

KS. STANISŁAW GRZESIUK

DUSZPASTERSTWO CHORYCH W SZPITALACH

Szpital jest szczególnym miejscem pracy duszpasterskiej. Tu bowiem większość współczesnych ludzi rozpoczyna i kończy swoje życie¹.

Sięgając myślą w przeszłość, w historię chrześcijaństwa, należy sobie uświadomić, że Kościół zawsze szczególną troską otaczał ludzi chorych, uznając ich za „najlepszą swoją część”. Już u zarania swej historii, bo w pierwszym stuleciu, Kościół powołuje specjalny urząd hierarchiczny — diakonat, którego naczelnym zadaniem jest niesienie konkretnej pomocy ludziom chorym i biednym. W późniejszych wiekach chrześcijaństwo staje się prekursorem szpitalnictwa. Głównym celem wielu zakonów i zgromadzeń tak męskich, jak i żeńskich jest służba ludziom chorym. Religijne przydomki wielu szpitali, jak również zwracanie się do pielęgniarek przez „siostry”, są skromną reminiscencją wkładu Kościoła katolickiego w dzieło szpitalnictwa w naszym kraju.

W miarę dorastania instytucji państwowych do wysokich zadań społecznych, Kościół przekazuje im opiekę zdrowotną nad chorymi, rezerwując sobie jednak niezbywalne prawo do opieki duszpasterskiej. Zbawcza bowiem rola choroby i cierpienia ludzkiego w połączeniu z męką krzyżową Chrystusa, stoi u podstaw doktryny katolickiej zarówno w jej wymiarze dogmatycznym, jak i etycznym. W osobie chorego chrześcijanin dostrzega cierpiącego za grzechy świata Chrystusa. „Byłem chory, a odwiedziliście Mnie” (Mt 25, 36) ... „Wszystko, co uczyniliście jednemu z tych braci moich najmniejszych, Mnieście uczynili (Mt 25, 40) — powie Chrystus w Dzień Sądu Ostatecznego.

Cierpienie wreszcie obok społeczno — zbawczego wymiaru, zawiera niezwykle istotny, indywidualny aspekt zbawczy dotyczący samego chorego. Przy całej swej złożoności i tajemnicy jest dla wielu ludzi jakby sakramentem, gdyż jest miejscem (okolicznością) spotkania ich z Bogiem. Tu dokonuje się nasza wewnętrzna przemiana — swoiste „przepotwarzanie”, a raczej ponowne narodzenie do wielkości synów Bożych. Cierpienie jest tą nieodzowną i bezpośrednią okolicznością, porównywaną czasem w Piśmie św. do oczyszczającego ognia (Ps 16, 3), w którym tkwiące w nas niemal organicznie „nie” zostaje przemienione w zbawcze „tak”. Choroba zaś jest okolicznością dalszą, bardziej materialną, którą w procesie w/w można postawić obok czynienia pokuty, wyrzeczeń, jałmużny, znoszenia nieprawości, krzywd czy pokus.

Aby mówić o pracy duszpasterskiej w szpitalach, należy choć pobieżnie wspomnieć o sytuacji szpitalnictwa w naszym kraju.

Niewątpliwie wielką kartą opieki zdrowotnej w Polsce jest fakt, że niemal wszyscy obywatele (z wyjątkiem duchowieństwa) są objęci tzw. ubezpieczeniem zdrowotnym i korzystają z niskopłatnej lub bezpłatnej

¹ H. Pera, *Sam nie podołam*, Znak 29(1977) 152.

opieki szpitalnej. Jak pamiętamy, niedawno ubezpieczeniem tym objęto również rolników. W konsekwencji tego stanu rzeczy szpitale nasze nie mają możliwości pomieszczenia wszystkich potrzebujących szpitalnej kuracji. Jest ich po prostu zbyt mało, są przepełnione. Wiele osób leży na przystawkach bądź to w salach, bądź na korytarzach. Brak proporcji między liczbą miejsc w szpitalach, a liczbą potrzebujących szpitalnego leczenia sprawia, iż wysiłki medycyny idą w kierunku szybkiej efektywności w przywracaniu zdrowia, co nie zawsze jest korzystne dla pacjentów. Przeciętny np. pobyty chorego w szpitalach klinicznych jest przewidziany na dwa tygodnie. Drastycznym przykładem może tu być fakt, że w pewnym szpitalu umierających wywozi się z łóżkiem z sali na korytarz i tam w gwarze krzątający szpitalnej chory kończy swoje życie.

Niemale też trudności napotyka szpitalnictwo w rekrutacji personelu niższego tj. salowych, których praca ma niebagatelne znaczenie w skali podstawowych potrzeb ludzi chorych.

Skoszarowanie pielęgniarek w przepełnionych hotelach przy wyczerpujących wielogodzinnych dyżurach szpitalnych sprawia, iż większość z nich w stosunkowo krótkim czasie, a już niemal z zasady po wyjściu za mąż, opuszcza mury szpitalne przechodząc do placówek lecznictwa otwartego, bądź zmieniając zawód. Przeciążenie pracą, jak też duża rotacja personelu średniego ma również swoje odzwierciedlenie w pracy wśród chorych.

Być może procesy te w jakimś stopniu zostaną wyeliminowane dzięki wprowadzonemu ostatnio znacznemu podwyższeniu uposażenia pracowników lecznictwa.

Należy tu jeszcze dodać, wynikające z licznych sondaży, uskarżanie się lekarzy na konieczność poświęcania zbyt wiele czasu pracy „papierkowej” z niekorzyścią oczywiście dla pacjentów.

W tych układach nawoływanie i mówienie o olbrzymich szansach psychoterapii, przy żenująco małej liczbie etatów dla psychologów, jest przysłowiowym wołaniem na puszczy.

Przy szkicowaniu problematyki socjalno-bytowej szpitalnictwa w Polsce, należy choć w kilku zdaniach wspomnieć o dominujących w naszych czasach typach chorób, gdyż to również ma niemałe znaczenie dla pracy duszpasterskiej w szpitalach.

O ile jeszcze przed kilkudziesięciu laty problemem naczelnym były choroby zakaźne, to obecnie priorytet wiodą choroby układu krążenia, układu nerwowego i choroby nowotworowe. Technizacja naszego życia przysparza też chorych z urazami z różnorodnych wypadków. Z wymienionych chorób najwięcej uzasadnionego niepokoju budzą choroby nowotworowe. Według opublikowanych danych statystycznych aż co piąty chory Polak zapada na jedną z nich². Spośród tej olbrzymiej grupy ponad 70 proc. umiera. Polska obok Japonii ma najwyższy wskaźnik schorzeń nowotworowych na świecie. Jednak dzięki szeroko zakrojonej profilaktyce, wskaźnik zgonów w Japonii sięga tylko 30 proc. Fakt tak wielkiej liczby przypadków patologii nowotworowej w Polsce i to-

² „Na jedną z odmian chorób nowotworowych zapada co piąty Polak. Aż połowa chorych rozpoczyna leczenie w zbyt późnym stadium rozwoju choroby. Stąd też w polskich warunkach spośród chorych na nowotwory złośliwe 25 proc. zostaje trwale wyleczonych, co jest poniżej średniej w krajach rozwiniętych”. Tygodnik Powszechny 42(1551).

warzysząca mu wysoka śmiertelność, powiększa stan stresowy pacjentów szpitalnych. Wśród nich bowiem panuje swoista psychoza podyktowana obawą ewentualności raka.

Przejdźmy zatem do sytuacji ludzi chorych w szpitalach. W większości przypadków ludzie ci, będąc wyrwani z dotychczasowego, często intensywnego życia, czują się zagubieni. W oderwaniu od rodziny, od miejsca pracy, wśród innych, obcych sobie i również chorych ludzi, przeżywają bardzo boleśnie duchową rozterkę. Ileż razy spotkać ich można zasępionych, spoglądających z tęsknotą przez szpitalne okna. Długie dni i nieprzespane noce, wobec niepewnej przyszłości, są okazją do głębokich przemyśleń i analiz życiowej przeszłości. Spadają z oczu łuski ułudy i pozory wielkości. Tu, jak chyba nigdzie indziej, przeżywają swoistą przemijalność. Postęp medycyny sprawił, że muszą się poddawać wielu drobiazgowym a często uciążliwym i bolesnym badaniom diagnostycznym. Pobieranie wycinków, punkcje, prześwietlenia, zastrzyki, kroplówki — słowem wszechstronne penetrowanie całego organizmu, ma swoje odzwierciedlenie w sferze emocjonalnej pacjentów³. Choroba, zauważmy, nie jest złem doświadczanym tylko przez ciało, ale dotyczy ona całego człowieka. Pewna forma stabilności ludzkiego egzystowania zostaje boleśnie rozdarta przez fakt choroby i idącą wraz z nią możliwość unicestwienia. Świat dotychczas „normalny” w przeżywaniu cierpienia, staje się niezrozumiały i absurdalny. Wiele wartości w obliczu choroby podlega karkołomnej dewaluacji. Szczególnie bolesnym wstrząsem jest ograniczenie indywidualnej wolności człowieka. Poczucie swoistej pojętej dyskryminacji, odrzucenia na margines nieaktywności i izolacji, szczególnie w pierwszym etapie poważnej choroby, staje się w psychice ludzkiej jakąś ogromną krzywdą. Weryfikacja dotychczasowych wartości powoduje głębokie wstrząsy sumienia. Długie godziny samotności są okazją do ponownego przeanalizowania swojej życiowej ideologii. Jakkolwiek wprowadzie coraz częściej w publikacjach medycznych czytamy o potrzebie personalistycznego traktowania chorych, to jednak zarówno na Zachodzie, jak i u nas zbyt często personel szpitalny traktuje chorego jak przedmiot — jak np. przypadek gastritis czy astmy. Lapidarnie odzwierciedla to wypowiedź jednego z pacjentów: „Czuję się tu jak silnik na gwarancyjnym przeglądzie”⁴.

Tu depersonalizacja podyktowana jest często nadmiarem pracy, względnie zapoznaniem szacunku dla indywidualnej godności osoby ludzkiej, a czasem swoistą bufonadą zrutynizowanego lekarza, przy stosunkowo rzadkim uwzględnianiu szerokiego wachlarza patogenety. Wiele do myślenia dać tu może lektura niedawno wydanej u nas książki Paula Ramseya pt. *Pacjent jest osobą*⁵.

Tak więc szpital jest specyficzną szkołą cierpliwości i pokory przede wszystkim, ale nie tylko, dla chorych.

Wśród chorych w szpitalach spotykamy ludzi z różnych środowisk, o różnym wykształceniu i w różnym wieku. Z zasady są to wierzący katolicy. Do wyjątków należy przedstawiciel innego wyznania lub bezwyznaniowy. W obliczu poważnej choroby, a szczególnie śmierci, prak-

³ K. Jankowski, *Człowiek i choroba*, Warszawa 1955, 29—35.

⁴ H. Pera, art. cyt., 153—155.

⁵ Paul Ramsey, *Pacjent jest osobą*, Warszawa 1977.

tycznie trudno mówić o istnieniu ludzi niewierzących. Niewiara jest najczęściej po prostu antyklerykalizmem, u podstaw którego leży źle załatwiona sprawa w kancelarii parafialnej, względnie przy konfesjonale.

Obok wyżej zasygnalizowanych różnic pomiędzy chorymi rzucającą się w oczy jest różnica w zachowaniu chorych w zależności od czasokresu ich pobytu w szpitalach. Są pacjenci „weterani”, mający swoistą, czasem cyniczną postawę. Znają oni doskonale swoje przywileje oraz pisane i niepisane prawa szpitalne. Są też pacjenci „nowicjusze”, których szpitalne okoliczności całkowicie onieśmielają. Ci ostatni doznają często dość wielu przykrości od swoich „doświadczonych towarzyszy”⁶.

Różna jest też specyfika postaw chorych w zależności od rodzaju schorzeń. Są pewne charakterystyczne reakcje ludzi wspólnie cierpiących na określoną chorobę⁷. Tak np. pacjenci z chorobami serca z zasady niezbyt realnie oceniają swój stan. Zwykle charakteryzuje ich nadmierny optymizm i tu wskazana jest nawet delikatna perswazja, zmierzająca do ich sakramentalnego spotkania z Bogiem. Z postawą zgoła odmienną spotykamy się u pacjentów dotkniętych hemiplegią (połowiczne porażenie ciała). Ludzie ci na ogół chętnie garną się do sakramentów św. i aż do przesady (w jaskrawym przeciwieństwie do chorych z zaburzeniami wzroku) oczekują na współczucie, ciepłe słowo, gest życzliwości, czy wreszcie różnorodną pomoc. Żyją w nadziei całkowitego wyleczenia, co jest najczęściej niemożliwe. Wysiłki duszpasterskie winny tu zmierzać do ukierunkowania ich ku samodzielności w pozytywnej akceptacji kalectwa, aby krzyż swój nieśli z odwagą i godnością dzieci Bożych. Skłonność do płaczu jest następstwem porażenia kory mózgowej, a nie wyrazem rzeczywiście odczuwanego cierpienia.

Inną grupą specyficzną i godną szczególnej uwagi, są pacjenci będący w tzw. chorobach terminalnych — tj. chorobach, które nieuchronnie prowadzą do śmierci. Ludzie ci wymagają szczególnie troskliwej opieki duszpasterskiej i należy dążyć, aby wszyscy pojednali się z Bogiem, zarówno w sakramencie pokuty i Eucharystii, jak też przyjmując sakrament namaszczenia chorych.

Skoro już mowa o sakramentalnym pojednaniu chorego z Bogiem, to należy przejść do *meritum* sprawy, czyli w ścisłym sensie do zagadnienia duszpasterstwa chorych w szpitalach.

Zacznijmy od statusu prawnego księdza, któremu biskup powierza opiekę duszpasterską nad chorymi w danym szpitalu.

Podstawę stanowi tu porozumienie Episkopatu z Rządem PRL z dnia 14 kwietnia 1950 roku. Punkt 18 tego porozumienia gwarantuje obywatelom chorym opiekę duszpasterską. W oparciu o nie Ministerstwo Zdrowia wydało dwa dokumenty. Zarządzenie z dnia 16 grudnia 1950 roku w sprawie wynagrodzeń kapelanów szpitalnych⁸ i Instrukcję z dnia 3 grudnia 1956 roku w sprawie udzielania posług religijnych chorym przebywającym w szpitalach i sanatoriach⁹.

Aby nie pominąć istotnych treści w/w dokumentów, pozwolę sobie zacytować ważniejsze ich punkty:

⁶ T. Górczyca, *Duszpasterstwo chorych w szpitalu*, AK 71(1978) 398.

⁷ *Pedagogika rewalidacyjna*, pod red. A. Huka, Warszawa 1977.

⁸ Dz. Urz. Min. Zdrowia z 1951 r. Nr 1, poz. 1.

⁹ Dz. Urz. Min. Zdrowia z 1956 r. Nr 24, poz. 202.

W zarządzeniu w sprawie wynagrodzeń czytamy:

1. Dyrekcje zakładów leczniczych obowiązane są zawrzeć umowę zlecenia z duchownymi, którzy zostali umówieni jako kapelani szpitalni.
2. Umowa zlecenia powinna określać wysokość ryczałtowego wynagrodzenia oraz stwierdzać, że zlecniodawcy nie przysługują z tytułu tej umowy świadczenia socjalne, ulgi kolejowe, ani mieszkanie.
3. Wynagrodzenie należy ustalać w granicach od 150 do 300 zł. w zależności od charakteru zakładu.

W Instrukcji w sprawie udzielania posług religijnych chorym czytamy:

- §1. 1) Szpital (sanatorium) jest obowiązany tym chorym, którzy sobie tego życzą, udostępnić zaspokojenie ich potrzeb religijnych.
- 2) W tym celu dyrektor szpitala (sanatorium) powinien umówić duchownego jako kapelana szpitalnego.
- §2. 2) Dyrektor szpitala (sanatorium) zapewni kapelanowi korzystanie z jednego z pomieszczeń szpitalnych, które służyć będzie również do przechowywania przedmiotów kultu religijnego. Nie zachodzi potrzeba wyznaczenia takiego pomieszczenia w szpitalach (sanatoriach) posiadających kaplice.
- §3. Kapelan może odwiedzać chorych przy uwzględnieniu postanowień regulaminu szpitalnego i specyficznych warunków danego zakładu.
- §5. Dyrektorzy szpitali (sanatoriów) powinni czuwać nad tym, aby kapelani szpitalni nie napotykali na żadne trudności przy odprawianiu obrzędów i wykonywaniu posług religijnych zgodnie z powyższymi zasadami.

Równocześnie należy dbać o to, aby wykonywanie tych czynności nie naruszało zasad wolności sumienia i wyznania w stosunku do chorych innych wyznań lub bezwyznaniowych.

Do powyższych dokumentów dodać należy pismo Ministerstwa Zdrowia z dnia 7 listopada 1962 roku (Nr BP 13 220/62), w którym potwierdza, że wyżej cytowana Instrukcja obowiązuje nadal i zapewnia pełną swobodę chorym w zaspokajaniu ich potrzeb religijnych. Stwierdza też, że dotychczasowa praktyka duszpasterska nie budziła i nie budzi żadnych zastrzeżeń. Wyjaśnia również, iż regulaminy szpitalne nie mają prawa zmieniać instrukcji wydanych przez Ministerstwo Zdrowia. Zatem kapelani szpitalni mogą swobodnie odwiedzać chorych nie czekając z ich strony na wyraźne wezwanie lub zaproszenie, tak jak proboszcz może bez przeszkód odwiedzać swoich parafian.

Z rozmaitych przyczyn nie wszędzie jednak spisano umowy. Dla przykładu: w diecezji lubelskiej na mieszczących się w jej obrębie 5 sanatoriów i 37 szpitali jedynie w kilku została zawarta taka umowa między dyrekcją i duszpasterzem chorych. Nie we wszystkich szpitalach istnieją kaplice, w których można by odprawić Mszę św. Brak możliwości udziału we Mszy św. jest zjawiskiem bardzo boleśnie odczuwanym przez chorych. Dotyczy to szczególnie wybudowanych po wojnie, dużych, nowoczesnych szpitali, mieszczących po kilkuset pacjentów. Msza św., zainicjowana przez Chrystusa w przeddzień Jego męki i śmierci, jest — jak wiemy — ponownym włączeniem się wiernych w kalwaryjską ofiarę krzyża, w której uczestniczą i współofiarują się Bogu Jego wyznawcy. Udział zatem we Mszy św. w pierwszym rzędzie należałby

się chrześcijanom chorym, a chrześcijanie ci z zasady w czasie swej choroby przebywają w szpitalach. Brak Mszy św. najdotkliwiej przeżywają pacjenci szpitali onkologicznych. Dla większości z nich życzenie udziału we Mszy św. w szpitalu jest ostatnim życzeniem przed śmiercią. Dodać należy, że również spowiedź, zakładająca już w samej swej naturze element intymności, odbywa się bądź to w przygodnie wolnych salach, najczęściej opatrunkowych, bądź po prostu na korytarzach.

Naszkicowane uciążliwe mankamenty, a także sam rodzaj pracy duszpasterskiej w szpitalach sprawia, że jest ona w naszym szpitalnictwie wyjątkowo trudna. Od pełniącego ją duszpasterza chorych wymaga dużej odporności psychicznej i samozaparcia, gdyż często spotyka się on z ludzką nędzą zarówno fizyczną jak i duchową. Znamionować go powinna przede wszystkim cierpliwość, delikatność i pogoda ducha. Praca ta wymaga olbrzymiego taktu i wyrozumiałości. W szpitalu, jak chyba nigdzie indziej, jest on po prostu sługą i narzędziem w ręką Boga.

Wybierając się z wizytą do chorych w szpitalu, oprócz olei św. dobrze jest mieć zawsze z sobą Najświętszy Sakrament. Sprawowanie sakramentu pokuty w oderwaniu od Komunii św. jest praktyką przestarzałą. Przy całym szacunku należnym Najświętszemu Sakramentowi nie ubliża w niczym Chrystusowi. Eucharystycznemu nawet luźna rozmowa kapłana z chorymi, względnie spotkaniami po drodze ludźmi. Chrystus po to pozostał, aby być wśród nas i naszych spraw, stając się naszym pokarmem. Fałszywa zaś pruderia religijna w tym względzie nie powinna uszczuplać możliwości częstej Komunii św. dla chorych.

Niezbyt stosownym czasem na wizytę duszpasterską w szpitalu są godziny poranne. Zwykle są one pełne napięć. Chorzy jeszcze są nierozbudzeni, odbywa się poranna toaleta, sprzątanie, odnotowywanie temperatur, śniadanie, przygotowanie do zabiegów, wizyt lekarskich. Wszystko to nie sprzyja spotkaniu chorego z kapłanem i religijnym przeżyciem. Najstosowniejszym czasem wydają się być godziny popołudniowe, kiedy w szpitalu jest dużo spokojniej. Wizyta duszpasterska wówczas w niczym nie zakłóca pracy personelu, ani też nie krępuje chorych.

Przychodzący do szpitala kapłan powinien wczuć się i niejako wejść w sytuację przebywających tam osób, aby tym właściwiej im służyć. Już sama jego obecność jest dla wielu chorych przypomnieniem o Bogu. Jest on tą osobą, której obecność nie stanowi dla nikogo zagrożenia. Przy tym częste uświadamianie sobie, iż przyszedłem tu, aby służyć i to służyć samemu Chrystusowi (Mt 25, 40), pozwoli przełamać czasem jakąś naturalną odrazę wywołaną np. nazbyt przykrym zapachem chorych wnosić powinien pogodę ducha, tworząc atmosferę życzliwości i zaufania tak do ludzi, jak i do Boga. Nigdy nie powinien wkraczać w nie swoje kompetencje. Nie powinien też swej roli ograniczać tylko do „rozdawania” sakramentów. Zgodnie ze wskazaniem Soboru Watykańskiego II, udzielaniu i przyjmowaniu św. sakramentów ma towarzyszyć słowo i modlitwa¹⁰. Należy dołożyć wszelkich starań, aby uwrażliwić chorych na personalistyczne traktowanie sakramentów św. W sakramentalnej więc posłudze należy wyrazić akcentować moment osobistego spotkania chorego z Chrystusem. Nazbyt często zauważa się ten-

¹⁰ W. Granat, *Ku człowiekowi i Bogu w Chrystusie*, Lublin 1974, 174—179.

dencję do przyjmowania sakramentów św. na sposób leków o samoczynnym terapeutycznym działaniu.

W sprawowaniu sakramentów św. należy wystrzegać się jakiegokolwiek formy przymusu, ograniczając się jedynie do rady. Decyzja w tym względzie należy tylko i wyłącznie do chorego. Kapłan jest tu narzędziem stwarzającym okazję do pojednania z Bogiem. W przypadkach szczególnych, gdy chodzi o zagrożenie życia osoby odmawiającej przyjęcia sakramentów, nieocenione owoce daje modlitwa. Dobrze jest polecić daną osobę modlitwie innych chorych, zachowując pełną dyskrecję. O skuteczności tej modlitwy możemy się niemal sprawdzalnie przekonać. Ludzi świętych i chorych Bóg zwykle wysłuchuje.

W sprawowaniu sakramentów św. zachowujemy następującą kolejność: pokuta, sakrament namaszczenia chorych, Eucharystia¹¹. Wobec tkwiących w świadomości naszych wiernych oporów w przyjmowaniu sakramentu namaszczenia chorych praktyka zbiorowego (czasem przez całą salę) przyjmowania tego sakramentu odnosi pozytywne rezultaty. Miejmy nadzieję, że nowy ryt udzielania tego sakramentu uwzględni ten ważki moment. Przed udzielaniem sakramentu chorych, a już z zasady przed rozdaniem Komunii św. jest chwila stosowna na modlitwę z chorymi. Jeśli przyjmuje dany sakrament cała sala, względnie upewnimy się, że nikomu z obecnych głośna modlitwa nie przeszkadza, odmawiamy wspólnie „spowiedź powszechną” lub Modlitwę Pańską, względnie jakąś inną powszechnie znaną modlitwę. Po rozdaniu Komunii św. zachęcamy chorych do osobistej rozmowy z Chrystusem, który przebywa w nich, i przed odejściem udzielimy błogosławieństwa, zapowiadając termin następnej wizyty.

Chorzy najczęściej chętnie przyjmują sakramenty św., szczególnie zaś komunię św. Łatwo dostrzec, że im większe zagrożenie chorobowe, tym bardziej ludzie chorzy garną się do sakramentów św., szukając oparcia w Bogu. Widać to szczególnie jaskrawo, gdy porównamy postawę w tym względzie pacjentów szpitala onkologicznego z pacjentkami szpitala ginekologicznego. Pierwsi niemal wszyscy przy każdej okazji przyjmują Komunię św., czego nie można powiedzieć o drugich. Uwzględniając jednak płeć, obserwujemy większy udział w sakramentach chorych kobiet, niż chorych mężczyzn.

Spośród sakramentów sprawowanych w szpitalach najmniejszą popularnością, jak już wyżej była mowa, odznacza się namaszczenie chorych. Z przeprowadzonej ostatnio ankiety wśród pacjentów szpitali lubelskich wyraźnie wynika, jak ludzie opacznie rozumieją rolę i znaczenie tego sakramentu. W mentalności wielu wciąż jeszcze pokutuje skojarzenie tego sakramentu ze śmiercią. Niewątpliwie, główną przyczynę tego stanu rzeczy należy upatrywać w przedsoborowej nomenklaturze (Ostatni sakrament), jak też w braku należytego instruowania wiernych zarówno w katechizacji, jak i w kaznodziejstwie.

Wrogiem numer jeden w posłudze szpitalnej duszpasterstwa chorych jest pośpiech. Powtarzanie pewnych pobożnych sloganów może dać choremu obraz swoistej bigoterii religijnej, nie przynoszącej zgoła żadnych pozytywnych rezultatów. Prawdy Boże przekazujemy stosownie do moż-

¹¹ *Collectio rituum continens excerpta e rituali Romano ecclesiis Poloniae adaptato*, Katowice 1963.

liwości percepcyjnych danego człowieka. W możliwościach tych można przynajmniej pobieżnie zorientować się już po chwili rozmowy uwzględniając jednocześnie ekstrawerbalne spostrzeżenia.

Krajowy duszpasterz chorych, ks. prałat Witold Kacz, w artykule pt. *Teologiczne spojrzenie na chorobę w praktyce duszpasterstwa chorych*¹² proponuje następujące tematy do rozmów z chorymi: choroba a grzech, choroba jako „nawiedzenie”, choroba w świetle Opatrzności Bożej, choroba doświadczeniem i przyczyną opamiętania, choroba i naśladowanie Chrystusa, choroba czasem łaski, choroba w świetle miłości Zbawiciela i krzyża oraz choroba apostołstwem.

Wiele tematów do rozmowy podsuwają sami chorzy. Z zasady nie podejmujemy tematów przekraczających nasze kompetencje, a rozmowę kierujemy na tematykę religijną, unikając jednakże jakichkolwiek polemik, do których czasem prowokują chorzy innych wyznań lub bezwyznaniowi.

W rozmowach z chorymi na temat śmierci należy wystrzegać się dwóch skrajności — przesadnego o niej mówienia i zupełnego pomijania tego tematu. Sprawy tej praktycznie z chorymi nikt nie porusza. Zarówno psycholodzy, jak i lekarze, a z zasady również rodziny, robią wszystko, aby myśl o śmierci od chorego oddalić. Tymczasem moment śmierci ma przeogromne znaczenie religijne. Jest momentem egzystencjalnego styku naszej skończoności z naszą nieskończonością, ostatecznej decyzji człowieka sięgającej w wieczność. Śmierć jest spłaceniem grzechowego długu, a tuż za jej bramą następuje zawsze spotkanie z Bogiem. Świadome powiedzenie za Chrystusem: „Ojcze, w ręce Twoje powierzam moją duszę” (Łk 23, 46) ma istotne religijne znaczenie.

Mówienie o śmierci nie może odbierać nadziei życia, zważywszy, że niemal nigdy nie ma całkowitej pewności odnośnie do przewidywanego momentu rzeczywistego jej nadejścia¹³. Medycyna zna nazbyt wiele przypadków, gdzie prognoza rychłej śmierci okazała się nieprawdziwa. W poruszeniu tego tematu z chorym zawsze należy uwzględnić jego stan psychiczny, ukazując stronę pozytywną, jako przejście do nowego życia w pełnym zaufaniu Bogu, mając porękę w Chrystusie zmartwychwstałym.

W sukurs naszym rozmowom powinny iść podsuwana przez nas chorym odpowiednia literatura religijna, a przede wszystkim Pismo św. Uwzględniwszy fakt, iż biblioteki szpitalne nie są wyposażone w książki o tematyce religijnej, bardzo wskazane jest pożyczanie chorym książek religijnych i zaopatrywanie ich w religijne czasopisma. Ideałem byłoby, gdyby w każdej szpitalnej sali na stałe powierzyć opiece chorych choć jeden egzemplarz Pisma św. Wszakże pobyt w szpitalu może dać więcej niż niejedne rekolekcje.

Godną polecenia jest praktyka obdarzania chorych drobnymi przedmiotami w formie pamiątek religijnych. Znane są przypadki, iż chory idąc na szczególnie bolesny zabieg, zabiera z sobą dany mu przez księdza obrazek, medalik, czy krzyżyk, a w dalszym swym życiu przechowuje je z petyzmem. Nie stanowi to — jakby się wydawać mogło — wyrazu zabobonnej talizmatyki, ale praktyczną formę ciągłego utrzy-

¹² AK 71 (1978) 346—357.

¹³ T. Kielasiński, *Rozmyślenia o przemijaniu*, Warszawa 1976, 41—52.

mywania się w poczuciu łączności z Bogiem, wyraz zaufania w Jego Ojcowską pomoc w szczególnie trudnym momencie życia.

Szczególnie zaleca się dawanie choremu obrazka z okazji przyjmowania przez niego sakramentów św. Najpraktyczniej jest przyjąć zasadę dawania obrazka przy każdorazowej spowiedzi. Na odwrocie takiego obrazka wypisujemy nazwisko chorego, datę i rodzaj udzielonego sakramentu, zamieszczając też swój podpis względnie pieczętkę. Ta forma upamiętniania przyjęcia sakramentów spełnia podwójną rolę:

1. Wobec tego, że nie ma w salach szpitalnych jakichkolwiek emblematów religijnych, obrazek ustawiony na znajdującej się obok łóżka szafce w jakimś stopniu rekompensuje choremu chrześcijaninowi ten brak.

2. W przypadku zgonu, obrazek taki będzie podstawą dla chrześcijańskiego pogrzebu.

Zaleca się też, aby duszpasterz chorych prowadził Księgę chrztu, Pierwszej Komunii św., bierzmowania i sakramentu namaszczenia chorych. O pobycie zaś chorego księdza w szpitalu, wskazane jest, by informował Kurię Biskupią.

Olbrzymią pomocą w duszpasterstwie szpitalnym są dojrzały i zaangażowani katolicy świeccy. Swoją postawą i słowem zachęty jakże często o wiele skuteczniej niż kapłan wpływają na pojednanie się z Bogiem innych współchorych. Szczególnie widoczne jest to w salach męskich przy sprawowaniu sakramentu pokuty. Bywa też, że katolicy ci służą księdzu radą i sami występują z ciekawymi inicjatywami. Dla przykładu: niedawno umierała kilkunastoletnia dziewczynka na jednej z sal szpitala onkologicznego w Lublinie. Zmiany nowotworowe postępowały u niej niezwykle szybko. Wszyscy, z wyjątkiem jej samej, zdawali sobie sprawę, że śmierć zbliża się nieuchronnie. Najwłaściwszą okazała się inicjatywa współpacjentek tej sali, które wyszły z propozycją zbiorowego przyjęcia sakramentu namaszczenia chorych.

Duże znaczenie w duszpasterskiej posłudze kapłana w szpitalu ma również pomoc rodziny chorego. Pomoc ta jednak nie powinna się ograniczać jedynie do wezwania kapłana do ciężko chorej, a często już nieprzytomnej osoby. Rola rodziny polega głównie na zachęcenie chorego członka rodziny do pojednania z Bogiem, bądź to na umożliwieniu mu przyjęcia sakramentów św. jeszcze przed przybyciem do szpitala, tym bardziej w sytuacji, kiedy dany chory oczekuje na miejsce w szpitalu. Warunki bowiem szpitalne, szczególnie dla przyjmowania sakramentu pokuty, jak to już wyżej było wspomniane, są wyjątkowo niekorzystne.

Wielkie znaczenie ma tu permanentne instruowanie wiernych na płaszczyźnie duszpasterstwa ogólnego o roli i zadaniach rodziny, krewnych i znajomych w opiece duchowej nad chorymi.

Ważne miejsce w duszpasterstwie i opiece chorych w szpitalach, obok wydelegowanych do tej pracy duszpasterzy, mają duszpasterze parafialni. Odwiedzanie swoich chorych parafian w szpitalach ma olbrzymie znaczenie. Wizyty bowiem takie zacieśniają i utrwalają więź duszpasterską nie tylko z chorym parafianinem i jego rodziną, ale mają swe owocne odzwierciedlenie w skali całej wspólnoty parafialnej. Duszpasterska zatem współpraca duchowieństwa w tym względzie jest ważkim postulatem.

Nie można tu pominąć wielkiej roli współpracy duszpasterza chorych z pracownikami leczenia. Pomimo pewnych specyficznych układów, w jakich się znajdujemy, ludzie ci są w olbrzymiej większości życzliwie nastawieni do pracy duszpasterskiej kapłana. W pracy tej dostrzegają pewne korzyści. Podkreślają często, iż chorzy po wizycie księdza w pewnym stopniu zmieniają się; stają się mniej napięci nerwowo i opanowani, co służbie szpitalnej ułatwia pracę. Od pracowników leczenia duszpasterz otrzymuje informacje o stanie zagrożenia chorobowego danego pacjenta, o stanie jego świadomości, względnie o innych danych niezbędnych dla właściwej posługi religijnej. W przypadkach nagłych bywa używany za posługą do umierających. Warto jednocześnie pamiętać, co jest postulatem Krajowego Duszpasterstwa Pracowników Lecznictwa, że duszpasterskie oddziaływanie kapłana w szpitalu, choć dotyczy bezpośrednio pacjentów, to jednak w jakimś stopniu powinno obejmować wszystkich przebywających tam ludzi.

Nie sposób w jednym artykule kusić się o wszechstronne i wyczerpujące nakreślenie pracy duszpasterskiej wśród chorych w szpitalach. Pozwolę sobie jedynie wspomnieć o satysfakcji, jaką daje tego rodzaju posługa. Satysfakcja ta ma w sobie coś, choć nie porównywalnie więcej z satysfakcją żniwiarza, który wraca do domu po wielu godzinach mozolnej pracy. Obok często dużego zmęczenia, zarówno fizycznego, jak i psychicznego, odczuwa się coś więcej niż tylko radość z dobrze wypełnionego zadania. Składa się na to niewątpliwie obok Bożej — jeśli tak można powiedzieć przedpłaty — również świadomość nagminnie doświadczanego zapotrzebowania ludzi chorych na posługę duszpasterską. Tu wprost empirycznie przekonujemy się, jak wielkim skarbem danym Kościołowi przez Chrystusa jest sakrament pokuty, a w nim przeogromna rola spowiedzi. Cierpienia moralne, będąc konsekwencją złe przeżytej przeszłości, w odczuciu niejednego chorego są bardziej dokuczliwe, niż cierpienia wynikające z patologicznych procesów trawiących organizm. Raz po raz duszpasterz chorych jest mimowolnym świadkiem pojednania syna marnotrawnego z Ojcem, czasem po wielu latach bolesnej rozłąki.

Chrystusowe polecenie skierowane do galilejskich rybaków: „Pójdźcie za Mną, a uczynię was rybakami ludzi” (Mt 4, 19) w sposób nieco węższy odnosi się do duszpasterstwa szpitalnego. Łowienie to porównać chyba można do swego rodzaju wędkowania, a w mętnych wodach szpitalnego jeziora, oprócz płoci łowi się i wielkie ryby.