Określono obowiązki katolickich kapelanów świeckich, do których należy przygotowanie do sakramentów i codzienne odwiedzanie chorych z Komunią Świętą. Kapelan ma też obowiązek przeprowadzania indywidualnych rozmów z pacjentami. Poza tym powinien dbać o kaplicę szpitalną i prowadzić niezbędną dokumentację. Dlatego nie może to być osoba przypadkowa, kierująca się jedynie altruizmem. Przeanalizowano rolę *National Association of Catholic Chaplain* oraz przepisy wydane dla katolickich placówek szpitalnych zatrudniających katolickich kapelanów świeckich pod kątem powyższego zakresu obowiązków.

W dysertacji podjęto zagadnienie systemu szkolenia i formacji kapelanów świeckich. Omówiono zasady naboru kandydatów oraz przedstawiono program szkolenia *Clinical Pastoral Education* dla kapelanów świeckich. W pracy wykazano, że z pewnością warto w tym względzie skorzystać z wzorów wypracowanych przez amerykański system naboru i prowadzenia szkoleń dla kandydatów na katolickich kapelanów świeckich. Nie można jednak zapominać o tym, że duszpasterstwo szpitalne oprócz kondycji fizycznej i odporności psychicznej wymaga również pogłębionej świadomości życia chrześcijańskiego,

duchowego, religijnego, a zwłaszcza pełnego wiary spojrzenia na sens życia, cierpienia i śmierci.

Praca badawcza objęła sposób sprawowania posługi pastoralnej świeckich pomocników (polegającej na umacnianiu w wierze i poradnictwie duchowym) w różnych grupach narodowych. Badania wykazały, że w szpitalach w Chicago każdy pacjent ma prawo do opieki duchowej świadczonej przez przedstawiciela wyznawanej przez niego religii (chrześcijanie: katolicy, protestanci, prawosławni; żydzi, muzułmanie) albo systemu filozoficznego (ateiści, buddyści). Pacjent sam decyduje o tym, czy życzy sobie wizyty przedstawiciela danej religii lub systemu filozoficznego. Jeśli nie, jego wola musi zostać uszanowana. Wykazano, że na podstawie prawa obowiązującego w stanie Illinois placówki medyczne są zobowiązane do poszanowania religijnych i filozoficznych przekonań pacjentów. Pozyskane dane statystyczne, omówione w dysertacji, wykazały, że szpitale katolickie zatrudniają najczęściej katolickich kapelanów świeckich i kapłanów. Szpitale wielowyznaniowe lub publiczne rządziej zatrudniają duchownych, a częściej – kapelanów świeckich różnych wyznań, a nawet ateistów, którzy sprościli wymaganiom *Joint Commission* i uzyskali dyplom kapelana. Udało się zbadać standardy posługi świeckich kapelanów, którzy muszą znać symbolikę, obrządki innych religii. Praca badawcza objęła posługę pastoralną świeckich pomocników polegającą na umacnianiu w wierze, poradnictwie duchowym, nawiązywaniu relacji z niekatolikami, modlitwie oraz przygotowaniu do sakramentów. Katolicy kapelani świeccy pomagają w udzielaniu Komunii Świętej chorym w szpitalach. Niemniej są oni jedynie nadzwyczajnymi szafarzami Komunii i tylko w wyjątkowych sytuacjach, zagrożenia życia, udzielają sakramentu chrztu.

Dalsze badania sposobu posługiwania katolickich kapelanów świeckich dotyczyły *Advance Directive, Living Act Will* i innych przepisów stanowych, które służą pomocą pacjentowi podczas podejmowania decyzji odnośnie metod leczenia lub jego zaprzestania. Badania wykazały, że pacjenci i ich rodziny oczekują, iż stosowane środki lecznicze powinny być zgodne ich z przekonaniami religijnymi czy duchowymi. Wykazano, że z jednej strony istnieją pacjenci, którzy boją się cierpienia i nie chcą przedłużania życia, a z drugiej – są chorzy, w większości katolicy, którzy widzą sens cierpienia i utożsamiają się z cierpiącym Chrystusem.

Zakres posługi dotyczy także troski o rodzinę. Badania wykazały, że rodzina chorego potrzebuje takiego samego wsparcia duchowego, jak pacjent. Wskazano, że nie bez znaczenia w niektórych przypadkach jest fakt pozostawiania osobą świecką, gdyż chorzy

często utożsamiają się z nią, opierając się na podobnych życiowych doświadczeniach, choćby takich, jak utrata męża lub żony czy choroba dziecka.

Ostatni element badań dotyczył zapotrzebowania na posługę katolickich kapelanów świeckich pacjentów, rodziny, członków zespołu medycznego i kapłanów. Formy posługi oraz postrzeganie jej przez otoczenie zostały zilustrowane wypowiedziami zawartymi w wywiadach stanowiących część przeprowadzonych badań.

Przeprowadzone poszukiwania naukowe pozwoliły na weryfikację hipotezy badawczej. Wykazano, że katolicy kapelani świeccy w znacznym stopniu wspierają pracę coraz mniej licznych kapłanów. Katolicy kapelani świeccy są swego rodzaju łącznikiem pomiędzy duchownym a pacjentem, który pragnie wsparcia duchowego, modlitwy czy spotkania z kapłanem. Przeprowadzone badania pokazują, że katolicki kapelan świecki, aby właściwie pełnił swoją posługę, musi wchodzić w skład personelu medycznego. Nie może funkcjonować bez odpowiedniego przygotowania ani być wyłącznie indywidualnym wsparciem dla pacjenta i jego rodziny.

Odnosnie postawionego pytania: czy istnieje zapotrzebowanie na omawianą w dysertacji posługę katolickich kapelanów świeckich w szpitalach w Chicago, badania jednoznacznie wykazały, że tak. Kapelan nie może zastąpić kapłana, ale z pewnością stanowi uzupełnienie i pomoc w jego posłudze. Z wypowiedzi pacjentów, ich rodzin, personelu medycznego oraz kapłanów pracujących na terenie Chicago wynika, że istnieje zapotrzebowanie na tego typu posługę.

Po przeanalizowaniu przepisów, zasad stosowanych na terenie szpitali w Chicago wykazano, że lekarze odwołujący się do zasady *quality of life* (jakości życia) dopuszczają eutanazję i aborcję, co nie jest zgodne z nauką Kościoła katolickiego. Stąd dodatkową rolę katolickiego kapelana świeckiego w Stanach Zjednoczonych jest propagowanie życia zgodnego z wolą Bożą i zaakceptowanie sensu cierpienia na wzór Chrystusa.

Praca badawcza wskazała elementy dotyczące współpracy między kapelanami różnych wyznań i religii. Przede wszystkim ważny jest szacunek do odmiennych religii czy poglądów, a także troska o dobro i zaspokojenie potrzeb duchowych pacjenta. Kapelani dzielą się własnymi doświadczeniami i spostrzeżeniami, czemu sprzyja NACC i ACPE.

Po raz pierwszy w takiej skali przeprowadzono badania na temat pracy katolickich kapelanów świeckich. Do tej pory temat dotyczący posługi katolickich kapelanów świeckich w katolickich szpitalach w Chicago pojawiał się w nielicznych pracach dyplomowych studentów uniwersytetów amerykańskich. Oryginalność tej pracy badawczej polega przede wszystkim na fakcie, że przeprowadzone badania dotyczą całościowego podejścia.

Przeanalizowano nie tylko posługę katolickich kapelanów świeckich, ale dokonano również analizy aktów prawnych, sposobu rekrutacji, przeprowadzania egzaminu uprawniającego do posługi kapelana świeckiego. Dysertacja prezentuje badania posługiwania kapelanów chorym w katolickich szpitalach w Chicago. Ilustrują to przeprowadzone wywiady z samymi pacjentami, ich rodzinami, zespołem medycznym, jak również z kapelanami katolickimi i kapelanami innych wyznań.

Należy podkreślić, że do tej pory nie było tak kompleksowych badań dotyczących pracy katolickich kapelanów świeckich. Dodatkowym walorem opracowania jest fakt, że prowadzący badania pełni od 2014 r. funkcję katolickiego kapelana świeckiego w szpitalach w Chicago. Dysertacja bazuje na autentycznych spostrzeżeniach i doświadczeniach nabytych przez katolickiego kapelana świeckiego w czasie pełnienia przez niego posługi.

W większości placówek ochrony zdrowia znajdujących się w Stanach Zjednoczonych zatrudnia się zawodowych kapelanów jako specjalistów od opieki duchowej. Stają się oni członkami zespołów interdyscyplinarnych. Rezultaty badawcze zaprezentowane w dysertacji mogą posłużyć jako przykład dla Polski, w której tego typu posługa nie jest znana. Jednak, jak wykazały analizy, ze względu na spadek liczby powołań i zwiększające się zapotrzebowanie na opiekę duchową w szpitalach, docelowo można byłoby przeprowadzić badania, czy tego typu posługa sprawdziłaby się na gruncie polskim.

W trakcie pracy badawczej okazało się, że wielu kapłanów pracujących w parafiach w Chicago wyraziło chęć zapoznania się z wynikami badań zawartymi w dysertacji. Zwłaszcza że współpracują oni z katolickimi kapelanami świeckimi. Często nie znają szczegółów sposobu uzyskania dyplomów, przepisów szpitalnych czy aktów prawnych dotyczących posługi pastoralno-liturgicznej w katolickich szpitalach w Chicago.

Podczas przeprowadzania badań zainteresowanie ich wynikami pojawiło się również wśród personelu medycznego, który przechodzi szkolenia dotyczące posługi kapelanów świeckich i ich roli. Niniejsza praca może zostać wykorzystana jako materiał szkoleniowy dla personelu medycznego.

Praca powstała również z myślą o tych, którzy chcieliby podjąć taką posługę. Dotyczy to mieszkańców Stanów Zjednoczonych, a przede wszystkim imigrantów, którym ta posługa nie jest znana.

Wyniki przeprowadzonych badań mogą stanowić inspirację do dalszych poszukiwań naukowych i pastoralnych. W badaniach nie uwzględniono pracy katolickich kapelanów świeckich posługujących w szpitalach w innych stanach. Można by było dokonać porównania zasad szkolenia, przepisów szpitalnych i państwowych oraz zakresu posługi

katolickich kapelanów świeckich w innych krajach. Z pewnością interesującym zagadnieniem byłoby przeprowadzenie badań dotyczących posługi katolickich kapelanów świeckich w USA czy innych krajach, w których katolicy stanowią mniejszość narodową, a dominują inne wyznania.

Na terenie Polski, wśród wielu szczególnych funkcji pełnionych w Kościele łacińskim, wyróżnia się funkcję lektora i akolity. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby – oprócz istnienia powszechnych urzędów Kościoła łacińskiego – konferencje biskupie prosiły Stolicę Apostolską o zgodę na utworzenie innych, których ustanowienie (we własnym regionie) uważałyby z pewnych względów za konieczne lub bardzo pożyteczne¹. Być może oprócz znanych w Kościele łacińskim posług lektora, akolity i katechety, należałoby ustanowić posługę katolickiego kapelana świeckiego². Z pewnością nie jest to proste zadanie ze względu na tradycję katolicką panującą w Polsce, a także na duży autorytet, jakim cieszą się duchowni w swoich parafiach. Brakuje również szkolenia zawodowego katolickich kapelanów świeckich oraz regulacji prawnych. Przedstawione w dysertacji dokumenty mogłyby posłużyć jako wzór i przyczynić się do wprowadzenia w Polsce tego typu posługi. Przede wszystkim jednak należałoby wziąć pod uwagę różnice kulturowe, a w szczególności fakt, że Stany Zjednoczone są krajem wielonarodowościowym oraz zróżnicowanym pod względem religijnym. To był z pewnością jeden z decydujących czynników, który pozwolił na szybkie zaakceptowanie posługi katolickiego kapelana świeckiego. W Polsce posługa ta mogłaby być wprowadzona, ale z pewnością byłby to proces długofalowy i na początku wzbudzałby kontrowersje wśród wiernych. Potwierdzeniem jest choćby sytuacja, którą można było obserwować, gdy w szkołach religii zaczęli uczyć katecheci świeccy.

Konkludując, wyrażam nadzieję, że dysertacja posłuży lepszemu zrozumieniu i współpracy między katolickimi kapelanami świeckimi a duszpasterzami posługującymi w parafiach w Chicago. Spodziewam się, że przeprowadzone badania przyczynią się do podniesienia poziomu pracy z chorymi, których sfera duchowa wymaga wiele troski (w czasie pobytu w szpitalu lub w innej placówce medycznej) i którym należy się profesjonalna opieka duchowa. Zwłaszcza, że istnieją jeszcze miejsca, w których chory nie ma się do kogo zwrócić.

¹ Por. Paweł VI. List motu proprio *Ministeria quaedam* (15.08.1972).

² Por. Franciszek. List motu proprio *Antiquum ministerium* (10.05.2021).

Bibliografia

I. Źródła

1. Nauczanie Kościoła

1.1. Dokumenty Kościoła powszechnego

Kongregacja ds. Sakramentów Świętych. Dekret *Quam singulari* (8.07.1910). W: *Eucharystia w wypowiedziach Papieży i innych dokumentach Stolicy Apostolskiej XX w.* Opr. R. Rak. London 1987 s. 37-44.

Pius XII. Encyklika *Mediator Dei* (20.11.1947) nr 88-89.

https://www.vatican.va/content/pius-xii/en/encyclicals/documents/hf_p-xii_enc_20111947_mediator-dei.html (dostęp 2022.02.10).

Konstytucja o liturgii świętej *Sacrosanctum Concilium* (4.12.1963).

Kongregacja Kultu Bożego. Instrukcja *Actio pastoralis* (15.05.1969). EDK s. 213-218.

Paweł VI. List motu proprio *Ministeria quaedam* (15.08.1972).

Congregation for the Doctrine of the Faith. *Responses to the Questions Concerning Sterilization in Catholic Hospitals* (13.03.1975). W:

https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19750313_quaecumque-sterilizatio_en.html.

Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith. *Declaration on euthanasia* (5.05.1980).

Kongregacja Nauki Wiary. Instrukcja *Pastoralis actio* (20.10.1980). W: *W trosce o pełnię wiary. Dokumenty Kongregacji Nauki Wiary 1966-1994*. Red. J. Królikowski, Z. Zimowski. Tarnów 1995 s. 95-99.

Jan Paweł II. List apostolski *Salvifici doloris* (11.02.1984).

Jan Paweł II. *Mężczyzną i niewiastą stworzył ich. Odkupienie ciała a sakramentalność małżeństwa*. Libreria Editrice Vaticana: Roma 1986.

Katechizm Kościoła katolickiego (11.10.1992). Pallottinum: Poznań 2002².

Jan Paweł II. List *Gratissimam sane* (02.02.1994).

Kongregacja Nauki Wiary [i in.]. Instrukcja *Ecclesiae de mysterio* (15.08.1997). W: *W trosce o pełnię wiary. Dokumenty Kongregacji Nauki Wiary 1995-2000*. Red. J. Królikowski, Z. Zimowski. Tarnów 2002, ss. 215-235.

Jan Paweł II. Encyklika *Fides et ratio* (14.09.1998).

Kongregacja ds. Kultu Bożego i Dyscypliny Sakramentów. Instrukcja *Redemptionis sacramentum* (25.03.2004). Poznań 2004.

Franciszek. Encyklika *Lumen fidei* (29.06.2013).

Kongregacja ds. Duchowieństwa. Instrukcja *Nawrócenie duszpasterskie wspólnoty parafialnej w służbie misji ewangelizacyjnej Kościoła* (29.06.2020).

Franciszek. List motu proprio *Antiquum ministerium* (10.05.2021).

Franciszek. List apostolski *Desiderio desideravi* (29.06.2022).

1.2. Dokumenty Kościoła w USA

United States Conference of Catholic Bishops. *Ethical and Religious Directives for Catholic Hospitals. Second Edition*. DC: Washington 1956.

Catholic Health Association. *Ethical and Religious Directives for Catholic Healthcare Facilities*. DC: Washington 1973.

National Conference of Catholic Bishops. *Statement on Tubal Ligation*. DC: Washington 1980.

Archdiocese of Chicago. *The Sanctifying Office of the Church*. Book IV (21.03.2000).

United States Conference of Catholic Bishops. *Canon 230, 1- Installed Lay and Ministries*. (10.07.2000). W: <https://www.usccb.org/beliefs-and-teachings/what-we-believe/canon-law/complementary-norms/canon-230-1-installed-lay-ministries> (dostęp 20.12.2022).

United States Conference of Catholic Bishops. William S. Skylstad. *Letter to the Members of the National Association of Catholic Chaplains* (24.03.2005). W: https://www.nacc.org/wpcontent/uploads/2015/08/skylstad_letter.pdf (dostęp 07.05.2021).

United States Conference of Catholic Bishops. *Ethical and Religious Directives for Catholic Healthcare Services. Six Edition* (11 XII 2009). DC: Washington 2009.

Archdiocese of Chicago. *The Rite of Bringing a Baptized Child to the Church in the Rite of Baptism for Children*. Book VI (21.03.2012).

Catholic Conference of Illinois. *Encouraging End-of-Life Conversation* (12.06.2016). W:
<https://www.ilcatholic.org/multimedia/publications/> (dostęp 07.02.2022).

United States Conference of Catholic Bishops. *Ethical and Religious Directives for Catholic Healthcare Services. Six Edition*. DC: Washington 2018.

Archdiocese of Chicago. *Facts and Figures* (2021). W:

<https://www.archchicago.org/about-us/facts-and-figures> (dostęp 12.01.2022).

Catholic Conference of Illinois. *A Catholic Perspective on Advance Directives in Illinois*. W:

<https://www.ilcatholic.org/wpcontent/uploads/ACatholicPerspectiveonAdvanceDirectivesinIllinois-Q-A.pdf> (dostęp 22.02.2021).

1.3. Inne dokumenty Kościoła

Konferencja Episkopatu Polski. *Postanowienie odnośnie nadzwyczajnego szafarza Komunii Świętej* (2.05.1990).

Konferencja Episkopatu Polski. *Modyfikacja Instrukcji w sprawie formacji i sposobu wykonywania posługi nadzwyczajnych szafarzy Komunii Świętej z dnia 22 VI 1991 r.* (18.10.2006).

Instrukcja Episkopatu Polski w sprawie udzielani posługi lektora i akolity świeckim mężczyznom (2.10.2007). „Anamnesis” 14 (2008) nr 1(52) s. 41-45.

1.4. Zbiory dokumentów

Breviarium Fidei. Wybór doktrynalnych wypowiedzi Kościoła. Opr. S. Głowa, I. Bieda. Poznań 2000.

Dokumenty Soborów powszechnych. T. III. Opr. A. Baron, H. Pietras. Kraków 2004.

Eucharystia w wypowiedziach papieży i innych dokumentach Stolicy Apostolskiej XX w. Red. R. Rak. Veritas: London 1987.

Sobór Watykański II. *Konstytucje, dekryty, deklaracje. Tekst łacińsko-polski*. Poznań 1968.
To czyńcie na moją pamiątkę. Eucharystia w dokumentach Kościoła. Opr. J. Miazek. Warszawa 1987.

2. Księgi liturgiczne

Obrzędy błogosławieństw dostosowane do zwyczajów diecezji polskich. T. 1-2. Katowice 1994.

Obrzędy chrztu dzieci dostosowane do zwyczajów diecezji polskich. Katowice 2004³.

Obrzędy pokuty dostosowane do zwyczajów diecezji polskich. Katowice 1981.

Ogólne wprowadzenie do Mszału Rzymskiego. Poznań 2004.

Pastoral Care of the Sick. Cuidado Pastoral de Los Enfermos. Catholic Book Publishing Corp: New Jersey 2007.

Sakramenty chorych. Obrzędy i duszpasterstwo. Katowice 2010².

3.Pomoce pastoralno-liturgiczne

Koenig G. H., King D. E., Benner Carson V. *Handbook of Religion and Health.* Oxford University Press 2001.

Roberts R. S. B. *Professional Spiritual and Pastoral Care.* SkyLight Path: Tennessee 2011.

4. Przepisy regulujące posługę świeckich kapelanów

4.1. Wytyczne NACC

NACC. *Checklist for Supportive Materials Required for Renewal of Chaplain Certification for Renewal Year 2018.* W:

http://files.professionalchaplains.org/conf/2018/workshops/handouts/NSW.02_2018_Conf_NACC_Handout_1.pdf (dostęp 14.07.2021).

NACC. *Renewal of Certification.* Wisconsin 2018.

NACC. *Standards for Ethics, Certification, and Renewal of Certification.* Re-Approved (2015-2021). United States Conference of Catholic Bishops. Subcommittee on Certification for Ecclesial Ministry and Service Committee on Catholic Education. W: <https://www.nacc.org/docs/certification/NACC%20Standards%202015-2021.pdf>

(dostęp 15.04.2021).

NACC. 2022 National Conference: <https://www.nacc.org/conference/> (dostęp 19.04.2022).

4.2. Wytyczne ACPE

The Association of Certified Christian Chaplains. *CEU Submissions for Board-Certified Chaplains.* W: <https://certifiedchaplains.org/membership/ceu-submissions-for-board-certified-chaplains/#myaccount> (dostęp 19.04.2021).

Association of Professional Chaplains. *A Brief History of the Association of Professional Chaplains.* W: <https://www.professionalchaplains.org/content.asp?contentid=31> (dostęp 24.10.2019).

- ACPE. *Certification Policy and Procedure Manual*. Georgia 2005.
- ACPE. *CPE Level I/ Level II and Supervisory CPE handbook*. U.S. Department of Education. Georgia 2001.
- APC-ACPE *Crosswalk*. W: https://bcciprofessionalchaplains.org/files/cpe_crosswalk.pdf (dostęp 09.06.2021).
- ACPE. *Frequently Asked Questions*. <https://acpe.edu/education/cpe-students/faqs> (dostęp 13.02.2021).
- ACPE. *Standards and Manuals Association for Clinical Pastoral Education*. Inc: Georgia 2010.
- ACPE. *Standards of Practice for Professional Chaplains in Acute Care Setting*. [2015]. W: https://www.professionalchaplains.org/files/professional_standards/standards_of_practice/standards_practice_professional_chaplains_acute_care.pdf (dostęp 12.05.2021).
- ACPE. *Standards of Practice for Professional Chaplains in Hospice and Palliative Care* [2014]. W: <https://www.professionalchaplains.org> Zakładka: BCCI Certification. Zakładka: Palliative Care & Hospice Advanced Certification (dostęp 27.04.2021).
- ACPE. *Student Handbook*. U.S. Department of Education. NYU Langone Health: Atlanta 2021.
- BCCI. Board of Chaplaincy Inc an affiliate of APC. *Certification Manual*. W: <https://033012b.membershipsoftware.org/files/BCCI%20Certification%20Manual.pdf> s. 2 (dostęp 2021.03.24).
- BCCI. Board of Chaplaincy Inc an affiliate of APC. *Palliative Care & Hospice Advanced Certification*. W: <https://bcciprofessionalchaplains.org/content.asp?contentid=45> (dostęp 27.04.2021).

4.3 Wytyczne szpitali

- [Prawo do tłumacza]. W: <https://thinkculturalhealth.hhs.gov/education/maternal-health-care> (dostęp 23.09.2021).
- [Stanowe ubezpieczenie dla ludzi na emeryturze *Medicare*]. W: <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare> (dostęp 10.04.2021).
- [Stanowe ubezpieczenie dla ludzi ubogich i dzieci *Medicaid*]. W: <https://www.medicicaid.gov> (dostęp 10.02.2021).

- The Institute for Family Health. *Institutional Review Board*. W:
<https://institute.org/research-publications/institutional-review-board/> (dostęp 17.10.2022).
- University of Illinois Hospital and Clinics Management. *Policy and Procedure NO.: RI 7.01*. Chicago 2019.
- U. S. Department of Labor. *Office of the Assistant Secretary for Administration & Management. Title VI of the Civil Rights Act of 1964*. W:
<https://www.dol.gov/agencies/oasam/regulatory/statutes/title-vi-civil-rights-act-of-1964> (dostęp 2022.02.29).
- Vermont General Assembly. *Title 18 Health 1852 (a) (15). Chapter 42: Bill of Rights for Hospital Patients and Patient Access to Information*.

4.4. Inne

- Illinois Department of Aging. *Description of Advance Directives*. W:
<https://ilaging.illinois.gov/searchresults.html?q=description+of+advance+directives&contentType=everything> (dostęp 14.12.2021).
- Illinois Department of Public Health. *Advance Directives*. W:
<https://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives> (dostęp 03.06.2021).
- Illinois Guardianship & Advocacy Commission. *Health Care Surrogate Act*. W:
<https://www2.illinois.gov/sites/gac/OSG/Pages/HCSA.aspx> (dostęp 12.08.2022).
- Illinois Guardianship and Advocacy Commission. *Office of State Guardian*. W:
<https://gac.illinois.gov/osg.html> (dostęp 06.03.2021).
- The Joint Commission. *Accreditation and Certification*. W:
<https://www.jointcommission.org/accreditation-and-certification/> (dostęp 17.10.2021).
- The Joint Commission. *Accreditation of Health Care Organization*. W:
<https://www.jointcommission.org/accreditation-and-certification/> (dostęp 17.10.2021).
- The Joint Commission. *Facts About Joint Commission*. W:
<https://www.jointcommission.org/about-us/facts-about-the-joint-commission/> (dostęp 11.11.2021).
- The Joint Commission. *The Source for Joint Commission Compliance Strategies*. „The Sources” 16 (2018) nr 2 s.1-6. W: <https://www.nacc.org/wp->

content/uploads/2018/01/Part-2.-Body-Mind-Spirit-JC-The-Source-Feb.2018-Vol.16.2.pdf (dostęp 29.08.2022).

Joyner N, Palmer C, Hatchett J. *The Pearls of Physician Order for Life Sustaining Treatment*. „American Nurses Association” 25 (2020) nr 1. W: <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-25-2020/No1-Jan-2020/Articles-Previous-Topics/Physician-Orders-for-Life-Sustaining-Treatment-POLST.html> (dostęp 22.05.2021).

National Alliance on Mental Illness. *Grief and Loss Support Group*.

<https://namiccns.org/support-groups/grief-and-loss-support-group/> [NAMI.org zakładka *support of education*, zakładka *support groups*] (dostęp 22.02.2022).

References to Spirituality, Religion, Beliefs, and Cultural Diversity in the Joint

Commission Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals 2022. W:

<http://www.uphs.upenn.edu/pastoral/resed/jcahrefs.html> (dostęp 14.12.2021).

State of Illinois. Illinois Department of Public Health. *HIPAA Permits Disclosure of POLST to Health Care Professional as Necessary for Treatment. IDPH Uniform Practitioner Order for Life-Sustaining Treatment (POLST)*. W:

<https://dph.illinois.gov/content/dam/soi/en/web/idph/files/forms/polstform.pdf> (dostęp 12.08.2022).

State of Illinois. Illinois Department of Public Health. *Illinois Statutory Short Form Power of Attorney for Health Care*. W:

<https://dph.illinois.gov/content/dam/soi/en/web/idph/files/forms/powerofattorneyhealthcareform.pdf> (dostęp 2021.04.23).

U.S. Department of Health and Human Services. *Conscience Protection for Health Care Providers*. W: <https://www.hhs.gov/conscience/conscience-protections/index.html> (dostęp 11.02.2021).

5. Wypowiedzi chorych i otoczenia

Wywiad nr 1 [K. Ro. ok. 60 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 29.10.2020]. AW s. 1.

Wywiad nr 2 [M. Pa. ok. 90 lat, pochodzenia amerykańskiego, katolik; 04.11.2020]. AW s. 2.

Wywiad nr 3 [K. Pr. ok. 50 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 10.11.2020]. AW s. 3.

Wywiad nr 4 [K. Ro. ok. 30 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 29.01.2021]. AW s. 4.

Wywiad nr 5 [K. Ro. ok. 70 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 20.10.2021]. AW s. 5.

Wywiad nr 6 [M. Pa. ok. 60 lat, pochodzenia polskiego, katolik; 13.12.2020]. AW s. 7.

Wywiad nr 7 [M. Ro. ok. 70 lat, pochodzenia ukraińskiego, prawosławny; 20.12.2020]. AW s. 8.

Wywiad nr 8 [M. Ro. ok. 30 lat, pochodzenia wietnamskiego, buddysta; 27.12.2020]. AW s. 9.

Wywiad nr 9 [M. Ks. ok. 80 lat, pochodzenia polskiego, katolik; 18.11.2020]. AW s. 10.

Wywiad nr 10 [M. Ks. ok. 60 lat, pochodzenia polskiego, katolik; 22.11.2020]. AW s. 11.

Wywiad nr 11 [M. Ks. ok. 60 lat, pochodzenia afrykańskiego, katolik; 02.12.2020]. AW s. 11.

Wywiad nr 12 [M. Pa. ok. 43 lat, pochodzenia polskiego, katolik; 07.07.2021]. AW s. 75.

Wywiad nr 13 [K. Pa. ok 50 lat, pochodzenia meksykańskiego, katoliczka; 24.07.2021]. AW s. 14.

Wywiad nr 14 [K. Pa. ok. 50 lat, pochodzenia irlandzkiego, katoliczka; 08.08.2021]. AW s. 77.

Wywiad nr 15 [K. Pa. ok. 48 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 17.02.2021]. AW s. 17.

Wywiad nr 16 [M. Pa. ok. 50 lat, pochodzenia polskiego, katolik; 21.02.2021]. AW s. 18.

Wywiad nr 17 [K. Pa. ok. 60 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 27.02.2021]. AW s. 19.

Wywiad nr 18 [M. Pa. ok. 80 lat, pochodzenia rumuńskiego, ateista; 02.03.2021]. AW s. 20.

Wywiad nr 19 [K. Pa. ok. 60 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 30.11.2020]. AW s. 20.

Wywiad nr 20 [K. Pa. ok 34 lat, pochodzenia amerykańskiego, protestantka; 17.02.2021]. AW s 21.

Wywiad nr 21 [M i K. Ro., pochodzenia afroamerykańskiego, wyznania świadków Jehowy; 22.03.2021]. AW s. 22.

Wywiad nr 22 [K. Ro. ok. 30-60 lat, pochodzenia meksykańskiego, katolicy; 27.04.2021]. AW s. 23.

Wywiad nr 23 [M. Pr. ok. 50 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, baptysta; 19.07.2021]. AW s. 24.

Wywiad nr 24 [K. Pa. ok. 26 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, protestantka; 19.03.2021]. AW s. 25.

Wywiad nr 25 [K. Pr. ok. 22 lat, pochodzenia amerykańskiego, protestantka; 22.02.2020]. AW s. 25.

Wywiad nr 26 [M. Ro. ok. 80 lat, pochodzenia włoskiego, katolik; 22.03.2020]. AW s. 26.

Wywiad nr 27 [M. Ro. ok. 40 lat, pochodzenia wietnamskiego, buddysta; 28.03.2020]. AW s. 27.

Wywiad nr 28 [M. Pa. ok. 50 lat, pochodzenia portorykańskiego, katolik; 10.05.2020]. AW s. 28.

Wywiad nr 29 [M. Pr. ok. 60 lat, pochodzenia portorykańskiego, chrześcijanin; 27.06.2020]. AW s. 29.

Wywiad nr 30 [K. Ro. ok. 60 lat, pochodzenia afrykańskiego, katoliczka; 27.06.2020]. AW s. 30.

Wywiad nr 31 [K. Ro. ok. 80 lat, pochodzenia amerykańskiego, ateista; 10.10.2020]. AW s. 31.

Wywiad nr 32 [K. Pr. ok. 70 lat, pochodzenia muzułmańskiego, bahai; 22.10.2020]. AW s. 32.

Wywiad nr 33 [M. Pa. ok. 30 lat, pochodzenia meksykańskiego, katoliczka; 20.01.2021]. AW s. 33.

Wywiad nr 34 [M. Pa + Rodz. ok. 3dni, pochodzenia amerykańskiego, katolicy; 10.01.2021]. AW s. 34.

Wywiad nr 35 [K. Pa, ok. 30 lat, pochodzenia amerykańskiego, katoliczka; 22.02.2021]. AW s. 35.

Wywiad nr 36 [M. Pa. ok. 53 lat, pochodzenia amerykańskiego, ateista; 27.05.2021]. AW s. 37.

Wywiad nr 37 [M. Pa ok. 70 lat, pochodzenia amerykańskiego, katolik; 07.02.2021]. AW s. 38.

Wywiad nr 38 [K. Pa ok. 12 lat, pochodzenia meksykańskiego, katoliczka; 19.12.2020]. AW s. 39.

Wywiad nr 39 [M. Ka. ok. 42 lat, pochodzenia meksykańskiego, protestant; 17.05.2020]. AW s. 40.

Wywiad nr 40 [M. Pa. ok. 87 lat, pochodzenia meksykańskiego, katolik; 29.01.2021]. AW s. 42.

Wywiad nr 41 [M. Pa. ok. 60 lat, pochodzenia amerykańskiego, chrześcijanin; 16.12.2020]. AW s. 41.

Wywiad nr 42 [K. Pa. ok. 89 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, protestantka; 14.04.2021]. AW s. 42.

Wywiad nr 43 [K. Pa. ok. 35 lat, pochodzenia afrykańskiego, baptystka; 17.02.2021]. AW s. 43.

Wywiad nr 44 [K. Pa. ok. 60 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 29.11.2020]. AW s. 45.

Wywiad nr 45 [K. Pa. ok. 60 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 02.03.2021]. AW s. 45.

Wywiad nr 46 [K. Pa. ok. 96 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 19.03.2021]. AW s. 48.

Wywiad nr 47 [M. Pa. ok. 50 lat, pochodzenia meksykańskiego, ateista; 07.05.2021]. AW s. 47.

Wywiad nr 48 [M. Pa. ok. 30 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, chrześcijanin; 19.05.2021]. AW s. 49.

Wywiad nr 49 [K. Pa. ok. 90 lat, pochodzenia włoskiego, katoliczka; 24.04.2020]. AW s. 50.

Wywiad nr 50 [K. PT. ok. 47 lat, pochodzenia meksykańskiego, katoliczka; 07.08.2021]. AW s. 51.

Wywiad nr 51 [M. Pr/dyr. ok. 70 lat, pochodzenia irlandzkiego, chrześcijanin; 18.12.2020]. AW s. 52.

Wywiad nr 52 [K. Pr. ok. 50 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, chrześcijanka 23.06.2021]. AW s. 54.

Wywiad nr 53 [M. Ka. ok. 40 lat, pochodzenia meksykańskiego, protestant; 03.06.2021]. AW s. 55.

Wywiad nr 54 [K. Pa. ok. 40 lat, pochodzenia amerykańskiego, chrześcijanka; 27.06.2021]. AW s. 56.

Wywiad nr 55 [K. Ka. ok. 50 lat, pochodzenia irlandzkiego, katoliczka; 26.05.2021]. AW s. 57.

Wywiad nr 56 [M. Pr. ok. 50 lat, pochodzenia amerykańskiego, katolik; 28.04.2021]. AW s. 57.

Wywiad nr 57 [M. K. Dziecko. ok. 40 lat, pochodzenia indyjskiego, hinduiści; 22.04.2021]. AW s. 60.

Wywiad nr 58 [K. Pa. ok. 60 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 16.12.2020]. AW s. 59.

Wywiad nr 59 [K. Pa. ok. 60 lat, pochodzenia amerykańskiego, protestantka; 16.03.2021]. AW s. 61.

Wywiad nr 60 [K. Pa. ok. 30 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, baptystka; 29.05.2021]. AW s. 63.

Wywiad nr 61 [K. Pa. ok. 30 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, baptystka; 18.01.2021]. AW s. 64.

Wywiad nr 62 [K. Pa. ok. 53 lat, pochodzenia kolumbijskiego, katoliczka; 09.09.2021]. AW s. 62.

Wywiad nr 63 [M. Ks. ok. 50 lat, pochodzenia afrykańskiego, katolik; 20.03.2021]. AW s. 66.

Wywiad nr 64 [K. Ka. ok. 40 lat, pochodzenia amerykańskiego, katoliczka; 15.07.2021]. AW s. 67.

Wywiad nr 65 [M. Pr. ok. 70 lat, pochodzenia amerykańskiego, chrześcijanin; 17.02.2021]. AW s. 67.

Wywiad nr 66 [M. Pr. ok. 50 lat, pochodzenia polskiego, chrześcijan; 23.08.2021]. AW s. 68.

Wywiad nr 67 [K. Ro. ok. 80 lat, pochodzenia rumuńskiego, ateistka; 01.10.2021]. AW s. 68.

Wywiad nr 68 [M. Pa. ok. 45 lat, pochodzenia polskiego, katolik; 08.10.2021]. AW s. 68.

Wywiad nr 69 [M. Pa. ok. 72 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, baptysta; 19.09.2021]. AW s. 71.

Wywiad nr 70 [M. Pa. ok. 89 lat, pochodzenia niemieckiego, katolik; 29.01.2021]. AW s. 71.

Wywiad nr 71 [K. Pa. ok. 96 lat, pochodzenia amerykańskiego, chrześcijanka; 25.05.2021]. AW s. 73.

Wywiad nr 72 [K. Ro. ok. 80 lat, pochodzenia amerykańskiego, protestantka; 12.07.2021]. AW s. 73.

Wywiad nr 73 [M. Pa. ok. 92 lat, pochodzenia włoskiego, katolik; 12.12.2021]. AW s. 74.

Wywiad nr 74 [K. Pr. ok. 66 lat, pochodzenia indyjskiego, wyznania hinduskiego; 02.12.2020]. AW s. 74.

Wywiad nr 75 [K. Pa. ok. 60 lat, pochodzenia polsko-irlandzkiego, katoliczka; 14.11.2020]. AW s. 81.

Wywiad nr 76 [K. Si. ok. 80 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 16.09.2021]. AW s. 83.

Wywiad nr 77 [K. Pa. ok. 56 lat, pochodzenia meksykańskiego, katoliczka; 14.04.2021]. AW s. 138.

Wywiad nr 78 [M. P. 16 lat, pochodzenia meksykańskiego, katolik; 22.08.2021]. AW s. 139-140.

Wywiad nr 79 [K. Pr. ok. 40 lat, pochodzenia amerykańskiego, chrześcijanka; 17.03.2021]. AW s. 140.

Wywiad nr 80 [M. Dy. ok. 70 lat, pochodzenia amerykańskiego, baptysta; 07.07.2021]. AW s. 142.

Wywiad nr 81 [M. Pa. ok. 45 lat, pochodzenia ukraińskiego, prawosławny; 06.12.2020]. AW s. 88.

Wywiad nr 82 [K. Pa. ok. 72 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, chrześcijanka; 03.04.2021]. AW s. 88.

Wywiad nr 83 [K. Pa. ok. 16 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 19.10.2020]. AW s. 86.

Wywiad nr 84 [K. Pa. ok. 70 lat, pochodzenia meksykańskiego, katoliczka; 29.10.2021]. AW s. 88.

Wywiad nr 85 [K. Ka. ok. 40 lat, pochodzenia amerykańskiego, katoliczka; 17.10.2021]. AW s. 89.

Wywiad nr 86 [M. Pa. ok. 24 lat, pochodzenia amerykańskiego, katolik; 22.10.2021]. AW s. 89.

Wywiad nr 87 [M. Pa. ok. 56 lat, pochodzenia amerykańskiego, ateista; 18.11.2021]. AW s. 90.

Wywiad nr 88 [M. Ro. ok. 50 lat, pochodzenia amerykańskiego, protestant; 21.11.2021]. AW s. 90.

Wywiad nr 89 [K, Pr, ok. 60 lat, pochodzenia amerykańskiego, ateistka; 28.11.2021], AW s. 91.

Wywiad nr 90 [K. Pa. ok. 72 lat, pochodzenia amerykańskiego, świadek Jehowy; 26.01.2022]. AW s. 97.

Wywiad nr 91 [K. Ka. ok. 65 lat, pochodzenia amerykańskiego, luteranka; 27.12.2021]. AW s. 97.

Wywiad nr 92 [K. Ka. ok. 48 lat, pochodzenia wietnamskiego, chrześcijanka; 13.01.2022]. AW s. 98.

Wywiad nr 93 [M. Ka. ok. 70 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, chrześcijanin; 27.12.2021]. AW s. 100.

Wywiad nr 94 [M. Ka. ok. 46 lat, pochodzenia meksykańskiego, protestant; 28.12.2021]. AW s. 101.

Wywiad nr 95 [K. Pa. ok. 60 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, protestantka; 10.01.2022]. AW s. 202.

Wywiad nr 96 [M. Pa. ok. 70 lat, pochodzenia palestyńskiego, żyd; 17.11.2020]. AW s. 103.

Wywiad nr 97 [K. Pa. ok. 40 lat, pochodzenia islamskiego, muzułmanka; 12.09.2021]. AW s. 104.

Wywiad nr 98 [M, Ro. ok. 40 lat, pochodzenia islamskiego, muzułmanin; 05.10.2020]. AW s. 106.

Wywiad nr 99 [M. Pa. ok. 49 lat, pochodzenia polskiego, katolik; 19.01.2022]. AW s. 108.

Wywiad nr 100 [K. Pr. ok. 50 lat, pochodzenia amerykańskiego, katoliczka; 08.08.2021].
AW s. 109.

Wywiad nr 101 [K. Pr. 56 lat, pochodzenia portorykańskiego, katoliczka; 29.07.2021]. AW
s. 111.

Wywiad nr 102 [K. Pr. ok. 50 lat, pochodzenia amerykańskiego, chrześcijanka; 07.01.2022].
AW s. 112.

Wywiad nr 103 [M. Pa. ok. 50 lat, pochodzenia polskiego, katolik; 29.09.2021]. AW s. 106.

Wywiad nr 104 [M. Pr. ok. 30 lat, pochodzenia meksykańskiego, katolik; 18.10.2021]. AW
s. 107.

Wywiad nr 105 [M. Pa. ok. 58 lat, pochodzenia meksykańskiego, katolik; 18.12.2021]. AW
s. 108.

Wywiad nr 106 [M. Pa. ok. 24 lat, pochodzenia amerykańskiego, katolik; 28.12.2021]. AW
s. 109.

Wywiad nr 107 [K. Pr. ok. 50 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, baptystka 23.06.2021].
AW s. 110.

Wywiad nr 108 [K. Pa. ok. 70 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 19.01.2022], AW
s. 111.

Wywiad nr 109 [K. Pr. ok. 60 lat, pochodzenia afroamerykańskiego, baptystka; 30.07.2021].
AW s. 44.

Wywiad nr 110 [K. Ka. ok. 40 lat, pochodzenia amerykańskiego, katoliczka; 03.09.2021].
AW s. 65.

Wywiad nr 111 [K. Ro. ok. 40 lat, chodzenia meksykańskiego, katoliczka; 2021.06.22]. AW
s. 76.

Wywiad nr 112 [M. Ks. ok. 50 lat, pochodzenia ukraińskiego, wyznania grekokatolickiego;
19.04.2020]. AW s. 119.

Wywiad nr 113 [K. Ro. ok. 16 lat, pochodzenia meksykańskiego, katolicy; 29.11.2021]. AW
s. 120.

Wywiad nr 114 [noworodek i jego matka, pochodzenia afroamerykańskiego, chrześcijanka;
26.11.2021]. AW s. 121.

Wywiad nr 115 [M. Pa. ok. 63 lat, pochodzenia polskiego, katolik; 17.12.2021]. AW s. 122.

Wywiad nr 115 [K. Ro. ok. 34 lat, pochodzenia polskiego, katoliczka; 29.12.2021]. AW
s. 123.

Wywiad nr 116 [K. Dyr. ok. 50 lat, pochodzenia amerykańskiego, katoliczka; 29.12.2021].
AW s. 125.

6. Inne źródła:

Boisen A. T. *The Natural History of Organized Religion* „Journal of Religion” 20 (1940) nr 4 s. 359-381.

Boisen A. T. *Out of the Depths*. New York 1960.

Boisen A. T. *The Exploration of the Inner World*. New York 1936.

Boisen A. T. *The Origin of the Movement for the Clinical Training of the Theological Students* „The Chicago Theological Seminary” 41(1951) nr 1 s. 1-22.

II. OPRACOWANIA

Asquith G. A. Jr. *T. Boisen and the Study of Living Human Documents*. „Journal of Presbyterian History” 40 (1982) nr 1 s. 229-263.

Atherstone D. *Pastoral Care in a Clinical Setting. The Role Hospital Chaplaincy Plays as a Part of a Broader Medical Team*. South African Theological Seminary 2011.

Bryant. J. R. *A Single Site Study of Acute Healthcare Chaplaincy*. University of Birmingham 2014.

Coble R. R. *Chaplaincy in the Modern Health Care System: Presence, Dying, and Community in the Advance and Subversion of Biopolitics*. Vanderbilt University: Tennessee 2017.

Craddock Lee S. J. *In a Secular Spirit: Strategies of Clinical Pastoral Education*. „SpringerLink” 10 (2002) nr 1 s. 339-356.

Cramer E. M, Tenzek K. E, Allen M. *Recognizing Success in the Chaplain Profession: Connecting Perceptions with Practice*. „Journal of Health Care Chaplaincy” 21(2015) nr 4 s. 131-150.

Dsheinke I. P. *ACPE. The Standard for Spiritual Care and Education. System Center Policies and Procedures*. NYU Langone Health: Georgia 2021.

Eastman F. *Anton T. Boisen and the Origin of the Movement for the Clinical Training of Theological Students. Father of the Clinical Pastoral Movement*. The Chicago Theological Seminary: Chicago 1952.

George L. K., Ellison C. G. *Explaining the Relationships Between Religious Involvement and Health*. „Religion and Psychology” 13 (2002) nr 3 s.190-200.

- Hiltner S. *The Heritage of Anton T. Boisen*. „Pastoral Psychology” 16 (1965) nr 8 s. 5-10.
- Loewy R. S. *Healthcare and the Hospital Chaplain*. „MedGenMed” 9 (2007) nr 1 s. 53-62.
- Lootens D. *Navigating Religious Difference in Spiritual Care and Counseling*. California 2019.
- Manching R. *Clinical Pastoral Education*. University of Chicago Medical Center 2012.
- Melczek D. J. *Use of Title Chaplain in Pastoral Care Ministry*. W: <https://www.nacc.org/vision/most-requested/use-of-title-chaplain-in-pastoral-care-ministry/> (dostęp 24.09.2021).
- Miller-McLemore B. J. *Theological Education and the Role of CPE*. „The Journal of Pastoral Care and Counseling” 62 (2008) nr 1 s. 3-18.
- Muldoon M., King N. *Theological Education and the Role of CPE*. „Journal of Religion and Health” 34 (1995) nr 4 s. 339-356.
- Murphy R. E. *Transforming the Healing Narrative: A Pastoral Understanding of Christ’s Healing Ministry and the Anointing of the Sick*. Boston Collage School of Theology and Ministry: Massachusetts 2014.
- Nadolski B. *Liturgika III. Sakramenty. Sakramentalia. Błogosławieństwa*. Pallottinum: Poznań 2012.
- Nadolski B. *Liturgika IV. Eucharystia*. Pallottinum: Poznań 2011.
- Neal M. *Credential Pastoral Education Students Handbook*. Chicago 2012.
- Neal M. *Final Evaluation for CPE Students Outline*. University of Illinois. Chicago 2012.
- Nouwen H. *Anton T. Boisen and Theology Through Living Human Documents*. University of Notre Dame: Indiana 1968.
- On the Christian Meaning of Human Suffering. Pope John Paul II. With commentary by N. Sheehan, SJ, MD*. Pauline Books & Media: Boston 1984.
- Parameshwaran R. *Theory and Practice of Chaplain’s Spiritual Care Process: A Psychiatrist’s experience of Chaplaincy and Conceptualizing Trans-personal model of Mindfulness*. „Indian Journal of Psychiatry” 75 (2015) nr 1 s. 21-29.
- Ritter L. E. *An Interfaith Approach to Chaplaincy Training*. University of Hawaii 2018.
- Rusell L., Dick D. *Standard for the Work of the Chaplain in the General Hospital*. „Hospitals”. Harvard Library 1940. W: https://www.professionalchaplains.org/files/professional_standards/standards_of_practice/standards_for_work_of_chaplain_russell_dicks.pdf (dostęp 19.02.2022).
- Thornton E. *Professional Education for Ministry*. Nashville 1969.

- Tovino S. A. *Hospital Chaplaincy Under HIPPA. Privacy Rule: Health Care or Just Visiting the Sick*. Boyd School of Law: Nevada 2005.
- Udell C. L., Kindred T. *The Story of Phillip Guiles and John Billinski*. ACPE History. Wisconsin 2000.
- Wallace B.P. *Clinical Pastoral Education*. Walden University in Minneapolis 2017.
- Weisenbeck M. *Chaplains in Canon Law and Contemporary Practice*. „Journal of the Catholic Health Association of the United States” 91(2010) nr 1 s. 86-87.
- Wolfie D. E. *Moving Beyond Clinical and Congregational Silos to Collaborative Pastoral Care: Chaplains Partnering with Congregational Pastors in the Acute-Care Setting*. Austin Presbyterian Theological Seminary 2018.
- Vanderhoeck A. *Chaplains as a Specialists in Spiritual Care for Patients in Europe*. „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej” 10 (2013) nr 123 s. 552-557.
- „Vision”. Archives [A Serial Publication of the NACC]. W: <https://www.nacc.org/vision/backissues/> (dostęp 20.08.2022).

III LITERATURA POMOCNICZA

- Abu-Ras W. *Chaplaincy Services for Muslim Patients in New York City Hospitals: Assessing Needs, Barriers, and the Role of Muslim Chaplains*. Institute for Social Policy and Understanding 2010.
- Abu-Ras W., Laird L. *How Muslim and Non-Muslim Chaplains Serve Muslim Patients? Does the interfaith Model Have Room for Muslims' Experiences?* „Journal of Religion and Health” 50 (2011) nr 1 s. 46-61.
- Adams K. *Defining and Operationalizing Chaplain Presence: A Review*. „Journal of Religion and Health” 58 (2019) nr 1 s. 1246-1258.
- Anandarajah G., Hight E. *Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment*. „American Family Physician Journal” 63 (2001) nr 1 s. 81-89.
- Ashford I. *Saint Peter Hospital Guidelines for the Marriage in Hospital of a Dying Patient*. United Kingdom 1983 s. 3.
- Atherstone D. *Pastoral Care in a Clinical Setting: The Role Hospital Chaplaincy Plays as Part of a Broader Medical Team*. South Africa Theological Seminary 2011.
- Augé M. *Rok liturgiczny*. Homo Dei: Kraków 2013.

- Baljani E., Kazemi M., Amanpaur E. *The Relationship Between Religion and Spiritual Well – Being, Hoop and Quality of Life in Patients with Cancer*. „Basic & Clinical Cancer Research” 12 (2020) nr 4 s. 177-182.
- Barish L. *The American Jewish Chaplaincy*. „American Jewish Quaterly” 52 (1962) nr 1 s.8-24. W: <https://www.jstor.org/stable/23874349> (dostęp 12.03.2022).
- Beusher L. *Using Spirituality to Cope with Early-Stage Alzheimer’s Disease*. Vanderbilt University 2008.
- Blachnicki F. *Pedagogia ministrancka*. Wydawnictwo Salezjańskie: Warszawa 2011.
- Block J. *Towards a Definition of Buddhist Chaplaincy*. W: <https://www.sati.org/wp-content/uploads/2013/05/Buddhist-Chaplaincy-definition-Jennifer-Block.pdf> (dostęp 12.12.2021).
- Bonner T. N. *Medicine in Chicago 1850-1950*. Wisconsin 1957.
- Brian J. *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*. DC: Washington 2018.
- Bryant J. R. *A Single Site Study of Acute Healthcare Chaplaincy*. University of Birmingham 2013.
- Burke P. M. *Surgical Code for Catholic Hospitals*. Archdiocese of Detroit 1921.
- Cadge A. *Paging God: Religion in the Halls of Medicine*. The University of Chicago Press 2012.
- Calabretta R. *Baptism and Confirmation*. Editrice Pontificia Universita Gregoriana: Roma 1998.
- Care of the Dying: A Catholic Perspective*. „Catholic Health Association of the United States” 74 (1993) nr 5. W: <https://www.chausa.org/publications/health-progress/article/june-1993/care-of-the-dying-a-catholic-perspective> (dostęp 21.12.2021).
- Chander V., Mosher L. *Hindu Approaches to Spiritual Care. Chaplaincy in Theory and Practice*. Philadelphia 2019.
- Chaplaincy Monthly Zoom Meetings*. W: <https://network.crcna.org/chaplaincy/chaplaincy-monthly-zoom-meetings> (dostęp 24.01.2022).
- Chapman T. R., Grosseohme D. H. *Adolescent Patient and Nurse Referrals for Pastoral Care*. „Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing” 15 (2002) nr 1 s.118-123.
- Chodyniecki D. *Kapelani wojskowi w dziejach Polski do wybuchu II wojny światowej*. „Saeculum Christianum” 4 (1997) nr 2 s.105-153.

- Christian Marriage*. Encyclical Letter of Pope Leo XIII Arcanum Divinae Sapientiae (10.02.1880). With Discussion Club Outline by Rev. Gerald C. Tracy. The Paulist Press: New York 1942.
- Clarke C., Cochran E. *The Common Good and Health Care Policy*. „Journal of the Catholic Health Association of the United States” 80 (1999) nr 3 s. 41-44.
- Clebsch W. A., Jackle C. *Pastoral Care in Historical Perspective*. New York 1975.
- Cobb M., Puchalski C., Rumbold B. *Textbook of Spirituality in Healthcare*. Oxford University Press: New York 2012.
- Cohen N. W. *American Jewish*. Brookline: New York 1890.
- Connolly J., McElroy F. *First Catholic Chaplain of the United State Army Record*. „Clogher Historical Society” 20 (2011) nr 3 s. 535-540.
- Cradock Lee S. J. *In a Secular Spirit: Strategies of CPE Healthcare Analysis*. „SpringerLink” 10 (2002) s. 339-356.
- Cunningham L. S., Egan K. J. *Christian Spirituality*. New York 1996.
- Dajczer. T. *Rozważania o wierze*. Inowrocław 1992.
- Dicks R. *Standards for the Work of the Chaplain in the General Hospital*. „The Caregiver Journal” 12(1996) nr 1. W: https://www.professionalchaplains.org/files/professional_standards/standards_of_practice/standards_for_work_of_chaplain_russell_dicks.pdf (dostęp 29.08.2022).
- Duis P. *Coping with Everyday Life. Challenging Chicago*. University of Illinois Press: Chicago 2007.
- Duru A. *Ministry to Families: What the Research Tells us*. <https://www.nacc.org/vision/january-february-2017/ministry-families-research-tells-us/> (dostęp 12.07.2021).
- Du Souchet F. D. G. H. *Weaver History of Medicine and Surgery and Physician and Surgeon of Chicago*. Kessinger Publishing: Montana 2008.
- Ehmann J. *Reference to Spirituality/ Religion in Joint Commission*. „Pen Medicine” 2008. W: <http://www.uphs.upenn.edu/pastoral/resed/jcahrefs.html> (dostęp 14.12.2021).
- Elbaum A. *How the Chaplaincy Can Inform Psychiatry*. „Academic Psychiatry” 43 (2019) nr 6 s.645-647.
- Feudtner C., Haney J., Dimmers M. A. *Spiritual Care Needs of Hospitalized Children and Their Families*. „Pediatrics” 3 (2003) nr 1 s. 67-72.
- Fedus K. *Modlitwa w życiu i pismach Edyty Stein*. Kraków 2012.
- Fiand B. *Prayer and the Quest for Healing*. New York 1999.

- Fijałkowski M. *Formacja katolików świeckich*. „Roczniki Pastoralno-Katechetyczne” 2009 nr 1 (56) s. 35-44.
- Fitchett G. *Assessing Spiritual Needs: A Guide for Caregivers*. North Carolina 2002.
- Squires S. J., Anderson P. *Pope Francis and the Healing Encounter*. „Health Progress” 99 (2018) nr 3 s. 60-64.
- Gilliat – Ray R., Ali M., Pattison S. *Understanding Muslim Chaplaincy*. Ruth Universidad Bochum 2013.
- Giles C. A., Miller W. B. *The Arts of Contemplative Care*. Massachusetts 2012.
- Giles L. *Chaplaincy the Church’s Sector Ministries*. Christian Books & Bibles: Phoenix 1999.
- Grewe F. *News and Ideas in Chaplaincy Care*. Association for Clinical Education: Georgia 2018.
- Grossoehme D. H. *Prayer Reveals Belief: Images of God from Hospital Prayers*. „Journal of Pastoral Care & Counseling” 50 (1996) nr 1 s. 33-39.
- Gunn T. *The Science of Health and Healing*. Chicago 2014.
- Gutierrez N., Stern R. *Cultural Competencies. W: Professional, Spiritual and Pastoral Care*. Tennessee 2012.
- Hamel R. P. *The Roman Catholic Tradition: Religious Beliefs and Healthcare Decision*. Georgetown University 1993.
- Holifler E. B. *A History of Pastoral Care in America*. Nashville 1983.
- Holy Cross Health Opens Hospital on Community College Campus*. „Catholic Health Association of the United State” 32 (2016) nr 20. W: <https://www.chausa.org/publications/catholic-health-world/article/november-15-2014/holy-cross-health-opens-hospital-on-community-college-campus> (dostęp 22.03.2022).
- Hunter R. J. *Dictionary of Pastoral Care and Counseling*. Tennessee 1990.
- Irwin K.W. *Liturgy. Prayer and Spirituality*. Paulist Press: New York 1984.
- Jankowski K., Handzo G., Flannelly K., J. *Testing the Efficacy of Chaplaincy Care*. „Journal Health Care Chaplain” 17 (2011) nr 3-4 s. 100-125. W: https://www.researchgate.net/publication/51747405_Testing_the_Efficacy_of_Chaplaincy_Care (dostęp 25.11.2021).
- Japsen B. *Catholic System to Combine Two Hospitals*. „Chicago Tribune” (z dnia 12.03.2003) s. 2.

- Joyce K. M. *The Evil of Abortion and the Greater Good of the Faith: Negotiating Catholic Survival in the Twentieth Century America Health Care System*. „Religion and American Culture: A Journal of Interpretation” 2 (2002) nr 1 s. 91-121.
- Joyner N., Palmer C., Hatchett J. *The Pearl of Physician Orders for Life Sustaining Treatment (POLST): Translating Patient Decision Into Treatment Orders*. „The Online Journal of Issues in Nursing” 25 (2020) nr 1. W: <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-25-2020/No1-Jan-2020/Articles-Previous-Topics/Physician-Orders-for-Life-Sustaining-Treatment-POLST.html> (dostęp 22.05.2021).
- The Just Workplace Task Force Catholic Health Association. The Church, Its Social Justice Tradition and the Catholic Health Care Ministry*. „Journal of the Catholic Health Association of the United States” 93 (2012) nr 1. W: <https://www.chausa.org/publications/health-progress/article/january-february-2012/the-church-its-social-justice-tradition-and-the-catholic-health-care-ministry> (dostęp 14.06.2022).
- Kamiński J. *Troska o życie człowieka starego i chorego*. W: *Duszpasterstwo rodzin. Refleksja naukowa i działalność pastoralna*. Red. R. Kamiński, G. Pyżlak, J. Goleń. KUL: Lublin 1990.
- Kauffman C., Marty M. *Ministry and Meaning. A religious History of Catholic Health Care in the United States*. New York 1995.
- Kauffman I. R. *The Essence of Judicial Independence*. Columbia Law Review Association 1980.
- Kelly A. Morrison S. *Palliative Care for the Seriously Ill*. „The New England Journal of Medicine” 373 (2015) nr 8 s. 747-745. W: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra1404684> (dostęp 16.09.2021).
- King D. E., Bushwick B. *Belief and Attitudes of Hospital Inpatients About Faith Healing and Prayer*. „Journal of Family Practice” 7 (1994) s. 349-352.
- Koenig G. H, King D. E., Benner Carson V. *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press 2001.
- Koru B. W. *American Jewish*. The John Hopkins University Press 1963.
- Kowalski M., Becker W. S. *A Developing Profession: Muslim Chaplains in American Public Life*. „Contemporary Islam. Dynamics of Muslim Life”. 9 (2015) nr 1 s. 17-44. W:

- https://www.researchgate.net/publication/271630907_A_developing_profession_Muslim_chaplains_in_American_public_life (dostęp 24.03.2021).
- Krakowiak C. *Eklezjalny charakter troski o chorych*. Homo Dei 48 (1979) s. 264-274.
- Krakowiak C. *Nowe akcenty w posoborowej nauce o sakramentach*. W: *W Służbie Bogu i ludziom*. Red. H. Słotwińska. Lublin 2005.
- Krakowiak C. *Pawła VI Konstytucja Apostolska o sakramencie namaszczenia chorych*. „Wydział Teologiczny UMK” 25 (2014) nr 1 s. 43-53.
- Krakowiak C. *Z praktyki pastoralnej sakramentu namaszczenia chorych*. „Anamnesis” 12 (2006) nr 44 s. 102-111.
- Krakowiak C. *Sakrament namaszczenia chorych w aspekcie teologicznym i pastoralnym*. „Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne” 12 (1979) s. 71-95. W:
https://bazhum.muzhp.pl/media/files/Slaskie_Studia_Historyczno_Teologiczne/Slaskie_Studia_Historyczno_Teologiczne-r1979-t12/Slaskie_Studia_Historyczno_Teologiczne-r1979-t12-s71-95/Slaskie_Studia_Historyczno_Teologiczne-r1979-t12-s71-95.pdf (dostęp 11.12.2021).
- Krakowiak C. *Teologiczne i normatywne zasady współpracy świeckich w ministerialnej posłudze kapłanów*. „Ruch Biblijny i Liturgiczny” 52 (1999) s. 276-279.
- Krakowiak C. *Rola kapłana w opiece hospitalizacyjnej. Zdążyć z prawdą. O sztuce komunikacji w hospicjum*. Gdańsk 2009.
- Krakowiak C. *Udzielanie sakramentu w obliczu śmierci*. „Teologia i Człowiek” 10 (2007) s. 165-179.
- Krakowiak C. *Warunkowe udzielanie sakramentów*. „Roczniki Liturgiczno-Homiletyczne” 60 (2013) nr 8 s. 79-96.
- Kroeber K. *Health Science Division in Palliative Care Practices*. New York 2005.
- Kruebler K., Davis M. *Palliative Practices*. New York 2005.
- Kübler-Ross E. *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Warszawa 1979.
- Kulbacki P. *Eklezjologia eucharystyczna*. W: *Eucharystia – tajemnica celebrowana*. Red. W. Pałęcki, A. Megger. Lublin 2018 s.11-20.
- Kulbacki P. *Eklezjologia posług i funkcji liturgicznych laikatu*. W: *Quia fecit mihi magna*. Red. Z. Głowacki, A. Megger. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego: Lublin 2018 s. 163-173.
- Kulbacki P. *Ku dojrzałości chrześcijańskiej w Ruchu Światło Życie. Mistagogia sakramentu pokuty*. Rzeszów 2020.

- Kulbacki P. *Liturgia błogosławieństw w służbie rodziny*. „Roczniki Teologiczne” 61 (2014) nr 8 s. 57-77.
- Kulbacki P. *Liturgia w formacji człowieka ku wolności*. Lublin 2013.
- Kulbacki P. *Parafia według Eklezjologii Vaticanum II*. „Łódzkie Studia Teologiczne” 29 (2020) nr 2 s. 24- 42.
- Lewellen D. *International Chaplains Already Enrich NACC*. „Vision” 15 (2005) nr 8 s. 1-4. W:
https://www.nacc.org/visionarchives/2005/NACC_Vision_Aug-Sep_2005.pdf (dostęp 02.10.2021).
- Lewis R. *Pastoral Care: A Presence at the Bedside, But So Much More*. „Penn Medicine News” (z dnia 28.12.2017). W: <https://www.pennmedicine.org/news/internal-newsletters/system-news/2018/january/pastoral-care-a-presence-at-the-bedside-but-so-much-more> (dostęp 02.03.2022).
- Lichter D., O’Gorman M. Lou. *Establishing a Chaplain’s Value. Health Care Leaders and Chaplains Collaborate to Define Professional Standards*. „Health Progress” 90 (2009) nr 3 s. 30-33. W: https://www.chausa.org/docs/default-source/health-progress/establishing-a-chaplain_s-value-pdf.pdf?sfvrsn=0 (dostęp 18.09.2021).
- Long I. J. *Islamic Pastoral Care and Development of Muslim Chaplaincy*. „Journal of Muslim Mental Health” 12 (2018) nr 1 s. 1-4.
- Lopez C. J. *Hospice Chaplain: Presence and Listening at the End of Life*. „The Theological Journal of the Lutheran School of Theology” 45 (2018) nr 1 s. 45-51.
- Lones M. *UI Health Chaplain Expectation*. University of Illinois: Chicago 2016.
- Maddineni S. C. S. *Explicit and Implicit Right Common to All the Faithful in the Code of Canon Law*. Saint Paul University: Canada 2018.
- Maj Z. *Nadzwyczajny szafarz chrztu*. „Warszawskie Studia Pastoralne” 12 (2017) nr 1 s. 9-24.
- Martin M. *Saint Joseph Hospital Celebrates 150 Years of Care in Chicago*. „Chicago Catholic” (z dnia 24.07.2019) s. 1-4.
- Martinez-Pilkington A. *Shame and Guilt: The Psychology of Sacramental Confession*. „The Humanistic Psychologist” 35 (2007) nr 2 s. 203-218. W:
<https://doi.org/10.1080/08873260701274272> (dostęp 12.07.2021).
- McCarron J. *North Side Story*. „Chicago Tribune” (z dnia 27.03.1998) s. 1.
- Monnett M. *Developing a Buddhist Approach to Pastoral Care*. „Pastoral Care Counsel” (2005) nr 59 s. 57-61.

- Murphy T. F. *Surrogate Health Care Decision and Same-Sex Relationship*. „The Hastings Center Report” 41 (2011) nr 3 s. 24.
- Nadolski B. *Liturgika I. Liturgika fundamentalna*. Pallottinum: Poznań 1989.
- Nadolski B. *Liturgika II. Liturgia i czas*. Pallottinum: Poznań 2013.
- [Oficjalna strona internetowa szpitala św. Józefa]: <https://www.stjosephshealth.org/about-st-josephs/patient-and-visitor-information/item/1316-pastoral-care> (dostęp 2021.04.25).
- O’Neill M. T. *Honoring the Gift 50 the Jubilee Recollection. National Association of Catholic Chaplains 1965-2015*. Wisconsin 2016.
- Norman J. *At the Heart of Education. School Chaplaincy and Pastoral Care*. Dublin 2004.
- Nouven H. J. M. *Zraniony uzdrowiciel*. W:
https://www.researchgate.net/publication/285591160_How_Jung%27s_concept_of_the_wounded_healer_can_guide_learning_and_teaching_in_social_work_and_human_services (dostęp 10.11.2022).
- Nowak J. *Prawo w służbie wydarzeń zbawczych*. Pallottinum: Poznań 2004.
- Paragament K. I. *The Psychology of Religion and Coping*. New York 1997.
- Parameshwaran R. *Theory and Practice of Chaplain’s Spiritual Care Process*. „Indian Journal of Psychiatry” 75 (2015) nr 1 s. 21-29.
- Perez A. *University of Illinois Hospital Staff Chaplain Leads Staff with Daily Music and Prayers*. „Chicago Tribune” (z dnia 09.11.2021).
- Perszon J. *Apologia Kościoła we współczesnej Ameryce Północnej*. „Biblioteka Teologii Fundamentalnej” 7 (2012) s. 81-116.
- Petersen M. W., Schanche J., Dibble K., McPhee S. L. *The Comprehensive Care Team: A Description of Controlled Trial of Care at the Beginning of the End of Life*. „Journal of Palliative Medicine” 3 (2003) nr 6 s. 489-499.
- Poncin E., Brand P.Y. *Mapping the Healthcare Chaplaincy Literature: An Analytical Review of Publications Authored by Chaplains and Theologians Between 2000 and 2018*. „Health Care Chaplain” 1 (2020) nr 26 s.16-44.
- Piderman K., Spampinato C. *Identifying and Ministering to the Spiritual Needs of Hospitalized Catholics*. „Progress Health” 94 (2013) nr 2 s. 58-61. W:
https://www.chausa.org/docs/default-source/health-progress/identifying-and-ministering-to-the-spiritual-needs-of-hospitalized-catholics-pdf.pdf?sfvrsn=51f63af2_0 (dostęp 22.04.2022).

- Puchalski C., Lunsford B. *Interdisciplinary Spiritual Care for Seriously Ill and Dying Patients: A Collaborative Model*. „The Cancer Journal” 12 (2006) nr 5 s. 398-416.
- Pyskło H. *Sakrament chrztu w I i II wieku (Didache, Justyn, Tertulian)*. W:
https://opoka.org.pl/biblioteka/T/TH/pysklo_2011_chrzest_hist.html (dostęp 30.08.2022).
- [Rey A.- Catholic Chaplain] http://www.kofcassembly3617.com/assembly_history.html
(dostęp 12.11.2021).
- Rinpoche S. *The Tibetan Book of Living and Dying*. New York 2020.
- Roberts R. S. *Professional Spiritual and Pastoral Care*. Nashville: Tennessee 2011.
- Rosenberg C. E. *The Care of Strangers. The Rise of America's Hospital System*. Baltimore – London 1995.
- Rouet A. *Zrozumieć sakramenty*. Kraków 2002.
- Różne aspekty powoływania pracy takich szpitali w Polsce zawiera:
http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-50192d64-17fa-446b-8aaa-1236460f2858/c/01_Surdacki_Prepozytury_szpitalne.pdf (dostęp 10.11.2022).
- Sarvaananda S. *Hindu Approaches to Spiritual Care*. Virginia 2009.
- Schuck P. H., Tyler J. E. *Making the Case for Changing U.S. Policy Regarding Highly Skilled Immigrants*. Yale Law School 2010.
- Sheer C. *Bikkur Holim: The Orgin of Jewish Pastoral Care*. „National Library of Medicine” 15 (2008) nr 2 s. 99-113. W: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19994609/> (dostęp 14.12.2021).
- Sherman B. *American Jewish Historical Quarterly*. The Johns Hopkins University Press: New York 1962.
- Sinaiko A. D., Szumigalski K. *Delivery of Patient Centered Care in the U.S. Health Care System. What is Standing in Its Way?* „Academy Health” 2019 s. 1-13. W:
https://academyhealth.org/sites/default/files/deliverypatientcenteredcare_august2019.pdf (dostęp 22.02.2022).
- Sinka T. *Liturgika*. Kraków 1997.
- Speck P. *Spiritual/ Religious Issues in Care of the Dying*. London 2011.
- Smith W. *Catholic Hospitals and Sterilization*. „The Linacre Quarterly” 44 (1977) nr 2 s. 107-117.
W:<https://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1423&context=lnq> (dostęp 02.04.2022).

- Squires S. J., Anderson P. *Chaplains, Pope Francis and the Healing Encounter*. „Journal of the Catholic Health Association of the United State” 2018 s. 60-64. W: https://www.chausa.org/docs/default-source/health-progress/chaplains-pope-francis-and-the-healing-encounter.pdf?sfvrsn=4bd5e6f2_0 (dostęp 04.09.2021).
- Słownik łacińsko-polski*. Red. M. Plezia. T. 3. Polskie Wydawnictwo Naukowe: Warszawa 1998.
- Stanoway C. *The Stages of Grief: Accepting the Unacceptable*. University of Washington 2020. (dostęp 23.03.2021).
- Stranahan S. *A Spiritual Screening Tool for Older Adults*. „Journal Religion and Health” 47 (2008) nr 4 s. 491-503.
- Strassfield R. *The Third Jewish Catalog*. University of Pennsylvania 1980.
- Stuard B., Volandes A., Moulton B. *Advance Care Planning: Ensuring Patient's Preferences Govern the Care They Receive*. „American Society of Aging” 41 (2017) nr 1 s. 31-36.
- Szczawiński A. *Rola kapelanów szpitalnych*. „Przegląd Urologiczny” 76 (2012) nr 6. W: <http://www.przegląd-urologiczny.pl/artukul.php?2359> (dostęp 24.08.2021).
- [*Szpital Świętego Krzyża w Chicago*]. W: <https://www.sinaichicago.org/en/about-us/history/> (dostęp 11.04.2021).
- Sztafrowski E. *Formacja kanoniczna alumnów seminarium duchownego*. „Kielecki Przegląd Duszpasterski” 53 (1977) s. 15-27.
- Szymoń J. *Pomoc psychoduchowa w sytuacji śmierci członka rodziny*. W: *Duszpasterstwo rodzin refleksja naukowa i działalność pastoralna*. Red. R. Kamiński, G. Pyżlak, J. Goleń. Lublin 2013 s. 591.
- Swift C. *The Function of the Government of the Sick in English Acute Hospital*. Burlington 2014.
- Tercha M. *Restored Chapel at Presence Resurrection Medical Center*. „Chicago Tribune”, (z dnia 20.06.2017) s. 3.
- Thin Nhat Hanh. *The Heart of the Buddha's Teaching*. California 1998.
- Zaborowski M. *Sakrament namaszczenia chorych w ujęciu teologiczno-prawnym*. „Roczniki Nauk Prawnych” 19 (2009) nr 1 s. 179-199. W: <https://ojs.tnku.pl/index.php/rnp/article/download/7715/7690/> (dostęp 22.12.2022).
- Zalewski W. *Święci na każdy dzień*. Warszawa 1996.
- Zdybicka Z. J. *Drogi poznania Boga według encykliki Fides et ratio*. „Roczniki Filozoficzne” 48-49 (2000-2001) nr 2 s. 4-18.

- Understanding Conscience Clause Legislation in the context of Religious Liberty Tradition in the United States.* W: <https://www.apa.org/ed/graduate/conscience-clause-legislation.pdf> (dostęp 11.02.2021).
- Wall B. *American Catholic Hospitals: A Century of Changing Markets and Missions.* New Jersey 2011.
- Wątroba J. *Permanenta formacja duchowa kapłanów w świetle soborowych i posoborowych dokumentów Urzędu Nauczycielskiego Kościoła (1963-1994).* Częstochowa 1999.
- Welcher J. *Cultural Competency for Healthcare Providers. Chaplain Valley are Health Education Center.* Vermont 2013.
- Virgil M. *The Liturgy of the Church According to the Roman Rite.* New York 1937.
- Vittoria de F., Doyle J. P. *On Homicide.* Marquette University: Milwaukee 1997.
- Wolfie D. E. *Moving Beyond Clinical and Congregational Silos to Collaborative Pastoral Care: Chaplains Partnering with Congregational Pastors in the Acute-Care Setting.* Austin Presbyterian Theological Seminary 2018.
- Youngblood P. *Interfaith as Interpretive Hospitality.* „Religion” 10 (2019) nr 3 s. 2-14. W: https://www.researchgate.net/publication/332016208_Interfaith_Chaplaincy_as_Interpretive_Hospitality (dostęp 17.11.2021).