

Wsparcie kapelanów w podejmowaniu decyzji co do leczenia i w rozwiązywaniu związanych z nim problemów etycznych

Jarosław Mikuczewski MDiv MSc MA PhD SJ

Neiswanger Institute for Bioethics, Loyola University, Chicago (Illinois), USA; Akademia Ignatianum, Kraków

Jak cytować: Mikuczewski J.: Wsparcie kapelanów w podejmowaniu decyzji co do leczenia i w rozwiązywaniu związanych z nim problemów etycznych. Med. Prakt. wyd. spec.: Duchowość w medycynie. Opieka duchowa jako niezbędna składowa całościowej opieki nad chorym, 2024: e46–e50

Obejrzyj wykład



Refleksja nad obecnością kapelana w przestrzeni klinicznej staje się w ostatnim czasie przedmiotem intensywnego namysłu. Wydaje się, że dotychczasowe formy posługi duszpasterskiej podejmowane wśród chorych w Polsce napotykają na zasadnicze wyzwania i wymuszają odpowiedź na zmieniające się warunki w przestrzeni klinicznej. Kwestia dotyczy przede wszystkim wymogu profesjonalizacji podejmowanych działań oraz uzyskania przez kapłanów podejmujących posługę w placówkach zdrowia odpowiednich kompetencji oraz akredytacji.

Niniejsze rozważania, których celem jest zasygnalizowanie istotnej roli kapelana w dynamice podejmowania decyzji klinicznych zarówno przez zespół terapeutyczny, jak i samego chorego, składać się będzie z trzech części. W pierwszej uzasadnię obecność kapelana w przestrzeni klinicznej. W drugiej wskażę, jakie ma on zadania wobec chorego. W ostatniej zaś podejmę kwestie wsparcia, jakiego może udzielić zespołowi terapeutycznemu.

Miejsce kapelana w przestrzeni klinicznej

Zachodnia medycyna od początku widziała praktykę lekarską jako szczególne miejsce spotkania z sacrum. Odnosiło się to do przyporządkowania w tradycji starożytnej Grecji odpowiedzialności za dar zdrowia oraz szybki powrót do pełnej sprawności ciała i ducha konkretnym bóstwom. Najważniejszy

z nich był Apollo, nazywany również największym lekarzem. Obok niego w niesienie ulgi w chorobie zaangażowane były takie bóstwa, jak Asklepios, Higieja czy Panakeja.¹ Ojciec zachodniej medycyny Hipokrates, choć spoglądał na praktykę lekarską bardziej z biomedycznego niż duchowego punktu widzenia, zobowiązywał jednak swoich wychowanków, aby na progu swojej kariery lekarskiej przysięgali na wspomniane bóstwa. Podkreślał, by w swojej praktyce widzieli w osobie chorego nie tylko jego ciało, które doświadcza jakiejś konkretnej dysfunkcji, ale również ducha, który stanowi bardzo ważny element jego istnienia.² Hipokrates, tak jak nieco starszy od niego grecki filozof Anaksagoras, upatrywał źródła choroby w sile wyższej, która inicjując pewne procesy, doprowadza do powstania konkretnej dolegliwości fizyczno-psychicznej.² Istotne analogie możemy dostrzec w początkach chrześcijańskiej opieki medycznej. Wówczas to chorych przyjmowano do przestrzeni klasztornej, dostrzegając w ich cierpieniu cierpienie samego Jezusa.³ Rozumienie choroby przez pierwszych chrześcijan wyrastało z założenia, że Bóg jest tym, który – jak mówi księga Powtórzonego Prawa w rozdziale 32 – rani i sam uzdrawia. Elementem, który odróżniał chrześcijańską koncepcję choroby i powrotu do zdrowia od greckiej, była wiara w to, że Bóg w Swoim Synu Jezusie Chrystusie wziął na Siebie wszystkie nasze choroby i że On również cierpi w każdym chorym. Stąd też pierwotną mo-

tywacją chrześcijańskiej opieki medycznej było oddanie czci Bogu w osobie cierpiącego.³ Celem nadrzędnym stawało się nie tyle przywrócenie zdrowia choremu, ile troska o jego osobę ze szczególnym zaakcentowaniem wymiaru duchowego. Wspólnoty zakonne podejmujące w swoich klasztorach osoby chore kierowały się przede wszystkim pragnieniem doprowadzenia ich do jak najlepszej kondycji duchowej, która pozwoliłaby na spokojne, pełne ufności i nadziei przejście do życia wiecznego. Temu właśnie miały służyć przemyślane działania, takie jak projektowanie sal w taki sposób, aby przylegały do kaplic, dzięki czemu chorzy mogli słyszeć odprawiane w niej modlitwy i w miarę możliwości osobiście w nich uczestniczyć. Dodatkowo podopieczni takich miejsc dostawali specjalne ubrania przypominające zakonne habity, a na początku swojego pobytu w klasztornej szpitalu byli zapraszani do podziękowania Bogu i zawierzenia Mu siebie.³ Priorytetem obejmowano pacjentów w stanie agonalnym, czyniąc wszystko, aby im zapewnić możliwość wypowiedzenia się oraz przyjęcia Najświętszego Sakramentu. Aby możliwa była taka troska, w obiektach klasztornych przeznaczonych dla chorych na stałe przebywali bracia, którzy przyjęli święcenia kapłańskie.³ Współczesna zachodnia opieka medyczna wyrasta ze wspomnianej chrześcijańskiej tradycji opieki nad chorymi. Naturalne jest zatem, że w zasadniczy sposób nosi w sobie pamięć szerszej troski o chorego, w której nie tylko wymiar biologiczny ma znaczenie, ale również przestrzeń psychiczno-duchowo-społeczna.³ W konsekwencji uprawnione jest mówienie za Danielem Sulmasym, amerykańskim filozofem i lekarzem, że medycyna jest w istocie praktyką duchową (*spiritual practice*).⁴ Swoje stanowisko argumentuje on faktem, że przeżywanie choroby angażuje całego pacjenta, jego cielesność, psychikę oraz wymiar duchowy. Przejawia się to stawianiem pytań o rzeczywistość transcendentną: „Co mnie czeka po śmierci?” albo „Jaki sens tkwi w doświadczeniu cierpienia i choroby?”, „Jaki jest ostateczny cel ludzkiego życia?”⁴ Proces leczenia jest, jak to ujmują Sulmasy, uzdrawiającą relacją między pacjentem a lekarzem.⁴ Aby się ona mogła dopełnić, niezbędna jest obecność kapelana, który pomoże zarówno usłyszeć potrzeby duchowe chorego, jak i na nie odpowiedzieć.

Wyzwania kapelanii szpitalnej

Przejdźmy zatem do drugiego zagadnienia naszej refleksji, w którym omówię zadania, jakie stoją przed kapelanem w kontekście jego pracy z chorym. Jeśli rozumiemy praktykę medyczną jako praktykę duchową i uznajemy, że w dynamice przeżywania choroby wymiar duchowy jest dla pacjenta fundamentalny, za najważniejsze zadanie kapelana szpitalnego uznamy stanie na straży holistycznej wizji chorego.

O wizję tę kapelan zabiega, wspierając zarówno zespół terapeutyczny, rodzinę chorego, jak i samą osobę doświadczającą kryzysu zdrowia.

Wsparcie takie z oczywistych przyczyn (nie wszyscy pacjenci oraz pracownicy ochrony zdrowia są osobami religijnymi, nawet jeśli uznają przestrzeń duchową za ważny element swojego jestestwa) musi wykraczać poza stricte sakramentalną posługę, taką jak udzielanie rozgrzeszenia, komunii świętej lub namaszczenia chorych. Swoistym rodzajem wsparcia, do jakiego wezwany jest kapelan funkcjonujący w przestrzeni klinicznej, jest towarzyszenie choremu, jego rodzinie oraz zespołowi terapeutycznemu podczas podejmowania decyzji związanych z procesem leczenia.

Każdy z trzech adresatów towarzyszenia wymaga od kapelana wyjątkowego, zindywidualizowanego podejścia. Zanim je opiszę, chciałbym podkreślić celowość użytego przeze mnie stwierdzenia – towarzyszenie choremu, rodzinie, zespołowi. Dostępna literatura przedmiotu oraz osobiste doświadczenie jako etyka medycznego i kapelana potwierdzają, że najważniejszym wsparciem, jakiego może on udzielić w przestrzeni klinicznej, jest towarzyszenie.⁵ Funkcjonująca przez długi czas paternalistyczna dynamika kapelanii szpitalnej, która odznaczała się autorytarnym i dyrektywnym modelem komunikowania się z chorym, rodziną oraz zespołem terapeutycznym, często nie przynosiła oczekiwanego rezultatu. Dodatkowo była źródłem wielu napięć, zwłaszcza na płaszczyźnie kapelan–zespół terapeutyczny. Działo się tak, ponieważ rzeczywistość spotkania z pacjentem, rodziną oraz zespołem była konstruowana z pozycji hierarchii oraz władzy, a nie epistemologicznej pokory, kompetencji oraz empatii. Wsparcie, jakiego udziela kapelan choremu, jego rodzinie, jak również

zespółowi terapeutycznemu, powinno przybierać formę towarzyszenia, w którym wspomniane wcześniej trzy elementy: pokora, kompetencja oraz empatia odgrywać będą fundamentalną rolę.

Wsparcie chorego

Przejdźmy zatem do charakterystyki wsparcia kapelana udzielanego choremu podczas podejmowania decyzji odnoszącej się do procesu leczenia.

W takim scenariuszu kapelan spotyka się z osobą doświadczającą kryzysu zdrowia, która w związku z tą sytuacją przeżywa lęk oraz nosi wiele pytań. Często dotyczą one kwestii leczenia oraz związanych z nim trudności duchowych. Zadaniem kapelana jest wówczas przede wszystkim stworzenie przestrzeni do swobodnego zwerbalizowania przez chorego jego obaw i wątpliwości.

Często wykorzystuje się w tym celu metody aktywnego słuchania. Istotne jest, aby kapelan w procesie wspierania chorego odznaczał się epistemologiczną pokorą. Postawa taka ujawnia się w uznaniu i przyjęciu ograniczoności swojej wiedzy i kompetencji, a równocześnie w zachowaniu otwartości na nieustanny proces uczenia się i poszerzania swojego rozumienia konkretnych zagadnień.

W praktyce kapelana szpitalnego pokora epistemologiczna polega na mądrym zarysowaniu i komunikowaniu choremu zakresu swoich kompetencji. Kapelan bardzo często nie posiada wykształcenia medycznego ani farmaceutycznego. Dysponuje jednak konkretną wiedzą z zakresu teologii, filozofii oraz psychologii.

Wątpliwości lub obawy pacjenta odnoszące się do konkretnego planu leczenia powinny być podejmowane przez kapelana w sposób rozważny, tak by nie wprowadzać niepotrzebnego i często szkodliwego niepokoju u chorego lub jego rodziny. Towarzyszenie, do jakiego wezwany jest kapelan w przestrzeni klinicznej, nie upoważnia go do uzurpacji kompetencji przynależnych zespołowi terapeutycznemu, nie powinno również prowadzić do ich podważania. Przeciwnie: kapelan powinien mądrze wzmacniać więź zaufania między chorym a lekarzem, równocześnie proponując modlitwę w intencji personelu.

Kolejnym elementem wspierającym pacjenta w decyzji co do leczenia jest pomoc kapelana w zlokalizowaniu, nazwaniu oraz rozwiązaniu ewentual-

nych wątpliwości moralnych związanych z proponowanym sposobem leczenia. Sytuacja taka może się pojawić wówczas, gdy chory czuje presję, aby wyrazić zgodę na wątpliwe moralnie, w jego ocenie, działania terapeutyczne. Niniejszy artykuł nie służy opisywaniu takich scenariuszy. Skupię się jedynie na pewnym schemacie postępowania przy towarzyszeniu pacjentowi doświadczającemu podobnych trudności.

Istotne są tutaj następujące kroki. Przede wszystkim należy w miarę precyzyjnie zlokalizować działanie, które budzi wątpliwość moralną. Pacjent ma prawo być nieprecyzyjny w tym aspekcie, dlatego kapelan poprzez zadawanie pytań powinien dążyć do uściślenia tematu. Możliwe, że obawa, jaką żywi pacjent w związku z proponowanym leczeniem, odnosi się jedynie do pewnych jego elementów, a nie do całości planu. Wówczas, i jest to kolejny krok, jaki powinien podjąć kapelan, warto uświadomić pacjentowi ten fakt i zachęcić go do rozmowy z lekarzem prowadzącym. Jeśli wątpliwość jest uzasadniona i nie ma możliwości wyboru innej terapii, rolą kapelana jest umocnienie pacjenta w decyzji zgodnej z jego sumieniem i przyjętym kodem moralnym.

Ostatecznie kapelan wezwany jest do bycia świadkiem nadziei zakotwiczonej w Bogu. Powinien, czerpiąc ze swojej wiedzy teologicznej i pastoralnej, umocnić chorego w przekonaniu o nieustannej Bożej opiece i wsparciu, jakiego Bóg pragnie mu udzielić. Dodatkowo ma mądrze przypominać, że każda osoba znajduje się w „czułych rękach Ojca”, z których nic nie jest w stanie jej wyrwać, oraz że najwyższą wartością jest życie w wieczności, do którego każdy człowiek jest wezwany i do którego zmierza.

Mądre podjęcie tematu spraw ostatecznych stanowi ważny element towarzyszenia choremu, do którego kapelan jest przygotowywany podczas swojej formacji intelektualnej oraz duchowej. Wspieranie chorego w podejmowaniu decyzji odnośnie do leczenia, wymaga od kapelana postawy empatycznej. Choć w powszechnym rozumieniu słów „empatia” i „współczucie” używa się zamiennie, to zdaniem wielu autorów, nie są one całkowicie tożsame. Współczucie wiąże się z odczuwaniem tego samego, co czuje druga osoba. Empatia jest natomiast byciem przy kimś i jego uczuciach.

Do tej drugiej postawy wezwany jest kapelan jako towarzysz na drodze przeżywania kryzysu zdrowia przez pacjenta. Postawa empatyczna w sytuacji towarzyszenia w podejmowaniu decyzji związanych z procesem leczenia przejawia się w byciu dostępnym dla chorego oraz w umożliwieniu mu autentycznego przeżywania swoich uczuć.

Ważne w tym aspekcie jest uwrażliwienie na to, że często w dynamice kryzysu zdrowia pojawia się nieuświadomione uczucie gniewu na Boga, którego obwinia się o przeżywane cierpienie. Chory może również uważać, iż doświadczenie kryzysu zdrowia jest karą za jego grzechy. W takich sytuacjach kapelan, wezwany do empatycznego towarzyszenia pacjentowi, powinien wskazać te fragmenty Pisma Świętego, które w wyraźny sposób pokazują Boga jako ztroskanego, kochającego ojca, a nie mściwego demiurga. Ważnym elementem jest umożliwienie pacjentowi przeżycia sakramentalnego pojednania się z Bogiem poprzez spowiedź. Dobrze jednak, aby motywacją chorego była raczej miłość ku Stwórcy, a nie lęk i obawa przed karą.

Kapelan może dodatkowo wskazać choremu pomocne formy modlitwy, na przykład polecić mu lekturę Księgi Psalmów, w której pacjent może odnaleźć podobne do swoich napięcia duchowe oraz odpowiednią formę komunikowania się z Bogiem. Dodatkowo empatyczne towarzyszenie choremu może nieść zachętę do uczestnictwa w spotkaniach grup wsparcia modlitewnego oraz duchowego, które kapelan może organizować w konkretnych placówkach opieki medycznej.

Wsparcie zespołu terapeutycznego

Opisane wyżej zadania kapelana wobec pacjenta mierzącego się z dylematami moralnymi związanymi z proponowaną terapią w zasadniczej części pokrywają się z tymi, które winien on realizować wobec zespołu terapeutycznego.

Wsparcie, jakiego udzieli, powinno się również odznaczać epistemologiczną pokorą, kompetencją oraz empatią.

Zespół terapeutyczny, który się podejmuje zadania diagnostyki oraz terapii chorego, napotyka wiele wyzwań natury etycznej. Przypomnijmy, że według myśli Sulmasy'ego medycyna jest

praktyką duchową, która w procesie uzdrawiania chorego konfrontuje się nie tylko z jego ciałem, ale również z wymiarem duchowym. Dodatkowo uznając za Edmundem Pellegrino cztery poziomy dobra pacjenta: dobro medyczne, dobro indywidualne, dobro osoby ludzkiej oraz dobro duchowe,⁶ trzeba podkreślić, że to ostatnie stoi najwyższe w hierarchii. W związku z tym zespół terapeutyczny, napotykając wyzwania natury etycznej lub duchowej, w uprawniony sposób może szukać wsparcia wśród kapelanów szpitalnych. Podobnie jak w przypadku wsparcia chorego, i tu kapelan może pomóc zespołowi w precyzyjnym zlokalizowaniu i nazwaniu wątpliwości etycznych, osadzając je w konkretnej moralności chrześcijańskiej. Ważne jest, aby zespół terapeutyczny był przekonany, że kapelan ma odpowiednie kompetencje do realizacji tego zadania i że zasadą jego funkcjonowania nie jest bycie w opozycji do lekarzy lub ich upominanie, ale mądre towarzyszenie.

Istotnym elementem wsparcia zespołu jest otwarcie na indywidualne rozmowy, podczas których kapelan ma szansę na głębsze poznanie wyjątkowych, moralnych dylematów lekarzy, pielęgniarek oraz pozostałego personelu medycznego. To właśnie podczas takich indywidualnych spotkań kapelan ma szansę rozpoznać wyzwania moralne związane z konkretnymi procedurami medycznymi oraz obciążenie duchowe, jakie niesie ich wdrożenie.

Osobną przestrzenią wsparcia zespołu terapeutycznego jest pomoc w mediacjach z pacjentem oraz jego rodziną. W takim scenariuszu kapelan może pomóc znaleźć wspólną płaszczyznę dialogu między wspomnianymi podmiotami tak, aby zarówno informacja o proponowanej terapii, jak i związane z nią obawy pacjenta, powstałe na gruncie jego światopoglądu religijnego, miały szansę być jasno wyartykułowane i uszanowane. Aby tak się stało, kapelan powinien sięgnąć po odpowiednie narzędzia. Przede wszystkim, jak już wcześniej wspomniano, trwa on na straży holistycznej wizji pacjenta, działać zatem będzie głównie w kierunku wzmocnienia i ochrony jego wymiaru duchowego.

Przed kapelanem stoi z jednej strony zadanie rozpoznania duchowych wyzwań, z jakimi się mierzy pacjent w kontekście proponowanego leczenia, z drugiej zaś ustalenia, czy faktycznie stanowią one poważne zagrożenie moralne. Znając światopogląd

chorego oraz jego wartości, może się on stać ich orędownikiem w relacji z zespołem terapeutycznym.

Równocześnie dzięki utrzymywaniu dobrych relacji z zespołem terapeutycznym i znajomości systemu wartości jego członków kapelan może pomóc uniknąć powierzchownej oceny i wzajemnej nieufności na linii lekarz–pacjent. Doceniając fakt, iż nadrzędną zasadą zespołu terapeutycznego powinno być dobro pacjenta, może podkreślać, że jednym z elementów dobrostanu chorego jest integralność duchowa, którą się osiąga, działając w zgodzie z własnym sumieniem. W konsekwencji podejmowane działania terapeutyczne, które naruszają sumienie pacjenta, choć mogą poprawić jego kondycję fizyczną, w ostatecznym rozrachunku nie prowadzą go do harmonijnego powrotu do zdrowia.

Opisana powyżej pomoc kapelana wpisuje się w istotne zadanie stojące przed zespołem terapeutycznym, jakim jest otwarcie się na dialogiczny model podejmowania decyzji przez chorego. W literaturze anglojęzycznej taką dynamikę określa się terminem *shared-decision making*. Istotnym jej elementem jest wzajemna komunikacja między pacjentem a zespołem terapeutycznym.⁷ Na jej usprawnienie może wpływać mądre towarzyszenie kapelana, którego działanie może być katalizatorem wspólnego podejmowania decyzji. W praktyce dotyczy to zachęcania pacjenta do postawy otwartości wobec zespołu, jak również zaproszenia go do modlitwy w jego intencji oraz uwrażliwianie personelu medycznego na potrzebę holistycznego spojrzenia na chorego z uwzględnieniem wymiaru duchowego jego istotnego i integralnego elementu.

Zakończenie

Kapelan szpitalny odgrywa istotną rolę zarówno we wspieraniu pacjenta podejmującego decyzję co do leczenia, jak i w rozwiązywaniu związanych z nim problemów etycznych. Jak zostało to przedstawione w niniejszym tekście, ważnym elementem w tej dynamice jest podjęcie przez kapelana postawy towarzyszącej, w której kluczowe są: pokora epistemologiczna, kompetencja oraz empatia. To dzięki nim możliwe jest nie tylko właściwe rozpoznanie moralnych obaw pacjenta związanych z procesem leczenia, lecz również głębsze zrozu-

mienie narracji lekarzy oraz personelu medycznego. We wszystkich swoich działaniach kapelan szpitalny powinien stać na straży holistycznej wizji pacjenta oraz dialogicznego procesu podejmowania decyzji klinicznych.

Mam nadzieję, że niniejsza refleksja będzie zachętą do pogłębionej rozmowy na temat roli kapelana we współczesnej przestrzeni klinicznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Magner L.N., Kim O.J.: A history of medicine. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group 2018
2. Miles S.H.: The hippocratic oath and the ethics of medicine. Oxford–New York: Oxford University Press 2004
3. Foreman M.W., Leonard L.C.: Christianity and modern medicine foundations for bioethics. Grand Rapids: Kregel Academic 2022
4. Sulmasy D.P.: The rebirth of the clinic: An introduction to spirituality in health care. Washington: Georgetown University Press 2006
5. Dorfman W.: Anatomy of an illness as perceived by the patient. *Psychosomatics*, 1980; 21: 784–785
6. Pellegrino E.D., Miller D.C., Thomasma D.C.: The Christian virtues in medical practice. Washington: Georgetown University Press 1996
7. Lantos J.D.: Shared decision making, truth telling, and the recalcitrant family. W: Lantos J.D., red.: The ethics of shared decision making. New York: Oxford University Press 2021: 179–190