

# DUCHOWE UWARUNKOWANIA OPIEKI NAD PACJENTEM

pod redakcją  
Ewy Baum, Arkadiusza Nowaka,  
Marii Nowosadko, Katarzyny B. Głodowskiej



Poznań 2022

**Monografia powstała pod patronatem:**

Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego

© Copyright by Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Poznań 2022

© Copyright of the graphic design by Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2022

Monografia została wydana dzięki grantowi edukacyjnemu  
firmy **Gilead Sciences Poland**

**DUCHOWE  
UWARUNKOWANIA  
OPIEKI NAD  
PACJENTEM**

# Wykaz autorów

## Dr Stanisław Antczak

Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

## Dr hab. Ewa Baum, prof. UMP

Zakład Filozofii Medycyny i Bioetyki,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

## Dr Aleksandra Bendowska

Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

## Dr Martyna Borowczyk

Zakład Symulacji Medycznej,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

## Dr Katarzyna Cieślak

Centrum Symulacji Medycznej,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

## Dr Jakub Gierczyński

Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia,  
Uczelnia Łazarskiego

## Dr Katarzyna B. Głodowska

Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

## Mgr Igor Grzesiak

Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

## Dr Andrzej Guzowski

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej,  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

## Dr Maciej Klimasiński

Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

## Prof. dr hab. Małgorzata Krajnik

Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej,  
*Collegium Medicum* w Bydgoszczy  
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

## Dr Patrycja Marciniak-Stepak

Klinika Onkologii, Hematologii  
i Transplantologii Pediatrycznej,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
Zakład Symulacji Medycznej,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

## Dr Monika Matecka

Zakład Terapii Zajęciowej,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

## Ks. dr Arkadiusz Nowak

Katedra Humanizacji Medycyny i Seksuologii,  
Instytut Nauk o Zdrowiu,  
Uniwersytet Zielonogórski  
Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

## Dr Maria Nowosadko

Studium Języków Obcych,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

## Ks. Ireneusz Sajewicz

Zakon Posługujących Chorym –  
Ojcowie Kamilianie

## Dr Bogusław Stelcer

Katedra Żywienia Człowieka i Dietetyki,  
Uniwersytet Przyrodniczy  
im. Augusta Cieszkowskiego w Poznaniu  
Katedra i Zakład Psychologii Klinicznej,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

## Dr hab. Magdalena Środa, prof. UW

Zakład Etyki,  
Uniwersytet Warszawski

## Dr Agnieszka Żok

Zakład Filozofii Medycyny i Bioetyki,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych,  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

# **DUCHOWE UWARUNKOWANIA OPIEKI NAD PACJENTEM**

pod redakcją  
Ewy Baum, Arkadiusza Nowaka,  
Marii Nowosadko, Katarzyny B. Głodowskiej

Poznań 2022

## Duchowe uwarunkowania opieki nad pacjentem

pod redakcją Ewy Baum, Arkadiusza Nowaka, Marii Nowosadko, Katarzyny B. Głodowskiej

### Recenzje:

prof. dr hab. med. Elżbieta Krajewska-Kułak

ks. prof. dr hab. Mirosław Kalinowski

© Copyright by Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Poznań 2022

© Copyright of the graphic design by Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego  
w Poznaniu, Poznań 2022

Żaden z fragmentów książki nie może być publikowany w jakiegokolwiek formie bez wcześniejszej pisemnej zgody wydawcy. Dotyczy to także fotokopii i mikrofilmów oraz nagrywania, a także rozpowszechniania za pośrednictwem nośników elektronicznych.

Monografia powstała pod patronatem:

Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

*Collegium Medicum* Uniwersytetu Zielonogórskiego

Poznań 2022

Wydanie I

Skład i łamanie: Termedia Wydawnictwa Medyczne

### **TERMEDIA**

Termedia Wydawnictwa Medyczne

ul. Kleberga 2


61-615 Poznań

tel./faks +48 61 822 77 81

e-mail: [termedia@termedia.pl](mailto:termedia@termedia.pl)

<http://www.termedia.pl>

Monografia została wydana dzięki grantowi edukacyjnemu

firmy Gilead Sciences Poland  **GILEAD**  
Creating Possible

ISBN: 978-83-7988-401-8

# Spis treści

Słowo od redaktorów . . . . .	7
Słowo o redaktorach . . . . .	9

## CZĘŚĆ I. ASPEKTY TEORETYCZNE

<i>Ewa Baum, Stanisław Antczak</i> Kultura – religia – duchowość . . . . .	15
<i>Andrzej Guzowski</i> Filozofia a duchowość . . . . .	31
<i>Katarzyna Cieślak, Maria Nowosadko</i> Elementy duchowości w edukacji medycznej w kontekście psychologicznym . . . . .	41
<i>Jakub Gierczyński, Igor Grzesiak</i> Duchowość – perspektywa systemu ochrony zdrowia . . . . .	59
<i>Aleksandra Bendowska, Ewa Baum</i> Duchowość studentów kierunków medycznych a postrzeganie współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych . . . . .	81
<i>Agnieszka Żok</i> Aktywność fizyczna jako składowa rozwoju duchowego. . . . .	97

## CZĘŚĆ II. OPIEKA DUCHOWA NAD PACJENTEM

<i>Bogusław Stelcer</i> Duchowość jako wymiar zdrowia . . . . .	111
<i>Martyna Borowczyk</i> W poszukiwaniu odpowiedzi... Rola duchowości pacjentów w procesie terapeutycznym . . . . .	131
<i>Maciej Klimasiński</i> Jak uczyć i mówić o duchowości pacjenta z perspektywy zawodów medycznych? . . . . .	147
<i>Monika Matecka</i> Duchowość i religijność w radzeniu sobie z chorobą przewlekłą . . . . .	161



<i>Patrycja Marciniak-Stępak</i>	
Wpływ duchowości i zasobów wewnętrznych u dzieci i nastolatków na akceptację choroby przewlekłej . . . . .	173
<i>Arkadiusz Nowak</i>	
Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej . . . . .	185
<i>Ireneusz Sajewicz, Arkadiusz Nowak</i>	
Istota powinności kapelana szpitalnego . . . . .	201
<i>Magdalena Środa</i>	
Duchowość i etyka poza religią . . . . .	215

### CZĘŚĆ III. ROZMOWY Z NAJWAŻNIEJSZYMI PRZEDSTAWICIELAMI KOŚCIOŁÓW I ZWIĄZKÓW WYZNANIOWYCH

Rozmowa z Księdzem Arcybiskupem Metropolitą Gnieźnieńskim i Prymasem Polski Wojciechem Polakiem . . . . .	229
Rozmowa z Jego Eminencją, Wielce Błogosławionym Sawą, Prawosławnym Metropolitą Warszawskim i całej Polski . . . . .	232
Rozmowa z Naczelnym Rabinem Polski Michaeliem Schudrichem . . . . .	234
Rozmowa z Przewodniczącym Rady Naczelnej Ligi Muzułmańskiej w Rzeczypospolitej Polskiej, Imamem Youssefem Chadidem . . . . .	236
Rozmowa z Przewodniczącym Buddyjskiego Związku Diamentowej Drogi Linii Karma Kagyu w Polsce Michałem Siwkim . . . . .	240

### CZĘŚĆ IV

<i>Ewa Baum, Maria Nowosadko</i>	
Zestaw praktycznych pytań dotyczących wymiaru duchowego, które mogą pełnić funkcję pomocniczą podczas rozmowy z pacjentem . . . . .	245
<i>Arkadiusz Nowak</i>	
Aspekty praktyczne realizacji prawa do opieki duszpasterskiej . . . . .	247
<i>Małgorzata Krajnik, Maciej Klimasiński</i>	
Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie . . . . .	249



# Słowo od redaktorów

Przekonanie o znaczeniu czynnika duchowego w życiu człowieka i jego pozytywnym wpływie na przebieg procesu terapeutycznego stało się inspiracją do przygotowania monografii, która ma nie tylko wymiar teoretyczny, lecz także praktyczny. Jej celem jest uświadomienie członkom personelu medycznego, zaangażowanego w organizowanie i sprawowanie opieki nad pacjentem, znaczenia wymiaru duchowego dla pozytywnego przebiegu procesu terapeutycznego. Monografia nawiązuje w treści i formie do wydanej w 2019 r. książki zatytułowanej *Kulturowe uwarunkowania opieki nad pacjentem*, pod redakcją Katarzyny B. Głodowskiej, Ewy Baum, Rafała Staszewskiego i Ewy Murawskiej. Obejmuje część I, teoretyczną, wprowadzającą do problematyki duchowości, część II, ukazującą różne wymiary opieki duchowej nad pacjentem, część III, w której zawarte są wywiady z uznanymi autorytetami z wybranych kręgów religijnych, oraz finalnie część IV, praktyczną, zawierającą wskazówki dotyczące formułowania pytań, które uwzględniają czynnik duchowy i zarazem mogą pełnić funkcję pomocniczą, być wskazówką podczas prowadzenia rozmowy z pacjentem.

Gwałtowny postęp naukowy i technologiczny przyczynia się do dehumanizacji wielu dziedzin życia, również medycyny. Jesteśmy przekonani, że przywrócenie należnego miejsca każdemu z aspektów opieki nad pacjentem przyczyni się zarówno do poprawy relacji personelu medycznego z pacjentem, jak i większego komfortu pracy wszystkich osób zaangażowanych w sam proces leczenia.

Doceniamy otwartość Autorytetów reprezentujących różne religie i wyznania, którzy zgodzili się na przeprowadzenie niezwykle inspirujących wywiadów. Dało nam to możliwość zaprezentowania różnych perspektyw podejmowanego w monografii tematu.

Prezentowana monografia jest przeznaczona zarówno dla personelu medycznego, jak i grona psychologów, etyków, socjologów, pedagogów, filozofów, studentów, a przede wszystkim pacjentów i członków ich rodzin. Aspekt duchowy jest nieodłącznym wymiarem jakości życia i jako taki powinien być pożądanym oraz uwzględnionym w funkcjonowaniu holistycznego modelu opieki nad chorym. Ważne jest dostrzeżenie konieczności podejmowania dyskusji nad sposobami realizowania tego wymiaru opieki nad pacjentem również w zakresie edukacji medycznej. Nie można tego dokonać bez poszerzenia perspektywy rozumienia terminu „duchowość” o szerszy kontekst. To zadanie, choć w jakimś stopniu, stawia sobie za cel prezentowana książka, którą z radością oddajemy w Państwa ręce.

*Ewa Baum, Arkadiusz Nowak, Maria Nowosadko, Katarzyna B. Głodowska*



# Słowo o redaktorach



Ewa Baum

Doktor habilitowany nauk o zdrowiu, profesor UMP i kierownik Katedry Nauk Społecznych i Humanistycznych Uniwersytetu im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Jej zainteresowania naukowe dotyczą kwestii związanych z ekspansywnym rozwojem biomedycyny oraz kontekstami etycznymi i prawnymi, które są implikowane przez te wydarzenia. W szczególności zaś konsekwencjami rozwoju współczesnej transplantologii, medycyny regeneracyjnej i dializoterapii, a także jakości życia pacjentów chorych przewlekle oraz ich subiektywnych oczekiwań w zakresie pomocy medycznej, psychologicznej i społecznej, ze szczególnym uwzględnieniem aspektu duchowego. Autorka książek, w tym m.in.: *Komórki macierzyste jako bioetyczny problem współczesnej medycyny* (2010) czy *Jakość życia chorych poddawanych terapii nerkozastępczej* (2017), oraz ponad setki artykułów opublikowanych w czasopismach krajowych i zagranicznych, redaktor wielu publikacji. Laureatka nagród naukowych, np. nagrody za najlepszy abstrakt dotyczący hemodializy przyznawany przez International Society for Hemodialysis (USA, 2015), oraz nagród dydaktycznych, w tym nagrody dla Wykładowcy Roku 2018 na UMP w Poznaniu. Nauczyciel akademicki prowadzący zajęcia polskojęzyczne oraz anglojęzyczne z przedmiotów etycznych, bioetycznych, a także związanych z wielokulturowością i nowoczesną dydaktyką medyczną. Absolwentka programu „Master of didactics in excellent teaching” w Aarhus University w Danii (2020). Członek międzynarodowych zespołów badawczych oraz towarzystw, m.in. The European Society for Philosophy of Medicine and Health Care, Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, Instytucji Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej oraz Zespołu ds. Polityki na rzecz Integracji Imigrantów i Imigrantek w Poznaniu, a także jedna z pomysłodawczyń podpisania listu intencyjnego w zakresie pracy z pacjentem wywodzącym się z odmiennego kręgu kulturowego oraz realizatorka cyklu szkoleń przeciwdziałających wykluczeniu społecznemu.



ks. Arkadiusz Nowak

Prezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Adiunkt w Katedrze Humanizacji Medycyny i Seksuologii *Collegium Medicum* Uniwersytetu Zielonogórskiego. Od 2022 r. przewodniczący Rady Organizacji Pacjentów przy Ministrze Zdrowia. Jest członkiem Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich oraz Grupy Roboczej ds. Potrzeb Pacjentów przy Agencji Badań Medycznych. W latach 2007–2017 był w Polsce prowincjałem Zakonu Posługujących Chorym – Ojcowie Kamilianie. Prekursor walki o prawa osób żyjących z HIV/AIDS. Przez wiele lat pełnił funkcję pełnomocnika ministra zdrowia ds. AIDS i narkomanii. Współautor dokumentów strategicznych dotyczących polityki państwa w zakresie HIV/AIDS i innych chorób cywilizacyjnych. Uhonorowany wieloma nagrodami i odznaczeniami, m.in. nagrodą Sekretarza Generalnego ONZ „Race Against Poverty Award” za walkę z nietolerancją, ksenofobią i rasizmem.



## Maria Nowosadko

Wykładowca akademicki, kierownik Studium Języków Obcych na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, doktor nauk teologicznych w zakresie teologii duchowości, magister filologii polskiej, psychoterapeuta. Prowadzi zajęcia m.in. w zakresie komunikacji z pacjentem, umiejętności społecznych, pracy z pacjentami odmiennymi kulturowo. Jej zainteresowania naukowe są związane z rolą języka w komunikacji i budowaniu porozumienia z pacjentem, komunikacji z pacjentem. Pracuje również jako psychoterapeuta osób dorosłych i młodzieży oraz trener w zakresie umiejętności interpersonalnych (trening interpersonalny i intrapsychiczny).



## Katarzyna B. Głodowska

Doktor nauk o zdrowiu, adiunkt w Katedrze Nauk Społecznych i Humanistycznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, członek Rady ds. E-zdrowia w Pielęgniarstwie w Centrum Systemów Informatyzacji Ochrony Zdrowia w Warszawie, członek Zespołu ds. Polityki na rzecz Integracji Imigrantów i Imigrantek w Poznaniu powołanego przy Prezydencie Miasta Poznania. Kierownik i koordynator sześciu międzynarodowych projektów naukowo-badawczych związanych z historią medycyny i etyką zawodową, a od roku akademickiego 2015/2016 kierownik projektu „Cztery religie, cztery kultury. Transkulturowa opieka medyczna w obliczu narodzin i śmierci”. W latach 2016–2018 główny wykonawca grantu finansowanego w ramach NCBiR MEDI+: Centrum Doskonalenia Kompetencji Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, w ramach którego powstały pierwsze w Polsce autorskie zajęcia dla studentów czterech kierunków: lekarskiego, pielęgniarstwa, położnictwa, fizjoterapii. Doświadczenie dydaktyczne i naukowe zdobyła dzięki odbytym stażom w takich jednostkach, jak: Uniwersytet Medyczny w Grodnie (Białoruś), Uniwersytet w Bremie (Niemcy), Uniwersytet w Hamburgu (Niemcy), Miejsce Pamięci i Edukacji Dom Konferencji w Wannsee (Niemcy), Instytut Yad Vashem w Jerozolimie (Izrael). Jej zainteresowania badawcze oscylują wokół historii medycyny, etyki zawodowej, telemedycyny i nowoczesnych technologii, budowania zespołów interdyscyplinarnych i wielokulturowości w medycynie.

**CZEŚĆ I  
ASPEKTY  
TEORETYCZNE**



Ewa Baum, Stanisław Antczak

# Kultura – religia – duchowość



## W tym rozdziale:

Wprowadzenie . . . . .	15
Szok kulturowy . . . . .	16
Rola czynnika kulturowego w procesie rozwiązywania problemów społecznych . . . . .	17
Czym jest kultura? . . . . .	18
Religia i jej znaczenie dla jednostki i grupy . . . . .	20
Obecność pierwiastka duchowego w religii . . . . .	23
Duchowość czy religia? . . . . .	24
Podsumowanie . . . . .	25



# Kultura – religia – duchowość

## Wprowadzenie

Współczesny świat, poszczególne kontynenty czy pojedyncze państwa stanowią swoiste mozaiki kulturowe. Odrębności w tym zakresie mają często odległą metrykę, tj. są mniej lub bardziej głęboko zakorzenione w przeszłości bądź stanowią efekt procesów migracyjnych. Procesy te z większym lub mniejszym napięciem towarzyszą ludzkości od zarania jej dziejów. Od dawien dawna ludzie żyli i żyją często w otoczeniu „Innych” (Kapuściński, 2006). Różnili i różnią się od siebie wyglądem fizycznym i ubiorem. Także obyczajami i zachowaniami, zarówno w przestrzeni publicznej, jak i w zaciszu domowym. Różnice te dotyczą również sposobów komunikowania się, werbalnych i niewerbalnych, jak też praktyk związanych z przynależnością do odmiennych wspólnot religijnych. Funkcjonowanie w środowisku wielokulturowym sprawia, że kontakty z Innymi stają się doświadczeniami o charakterze interkulturowym (Johnson, 1998).

W przeszłości w Europie różnice na tle wyznaniowym były niejednokrotnie przyczyną krwawych konfliktów (Niemcy, Francja, Anglia) (Mackenney, 1997), chociaż nie brakuje także przykładów pokojowego współżycia różnych wyznań (Rzeczpospolita; Sucheni-Grabowska, 1988). W czasach nam bliższych czynnikiem sprawczym wielu tragicznych konfliktów skutkujących eksterminacją lub wygnaniem był nacjonalizm (Altermatt, 1997). Współcześnie Europa jest kontynentem, którego mieszkańcy wypracowali podstawy prawne poszanowania odmienności, także kulturowych, i ich ochrony za pomocą takich instrumentów,

jak Europejska Konwencja o Ochronie Podstawowych Praw i Wolności z 1950 r. Jej postanowienia są egzekwowane przez Europejski Trybunał Praw Człowieka urzędujący w Strasburgu (Kuźniar, 2000; Schaw, 2000). Szczególną przestrzeń, w ramach której chronione są prawa mniejszości, stanowi Unia Europejska. Na straży tych praw stoi nie tylko Komisja Europejska, ale przede wszystkim Europejski Trybunał Sprawiedliwości z siedzibą w Luksemburgu (Komisja Europejska, Dyrekcja Generalna ds. Komunikacji Społecznej, 2017).

W praktyce koegzystencja w Europie ludzi i wspólnot odmiennych kulturowo kształtuje się pod wpływem codziennych doświadczeń w kontaktach interkulturowych z Innymi. Są oni obecni w przestrzeni europejskiej, a procesy migracyjne, motywowane różnymi przyczynami, trwają nieustannie. Obok migracji wewnętrznych w obszarze Unii Europejskiej trwa z mniejszym lub większym natężeniem nieustanny napływ z zewnątrz ludzi należących do odmiennych od zachodniego kręgów kulturowych (Castels, Miller, 2011). Największy strumień imigrantów napływa z krajów muzułmańskich, które skądinąd same stanowią złożone mozaiki kulturowe, często wewnętrznie silnie zróżnicowane. Należy pamiętać, że wyznawców islamu dzielą nie tylko różnice wynikające z istniejących w islamie rozłamów, np. na sunnitów i szytów (Górak-Sosnowska, Cegielski, 2016). Odmiennościami wyznaniowymi towarzyszą, ważne zwłaszcza w praktyce życia codziennego, różnice w sferze lokalnych obyczajów związane np. ze sposobem ubierania czy modelem życia rodzinnego. Odnoszą się także do relacji między jednostką a grupą czy zakresu ograniczenia praw kobiet w wielu wspólnotach imigranckich, które zamieszkują często getta etniczne powstałe w wyniku dążeń do osiedlania się nowych imigrantów wśród swoich, którzy przybyli tam wcześniej (Pécoud, 2017).

## Szok kulturowy

Jedną z najpoważniejszych konsekwencji kontaktu międzykulturowego jest zjawisko szoku kulturowego.

Jedną z najpoważniejszych konsekwencji kontaktu międzykulturowego jest zjawisko szoku kulturowego. Doświadczają go ludzie, którzy wyjeżdżają za granicę i trafiają do obcego, tj. zasadniczo odmiennego od własnego środowiska społeczno-kulturowego. Nagle okazuje się, że trudno im odnaleźć się w nowym środowisku, ponieważ zawodzą w nim dotychczasowe umiejętności w sferze komunikowania

się z otoczeniem. Obowiązują bowiem inne sposoby myślenia i umiejętności społeczne, co wywołuje poczucie bezradności. Jego głównym powodem jest

nieznajomość miejscowych sposobów komunikowania się, zwłaszcza w sferze niewerbalnej (Hofstede, Hofstede, Minkov, 2011). Z czasem zazwyczaj następuje proces adaptacji do nowego środowiska, a kluczem do niego jest przede wszystkim zapoznanie się z regułami postępowania obowiązującymi w nowym otoczeniu. Szczególnie ważne dla pomyślnego przebiegu tego procesu jest przyswojenie sobie niektórych elementów miejscowego systemu wartości, co pomaga w odnalezieniu się w nowej rzeczywistości kulturowej (Marx, 2000). Warto dodać, że osoby dotknięte szokiem kulturowym odczuwają często poważne dolegliwości zdrowotne, takie jak ból głowy czy wzrost ciśnienia (Luzbetak, 1998).

Osoby dotknięte szokiem kulturowym odczuwają często poważne dolegliwości zdrowotne, takie jak ból głowy czy wzrost ciśnienia.

## Rola czynnika kulturowego w procesie rozwiązywania problemów społecznych

Do roli kultury jako czynnika wyjaśniającego odmienności w zachowaniach różnych społeczeństw i klucza do zrozumienia tych odmienności zaczęto przywiązywać większą wagę od lat 40. i 50. XX wieku. Po przejściowym osłabieniu tego trendu ponowny wzrost zainteresowania kulturą jako czynnikiem ułatwiającym zrozumienie różnych aspektów funkcjonowania społeczności ludzkich nastąpił w latach 90. tego stulecia. Można wskazać bardzo wiele przedsięwzięć i projektów z rozmaitych dziedzin życia społecznego, których realizacja i powodzenie wymaga konsultacji specjalistów z zakresu wiedzy o kulturze. Dotyczy to takich kwestii, jak planowanie urbanistyczne, doskonalenie metod w rolnictwie i przełamywanie oporu wobec koniecznych zmian technicznych, poradnictwo sądowe i legislacyjne czy planowanie inwestycji i eksploatacji bogactw naturalnych stwarzających pole do konfliktów z wartościami i potrzebami ludów tubylczych. Kompetencje w zakresie znajomości różnic kulturowych nabierają szczególnego znaczenia przy rozwiązywaniu problemów, jakie rodzi masowa migracja, opracowywanie programów uchodźczych czy budowanie poprawnych relacji z mniejszościami narodowymi, etnicznymi i religijnymi.

Uwzględnienia wpływu czynnika kulturowego wymaga skuteczne świadczenie opieki zdrowotnej i społecznej. Odnosi się to do opieki lekarskiej i pielęgniarskiej zarówno otwartej, jak i zamkniętej, popierania higieny sanitarnej, zwalczania narkomanii i alkoholizmu czy prowadzenia kampanii w walce z głodem i niedożywieniem. Wywiera on też znaczący wpływ na dobór i skuteczność metod kontroli urodzeń (Luzbetak, 1998). Uwzględnienie różnic kulturowych

Uwzględnienie różnic kulturowych w procesie psychoterapii może decydować o jej skuteczności i nastawieniu pacjenta do terapii.

w procesie psychoterapii może decydować o jej skuteczności i nastawieniu pacjenta do terapii (Butcher, Hooley, Mineka, 2017). Lokalne tradycje kulturowe mają też decydujący wpływ na sposób sprawowania opieki nad ludźmi starymi (Krzyżowski, 2013). Z wiedzy na temat różnic kulturowych korzystają misjonarze, dyplomaci i biznesmeni, aby móc skutecznie realizować swoje misje i zadania (Gestelend, 2000).

## Czym jest kultura?

Zróżnicowanie kulturowe społeczności ludzkich dostrzegane było już w starożytności. Jego świadomość w sposób szczególny wzrosła u progu czasów nowożytnych wskutek wielkich odkryć geograficznych. Z czasem rozwinęła się odrębna dyscyplina naukowa – antropologia kulturowa, która uczyniła je przedmiotem swoich badań. To właśnie jej przedstawiciele sprawili, że kultura w coraz większym stopniu była i jest postrzegana jako czynnik wyjaśniający różnice w zachowaniach odmiennych społeczeństw i klucz do zrozumienia tych różnic. Czym zatem jest kultura? Jest to pojęcie o złożonej historii (Baldwin, Longhurst, McCracken, Ogborn, Smith, 2007) i istnieje ogromna liczba definicji kultury sformułowanych w ramach rozmaitych dyscyplin społecznych i humanistycznych przez poszczególnych autorów. Dla przedstawicieli zawodów medycznych, którzy w trakcie swej codziennej pracy mają do czynienia z pacjentami wywodzącymi się z odmiennych od ich własnego kręgów kulturowych, szczególne znaczenie ma uświadomienie sobie faktu, że kultura wywiera istotny wpływ na system wartości i wynikające zeń normy, które na co dzień rządzą życiem jednostek i grup społecznych, oraz na sposoby komunikowania się (Bielicki, 1976).

System wartości stanowi rodzaj rdzenia danej kultury i można o nim sądzić jedynie pośrednio, obserwując zachowania członków grupy kulturowej w ściśle określonych okolicznościach.

System wartości stanowi rodzaj rdzenia danej kultury i można o nim sądzić jedynie pośrednio, obserwując zachowania członków grupy kulturowej w ściśle określonych okolicznościach. Właśnie wartości definiują to, co jest uważane za dobro i zło w danej grupie, i leżą u podstaw ideałów wspólnych dla tej grupy. Do nich najczęściej od-

wołują się normy obowiązujące w grupie, które mówią, jak postępować, i stanowią formę kontroli społecznej (Trompenaars, Hampden-Turner, 2002). Normy te regulują stosunki między ludźmi. Należą do nich „wszelkie obyczaje i przepisy dotyczące takich aspektów życia społecznego, jak struktura małżeństwa i rodziny, stosunki pokrewieństwa, moralność płciowa, podział pracy, stosunki własności, struktura władzy politycznej, etykieta towarzyska, praktyki magiczne, wierzenia i obrzędy religijne, wyobrażenia o świecie i przyrodzie” (Bielicki, 1976). Wymienione wyżej normy tworzą zdaniem Bielickiego (1976) podstawowe standardy organizacji i funkcjonowania społeczeństw ludzkich.

Kultura i porozumiewanie się są ze sobą ściśle powiązane, a szczególna rola w tym procesie przypada wzorom kulturowym, które mają istotny wpływ na kształtowanie reguł wzajemnego komunikowania się. Język jest jednym z najważniejszych atrybutów odrębności kulturowej. Język naturalny to zespół symboli i reguł, które rządzą ich stosowaniem i umożliwiają przekazywanie złożonych komunikatów. Język, jak zauważa Chris Baker (2005), „jest środkiem i medium, poprzez które ludzie kształtują swoją wiedzę o sobie samych i świecie społecznym”. Związek języka i kultury przejawia się poprzez jej wpływ na strukturę i funkcjonalne stosowanie języka. Z kolei język wpływa na kształt naszych wyobrażeń o otaczającym nas świecie. Będąc wytworem danej kultury, język wpływa na kształtowanie się i utrwalanie wzorów i wartości kulturowych (Matsumoto, Juang, 2007). Język jest ściśle powiązany z kulturą i wiele osób dwukulturowych posługujących się dwoma językami twierdzi, że „myśli, czuje i zachowuje się odmiennie w zależności od tego, jakim językiem posługuje się w danym momencie” (Matsumoto, Juang, 2007). Ukryte wzorce kulturowe, których istnienia ludzie jako istoty kulturowe najczęściej nie są świadomi, a które wpływają na nasz sposób myślenia i działania, sprawiają, że komunikat kierowany pod adresem osoby z innego kręgu kulturowego może być dla niej niezrozumiały albo wręcz błędnie przez nią odebrany (Hall, 1987).

Język jest ściśle powiązany z kulturą i wiele osób dwukulturowych posługujących się dwoma językami twierdzi, że „myśli, czuje i zachowuje się odmiennie w zależności od tego, jakim językiem posługuje się w danym momencie”.

Współcześnie, według francuskiego czasopisma „Ethnologue” (2009), w użyciu jest 6909 języków (Anderson, 2017). Przekazywaniu komunikatów składających się z wypowiedzianych słów (Kurcz, 2000) towarzyszą sygnały niewerbalne, czyli elementy mowy ciała, takie jak: gestykulacja, dystans przestrzenny, rodzaj kontaktu wzrokowego (intensywny, stały, umiarkowany lub

niebezpośredni), unoszenie brwi, wzajemne dotykanie się, siła uścisku dłoni, głos i jego ton, wpadanie w słowo rozmówcy, wymowne milczenie lub wymowne gesty wykonywane w trakcie rozmowy. Ich użyciem rządzą także reguły wynikające z odmienności kulturowych, co sprawia, że te same gesty w różnych kulturach mogą być odmiennie interpretowane i przysparzać kłopotów przy próbach odczytania treści tych przekazów przez ich odbiorców (Gestelend, 2000).

## Religia i jej znaczenie dla jednostki i grupy

W przeszłości duchowość nieodmiennie kojarzyła się i związana była z religią. Religia zaś, jak stwierdza Samuel P. Huntington, stanowi centralny element cywilizacji. Wielkie religie światowe stanowiły w przeszłości i obecnie podstawy dla wielkich cywilizacji, które z kolei utożsamiano na ogół ściśle z wielkimi religiami świata (Huntington, 1998). Według wyników badań prowadzonych przez Instytut Gallupa 2/3 populacji świata określa się mianem osób religijnych. Najbardziej religijni są Afrykanie – aż 91%, a religia nadal odgrywa dużą rolę w życiu społeczności afrykańskich. Afrykanin jest głęboko zakorzeniony w religii, która integruje miejscowe społeczeństwa, nadaje sens i znaczenie życiu doczesnemu i daje nadzieję na szczęśliwe życie po śmierci (Piłaszewicz, 2000; Mydel, Groch (red.), 1998). Najmniej religijni są mieszkańcy Dalekiego Wschodu i Europy Zachodniej – odpowiednio 50 i 60%, gdzie procesy ateizacji (Chiny) i laicyzacji (Europa Zachodnia) poczyniły największe postępy (Czapiński, 2017). Czym jest zatem religia? Według Tylora (1958, za: Bowie, 2008) podstawową definicją religii jest „wiara w duchowe byty”. Inną definicję religii przedstawia Clifford Geertz (2005), według którego „religia to: (1) system

Religia tworzy więzi między jednostką i grupą społeczną, do której ona przynależy.

Stwarza podstawy dla stowarzyszania się i dostarcza „poczucia sensu jednostce oraz całej grupie społecznej (...), wspólnota wyznawców podtrzymuje pewien system sensów i pośrednio przekazuje go jednostce”.

symboli (2) budujących w ludziach mocne, wszechogarniające i trwałe nastroje i motywacje (3) poprzez formułowanie koncepcji ogólnego ładu istnienia i (4) tworzenie wokół tych koncepcji takiej aury faktyczności, że (5) owe nastroje i motywacje wydają się niezwykle rzeczywiste”.

Religia od dawien dawna postrzegana była jako czynnik integracji społecznej. Takie spojrzenie na rolę religii prezentował np. Konfucjusz (Yinger, 1984). Religia tworzy więzi między jednostką i grupą

społeczną, do której ona przynależy. Stwarza podstawy dla stowarzyszania się i dostarcza „poczucia sensu jednostce oraz całej grupie społecznej (...), wspólnota wyznawców podtrzymuje pewien system sensów i pośrednio przekazuje go jednostce” (McGuire, 2012). Znaczenie, które niesie ze sobą przekaz religijny, odnosi się nie tylko do wysublimowanych rozważań filozoficznych czy teologicznych, ale przede wszystkim do tego, z czym ludzie spotykają się na co dzień. To, czego doświadczają, dobrego i złego, interpretuje się w kategoriach „daru losu” lub „pecha”, a często postrzega jako wyraz „woli bożej”. Jeśli mamy do czynienia z systemem znaczeń, w ramach którego można zinterpretować wszelkie doświadczenia jednostek i grup społecznych, których są one członkami, wówczas, jak pisze M.B. McGuire, możemy mówić o „światopoglądzie religijnym” lub „religijnym systemie znaczeń” (McGuire, 2012). Religijne systemy znaczeń dostarczają narzędzi do wyjaśniania tego, czego ludzie doświadczają i co się dzieje (McGuire, 2012). Religie, jako że stanowią główne źródło podstawowych norm i wartości, należą do najważniejszych instytucji społecznych (Giddens, 2012).

Religijne  
systemy znaczeń  
dostarczają  
narzędzi do  
wyjaśniania tego,  
czego ludzie  
doświadczają  
i co się dzieje.

W każdym społeczeństwie występuje „transcendentalny system wartości jednoczących poza wszelką polityką i w większości przypadków poza historią” (Yinger, 1984). Każda oficjalna religia, odwołując się do prawa naturalnego bądź boskiego, konstytuuje zestaw norm i zasad, które określają, co i jak trzeba czynić, będąc w grupie, aby zachować dobrą opinię wśród jej członków i realizować jej ideały. W obrębie takiej grupy zazwyczaj występuje system kontroli społecznej, także nieformalnej, który pozwala na dostrzeżenie i ukaranie zachowań sprzecznych z ideałami, które przyświecają działalności grupy (McGuire, 2012).

Wśród norm tworzonych i legitymizowanych na gruncie religijnym szczególna rola przypada normom moralnym, które m.in. definiują sposoby pełnienia ról w zależności od płci członka grupy. Płeć determinuje sposób realizowania edukacji, ról zawodowych, obowiązków małżeńskich i domowych, odpowiedzialności rodzicielskiej oraz pozostaje w związku ze statusem prawnym. Jak pisze M.B. McGuire (2012): „Większość religii oficjalnych przydzielała kobietom pozycję rytualną w domu. (...) Kobiety są na ogół odpowiedzialne za przestrzeganie świąt religijnych w domu, łącznie z (...) przygotowaniem uczt i posiłków świątecznych oraz ustawianiem świec, Biblii, ikon, żłóbek czy wody święconej na użytek domowej pobożności. Te czynności rytualne postrzega się jako spójne z ich rolami płciowymi jako matki i gospodyni domowej”. Niekiedy w ramach tradycyjnych religii kobiety odgrywały i odgrywają ważne role, działając w charakterze uzdrowicieli, jako *cutranduandomo* (akuszerka) w społecznościach

indiańskich Ameryki Południowej (Ryn, 2007) czy *sangoma* w Afryce Południowej (Jagielski, Jagielska, 1996). Pełnią też funkcje akuszerki oraz pośredniczek między światem duchowym a doczesnym. Jak pisze M.B. McGuire (2012): „Nierzadko odpowiadały one akceptowanym rolom i funkcjom religijnym bądź medycznym. (...) Przykładowo, położnictwo było rolą bardzo duchową”. Od szamana lub szamanki, jako najstarszych i osobistych oraz „duchowych doradców” oczekiwano wskazań i pomocy w celu uniknięcia lub pozbycia się osobistych problemów, zwłaszcza takich jak choroby (Casanova, 2005).

Z zasad natury religijnej funkcjonujących w wielu grupach wynikały także ograniczenia dotyczące funkcjonowania kobiet w przestrzeni publicznej związane z menstruacją czy porodem. W takich przypadkach, ponieważ kobieta uchodziła za nieczystą, powrót do pełnego uczestnictwa w życiu społeczności wymagał od niej oczyszczenia, jak np. u wyznawców judaizmu w formie rytualnej kąpieli (Solomon, 1997; McGuire, 2012).

Jednostki, jak również społeczeństwa, w których żyją, poszukują często odpowiedzi na pytanie o sens życia i odpowiedź znajdują na gruncie religijnym. Warto w tym miejscu przytoczyć słowa Viktora E. Frankla (2017), który uważa, że „Pytanie o sens życia, niezależnie od tego, czy zostało wyrażone wprost, jest pytaniem głęboko i niezbywalnie ludzkim”. Do najczęściej nurtujących

Do najczęściej nurtujących człowieka pytań należą te, które dotyczą sensu cierpienia i śmierci.

człowieka pytań należą te, które dotyczą sensu cierpienia i śmierci. Zwykle, mimo występujących w tej kwestii różnic, udzielane odpowiedzi sugerują, że te sytuacje, które tak ciężko doświadczają jednostki lub grupy, są częścią jakiegoś szerszego planu, w imię realizacji którego Bóg tak srodze doświadcza swoich

wyznawców (McGuire, 2012). Szczególnie trudnym doświadczeniem, a w istocie tragedią, jest śmierć własna czy osoby bliskiej, bywa, że w samotności, bez wsparcia najbliższych. Oceniając rolę grup religijnych jako grup wsparcia, M.B. McGuire (2012) pisze, że: „Znaczna część dzielenia się w grupach religijnych polega na troszczeniu się o siebie nawzajem. Członkowie grupy mogą pomagać rodzinie członka przebywającego w szpitalu, dbając o jego dzieci, przygotowując posiłki i pocieszając zatroskanego współmałżonka. Tego typu dzielenie się wspiera zaangażowanie nie tylko u rodziny przyjmującej pomoc, lecz przede wszystkim u tych, którzy tej pomocy udzielają”.



## Obecność pierwiastka duchowego w religii

Pierwiastek duchowy w życiu religijnym chrześcijan obecny był od zarania i w zasadzie nie ulegał zmianie, zmieniały się natomiast z upływem czasu formy pobożności, co było związane z przemieszczeniem centrum chrześcijaństwa zachodniego z basenu śródziemnomorskiego do Europy kontynentalnej. Ważnym elementem duchowości była w przeszłości fascynacja ubóstwem (Knowles, Obolensky, 1988). Współcześnie jednym z przejawów działalności duchowej Kościoła są misje, a za najbardziej pożądane cechy misjonarzy uznaje się „autentyczne głębokie życie duchowe” (Luzbetak, 1998).

Pierwiastek duchowy jest silnie obecny także w innych środowiskach religijnych. Dla Afrykanów żyjących w tradycyjnych warunkach społecznych wszechobecność istot duchowych jest czymś naturalnym i wydaje się nierozdzielnie złączona ze światem fizycznym. Towarzyszy temu często wiara w czary, która pomaga w wyjaśnianiu przyczyn nieszczęść, takich jak np. choroby czy śmierć (Chodak, 1967; Mbiti, 1980). Z kolei braminizm kładzie nacisk na życie ascetyczne i podkreśla rolę przeżyć i postaw wewnętrznych człowieka na drodze do uduchowienia kultu religijnego. Liczą się bowiem przeżycia i postawy wewnętrzne jednostki, która zmierza do zjednoczenia się z Absolutem-Brahmanem, utożsamianym w tradycji hinduistycznej z „atmanem, duszą jednostkową każdego” (Kłoczowski, 1987).

Rolę duchowości w drodze do osiągnięcia cnót osobistych i doskonałości moralnej podkreślają konfucjaniści. Jak zauważa Xinzhong Yao (2009): „Większość konfucjanistów rozumie transcendencję w kategoriach samoprzemiany, utrzymując, że nie można jej zrealizować, jeśli nie uzewnętrznisz tradycyjnych wartości we własnym życiu”. Jako stały motyw konfucjańskiego dyskursu intelektualnego pojawia się pytanie, jak być dobrym, jak być ludzkim. Tenże autor (2009) twierdzi dalej, że „Nauka Konfucjańska zawiera silny wymiar duchowy, najwyższym bowiem jej celem jest stanie się mędrce, ideałem, którego inteligencja i cnota ujawniają się w całej pełni”. Także w islamie pierwiastek duchowy uobecnia się w sposób szczególny, np. w czasie hadżu w Mekce. Jak zauważa autor monografii poświęconej temu miastu Ziauddin Sardar (2016): „Swoją fascynujący charakter miasto zawdzięczało głównie Świętemu Meczetowi i obchodom hadżu. Widok falującego tłumu ludzi ubranych w proste białe stroje, którzy masowo oddają pokłony i odprawiają różne rytuały, wprawiał wszystkich w pełne szacunku zdziwienie”.

## Duchowość czy religia?

Janusz Czapiński (2017) w następujący sposób definiuje różnice między religią i duchowością: „Religia jest pewnym zorganizowanym systemem przekonań, praktyk, rytuałów i symboli służących do (a) ułatwienia obcowania ze świętością lub transcendencją (Bogiem, siłą wyższą czy ostateczną prawdą/rzeczywistością) i (b) sprzyjania zrozumieniu relacji z innymi i odpowiedzialności za innych we wspólnocie. Duchowość jest osobistym poszukiwaniem odpowiedzi na ostateczne pytania o życie, sens, związek z sacrum czy transcendencją, co może (ale nie musi) prowadzić do lub wypływać z religijnych rytuałów i formacyjnej wspólnoty”.

Duchowość (rozumiana m.in. jako doświadczanie spokoju i harmonii wewnętrznej czy wrażliwość na piękno) korzystniej wpływa na kształtowanie pozytywnych relacji społecznych aniżeli religijność (mierzona częstością praktyk religijnych), ponieważ „religijność zewnętrzna (rytualna) oraz wiara w surowego Boga szły w parze z wrogim stylem zachowań”.

Cytowany wyżej autor (2017), omawiając wpływ duchowości i religijności na dobrostan i zdrowie psychiczne jednostki, przytacza wyniki badań, które wskazują, że duchowość (rozumiana m.in. jako doświadczanie spokoju i harmonii wewnętrznej czy wrażliwość na piękno) korzystniej wpływa na kształtowanie pozytywnych relacji społecznych aniżeli religijność (mierzona częstością praktyk religijnych), ponieważ „religijność zewnętrzna (rytualna) oraz wiara w surowego Boga szły w parze z wrogim stylem zachowań” (Czapiński, 2017).

Jak zauważa we wstępie do swojej pracy „Duchowość średniowiecza” André Vauchez (1996), znaczenie duchowości „w różnych epokach i przez różnych autorów rozumiane było niejednako-

wo”, a średniowiecze go nie znało. Tenże autor (1996; Wulff, 1999) twierdzi dalej, że w istocie duchowość jest „konceptem nowoczesnym, stosowanym od XIX wieku”. Jego zdaniem: „Służył on większości autorów dla wyrażania religijnego wymiaru życia wewnętrznego, implikował znajomość ascezy, która poprzez mistykę prowadziła do odnowienia osobistych stosunków z Bogiem” (Vauchez, 1996).

Według D.M. Wulffa (1999) „Obecnie wiele osób odmawia używania rzeczownika ‘religia’, a nawet przymiotnika ‘religijny’ – nie dlatego, że są świadome historycznego procesu reifikacji, lecz dlatego, że terminy ‘duchowość’

i 'duchowy' uznają za bardziej odpowiednie". Cytowany autor zwraca uwagę, że „To pojawienie się duchowości jest widoczne również w publikacjach z dziedzin zawodowych, włączając w to trzy dziesięciolecia literatury z zakresu pielęgniarstwa”. W badaniu reprezentatywnym przeprowadzonym w 1995 r. wśród dorosłych Kanadyjczyków, większość (52%) respondentów zadeklarowała posiadanie potrzeb duchowych, rozumiejąc pod tym pojęciem wiarę w Boga lub Jezusa, modlitwę, uczęszczanie na nabożeństwa czy świadczenie pomocy innym. Pozostali uczestnicy tego badania kojarzyli duchowość z „ludzkim duchem lub duszą, z takimi praktykami jak medytacja lub refleksja, z poczuciem bycia całością lub jednością oraz wewnętrznymi lub zewnętrznymi przejawami świadomości (...)”. Powyższe rozważania można zakończyć, wskazując np. Szwecję. Mieszkańcy tego kraju, lojalni wobec swojego Kościoła, należą zarazem do najbardziej zsekularyzowanych społeczeństw, którzy zaspokojenia swoich potrzeb duchowych szukają poza swoim Kościołem, „Na łonie natury, w innych Kościołach, na przykład zielonoświątkowców, poprzez jogę, zainteresowania ezoteryczne” (Tubylewicz, 2021).

## Podsumowanie

Dostrzeżenie i zrozumienie faktu, że zachowania ludzi należących do różnych społeczeństw uwarunkowane są kulturowo, ma kluczowe znaczenie w procesie wzajemnego komunikowania i pomaga w unikaniu niepotrzebnych nieporozumień. Korzenie tych odmienności tkwią najczęściej w przesłankach natury religijnej i są związane z wywodzącymi się z nich systemami wartości, które odzwierciedlają zasadnicze różnice kulturowe i stanowią podstawę dla formułowania norm regulujących życie społeczności ludzkich. Religia pomaga ponadto zarówno jednostkom, jak i społeczeństwom, w których żyją, w poszukiwaniu i znalezieniu odpowiedzi na pytanie o sens życia. Szczególną rolę odgrywa obecność pierwiastka duchowego w życiu religijnym, aczkolwiek współcześnie duchowość występuje także jako samoistny koncept, alternatywa dla pojęcia religii i religijności.

Dostrzeżenie i zrozumienie faktu, że zachowania ludzi należących do różnych społeczeństw uwarunkowane są kulturowo, ma kluczowe znaczenie w procesie wzajemnego komunikowania i pomaga w unikaniu niepotrzebnych nieporozumień.

## Bibliografia

1. Altermatt, U. (1997). *Sarajewo przestrze- ga. Etononcjonalizm w Europie*. Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy Znak.
2. Baldwin, E., Longhurst, B., McCracken, S., Ogborn M., Smith G. (2007). *Wstęp do kulturoznawstwa*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
3. Bielicki, C. (1976). *Mały słownik antropologiczny*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
4. Bowie, F. (2008). *Antropologia religii. Wprowadzenie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
5. Butcher, J.N., Hooley, J.M., Mineka, S. (2017). *Psychologia zaburzeń*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
6. Casanova, J. (2005). *Religie publiczne w nowoczesnym świecie*. Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS.
7. Castels, S., Miller, M.J. (2011). *Migracje we współczesnym świecie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
8. Chodak, S. (1967). *Kapłani, czarownice, wiedźmy... (Z socjologii świątyn animistycznych)*. Warszawa: Książka i Wiedza.
9. Czapiński, J. (2017). *Psychologia szczęścia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
10. Frankl, V.E. (2017). *Lekarz i dusza. Wprowadzenie do logoterapii i analizy egzystencjalnej*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
11. Geertz, C. (2005). *Interpretacja kultur. Wybrane eseje*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
12. Gestelend, R.R. (2000). *Różnice kulturo- we a zachowania w biznesie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
13. Giddens, A. (2012). *Socjologia. Wydanie nowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
14. Górak-Sosnowska, K., Cegielski, W. (2016). *Rozmowy o islamie*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Dialog Anna Parzymies Sp. z o.o.
15. Hall, E.T. (1987). *Bezgłówny język*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
16. Hofstede, G., Hofstede, G.J., Minkov, M. (2011). *Kultury i organizacje*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
17. Huntington, S.P. (1998). *Zderzenie cywilizacji i nowy kształt ładu światowego*. Warszawa: Warszawskie Wydawnictwo Literackie Muza S.A.
18. Jagielski, W., Jagielska, G. (1996). *Czarownice z Helen*. Magazyn Gazety 20 grudnia, s. 18–19.
19. Johnson, G. (1998). *Wielkie kultury świata. Indie*. Warszawa: Świat Książki. Diogenes.
20. Kapuściński, R. (2006). *Ten Inny*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
21. Kłoczowski, J. (1987). *Od pustelni do wspólnoty*. Warszawa: Czytelnik.
22. Knowles, M.D., Obolensky, D. (1988). *Historia Kościoła*. T. 2. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax, s. 600–1500.
23. Komisja Europejska. Dyrekcja Generalna ds. Komunikacji Społecznej. *Informacje dla Obywateli (2017). ABC prawa Unii Europejskiej (2017)*. Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej. <https://publications.europa.eu/pl> (dostęp: 19.12.2021).
24. Krzyżowski, Ł. (2013). *Polscy migranci i ich starzejący się rodzice. Transnarodowy system opieki międzygeneracyjnej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
25. Kurcz, I. (2000). *Język i komunikacja*. W: J. Strelau (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 2. *Psychologia ogólna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
26. Kuźniar, R. (2000). *Prawa człowieka. Prawo, instytucje, stosunki międzynarodowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
27. Luzbetak, L.J. (1998). *Kościół a kultury. Nowe perspektywy w antropologii misyjnej*. Warszawa: Verbinum Wydawnictwo Księży Werbistów.
28. Mackenney, R. (1997). *Europa XVI wieku*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
29. Marx, E. (2000). *Przełamywanie szoku kulturowego*. Warszawa: Agencja Wydawnicza PLACET.
30. Matsumoto, D., Juang, L. (2007). *Psychologia międzykulturowa*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
31. Mbiti, J. (1980). *Afrykańskie religie i filozofia*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
32. McGuire, M.B. (2012). *Religia w kontekście społecznym*. Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS.
33. Mydel, R., Groch, J. (red.). (1998). *Popularna Encyklopedia Powszechna. Kontynenty i państwa. Afryka*. Kraków: Fogra Oficyna Wydawnicza.

34. Pécouid, A. (2017). *Czy getta są miejscami istniejącymi paralelnie, odciętymi od reszty społeczeństwa?* W: Thiollet H. (red.). *Migranci, migracje. O czym warto wiedzieć, by wyrobić sobie własne zdanie*, Kraków: Karakter, s. 170–173.
35. Piłaszewicz, S. (2000). *Religie Afryki*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
36. Ryn, Z.J. (2007). *Medycyna indiańska*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
37. Shaw, M.N. (2000). *Prawo międzynarodowe*. Warszawa: Wydawnictwo Książka i Wiedza.
38. Solomon, N. (1997). *Judaizm. Bardzo krótkie wprowadzenie*. Warszawa: Prószyński i S-ka.
39. Sucheni-Grabowska, A. (1988). *Spory królów ze szlachtą w złotym wieku. Dzieje narodu i państwa polskiego*. Kraków: Krajowa Agencja Wydawnicza RSW „Prasa-Książka-Ruch”.
40. Trompenaars, F., Hampden-Turner, Ch. (2002). *Siedem wymiarów kultury*. Kraków: Oficyna Ekonomiczna.
41. Tubylewicz, K. (2021). *Samotny jak Szwed. O ludziach Północy, którzy lubią bywać sami*. Warszawa: Wielka Litera Sp. z o. o.
42. Tylor, E.B. (1958). *Religion in Primitive Culture* (przedruk części 2 z: Tylor, 1871). New York: Harper & Row.
43. Vauchez, A. (1996). *Duchowość średniowiecza*. Gdańsk: Wydawnictwo MARABUT.
44. Wulff, D.M. (1999). *Psychologia religii*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne Spółka Akcyjna.
45. Xinzhong, Y. (2009). *Konfucjanizm. Wprowadzenie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
46. Yinger, J.M. (1984). *Religia jako czynnik integracji społecznej*. W: F. Adamski (red.). *Socjologia religii*. Kraków: Wydawnictwo Apostolstwa Modlitwy, s. 130–138.



Andrzej Guzowski

# Filozofia a duchowość



## W tym rozdziale:

Wprowadzenie . . . . .	31
Od duchowości do filozofii? . . . . .	32
W stronę twórczości . . . . .	32
Gdy pojawia się we mnie inny – Swój? . . . . .	35
Podsumowanie . . . . .	38



# Filozofia a duchowość

## Wprowadzenie

Życie człowieka składa się z wielu elementów, począwszy od tych, które są uszeregowane w sposób logiczny i przez to są w wielu aspektach oczywiste, aż po szereg zdarzeń, których nie jesteśmy w stanie w żaden sposób opisać za pomocą języka nauki. Wiele z tych doświadczeń, które na przestrzeni lat nas dotykają, jest sytuacjami liminalnymi, granicznymi, czyli takimi, po których zaznaniu nic w naszym życiu nie jest już takie samo. Do takich fenomenów można zaliczyć stratę, traumę, narodziny, śmierć czy wreszcie spotkanie drugiego – fenomeny te, których raz doświadczone, pozostawiają wyrytą w nas bliznę na zawsze. Ważnym elementem naszego funkcjonowania jest próba zrozumienia tego, jak właśnie ta blizna działa w nas, jakie daje impulsy do naszego rozwoju czy też jakie generuje w nas lęki. Oczywiście jest szereg dyscyplin naukowych, które starają się odpowiedzieć na te pytania, jednak tak naprawdę dwie meandrują w głąb i szukają odpowiedzi nie na pytanie, jak działa człowiek, lecz kim jest. Warto chwilę dłużej się zasta-

Wiele z tych doświadczeń, które na przestrzeni lat nas dotykają, jest sytuacjami liminalnymi, granicznymi, czyli takimi, po których zaznaniu nic w naszym życiu nie jest już takie samo.

Ważnym elementem naszego funkcjonowania jest próba zrozumienia tego, jak właśnie ta blizna działa w nas, jakie daje impulsy do naszego rozwoju czy też jakie generuje w nas lęki.

nowić, czym jest właśnie duchowość, a czym jest filozofia, i jaki mają na siebie wpływ.

## Od duchowości do filozofii?

W tym miejscu chciałbym posłużyć się myślą anglosaskiego filozofa mistycznego Jeffa Carreiry, który, jak się wydaje, dokonuje bardzo trafnego rozróżnienia między filozofią a duchowością:

„Filozofia to domena mądrości, wiedzy i zrozumienia na temat rzeczywistości. Filozofia jest wyjaśnieniem tego, jak się sprawy mają, podczas gdy duchowość jest opisem pozycji, którą jako istota ludzka powinieneś przyjąć w odniesieniu do tego, jak się rzeczy mają. Filozofie dają nam duże i w miarę możliwości obiektywne obrazy rzeczywistości, nie mówiąc nam wyraźnie (choć często robią to w sposób dorozumiany), jak powinniśmy być w stosunku do tego obrazu. Nawet w filozofii moralnej na ogół otrzymujemy wyjaśnienie, dlaczego niektóre rzeczy są dobre, a inne złe. To, czego nie rozumiemy, to ktoś, kto mówi nam, że powinniśmy postępować właściwie. To, co robimy z moralnością, pozostawiamy w naszych rękach. Duchowość tkwi w sferze prawdy, ducha i osądu moralnego. Duchowość mówi nam, jak powinniśmy być w relacji do tego, jak się rzeczy mają. Duchowości zawsze zawierają filozoficzne wyjaśnienia świata, ale te aspekty filozoficzne są tłem dla głównego wydarzenia, które jest bezpośrednim pouczeniem o tym, jak żyć. Przypuszczam, że właśnie dlatego zwykle mówisz o naukach duchowych, a nie o duchowych teoriach” (Carreira 2010).

## W stronę twórczości

To te dwa elementy i różnice z nich wynikające pomagają głębiej rozumieć bytowanie człowieka i to, w jakim kierunku może ono zmierzać. Jakie drogi są przed nim i jakie możliwości, skąd się biorą poszczególne wybory i dlaczego jedne sytuacje bardziej wpływają na nasze istnienie, a inne nie mają znaczenia. Białostocki filozof Adam Sawicki, obecnie pracujący w Krakowie, bardzo celnie zauważył, czym jest filozofia. Z uwagi na to, że jest to osoba z kręgu filozofii egzystencjalnej, tę definicję równie dobrze można rozszerzyć na duchowość – ponieważ to właśnie działanie tych dwóch sprawia, że życie człowieka nie płynie w formie linearnej, tylko zadaje pytania, a otaczającą przestrzeń

zarówno w skali mikro-, jak i makrokosmosu traktuje jako zagadkę: „Filozofia żyje myśleniem. Myślenie jednak wtedy jest prawdziwie żywe, kiedy wiernie towarzyszy egzystencji człowieka w świecie i zarazem stanowi rozwinięcie jego specyficznej odmienności wśród innych światowych bytów. Tylko człowiekowi dane jest doznawanie swojej bytowej przygody jako zagadki, a nie ciągu zdarzeń i sytuacji, które wynikają z jego uwikłania w świat przyrodniczych determinizmów. Myśl wynosi człowieka ponad jego zwierzęcość i każe mu widzieć siebie w perspektywie pewnej syntetycznej jedności. Nie ogranicza go do jego teraz, ale zapytuje o rozpościerające się przed nim dalej. Ludzką skończoność i czasowość stawia w perspektywie nieskończoności i wieczności” (Sawicki 2016, s. 7). Warto ten wątek rozmyślań Sawickiego podtrzymać i jakby popchnąć go w stronę, która pozwoli nam zadać pytanie o początek ludzkiego myślenia o filozofii czy nawet dalej, bo o duchowości. Pewną odpowiedź na to pytanie daje zmarły w 2017 r. wybitny polski filozof profesor Bogusław Wolniewicz: „Śmierć to jest w życiu ludzkim coś niewyobrażalnie ogromnego, jakiś olbrzymi padający na nie cień. (...) Życie ludzkie to życie w cieniu śmierci. Ogrom tego faktu musi w życiu tym mieć jakiś wyraz, a tym wyrazem jest religia. Ona też jest czymś ogromnym i w jej ogromie odzwierciedla się tamten. Religia swym ogromem okazuje, czym w życiu człowieka jest śmierć. Lepszego sposobu ludzkość nie znalazła, choć szukała” (Elzenberg, 1998). To właśnie namysł nad śmiercią, nicością i przemijaniem łączy te dwa tak wielkie fenomeny, jakimi są filozofia i duchowość. Można w tym miejscu pozwolić sobie na takie porównanie z pogranicza estetyki i muzyki. Filozofia i duchowość są jak początek koncertu symfonicznego, gdy wstaje kapelmistrz i podaje pierwszy dźwięk (w naszym wypadku kapelmistrzem jest śmierć). Wpierw odpowiadają smyczki, potem instrumenty dęte i z nieładu dźwięków po chwili tworzy się zgrana melodia. Tak właśnie jest w relacji duchowości do filozofii – jedna i druga jest stroikiem, a żadna bez siebie nie będzie brzmiała czysto – to właśnie ta wewnętrzna gonitwa człowieka w kierunku prawdy jest motorem i tworzywem, a drogowskazami są i *misterium tremendum*, i *misterium fascinosum*. Te dwa elementy, element i grozy i fascynacji, podsycają w człowieku chęć poznania. Co to znaczy w takim razie poznać? Poznać to przejść całą drogę, czasami mozolnie rozszyfrowując tajemnice swej duszy, a czasami nierzadkim olimpijskim biegaczem bieć przez różne rejony makrokosmosu, gdzie podziwiać możemy odsłanianie się tajemnic do tej pory niezrozumiałych i zasłoniętych przed nami. To właśnie ta groza i fascynacja gna nas ku

To właśnie  
namysł nad  
śmiercią, nicością  
i przemijaniem łączy  
te dwa tak wielkie  
fenomeny, jakimi są  
filozofia i duchowość.

byciu człowiekiem. To te dwa elementy tak głęboko wpisane w naturę człowieka sprawiają to, o czym pisali wyżej wspomniani Sawicki i Wolniewicz. Zjawiska te relokują człowieka z porządku biologizmu i wyciągają wyżej w drabinie ewolucji, nazywając Człowiekiem Myślącym czy jeszcze dalej Osobą Ludzką. A więc doszliśmy w naszych rozważaniach do wielkiej sprawy: do tego, jak kształtuje się osoba ludzka. Jednak trzeba w tym miejscu zadać pytanie, czy to koniec znaczenia filozofii i oddziałującej na nią duchowości<sup>1</sup>. Otóż nie – to tarcie się tych dwóch sił, jak również ścieranie mojej filozofii i duchowości z filozofią i duchowością drugiego daje tę dialogiczną siłę, która rodzi twórczość. Twórczość jest więc kolejnym elementem oddziaływania na siebie dwóch interesujących nas fenomenów. Twórczość często rodzi się z napięcia – akt twórczy człowieka często jest wydarzeniem wynikającym ze skończoności słowa, którym w swoim bytowaniu posługuje się osoba ludzka. Często to niewyrażane napięcie doprowadza człowieka pod ścianę niemocy, za którą jest już tylko ziemia nieznaną i lęk. To ta przestrzeń, w której rodzi się akt twórczy. Miejsce to jest dojmujące i wielkie, jak wspomniana wyżej śmierć. Napięcie pomiędzy Ja a transcendentálną przestrzenią jest odcinkiem w doświadczaniu przez byt skończony morfologicznego trwania. Napędzająca nas filozofia codzienności, popychająca w stronę rozważań nad wszechświatem, kosmosem, zmusza nas do odpowiedzi na naszą wewnętrzną relację z tym, co naturalne i metafizyczne, z tym, co skończone i absolutne. Ten nieustający wewnętrzny ruch, ten taniec od

Ten nieustający  
wewnętrzny ruch,  
ten taniec od Bytu tu  
i teraz po nie-Byt, jest  
duchowym napięciem  
dającym dzieło.

Bytu tu i teraz po nie-Byt, jest duchowym napięciem dającym dzieło. Mikołaj Biedajew w swoich rozważaniach „O przeznaczeniu Człowieka” szuka jak my odpowiedzi, skąd się owa twórczość bierze: „Twórczość zakłada nicość. I ten meon jest tajemnicą początkowej, pierwotnej, przedświatowej, przedbytovej wolności człowieka. Tajemnica twórczości jest tajemnicą wolności. Twórczość jest jedynie

możliwa z bezdennej wolności, bo jedynie z bezdennej wolności jest stworzenie nowego, niebyłego. Z czegoś, z bytu nie można stworzyć nowego, niebyłego, możliwe jest wypływanie, rodzenie, przegrupowywanie. Twórczość natomiast jest przedarciem się z nicości, z niebytu, z wolności do bytu i świata. Tajemnica twórczości ujawnia się w biblijnym micie o stworzeniu świata przez Boga. (...) Twórczość człowieka zakłada trzy elementy – element wolności, dzięki której tylko możliwe jest tworzenie nowego i niebyłego, elementu daru i związanego

<sup>1</sup> Problem, czy to filozofia oddziałuje na duchowość czy duchowość na filozofię, jest nierozstrzygalny w odczuciu autora.

z nim przeznaczenia oraz elementu stworzonego już świata, w którym dokonuje się już akt twórczy i z którego człowiek bierze dla siebie materiały (...) Natura aktu twórczego jest małżeńską, zawsze jest spotkaniem. Materiały do twórczości czerpane są ze świata stworzonego przez Boga” (Bierdiajew, 2005, s. 133).

## Gdy pojawia się we mnie inny – Swój?

Zarówno filozofia, jak i duchowość wzbudza w nas wolę – wolę do rozwoju. To wspólne działanie tych dwóch wielkich, intelektualno-duchowych sił – duchowości i filozofii, sprawia, że w pierw wspinamy się na przełęcz poznania, aby tam usiąść i medytować, widząc szczyt – cel naszej drogi. Szczyt, który roztacza przed nami swe piękno. Góra ta, choć stroma i na pierwszy rzut oka niebezpieczna, w głębi naszego serca i duszy jest podniecająca – podnieca nas perspektywa tej drogi, gdyż cel naszego trudu ma na imię poznanie. Jednak droga ta nie jest prosta. Większość uczestników wysiada już na stacji codzienność. Niedola nudy jest prostszym rozwiązaniem, bo nie potrzebuje od nas rzucenia się w wir poznania, wchodzenia w głąb siebie i odkrywania otaczającego nas świata. Nie wymaga aktu wiary i prężenia mięśni codzienności. Wystarczy żyć i przeżyć. Jest jednak też droga trudniejsza, mozolna, bo po stromych ścieżkach, które prowadzą na szczyt poznania. Rozpoczęcie tej drogi zaczyna się od próby odkrycia w sobie tajemniczego dźwięku. Dźwięk ten nie jest łatwy do nazwania ani opisanie – doświadczeniem tego dźwięku jest nasze rozedrganie, od niego rozpoczniemy strojenie naszego wnętrza! Zabieg ten jest trudny i wymaga samozaparciu oraz otwarcia się na moje Ja wewnętrzne – przebywania sam na sam z sobą, kontemplacji ciszy, doświadczenia samotności, lęku tworzywa przed zmianą i lęku twórcy przed porażką. Kiedy to brzmienie filozoficznego namysłu i duchowego doświadczenia zacznie rozgasać się w naszym wnętrzu, rezonować w nim, budzi ducha, który zachęca do dialogu. Dialogu zarówno ze światem wewnętrznym, jak i dialogu ze światem zewnętrznym. To w dialogicznej postawie mojego Ja do ducha, jak i mojego Ja do drugiego rodzi się płaszczyzna transcendencji poznawczej. Właśnie to przenikanie światów mojego i Innego (innej osoby, innego bytu) jest płaszczyzną najważniejszą – przestrzenią spotkania. Wtedy już nie ma Ja, od chwili, w której godzę się na budzenie ducha i strojenie mojego świata, godzę się też na budowanie przestrzeni opartej na dialogu. Z obudowanego szanica egocentryzmu wychodzę na inne pozycje. Z samotnego Ja przechodzę do wspólnego My – i to

Zarówno filozofia,  
jak i duchowość  
wzbudza w nas wolę –  
wolę do rozwoju.

doświadczenie współtworzenia wspólnoty rozpoczyna we mnie kolejne doświadczenie liminalne – doświadczenie, które stawia mnie w płaszczyźnie poznania Innego. Józef Tischner nazwie tę naszą przemianę doświadczeniem etycznym. Narodziny drugiego jest doświadczeniem etycznym! „Między mną a Drugim nawiązuje się dialog. Cóż jest wynikiem dialogu? Pierwszym i podstawowym jest »darowanie świata«. Bez Drugiego, bez słowa, które on do mnie kieruje i którym pokazuje mi rzeczy, nie byłoby mojego bycia w świecie. Otaczający mnie świat jest wielkim darem mowy, zakładającym obecność Drugiego. [i dalej JT powie za Blumem] Początek wiedzy jest możliwy tylko dlatego, że zostanie przełamana magia i nieustanna wieloznaczność świata, w którym każde zjawienie się jest możliwym udawaniem bez początku. Zasadę w tę anarchię wprowadza słowo. Słowo odczarowuje, bo w nim byt mówiący gwarantuje swe pojawienie się i dopomaga samemu sobie, asystuje przy swoim pojawieniu się. W tej asystencji dopełnia się jego byt. Słowo wyrastające już z Twarzy, która patrzy, jak ja patrzę – zaprowadza pierwszą otwartość objawienia. Dzięki odniesieniu do niego świat uzyskuje orientację, to znaczy przyjmuje znaczenie (...). Tak słowo jest wywiezieniem wszelkiego znaczenia – narzędzi i wszelkich ludzkich dzieł – bo dzięki niemu system odniesień, na którym opiera się wszelkie znaczenie, otrzymuje samą zasadę swego funkcjonowania, swój klucz” (Tischner 2002, s. 176).

Tischner w powyższym fragmencie ukazuje kilka kategorii – realnego spotkania, które ustawia mnie wg kategorii etycznej poprzez dialog za pomocą słowa, ale też drugą kategorię duchowego spotkania, gdy uwidacznia się przede mną Twarz drugiego – ta epifania twarzy, jak powie Levinas, sprawia, że z samotnej perspektywy tworzy się we mnie wryta już na zawsze perspektywa możliwości wspólnoty, spotkania. To właśnie możliwość spotkania Drugiego jest miejscem, gdzie zaczyna się dramat, a więc przestrzeń wyboru etycznego (filozoficznego) i wyboru duchowego – w tym miejscu rozpoczyna się doświadczenie sakralne: człowiek, który zanurza się w dialog, przechodzi z perspektywy profanum na perspektywę sacrum. Ta płaszczyzna rozpoczyna *misterium tremendum* – lęku przed stratą, i *misterium fascinosum* – uczenia się Drugiego, odkrywania go i poznawania. W tych dwóch płaszczyznach grozy i fascynacji, podniecenia i lęku tworzy się we mnie obraz Drugiego, wgryza się we mnie jego tożsamość, a moja staje się jego częścią. On już nigdy nie będzie samotnym Ja, gdyż objawiła mi się jego twarz – „spotkać znaczy coś więcej i coś innego, niż podać rękę. Co znaczy spotkać? Spotkać to osiągnąć bezpośrednią naoczność, tragiczność przenikającą wszystkie sposoby bycia drugiego. Czym jest tragiczność? O tym pouczył nas Max Scheler. Tragedia dzieje się tam, gdzie jakieś dobro, jakaś wartość może ulec zniszczeniu przez jakieś zło, jakąś antywartość. Aby pojawiła się tragiczność, wcale nie potrzeba, by zniszczenie stało się faktem. Już sama możliwość zniszczenia, sama nieznamość wyniku walki dobra ze złem jest czymś tragicznym” (Tischner, 2002). To właśnie ta

tragiczność spotkania – ta perspektywa, że nastąpić może rozstanie, sprawia, że stajemy w perspektywie dramatu.

Opisana w powyższym tekście dramatyczna natura osoby ludzkiej jest właśnie oddziaływaniem duchowości i filozofii na perspektywę wyboru, którego musimy dokonywać każdego dnia. Oczywiście każdy z nas może odciąć się od takich możliwości i pozostać załęczonym

w swojej kryjówce. Nie wychodzić z niej i budować świat malowany niedopowiedzeniami na wewnętrzny głos, samotnością i złudzeniami majaczącymi na ścianie jaskini. Może też człowiek wyjść na zewnątrz i spróbować wejść w dialog z otaczającym światem. Spróbować obcować z ideą Drugiego. Jak wyżej wspomniałem, nie jest to droga prosta, jednak ten, kto zdecyduje się na nią, nie będzie niemyim uczestnikiem codzienności niczym pasażer tramwaju, który wygodnie się rozsiadł na plastikowym krześle, wpatrując się w świat przez szybę mknącego pojazdu po ustalonym z góry przez los torowisku. Wzbudzenie w sobie ciekawości światem, a więc otwarcie się na Drugiego, sprawi, że z niemego obserwatora otaczającej przestrzeni człowiek stanie się jej aktywnym uczestnikiem. Dopiero gdy wysiądę z tego pędzącego pojazdu i zmienię postawę z biernej na aktywną, gdy z „oglądacza” codzienności stanę się kimś biorącym udział w kreowaniu swojego i Twojego wnętrza, co bywa niebezpieczne – będę miał w sobie pierwiastek twórczy, bo moja duchowa strona stanie się Twoim udziałem, a Ja pozostanę częścią Ciebie, przyjacielu. Dopiero w takim rozumieniu rodzi się we mnie Miłość, Ciekawość, Wstyd, Pożądanie, Odpowiedzialność – i w Tobie rodzi się to samo. To magiczne granie w moim wnętrzu tych dwóch sił i ich taniec ze sobą jest perspektywą przejścia od Ja do My.

Może też człowiek  
wyjść na zewnątrz  
i spróbować  
wejść w dialog  
z otaczającym  
światem. Spróbować  
obcować z ideą  
Drugiego.

Wzbudzenie w sobie  
ciekawości światem,  
a więc otwarcie  
się na Drugiego,  
sprawi, że z niemego  
obserwatora  
otaczającej przestrzeni  
człowiek stanie  
się jej aktywnym  
uczestnikiem.

W spotkaniu rozpoczyna się akt twórczy, który rodzi w każdym z nas namysł nad sobą, absolutem, ale i przestrzenią oraz czasem.

## Podsumowanie

Rozważania, które wspólnie podjęliśmy, doprowadziły nas do miejsca, w którym ujawnia się przed nami zarówno Bóg czy inna idea absolutna, jak i człowiek – osoba ludzka. To dzięki tym dwóm czynnikom możliwa jest i duchowość, i filozofia. Bez twórczego zaciekawienia drugim, jak również ab-

solutem pozostaje tylko wszechogarniający absurd. W spotkaniu rozpoczyna się akt twórczy, który rodzi w każdym z nas namysł nad sobą, absolutem, ale i przestrzenią oraz czasem. Filozofia chłodno to diagnozuje, a duchowość oswaja. I jedna – racjonalna do szpiku kości filozofia, i druga – unosząca się wbrew prawom racjonalności, ale otulająca nas duchowość, sprawia, że człowiek, Osoba Ludzka staje się personą – można powiedzieć Bytem *per se*.

## Bibliografia

1. Bierdiajew, M. (2005). *O przeznaczeniu Człowieka*. Wydawnictwo Antyk: Kęty.
2. Carreira, J. (2010). *What is the difference between Philosophy and Spirituality? Philosophy is Not a Luxury*. Pobrane z: <https://philosophyisnotaluxury.com/2010/07/what-is-the-difference-between-philosophy-and-spirituality/>.
3. Elzenberg, H. (1998). Z księgi tragizmu (Wybór). W: *Filozofia i wartości. Rozprawy i wypowiedzi*. T. 3, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 294–300. [Pierwotnie tekst ukazał się w *Edukacji filozoficznej* 2002; 34, s. 171].
4. Sawicki, A. (2016). *Rosyjska immortologia: śmierć i nieśmiertelność w poglądach myślicieli XVIII–XX wieku*. Wydawnictwo Prymat: Białystok – Kraków.
5. Tischner, J. (2002). *Myślenie według wartości*. Znak: Kraków.



Katarzyna Cieślak, Maria Nowosadko

# Elementy duchowości w edukacji medycznej w kontekście psychologicznym



## W tym rozdziale:

Wprowadzenie . . . . .	41
Rozumienie duchowości . . . . .	42
W odniesieniu do sacrum . . . . .	43
W odniesieniu do transcendencji . . . . .	45
Poza transcendencją . . . . .	46
W kontekście edukacji medycznej . . . . .	49
Podsumowanie . . . . .	51

# Elementy duchowości w edukacji medycznej w kontekście psychologicznym

## Wprowadzenie

Wielu badaczy różnych dziedzin podejmuje próby zdefiniowania duchowości w sposób uniwersalny i ponadczasowy, choć charakter tego zjawiska oraz jego wielopłaszczyznowa obecność w licznych obszarach nauki wydaje się podawać w wątpliwość celowość tych dążeń. Renesans percepcji duchowości jako obserwowanego i badanego zjawiska miał dawać nowe rozwiązania, wydaje się nie przynosić jednak – niezależnej od zróżnicowań interdyscyplinarnych – definicji. Nadal duchowość najczęściej opisywana jest jako pojęcie wieloznaczne czy złożony konstrukt zależny – mimo wszystko – od kierunku wyznaczanego przez przedmiot lub cel badań czy szerokie spektrum zjawisk, do których się odnosi (Krok, 2009). Wielu badaczy wnikliwie przedstawia zmagania z charaktery-

Uznanie wspólnej definicji duchowości oraz unifikowanie wystandardyzowanych metod badawczych dawałoby możliwość zestawienia ze sobą danych otrzymywanych przez badaczy różnych dyscyplin.

zowaniem terminu duchowość (Helminiak, 1996; Zinnbauer, Pargament, Scott, 1999; Reich, Oser, Scarlett, 1999; Heszen-Niejodek, Gruszczyńska, 2004; Skrzypińska, 2005; Paloutzian, Park, 2005; Saucier, Skrzypińska, 2006; Socha, 2009; Różycka, Skrzypińska, 2011). Poszukiwania są jednak celowe, ponieważ uznanie wspólnej definicji duchowości oraz zunifikowanie wystandaryzowanych metod badawczych dawałoby możliwość zestawienia ze sobą danych otrzymanych przez badaczy różnych dyscyplin. Pozwoliłoby zarazem uprościć operacjonalizację omawianej międzydyscyplinarnej definicji oraz byłoby punktem wyjścia do tworzenia narzędzi badawczych zjawiska, a także – co bardzo ważne w kontekście poruszanego tematu – dawałoby możliwość bardziej trafnego dostosowania tej wiedzy do praktyki medycznej i edukacji w tym zakresie.

## Rozumienie duchowości

Duchowość jawi się jako fenomen złożony i pojemny pojęciowo, zawierający wiele form o różnym charakterze będących lub nie w relacji z wymiarami religijności (Krok, 2009). Na początku swej historii pojęcie duchowości było przeciwstawiane religijności pojmowanej tradycyjnie, to znaczy na sposób zinstytucjonalizowany. Wiele źródeł wywodzi potrzebę pojawienia się opisywanego terminu z obserwacji coraz bardziej wyraźnego zjawiska doświadczanych przez ludzi indywidualnych, osobistych form religijności oraz subiektywnego przeżywania sacrum, które to najprawdopodobniej swój początek miały w pluralizmie kulturowym (Hill, Pargament, 2003; Miller, Thoresen, 2003; Zinnbauer, Pargament, 2005). Religijność była łączona z tradycyjną formą ekspresji, zbiorową praktyką związaną z instytucjami religijnymi, postrzegana jako rzeczywistość obiektywna, zewnętrzna (Jarosz, 2010), natomiast duchowość była prezentowana w kontekście indywidualno-funkcjonalnym jako poszukiwanie prawdy uniwersalnej lub forma przekonań, które odnoszą jednostkę do świata, nadają znaczenie oraz definiują ludzką egzystencję, są sposobami, doświadczeniami i uczuciami (tj. szeroko rozumiane relacje interpersonalne, sens życia) wzbudzonymi przez jednostkę w stosunku do sacrum i są związane z wewnętrzną i subiektywną rzeczywistością (Jarosz, 2010; Gorsach, 2003; Spilka, Hood, Hunsberger, 2003; Zinnbauer, Pargament, 2005). W dyskusjach na temat duchowości pojawia się nadal, niemal paralelnie, pojęcie religijności, co potwierdza niejako tezę Jarosza, że zakres tych terminów jest różny, acz nierozłączny. Religijność i duchowość są konstruktami wielopoziomowymi w takim znaczeniu, że mają swoje odniesienie do sfery biologicznej, emocjonalnej, poznawczej, moralnej, relacyjnej, osobowościowej, społecznej, kulturowej i ogólnej (Krok, 2009). Zauważa się nawet, że w literaturze psychologicznej można przyjąć się pomysłom wartościowania tych zjawisk. W tym miejscu warto wspo-

mniej, że literatura relacjonująca badania prowadzone w zakresie poszczególnych nurtów psychologii wskazała, na ile sposobów można rozpatrywać duchowość – jako postawę, wymiar osobowości, schemat poznawczy, co w konsekwencji wskazuje na możliwość wyróżnienia jej trzech bazowych elementów: poznawczego, behawioralnego i emocjonalnego. Duchowość dla niektórych autorów, patrzących na nią z perspektywy innych dyscyplin, spoza wyżej opisanego kręgu, stanowi wyższą jakość, ponieważ bezpośrednio odnosi się do doświadczenia sensu życia, Boga, sposobów życia (Jarosz, 2010).

Literatura relacjonująca badania prowadzone w zakresie poszczególnych nurtów psychologii wskazała, na ile sposobów można rozpatrywać duchowość – jako postawę, wymiar osobowości, schemat poznawczy, co w konsekwencji wskazuje na możliwość wyróżnienia jej trzech bazowych elementów: poznawczego, behawioralnego i emocjonalnego.

Aktualne koncepcje można, na rzecz celów edukacyjnych, przypisać do trzech zbiorów, choć niewątpliwie jest to podział mocno uproszczony, sztuczny, będący utylitarnym nadużyciem, próbą łączenia ponad dyscyplinarnymi podziałami.

1. Wielu autorów zaznacza istotność związku duchowości z innym z fenomenów nazywanym świętością (*sacred*) (Pargament, 1997; Zinnbauer, Pargament, 2005; Park, 2007).
2. Liczni współcześni autorzy koncepcji duchowości wyodrębniają jako ich cechę wspólną i znaczącą odniesienie do transcendencji (Cloninger, 2004; Dy-Liacco, Kennedy, Parker, Piedmont, 2005; Emmons, Paloutzian, 2003; Piedmont, 2007; Sinnott, 2005).
3. Nieliczni badacze starają się wykazać, że jest zasadne istnienie duchowości bez wyraźnej relacji do wymiaru transcendentnego (Woods, Ironson, 1999; Socha, 2000; Heszen-Niejodek, Gruszczyńska, 2004; Zinnbauer, Pargament, 2005; Krok, 2009).

## W odniesieniu do *sacrum*

W kontekście powyższego podziału warto przyrzeć się pokrótce przedstawianym przez ich autorów koncepcjom. Założeniem pierwszej grupy teorii jest ścisły związek duchowości z religijnością, wiarą, *sacrum*. Tart (1975) mówi o duchowości jako o „szerokiej rzeczywistości ludzkiej potencjalności odno-

szącej się do ostatecznych celów, wyższych istot, Boga, miłości, współczucia czy innych celów”. Vaughan (1991) natomiast stwierdza, że jest ona „subiektywnym doświadczeniem Sacrum”, a Emblen (1992), że można rozumieć ją jako indywidualne, personalne dynamizujące reguły pobudzające transcendentny wymiar relacji do Boga. Hart (1994) opisuje ją jako sposób przeżywania przez człowieka wiary w codzienności oraz sposób, w jaki ustosunkowuje się on do ostatecznych granic egzystencji i odkrywania pogłębionego, szerszego znaczenia życia (Jarosz, 2010). Pargament (1997) rozumie z kolei duchowość jako poszukiwanie świętości (*sacrum*), podtrzymuje swe stanowisko we współpracy z Hillem (2003), gdzie mówią o „poszukiwaniu świętości, procesie poprzez który ludzie dążą do odkrywania, bycia w łączności, i kiedy jest to niezbędne, do transformacji w swoim życiu wszystkiego, co uważane jest za święte”, jak też z Zinnbauerem (2005), z którym uzupełniają kontekst indywidualnego poszukiwania świętości również o doświadczenia grupowe (Zinnbauer, Pargament, 2005). Podnoszone poszukiwanie wiąże się z szerokim kontekstem religijnym, tradycyjnym bądź nie, a w świętość wpisane są takie pojęcia, jak: Bóg, boskość, Ostateczna Rzeczywistość, transcendencja czy inne, mające wyjątkowe znaczenie dla poszczególnych osób czy grup, aspekty życia (Krok, 2009; Jarosz, 2010).

Poszukiwanie indukuje niejako próby odkrywania znaczenia zawierającego składowe będące wartościowymi, sensownymi lub ostatecznymi sprawami mogącymi mieć charakter: fizyczny (związany ze zdrowiem, sprawnością fizyczną), psychologiczny (oparty na mechanizmach psychicznych, np. samoocena, poczucie zadowolenia), społeczny (osadzony na relacjach interpersonalnych, np. intymność, wsparcie społeczne), religijny (dotyczący relacji z Bogiem, np. poczucie bliskości Boga, doświadczenie religijne). Człowiek, w ujęciu koncepcji zbudowanej na poszukiwaniu, dążąc do osiągnięcia ważnego, wartościowego dla niego celu, robi to, ponieważ dostrzega w tym głębszy, istotny dla siebie cel (Krok, 2009; Zinnbauer, Pargament, 2005).

Wielowymiarowo podszedł do problemu definicji zjawiska Elkins (2001). Wymienia sześć jej składowych, mających odniesienia do różnych aspektów życia: (1) duchowość jest uniwersalna, (2) jest ludzkim fenomenem, (3) jej *clou* ma charakter fenomenologiczny, (4) jest zdolnością do odpowiedzi na świętość, (5) charakteryzuje się „mistyczną energią”, (6) współczucie jest celem ostatecznym (Krok, 2009). Kolejna koncepcja Armstronga wprowadza pojęcie obecności relacji z Wyższą Mocą, która wywiera wpływ na sposób, w jaki jednostka działa w świecie (Zinnbauer, Pargament, 2005). Argyle i Beit-Hallahmi opisują duchowość jako „system przekonań odnoszący się do boskości lub jakiejś ponadludzkiej mocy oraz praktyki kultu lub inne rytuały ukierunkowane wobec tejsze siły”. James (2001) natomiast wskazuje, że przedstawiany fenomen to po prostu „takie uczucia, czyny i doświadczenia odosobnionej jednostki ludzkiej, o których jednostka ta mniema, że odnoszą się one do czegoś, co ona sama

uznaje za boskie” (James, 2001; Jarosz, 2010; Krok 2009). Peteet pokazuje duchowość jako przywiązanie do przekonań i praktyk charakterystycznych dla określonej tradycji (Zinnbauer, Pargament, 2005). Należy jednak pamiętać, jak zauważają niektórzy badacze, że termin ten wiązany ma być raczej z otwartością na tematy dotyczące sfery duchowej zawarte we wszystkich religiach i szkołach filozoficznych niż z autorytarnym odrzucaniem tego, co nie jest zakorzenione w wyznawanej tradycji (Fontana, 2003).

Jak widać z powyższego przeglądu, ciekawym jawi się fakt, że w literaturze bardzo często dostrzega się ścisłe łączenie duchowości z wiarą, religijnością. Ale należy patrzeć na nią z perspektywy znaczniejszej złożoności, człowiek doświadcza bowiem duchowości, odczuwając i podejmując działania (Socha, 2000, 2009; Saucier, Skrzypińska, 2006; Koenig, 2008; Trzebińska, 2008; Dobroczyński, 2009).

W literaturze bardzo często dostrzega się ścisłe łączenie duchowości z wiarą, religijnością. Ale należy patrzeć na nią z perspektywy znaczniejszej złożoności, człowiek doświadcza bowiem duchowości, odczuwając i podejmując działania.

## W odniesieniu do transcendencji

Drugi z kolei zbiór koncepcji duchowości łączy cecha wspólna, jaką jest ich odniesienie do transcendencji, założenie, że duchowość jest jej indywidualną afirmacją (Cloninger, 2004; Dy-Liacco, Kennedy, Parker, Piedmont, 2005; Emmons, Paloutzian, 2003; Piedmont, 2007; Sinnott, 2005). W pierwszej kolejności należy podkreślić, że znaczenie terminu transcendencja jest zależne od dyscypliny, w zakresie której prowadzone są badania czy obserwacje: inaczej rozumie go filozofia, inaczej teologia, a jeszcze inaczej psychologia. Ze względu na charakter analizy szerzej opisane zostanie rozumienie psychologiczne pojęcia, któremu bliższe jest rozważanie osobistego ludzkiego doświadczenia, niewykluczającego istnienia nadprzyrodzonej istoty czy sfery (Boga czy Absolutu) (Krok, 2009). Jedną z najbardziej popularnych, tradycyjnych definicji mówi o duchowości jako o „transcendentnym wymiarze w ludzkim doświadczeniu (...) odkrywanych w momentach, w których jednostka kwestionuje znaczenie indywidualnej egzystencji i próbuje umiejscowić siebie samą w ramach szerszego ontologicznego kontekstu” (Shafranske, Gorsuch, 1984). Jest to kolejna koncepcja podkreślająca indywidualny empiryczny charakter zjawiska, który jest oparty na przekraczaniu „ja” oraz poszerzaniu formatu osobowej

rzeczywistości. Elkins pisze natomiast o duchowości jako o sposobie bycia wywiedzionym ze świadomości istnienia transcendencji, która może być opisana dzięki znaczeniom odnoszonym do *ja*, innych ludzi, natury, życia, bez względu na to, co człowiek to czyniący rozumie jako byt ostateczny (Elkins, Hedstrom i in., 1988; Jarosz, 2010; Krok, 2009). Doyle zaś rozumie omawiane pojęcie jako poszukiwanie egzystencjalnego znaczenia w ogóle (warto zwrócić uwagę na ponowne pojawienie się zmiennej dynamiki kategorii, jaką jest poszukiwanie) (Doyle 1992; Jarosz, 2010). Ciekawym ujęciem duchowości jest też pojmowanie jej jako silnego poczucia przynależności, pełni, zespolenia i otwartości w stosunku do nieskończoności; obserwowania jej jako zjawiska psychicznego ukierunkowanego na najwyższe prawdy; jako sposób bycia i doświadczania rozszerzonego pojęcia transcendencji (Emmons, 2006; Krok, 2009).

W zakres duchowości wchodzi uczucia, przekonania i praktyki związane z transcendentnymi wymiarami świata, a więc nie chodzi o poznanie duchowych aspektów życia (...), ale – w zgodzie z ujęciem psychologii pozytywnej – o sposób, w jaki człowiek rozumie, odczuwa, zakłada w działaniu transcendencję i doskonałość, oraz związane jest z tym, jak wpływa to na jego jakość życia.

Krok określa ją w tym kontekście jako fenomen spontaniczny, nieformalny, zarazem uniwersalny, autentyczne wewnętrzne doświadczenie, wolność osobowej ekspresji, odkrywania ostatecznego sensu i celu egzystencji (Krok, 2009). Trzebińska (2008) zauważa trafnie, że w zakres duchowości wchodzi uczucia, przekonania i praktyki związane z transcendentnymi wymiarami świata, a więc nie chodzi o poznanie duchowych aspektów życia (...), ale – w zgodzie z ujęciem psychologii pozytywnej – o sposób, w jaki człowiek rozumie, odczuwa, zakłada w działaniu transcendencję i doskonałość, oraz związane jest z tym, jak wpływa to na jego jakość życia (Skrzypińska, 2012). Podsumowując powyższe rozważania, można zauważyć, że odniesienia do wymiaru transcendentnego duchowości są nieco ściślej związane z człowiekiem i jego egzystencją w świecie.

## Poza transcendencją

Trzeci zbiór – najmniej liczny, ale równie interesujący w swych założeniach koncepcyjnych – pokazuje, że można o duchowości mówić bez ściślej, wyrażonej relacji do wymiaru transcendentnego, kładąc akcent na wewnętrznych



przeżyciach estetycznych lub działaniach prospołecznych (Woods, Ironson, 1999; Socha, 2000; Heszen-Niejodek, Gruszczyńska, 2004; Zinnbauer, Pargament, 2005; Krok, 2009).

Niektórzy badacze postrzegają duchowość jedynie jako cechę lub mechanizm (Pargament, Mahoney, 2002), jednak takie ujęcie wydaje się zubażać rozważane zjawisko. Inni zauważają, że można by było spróbować przyjrzeć się owemu fenomenowi jako postawie, gdyż – odnosząc się do definicji postawy Mądrzyckiego (1977) – zawiera on zarówno wiedzę (np. o wierzeniach), uczucia (np. strachu), motywy (np. potrzeba rozwoju), jak i formy zachowania i ekspresji (np. relaksacja) po to, by człowiek odkrył sens swego życia i żeby poczuł się spełniony. O duchowości w kontekście postawy pisze też Popielski (1994), podkreślając, że człowiek wielowymiarowo, wielokierunkowo jest i zarazem staje się. Ta rozwojowa perspektywa wpisana jest w całe życie jednostki, zwłaszcza ściśle jest związana z poddawaniem go nieustannemu wartościowaniu. Tak więc po-

stawa duchowa to wyrażenie swojego stosunku nie tylko wobec Boga i tego, co nadprzyrodzone (w tym rozumieniu to postawa religijna), lecz także wobec szeroko rozumianego życia, w trakcie którego poszukujemy sensu i samorealizujemy się (co nie musi się wcale łączyć z rytuałem czy doktryną) (Skrzypińska, 2012). Paralelne niemal założenia przedstawił Koenig (2008), który zwraca uwagę, że duchowość to nie tylko poszukiwanie świętości, tradycyjna religijność, ale również pozytywne stany psychologiczne powiązane z celem i sensem życia, relacjami

Postawa duchowa to wyrażenie swojego stosunku nie tylko wobec Boga i tego, co nadprzyrodzone (...), lecz także wobec szeroko rozumianego życia, w trakcie którego poszukujemy sensu i samorealizujemy się (...).

z ludźmi, poczuciem spokoju, harmonii i zadowolenia. Z kolei Woods i Ironson (1999), pisząc o duchowości, operują kategorią poszukiwania uniwersalnej prawdy i rodzaju aktywności, pomocnej przy odkrywaniu sensu i znaczenia (Krok, 2009). Ciekawe, nieco szersze, ujęcie koncepcji proponuje MacDonald (2000). Wymienia on pięć elementów duchowości: Poznawcza Orientacja ku Duchowości oraz Wierzenia Paranormalne (dotyczące poznania i postrzegania wierzeń i natury, istotności „sfery ducha”), wymiar Doświadczeniowy/Fenomenologiczny (uwarunkowany religijnymi, transcendentnymi, mistycznymi, duchowymi, transpersonalnymi doświadczeniami), Egzystencjalne Well-Being i Religijność (zawierające wierzenia, postawy, praktyki religijne), które przypisuje do trzech aspektów funkcjonowania człowieka: dwa pierwsze to aspekt poznawczy, trzeci – emocjonalny, czwarty i piąty – behawioralny (działanie, zachowanie) (MacDonald, 2000;

Skrzypińska, 2012). Wnikliwe i szczegółowe jest bez wątpienia stanowisko Sochy (2000), który określa duchowość jako przejaw typowej psychicznej działalności jednostki postawionej przed egzystencjalnym dylematem, stanowi ona jakościowy wymiar procesów psychicznych człowieka (Krok, 2012; Socha 2000). Autor wyróżnił dziewięć dziedzin związanych z duchowością: Świadomość i samoświadomość – będąca stanem psychicznym, w którym człowiek zdaje sobie sprawę zarówno ze zjawisk wewnętrznych, takich jak własne procesy myślowe, jak i zjawisk zachodzących w środowisku zewnętrznym, np. wydarzenia, relacje z innymi osobami; Mądrość – odnosząca się nie tylko do inteligencji, zdolności twórczych czy typu myślenia, ale obejmująca także umiejętności trafnej oceny i podejmowania decyzji; Uczucia – stanowiące nieodłączny element doświadczeń duchowych, gdyż nadają „smak i zapach” życiu, stanowiąc emocjonalne źródło przeżyć duchowych; Wrażliwość – rozumiana w znaczeniu racjonalnym: jako spostrzeganie sprzeczności i niejasności informacji; emocjonalnym: jako umiejętność przeżywania siebie i innych osób, oraz percepcyjnym: odnoszącym się do zdolności rozróżniania właściwości zmysłowych; Moralność – wyrażana w zdolności rozróżniania dobra i zła oraz posługiwania się kryteriami sprawiedliwości, odpowiedzialności i troski; Twórczość – reprezentująca ludzką zdolność do tworzenia innowacyjnych idei, standardów i wyobrażeń; Poczucie estetyczne – pozwalające człowiekowi zaspokajać potrzeby wyższe i odkrywać znaczenie w otaczającym świecie; Światopogląd – odnoszący się do spostrzegania świata jako zorganizowanego, hierarchicznego i otwartego systemu wiedzy pochodzącej z różnych źródeł; Religijność – w ujęciu psychologicznym wyrażająca indywidualną relację jednostki do rzeczywistości transcendentnej (Bóg, Absolut, *sacrum*); Wiara – będąca procesem przekształcania rzeczywistości i jej struktur w ich wewnętrzne odwzorowanie, tak aby można było podtrzymywać przekonania o ich prawdziwości (Krok, 2012; Socha 2000). Socha widzi duchowość jako predyspozycję jednostki do doświadczenia swojego życia we wszystkich jego wymiarach, a jej życie duchowe zogniskowane jest na rozwoju osobistym i społecznym. Można – za Anczykiem – podjąć w tym kontekście próbę nazwania tego procesu przemianą. Nazwa ta jest metaforą sedna duchowości, która mieści „wszelkie działania zmierzające do pokonania – przekroczenia, transcendencji – granic własnych egzystencji oraz rezultaty tych zmian”, językiem psychologicznym mówiąc, jest procesem „radzenia sobie z sytuacją egzystencjalną”. Jest więc w swej naturze dynamiczna, ściśle połączona z indywidualnymi odczuciami danego człowieka. Natomiast jej szerszy wymiar ma swe odbicie w kulturze, religii, sztuce, filozofii czy psychoterapii (Socha, 2000).

Podsumowując teorie trzeciej grupy, należy podkreślić wagę, skalę, dynamikę tak opisywanej językiem teorii duchowości, pamiętając jednocześnie o jej rozwojowym charakterze i silnym przenikaniu fenomenu ze zjawiskami spełniania siebie przez człowieka w dążeniu do odkrywania sensu życia, poczucia

szczęścia, dobrostanu, uświadamiania sobie i porządkowania kwestii ostatecznych za pomocą wykorzystania jednostkowych, indywidualnych zasobów poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych. Można powiedzieć, że pokonując taką niełatwą drogę samorealizacji, człowiek kształtuje swoją postawę wobec życia, jego wartości i znaczenia.

## W kontekście edukacji medycznej

Powyższy przegląd literatury, ujęty w trzy pola semantyczne pokazujące schematycznie sposoby rozumienia pojęcia i zjawiska duchowości, miał na celu uwidocznienie tego, że bez względu na to, jak rozumiana jest przez jej badaczy duchowość, w wymiarze praktyki codzienności, również tej związanej z medycyną i edukacją medyczną, zawsze będzie się opierać na tym, że sfera duchowa, nawet nie do końca uświadamiana, obejmuje i przenika całe życie człowieka w wielu jego dziedzinach (w relacjach interpersonalnych, w sztuce itp.) i realizowana jest w bardzo różnorodny sposób (od czytania literatury poprzez medytację aż po pielgrzymki czy podróże) (Socha, 2000; Heszen-Niejodek, Gruszczyńska, 2004; Zinnbauer, Pargament, 2005). Rozwój medycyny i technologii sprawił, że od początku XX wieku obserwuje się przyspieszony, znaczny postęp w diagnostyce oraz leczeniu wielu chorób. Niestety, ten proces, dzięki któremu zmniejszyła się zachorowalność, spadła śmiertelność, choroby wcześniej śmiertelne stały się przewlekłymi, wpłynął na umniejszenie znaczenia modelu holistycznego. Umiejętności techniczne, zaawansowane technologie, wysokospecjalistyczny sprzęt znacznie obniżyły wagę udziału działań człowieka w procesie leczenia. Deprecjacja czynnika ludzkiego miała swoje źródła również w silnym wpływie filozofii materialistycznej, która kojarzyła duchowość głównie z religijnością. A kiedy dołączył się do tego zachwyty wszechobecnością komercji i konsumpcjonizmu, okazało się, że sfera duchowa ukryła się w cieniu fizyczności (Puchalski, Brady i in. 1999; Albers i in., 2010; Puchalski in. 2009). Paradoksalnie, na szczęście, bezsilność wobec cierpienia i umierania sprawiła, że pojawiła się luka wypełniona brakiem czegoś niefizycznego, niematerialnego, która zmienia powoli oblicze niemal omnipotentnej medycyny. Świadczą o tym badania przeprowadzone

Paradoksalnie, na szczęście, bezsilność wobec cierpienia i umierania sprawiła, że pojawiła się luka wypełniona brakiem czegoś niefizycznego, niematerialnego, która zmienia powoli oblicze niemal omnipotentnej medycyny.

przez Balboniego i wsp. (2011), które wykazały, że większość pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową oczekuje od lekarzy zainteresowania sferą duchową i udzielania adekwatnego w ich indywidualnej sytuacji wsparcia. Okazuje się, że jedynie nieznaczna liczba lekarzy trafnie na tę potrzebę reaguje. Z kolei McCord i wsp. (2004) przedstawili pracę, z której wynika, że 85% lekarzy rodzinnych przyznało, że powinni znać przekonania religijne swoich pacjentów, 31% badanych, że powinni dopytać o nie podczas rutynowej wizyty, natomiast już 74% przyznało to w przypadku pacjentów umierających. Można zatem skonstatować, że kiedy wobec dezintegrującej życie pacjenta i jego bliskich choroby oraz cierpienia lekarze odczuwają bezradność i niedostatek sensu wynikające z braku znanych medycynie środków zaradczych, chcieliby mieć narzędzia, dzięki którym niemedycznie, ale w ramach pomocy profesjonalnej, mogliby pomóc pacjentowi w zminimalizowaniu dyskomfortu (Hill, Pargament, 2003; King, Speck, Thomas, 1994; Puchalski, 2012). Odpowiedzią na to może być, oparta na modelu biopsychospołeczno-duchowym i podstawowych uniwersalnych wartościach, opieka określana jako „całościowa” (Sulmasy, 2002). Skupia się ona na człowieku jako takim, z jego fizycznością, ale i wymiarami psychospołecznym i duchowym. Ów trójpodział ludzkiej natury na biologiczny, psychologiczny i duchowy – wymiary, które ściśle ze sobą powiązane i niemal symbiotycznie współlistniejące wyznaczają cel i ukierunkowują dążenia jednostki – jest znany chociażby z założeń teoretycznych Franklowskiej logoterapii. Wciąż żywe i aktualne spojrzenie Frankla, spojrzenie na człowieka pragnącego, aby jego życie było sensowne, żeby nie było jedynie fizyczną wegetacją, ale duchowym istnieniem, jest kongruentne z założeniami opieki całościowej (Brady i in. 1999; Albers i in., 2010; Puchalski in. 2009; Mikuła, 2003).

Lekarz czy pielęgniarka  
mogą rozmawiać  
z pacjentami na  
temat poczucia sensu  
i przynależności lub  
relacji w ich życiu.

Lekarz czy pielęgniarka mogą rozmawiać z pacjentami na temat poczucia sensu i przynależności lub relacji w ich życiu. Mogą też próbować rozpoznać źródła duchowej siły, takie jak wartości, przekonania, praktyki czy przynależność do różnego rodzaju wspólnot lub społeczności. Jest to bardzo istotny element procesu leczenia, choć poparty nie

drogimi procedurami, ale jedynie albo aż rozmową: koniecznością dokonania oceny stanu duchowego pacjenta według formalnych kryteriów oraz zapewnienia opieki pełnej współczucia. Kadra medyczna opiekująca się osobami chorymi powinna pochylić się nie tylko nad cierpieniem fizycznym, lecz także bólem psychicznym, społecznym, duchowym i egzystencjalnym (Lo, Quill, Tulskey, 2008; Puchalski, Larson, 1999; Krajnik, 2016). Wszystkie aspekty duchowości

(w rozumieniu poszukiwania, odkrywania przez człowieka sensu dzięki uczestniczeniu w religii i/lub wierze w Boga, rodzinie, naturalizmie, racjonalizmie, humanizmie, sztuce) mogą wpływać na to, jak pacjenci i pracownicy opieki zdrowotnej postrzegają zdrowie i chorobę oraz jak kształtują się ich wzajemne relacje (Association of American Medical Colleges: Report III. Contemporary issues in medicine: communication in Medicine. Medical School Objectives Project, 1999; Puchalski, 2006). Godny zauważenia, niejako na marginesie, jest fakt, że powyżej opisane ujęcie często-

Jest to bardzo istotny element procesu leczenia, choć nie poparty drogimi procedurami, a jedynie albo aż rozmową: koniecznością dokonania oceny stanu duchowego pacjenta według formalnych kryteriów oraz zapewnienia opieki pełnej współczucia.

kroć najbliższe jest nie filozofom, teologom czy psychologom, a przynajmniej tym niezwiązanym z szeroko pojętą opieką medyczną, ale klinicyzom praktykom różnych dyscyplin. Są oni bowiem na co dzień świadkami częstego współistnienia kryzysu choroby z kryzysem psychologicznym czy duchowym, całkowicie rozchwiewających życie pacjentów i ich rodzin, którzy tracą nie tylko poczucie bezpieczeństwa, lecz także przeżywają zaburzenia lub zburzenia sensu, hierarchii wartości, celu, relacji czy przynależności (Krajnik, 2016). Dla nich słuszna jest zatem definicja duchowości przyjęta w 2009 r. w Stanach Zjednoczonych na krajowej konferencji uzgodnieniowej, zawierająca wszystkie podnoszone w artykule elementy składowe: „wyraża się w sposobie, w jaki człowiek poszukuje i nadaje sens i cel swojemu istnieniu, oraz w sposobie, w jaki doświadcza łączności z chwilą obecną, samym sobą, innymi ludźmi, naturą oraz tym, co stanowi istotę lub świętość” (Puchalski i in. 2009). Szczególnie istotne jest stwierdzenie, że duchowość to „aspekt człowieczeństwa”. Podkreśla ono, że człowiek – składający się z różnorodnych, zależnych od siebie elementów – mimo wszystko jest jednością i tak należy go postrzegać i rozumieć. Wówczas dopiero można poznać jego samego i sposoby pomocy mu w przeżywanych kryzysach.

## Podsumowanie

Naturalne ewoluowanie pojęcia duchowość, zmienność jego percepcji, rozumienia i znaczenia jako zjawiska zależne jest od czasu, idei cywilizacyjnych, społeczno-kulturowych mających w danym czasie pierwszeństwo, wszechobecnej tendencji do wąskiego specjalizowania się profesjonalistów różnych dzie-

Ścisły związek  
duchowości z życiem  
nie zawsze właśnie  
przez tę silną zależność  
i nierozłączność  
jest uświadamiany.

ukryte i zamaskowane, udające co innego”. Taki sposób myślenia w połączeniu z postmodernistycznymi przesłankami oraz wszechobecnym zaufaniem do technicyzacji i „szkiełka i oka mędrca” podaje w wątpliwość trwałość zainteresowania tematem duchowości czy nawet przynosi obawę o jego kryzys. Każdorazowo dochodzimy zatem do próby odpowiedzi na pytania o zasadność, celowość i użyteczność nauczania duchowości w edukacji medycznej. Skoro natura człowieka jest niezmienna, niezmienna będzie potrzeba czujnego przyglądania

Skoro natura człowieka  
jest niezmienna,  
niezmienna będzie  
potrzeba czujnego  
przyglądania się  
rozwojowi zjawiska  
duchowości oraz  
uczenia wrażliwości na  
nie i na jego przejawy  
w relacjach personel  
medyczny – pacjenci.

się rozwojowi zjawiska duchowości oraz uczenia wrażliwości na nie i na jego przejawy w relacjach personel medyczny – pacjenci. Ze względu na aspekt edukacyjny duchowości oraz ze względu na sposób istnienia człowieka w świecie należy uwzględnić w kształceniu jej funkcję utylitarną, zgodną z ostatnią wprowadzoną w artykule definicją. W tym podejściu uczelnia medyczna staje się nie tylko miejscem zdobywania wiedzy i umiejętności, lecz także dojrzenia studenta jako człowieka, który będąc i stając się człowiekiem i klinicystą, potrafi stworzyć relację z drugim człowiekiem opartą na profesjonalnej trosce i dbałości o jego jednostkową perspektywę (Krajnik, 2016).

dzin. Przez to wciąż stawiane są pytania o sens i wartość poszukiwań czy ponaddiscyplinarnych rozwiązań. Okazuje się, że ścisły związek duchowości z życiem nie zawsze właśnie przez tę silną zależność i nierozłączność jest uświadamiany, o czym pisze Dobroczyński (2009): „nasze potrzeby duchowe mogą występować niejako w przebraniu,

o czym pisze Dobroczyński (2009): „nasze potrzeby duchowe mogą występować niejako w przebraniu,

## Bibliografia

1. Association of American Medical Colleges: *Report III. Contemporary issues in medicine: communication in Medicine*. Medical School Objectives Project, 1999.
2. Albers, G., Ehteld, M.A., de Vet, H.C., Onwuteaka-Philipsen, B.D., van der Linden, M.H., Deliens, L. (2010). *Content and spiritual items of quality-of-life instruments appropriate for use in palliative care: a review*. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40 (2): 290–300. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.painsymman.2009.12.012>.

3. Balboni, T., Balboni, M., Paulk, M.E., Phelps, A., Wright, A., Petzet, J., Block, S., Lathan, C., Vanderweele, T., Prigerson, H. (2011). *Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life*. *Cancer*, 117 (23), 5383–5391. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.26221>.
4. Brady, M.J., Peterman, A.H., Fitchett, G., Mo, M., Cella, D. (1999). *A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology*. *Psycho-oncology*, 8 (5), 417–428. DOI: [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1611\(199909/10\)8:5<417::aid-pon398>3.0.co;2-4](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1611(199909/10)8:5<417::aid-pon398>3.0.co;2-4).
5. Cloninger, C.R. (2004). *Feeling Good: The Science of Well-Being*. New York: Oxford University Press.
6. Dy-Liacco, G.S., Kennedy, M.C., Parker, D.J., Piedmont, R.L. (2005). *Spiritual transcendence as an unmediated causal predictor of psychological growth and world – view among Filipinos*. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 16, 261–286.
7. Emmons, R. (1999). *The psychology of ultimate concerns*. New York: Guilford Press.
8. Emmons, R. (2005). *Striving for the sacred: personal goals, life meaning, and religion*. *Journal of Social Issues*, 61, 731–745.
9. Emmons, R.A. (2006). *Spirituality: Recent progress*. W: M. Csikszentmihalyi, I. Csikszentmihalyi (red.). *A life worth living: Contributions to positive psychology*. New York: Oxford University Press, s. 62–84.
10. Emmons, R.A., Paloutzian, R.F. (2003). *The psychology of religion*. *Annual Review of Psychology*, 54, 377–402.
11. Elkins, D.N. (2001). *Beyond religion: toward a humanistic spirituality*. W: K.J. Schneider, J.T. Bugental, J.F. Pierson (red.) *The handbook of humanistic psychology: Leading edges in theory, research, and practice*. Thousand Oaks: Sage, s. 201–212.
12. Dobroczynski, B. (2009). *Kłopoty z duchowością. Szkice z pogranicza psychologii*. Kraków: Nomos.
13. Doyle, D. (1992). *Have we looked beyond the physical and psychosocial?* *Journal of Pain and Symptom Management*, 7 (5), 302–311. DOI: [https://doi.org/10.1016/0885-3924\(92\)90063-n](https://doi.org/10.1016/0885-3924(92)90063-n).
14. Elkins, D., Hedstrom, L., Hughes, L., Leaf, J., Saunders, C. (1988). *Toward a humanistic-phenomenological spirituality: Definition, description, and measurement*. *Journal of Humanistic Psychology*, 28, 5–18.
15. Emblen, J. (1992). *Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature*. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 8 (1), 41–47. DOI: [https://doi.org/10.1016/8755-7223\(92\)90116-g](https://doi.org/10.1016/8755-7223(92)90116-g).
16. Helminiak, D.A. (1996). *The human core of spirituality: Mind as psyche and spirit*. Albany, NY: State University of New York Press.
17. Heszen-Niejodek, I., Gruszczyńska, E. (2004). *Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar*. *Przegląd Psychologiczny*, 47 (1), 15–31.
18. Hill, P.C., Pargament, K.I. (2003). *Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality*. *The American Psychologist*, 58 (1), 64–74. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.1.64>.
19. Fontana, D. (2003). *Psychology, religion, and spirituality*. Oxford: Bps Blackwell.
20. Jarosz, M. (2010). *Pojęcie duchowości w psychologii*. *Studia z Psychologii w KUL*, 16, 9–22.
21. King, M., Speck, P., Thomas, A. (1994). *Spiritual and religious beliefs in acute illness: Is this a feasible area for study?* *Social Science and Medicine*, 38 (4), 631–636. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90260-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90260-7).
22. Koenig, H.G. (2008). *Concerns about measuring "Spirituality" in research*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196 (5), 349–355. DOI: <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31816ff796>.
23. Krajnik, M. (2016). *Komentarz*. W: C.M. Puchalski. *Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym – niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta*. *Medycyna Praktyczna*, 5: 122–124.
24. Krok, D. (2009). *Religijność a duchowość – różnice i podobieństwa z perspektywy*

- psychologii religii. *Polskie Forum Psychologiczne*, 14 (1), 126–141.
25. Krok, D. (2012). *Psychologiczna koncepcja poszukiwania sacrum w religijności i duchowości*. *Analetica Cracoviensa*, 44, 39–53.
  26. Lo, B., Quill, T., Tulskey, J. (1999). *Discussing palliative care with patients (ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel)*. *Annals of Internal Medicine*, 130 (9), 744–749.
  27. McCord, G., Gilchrist, V.J., Grossman, S.D., King, B.D., McCormick, J.E., Oprandi, A.M., Schrop, S.L., Selius, B.A., Smucker, W.D., Weldy, D.L., Amorn, M., Carter, M.A., Deak, A.J., Hefzy, H., Srivastava, M. (2004). *Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach*. *Annals of Family Medicine*, 2 (4), 356–361. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.71>.
  28. MacDonald, D.A. (2000). *Spirituality: description, measurement, and relation to the five factor model of personality*. *Journal of Personality*, 68 (1), 153–197. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-6494.t011-00094>.
  29. McCord, G., Gilchrist, V.J., Grossman, S.D., King, B.D., McCormick, K.E., Oprandi, A.M., Schrop, S.L., Selius, B.A., Smucker, D.O., Weldy, D.L., Amorn, M., Carter, M.A., Deak, A.J., Hefzy, H., Srivastava, M. (2004). *Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach*. *Annals of Family Medicine*, 2 (4), 356–361. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.71>.
  30. Mądrzycki, T. (1977). *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*. Warszawa, PZWS.
  31. Mikuła, J. (2003). *Duchowość – próba zdefiniowania pojęcia*. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 2.
  32. Paloutzian, R.F., Park, C. (2005). *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. London: Guilford Press.
  33. Pargament, K.I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping*. Guilford Press: New York.
  34. Pargament, K.I., Mahoney, A. (2002). *Spirituality: Discovering and conserving the sacred*. W: C.R. Snyder, S.J. Lopez (red.), *Handbook of positive psychology*. APA Press: Washington DC, s. 646–659.
  35. Park, C.L. (2007). *Religiousness/spirituality and health: A meaning systems perspective*. *Behavioral Science*, 30 (4), 319–328.
  36. Piedmont, R.L. (1999). *Does Spirituality Represents the Sixth Factor of Personality? Spiritual Transcendence and the Five-Factor Model*. *Journal of Personality*, 67 (6), 985–1013.
  37. Piedmont, R.L. (2001). *Spiritual Transcendence and the scientific study of spirituality*. *Journal of Rehabilitation*, 67 (1), 4–14.
  38. Piedmont, R.L. (2005). *The role of personality in understanding religious and spiritual constructs*. W: R.F. Paloutzian, C.L. Park (red.). *The Handbook of the Psychology of Religion*. New York: Guilford, s. 253–273.
  39. Popielski, K. (1994). *Noetyczny wymiar osobowości*. *Psychologiczna analiza poczucia sensu życia*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
  40. Puchalski, C. (2006). *Spiritual assessment in clinical practice*. *Psychiatric Annals*, 36 (3), 150–155. DOI: 10.3928/00485713-20060301-06.
  41. Puchalski, C.M. (2016). *Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym – niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta*. *Medycyna Praktyczna*, 5, 116–124.
  42. Puchalski, C.M., Blatt, B., Kogan, M., Butler, A. (2014). *Spirituality and health: the development of a field*. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 89 (1), 10–16. DOI: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000083>.
  43. Puchalski, C.M., Cobb, M., Rumbold, B. (red.). (2012). *Oxford Textbook of Spirituality and Healthcare*. New York: Oxford University Press.
  44. Puchalski, C.M., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K., Sulmasy, D. (2009). *Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference*. *Journal of Palliative Medicine*, 12 (10), 885–904. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>.
  45. Puchalski, C., Guenther, M. (2012). *Restoration and re-creation: spirituality in the lives of healthcare professionals*. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 6: 254–258.
  46. Puchalski, C.M., Larson, D.B. (1998). *Developing curricula in spirituality and medi-*



- cine. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 73 (9), 970–974. DOI: <https://doi.org/10.1097/00001888-199809000-00015>.
47. Puchalski, C., Romer, A.L. (2000). *Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully*. *Journal of Palliative Medicine*, 3 (1), 129–137. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2000.3.129>.
  48. Reich, K.H., Oser, F.K., Scarlett, W.G. (red.) (1999). *Being human: The case of religion*. T. 2. *Psychological studies on spiritual and religious development*. Lengerich, Germany: Pabst.
  49. Reich, K.H. (2004). *The person-God relationship: A dynamic model*. W: K.H. Reich, *The role of cognition in religious development. The contribution of Relational and Contextual Reasoning (RCR) to religious development*. Doctoral dissertation, Theologische Fakultät, Universität Utrecht, 16.
  50. Reich, K.H., Oser, F.K. Scarlett, W.G. (red.). (1999). *Being human: The case of religion*. T. 2. *Psychological studies on spiritual and religious development*. Lengerich, Germany: Pabst.
  51. Różycka, J., Skrzypińska, K. (2011). *Duchowość w psychologii: przegląd definicji i dziedzin badań*. *Roczniki Psychologiczne*, 14 (2), 101–121.
  52. Sinnott, J. (2005). *Spirituality as feeling connected with the Transcendent: Outline of a transpersonal psychology of adult development of self*. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 16, 287–308.
  53. Shafranske, E.P., Gorsuch, R.L. (1984). *Factors associated with the perception of spirituality in psychotherapy*. *Journal of Transpersonal Psychology*, 16, 231–241.
  54. Socha, P. (2000). *Duchowy rozwój człowieka*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
  55. Socha, P. (2003). *Wybrane współczesne psychologiczne teorie duchowości*. *Nomos. Kwartalnik Religioznawczy*, 43–44, 19–39.
  56. Socha, P. (2009). *Główne kategorie psychologii religii: próba uporządkowania*. *Nomos. Kwartalnik Religioznawczy*, 65–66, 135–164.
  57. Saucier, G.I., Skrzypińska, K. (2006). *Spiritual But Not Religious? Evidence for Two Independent Dispositions*. *Journal of Personality*, 74 (5), 1257–1292. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00409.x>.
  58. Skrzypińska, K. (2005). *From Spirituality to Religiousness – is this a One-way Direction?* W: T. Maliszewski, W.J. Wojtowicz, J. Żerko (red.). *Antology of Social and Behavioral Science*. Gdańsk – Linköping, University of Gdańsk, Linköpings Universitet, s. 491–501.
  59. Skrzypińska, K. (2012). *Granice duchowości – perspektywa pierwsza*. *Roczniki Psychologiczne*, 15 (1), 75–96.
  60. Sulmasy, D.P. (2002). *A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life*. *The Gerontologist*, 42 Spec No 3, 24–33. DOI: [https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl\\_3.24](https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24).
  61. Trzebińska, E. (2008). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
  62. Spilka, B., Hood, R.W., Hunsberger, B., Gorsuch, R. (2003). *The psychology of religion. An empirical approach*. New York: The Guilford Press.
  63. Tart, C. (1975). *Introduction*. W: C. Tart (red.). *Transpersonal psychologies*. New York: Harper & Row, s. 3–7.
  64. Vaughan, F. (1991). *Spiritual issues in psychotherapy*. *Journal of Transpersonal Psychology*, 23 (2), 105–119.
  65. Woods, T.E., Ironson, G.H. (1999). *Religion and spirituality in the face of illness: How cancer, cardiac, and HIV patients describe their spirituality/religiosity*. *Journal of Health Psychology*, 4 (3), 393–412. DOI: [10.1177/135910539900400308](https://doi.org/10.1177/135910539900400308).
  66. Zinnbauer, B.J., Pargament, K.I. (2005). *Religiousness and spirituality*. W: R.F. Paloutzian, C.L. Park (red.). *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. New York: Guilford Press, s. 21–42.
  67. Zinnbauer, B.J., Pargament, K.I., Cole, B., Rye, M.S., Butter, E.M., Belavich, T.G., Hipp, K.M., Scott, A.B., Kadar, J.L. (1997). *Religion and spirituality: unfuzzifying the fuzzy*. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 36 (4), 549–564.
  68. Zinnbauer, B.J., Pargament, K.I., Scott, A.B. (1999). *The Emerging Meanings of Religiousness and Spirituality: Problems and Prospects*. *Journal of Personality*, 67 (6), 889–919. DOI: [10.1111/1467-6494.00077](https://doi.org/10.1111/1467-6494.00077).



Jakub Gierczyński, Igor Grzesiak

# Duchowość – perspektywa systemu ochrony zdrowia



## W tym rozdziale:

Wprowadzenie . . . . .	59
Metodyka . . . . .	60
Podsumowanie . . . . .	72

# Duchowość – perspektywa systemu ochrony zdrowia

## Wprowadzenie

Badania naukowe dostarczają coraz więcej informacji na temat wpływu duchowości na zdrowie jednostki oraz na system ochrony zdrowia. Korelacja między duchowością a wskaźnikami zdrowotnymi jest przedmiotem wielu analiz i badań z uwzględnieniem różnych czynników (Damiano i in., 2016). Wpływ duchowości i religijności na zdrowie odzwierciedla również definicja zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO), zgodnie z którą zdrowie nie jest kategorią odnoszącą się wyłącznie do braku choroby czy innych zaburzeń, ale obejmuje również zagadnienia związane z osiągnięciem pełnego dobrostanu – zarówno

Wpływ duchowości i religijności na zdrowie odzwierciedla również definicja zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia, zgodnie z którą zdrowie nie jest kategorią odnoszącą się wyłącznie do braku choroby czy innych zaburzeń, ale obejmuje również zagadnienia związane z osiągnięciem pełnego dobrostanu – zarówno fizycznego, psychicznego, jak i społecznego.

fizycznego, psychicznego, jak i społecznego. Obecnie w znacznie szerszym ujęciu zdrowia wykracza ono poza dobrostan biologiczny i psychospołeczny, a obejmuje również wymiar duchowego dobrostanu. Duchowy dobrostan, chociaż stanowi wielowymiarowy teoretyczny konstrukt, definiowany jest jako silna więź z innymi, poczucie wspólnoty oraz związek z transcendentną siłą. Duchowość stanowi szerokie, wielowymiarowe pojęcie uwarunkowane kulturowo i geograficznie. Na postrzeganie duchowości ma także wpływ poziom wykształcenia, pochodzenie, obyczaje i tradycje. Problematyka jednoznacznego zdefiniowania duchowości jest także związana z powiązaniem duchowości z religijnością, dobrostanem i pozytywnymi emocjami (Peng-Keller, 2019; Hill i in., 2000). W bazie PubMed znaleziono około 30 tys. artykułów naukowych związanych z wpływem duchowości na zdrowie, zarówno psychiczne, jak i fizyczne (G. Lucchetti, A. Lucchetti, 2014). Jedną z przeprowadzonych metaanaliz obejmowała 166 artykułów naukowych. Celem ich analizy było dostarczenie pełnej definicji duchowości w aspekcie systemu ochrony zdrowia. W rezultacie zidentyfikowano 24 wymiary duchowości. Kolejno wymiary duchowości uporządkowano według ich ważności. Wśród najważniejszych wymiarów duchowości znajduje się połączenie rozumiane jako związek z siłą czy wiarą, kolejno radzenie sobie w sytuacjach kryzysowych i stresujących, również w obliczu wyzwań, jakimi są problemy zdrowotne. Trzeci wymiar duchowości stanowią wierzenia, praktyki oraz doświadczenia, rozumiane jako aspekty poznawcze, empiryczne i behawioralne duchowości. Następnym zidentyfikowanym wymiarem to wrażenia, uczucia wynikające z duchowości, a wywołujące najczęściej wiarę, nadzieję, wewnętrzny spokój (Sena, Damiano, Lucchetti, Peres, 2021). Wszyscy autorzy artykułów naukowych zgodnie podkreślają, że niezbędne jest dokładniejsze wyjaśnienie pojęć duchowości i religijności oraz właściwej interpretacji tych pojęć w kontekście zdrowia. Co więcej, według badań profesjonalistów medycyni są zdania, że oprócz znaczenia klinicznego, duchowość powinna zostać włączona w ramy edukacyjne lekarzy i pielęgniarek, a ostatecznie do praktyki klinicznej (Baetz, Griffin, Bowen, Marcoux, 2004).

## Metodyka

Na potrzeby opracowania przeprowadzono wyszukiwania w Cochrane Library, a także w domenie publicznej według połączonych słów kluczowych: „spirituality health outcomes”, „spirituality healthcare system” oraz „spiritual values in health care” [www.cochranelibrary.com]. Wyniki przeszukiwania bazy Cochrane przedstawiono w tabeli 1, natomiast wyniki przeszukania domeny publicznej opisano poniżej, a źródła zebrano w bibliografii na końcu rozdziału.

**Tabela 1.** Zestawienie wyszukanych publikacji według słów kluczowych w ramach przyjętych kategorii

Tematyka	Artykuł naukowy	Link
Wpływ na zdrowie psychiczne – nowotwór	Candy, B., Jones, L., Varagunam, M., Speck, P., Tookman, A., King, M. (2012). Spiritual and religious interventions for well-being of adults in the terminal phase of disease. The Cochrane Database of Systematic Reviews, (5), CD007544.	<a href="https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007544.pub2/full">https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007544.pub2/full</a>
	Mishra, S.I., Scherer, R.W., Geigle, P.M., Berlanstein, D.R., Topaloglu, O., Gotay, C.C., Snyder, C. (2012). Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012 (8), CD007566. <a href="https://doi.org/10.1002/14651858.CD007566.pub2">https://doi.org/10.1002/14651858.CD007566.pub2</a>	<a href="https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007566.pub2/full">https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007566.pub2/full</a>
	Cramer, H., Lauche, R., Klose, P., Lange, S., Langhorst, J., Dobos, G.J. (2017). Yoga for improving health-related quality of life, mental health and cancer-related symptoms in women diagnosed with breast cancer. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 1 (1), CD010802. <a href="https://doi.org/10.1002/14651858.CD010802.pub2">https://doi.org/10.1002/14651858.CD010802.pub2</a>	<a href="https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010802.pub2/full">https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010802.pub2/full</a>
	Bradt, J., Dileo, C., Myers-Coffman, K., Biondo, J. (2021). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in people with cancer. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 10 (10), CD006911.	<a href="https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006911.pub4/full">https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006911.pub4/full</a>
	Mishra, S.I., Scherer, R.W., Snyder, C., Geigle, P.M., Berlanstein, D.R., Topaloglu, O. (2012). Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012 (8), CD008465. <a href="https://doi.org/10.1002/14651858.CD008465.pub2">https://doi.org/10.1002/14651858.CD008465.pub2</a>	<a href="https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008465.pub2/full">https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008465.pub2/full</a>
	Balboni, T., Balboni, M., Paulk, M.E., Phelps, A., Wright, A., Peteet, J., Block, S., Lathan, C., Vanderweele, T., Prigerson, H. (2011). Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. Cancer, 117 (23), 5383–5391. <a href="https://doi.org/10.1002/cncr.26221">https://doi.org/10.1002/cncr.26221</a>	<a href="https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.26221">https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.26221</a>

**Tabela 1.** Ciąg dalszy

Tematyka	Artykuł naukowy	Link
	<p>Hu, Y., Jiao, M., Li, F. (2019). Effectiveness of spiritual care training to enhance spiritual health and spiritual care competency among oncology nurses. <i>BMC Palliative Care</i>, 18 (1), 104. <a href="https://doi.org/10.1186/s12904-019-0489-3">https://doi.org/10.1186/s12904-019-0489-3</a></p>	<p><a href="https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-019-0489-3#citeas">https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-019-0489-3#citeas</a></p>
	<p>Mishra, S.I., Scherer, R.W., Geigle, P.M., Berlanstein, D.R., Topaloglu, O., Gotay, C.C., Snyder, C. (2012). Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. <i>The Cochrane Database of Systematic Reviews</i>, 2012 (8), CD007566. <a href="https://doi.org/10.1002/14651858.CD007566.pub2">https://doi.org/10.1002/14651858.CD007566.pub2</a></p>	<p><a href="https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007566.pub2/full">https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007566.pub2/full</a></p>
	<p>Rached, G., Jradi, K., Sleilaty, G., Mekhael, M., Ghayad, T., Mikhael, E., Haddad, F., Dabar, G., Riachy, M., Chelala, D., Honein, K., Richa, S. (2022). Spirituality and the quality of life of cancer patients: An antidepressant effect. <i>L'Encephale</i>, 48 (4), 365–370. <a href="https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.05.002">https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.05.002</a></p>	<p><a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700621001640?via%3Dihub">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700621001640?via%3Dihub</a></p>
<p>Wpływ na zdrowie psychiczne – schizofrenia</p>	<p>Broderick, J., Crumlish, N., Waugh, A., Vancampfort, D. (2017). Yoga versus non-standard care for schizofrenia. <i>The Cochrane Database of Systematic Reviews</i>, 9 (9), CD012052. <a href="https://doi.org/10.1002/14651858.CD012052.pub2">https://doi.org/10.1002/14651858.CD012052.pub2</a></p>	<p><a href="https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012052.pub2/full">https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012052.pub2/full</a></p>
	<p>Broderick, J., Knowles, A., Chadwick, J., Vancampfort, D. (2015). Yoga versus standard care for schizofrenia. <i>The Cochrane Database of Systematic Reviews</i>, 2015 (10), CD010554. <a href="https://doi.org/10.1002/14651858.CD010554.pub2">https://doi.org/10.1002/14651858.CD010554.pub2</a></p>	<p><a href="https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010554.pub2/full">https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010554.pub2/full</a></p>
	<p>Broderick, J., Vancampfort, D. (2017). Yoga as part of a package of care versus standard care for schizofrenia. <i>The Cochrane Database of Systematic Reviews</i>, 9 (9), CD012145. <a href="https://doi.org/10.1002/14651858.CD012145.pub">https://doi.org/10.1002/14651858.CD012145.pub</a></p>	<p><a href="https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012145.pub2/full">https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012145.pub2/full</a></p>
	<p>Krisanaprakornkit, T., Krisanaprakornkit, W., Piyavhatkul, N., Laopaiboon, M. (2006). Meditation therapy for anxiety disorders. <i>The Cochrane Database of Systematic Reviews</i>, (1), CD004998. <a href="https://doi.org/10.1002/14651858.CD004998.pub2">https://doi.org/10.1002/14651858.CD004998.pub2</a></p>	<p><a href="https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004998.pub2/full">https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004998.pub2/full</a></p>



Tabela 1. Ciąg dalszy

Tematyka	Artykuł naukowy	Link
	Salhofer, I., Will, A., Monsef, I., Skoetz, N. (2016). Meditation for adults with haematological malignancies. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2 (2), CD011157. <a href="https://doi.org/10.1002/14651858.CD011157.pub">https://doi.org/10.1002/14651858.CD011157.pub</a>	<a href="https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011157.pub2/full">https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011157.pub2/full</a>
Wpływ na osoby w podeszłym wieku	Hall, S., Kolliakou, A., Petkova, H., Froggatt, K., Higginson, I.J. (2011). Interventions for improving palliative care for older people living in nursing care homes. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011(3), CD007132.	<a href="https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007132.pub2/full">https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007132.pub2/full</a>
	Nelson-Becker, H., Nakashima, M., Canda, E.R. (2007). Spiritual assessment in aging: a framework for clinicians. Journal of Gerontological Social Work, 48 (3-4), 331-347. <a href="https://doi.org/10.1300/j083v48n03_04">https://doi.org/10.1300/j083v48n03_04</a>	<a href="https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J083v48n03_04">https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J083v48n03_04</a>
Wpływ na osoby w stanie terminalnym	Koper, I., Pasma, H., Schweitzer, B., Kuin, A., Onwuteaka-Philipsen, B.D. (2019). Spiritual care at the end of life in the primary care setting: experiences from spiritual caregivers – a mixed methods study. BMC Palliative Care, 18 (1), 98. <a href="https://doi.org/10.1186/s12904-019-0484-8">https://doi.org/10.1186/s12904-019-0484-8</a>	<a href="https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-019-0484-8">https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-019-0484-8</a>

Źródło: Opracowanie własne

Zbadano związek między duchowością a zdrowiem, dobrym samopoczuciem oraz zmniejszeniem ryzyka śmiertelności czy zmniejszeniem wartości wskaźników śmiertelności w chorobach sercowo-naczyniowych, żołądkowo-jelitowych i schorzeniach układu oddechowego, ale również w chorobach nowotworowych, demencji i niepełnosprawności. Badania sugerują także, że duchowość jako źródło interakcji społecznych może czasami uzupełniać inne formy zaangażowania. Duchowość powiązano też z lepszą samooceną stanu zdrowia w wielu badaniach, chociaż siła tego powiązania może się różnić międzykulturowo. Większość badań dotyczących wpływu duchowości na zdrowie przeprowadzono w Stanach Zjednoczonych, ale liczba badań realizowanych poza Stanami Zjednoczonymi i Zachodem rośnie. Badanie Tabei, Zarei i Jaoulai opiera się na przeglądzie systema-

Badania sugerują także, że duchowość jako źródło interakcji społecznych może czasami uzupełniać inne formy zaangażowania.

Osoby uczestniczące regularnie i od dłuższego czasu w obrzędach religijnych żyją dłużej, a jednocześnie występuje u nich o około 60% niższe ryzyko zgonu z powodu chorób serca w porównaniu z osobami, które nie uczestniczą w obrzędach religijnych.

tycznym artykułów z lat 1972–2014 (2016). Wyszukiwanie obejmowało połączenie terminu „duchowość” z takimi terminami, jak „śmiertelność”, „wyzdrowienie” oraz „leczenie”. Kryterium włączenia obejmowało temat związany z duchowością i aspektem zdrowia. Selekcja artykułów pozwoliła na podzielenie ich na trzy tematyczne grupy: śmiertelność, radzenie sobie oraz powrót do zdrowia, a kolejno opracowanie zestawienia wyszukanych badań w odpowiednich grupach. W grupie dotyczącej śmiertelności stwierdzono, że udział w czynnościach, obrzędach religijnych, medytacja, modlitwa czy aktywne uczestnictwo jest silnie związane ze zmniejszeniem śmiertelności. Dodatkowo

osoby uczestniczące regularnie i od dłuższego czasu w obrzędach religijnych żyją dłużej, a jednocześnie występuje u nich o około 60% niższe ryzyko zgonu w powodu chorób serca w porównaniu z osobami, które nie uczestniczą w obrzędach religijnych. Związek z podwyższonym ryzykiem zgonu jest upatrywany we wzroście interleukin odpowiedzialnych za rozwijanie chorób autoimmunologicznych. Jedno z badań przeprowadzonych na 1700 uczestnikach wskazało zmniejszenie stężenia interleukiny o 50% wśród osób biorących udział w uroczystościach duchowych. Z kolei obszar radzenia sobie za pomocą duchowości stanowi jedną z najczęstszych form reakcji na problemy i zaburzenia zdrowotne. Badani wykorzystują przekonania duchowe, wiarę do radzenia sobie z chorobą, bólem oraz sytuacjami stresującymi. Co więcej, pacjenci budujący przekonania zdrowotne w oparciu o duchowość są bardziej optymistyczni, entuzjastyczni. Wykazano związek między duchowym stylem życia a zdolnością do cieszenia się życiem, a nawet kontroli odczuwanego bólu. Często duchowość miała wpływ na lepszy sposób radzenia sobie pacjentów z chorobą nowotworową. W grupie odpowiadającej za wpływ duchowości na powrót do zdrowia wykazano natomiast pozytywny aspekt duchowości w życiu człowieka na rekonwalescencję. Badani wykazali większy poziom pewności siebie, mniejszy niepokój oraz szybszą poprawę sprawności fizycznej. Duchowość wpływa na uniknięcie depresji (tabela 2).

Analogiczne wyniki z badań związanych z rolą duchowości w systemie ochrony zdrowia przedstawia C.M. Puchalski. Również grupuje rezultaty objętych analizą badań w trzy kategorie, takie jak śmiertelność, zdolność radzenia sobie z chorobą oraz powrót do zdrowia. Synteza tych badań wskazuje na to, że zaangażowanie

**Tabela 2.** Zestawienie badań potwierdzających wpływ duchowości na efekt terapeutyczny

<b>Grupa tematyczna</b>	<b>Autorzy</b>	<b>Kraj</b>	<b>Metoda badania</b>	<b>Rezultaty</b>
Śmiertelność	Bagiella, Hong, Sloan, 2005, s. 443-451	USA	Kohorta	Istnieje związek między duchowością a zdrowiem, ale związek ten może również zależeć od czynników zaktócających i nieznanych zmiennych
	Gillum, King, Obisesan, Koenig, 2008, s. 124-129	USA	Longitudinalne	Regularne uczestnictwo w ceremoniach religijnych przynajmniej raz w tygodniu zmniejsza ryzyko śmierci
	Williams, Sternthal, 2007, s. 47-50	Australia	Przegląd	Pozytywna relacja między religijnością a zdrowiem: im wyższy udział w aktywnościach religijnych, tym mniejsza śmiertelność
	Sullivan, 2010, s. 740-753	USA	Longitudinalne	Udział w czynnościach religijnych chroni ludzi przed śmiercią
	Taylor, 2005, s. 159-163	-	Przegląd	Modlitwa i duchowa rekonwalescencja są najczęściej stosowanymi formami terapii
	Beuscher, Grando, 2009, s. 583-598	USA	Badania jakościowe	Osobista wiara, odmawianie modlitw, związek z Kościołem oraz wsparcie rodziny pomaga osobom z chorobą Alzheimera w utrzymywaniu pozytywnego nastawienia do życia
	Radzenie sobie	Harvey, Silverman, 2007, s. 205-220	USA	Wywiady pogłębione
Dehghani, Dehghani, Zarezadeh, 2012, s. 1-6		Iran	Badania kliniczne	Modlitwa łagodzi niepokój
Peselow i in., 2014, s. 17-23		USA	Ustrukturyzowane wywiady kliniczne	Osoby o większych skłonnościach religijnych doświadczają mniej depresji. U osób o silniejszych przekonaniach religijnych duchowość wzmacnia poczucie nadziei i poprawia postrzeganie życia

Tabela 2. Ciąg dalszy

Grupa tematyczna	Autorzy	Kraj	Metoda badania	Rezultaty
	Raisi, Heidari, Mehran, 2014, s. 23-29	-	Przegląd	Praktyki religijne, takie jak odmawianie modlitw, mają pozytywny wpływ na leczenie wielu ostrych i przewlekłych chorób. Większość badań podkreślała pozytywny wpływ modlitwy na ból fizyczny
Powrót do zdrowia	Harvey, Silverman, 2007, s. 205-220	USA	Pogłębione wywiady	Duchowość pozwala ukoić ból osób starszych
	Konkoly Thege, Pilling, Szekely, Kopp, 2013, s. 477-486	Węgry	Wywiady	Duchowość poprawia zdrowie, eliminuje depresję i niepokój

Źródło: Opracowanie własne na podstawie publikacji Tabei i in., 2016.

Przeprowadzone analizy i badania wskazują również na liczne korzyści wynikające z rozmowy lekarza z pacjentem na temat duchowości. Pozytywnie oceniono taką rozmowę 65% badanych.

duchowe poprawia kontrolę stresu, pozwala na zmniejszenie odczuwania bólu, jako metoda nielekowa kontrolowania bólu. Przeprowadzone analizy i badania wskazują również na liczne korzyści wynikające z rozmowy lekarza z pacjentem na temat duchowości. Pozytywnie oceniono taką rozmowę 65% badanych. Z kolei z perspektywy lekarzy zrozumienie i rozmowa na temat duchowości pacjentów okazały się istotne, bowiem duchowość umożliwiała zrozumienie choroby przez pacjenta. Ponad 50% z 1000 ankietowanych lekarzy stwierdziło, że opieka i wsparcie duchowe pozwalały

na podejmowanie decyzji dotyczących opieki zdrowotnej (Rasinski, Kalad, Yoon, Curlin, 2011, s. 944-945). Duchowość umożliwiała lepsze radzenie sobie pacjenta oraz jego rodziny czy opiekunów z zaistniałą sytuacją, pozwalała się wyciszyć. Jednocześnie włączenie opieki duchowej do opieki nad pacjentem znacznie zwiększa satysfakcję pacjentów z dostarczanej im opieki. Badania wskazują także na pozytywny wpływ duchowości na zmniejszenie ryzyka depresji, palenie papierosów, zaangażowanie w wykonywanie ćwiczeń, wzrost świadomości na temat konieczności stosowania diety oraz wiele innych pozytywnych skutków. Sporządzono zestawienie, które przedstawia liczbę artykułów poruszających relację między duchowością a wskaźnikami zdrowotnymi (Taylor, 2019; Koenig, 2012) (tabela 3).

**Tabela 3.** Zestawienie ilościowe badań dotyczących relacji między duchowością a rezultatami związanymi ze zdrowiem

Wynik związany ze zdrowiem	Liczba recenzowanych badań ilościowych	Udział procentowy badań znajdujących pozytywny wpływ duchowości (%)	Udział procentowy badań przedstawiających negatywny wpływ duchowości (%)
Radzenie sobie z przeciwnościami losu	344	Zdecydowana większość badań	Nie znaleziono
Dobre samopoczucie	326	79	< 1
Nadzieja	40	73	0
Optymizm	32	81	0
Znaczenie i cel	45	93	Nie znaleziono
Samooceana	69	61	3
Poczucie kontroli w trudnych życiowych sytuacjach	21	61	14
Depresja	444	61	6
Samobójstwo	141	75	3
Złość	299	49	11
Choroby psychiczne (zaburzenia afektywne dwubiegunowe, psychotyczne, nadużywanie substancji psychoaktywnych)	325	79	5
Wparcie społeczeństwa	74	82	0
Palenie papierosów	137	90	0
Ćwiczenia	37	68	16
Zdrowa dieta	21	62	5
Masa ciała	36	39	19
Ryzykowna aktywność seksualna	95	86	1
Choroby serca	19	63	5
Nadciśnienie	63	57	11
Choroba naczyń mózgowych	9	44	11

**Tabela 3.** Ciąg dalszy

Wynik związany ze zdrowiem	Liczba recenzowanych badań ilościowych	Udział procentowy badań znajdujących pozytywny wpływ duchowości (%)	Udział procentowy badań przedstawiających negatywny wpływ duchowości (%)
Demencja	21	48	14
Odporność, układ immunologiczny	27	56	4
Układ hormonalny	31	74	0
Początek raka lub śmiertelność	29	55	7
Codzienna aktywność fizyczna	61	36	23
Relacja do własnego stanu zdrowia	50	58	10
Ból fizyczny	56	39	25
Długość życia	121	68	5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie (Koenig, 2012).

Odnotowano również negatywny wpływ duchowości na stan zdrowia, a przede wszystkim wyznawanej wiary na postrzeganie przez pacjenta własnej choroby jako kary za przeszłe grzechy i poczynania (Marin, Sharma, Powers, Fleenor, 2017). Badania wskazują również na pozytywne efekty zdrowotne związane z nauczaniem przez lekarzy swoich pacjentów medytacji, technik relaksacyjnych, rodzaju medytacji czy umiejętności wycieszenia oraz pozytywnego nastawienia. Wśród rekomendowanych dla personelu medycznego praktyk związanych z aspektami opieki duchowej wymienia się aktywne słuchanie, a także wspieranie w cierpieniu fizycznym, ale również emocjonalnym i duchowym,

Nie ma jednak wystarczających dowodów opartych na danych, które wskazywałyby na realny wpływ na efekt zdrowotny, poza lepszym samopoczuciem pacjentów.

rozmowę na temat duchowości pacjentów, zwracanie uwagi na wszystkie aspekty życia pacjentów, włączanie praktyk duchowych, medytacyjnych, relaksacyjnych do praktyki terapeutycznej czy zaangażowania osób duchowych jako członków interdyscyplinarnego zespołu

opieki zdrowotnej (Puchalski, 2001). Nie ma jednak wystarczających dowodów opartych na danych, które wskazywałyby na realny wpływ na efekt zdrowotny, poza lepszym samopoczuciem pacjentów. W tym celu przeprowadzono badania z wykorzystaniem miary PROM (*patient reported outcome measure*) przeznaczonej do pomiaru opieki duchowej udzielanej przez kapłanów, jako oceny tego narzędzia do wykonywania takich pomiarów. W rezultacie badania uznano, że jest to narzędzie, które umożliwia ocenę opieki duchowej, jednak nie przedstawiono w ramach zastosowania tego narzędzia żadnych wymiernych wyników (Snowden, Telfer, 2017). Włączenie opieki duchowej do terapii pacjentów w późnym stadium choroby nowotworowej pozwala również na zmniejszenie kosztów opieki zdrowotnej oraz zwiększa otwartość pacjentów na hospicjum zamiast przebywania na oddziałach klinicznych czy oddziale intensywnej terapii. Przedstawiona w badaniu kalkulacja wskazuje na to, że wśród pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową, których potrzeby duchowe nie były zaspokajane, koszty leczenia i opieki medycznej były średnio o ponad 2,4 tys. dolarów wyższe względem kosztów leczenia i opieki pacjentów, którzy byli w tym samym stadium choroby nowotworowej, a jednocześnie otrzymywali odpowiednie wsparcie oraz opiekę duchową i tym samym zdecydowali się na pobyt w hospicjum. Ustalono także, że opieka duchowa ma szczególne znaczenie z uwagi na jej jakość, a jednocześnie istotny wpływ ekonomiczny związany z oszczędnościami wynoszącymi średnio 1,4 mld dolarów rocznie lub 1,5% bezpośrednich kosztów leczenia nowotworów w Stanach Zjednoczonych w skali roku (Balboni i in., 2011). Tym samym w odpowiedzi na rosnące potrzeby duchowe i ich wpływ na realizację terapii Stowarzyszenie Amerykańskich Szkół Medycznych (*Association of American Medical Colleges* – AAMC) określiło kluczowe elementy programu nauczania w szkołach medycznych w zakresie duchowości i zdrowia (Association of American Medical Colleges, 1998). Wśród tych elementów kluczowe jest m.in. zdobycie umiejętności związanych z rozpoznawaniem problemów i potrzeb psychospołecznych oraz duchowych pacjentów czy uzyskanie świadomości na temat wpływu duchowości, praktyk kulturowych i wierzeń na zdrowie oraz dobre samopoczucie pacjentów.

Ustalono, że opieka duchowa ma szczególne znaczenie z uwagi na jej jakość, a jednocześnie istotny wpływ ekonomiczny związany z oszczędnościami wynoszącymi średnio 1,4 mld dolarów rocznie lub 1,5% bezpośrednich kosztów leczenia nowotworów w Stanach Zjednoczonych w skali roku.

Opracowano także kwestionariusz HOPE zawierający pytania w każdej kategorii, które pozwalają na dokonanie oceny duchowej pacjenta przez lekarza. Koncepcja HOPE składa się z: H – badania na temat źródła nadziei, siły, komfortu, znaczenia, pokoju, miłości i połączenia, O – oceny roli zorganizowanej religii dla pacjenta, P – osobistej duchowości i uprawianych praktyk duchowych, E – wpływu na opiekę medyczną i decyzje dotyczące końca życia (Anandarajah, Hight, 2001). W badaniu z 2021 r. przedstawiono opracowany proces opieki duchowej, obejmujący identyfikację potrzeb i zasobów pacjenta, kolejno zrozumienie specyficznych potrzeb pacjenta, utworzenie indywidualnego planu leczenia wraz z opieką duchową, zapewnienie opieki duchowej, w tym z udziałem duchownych, oraz zapewnienie oceny opieki duchowej (Nissen, Viftrup, Hvdt, 2021). Istnieją równoległe powody, dla których profesjonaliści medyczni nie dostarczają i nie angażują się w zapewnienie opieki duchowej nad pacjentami. Prawie 75% lekarzy jest zdania, że nie mają wystarczająco dużo czasu, aby zapewnić taką opiekę pacjentom i odpowiedzieć na potrzeby duchowe i emocjonalne (Balboni i in., 2014). Drugim najczęściej wymienianym powodem był brak przeszkolenia, brak poczucia kompetencji w zakresie udzielania wsparcia emocjonalnego, duchowego. Ostatnią wśród najczęściej wymienianych obaw przez lekarzy była trudność w zapewnieniu opieki duchowej pacjentom, którzy wyznają inną wiarę. Ostatecznie wielu lekarzy odczuwa dyskomfort, rozmawiając o wierze, duchowości czy religijności (Astrow, Puchalski, Sulmasy, 2001). Zaobserwowano także zgodność co do konieczności włączenia osób duchownych czy psychologów w działania terapeutyczne, aby udzielić wsparcia w dostarczaniu opieki duchowej pacjentom i ich opiekunom, co pozytywnie wpłynie na efekt zdrowotny.

Zaobserwowano także zgodność co do konieczności włączenia osób duchownych czy psychologów w działania terapeutyczne, aby udzielić wsparcia w dostarczaniu opieki duchowej profesjonalistom medycznym, a jednocześnie zapewnić odpowiednią jakość opieki duchowej pacjentom i ich opiekunom, co pozytywnie wpłynie na efekt zdrowotny.

W badaniu z 2021 r. przedstawiono opracowany proces opieki duchowej, obejmujący identyfikację potrzeb i zasobów pacjenta, kolejno zrozumienie specyficznych potrzeb pacjenta, utworzenie indywidualnego planu leczenia wraz z opieką duchową, zapewnienie opieki duchowej, w tym z udziałem duchownych, oraz zapewnienie oceny opieki duchowej (Nissen, Viftrup, Hvdt, 2021). Istnieją równoległe powody, dla których profesjonaliści medyczni nie dostarczają i nie angażują się w zapewnienie opieki duchowej nad pacjentami. Prawie 75% lekarzy jest zdania, że nie mają wystarczająco dużo czasu, aby zapewnić taką opiekę pacjentom i odpowiedzieć na potrzeby duchowe i emocjonalne (Balboni i in., 2014). Drugim najczęściej wymienianym powodem był brak przeszkolenia, brak poczucia kompetencji w zakresie udzielania wsparcia emocjonalnego, duchowego. Ostatnią wśród najczęściej wymienianych obaw przez lekarzy była trudność w zapewnieniu opieki duchowej pacjentom, którzy wyznają inną wiarę. Ostatecznie wielu lekarzy odczuwa dyskomfort, rozmawiając o wierze, duchowości czy religijności (Astrow, Puchalski, Sulmasy, 2001). Zaobserwowano także zgodność co do konieczności włączenia osób duchownych czy psychologów w działania terapeutyczne, aby udzielić wsparcia w dostarczaniu opieki duchowej pacjentom i ich opiekunom, co pozytywnie wpłynie na efekt zdrowotny.

opieki duchowej profesjonalistom medycznym, a jednocześnie zapewnić odpowiednią jakość opieki duchowej pacjentom i ich opiekunom, co pozytywnie wpłynie na efekt zdrowotny.

Zdrowie psychiczne jest nierozdzielnie związane z samopoczuciem, dobrotanem psychicznym. Determinuje je pozytywna samoocena, zadowolenie ze swojego życia, samorealizacja, poczucie sensu i celu życia oraz poczucie wspólnoty, akceptacji przez innych (Ryff, Keyes, 1995). W badaniu przeprowadzo-



nym przez Vitorino i in. ustalano związek między duchowością a zdrowiem psychicznym, odniesieniem duchowości do jakości życia, objawami depresji, lękiem, a także optymizmem i szczęściem (2018). W badaniu wzięło udział ponad 1000 osób. W ramach badania ustalono także definicję religijności, według której jest to rodzaj rozszerzenia wierzeń jednostki, jej wyznań, a budowane w ten sposób przekonania religijne wpływają na to, jak stara się przeżyć swoje życie i traktować innych. Badanie wykazało, że im wyższy poziom duchowości i religijności, tym bardziej pozytywne oddziaływanie ma ona na człowieka, jego jakość życia i sposób postępowania. Osoby z wysokim poziomem duchowości i religijności charakteryzują się według badania również lepszym zdrowiem psychicznym. Dostrzeżono też zagrożenia dla właściwej interpretacji wyników z uwagi na to, że duchowość i religijność są związane z poczuciem wspólnoty, współlistnieniem z osobami o podobnych przekonaniach, wiara może wyzwalać pozytywne uczucie, poczucie wsparcia społecznego i emocję wdzięczności. Co więcej, uzasadnia się, że korzyści płynące z zaangażowania religijnego można w całości przypisać skutkom wsparcia społecznego oraz że religijne wsparcie społeczne może być zastępowalne innymi formami wsparcia społecznego. W opisywanym badaniu zestawiono także potwierdzenie wpływu duchowości na zdrowie psychiczne z innych badań. W pierwszym z nich, w którym brało udział ponad 7 tys. osób, ustalono, że osoby o wyższym poziomie duchowości i religijności były mniej narażone na zaburzenia psychiczne, takie jak zespół lęku i zaburzenia nerwicowe (King i in., 2013). Drugie z przeprowadzonych i wymienionych badań obejmowało ponad 8 tys. osób i dostarczyło bardzo zbliżonych rezultatów – osoby uduchowione, ale jednocześnie niereligijne były 2,73 razy bardziej narażone na depresję niż osoby niereligijne i nieuduchowione (Leurent i in., 2013). Inne badania wskazują na to, że osoby o wysokim poziomie duchowości, ale niskim poziomie religijności przejawiają skłonności do dysocjacji, często ulegają fantazjom, charakteryzują się wierzeniami magicznymi, są przesądne (Saucier, Skrzypińska, 2006). Podobne uzasadnienia dla wpływu religijności oraz oddzielnie duchowości na efekt zdrowotny, w tym w szczególności zdrowie psychiczne, przedstawia Oman (2018) w swojej książce *Why religion and spirituality matter for public health: Evidence, implications, and resources*. Na podstawie licznych badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych oraz w Europie podkreśla znaczenie duchowości i religijności w kontekście nierozłącznym i pozytywnego wpływu na zdrowie psychiczne. Wśród badań, które wymienia Oman, znajduje się badanie McCullougha i in., w ramach którego zsyntetyzowano wyniki z 29 niezależnych badań, potwierdzając zmniejszenie śmiertelności wśród badanych, u których stwierdzono wysokie zaangażowanie religijne i duchowe (McCullough i in., 2000). Nie bez znaczenia jest również rezultat badania przeprowadzonego przez Chida, w ramach którego poddano metaanalizie łącznie

39 publikacji, w których również potwierdzono wysoki wzrost duchowości i religijności jako pozytywny wpływ na zmniejszenie śmiertelności populacji. Należy jednak podkreślić, że zaobserwowano niższą śmiertelność o 18% wśród zdrowych badanych niż wśród badanych, którzy byli chorzy (Chida, Steptoe, Powell, 2009). Wśród najbardziej przełomowych badań odkrywających wpływ duchowości na zdrowie psychiczne Oman wymienia badanie Schnalla, którym objęto ponad 90 tys. kobiet. Wyniki badania wskazują na zmniejszenie ryzyka śmiertelności poprzez uczestnictwo w nabożeństwach, siłę oddziaływania religii na jednostkę oraz poczucie przynależności do wspólnoty religijnej (Schnall 2008). Podkreślenia wymaga, że badanie wpływu duchowości na zdrowie psychiczne było również realizowane w Polsce. Udział w badaniu wzięło blisko 600 osób. Rezultaty badania potwierdzają, że duchowość i religijność mają istotny wpływ na dobrostan psychiczny. Duchowość wpływa na lepsze subiektywne samopoczucie (Bożek, Nowak, Blukacz, 2020).

Podobnie niebagatelny wpływ i znaczenie ma duchowość względem jakości zdrowia fizycznego. Badanie Amerykańskiego Towarzystwa Onkologicznego (*American Cancer Society*) nad pacjentami wyleczonymi z nowotworu wskazuje, że duchowość przyczyniła się do poprawy funkcjonalnej jakości życia osób z nowotworem (Salsman, 2015). Zdania, że duchowość i religijność pozytywnie wpłynęły na przeżycie nowotworu, było 70% osób objętych badaniem (Canada, Murphy, Fitchett, Stein, 2016). Wieloośrodkowe badanie pacjentów z HIV i AIDS wykazało, że 80% uczestników tego badania pocieszała duchowość, a u 75% odkryło wzmocnioną religijność z powodu swojej choroby (Cotton i in., 2016). W innym badaniu 85% biorących w nim udział pacjentów opieki paliatywnej, którzy nie mieli zaspokojonych potrzeb duchowych i religijnych, charakteryzowało się niższą jakością życia (Winkelman i in., 2011). Znalaziono 25 badań potwierdzających pozytywny wpływ duchowości na wysiłek fizyczny lub aktywność fizyczną wśród pacjentów. Tym samym, biorąc pod uwagę powiązania między czynnikami stresującymi, zachowaniami zdrowotnymi a chorobą wieńcową, stwierdzono wysoki wpływ duchowości na obniżanie markerów zapalnych i zmniejszenie ryzyka śmiertelności (Conrada, 2004).

## Podsumowanie

Światowa Organizacja Zdrowia w odpowiedzi na liczne badania podejmujące tematykę wpływu duchowości na zdrowie jednostki oraz na system ochrony zdrowia dostrzegła potrzebę uznania czwartego wymiaru zdrowia, czyli zdrowia duchowego, za ważny element zdrowia. Wobec tego zaproponowano zmianę preambuły Konstytucji w następujący sposób: „Zdrowie to dynamiczny

stan pełnego fizycznego, psychicznego, duchowego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby lub ułomności”.

Wiele przeprowadzonych badań wskazuje na liczne korzyści związane z włączeniem opieki duchowej do praktyki klinicznej w kontekście systemu ochrony zdrowia nakierowanego na wartość (*value based healthcare* – VBHC). Najważniejsze wnioski z przeprowadzonej analizy badań dostępnych w bazach naukowych i domenie publicznej przedstawiono poniżej.

1. Zdrowie jest wielowymiarowym pojęciem, które nie może być rozpatrywane w kategoriach braku choroby czy braku jakiegokolwiek innej ułomności. Zdrowie jest pojęciem oraz stanem komplementarnym względem zdrowia psychicznego, fizycznego, a także duchowego oraz społecznego dobrostanu.
2. Pomimo braku jednoznacznej definicji duchowości, podkreślenia wymaga, że nie jest ona związana wyłącznie z aspektem religijnym, ale obejmuje również takie wymiary, jak spokój, empatia, wyciszenie czy równowaga.
3. Duchowość ma realny wpływ na zdrowie psychiczne i fizyczne. Badania potwierdzają, że duchowość zmniejsza stres, redukuje ryzyko depresji, zmniejsza śmiertelność z powodu chorób sercowo-naczyniowych czy pulmonologicznych, pozwala lepiej zarządzać bólem, ma pozytywny wpływ na zrozumienie choroby, mobilizację pacjenta, autodyscyplinę w realizacji i przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych, wolę walki, nadzieję czy podejmowanie decyzji przez pacjenta. Pozwala na uniknięcie poczucia osamotnienia, wyzwala poczucie wspólnoty, zjednoczenia, wpływa na lepsze samopoczucie pacjenta.
4. Badania wskazują też na rosnące potrzeby pacjentów w zakresie opieki duchowej. Pacjenci, którzy taką opiekę otrzymują, lepiej oceniają ogólną jakość opieki w miejscu jej świadczenia, są bardziej zadowoleni z udzielonych świadczeń.
5. Lekarze zgodnie wskazują, że brakuje im przede wszystkim kompetencji do prowadzenia rozmów z pacjentami na temat duchowości oraz w zakresie dostarczania opieki duchowej. Szczególnie problematyczna jest kwestia wyznawania innej religii przez lekarza niż pacjent. Wielu lekarzy dostarcza chorym wiedzy na temat technik relaksacyjnych i medytacyjnych, aby mogli oni znaleźć ukojenie, wyciszenie oraz spokój emocjonalny. Nie jest to jednak wystarczające wsparcie duchowe i występuje potrzeba włączenia osób duchownych, kapelanów czy psychologów do interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych.

Badania wskazują także na rosnące potrzeby pacjentów w zakresie opieki duchowej. Pacjenci, którzy taką opiekę otrzymują, lepiej oceniają ogólną jakość opieki w miejscu jej świadczenia, są bardziej zadowoleni z udzielonych świadczeń.

Najważniejsze rekomendacje opracowane na podstawie przeprowadzonych analiz artykułów naukowych są następujące:

- konieczność szerszego postrzegania pojęcia zdrowia jako kategorii obejmującej zdrowie psychiczne, fizyczne, duchowe i dobrostan społeczny oraz budowanie świadomości wśród personelu medycznego i dbałości o wszystkie komponenty zdrowia;
- wypracowanie jednoznacznej definicji duchowości oraz popularyzacja tej definicji w systemie opieki zdrowotnej, a także prowadzenie dalszych badań potwierdzających pozytywny wpływ duchowości na zdrowie psychiczne i fizyczne pacjentów oraz przeprowadzenie odpowiednich badań ekonomicznych ustalających wpływ duchowości na zmniejszenie kosztów opieki zdrowotnej;
- włączenie opieki duchowej do systemu ochrony zdrowia jako istotnego elementu wpływającego na efekt terapeutyczny i jakość życia pacjenta;
- szkolenie profesjonalistów medycznych z zakresu identyfikacji poziomu duchowości wśród pacjentów, możliwości włączenia duchowości w działania terapeutyczne oraz dostarczenie narzędzi i metod wspierających lekarzy w zakresie identyfikacji potrzeb duchowych i możliwości ich realizacji;
- włączenie do interdyscyplinarnych zespołów psychologów, kapelanów, osób duchownych, które poprzez odpowiednie kompetencje i profesjonalizm mogą wspierać lekarzy w świadczeniu opieki duchowej, będącej integralnym elementem procesu terapeutycznego.

## Bibliografia

1. Anandarajah, G., Hight, E. (2001). *Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment*. American Family Physician, 63 (1), 81–89.
2. Association of American Medical Colleges (1998). *Report I: Learning Objectives for Medical Student Education: Guidelines for Medical Schools. Medical School Objectives Project*. Washington, DC: American Association of Medical Colleges.
3. Astrow, A.B., Puchalski, C.M., Sulmasy, D.P. (2001). *Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations*. The American Journal of Medicine, 110 (4), 283–287. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0002-9343\(00\)00708-7](https://doi.org/10.1016/s0002-9343(00)00708-7).
4. Baetz, M., Griffin, R., Bowen, R., Marcoux, G. (2004). *Spirituality and psychiatry in Canada: psychiatric practice compared with patient expectations*. Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie, 49 (4), 265–271.
5. Bagiella, E., Hong, V., Sloan, R.P. (2005). *Religious attendance as a predictor of survival in the EPESE cohorts*. International Journal of Epidemiology, 34 (2), 443–451. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/dyh396>.
6. Balboni, T., Balboni, M., Paulk, M.E., Phelps, A., Wright, A., Peteet, J., Block, S., Lathan, C., Vanderweele, T., Prigerson, H. (2011). *Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life*. Cancer, 117 (23), 5383–5391. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.26221>.
7. Balboni, M.J., Sullivan, A., Enzinger, A.C., Epstein-Peterson, Z.D., Tseng, Y.D., Mitchell, C., Niska, J., Zollfrank, A., Vanderweele, T.J., Balboni, T.A. (2014). *Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life*. Journal of Pain and Symptom Management, 48 (3), 400–410. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.09.020>.

8. Beuscher, L., Grando, V.T. (2009). *Using spirituality to cope with early-stage Alzheimer's disease*. Western Journal of Nursing Research, 31 (5), 583–598. DOI: <https://doi.org/10.1177/0193945909332776>.
9. Bożek, A., Nowak, P.F., Blukacz, M. (2020). *The Relationship Between Spirituality, Health-Related Behavior, and Psychological Well-Being*. Frontiers in Psychology, 11, 1997. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01997>.
10. de Brito Sena, M.A., Damiano, R.F., Lucchetti, G., Peres, M. (2021). *Defining Spirituality in Healthcare: A Systematic Review and Conceptual Framework*. Frontiers in Psychology, 12, 756080. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.756080>.
11. Canada, A.L., Murphy, P.E., Fitchett, G., Stein, K. (2016). *Re-examining the Contributions of Faith, Meaning, and Peace to Quality of Life: a Report from the American Cancer Society's Studies of Cancer Survivors-II (SCS-II)*. Annals of Behavioral Medicine, 50 (1), 79–86. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12160-015-9735-y>.
12. Chida, Y., Steptoe, A., Powell, L.H. (2009). *Religiosity/spirituality and mortality. A systematic quantitative review*. Psychotherapy and Psychosomatics, 78 (2), 81–90. DOI: <https://doi.org/10.1159/000190791>.
13. Cochrane Library. Źródło: <https://www.cochranelibrary.com/search>
14. Contrada, R.J., Goyal, T.M., Cather, C., Rafalson, L., Idler, E.L., Krause, T.J. (2004). *Psychosocial factors in outcomes of heart surgery: the impact of religious involvement and depressive symptoms*. Health Psychology, 23 (3), 227–238. DOI: <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.3.227>.
15. Cotton, S., Puchalski, C.M., Sherman, S.N., Mrus, J.M., Peterman, A.H., Feinberg, J., Pargament, K.I., Justice, A.C., Leonard, A.C., Tsevat, J. (2006). *Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS*. Journal of General Internal Medicine, 21 Suppl 5 (Suppl 5), S5–S13. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00642.x>.
16. Damiano, R.F., Costa, L.A., Viana, M.T.S.A., Moreira-Almeida, A., Lucchetti, A.L.G., Lucchetti, G. (2016). *Brazilian scientific articles on spirituality, Religion and Health*. Archives of Clinical Psychiatry 43, 11–16. DOI: 10.1590/0101-60830000000073.
17. Dehghani, K., Rahimabadi, A., Pourmovahed, Z., Dehghani, H., Zarezadeh, A., Namjou, Z. (2012). *The effect of prayer on level of anxiety in mothers of children with cancer*. Iranian Journal of Pediatric Hematology and Oncology 2 (2), 78–83.
18. Gillum, R.F., King, D.E., Obisesan, T.O., Koenig, H.G. (2008). *Frequency of attendance at religious services and mortality in a U.S. national cohort*. Annals of Epidemiology, 18 (2), 124–129. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2007.10.015>.
19. Harvey, I.S., Silverman, M. (2007). *The role of spirituality in the self-management of chronic illness among older African and Whites*. Journal of Cross-Cultural Gerontology, 22 (2), 205–220. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10823-007-9038-2>.
20. Hill, P.C., Pargament, K.I., Hood, R.W., McCullough, M.E., Swyers, J.P., Larson D.B., Zinnbauer B.J. (2000). *Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure*. Journal for the Theory of Social Behaviour, 30, 51–77. DOI: 10.1111/1468-5914.00119.
21. King, M., Marston, L., McManus, S., Brugha, T., Meltzer, H., Bebbington, P. (2013). *Religion, spirituality and mental health: results from a national study of English households*. British Journal of Psychiatry, 202 (1), 68–73. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112003>.
22. Koenig, H.G. (2012). *Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications*. ISRN Psychiatry, 2012, 278730. DOI: <https://doi.org/10.5402/2012/278730>.
23. Konkoly Thege, B., Pilling, J., Székely, A., Kopp, M.S. (2013). *Relationship between religiosity and health: evidence from a post-communist country*. International Journal of Behavioral Medicine, 20 (4), 477–486. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12529-012-9258-x>.
24. Leurent, B., Nazareth, I., Bellón-Saameño, J., Geerlings, M.I., Maarros, H., Saldivia, S., Svab, I., Torres-González, F., Xavier, M., King, M. (2013). *Spiritual and religious beliefs as risk factors for the onset of major depression: an international cohort study*. Psychological Medicine, 43 (10),

- 2109–2120. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291712003066>.
25. Lucchetti, G., Lucchetti, A.L. (2014). *Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999-2013)*. International Journal of Psychiatry in Medicine, 48 (3), 199–215. DOI: <https://doi.org/10.2190/PM.48.3.e>.
  26. Marin, D.B., Sharma, V., Powers, R., Fleenor, D. (2017). *Spiritual Care and Physicians: Understanding Spirituality in Medical Practice*. *Spiritual Care Association*, 3-10. Health Care Chaplaincy Network.
  27. McCullough, M.E., Hoyt, W.T., Larson, D.B., Koenig, H.G., Thoresen, C. (2000). *Religious involvement and mortality: a meta-analytic review*. Health Psychology, 19 (3), 211–222. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.19.3.211>.
  28. Nissen, R.D., Viftrup, D.T., Hvidt, N.C. (2021). *The Process of Spiritual Care*. *Frontiers in Psychology*, 12, 674453. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.674453>.
  29. Oman, D. (2018). *Religious/spiritual effects on physical morbidity and mortality*. W: D. Oman (red.). *Why religion and spirituality matter for public health: Evidence, implications, and resources*. Springer International Publishing, s. 65–79. DOI: 10.1007/978-3-319-73966-3\_4.
  30. Peng-Keller, S. (2019). *Genealogies of spirituality: an historical analysis of a travelling term*. *Journal for the Study of Spirituality*, 9, 86–98. DOI: 10.1080/20440243.2019.1658261.
  31. Peselow, E., Pi, S., Lopez, E., Besada, A., Ishak, W.W. (2014). *The impact of spirituality before and after treatment of major depressive disorder*. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 11 (3-4), 17–23.
  32. Puchalski, C.M. (2001). *The role of spirituality in health care*. *Proceedings (Baylor University. Medical Center)*, 14 (4), 352–357. DOI: <https://doi.org/10.1080/08998280.2001.11927788>.
  33. Raisi, M., Heidari, S., Mehran, N. (2014). *Demographic survey of the spiritual intelligence in medical faculty of Qom university of medical sciences*. *Ethics* 1 (1), 23–29.
  34. Rasinski, K.A., Kalad, Y.G., Yoon, J.D., Curlin, F.A. (2011). *An assessment of US physicians' training in religion, spirituality, and medicine*. *Medical Teacher*, 33 (11), 944–945. DOI: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.588976>.
  35. Ryff, C.D., Keyes, C.L. (1995). *The structure of psychological well-being revisited*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719–727. DOI: <https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.4.719>.
  36. Salsman, J.M., Pustejovsky, J.E., Jim, H.S., Munoz, A.R., Merluzzi, T.V., George, L., Park, C.L., Danhauer, S.C., Sherman, A.C., Snyder, M.A., Fitchett, G. (2015). *A meta-analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer*. *Cancer*, 121 (21), 3769–3778. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.29350>.
  37. Saucier, G., Skrzypińska, K. (2006). *Spiritual but not religious? Evidence for two independent dispositions*. *Journal of Personality*, 74 (5), 1257–1292. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00409.x>.
  38. Schnall, E., Wassertheil-Smoller, S., Swencionis, C., Zemon, V., Tinker, L., O'Sullivan, M.J., Van Horn, L., Goodwin, M. (2010). *The relationship between religion and cardiovascular outcomes and all-cause mortality in the Women's Health Initiative Observational Study*. *Psychology and Health*, 25 (2), 249–263. DOI: <https://doi.org/10.1080/08870440802311322>.
  39. Snowden, A., Telfer, I. (2017). *Patient Reported Outcome Measure of Spiritual Care as Delivered by Chaplains*. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 23 (4), 131–155. DOI: <https://doi.org/10.1080/08854726.2017.1279935>.
  40. Sullivan, A.R. (2010). *Mortality Differentials and Religion in the U.S.: Religious Affiliation and Attendance*. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 49 (4), 740–753. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2010.01543.x>.
  41. Tabei, S.Z., Zarei, N., Joulaei, H. (2016). *The Impact of Spirituality on Health*. *Shiraz E-Med Journal*, 17 (6), e39053. DOI: 10.17795/semj39053.
  42. Taylor, E.J. (2019). *Health Outcomes of Religious and Spiritual Belief, Behavior, and Belonging: Implications for Healthcare Professionals*. W: F. Timmins, S. Caldeira (red.), *Spirituality in Healthcare: Perspectives for Innovative Practice*, s. 67–82. DOI: 10.1007/978-3-030-04420-6.
  43. Taylor, E.J. (2005). *Spiritual complementary therapies in cancer care*. *Seminars in*

- Oncology Nursing, 21 (3), 159–163. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2005.04.003>.
44. Vitorino, L.M., Lucchetti, G., Leão, F.C., Vallada, H., Peres, M. (2018). *The association between spirituality and religiousness and mental health*. Scientific Reports, 8 (1), 17233. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-018-35380-w>.
45. Williams, D.R., Sternthal, M.J. (2007). *Spirituality, religion and health: evidence and research directions*. The Medical Journal of Australia, 186 (S10), S47–S50. DOI: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01040.x>.
46. Winkelman, W.D., Lauderdale, K., Balboni, M.J., Phelps, A.C., Peteet, J.R., Block, S.D., Kachnic, L.A., VanderWeele, T.J., Balboni, T.A. (2011). *The relationship of spiritual concerns to the quality of life of advanced cancer patients: preliminary findings*. Journal of Palliative Medicine, 14 (9), 1022–1028. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0536>.





Aleksandra Bendowska, Ewa Baum

# **Duchowość studentów kierunków medycznych a postrzeganie współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych**



## W tym rozdziale:

Wprowadzenie. . . . .	81
Zespoły interdyscyplinarne a potrzeby duchowe pacjentów . . .	84
Materiał i metody badawcze wykorzystane w badaniu własnym . . . . .	85
Uzyskane wyniki . . . . .	87
Wpływ duchowości na postrzeganie współpracy interdyscyplinarnej – dyskusja wyników badań własnych z literaturą przedmiotu . . . . .	89
Podsumowanie . . . . .	91

# Duchowość studentów kierunków medycznych a postrzeganie współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych

## Wprowadzenie

Duchowość, praktyki religijne, obrzędy i wierzenia były istotnym aspektem życia wielu społeczności. Ludzki fenomen religijności i duchowości miał znaczący wpływ na kultury na przestrzeni dziejów, o czym świadczy zarówno rytualne obchodzenie się z czaszkami zmarłych w okresie paleolitu (Zielo, 2018), jak i zainteresowanie tym tematem współczesnych badaczy.

W literaturze dostępne są opracowania wskazujące na zależność między poziomem duchowości i religijności a dobrostanem populacji. Wskazuje się, że przekonania religijne i bogate życie duchowe pomagają ludziom radzić sobie ze stresującymi wydarzeniami życiowymi, wiążą się z niższym poziomem

Opracowania  
wskazują  
na zależność  
między poziomem  
duchowości  
i religijności  
a dobrostanem  
populacji.

lęku przed śmiercią, wyższym poziomem satysfakcji z życia i niższym prawdopodobieństwem wystąpienia depresji i zaburzeń lękowych (Rim i in., 2019; VanderWeele, Li, Tsai, Kawachi, 2016). Warto jednak zauważyć, że mnogość terminów odnoszących się do duchowości oraz religijności w literaturze przedmiotu wprowadza pewien dysonans i trudność w porównywaniu wyników badań.

W pierwotnym ujęciu, utrwalonym poprzez prace psychologów amerykańskich, podkreślano bliskość semantyczną między duchowością a religijnością, co więcej, w wybranej literaturze przedmiotu funkcjonował równoznaczny termin łączący duchowość z religijnością (*spirituality/religiosity*), w którym utożsamiano i traktowano synonimicznie oba pojęcia (Thoresen, Harris, 2002). Obecnie naukowcy, badając wpływ duchowości i religijności na dobrostan pacjentów, terminy te wyraźnie różnicują (King, Koenig, 2009).

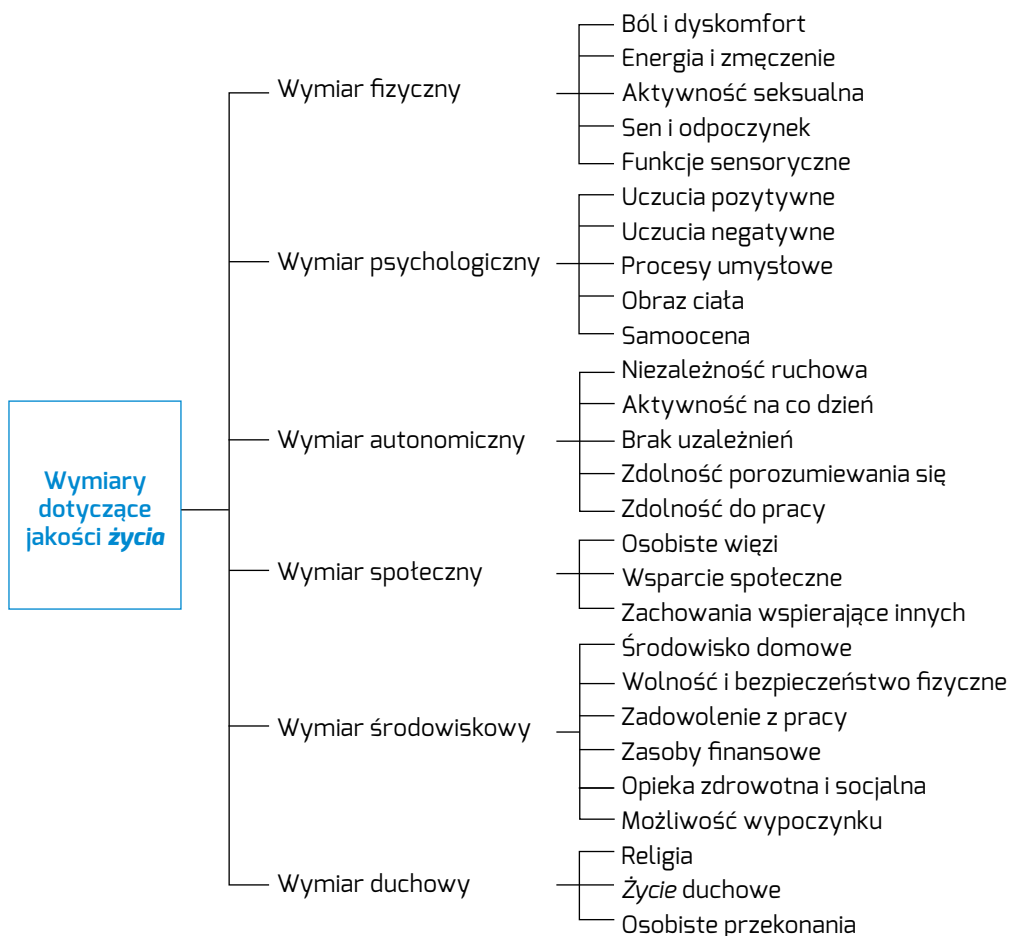
Najczęściej religijność definiowana jest jako postawa wobec dogmatów, nakazów i zwyczajów religijnych obowiązujących w danej religii, która manifestuje się poprzez internalizację tych zasad i postępowanie zgodne z nimi. Religijność można określić też jako całokształt przekonań, doświadczeń i zachowań podmiotu związanych z przeżywaniem relacji do świata transcendentnego (Kulesz, 2013). Duchowość zaś jest bardziej złożoną i wieloaspektową koncepcją. Według Harolda Koeniga (2012) duchowość to poszukiwanie sensu życia, relacji z sacrum lub transcendentem. To poszukiwanie połączenia z wyższą mocą, siłami nadprzyrodzonymi lub nadrzędnym bytem. Christina Puchalski i in. (2009) ujmują duchowość jako nieodłączny element człowieczeństwa, który odnosi się do sposobu, w jaki jednostki poszukują i nadają sens swojemu istnieniu. Duchowość to sposób, w jaki jednostka doświadcza łączności z chwilą obecną, samym sobą, innymi ludźmi, naturą oraz tym, co stanowi świętość.

Do definicji duchowości jako nieodłącznego elementu istnienia każdego człowieka odwołuje się również Światowa Organizacja Zdrowia, podkreślając, iż zdrowie to nie tylko brak choroby

Zdrowie to nie tylko  
brak choroby bądź  
niepełnosprawności,  
lecz kompletny,  
fizyczny, psychiczny,  
spoteczny i duchowy  
dobrostan człowieka.

bądź niepełnosprawności, lecz kompletny, fizyczny, psychiczny, społeczny i duchowy dobrostan człowieka (Domaradzki, 2013). Holistyczny model zakłada sześć podstawowych wymiarów jakości zdrowia: fizyczny – odnoszący się do biologicznego funkcjonowania organizmu; psychiczny – mający związek z poznawczym i emocjonalnym

funkcjonowaniem organizmu; społeczny – uwzględniający osobiste więzi, zdolność do utrzymywania prawidłowych relacji międzyludzkich; autonomiczny – uwzględniający niezależność ruchową, brak uzależnienia od środków medycznych i innych, zdolność do komunikowania się i pracy; środowiskowy – uwzględniający środowisko domowe i pracy, zasoby materialne, opiekę medyczną i socjalną; duchowy – związany z osobistymi przekonaniami, wartościami, wierzeniami czy praktykami religijnymi. Na podstawie wskaźników jakości zdrowia można również dokonać oceny jakości życia – diagnoza opiera się na sprawdzeniu, który z obszarów jakości zdrowia wywołuje największy dyskomfort (Baum, 2017) (rycina 1).



Źródło: Baum, E. (2017). *Jakość życia chorych poddawanych terapii nerkozastępczej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UMP (s. 43).

**Rycina 1.** Wymiary dotyczące jakości życia

## Zespoły interdyscyplinarne a potrzeby duchowe pacjentów

Zaspokojenie potrzeb pacjentów we wszystkich wymienionych obszarach wymaga współdziałania wielu profesjonalistów, dlatego też zasadne wydaje się oparcie procesu terapeutycznego na współpracy interdyscyplinarnych zespołów, w których przedstawiciele co najmniej dwóch zawodów pracują ze sobą w celu świadczenia opieki holistycznej.

Takie ujęcie tematu promuje Światowa Organizacja Zdrowia w raporcie z 2010 r., w którym łączy pracę zespołów interdyscyplinarnych z lepszymi wynikami w zakresie medycyny rodzinnej, leczenia i zwalczania chorób zakaźnych oraz pomocy humanitarnej, a także z efektywniejszym działaniem w obszarze zwalczania epidemii i chorób niezakaźnych. W miejscach, w których pracownicy ochrony zdrowia współpracowali ze sobą, odnotowano niższy odsetek powikłań i błędów medycznych, niższy wskaźnik śmiertelności, pacjenci przebywali krócej w szpitalu, a personel medyczny zgłaszał mniej nieporozumień komunikacyjnych (WHO, 2010).

Mnogość korzyści płynących z pracy interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych sprawia, że są one często wybieraną formą sprawowania opieki nad pacjentem zarówno na oddziałach geriatrycznych (Seostianin, Neumann-Podczaska, Wieczorowska-Tobis, 2020), paliatywnych, w hospicjach, jak i w opiece nad pacjentami pediatrycznymi (Katkin, i in. 2017; Fals, Abraham-Pratt, 2019), z dziecięcym porażeniem mózgowym (Taczała, Wolińska, Becher, Majcher, 2020), w przebiegu otyłości (Cochrane, Dick, King, Hills, Kavanagh, 2017; Kovač, Blaž, Švab, 2015), cukrzycy (Gregory i in., 2018), w schorzeniach ginekologicznych, takich jak m.in. niepłodność (Yano, Ohashi, 2009), zespół napięcia przedmiesiączkowego i przedmiesiączkowe zaburzenia dystroficzne (Stute i in., 2017), w profilaktyce powstawania odleżyn (Clarkson, Worsley, Schoonhoven, Bader, 2019).

Istotne jest wyposażenie studentów kierunków medycznych w kompetencje konieczne do sprawowania holistycznej opieki nad pacjentem oraz przygotowanie ich do bycia pełnoprawnymi członkami zespołu terapeutycznego.

Oparcie procesu terapeutycznego na interdyscyplinarnych zespołach medycznych wydaje się efektywnym działaniem w obecnych czasach, kiedy to obserwujemy szybki rozwój nowych technologii, globalizację i wzmożoną migrację ludności, starzejące się społeczeństwa, wydłużenie czasu trwania życia, wzrost odsetka osób chorujących na choroby przewlekłe

oraz pogłębiającą się specjalizację zawodów medycznych. Czynniki te stawiają nowe wyzwania przed pracownikami ochrony zdrowia, którzy będą musieli zastosować swoją wiedzę oraz umiejętności w dotąd nieznanymi i zmieniającymi się okolicznościach. Dlatego tak istotne jest wyposażenie studentów kierunków medycznych podczas kształcenia przeddyplomowego w kompetencje konieczne do sprawowania holistycznej opieki nad pacjentem oraz przygotowanie ich do bycia pełnoprawnymi członkami zespołu terapeutycznego.

Badania wskazują, że studenci kierunków medycznych pozytywnie oceniają pracę zespołów interdyscyplinarnych i potrafią wskazać korzyści płynące z takiego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, zarówno dla pacjenta, jak i dla personelu (Pollard, Miers, Gilchris, 2004; Wong, Hasan, Ooi, Lawrence, Nadarajah, 2018). Wykazano również, że płeć oraz wcześniejsze doświadczenie edukacji interdyscyplinarnej wpływają na postrzeganie współpracy w zespołach interdyscyplinarnych. Wpływ ten był najbardziej widoczny wśród studentów kierunku lekarskiego, wśród których to studentki oraz osoby uczestniczące w interdyscyplinarnych zajęciach akademickich wykazywały bardziej pozytywny stosunek względem opieki medycznej sprawowanej przez zespół interdyscyplinarny (Curran, Sharpe, Forristall, Flynn, 2008). W dalszej części rozdziału omówiono badanie własne auterek, w którym przedstawiono zależność między deklarowanym przez studentów poziomem duchowości a opinią na temat współpracy w medycznych zespołach interdyscyplinarnych.

Badania wskazują, że studenci kierunków medycznych pozytywnie oceniają pracę zespołów interdyscyplinarnych i potrafią wskazać korzyści płynące z takiego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, zarówno dla pacjenta, jak i dla personelu.

## Materiał i metody badawcze wykorzystane w badaniu własnym

W celu określenia wpływu deklarowanego poziomu duchowości studentów na postrzeganie współpracy w zespołach interdyscyplinarnych wykorzystano narzędzie badawcze składające się z polskojęzycznej wersji kwestionariusza ankiety *Attitudes towards interprofessional health care teams* (ATHCT) (Curran, Sharpe, Forristall, Flynn, 2008), na końcu którego umieszczono metryczkę, której pytania odnosiły się do płci, wieku, roku oraz kierunku studiów, miejsca zamieszkania, deklarowanego poziomu duchowości respondentów.

W celu weryfikacji narzędzia badawczego, sprawdzenia czytelności i przejrzystości zadawanych pytań, przed przystąpieniem do badania głównego przeprowadzono badanie pilotażowe na grupie 70 osób. Ponadto kwestionariusz poddano walidacji, która składała się z dwóch części: tłumaczenia oraz oceny rzetelności nowo przetłumaczonego narzędzia. Oryginalna wersja narzędzia badawczego została przetłumaczona na język polski przez dwóch niezależnych tłumaczy języka angielskiego. W celu określenia rzetelności kwestionariusza uzyskanego po tłumaczeniu na język polski wyznaczono wartość współczynnika  $\alpha$  Cronbacha, która wyniosła powyżej 0,6. Po tej próbie ustalono ostateczną wersję kwestionariusza, przy użyciu którego przeprowadzono badanie właściwe.

Użyta wersja kwestionariusza ATHCT składała się z 14 twierdzeń dotyczących wpływu współpracy w zespole interdyscyplinarnym na jakość świadczonej opieki medycznej oraz kosztów związanych z taką formą postępowania diagnostyczno-leczniczego. W kwestionariuszu zastosowano 5-stopniową skalę Likerta, gdzie 1 oznaczało zdecydowanie nie zgadzam się, 2 – nie zgadzam się, 3 – nie mam zdania, 4 – zgadzam się, 5 – zdecydowanie zgadzam się. Przyjmuje się, że im wyższa średnia punktów uzyskiwanych w kwestionariuszu, tym ocena znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach jest wyższa.

Badania ankietowe zostały przeprowadzone od marca 2019 r. do września 2020 r. wśród 1266 studentów Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. W badaniu udział wzięli studenci kierunku lekarskiego, położnictwa, pielęgniarstwa oraz fizjoterapii<sup>1</sup>.

Ze względu na panującą pandemię SARS-CoV-2 od marca 2020 r. badanie kontynuowano z wykorzystaniem oprogramowania Google Forms. Umieszczono w nim elektroniczną wersję kwestionariusza tożsamą z wersją papierową. Wersję tradycyjną – papierową – kwestionariusza ankiety wypełniło 545 badanych. Do badania za pomocą elektronicznej wersji przystąpiło 721 studentów.

W badaniu wykorzystano testy parametryczne, powołując się na metodologię zastosowaną przez autora oryginalnego kwestionariusza ankiety ATHCT. Za istotne statystycznie uznawano rezultaty obliczeń, gdy wartość prawdopodobieństwa testowego  $p$  spełniała warunek:  $p < 0,05$ .

Założenie o jednorodności wariancji sprawdzono za pomocą testu Levene'a. Porównania średnich arytmetycznych między grupami wykonano za pomocą jednoczynnikowej analizy wariancji lub (w przypadku niespełnienia założeń) testu  $F$  Welcha. Do porównań wielokrotnych (*post-hoc*) użyto testu HSD Tukeya w wersji dla nierównych liczebności.

Analizę wykonano w programie Statistica v.10.0 firmy StatSoft Polska.

---

<sup>1</sup> W badaniu uwzględniono jedynie przedstawicieli czterech kierunków – pielęgniarstwa, położnictwa, fizjoterapii oraz kierunku lekarskiego. Obserwacja polskiego systemu opieki zdrowotnej dowodzi, że to właśnie pielęgniarki, położne, lekarze i fizjoterapeuci najczęściej tworzą zespół terapeutyczny sprawujący opiekę nad pacjentem.



## Uzyskane wyniki

Studenci położnictwa stanowili 28% ( $n = 348$ ) populacji badanej, pielęgniarstwa – 25% ( $n = 316$ ), kierunku lekarskiego – 24% ( $n = 308$ ), a fizjoterapii – 23% ( $n = 294$ ). Wśród badanych dominowały kobiety (81%) oraz osoby w przedziale wiekowym 18–20 lat, co stanowi 57% analizowanej grupy. Średnia wieku badanych wynosiła  $20,8 \pm 2,2$  roku. Najmłodszym uczestnikiem badań był student w wieku 18 lat, a najstarszym osoba mająca 33 lata.

Cechą różnicującą badanych był deklarowany poziom duchowości rozumianej jako zdolność do refleksji, samoświadomość, poczucie siły i mocy sprawczej. Dla ponad połowy ankietowanych (61%) duchowość odgrywa dużą rolę, dla 8% duchowość nie ma żadnego znaczenia (tabela 1).

**Tabela 1.** Poziom duchowości badanych

<b>Jaką rolę w Pana/Pani życiu odgrywa duchowość rozumiana jako zdolność do refleksji, samoświadomość, poczucie siły i mocy sprawczej, wrażliwość racjonalna i emocjonalna?</b>	
Wcale nie odgrywa roli	102 (8%)
Trudno powiedzieć	131 (10%)
Raczej odgrywa rolę	258 (21%)
Odgrywa dużą rolę	775 (61%)

Wykazano, że studenci biorący udział w badaniu dobrze oceniają sprawowanie opieki nad pacjentem przez zespół interdyscyplinarny ( $3,95 \pm 0,41$ ). Studenci wysoko oceniali korzyści płynące z pracy zespołu interdyscyplinarnego. Wskazywali, że oparcie procesu terapeutycznego na modelu interdyscyplinarności podnosi jakość świadczonych usług medycznych, zwiększa bezpieczeństwo pacjenta, polepsza komunikację między członkami zespołu terapeutycznego oraz działa stymulująco na zadowolenie z wykonywanego zawodu wśród pracowników ochrony zdrowia.

Deklarowana rola duchowości w życiu badanych była cechą różnicującą opinię studentów na temat współpracy w zespołach interdyscyplinarnych. Najwyżej współpracę w interdyscyplinarnych zespołach medycznych oceniali studenci, dla których duchowość, rozumiana jako zdolność do refleksji, samoświadomość, poczucie siły i mocy sprawczej, odgrywa dużą rolę. Osoby, które nie potrafią ocenić roli duchowości w swoim życiu, przypisują mniejszą rolę

współpracy w zespołach interdyscyplinarnych w porównaniu z ogółem badanych (tabela 2).

**Tabela 2.** Opinia badanych na temat znaczenia współpracy w interdyscyplinarnych zespołach medycznych a rola duchowości w ich życiu

Rola duchowości	Liczebność	Średnia ± odchylenie standardowe	p
Wcale nie odgrywa roli	102	3,83 ±0,39	< 0,001
Raczej odgrywa rolę	258	3,92 ±0,40	
Odgrywa dużą rolę	775	3,99 ±0,41	
Trudno powiedzieć	131	3,84 ±0,41	
Ogółem	1266	3,95 ±0,41	

Rola duchowości była również czynnikiem różnicującym opinię na temat wpływu spotkań członków zespołu interdyscyplinarnego na komunikację między nimi. Najbardziej z twierdzeniem mówiącym o tym, że spotkania zespołu, którego członkowie reprezentują różne zawody i dziedziny, sprzyjają lepszej komunikacji, zgadzają się osoby, dla których duchowość odgrywa dużą rolę oraz raczej odgrywa rolę w życiu codziennym.

Mimo że wynik testu analizy wariancji okazał się istotny statystycznie ( $p = 0,013$ ), to analiza porównań wielokrotnych nie wykazała różnic między studentami deklarującymi różną rolę duchowości w swoim życiu a opinią na temat wpływu spotkań członków zespołu interdyscyplinarnego na poprawę komunikacji między nimi ( $p > 0,05$ ) (tabela 3).

**Tabela 3.** Opinia badanych na temat wpływu spotkań członków zespołu interdyscyplinarnego na polepszenie komunikacji w zespole a rola duchowości w życiu badanych

Rola duchowości	Liczebność	Średnia ± odchylenie standardowe	p
Wcale nie odgrywa roli	102	4,01 ±0,83	0,013
Raczej odgrywa rolę	258	4,22 ±0,81	
Odgrywa dużą rolę	775	4,22 ±0,86	
Trudno powiedzieć	131	4,01 ±0,91	
Ogółem	1266	4,18 ±0,86	

## Wpływ duchowości na postrzeganie współpracy interdyscyplinarnej – dyskusja wyników badań własnych z literaturą przedmiotu

Wykazano, że studenci biorący udział w badaniu dobrze oceniają sprawowanie opieki nad pacjentem przez zespół interdyscyplinarny. Studenci wysoko oceniali korzyści płynące z pracy zespołu interdyscyplinarnego. Wskazywali, że oparcie procesu terapeutycznego na modelu interdyscyplinarności podnosi jakość świadczonych usług medycznych, zwiększa bezpieczeństwo pacjenta, polepsza komunikację między członkami zespołu terapeutycznego oraz działa stymulująco na zadowolenie z wykonywanego zawodu wśród pracowników ochrony zdrowia.

W badaniu podjęto próbę oceny, czy czynnikiem różnicującym opinie na temat współpracy w zespołach interdyscyplinarnych jest rola duchowości w życiu badanych. Wykazano, że osoby, w przypadku których duchowość – rozumiana jako zdolność do refleksji, samoświadomość, poczucie siły i mocy sprawczej – miała większy wpływ na ich życie, wyżej oceniały znaczenie współpracy w interdyscyplinarnych zespołach opieki medycznej niż osoby, którym te wartości nie są bliskie. Może to wynikać z systemu wartości osób, dla których duchowość odgrywa dużą rolę, gdyż jednym z jego wymiarów, zgodnie z badaniami Pawła Sochy (2000), może być altruizm. Zalicza on altruizm, razem z życzliwością i społecliwością, do uczuć moralnych. Według Sochy wraz z rozwojem duchowości wzrasta zrozumienie stosunków interpersonalnych, co tłumaczyłoby wyższą ocenę znaczenia interdyscyplinarnego podejścia wśród osób, dla których duchowość odgrywa dużą rolę.

Osoby prowadzące bogate życie duchowe i/lub religijne charakteryzują się większym optymizmem, wyższym poczuciem szczęścia i poziomem jakości życia (Gonçalves, Lucchetti, Menezes, Vallada, 2017; Panzini i in., 2017; Vitorino, Lucchetti, Leão, Vallada, Peres, 2018), którą Światowa Organizacja Zdrowia (1995) definiuje jako „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi” (za: Szyguła-Jurkiewicz, Kowalska, Mościński,

Osoby prowadzące bogate życie duchowe i/lub religijne charakteryzują się większym optymizmem, wyższym poczuciem szczęścia i poziomem jakości życia.

2011) w porównaniu z osobami, dla których nie odgrywa to roli. Ponadto uczestnictwo w obrzędach religijnych zwiększa poziom wsparcia społecznego, podwyższa jakość życia, wpływa na podejmowanie pozytywnych zachowań zdrowotnych. Wysoki poziom religijności i rozwinięte życie duchowe jest łączone również z dobrą umiejętnością radzenia sobie w sytuacjach stresowych oraz z przykrymi emocjami, takimi jak: strach, lęk, smutek, wściekłość i gniew (Pargament, Feuille, Burdzy, 2011). Argumentuje się to tym, że osoby z wysokim poziomem duchowości/religijności rozwijają wewnętrzne i zewnętrzne mechanizmy, które pomagają im radzić sobie z przeciwnościami losu (McFarland, 2010). Duchowość i religijność są również uznawane za części składowe dobrostanu psychicznego jednostek i istnieją dowody na związek między niskim poziomem przekonań duchowych i religijnych a obniżeniem jakości zdrowia psychicznego (Weber, Lomax, Pargament, 2017).

Duchowość przez część badaczy jest ujmowana jako cecha osobowości, która odgrywa znaczącą rolę w procesie zaspokajania potrzeb, takich jak: poczucie bezpieczeństwa, sensu życia, potrzeb emocjonalnych, poznawczych czy wreszcie związanych z projektowaniem życiowych celów (Skrzypińska, 2008). Wyniki analiz przeprowadzonych przez Piedmonta (za: Skrzypińska, Karasiewicz, 2013) wskazują, że osoby o wysokim poziomie duchowości charakteryzują się wysokim poziomem neurotyczności (wrażliwości emocjonalnej) i ugodowości, jednakże również stosunkowo wysokim poziomem otwartości na doświadczenie. Taki zestaw cech może predysponować osoby deklarujące duże znaczenie czynnika duchowego w ich życiu do podejmowania współpracy w zespole, gdyż empatia, umiejętność osiągania kompromisów i otwartość sprzyjają efektywnej pracy.

Rozpatrując wpływ duchowości na pracę personelu medycznego, warto również zwrócić uwagę na zależność poziomu duchowości i ryzyka występowania zespołu wypalenia zawodowego. Szacuje się, że w Polsce syndromem tym dotkniętych jest od 22% do 52% lekarzy (Zgliczyńska, Zgliczyński, Ciebiera, Kosińska-Kaczyńska, 2019). Badania wskazują, że osoby zaangażowane w życie duchowe odnajdują głębszy sens swojej pracy, odczuwają większą satysfakcję, mają poczucie spełnienia, a także charakteryzują się wyższym poziomem radości z wykonywanej pracy

Bogate życie duchowe może być uznawane za czynnik chroniący pracowników medycznych przed wypaleniem zawodowym.

oraz niższym poziomem frustracji oraz stresu (Krishnakumar, Neck, 2002; Burack, 1999; Sajja, Puchalski, 2018; Yoon, Daley, Curlin, 2017; Doolittle, Windish, 2015; Karr, 2019). Tak więc bogate życie duchowe może być uznawane za czynnik chroniący pracowników medycznych przed wypaleniem zawodowym.

Biorąc pod uwagę fakt, że studenci kierunków medycznych w bliskiej przyszłości staną się pracownikami ochrony zdrowia, narażonymi na czynniki powodujące syndrom wypalenia zawodowego, już na etapie kształcenia przeddyplomowego należy wyposażyć ich w wiedzę i umiejętności, które pozwolą na podjęcie satysfakcjonującej pracy w systemie opieki zdrowotnej.

## Podsumowanie

Świadczenie usług medycznych opartych na działaniu zespołów interdyscyplinarnych zostało powszechnie uznane za rozwiązanie mające na celu poprawę jakości opieki zdrowotnej. Studenci kierunków medycznych, przyszli pracownicy ochrony zdrowia, powinni mieć wiedzę, umiejętności oraz kompetencje społeczne konieczne do nawiązywania efektywnej współpracy zespołowej, gdyż będzie to miało bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo pacjentów oraz poziom satysfakcji z wykonywanej pracy. Zatem zwrócenie uwagi na deklarowaną duchowość studentów kierunków medycznych podczas planowania i przeprowadzania zajęć dydaktycznych wydaje się istotnym oraz pomocnym elementem, który ułatwi osiągnięcie zakładanych efektów kształcenia.

Zwrócenie uwagi na deklarowaną duchowość studentów kierunków medycznych podczas planowania i przeprowadzania zajęć dydaktycznych wydaje się istotnym oraz pomocnym elementem, który ułatwi osiągnięcie zakładanych efektów kształcenia.

## Bibliografia

1. Baum, E. (2017). *Jakość życia chorych poddawanych terapii nerkozastępczej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UMP.
2. Burack, E.H. (1999). *Spirituality in the workplace*. *Journal of Organizational Change Management*, 12 (4), s. 280–292.
3. Clarkson, P., Worsley, P.R., Schoonhoven, L., Bader, D.L. (2019). *An interprofessional approach to pressure ulcer prevention: a knowledge and attitudes evaluation*. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 377. DOI: 10.2147/JMDH.S195366.
4. Cochrane, A.J., Dick, B., King, N.A., Hills, A.P., Kavanagh, D.J. (2017). *Developing dimensions for a multicomponent multidisciplinary approach to obesity management: a qualitative study*. *BMC Public Health*, 17 (1), s. 1–15. DOI: 10.1186/s12889-017-4834-2.
5. Curran, V.R., Sharpe, D., Flynn, K., Button, P. (2010). *A longitudinal study of the effect of an interprofessional education curriculum on student satisfaction and attitudes towards interprofessional teamwork and education*. *Journal of Interprofessional Care*, 24 (1), 41–52. DOI: 10.3109/13561820903011927.
6. Curran, V.R., Sharpe, D., Forristall, J., Flynn, K. (2008). *Attitudes of health sciences students towards interprofessional team*

- work and education. *Learning in Health and Social Care*, 7 (3), 146–156. DOI: 10.1111/j.1473-6861.2008.00184.x.
7. Domaradzki, J. (2013). *O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie*. *Hygeia Public Health*, 48 (4), 408–419.
  8. Doolittle, B.R., Windish, D.M. (2015). *Correlation of burnout syndrome with specific coping strategies, behaviors, and spiritual attitudes among interns at Yale University, New Haven, USA*. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 12, 41. DOI: 10.3352/jeehp.2015.12.41.
  9. Fals, A.M., Abraham-Pratt, I. (2019). *Effective multidisciplinary approach to childhood obesity prevention and treatment: Integration of technology, health coaching of child, and fitness options*. *Pediatrics*, 144 (2 Meeting Abstract), 221.
  10. Gonçalves, J., Lucchetti, G., Menezes, P.R., Vallada, H. (2017). *Complementary religious and spiritual interventions in physical health and quality of life: A systematic review of randomized controlled clinical trials*. *PLoS One*, 12 (10), e0186539. DOI: 10.1371/journal.pone.0186539.
  11. Gregory, N.S., Seley, J.J., Dargar, S.K., Galla, N., Gerber, L.M., Lee, J.I. (2018). *Strategies to prevent readmission in high-risk patients with diabetes: the importance of an interdisciplinary approach*. *Current Diabetes Reports*, 18 (8), 1–7. DOI: 10.1007/s11892-018-1027-z.
  12. Karr, S. (2019). *Avoiding physician burnout through physical, emotional, and spiritual energy*. *Current Opinion in Cardiology*, 34 (1), 94–97. DOI: 10.1097/HCO.0000000000000574.
  13. Katkin, J.P., Kressly, S.J., Edwards, A.R., Perrin, J.M., Kraft, C.A., Richerson, J.E., Tieder, J.S., Wall, L.; Task Force on Pediatric Practice Change (2017). *Guiding Principles for Team-Based Pediatric Care*. *Pediatrics*, 140 (2), e20171489. DOI: 10.1542/peds.2017-1489.
  14. King, M.B., Koenig, H.G. (2009). *Conceptualising spirituality for medical research and health service provision*. *BMC Health Services Research*, 9, 116. DOI: 10.1186/1472-6963-9-116.
  15. Koenig, H.G. (2012). *Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications*. *ISRN Psychiatry*, 2012, 278730. DOI: 10.5402/2012/278730.
  16. Kovač Blaž, M., Švab, I. (2015). *A multidisciplinary approach to treating obesity in a community health centre*. *Slovenian Journal of Public Health*, 54 (4), 252–258. DOI: 10.1515/sjph-2015-0033.
  17. Krishnakumar, S., Neck, C.P. (2002). *The “what”, “why” and “how” of spirituality in the workplace*. *Journal of Managerial Psychology*, 17 (3), 153–164. DOI: 10.1108/02683940210423060.
  18. Kulesz, Z. (2013). *Religijność w perspektywie psychologicznej*. *Studia Elbląskie*, 14, 185–197.
  19. McFarland, M.J. (2010). *Religion and mental health among older adults: Do the effects of religious involvement vary by gender?* *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B (5), 621–630. DOI: 10.1093/geronb/gbp112.
  20. Panzini, R.G., Mosquero, B.P., Zimpel, R.R., Bandeira, D.R., Rocha, N.S., Fleck, M.P. (2017). *Quality-of-life and spirituality*. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 29 (3), 263–282. DOI: 10.1080/09540261.2017.1285553.
  21. Pargament, K., Feuille, M., Burdzy, D. (2011). *The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping*. *Religions*, 2 (1), 51–76. DOI: 10.3390/rel2010051.
  22. Pollard, K.C., Miers, M.E., Gilchrist, M. (2004). *Collaborative learning for collaborative working? Initial findings from a longitudinal study of health and social care students*. *Health and Social Care in the Community*, 12 (4), 346–358. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2004.00504.x.
  23. Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K., Sulmasy, D. (2009). *Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference*. *Journal of Palliative Medicine*, 12 (10), 885–904. DOI: 10.1089/jpmp.2009.0142.
  24. Rim, J.I., Ojeda, J.C., Svob, C., Kayser, J., Drews, E., Kim, Y., Tenke, C.E., Skipper, J., Weissman, M.M. (2019). *Current Understanding of Religion, Spirituality, and Their Neurobiological Correlates*. *Harvard Review of Psychiatry*, 27 (5), 303–316. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000232.
  25. Sajja, A., Puchalski, C. (2018). *Training physicians as healers*. *AMA Journal of Ethics*, 20 (7), E655–663. DOI: 10.1001/amajethics.2018.655.

26. Seostianin, M., Neumann-Podczaska, A., Wieczorowska-Tobis, K. (2020). *Towards effective collaboration of physicians and pharmacists for the care of older people (including COVID-19 perspective)*. Journal of Medical Science, 89 (2), e424. DOI: 10.20883/medical.e424.
27. Skrzypińska, K. (2008). "Where do I aim at?" – Spirituality as dimension of personality. Roczniki Psychologiczne, 11 (1), 39–57.
28. Skrzypińska, K., Karasiewicz, K. (2013). *Boundaries of spirituality-the second perspective-Spiritual Sphere Questionnaire*. Roczniki Psychologiczne, 16 (3), 513–538.
29. Socha, P. (2000). *Psychologia rozwoju duchowego – zarys zagadnienia*. W: P. Socha (red.). *Duchowy rozwój człowieka. Fazy życia, osobowość, wiara, religijność*. Kraków: Wydawnictwo UJ, s. 21–23.
30. Stute, P., Bodmer, C., Ehler, U., Eltbogen, R., Ging, A., Streuli, I., von Wolff, M. (2017). *Interdisciplinary consensus on management of premenstrual disorders in Switzerland*. Gynecological Endocrinology, 33 (5), 342–348. DOI: 10.1080/09513590.2017.1284788.
31. Szyguła-Jurkiewicz, B., Kowalska, M., Mościński, M. (2011). *Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego*. Folia Cardiologica Excerpta, 6 (1), 62–71.
32. Taczala, J., Wolińska, O., Becher, J., Majcher, P. (2020). *An Interdisciplinary Model of Treatment of Children with Cerebral Palsy in Poland. Recommendations of the Paediatric Rehabilitation Section of the Polish Rehabilitation Society*. Ortopedia, Traumatologia, Rehabilitacja, 22 (1), 51–59. DOI: 10.5604/01.3001.0014.0641.
33. *The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. (1995). Social Science and Medicine, 41 (10), 1403–1409. DOI: 10.1016/0277-9536(95)00112-k.
34. Thoresen, C.E., Harris, A.H. (2002). *Spirituality and health: What's the evidence and what's needed?* Annals of Behavioral Medicine, 24 (1), 3–13. DOI: 10.1207/S15324796ABM2401\_02.
35. VanderWeele, T.J., Li, S., Tsai, A.C., Kawachi, I. (2016). *Association Between Religious Service Attendance and Lower Suicide Rates Among US Women*. JAMA Psychiatry, 73 (8), 845–851. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.1243.
36. Vitorino, L.M., Lucchetti, G., Leão, F.C., Vallada, H., Peres, M. (2018). *The association between spirituality and religiosity and mental health*. Scientific Reports, 8 (1), 17233. DOI: 10.1038/s41598-018-35380-w.
37. Weber, S.R., Lomax, J.W., Pargament, K.I. (2017). *Healthcare Engagement as a Potential Source of Psychological Distress among People without Religious Beliefs: A Systematic Review*. Healthcare (Basel, Switzerland), 5 (2), 19. DOI: 10.3390/healthcare5020019.
38. Wong, P.S., Hasan, S.S., Ooi, J., Lawrence, S.L., Nadarajah, V.D. (2018). *Assessment of attitudes for interprofessional team working and knowledge of health professions competencies for final year health professional students*. Asia Pacific Scholar, 3 (1), 27–37. DOI: 10.29060/TAPS.2018-3-1/OA1064.
39. World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice (No. WHO/HRH/HPN/10.3)*. World Health Organization.
40. Yoon, J.D., Daley, B.M., Curlin, F.A. (2017). *The association between a sense of calling and physician well-being: a national study of primary care physicians and psychiatrists*. Academic Psychiatry, 41 (2), 167–173. DOI: 10.1007/s40596-016-0487-1.
41. Yano, K., Ohashi, K. (2010). *Interprofessional team approach to infertility treatment in Japan*. Reproductive Medicine and Biology, 9 (1), 33–41. DOI: 10.1007/s12522-009-0038-5.
42. Zgliczyńska, M., Zgliczyński, S., Ciebiera, M., Kosińska-Kaczyńska, K. (2019). *Occupational burnout syndrome in Polish physicians: A systematic review*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16 (24), 5026. DOI: 10.3390/ijerph16245026.
43. Zielo, A. (2018). *After-Death Manipulation: The Treatment of the Skull in Prehistoric Funeral Contexts*. Global Journal of Archaeology and Anthropology, 6 (2), 1–5. DOI: 10.19080/GJAA.2018.06.555681.





Agnieszka Żok

# Aktywność fizyczna jako składowa rozwoju duchowego



## W tym rozdziale:

Wprowadzenie . . . . .	97
Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie psychiczne . . . .	101
Aktywność fizyczna jako forma <i>mindfulness</i> . . . . .	102
Podsumowanie . . . . .	104

# Aktywność fizyczna jako składowa rozwoju duchowego

## Wprowadzenie

Pozytywny wpływ regularnej aktywności fizycznej praktycznie na każdy aspekt zdrowia jest powszechnie znany. Badacze coraz częściej podkreślają, że ruch sprawdza się nie tylko jako profilaktyka chorób układu krążenia, otyłości czy cukrzycy, lecz jest także niezbędny do zachowania dobrostanu psychicznego. Aktywność fizyczna może stanowić również element rozwoju duchowego. Z uwagi na towarzyszące wysiłkowi skupienie oraz pogłębianie świadomości oddechu aktywność fizyczna może być zaliczana do treningu uważności (*mindfulness*).

W rozdziale przedstawiono analizę wpływu aktywności fizycznej na ogólnie pojęty dobrostan człowieka, ze szczególnym uwzględnieniem znaczenia aktywności fizycznej dla rozwoju duchowego. Przeprowadzono wyszukiwanie

Z uwagi na towarzyszące wysiłkowi skupienie oraz pogłębianie świadomości oddechu aktywność fizyczna może być zaliczana do treningu uważności.

literatury w bazach MEDLINE (PubMed) i Google Scholar oraz ReserchGate, używając kombinacji słów kluczowych: „physical activity”, „mindfullnes”, „wellbeing”, „risk”, „prevention”, „stress”. Wszystkie słowa kluczowe zostały poddane wyszukiwaniu w połączeniu z terminem aktywność fizyczna. Do dalszych prac wybrano badania, które bezpośrednio odnosiły się do wpływu aktywności fizycznej na dobrostan człowieka, ze szczególnym uwzględnieniem działania na rzecz redukcji stresu oraz treningu uważności.

Coraz więcej badań opisuje związek między aktywnością fizyczną a ogólnym dobrym samopoczuciem. Według PubMed w 2021 r. opublikowano 4038 tekstów dotyczących korelacji między aktywnością fizyczną a dobrym samopoczuciem, podczas gdy w 2020 r. odnotowano 3139 artykułów, a w 2011 r. – 824 prace. Ten dynamiczny wzrost zainteresowania problemem wskazuje na coraz to większą wiedzę dotyczącą związku między odpowiednio dobraną aktywnością fizyczną a zdrowiem. Aktywność fizyczna może wspomagać proces zdrowienia zarówno w zaburzeniach somatycznych, jak i o podłożu psychicznym, jak również zapobiegać stanom patologicznym. Uwagę aktywności fizycznej poświęcali już starożytni Hindusi, Grecy oraz Rzymianie. *Caraka-Samhitā*, jeden z podręczników medycyny ajurwedyjskiej datowany na przełom er (Meulenbeld, 1999; Valiathan, 2003), definiuje ćwiczenia jako takie fizyczne działanie, które jest pożądane i jest w stanie przynieść stabilność ciała i siły. Powinny być one praktykowane z umiarem (Mondal, 2014). *Caraka-Samhitā* zawiera ideę utrzymania pozytywnego stanu zdrowia poprzez właściwą dietę, sen, odpoczynek, aktywny nawyk, regularne ćwiczenia. W tekście wyraźnie sugeruje się *vyayamę* (ćwiczenia) dla ciała i jogę dla umysłu i duszy. Zapobieganie chorobom poprzez aktywność fizyczną odnaleźć można również u Hipokratesa. Twierdził on, że gdybyśmy mogli zapewnić każdej osobie odpowiednią ilość pożywienia i ćwiczeń, nie za mało i nie za dużo, znaleźlibyśmy najbezpieczniejszą drogę do zdrowia, oraz że chodzenie jest najlepszym lekarstwem dla człowieka (Batman, 2012). Hipokrates zauważył również, że ruch jest niezbędny do utrzymania funkcji poszczególnych części ciała: „wszystkie części ciała, jeśli używane z umiarem i wykonywane w pracy, do których każdy jest przyzwyczajony, stają się w ten sposób zdrowe i dobrze rozwinięte i starzeją się powoli, ale jeśli są one nieużywane i pozostawione bezczynnie, stają się one podatne na choroby, wadliwy wzrost i starzeją się szybko” (Kokkinos, Myers, 2010).

Na ograniczenie naszej aktywności fizycznej wpłynęło wiele czynników cywilizacyjnych, w tym bardzo często przeniesienie jej do strefy hobby czy aktywności w wolnym czasie. Rewolucja przemysłowa oraz obecny rozwój sztucznej inteligencji z pewnością nie sprzyjają codziennym aktywnościom – nawet w podstawowych czynnościach porządkowych człowiek jest wyręczany przez technologię. Konieczne stało się zatem zdefiniowanie oraz wyznaczenie

rekomendacji dotyczących aktywności fizycznej. Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) definiuje aktywność fizyczną jako każdy ruch ciała wytwarzany przez mięśnie szkieletowe, który wymaga wydatku energetycznego. Aktywność fizyczna odnosi się do wszelkiego ruchu, w tym w czasie wolnym, w celu dotarcia do i z miejsc lub jako część pracy danej osoby. Zarówno aktywność fizyczna o umiarkowanej, jak i dużej intensywności wpływa na poprawę zdrowia (WHO, 2020). Kraje Unii Europejskiej (UE) od 2015 r. osiągały postępy w rozwoju polityki w zakresie promocji aktywności fizycznej, ale w czasie pandemii COVID-19 postępy te uległy spowolnieniu, jak wskazuje najnowsza publikacja WHO. Nowy raport *2021 Physical activity fact-sheets for the European Union Member States of the WHO European Region* jest oparty na danych ze wszystkich 27 państw członkowskich UE i przedstawia przegląd polityk i działań, które zostały wdrożone w krajach w celu promowania aktywności fizycznej wpływającej pozytywnie na zdrowie (*health-enhancing physical activity* – HEPA).

W 2018 r. Światowe Zgromadzenie Zdrowia (*World Health Assembly* – WHA) zatwierdziło nowy Globalny Plan Działań na rzecz Aktywności Fizycznej (*Global Action Plan for Physical Activity* – GAPP) 2018–2030 (WHO, 2018), stawiając sobie za cel zmniejszenie braku aktywności fizycznej u młodzieży oraz dorosłych o 15%. Ponadto WHA zwróciło się do WHO z prośbą o aktualizację wytycznych dotyczących aktywności fizycznej ustalonych w 2010 r. (WHO, 2010). Zgodnie z nowymi rekomendacjami dorośli (18–64 lata) powinni wykonywać aktywność fizyczną przez 150–300 minut tygodniowo o umiarkowanej intensywności lub 75–150 minut o dużej intensywności (WHO, 2018). Dorośli powinni również wykonywać ćwiczenia wzmacniające mięśnie o umiarkowanej lub większej intensywności obejmujące wszystkie główne grupy mięśni. Ćwiczenia te powinny być wykonywane 2 lub więcej razy w tygodniu. Światowa Organizacja Zdrowia zwraca uwagę na konieczność podejmowania aktywności fizycznej przez całe życie, od okresu niemowlęcego do starości. Ruch zaleca się również osobom chorującym oraz z niepełną sprawnością (WHO, 2018). Dla osób starszych dodatkowo zalecane są ćwiczenia równowagi, które mogą zapobiegać upadkom będącym w tej grupie wiekowej główną przyczyną niepełnosprawności oraz hospitalizacji (Pfortmueller, Lindner, 2014). Podobne zalecenia opublikowało *National Health Service*.

Dorośli powinni wykonywać ćwiczenia wzmacniające mięśnie o umiarkowanej lub większej intensywności obejmujące wszystkie główne grupy mięśni.

Zachowanie odpowiedniego poziomu aktywności fizycznej jest niezwykle istotne w profilaktyce zdrowotnej osób w każdym wieku (Molanorouzi, Khoo,

Zachowanie odpowiedniego poziomu aktywności fizycznej jest niezwykle istotne w profilaktyce zdrowotnej osób w każdym wieku.

zmniejszyć ryzyko zawału serca oraz lepiej kontrolować masę ciała (Elagizi i in., 2020), zmniejszyć stężenie cholesterolu we krwi (Mann, Beedie, Jimenez, 2014). Aktywność fizyczna jest też istotna w profilaktyce cukrzycy typu 2 (Laaksonen i in., 2005), jak również reguluje ciśnienie krwi. Coraz więcej

Brak aktywności fizycznej jest główną przyczyną większości chorób przewlekłych.

badaczy wskazuje na znaczenie ruchu w profilaktyce nowotworów. W ostatnim czasie wzrosło zainteresowanie zagadnieniami sprawności psychofizycznej oraz jakości życia osób leczonych z powodu choroby nowotworowej (Woźniewski, Kornafel, 2010, s. 3). Pod wpływem rehabilitacji zwiększa się liczba komórek odpornościowych oraz ich aktywność, co ogranicza ryzyko infekcji oraz zmniejsza prawdopodobieństwo nawrotu choroby. Według Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem (Europejski Kodeks Walki z Rakiem, 2021) zalecane jest, aby każdego dnia poświęcić 60 minut na ruch o średniej intensywności lub alternatywnie 30 minut na ruch o wysokiej intensywności. Aktywność fizyczna ma również istotne znaczenie dla stanu psychicznego chorych, obniżając ryzyko depresji, zaburzeń lękowych oraz zwiększając poziom szczęścia, co prowadzi do poprawy jakości życia (Żok i in., 2020).

Ponadto WHO zaleca ograniczenie siedzącego trybu życia. Zalecenia te zostały opublikowane podczas pandemii COVID-19, kiedy siedzący tryb życia w pewien sposób został wymuszony przez ograniczenia oraz konieczność pracy zdalnej, co wydłużyło znacząco czas spędzany przed komputerem. W kontekście pandemii zalecenia te są niezwykle istotne, biorąc pod uwagę korelację między brakiem aktywności fizycznej a ostrym przebiegiem oraz śmiertelnością związaną z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Wielkość ryzyka dla wszystkich wyników związanych z konsekwentną nieaktywnością fizyczną przewyższała prawdopodobieństwo dla palenia tytoniu i praktycznie wszystkich chorób przewlekłych uwzględnionych w tej analizie, co wskazuje, że brak

Morris, 2015; McPhee i in., 2016). Brak aktywności fizycznej jest główną przyczyną większości chorób przewlekłych (Booth, Roberts, Laye, 2012). Choroby układu krążenia cały czas stanowią najczęstszą przyczynę zgonów na świecie (WHO, 2021). W ich profilaktyce ważne są zalecenia dotyczące zdrowego trybu życia, czyli odpowiednia dieta oraz ruch (Krist i in., 2020). Odpowiednio dobrana do wieku oraz stanu zdrowia aktywność fizyczna pozwala

Ważne są zalecenia dotyczące zdrowego trybu życia, czyli odpowiednia dieta oraz ruch (Krist i in., 2020). Odpowiednio dobrana do wieku oraz stanu zdrowia aktywność fizyczna pozwala

aktywności fizycznej może odgrywać istotną rolę jako czynnik ryzyka dla ciężkiego przebiegu COVID-19 (Sallis i in., 2021).

## Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie psychiczne

Regularna aktywność fizyczna może pomóc w utrzymaniu sprawności myślenia, uczenia się i umiejętności oceny sytuacji wraz z wiekiem. Może także zmniejszyć ryzyko wystąpienia depresji i lęku oraz polepszyć jakość snu (Ströhle, 2008; Thompson Coon i in., 2011; van der Zwan i in., 2015). We współczesnych zachodnich społeczeństwach stres stanowi poważny problem już wręcz cywilizacyjny, wywołując wiele chorób i zaburzeń zarówno psychicznych, jak i somatycznych (Ströhle, 2008). Długotrwale działający stres negatywnie oddziałuje na kondycję fizyczną całego organizmu, rozregulowuje przemianę materii, podnosi ciśnienie tętnicze krwi, niekorzystnie wpływa na parametry biochemiczne krwi i układ hormonalny. Przewlekłe działające negatywne bodźce stresowe wpływają również na kondycję psychiczną, nasilają uczucie niepokoju, zaburzą funkcje poznawcze, wywołują permanentne zmęczenie i obniżają poziom wszelkich aktywności życiowych, w tym również aktywności fizycznej. Aktywność fizyczna poprzez bezpośredni wpływ na ośrodkowy układ nerwowy i uwalnianie  $\beta$ -endorfin wpływa korzystnie na samopoczucie, poprawia nastrój, zwiększa poczucie własnej wartości, przeciwdziała depresji i sprawia, że czujemy się lepiej (Stults-Kolehmainen i in., 2014). Istnieje zatem duże zapotrzebowanie na badania nad niefarmakologicznymi technikami redukcji stresu. Badania wskazują na istotne znaczenie aktywności fizycznej dla poprawy dobrostanu (van der Zwan i in., 2015; Jazaieri i in., 2012; Hosker, Elkins, Potter, 2019). Jest to związane nie tylko z ruchem, lecz także z uważnością podczas wykonywania ćwiczeń.

Regularna aktywność fizyczna może pomóc w utrzymaniu sprawności myślenia, uczenia się i umiejętności oceny sytuacji wraz z wiekiem. Może także zmniejszyć ryzyko wystąpienia depresji i lęku oraz polepszyć jakość snu.

Aktywność fizyczna wpływa korzystnie na samopoczucie, poprawia nastrój, zwiększa poczucie własnej wartości, przeciwdziała depresji i sprawia, że czujemy się lepiej.

## Aktywność fizyczna jako forma *mindfulness*

*Mindfulness*, czyli trening uważności, jest określeniem stosowanym dla opisu bazujących na wiedzy psychologicznej technik koncentracji uwagi na zewnętrznych i wewnętrznych bodźcach, bez ich oceniania (Kabat-Zin, 1994, s. 4). *Mindfulness* wywodzi się z *sati*, istotnego elementu tradycji buddyjskich (Karunamuni, Weerasekera, 2017), i opiera się na technikach medytacji zen, *Vipassanā* i tybetańskiej (Wilson, 2014, s. 35). Choć definicje i techniki *mindfulness* są bardzo zróżnicowane, tradycje buddyjskie wyjaśniają, co składa się na *mindfulness*, jak przeszłe, teraźniejsze i przyszłe chwile powstają i ustają jako chwilowe wrażenia zmysłowe i zjawiska mentalne (Karunamuni, Weerasekera, 2019). Badania kliniczne udokumentowały zarówno fizyczne, jak i psychiczne korzyści płynące z *mindfulness* u różnych kategorii pacjentów, jak również u zdrowych dorosłych i dzieci (Zalta i in., 2020; Creswell, 2017; Paulus, 2016). Badania naukowe wykazały pozytywny związek między cechą *mindfulness* (którą można rozwijać poprzez praktykę interwencji opartych na *mindfulness*) a zdrowiem psychicznym (Tomlinson i in., 2017; Keng, Smoski, Robins, 2011). Istnieją również dowody, które sugerują, że praktykowanie *mindfulness* może wpływać na zdrowie fizyczne. Jako przykład może posłużyć psychologiczny nawyk wielokrotnego rozwodzenia się nad stresującymi myślami, co wydaje się intensyfikować fizjologiczne skutki stresora (w wyniku ciągłej aktywacji współczulnego układu nerwowego i osi podwzgórze–przysadka–nadnercza) i może prowadzić do klinicznych manifestacji związanych ze zdrowiem fizycznym (Verkuil i in., 2010; Karunamuni, Imayama, Goonetilleke, 2021). Techniki uważności coraz częściej są polecane sportowcom jako metoda promowania wyników sportowych poprzez optymalne zarządzanie interakcją między uwagą, poznaniem i emocjami (Noetel i in., 2017). W sporcie amatorskim można jednak traktować aktywność fizyczną jako formę treningu uważności. Born Taylor uważa surfing za przeżycie duchowe czy wręcz mistyczne łączenie się z naturą oraz wprowadza pojęcie „religii akwarystycznej” (Taylor, 2007). Z pewnością duchowość odnaleźć można również w sportach wysokogórskich, w których człowiek całkowicie uzależniony jest od natury oraz świadomości

Uważność i cierpliwa umiejętność spokojnego czekania, a czasami odpuszczania, stają się równie ważne jak predyspozycje fizyczne.

własnych możliwości. Uważność i cierpliwa umiejętność spokojnego czekania, a czasami odpuszczania, stają się równie ważne jak predyspozycje fizyczne (Krakauer, 2015).

Joga stanowi bardzo specyficzny typ aktywności fizycznej. Może być wieloaspektowym narzędziem zarówno pracy



duchowej, jak i aktywności fizycznej. Jednym z pozytywnych aspektów praktyki jogi jest poprawa zdrowia i samopoczucia. Komponenty jogi, które są bardzo powszechnie stosowane w celu osiągnięcia korzyści zdrowotnych, to asany (pozycje fizyczne), *pranajama* (regulowany oddech) oraz medytacja. W zależności od stylu jogi proporcje między tymi komponentami są różne. Niemniej, w przeciwieństwie

do sportów, u swych podstaw zakłada ona pracę nad ciałem, jak również umysłem. I choć psychologia sportu skupia się na tych relacjach, w jodze praca nad umysłem jest równorzędną wartością, a nie jedynie drogą do osiągnięcia lepszych wyników. W filozofię jogi wpisany był trening duchowy, zarówno poprzez medytację, jak i ćwiczenia stanowiące medytację w ruchu. Należy pamiętać, iż duchowość ta, choć zakorzeniona w filozofii wedyjskiej, w obecnej zachodniej praktyce nie ma związku z żadnym wyznaniem czy religią. Jednakże ta starożytna myśl niezwykle ściśle jest związana z praktyką uważności. W ośmiostopniowej ścieżce jogi w ujęciu Patańdzalego pojęcie uważności umocowane jest w *pratyaharze* oznaczającej wycofanie zmysłów, *dharanmie* (koncentracja) oraz *dhjanie* (skupienie) (Patańdzali, 2014). Mimo że współczesna joga dynamiczna nie nawiązuje bezpośrednio do tych pojęć, skupienie na ruchu jest jedną z form treningu uważności (Owen, Lebowitz, Streeter, 2021, s. 19–73). Wpływ praktyki jogi na dobrostan oraz jakość życia został szeroko opisany (Żok i in., 2020), dlatego też jest ona polecana pacjentom zarówno jako rekonwalescencja, jak i profilaktyka zdrowotna. Odpowiednio skomponowaną praktykę jogi zaleca się pacjentom w trakcie leczenia onkologicznego (Hardoerfer, Jentschke, 2018). Badania Chris C. Streeter sugerują, że praktyka jogi nie tylko wpływa na poprawę nastroju (jak np. marsz), lecz także wywołuje wzrost poziomu GABA (Streeter i in., 2012; Streeter i in., 2010), który pełni funkcję głównego neuroprzekaźnika o działaniu hamującym w układzie nerwowym (Petroff, 2002). Nie bez znaczenia pozostaje tu świadomość oddechu, która jest nierozzerwalnym elementem praktyki jogi. Stephen W. Porges twierdzi, że to właśnie oddech zarządza zmieli-

Joga stanowi bardzo specyficzny typ aktywności fizycznej. Jest ona wieloaspektowym narzędziem zarówno pracy duchowej, jak i aktywności fizycznej.

Badania potwierdzają, że pranajama – seria jogicznych technik oddechowych, może się przyczynić do poprawy w zakresie objawów związanych z chorobą nowotworową i poprawić jakość życia pacjentów podczas chemioterapii.

nizowanym nerwem błędnym, co ma wspierać interakcje społeczne, pozytywne doświadczenia emocjonalne oraz budowanie relacji (Porges, 2001; Porges, 2009).

Ponadto badania potwierdzają, że *pranajama* – seria jogicznych technik oddechowych, może się przyczynić do poprawy w zakresie objawów związanych z chorobą nowotworową i poprawić jakość życia pacjentów podczas chemioterapii (Dhruva i in., 2012). Co istotne, praktycznie nie istnieją przeciwwskazania do praktyki jogi.

## Podsumowanie

Zgodnie z zaleceniami WHO każdy człowiek powinien zapewnić sobie odpowiednią dla jego wieku oraz kondycji zdrowotnej formę aktywności fizycznej.

Sport czy inne formy aktywności fizycznej bez wątpienia mają pozytywny wpływ na dobrostan człowieka. Jest to związane zarówno ze wzmocnieniem oraz rozciągnięciem ciała, jak i wpływem aktywności na układ nerwowy. Zgodnie z zaleceniami WHO każdy człowiek powinien zapewnić sobie odpowiednią dla jego wieku oraz kondycji zdrowotnej formę aktywności fizycznej. Niezwykle istotna jest tu zakorzeniona w nauce o uważności praca

z oddechem. Wdech i wydech wywołują odmienne reakcje ciała przez działanie na współczulny i przywspółczulny układ nerwowy. Umiejętność świadomego oddychania, często połączona z aktywnością fizyczną, pozwala na zachowanie dobrostanu emocjonalnego.

## Bibliografia

1. Batman, D.C. (2012). *Hippocrates: 'Walking is man's best medicine!'*. Occupational Medicine (Oxford, England), 62 (5), 320–322. DOI: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqs084>.
2. Booth, F.W., Roberts, C.K., Laye, M.J. (2012). *Lack of exercise is a major cause of chronic diseases*. Comprehensive Physiology, 2 (2), 1143–1211. DOI: <https://doi.org/10.1002/cphy.c110025>.
3. Creswell, J.D. (2017). *Mindfulness Interventions*. Annual Review of Psychology, 68, 491–516. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>.
4. Dhruva, A., Miaskowski, C., Abrams, D., Acree, M., Cooper, B., Goodman, S., Hecht, F.M. (2012). *Yoga breathing for cancer chemotherapy-associated symptoms and quality of life: results of a pilot randomized controlled trial*. Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.), 18 (5), 473–479. DOI: <https://doi.org/10.1089/acm.2011.0555>.
5. Elagizi, A., Kachur, S., Carbone, S., Lavie, C.J., Blair, S.N. (2020). *A Review of Obesity, Physical Activity, and Cardiovascular Disease*. Current Obesity Reports, 9 (4), 571–581. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13679-020-00403-z>.
6. Hardoerfer, K., Jentschke, E. (2018). *Effect of Yoga Therapy on Symptoms of Anxiety in Cancer Patients*. Oncology Research and

- Treatment, 41 (9), 526–532. DOI: <https://doi.org/10.1159/000488989>.
7. Hosker, D.K., Elkins, R.M., Potter, M.P. (2019). *Promoting Mental Health and Wellness in Youth Through Physical Activity, Nutrition, and Sleep*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 28 (2), 171–193. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2018.11.010>.
  8. Jazaieri, H., Goldin, P.R., Werner, K., Ziv, M., Gross, J.J. (2012). *A randomized trial of MBSR versus aerobic exercise for social anxiety disorder*. *Journal of Clinical Psychology*, 68 (7), 715–731. <https://doi.org/10.1002/jclp.21863>.
  9. Karunamuni, N., Imayama, I., Goonetilleke, D. (2021). *Pathways to well-being: Untangling the causal relationships among biopsychosocial variables*. *Social Science and Medicine* (1982), 272, 112846. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112846>.
  10. Karunamuni, N., Weerasekera, R. (2017). *Theoretical Foundations to Guide Mindfulness Meditation: A Path to Wisdom*. *Current Psychology* 38 (3), 627–646. DOI: [10.1007/S12144-017-9631-7](https://doi.org/10.1007/S12144-017-9631-7).
  11. Keng, S.L., Smoski, M.J., Robins, C.J. (2011). *Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies*. *Clinical Psychology Review*, 31 (6), 1041–1056. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>.
  12. Kokkinos, P., Myers, J. (2010). *Exercise and physical activity: clinical outcomes and applications*. *Circulation*, 122 (16), 1637–1648. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.948349>.
  13. Krakauer, J. (2015). *Wszystko za Everest*. Warszawa: Czarne.
  14. US Preventive Services Task Force, Krist, A.H., Davidson, K.W., Mangione, C.M., Barry, M.J., Cabana, M., Caughey, A.B., Donahue, K., Doubeni, C.A., Epling, J.W., Jr, Kubik, M., Landefeld, S., Ogedegbe, G., Pbert, L., Silverstein, M., Simon, M.A., Tseng, C.W., Wong, J.B. (2020). *Behavioral Counseling Interventions to Promote a Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Cardiovascular Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement*. *JAMA*, 324 (20), 2069–2075. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.21749>.
  15. Laaksonen, D.E., Lindström, J., Lakka, T.A., Eriksson, J.G., Niskanen, L., Wikström, K., Aunola, S., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Valle, T.T., Ilanne-Parikka, P., Louheranta, A., Hämäläinen, H., Rastas, M., Salminen, V., Cepaitis, Z., Hakumäki, M., Kaikkonen, H., Härkönen, P., Sundvall, J. i wsp. *Finnish diabetes prevention study (2005). Physical activity in the prevention of type 2 diabetes: the Finnish diabetes prevention study*. *Diabetes*, 54 (1), 158–165. DOI: <https://doi.org/10.2337/diabetes.54.1.158>.
  16. Mann, S., Beedie, C., Jimenez, A. (2014). *Differential effects of aerobic exercise, resistance training and combined exercise modalities on cholesterol and the lipid profile: review, synthesis and recommendations*. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*, 44 (2), 211–221. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40279-013-0110-5>.
  17. McPhee, J.S., French, D.P., Jackson, D., Nazroo, J., Pendleton, N., Degens, H. (2016). *Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty*. *Biogerontology*, 17 (3), 567–580. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10522-016-9641-0>.
  18. Molanorouzi, K., Khoo, S., Morris, T. (2015). *Motives for adult participation in physical activity: type of activity, age, and gender*. *BMC Public Health*, 15, 66. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1429-7>.
  19. Mondal, S. (2013). *Science of exercise: ancient Indian origin*. *Journal of the Association of Physicians of India*, 61 (8), 560–562.
  20. Noetel, M., Ciarrochi, J., Van Zanden, B., Lonsdale, C. (2017). *Mindfulness and acceptance approaches to sporting performance enhancement: a systematic review*. *Routledge*, 12 (1), 139–175. DOI: [10.1080/1750984X.2017.1387803](https://doi.org/10.1080/1750984X.2017.1387803).
  21. Paulus, M.P. (2016). *Neural Basis of Mindfulness Interventions that Moderate the Impact of Stress on the Brain*. *Neuropsychopharmacology*, 41 (1), 373. DOI: <https://doi.org/10.1038/npp.2015.239>.
  22. Petroff, O.A. (2002). *GABA and glutamate in the human brain*. *Neuroscientist* 8 (6), 562–573. DOI: <https://doi.org/10.1177/1073858402238515>.
  23. Pfortmueller, C.A., Lindner, G., Exadaktylos, A.K. (2014). *Reducing fall risk in the elderly: risk factors and fall prevention, a systematic review*. *Minerva Medica*, 105 (4), 275–281.

24. Porges, S.W. (2001). *The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system*. International Journal of Psychophysiology, 42 (2), 123–146. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0167-8760\(01\)00162-3](https://doi.org/10.1016/s0167-8760(01)00162-3).
25. Porges, S.W. (2009). *The polyvagal theory: new insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system*. Cleveland Clinic Journal of Medicine, 76 Suppl 2 (Suppl 2), S86–S90. DOI: <https://doi.org/10.3949/ccjm.76.s2.17>.
26. Sallis, R., Young, D.R., Tartof, S.Y., Sallis, J.F., Sall, J., Li, Q., Smith, G.N., Cohen, D.A. (2021). *Physical inactivity is associated with a higher risk for severe COVID-19 outcomes: a study in 48 440 adult patients*. British Journal of Sports Medicine, 55 (19), 1099–1105. DOI: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2021-104080>.
27. Streeter, C.C., Whitfield, T.H., Owen, L., Rein, T., Karri, S.K., Yakhkind, A., Perlmutter, R., Prescott, A., Renshaw, P.F., Ciraulo, D.A., Jensen, J.E. (2010). *Effects of yoga versus walking on mood, anxiety, and brain GABA levels: a randomized controlled MRS study*. Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.), 16 (11), 1145–1152. DOI: <https://doi.org/10.1089/acm.2010.0007>.
28. Streeter, C.C., Bergarg, P.L., Saper, R.B., Ciraulo, D.A., Brown, R.P. (2012). *Effects of yoga on the autonomic nervous system, gamma-aminobutyric-acid, and allostasis in epilepsy, depression, and post-traumatic stress disorder*. Medical Hypotheses, 78 (5), 571–579. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2012.01.021>.
29. Streeter, C.C., Whitfield, T.H., Owen, L., Rein, T., Karri, S.K., Yakhkind, A., Perlmutter, R., Prescott, A., Renshaw, P.F., Ciraulo, D.A., Jensen, J.E. (2010). *Effects of yoga versus walking on mood, anxiety, and brain GABA levels: a randomized controlled MRS study*. Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.), 16 (11), 1145–1152. <https://doi.org/10.1089/acm.2010.0007>.
30. Stults-Kolehmainen, M.A., Sinha, R. (2014). *The effects of stress on physical activity and exercise*. Sports Medicine (Auckland, N.Z.), 44 (1), 81–121. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40279-013-0090-5>.
31. Taylor, B. (2007). *Surfing into spirituality and a new, aquatic nature religion*. Journal of the American Academy of Religion, 75 (4), 923–951. DOI: <https://doi.org/10.1093/jaarel/lfm067>.
32. Thompson Coon, J., Boddy, K., Stein, K., Whear, R., Barton, J., Depledge, M.H. (2011). *Does participating in physical activity in outdoor natural environments have a greater effect on physical and mental wellbeing than physical activity indoors? A systematic review*. Environmental Science and Technology, 45 (5), 1761–1772. DOI: <https://doi.org/10.1021/es102947t>.
33. Tomlinson, E.R., Yousaf, O., Vittersø, A.D., Jones, L. (2018). *Dispositional Mindfulness and Psychological Health: a Systematic Review*. Mindfulness, 9 (1), 23–43. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0762-6>.
34. Verkuil, B., Grossschot, J.F., Gebhardt, W.A., Thayer, J.F. (2010). *When Worries Make you Sick: A Review of Perseverative Cognition, the Default Stress Response and Somatic Health*. Journal of Experimental Psychopathology 1 (1), 87–118. DOI: 10.5127/JEP.009110.
35. Zalta, A.K., Pinkerton, L.M., Valdespino-Hayden, Z., Smith, D.L., Burgess, H.J., Held, P., Boley, R.A., Karnik, N.S., Pollock, M.H. (2020). *Examining Insomnia During Intensive Treatment for Veterans with Posttraumatic Stress Disorder: Does it Improve and Does it Predict Treatment Outcomes?* Journal of Traumatic Stress, 33 (4), 521–527. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.22505>.
36. van der Zwan, J.E., de Vente, W., Huizink, A.C., Bögels, S.M., de Bruin, E.I. (2015). *Physical activity, mindfulness meditation, or heart rate variability biofeedback for stress reduction: a randomized controlled trial*. Applied Psychophysiology and Biofeedback, 40 (4), 257–268. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10484-015-9293-x>.
37. Żok, A., Zapala, J., Baum, E. (2020). *Ćwiczenia oparte o techniki jogi w leczeniu psychiatrycznym w Polsce w aspekcie historycznym*. Psychiatria Polska 207, 1–12. DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/128776.

**CZĘŚĆ II**  
**OPIEKA DUCHOWA**  
**NAD PACJENTEM**



Bogusław Stelcer

# Duchowość jako wymiar zdrowia



## W tym rozdziale:

Sfery i przejawy życia duchowego . . . . .	111
Duchowość jako zasób radzenia sobie z chorobą . . . . .	114
Rola nadziei . . . . .	119
Elementy opieki duchowej . . . . .	122



# Duchowość jako wymiar zdrowia

## Sfery i przejawy życia duchowego

Duchowość jest tym wymiarem ludzkiego życia, który odnosi się do sfery transcendentalnej. Wraz z religią mają obszary wspólne, ale też wyraźnie się różnią znaczeniowo. Istnieje wiele możliwych konceptualizacji duchowości tworzonych na potrzeby dyskursu filozoficznego, nauk społecznych i medycznych (Cook, Powell, Alderson-Day, Woods, 2020). W odniesieniu do tych ostatnich przyjęto definicję duchowości będącą punktem wyjścia dla terapii: Duchowość to odrębny, potencjalnie twórczy i uniwersalny wymiar ludzkiego doświadczenia powstającego zarówno w wewnętrznej, subiektywnej świadomości jednostki, jak i jej najbliższego otoczenia, grupy społecznej i kształtujący tradycje kulturowe. Może być doświadczana jako związek z tym, co intymne, immanentne i osobiste (Elderson, Peteet, Cook, 2020). Jest przeżywana jako mająca fundamentalne znaczenie dla jednostki, a zatem dotyczy sprawy sensu i celu życia, prawdy i systemu wartości jednostki (Cook, 2009).

Powyższa definicja została opracowana na podstawie analiz sposobu, w jaki pojęcie duchowości jest używane w literaturze medycznej. Można ją też z powodzeniem odnieść do szeregu dziedzin psychiatrii, psychologii klinicznej, jak również innych dyscyplin medycyny. W tej perspektywie duchowość ma charakter uniwersalny jako element subiektywnego wymiaru ludzkiego doświad-

czenia. Tak właśnie przeżywana jest każda konfrontacja z poważną chorobą. Jednocześnie zawarte są w niej odniesienia wskazujące na społeczny charakter zjawiska. Religia jest definiowana na wiele różnych sposobów, niektóre podkreślają jej aspekty osobiste, a inne społeczne. Słowo „religia”, pośród wielu innych kontekstów, dotyczy przekonań i doświadczeń jednostki, dlatego też należy pamiętać o jej osobistym i podmiotowym charakterze.

Sfera duchowa jako zasób zdrowia obejmuje nie tylko praktyki religijne. Jej manifestacje obejmują ćwiczenia duchowe, takie jak joga, czy innego rodzaju aktywność twórczą w terapii.

Sfera duchowa jako zasób zdrowia obejmuje nie tylko praktyki religijne. Jej manifestacje obejmują ćwiczenia duchowe, chociażby takie jak joga, czy innego rodzaju aktywność twórczą w terapii (Żok, Zapała, Baum, 2021; Palica, Zwierzchowska, 2012). Można do nich zaliczyć wszelkie formy arteterapii, które traktują dzieło artystyczne jako sposób nadania wyrazu przeżyciom i doświadczeniu, ubierając emocje w tworzywo, jakim jest owo dzieło. Osoba tworząca dzieło, pragnąca zostawić je innym, dzieli się swym widzeniem, znaczeniami,

jakie nadaje światu, komunikuje je innym. Pozwala to lepiej zrozumieć siebie, swoje przeżycia i wyrazić naturę doświadczanych problemów (Harding, Flannelly, Galek, Tannenbaum, 2008). Efekt terapeutyczny polega na umożliwieniu trwałej zmiany w postrzeganiu siebie jako osoby rozumiejącej siebie i rozumianej przez innych (Kowal, Borowik 2011).

Clark (1991) zauważa, że duchowość jest czynnikiem ukierunkowującym człowieka na zrozumienie i kierowanie się wartościami moralnymi oraz określoną filozofią, które definiują człowieka, decydują o tym, że jest tym, kim jest, i gdzie kończą się granice jego identyfikacji. Za tą zawiłą konstrukcją kryje się to, co psychologia nazywa poczuciem tożsamości (Erikson, 2002, 2004). Ta zawiera wiedzę o swej odrębności, jak również współzależności wszystkich bytów, należąc do

Wiele badań wskazuje na pozytywne zależności między określonymi aspektami duchowości, dobrostanu psychicznego, jakości życia i zasobami radzenia sobie.

ludzkości i całego stworzenia. Duchowość istnieje niezależnie od tego, czy dana osoba przyznaje się do religijnego dziedzictwa czy też nie (Heelas, Woodhead, 2005).

Duchowość jest przedmiotem nieustannie trwających badań empirycznych prowadzonych w różnych kontekstach od wielu już lat. W różny sposób dokonywano operacjonalizacji tego pojęcia, biorąc pod uwagę odmienne jej aspekty (Puchalski i in., 2009; Koenig, 2012; Isaac, Hay, Lubetkin,

2016). Jest coraz więcej badań wskazujących na związki między duchowością/ religijnością i zdrowiem (Koenig, King, Carson, 2012; Stelcer, 2013). Chociaż wyniki nie zawsze są spójne i często zależne od badanych populacji, kontekstów kulturowych i religijnych, wiele badań wskazuje na pozytywne zależności między określonymi aspektami duchowości, dobrostanu psychicznego, jakości życia i zasobami radzenia sobie (Harding i in., 2008; Carey, Cohen, 2015). Bardziej systematyczny przegląd obejmujący zagadnienia potencjalnego wpływu skutków radzenia sobie przez odwołanie się do religijnych i duchowych zasobów wskazuje, że ta forma radzenia sobie może być korzystna dla chorego (Carey, Cohen, 2015). Sprzyja utrzymaniu samooceny, poczucia wartości, szacunku, zapewnieniu poczucia sensu i celu życia, pozwala odczuwać komfort emocjonalny oraz daje poczucie nadziei, jako ważnego czynnika w ciężkiej chorobie (Weber, Pargament, Kunik, Lomax, Stanley, 2012).

Historycznie rzecz biorąc, większość religii zawiera istotne refleksje na temat związku duchowości ze zdrowiem i doświadczaniem cierpienia. Dotyczy to również chrześcijaństwa. Amanda Porterfield (2005) opisuje, w jaki sposób chrześcijaństwo zostało historycznie ukształtowane wokół idei opieki i miłosierdzia wobec potrzebujących, na leczeniu chorób, zasobach duchowych, ale przede wszystkim – jak sprzyjało organizowaniu instytucjonalnych form opieki nad cierpiącymi, co znacząco przyczyniło się do nadania kształtu fundamentom cywilizacji zachodniej. Korzenie współczesnej opieki zdrowotnej są historycznie zanurzone w chrześcijańskiej wizji aktywnej działalności charytatywnej i miłosierdzia, której w średniowiecznych klasztorach nadano dojrzałe struktury organizacyjne (Porterfield, 2005). Śladem tamtych lat jest to, że jeszcze dzisiaj w wielu krajach pielęgniarstwo zwyczajowo nazywane są siostrami (zwyczajowe określenie dla zakonnicy), a liczne szpitale na wiele sposobów są związane ze zgromadzeniami zakonnymi (dawne nieruchomości, patronat itp.). Współcześnie w krajach trzeciego świata w sposób szczególny opieka zdrowotna skupiona została wokół placówek misyjnych i odgrywa tam ogromną rolę (Porterfield, 2005). W czasach

Historycznie rzecz biorąc, większość religii zawiera istotne refleksje na temat związku duchowości ze zdrowiem i doświadczaniem cierpienia.

Korzenie współczesnej opieki zdrowotnej są historycznie zanurzone w chrześcijańskiej wizji aktywnej działalności charytatywnej i miłosierdzia, której w średniowiecznych klasztorach nadano dojrzałe struktury organizacyjne.

bardziej współczesnych silny nacisk w sposób oczywisty położono na naukowe podejście do medycyny będącej pod opieką państwową. Doprowadziło to do umniejszenia znaczenia czynnika religijnego w ramach zinstytucjonalizowanej opieki zdrowotnej.

Na potrzeby niniejszego opracowania przyjmuje się, że duchowość obejmuje dwa obszary życia umysłowego człowieka. Pierwszy z nich to religijność, której przejawem jest określony sposób odnoszenia się do Boga, sacrum, a także formalne praktyki. Drugim wymiarem pozostaje sfera poszukiwań światopoglądowych i egzystencjalnych zawierających pytania o sens życia, źródła własnej godności, źródła etyki, człowieczeństwa, nadziei, rozpacz i wszystkiego, co łączy się z ważnymi dla jednostki pytaniami i odpowiedziami, które definiują ją jako osobę (Moberg, 1982, 2002).

## Duchowość jako zasób radzenia sobie z chorobą

„Nie cierpienie samo w sobie niszczy człowieka, niszczy go cierpienie, któremu nie potrafi nadać sensu”.

Viktor Frankl (1984), psychiatra, który opowiedział o swoich traumatycznych doświadczeniach w niemieckim obozie koncentracyjnym, pisał: „Nie cierpienie samo w sobie niszczy człowieka, niszczy go cierpienie, któremu nie potrafi nadać sensu”.

Jednym z wyzwań stojących przed lekarzami jest pomaganie ludziom w znalezieniu sensu i akceptacji swej choroby i trudnego położenia. Religia i duchowość stanowią dla wielu ludzi podstawę postrzeganego przez nich sensu i celu życia (Kisane, 2000). W czasie zmagania się z chorobą pacjenci konfrontują się z jej negatywnymi fizycznymi aspektami, odczuwają fizyczny ból, doświadczają też niedogodności innego rodzaju, które są związane z cierpieniem psychicznym i duchowym, z niemożnością odnalezienia odpowiedzi na pytanie obejmujące najgłębsze problemy życiowe. Dla wielu ludzi choroba czy innego rodzaju kryzys duchowy stanowią wyzwanie dla fundamentalnych założeń światopoglądowych. Dzieje się tak zwłaszcza wtedy, gdy bezpowrotnie przestaje działać dotąd niepodważany pogląd na świat, stanowiący źródło poczucia bezpieczeństwa. Kryzys duchowy oznacza dla osoby chorej wkroczenie w stan braku stabilności spowodowany faktem, że dotychczasowe założenia światopoglądowe, przekonania i postawy nie pozwalają jej dalej w sposób zadowalający wyjaśnić rzeczywistość. Kryzys duchowy to dynamiczny stan, który podważa dotychczasowy system wartości jednostki, jej światopogląd i postawę (Proserpio, Piccinelli, Clerici, 2011). Istotą kryzysu jest niemożność pozytywnego rozwiązania problemów obejmujących fundamentalne dla jednostki aspekty życia. W powyższym kontekście wydaje

się zasadne określenie kryzysu duchowego terminem cierpienia psychicznego. Waugh (1992) stwierdził, że cierpienie duchowe oznacza dla chorego konieczność odnalezienia odpowiedzi na pytania o:

- cel i znaczenie życia,
- zasadność ufania losowi lub istocie wyższej,
- mechanizmy doświadczania bezwarunkowej miłości (Boga, innych ludzi),
- doświadczanie wybaczenia (ze strony Boga, bliskich),
- odczuwanie nadziei (Waugh, 1992).

Dla wielu ludzi poważna choroba lub innego rodzaju wydarzenie kryzysowe stanowi wyzwanie dla fundamentów dotychczasowego sposobu widzenia świata. Często przekonanie o jego przewidywalności w jednej chwili zmienia się na postrzeganie go jako co najmniej nieoczywistego i niegwarantującego poczucia bezpieczeństwa. W ten oto sposób sfera duchowa sytuuje się w centrum ludzkiej świadomości. Osoba zmagająca się z diagnozą poważnej lub zagrażającej życiu choroby doświadcza, jak w jednej chwili

Dla wielu ludzi  
poważna choroba  
lub innego rodzaju  
wydarzenie  
kryzysowe stanowi  
wyzwanie dla  
fundamentów  
dotychczasowego  
sposobu widzenia  
świata.

okoliczności jej życia uległy zmianie. Na zawsze też traci poczucie bezpieczeństwa, stoi przed koniecznością innego postrzegania siebie – zamykając pewien etap życia, staje przed koniecznością stworzenia nowej tożsamości. McSherry i Smith (2012) sugerują, że duchowość jest tym wymiarem osoby, który odnosi się do nieskończoności i ostatecznych znaczeń zawartych w zjawiskach otaczającego świata.

Wiele chorób ma progresywny i nieuleczalny charakter, jednak zawsze jest miejsce na doświadczenie uzdrawiającej harmonii. W tym szczególnym kontekście przybiera ono postać trudnej akceptacji choroby i jej konsekwencji, akceptacji swego położenia oraz odnalezienia harmonii z własnym życiem. Jest to możliwe dzięki istnieniu sfery duchowej i ukształtowanego systemu wartości. Analiza związku między życiem duchowym jednostki a jej zdrowiem jest obecnie obszarem aktywnych badań. Krystina Puchalski (2013) wskazuje na fakt, że badania te mają tendencję do grupowania się wokół trzech zasadniczych obszarów, którymi są poziom śmiertelności, radzenie sobie z chorobą i proces zdrowienia. Przytacza, że niektóre badania sugerują, że ludzie, którzy pielęgnują regularne praktyki duchowe, wykazują dłuższe okresy przeżycia po stwierdzeniu poważnej choroby (Strawbridge, Cohen, Shema, Caplan, 1997). Na potwierdzenie tych znaczących twierdzeń wskazuje badanie z udziałem 1700 osób starszych, w którym wykazano, że osoby uczęszczające do kościoła miały o połowę mniejsze ryzyko wzrostu stężenia interleukiny 6 – cytokiny,

której obecność łączy się z pobudzaniem wzrostu komórek nowotworowych (Koenig i in., 1997). Skłoniło to autorów do postawienia hipotezy wskazującej, że zaangażowanie w praktyki religijne może poprawić stopień panowania nad stresem, oferując lepsze mechanizmy radzenia sobie z nim, bogatsze i bardziej rozbudowane sieci wsparcia społecznego, wzrost poczucia własnej wartości i harmonię psychiczną.

Niektóre badania wskazują, że te osoby, które są wrażliwe na sferę duchową, mają bardziej pozytywne nastawienie i lepszą jakość życia.

Niektóre badania wskazują, że te osoby, które są wrażliwe na sferę duchową, mają bardziej pozytywne nastawienie i lepszą jakość życia. Na przykład pacjenci z zaawansowaną chorobą nowotworową, którzy znajdowali ukojenie w swoich przekonaniach religijnych i poszukiwaniach duchowych, byli bardziej zadowoleni ze swojego życia, szczęśliwsi i w mniejszym stopniu narzekali na ból (Yates i in., 1981). Duchowość jest istotną częścią sfery egzystencjalnej

mierzonej jako jedna z dymensji terminu, jakim jest jakość życia. Miarą jakości życia w sferze egzystencjalnej i duchowej są odpowiedzi świadczące o ocenie swej egzystencji jako posiadającej sens, poczuciu spełnienia życiowego oraz poczuciu, że dotychczasowe życie było warte wysiłku i zaangażowania (Cohen, Mount, Strobel, Bui, 1995). Niektóre badania dotyczyły roli duchowości w odniesieniu do jej związku z doświadczanym bólem. W jednym z nich wykazano, że wyższy poziom dobrostanu duchowego pozwalał badanym cieszyć się życiem nawet w sytuacji zmagania się z dokuczliwymi objawami. To, jak również inne doniesienia sugerują, że duchowość może być ważnym celem badań klinicznych (Brady, Peterman, Fitchett, Mo, Cella, 1999).

Przekonania duchowe mogą pomóc ciężko chorym pacjentom radzić sobie, gdy konfrontują się z chorobą w obliczu śmierci. W doniesieniu opisującym mechanizmy radzenia sobie z nowotworem narządów rodnych na pytanie o zasoby radzenia sobie z chorobą 93% ze 108 kobiet podało przekonania duchowe. Ponadto 75% tych pacjentek stwierdziło, że religia jest trwale obecna w ich życiu, a 49% oznajmiło, że po diagnozie stały się bardziej wrażliwe na kwestie duchowe (Roberts, Brown, Elkins, Larson, 1997). Spośród 90 pacjentów zakażonych wirusem HIV ci, którzy przyznawali się do praktyk religijnych i duchowych, mieli niższy poziom lęku przed śmiercią i mniej poczucia winy z powodu zaniedbań ważnych spraw życiowych (Kaldjian, Jekel, Friedland, 1998). W jednym

Przekonania duchowe mogą pomóc ciężko chorym pacjentom radzić sobie, gdy konfrontują się z chorobą w obliczu śmierci.

Przekonania duchowe mogą pomóc ciężko chorym pacjentom radzić sobie, gdy konfrontują się z chorobą w obliczu śmierci.

z losowych badań przeprowadzonych przez Instytut Gallupa zapytano ankietowanych, co zrobiliby gdyby dowiedzieli się, że umierają. Respondenci wskazywali, że zwróciliby uwagę na odbudowanie relacji z osobami bliskimi i komfortu duchowego. Te wartości uzyskiwały prymat nad takimi rzeczami, jak realizacja planów życiowych, decyzje finansowe, kwestie społeczne itp. Ankietyowani wskazywali zasoby duchowe jako źródło wsparcia i dobrostanu (George, 1997).

Zaangażowanie duchowe zwykle przyspiesza powrót do zdrowia po chorobie i zabiegach chirurgicznych. Badanie pacjentów po przeszczepie serca wykazało, że uczestniczący w praktykach religijnych i twierdzący, że wartości te są zgodne z ich przekonaniami, lepiej funkcjonowali w trakcie leczenia, a także rok po zabiegu. Tym parametrom towarzyszył wyższy poziom samooceny, obniżenie lęku i trosk o zdrowie (Harris i in., 1995). Ogólnie rzecz ujmując,

ludzie, którzy lepiej funkcjonują emocjonalnie i doświadczają mniej trosk, poprawiają swoje parametry zdrowotne. Duchowość jest tą sferą, która umniejsza poziom niepokoju, pozwalając jednostce żyć chwilą obecną. Z duchowością wiąże się siła nadziei i pozytywnego myślenia.

Żałoba jest jednym z najtrudniejszych doświadczeń życiowych i także pozostaje w ścisłej relacji do sfery duchowej. Badania 145 rodziców, których dzieci zmarły na raka, wykazały, że 80% z nich po upływie roku od śmierci dziecka nadal znajdowało pocieszenie, zwracając się do czynników religijnych. Ponadto 40% z nich deklarowało nasilenie własnego zaangażowania religijnego w okresie choroby poprzedzającej śmierć dziecka (Cook, Wimbley, 1983). Badanie to, podobnie jak wiele innych, sugeruje prawidłowość mówiącą o tym, że w obliczu zjawiska, jakim jest poważna choroba lub strata, ludzie często zwracają się w kierunku wartości duchowych, które pozwalają im radzić sobie z nimi oraz lepiej je zrozumieć (Chaudhry, 2008).

Obok powyższych, interesujące wydają się wnioski płynące z badań nad efektem placebo. Prowadzą do konkluzji, że przekonania i poglądy chorego w dużym stopniu mogą wpływać na parametry zdrowotne.

Badanie pacjentów po przeszczepie serca wykazało, że uczestniczący w praktykach religijnych i twierdzący, że wartości te są zgodne z ich przekonaniami, lepiej funkcjonowali w trakcie leczenia, a także rok po zabiegu.

Badania 145 rodziców, których dzieci zmarły na raka, wykazały, że 80% z nich po upływie roku od śmierci dziecka nadal znajdowało pocieszenie, zwracając się do czynników religijnych.

Herbert Benson, kardiolog z Harvard School of Medicine, zmienił nazwę efektu placebo na „zapamiętane dobre samopoczucie”, które jest zdolnością do korzystania z wewnętrznych zasobów w celu powrotu do zdrowia (Benson, 1996). Podobnie interesująca wydaje się rola relacji lekarz–pacjent, która ma również efekt placebo. Od blisko stu lat, odkąd Michael Balint zaczął analizować jej wpływ na proces zdrowienia, znakomicie udokumentowano jej związek i znaczenie dla procesu terapeutycznego (Balint, 2000). Benson sugeruje, że istnieją trzy składniki, które przyczyniają się do powstania efektu placebo jako składowej relacji lekarz–pacjent. Zdaniem tego badacza są to odpowiednio: pozytywne przekonania i oczekiwania ze strony pacjentów, pozytywne przekonania i oczekiwania ze strony lekarza oraz pozytywna relacja między tymi dwoma czynnikami (Benson, 1996).

Związki sfery psychicznej i duchowej z radzeniem sobie z chorobą stanowią, co oczywiste, przedmiot dyskusji. Jak podają Jackson i Coursey, w przeszłości panowało przekonanie, że osoby cierpiące na choroby psychiczne cechuje pewna doza nieśmiałości, brak asertywności, uleganie wpływom, są one emocjonalnie zależne od innych. Badania nad religijnością i umiejscowieniem poczucia kontroli zdarzeń sprawiły, że pogląd ten został zakwestionowany (Jackson, Coursey, 1988). Wielu pacjentów neguje swe zdolności do podjęcia autonomicznych działań, sądząc, że czynniki zewnętrzne decydują o ich zachowaniu, czyli że mają zewnętrzne poczucie kontroli zdarzeń. Badania ukazują, że wewnętrzne umiejscowienie kontroli, poczucie osobistego wpływu na ich bieg (lub stopień postrzeganego wyboru) jest silnym predyktorem subiektywnego dobrostanu i poczucia szczęścia (Bloch i in., 2007). Chociaż wiara religijna może sugerować co innego, badania wykazały istotny, pozytywny związek między przekonaniami religijnymi i wewnętrznym

Chociaż wiara religijna może sugerować coś innego, badania wykazały istotny, pozytywny związek między przekonaniami religijnymi i wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli zdarzeń.

poczuciem umiejscowienia kontroli zdarzeń. Krytycy religii twierdzą, że osoba wierząca zakłada, że to Bóg lub inna siła zewnętrzna prowadzi ją przez życie. Obraz ten jednak niekoniecznie jest zgodny z rzeczywistością. Osoby religijne są prawdopodobnie bardziej niezależne jako jednostki i bardziej zdolne do podejmowania decyzji życiowych, traktując Boga jako inspirację dla swych postaw (Swinton, Pattison, 2001).

Poniżej przedstawiono listę czynników decydujących o dobrostanie chorego i zdrowiu psychicznym, które mogą wynikać z praktycznego zaangażowania się w praktyki religijne i duchowe:

- dobre samopoczucie, szczęście i zadowolenie z życia,
- nadzieja i optymizm,



- poczucie celu i sensu życia,
- adekwatna samoocena,
- radzenie sobie z żalem po stracie i żałobą,
- większe wsparcie społeczne i zmniejszone poczucie samotności,
- niższe wskaźniki depresji i szybsze wychodzenie z niej,
- niższe wskaźniki samobójstw,
- mniejsze nasilenie lęku i niepokoju,
- obniżony poziom skłonności psychotycznych,
- mniejsze wskaźniki używania alkoholu i narkotyków,
- obniżony poziom zachowań przestępczych,
- większa stabilność relacji małżeńskiej (źródło wsparcia społecznego).

Trzeba jednak pamiętać, że w pewnych okolicznościach nie tyle religia, co problematyczna postawa osoby wierzącej może mieć negatywny wpływ na zdrowie psychiczne. Fanatyzm często prowadzi do destrukcyjnych konsekwencji, ponieważ nie ma nic wspólnego z otwartą i elastyczną postawą. Koenig i in. identyfikują trzy ich grupy (Koenig i in., 2012). Nadmierne oddawanie się praktykom religijnym i dewocja prowadzą do zaniedbywania obowiązków wobec siebie i najbliższych. To zaś potęguje liczbę i rodzaj stresujących doświadczeń.

Trzeba jednak pamiętać, że w pewnych okolicznościach nie tyle religia, co problematyczna postawa osoby wierzącej może mieć negatywny wpływ na zdrowie psychiczne.

Sztywne myślenie oparte na niemodyfikowalnych schematach poznawczych, bez zdolności do niuansowania, literalne traktowanie tekstów uznawanych za kanoniczne dla danej wspólnoty religijnej wywiera niekorzystny wpływ na postawy i procesy poznawcze, w tym nadmierne poczucie winy wobec siebie i stygmatyzację tych, których przekonania religijne różnią się od własnych. Ogólnie jednak korzystne efekty zaangażowania religijnego w kontekście zmagania się z chorobą znacznie przewyższają te niekorzystne. Koenig i in. (2012) wyjaśniają to w kategoriach biopsychospołecznego modelu choroby psychicznej.

## Rola nadziei

Nadzieja zdaje się kluczowa dla poszukiwania celu i sensu życia. Logicznym wnioskiem wydaje się stwierdzenie, że pragnąc utrzymać perspektywę holistyczną, należy uwzględnić wymiar duchowy, w którego przestrzeni jednostka w pełni wyraża siebie. Nadzieja jest obecna zawsze tam, gdzie pada

Nadzieja zdaje się kluczowa dla poszukiwania celu i sensu życia.

o tym, że rodzina i najbliżsi poradzą sobie w przyszłości. Nadzieja odzwierciedla sposoby radzenia sobie z chorobą. Gdy dominuje zaprzeczanie i wyparcie, może to skutecznie blokować procesy utrzymywania nadziei. Niedopuszczanie

Gdy choroba jest poważna i nieodwracalna, wówczas przedmiot nadziei ulega zmianie.

pytanie o szanse na powrót do zdrowia (Onga, Edwards, Bergemana, 2006). Gdy choroba jest poważna i nieodwracalna, wówczas przedmiot nadziei ulega zmianie. Zamiast obietnic pełnego wyzdrowienia można zapewnić chorego o dołożeniu starań, by mimo choroby utrzymać jak najwyższą jakość życia, jak również do świadomości faktu choroby i zagrożeń z niej płynących blokuje jednocześnie nadzieję na kontrolę jej objawów, utrzymanie zadowalającego komfortu i jakości życia, a nawet umiarkowania wolnego od bólu i cierpienia (Twycross, 1996; Breitbart, 2001).

Rumbold (1986) twierdzi, że z psychologicznego punktu widzenia niezwykle istotne jest to, że nadzieja ma swe źródło w realistycznej ocenie rzeczywistości. Ta związana jest z dojrzałością osobowości oraz możliwością pełnego wyartykułowania swych pragnień, obaw, doświadczanych emocji oraz prawidłowej oceny sytuacji. W szczególnych przypadkach taka ocena i ekspresja mogą być w konflikcie z oczekiwaniami członków rodziny czy personelu medycznego. Ilustracją tego może być pragnienie rozmowy o testamencie i konieczności uporządkowania kwestii prawnych przez chorego, które napotykają na opór rodziny jako przedwczesne.

W nawiązaniu do kategorii egzystencjalnych pojęcie nadziei precyzuje K. Herth (1990, 1991, 1992), odwołując się do Dufaulta i Martocchio (1985) i określając ją jako „siłę życiową”: (1) wielowymiarową i (2) dynamiczną, którą charakteryzuje (3) ufność osiągnięcia niepewnego, a oczekiwanego dobra, które dla podmiotu jest postrzegane jako (4) rzeczywiście możliwe do zdobycia i (5) jest odczuwana jako subiektywnie szczególnie ważna. Autor ten w badaniach terminalnie chorych osób dorosłych odkrył siedem kategorii sprzyjających rozbudzaniu nadziei oraz trzy, które nie sprzyjają jej pojawieniu się. W pierwszej grupie wskazał na takie czynniki, jak: relacje posiadające znaczenie, umiejętność doświadczania beztrioski, spontaniczności. W dalszej kolejności wskazał na atrybuty osobowości, takie jak odwaga i ukojenie, potem pojawiają się przekonania duchowe, jasno nakreślone cele i zdolność przywoływania w pamięci pozytywnych chwil. Listę czynników blokujących nadzieję tworzą kolejno bolesne symptomy fizyczne, niekontrolowany ból i złe samopoczucie. Listę tę zamyka negatywna samoocena. Koncepcję powyższą przedstawiono w tabeli 1.

**Tabela 1.** Czynniki wspierające i utrudniające powstanie nadziei

Czynniki wspierające nadzieję	Czynniki utrudniające powstanie nadziei
Istnienie znaczących relacji	Przykre doznania cielesne
Pogoda ducha	Niekontrolowany ból i dyskomfort
Cechy osobiste: odwaga, determinacja, spokój ducha	Negatywna samoocena
Jasno określone cele	
Przekonania duchowe	
Zdolność utrzymania w pamięci rzeczy dobrych	
Szacunek dla siebie, samoocena	

Źródło: Herth K. (1990). *Fostering hope in terminally ill people*. *Journal of Advanced Nursing* 15 (1): 1250-1259

Nadzieja dla każdego oznacza coś innego i nabiera różnej treści w różnych chwilach i okolicznościach życia. Nie ma uniwersalnej definicji nadziei. E. Cas- sel, humanista medycyny, określając, czym jest nadzieja w chwilach ciężkiej choroby, wskazuje, że głęboka rozpacz płynie z utraty przyszłości i uczestniczenia w przyszłości dzieci i innych bliskich ważnych osób (1982). To ten wymiar egzystencji jest źródłem nadziei, która jest jednym z niezbędnych elementów spełnionego życia.

Nadzieję na wyzdrowienie można zastąpić nadzieją na uwolnienie od bólu, na to, że rodzina pozostanie stabilna po śmierci chorego, że plany będą realizowane (Block, Stelcer, Krawczyk, 2009). Józef Kozielecki odrzuca pogląd, jakoby nadzieja była emocją (2006). Uważa, że nadzieja nie jest zbiorem cech. Cechy na ogół są stabilne, stałe, trwałe i jednowymiarowe, natomiast nadzieja jest zmienna, dynamiczna i uruchamia różnego rodzaju zachowania.

Pośród wielu innych problem nadziei podjęli też dwaj znakomici filozofowie Ernest Bloch i Gabriel Marcel, którzy utworzyli swoje koncepcje, wychodząc od innych przesłanek, całkowicie w stosunku do siebie przeciwnych (1982, 1984). Według nich największym wyzwaniem dla nadziei jest fakt nieuchronnie zbliżającej się śmierci,

Nadzieję na  
wyzdrowienie można  
zastąpić nadzieją  
na uwolnienie od bólu,  
na to, że rodzina  
pozostanie stabilna po  
śmierci chorego,  
że plany będą  
realizowane.

który jest potężnym wyzwaniem dla medycyny. Bloch przyznaje, że to „horyzont nadziei” nadaje pełny sens życiu człowieka. To rodzaj nadziei laickiej, nadziei na ludzką nieśmiertelność. Nie chodzi tu jednak o indywidualną nieśmiertelność, lecz nieśmiertelność ludzkiej historii. Nieśmiertelność ta jednak załamuje się w obliczu własnej fizjologicznej śmierci człowieka, a to w znacznym stopniu wyklucza wszelkie plany i nadzieje na nieskończone trwanie jako jednostki. Marcel uważa natomiast, że nadzieja jest oparta na nieśmiertelności indywidualnej człowieka i jest ściśle związana z odczuwaną obecnością

Żaden człowiek pomimo perspektywy czekającej go śmierci nigdy nie rezygnuje z nadziei. Jej potrzebę dostrzega w życiu psychicznym i duchowym.

Boga. Żaden człowiek pomimo perspektywy czekającej go śmierci nigdy nie rezygnuje z nadziei. Jej potrzebę dostrzega w życiu psychicznym i duchowym. Marcel uważa, że ludzie, którzy mają w sobie miłość, nigdy nie umrą, bo miłość nie umiera. Według niego śmierć to przejście do nowego wymiaru życia opartego na wierze w Boga. Ta koncepcja jest silnie związana z wiarą religijną, która, jak się wydaje, może mieć ogromny wpływ na wzrost poziomu nadziei.

Obraz nadziei zarysowany w powyższych rozważaniach ukazuje ją jako zjawisko o dynamicznej naturze, angażujące myśli i przekonania jednostki, jej uczucia i zachowanie. Wszystkie razem umożliwiają rozwinięcie nowej formy świadomości pozwalającej ujrzeć stojące przed nią możliwości oraz wyzwania. Nadzieja jako czynnik dynamizujący ludzkie działania w sposób istotny przyczynia się do realizacji człowieka i urzeczywistniania jego możliwości oraz pragnień. Wyrastająca z braku nadziei rozpacz stanowi zagrożenie dla prawdziwie ludzkiej egzystencji.

## Elementy opieki duchowej

Elementy opieki duchowej obejmują przede wszystkim ustanowienie prawidłowej relacji terapeutycznej. Kontakt i komunikowanie się z chorym pozwalają zmniejszyć niepewność, wskazać wyznaczniki pozwalające formułować oczekiwania wobec przyszłości, wreszcie – zmniejszyć lęk. Ważne znaczenie ma także szacunek dla odmienności chorego. Jest to problem znajdujący uzasadnienie nie tylko w modnych w ostatnich latach rozważaniach o tolerancji, wynika raczej z szacunku dla dorobku duchowego chorego. Carl Rogers (2018) proponuje, ażeby każdy pacjent doświadczył niewarunkowanej akceptacji. Na niej oparł założenia terapii skoncentrowanej na kliencie, będącej jedną

ze szkół zanurzonych w nurcie psychologii humanistycznej. Podejście to pozwala na pełne zrozumienie sposobu, w jaki pacjent przeżywa swoje napięcia i stres. Kluczowe jest to, ażeby w dialogu powstrzymać się od prawienia banałów i dawania tzw. dobrych rad i zamiast tej formy nawiązać szczery, uczciwy kontakt polegający na zaufaniu. Prawdziwa komunikacja pozwala na postrzeganie partnera rozmowy przez pryzmat jego własnego życia oraz niczym nieuwarunkowaną akceptację jako osoby.

Określony przez chorego światopogląd wynika z uprzednich doświadczeń i przemyśleń – łóżko szpitalne nie jest właściwym miejscem, by uprawiać prozelityzm. Jeżeli tak się dzieje, jest to błędem terapeutycznym. Znacznie cenniejsze jest to, by poznać, co jest źródłem sensu życia dla chorego. Co jest dla niego aktualnie najwyższą wartością i źródłem sensu? Wkraczając w obszar rzeczy istotnych dla chorego, pomagający mają szansę podjąć działania poprawiające jego dobrostan psychiczny. Często sprawy ważne obejmują cierpienie fizyczne i wszelkie wynikające z choroby niedogodności i jakość życia. Dlatego już tak podstawowy fakt jak leczenie objawów somatycznych ma istotne znaczenie (Boswell, Kahana, Dilworth-Anderson, 2006). Opanowanie objawów pozwala zwrócić procesy uwagi ku innym przestrzeniom, odciągając ją od wyniszczonego i osłabionego ciała (Conner, Norman, 1996). Opieka duchowa obejmuje odkrywanie i przepracowywanie źródeł lęku oraz towarzyszenie w ponownym definiowaniu nadziei. Jej celem jest zdystansowanie chorego od źródeł stresu (Puchalski, 2001).

Duchowość powinna być analizowana w oparciu o biologiczne pryncypia skłaniające ku poszukiwaniom duchowym w czasie zmagania z ciężką chorobą. Ludzie zwracają się ku duchowości w ciężkiej chorobie, napięciu emocjonalnym czy groźbie śmierci. Nie jest istotne to, czy wyrażona jest w kategoriach religijnych czy nie, ważne jest to, co wspólne – poszukiwanie sensu, celu i nowo określonej tożsamości. Pacjenci o bogatym życiu duchowym mogą wykorzystać swoje przekonania w radzeniu sobie z chorobą, bólem i stresem życiowym (Bryson, 2004). Co więcej, oczekiwania samych pacjentów wobec lekarzy są

Kontakt i komunikowanie się z chorym pozwalają zmniejszyć niepewność, wskazać wyznaczniki pozwalające formułować oczekiwania wobec przyszłości, wreszcie, zmniejszyć lęk.

Określony przez chorego światopogląd wynika z uprzednich doświadczeń i przemyśleń, łóżko szpitalne nie jest właściwym miejscem, by uprawiać prozelityzm.

Duchowość powinna być analizowana w oparciu o biologiczne pryncypia skłaniające ku poszukiwaniom duchowym w czasie zmagania się z ciężką chorobą.

przedmiotem szeregu analiz. Badania naukowe również dotyczyły tego zagadnienia. Niektóre z nich wskazują, że pacjenci za korzystne uznawali to, by lekarze podejmowali z nimi rozmowy o aspektach duchowych, zarazem zdecydowana mniejszość potwierdzała, że lekarz odbył z nimi taką rozmowę (McNichol, 1996). Badanie pacjentów ambulatoryjnych z chorobami płuc na Uniwersytecie Pensylwanii wykazało, że dwie trzecie z nich zgodziło się, że zainteresowanie lekarza sprawami przekon

duchowych pacjenta wzmocniłyby ich zaufanie do lekarza. Inne badanie wykazało, że 94% pacjentów deklarujących, że sfera duchowa jest dla nich ważna, oczekiwała od lekarzy, aby ci potrafili odnieść się do ich przekonań i okazali wrażliwość dla ich systemu wartości. Nawet 50% tych, którzy nie uznawali sfery religijnej i duchowej za ważne, uważało, że lekarze powinni przynajmniej zapytać o wierzenia duchowe w przypadku poważnej choroby (Ehman i in., 1999). Z punktu widzenia lekarza zrozumienie duchowości pacjentów jest bardzo cenne z kilku powodów. Po pierwsze, duchowość może być czynnikiem pozwalającym zrozumieć znaczenie choroby i jej wpływ na życie pacjenta. W życiu wielu pacjentów przekonania duchowe lub religijne wpływają na podejmowane przez nich decyzje dotyczące zdrowia

Bardzo ważne jest, aby lekarze i pracownicy służby zdrowia poznali wiele aspektów życia pacjentów, ponieważ na ich podstawie mogą podejmować trafne i aprobowane przez chorych decyzje. Przekonania religijne mogą wpływać na podejmowanie decyzji dotyczących opieki zdrowotnej.

i choroby i dokonywane przez nich wybory leczenia. Bardzo ważne jest, aby lekarze i pracownicy służby zdrowia poznali wiele aspektów życia pacjentów, ponieważ na ich podstawie mogą podejmować trafne i aprobowane przez chorych decyzje. Po drugie, przekonania religijne mogą wpływać na podejmowanie decyzji dotyczących opieki zdrowotnej. Klasycznym przykładem potwierdzającym, jak przekonania religijne wpływają na decyzje medyczne, jest postawa świadków Jehowy odrzucających transfuzję krwi. Innym przykładem są obrazki przedstawiające świętych patronów, które czasami ciężko chorzy stawiają na stoliku przy łóżku. Po trzecie, duchowość może mieć związek ze strukturą potrzeb pacjenta i wywierać wpływ na sposób radzenia sobie

z chorobą. Tak się zdarza, gdy chorzy i ich rodziny praktyki religijne i duchowe traktują jako główny zasób w procesie radzenia sobie z cierpieniem i stratą.

Wiele badań wykazało, że ludzie pragną, by nie zapomniano o nich po śmierci (VandeCreek, Nye, 1994). Świat bez zasady go jednoczącej jest skazany na zagładę nie tyle z powodu niebezpieczeństwa z zewnątrz, ile z powodu implozji duchowej, moralnej i umysłowej, która czyni go bezbronnym wobec realnych zagrożeń. Zrozumienie duchowości pacjenta jest integralną częścią holistycznej opieki medycznej.

## Bibliografia

1. Balint, M. (2000). *The doctor, his patient and the illness*. Wyd. 2. London: Churchill Livingstone.
2. Benson, H. (1996). *Timeless Healing: The Power and Biology of Belief*. New York: Simon and Schuster.
3. Bloch, E. (1982). *Rzeczywistość antycypowana, czyli jak przebiega i co osiąga myślenie utopijne*. Tłum. A. Czajka. Studia Filozoficzne, 7–8.
4. Bloch, S., Love, A., Macvean, M., Duchesne, G., Couper, J., Kissane, D. (2007). *Psychological adjustment of men with prostate cancer: a review of the literature*. *BioPsychoSocial Medicine*, 1, 2. DOI: <https://doi.org/10.1186/1751-0759-1-2>.
5. Block, L.B., Stelcer, B., Krawczyk, R. (2009). *Hope and needs of terminally ill in the face of death*. W: H. Wiktor (red.). *Wellness and support in good health and sickness*. Wydawnictwo NeuroCentrum: Lublin.
6. Boswell, G.H., Kahana, E., Dilworth-Anderson, P. (2006). *Spirituality and healthy lifestyle behaviors: stress counter-balancing effects on the well-being of older adults*. *Journal of Religion and Health* 45, 587–602. DOI: 10.1007/s10943-006-9060-7.
7. Brady, M.J., Peterman, A.H., Fitchett, G., Mo, M., Cella, D. (1999). *A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology*. *Psycho-oncology*, 8 (5), 417–428. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1611\(199909/10\)8:5<417::aid-pon398>3.0.co;2-4](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1611(199909/10)8:5<417::aid-pon398>3.0.co;2-4).
8. Breitbart, W. (2001). *Spirituality and meaning in supportive care: spirituality – and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer*. *Supportive Care in Cancer*, 10 (4), 272–280. DOI: <https://doi.org/10.1007/s005200100289>.
9. Bryson, K.A. (2004). *Spirituality, meaning, and transcendence*. *Palliative and Supportive Care*, 2 (3), 321–328. DOI: <https://doi.org/10.1017/s147895150-4040428>.
10. Carey, L.B., Cohen, J. (2015). *The Utility of the WHO ICD-10-AM Pastoral Intervention Codings Within Religious, Pastoral and Spiritual Care Research*. *Journal of Religion and Health* 54, 1772–1787.
11. Cassel, E.J. (1982). *The nature of suffering and the goals of medicine*. *The New England Journal of Medicine*, 306 (11), 639–645. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJM198203183061104>.
12. Chaudhry, H.R. (2008). *Psychiatric care in Asia: spirituality and religious connotations*. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 20 (5), 477–483. DOI: <https://doi.org/10.1080/09540260802397602>.
13. Clark, D. (1991). *To be partners in care?* *The Health Service Journal*, 101 (5234), 26–27.
14. Cohen, S.R., Mount, B.M., Strobel, M.G., Bui, F. (1995). *The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability*. *Palliative Medicine*, 9 (3), 207–219. DOI: <https://doi.org/10.1177/026921639500900306>.
15. Conner, M., Norman, P. (1996). *Predicting health behaviour*. Buckingham: Open University Press.
16. Cook, C.H., Sims, A. (2009). *Spirituality in Psychiatry*. W: C. Cook, A. Powell, A. Sims (red.). *Spirituality and Psychiatry*. London: RCPsych Publications, s. 1–16.

17. Cook, C., Powell, A., Alderson-Day, B., Woods, A. (2022). *Hearing spiritually significant voices: A phenomenological survey and taxonomy*. *Medical Humanities*, 48 (3), 273–284. DOI: <https://doi.org/10.1136/medhum-2020-012021>.
18. Cook, J.A., Wimberly, D.W. (1983). *If I should die before I wake: religious commitment and adjustment to death of a child*. *Journal of the Scientific Study of Religion* 22, 222–238.
19. Dufault, K., Martocchio, B. (1985). *Hope: its spheres and dimensions*. *Nursing Clinics of North America* 20 (2), 379–391.
20. Ehman, J.W., Ott, B.B., Short, T.H., Ciampa, R.C., Hansen-Flaschen, J. (1999). *Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill?* *Archives of Internal Medicine*, 159 (15), 1803–1806. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinte.159.15.1803>.
21. Elderon, L.K., Peteet, J.R., Cook, C.C.H. (2020). *Spirituality and mental health*. *Journal for the Study of Spirituality* 10 (1), 42–54. DOI: 10.1080/204440243.2020.1726048.
22. Harding, S.R., Flannelly, K.J., Galek, K., Tannenbaum, H.P. (2008). *Spiritual care, pastoral care, and chaplains: trends in the health care literature*. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 14 (2), 99–117. DOI: <https://doi.org/10.1080/08854720802129067>.
23. Herth, K. (1990). *Fostering hope in terminally-ill people*. *Journal of Advanced Nursing*, 15 (11), 1250–1259. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01740.x>.
24. Herth, K. (1991). *Development and refinement of an instrument to measure hope*. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 5 (1), 39–56.
25. Herth, K. (1992). *Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation*. *Journal of Advanced Nursing*, 17 (10), 1251–1259. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x>.
26. Isaac, K.S., Hay, J.L., Lubetkin, E.I. (2016). *Incorporating Spirituality in Primary Care*. *Journal of Religion and Health* 55, 1065–1077.
27. Jackson, L.E., Coursey, R.D. (1988). *The relationship of God control and internal locus of control to intrinsic religious motivation, coping and purpose in life*. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27 (3), 399–410. DOI: <https://doi.org/10.2307/1387378>.
28. Foglio, J.P., Brody, H. (1988). *Religion, faith, and family medicine*. *Journal of Family Practice*, 27 (5), 473–474.
29. Erikson, E.H. (2002). *Dopełniony cykl życia*. Poznań: Rebis.
30. Erikson, E.H. (2004). *Tożsamość a cykl życia*. Poznań: Zysk i S-ka.
31. Frankl, V.E. (1984). *Man's Search for Meaning*. New York: Simon and Schuster.
32. George, H. (1997). *Spiritual Beliefs and the Dying Process: A Report on a National Survey*. Conducted by Gallup International Institute for the Nathan Cummings Foundation and the Fetzer Institute.
33. Harris, R.C., Dew, M.A., Lee, A., Amaya, M., Buches, L., Reetz, D., Coleman, C. (1995). *The role of religion in heart-transplant recipients' long-term health and well-being*. *Journal of Religion and Health*, 34 (1), 17–32.
34. Kaldjian, L.C., Jekel, J.F., Friedland, G. (1998). *End-of-life decisions in HIV-positive patients: the role of spiritual beliefs*. *AIDS (London, England)*, 12 (1), 103–107. DOI: <https://doi.org/10.1097/00002030-199801000-00012>.
35. Kissane, D.W. (2000). *Psychospiritual and existential distress. The challenge for palliative care*. *Australian Family Physician*, 29 (11), 1022–1025.
36. Koenig, H.G. (2012). *Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications*. *ISRN Psychiatry*, 2012, 278730. DOI: <https://doi.org/10.5402/2012/278730>.
37. Koenig, H.G., Cohen, H.J., George, L.K., Hays, J.C., Larson, D.B., Blazer, D.G. (1997). *Attendance at religious services, interleukin-6, and other biological parameters of immune function in older adults*. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27 (3), 233–250. DOI: <https://doi.org/10.2190/40NF-Q9Y2-0GG7-4WH6>.
38. Koenig, H.G., King, D., Carson, V.B. (2012). *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press: Oxford.
39. Kowal, A., Borowik, G. (2011). *Arteterapia w medycynie i edukacji*. W: W. Karolak, B. Kaczorowska (red.). *Arteterapia. Od*



- rozważań nad teorią do zastosowań praktycznych. Łódź: Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi.
40. Kozielecki, J. (2006). *Psychologia nadziei*. Warszawa: Żak Wydawnictwo Akademickie.
  41. Marcel, G. (1984). *Homo viator. Wstęp do metafizyki nadziei*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
  42. McNichol, T. (1996). *The new faith in medicine*. USA Today Weekend, April 5–7, 4–5 (survey conducted February 1996 by ICR Research Group).
  43. McSherry, W., Smith, J. (2012). *Spiritual Care*. Oxford: Oxford University Press.
  44. Moberg, D. (1982). *Spiritual well-being of the dying*. W: G. Lesnoff-Caravaglia (red.). *Aging and the Human Condition*. New York: Human Science Press.
  45. Moberg, D.O. (2002). *Assessing and measuring spirituality: confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria*. Journal of Adult Development 9, 47–60.
  46. Onga, A.D., Edwards, L.M., Bergemana, C.S. (2006). *Hope as a source of resilience in later adulthood*. Personality and Individual Differences 41 (7), 1263–1273.
  47. Oppenheimer, M. (2014). *Examining the Growth of the 'Spiritual but Not Religious'*. NY Times 2014 July 18, 2014.
  48. Palica, D., Zwierzchowska, A. (2012). *Terapeutyczne walory systemu jogi – przegląd piśmiennictwa*. Hygeia Public Health 47 (4), 418–423.
  49. Porterfield, A. (2005). *Healing in the History of Christianity*. Oxford: Oxford University Press.
  50. Puchalski, C.M. (2001). *The role of spirituality in health care*. Proceedings (Baylor University. Medical Center), 14 (4), 352–357. DOI: <https://doi.org/10.1080/08998280.2001.11927788>.
  51. Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K., Sulmasy, D. (2009). *Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference*. Journal of Palliative Medicine, 12 (10), 885–904. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>.
  52. Puchalski, C.M., Vitillo, R., Hull, S.K., Reller, N. (2014). *Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus*. Journal of Palliative Medicine, 17 (6), 642–656. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>.
  53. Puchalski, C.M. (2013). *Integrating spirituality into patient care: an essential element of personcentered care*. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 123 (9), 491–497.
  54. Roberts, J.A., Brown, D., Elkins, T., Larson, D.B. (1997). *Factors influencing views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 176 (1 Pt 1), 166–172. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(97\)80030-0](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(97)80030-0).
  55. Rogers, C. (2018). *O stawianiu się osobą*. Poznań: Wydawnictwo Rebis.
  56. Rumbold, B.D. (1986). *Helplessness and hope*. London: SCM Press.
  57. Stelcer, B. (2013). *Sukces starości – w poszukiwaniu wyznaczników zadowolenia z życia wśród osób w starszym wieku*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.
  58. Strawbridge, W.J., Cohen, R.D., Shema, S.J., Kaplan, G.A. (1997). *Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years*. American Journal of Public Health, 87 (6), 957–961. DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.87.6.957>.
  59. Swinton, J., Pattison, S. (2001). *Spirituality. Come all ye faithful*. Health Service Journal, 111 (5786), 24–25.
  60. Twycross, R.G. (1996). *Opieka paliatywna nad terminalnie chorym*. M. Krajnik, Z. Żylicz (tłum.). Bydgoszcz: Margrafen.
  61. VandeCreek, L., Nye, C. (1994). *Trying to live forever: correlates to the belief in life after death*. Journal of Pastoral Care 48 (3), 273–280.
  62. Waugh, L.A. (1992). *Spiritual aspects of nursing: A descriptive study of nurses' perceptions*. Edinburgh: Queen Margaret University.
  63. Weber, S.R., Pargament, K.I., Kunik, M.E., Lomax, J.W., 2nd, Stanley, M.A. (2012). *Psychological distress among religious nonbelievers: a systematic review*. Journal of Religion and Health, 51 (1), 72–86. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-011-9541-1>.
  64. Yates, J.W., Chalmer, B.J., St. James P, Follansbee M., McKegey F.P. (1981). *Religion in patients with advanced can-*

- cer. Medical and Pediatric Oncology 9 (2): 121–128. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/mpo.2950090204><sup>10.1002/mpo.2950090204</sup>.
65. Żok, A., Zapała, J., Baum, E. (2021). *Ćwiczenia oparte o techniki jogi w leczeniu psychiatrycznym w Polsce w aspekcie historycznym*. Psychiatria Polska (online first) 207, 1–12. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/128776>.

Martyna Borowczyk

# **W poszukiwaniu odpowiedzi... Rola duchowości pacjentów w procesie terapeutycznym**



## W tym rozdziale:

Sytuacja graniczna . . . . .	131
Istoty duchowe . . . . .	133
Definicje . . . . .	133
Badania nad duchowością pacjentów . . . . .	134
Potencjalne zagrożenia . . . . .	137
Pytać czy nie pytać? . . . . .	137
Recepta . . . . .	140
Medycyna precyzyjna . . . . .	141
Podsumowanie . . . . .	141

# W poszukiwaniu odpowiedzi... Rola duchowości pacjentów w procesie terapeutycznym

## Sytuacja graniczna

Choroba, szczególnie ta zagrażająca życiu, znajduje się w samym środku spektrum okoliczności, które można nazwać sytuacją graniczną (niem. *Grenzsituation*) (Metzler, 1999). Pojęcie zapożyczone z filozofii Karla Jaspersa oznacza taką sytuację, w której człowiek staje w prawdzie o sobie samym i otaczającym świecie. Człowiek staje absolutnie we własnej osobie, jak twierdzi Jaspers, przestaje uciekać od siebie w inne osoby lub w bezosobowość (Szary, 2009). Sytuacja graniczna wymusza prawdę – to niejednokrotnie sytuacja zwrotna w życiu człowieka. Diagnoza, która zagraża życiu, informacja o śmierci mającej nadejść szybko, zawsze zbyt szybko, moment podjęcia decyzji o walce z chorobą i wszelkimi jej konsekwencjami może być bez wątpienia momentem zwrotnym (Borowczyk, 2010). Dzięki sytuacji granicznej, jak mówi Jaspers, następuje rozświetlenie egzystencji – *Erleuchtung der Existenz*, czyli poznajemy siebie takimi, jakimi naprawdę jesteśmy. „Doświadczamy

Sytuacja graniczna  
wymusza prawdę –  
to niejednokrotnie  
sytuacja zwrotna  
w życiu człowieka.

siebie – doświadczamy tego, co w nas stanowi o nas samych” (Szary, 2009). Zarówno lekarzowi, jak i pacjentowi zdarzają się sytuacje rozjaśnienia – człowiekowi przestaje się wydawać, kim jest, a w zamian doświadcza tego, kim jest naprawdę. Czesława Piecuch (2001) pisze, że u Jaspersa w sytuacjach granicznych „(...) w akcie przyswojenia swego pochodzenia człowiek siebie stwarza, mocą własnej wolnej decyzji staje się źródłem siebie, wyznacza *początek* swego życia, ale nie empirycznego, lecz egzystencjalnego”.

Gdy Karl Jaspers mówi o sytuacji granicznej, rozważa jako taką również śmierć. Ale myśli o fakcie śmierci rozważanej z perspektywy egzystencjalnej: „chodzi o to, by w obliczu śmierci prowadzić i sprawdzać ludzkie życie. To bowiem, co z perspektywy empirycznej oznacza kruchość, krótkotrwałość, słabość i zniszczenie, z perspektywy egzystencjalnej może stać się doświadczeniem najgłębszych pokładów »Ja«. Perspektywa empiryczna przynosi bowiem rozpacz: gdy człowiek absolutyzuje wartość istnienia i chce, by trwało ono wiecznie, staje się niewolnikiem swych niemożliwych do zrealizowania pragnień, uzależnia się od nich. Natomiast perspektywa egzystencjalna, w której śmierć staje się sytuacją graniczną, jest akceptacją tego, co nieuchronne: człowiek pokonuje w sobie pragnienie życia i godzi się na śmierć. Raz jeszcze akceptacja – jaspersowskie *amor fati* – umożliwi pełnię egzystencjalnego trwania. Oczywiście, akceptacja taka nigdy nie jest ani pełna, ani ostateczna. Istota ludzka ma naturalną chęć ucieczki przed tym, co napawa ją lękiem” (Piecuch, 2001).

W samej osi sytuacji granicznej, w której znajduje się pacjent, staje „TO” z wiersza Miłosa (2000) o tym samym tytule:

*TO może też być porównane do nieruchomej twarzy kogoś,  
kto pojął, że został opuszczony na zawsze.  
Albo do słów lekarza o nie dającym się odwrócić wyroku.  
Ponieważ TO oznacza natknięcie się na kamienny mur,  
i zrozumienie, że ten mur nie ustąpi żadnym naszym błaganiom.*

Sytuacja graniczna ujawnia potrzebę innej perspektywy, otwiera na rzeczywistość transcendentną, przypomina, spychany wcześniej przez nurt codzienności, głos ducha.

Również sam Jaspers pisze o próbie religijnego usprawiedliwienia cierpienia przybierającego formę teodycei (gr. *theós* – bóg i *díkē* – słuszny, sprawiedliwy) – teorii próbującej pogodzić przekonanie o mądrości i dobroci Boga z faktem istnienia zła i cierpienia na świecie. Cierpienie może stać się źródłem religijnych przeżyć i tym samym nadać mu wartość i sens (Piecuch, 2001).

Dlatego kluczowe w rozważaniach o perspektywie pacjenta wydaje się uwzględnienie rozważań dotyczących jego duchowości.

## Istoty duchowe

Balducci i Meyer (2001), pisząc o roli duchowości w medycynie, diagnozują obecną sytuację postrzegania opieki medycznej. Widzą rosnący brak zaufania, krytycyzm na poziomie osobistym i społecznym, osobistą i społeczną izolację (a piszą to lata przed pandemią COVID-19). Winy doszukują się w zmniejszającej się roli rodziny, braku perspektywy dobra wspólnego (Campbell, 2000). Ale ważny powód klęski systemu opieki zdrowotnej i poszczególnych relacji widzą w niedoceniu roli duchowości w relacjach ludzkich. Piszą o tym, jak duchowość jest tkanką łączną, która umożliwia skoordynowane i mające sens aktywności istot ludzkich. Apele o uwzględnienie perspektywy duchowości w praktyce medycznej są coraz częstsze. Wyraża to choćby zaskakująca, rosnąca liczba publikacji w uznanych międzynarodowych czasopismach medycznych, w których rolę duchowości zaczyna się nie tylko dostrzegać, lecz także mierzyć zobiektywizowanymi narzędziami (jak choćby podsumowywanie wyników badań klinicznych dotyczących wpływu modlitwy na efekt terapeutyczny) (Post, Puchalski, Larson, 2000; Emmons, 1999; Chandler, 1999).

Jesteśmy więc niezaprzeczalnie istotami duchowymi. A w roli pacjentów nasza duchowość wyraża się jakby jeszcze głębiej i woła mocniej.

Ważny powód klęski systemu opieki zdrowotnej i poszczególnych relacji widzą w niedoceniu roli duchowości w relacjach ludzkich.

Jesteśmy więc niezaprzeczalnie istotami duchowymi. A w roli pacjentów nasza duchowość wyraża się jakby jeszcze głębiej i woła mocniej.

## Definicje

Kluczowe wydaje się jednak ustalenie jasnych definicji. Często pojęcia duchowości i religijności stosuje się wymiennie. Dla pełni kontekstu analiz warto jednak sprecyzować, że są to pojęcia różne.

Definicja duchowości pomimo pilności współczesnych wyzwań społecznych i ludzkich wydaje się pozostawać nie do końca uchwytana, również w kontekście badań naukowych (Balducci i Meyer, 2001). W niektórych badaniach to na pacjenta jest nakładany ciężar zdefiniowania siebie jako osoby duchowej, nie otrzymuje on odpowiedzi dotyczących jakichkolwiek kryteriów. Inne

badania próbują ustalić rozróżnienie między religią a duchowością, czego ucieleśnieniem jest kwestionariusz duchowości religijnej Fetzera (Grupa Kalamazoo, 1999). Jeszcze inni definiują duchowość jako „formę relacji z transcendencją” lub „kompleksowy i skoordynowany sposób nawiązywania relacji z innymi i interpretowania rzeczywistości” (De Marco, 2000; Sulmasy, 1999; Koenig i in., 1999). Definicje te nie dostarczają „złotego standardu”. Byłby on niezbędny do opisywania indywidualnych przekonań w zakresie duchowości i rozróżnienia między różnymi jej formami. Taki „złoty standard” służyłby identyfikacji określonej duchowej perspektywy pacjenta i jej znaczenia dla samorozumienia przez pacjenta. Nie byłby jednak miarą praktyk religijnych.

Duchowość jest więc związkiem z transcendentnym poczuciem przynależności do czegoś większego od siebie. O roli transcendentu w życiu codziennym świadczą na przestrzeni wieków dzieje filozofii i religii.

Religia odnosi się z kolei do zbioru przekonań i praktyk wypełnianych przez społeczność albo do nawiązania relacji z bóstwem lub pozostawaniem w harmonii z ostateczną rzeczywistością (jak może być z nieisteistycznymi religiami Wschodu) (Astin, Harkness, Ernst, 2000; MacDonald, 2000). Religia z definicji zakłada związek z transcendentnym jako określona forma duchowości. Modlitwa osobista lub wspólnotowa jest praktyką duchową najbardziej powszechną we wszystkich religiach. Wynika z tego pytanie, czy modlitwa stanowi punkt orientacyjny kryterium duchowości. Nie może być religii bez duchowości, ale czy może istnieć duchowość bez religii? (Balducci, Meyer, 2000).

## Badania nad duchowością pacjentów

Coraz częściej postuluje się prowadzenie badań naukowych nad duchowością pacjentów i jej rolą w procesie terapeutycznym. Duchowość w medycynie jest przedmiotem konferencji naukowych (NIH Consensus Conference), konsensusów, kursów w kształceniu na kierunku lekarskim (niestety jeszcze nie w Polsce) (Puchalski, 2013) oraz licznych badań naukowych. Coraz większe jest znaczenie towarzystw naukowych badających te kwestie, jak choćby Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie, które prowadzi szeroką działalność edukacyjną w tym zakresie.

Doświadczenia z zakresu duchowości wchodzą do praktyki klinicznej. Mocnym fundamentem metody 12 kroków stosowanej w terapii alkoholizmu jest duchowość i odniesienie do Siły Wyższej (w Osobie Boga, choć możliwe jest także korzystanie z tej formy terapii nieklasyfikujących siebie jako wyznawców jakiegokolwiek religii). Codzienne odczuwanie Bożej obecności i wiara w wyższą moc okazują się predyktorami pozytywnych wyników terapii uzależnienia (Dermatis, Galanter, 2016).



Bada się także wpływ modlitwy na efekty leczenia raka piersi (2000) (jest on korzystny), wpływ postaw religijnych na przeżywalność osób starszych (stwierdzono zwiększenie długości życia osób religijnych) (Pargament, Koenig, Tarakeshwar, Hahn, 2000).

W badaniu Balducciego (2018) wykazano silny związek perspektywy duchowej ze szczęśliwym starzeniem się, z lepszą tolerancją fizycznego i emocjonalnego stresu, włączając w to zdolność radzenia sobie z poważnymi chorobami i z izolacją. Ukuto nawet specjalny termin – angielski *gerotranscendence* – na opisanie zjawiska dużo intensywniejszego niż u osób młodych poszukiwania sensu życia z odniesieniem do perspektywy duchowej; znaczenie duchowości na tym etapie życia wydaje się szczególne. W przeglądzie literatury i badań naukowych przygotowanym przez Balducciego (2008) odniesienie się do duchowości poprawiało również jakość życia i zmniejszało ryzyko chorób oraz śmierci u osób opiekujących się chorymi na nowotwór na etapie paliatywnego leczenia. Zwrócenie się ku potrzebom duchowym osób chorych i ich opiekunów wydaje się czynić medycynę paliatywną bardziej efektywną, może również pomagać wykryć i radzić sobie z bólem duchowym (egzystencjalnym) i pomagać w procesie możliwego odbudowywania dobrostanu psychicznego na tym etapie życia.

Adugbire i Aziaro (2020) badali wpływ percepcji duchowości u pacjentów poddawanych operacji na wynik leczenia chirurgicznego. Badanie jakościowe na niewielkiej grupie pacjentów z północnej Ghany wykazało, że wielu uczestników badania uważało, że operacja stanowi zagrożenie dla ich życia lub że mogą stracić niektóre części ciała. Uczestnicy postrzegali duchowość (wiarę) jako główny czynnik przyczyniający się do ich udanych operacji. Pacjenci wierzyli, że do pomyślnych wyników ich operacji doprowadziła Boska interwencja. Tylko nieliczni uczestnicy podkreślali, że wierzą w kompetencje pracowników służby zdrowia (lekarzy i pielęgniarek) w ich udanych operacjach. Wniosek był jednoznaczny – należy dostrzegać aspekty duchowości pacjentów i szanować je podczas opieki medycznej.

Ciekawą perspektywę przynosi badanie dotyczące pacjentów z chorobą Parkinsona. Redfern, Mason, Barker i Coles obserwowali grupę 42 pacjentów z idiopatyczną chorobą Parkinsona i grupę 39 pacjentów podobną pod względem wieku, płci, wykształcenia i niepełnosprawności. Po roku, jak się spodziewano, obniżyła się sprawność pacjentów z chorobą Parkinsona i ich zdolności poznawcze. Zmniejszeniu nie uległa jednak rola duchowości w ich życiu, choć z racji rosnącej niepełnosprawności rzadziej uczestniczyli w nabożeństwach religijnych. W grupie kontrolnej rola duchowości spadła po roku, bez wyraźnej przyczyny.

Duchowość ułatwiała powrót mowy u chorych po udarach (Laures-Gore, Lambert, Kruger, Love, Davis, 2018), miała nawet wpływ na fizjologiczne markery zdrowia, włączając w to ciśnienie tętnicze, stężenia białka C-reaktywnego

Duchowość ułatwiła powrót mowy u chorych po udarach, miała nawet wpływ na fizjologiczne markery zdrowia, włączając w to ciśnienie tętnicze, stężenia białka C-reaktywnego i markerów sercowo-naczyniowych.

społecznemu, lecz także przez zmniejszenie wpływu stresorów zmniejszały poczucie stygmatyzacji i dyskryminacji (Szaflarski, 2013).

U osób zakażonych HIV lub z rozpoznaniem AIDS wykazano, że duchowość i religijność nie tylko poprawiały pośrednio stan ogólny dzięki zdrowszym zachowaniom, większemu optymizmowi i większemu wsparciu społecznemu, lecz także, przez zmniejszenie wpływu stresorów, zmniejszały poczucie stygmatyzacji i dyskryminacji.

i markerów sercowo-naczyniowych. Religijność i duchowość (w tym badaniu analizowane łącznie) oddziaływały korzystnie na zdrowie, być może przez zmniejszanie niekorzystnego wpływu stresu lub depresji na proces zapalny (Shattuck, Muehlenbein, 2020).

U osób zakażonych HIV lub z rozpoznaniem AIDS wykazano, że duchowość i religijność nie tylko poprawiały pośrednio stan ogólny dzięki zdrowszym zachowaniom, większemu optymizmowi i większemu wsparciu

Osobne prace są poświęcone roli duchowości w ciąży i okresie poporodowym, jako odrębnemu zjawisku, wymagającemu szczególnej uwagi (Keegan, 2021).

Również międzynarodowe wytyczne w zakresie leczenia wspomagającego u pacjentów z chorobą nowotworową uwzględniają uznanie duchowości i potrzeb duchowych pacjentów. Eksperti różnią się co do tego, jak najlepiej odnieść się do tego wymiaru życia pacjentów (D'Souza, Astrow, 2020). Niektórzy sugerują, że to zespół medyczny powinien przejąć opiekę duchową nad pacjentem, a inni proponują skierowanie do kapelanów lub współpracę

z duchowieństwem spoza szpitala. Autorzy pracy przeglądowej dzielą się poglądem o tym, że zespół medyczny powinien uznawać duchowość pacjenta i podejmować rozmowy o niej, gdy pacjent tego sobie tego życzy, ale interwencja w przypadku poważnego kryzysu duchowego powinna należeć do tych, którzy mają specjalne przeszkolenie w tej dziedzinie. Dla niektórych pacjentów niezbędna będzie „zgodność” między konkretną duchową tradycją pacjenta i kapelana, natomiast pacjenci bezwyznaniowi wolą rozmawiać z lekarzem. Główną rolę lekarzy i pielęgniarek w tej dziedzinie jest słuchanie, świadomość, szacunek i w razie potrzeby wezwanie profesjonalisty.

Również weterani doświadczający zespołu stresu pourazowego lepiej radzili sobie z jego pokonaniem w przypadku silniejszej perspektywy duchowej (Smith-MacDonald, Norris, Raffin-Bouchal, Sinclair, 2017).

Wydaje się, że duchowość i religia spowalniają spadek funkcji poznawczych i pomagają pacjentom w zastosowaniu różnych strategii radzenia sobie z chorobą oraz poprawiają jakość życia (Agli, Bailly, Ferrand, 2014).

## Potencjalne zagrożenia

Badania nad rolą duchowości u pacjentów mają jednak swoje istotne ograniczenie. Badaniom nie podlega bowiem potencjalny negatywny wpływ duchowości czy religijności na proces terapeutyczny, a przeciż można założyć, że u niektórych pacjentów (stereotypowo starszych) nadal zakorzenione jest (teologicznie uznawane za błędne) przekonanie o chorobie jako karze za grzechy. Perspektywa religijna rozumiana w taki sposób może potęgować poczucie winy czy zwiększać wykluczenie społeczne w niektórych społecznościach.

Badaniom nie podlega potencjalny negatywny wpływ duchowości czy religijności na proces terapeutyczny, a przeciż można założyć, że u niektórych pacjentów (stereotypowo starszych) zakorzenione jest (teologicznie uznawane za błędne) przekonanie o chorobie jako karze za grzechy.

Znaczący wydaje się też nowy kierunek społeczny, w którym procent osób deklarujących się jako osoby wierzące znacznie spada. Ten trend spadku postaw religijnych bywa obserwowany również u osób doświadczających choroby lub biorących udział w katastrofie. W badaniu z udziałem 1451 osób dotkniętych huraganami Harvey i Irma w USA spodziewano się wzrostu postaw religijnych u pacjentów, którzy wykazywali cechy potraumatycznego wzrostu. U wielu z nich po doświadczeniu katastrofy rola duchowości w ich życiu spadała, zmniejszała się również częstość praktyk religijnych (Davis i in., 2021) (można spekulować, że z powodu żalu do Siły Wyższej o to, co ich spotkało).

## Pytać czy nie pytać?

Dla praktyki medycyny kluczowe wydaje się pytanie, kto i czy powinien poruszać kwestie duchowości w rozmowach z pacjentami. Na pytanie, czy rozma-

Dla praktyki medycyny  
kluczowe wydaje się  
pytanie, kto i czy  
powinien poruszać  
kwestie duchowości  
w rozmowach  
z pacjentami.

wiać, badania w większości odpowiadają, że pacjenci chcą, żeby pracownicy służby zdrowia brali pod uwagę ich potrzeby duchowe (Puchalski, 2013). Klimasiński, Płocka, Neumann-Klimasińska i Pawlikowski (2017) podsumowują wyniki kilku badań, w których pacjentów pytano o potrzeby w zakresie duchowości.

W badaniu z 1991 r. (Oyama, Koenig, 1991) z 380 pacjentów poradni lekarza rodzinnego w USA 43% pacjentów chciało nie tylko znać wyznanie lekarza, ale 67% chciałoby w pewnych sytuacjach nawet modlić się z lekarzem. W badaniu z 1994 r. (King, Bushwick, 1994) pacjenci z żalem przyznawali, że w 68% przypadków lekarz nie zwrócił uwagi na ich potrzeby duchowe.

Im bardziej poważna  
czy przedłużająca się  
była choroba, tym  
bardziej pacjenci  
chcieli dzielić się  
z lekarzem osobistymi  
przemyśleniami  
dotyczącymi  
duchowości. Pacjenci  
zgodnie przyznawali  
jednak, że wiele zależy  
od tego, jak zostanie  
ubrane w słowa takie  
pytanie.

Im bardziej poważna czy przedłużająca się była choroba (Ehman, 1999), tym bardziej pacjenci chcieli dzielić się z lekarzem osobistymi przemyśleniami dotyczącymi duchowości. Pacjenci zgodnie przyznawali jednak, że wiele zależy od tego, jak zostanie ubrane w słowa takie pytanie. W innym badaniu 1/3 pacjentów chciała być zapytana o religię u lekarza, 2/3 uważało, że lekarz powinien być świadomy przekonań pacjenta. Podawano następujące preferencje rodzaju interakcji: 33% – rozmowa, 28% – modlitwa lekarza w ciszy, 19% – wspólna modlitwa z pacjentem, 10% – rozmowa o duchowości zamiast spraw medycznych.

Spośród pacjentów, którzy chcieli o tym rozmawiać, 87% pragnęło, aby lekarz rozumiał, jak wiara wpływa na przeżywanie choroby. Czy taka rozmowa dotychczas miała miejsce? Nie – odpowiada 91%. Oczekiwania wobec lekarza obejmowały: współczucie, podtrzymanie nadziei, zalecenie rozmowy z duchownym (McCord i in., 2004).

W wielośrodkowym prospektywnym badaniu kohortowym z 2015 r. (Ernecoff i in.) analizowano 249 nagranych rozmów między 651 bliskimi pacjentów hospitalizowanych na oddziale intensywnej terapii i 441 pracownikami medycznymi w USA – 77,6% osób badanych uważało religię lub duchowość za ważne w ich życiu.

W innym ważnym badaniu, które opisują Klimasiński i in. (2017), tematyka duchowości pojawiła się w 16,1% rozmów z pracownikami medycznymi i w większości przypadków to bliscy pacjentów podnieśli tę kwestię. Rozmawiano o przekonaniach religijnych czy duchowych, takich jak: cuda, praktyki religijne, poglądy, że lekarz jest Bożym narzędziem, oraz o tym, że koniec życia jest nowym początkiem. Na takie oświadczenia pracownicy medyczni:

- zmieniali temat na bardziej związany z medycyną,
- proponowali rozmowę ze szpitalnym specjalistą w zakresie opieki duchowej lub przedstawicielem wspólnoty duchowej pacjenta,
- wyrażali empatię,
- potwierdzali odbiór informacji,
- mówili o własnych przekonaniach.

Tylko w 13% rozmów medycy próbowali rozwinąć te kwestie, np. zadając pytania.

Przeciwnicy pytania pacjentów o duchowość przez członków zespołu medycznego argumentują, że wiedza badawcza łącząca religię z wpływem na poprawę zdrowia jest słaba i niespójna. Twierdzą, że religia jest osobistym i wrażliwym obszarem życia pacjentów – zbyt prywatnym, by lekarz miał prawo pytać. Co gorsza, widzą jakiegokolwiek zaangażowanie lekarzy w tym obszarze jako potencjalny przymus – gdzie lekarz narzuca własne przekonania religijne wrażliwym pacjentom uzależnionym od jego opieki. Ponadto, jeśli lekarze sugerują, że zaangażowanie religijne pomaga ludziom zachować zdrowie, ludzie, którzy zachorują, mogą czuć się winni, że nie mają wystarczającej wiary, zwiększając tym samym ciężar cierpienia. Być może dlatego część pacjentów (około 1/3) nie chce, aby lekarze zagłębiali się z nimi w sprawy duchowe. Wreszcie, rozwiązywanie problemów duchowych wyprowadza lekarzy na zewnątrz obszaru ich specjalizacji, a większość z nich nie ma do tego odpowiedniego przeszkolenia ani czasu na poznanie tych aspektów zdrowia pacjenta (Koenig, 2001a). Odpowiedzią na brak wiedzy mogą być organizowane coraz częściej, m.in. w Poznaniu (Klimasiński i in., 2017), kursy opieki duchowej w medycynie dla pracowników opieki zdrowotnej.

Rozwiązywanie problemów duchowych wyprowadza lekarzy na zewnątrz obszaru ich specjalizacji, a większość z nich nie ma do tego odpowiedniego przeszkolenia ani czasu na poznanie tych aspektów zdrowia pacjenta. Odpowiedzią na brak wiedzy mogą być organizowane coraz częściej kursy opieki duchowej w medycynie dla pracowników opieki zdrowotnej.

## Recepta

Pomimo wielu niewiadomych oraz potrzeby dalszych badań i lepszego zrozumienia relacji między duchowością a medycyną lekarze mogą już teraz zacząć zajmować się duchowymi potrzebami pacjentów i jednocześnie unikać większości niebezpieczeństw i pułapek (Koenig, 1999). Mueller i in. sugerują, na podstawie doświadczenia klinicznego, że lekarze mogą zebrać wywiad dotyczący duchowości pacjenta – dowiedzieć się, czy przekonania religijne lub duchowe są wykorzystywane do radzenia sobie z chorobą, czy wywołują poczucie winy, czy mogą wpływać na decyzje medyczne lub są odpowiedzialne za inne specjalne potrzeby, na które odpowiedzieć może pomoc przeszkolonego duchownego (Koenig, 2001b). Wywiad ten powinien być zebrany w sposób bezstronny, bez wykazywania pożądanej lub niepożądanej roli konkretnej religii, ale raczej z wysłaniem komunikatu, że religia i duchowość są ważnym obszarem, który może wpływać na zdrowie. Oceny duchowej nie trzeba przeprowadzać przy każdej wizycie, ale w sytuacjach, gdy jest więcej czasu, np. podczas nowej oceny pacjenta w przypadku zmiany jego sytuacji medycznej lub przy przyjęciu do szpitala. Nie powinna ona zastępować kompleksowej i kompetentnej oceny problemów medycznych.

Jeśli przekonania są sprzeczne z prawami opieki medycznej, ważne, by nie krytykować przekonań, ale raczej słuchać, zbierać informacje i pozostawać otwartym na dialog.

Jak podkreślają Mueller i in., badania nie są wystarczająco dobre (i mogą nigdy nie być wystarczająco dobre), aby uzasadnić przepisywanie religii przez lekarzy niereligijnym pacjentom. Jeśli pacjent nie jest religijny lub nie chce angażować lekarza w tym obszarze, wywiad powinien szybko odejść od religii na rzecz tego, co pomaga pacjentowi radzić sobie z chorobą i nadaje sens życiu. W większości przypadków lekarz nie powinien podejmować prób zaspokajania

złożonych potrzeb duchowych pacjentów. Jednak gdy pacjent niechętnie rozmawia z duchownymi i woli omawiać sprawy duchowe z zaufanym lekarzem, zwykle wystarczy poświęcenie trochę więcej czasu na wysłuchanie i okazanie wsparcia. Właściwe jest wspieranie przekonań i praktyk religijnych, które nie są sprzeczne z opieką medyczną. Jeśli przekonania są sprzeczne z prawami opieki medycznej, ważne, by nie krytykować przekonań, ale raczej słuchać, zbierać informacje i pozostawać otwartym na dialog.

## Medycyna precyzyjna

Nadchodząca era medycyny precyzyjnej (*precision medicine*) może być medycyną jutra niosącą ogromne nadzieje. Bierze pod uwagę czynniki indywidualne, środowiskowe i związane ze stylem życia w celu optymalizacji leczenia. Kontekst ma dla niej kluczowe znaczenie. Yeary i in. (2020) zauważają, że do tej pory niewiele uwagi poświęcono wyjątkowemu kontekstowi religijności i duchowości oraz ich zastosowaniu w medycynie precyzyjnej, a przecież religia i duchowość mogą wspierać i wzmacniać przekonania i zachowania zdrowotne, które wpływają na wyniki zdrowotne. Uwzględnienie kontekstu religijności i duchowości i ich wartości dla medycyny precyzyjnej może przyspieszyć wysiłki na rzecz bardziej całościowego i skoncentrowanego na pacjencie podejścia do poprawy zdrowia konkretnych pacjentów i całych populacji.

## Podsumowanie

Być może więc medycyna jutra ma dużo więcej do zyskania, zakorzeniając się w tym, co tak ważne było jeszcze wczoraj?

Jedno jest pewne – człowiek to ciało i duch. W niewielu sytuacjach obie te rzeczywistości mają tak duże znaczenie jak w perspektywie bycia pacjentem. Zadaniem medycyny jest dostrzec jedno i drugie. Pomimo istniejącej między nimi dychotomii, duch umożliwia interpretowanie i wpływanie na materię. Wielowiekowa przepaść między światem a tym, co spoza tego świata, może zostać ostatecznie pokonana, a duchowość jest fundamentem mostu (Koenig, 2001b).

W specyficznym kontekście medycyny duchowość umożliwia uzdrowienie, nawet kiedy wyleczenie nie jest już możliwe, jak sugeruje Byock (1997). Podczas gdy wyleczenie odnosi się do choroby, uzdrowienie odnosi się do osobistego doświadczenia. I choć daleko jest autorce tego rozdziału do przyznania racji przekona-

Być może więc medycyna jutra ma dużo więcej do zyskania, zakorzeniając się w tym, co tak ważne było jeszcze wczoraj?

W specyficznym kontekście medycyny duchowość umożliwia uzdrowienie, nawet kiedy wyleczenie nie jest już możliwe, jak sugeruje Byock. Podczas gdy wyleczenie odnosi się do choroby, uzdrowienie odnosi się do osobistego doświadczenia.

niu, że cierpienie uszlachetnia, to kontekst duchowości może pomóc zaakceptować stan choroby i rozpoznać wyjątkowe perspektywy, jakie choroba i – jaki to paradoks! – śmierć mogą wnieść do życia. Trzeba więc budować mosty...

## Bibliografia

1. Adugbire, B.A., Aziato, L. (2020). *Surgical Patients' Perception of Spirituality on the Outcome of Surgery in Northern Ghana*. Journal of Holistic Nursing, 38 (1), 19–29. DOI: <https://doi.org/10.1177/0898010120902916>.
2. Agli, O., Bailly, N., Ferrand, C. (2015). *Spirituality and religion in older adults with dementia: a systematic review*. International Psychogeriatrics, 27 (5), 715–725. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610214001665>.
3. Astin, J.A., Harkness, E., Ernst, E. (2000). *The efficacy of "distant healing": a systematic review of randomized trials*. Annals of Internal Medicine, 132 (11), 903–910. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-132-11-200006060-00009>.
4. Aviles, J.M., Whelan, S.E., Hernke, D.A., Williams, B.A., Kenny, K.E., O'Fallon, W.M., Kopecky, S.L. (2001). *Intercessory prayer and cardiovascular disease progression in a coronary care unit population: a randomized controlled trial*. Mayo Clinic Proceedings, 76 (12), 1192–1198. DOI: <https://doi.org/10.4065/76.12.1192>.
5. Balducci, L. (2019). *Geriatric Oncology, Spirituality, and Palliative Care*. Journal of Pain and Symptom Management, 57 (1), 171–175. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.009>.
6. Balducci, L., Meyer, R. (2001). *Spirituality and medicine: a proposal*. Cancer Control, 8 (4), 368–376. <https://doi.org/10.1177/107327480100800411>.
7. Borowczyk, M. (2010). *Filozofia dramatu spotkania lekarza z chorym*. [Niepublikowane].
8. Byock, I. (red.) (1997). *Dying Well: The Prospect for Growth at the End of Life*. New York, NY: Riverhead Books.
9. Campbell, R.A. (2000). *Truth, Authority, and Faith*. W: R.L. Herrmann (red.). *Expanding Humanity's Vision of God*. Philadelphia – London: Templeton Foundation Press.
10. Chandler, E. (1999). *Spirituality*. Hospice Journal, 14 (3-4), 63–74.
11. D'Souza, K., Astrow, A.B. (2020). *Patient Spirituality as a Component of Supportive Care: Assessment and Intervention*. Current Treatment Options in Oncology, 21 (2), 11. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11864-020-0701-y>.
12. Davis, E.B., Van Tongeren, D.R., McElroy-Heltzel, S.E., Davis, D.E., Rice, K.G., Hook, J.N., Aten, J.D., Park, C.L., Shannonhouse, L., Lemke, A.W. (2021). *Perceived and actual posttraumatic growth in religiousness and spirituality following disasters*. Journal of Personality, 89 (1), 68–83. DOI: <https://doi.org/10.1111/jopy.12537>.
13. De Marco, D.G. (2000). *Medicine and spirituality*. Annals of Internal Medicine, 133 (11), 920–921. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-133-11-200012050-00021>.
14. Dermatis, H., Galanter, M. (2016). *The Role of Twelve-Step-Related Spirituality in Addiction Recovery*. Journal of Religion and Health 55 (2), 510–521.
15. Emanuel, E.J., Emanuel, L.L. (1998). *The promise of a good death*. Lancet (London, England), 351 Suppl 2, SII21–SII29. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(98\)90329-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(98)90329-4).
16. Emmons, R.A. (1999). *The psychology of ultimate concern: motivation and personality in spirituality*. W: *Personality*. New York: Simon and Schuster.
17. Ernecoff, N.C., Curlin, F.A., Buddadhumaruk, P., White, D.B. (2015). *Health Care Professionals' Responses to Religious or Spiritual Statements by Surrogate Decision Makers During Goals-of-Care Discussions*. JAMA Internal Medicine, 175 (10), 1662–1669. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.4124>.
18. John, E. Fetzter Institute (1999). *Multi-dimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research*. Kalamazoo, MI: John E. Fetzter Institute.



19. Kalamazoo Group (1999). *Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research: A Report of the Fetzer Institute/National Institute on Aging Working*.
20. Kant, I. (1987). *Critique of Pure Reason*. Cambridge: Mass. Hackett Publishing Co.
21. Keegan, M.B. (2021). *Spirituality in Pregnancy*. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 64 (3), 704–711. DOI: <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000633>.
22. King, D.E., Bushwick, B. (1994). *Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer*. *Journal of Family Practice*, 39 (4), 349–352.
23. Klimasiński, M.W., Płocka, M., Neumann-Klimasińska, N., Pawlikowski, J. (2017). *Czy lekarze powinni udzielać wsparcia duchowego swoim pacjentom – przegląd badań*. *Medycyna Praktyczna*, (3), 128–133.
24. Koenig, H.G. (2001a). *Religion, spirituality, and medicine: how are they related and what does it mean?* *Mayo Clinic Proceedings*, 76 (12), 1189–1191. DOI: <https://doi.org/10.4065/76.12.1189>.
25. Koenig, H.G. (2001b). *Spirituality in Patient Care*. Radnor, Pa: Templeton Foundation Press.
26. Koenig, H.G., Idler, E., Kasl, S., Hays, J.C., George, L.K., Musick, M., Larson, D.B., Collins, T.R., Benson, H. (1999). *Religion, spirituality, and medicine: a rebuttal to skeptics*. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29 (2), 123–131. DOI: <https://doi.org/10.2190/C2FB-95VW-FKYD-C8RV>.
27. Laures-Gore, J.S., Lambert, P., Kruger, A.C., Love, J., Davis, D.E. Jr. (2018). *Spirituality and Post-Stroke Aphasia Recovery*. *Journal of Religion and Health* 57 (5), 1876–1888.
28. MacDonald, D.A. (2000). *Spirituality: description, measurement, and relation to the five factor model of personality*. *Journal of Personality*, 68 (1), 153–197. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-6494.t01-1-00094>.
29. MacLean, C.D., Susi, B., Phifer, N., Schultz, L., Bynum, D., Franco, M., Klioze, A., Monroe, M., Garrett, J., Cykert, S. (2003). *Patient preference for physician discussion and practice of spirituality*. *Journal of General Internal Medicine*, 18 (1), 38–43. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20403.x>.
30. McCord, G., Gilchrist, V.J., Grossman, S.D., King, B.D., McCormick, K.E., Oprandi, A.M., Schrop, S.L., Selius, B.A., Smucker, D.O., Weldy, D.L., Amorn, M., Carter, M.A., Deak, A.J., Hefzy, H., Srivastava, M. (2004). *Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach*. *Annals of Family Medicine*, 2 (4), 356–361. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.71>.
31. *Metzler Philosophie Lexikon. Begriffe und Definitionen*. (1999). Stuttgart-Weimar.
32. Miłosz, C. (2000). *TO*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
33. Mueller, P.S., Plevak, D.J., Rummans, T.A. (2001). *Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice*. *Mayo Clinic Proceedings*, 76 (12), 1225–1235. DOI: <https://doi.org/10.4065/76.12.1225>.
34. Myers, D.G. (2000). *Is prayer clinically effective?* *Research Forum* (53), 95–102.
35. National Institute of Aging and Fetzer Institute (1995). *NIH Consensus Conference. Methodological Approaches to the Study of Religion, Health, and Aging*, March 16–17, 1995.
36. National Institutes of Health (1999). *NIH Consensus Conference. Spirituality, Religion, and Health. Office of Behavioral and Social Services Research*. Fall 1999.
37. Oyama, O., Koenig, H.G. (1998). *Religious beliefs and practices in family medicine*. *Archives of Family Medicine*, 7 (5), 431–435. DOI: <https://doi.org/10.1001/archfami.7.5.431>.
38. Pargament, K.I., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N., Hahn, J. (2001). *Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study*. *Archives of Internal Medicine*, 161 (15), 1881–1885. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinte.161.15.1881>.
39. Piecuch, C. (2001). *Jaspersa człowiek w sytuacjach granicznych*. Warszawa-Kraków: Znak.
40. Post, S.G., Puchalski, C.M., Larson, D.B. (2000). *Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics*. *Annals of Internal Medicine*, 132 (7), 578–583. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-132-7-200004040-00010>.
41. Puchalski, C.M. (2013). *Integrating spirituality into patient care: an essential element of personcentered care*. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 123 (9), 491–497.

42. Redfern, C., Mason, S.L., Barker, R.A., Coles, A. (2020). *Parkinson's disease and spirituality*. *NeuroRehabilitation*, 46 (1), 31–39. DOI: <https://doi.org/10.3233/NRE-192947>.
43. Shattuck, E.C., Muehlenbein, M.P. (2020). *Religiosity/Spirituality and Physiological Markers of Health*. *Journal of Religion and Health*, 59 (2), 1035–1054.
44. Smith-MacDonald, L., Norris, J.M., Raffin-Bouchal, S., Sinclair, S. (2017). *Spirituality and Mental Well-Being in Combat Veterans: A Systematic Review*. *Military Medicine*, 182 (11), e1920–e1940. DOI: <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-17-00099>.
45. Strawbridge, W.J., Cohen, R.D., Shema, S.J., Kaplan, G.A. (1997). *Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years*. *American Journal of Public Health*, 87 (6), 957–961. DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.87.6.957>.
46. Sulmasy, D.P. (1999). *Is medicine a spiritual practice?* *Academic Medicine*, 74 (9), 1002–1005. DOI: <https://doi.org/10.1097/00001888-199909000-00012>.
47. Szaflarski, M. (2013). *Spirituality and religion among HIV-infected individuals*. *Current HIV/AIDS Reports*, 10 (4), 324–332. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11904-013-0175-7>.
48. Szary, S. (2009). *Spotkanie z człowiekiem chorym i cierpiącym*. Dostępne na: <http://www.stefan-szary.pl.tl>.
49. Yeary, K., Alcaraz, K.I., Ashing, K.T., Chiu, C., Christy, S.M., Felsted, K.F., Lu, Q., Lumpkins, C.Y., Masters, K.S., Newton, R.L., Park, C.L., Shen, M.J., Silfee, V.J., Yanez, B., Yi, J. (2020). *Considering religion and spirituality in precision medicine*. *Translational Behavioral Medicine*, 10 (1), 195–203. DOI: <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz105>.

Maciej Klimasiński

# Jak uczyć i mówić o duchowości pacjenta z perspektywy zawodów medycznych?



## W tym rozdziale:

Wprowadzenie. . . . .	147
Wyjaśnienie podstawowych pojęć . . . . .	149
Ocena własnej duchowości . . . . .	150
Zrozumienie duchowych przeżyć osób chorych . . . . .	152
Ocena duchowości pacjenta . . . . .	153
Wsparcie duchowe . . . . .	155
Podsumowanie . . . . .	157

# Jak uczyć i mówić o duchowości pacjenta z perspektywy zawodów medycznych?

## Wprowadzenie

Uniwersytety medyczne przekazują swoim studentom rozległą wiedzę o zdrowiu i chorobach człowieka oraz uczą praktycznych umiejętności. Obok nauki o zapobieganiu, wykrywaniu i leczeniu chorób studenci poznają sposób profesjonalnego postępowania klinicznego respektującego zasady etyki lekarskiej. Programy studiów są układane zgodnie z najnowszymi standardami nauczania medycyny na świecie z wykorzystaniem najlepszych technologii dydaktycznych, np. symulacji medycznej. Nie brakuje również elementów psychologii, socjologii oraz komunikacji interpersonalnej, których celem jest wypracowanie adekwatnych zachowań przyszłych lekarzy<sup>1</sup>. To duże wyzwanie, aby młodą, najczęściej zdrową osobę przygotować w ciągu kilku lat studiów

---

<sup>1</sup> Przykładowo, z tak ułożonym programem studiów można się zapoznać na stronie internetowej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie – [www.umlub.pl](http://www.umlub.pl)

To duże wyzwanie,  
aby młodą,  
najczęściej zdrową  
osobę przygotować  
w ciągu kilku  
lat studiów na  
spotkanie z chorym  
człowiekiem.

na spotkanie z chorym człowiekiem. Zatem edukacja medyczna powinna również ukazać odpowiednią postawę lekarza wobec pacjenta, który przez długi czas jest obciążony poważnymi objawami choroby, a nawet wobec pacjenta, którego postępująca choroba prowadzi nieuchronnie do śmierci. Zdarza się, że w takich sytuacjach chory zadaje lekarzowi pytania, na które nauka nie zna odpowiedzi: „Jaki sens ma życie wypełnione cierpieniem?”, „Dlaczego muszę umierać?”.

Według twórczyni nowoczesnej medycyny paliatywnej, do zadań lekarza należy łagodzenie cierpienia, również duchowego (Saunders, 1988). Światowa Organizacja Zdrowia uznaje wsparcie duchowe za kluczowy element wysokiej jakości opieki paliatywnej<sup>2</sup>. W ostatnim czasie podejmowane są międzynarodowe wysiłki na rzecz poprawy opieki duchowej nie tylko w opiece paliatywnej, ale w opiece zdrowotnej w ogóle (Puchalski, Vitillo, Hull, Reller, 2014). W Stanach Zjednoczonych opieka duchowa od ponad 20 lat jest osobnym przedmiotem obecnym w programie studiów medycznych (Puchalski, Larson, 1998). Istnieją również specjalne kursy podyplomowe dla lekarzy i innych specjalistów medycznych prowadzone m.in. w George Washington School of Medicine & Health Sciences (Puchalski, Jafari, Buller, Haythorn, Jacobs, Ferrell, 2020; Puchalski, Ferrell, Borneman, Remein, Haythorn, Jacobs, 2021). Opierając się na modelu amerykańskim, Europejskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej opublikowało dokument, tzw. *Białą Księgę*, który dostarcza wskazówek dotyczących edukacji na temat opieki duchowej (Best, Leget, Goodhead, Paal, 2020). W Polsce w 2011 r. utworzono Podyplomowe Studia z Zakresu Opieki Duszpasterskiej w Służbie Zdrowia i Pomocy Społecznej na Uniwersytecie Papieskim Jana Pawła II w Krakowie<sup>3</sup>. W 2015 r. w Krakowie powołano Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie<sup>4</sup>, a w Katedrze Opieki Paliatywnej *Collegium Medicum* w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu już od kilku lat prowadzone są zajęcia dla studentów na ten temat<sup>5</sup>. W niniejszym rozdziale zostaną przedstawione zagadnienia edukacyjne, które stanowią pod-

<sup>2</sup> WHO (2020). Palliative care, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (dostęp: 06.12.2021).

<sup>3</sup> Więcej informacji na temat studiów podyplomowych można znaleźć na stronie: <https://studiapodyplomowe.upjp2.edu.pl/rekrutacja-na-studia-podyplomowe-20202021-oferta/wydzial-nauk-spoecznych-/podyplomowe-studia-zespolowej-opieki-duszpasterskiej-sw-jana-bozego>.

<sup>4</sup> Szczegółowe informacje na temat Towarzystwa znajdują się na stronie internetowej: <https://ptodm.org.pl/>.

<sup>5</sup> Dodatkowe informacje o prowadzonych zajęciach znajdują się na stronie Uniwersytetu: <https://www.wnoz.cm.umk.pl/kizop/informacje-dla-studentow/>.

stawową wiedzę z zakresu duchowości w medycynie. Opisane zostaną również propozycje sposobów nabywania odpowiednich umiejętności oraz postaw.

## Wyjaśnienie podstawowych pojęć

Różnorodność kultur, światopoglądów, przekonań, uprzedzeń i stereotypów nakazuje, aby nauczanie na temat opieki duchowej w medycynie rozpocząć od ustalenia znaczenia niektórych pojęć oraz wskazania istniejących między nimi różnic. Jest to niezbędne do tego, aby pracownicy medyczni różnych specjalności mogli efektywnie komunikować się między sobą na temat zagadnień duchowych (Leeuwen, Cusveller, 2005). Wiele ośrodków naukowych zajmujących się edukacją w tym zakresie ma własne definicje tych pojęć. Poniżej przedstawiono wybrane terminy.

Różnorodność kultur, światopoglądów, przekonań, uprzedzeń i stereotypów nakazuje, aby nauczanie na temat opieki duchowej w medycynie rozpocząć od ustalenia znaczenia niektórych pojęć oraz wskazania istniejących między nimi różnic.

**Duchowość** to wymiar ludzkiego życia stanowiący odniesienie do transcendencji i innych wartości egzystencjalnie ważnych. Ważne jest, aby student wiedział, że jest to pojęcie szerokie, zawierające w sobie poznanie samego siebie oraz stosunek do otaczającego świata (w tym relacje z innymi osobami, z Bogiem).

**Religijność** to jeden ze sposobów przeżywania duchowości przez korzystanie z określonej tradycji, rytuałów, nabożeństw, przynależność do konkretnej grupy (życie wspólnotowe), przestrzeganie usystematyzowanych zasad itp.

**Opieka duchowa** to duchowy wymiar opieki nad pacjentem. Obejmuje ocenę potrzeb duchowych i udzielanie wsparcia duchowego, m.in. poprzez nawiązanie relacji z pacjentem.

**Dobrostan duchowy** to akceptacja historii swojego życia oraz otaczającej rzeczywistości, dobre relacje z innymi osobami, poczucie, że życie (nawet obciążone cierpieniem) ma sens, nadzieja na przyszłość.

**Dystres duchowy** to brak akceptacji historii swojego życia oraz otaczającej rzeczywistości, upośledzone relacje z innymi osobami, poczucie braku sensu życia, brak nadziei na przyszłość.

**Potrzeby duchowe** można podzielić na ogólnoduchowe (np. potrzeba relacji z drugą osobą) oraz typowo religijne (np. potrzeba uczestniczenia w nabożeństwach).

## Ocena własnej duchowości

Przypominanie sobie o tym pragnieniu będzie szczególnie ważne, gdy praca zawodowa zacznie przytłaczać liczbą godzin, koniecznością obsługi skomplikowanych urzędzeń czy nadmierną biurokracją. Stanowi zatem profilaktykę wypalenia zawodowego.

Według autorów *Białej Księgi* najważniejszą częścią edukacji na temat opieki duchowej nad pacjentem jest osobista refleksja studenta na temat własnej duchowości (Best i in., 2020). Taka „formacja duchowa” polega m.in. na przyglądaniu się swojej historii, swojej wartości, motywacji, która doprowadziła do wyboru zawodu medycznego, a także poszukiwaniu głębszego sensu pracy lekarskiej. Studenci zostają zaproszeni do tego, aby opowiedzieć, co nimi kierowało przy wyborze zawodu polegającego na pomocy cierpiącemu człowiekowi (Baldacchino, 2015). Przypominanie sobie o tym pragnieniu będzie szczególnie ważne, gdy praca zawodowa zacznie przytłaczać liczbą godzin, koniecznością obsługi skomplikowanych urzędzeń czy nadmierną biurokracją. Stanowi zatem profilaktykę wypalenia zawodowego (Klimasiński, Ziembkiewicz, Baum, 2019).

Mentorem dla studentów w tej kwestii może być doświadczony pracownik medyczny, który będzie gotowy dać osobiste „świadczenie”. Byłby żywym dowodem na to, że poznanie i pielęgnowanie własnej duchowości są drogą do pozostania wiernym swoim przekonaniom i aspiracjom. Na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu w latach 2016–2018 jedno ze studenckich kół naukowych organizowało regularne spotkania dyskusyjne z lekarzami różnych wyznań religijnych zatytułowane „Duchowość w Medycynie”.

Pytania zadawane przez umierających odbijają się niczym echo w umysłach tych, którzy sprawują nad nimi opiekę.

Spotkanie z umierającym człowiekiem często skłania pracownika medycznego do przyjrzenia się własnej duchowości czy poszukiwania sensu w różnych życiowych doświadczeniach. Pytania zadawane przez umierających odbijają się niczym echo w umysłach tych, którzy sprawują nad nimi opiekę. Z tego powodu student po wycie na oddziale medycyny paliatywnej lub po doświadczeniu śmierci pacjenta w innych okoliczności powinien mieć możliwość rozmowy z kimś, kto będzie w stanie okazać mu wsparcie.



Funkcję tę może pełnić psycholog lub kapelan, osoba duchowna reprezentująca religię, którą student wyznaje, albo inni pracownicy medyczni, np. w formie grupy wsparcia. Spotkania takich grup bywają organizowane przez izby lekarskie, np. jako Grupy Balinta, podczas których lekarze opowiadają o szczególnych spotkaniach z pacjentami (Bar-Sela, Lulav-Grinwald, Mitnik, 2012). Takie wsparcie jest ogromnie ważne na początku pracy zawodowej, gdy presja otoczenia może dyktować, że sens życia czy znaczenie śmierci to tematy, z którymi lekarz nie powinien mieć problemów (Speck, 1998).

Refleksja na temat osobistych poszukiwań egzystencjalnych, doświadczeń transcendentnych oraz stosunku do otaczającego świata jest w gruncie rzeczy intymnym procesem. Zaplanowanie przeprowadzenia jej na zajęciach ze studentami jest zatem dużym wyzwaniem. Inspiracją do takich przemyśleń mogą być powyżej opisane spotkania z ludźmi, którzy dzielą się swoimi duchowymi przeżyciami. Innym sposobem może być obcowanie ze sztuką, której różne formy nieraz poruszają coś w człowieku i skłaniają do zadumy. Autorzy *Białej Księgi* sugerują udział w rekolekcjach (ang. *spiritual retreat*) (Best i in., 2020). Osoby religijne mają szeroki wybór krótkich lub długich zorganizowanych wyjazdów, podczas których mogą spędzać więcej czasu na modlitwie, nawiązywać relacje z innymi wierzącymi, odwiedzić święte miejsca. Istnieje również możliwość samodzielnego odbycia rekolekcji bez względu na wyznanie lub jego brak. Wystarczy wybrać odpowiednie miejsce i czas. Może to być jeden lub kilka dni wolnych od pracy oraz obowiązków domowych. Można znaleźć miejsce, w którym człowiek będzie sam – wynająć pokój lub odbyć wędrówkę. W tym czasie ważne jest unikanie rozproszeń, takich jak telewizja czy Internet. Zrezygnowanie z takich rozrywek pozwala się wyciszyć, zajrzeć w głąb siebie. Szczególnie skutecznym ćwiczeniem duchowym jest przyjęcie pozycji siedzącej oraz odpowiedni sposób oddychania. W takim momencie można lepiej zrozumieć swoje trudności, przywiązania i pragnienia. Można spojrzeć na całą historię swojego życia i docenić to, co było w nim dobre, nabrać nadziei na zmianę w obszarach, które tego wymagają.

Refleksja na temat osobistych poszukiwań egzystencjalnych, doświadczeń transcendentnych oraz stosunku do otaczającego świata jest w gruncie rzeczy intymnym procesem. Zaplanowanie przeprowadzenia jej na zajęciach ze studentami jest zatem dużym wyzwaniem.

## Zrozumienie duchowych przeżyć osób chorych

Drugim ważnym celem kształcenia jest przekonanie studenta, że duchowość jest ważnym elementem zdrowia i zmagania się z chorobą. Ciężka choroba, szczególnie długotrwała, nieuleczalna, niejako zmusza pacjenta do konfrontacji

*Kluczem do poznania znaczenia duchowości chorego jest zrozumienie, że u każdego pacjenta duchowość może przybierać nieco inną formę.*

z dotychczasowymi przekonaniami, stosunkiem do siebie i otaczającego świata. Może prowadzić do przewartościowania i adaptacji lub do buntu i większego cierpienia (Best i in., 2020). Kluczem do poznania znaczenia duchowości chorego jest zrozumienie, że u każdego pacjenta duchowość może przybierać nieco inną formę. Chorzy raczej nie będą używać terminu „du-

chowość”, dlatego uważne słuchanie słownictwa, którym się posługują, ma ogromne znaczenie (Best i in., 2020). Osoby wierzące, nawet bardzo religijne, doświadczając ciężkiej choroby, zastanawiają się, dlaczego właśnie one zachorowały, dlaczego w tym właśnie czasie, czy Bóg rzeczywiście istnieje, czy jest dobry, jak ocenia ich życie, dlaczego pozwala im cierpieć. Ci, którzy nie wierzą w istnienie Boga, znajdują inne odpowiedzi na pytania o to, skąd pochodzą, jaki jest sens ich życia, co oznacza dla nich umieranie i co stanie się z nimi po śmierci, czy połączą się z tymi, których kochali. Zajęcia ze studentami na ten temat można przeprowadzić jako prezentację poglądów różnych religii na te tematy.

*Osobiste przekonania studenta wpływają na sposób, w jaki będzie się on odnosił do pacjentów. Dojrzała postawa lekarska nie zależy od tego, czy pracownik medyczny jest osobą wierzącą ani jaką ewentualnie religię wyznaje. Przejawia się natomiast poprzez praktyczną umiejętność empatycznego rozumienia światopoglądu pacjentów.*

Osobiste przekonania studenta wpływają na sposób, w jaki będzie się on odnosił do pacjentów. Dojrzała postawa lekarska nie zależy od tego, czy pracownik medyczny jest osobą wierzącą ani jaką ewentualnie religię wyznaje. Przejawia się natomiast poprzez praktyczną umiejętność empatycznego rozumienia światopoglądu pacjentów. Jest także kluczem do odnalezienia równowagi między profesjonalnym dystansem a współczującą bliskością. Doświadczenie edukacyjne może przybrać formę wizyty w mieszkaniu rodziny opiekującej się osobą w zaawansowanym stadium choroby

lub w domu starszej osoby mieszkającej samotnie. Zadanie polega na tym, aby studenci dowiedzieli się, w jaki sposób odwiedzane osoby radzą sobie z doświadczanym cierpieniem (Baldacchino, 2015). Podobny efekt można osiągnąć, prezentując opublikowane przypadki (*case studies*), jednak nic nie zastąpi spotkania z żywym człowiekiem, szczególnie w jego własnym domu, w którym może pokazać religijne przedmioty, które są dla niego pomocne. Studenci mogą zostać poproszeni o odnotowanie różnych „aktywności duchowych” podejmowanych przez pacjentów w związku z chorobą. Zaliczają się do nich: modlitwa, korzystanie ze „świętych pism” lub dewocjonaliów, przyjmowanie sakramentów, inne rytuały religijne, uczestnictwo w nabożeństwach itp. Będą to także pozareligijne czynności, takie jak wykonanie bilansu swojego życia, pojednanie się z bliskimi, przebaczenie im (a także sobie) różnych błędów.

Niektóre osoby są w stanie zaakceptować swoją chorobę i wiążące się z nią ograniczenia, a nawet spokojnie przyjąć zbliżającą się śmierć ze względu na przeżycia duchowe, których doświadczyli. Duchowość jest zatem dla tych pacjentów zasobem, z którego czerpią (Klimasiński, Theda, Cofta, Springer, Wieczorowska-Tobis, 2020). Cierpienie może przyczynić się do rozwoju osobistego człowieka, który może zacząć w większym stopniu doceniać życie i przeżywać je bardziej świadomie. Może odkryć w sobie większe pokłady wrażliwości i współczucia dla innych (Ogińska-Bulik, 2014). W takich przypadkach, paradoksalnie, pacjent może być wsparciem dla opiekującego się nim lekarza, który ma swoje trudności egzystencjalne (Saunders, 1988). Studenci mogą jednak zauważyć, że im cięższa choroba, tym bardziej zaburzony staje się dotychczasowy sposób życia i tym większe istnieje zagrożenie, że nic nie wróci już do normy, łącznie z integralnością danej osoby. Zatem u niektórych pacjentów może dominować poczucie krzywdy, bezradności, wyobcowania, kryzys wiary. Chorzy tacy mogą nigdy nie zaakceptować swojej sytuacji, utracić sens życia. Pracownik medyczny nie powinien lekceważyć takiego „dystresu duchowego” (Puchalski, Buller, Haythorn, Jacobs, Ferrell, 2019). Jeżeli go rozpozna, powinien pomóc pacjentowi spotkać się z kapłanem szpitalnym. Do potwierdzenia rozpoznania takiego kryzysu lekarz przykładowo może posłużyć się kwestionariuszem Facit-Sp (Schultz, Meged-Book, Mashiach, Bar-Sela, 2017).

## Ocena duchowości pacjenta

Kolejnym celem kształcenia jest nabycie umiejętności rozmowy o duchowości tak, aby chorzy i ich rodziny czuli otwartość, szacunek, brak osądzania czy oceniań ze strony lekarza (Best i in., 2020). To krok w stronę poznania, kim jest pacjent oraz czy ma w sobie zasoby, aby radzić sobie z chorobą. Niektórzy chorzy mówią wprost o swoich zmaganiach, wymagają tylko niewielkiej zachęty

Kolejnym celem kształcenia jest nabycie umiejętności rozmowy o duchowości, tak aby chorzy i ich rodziny czuli otwartość, szacunek, brak osądzania czy oceniania ze strony lekarza.

do tego, aby powiedzieć więcej o swoich przeżyciach. Studenci medycyny są raczej przyzwyczajeni do zbierania wywiadu lekarskiego składającego się w większości z pytań zamkniętych. Wysłuchanie dłuższej opowieści pacjenta i zrozumienie jej znaczenia może zatem okazać się bardzo trudnym zadaniem. Inni pacjenci są bardziej zamknięci, podczas wywiadu wymieniają objawy swojej choroby, przebyte operacje czy niepowodzenia leczenia monotonnym głosem, nie spodziewając się ze strony lekarza współczucia. Odpo-

wiednim zabiegiem dydaktycznym może być zatem nauczenie studentów kilku zwrotów stosowanych w takich sytuacjach. Sposobem na okazanie zainteresowania duchowością chorego może być zapytanie: „W jaki sposób ta choroba zmieniła Pani/Pana życie?”. Jest to oczywiście okazja do omówienia tych spraw, które nadają życiu sens. W przypadku pacjentów w okresie końca życia można powiedzieć: „Wszystko wskazuje na to, że Pani/Pana choroba będzie coraz bardziej postępować. Czy chce Pani/Pan porozmawiać o tym, co może się wydarzyć?”. Gdy pacjent sam mówi o zbliżającej się śmierci, można zapytać: „Jakie ma Pani/Pan myśli na ten temat?”.

Niektórzy autorzy sugerują, aby nie czekać na przypadkowe pojawienie się tematu wiary w rozmowie. Proponują nawet, żeby zadawać takie pytanie każdemu pacjentowi już podczas przyjęcia do szpitala. Pacjenci zazwyczaj nie czują się urażeni, gdy zadaje się im takie pytanie w życzliwy sposób: „Dla niektórych osób religia lub duchowość jest źródłem sensu życia, zasobem w radzeniu sobie z chorobą, czy tak jest i w Pani/Pana przypadku?” (Daaleman, Nease, 1994). Zaleca się również skrining w kierunku szczegółowych potrzeb duchowych chorych związanych z opieką medyczną. Student znający zwyczaje i tradycje różnych kultur i religii może lepiej zrozumieć pacjentów, którzy mają przekonania wpływające na ich decyzje terapeutyczne, ponieważ wie, czego może się spodziewać. Istnieje wiele narzędzi, które pomagają przeprowadzić taką rozmowę. Warto tu wymienić kwestionariusz HOPE czy FICA (Best i in., 2020; Anandarajah, Hight, 2001; Borneman, Ferrell, Puchalski, 2010). Zajęcia można przeprowadzić w taki sposób, że jeden ze studentów otrzymuje do odegrania rolę pacjenta o określonych przekonaniach i potrzebach duchowych, a inny student ma za zadanie poznać je w delikatny i afirmatywny sposób (Baldacchino, 2015). Zbieranie szczegółowego wywiadu duchowego jest jednak bardzo wymagającym zadaniem, częściowo wykraczającym poza kompetencje lekarza (Paal, Frick, Roser, Jobin, 2017).

## Wsparcie duchowe

Następną niezbędną umiejętnością do nabycia w czasie edukacji na temat duchowości w medycynie jest udzielanie wsparcia duchowego. Naukę należy rozpocząć od wyjaśnienia studentom podziału na ogólne (sposób traktowania pacjenta) i szczegółowe interwencje (integrowanie konkretnych potrzeb duchowych z całościowym planem opieki nad chorym).

Ogólna opieka duchowa obejmuje postawę lekarza wobec chorego i może w ogóle nie wiązać się z żadną dyskusją (Anandarajah, Hight, 2001). Mowa tutaj o adekwatnym zachowaniu wobec pacjenta, po którym widać na pierwszy rzut oka, że przeżywa poważne cierpienie (prezentuje ból, jest wyniszczony itp.). Chorzy tacy potrzebują, aby okazać im trochę empatii, życzliwości, serdeczności, łagodności... Należy ich zachęcić poprzez delikatny dotyk, uśmiech, „dobre słowo” (Pawlak, 2006). Wsparcie polega zatem na dostrzeżeniu w pacjencie osoby (ang. *person centered care*), która ma swoją godność, historię, osobowość, obawy i nadzieje (Puchalski, 2013). Jest to postawa całkowicie niezależna od przekonań duchowych każdej ze stron. Nawet gdy chory jest nieprzytomny lub ma zaburzenia świadomości, należy zachować tę postawę podczas każdej czynności wykonywanej przy jego łóżku. Należy powstrzymać się od wypowiedziania negatywnych komentarzy czy nieadekwatnych żartów (Klimasiński, 2021).

Kolejnym krokiem jest umiejętność nawiązania relacji z pacjentem, który mówi o historii swojego życia, o swoim cierpieniu, ewentualnie o umieraniu i śmierci. Obojętne i chłodne zachowanie, postawa zbyt i tylko profesjonalna mogą przysporzyć choremu dodatkowego cierpienia. Z kolei potwierdzenie odbioru takiego komunikatu, sparafrazowanie, prosty empatyczny komentarz, towarzyszenie przez chwilę w ciszy mogą sprawić, że chory poczuje się doceniony, akceptowany, nabierze zaufania, poczuje ciepło, odpręży się (Saunders, 1988). Gdy chory stawia pytania egzystencjalne na temat cierpienia lub śmierci, pracownik medyczny nie musi wstydzić się własnej bezradności. Pomoc pa-

Następną niezbędną umiejętnością do nabycia w czasie edukacji na temat duchowości w medycynie jest udzielanie wsparcia duchowego.

Wsparcie polega na dostrzeżeniu w pacjencie osoby, która ma swoją godność, historię, osobowość, obawy i nadzieje. Jest to postawa całkowicie niezależna od przekonań duchowych każdej ze stron.

Pomoc pacjentowi w odkrywaniu prawdy o jego życiu, sensie cierpienia, przemijaniu, śmierci, wieczności nie polega na udzielaniu odpowiedzi, a raczej na tworzeniu przestrzeni do tych poszukiwań, podążaniu „krok za pacjentem”.

pacjentowi w odkrywaniu prawdy o jego życiu, sensie cierpienia, przemijaniu, śmierci, wieczności nie polega na udzielaniu odpowiedzi, a raczej na tworzeniu przestrzeni do tych poszukiwań, podążaniu „krok za pacjentem” (Saunders, 1988; Pawlak, 2006). Oczywiście, chorzy mogą decydować się na czerpanie duchowego wsparcia z innych relacji, ale bliskość i poufność zawarta w relacji lekarz – pacjent stawia lekarza w uprzywilejowanej pozycji (Pronk, 2005). Zadaniem zespołu leczącego jest również konkretna pomoc pacjentom hospitali-

zowanym w utrzymywaniu więzi z bliskimi, co jest dużym wyzwaniem w czasach pandemii COVID-19.

Szczegółowa lub specjalistyczna opieka duchowa polega na umożliwieniu pacjentom wyrażania swojej duchowości poprzez modlitwę, sztukę, korzystanie

Szczegółowa lub specjalistyczna opieka duchowa polega na umożliwieniu pacjentom wyrażania swojej duchowości poprzez modlitwę, sztukę, korzystanie z materiałów religijnych oraz uczestniczenie w rytuałach czy nabożeństwach, a także konsultowaniu pacjentów z kapłanem szpitalnym we właściwy sposób.

nie z materiałów religijnych oraz uczestniczenie w rytuałach czy nabożeństwach, a także konsultowaniu pacjentów z kapłanem szpitalnym we właściwy sposób. W tym wypadku nabiera znaczenia wspomniane wcześniej pytanie o wiarę czy skrining w kierunku szczegółowych potrzeb duchowych. Każdy pacjent, który wyrazi taką potrzebę, powinien mieć zapewnioną możliwość skorzystania z miejsca sprzyjającego wyciszeniu, refleksji, ewentualnie modlitwie oraz możliwość spotkania z osobą duchowną swojego wyznania (Vandenhoeck, 2013).

Jak wspomniano wcześniej, jeśli lekarz rozpozna dystres duchowy, powinien skonsultować taki przypadek z kapłanem szpitalnym będącym specjalistą w opiece duchowej. Taka konsultacja powinna następnie zostać odpowiednio udokumentowana (Best i in., 2020; Anandarajah, Hight, 2001). Współpraca lekarzy i pielęgniarek z kapłanem wymaga zrozumienia zakresu jego szkolenia i możliwości wkładu w codzienną pracę kliniczną. Warto zatem zapoznać studentów z tym, jak na co dzień wy-

gląda praca kapelana szpitalnego. Na zajęciach powinni mieć możliwość spotkania się z osobami duchowymi różnych wyznań, którzy mogą podzielić się doświadczeniem pracy z chorymi. Kapelan może nawet zaprosić studentów, aby w ramach zajęć towarzyszyli mu w jego pracy na oddziale.

## Podsumowanie

Rozróżnianie potrzeb pacjentów na psychospołeczne, egzystencjalne i duchowe może być bardzo trudne. Oczywiście jest, że są one wszystkie ze sobą powiązane. Niektórzy lekarze nie potrzebują żadnej edukacji, aby udzielać, opisaną powyżej, podstawowej opieki duchowej. Intuicyjnie traktują pacjentów w sposób empatyczny. Z drugiej strony, według autorów *Białej Księgi*, im więcej członków personelu medycznego nie ma kontaktu z własną duchowością, tym bardziej skomplikowane jest zapewnienie interdyscyplinarnej opieki duchowej i tym jest mniej prawdopodobne, że potrzeby duchowe pacjentów zostaną zaspokojone (Best i in., 2020). Jednocześnie konieczne jest uznanie granic, w których odbywa się rozmowa o duchowości. Mowa tu o poszanowaniu tabu kulturowego, czasami bardzo odmiennych wartości czy indywidualnych wyborów pacjentów. Stąd wniosek, że zajęcia dydaktyczne na temat opieki duchowej są bardzo potrzebne i przydatne. Mogą doprowadzić nie tylko do polepszenia jakości życia chorych, lecz także do lepszej współpracy w zespole leczącym, ponieważ lekarz będzie umiał okazać wsparcie również innym członkom personelu.

Zajęcia  
dydaktyczne  
na temat  
opieki duchowej  
są bardzo  
potrzebne  
i przydatne.

## Bibliografia

1. Anandarajah, G., Hight, E. (2001). *Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment*. American Family Physician, 63 (1), 81–89.
2. Baldacchino, D. (2015). *Spiritual Care Education of Health Care Professionals*. Religions, 6 (2), 594–613. DOI: 10.3390/rel6020594.
3. Bar-Sela, G., Lulav-Grinwald, D., Mitnik, I. (2012). "Balint group" meetings for oncology residents as a tool to improve therapeutic communication skills and reduce burnout level. Journal of Cancer Education, 27 (4), 786–789. DOI: 10.1007/s13187-012-0407-3.
4. Best, M., Leget, C., Goodhead, A., Paal, P. (2020). *An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care*. BMC Palliative Care, 19 (1), 1–10. DOI: 10.1186/s12904-019-0508-4.
5. Borneman, T., Ferrell, B., Puchalski, C.M. (2010). *Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment*. Journal of Pain and Symptom Management, 40 (2), 163–173. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2009.12.019.

6. Daaleman, T.P., Nease, D.E., Jr (1994). *Patient attitudes regarding physician inquiry into spiritual and religious issues*. Journal of Family Practice, 39 (6), 564–568.
7. Klimasiński, M., Ziemkiewicz, M., Baum, E. (2019). *Duchowość a wypalenie zawodowe lekarzy*. Medycyna Praktyczna, 5, 121–124.
8. Klimasiński, M.W. (2021). *Spiritual care in the intensive care unit*. Anaesthesiology Intensive Therapy, 53 (4), 350–357. DOI: 10.5114/ait.2021.109920.
9. Klimasiński, M.W., Theda, J., Cofta, S., Springer, D., Wieczorowska-Tobis, D. (2020). *Opieka duchowa w medycynie: duchowość a postrzeganie choroby, radzenie sobie z cierpieniem – ankietowe badanie ilościowe na polskiej populacji dorosłych chorych przewlekłe*. Sztuka Leczenia, 1, 9–18. DOI: 10.34938/h1k9-t164.
10. Leeuwen, R.R., Cusveller, B. (2005). *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit: Professionele aandacht voor levensbeschouwing, religie en zingeving*. Utrecht: Lemma.
11. Paal, P., Frick, E., Roser, T., Jobin, G. (2017). *Expert Discussion on Taking a Spiritual History*. Journal of Palliative Care, 32 (1), 19–25. DOI: 10.1177/0825859717710888.
12. Pawlak, Z. (2006). *Opieka paliatywna*. W: A. Szczeklik (red.). *Choroby wewnętrzne*. Tom 2. Kraków: Medycyna Praktyczna, s. 2259–2312.
13. Pronk, K. (2005). *Role of the doctor in relieving spiritual distress at the end of life*. American Journal of Hospice and Palliative Care, 22 (6), 419–425. DOI: 10.1177/104990910502200606.
14. Puchalski, C.M., Ferrell, B.R., Bornerman, T., DiFrances Remein, C., Haythorn, T., Jacobs, C. (2021). *Implementing quality improvement efforts in spiritual care: outcomes from the interprofessional spiritual care education curriculum*. Journal of Health Care Chaplaincy, 15, 1–12. DOI: 10.1080/08854726.2021.1917168.
15. Puchalski, C.M. (2013). *Integrating spirituality into patient care: an essential element of person-centered care*. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 123 (9), 491–497.
16. Puchalski, C.M., Jafari, N., Buller, H., Haythorn, T., Jacobs, C., Ferrell, B. (2020). *Interprofessional Spiritual Care Education Curriculum: A Milestone toward the Provision of Spiritual Care*. Journal of Palliative Medicine, 23 (6), 777–784. DOI: 10.1089/jpm.2019.0375.
17. Puchalski, C.M., Jafari, N., Buller, H., Haythorn, T., Jacobs, C., Ferrell, B. (2020). *Interprofessional Spiritual Care Education Curriculum: A Milestone toward the Provision of Spiritual Care*. Journal of Palliative Medicine, 23 (6), 777–784. DOI: 10.1089/jpm.2019.0375.
18. Puchalski, C.M., Larson, D.B. (1998). *Developing curricula in spirituality and medicine*. Academic Medicine, 73 (9), 970–974. DOI: 10.1097/00001888-199809000-00015.
19. Puchalski, C.M., Vitillo, R., Hull, S.K., Reller, N. (2014). *Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus*. Journal of Palliative Medicine, 17 (6), 642–656. DOI: 10.1089/jpm.2014.9427.
20. Saunders, C. (1988). *Spiritual pain*. Journal of Palliative Care, 4 (3), 9–32.
21. Schultz, M., Meged-Book, T., Mashiach, T., Bar-Sela, G. (2017). *Distinguishing Between Spiritual Distress, General Distress, Spiritual Well-Being, and Spiritual Pain Among Cancer Patients During Oncology Treatment*. Journal of Pain and Symptom Management, 54 (1), 66–73. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2017.03.018.
22. Speck, P. (1998). *Spiritual issues in palliative care*. W: D. Doyle, G. Hanks, M. MacDonald (red.). *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford: Oxford University Press, s. 805–816.
23. Vandenhoeck, A. (2013). *Chaplains as specialists in spiritual care for patients in Europe*. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 123 (10), 552–557.



Monika Matecka

# Duchowość i religijność w radzeniu sobie z chorobą przewlekłą



## W tym rozdziale:

Religijność, duchowość – próba przybliżenia pojęć . . . . .	161
Religijne i duchowe strategie radzenia sobie z wydarzeniami kryzysowymi . . . . .	162
Prawidłowe rozpoznanie potrzeb pacjenta jako warunek skutecznego wsparcia . . . . .	164
Wsparcie religijne i duchowe w procesie wzmacniania dobrostanu pacjenta . . . . .	166

# Duchowość i religijność w radzeniu sobie z chorobą przewlekłą

„(...) Człowiek jest stworzony do pozostawania  
w związku z jakąś wartością poza nim samym”.  
(Knabit, 2017, s. 216)

## Religijność, duchowość – próba przybliżenia pojęć

W kontekście radzenia sobie z chorobą przewlekłą zainteresowania badaczy koncentrują się zarówno na zagadnieniach związanych z duchowością, jak i religijnością. Jakkolwiek konstrukty te są niekiedy traktowane jako synonimy, warto podkreślić ich definicyjną odrębność (Bravin, Trettene, Andrade, Popim, 2019). Religijność jest związana z przyjętym przez jednostkę określonym systemem przekonań (wiarą) i wynikającymi z nich praktykami religijnymi. Duchowość natomiast to specyficzny, a jednocześnie uniwersalny wymiar ludzkiego doświadczenia. Istotą tego wymiaru jest transcendencja, rozumiana jako wykraczanie poza aktualnie doświadczane „ja” (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010), przekraczanie siebie, własnych uwarunkowań (Drenda, Dobroczyński, 2017). Wymiar duchowy odnosi się zarówno do indywidualnej relacji jednostki z sacrum, siłą wyższą, jak i do poszukiwania sensu, znaczenia i celu własnej egzystencji. Jak zauważa Bartłomiej Dobroczyński: „(...) potrzeba transcendencji wydaje się wpisana w naszą naturę, bez względu na to, czy stoi za nią osobowy Bóg, buddyjska pustka czy proces ewolucji” (Drenda, Dobroczyński, 2017, s. 187).

Zakres znaczeniowy pojęcia „duchowość” zmienia się – silne w przeszłości przekonanie o jej ścisłym związku z religią uległo osłabieniu, ustępując obecnie postrzeganiu jej w kategoriach zjawiska osobnego, niezwiązanego z religią, a niekiedy nawet jej przeciwstawnego.

Zakres znaczeniowy pojęcia „duchowość” zmienia się – silne w przeszłości przekonanie o jej ścisłym związku z religią uległo osłabieniu, ustępując obecnie postrzeganiu jej w kategoriach zjawiska osobnego, niezwiązanego z religią, a niekiedy nawet jej przeciwstawnego. We współczesnej refleksji mówi się o duchowości ateistycznej (nowej duchowości) i w tym szerokim rozumieniu aspekt duchowy przypisuje się filozofii, sztuce, literaturze (Bielik-Robson, 2017). Jako zjawiska du-

chowe traktuje się również m.in. medytację, śpiew i śpiewną recytację, więź z naturą czy praktykowanie wdzięczności (Sheldrake, 2020; Van Ness, 1996).

## Religijne i duchowe strategie radzenia sobie z wydarzeniami kryzysowymi

Religijne lub duchowe strategie radzenia sobie (ang. *religious/spiritual coping* – RSC) odnoszą się do sposobów, w jaki ludzie wykorzystują wiarę lub osobiste przekonania, konfrontując się z sytuacjami trudnymi, kryzysowymi bądź próbując zapobiegać emocjonalnym konsekwencjom związanym z tymi sytuacjami lub łagodzić je (Panzini, Bandeira, 2007). Na przykład w badaniach indyjskich (Das, Punnoose, Doval, Nair, 2018) obejmujących 250 pacjentów z diagnozą schizofrenii (w fazie remisji) ustalono, że osoby odwołujące się do wymiaru duchowości lub religijności stosowały bardziej aktywne i adaptacyjne strategie radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą (takie jak: dystansowanie się, samokontrola, przyjęcie odpowiedzialności, koncentracja na rozwiązaniu problemu, pozytywne przewartościowanie, poszukiwanie wsparcia społecznego). Ustalenia te pozostają w spójności z wcześniejszymi doniesieniami o tym, że pacjenci ze schizofrenią rezydualną uwzględniający w swoim funkcjonowaniu wymiar duchowy lub religijny częściej stosują adaptacyjne strategie radzenia sobie z chorobą (Shah i in., 2011).

Protekcyjny mechanizm oddziaływania religijności lub duchowości w radzeniu sobie z wydarzeniami kryzysowymi czy traumatycznymi nie został w pełni poznany. Wiele badań dokumentuje jednak istnienie istotnych powiązań między emocjonalnymi i duchowymi potrzebami pacjenta a poczuciem zadowolenia z leczenia, redukcją lęku, bólu i symptomów depresji, zdrowiem

psychicznym i fizycznym, jakością życia oraz radzeniem sobie z chorobą, szczególnie przewlekłą. Ochronny charakter religijności lub duchowości dostrzega się także w kontekście uzależnień czy zachowań suicydalnych (Unterrainer, Lewis, Fink, 2014; Moreira-Almeida, Koenig, Lucchetti, 2014).

Ochronny charakter religijności lub duchowości dostrzega się także w kontekście uzależnień czy zachowań suicydalnych.

Warto podkreślić rolę, jaką odgrywa duchowość w okresie późnej dorosłości. Odwoływanie się do wymiaru duchowego może pozostawać w związku z pomyślnym starzeniem się, wzmacniać zdolność radzenia sobie z poważnymi chorobami, niepełnosprawnością (Balducci, 2019) i innymi wydarzeniami o charakterze straty (takimi jak śmierć bliskich osób, zawężenie kontaktów interpersonalnych, pogorszenie funkcjonowania poznawczego), a także zmniejszać ryzyko samobójstwa (Waem, 2003).

W rozszerzonym biopsychospołeczno-duchowym modelu zdrowia dobrostan duchowy postrzegany jest jako istotny aspekt jakości życia związanej ze zdrowiem. Dobrostan duchowy to również jedno z głównych źródeł wsparcia, do których można odwoływać się w procesie radzenia sobie ze stresującymi wydarzeniami, w tym np. z chorobą przewlekłą (Bravin i in. 2019).

Istnieje wiele badań dotyczących dobrostanu fizycznego i psychospołecznego pacjentów z przewlekłymi chorobami nerek, znacznie rzadziej natomiast uwzględniano wcześniej aspekt duchowy w radzeniu sobie z chorobą i funkcjonowaniu tej grupy pacjentów (Cheawchanwattana, Chunlertrith, Saisunantarom, Pratheepawanit Johns, 2015). Obecnie coraz więcej doniesień wskazuje na pozytywny związek między takimi wymiarami, jak duchowość i dobrostan psychofizyczny pacjentów poddanych dializie otrzewnowej (Al-Ghabeeshi i in., 2018). Odwoływanie się do duchowych strategii radzenia sobie wzmacnia nadzieję, redukuje lęk i wiąże się z poprawą parametrów życiowych pacjentów leczonych hemodializą (Brasileiro i in., 2017). Pozwala również dostrzegać wartość życia, mimo że jest ono naznaczone cierpieniem związanym z chorobą i jej leczeniem (Costa i in., 2019). W badaniach irańskich (Babamohamadi i in., 2015) ustalono, że recytowanie wersów Koranu wiązało się z istotnym obniżeniem poziomu lęku u pacjentów objętych hemodializą. Aktywność wyrażająca się w modlitwie prowadzi do wzrostu nadziei (Eloia i in., 2021) u pacjentów leczonych hemodializą, jak również sprzyja refleksji dotyczącej własnej egzystencji, przyszłości i możliwości odbudowania (czy utrzymania) indywidualnych zasobów zdrowia u pacjentów z przewlekłymi chorobami nerek (Brasileiro i in., 2017). Siqueira, Fernandes i Moreira-Almeida (2019) zaobserwowali, że stosowanie religijnych lub duchowych strategii radzenia sobie pozostaje w związku z wyższym poczuciem szczęścia i koherencji pacjentów poddanych hemodializie.

Gergianaki, Kampouraki, Williams i Tsiligianni (2019) dokonali przeglądu badań dotyczących duchowości w radzeniu sobie z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Analiza wyników wskazuje, w przekonaniu autorów, że duchowość może odgrywać istotną – choć wciąż niedocenianą – rolę w poprawie jakości życia tej grupy pacjentów.

Wiele doniesień dotyczy również związków między duchowością i dobrostanem duchowym a wyższą jakością życia oraz lepszym funkcjonowaniem psychospołecznym i radzeniem sobie w grupie pacjentów z chorobami onkologicznymi.

Wiele doniesień dotyczy również związków między duchowością i dobrostanem duchowym a wyższą jakością życia oraz lepszym funkcjonowaniem psychospołecznym i radzeniem sobie w grupie pacjentów z chorobami onkologicznymi. Lu Xing i in. (2018) dokonali systematycznego przeglądu badań dostępnych w różnych bazach naukowych, uwzględniając doniesienia opublikowane w latach 1966–2018. Analiza zgromadzonego materiału skłoniła autorów do sformułowania wniosku, że stosowanie interwencji wzmacniających dobrostan duchowy prowadzi do poprawy jakości życia pacjentów z chorobami onkologicznymi, łagodzi symptomy depresji, obniża lęk oraz sprzyja radzeniu sobie z poczuciem braku nadziei i rozpaczy.

Autorzy przeglądu odnotowali jednocześnie, że wyniki badań nie są w pełni spójne, co może wynikać m.in. z doboru badanych grup cechujących się dużą heterogenicznością, zróżnicowaniem. W badaniach Ghahari i in. (2017) przeprowadzonych w grupie kobiet po przebytych raku piersi, objętych terapią poznawczo-behawioralną oraz terapią uwzględniającą wymiar religijny i duchowy zaobserwowano poprawę w obszarze radzenia sobie z chorobą oraz jakości życia, jednak wyniki uznano za nieistotne statystycznie.

## Prawidłowe rozpoznanie potrzeb pacjenta jako warunek skutecznego wsparcia

Lormans i in. (2021) dokonali systematycznego przeglądu badań dotyczących potrzeb wyrażanych przez pacjentów objętych opieką paliatywną. Potrzeby te zakwalifikowali do pięciu kategorii: autonomia, powiązania z innymi ludźmi, znaczenie, pozytywna perspektywa, radzenie sobie ze śmiercią i umieraniem. Autorzy uznali, że takie potrzeby, jak autonomia, powiązania z innymi ludźmi, radzenie sobie ze śmiercią i umieraniem mają charakter zarówno społeczny, jak i duchowy. Z kolei potrzeby związane z poszukiwaniem

i nadawaniem znaczenia (różnym wydarzeniom, doświadczeniom) oraz przyjmowaniem pozytywnej perspektywy należą do sfery duchowej. Autorzy zaproponowali w tym kontekście społeczno-duchowe podejście do potrzeb, akcentując fakt, że potrzeby człowieka cechuje wielowymiarowość, a to oznacza, że określona potrzeba może mieć szeroki – i odmienny dla różnych pacjentów – zakres znaczeniowy. Odnosząc się do przykładu, potrzeba autonomii może być rozumiana zarówno jako „potrzeba bycia traktowanym jako osoba”, jak i „potrzeba sprawowania kontroli”, „potrzeba uzyskania informacji dotyczących stanu zdrowia” czy też „potrzeba samodzielnego zarządzania finansami”. Tak więc dopiero głębsza analiza treści wypowiedzianych przez pacjenta (wyrażająca się np. w pytaniu: „Co to dla Pani/Pana oznacza?”) umożliwia rozpoznanie, zrozumienie i rozróżnienie werbalizowanych przez pacjenta potrzeb, a w rezultacie zapewnienie mu właściwej formy wsparcia w chorobie (Lormans i in., 2021).

Ramezani, Ahmadi, Mohammadi i Kazemnejad (2014) na podstawie analizy źródeł opublikowanych w latach 1950–2018 ustalili, że interwencje o charakterze duchowym stosowane w obszarze pielęgniarstwa wyrażają się w: aktywnym słuchaniu, nieocenianiu i bezwarunkowej akceptacji pacjenta; odkrywaniu duchowej perspektywy pacjenta i umiejętności wyboru odpowiedniego momentu na rozmowę o potrzebach duchowych; kojącej (leczącej) obecności – towarzyszeniu pacjentowi; koncentracji na znaczeniu; kreowaniu otoczenia (środowiska) wspierającego duchowe aspekty funkcjonowania pacjenta (respektowanie wartości duchowych lub religijnych oraz uwarunkowań kulturowych).

Connerton i Moe (2018, za: Ghorbani i in., 2020), odnosząc się do duchowego wymiaru opieki zapewnianej przez personel pielęgniarstwa, wyróżnili m.in. takie interwencje, jak: modlitwa (np. za pacjenta lub wspólnie z pacjentem); wspierająca obecność; terapeutyczny dotyk; medytacja; śpiewanie (pacjentowi lub wspólnie z pacjentem); wzmacnianie postawy ukierunkowanej

Interwencje o charakterze duchowym stosowane w obszarze pielęgniarstwa wyrażają się w: aktywnym słuchaniu, nieocenianiu i bezwarunkowej akceptacji pacjenta; odkrywaniu duchowej perspektywy pacjenta i umiejętności wyboru odpowiedniego momentu na rozmowę o potrzebach duchowych; kojącej (leczącej) obecności – towarzyszeniu pacjentowi; koncentracji na znaczeniu; kreowaniu otoczenia (środowiska) wspierającego duchowe aspekty funkcjonowania pacjenta.

na wybaczenie; komunikacja terapeutyczna stwarzająca pacjentowi możliwość wyrażania uczuć i emocji; czytanie (pacjentowi lub wspólnie z pacjentem) oraz pomoc w realizowaniu praktyk religijnych.

## Wsparcie religijne i duchowe w procesie wzmacniania dobrostanu pacjenta

Terapia uwzględniająca wymiar duchowy i/lub religijny jest jedną z metod interwencji podejmowanych w obszarze psychoonkologii. Istotą interwencji ukierunkowanych na poprawę dobrostanu duchowego jest m.in. budowanie poczucia zadowolenia z własnego życia, wzmacnianie postawy akceptacji i gotowości do doświadczania miłości, a nawet rozwijanie umiejętności wybaczenia (Baljani, Kazemi, Amanpour, Tizfahm, 2014).

Interwencje uwzględniające duchowy wymiar dobrostanu sprzyjają również poprawie relacji z innymi ludźmi (rodziną, przyjaciółmi), wzmacniają zachowania samoopiekuńcze i radzenie sobie z chorobą oraz poprawiają jakość życia pacjentów z chorobami onkologicznymi.

Interwencje uwzględniające duchowy wymiar dobrostanu sprzyjają również poprawie relacji z innymi ludźmi (rodziną, przyjaciółmi), wzmacniają zachowania samoopiekuńcze (Moeini, Taleghani, Mehrabi, Musarezaie, 2014) i radzenie sobie z chorobą oraz poprawiają jakość życia pacjentów z chorobami onkologicznymi (Oh, Kim, 2014; Xing i in., 2018). W badaniach Steinhauser i in. (2017) ustalono, że interwencje skoncentrowane na potrzebach egzystencjalnych i emocjonalnych prowadzą do poprawy dobrostanu społecznego pacjentów z chorobami onkologicznymi. Interwencje stosowane w ramach poszczególnych sesji miały charakter przeglądu życia – wspomnienia zdarzeń istotnych i znaczących dla pacjenta, związanych z doświadczeniem poczuciem dumy, zadowolenia, szczęścia, jak również przywoływania

doświadczeń trudnych, dotąd niewypowiedzianych, wiążących się z poczuciem winy, wynikającej np. z zaniechania działania, i konfrontujących pacjenta z potrzebą wybaczenia (sobie lub innym ludziom).

W kontekście rozważań na temat dobrostanu duchowego i wsparcia duchowego warto wspomnieć także o bólu duchowym, którego doświadczają pacjenci z chorobami onkologicznymi w fazie terminalnej. Pojawia się on w odpowiedzi na doświadczanie utraty istotnych wartości – znaczenia i celu życia, po-



czucia tożsamości, autonomii, relacji interpersonalnych, a także przyszłości – w związku ze zbliżającą się perspektywą śmierci (Murata, 2003). Ból duchowy przyjmuje różne postaci – może być komunikowany słownie, manifestować się poprzez reakcje i stany emocjonalne (rozdrażnienie, złość, depresja), jak również wyrażać w oczekiwaniu czy wręcz pożądaniu śmierci postrzeganej jako wydarzenie, które pozwoli uwolnić się od cierpienia (Murata, 2003).

W przekonaniu Viktora Frankla człowiek jest nie tylko „bytem zindywidualizowanym, ale także zintegrowanym” (Frankl, 2019, s. 47). Istotę ludzką cechuje „trójstronna jedność” wyrażająca się we współistnieniu tego, co somatyczne, psychiczne i duchowe. Uwzględnianie tej jedności przez osoby zapewniające profesjonalne wsparcie pacjentom z chorobami przewlekłymi, w starszym wieku, u kresu życia, wydaje się czymś oczywistym i niepodlegającym dyskusji. Wsparcie duchowe należy postrzegać jako istotny element procesu leczenia i opieki nad pacjentem. W dążeniu do poprawy lub utrzymania dobrostanu pacjenta interwencje odwołujące się do sfery duchowej powinny wplatać się w wielowymiarowy schemat wspierania pacjenta, współtowarzysząc interwencjom o charakterze wsparcia informacyjnego, emocjonalnego i instrumentalnego. Współtowarzysząc, a może raczej integrując różne formy pomocy, bo – odwołując się znowu do Viktora Frankla – to sfera duchowa stanowi przecież fundament ludzkiej egzystencji.

## Bibliografia

1. Al-Ghabeesh, S.H., Alshraifeen, A.A., Saifan, A.R., Bashayreh, I.H., Alnuaimi, K.M., Masalha, H.A. (2018). *Spirituality in the Lives of Patients with End-Stage Renal Disease: A Systematic Review*. Journal of Religion and Health, 57 (6), 2461–2477. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0622-2>.
2. Babamohamadi, H., Sotodehasl, N., Koenig, H.G., Jahani, Ch., Ghorban, R. (2015). *The Effect of Holy Qur'an Recitation on Anxiety in Hemodialysis Patients: A Randomized Clinical Trial*. Journal of Religion and Health, 54, 1921–1930. DOI: [10.1007/s10943-014-9997-x](https://doi.org/10.1007/s10943-014-9997-x).
3. Balducci, L. (2019). *Geriatric Oncology, Spirituality, and Palliative Care*. Journal of Pain and Symptom Management, 57 (1), 171–175. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.009>.
4. Baljani, E., Kazemi, M., Amanpour, E., Tizfahm, T. (2014). *The relationship between religion, spiritual well-being, hope and quality of life in patients with cancer*. Basic and Clinical Cancer Research 6 (4), 28–36.
5. Bielik-Robson, A. (2017). *Religia to nie książka telefoniczna*. W: J. Bielska-Krawczyk (red.). *Wiara w czasach niewiary. Rozmowy o współczesnej religijności*. Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, s. 125–162.
6. Bravin, A.M., Trettene, A., Andrade, L., Popim, R.C. (2019). *Benefits of spirituality and/or religiosity in patients with Chronic Kidney Disease: an integrative review*. Revista Brasileira de Enfermagem, 72 (2), 541–551. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0051>.
7. Brasileiro, T., Prado, A., Assis, BB., Nogueira, D.A., Lima, R.S., Chaves, E. (2017). *Effects of prayer on the vital signs of patients with chronic kidney disease: randomized controlled trial*. Revista da Escola de Enfermagem da U S P, 51, e03236. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016024603236>.

8. Cheawchanwattana, A., Chunlertrith, D., Saisunantararom, W., Pratheepawanit Johns, N. (2015). *Does the Spiritual Well-Being of Chronic Hemodialysis Patients Differ from that of Pre-dialysis Chronic Kidney Disease Patients?* Religions, 6 (1), 14–23; DOI: <https://doi.org/10.3390/rel6010014>.
9. Costa, D.T., Silva, D., Cavalcanti, I., Gomes, E.T., Vasconcelos, J., Carvalho, M. (2019). *Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer in chemotherapy.* Revista Brasileira de Enfermagem, 72 (3), 640–645. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0358>.
10. Das, S., Punnoose, V.P., Doval, N., Nair, V.Y. (2018). *Spirituality, religiousness and coping in patients with schizophrenia: A cross sectional study in a tertiary care hospital.* Psychiatry Research, 265, 238–243. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.030>.
11. Drenda, O., Dobroczyński, B. (2017). *Nieświęta mistyka.* W: O. Drenda, B. Dobroczyński (red.). *Czyje jest nasze życie?* Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, s. 183–199.
12. Eloia, S., Ximenes, M., Eloia, S.C., Galindo Neto, N.M., Barros, L.M., Caetano, J.Á. (2021). *Religious coping and hope in chronic kidney disease: a randomized controlled trial.* Revista da Escola de Enfermagem da U S P, 55, e20200368. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-RE-EUSP-2020-0368>.
13. Frankl, V.E. (2019). *Bóg ukryty. W poszukiwaniu ostatecznego sensu.* Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
14. Gergianaki, I., Kampouraki, M., Williams, S., Tsiligianni, I. (2019). *Assessing spirituality: is there a beneficial role in the management of COPD?* NPJ Primary Care Respiratory Medicine, 29 (1), 23. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41533-019-0134-x>.
15. Ghahari, S., Fallah, R., Rad, M.M., Farrokhi, N., Bolhari, J., Mousavi, M., Razzaghi, Z., Akbari, M.E. (2017). *Effect of cognitive-behavioral therapy and spiritual-religious intervention on improving coping responses and quality of life among women survivors of breast cancer in Tehran.* Bali Medical Journal 6 (2), 409–414.
16. Ghorbani, M., Mohammadi, E., Aghabozorgi, R., Ramezani, M. (2021). *Spiritual care interventions in nursing: an integrative literature review.* Supportive Care in Cancer, 29(3), 1165–1181. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05747-9>.
17. Knabit, L. (2017). *Paść przed Panem Bogiem i machać ogonem.* W: J. Bielska-Krawczyk (red.). *Wiara w czasach niewiary. Rozmowy o współczesnej religijności.* Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, s. 215–237.
18. Lormans, T., de Graaf, E., van de Geer, J., van der Baan, F., Leget, C., Teunissen, S. (2021). *Toward a socio-spiritual approach? A mixed-methods systematic review on the social and spiritual needs of patients in the palliative phase of their illness.* Palliative Medicine, 35 (6), 1071–1098.
19. Moeini, M., Taleghani, F., Mehrabi, T., Musarezaie, A. (2014). *Effect of a spiritual care program on levels of anxiety in patients with leukemia.* Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 19 (1), 88–93.
20. Moreira-Almeida, A., Koenig, H.G., Lucchetti, G. (2014). *Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines.* Revista Brasileira de Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999), 36 (2), 176–182. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1255>.
21. Murata, H. (2003). *Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer: construction of a conceptual framework by philosophical approach.* Palliative and Supportive Care, 1 (1), 15–21. DOI: <https://doi.org/10.1017/s1478951503030086>.
22. Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010). *Zdrowie – ujęcie wielowymiarowe i dynamiczne.* W: N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński (red.). *Osobowość, stres a zdrowie.* Warszawa: Diffin, s. 12–44.
23. Oh, P.J., Kim, S.H. (2014). *The effects of spiritual interventions in patients with cancer: a meta-analysis.* Oncology Nursing Forum, 41 (5), E290–E301. DOI: <https://doi.org/10.1188/14.ONF.E290-E301>.
24. Panzini, R.G., Bandeira, D.R. (2007). *Coping (enfrentamento) religioso/espiritual.* Revista De Psiquiatria Clinica 34, Suppl 1, 126–135. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>.
25. Ramezani, M., Ahmadi, F., Mohammadi, E., Kazemnejad, A. (2014). *Spiritual care in nursing: a concept analysis.* International Nursing Review, 61 (2), 211–219. DOI: <https://doi.org/10.1111/inr.12099>.

26. Siqueira, J., Fernandes, N.M., Moreira-Almeida, A. (2019). *Association between religiosity and happiness in patients with chronic kidney disease on hemodialysis*. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 41 (1), 22–28. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0096>.
27. Shah, R., Kulhara, P., Grover, S., Kumar, S., Malhotra, R., Tyagi, S. (2011). *Relationship between spirituality/religiousness and coping in patients with residual schizophrenia*. *Quality of Life Research*, 20 (7), 1053–1060. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9839-6>.
28. Sheldrake, R. (2020). *Nauka a praktyki duchowe. W jaki sposób badania naukowe wyjaśniają skuteczność praktyk i ich wpływ na nasze życie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
29. Steinhäuser, K.E., Alexander, S., Olsen, M.K., Stechuchak, K.M., Zervakis, J., Ammarell, N., Byock, I., Tulskey, J.A. (2017). *Addressing Patient Emotional and Existential Needs During Serious Illness: Results of the Outlook Randomized Controlled Trial*. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54 (6), 898–908. DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2017.10.1016](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.10.1016).
30. Unterrainer, H.F., Lewis, A.J., Fink, A. (2018). *Religious/Spiritual well-being, personality and mental health: a review of results and conceptual issues*. *Journal of Religion and Health* 53 (2), 382–392.
31. Waern, M., Rubenowitz, E., Wilhelmson, K. (2003). *Predictors of suicide in the old elderly*. *Gerontology*, 49 (5), 328–334. DOI: <https://doi.org/10.1159/000071715>.
32. Van Ness, P.H. (1996). *Spirituality and the Secular Quest*. New York: Crossroad.
33. Xing, L., Guo, X., Bai, L., Qian, J., Chen, J. (2018). *Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer?: A meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA*. *Medicine*, 97 (35), e11948. DOI: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011948>.



Patrycja Marciniak-Stępak

# Wpływ duchowości i zasobów wewnętrznych u dzieci i nastolatków na akceptację choroby przewlekłej



## W tym rozdziale:

Wprowadzenie. . . . .	173
Wpływ choroby na dziecko . . . . .	174
Etapy rozwoju psychospołecznego . . . . .	175
Mechanizmy radzenia sobie z chorobą przewlekłą przez pacjentów pediatrycznych. . . . .	180
Podsumowanie . . . . .	181

# Wpływ duchowości i zasobów wewnętrznych u dzieci i nastolatków na akceptację choroby przewlekłej

## Wprowadzenie

Celem tego rozdziału jest przedstawienie sposobów adaptacji do faktu rozpoznania choroby przewlekłej i/lub ograniczającej czynności dnia codziennego przez pacjentów pediatrycznych, z uwzględnieniem poszczególnych grup wiekowych. Ma on być pomocą zarówno dla pracowników jednostek oświatowych i systemu opieki medycznej, jak i rodziców oraz innych osób najbliższych dzieciom, które borykają się z różnego rodzaju restrykcjami narzuconymi przez chorobę. W niektórych wskazywanych przykładach autorka będzie nawiązywać do swoich doświadczeń pracy z pacjentami oddziału hematologii i onkologii dziecięcej, jednakże większość poruszanych aspektów można odnieść do sytuacji spotykanych w kontakcie z dziećmi z różnymi chorobami przewlekłymi,

które zaburzają dotychczasowe życie nie tylko pacjenta, lecz także całego jego otoczenia.

Z uwagi na to, że termin „duchowość” nie ma jednej definicji, co wynika z jego wielopłaszczyznowej interpretacji, w poniższej publikacji autorka nie skupi się wyłącznie na „religijności”, ale będzie się odnosić do szeroko pojętych zasobów wewnętrznych człowieka, które wspierają jego subiektywne oraz indywidualne rozumienie sensu istnienia, hierarchię wartości czy tłumaczą zasady i emocje towarzyszące kontaktom międzyludzkim (Krok, 2009; Jarosz, 2010).

Warto podkreślić, że w ostatnich latach coraz częściej wskazuje się na zasadność uwzględnienia w opiece nad pacjentami oprócz aspektów medycznych, związanych z objawami pochodzącymi „z ciała” (fizycznych), także wpływu choroby na potrzeby psychiczne, społeczne oraz duchowe pacjentów. Takie całościowe spojrzenie jest podstawowym założeniem modelu opieki holistycznej (ang. *whole person care*) i ma kluczowe znaczenie w pracy z pacjentami z chorobami przewlekłymi i/lub zagrażającymi życiu. Trend ten jest szczególnie silnie wyrażony w medycynie paliatywnej, w przypadku której celem jest zadbanie nie tylko o zgłaszane przez pacjenta objawy somatyczne, lecz także pochylenie się nad pozamedycznymi czynnikami wpływającymi na szeroko pojętą „jakość życia” pacjenta (Hutchinson, 2011).

## Wpływ choroby na dziecko

Bez wątplenia choroba przewlekła weryfikuje funkcjonowanie każdego człowieka, przy czym wśród pacjentów pediatrycznych ten ograniczający wpływ jest zdecydowanie głębszy i mocniej wyrażony, ponieważ hamuje naturalną w tym okresie swobodę i spontaniczność zachowania. Należy podkreślić, że w przypadku chorego dziecka dodatkowo zauważalny jest silny negatywny wpływ choroby przewlekłej na życie rodziców oraz rodzeństwa. Mimo że dzieci cechuje dość szybka, w porównaniu z dorosłymi, umiejętność adaptacji do nowej sytuacji, to dla sprawnego przystosowania się do wymagań leczenia szczególnie istotne są zasoby wewnętrzne małego pacjenta. Z tego powodu zwiększenie wiedzy i świadomości w tym zakresie wśród osób przebywających z przewlekle chorymi dziećmi będzie pomocne w odpowiednim wspieraniu i odpowiadaniu na ich potrzeby (Ziółkowska, 2010).

Do podstawowych potrzeb człowieka należy odnalezienie poczucia sensu życia. Każda choroba wiąże się z szeroko pojętym cierpieniem i lękiem oraz ograniczeniami dotyczącymi codziennych aktywności. Okres rozwoju jest wyjątkowo dynamiczny, dlatego jest to szczególnie negatywnie odczuwane przez dzieci, ponieważ nie pozwala na realizację wielu z kluczowych potrzeb. Jedno-



częście wymagania związane z leczeniem choroby przewlekłej znacznie ograniczają możliwości zdobywania nowych doświadczeń, co jest jednym z kluczowych sposobów uczenia się (Kowalczyk, 2009).

Niewątpliwie wewnętrzne zasoby każdego człowieka (m.in. motywacja, zdolność odczuwania pozytywnych i regulacji negatywnych emocji, samoakceptacja, duchowość itd.) pełnią ważną funkcję, wspierając go w trudnym czasie adaptacji do rzeczywistości związanej z chorobą. Ponadto ze względu na fakt, że choroba zaburza poczucie bezpieczeństwa, wyłączając dziecko z dotychczasowego znanego życia, ono samo otrzymuje nową rolę społeczną, jaką jest bycie pacjentem. Ponieważ pacjenci pediatryczni stanowią bardzo zróżnicowaną grupę, poziom rozwoju poszczególnych składowych zasobów wewnętrznych jest związany z ich wiekiem, rozwojem poznawczym i społeczno-emocjonalnym oraz umiejętnością wglądu i/lub autorefleksji (Kreidler, 2004). Należy także wspomnieć o obserwowanym zjawisku szybszego rozwoju psychicznego i dojrzałości dzieci doświadczających cierpienia i ograniczeń wynikających z choroby, co może być przyczyną trudności w porozumieniu ze zdrowymi rówieśnikami i bliskimi (Maciarz, 1998).

Z tego powodu poniżej przedstawiono etapy rozwoju psychospołecznego oraz sposoby rozumienia choroby, co może być przydatną wskazówką dla personelu medycznego, pracowników systemu oświatowego oraz opiekunów dzieci i nastolatków chorujących przewlekłe (Maciarz, 2006; Pilecka, 2002; Rogiewicz, 2015; Ziółkowska, 2010).

Wymagania związane z leczeniem choroby przewlekłej znacznie ograniczają możliwości zdobywania nowych doświadczeń, co jest jednym z kluczowych sposobów uczenia się.

## Etapy rozwoju psychospołecznego

### Okres niemowlęcy (do 12. miesiąca życia)

W tym okresie kluczowym elementem prawidłowego rozwoju psychospołecznego jest tworzenie więzi z opiekunem. Jego stała obecność zapewnia poczucie bezpieczeństwa i w odpowiednich warunkach skłania do stopniowego odkrywania otoczenia. Dziecko nie ma świadomości choroby, a głównym źródłem jego lęku jest brak opiekuna oraz odczuwany ból. Można uznać, że najskuteczniejszą metodą złagodzenia niepokoju, o działaniu wręcz terapeutycznym, jest głos opiekuna, zazwyczaj matki. Ze względu na silną więź już na tym etapie małe dziecko jest w stanie „odczytać” komunikaty niewerbalne płynące ze

Ponieważ niepokój opiekuna może mieć silny wpływ na lęki, które odczuwa mały pacjent, wsparcie bliskiej dziecku osoby i próba zapewnienia mu utraconego poczucia bezpieczeństwa w większości przypadków ukoi także dziecko.

strony rodzica i „przejąć” jego emocje. Umiejętność ta pozostaje w dziecku na długo, ale szczególnie w tym początkowym okresie życia jest głównym sposobem zrozumienia otaczającej rzeczywistości. Ponieważ niepokój opiekuna może mieć silny wpływ na lęki, które odczuwa mały pacjent, wsparcie bliskiej dziecku osoby i próba zapewnienia mu utraconego poczucia bezpieczeństwa w większości przypadków ukoi także dziecko. W adaptacji do utraconej rutyny dnia pomaga także powtarzalność pewnych czynności wykonywanych podczas hospitalizacji (czynności pielęgnacyjne, pobieranie krwi, pomiar parametrów życiowych, badanie lekarskie,

podawanie leków itd.), co w niedługiej perspektywie czasowej u większości dzieci staje się nową zaakceptowaną codziennością. Nie można zapominać również o stałej obecności znanych dziecku przedmiotów ułatwiających mu stabilizację emocjonalną, takich jak ulubiona maskotka czy kocyk.

## Wiek poniemowlęcy (1.–3. rok życia)

Z uwagi na doskonalenie umiejętności poruszania dziecko jest coraz bardziej zaciekawione otaczającym światem, a także nawiązywaniem kontaktów społecznych – na tym etapie jeszcze raczej

Warto podkreślić, że napięcie związane z chorobą i pobytem w nowym miejscu, jakim jest szpital, u wielu dzieci powoduje regres w rozwoju psychoruchowym – zazwyczaj jest to reakcja przemijająca, będąca jednym ze sposobów adaptacji do nowej, trudnej sytuacji.

w formie obserwacji niż bezpośrednich interakcji. Jednakże nadal potrzebuje bliskiej obecności opiekuna, a jego brak wywołuje bardzo nasilony lęk (tzw. lęk separacyjny). Podczas hospitalizacji pojawia się zainteresowanie przedmiotami związanymi z chorobą i podejmowane są pierwsze próby włączenia ich w system zabawy. Mimo że rozwija się umiejętność mówienia, nadal większość komunikatów wyrażana jest przez dziecko niewerbalnie i dlatego należy zwrócić szczególną uwagę na prezentowane w ten sposób emocje. Warto podkreślić, że napięcie

związane z chorobą i pobytem w nowym miejscu, jakim jest szpital, u wielu dzieci powoduje regres w rozwoju psychoruchowym – zazwyczaj jest to reakcja przemijająca, będąca jednym ze sposobów adaptacji do nowej, trudnej sytuacji.

## Wiek przedszkolny (3.–6. rok życia)

U dzieci w tym wieku kluczowe znaczenie ma możliwość zabawy. To nie tylko sposób na rozrywkę, naukę czy nawiązywanie relacji społecznych, lecz także skuteczna metoda pokonywania strachu, zrozumienia nowej sytuacji czy przynoszenia ulgi mimo związanego z chorobą cierpienia. Z tego powodu nawet w środowisku szpitalnym zasadne jest tworzenie przestrzeni (np. świetlica, plac zabaw) i/lub inicjowanie aktywności (np. wspólne prace plastyczne, działania podejmowane przez wolontariuszy oraz fundacje dobroczynne), które zapewnią dzieciom możliwość swobodnej zabawy w grupie. Zabawa, oprócz zaspokojenia potrzeby ruchu, dodatkowo umożliwia rozwój empatii i wrażliwości na potrzeby innych, osłabiając w dłuższej perspektywie charakterystyczny dla dzieci egocentryzm. Należy też wspomnieć o coraz silniej wyrażanej potrzebie samodzielności, zwłaszcza w zakresie czynności samoobsługowych. Daje to dziecku poczucie sprawstwa i kontroli, dlatego należy je w tych aktywnościach wspierać i wzmacniać, a nie wyręczać. Mimo że dziecko w wieku przedszkolnym chce coraz bardziej podkreślać swoją niezależność, która czasem wyraża się przekorą względem opiekunów, potrzeba bliskości rodzica jest nadal bardzo głęboka, a jego nieobecność może wyrażać się cechami lęku separacyjnego.

Nawet w środowisku szpitalnym zasadne jest tworzenie przestrzeni (np. świetlica, plac zabaw) i/lub inicjowanie aktywności (np. wspólne prace plastyczne, działania podejmowane przez wolontariuszy oraz fundacje dobroczynne), które zapewnią dzieciom możliwość swobodnej zabawy w grupie.

## Młodszy wiek szkolny (6.–10. rok życia)

To okres, w którym coraz większą rolę odgrywają rówieśnicy, a kontakt z nimi jest istotny nie tylko ze względu na doskonalenie kompetencji społecznych, lecz także stymuluje rozwój zainteresowań, wpływając w ten sposób na rozwój poznawczy. Z tego powodu choroba przewlekła i związane z nią zmiany

w codziennym życiu (przede wszystkim brak bezpośredniego kontaktu z grupą rówieśniczą) mogą być przez dziecko głęboko przeżywane, utrudniając adaptację do nowej sytuacji. Pacjent może mieć poczucie straty i wykluczenia z dotychczasowych aktywności, jak również obawiać się odrzucenia przez grupę zarówno z powodu zmian w wyglądzie zewnętrznym (np. utrata włosów po chemioterapii, blizny po zabiegu operacyjnym itd.), jak i osłabionej wydolności organizmu wynikającej z choroby podstawowej oraz powikłań leczenia. Dlatego ważne jest dbanie o utrzymywanie kontaktu z kolegami, z uwzględnieniem ograniczeń wynikających z obniżonej odporności dziecka. Do podtrzymywania relacji można wykorzystać nie tylko spotkania bezpośrednie (w małych grupach, bez udziału osób z objawami infekcji), lecz także potencjał mediów społecznościowych, wysyłać tradycyjne listy czy e-maile. Co ważne, korzyści z utrzymywania kontaktu z chorym dzieckiem odnoszą także jego koledzy, ucząc się empatii i tolerancji względem chorego dziecka oraz poszerzając swoją wiedzę na temat danej choroby, co może ograniczyć jego poczucie stygmatyzacji w społeczności.

Dziecko w wieku wczesnoszkolnym, wchodząc w tzw. okres operacji konkretnych, zaczyna rozumieć konsekwencje podjętych działań, jednak pojawia się także tzw. myślenie magiczne, co czasem może pomagać (dając możliwość wspierania dzieci poprzez bajki terapeutyczne), ale również utrudniać adaptację do

zmian w stanie zdrowia (wiążąc się z dociekaniem powodu zachorowania czy odczuwaniem poczucia winy). Pacjent chce coraz bardziej uczestniczyć w procesie diagnostyczno-terapeutycznym, dlatego warto go włączać do rozmów dotyczących planowanych działań, tłumacząc ich zasadność. Podniesie to jego samoocenę, wzmacniając poczucie wpływu oraz kontroli nad własnym życiem. Oczywiście nadal istotny jest aktywny udział opiekuna, jednak coraz bardziej widoczna u małych pacjentów jest potrzeba autonomii.

Pacjent chce coraz bardziej uczestniczyć w procesie diagnostyczno-terapeutycznym, dlatego warto go włączać do rozmów dotyczących planowanych działań, tłumacząc ich zasadność. Podniesie to jego samoocenę, wzmacniając poczucie wpływu oraz kontroli nad własnym życiem.

## Wiek dojrzewania (10.–18. rok życia)

Ten bardzo zróżnicowany okres można podzielić na wczesny i późny etap nastoletni. To trudny czas przejścia z okresu dzieciństwa do dorosłości i typowo

towarzyszy mu ambiwalencja uczuć i postaw, co wynika z chęci uzyskiwania przez młodego człowieka coraz większej niezależności, choć nadal potrzebuje on poczucia stabilizacji i bezpieczeństwa zapewnianego przez najbliższych. W tym wieku obecna jest już umiejętność myślenia abstrakcyjnego oraz zrozumienie związku przyczynowo-skutkowego. Z perspektywy chorego nastolatka jest to tym bardziej niespokojny czas, ponieważ wygląd zewnętrzny i świadomość atrakcyjności interpersonalnej, które wpływają na samoocenę i pozycję w grupie, ze względu na chorobę oraz prowadzone leczenie mogą być zaburzone. Jest to zjawisko dużo bardziej nasilone, niż ma to zazwyczaj miejsce w okresie dojrzewania, gdyż wiąże się z wieloma istotnymi negatywnymi zmianami wyglądu zewnętrznego (np. utrata włosów, nasilenie trądziku, rozstępy, zmienne proporcje ciała itd.). Oprócz dużej zmienności emocji oraz skrajnego postrzegania rzeczywistości (świat jest czarno-biały) pojawia się krytyczne nastawienie do dotychczasowych zasad i kwestionowanie wartości – jest to wyraz buntu, który towarzyszy młodemu człowiekowi podczas poszukiwania własnej drogi i sposobu na życie. Pogłębia się umiejętność refleksji, pojawiają się pytania dotyczące sensu życia i cierpienia, a osobiste doświadczenia chorego nastolatka oraz obserwacje innych pacjentów indukują u wielu z nich tworzenie indywidualnej hierarchii wartości i warunkują decyzje dotyczące przyszłości. Kluczowa jest szczerość w relacjach z innymi ludźmi, których nastolatek napotyka na różnych płaszczyznach i etapach leczenia. Pojawia się także niepokój związany z bliskimi relacjami z partnerami oraz obawy dotyczące planowania „dorosłego życia” czy świadomość trwałych zmian wynikających z choroby. U części nastoletnich pacjentów wyrazem braku zgody na ograniczający wpływ choroby przewlekłej są zachowania ryzykowne oraz podważanie zasadności prowadzonego leczenia. Stanowią one sposób zwrócenia na siebie uwagi oraz dowód ogromnego lęku odczuwanego przez dojrzewającego pacjenta. Co więcej, z prawnego punktu widzenia, osoby w wieku 16–18 lat mają prawo do współdecydowania w kwestiach dotyczących ich zdrowia i życia. Mimo że ta grupa pacjentów uznawana jest często przez personel medyczny za najtrudniejszą w kontakcie i najbardziej wymagającą, dzięki rozwiniętym zdolnościom poznawczym oraz poczuciu wpływu na

Mimo że ta grupa pacjentów uznawana jest często przez personel medyczny za najtrudniejszą w kontakcie i najbardziej wymagającą, dzięki rozwiniętym zdolnościom poznawczym oraz poczuciu wpływu na proces leczenia relacja z nastolatkami jest często głębsza i bardziej podkreśla wartość współodpowiedzialności oraz partnerstwa w leczeniu.

proces leczenia relacja z nastolatkami jest często głębsza i bardziej podkreśla wartość współodpowiedzialności oraz partnerstwa w leczeniu (Rogiewicz, 2015; Pilecka, 2002).

## Mechanizmy radzenia sobie z chorobą przewlekłą przez pacjentów pediatrycznych

U pacjentów pediatrycznych również obserwuje się adaptacyjne i dezadaptacyjne formy radzenia sobie z sytuacją choroby i jej leczenia.

Istnieją także mechanizmy, różnie reprezentowane na poszczególnych etapach rozwoju, wspomagające oraz utrudniające adaptację do trudnej sytuacji, które pojawiają się jako sposób na obronę przed nadmiernym obciążeniem psychicznym związanym z chorobą przewlekłą i/lub zagrażającą życiu. U pacjentów pediatrycznych również obserwuje się adaptacyjne i dezadaptacyjne formy radzenia sobie z sytuacją choroby i jej leczenia. Do najczęstszych zjawisk opisywanych w literaturze, które mogą pomagać w procesie terapii lub go utrudniać, należą:

- regres rozwoju – powrót do wcześniejszych faz rozwoju,
- zachowania agresywne względem siebie i innych,
- deprywacja potrzeb – celowe niezaspokajanie potrzeb,
- tłumienie (supresja) – celowe odrzucanie myśli wywołujących niepokój,
- rezygnacja (bierność) – podjęcie decyzji o braku zaangażowania,
- wypieranie (represja) – nieutrzymywanie w świadomości przykrego zdarzenia, umotywowane zapominanie,
- zaprzeczenie – unikanie konfrontacji z trudną informacją,
- racjonalizacja – znajdowanie korzyści wynikających z choroby, tj. dodawanie wartości sytuacji niechcianej, ale koniecznej (tzw. słodka cytryna) lub obniżanie wartości sytuacji upragnionej, ale nieosiągalnej (tzw. kwaśne winogrona),
- reakcje pozorowane – żarty rozładowujące napięcie,
- izolacja – psychiczne wyłączenie i unikanie komunikatu,
- fantazjowanie – fikcyjni towarzysze zabaw pomagający przetrwać trudne chwile,
- kompensacja – poszukiwanie równowagi pomimo straty (np. indywidualne nauczanie),
- transformacja – modyfikacja dotychczasowej hierarchii wartości do aktualnej sytuacji.

Znajomość tych zjawisk, poznanie przyczyny ich występowania i mechanizmu działania jest potrzebne w indywidualizacji wsparcia (Obuchowska, 1991). Mechanizmów obronnych nie należy forsować, tylko dać pacjentowi czas,

który wykorzysta na oswojenie w nowej sytuacji. Uwaga oraz cierpliwość w wielu przypadkach będą najbardziej skutecznymi narzędziami wspomagającymi adaptację i akceptację choroby (Rogiewicz, 2015).

Należy podkreślić, że choroba dziecka dotyka wszystkich członków rodziny – zarówno rodziców, jak i zdrowe rodzeństwo, co w przypadku choroby przewlekłej może mieć długofalowy wpływ na relacje, nawet wiele lat

po zakończeniu leczenia. Z tego powodu podczas całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego należy zapewniać warunki do rozwoju zasobów wewnętrznych u opiekunów, co pozwoli im wspierać chore dziecko w poszanowaniu jego potrzeb i możliwości, jak również podkreśli wagę zasad i granic, których utrzymanie zapewnia dziecku poczucie bezpieczeństwa oraz jest istotne na różnych etapach procesu wychowawczego. Postawa rodzica względem chorego dziecka może zarówno wspierać, jak i utrudniać proces adaptacji do choroby – nadmierna opiekuńczość i pobłażliwość wcale nie zmniejszą napięcia i niepokoju, z drugiej strony stawianie nadmiernych wymagań nie ułatwia powrotu do „normalności”. Mimo trudnych chwil i emocji, choroba dziecka zazwyczaj wzmacnia więzi z opiekunem, co może przynieść wiele korzyści w przyszłości (Binnebesel, 2003).

Mechanizmów obronnych nie należy forsować, tylko dać pacjentowi czas, który wykorzysta na oswojenie w nowej sytuacji. Uwaga oraz cierpliwość w wielu przypadkach będą najbardziej skutecznymi narzędziami wspomagającymi adaptację i akceptację choroby.

## Podsumowanie

Mimo wielu ograniczeń związanych z chorobą, takich jak częste hospitalizacje, określone zalecenia terapeutyczne czy objawy uboczne leczenia, do podstawowych potrzeb pacjentów pediatrycznych, które wspomagają proces adaptacji do choroby przewlekłej, należą:

- obecność opiekuna,
- relacja terapeutyczna oparta na szczerości, zaufaniu i dostrzeganiu podmiotowości dziecka jako pacjenta,
- informowanie o etapach i wynikach procesu diagnostyczno-terapeutycznego w sposób dostosowany do wieku,
- wzmacnianie poczucia sprawstwa, samodzielności oraz współodpowiedzialności,

- kontakt z innymi dziećmi,
- możliwość ruchu,
- swobodna zabawa.

Podczas opieki nad pacjentem pediatrycznym z chorobą przewlekłą i/lub zagrażającą życiu jak w soczewce widać korzyści wynikające z wykorzystania modelu opieki holistycznej, jak również złożoność relacji interpersonalnych i ich wpływ nie tylko na pacjenta, ale całą jego rodzinę.

Podczas opieki nad pacjentem pediatrycznym z chorobą przewlekłą i/lub zagrażającą życiu jak w soczewce widać korzyści wynikające z wykorzystania modelu opieki holistycznej, jak również złożoność relacji interpersonalnych i ich wpływ nie tylko na pacjenta, ale całą jego rodzinę. Wspieranie szeroko pojętej duchowości oraz uwzględnianie zasobów wewnętrznych pacjenta pozwala na jego wielopoziomowe włączenie w prowadzone leczenie, dając poczucie kierowania własnym życiem nawet w trudnych momentach walki o życie, zdrowie i powrót do normalności.

## Bibliografia

1. Binnebesel, J. (2003). *Opieka nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową w doświadczeniu pacjentów*. Toruń: Wydawnictwo UMK.
2. Hutchinson, T.A. (red.) (2011). *Whole Person Care. A new paradigm for the 21st century*. New York: Springer.
3. Jarosz, M. (2010). Pojęcie duchowości w psychologii. *Studia z Psychologii w KUL*, 16, 9–22.
4. Kowalczyk, J.R. (2008). *Przejąć przez chorobę nowotworową dziecka*. Wrocław: Elsevier, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
5. Kreitler, S., Weyl Ben Arush, M. (2004) (red.). *Psychosocial Aspects of Pediatric Oncology*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
6. Krok, D. (2009). *Religijność a duchowość – różnice i podobieństwa z perspektywy psychologii religii*. *Polskie Forum Psychologiczne*, 14 (1), 126–141.
7. Maciarz, A. (1998). *Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekle chorych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
8. Maciarz, A. (2006). *Dziecko przewlekle chore. Opieka i wsparcie*. Kraków: Wydawnictwo Akademickie Żak.
9. Obuchowska, I. Krawczyński, M. (1991). *Chore dziecko*. Warszawa: Nasza Księgarnia.
10. Pilecka, W. (2002). *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
11. Rogiewicz, M. (red.) (2015). *Praktyczny przewodnik psychoonkologii dzieci i nastolatków*. Kraków: Medycyna Praktyczna.
12. Ziółkowska, B. (2010). *Dziecko chore w domu, w szkole i u lekarza. Jak wspomagać rozwój dzieci przewlekle chorych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.



Arkadiusz Nowak

# Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej

## W tym rozdziale:

Wstęp . . . . .	185
Rys prawno-historyczny . . . . .	186
Zakres podmiotowy i przedmiotowy prawa do opieki duszpasterskiej. . . . .	189
Kapelani szpitalni . . . . .	190
Forma i jakość opieki duszpasterskiej . . . . .	192
Miejsce udzielania opieki duszpasterskiej w podmiotach lecniczych . . . . .	194
Obowiązek zapewniania kontaktu z duchownym w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia . . . . .	195
Opłaty za opiekę duszpasterską . . . . .	196
Podsumowanie . . . . .	197

# Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej

## Wstęp

Prawa pacjenta stanowią zespół norm, które państwo gwarantuje każdemu człowiekowi. Przysługują one z tytułu korzystania ze świadczeń zdrowotnych i określają standardy pracy personelu medycznego. Wśród istotnych norm można wyróżnić m.in. prawo do: ochrony zdrowia, natychmiastowej pomocy medycznej ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia pacjenta, intymności i poszanowania godności osobistej w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych, umierania w spokoju i godności, **opieki duszpasterskiej**, uzyskania przystępnej informacji o stanie zdrowia, wyrażania zgody na przeprowadzenie badania oraz wiele innych (Pawłowska, Perzanowska, 2017). Warto podkreślić, że prawa pacjenta stanowią ważny dla niego system uprawnień, których respektowania powinien domagać się w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych. Ich przestrzeganie ma wpływ na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta, jakość życia w chorobie oraz komfort pobytu w podmiocie leczniczym. W dalszym ciągu jednak są one z perspektywy pacjenta uprawnieniem, z których może, ale nie musi on skorzystać. Obowiązek przestrzegania praw pacjenta bezwzględnie spoczywa natomiast na osobach i instytucjach udzielających w sposób bezpośredni lub pośredni świadczeń zdrowotnych. Istotne zadanie powierza się kierownikom podmiotów leczniczych, którzy przejmują odpowiedzialność za wdrożenie mery-

Warto podkreślić, że prawa pacjenta stanowią ważny dla niego system uprawnień, których respektowania powinien domagać się w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych.

torycznych szkoleń swoich pracowników z wiedzy o prawach pacjenta, opracowanie stosownych procedur czy wytycznych, a następnie bieżący nadzór nad ich przestrzeganiem w zarządzanej jednostce. Przedmiotem refleksji na potrzeby niniejszego artykułu jest ustawowe prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej wyrażone w art. 36–38 ustawy

z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Poszczególne artykuły określają zakres podmiotowy i przedmiotowy tego prawa przez zdefiniowanie beneficjenta, a także instytucji zobligowanych do jego realizacji. Ponadto wskazują na obowiązek umożliwienia kontaktu z duchownym w razie pogorszenia stanu zdrowia pacjenta oraz regulują kwestie kosztów realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej.

## Rys prawno-historyczny

Nie jest celem tego opracowania dokonanie szczegółowego przeglądu wszystkich źródłowych aktów prawa regulujących i chroniących prawo do opieki duszpasterskiej, jednak nie sposób omawiać tych zagadnień bez krótkiego choćby nawiązania do niektórych z nich. Regulacja normatywna dotycząca prawa do opieki duszpasterskiej została zawarta w aktach prawnych różnej rangi zarówno w prawie międzynarodowym, jak i w prawie polskim. Warto wskazać na wstępie na Konwencję o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzoną w Rzymie w listopadzie 1950 r., która w art. 9 gwarantuje wolność myśli, sumienia i wyznania. Prawo to obejmuje m.in. wolność uzewnętrzniania indywidualnie lub wspólnie z innymi, publicznie lub prywatnie, swego wyznania lub przekonań przez uprawianie kultu, nauczanie, praktykowanie i czynności rytualne. Ograniczenia w tym zakresie mogą być tylko wyjątkowe, wymagają regulacji ustawowej i mogą być uzasadnione jedynie bezpieczeństwem publicznym, ochroną porządku publicznego, zdrowia i moralności lub ochroną praw i wolności innych osób (Kubiak, 2019, s. 34). Na uwagę zasługują również sformułowania Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych podpisanego w Nowym Jorku 19 grudnia 1966 r. W myśl art. 2 Państwa Strony zobowiązały się do przestrzegania i zapewnienia wszystkim osobom przebywającym na ich terenie jednakowych praw bez względu m.in. na religię. Zgodnie z Paktem nikt nie może podlegać przymusowi, który stanowiłby zamach na jego wolność posiadania lub przyjmowania wyznania albo przekonań według własnego wyboru. Warto jeszcze wspo-

mnieć o art. 27 Paktu, który zapewnia mniejszościom etnicznym, religijnym lub językowym prawo do własnego życia kulturalnego, wyznawania i praktykowania własnej religii. Polska, będąca stroną tych aktów międzynarodowych, również jest zobligowana do zastosowania się do ich postanowień. Na gruncie krajowym kwestia wolności sumienia i wyznania także została potraktowana jako fundamentalne uprawnienie każdej osoby, czego wyrazem jest podniesienie tego zagadnienia do rangi konstytucyjnej. Zgodnie z art. 53 ust. 1 Konstytucji RP każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii. Z regulacją tą koresponduje art. 25 Konstytucji RP, w myśl którego kościoły i inne związki wyznaniowe są równouprawnione. Władze publiczne zaś zachowują bezstronność w sprawach przekonań religijnych, światopoglądowych i filozoficznych, zapewniając swobodę ich wyrażania w życiu publicznym. Uszczegółowienie tych regulacji nastąpiło w drodze ustawy z 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania. Nie referując jej wszystkich postanowień, można jedynie wskazać, że podobnie jak w przedstawionych aktach międzynarodowych polska ustawa statuuje równość wszystkich obywateli, zarówno wierzących, jak i niewierzących. Osoby wierzące mogą wyrażać indywidualnie lub zbiorowo swe przekonania, w tym uczestniczyć w czynnościach i obrzędach religijnych oraz wypełniać obowiązki religijne i obchodzić święta religijne, a także wychowywać dzieci zgodnie ze swoimi przekonaniami w sprawach religii (Kubiak, 2019, s. 34). Jak zauważają Boguszevska i Góralczyk (2016), możliwość realizacji wolności wyznaniowej i uzewnętrzniania swych przekonań religijnych jest szczególnie istotna w przypadku chorych, zwłaszcza u kresu życia, przebywających w hospicjach i innych placówkach opiekuńczych. Autorki dodają również, że krajowe regulacje prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej w dużej mierze są wynikiem prawa międzynarodowego. W podobnym duchu wypowiada się Kubiak (2019), wskazując, że uprawnienia związane z wolnością sumienia i wyznania stanowią istotną wartość i przysługują każdemu człowiekowi, ale jest to szczególnie ważne w przypadku osób chorych. Na możliwość odczuwania szczególnych potrzeb religijnych w trakcie okresu choroby zwraca również uwagę Ożóg (2016), wskazując, że człowiek chory, przebywając w podmiocie leczniczym, zostaje oderwany od rodziny, bliskich mu osób i własnego środowiska, w którym czuł się bezpiecznie. Sytuacje te boleśnie przeżywane przez pacjenta mogą powodować szczególnie mocno odczuwalną w danej sytuacji potrzebę odniesienia się do wartości i praktyk religijnych. Aby sprostać tym oczekiwaniom, zasadne stało

Zasadne stało się wprowadzenie do polskiego systemu ochrony zdrowia prawnych możliwości sankcjonujących realizację potrzeb duchowych chorych poprzez obowiązek zapewnienia opieki duszpasterskiej.

się wprowadzenie do polskiego systemu ochrony zdrowia prawnych możliwości sankcjonujących realizację potrzeb duchowych chorych poprzez obowiązek zapewnienia opieki duszpasterskiej. W tym kontekście warto zwrócić uwagę, że prawo do prowadzenia duszpasterstwa specjalnego w podmiotach leczniczych przez Kościoły i inne związki wyznaniowe zostało zagwarantowane w przepisach ustawy z 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, a także w 12 ustawach indywidualnych określających położenie prawne: Kościoła Katolickiego, Polskiego Autokefalicznego, Kościoła Prawosławnego, Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego, Kościoła Polskokatolickiego, Starokatolickiego Kościoła Mariawitów, Kościoła Zielonościwkowego, Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego, Kościoła Chrześcijan-Baptystów, Kościoła Ewangelicko-Methodystycznego, Kościoła Katolickiego Mariawitów, Gmin Wyznaniowych Żydowskich, Kościoła Ewangelicko-Reformowanego (Ożóg, 2016, s. 22–23). Warto odnotować, że cztery z tych wyznań (oba odłamy mariawitów, baptyści i zielonościwkowcy) we wskazanych ustawach dodatkowo wprowadziły zapis o prawie swobodnego dostępu swoich duchownych do osób hospitalizowanych w celu realizacji ich prawa do swobody praktyk religijnych (Froniewski, 2018, s. 297). W odniesieniu do Kościoła Katolickiego mamy dwa fundamentalne akty prawne. Przede wszystkim jest to ustawa z 17 maja 1989 r. o stosunku państwa do Kościoła Katolickiego w RP, która w art. 31 wprowadza następujące regulacje:

1. Osobom przebywającym w zakładach leczniczych oraz zamkniętych zakładach pomocy społecznej zapewnia się prawo do wykonywania praktyk religijnych i korzystania z posług religijnych.
2. W celu realizacji uprawnień, o których mowa w ust. 1, kierownicy właściwych zakładów państwowych zatrudnią kapelanów skierowanych przez biskupa diecezjalnego.
3. W celu umożliwienia udziału zainteresowanym chorym i podopiecznym we mszy świętej i w innych zbiorowych praktykach religijnych kierownicy właściwych zakładów państwowych przeznaczą odpowiednie pomieszczenia na kaplice, a w wyjątkowych wypadkach udostępnią do tego celu inne pomieszczenia.

Prawa te zostały później potwierdzone w konkordacie między Stolicą Apostolską a Rzeczpospolitą Polską, zawartym jako umowa międzynarodowa 28 lipca 1993 r., a wprowadzonym w życie dopiero 25 kwietnia 1998 r. (Froniewski 2018, s. 298).

Na podstawie zaprezentowanych regulacji pacjent ma konstytucyjne prawo do skorzystania z opieki duszpasterskiej w podmiotach leczniczych, jeśli tylko wyraża taką potrzebę. Warto podkreślić, że prawo to zostało zaliczone do katalogu praw mających charakter osobisty bezpośrednio powiązanych z godnością ludzką. W tym miejscu należy wspomnieć, że społeczność międzynarodowa uznaje prawo do zaspokojenia podstawowych potrzeb duchowych pacjenta za składową prawa do zdrowia. Prawo to jest obecnie uznawane przez Świato-

wą Organizację Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) oraz inne organizacje międzynarodowe za część praw człowieka zbudowanych na koncepcji przyrodzonej godności osoby ludzkiej. W świetle klasycznej definicji WHO zdrowie to nie tylko brak choroby lub ułomności, ale całościowy dobrostan, który poza sferą zdrowotną i społeczną obejmuje również sferę duchową.

## Zakres podmiotowy i przedmiotowy prawa do opieki duszpasterskiej

W przedstawionym powyżej filozoficzno-prawnym kontekście przyjęto w Polsce w 2008 r. ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (u.p.p.), która w art. 36–38 reguluje następujące kwestie.

- Art. 36. Pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do opieki duszpasterskiej.
- Art. 37. W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia podmiot, o którym mowa w art. 33 ust. 1, jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania.
- Art. 38. Podmiot leczniczy ponosi koszty realizacji praw pacjenta, o których mowa w art. 36 i 37, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta art. 3 pkt 4 pacjentem jest każda osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny.

Zgodnie z art. 8 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej świadczeniami takimi mogą być świadczenia szpitalne i inne niż szpitalne. Te drugie mogą być realizowane w zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych, rehabilitacji leczniczej, sanatoriach i uzdrowiskach oraz w hospicjach. Ponadto mogą być realizowane w placówkach długoterminowego stacjonarnego pobytu, takich jak m.in. ośrodki leczenia uzależnień. Nie ulega zatem wątpliwości, że dla wszystkich pacjentów przebywających w szpitalach oraz innych podmiotach wskazanych powyżej art. 36 u.p.p. potwierdza gwarancję prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej.

Przepisy ustawowe w tym zakresie są jednak ogólne, a żadne inne przepisy prawa nie doprecyzowują szczegółowych rozwiązań. Nie ma rozporządzeń kierunkowych czy chociażby opracowanych wspólnie przez różne kościoły spójnych wytycznych. Dotyczy to dowolności w formie zatrudnienia kapelanów, ich zakresu obowiązków aż po zróżnicowanie w tworzeniu infrastruktury potrzebnej do realizacji tego prawa. Panuje zatem w tej kwestii duża elastyczność,

Nie ma rozporządzeń kierunkowych czy chociażby opracowanych wspólnie przez różne kościoły spójnych wytycznych. Dotyczy to dowolności w formie zatrudnienia kapelanów, ich zakresu obowiązków aż po zróżnicowanie w tworzeniu infrastruktury potrzebnej do realizacji tego prawa.

brakuje też ujednoczonych standardów postępowania, co finalnie nie zawsze sprzyja korzystnym rozwiązaniom dla pacjenta. Niezależnie jednak od tych problemów, to na kierownictwie podmiotu leczniczego spoczywa obowiązek realizacji zapisów ustawowych w tej materii co do miejsca, formy, zasobów personalnych (kapelani szpitalni) i stosownego nadzoru ich respektowania.

## Kapelani szpitalni

Zwyczajowo prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej w warunkach polskich podmiotów leczniczych wypełniane jest przez duchownych tzw. wyznań więk-

szościowych. To oni obecni są na stałe w większości polskich szpitali, w szczególności są to duchowni Kościoła Rzymskokatolickiego oraz w niektórych miejscach Polski (ściana wschodnia) również duchowni Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego. Przez wiele lat uznawano, że Polska jest w zasadzie krajem jednorodnym religijnie. Dopiero niedawno wobec narastających w skali globalnej ruchów migracyjnych i powiązanej z tym zjawiskiem pluralizacji społeczeństwa polskiego, a co za tym idzie – również zróżnicowania kulturowego i wyznaniowego, zwrócono uwagę na ekumeniczny wymiar posługi wobec chorych. Także wiedza na temat możliwości posługi wobec chorych innych wyznań jest niewystarczająca. Ponadto przeszkodą bywają narosłe historycznie stereotypy i uprzedzenia. W praktyce może to wpływać na pozbawienie pacjentów innych wyznań mniejszościowych niezbędnej pomocy duchowej (Froniewski, 2018). Wiele w tej przestrzeni pozostaje do poprawy. Nadal jest to obszar wyraźnych deficytów wymagający działań naprawczych. Warto w tym miejscu nadmienić, że w dalszym ciągu możliwość prawna zatrudnienia duchownych na umowę o pracę odnosi się wprost jedynie do duchownych tych dwóch Kościołów (art. 31 ust. 2 i 3 ustawy z 17 maja 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego), a pozostałym duchownym jedynie stwarza się możliwość świadczenia posługi duszpasterskiej. Jednocześnie podmiot nie ma obowiązku zatrudniania kapelanów wszystkich wyznań mniejszościowych. Jak słusznie zauważa Ożóg (2018), istniejący stan prawny wywołuje wątpliwości co do zasady równouprawnienia Kościołów i innych związków wyznaniowych,



która została wyrażona w art. 25 ust. 1 Konstytucji RP. Powoduje również, że pacjenci innych wyznań mogą być w praktyce pozbawieni możliwości wypełnienia przysługującego im prawa, a to może zostać odczytane jako dyskryminacja z powodów religijnych. Sprawa jest więc delikatna i wymaga refleksji oraz propozycji rozwiązania. Można przyjąć, że pewnym rozwiązaniem, aczkolwiek niepozbawionym kontrowersji, będzie założenie, że zakres podmiotowy art. 36 u.p.p. w 3 części uprawnień pacjenta będzie wyczerpywał listę kościołów i związków wyznaniowych, które mają w Polsce unormowany status formalno-prawny. Nie zmienia to faktu, że realizacja treści przepisów ustawowych określających prawo do opieki duszpasterskiej przy założeniu niedyskryminowania jakiegokolwiek wyznania może napotkać w praktyce na liczne trudności logistyczne (Nowak i in., 2021, s. 802).

Zakres obecności kapelanów i ich liczbę w podmiotach leczniczych uzgadnia jego kierownik. Istnieje wiele opcji rozwiązań w tym zakresie: począwszy od zatrudnienia na umowę cywilnoprawną zgodnie z Kodeksem pracy, poprzez zatrudnienie na umowę zlecenie, po podpisanie z kapelanem umowy wolontaryjnej. Każda z tych form będzie wymagać uszczegółowienia co do zakresu świadczonej usługi, tzw. zakresu obowiązków, podległości służbowej, kwestii formalnych dotyczących ubezpieczenia w miejscu pracy aż do ustalenia ewentualnego wynagrodzenia i określenia zasad zastępstwa w przypadku nieobecności kapelana. Te, wydawałoby się oczywiste, wskazówki są jednak bardzo istotne, gdyż praktyka wskazuje, że ich niedoprecyzowanie bywa wielokrotnie powodem nieporozumień co do wzajemnych praw i obowiązków obydwu stron. Ważne jest, aby w przypadku formalnego zatrudnienia kapelanów Kościoła Rzymskokatolickiego oraz Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego przedstawiili oni wcześniej pisemne skierowanie do pełnienia tej misji wystawione przez biskupa diecezjalnego. Wymagają tego przepisy prawne regulujące wzajemne stosunki między państwem polskim a tymi kościołami.

Żadne przepisy nie określają, ilu pacjentów powinno przypadać na etat jednego kapelana. Panuje w tym zakresie dowolność. Właściwe byłoby określenie maksymalnej liczby pacjentów na jednego kapelana. Strona kościelna wnioskuje, aby było to 500 pacjentów. Ze względu na specyfikę obowiązków kapelana, którą cechuje konieczność stawiania się na każde wezwanie pacjenta, również w porze nocnej, dni wolne od pracy, rekomenduje się przyznanie kapelanowi zatrudnionemu na umowę o pracę zadaniowego systemu czasu pracy (Nowak i in. 2021, s. 809).

Zakres obecności kapelanów i ich liczbę w podmiotach leczniczych uzgadnia jego kierownik.

## Forma i jakość opieki duszpasterskiej

Jeżeli chodzi o zakres posługi kapelana w sytuacji formalnego zatrudnienia, to jego ustalenie pozostaje w gestii kierownika podmiotu leczniczego. Jest to *de facto* forma zakresu obowiązków pracowniczych kapelana. Pewną pomocą w ustaleniu szczegółowego zakresu może być dokument wydany 7 czerwca 2017 r. przez Konferencję Episkopatu Polski zatytułowany: *Instrukcja Konferencji Episkopatu Polski dotycząca posługiwania chorym i umierającym*. Posługa kapelanów wobec chorych – zarówno w ramach duszpasterstwa parafialnego, jak i w szpitalach – obejmuje przede wszystkim: odwiedziny i wsparcie modlitwą, zanoszenie komunii świętej, udzielanie sakramentów, w szczególności pokuty, sakramentu chorych i wiatyku (Froniewski, 2018). Nie wyczerpuje to jednak możliwości powierzenia innych zadań kapelanowi, w tym codziennego odprawiania mszy świętej, prowadzenia rozmów duchowych, troski o wystrój miejsc sprawowania liturgii, zapewnienia lektury duchowej dla pacjentów czy zadbania o sprowadzenie duchownego innego wyznania na prośbę pacjenta. Ponadto w niektórych podmiotach wskazuje się również na ważne zadanie, jakim jest duszpasterstwo pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych w danej jednostce. Szczególnym miejscem duszpasterskiej troski o chorych są szpitale, hospicja i domy pomocy społecznej. Podejmowane w nich różnorakie działania duszpasterskie mają ożywiać i intensyfikować życie religijne chorych, stając się częścią składową procesu terapeutycznego. Działalność duszpasterska prowadzona wśród chorych ma również prowadzić do przezwyciężenia występującego wśród nich poczucia bezużyteczności, zachęcając ich do ofiarowania cierpień w różnych intencjach Kościoła i świata (Wielebski, 2015, s. 63).

Szczególnym miejscem duszpasterskiej troski o chorych są szpitale, hospicja i domy pomocy społecznej. Podejmowane w nich różnorakie działania duszpasterskie mają ożywiać i intensyfikować życie religijne chorych, stając się częścią składową procesu terapeutycznego.

Forma i jakość prowadzonego duszpasterstwa zależy przede wszystkim od osobowości, kultury i wrażliwości osobistej kapelana. Nie bez znaczenia pozostaje również zakres merytorycznej wiedzy kapelana i to nie tylko z dyscypliny teologicznej, lecz także psychologicznej i społecznej. Warto również znać prawa pacjenta. Wszak uwarunkowania kulturowe i psychospołeczne opieki nad pacjentem powodują konieczność zróżnicowanego i po wielokroć zindywidualizowanego podejścia do każdego chorego. Kapelan szpitalny pełni w życiu chorego

podwójną rolę. Z jednej strony jest on osobą, która dba o życie religijne pacjentów, udziela im sakramentów, modli się za nich i razem z nimi, nieraz przygotowuje ich do odejścia z tego świata. Z drugiej strony kapelan czynnie uczestniczy w procesie terapeutycznym prowadzącym do odzyskania pełni sił i zdrowia. Sukces oddziaływania terapeutycznego wiąże się z dojrzałą osobowością kapelana szpitalnego, znajomością zasad psychologii, komunikacji, umiejętnością otwarcia się na każdego człowieka i zdolnością empatii. Każdy duszpasterz powinien akceptować autonomię spotykanego człowieka związaną z jego prawem do odrębnego i niepowtarzalnego kształtowania swojej osobowości oraz do samostanowienia o swoim losie (Wielebski, 2018, s. 11). W tym kontekście warto przywołać dokument *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia* wydany przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, w którym Rada zwraca uwagę na potrzebę specjalnej formacji kleryków i kapłanów angażujących się w pracę z chorymi. W dokumencie podkreśla się, że wspomniana formacja musi obejmować wymiar teoretyczny i praktyczny. Wymiar teoretyczny jest związany z poznawaniem nauczania Kościoła oraz wskazań nauk medycznych w zakresie opieki nad chorymi, natomiast wymiar praktyczny polega na stałym kontakcie z chorymi w szpitalach i domach (Wielebski, 2015, s. 50). Kapelan szpitalny powinien sobie zdawać sprawę, że spotyka się z różnymi kategoriami ludzi chorych. Ich stosunek do wiary bywa bardzo zróżnicowany i obejmuje całą gamę postaw – od pogłębionej religijności do postaw wrogich wobec Boga i Kościoła. Każdy z pacjentów inaczej patrzy na kapelana i ma inny stosunek do cierpienia i spraw ostatecznych (Kałuża, Ziemiański, 1991, s. 20–21). Duchowo-religijna pomoc kapelana jest adresowana do każdej osoby bez względu na akceptowany system wartości religijnych, zredukowaną postać chrześcijaństwa, dystansowanie się od Kościoła, katolicyzm nominalny czy selektywny (Kalinowski, Szot, 2019, s. 91). Profesjonalny kapelan będzie potrafił nawiązać kontakt oparty na dwóch fundamentalnych wartościach – szacunku i godności – z każdym pacjentem, nawet najbardziej odrębnym kulturowo czy wyznaniowo. Również z niewierzącymi, jeżeli tylko wykażą oni wolę rozmowy z duchownym. Aby jednak mieć tę umiejętność, należy pracować nad własnym rozwojem duchowym, sublimując własną wrażliwość i kulturę osobistą. Praca nad sobą w połączeniu z naturalnymi zdolnościami być może pozwoli spełnić oczekiwania pacjentów co do cech i przymiotów, jakie powinien po-

Profesjonalny kapelan  
będzie potrafił  
nawiązać kontakt  
oparty na dwóch  
fundamentalnych  
wartościach –  
szacunku i godności –  
z każdym pacjentem,  
nawet najbardziej  
odrębnym kulturowo  
czy wyznaniowo.

siadać kapelan szpitalny. Jak wskazuje Wielebski (2018), chorzy najbardziej cenią: cierpliwość, wyrozumiałość, komunikatywność, umiejętność prowadzenia rozmów z chorymi oraz umacniania w wierze, kulturę osobistą, inteligencję, tolerancję, oddanie Bogu, dyspozycyjność i punktualność, ciepło wewnętrzne, sumienność, pogodne usposobienie, skromność, szczerość, gorliwość, poświęcenie, spokój, głęboką wiarę, uprzejmość i prawdomówność. Niewątpliwie ten bogaty katalog oczekiwanych cech powinien być przedmiotem pogłębionej refleksji wszystkich, którzy uczestniczą w opiece duszpasterskiej. Dla niektórych może również stanowić moralny wyrzut sumienia.

## Miejsce udzielania opieki duszpasterskiej w podmiotach leczniczych

Zasadniczo w podmiotach leczniczych ustawowo zobligowanych do realizacji prawa do opieki duszpasterskiej powstały wyodrębnione pomieszczenia do sprawowania kultu religijnego oraz odbywania praktyk religijnych przez pacjentów czy też personel. Głównie są to kaplice wyznaniowe, które mają charakter kaplic półotwartych i dlatego poza pacjentami mogą w nich przebywać również rodziny pacjentów oraz inne osoby do tego uprawnione. Oznacza to w praktyce możliwość duchowej integracji wszystkich chętnych, którzy w pośredni lub bezpośredni sposób uczestniczą w procesie powrotu pacjenta do zdrowia, nie wyłączając najbliższych. Kaplice wyznaniowe dotyczą przede wszystkim tych wyznań, które ze względu na przedstawione wcześniej regulacje prawne upraw-

W obecnych czasach ze względu m.in. na kulturę społeczną, ale głównie, aby nie wprowadzać rażących dysproporcji, postuluje się tworzenie w podmiotach leczniczych dodatkowych kaplic międzywyznaniowych oraz pokoi kontemplacji lub modlitwy, a nawet tzw. pokoi ciszy.

sane są do delegowania kapelanów w celu ich zatrudniania w podmiotach leczniczych. W praktyce w zdecydowanej większości podmioty lecznicze dysponują kaplicami wyznania katolickiego, a czasami również prawosławnego. Warto zaznaczyć, że prawną możliwością posiadania kaplicy wyznaniowej dysponują również wierni Kościoła Polskokatolickiego, Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego, Kościoła Zielonoświątkowego, Kościoła Chrześcijan Baptystów, Kościoła Ewangelicko-Methodystycznego, Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego za sprawą przepisów ustawowych regulujących stosunki państwa do tych kościołów. Pomimo stworzonych ram formalnych auto-

rowi rozdziału nie jest znana sytuacja ani jednego podmiotu leczniczego, który wyodrębniłby pomieszczenia kultu religijnego dla pacjentów tych wyznań. W obecnych czasach ze względu m.in. na kulturę społeczną, ale głównie, aby nie wprowadzać rażących dysproporcji, postuluje się tworzenie w podmiotach leczniczych dodatkowych kaplic międzywyznaniowych oraz pokoi kontemplacji lub modlitwy, a nawet tzw. pokoi ciszy. Zapewne nie jest to zadanie łatwe, głównie z powodu braku wolnych przestrzeni, które mogłyby być zagospodarowane na ten cel, a czasami również ze względu na obiektywne ograniczenia architektoniczne. Należy mimo to dążyć, aby docelowo obecność takich pomieszczeń stała się normą, niezależnie od potencjalnych trudności wskazywanych przez kierowników podmiotów leczniczych. Miejsca te mają mieć charakter ekumeniczny i integrujący. Sam ekumenizm jest ruchem i wartością o charakterze powszechnym, integrującą ludzi różnych wyznań. Możliwość wspólnego przeżywania w czasie choroby potrzeb duchowych przez pacjentów różnych wyznań może sprzyjać osobistemu rozwojowi duchowemu każdego z nich i ma również walor terapeutyczny. Ważnym dopowiedzeniem w zakresie miejsca udzielania opieki duszpasterskiej będzie zwrócenie uwagi na możliwość udzielenia posługi duszpasterskiej, w tym udzielanie sakramentów, bezpośrednio przy łóżku chorego. Jest to możliwe, jeżeli stan zdrowia chorego wyklucza jego obecność w kaplicy szpitalnej. W takiej sytuacji należy zapewnić pacjentowi i kapelanowi maksymalne w danej sytuacji warunki poufności i prywatności. W tym miejscu należy zwrócić uwagę na konieczność dochowania przez duchownego najwyższej staranności, aby poprzez udzielanie posługi duchowej jednemu pacjentowi nie zakłócić prawa do spokoju pozostałym przebywającym w tej samej sali (Nowak i in., 2021, s. 808).

## Obowiązek zapewniania kontaktu z duchowym w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia

Artykuł 37 u.p.p. zobowiązuje podmiot leczniczy do zapewnienia pacjentowi kontaktu z duchowym jego wyznania w sytuacji nadzwyczajnej, jaką jest pogorszenie stanu zdrowia lub zagrożenie życia. Przesłanką uprawniającą podmiot do podjęcia w takiej sytuacji stosownych działań jest wola pacjenta wyrażona w sposób świadomy. Dopuszcza się również wcześniejsze złożenie przez pacjenta deklaracji wyrażającej taką wolę na wypadek, gdyby ze względu na stan zdrowia nie był już w stanie wyrazić jej w sposób świadomy. Pozostaje pytanie o logistykę takiego wydarzenia. Kto konkretnie powinien być odpowiedzialny za zrealizowanie prośby pacjenta? W praktyce szpitali, jak również innych podmiotów leczniczych (zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja) to wielokrotnie pielęgniarki albo

Warto zatroszczyć się, aby na każdym oddziale dostępny był wykaz parafii i duchownych różnych wyznań znajdujących się w najbliższym regionie.

pozostały personel medyczny informują duchownego o pogarszającym się stanie zdrowia pacjenta. Przekazana przez te osoby informacja jest w praktyce wezwaniem kapelana do spełnienia posługi religijnej. To rozwiązywanie nie stanowi problemu, jeżeli chodzi o wezwanie kapelana zatrudnionego w podmiocie leczniczym, do którego pracownicy medyczni mają bezpośredni dostęp. Kto

jednak na życzenie pacjenta powinien wezwać kapłana innego wyznania niż ten, który jest zatrudniony w podmiocie? Czy również personel medyczny? W tym miejscu pojawia się poważna wątpliwość, czy jest to ich obowiązek. Za A. Nowakiem (2021) należy wskazać, że wprawdzie pomysł ten może wzbudzać wątpliwości, jednak biorąc pod uwagę rodzaj misji pełnionej przez zatrudnionego kapelana, wydaje się on najbardziej właściwą osobą do zrealizowania tego zadania. Jest on bowiem ze względu na posiadane wykształcenie teologiczne osobą najbardziej rozezną w szczegółach różnych wyznań i religii i zna ich formalnych przedstawicieli. Rozwiązanie to nie jest być może idealne, ale niewątpliwie trudno mu odmówić pragmatycznego podejścia. Jeżeli jednak takie rozwiązanie w podmiotach leczniczych nie występuje, a zadanie to obciąża personel medyczny, warto zatroszczyć się, aby na każdym oddziale dostępny był wykaz parafii i duchownych różnych wyznań znajdujących się w najbliższym regionie. Na pewno taka wiedza przyspieszy i organizacyjnie ułatwi nawiązanie kontaktu.

## Oplaty za opiekę duszpasterską

Artykuł 38 u.p.p. przenosi na podmiot leczniczy obowiązek poniesienia kosztów realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej w zakresie określonym w art. 36 i art. 37, chyba że odrębne przepisy stanowią inaczej. Takie przepisy jednak w polskim systemie prawnym nie istnieją. Oznacza to w praktyce tyle, że dla pacjenta opieka duszpasterska jest bezpłatna. Nie powinien on ponosić z tego tytułu żadnych kosztów. Teoretycznie można sobie wyobrazić, że w określonym czasie mogą pojawić się przepisy odrębne regulujące jakiś rodzaj opłat, który byłby ponoszony przez pacjenta. Warto jednak przypomnieć, że potencjalne przepisy nie mogą być aktami prawnymi niższej rangi, takimi jak regulaminy organizacyjne podmiotu leczniczego czy też zarządzenia kierownika podmiotu leczniczego. Nie mogą one bowiem pozostawać w sprzeczności z zapisami ustawowymi. Gdyby jednak tak się stało, pacjent musiałby zostać

poinformowany o powodach takiej decyzji i powinna być mu przedstawiona podstawa prawna takiego żądania. Kontynuując tę myśl, warto podkreślić, że pacjent nie może również odczuwać wywierania presji, a tym bardziej nie może zostać przymuszony do składania tzw. dobrowolnych datków finansowych. Ta zasada dotyczy całkowitego zakresu posługi kapelana.

## Podsumowanie

Omawiane zagadnienie jest mocno ugruntowane w międzynarodowym i krajowym katalogu aktów normatywnych. Na gruncie polskich przepisów umocowanie prawne odnajdujemy w aktach najwyższej rangi: Konstytucji RP, ustawach regulujących stosunki państwa z wybranymi Kościołami, ustawie poświęconej prawom pacjenta, ale też regulaminach placówek leczniczych i wytycznych duszpasterskich wspólnot religijnych. W przestrzeni formalnoprawnej trudno o lepsze fundamenty. W wymiarze praktycznym kompetentne wypełnienie prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej w dużej mierze jest zależne od zaangażowania kierownictwa podmiotu leczniczego i przede wszystkim zaangażowania samych kapelanów. Jak wskazuje Froniewski (2018), panorama różnorodnych współczesnych uwarunkowań posługi duchowej wobec chorych pokazuje, że dzisiaj duszpasterz w Polsce powinien być dogłębnie i wszechstronnie przygotowany do służby w szpitalu. Musi dokładnie znać swoje prawa i obowiązki wpisane w państwowy system legislacyjny. Ponadto w sytuacji pluralizmu społecznego, kulturowego i religijnego zróżnicowania posługa kapelana to obecnie rzeczywistość dynamiczna, wymagająca od duchownego pogłębiania kompetencji i kwalifikacji, aby zrozumieć i odpowiedzieć na potrzeby chorych.

## Bibliografia

1. Boguszevska, M., Góralczyk, K. (2016). *Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej, wobec zróżnicowania religijnego*. Drohiczyński Przegląd Naukowy, 8, 49–64.
2. Froniewski, J. (2018). *Współczesne uwarunkowania posługi duchowej wobec chorych w Polsce – aspekty medyczne, prawne, duszpasterskie i ekumeniczne*. Wrocławski Przegląd Teologiczny, 26(2), 291–310.
3. Kalinowski, M., Szot, L. (2019). *Pomoc duchowo-religijna w placówkach opieki zdrowotnej*. Roczniki Teologiczne, 66(10), 77–94.
4. Kałuża, S., Ziemanski, S. (1991). *Poradnik dla kapelanów lecznictwa zamkniętego*. Kraków: WAM.
5. Karkowska, D., Bielak-Jomaa, E., Kmiecniak, B., Grzesiowski, P., Błażewicz, G., Nowak, A. i in. (2021). *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer.
6. Kubiak, R. (2019). *Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej*. Medycyna Paliatywna, 11 (1), 33–43.
7. Nowak, A. (2021). *Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej*. W: D. Karkowska

- (red.). *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer, s. 792–814.
8. Pawłowska, E., Perzanowska, K. (2017). *Respektowanie praw pacjenta w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej – analiza przypadku*. *Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie/ Politechnika Śląska* 100, 383–396.
  9. Ożóg, M. (2016). *Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej w świetle konstytucyjnej zasady równouprawnienia kościołów i innych związków wyznaniowych*. *Studia z Prawa Wyznaniowego*, 19, 217–236.
  10. Ożóg, M. (2018). *Charakterystyka stosunku prawnego łączącego kapelana z podmiotem leczniczym w świetle przepisów prawa polskiego i wybranych regulacji prawa wewnętrznego Kościoła katolickiego*. *Studia z Prawa Wyznaniowego*, 21, 95–122. DOI: <https://doi.org/10.31743/spw.194>.
  11. Wielebski, T. (2015). *Duszpasterstwo chorych w Polsce. Między teorią i praktyką*. *Teologia Praktyczna*, (16), 43–77.
  12. Wielebski, T. (2018). *Duszpasterska posługa Kościoła w szpitalach*. Warszawa: UKSW.
  13. Wroński, K. (2007). *Prawo chorego do opieki duszpasterskiej podczas pobytu w szpitalu*. *Współczesna Onkologia*, 11 (7), 381–384.

## Akty prawne

1. Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 r.
2. Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania (Dz.U. 1989 nr 29, poz. 155).
3. Ustawa z dnia 17 maja 1989 r o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego.
4. Konkordat między Stolicą Apostolską i Rzeczpospolitą Polską podpisany 28 lipca 1993 r.
5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 Nr 52, poz. 417).
6. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 Nr 112, poz. 654).

## Dokumenty międzynarodowe

1. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2.
2. Międzynarodowy pakt praw obywatelskich i politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 16 grudnia 1966.

## Pozostałe dokumenty

1. Instrukcja Konferencji Episkopatu Polski dotycząca posługiwania chorym i umierającym w sprawie zatwierdzona 7 czerwca 2017 r. podczas 376 Zebrania Plenarnego Konferencji Episkopatu Polski w Zakopanem.
2. Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia – instrukcja wydana przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia w Watykanie 1991 r.



Ireneusz Sajewicz, Arkadiusz Nowak

# Istota powinności kapelana szpitalnego



## W tym rozdziale:

Wprowadzenie . . . . .	201
Kapelan – osoba w przestrzeni medycznej . . . . .	203
Kapelan – człowiek wiary i osobistego świadectwa . . . . .	205
Kapelan – człowiek towarzyszący choremu . . . . .	207
Kapelan – przewodnik na drodze wiary . . . . .	209
Kapelan – towarzysz na drodze wiary i duchowości . . . . .	210
Podsumowanie . . . . .	211

# Istota powinności kapelana szpitalnego

*Nie przyszedłem pana nawracać (...)  
nie zacznę panu wlewać do ucha  
świętej teologii tyżeczką  
po prostu usiądę przy panu  
i zwierzę swój sekret  
że ja, ksiądz  
wierzę Panu Bogu jak dziecko  
(Twardowski, 1986)*

## Wprowadzenie

Ksiądz Jan Twardowski, autor zacytowanego powyżej fragmentu wiersza zatytułowanego *Wyjaśnienie*, jest uznawany za geniusza prostego przekazu, który jednak ma na tyle dużą moc, że potrafi zmobilizować odbiorcę do dalszych rozważań, jednocześnie pomagając często odkryć nową perspektywę patrzenia na otaczającą rzeczywistość. Osoby podejmujące się zadania naukowej analizy twórczości ks. Twardowskiego, ale również zwykli czytelnicy tej poezji, wskazują na wspólny mianownik widoczny w jego utworach. W całości tej twórczości widać równocześnie i Boga, i człowieka, ale nade wszystko zawsze wyraźnie

zarysowana jest zachodząca między nimi relacja, którą nie zawsze wszyscy nazywają wiarą (Wasielewska, 2020).

W ujęciu całościowym poezja ks. Twardowskiego niesie w sobie bardzo mocny przekaz, przede wszystkim przeniknięty głębokim humanizmem, jednak bez wewnętrznego zdeterminowania na konieczność oddziaływania na religijność człowieka czy ukryty zamiar narzucenia odbiorcy konkretnych postaw w obrębie jego wiary. W zamiarze poety słowa mają za zadanie trafić do każdego, bez określenia odbiorców w kategoriach: osoba religijna czy też ateista. Książd Twardowski, podejmując próbę określenia własnej twórczości, tak ją definiował: *Obce mi są retoryka, dydaktyka i patos. Próbuje pisać takie wiersze, które nie byłyby manifestami. Lepiej niech nie nawołują i nie nawracają. Niech niosą swoje treści w łagodnym zawieszaniu, w zaufaniu, w żarliwej otwartości na życie i jego powszednie sprawy. Niech podejmują dialog ze wszystkimi postawami.*

Rozpoczęcie refleksji nad istotą powinności kapelana szpitalnego, wychodząc od bardzo ogólnej i pobieżnej analizy twórczości poetyckiej ks. Twardowskiego, wydaje się nie mieć żadnego większego uzasadnienia. Przytoczony jednak na początku fragment utworu *Wyjaśnienia*, pochodzący ze zbioru wierszy o wymownym tytule *Nie przyszedłem pana nawracać*, można bez wątpienia określić mianem dewizy życiowej autora. Odnosząc się do tego, że wspomniany poeta jest kapłanem rzymskokatolickim, można zamiennie użyć wywodzącego się z języka łacińskiego terminu *credo*, które łączy w sobie dwa podstawowe znaczenia: zbiór najważniejszych reguł wiary w Boga oraz wspomniany zbiór zasad życiowych wyznawanych przez daną osobę (SJP). Idąc tą drogą, wspomniane *credo* poety pomaga zrozumieć jednocześnie twórczość autora, ale również definiuje sposób, w jaki odczytuje on siebie, świat, innych ludzi. Tak definiowana optyka poznania pozostaje w ścisłym powiązaniu z realizacją swojego osobistego powołania.

Wyprzedzając dalsze rozważania dotyczące istoty powinności kapelana szpitalnego, wcześniej przytoczone słowa ks. Twardowskiego można już teraz określić mianem *credo* kapelana szpitalnego. W dalszej części rozdziału zostaną wskazane elementy składowe będące fundamentem posługi kapelana, o której mówi się, że jest nie tylko oczekiwana ze strony człowieka chorego, ale co do zasady stanowi także istotny element zadań realizowanych w całym obszarze ochrony zdrowia.

Rozpoczynając rozważania o istocie powinności kapelana szpitalnego, o tym kim jest, jakie jest jego miejsce w rzeczywistości systemu ochrony zdrowia, jak definiowane są oczekiwania w stosunku do jego posługi, w pierwszej kolejności należy zdefiniować, czym jest powinność kapelana. To pozwoli na stworzenie definicji osoby kapelana także z perspektywy jego posługi, a w konsekwencji pozwoli opisać przestrzeń jego działania.

Słowo „powinność” jest definiowane jako „obowiązek wynikający z pełnionej funkcji lub z nakazu moralnego” (SJP). W świadomości społecznej kapelan to duchowny związany z jednym z wyznań, spełniający funkcje liturgiczne, przydzielony przez kompetentną władzę kościelną do obsługi duszpasterskiej pewnej grupy osób lub środowisk. Zakres działań kapelana, jak również motywacja do jego ustanowienia w historii różnych wyznań chrześcijańskich wskazuje wyraźnie na ich ugruntowaną obecność w świadomości danej wspólnoty (Encyklopedia Kościoła, 2004). Kościół rzymskokatolicki w Kodeksie prawa kanonicznego mówi, że „kapelanem jest kapłan, któremu powierza się przynajmniej częściowo stałą troskę pasterską o jakąś wspólnotę lub specjalny zespół wiernych, wykonywaną zgodnie z postanowieniami prawa powszechnego lub partykularnego” (KPK, 564). W świadomości społecznej obecność kapelana może być utożsamiana z różnymi obszarami życia. Najczęściej wskazywany jest obszar medyczny – czyli kapelan szpitalny, obszar opieki długoterminowej – np. kapelan zakładów leczniczych o różnych profilach czy domów pomocy społecznej. Od wielu lat bardzo mocno akcentowana jest też posługa kapelana w ramach opieki hospicyjnej. Nie można zapomnieć o coraz powszechniejszej obecności posługi kapelana, która jest związana z określoną społecznością, jednorodną pod względem zawodowym, czyli kapelan wojskowy, kapelan strażaków, leśników, różnego rodzaju bractw. W tej definicji widać wyraźnie oś definicji, kim jest kapelan. Kapelan łączy w sobie dwie rzeczywistości: wiarę oraz przestrzeń, rozumianą również jako wyodrębnioną społeczność ludzi, w której staje się reprezentantem swojego wyznania, a jednocześnie dokonuje się jego posługa. Na potrzeby dalszych rozważań roboczo można to nazwać osią, wokół której budowana jest definicja tego, kim jest kapelan i jaka jest jego rola.

W definicji powinności istotnym elementem jest nakaz moralny. W przypadku kapelana będącego duchownym należącym do wspólnoty katolickiej należy wskazać źródło tego nakazu w wypowiedziach doktrynalnych wspólnoty kościelnej, do której należy. Ta kwestia wymaga dłuższego zatrzymania, z tego też względu zostanie omówiona w dalszej części rozdziału. Określanie źródła powinności kapelana w wypowiedziach Magisterium Kościoła prowadzi do wskazania charakteru tej posługi jako elementu reprezentatywnego dla definiowania całości działań duszpasterskich Kościoła.

## Kapelan – osoba w przestrzeni medycznej

We wszystkich działaniach medycznych, które co do zasady obejmują liczne procedury ujęte w ramy formalne, obowiązkiem dla wszystkich uczestników tego procesu jest skoncentrowanie uwagi na pacjencie, czyli podmiocie wszystkich działań. Ten stan rzeczy ewoluował wraz z rozwojem medycyny. W toku

rozwoju nauk medycznych i humanistycznych osoba pacjenta była coraz bardziej postrzegana w sposób integralny, co prowadziło do tworzenia definicji bytu wielowymiarowego, składającego się ze sfery biologicznej, psychicznej i duchowej (Bohdanowicz, 2021). Od tego sposobu postrzegania człowieka droga zmiany w obszarze medycyny prowadzi do kolejnego istotnego momentu refleksji nad kształtem opieki nad pacjentem, jakim jest definiowanie tejże opieki jako holistycznej. Oznacza to zainteresowanie całą osobą, w aspekcie jej

Opieka ujmowana holistycznie mocno akcentuje zasadę, że od pacjenta należy wymagać aktywnego podejścia do procesu leczenia, co w konsekwencji wyklucza rezygnację z bycia tylko biernym odbiorcą prowadzonych działań leczniczych.

wszystkich potrzeb oraz różnych sposobów terapii i praktyk leczniczych. Opieka ujmowana holistycznie mocno akcentuje zasadę, że od pacjenta należy wymagać aktywnego podejścia do procesu leczenia, co w konsekwencji wyklucza rezygnację z bycia tylko biernym odbiorcą prowadzonych działań leczniczych. Pacjent staje się w konsekwencji partnerem w prowadzonym procesie leczenia bądź opieki (Krajewska-Kułał i in., 2005). Wynikiem tych wszystkich

etapów przemian w obszarze medycznym jest zobaczenie świata działań medycznych już nie w konwencji prostego schematu: udzielający świadczeń medycznych – odbiorca świadczeń medycznych. W rzeczywistości działań medycznych nie można mówić o pojedynczej osobie. Obszar działań medycznych łączy w sobie bardzo różnorodną grupę osób. Należą do niej pacjenci, podopieczni zakładów opieki długoterminowej, ich rodziny, zespoły medyczne czy szerzej pracownicy jednostki świadczącej opiekę zdrowotną czy opiekuńczą. W potocznym przekazie dominuje schemat, w którym widać po jednej stronie odbiorców różnych usług medycznych czy opiekuńczych, a z drugiej tych, którzy podejmują działania medyczne, zróżnicowanych pod względem fachowym. Tworząc definicję istoty powinności kapelana, należy zobaczyć charakter procesu, jaki stanowią leczenie i opieka medyczna, pokazując przy tym wzajemne relacje wszystkich osób uczestniczących w tym procesie. Kapelan w naturalny sposób uczestniczy w procesie terapeutycznym, będąc częścią zespołu. „Zespół” to słowo, które powinno wybrzmiewać równie często, jak słowa: lekarz, pielęgniarka, psycholog, ratownik medyczny, fizykoterapeuta, opiekun, salowa, diagnosta laboratoryjny itd. Wymieniając wszystkie zawody obecne w miejscu realizowania zadań medycznych i opiekuńczych, uzmysławiamy sobie, że proces opiekuńczy czy też leczniczy jest realizowany przez cały zespół. Nie stoi to w żadnej sprzeczności do rozróżniania osób w kategoriach wykształcenia

i kompetencji czy zakresu czynności i odpowiedzialności. Sumarycznie tworzą oni silną strukturę, w której można odczytać rzeczywistość wielowymiarowo. Sukces, również w medycynie, opiera się na zasadzie interdyscyplinarności. Spojrzenie wielowymiarowe pozwala co do zasady zobaczyć więcej. Kapelan jest częścią zespołu i chociaż obowiązujące ramy prawne nie definiują obecności kapelana w ramach zespołów interdyscyplinarnych, to jednak można zauważyć, że placówki medyczne podejmują próby wypełnienia tej luki.

Kapelan jest częścią zespołu i chociaż obowiązujące ramy prawne nie definiują obecności kapelana w ramach zespołów interdyscyplinarnych, to jednak można zauważyć, że placówki medyczne podejmują próby wypełnienia tej luki.

Powinność kapelana w tym kontekście powinna zmierzać do prowadzenia usługi obejmującej wszystkich uczestników procesu medycznego. Papież Jan Paweł II tak zdefiniował kierunek działań duszpasterskich: „Troskę o chorych winno się uważać za jeden z priorytetów. W tym celu należy zabiegać z jednej strony o odpowiednie duszpasterstwo w różnych miejscach cierpienia, na przykład przez obecność w szpitalach kapelanów, członków stowarzyszeń wolontariatu, kościelne instytucje służby zdrowia, a z drugiej strony – wspierać rodziny osób chorych. Ponadto trzeba odpowiednimi środkami duszpasterskimi wspierać personel medyczny i paramedyczny w trudnym powołaniu, jakim jest służba chorym” (Jan Paweł II, 2003). Przy tej okazji należy poszukać źródeł ożywienia świadomości kapelana w obszarze wiedzy medycznej, której nie można zamknąć w potocznym rozumieniu wykonywanych procedur medycznych lub opiekuńczych. Kształcenie, któremu w świetle przepisów podlega cały personel zakładu leczniczego, powinno także motywować kapelana do podjęcia aktywności w tym obszarze.

## Kapelan – człowiek wiary i osobistego świadectwa

Pierwsza część budowania definicji powinności kapelana związana jest z wiarą, czyli silnym i wyraźnym odniesieniem do konkretnego wyznania. Kapelan będzie zawsze postrzegany jako człowiek wiary. Dokumenty Kościoła Katolickiego kwestię dawania świadectwa o swojej wierze definiują dla wszystkich członków kościoła w jednakowy sposób: człowiek ochrzczony jest zobowiązany do dawania świadectwa o swojej przynależności do Chrystusa. Chrzt, jak mówi Katechizm Kościoła Katolickiego, jest właściwie pieczęcią chrzcielną,

która uzdalnia i włącza chrześcijan do służenia Bogu przez żywy udział w świętej liturgii Kościoła i wypełniania ich kapłaństwa na mocy chrztu przez świadectwo świętego życia i skutecznej miłości (KKK, 1273). Kapelan – kapłan w sposób szczególny realizuje nie tylko zobowiązanie wynikające z przynależności do wspólnoty Kościoła, oparte na mocy przyjętego chrztu, ale idzie krok dalej, realizując zobowiązania wynikające z przyjętego sakramentu święceń. Kościół posługę kapłana i jego osobiste świadectwo wiary opiera na wskazaniach Chrystusa ujętych w różnych miejscach Ewangelii: Idźcie i głoscie całemu światu Ewangelię (Mk 16, 15), Idźcie i nauczajcie wszystkie narody (Mt 28, 19), Idźcie do owiec, które poginęły (Mt 10, 6), Wypłyn na głębię (Łk 5, 4), Odtąd ludzi łowić będziesz (Łk 5, 10). Kościół we wszystkich tych fragmentach wskazuje kierunek posługi kapłana. Otrzymana konsekracja zobowiązuje kapłana do naśladowania postawy Chrystusa Pasterza, wyrażającej się w służbie człowiekowi, w całkowitym darze z siebie (Jan Paweł II, 1992). Człowiek jest podmiotem działań Kościoła, stoi w centrum wszelkiej aktywności, na niego ukierunkowane jest głoszenie Ewangelii i na nim należy zawsze skupić uwagę. Odnosząc się do wcześniejszych słów ks. Twardowskiego, uznanych za *credo* dla osoby kapelana, świadczenie o Bogu jest dla kapelana fundamentem jego posługi. Powinność kapelana pozostaje więc w ścisłej łączności z posługą wynikającą z przyjętych święceń prezbiteratu. Pierwszym etapem realizowania misji głoszenia Ewangelii, jak mówi Magisterium Kościoła, jest osobisty przykład wiary.

W postudze kapelana, zgodnie z wcześniej przywołanym *credo*, nie może być mowy o działaniach, które nazwać można nachalnym nawracaniem, prozelityzmem w czystej postaci.

W postudze kapelana, zgodnie z wcześniej przywołanym *credo*, nie może być mowy o działaniach, które nazwać można nachalnym nawracaniem, prozelityzmem w czystej postaci. Nie znajdziemy tego określenia w żadnym oficjalnym dokumencie, ale z pewnością jest ono obecne w szerokiej świadomości ludzi i wynika z ich osobistych lub opisywanych przez inne osoby doświadczeń spotkania kapelana w różnych okolicznościach życia. To określenie jednocześnie dobrze obrazuje punkt ciężkości, który może być zagrożeniem w realizacji zaangażowanej,

odpowiedzialnej misji kapelana. Działania, które mogą pomóc człowiekowi na drodze do pogłębienia czy odnowienia wiary, są osobną kwestią, do której jeszcze wrócimy w kolejnym etapie rozważań.



## Kapelan – człowiek towarzyszący choremu

Kapelan, o którym mówi się, że jest człowiekiem wiary, swoją postawą pokazuje innym wiarę, inspirując i dając motywację do wejścia w tę przestrzeń. W chwili spotkania z człowiekiem chorym kapelan staje się towarzyszem na drodze tego, co jest nowe, trudne i nie zawsze do końca określone. Okoliczności spotkania nie zawsze sprzyjają temu, by kwestie wiary mogłyby być ujawnione w naturalny sposób. W tym miejscu należy zdefiniować kolejny element wpisujący się w powinność kapelana: towarzyszenie i rozpoznawanie potrzeb. Jedną krótką deklaracją: „jestem”, wypowiedzianą w stronę człowieka, zwłaszcza człowieka, dla którego bieg normalnego życia został nagle i niespodziewanie przerwany przez chorobę, jest czymś, co stanowi najważniejszą informację. W tym stwierdzeniu: „jestem”, i w kolejnych: „mam czas”, „posłucham”, „w czym mogę pomóc”, można zobaczyć początek budowania relacji, która z pewnością będzie wpisywać się w wysiłek powrotu do normalności zakłóconej przez chorobę. Człowiek chory, mimo uznania go w przestrzeni medycznej za podmiot działań, niestety często bardzo mocno odczuwa osamotnienie. Realizacja procedur medycznych oraz skupienie uwagi na ich poprawnym, sprawnym i profesjonalnym przeprowadzeniu często odbierają pacjentowi poczucie wpływu na sytuację, wprowadzając go w świat, w którym traci swoją tożsamość, historię życia, cechy indywidualne. Chory w swoim odczuciu staje się tylko częścią procesu, z punktu widzenia procedur medycznych istotną częścią, ale ograniczoną do bycia jedynie odbiorcą działań i procedur. W tym miejscu wyraźnie zarysowuje się kształt powinności kapelana: być przy chorym, tak aby nie miał poczucia bycia anonimowym uczestnikiem procesu leczenia czy opieki, ale osobą mającą swoje cechy indywidualne. Ponownie, powracając do wcześniej cytowanego ks. Twardowskiego, należy raz jeszcze powtórzyć słowa określane mianem credo kapelana: „po prostu usiądę przy panu”.

Można zdefiniować kolejny element wpisujący się w powinność kapelana: towarzyszenie i rozpoznawanie potrzeb.

Być przy chorym, tak aby nie miał poczucia bycia anonimowym uczestnikiem procesu leczenia czy opieki, ale osobą mającą swoje cechy indywidualne.

Kapelan staje się w tym momencie łącznikiem między światem medycznym, w którym realizowany jest pewien proces terapeutyczny, a światem zostawionym na zewnątrz, światem sprzed choroby.

Kapelan staje się w tym momencie łącznikiem między światem medycznym, w którym realizowany jest pewien proces terapeutyczny, a światem zostawionym na zewnątrz, światem sprzed choroby. Motywacją dla tej postawy kapelana jest w tej samej mierze szeroko pojęty humanizm, jak i nurt wiary wpisany w jego posługę. Wzajemne przenikanie się powinnościami kapelana potwierdza tezę o przenikaniu się wszystkich sfer życia człowieka będącego uczestnikiem i odbiorcą działań medycznych.

Postawa, która nie pozwala przechodzić obok człowieka cierpiącego, będącego w poczuciu osamotnienia, nierozumiejącego swojej sytuacji i jej konsekwencji, ma swoje źródło w przestąpieniu wiary.

Jan Paweł II napisał: „Idąc za ewangeliczną przypowieścią [o miłosiernym Samarytaninie], można by powiedzieć, że cierpienie, które pod tyłu różnymi postaciami obecne jest w naszym ludzkim świecie, jest w nim obecne także i po to, ażeby wyzwać w człowieku miłość, ów właśnie bezinteresowny dar z własnego »ja« na rzecz innych ludzi, ludzi cierpiących” (1984). I dodał: „Świat ludzkiego cierpienia przyzywa niejako bez przestanku inny świat: świat ludzkiej miłości (...)” (Jan Paweł II, 1984). Wspomniana w papieskiej wypowiedzi ewangeliczna przypowieść o miłosiernym Samarytaninie jest dla człowieka wierzącego, a z pewnością dla kapelana, bardzo przejrzystą i czytelną instrukcją, jaką należy przyjąć postawę w świecie, w którym jest cierpienie. Przesłanie *Przypowieści o miłosiernym Samarytaninie* [Łk 10, 30–37] można określić mianem konstytucji społeczności ludzkiej, która pragnie być wrażliwa i otwarta na potrzeby drugiego człowieka. Upraszczając obraz nakreślony w przypowieści, należy wyodrębnić trzy etapy działania osoby, która uświadamia sobie obecność innego człowieka dotkniętego cierpieniem. Pierwszy etap to postawa zatrzymania, która nie może być kojarzona ze stratą – jeśli nie pójdę dalej, to nie wykonam jakiejś czynności. Zatrzymać się oznacza zobaczyć człowieka. W ramach działań medycznych oraz działań duszpasterskich to podstawa sukcesu.

Zobaczyć człowieka oznacza rozpoznać jego potrzeby, zdefiniować je, a następnie podjąć skuteczne działania.

Zobaczyć człowieka oznacza rozpoznać jego potrzeby, zdefiniować je, a następnie podjąć skuteczne działania. Drugi etap wskazany przez przypowieść to wzruszenie. Ten moment to tak naprawdę miejsce na okazanie w pełni swojego człowieczeństwa. Treść tego

momentu to kwintesencja mówienia o humanizmie, o historii dążeń człowieka i całej ludzkości. Bez tego etapu nie można mówić o jakiegokolwiek pomocy człowiekowi, niezależnie od tego, czy będzie ona miała charakter działań medycznych czy też innych. Etap trzeci jest w myśl obrazu z przypowieści wezwaniem do podjęcia osobistej odpowiedzialności za człowieka. W tym miejscu ujawnia się przestrzeń na własne kompetencje, zdolności i zaangażowania człowieka, który spotyka chorego.

Obecnie można mówić o coraz większym imperatywie środowisk medycznych do realizacji wskazań ujętych we wspomnianym *Liście apostołskim Salvifici doloris*. Powstaje wiele cennych inicjatyw, które za matrycę swoich działań przyjmują wskazane wcześniej trzy etapy posługi wobec chorych. Warto w tym miejscu wspomnieć o jednej z inicjatyw, a mianowicie o Polskim Towarzystwie Opieki Duchowej w Medycynie, które z pewnością przyjmuje te wskazania w wymiarze praktycznym i podejmuje się ich popularyzacji.

## Kapelan – przewodnik na drodze wiary

Kapelan będący człowiekiem wiary i osobistego świadectwa zawsze będzie dla otoczenia inspiracją do podążania tą drogą. W świadomości społecznej ten wymiar obecności kapelana jest na pierwszym miejscu. Nie można pominąć tego wymiaru, ponieważ prowadziłoby to do obniżenia wartości tego działania w całym procesie opieki nad pacjentem. Ta składowa powinności kapelana jest prawdopodobnie najlepiej opisana i jednocześnie naturalnie kojarzona z jego posługą. Dokumenty Kościoła wyraźnie wskazują na wartość posługi sakramentalnej, która zwłaszcza w trudnym momencie życia, w jakim znalazł się chory, jest szczególnie istotna. W tym miejscu warto podnieść jedną praktyczną kwestię dotyczącą posługi kapelana. Kapelan, realizując posługę, musi mieć do dyspozycji czas i miejsce. Czas jest istotnym elementem. Liczne przejawy aktywności duszpasterskiej, z których tylko jednym jest duszpasterstwo szpitalne, nie gwarantują wysokiej jakości tej posługi, jej dostępności czy też gotowości do podejmowania działań wykraczających poza utarty

Liczne przejawy aktywności duszpasterskiej, z których tylko jednym jest duszpasterstwo szpitalne, nie gwarantują wysokiej jakości tej posługi, jej dostępności czy też gotowości do podejmowania działań wykraczających poza utarty schemat. Podejmując odpowiedzialną rolę kapelana, należy całą aktywność skupić wokół tej funkcji.

schemat. Podejmując odpowiedzialną rolę kapelana, należy całą aktywność skupić wokół tej funkcji. Wspomniana wcześniej postawa zatrzymania przy chorym i zobaczenia jego potrzeb nigdy nie dojdzie do skutku w przypadku braku czasu. Na tym samym poziomie należy wskazać ważność miejsca przeznaczonego do spokojnego spotkania, rozmowy, osobistej modlitwy czy posługi sakramentalnej. Uwarunkowania budowlane miejsca wykonywania działalności medycznej nie zawsze pozwalają na wyodrębnienie pomieszczenia dla kapelana czy też kaplicy. W nowo projektowanych budynkach powinno się jednak uwzględniać potrzeby pacjentów w tym zakresie. Z praktycznego punktu widzenia taka przestrzeń w połączeniu z osobą kapelana daje kolejny dowód na to, że obszar działań medycznych nie musi być odbierany jako obcy, ale niosący w sobie elementy związane z codziennym życiem.

## Kapelan – towarzysz na drodze wiary i duchowości

Kościół, realizując swoje zadania duszpasterskie, dostrzega zawsze indywidualnego człowieka. Definicja Kościoła jako wspólnoty wierzących przekłada się na mocne podkreślenie roli wspólnoty domowej (rodzina) oraz wspólnoty parafialnej. Posługa duszpasterska Kościoła, ukierunkowana na rzecz tych wspólnot, zawsze będzie nosiła wymiar religijny. Człowiek deklaruje swoją wiarę i sam podejmuje decyzje o przynależności do wspólnoty Kościoła zarówno w wymiarze fizycznym (czyli obecność), jak i duchowym.

Kapelan, realizując swoją posługę, spotyka ludzi, którzy różnią się wyznaniem, zaangażowaniem w realizację wskazań wynikających z wiary, różnią się także sposobem przeżywania swojej duchowości, która wcale nie musi mieć sprecy-

Rodzi się pytanie,  
czy to duchowość  
czy religijność  
powinna leżeć  
w zainteresowaniu  
kapelana.

zowanej przynależności konfesyjnej. W tym miejscu rodzi się pytanie, czy to duchowość czy religijność powinna leżeć w zainteresowaniu kapelana. Bogata rzeczywistość określana mianem duchowości człowieka, która również powinna być zauważana w ramach przestrzeni medycznej, to zagadnienie, któremu warto poświęcić więcej uwagi. Wynika to wprost z faktu, że bogactwo tego zagadnienia

jak najpełniej wpisuje się w holistyczne spojrzenie na działania prowadzone w medycynie (Kujaczyński, 2019). Podążając jednak drogą definiowania powinności kapelana, odpowiedź na postawione wcześniej pytanie jest prosta: w centrum zainteresowania kapelana musi być człowiek. To punkt ciężkości dla całości rozważań o kapelanie. Kapelan, sam będąc świadkiem wiary, nie może być dostępny tylko dla ludzi deklarujących przynależność do tej samej wspól-

noty wyznaniowej. Duszpasterstwo szpitalne w ujęciu nauki Kościoła jest tylko innym kręgiem jego misji niż duszpasterstwo realizowane w parafiach czy grupach charyzmatycznych. Duchowość lub religijność dla kapelana nie jest kwestią przemawiającą za podjęciem lub przeciw podjęciu posługi duszpasterskiej. Dla kapelana to ten sam wewnętrzny imperatyw do wyraźnego stanięcia obok człowieka chorego w postawie słuchania i towarzyszenia. To właśnie ta postawa została przez ks. Twardowskiego ujęta językiem poezji jako deklaracja: „nie zacznę panu wlewać do ucha świętej teologii łyżeczką”.

## Podsumowanie

Odnosząc się do wcześniejszych elementów rozważań o posłudze duchowej i relacji do chorego, obraz kapelana wydaje się powoli ukazywać w całej pełni. Podejmując próbę stworzenia definicji kapelana, udało się wyodrębnić takie określenia: człowiek wiary; świadczący poprzez własny przykład o wierze; wrażliwy i otwarty na drugiego człowieka; poświęcający czas na spotkanie z chorym; niosący w sobie duże pokłady empatii; współpracujący z całym zespołem leczącym; przewodnik, a zarazem towarzysz w sprawach duchowych. Wszystko, co zostało wcześniej powiedziane, jest właściwie wyznaczeniem pewnych istotnych elementów, w całym obrazie roli kapelana. Sytuacja, spotkany człowiek, jego potrzeby – to one najmocniej definiują rolę kapelana. Duchowość, posługa duchowa, posługa wiary to właściwe płaszczyzny spotkania, a podstawową rolą kapelana jest tworzenie właśnie płaszczyzny spotkania z człowiekiem. Istota powinności kapelana jest budowana wokół dwóch osi: holistycznego podejścia do pacjenta i wskazań Magisterium Kościoła o roli i posłudze kapłana w świecie. Obie osie nie stoją do siebie w sprzeczności, ponieważ tylko w różny sposób opisują rzeczywistość, poszukując przy tym odpowiedzi na pytanie, jak najpełniej otoczyć człowieka chorego skuteczną opieką.

Zamysłem tych dociekań było zobaczenie kapelana, który nie tylko jest zobowiązany do posługi sakramentalnej, ale całym sobą opowiada o miłości Boga do człowieka, a jednocześnie stanowi część świata medycznego i współpracuje z całym środowiskiem. Na zakończenie warto przytoczyć słowa Matki Teresy z Kalkuty. Powinny one dotrzeć do każdego, kto tworzy przestrzeń medyczną

Duchowość,  
posługa duchowa,  
posługa wiary  
to właściwe  
płaszczyzny  
spotkania,  
a podstawową  
rolą kapelana jest  
tworzenie właśnie  
płaszczyzny  
spotkania  
z człowiekiem.

placówki, ponieważ stanowią przestrożę przed zogniskowaniem naszego zaangażowania jedynie w obszarze specjalistycznej wiedzy i wypracowanych procedur: „Największą i najcięższą chorobą nie jest trąd ani rak. Jest nią samotność, świadomość, że jest się opuszczonym i zapomnianym przez wszystkich”.

Tworząc płaszczyznę spotkania, dostrzegając człowieka, odsuwamy od niego lęk, ból i osamotnienie, a dajemy siłę i zmieniamy procedury terapeutyczne we wspólne działania na rzecz dobra człowieka chorego.

## Bibliografia

1. Bohdanowicz, A. (2021). *Łagodność pastoralna w pracy kapelana szpitalnego w kontekście opieki duchowej nad pacjentem*. Teologia i Moralność, 16 (29), 171–182.
2. Krajewska-Kułak, E. Chatzopulu, A., Łukaszuk, C., Lewko, J., Leszczyńska, M. (2005). *Postrzeganie pacjenta na przestrzeni wieków*. W: E. Krajewska-Kułak, M. Sierakowska, J. Lewko, C. Łukaszuk (red.). *Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego*. T. 1. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
3. Jan Paweł II (1992). *Posynodalna Adhortacja Apostolska Ojca Świętego Jana Pawła II Pastores Dabo Vobis*. Rzym.
4. Jan Paweł II (1984). *List apostolski Salvifici doloris Ojca Świętego Jana Pawła II do biskupów, kapłanów, rodzin zakonnych i wiernych Kościoła katolickiego o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia*. Rzym.
5. Jan Paweł II (2003). *Adhortacja apostolska Ecclesia in Europa*. Rzym.
6. *Katechizm Kościoła Katolickiego* (1994). Poznań: Pallotinum.
7. Kujaczyński, M. (2019). *Opieka duchowa w holistycznym procesie leczenia. Miejsce i rola kapelana szpitalnego w opiece duchowej*. Warszawskie Studia Pastoralne UKSW, 14 (45), 83–108.
8. Wasilewska, M. (2020). *Relacje między Bogiem a człowiekiem w poezji księdza Jana Twardowskiego*. Dydaktyka Polonistyczna, 6 (15), 47–56.

Magdalena Środa

# Duchowość i etyka poza religią



## W tym rozdziale:

Wprowadzenie. . . . .	215
Zacznijmy od duchowości . . . . .	217
Duchowość poza religią? . . . . .	217
Czy etyka potrzebuje religii? . . . . .	221
Chrześcijaństwo bez Boga . . . . .	223
Podsumowanie . . . . .	224



# Duchowość i etyka poza religią

## Wprowadzenie

Co do tego, że medycyna potrzebuje humanizacji, nie ma żadnych wątpliwości. Rozwój nauki, techniki i możliwości leczenia jest zawrotny, ale bynajmniej nie wprost proporcjonalny do rozwoju jej duchowego, humanistycznego oblicza. We współczesnej medycynie człowiek jest organizmem podzielonym na fragmenty, którymi (osobno) zajmują się wyspecjalizowani lekarze i naukowcy. Całością nie zajmuje się nikt, a ludzka dusza przeszła pod nadzór innych specjalistów – psychologów – i pojawia się u nich, gdy jest chora. Nie chodzi jednak tylko o holistyczne pojmowanie pacjenta. Rozwój biotechnologii, terapii genowych i innych możliwości, które stwarza współczesna medycyna, stawia nas przed zawrotną perspektywą mutacji gatunku ludzkiego.

We współczesnej medycynie człowiek jest organizmem podzielonym na fragmenty, którymi (osobno) zajmują się wyspecjalizowani lekarze i naukowcy. Całością nie zajmuje się nikt, a ludzka dusza przeszła pod nadzór innych specjalistów – psychologów – i pojawia się u nich, gdy jest chora.

Człowiek zbliża się do momentu, gdzie będzie mógł przeobrażać swoją naturę: to, co ludzkie, może się stać tym, co nieludzkie. Tym bardziej więc potrzebna jest zarówno refleksja aksjologiczna, jak i działania podnoszące duchową i moralną rangę medycyny.

Humanizację medycyny rozumiem jako stworzenie takiej edukacji, atmosfery pracy, poziomu świadomości oraz takich relacji z pacjentami, które uwzględniałyby postrzeganie człowieka w całej jego złożoności i niepowtarzalności, a samej medycyny nie tylko jako nauki, ale również jako zbioru pewnych humanistycznych i moralnych wartości. Warto wspomnieć, że w starożytnej Grecji medycyna była traktowana właśnie jako element szeroko rozumianej *paidei* (kultury i wychowania), blisko spowinowacona z filozofią stanowiła też element wykształcenia ogólnego (Jaeger, 2001, s. 515–561). Hipokrates zalecał postrzegać chorobę jako zjawisko bezpośrednio związane z przyrodą, jej cyklami, ogólnymi prawami nauki, a także cechami indywidualnymi pacjenta. Od greckich lekarzy uczyli się zarówno filozofowie, jak i politycy, np. Solon traktował kryzys polityczny jako zaburzenie chorobowe społecznego ciała (Jaeger, 2001, s. 520). Lekarze byli też zarazem filozofami, a na pewno filozofami przyrody, a także sofistami, prowadzili bowiem publiczne wykłady. Georges Minois pisze, że „lekarz Hipokratesa imponował bardziej swoim poziomem moralnym niż naukowym (...) jego wiedza wywiedziona była *de facto* z filozofii” (Minois, 2020, s. 17). O niezwyklej wiedzy filozoficzno-medycznej można się przekonać w dialogu Platona „Uczta”, gdzie jeden z bohaterów, lekarz Eryksymachos, przedstawia ludzkie ciało jako walkę dwóch Erosów. Zadaniem lekarza jest „związać ze sobą przyjaźnią i wzajemną miłością najbardziej zwaśnione pierwiastki ciała. Należą do nich skrajne przeciwieństwa: zimno i ciepło, gorzkość i słodycz, suchość i wilgoć” i chwali protoplastę Asklepiosa, który „potrafił wzbudzić Erosa i pogodzić je ze sobą, dzięki czemu ustanowił sztukę medycyny” (Platon, 2012, 186d–186e). Tylko lekarze – niewolnicy traktowali pacjenta jak rzemieślnicy, nie wyjaśniając przyczyn swojego postępowania. Prawdziwy lekarz tłumaczy i wykląda, wiążąc stan pacjenta z różnymi czynnikami. Hipokrates pisał: „W naszym zawodzie musi się zwracać większą uwagę niż w jakimkolwiek innym na to, aby mówić w sposób zrozumiały dla laika” (Jaeger 2001, s. 526).

Rzecz jasna, nikt dziś nie wymaga od lekarzy, by byli filozofami, mówcami czy psychologami. Ale dobrze byłoby, gdyby na drodze ich wykształcenia pojawiły się przedmioty humanistyczne, angażujące nie tylko wiedzę i umiejętności, lecz także wartości oraz refleksję etyczną i to w zakresie szerszym niż deontologia lekarska, obejmujące lekarski humanizm.

Rzecz jasna, nikt dziś nie wymaga od lekarzy, by byli filozofami, mówcami czy psychologami. Ale dobrze byłoby, gdyby na drodze ich wykształcenia pojawiły się przedmioty humanistyczne, angażujące nie tylko wiedzę i umiejętności, lecz także wartości oraz refleksję etyczną i to w zakresie szerszym niż deontologia lekarska, obejmujące lekarski humanizm.

Treść niniejszego rozdziału jest sprowokowana pytaniem o istotę duchowości, a właściwie o możliwość duchowości i etyki poza religią. Dla wielu odpowiedź na takie pytanie jest najzupełniej oczywista: zarówno duchowość, jak i etyka nie tylko istnieją poza religią, ale – jak sądzę – religia zawęża zarówno jedno, jak i drugie, warunkując ich istnienie istnieniem absolutu i ograniczając tym samym osobistą odpowiedzialność.

## Zacznijmy od duchowości

Nie będziemy się tu kusić o próby ścisłego zdefiniowania duchowości. Zapewne nie da się tego zrobić, można jednak wskazać kierunki badań czy kulturowe konteksty, w których pojęcie to nabiera konkretnego sensu. A kontekstów tych jest dużo. Możemy więc mówić o duchowości w sensie religijnym, do czego za chwilę wrócimy. O duchowości w rozumieniu racjonalnym, np. Kartezjusz traktował duchowość jako świadomość, jako *res cogitans* (byt myślący), radykalnie różny od świata rzeczy (*res extensa*). Możemy też mówić o duchowości w sensie psychologicznym, który częściowo zastąpił sens religijny, czy duchowości w znaczeniu egzystencjalnym, które zawiera się w rozumieniu ludzkiego bytu jako projektu transcendującego zarówno własną istotę, jak i teraźniejszość. Wreszcie, co będzie nas tu szczególnie interesować, uobecnieniem duchowości są postawy moralne. Człowiek nie działa bowiem jak bezwolny skutek rozmaitych przyczyn: ma duszę, to znaczy jest zdolny do wyborów, do odpowiedzialności, do doskonałości, do troski o innych i do wyobrażania sobie świata takim, jakim powinien być. Duchowość we wszystkich wymienionych wyżej znaczeniach to niematerialne, myślące, czujące, pamiętające, projektujące, tworzące „ja”, które przekracza nasze życie biologiczne (według osób wierzących nie kończy się wraz z nim) i zostawia swój ślad w postaci cywilizacji i kultury duchowej.

## Duchowość poza religią?

Duchowość rozpatruje się najczęściej w kontekście religijnym. Duch, dusza to byt związany z jakąś transcendencją. Może to być Bóg albo bogowie, może to być jakiś absolut. Pozostajmy przy monoteistycznym Bogu. Stwarzając człowieka,

zaopatrzył go w ciało oraz duszę. Dusza, w przeciwieństwie do ciała, jest więc nadprzyrodzona, a ponadto nieśmiertelna, niematerialna, sprawcza, uszlachetniająca człowieka. Święty Augustyn za orfikami twierdził, że ciało jest grobem duszy, jej obciążeniem (przynajmniej od czasu grzechu pierworodnego), dlatego w czasach, gdy duchowość miała charakter niemal wyłącznie chrześcijański, ciało było poddawane różnym rygorom i praktykom ascetycznym. Dopiero św. Tomasz uznał, że dusza i ciało tworzą *compositum*; ciało nie jest żadnym więzieniem duszy, tylko jej niezbędnym dopełnieniem w wymiarze życia doczesnego (choć zmartwychwstaniemy jako istoty cielesne); za Arystotelesem twierdził, że ciało jest materią tego, czego dusza jest formą.

Duchowość rozumiana w kontekście religijnym ma wiele ograniczeń, bo religia to nie tylko wiara, lecz także jej prawdy.

Duchowość rozumiana w kontekście religijnym ma wiele ograniczeń, bo religia to nie tylko wiara, lecz także jej prawdy. Te podstawowe wyznaczone są przez chrześcijańskie *credo*, które *notabene* wielokrotnie było zmieniane (synod w Nicei, w Konstantynopolu, w Efezie) i stanowiło przyczynę wielu rozłamów w obrębie samego chrześcijaństwa. Najbardziej kłopotliwa była wiara w Trójcę Świętą rozumia-

ną jako istnienie jednego Boga w trzech osobach. Unitarianie, świadkowie Jehowy i mormoni, mimo że są chrześcijanami, nie wierzą w istnienie Trójcy. Dla wszystkich innych Kościołów ten dogmat (Świętej Trójcy) jest uznawany za centralną prawdę wiary chrześcijańskiej. Ponadto chrześcijanie muszą wierzyć: że chrzest odpuszcza grzechy, że Maryja była dziewicą, że Jezus zmartwychwstał, że cuda istnieją, że wierzący będą wskrzeszeni, że będą wiedli życie wieczne, a także – a może przede wszystkim – że istnieje „jeden, święty, powszechny i apostołski Kościół”. A Kościół to instytucja, hierarchia, władza, nakazy, które ograniczają duchowość wierzących do „prawd” przez niego ustanawianych. Jest to szczególnie widoczne w katolicyzmie, gdzie na straży tych prawd stoi Kongregacja Nauki Wiary, czyli dawna Święta Inkwizycja. Przez setki lat ta instytucja dysponowała znacznie szerszym zbiorem instrumentów służących obronie jedności wiary i prześladowaniu heretyków niż dzisiejsza Kongregacja, zwłaszcza gdy w 1252 r. papież Innocenty IV zezwolił na torturowanie osób podejrzanych o herezję i czary. Kongregacja Nauki Wiary nie torturuje, ale jej zadaniem, tak jak poprzedniczki, jest wykrywanie i zwalczanie błędów, fałszywych doktryn i herezji. Kongregacja ma również ostateczne zdanie w sprawach moralności: autorytatywnie rozstrzyga konflikty, jednoznacznie ocenia trudne kwestie etyczne. Tak więc religia, zwłaszcza katolicka, ogranicza naszą duchowość, trzymając ją w karbach prawd wiary, których nie można dowolnie interpretować, nawet wtedy, gdy się głęboko z nimi nie zgadzamy. Wspomnijmy o dwóch

przypadkach. Pierwszym jest Antoni De Mello. Tysiące osób, które traktują ludzką duchowość jako rodzaj transcendencji i wiążą ją z wiarą w Boga, traktuje Antoniego de Mello jako swego przewodnika duchowego. Ale nie Kościół. De Mello to hinduski jezuita, który na studiach zainteresował się „Ćwiczeniami duchowymi” św. Ignacego Loyoli i duchowości poświęcił całe swoje życie. W wierze łączył chrześcijaństwo z buddyzmem, jako teolog śledził podobieństwa między nauczaniem Ojców Kościoła i przeżyciami mistyków, takich jak mistrz Eckhart, a nauczaniem mnichów buddyjskich, Biblię porównywał ze świętymi księgami hinduizmu zawartymi w Bhagawadgicie. Kształcił się na najlepszych katolickich uczelniach, a potem założył w Indiach własny instytut, gdzie kształcił innych na przewodników duchowych, pogłębiał wiarę, uczył medytacji. Jednocześnie krytykował ideologiczną postać religii, którą cechuje nietolerancja, ciasnota umysłowa, agresja i wrogość wobec wszystkiego, co niezadekretowane autorytetem Kongregacji Nauki Wiary. I ta właśnie Kongregacja potępiła publikacje i działania de Mello za „niedopuszczalne odejście od katolicyzmu w stronę religii Wschodu” (Valles, 1994). Kardynał Ratzinger, szef Kongregacji, późniejszy papież Benedykt XVI, uznał, że de Mello niewłaściwie definiuje Boga, że traktuje Pismo Święte w zbyt dowolny sposób, że zrównał Jezusa z innymi mistrzami duchowymi, takimi jak Budda, że nie rozumie znaczenia raju – De Mello uważał bowiem, że człowiek po śmierci rozplynie się w Bogu (De Mello, 1992).

Tak więc religia,  
zwłaszcza katolicka,  
ogranicza naszą  
duchowość, trzymając  
ją w korbach prawd  
wiary, których nie  
można dowolnie  
interpretować, nawet  
wtedy, gdy się głęboko  
z nimi nie zgadzamy.

Inny przypadek osoby o niezwyklej duchowości to Eugen Drewermann, katolicki ksiądz, teolog, dogmatyk, biblista, psychoanalityk. Studiując Biblię, doszedł do wniosku, że przy narodzinach Jezusa nie było żadnego cudu, że Jezus został poczęty i zrodzony jak każdy człowiek, Maryja nie była więc dziewicą, a celibat nie ma biblijnego uzasadnienia, bo Jezus go nie ustanowił, natomiast szkodzi on zdrowiu księży, prowadząc do nerwic. Domagał się ujawnienia wszystkich patologii wewnętrznych Kościoła i debaty wokół dróg jego odnowy. Uważał również, że to chrześcijaństwo (przede wszystkim misjonarze) zdesakralizowało przyrodę, prowadząc do jej instrumentalizacji i zagłady. Drewermann walczył w obronie puszczy brazylijskiej, był również zwolennikiem praw zwierząt i wegetarianinem, a przeciwnikiem prawa własności (mieszka do dziś w bloku, nie ma nic prócz książek, a pieniądze zarobione na wykładach i publikacjach przeznaczają na cele charytatywne). W latach 90. ubiegłego wieku arcybiskup Johannes Degenhardt najpierw odebrał mu pozwolenie na nauczanie

teologii katolickiej, później pozbawił go praw do głoszenia kazań, potem ukarał suspensą za głoszenie poglądów odbiegających od wiary katolickiej (Nowak, 2007). Duchowość Drewermanna nie zmieściła się w Kościele katolickim, wystąpił z niego w 2005 r.

Możemy w nieskończoność przytaczać przypadki wspaniałych, uduchowionych postaci, które przyczyniły się do rozwoju duchowości innych, a które zostały wykluczone z instytucji, która tę duchowość ma kształtować i ograniczać. To, że ludzka duchowość wyrasta ponad wiarę, a z pewnością ponad instytucjonalny Kościół, można też wykazać, zwracając się ku Grekom, wszak helleńska kultura stanowi kolebkę europejskiej duchowości. Grecy – jak wiadomo – nie znali wiary chrześcijańskiej i nie mieli wyrobionego poglądu na duszę. Dla Homera dusza była tchnieniem (*eidelon*), które opuszczało ciało po śmierci i bezsilne włączyło się po Polach Elizejskich. Życie wieczne nie stanowiło żadnej wartości, dlatego bohaterowie homeryccy robili wszystko, by mieć swoje zasługi za życia, stąd też wysoka pozycja takich cnót, jak męstwo czy cześć. Z kolei dla Sokratesa dusza miała znaczenie moralno-racjonalne, nie była „boska” w sensie, jaki nadało jej chrześcijaństwo. Sokrates, nawołując do „troski o własną duszę”, nawoływał – w istocie rzeczy – do myślenia, bo to ono porządkuje duszę: gdy myślimy, rozum zajmuje swoją hegemoniczną pozycję, podporządkowując sobie namiętności. Według Sokratesa jedynym bowiem źródłem zła jest głupota i namiętności. Jeśli chodzi o wierzenia religijne w Grecji (mam na myśli nie tylko filozofów, ale również misteria i kultury), panował animizm, najstarsza bodaj forma religijności. Jej główną tezę było przekonanie dotyczące jedności duchowego świata i braku jakiegokolwiek *hiatus* między ludźmi a innymi istotami, między tym, co duchowe i materialne, między naturą i kulturą. Byt, to, co nas otacza, jest nasączony duchowością – twierdzili animiści, ducha bądź duszę mają ludzie, zwierzęta, kamienie, rośliny, góry, rzeki oraz cienie. Animistami byli Pitagoras, Empedokles, Teofrast, Platon, Plutarch. Wedle nich dusza posiada różne ucieleśnienia i podlega transmigracji. Platon nie poruszał, co prawda, otwarcie kwestii rozumności zwierząt, ale zamieszczone w niektórych dialogach (Fedon, Timajos, Menon) opisy losów nieśmiertelnej duszy pozwalają stwierdzić, że ją zakładał. W *Timajosie* czytamy: „wszystkie jestestwa żywe przemieniają się jedyne w drugie, przechodząc z jednego gatunku do drugiego, w miarę jak tracą lub nabywają inteligencji, względnie głupoty” (Platon, 91D). Koncepcje metempsychozy wiążą się z wegetarianizmem i zakazem spożywania mięsa, a także z uznaniem moralnego statusu zwierząt, co w ramach religii chrześcijańskiej jest nie do pomyślenia, ponieważ ustanawia ona ostry podział na ludzi stworzonych przez Boga (na jego obraz i podobieństwo) i resztę świata, który został człowiekowi poddany. Stąd niechęć do obrońców praw zwierząt, wegan i wegetarian. Najbardziej wzniosłą filozofię praktyczną stworzyli w starożytności stoicy, którzy namawiali do *apatii*

(wyłączenia motywującego udziału uczuć w naszych działaniach), samowystarczalności i wolności wewnętrznej. Zalecali ćwiczenia duchowe, których celem było wzmocnienie poczucia naszej niezależności od losu, ale jednocześnie byli przekonani, że ów los, a wraz z nim cały świat, jest bytem rozumnym, harmonijnym, celowym i pięknym. Wierzyli też, że dusza jest nieśmiertelna, nie dlatego, że wierzyli w Boga, który dawał gwarancję jej nieśmiertelności, ale – jak twierdzili – lepiej żyć z wiarą w nieśmiertelność duszy niż bez niej. To, w co wierzysz, zależy od ciebie. Jeśli życie stanie się nieznośne, a twoja wiara niewystarczająca, by je przeżyć, wyjdź z niego. Otwartą możliwość samobójstwa nazywali „złotą bramą”.

## Czy etyka potrzebuje religii?

Duchowość dla wielu jest związana faktem, że człowiek jest podmiotem moralnym. Zdolność do zachowań moralnych, do wypełniania powinności, do ćwiczenia się w cnotach, do podążania za ideałami doskonałego życia stanowi więc jeden z najbardziej wyrazistych dowodów naszej duchowości. Ale tak jak duchowość stanowczo wykracza poza to, co religijne, tak etyka nie daje się zamknąć w religijności. Etyka jest dziedziną filozofii, znamy więc niemal tyle systemów etycznych co teorii filozoficznych. Już w dziełach Homera można śledzić funkcjonowanie określonych norm moralnych, refleksja etyczna rozkwitała w czasach Sokratesa, Platona, Arystotelesa, Epikura czy Zenona z Kition. Po setkach lat trwania filozofii mamy bardzo dużo modeli etyki opartych na odmiennych koncepcjach antropologicznych i metafizycznych związanych z różnymi europejskimi tradycjami kulturowymi.

Ale tak jak duchowość stanowczo wykracza poza to, co religijne, tak etyka nie daje się zamknąć w religijności.

Etyka oparta na religii charakteryzuje się teonomicznym uzasadnieniem norm, co znaczy, że coś jest dobre i nakazane nie dlatego, że przynosi pożądane skutki określonej liczbie ludzi, że stanowi realizację bezinteresownego obowiązku, że minimalizuje krzywdę lub zwiększa bezpieczeństwo i szczęście wspólnoty, lecz ponieważ tak chciał Bóg (jeśli Bóg jest nieprecyzyjny, prawo do interpretowania jego woli ma Kościół). Teonomiczne uzasadnienie norm ma wiele zalet: normy są uporządkowane, mają określone sankcje, obowiązują powszechnie, wartości, których bronią, mają homogeniczny charakter, czyli nie wchodzą ze sobą w konflikt (dla każdego problemu moralnego jest jedna słuszna odpowiedź), ale też uzasadnienie to jest problematyczne, bo uwarunkowane jest wiarą w jedynego Boga. Wiary tej nie da się osiągnąć ani poprzez

perswazję, ani drogą dowodów. Żaden z kilkunastu dowodów na istnienie Boga (kosmologiczny, ontologiczny, biologiczny, psychologiczny, chrystologiczny i inne) nie jest na tyle przekonujący, by to, czego istnienia dowodzi, uznać za naprawdę istniejące. Wiara nie opiera się zresztą na dowodach: należy do innego porządku niż racjonalny. Według chrześcijan jest przedmiotem łaski, która nie jest dana każdemu, ponadto nie jest dana raz na zawsze. Można ją zyskać, można stracić. Gdyby etykę opierać na wierze w Boga, jej załamanie wiązałoby się z poważnym kryzysem moralnym lub zgoła z nihilizmem. Tymczasem ludzie tracą wiarę, społeczeństwa zachodnie (i nasze) w szybkim tempie sekularyzują się, co nie jest jednak związane z mnożeniem się postaw nihilistycznych. Etyka nie musi mieć więc boskiej legitymizacji, by jej normy obowiązywały. Przeciwnie – to dość krucha podstawa. Jest jeszcze jeden problem związany z religijnością etyki, który zauważył Leszek Kołakowski (1967). Etyka religijna ma postać kodeksu (jak w Dekalogu, jak w Katechizmie Kościoła Katolickiego) narzuconego przez ostateczny, transcendentny autorytet. Kodeks „mówi nam, które zakazy są bezwarunkowe, a które ograniczone okolicznościami, mówi także o tym, jakie wartości należy przedkładać nad inne (...) idea kodeksu zawiera w sobie dążność stałą do uzyskania ideału kompletności, a więc do takiego zbioru reguł, które dają się zastosować do dowolnej sytuacji moralnej i zawsze ją przesądzają jednoznacznie” (Kołakowski, 1967, s. 163–164). Wiara w kodeks to wiara w to, że wszystkie decyzje moralne zostały już podjęte, a wszystkie problemy – rozstrzygnięte. Wystarczy przestrzegać norm i wierzyć w bezgraniczną dobroć ich twórcy. Kołakowski zwraca uwagę na fakt, że takie rozumienie moralności zwalnia nas *de facto* od decyzji, a tym samym od odpowiedzialności „poucza nas, jak być świętym, a co gorsze, jak zdobyć pewność, że jest się świętym” (Kołakowski, 1967, s. 179). Ludzie czują się bezpiecznie i wygodnie, gdy wiedzą, że istnieje jakiś porządek transcendentny i że wystarczy aplikować go w życiu. Tymczasem owo poczucie bezpieczeństwa moralnego, które daje kodeks, jest „antagonistyczne względem pewnych fenomenów świadomości, które są niezbędne dla przeciwdziałania społecznej i moralnej degradacji” (Kołakowski, 1967, s. 164). Idealny kodeks, a religia katolicka pretenduje do posiadania takowego, musiałyby, według Kołakowskiego, spełniać niemożliwe do spełnienia kryteria. Kołakowski wymienia: symetrię powinności i roszczeń, symetrię wartości i powinności oraz jednorodność wartości. Warunki te są niezgodne z pewnymi elementarnymi intuicjami, które mamy, gdy identyfikujemy coś jako dobre (np. zapłodnienie *in vitro*), choć jednocześnie wiemy, że jest niezgodne z normą zadekretowaną w religijnym kodeksie. Wiemy, że pewne wartości są zawsze cenne (np. prawda, dotrzymywanie zobowiązań), choć niekiedy zarazem wiemy, że naszą powinnością jest postąpić wbrew nim, wiemy też, że pewne zachowania są przedmiotem naszych obowiązków (ratowanie kogoś z pożaru), choć nikt nie może wysuwać wobec nas roszczeń dotyczących



ich wykonania. I wreszcie, doświadczając kolizji pewnych wartości, wiemy, że nie da się jej uniknąć poprzez uszeregowanie owych wartości według pewnego homogenicznego wzorca. Bo wartości nie są jednorodne. „Kodeksowa postawa moralna zaślepia ludzi w obliczu rzeczywistych własności ludzkiego świata i uspokaja bezmyślną nadzieją na integralną świętość w nieświętych warunkach życia, rodzi fanatyzm, nietolerancję, nieodpowiedzialność” (Kořakowski, 1967, s. 185).

Nie można jednak wylewać dziecka z kąpielą. Etyka chrześcijańska stanowi zbiór wartości i zalecanych postaw niezwykle cennych i dających się obronić bez wiary w Boga. Widoczne jest to u wielu filozofów współczesnych: E. Levinasa, P. Ricoeura, B.H. Levy'ego, V. Jankelevitcha czy A. Comte-Sponville'a, który nie uznaje nauczania kościelnych autorytetów (encyklikę Jana Pawła II *Veritatis Splendor* nazywa, z powodu wpisanej w nią nietolerancji, *Veritatis terror*), wszelako w swoim układzie cnót, który opisuje w *Małym traktacie o wielkich cnotach* (Comte-Sponville, 1995), chrześcijańskie *caritas* traktuje jako najwyższy poziom dojrzałości ludzkich postaw moralnych.

## Chrześcijaństwo bez Boga

Zatrzymajmy się chwilę przy jednym z ciekawszych filozofów, który skupia się na chrześcijańskim przesłaniu etyki, odrzucając jej transcendentalne uzasadnienie. Chodzi o Mariana Przełęckiego (1989) i jego *Chrześcijaństwo niewierzących*. Jego koncepcja etyki jest chrześcijańska, wszelako pozbawiona *de facto* jakiegokolwiek dającej się zobiektywizować legitymizacji. Nie ma tam Boga, nie ma religii, nie ma instytucji Kościoła. Przełęcki odrzuca „troskę o zbawienie własnej duszy”, lęk przed karą piekielną, dążenie do doskonałości moralnej, ideał życia poświęcony kontemplacji Boga, nie zajmuje się dogmatyką chrześcijańską ani nawet etyką w jej pełnym kształcie, który możemy znaleźć u Tomasza z Akwinu czy w Katechizmie Kościoła Katolickiego. Przełęckiego nieustannie dziwi, że ludzie wierzący lub ci, którzy interesują się religią, zwracają się z reguły do innych elementów chrześcijańskiej myśli moralnej niż ten, który jest jej esencją, czyli do zasady miłości bliźniego, a właściwie – bezwarunkowej troski o cudze dobro. „Czyn moralnie dobry – to czyn motywowany troską o dobro innego człowieka (...) Spełniam czyn dobry moralnie, gdy robię coś po to, aby komuś przysporzyć dobra – lub uchronić od zła” (Przełęcki, 1989, s. 14). Zasada ta nie jest ograniczona do bliskich relacji, ma więc wyraźny charakter uniwersalny. Przełęckiemu chodzi zarówno o „ogół istot czujących”, jak i relacyjny charakter etyki, co znaczy, że w czyn, który ma być osądzony jako moralny, musi być zaangażowany, prócz podmiotu – sprawcy, drugi człowiek. Przełęcki pisze: „Nie jestem w porównaniu z innymi w pozycji uprzywilejowanej. Moje

dobro nie jest ważniejsze niż czyjekolwiek inne. Nie ma żadnej moralnej racji, abym miał czynić coś raczej dla dobra własnego niż dla cudzego; abym miał żyć dla siebie właśnie, a nie dla innych (...) dlaczego miałbym chronić przed cierpieniem raczej siebie niż siebie” (Przełęcki, 1989, s. 16). Dlaczegoż – pyta Przełęcki – „na swoje sprawy mam patrzeć inaczej? Po co się nimi przejmować?” (Przełęcki, 1989, s. 17). Przełęcki stawia szaleńcze, Chrystusowe w istocie, żądanie: samozatrąty. Życie moralnie dobre to życie dla innych, a nie da się żyć dla innych, pamiętając o sobie, o swoich potrzebach, troskach, ograniczeniach, aspiracjach, celach życiowych. W czynie moralnym to wszystko musi zaniknąć, ja muszę stać się innym. „Inni – to właśnie my” (Przełęcki, 1989, s. 64). Nie chodzi tu o samounicestwienie się, chodzi tylko o to (aż o to), by nasza motywacja była oczyszczona nie tylko ze wszystkiego co egoistyczne, ale by po pierwsze, odwracała się od dobra własnego, a po drugie, nie zwracała się z nadzieją w kierunku nagrody, zasługi czy zbawienia, co jest dla wielu wierzących poważnym motywem przestrzegania norm. Dobroć licząca na zbawienie jest motywowana „interesem”, a zatem jest równie egoistyczna jak ta, która oczekuje ziemskiej zasługi lub poklasku. Przełęcki wyklucza z motywacji prawdziwie moralnych również perfekcjonizm. Taka troska (o własną doskonałość) jest bowiem zupełnie inna niż troska o innego. Nie może być więc właściwą motywacją moralną. Przełęcki pisze: „Chcę być człowiekiem dobrym, zabiegam o moralną doskonałość i dlatego usiłuję postępować moralnie dobrze, działać dla dobra innych. Ale ta właśnie motywacja odbiera moim czynom charakter czynów moralnie dobrych” (Przełęcki, 1989, s. 68).

## Podsumowanie

Nie trzeba więc transcendencji ani religii, by uznać przesłanie etyki chrześcijańskiej. Nie potrzeba również chrześcijaństwa, by uznać istnienie i wiarygodność innych etyk: intelektualizmu etycznego Sokratesa, etyki złotego środka Arystotelesa, imperatywu kategorycznego Kanta, utylitaryzmu, który nakazuje nam maksymalizować szczęście jak największej liczby ludzi, feministycznej etyki troski, aksjologicznej etyki fenomenologów nastawionej na realizowanie wiecznych wartości i wielu innych. Uznanie wielości etyk nie powoduje relatywizmu normatywnego. Każda bowiem społeczność posiada pewne normy „gruntowe”, bez których nie mogłaby funkcjonować jako wspólnota oparta na więziach wzajemnego zaufania. Tworzą je takie normy, jak: „nie zabijaj”, „nie kradnij”, „nie kłam”, „nie krzywdź”, „nie zdradzaj”, „dotrzymuj obietnic”, bo bez szacunku dla takich wartości, jak życie, własność, prawda, rodzina, troska o słabych, wiarygodność, wspólnota nie przeżyłaby lub nie warta byłaby przeżycia. Normy te znajdujemy w greckiej polis, w społeczeństwach zwanych nie-

gdys pierwotnymi, we wspólnotach politeistycznych, monoteistycznych oraz zsekularyzowanych. Mają one charakter powszechny w tym sensie, że stanowią aksjologiczny fundament każdej grupy społecznej, wszelako są relatywne, gdy chodzi o ich zasięg i stopniowalność. Poza tym „diabeł tkwi w szczegółach”, problemy moralne rodzą się na poziomie znacznie większej szczegółowości niż ten, na którym funkcjonują „normy gruntowe” (np. Dekalog). Nie ma więc jednej etyki, tak jak nie ma jednego modelu duchowości. Inne normy moralne obowiązują w sferze prywatnej, inne w sferze publicznej, inne odnoszą się do zawodu lekarza, inne polityka, jeszcze inne tworzą etykę obywatelską. Wielość i różnorodność form ludzkiej duchowości, tak jak i wielość i różnorodność systemów etycznych nie jest żadnym zagrożeniem dla dobra, do którego prowadzi wiele dróg. Ważne, by kroczyć nimi świadomie i z pełną odpowiedzialnością za własne czyny i poglądy.

## Bibliografia

1. Comte-Sponville, A. (2000). *Mały traktat o wielkich cnotach*. Przeł. H. Lubicz-Trawkowska. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Volumen.
2. De Mello, A. (1992). *Przebudzenie*. Przeł. B. Moderska, T. Zych. Poznań: Zysk i S-ka.
3. Jaeger, W. (2001). *Paideia. Formowanie człowieka greckiego*. Przeł. M. Plezia, H. Bednarek. Warszawa: Aletheia.
4. Kołakowski, L. (1967). *Etyka bez kodeksu. W: Kultura i fetysze*. Warszawa: PWN.
5. Konarski, J. (2003). *Co nam ofiarował chrześcijanin Wschodu? „Sprawozdanie” z lektury pism Anthony’ego de Mello*. Katowice: KOS.
6. Minois, G. (2020). *Ksiądz i lekarz. Od świętych uzdrowicieli do bioetyki*. Przeł. Karolina Kot-Simon, Warszawa: Aletheia.
7. *Notyfikacja odnośnie do pism ojca Anthony de Mello SJ*. Kongregacja Nauki Wiary – Portal OPOKA, [www.opoka.org.pl](http://www.opoka.org.pl).
8. Nowak, J.R. (2007). *Walka z Kościołem w mediach. Biała księga*. Warszawa.
9. Platon (2012). *Uczta*. Przeł. A Serefin. Warszawa: Wydawnictwo Sic!
10. Platon (1999). *Timaios*. Przeł. W. Witwicki. Warszawa: Alfa.
11. Przełęcki, M. (1989). *Chrześcijaństwo niewierzących*, Warszawa: Czytelnik.
12. Valles, C.G. (1994). *Bez obciążenia. Wspominając Tony’ego de Mello*. Kraków: Wydawnictwo WAM, Księża Jezuici.



**CZĘŚĆ III**  
**Rozmowy**  
**z najważniejszymi**  
**przedstawicielami**  
**kościół**  
**i związków**  
**wyznaniowych**



## W tej części:

Rozmowa z Księdzem Arcybiskupem Metropolitą Gnieźnieńskim i Prymasem Polski Wojciechem Polakiem . . .	229
Rozmowa z Jego Eminencją, Wielce Błogosławionym Sawą, Prawosławnym Metropolitą Warszawskim i całej Polski . . .	232
Rozmowa z Naczelnym Rabinem Polski Michaelem Schudrichem . . . . .	234
Rozmowa z Przewodniczącym Rady Naczelnej Ligi Muzułmańskiej w Rzeczypospolitej Polskiej, Imamem Youssefem Chadidem . . . . .	236
Rozmowa z Przewodniczącym Buddyjskiego Związku Diamentowej Drogi Linii Karma Kagyu w Polsce Michałem Siwkiem . . . . .	240

# Rozmowa z Księdzem Arcybiskupem Metropolita Gnieźnieńskim i Prymasem Polski Wojciechem Polakiem



Jak Ksiądz Prymas postrzega lub interpretuje termin „duchowość”, szczególnie w odniesieniu do duchowości w opiece zdrowotnej?

Duchowość to wymiar ludzkiego życia stanowiący odniesienie do transcencji, do relacji człowieka z Bogiem oraz innych wartości egzystencjalnie ważnych, takich jak np. sens życia, cierpienia, śmierci czy własnej godności. Holistyczne spojrzenie na człowieka uświadamia nam, że jest on równocześnie cielesny, psychiczny i duchowy. Te trzy wymiary tworzą między sobą specyficzne zależności, ale nie można powiedzieć, że człowiek jest ich sumą. Człowiek jest jednością, całością, wewnątrz której wzajemnie układają się ciało, psychika i duch. Wymiar duchowy jest elementem konstytutywnym każdego człowieka, również niewierzącego w Boga, dlatego nie można go utożsamiać wyłącznie z religijnością. Oba te obszary są ze sobą ściśle powiązane, wzajemnie się przenikają i uzupełniają, ale nie zawsze się pokrywają. Tak więc wymiar duchowy wyraża się w wewnętrznej potrzebie człowieka ukierunkowania własnego życia i wzrastania poprzez przemianę wewnętrzną, poszukiwania szczęścia, realizacji swoich ideałów. Tę prawdę o człowieku powinna uwzględniać i respektować także medycyna.



Czy w opinii Księdza Prymasa występuje korelacja między stanem zdrowia pacjentów i możliwościami jego poprawy a zasobami wewnętrznymi lub duchowymi pacjenta?

Badania przeprowadzone na świecie w obszarze opieki duchowej nad pacjentem dowodzą, że każdy pacjent czerpie korzyści z dobrej kondycji duchowej, większość pacjentów ma potrzeby duchowe lub szuka oparcia w religii. Są też pacjenci, którzy podejmują decyzje dotyczące leczenia lub radzą sobie z chorobą i śmiercią, kierując się wiarą i przekonaniami religijnymi. Pomoc pacjentom w obszarze cierpienia duchowego powinna być integralnym i komplementarnym elementem całościowej opieki nad osobą chorą. Jest ona tak samo ważna jak pomoc *stricte* medyczna czy psychologiczna; nie może być traktowana jako „dodatek” w procesie leczenia osoby chorej. Wiemy dzisiaj już z naukową pewnością, że dobra opieka duchowa leży w najlepiej rozumianym interesie pacjenta. Staje się coraz bardziej oczywiste, że aby osiągnąć ten cel, konieczne jest, aby do pacjenta podchodzić z empatią i szacunkiem, rozmawiać z nim i uczyć się o jego potrzebach, obawach, marzeniach, nadziejach i celach. Ważne jest, aby wiedzieć, kim jest pacjent, a nie tylko, na co choruje. Dlatego nie bez przyczyny mówi się, że rozmowa jest sercem medycyny.



Czy biorąc pod uwagę aktualny stan zaspokojenia potrzeb duchowych pacjentów w Polsce, dostrzega Ksiądz Prymas konieczność wprowadzenia ewentualnych zmian w odniesieniu do własnej wspólnoty wyznaniowej?

W większości krajów europejskich placówki ochrony zdrowia zatrudniają zawodowych kapelanów jako specjalistów od opieki duchowej i włączają ich do zespołów interdyscyplinarnych. W Polsce status kapelanów szpitalnych jest nadal nieokreślony, a zatem kwestie i charakter ich obecności w szpitalach należy rozwiązać systemowo – nie ze względu na Kościół czy religię i nie dla kapelanów, ale dla pacjentów, których sfera duchowa uaktywnia się w czasie pobytu w szpitalu lub w innej placówce medycznej i którym należy się wówczas profesjonalna opieka duchowa.

Opieka duchowa nad pacjentem staje się dziś w Polsce nagłym problemem nie tylko medycznym, lecz także pastoralnym. W świetle obecnej wiedzy w pełni uzasadniony wydaje się postulat tworzenia profesjonalnych zespołów opieki duchowej w szpitalach, hospicjach i innych placówkach medycznych. Aby świadczyć zintegrowaną, profesjonalną opiekę duchową, wszyscy członkowie zespołu medycznego powinni mieć odpowiednie kompetencje w tym zakresie, natomiast kapelani powinni być szkoleni w zakresie oceny i reagowania



na różnorodne potrzeby duchowe, oczekiwania i nadzieje pacjentów, ich rodzin i członków zespołu medycznego.

W tym kontekście na uznanie zasługuje inicjatywa Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie, które już od roku organizuje specjalistyczne webinaria w ramach programu „Bądź przy mnie”, adresowane do wszystkich księży kapelanów. Raz w miesiącu odbywają się w sieci bardzo interesujące i profesjonalnie prowadzone wykłady, spotkania, dyskusje, wymiana doświadczeń, które z pewnością przyczyniają się do podnoszenia kompetencji kapelanów szpitalnych. Uważam, że jest to krok w dobrym kierunku, choć niewystarczający. Dlatego z uznaniem patrzę także na inną inicjatywę Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie – wprowadzenie w Polsce systemu kształcenia kliniczno-pastoralnego dla kapelanów i osób pragnących pracować w zespołach wsparcia duchowego osób chorych. Program ten wymaga jeszcze konsultacji, także na szczeblu ministerialnym, ale ufam, że zostanie wypracowany, oby jak najszybciej, i wejdzie w życie. W trosce o coraz lepszą posługę wśród chorych taki profesjonalny, obligatoryjny dla kapelanów system kształcenia jest w Polsce potrzebny.

*Rozmowę przeprowadził Arkadiusz Nowak*

# Rozmowa z Jego Eminencją, Wielce Błogostawionym Sawą, Prawosławnym Metropolitą Warszawskim i całej Polski



Jak Wasza Eminencja postrzega lub interpretuje termin „duchowość”?

Człowiek jest istotą fizyczno-duchową. Takim stworzył go Bóg, jak mówi Księga Rodzaju. Bóg, powołując do życia człowieka, tchnął w niego cząstkę Samego Siebie (duszę). Człowiek, rozwijając element duchowy, przy pomocy Ducha Świętego zdobywa Jego dary i staje się istotą uduchowioną. Darami Ducha Świętego są: miłość, radość, pokój, cierpliwość, uprzejmość, dobroć i wierność. Rozwijając te dary, człowiek może osiągnąć doskonałość duchową, która doprowadza do przeobstwienia w jego naturę. Przykładem tego są święci: św. Serafin z Sarowu na wschodzie, św. Franciszek z Asyżu na zachodzie, św. Harasim w Palestynie, którzy osiągnęli taki stopień doskonałości, że mogli rozmawiać ze zwierzętami, stając się niejako ich przyjacicielami. Dla nich nawet kwiaty czy gwiazdy były braćmi i siostrami.

Duchowość zależy od indywidualnej postawy człowieka, pomaga mu jednak w tym Cerkiew (Kościół), albowiem jest on cząstką Ciała Chrystusa, jakim jest Bogoludzki organizm Świętej Cerkwi. Innymi słowy: duchowość to jedność człowieka jako stworzenia ze swoim Stwórcą – Bogiem. Przejawia się ona w różnoraki sposób, jako: pobożność, bojaźń Boża, mądrość, odwaga, radość, umiejętność. Pełna duchowość to nic innego jak przeobstwienie natury człowieka. Przykładem tego jest Przemienienie Chrystusa na górze Tabor.



Czy występuje korelacja między stanem zdrowia pacjentów i możliwościami jego poprawy a zasobami wewnętrznymi lub duchowymi pacjenta?

Tak, występuje. Na stan zdrowia człowieka duży wpływ ma jego zdrowie duchowe. Duchowa moc człowieka przekłada się na stan organizmu ludzkiego, albowiem wiara, ufność i bliskość z Bogiem daje siłę, która obejmuje oba elementy – ciało i ducha. Niektórzy święci byli w stanie rytmem modlitwy Chrystusowej wpłynąć na rytm bicia serca. Męczennicy pokonywali ból cielesny. Pamiętajmy, że człowiek stanowi integralną całość tego, co materialne i duchowe. Cieleśne zdrowie pomaga procesowi zbliżenia się do Boga w sensie duchowym. Z kolei duchowe bogactwo mobilizuje do właściwego wykorzystania ciała i przyjmowania go z wielkim szacunkiem jako Daru Bożego. Przeważnie wzmacnianie sfery duchowej pacjenta jest nieodzownym elementem procesu leczenia. Pierwszym zajmuje się kapłan, drugim lekarz. To tu jest możliwa współpraca obu – kapłana i lekarza.



Czy biorąc pod uwagę aktualny stan zaspokojenia potrzeb duchowych pacjentów w Polsce, Wasza Eminencja dostrzega konieczność wprowadzenia zmian w odniesieniu do własnej wspólnoty wyznaniowej?

Korzystny wpływ obecności duchownego przy łóżku chorego jest rzeczą oczywistą i nie podlega dyskusji. Obecność kapłana przy łóżku chorego w szpitalu jest błogosławieństwem dla człowieka wierzącego. Należy stwierdzić, że stan zaspokojenia duchowych potrzeb chorych pacjentów w Polsce zgodnie z naszym prawodawstwem jest zorganizowany. Mamy możliwość obecności kapłanów w szpitalach, hospicjach, domach opieki itd.

Nieco gorzej wygląda sprawa egzekwowania i realizacji tych praw. Czasami dążenie do duchowego wsparcia chorego przegrywa z racjami ekonomicznymi. Bywa, że brakuje dla kapłana ściśle związanego z daną jednostką stosunku pracy. Potrzebne jest bowiem większe otwarcie niezależnych od nas służb i sprowadzenie racji ekonomicznych na właściwe miejsce.

Co do wiernych Kościoła Prawosławnego – cieszę się, że rozumieją oni ważność duchowości w swoim życiu. Praktykują posty, odwiedzają święte miejsca, nie zaniechują także sportu. Posiadamy organizację sportową.


Cieszę się, że przejawem naszej duchowości są domy opieki, świetlice specjalistyczne, zakłady terapii zajęciowej i wiele innych przedsięwzięć socjalnych służących pomocą ludziom potrzebującym – chorym, samotnym, zagubionym.

*Rozmowę przeprowadziła Katarzyna B. Głodowska*


# Rozmowa z Naczelnym Rabinem Polski Michaelem Schudrichem

 Jak Rabin postrzega lub interpretuje termin „duchowość”?

Życie duchowe to próba kontaktu człowieka ze swoją duszą i Bogiem. Ta próba obejmuje sięganie poza świat fizyczny, aby dotknąć kwestii duszy i boskości.

 Czy występuje korelacja między stanem zdrowia pacjentów i możliwościami jego poprawy a zasobami wewnętrznymi lub duchowymi pacjenta?

Pewne jest, że stan umysłu i duszy człowieka bezpośrednio wpływa na dobrostan jego ciała. Ciało i dusza to dwie części tej samej istoty. Każde wspiera i wzmacnia drugie. Chcąc mieć zdrowe ciało, trzeba mieć także silną i zdrową duszę. Odwrotny stan jest równie prawdziwy. Chcąc mieć zdrową i aktywną duszę, trzeba też dbać o swoje ciało.

 Czy biorąc pod uwagę aktualny stan zaspokojenia potrzeb duchowych pacjentów w Polsce, dostrzega Rabin konieczność wprowadzenia zmian w odniesieniu do własnej wspólnoty wyznaniowej?

Obecnie, podczas pandemii, jeszcze wyraźniej widzimy, jak ważne jest zdrowie duszy i do jakiego stopnia może wpływać ono na zdrowie fizyczne człowieka. Podczas kwarantanny niezwykle ważne jest, aby duchowieństwo pozostawało w stałym kontakcie ze swoimi wiernymi.

Dzięki mediom społecznościowym możliwy jest kontakt nawet z dużymi grupami osób. Na przykład dwa lata temu, na początku wprowadzania pierwszych obostrzeń i izolacji, zacząłem nauczać na Facebook Live. Prowadziłem 15-minutowe spotkania dwa razy dziennie. Oprócz przekazywania wiedzy, co ważniejsze, spotkania pozwoliły ludziom odczuć, że nie zostali zapomniani.

*Rozmowę przeprowadziła Katarzyna B. Głodowska*

# Rozmowa z Przewodniczącym Rady Naczelnej Ligi Muzułmańskiej w Rzeczypospolitej Polskiej, Imamem Youssefem Chadidem



Jak Imam postrzega lub interpretuje termin „duchowość”?

Religia muzułmańska uznaje, że aspekty życia ludzkiego dzielą się na aspekty materialne i aspekty duchowe.

Aspekty materialne zawierają to wszystko, co dotyczy spraw ludzkiej materii, a więc dotyczą wszystkiego, czego w życiu pragniemy, co robimy, aby mieć z tego przyjemność; natomiast aspekt duchowy jest związany z ludzką duszą i tym, co ją dotyka, co jest tajemne, niewidzialne. Przykładem są: uczucia, obawy, a czasem lęk, stany błogości, nadziei, zaufania, dobre myślenie o innych, wiara w niewidzialne, wiara w przeznaczenie dobra i zła oraz zadowolenie i radość. Aspekt duchowy dotyczy rzeczy, które nie są materialnie namacalne, mimo że osoba wyczuwa je duszą i sercem.

Prawo muzułmańskie zawsze koncentrowało się na duchowym aspekcie człowieka poprzez udzielanie wskazówek moralnych i pokazanie wskazówek, o jakich mówili prorocy islamu. Wskazówki te mają na celu udoskonalenie i rozwój ludzkiej duszy. Muzułmanin to osoba, która ma stałą więź ze swoim Panem i zawsze jest chętna do zbliżania się do Niego poprzez akty kultu i czynienie dobra. Wówczas wiara muzułmanina wzrasta i nią wzrasta aspekt du-

chowy, który staje się sam w sobie coraz większy, czyli wywyższa się ponad aspekt materialny.

Droga do duchowości nie przychodzi z samymi życzeniami, ale wymaga wysiłku, pracy i szczerzej wiary wypływającej z serca. Istnieje wiele środków, które pomagają człowiekowi w rozwoju jego duchowości. Po pierwsze, człowiek zbliża się do swego Pana poprzez akty kultu, a kult przejawia się w jego różnych formach, takich jak modlitwa, post, jałmużna, które podnoszą wartość ludzkiej duszy. A im bardziej muzułmanin zwiększa swoją pilność i wytrwałość w oddawaniu czci, tym bardziej wzrasta jego duchowość i wiara, która przybliża go coraz bardziej do Boga, aż poczuje smak bliskości z Bogiem, Jego ochronę i Jego wsparcie. Po drugie, w rozwoju duchowości człowiekowi pomagają zasady etyki muzułmańskiej, w tym pilnowanie się, aby nieustannie być prawdomównym i umieć opanować swój język, który powinien mówić tylko dobre słowa. Prawdomówność i opanowanie swojego języka są jedną z największych wartości, które działają na rzecz umocnienia duchowego aspektu człowieka. Następnym środkiem jest kontemplacja nad stworzeniem niebios i ziemi oraz kontemplacja wszechświata i obserwacja otaczającego nas horyzontu. Niewątpliwie to kontemplacja związana z życiem oraz faktem, że Bóg stworzył ten wszechświat, z jego wielkimi zjawiskami astronomicznymi, zwiększa duchowość człowieka i sprawia, że jego duchowość rozwija się z dala od przemijającej materialności.



Czy występuje korelacja między stanem zdrowia pacjentów i możliwościami jego poprawy a zasobami wewnętrznymi lub duchowymi pacjenta?

Duchowość jest ważnym elementem leczenia oraz ochrony umysłu i ciała chorego. W muzułmańskich naukach na temat duchowości człowieka znajdziemy wiele różnych praktyk i wierzeń, które można wykorzystać do uzdrowienia chorego. Na przykład, aby wyeliminować lęk i objawy depresji, istnieje prośba do Boga Wszechmogącego w celu uzyskania Bożego wsparcia i poczucia Boskiej ochrony.

W naukach islamu prośba jest dla muzułmanina sposobem na wyeliminowanie perturbacji, jakie napotyka w swoim życiu. Jest to sposób, w jaki wierzący odnajduje sens, który umacnia podstawy jego wiary i sposób radzenia sobie z wydarzeniami zachodzącymi w jego życiu. Dodatkowo muzułmańska koncepcja czczenia Boga została ustalona jako źródło naszej wolności na tym świecie i nasz sposób na ucieczkę przed uwiązaniem do materialności. Deklarowanie naszego wielbienia Boga oznacza deklarację naszej wolności i niezależności od wszystkiego innego na tym świecie, co może powodować niepokój lub smutek w naszych sercach. W ten sposób deklarujemy naszą wolność i niezależność od wszystkiego, co może nas narazić na smutek.

Wiara w Dzień Sądu Ostatecznego to jeden z filarów wiary w islamie, który uświadamia, że po śmierci wrócimy do życia wiecznego, które jest dla nas najważniejsze. Ta wiara pozwala nam poczuć szczęście i nie stracić nadziei w tym życiu. Wiara jest pomocna dla ogólnego stanu psychicznego chorego. Co ciekawe, pocieszenie i spokój, jakie odczuwamy, pokładając nasze sprawy w rękach Boga, ma głęboki wpływ na nasz biologiczny mózg.

Wiara w przeznaczenie jest również jednym z sześciu filarów wiary w islamie. Stanowi potężną koncepcję, która pozwala człowiekowi uczyć się na błędach, które popełnił, i tłumaczy nieszczęścia, które go spotkały. Naucza go cierpliwości podczas choroby i obdarza uczuciem pewności, że będzie wynagrodzony przez Boga, dopóki jest cierpliwy i ma świadomość, że to, co go spotyka, jest próbą od Boga i należy zdać z niej egzamin. Ma to duży wpływ na zdrowie pacjenta. Jeden z hadisów proroka Muhammada mówi na ten temat: „Tylko wierny widzi dobro w każdej sytuacji i zachowanie wiernego jest cudowne. Kiedy spotyka go coś dobrego, to za to dziękuje Bogu i to jest dobre dla niego, a w przypadku, kiedy spotka go coś złego, to jest on cierpliwy i wie, że to też jest dobre dla niego”.

Wiara pomaga choremu oddalić od siebie smutek i wątpliwości, aby pacjent oddalał się od zadawania takich pytań, jak na przykład: „Dlaczego spotkała mnie ta choroba?” lub „Co zrobiłem w życiu nie tak, że spotkała mnie ta choroba?”. Takie i podobne pytania gnębią chorego i pogarszają jego stan zdrowia.

Optymizm u człowieka w różnych dziedzinach życia jest związany z jego jestestwem i zawsze wpływa pozytywnie na jego ogólny rozwój, ma duży wpływ na jego zdrowie fizyczne i psychiczne. W źródłowych tekstach na temat islamu znajdziemy wiele treści związanych z optymizmem. Szczególne miejsce w rozwoju duchowym człowieka zajmuje nadzieja na miłosierdzie Boże będąca jednym z najsilniejszych czynników duchowych.

Nadzieja daje człowiekowi siłę do przezwycięzania różnych przeciwności losu, a tym samym daje mu możliwość cieszenia się lepszym życiem. Gdy popadamy w wielką udrękę i stajemy wobec niej osamotnieni, ze świadomością, że zostaliśmy opuszczeni przez bliskich czy dalekich, zdajemy sobie sprawę, że nie ma dla nas schronienia i nie ma dla nas innej ochrony poza ochroną ze strony Boga Wszechmogącego.



Czy biorąc pod uwagę aktualny stan zaspokojenia potrzeb duchowych pacjentów w Polsce, dostrzega Imam konieczność wprowadzenia zmian w odniesieniu do własnej wspólnoty wyznaniowej?

Optymizm, cierpliwość, a przede wszystkim wiara w bliskość Boga, który czuwa nad chorym, wpływa pozytywnie na przezwycięzanie cierpienia, strachu czy wszelkich obaw. Pacjent pokładający ufność w Bogu lepiej znosi trudy



związane z leczeniem. Również odwiedziny bliskich i znajomych wpływają pozytywnie na jego pobyt w szpitalu czy w zmaganiach z chorobą w domu. Kontakt przez wsparcie drugiego człowieka jest bardzo ważny. Zalecane jest, aby chory często wspominał Boga Wszechmogącego, modlił się, a dzięki temu będzie utwierdzał się w przekonaniu, że nie jest osamotniony w pokonywaniu choroby. Należy też uświadamiać osoby zdrowe, że też może zachorują i muszą zarówno dbać o swoje zdrowie, jak i współczuć osobom dotkniętym przez choroby, odwiedzać je i pocieszać w tym trudnym dla nich okresie.

*Rozmowę przeprowadziły Ewa Baum i Katarzyna B. Głodowska*

# Rozmowa z Przewodniczącym Buddyjskiego Związku Diamentowej Drogi Linii Karma Kagyu w Polsce Michałem Siwkiem



Jak Pan jako Przewodniczący Buddyjskiego Związku Diamentowej Drogi Linii Karma Kagyu postrzega lub interpretuje termin „duchowość”?

Duchowość to coś takiego, co ma wymiar absolutny, i poszukiwanie czegoś takiego, co ma wymiar absolutny, będzie kwalifikowane jako duchowość. Na takim praktycznym i życiowym poziomie, tak zwanym poziomie relatywnym, wskazując jak do tego zagadnienia podchodzi buddyzm, będzie to stosowanie w życiu codziennym nauk Buddy. Istotne jest, aby były one praktykowane w ten sposób, by poziomy absolutny i relatywny przenikały się i jeśli je tak stosujemy, możemy powiedzieć, że kroczymy ścieżką duchową.

Jednym z filarów buddyzmu jest fakt, że świat, który widzimy, nie jest taki, jakim go odbieramy, tylko nieco inny. Mówi się, że rzeczy nie są takie, jakimi się wydają, i nie są też inne. Buddyzm lubi właśnie takie prawdy i takie paradoksy. I to pokazuje taką prawdę, którą my na Zachodzie już *de facto* właśnie odkrywamy. Jednym z takich przykładów może być telefon komórkowy, którego używamy do rozmowy. Powiemy, że jest to konkretna rzecz, ponieważ możemy wziąć telefon do ręki i przeprowadzić rozmowę. Natomiast gdybyśmy poprosili fizyka kwantowego, aby opisał, czym jest telefon, opisałby go całkowicie inaczej. Zapewne powiedziałby, że jest to skupisko cząstek, które są w ciągłym ruchu, kolory, które widzimy, to pewnego rodzaju złudzenie, które wynika

z tego, że pewne elementy materii pochłaniają światło, a inne je odbijają. Zatem wszystkie te elementy tworzą telefon komórkowy. I wtedy można powiedzieć, że to, co widzimy, to pewnego rodzaju umowy konwenans. Jeśli chcielibyśmy popatrzeć jednak przez pryzmat ostatecznej prawdy fizyki kwantowej, to nie możemy mówić już o telefonie.

W buddyzmie wszystko, co widzimy, nie jest takie, jakie widzimy, ale też nie można powiedzieć, że w ogóle niczego nie ma. Widzimy jakiś fragment tego, jakimi rzeczy są. Słowo Budda w sanskrycie oznacza przebudzony ze snu, ze snu niewiedzy. Budda powiedział, że wszystko to, co się nam przydarza w życiu, jest bardziej podobne do snu i tak naprawdę nie możemy znaleźć ostatecznie nic materialnie, ostatecznie istniejącego, a także że w rzeczywistości nie możemy znaleźć nic, co jest istniejące samo w sobie. Jedyne, co istnieje na ostatecznym poziomie, to umysł, który jest źródłem wszystkiego. Z umysłu wszystko powstaje, wszystko rozgrywa się w umyśle i później do niego wraca jako jego swobodna gra.

Odnosząc się do religii teistycznych, w których akcentuje się część duchową i materialną, w buddyzmie powiedzielibyśmy, że nie ma czegoś takiego jak materialna część, ponieważ jest ona nieoddzielna od umysłu. Jest natomiast poziom relatywny, który poddany jest prawu karmy, będący jednym z filarów buddyzmu. Chciałbym podkreślić, że w buddyzmie istnieje kilka ścieżek duchowych i jedną z takich ścieżek jest także Diamentowa Droga, która przekazuje bezpośrednie nauki o umyśle oraz metody, jak go rozpoznać jego naturę w szybkim czasie. Ogólnie w buddyzmie najważniejszą perspektywą jest pojęcie nieuwarunkowanego (absolutnego) szczęścia i ważne jest przy tym, aby praktykując mieć przede wszystkim innych na względzie. Praktykując, staramy się bowiem wejść na taki poziom, abyśmy mogli wesprzeć innych w wychodzeniu z cierpienia i pokazywać, jak móc zwiększać szczęście.



Czy występuje korelacja między stanem zdrowia pacjentów i możliwościami jego poprawy a zasobami wewnętrznymi lub duchowymi pacjenta?

Kwestia zdrowia w buddyzmie jest związana z prawem karmy. Występują określone uwarunkowania karmiczne, które decydują o tym, czy będziemy podatni na choroby, a także na przykład czy będziemy żyli w rejonach, gdzie łatwo zachorować. To, czy będziemy żyli w dobrych warunkach czy w złych, zależy właśnie od karmy, a to z kolei związane jest z tym, co robiliśmy w przeszłości. Nie jest to jakaś kara – to jest zasada przyczynowości. Tak samo jak wlejemy paliwo do auta, to auto pojedzie, jak zasiejemy ziarno i o nie dbamy, to ono wzrośnie i da nam plon itd.

Bezpośrednimi przyczynami w medycynie tybetańskiej chorób jest zachwianie równowagi w ciele z powodu jednego z trzech tzw. podstawowych przeszkadzających uczuć: gniewu, pożądania i niewiedzy, czyli głupoty. Jeżeli przez któreś z tych uczuć nastąpi w ciele dysharmonia, to powstanie choroba, a cała medycyna tybetańska, która podchodzi do człowieka całościowo, zmierza do tego, aby wyrównać poziomy tych zaburzeń. Koncepcja medycyny tybetańskiej opiera się bowiem na fakcie, że widzi człowieka jako złożonego z 72 tysięcy energetycznych kanałów, którymi z kolei przepływa nasza energia życiowa oraz świadomość. I w zależności od tego, jak te kanały energetyczne będą przepływać w naszym ciele, powstaną z tego albo blokady – i w rezultacie złe samopoczucie, albo będzie ono nacechowane harmonią, pozytywnym nastawianiem, jeśli energie te będą płynąć swobodnie bez zakłóceń. Możemy powiedzieć, że występuje tu korelacja między tym, co dzieje się w naszym umyśle i ciele, a zdrowiem.



Czy biorąc pod uwagę aktualny stan zaspokojenia potrzeb duchowych pacjentów w Polsce, dostrzega Pan jako Przewodniczący Buddyjskiego Związku Diamentowej Drogi Linii Karma Kagyu konieczność wprowadzenia zmian w odniesieniu do własnej wspólnoty wyznaniowej?

Mając w pamięci sytuację, w której znalazłem się trzy lata temu, gdy zostałem pacjentem szpitala, nasunęły mi się takie wnioski odnośnie do potrzeb, w których przypadku moglibyśmy poprosić personel medyczny o wsparcie. Pierwsza kwestia to umożliwienie dostępu do cichej sali bądź może udostępnienie jakiegoś wolnego, ale cichego pomieszczenia, w którym moglibyśmy swobodnie medytować. W czasie hospitalizacji starałem się nie obciążać innych pacjentów swoimi praktykami, jednak hałas, który panował w sali, czy też głośno grający telewizor, nie ułatwiały wejścia w stan medytacyjny. Druga kwestia dotyczy dostępności w bibliotece szpitalnej pozycji dotyczących buddyzmu, a trzecia to dostęp do aktualnych adresów ośrodków buddyjskich w danym regionie, z którymi moglibyśmy się sami skontaktować w czasie hospitalizacji.

*Rozmowę przeprowadziła Katarzyna B. Głodowska*

# CZĘŚĆ IV



## W tej części:

Zestaw praktycznych pytań dotyczących wymiaru duchowego, które mogą pełnić funkcję pomocniczą podczas rozmowy z pacjentem. . . . .	245
Aspekty praktyczne realizacji prawa do opieki duszpasterskiej. . . . .	247
Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie . . .	249

# Zestaw praktycznych pytań dotyczących wymiaru duchowego, które mogą pełnić funkcję pomocniczą podczas rozmowy z pacjentem

## Komunikacja z pacjentem w zakresie wymiaru duchowego

Komunikacja z pacjentem jest bardzo istotnym elementem procesu diagnozowania i leczenia. Ważne jest, aby nie opierała się jedynie na przekazie informacji, ale była również narzędziem w budowaniu partnerskiej relacji z pacjentem. Jednym z wymiarów tej relacji jest kontekst duchowy i odpowiednie jego potraktowanie z wiarygodnością, profesjonalizmem i życzliwością.

W kontekście komunikacji dotyczącej wymiaru duchowego pacjenta szczególnie ważne są następujące elementy:

- uważne słuchanie,
- unikanie żargonu zawodowego,
- indywidualne podejście do pacjenta,

- troska o zgodność zachowań werbalnych i niewerbalnych,
- prostota i zrozumiałość przekazu,
- zachęcanie do przekazu zwrotnego,
- poznawanie potrzeb pacjenta i ich zaspokojenie,
- stosowanie pytań otwartych, które dają możliwość swobodnej wypowiedzi,
- zadawanie pytań dotyczących problemów psychologicznych i duchowych, nie tylko somatycznych,
- zachęcanie do wyjaśniania problemów, które pacjent sygnalizuje tylko ogólnikowo,
- umiejętne posługiwanie się ciszą.

Przykładowe pytania zadawane przez personel medyczny w kontekście wymiaru duchowego (można zadać jedno lub więcej pytań):

- Czy jest coś, o czym chciałaby Pani/chciałby Pan mi powiedzieć?
- Czy jest coś jeszcze, o czym powinnam/powiniennem wiedzieć?
- Czy ma Pani/Pan jakieś potrzeby i cele do osiągnięcia?
- Co jest dla Pani/Pana największą niedogodnością w obecnej sytuacji?
- Czy jest coś, w czym mogłabym/mógłbym Pani/Panu pomóc w zakresie życia duchowego?
- Czy chce Pani/Pan porozmawiać o tym, co się wydarzyło?
- Czy chce Pani/Pan porozmawiać o tym, co się może wydarzyć?
- Czy dostrzega Pani/Pan zależność między stanem zdrowia i możliwościami jego poprawy a posiadanymi zasobami wewnętrznymi?



# Aspekty praktyczne realizacji prawa do opieki duszpasterskiej

## Perspektywa podmiotu leczniczego

1. Zapoznaj się z podmiotowym i przedmiotowym zakresem prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej.
2. Zadbaj o obecność w swoim podmiocie kapelanów różnych wyznań. W miarę możliwości doprowadź do zawarcia stosunku pracy z kapłanem (dopuszczalne formy przewidziane Kodeksem pracy lub umowa wolontaryjna).
3. Określ zakres obowiązków kapelana i czas ich wykonywania.
4. Pamiętaj o tym, że kapłan powinien być dostępny na każde wyrażone życzenie pacjenta, często również w nocy – warto więc rozważyć zadaniowy czas pracy.
5. Na czas nieobecności kapelana (zwolnienie lekarskie, urlop itp.) w formalny sposób zapewnij jego zastępstwo.
6. Interesuj się pracą kapelana, rozmawiaj z nim, wspieraj i pytaj o potrzeby związane z miejscem i specyfiką wykonywania posługi.
7. Zapewnij miejsce lub przestrzeń do realizacji prawa do opieki duszpasterskiej – kaplica, kaplica wielowyznaniowa, pokoje modlitwy, kontemplacji bądź ciszy itp.

8. Uzgodnij z kapłanem, kto odpowiada w przypadku wyrażonej przez pacjenta prośby za logistykę spotkań z przedstawicielem innych wyznań niż to, które reprezentuje kapłan.
9. Zadbaj, aby informacje dotyczące czasu obecności kapłana zatrudnionego w podmiocie leczniczym, miejsca oraz zakresu jego posługi były powszechnie dostępne (strona internetowa, aplikacje, plakaty informacyjne).
10. Zadbaj, aby kontakty telefoniczne (mailowe) umożliwiające bezpośredni dostęp do kapłanów różnych wyznań były znane pracownikom medycznym na każdym oddziale oraz aby były powszechnie dostępne (strona internetowa, aplikacje, plakaty informacyjne).

## Perspektywa pacjenta

1. Zapoznaj się z podmiotowym i przedmiotowym zakresem prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej.
2. Poinformuj personel oddziału, że zamierzasz korzystać z prawa do opieki duszpasterskiej, lub jasno określ, że nie jesteś tym zainteresowany. Pamiętaj, że zawsze możesz zmienić swoją decyzję.
3. Rozważ poinformowanie o rodzaju swojego wyznania, aby ułatwić personelowi dostęp do duchownego reprezentującego twoją religię.
4. Nawiąż kontakt z kapłanem obecnym w podmiocie leczniczym lub poproś personel oddziału, aby ci w tym pomógł.
5. Zainteresuj się, gdzie są wyznaczone i rozmieszczone miejsca do praktykowania potrzeb religijnych (kaplica, kaplica wielowyznaniowa, pokoje modlitwy lub kontemplacji).
6. Możesz prosić kapłana, aby dostarczył ci informacji zarówno o zakresie jego posługi, jak i o czasie i miejscu sprawowanych posług liturgicznych.
7. Możesz prosić kapłana, aby ułatwił ci dostęp do szeroko rozumianej lektury duchowej, w tym różnorodnych modlitewników, obrazków z wizerunkiem postaci religijnych, czasopism religijnych itp.
8. W przypadku chęci skorzystania z sakramentów wyraż swoje pragnienie w sposób niebudzący wątpliwości (w szczególności dotyczy to sakramentu chorych – na wypadek, gdybyś utracił możliwość bezpośredniego wyrażenia swojej woli).
9. Pamiętaj, że w sytuacji zdrowotnej uniemożliwiającej twój bezpośredni udział w miejscu sprawowania posługi przez kapłana możesz prosić o jego obecność bezpośrednio przy twoim łóżku. Nie może to jednak naruszać spokoju innych pacjentów.
10. Zadbaj, aby korzystanie przez ciebie z dopuszczalnych form udziału w nabożeństwach poprzez transmisję radiową czy telewizyjną nie zakłócało spokoju i komfortu innych pacjentów.

# Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie

Potrzebą, która zainspirowała powołanie Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie (PTODM), było opracowanie rodzimego podejścia do tematu duchowości w kontekście praktyki medycznej, kierowanej do wszystkich chorych i ich bliskich, także tych, którzy nie identyfikują się z żadną religią. Towarzystwo powstało 19 grudnia 2015 r. w Krakowie z inicjatywy osób z różnych środowisk i części Polski, m.in. Katedry i Zakładu Opieki Paliatywnej *Collegium Medicum* Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy, Zakładu Etyki i Filozofii Człowieka Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Instytutu Bioetyki Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie oraz Zakładu Medycznych Nauk Społecznych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. W zebraniu założycielskim wzięli udział lekarze, pielęgniarki, położne, psychologzy, pedagodzy oraz duchowni Kościołów katolickiego, prawosławnego i ewangelickiego, a także przewodniczący Gminy Wyznaniowej Żydowskiej. Wiedza i doświadczenie tych osób, a także zagraniczne wytyczne i standardy postępowania stanowią dla PTODM podstawę merytoryczną.

Jednym z najważniejszych celów, jakie wyznaczyło sobie Towarzystwo, jest zapewnienie wysokiej jakości opieki duchowej jako elementu holistycznej opieki nad osobami chorymi i ich rodzinami, a także stworzenie zasad dobrej praktyki w tej dziedzinie. Zarząd PTODM jest bardzo zaangażowany w przygotowanie modelu kształcenia specjalistów opieki duchowej w medycynie. Towarzystwo nawiązało współpracę z Diecezją Bydgoską w celu przeprowadzenia cyklu szkoleniowego

dla kapelanów szpitalnych, zgodne z wymogami międzynarodowego programu kliniczno-pastoralnego (CPE). Powołano także specjalną Grupę Roboczą PTODM ds. opracowania propozycji systemu kształcenia w tym zakresie, która przygotowała ramowy programu Kształcenia Kliniczno-Pastoralnego (KKP) w Polsce. Od 2021 r. PTODM określa standardy kształcenia oraz minimalne wymagania programowe KKP, udziela akredytacji programom realizowanym w ramach KKP przez uprawnione instytucje oraz certyfikuje kapelanów i superwizorów.

Aby polepszyć jakość współpracy między ekspertami w zakresie opieki duchowej a pozostałymi członkami zespołu leczącego pacjenta, Towarzystwo opracowuje i wdraża zagadnienia opieki duchowej do programów kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy, pielęgniarek, położnych i psychologów. Podejmuje również współpracę z instytucjami państwowymi, samorządowymi, związkami wyznaniowymi i organizacjami pozarządowymi w zakresie organizacji opieki duchowej. Ponadto PTODM inicjuje, wspiera i koordynuje prowadzenie prac badawczych w obrębie różnych dyscyplin wiedzy: nauk medycznych, nauk o zdrowiu, nauk społecznych i nauk humanistycznych. Wyniki tych badań wskazują na to, że udzielanie opieki duchowej w ramach opieki medycznej przynosi wiele korzyści. Towarzystwo podejmuje zatem również działalność popularyzatorską – upowszechnia tę wiedzę i podnosi świadomość społeczną na ten temat. Organizuje również spotkania naukowe oraz rozwija działalność wydawniczą. Na stronie internetowej [ptodm.org.pl](http://ptodm.org.pl) można znaleźć doniesienia prasowe na temat działalności Towarzystwa, publikacje poruszające różne aspekty opieki duchowej, artykuły przygotowane na podstawie wystąpień konferencyjnych, a także opisy przykładów organizacji opieki duchowej w różnych ośrodkach.

W 2020 r. PTODM zainicjowało ogólnopolski program „Bądź przy mnie – wsparcie społeczne i duchowe dla chorych hospitalizowanych z powodu COVID-19”. Towarzystwo nawiązało współpracę z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Zespołem Konferencji Episkopatu Polski ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia i Polską Radą Ekumeniczną oraz uzyskało patronat Rzecznika Praw Pacjenta. Celem programu jest zapewnienie, aby żaden chory na COVID-19 nie był samotny w szpitalu, zwłaszcza w okresie zagrożenia życia, bezradności czy umierania. Do udziału w programie zostały zaproszone szpitale wchodzące w skład systemu zabezpieczenia szpitalnego. W celu umożliwienia chorym na COVID-19, szczególnie niesamodzielnym, w stanie ciężkim lub w stanie zagrożenia życia, wirtualnego kontaktu z osobami bliskimi, w ramach pierwszej części programu („Porozmawiaj ze mną”) dostarcza się do szpitali smartfony z pakietem darmowych rozmów i transmisji danych. W ramach drugiej części programu („Podnieś mnie na duchu”) zapewnia się wsparcie w zakresie środków ochrony indywidualnej dla kapelanów, aby mogli w pełni sprawować swoją posługę.









Instytut Praw Pacjenta  
i Edukacji Zdrowotnej



COLLEGIUM  
MEDICUM



UNIWERSYTET  
ZIELONOGÓRSKI

