

Ks. Robert Nęcek – Kraków

OPIEKA RELIGIJNA I DUCHOWA KOMUNIKACJA ZE STARSZYMI I UMIERAJĄCYMI JAKO INTEGRALNA CZĘŚĆ OPIEKI MEDYCZNEJ

Wstęp

Papież Benedykt XVI zwracając się do Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia i Chorych, zauważył, że w sytuacji kryzysu ekonomicznego służba zdrowia przeżywa finansowe turbulencje. Oznacza to, że

szpitale i placówki ochrony zdrowia powinny na nowo przemyśleć swoją rolę, aby nie dopuścić do tego, że zdrowie, zamiast być powszechnym dobrem, które należy zagwarantować i je bronić, stanie się zwykłym towarem, poddanym prawom rynku, a zatem dobrem zastrzeżonym dla nielicznych¹.

Z tej racji nie można zapomnieć, że solidarność i pomocniczość obowiązują nieustannie na płaszczyźnie pomocy chorym. Mając tego świadomość, należy podkreślić, że opieka medyczna jest jedną z najstarszych form ludzkiej aktywności. Jest wyrazem troski o dobro pacjenta. Choć wiele się mówi o opiece medycznej, to jednak wydaje się, że słabnie „zdolność zatroszczenia się o osobę cierpiącą, postrzeganą w jej integralności i wyjątkowości”². Ma to

¹ Benedykt XVI, *Chrześcijańska nauka o cierpieniu. Przemówienie do uczestników międzynarodowej konferencji Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia i Chorych (17.11.2012)*. „L'Osservatore Romano”, 1 (2013), s. 29. Ewa Kucharska stwierdza, że „w wielu krajach rozwijających się lub podlegającym transformacjom polityczno-ekonomicznym, jak np. w Polsce, zauważalne jest pogłębianie się rozwarstwienia pomiędzy bogatymi a biednymi oraz wzrost liczby chorych nie mających możliwości zaspokojenia potrzeb zdrowotnych”; E. Kucharska, *Rola pracownika socjalnego w profilaktyce zdrowia społecznego*, w: *Zdrowie w pomocy społecznej*, red. E. Kucharska, Kraków 2012, s. 70.

² Tamże.

swoje źródło w niejednokrotnym deprecjonowaniu opieki religijnej i duchowej komunikacji z pacjentem. W tym kontekście zostaną omówione: opieka medyczna i jej ogólna charakterystyka, opieka religijna dopełnieniem opieki medycznej oraz rozumienie duchowej komunikacji z chorym.

I. Opieka medyczna – ogólna charakterystyka

Jedną z zasadniczych form pomocy jest opieka medyczna. Jej różnorodność świadczy o konieczności specjalizacji podmiotów jej udzielających. Staje się określoną troską o dobro pacjenta. Pomoc medyczna ma wiele postaci. Niewątpliwie należą do niej: edukacja prozdrowotna, opieka nad obłożnie chorymi, profilaktyka, diagnoza lekarska, leczenie szpitalne, sanatoryjne i kliniczne, rehabilitacja³. Wiąże się to z podjęciem odpowiedzialności za ochronę zdrowia, którą wyznacza konieczność troski o zdrowie i podejmowanie leczenia, gdyż odkładanie decyzji i zadań służących zdrowiu może być dramatyczne w skutkach⁴.

Opieka medyczna stanowi kategorię moralną. Jest rzeczywistością trwałych i długofalowych interakcji między lekarzem a pacjentem, których przedmiotem staje się niesienie ulgi, wsparcie, pomoc, zapobieganie i ochrona⁵. Z tej racji Jan Paweł II zauważył, że

lekarzowi do zrozumienia chorego człowieka jest potrzebna nie tyle technika, ile jego własne sumienie, własna mądrość i bezgraniczna uczciwość. To tutaj właśnie potrzebna jest etyka, która reguluje to odniesienie⁶.

Nie chodzi więc o mechaniczne podejście do chorych, ale o praktykowanie czynnej miłości wobec nich, by w ten sposób „uwidaczniać wartości inspirowane przez autentyczny humanizm oraz Ewangelię: godność osoby, miłosierdzie, utożsamianie Chrystusa z chorym”⁷. Oznacza to, że spojrzenie

³ Por. B. Hajduk, E. Hajduk, *O pomocy skutecznej i nieskutecznej*, Zielona Góra 2008, s. 45.

⁴ Por. E. Kucharska, *Pomoc medyczna jako wyraz miłości bliźniego w nauczaniu św. Hannibala Marii di Francia*, w: *Pedagogia duszpasterstwa św. Hannibala Maria di Francia*, red. E. Kucharska, R. Nęcek, Kraków 2014, s. 38.

⁵ Por. B. Ślusarska, B. Dobrowolska, D. Zarzycka, *Teoretyczne podstawy kategorii „opieka” w pielęgniarstwie*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 4 (2008), s. 386.

⁶ Jan Paweł II, *W służbie zdrowia i życia ludzkiego. Słowo Ojca świętego do chirurgów polskich (11.02.1992)*, w: *W trosce o życie. Dokumenty Kościoła*, red. K. Szczygieł, Tarnów 1998, s. 232.

⁷ Benedykt XVI, *Świat cierpienia przyzywa świat ludzkiej miłości. Do uczestników Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Chorych i Służby Zdrowia (21.11.2006)*, „L’Osservatore Romano”, 3 (2007), s. 23.

lekarza na pacjenta i spojrzenie pacjenta na lekarza decyduje o poziomie człowieczeństwie⁸. Nie można zatem mówić o opiece medycznej w oderwaniu od płaszczyzny opieki religijnej i duchowej komunikacji, które stanowią integralny element całości. Dlatego przyjrzyjmy się teraz opiece religijnej będącej dopełnieniem opieki medycznej, życiu sakramentalnemu chorych i modlitwie.

II. Opieka religijna dopełnieniem opieki medycznej

Medycyna interesuje się wyłącznie rozpoznaniem choroby, a psychologia koncentruje się na kondycji psychicznej chorego. Tymczasem każdy pacjent ma prawo do wyrażania swoich potrzeb religijnych i duchowych, gdyż opieka religijna i duchowa komunikacja stanowią dopełnienie opieki medycznej. Wymiar religijny i duchowy jest wyjątkowo ważny w przypadkach osób nieuleczalnie chorych⁹. Wówczas wrażliwość na sprawy wiary może przyjąć dwie postawy: albo brak akceptacji choroby, a co za tym idzie cierpienia, odsunięcie się od Boga i ludzi, albo zaakceptowanie własnego losu, uwrażliwienie na Boga i uregulowanie spraw z ludźmi¹⁰. Z tej racji papież Benedykt XVI zwracając się do kapłanów i osób odwiedzających chorych w szpitalach, wyraził zachętę do

niesienia im pociechy i wsparcia duchowego poprzez czynną i przyjazną obecność w szpitalnych strukturach duszpasterskich bądź opiekę kościelną w domach. Bóg, zgodnie ze swoją obietnicą, da wam sprawiedliwą zapłatę i wynagrodzi was w niebie¹¹.

Warto zauważyć, że opieka religijna wytwarza żywą więź z Bogiem i sprzyja uregulowaniu relacji z najbliższymi. Dlatego towarzyszenie pacjentowi świadczy o bliskości i życzliwości. W tym kontekście papież Franciszek krytykuje mentalność promującą „jakość życia”, mówiąc – „jak wielkie kłamstwo kryje się natomiast w pewnych wyrażeniach, które kładą mocny nacisk na «jakość życia», skłaniając do uwierzenia, jakoby życie poważnie dotknięte chorobą nie było warte przeżycia!”¹². Objęcie religijną opieką pacjenta

⁸ Por. J. Ratzinger, *Europa Benedykta w kryzysie kultur*, Częstochowa 2005, s. 90.

⁹ Por. J. A. Pagola, *W stronę medycyny holistycznej*, w: *Dolentium Hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia*, red. A. Muszala, J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki, Kraków 2011, s. 295.

¹⁰ Por. E. Kucharska, *Problematyka starzenia się i starości a instytucjonalne formy opieki nad osobami w podeszłym wieku*, Kraków 2012, s. 37.

¹¹ Benedykt XVI, *Szymon z Cyreny, Afrykanin, pomógł Jezusowi nieść krzyż. Spotkanie z chorymi w Ośrodku im. Kard. Paula-Emile'a Legera (Jaunde, 19.03.2009)*, „L'Osservatore Romano”, 5 (2009), s. 35.

¹² Franciszek, *Być oczami niewidomego i nogami chromego. Orędzie na XXIII Światowy Dzień Chorego 2015*, „L'Osservatore Romano”, 1 (2015), s. 4–5.

może spowodować, że „doświadczenie bólu może stać się uprzywilejowaną sposobnością przekazywania łaski i źródłem, z którego można czerpać i umacniać *sapientia cordis*”¹³.

1. Życie sakramentalne pacjenta

W miarę utraty własnej samodzielności, będącej efektem postępującej choroby, człowiek uwalnia się na świat wiary, a wierzyć „nie znaczy nie przeżywać trudnych chwil, ale mieć siłę, by stawić im czoła, wiedząc, że nie jesteśmy sami. To jest pokój, którym Bóg obdarza swoje dzieci”¹⁴. Z tej racji chory poszukuje kontaktu z Bogiem poprzez uczestnictwo w Eucharystii, przystępowanie do Komunii św. i przyjmowanie sakramentu namaszczenia chorych. Dodatkowo przez fakt częstej modlitwy ma poczucie bezpieczeństwa i spokojniej przechodzi do wieczności. Ludzie wierzący zdecydowanie lepiej akceptują wszelkie niedogodności i problemy związane z chorobą i przykuciem do szpitalnego łóżka. Zwracając się ku życiu sakramentalnemu, czerpią z niego emocjonalne wsparcie i zyskują ulgę w chwilach odczuwania lęku przed końcem, który niebawem nastąpi. Chorzy niejednokrotnie przed śmiercią godzą się z otoczeniem, z którym byli skłóceni przez lata¹⁵.

Nieprzypadkowo więc Jan Paweł II w przemówieniu do ludzi starszych i chorych w Walencji zauważył, że

w Kościele powinno się rozwinąć duszpasterstwo dla osób w podeszłym wieku, w którym byłby położony nacisk na twórczą rolę tego wieku, choroby i częściowe ograniczenia, na pojednanie między pokoleniami, na wartość każdego życia, które nie kończy się tutaj, na ziemi, ale które jest otwarte na zmartwychwstanie i na życie wieczne. Będzie to praca Kościoła i wielka przysługa społeczeństwu, któremu ukaże się jasno skalę tylu ludzkich wartości¹⁶.

Religijna postawa osób starszych i chorych staje się – z punktu widzenia wiary – szczególnym czasem łaski,

w którym Pan ponawia swoje wezwanie: wzywa nas do strzeżenia i przekazywania wiary, wzywa nas do modlitwy, szczególnie modlitwy wstawienniczej; wzywa nas do bycia blisko tych, którzy są w potrzebie. Osoby w podeszłym wieku,

¹³ Tamże.

¹⁴ Franciszek, *Z Jezusem jesteśmy pełni radości (14.12.2014)*, „L'Osservatore Romano”, 1 (2015), s. 60.

¹⁵ Por. E. Kucharska, *Problematyka starzenia się i starości a instytucjonalne formy opieki nad osobami w podeszłym wieku*, s. 38–39.

¹⁶ Jan Paweł II, *Twórcza rola ludzi starszych w Kościele i społeczeństwie* (Walencja, 8.11. 1982), w: tenże, *Dziela zebrane*, t. X, Kraków 2008, s. 480.

dziadkowie potrafią rozumieć najtrudniejsze sytuacje: mają tę wielką umiejętność! A gdy modlą się za te sytuacje, ich modlitwa jest mocna, jest potężna!¹⁷.

W adhortacji *Sacramentum caritatis* Benedykt XVI stwierdził, że „wiera i sakramenty to dwa uzupełniające się aspekty życia kościelnego. Wiara wyraża się w obrzędzie, a obrzęd zwiększa i umacnia wiarę”¹⁸. W tym kontekście warto poruszyć zagadnienie chrztu osoby chorej. Sakramentu chrztu udziela kapłan. Jeżeli jednak jest niedostępny, a sytuacja nagląca – przykładowo zbliżająca się śmierć pacjenta – chrztu może udzielić każdy człowiek, nawet niewierzący – wyrażający wymaganą intencję ochrzczenia. Wymagana intencja „polega na tym, aby chcieć uczynić to, co czyni Kościół, gdy chrzci, i zastosować trynitarną formułę chrzcielną”¹⁹. Natomiast w przypadku niebezpieczeństwa śmierci pacjenta dorosłego nie wolno chrzcić, gdy jego zachowanie jest chwiejne lub wątpliwe. Tym bardziej nie wolno chrzcić wbrew jego woli²⁰.

Oznacza to, że Kościół poprzez kapelanów szpitalnych jest w stanie przysłużyć się chorym w szerszej perspektywie niż opieka medyczna. Dzięki sprawowaniu sakramentów pokuty, Eucharystii i namaszczenia chorych prosi o zdrowie dla nich, bądź umiejętnie przygotowuje do odejścia z tego świata w wewnętrznym pokoju. Dlatego opieka religijna nie może być postrzegana jako rzeczywistość dodatkowa do opieki medycznej, lecz jako jej element składowy. Holistyczne podejście do leczenia możliwe jest przy poszanowaniu kwestii religijnych i duchowych pacjenta²¹.

2. Modlitwa

Ludzie chorzy potrafią wyjątkowo dowartościować modlitewny wymiar życia. Z tej racji papież Franciszek podkreślił, że

modlitwa nie jest sposobem ucieczki ani chowania się pod kloszem, ani też izolacji, lecz budowaniem przyjaźni, która im bardziej rośnie, tym bardziej wchodzi się w kontakt z Panem, „prawdziwym przyjacielem” i „wiernym towarzyszem” drogi, z którym „wszystko można wytrzymać”, ponieważ On „wspiera ducha i nigdy nie zawiedzie”²².

¹⁷ Franciszek, *Pamięć o przeszłości i przyszłość. Przemówienie podczas spotkania z ludźmi starszymi na placu św. Piotra (28.09.2014)*, „L’Osservatore Romano”, 10 (2014), s. 39.

¹⁸ Benedykt XVI, *Adhortacja „Sacramentum caritatis”*, nr 6.

¹⁹ Katechizm Kościoła Katolickiego, nr 1256.

²⁰ Por. R. Nęcek, *Moralno-religijne aspekty opieki medycznej*, „Przegląd Lekarski”, 6 (2012), s. 273–274.

²¹ Por. J. A. Pagola, *W stronę medycyny holistycznej*, s. 295.

²² Franciszek, *Święta wędrownica. Przesłanie z okazji 500. rocznicy urodzin św. Teresy z Avila (15.10.2014)*, „L’Osservatore Romano”, 11 (2014), s. 34.

Z drugiej jednak strony ludzie dziękują kapłanom za modlitwy „w związku z realiami ich życia powszedniego, ich cierpieniami i ich radościami, lękami i nadziejami”²³. Kapłańska modlitwa za chorych staje się przejawem solidarności z cierpiącymi ból i jednocześnie rozbudzaniem nadziei na otrzymanie w dziedzictwie królestwa Bożego. Dlatego Franciszek przypomina, że „ten, kto praktykuje miłosierdzie, nie boi się śmierci! Zastanówcie się nad tym dobrze: ten kto praktykuje miłosierdzie, nie boi się śmierci!”²⁴.

Warto zauważyć, że dzięki modlitwie człowiek wychodzi poza krąg własnych spraw, odzyskuje zdolność zbliżania się do innych, „zwłaszcza w chwilach próby”²⁵. Swoista terapia modlitewna przyczynia się nie tylko do udźwignięcia cierpienia, ale – jak już wspomniano – niejednokrotnie staje się źródłem naprawy zaniedbanych relacji z najbliższymi i przyjaciółmi²⁶. Tymczasem „jeśli wiara gaśnie, ustaje modlitwa, a my podążamy w ciemnościach, gubimy się na drodze życia”²⁷. Natomiast spotkanie z Bogiem na modlitwie

skłania nas znów do „zejścia z góry” i powrócenia na dół, na nizinę, gdzie spotykamy licznych braci i siostry obciążonych trudami, chorobami, niesprawiedliwością, ignorancją, ubóstwem materialnym i duchowym. Tym naszym braciom, którzy przeżywają trudności, mamy nieść owoce naszego doświadczenia Boga, dzieląc się otrzymaną łaską²⁸.

III. Rozumienie duchowej komunikacji z pacjentem

Holistyczna opieka nad pacjentem wymaga także duchowej komunikacji, co wiąże się z rozmowami na różne tematy. Chodzi o to, że ktoś musi się pacjentem zaopiekować, szczególnie wtedy, kiedy bliski jest koniec życia. Chodzi nade wszystko o więź bliskości²⁹, bliskość zaś wiąże się z miłością i czułością w słowach i postawie. Przez tak pojętą bliskość komunikacyjną wyzwala się w chorym świadomość bycia akceptowanym, rozumianym i kochanym³⁰.

²³ Franciszek, *Z ludem na ramionach. Msza święta w Wielki Czwartek* (28.03.2013), „L’Osservatore Romano”, 5 (2013), s. 35.

²⁴ Franciszek, *Ten, kto praktykuje miłosierdzie, nie boi się śmierci* (27.11.2013), „L’Osservatore Romano”, 1 (2014), s. 46.

²⁵ Benedykt XVI, *Modlitwa umacnia naszą więź z Bogiem Ojcem i otwiera serca na potrzeby ludzi* (14.12.2011), „L’Osservatore Romano”, 2 (2012), s. 50.

²⁶ Por. R. Nęcek, *Moralno-religijne aspekty opieki medycznej*, s. 274.

²⁷ Franciszek, *Modlitwa maryjna z papieżem. Kobiety, które walczą i się modlą*, „L’Osservatore Romano”, 12 (2013), s. 41.

²⁸ Franciszek, *Z Ewangelią w kieszeni* (16.03.2014), „L’Osservatore Romano”, 3–4 (2014), s. 55.

²⁹ Por. J. A. Pagola, *W stronę medycyny holistycznej*, s. 294–295.

³⁰ Por. R. Nęcek, *Od kapłaństwa do społeczeństwa. Wybrane kwestie z nauki społecznej papieża Franciszka*, Kraków 2014, s. 84.

Wówczas – nawet w bólu – rodzi się radość, a radość ta budzi się z „bezinteresownego spotkania! Ktoś mówi: «Jesteś dla mnie ważny, kocham Cię, liczę na Ciebie»”³¹. Czym więc jest owa duchowa komunikacja? Otóż – według Franciszka – „oznacza [ona] tworzenie więzi między osobami”³². W tym kontekście zostaną pokrótce omówione kwestie: pacjent podmiotem działania, komunikacja jako duchowa więź oraz empatia.

1. Pacjent podmiotem działania

Chorzy i starsi często żyją w zapomnieniu i w zaniedbaniu. U podłoża odrzucenia i marginalizacji leżą względy ekonomiczne. Wówczas nie człowiek znajduje się w miejscu centralnym, ale pieniądź będący powiernikiem kultury odrzucenia³³. Tymczasem chodzi o ludzki wymiar codziennych odniesień, który – jak zauważył Franciszek – „jest wartością, opozycyjną wobec różnych antywartości. Do tych ostatnich należy, moim zdaniem, postrzeganie człowieka jako towar, «kupczenie» bliźnim”³⁴, w zależności od materialnego sytuowania. Dyskryminacja i wykluczenie mają swoje źródło w kwestii antropologicznej. Dlatego stawia pytanie –

ile wart jest człowiek i na czym opiera się jego wartość. Zdrowie jest niewątpliwie ważną wartością, ale nie decyduje o wartości osoby. Ponadto zdrowie nie jest samo w sobie gwarancją szczęścia, które w istocie może istnieć również w sytuacji kruchego zdrowia³⁵.

Coraz częściej osobę ludzką traktuje się jako dobro konsumpcyjne, które najpierw można użyć, wykorzystać, a następnie porzucić³⁶. Z tej racji istnieje pilna potrzeba odtworzenia na nowo „chrześcijańskiej tkanki społeczności ludzkiej”³⁷, gdyż wszędzie tam, gdzie lekceważy się Boga jako najwyższe dobro, tam „godność człowieka wystawiona jest na niebezpieczeństwo”³⁸.

³¹ Franciszek, *Wiarygodni i konsekwentni. Spotkanie z seminarzystami, nowicjuszami i nowicjuskami* (6.07.2013), „L’Osservatore Romano”, 8–9 (2013), s. 42.

³² Franciszek, *Prawdziwa władza jest służbą*, Kraków 2013, s. 400.

³³ Por. Franciszek, *Pamięć o przeszłości i przyszłość. Przemówienie podczas spotkania z ludźmi starszymi na placu św. Piotra* (28.09.2014), s. 40.

³⁴ Franciszek, *Prawdziwa władza jest służbą*, Kraków 2013, s. 326.

³⁵ Franciszek, *Najcięższą chorobą, na jaką są narażone osoby starsze, jest opuszczenie. Przesłanie z okazji 20-lecia Papieskiej Akademii „Pro Vita”* (19.02.2014), „L’Osservatore Romano”, 3–4 (2014), s. 21.

³⁶ Por. Franciszek, *Dzieci i dziadkowie są nadzieją ludu. Przemówienie do członków włoskiego Ruchu na rzecz Życia* (11.04.2014), „L’Osservatore Romano”, 5 (2014), s. 28.

³⁷ Benedykt XVI, *Ubicumque et semper*, s. 33.

³⁸ Benedykt XVI, *Odkryć oblicze Boga*, Kraków 2006, s. 5.

Chodzi o to, że społeczeństwa uznające agnostycyzm za podstawę porządku publicznego deprecjonują swoją wolność, stając się społeczeństwami zrozpaczo-
czonymi i naznaczonymi smutkiem. Odrzucenie Boga prowadzi bowiem do duchowej pustki, a człowiek pozostaje w sprzeczności z samym sobą. Dlatego Kościół zobowiązany jest do głoszenia w wymiarze publicznym swojej wizji osoby ludzkiej³⁹.

Na tym tle wyjątkowego znaczenia nabiera świadectwo rodziny chorego wobec społeczeństwa „dla potwierdzenia znaczenia osoby w podeszłym wieku jako podmiotu wspólnoty, który ma swoją misję do wypełnienia i tylko na pozór bierze, niczego nie dając”⁴⁰. Oznacza to, że rodziny mają niezmiernie ważną misję do wypełnienia, gdyż wpajają dzieciom solidne wartości, wzniosłe ideały i prawdziwą troskę o innych, w tym ludzi chorych⁴¹.

2. Komunikacja jako duchowa więź

Niewątpliwie w szpitalach można spotkać osoby różnych narodowości, religii, kultur, w różnym wieku i o różnym statusie społecznym. Dlatego zadaniem Kościoła jest realizowanie w szpitalach swojej misji przepowiadania, „którą jest niesienie człowiekowi Boga i prowadzenie człowieka na spotkanie z Bogiem”⁴², z wykorzystaniem wszelkich nowych technologii komunikacyjnych, gdyż pragnienie komunikacji i przyjaźni między ludźmi jest głęboko zakorzenione w ludzkiej naturze. Komunikowanie to „powinno być odczytywane jako odzwierciedlenie naszego udziału w komunikatywnej i jednoczącej miłości Boga, który pragnie zgromadzić całą ludzkość w jednej rodzinie”⁴³. W tak rozumianej perspektywie komunikacja oznacza bycie osiągalnym dla innych jako osoba. Komunikowanie to życzliwe spojrzenie na odbiorcę, który jest pacjentem. Komunikacja zawsze musi przyjmować postać osobistej relacji⁴⁴. Jest to

³⁹ Por. Benedykt XVI, *Patrzeć na Chrystusa*, Kraków 2005, s. 69.

⁴⁰ Franciszek, *Najcięższą chorobą, na jaką są narażone osoby starsze, jest opuszczenie. Przesłanie z okazji 20-lecia Papieskiej Akademii „Pro Vita” (19.02.2014)*, s. 21.

⁴¹ Por. Franciszek, *Wszystkie narody muszą słuchać ubogich. Spotkanie z władzami państwowymi i korpusem dyplomatycznym (Manila, 16.01.2015)*, „L'Osservatore Romano”, 2 (2015), s. 15.

⁴² Benedykt XVI, *Nowa ewangelizacja w portach lotniczych. Przemówienie do kapelanów lotnictwa cywilnego (11.06.2012)*, „L'Osservatore Romano”, 7–8 (2012), s. 40.

⁴³ Benedykt XVI, *Nowe technologie, nowe relacje. Trzeba rozpowszechniać kulturę szacunku, dialogu i przyjaźni. Orędzie na XLIII Światowy Dzień Środków Społecznego Przekazu (24.01.2009)*, „L'Osservatore Romano”, 3 (2009), s. 5.

⁴⁴ Por. J. P. Foley, *Bóg w globalnej wiosce. Arcybiskup John Patrick Foley w rozmowie z Ulrichem Bobingerem*, tłum. M. Rodkiewicz, Kraków 2002, s. 103.

niezwykle ważne, gdyż „pozytywną cechą nowej rzeczywistości kulturalnej, opartej na elektronicznych środkach przekazu ma być odbudowa poczucia wspólnoty”⁴⁵, która ułatwia inicjowanie i prowadzenie dialogu. Z tej racji

pragnienie łączności i instynkt komunikowania się tak oczywiste we współczesnej kulturze, w rzeczywistości nie są niczym innym jak nowoczesnym wyrazem podstawowej i stałej skłonności człowieka do przekraczania samego siebie, by nawiązywać relacje z innymi ludźmi⁴⁶.

Dlatego nawiązywanie relacji poprzez komunikację oznacza otoczeniem troską słabości osób, zajęcie się ich terażniejszością „w najbardziej marginesowych i niepokojących sytuacjach i nadanie im godności”⁴⁷.

W duchowej komunikacji z pacjentem istotną sprawą jest również zachowanie równowagi między słowem i milczeniem. Stanowią one dwa wymiary komunikacji,

które powinny się równoważyć, następować po sobie i dopełniać, by uzyskać autentyczny dialog i głęboką bliskość między ludźmi. Kiedy słowo i milczenie nawzajem się wykluczają, komunikacja ulega pogorszeniu albo dlatego, że powoduje pewne oszołomienie, albo też dlatego, że – przeciwnie – tworzy klimat chłodu; kiedy natomiast milczenie i słowo się wzajemnie dopełniają, komunikacja nabiera wartości i znaczenia⁴⁸.

Odpowiedzialna komunikacja z pacjentem zobowiązuje do tworzenia odpowiedniego środowiska, w którym równoważono by dźwięki, obrazy, słowo i milczenie. Zrozumienie potrzeby milczenia staje się konieczne dla „rozdzielenia tego, co jest ważne od tego, co jest zbędne lub drugorzędne”⁴⁹.

3. Empatia

Obok duchowej komunikacji ważną sprawą jest empatia. Toteż papież Franciszek zwracając się do duchowieństwa koreańskiego, podkreślił, że

⁴⁵ K. Gurba, *Prawo galaktyk do powrotu*, w: *W prostocie prawdy, w pokorze miłości. Studia i materiały dedykowane ks. prof. zw. dr hab. Janowi Walowi*, red. T. Borutka i inni, Kraków 2009, s. 264.

⁴⁶ Benedykt XVI, *Nowe technologie, nowe relacje. Trzeba rozpowszechniać kulturę szacunku, dialogu i przyjaźni*, s. 5.

⁴⁷ Franciszek, *Miedzy godnością a transcendencją. Przemówienie w Parlamencie Europejskim (25.11.2014)*, „L'Osservatore Romano”, 12 (2014), s. 11.

⁴⁸ Benedykt XVI, *Milczenie elementem komunikacji. Orędzie na 46 Światowy Dzień Środków Społecznego Przekazu (24.01.2012)*, „L'Osservatore Romano”, 3 (2012), s. 7–8.

⁴⁹ Tamże.

naszym zadaniem jest nie tylko słuchanie słów wypowiedzianych przez innych, ale także odczytywanie pozawerbalnego przekazu o ich doświadczeniach, ich nadziejach, ich dążeniach, trudnościach i najgłębszych troskach. Taka empatia musi być owocem naszej wnikliwości duchowej i osobistego doświadczenia, które pozwala nam dostrzegać w innych braci i siostry i „słyszeć” w ich słowach i działaniach, a także poza nimi to, co pragną przekazać ich serca⁵⁰.

Czym zatem jest empatia? Otóż empatia to zdolność do odczuwania emocji i uczuć innych chorych, to zdolność odnajdywania się w sytuacji rozmówcy i identyfikacji z jego bólem lub radością. Należy zauważyć, że istnieją osoby zupełnie niezdolne do empatii i budowania więzi z ludźmi. Tymczasem empatia to zdolność do dzielenia strachu z cierpiącym, odczuwanie jego problemów w taki sposób, jakby były własnymi problemami. Zrozumiała jest obawa niepewności, że

pierwszy kontakt z Innym zaczyna się od momentu niepewności. Kto będzie, ten Inny? Poznanie i zbliżenie wymaga czasu. To jest proces, który wymaga też dobrej woli. Jeżeli zaczniemy znajomość, bazując na stereotypie, nigdy nie zbliżymy się do drugiej osoby. Stereotypowe myślenie jednak trudno jest przezwyciężyć, ponieważ ono dobrze wpisuje się w lenistwo człowieka, w lenistwo myślenia⁵¹.

Tym sposobem papież Franciszek zwraca uwagę na duszpasterstwo komunikacji, a pierwszym jego elementem jest zdolność serca, umożliwiająca empatię⁵². Empatia zaś zakłada pokorę i umiejętność okazywania czułości, dzięki której można być blisko ludzi, którzy powierzeni są duszpasterskiej trosce, można dotknąć ich ran, poznać pytania i potrzeby⁵³. Pokora i delikatność „nie są cnotami słabych, lecz mocnych”, którzy nie potrzebują źle traktować innych, aby czuć się ważnymi⁵⁴. Papieskie stwierdzenia stanowią klucz do wyzwolenia u chorych przekazu nadziei, gdyż bez nadziei wędrówka przez świat jest wyalienowana, zimna, obojętna i odrzucająca innych. Gdy więc zanika nadzieja, to oznaka, że już wcześniej zanikła wiara, a gdy „zanika wiara, pojawia się ryzyko, że zanikną również fundamenty życia”⁵⁵. Dlatego Franciszek zwracając się do świata medycznego, podkreślił, że

⁵⁰ Franciszek, *W jaki sposób prowadzi się dialog? Spotkanie z biskupami azjatyckimi w sanktuarium w Haemi (17.08.2014)*, „L'Osservatore Romano”, 8–9 (2014), s. 20.

⁵¹ R. Kapuściński, *Dałem głos ubogim. Rozmowy z młodzieżą*, Kraków 2008, s. 31.

⁵² Por. Franciszek, *Adhortacja apostolska „Evangelii gaudium”*, nr 171.

⁵³ Por. Franciszek, *Rewolucyjny gest Kościoła. Przemówienie do uczestników zgromadzenia generalnego włoskiej Konferencji Instytutów Świeckich (10.05.2014)*, „L'Osservatore Romano”, 6 (2014), s. 42.

⁵⁴ Por. Franciszek, *Adhortacja apostolska „Evangelii gaudium”*, nr 288.

⁵⁵ Franciszek, *Encyklika „Lumen fidei”*, nr 55.

pełniąc swoją misję lekarzy, na co dzień obcuje z wieloma formami cierpienia: zachęcam was, byście zajmowali się nimi jak „miłosierni Samarytanie”, opiekując się w sposób szczególny osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi⁵⁶.

W końcu empatia wyraża się w ciepłym spojrzeniu na chorego. Spojrzenie staje się niezwykle ważne, ponieważ dzięki niemu można wyrazić całą zawartość własnego serca. Uczucie, miłość, zachętę, współczucie. Często spojrzenie „mówi więcej niż słowa, albo mówi to, czego słowa nie potrafią lub nie ośmielają się wypowiedzieć”⁵⁷.

Zakończenie

Reasumując, należy stwierdzić, że opieka religijna i duchowa komunikacja z pacjentem stanowią elementy składowe opieki medycznej. W ten sposób całościowe spojrzenie na chorego jest wyrazem troski o jego dobro w każdym wymiarze. Spojrzenie na osobę w jej integralności wyznacza holistyczny model opieki medycznej. Jego istotą jest umiejętność zaspokojenia jak najszerszego spektrum potrzeb pacjentów i ich rodzin⁵⁸. Tak pojmowane dobro pacjenta jest owocem szeroko pojętej miłości. Dlatego dobroci nie należy się wstydzić. Co więcej, dobroć – według papieża Franciszka – „daje spokój sumienia temu, kto pozwala, by w nim wzrastała, przynosi głęboką radość nawet pośród trudności i nieporozumień”⁵⁹.

Bibliografia

Benedykt XVI, *Chrześcijańska nauka o cierpieniu. Przemówienie do uczestników międzynarodowej konferencji Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia i Chorych (17.11.2012)*, „L’Osservatore Romano”, 1 (2013), s. 29.

Benedykt XVI, *Świat cierpienia przyzywa świat ludzkiej miłości. Do uczestników Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Chorych i Służby Zdrowia (21.11.2006)*, „L’Osservatore Romano”, 3 (2007), s. 23.

⁵⁶ Franciszek, *Grzechy przeciwko Bogu. Przemówienie do przedstawicieli Włoskiego Stowarzyszenia Lekarzy Katolickich (15.11.2014)*, „L’Osservatore Romano”, 12 (2014), s. 36.

⁵⁷ Franciszek, *Jak na nas patrzy Maryja? Papieskie przesłanie wideo do uczestników nocnego czuwania w rzymskim sanktuarium Divina Amore (12.10.2013)*, „L’Osservatore Romano”, 12 (2013), s. 6.

⁵⁸ Por. E. Kucharska, *Hospicjum jako instytucja wspierająca człowieka*, „Przeгляд Lekarski”, 5 (2012), s. 213.

⁵⁹ Franciszek, *Nie wstydzić się dobroci. Wizyta w ośrodku Betania w Bubq i Fushe Kruji*, „L’Osservatore Romano”, 10 (2014), s. 19.

Benedykt XVI, *Nowa ewangelizacja w portach lotniczych. Przemówienie do kapelanów lotnictwa cywilnego* (11.06.2012), „L'Osservatore Romano”, 7–8 (2012), s. 40.

Benedykt XVI, *Milczenie elementem komunikacji. Orędzie na 46 Światowy Dzień Środków Społecznego Przekazu* (24.01.2012), „L'Osservatore Romano”, 3 (2012), s. 7–8.

Benedykt XVI, *Szymon z Cyreny, Afrykanin, pomógł Jezusowi nieść krzyż. Spotkanie z chorymi w Ośrodku im. Kard. Paula-Emile'a Legera* (Jaunde, 19.03.2009), „L'Osservatore Romano”, 5 (2009), s. 35.

Benedykt XVI, *Nowe technologie, nowe relacje. Trzeba rozpowszechniać kulturę szacunku, dialogu i przyjaźni. Orędzie na XLIII Światowy Dzień Środków Społecznego Przekazu* (24.01.2009), „L'Osservatore Romano”, 3 (2009), s. 5.

Benedykt XVI, *Odkryć oblicze Boga*, Kraków 2006.

Benedykt XVI, *Patrzeć na Chrystusa*, Kraków 2005.

Benedykt XVI, *Modlitwa umacnia naszą więź z Bogiem Ojcem i otwiera serca na potrzeby ludzi* (14.12.2011), „L'Osservatore Romano”, 2 (2012), s. 50.

Franciszek, *Być oczami niewidomego i nogami chromego. Orędzie na XXIII Światowy Dzień Chorego 2015*, „L'Osservatore Romano”, 1 (2015), s. 4–5.

Franciszek, *Z Jezusem jesteśmy pełni radości* (14.12.2014), „L'Osservatore Romano”, 1 (2015), s. 60.

Franciszek, *Pamięć o przeszłości i przyszłość. Przemówienie podczas spotkania z ludźmi starszymi na placu św. Piotra* (28.09.2014), „L'Osservatore Romano”, 10 (2014), s. 39.

Franciszek, *Święta wędrownica. Przesłanie z okazji 500. rocznicy urodzin św. Teresy z Avila* (15.10.2014), „L'Osservatore Romano”, 11 (2014), s. 34.

Franciszek, *Z ludem na ramionach. Msza święta w Wielki Czwartek* (28.03.2013), „L'Osservatore Romano”, 5 (2013), s. 35.

Franciszek, *Ten, kto praktykuje miłosierdzie, nie boi się śmierci* (27.11.2013), „L'Osservatore Romano”, 1 (2014), s. 46.

Franciszek, *Modlitwa maryjna z papieżem. Kobiety, które walczą i się modlą*, „L'Osservatore Romano”, 12 (2013), s. 41.

Franciszek, *Z Ewangelią w kieszeni* (16.03.2014), „L'Osservatore Romano”, 3–4 (2014), s. 55.

Franciszek, *Wiarygodni i konsekwentni. Spotkanie z seminarzystami, nowicjuszami i nowicjuskami* (6.07.2013), „L'Osservatore Romano”, 8–9 (2013), s. 42.

Franciszek, *Prawdziwa władza jest służbą*, Kraków 2013.

Franciszek, *Najcięższą chorobą, na jaką są narażone osoby starsze, jest opuszczenie. Przesłanie z okazji 20-lecia Papieskiej Akademii „Pro Vita”* (19.02.2014), „L'Osservatore Romano”, 3–4 (2014), s. 21.

Franciszek, *Dzieci i dziadkowie są nadzieją ludu. Przemówienie do członków włoskiego Ruchu na rzecz Życia (11.04.2014)*, „L'Osservatore Romano”, 5 (2014), s. 28.

Franciszek, *Wszystkie narody muszą słuchać ubogich. Spotkanie z władzami państwowymi i korpusem dyplomatycznym (Manila, 16.01.2015)*, „L'Osservatore Romano”, 2 (2015), s. 15.

Franciszek, *Między godnością a transcendencją. Przemówienie w Parlamencie Europejskim (25.11.2014)*, „L'Osservatore Romano”, 12 (2014), s. 11.

Franciszek, *W jaki sposób prowadzi się dialog? Spotkanie z biskupami azjatyckimi w sanktuarium w Haemi (17.08.2014)*, „L'Osservatore Romano”, 8–9 (2014), s. 20.

Franciszek, *Rewolucyjny gest Kościoła. Przemówienie do uczestników zgromadzenia generalnego włoskiej Konferencji Instytutów Świeckich (10.05.2014)*, „L'Osservatore Romano”, 6 (2014), s. 42.

Franciszek, *Adhortacja apostolska „Evangelii gaudium”*, Watykan 2013.

Franciszek, *Encyklika „Lumen fidei”*, Watykan 2013.

Franciszek, *Grzechy przeciwko Bogu. Przemówienie do przedstawicieli Włoskiego Stowarzyszenia Lekarzy Katolickich (15.11.2014)*, „L'Osservatore Romano”, 12 (2014), s. 36.

Franciszek, *Jak na nas patrzy Maryja? Papieskie przesłanie wideo do uczestników nocnego czuwania w rzymskim sanktuarium Divina Amore (12.10.2013)*, „L'Osservatore Romano”, 12 (2013), s. 6.

Franciszek, *Nie wstydić się dobroci. Wizyta w ośrodku Betania w Bubq i Fushe Kruji*, „L'Osservatore Romano”, 10 (2014), s. 19.

Foley J. P., *Bóg w globalnej wiosce. Arcybiskup John Patrick Foley w rozmowie z Ulrichem Bobingerem*, tłum. M. Rodkiewicz, Kraków 2002.

Hajduk B., Hajduk E., *O pomocy skutecznej i nieskutecznej*, Zielona Góra 2008, s. 45.

Jan Paweł II, *W służbie zdrowia i życia ludzkiego. Słowo Ojca świętego do chirurgów polskich (11.02.1992)*, w: *W trosce o życie. Dokumenty Kościoła*, red. K. Szczygieł, Tarnów 1998, s. 232.

Jan Paweł II, *Twórcza rola ludzi starszych w Kościele i społeczeństwie (Walencja, 8.11.1982)*, w: tenże, *Dzieła zebrane*, t. X, Kraków 2008, s. 478–484.

Kucharska E., *Hospicjum jako instytucja wspierająca człowieka*, „Przegląd Lekarski”, 5 (2012), s. 212–215.

Kucharska E., *Problematyka starzenia się i starości a instytucjonalne formy opieki nad osobami w podeszłym wieku*, Kraków 2012.

Nęcek R., *Moralno-religijne aspekty opieki medycznej*, „Przegląd Lekarski”, 6 (2012), s. 271–274.

Nęcek R., *Od kapłaństwa do społeczeństwa. Wybrane kwestie z nauki społecznej papieża Franciszka*, Kraków 2014.

Pagola J. A., *W stronę medycyny holistycznej*, w: *Dolentium Hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia*, red. A. Muszala, J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki, Kraków 2011, s. 295–297.

Ratzinger J., *Europa Benedykta w kryzysie kultur*, Częstochowa 2005.

Ślusarska B., Dobrowolska B., Zarzycka D., *Teoretyczne podstawy kategorii „opieka” w pielęgniarstwie*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 4 (2008), s. 386–388.

Summary

RELIGIOUS CARE AND SPIRITUAL COMMUNICATION WITH THE ELDERLY AND THE DYING AS AN INTEGRAL ELEMENT OF MEDICAL CARE

While medicine is interested only in diagnosing the illness, and psychology concentrates on the psychological condition of the patient, every patient has the right to express their religious and spiritual needs, as religious care and spiritual communication complete medical care over the patient. The religious and communication dimension is especially important in the case of the terminally ill. Religious care and spiritual communication with the patient are elements of medical care. Such holistic view of the sick is an expression of care for their good in every dimension. A view of the human person in their integrity determines the holistic model of care. Its essence is the ability to meet the widest possible range of needs of the patients and their families.

Keywords: patient communication, religious care, medical care, the elderly

Słowa kluczowe: komunikacja z pacjentem, opieka religijna, opieka medyczna

Ks. dr hab. Robert NĘCEK – ur. w 1969 r. w Krakowie. Prezbiter diecezji krakowskiej, dr hab. nauk społecznych, kierownik Katedry Edukacji Medialnej Instytutu Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II, rzecznik prasowy Archidiecezji Krakowskiej (e-mail: robertus36@wp.pl). Ostatnio opublikował: *Solidarność i komunikacja bliskości przejawem miłości seniora*, „Życie Konsekwane”, 4 (2016), s. 76–87; *Przekaz miłosierdzia elementem nowej ewangelizacji w działalności księży rogaćonistów*, „Społeczeństwo”, 1–2 (2016), s. 55–69; *Blended learning as an element of modern didactics*, w: INTED 2016 Conference Proceedings 10th International Conference of Technology, Education, Development Conference 7–9 March 2016 – Valencia, Spain, red. L. Gomez Chova, A. Lopez Martinez, I. Candel Torres. Seville 2015, s. 1220–1226, we współpracy: K. Gurba, D. Kaczmarczyk, W. Misztal. *Die moralische und kommunikative Haltung des Hochschullehrers bei der Persönlichkeitsbildung der Studenten*, „Theologisches”, 3–4 (2016), s. 175–186.