

P. Krakowiak, Opieka duchowa w zmieniającym się polskim społeczeństwie

Polska wersja publikacji w j. niemieckim: Seelsorge in einer sich verändernden polnischen Gesellschaft, w: A. Büssing, J. Surzykiewicz, Z. Zimowski (Hrsg.), Dem Gutes tun, der leidet, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015, p. 167-177.

Wprowadzenie - Wpływ realnego socjalizmu na duszpasterstwo służby zdrowia i pomocy społecznej w Polsce oraz zwiastuny zmian

Służba zdrowia i pomoc społeczna w Polsce i we wszystkich krajach bloku wschodniego zostały po 1945 roku w krótkim czasie uzależnione od państwa. Prowadzone od wieków przez zakony, stowarzyszenia i fundacje chrześcijańskie, a także przez bractwa świeckich szpitale, domy pomocy, ośrodki Caritasu i ochrony zostały znacjonalizowane (por. Krakowiak 2012). Mała obecność duchowieństwa odsuwano od pracy w służbie zdrowia i pomocy społecznej, wyrzucano z ośrodków będących własnością ich zakonów (Muszala et al. 2011). Jednocześnie z oddaleniem związków wyznaniowych od opieki medycznej i pomocy społecznej dokonywał się systematyczny i planowany zamach na prestiż zawodów medycznych, obdarzanych tradycyjnie dużym szacunkiem społecznym. Wiązała się z nim duża ideologizacja środowiska, a także rugowanie kodeksu etyczno-deontologicznego i marksistowska ideologizacja zawodów medycznych i pomocowych. Opór integrował środowiska medyczne i pomocowe ze środowiskami kościelnymi, przypominającymi o etyce chrześcijańskiej i deontologii opartej na chrześcijańskim personalizmie (Wojtyła 1967). Pozwoliło to na aktywność Solidarności Służby Zdrowia w latach 1980-1981, a także stanowcze postulaty dotyczące powrotu do etyki zawodów medycznych i żądania przywrócenia funkcji kapelanów szpitali i instytucji pomocy społecznej, co zostało zapisane w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w 1981 roku. (MZ 1981). Wprowadzenie tej instrukcji do praktyki duszpasterskiej utrudnił stan wojenny i zaostrzenie relacji państwa ze związkami wyznaniowymi, które zakończyły demokratyczne przemiany w 1989 roku. Jedyнным obszarem, w którym na styku ochrony zdrowia, pomocy społecznej, wolontariatu i związków wyznaniowych, rozwijała się w tych latach opieka duchowo-religijna, były wolontaryjne zespoły domowej opieki hospicyjnej, których fenomen zostanie opisany w późniejszej części tego opracowania (por. Krakowiak, Stolarczyk 2007).

Powrót do tradycyjnych form opieki duchowo-religijnej w ochronie zdrowia i pomocy społecznej w Polsce po odzyskaniu wolności w 1989 roku.

Demokratyczne przemiany w Polsce zagwarantowały prawo osób przebywających w ośrodkach leczniczych i pomocowych do korzystania z usług religijnych, umożliwiając zatrudnianie kapelanów i przeznaczanie odpowiednich pomieszczeń dla celów duszpasterskich (Dz. U, 1989). Dokument z

1991 roku stwierdza, iż osoby znajdujące się w szpitalu i ośrodku pomocy społecznej mają prawo do korzystania z pomocy religijnej (Ustawa z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, MZiOS). *Konkordat z 1993 roku* wspomina o konieczności zapewnienia przez państwo warunków do wykonywania praktyk religijnych i korzystania z usług religijnych osobom przebywającym w zakładach opieki zdrowotnej i społecznej (*Konkordat 1993*). Podobne dokumenty podpisano także z innymi związkami wyznaniowymi obecnymi w Polsce. Pomimo jasnej wykładni prawnej nie udało się opracować statutu i statusu kapelana w ochronie zdrowia i pomocy społecznej, a powstały w 1998 roku nieformalny *Status kapelana w zakładach leczniczych i domach opieki społecznej* był jedynie wyrażeniem woli duszpasterzy, zatroskanych głównie o posługę liturgiczną i sakramentalną. (Jachimczak 2002). Podjęte działania miały swoje potwierdzenie w karcie Praw Pacjenta z roku 1994 roku, stworzoną w oparciu o Deklarację Praw Pacjenta Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Już w prawach ogólnych czytamy: Każdy ma prawo do poszanowania wyznawanych przez niego wartości moralnych i kulturowych oraz do poszanowania swoich przekonań religijnych i filozoficznych. W prawach szczegółowych kilkakrotnie jest mowa o opiece duszpasterskiej i duchowej: Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej duchownego wyznawanej przez siebie religii i umożliwienia uczestnictwa w obrzędach religijnych w szpitalu, a w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia powodującego w jego odczuciu zagrożenia życia, aby szpital niezwłocznie zawiadomił wskazane osoby lub instytucje oraz duchownego wyznawanej przez siebie religii i umożliwił z nimi osobisty kontakt. Szpital umożliwia kontakt pacjenta z wybranym przez niego duszpasterzem. (www.who.int/en 2013) Brak jasnych regulacji prawnych przez wiele lat sprawił, iż opieka duchowo-religijna w ochronie zdrowia i pomocy społecznej w Polsce pozostawała głównie rytualna i sakramentalna, a duszpasterze często traktowali ją jako dodatkowe zadanie obok innych obowiązków (Muszala et al. 2011).

Nowe wyzwania dotyczące zagadnień opieki duchowo-religijnej w polskim społeczeństwie w XXI wieku

Jednym z praw chorych przebywających w zakładach opieki zdrowotnej jest prawo do opieki duszpasterskiej. W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia, zakład jest zobowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym. Struktury duszpasterstwa w ochronie zdrowia i pomocy społecznej posiadają katolicy, wyznawcy prawosławia, wierni ewangelicko-augsburscy oraz grecko-katolicy. Kierownicy ośrodków mają obowiązek zapewnienia choremu wykonywania praktyk religijnych i kontaktu z przedstawicielami jego wyznania na terenie szpitala (Wroński 2007). Powyższe regulacje prawne zapewniają opiekę duszpasterską, którą nie są objęci pacjenci nie związani ze wspólnotami wiary, poszukujący i niewierzący, a posiadający potrzeby duchowe. Wraz z demokratycznym przemianami społecznymi, otwarciem granic, związaną z tym dużą migracją mieszkańców Polski, zmieniają się również zapotrzebowania osób wymagających opieki na

zagadnienia duchowe i religijne. Terminy 'religijny' i 'duchowy' były w języku polskim synonimami, gdyż osoby dbające o duchowość należały do wspólnot systemu religijnego, w większości związanego z Kościołem katolickim, zakonami, czy innymi wspólnotami. Pytanie o duchowość wiązało się zwykle z jedną z form duchowości w systemie doktryny chrześcijańskiej, co dobrze wyraża tytuł jednego z artykułów: *Jedna duchowość chrześcijańska czy wiele duchowości?* (Nadolski 2006). W pluralistycznym i otwartym społeczeństwie dostrzega się, iż pojęcie duchowości i religijności w różnych religiach ma różne znaczenia. Dynamiczne modele duchowości widzą ją jako spoiwo doktryny, liturgii, dyscypliny i życia, będących w interakcji. Zakładają jednak również potrzeby duchowe osób niezwiązanych z żadną wspólnotą wiary czy z systemem religijnym (Wright 2004). „Duchowość odnosi się zawsze do naszego bezpośredniego doświadczenia religijnego, a to doświadczenie jest zwykle zakorzenione w jakiejś szczególnej jego formie: żydowskiej, islamskiej, chrześcijańskiej, buddyjskiej czy ogólnoludzkiej” (Wolski Conn 1993). Literatura na temat duchowości odzwierciedla głównie trzy, trudne do oddzielenia obszary refleksji, badań i praktyki: teologiczny, filozoficzny i psychologiczny (Grzegorzczkova 2006). Niejasna (ang. *fuzzy*) terminologia dotycząca duchowości powoduje, że nie sposób podać jej satysfakcjonującej definicji ani nawet zakresu znaczeniowego (Spilka 1993). Podjęcie takiego wyzwania jest jednak konieczne, między innymi z powodu rosnącego zainteresowania tym zjawiskiem i rosnącej liczby badań nad nim na świecie i w Polsce.

Tradycyjnym obszarem refleksji naukowej nad zagadnieniami religijności i duchowości jest teologia, posiadająca swój ugruntowany warsztat naukowy i prowadząca badania w obszarze różnych systemów religijnych i doświadczeń duchowych (Balter et al. 1995). Na gruncie nauk medycznych i społecznych coraz częściej podkreśla się konieczność rozróżnienia zagadnienia religijności, określonego systemu wierzeń czy tradycji religijnych od duchowości i doświadczeń duchowych (Cobb et al. 2012). W przestrzeni nauk społecznych obie wyróżnione kategorie mieszczą się w obszarze zainteresowań psychologii religii, która w największym stopniu zajmowała się tym zjawiskiem. Władysław Prężyna wskazywał, iż „religia to osobowa relacja człowieka z Bogiem. Natomiast wewnętrznym elementem relacji człowieka do Boga jest przeżycie religijne. Przeżycie religijne charakteryzuje się tym, że nie ma ono charakteru chwilowego, ale składa się z całego zespołu przeżyć, doznań i doświadczeń, które są skoncentrowane na przedmiocie religijnym. Są to doznania i doświadczenia ważne dla człowieka, bo osadzone głęboko w jego psychice i przebiegają z zachowaniem indywidualnych cech poszczególnej jednostki (Prężyna 1981). Tradycyjnie traktowano religijność jako formę osobistych przeżyć religijnych człowieka, bezpośredni, wyrosły z jego osobowości, stosunek do Boga, bez używania terminu nawiązującego do duchowości. Wydaje się, iż analiza wyłącznie przestrzeni przeżyć religijnych jest ograniczeniem w przypadku osób niereligijnych, posiadających przeżycia duchowe. Także teologowie wskazują na potrzebę refleksji nad stopniowym

rozwojem doświadczenia duchowego, które w przypadku chrześcijan powinno być badane w świetle Objawienia i Tradycji (Barbosa 1995).

Literatura przedmiotu wielu nauk szczegółowych ukazuje konieczność rozróżnienia religijności i duchowości. „Dotychczas używane pojęcie, religijność, okazało się niewystarczające do adekwatnego wyrażenia nowych form przeżywania fenomenu religijnego” (Jarosz 2010). Dostępne dane pozwalają stwierdzić, iż te dwa pojęcia wydają się niejednoznaczne i nie tożsame, prezentując definicyjnie inne znaczenia i zakresy pojęciowe. Należy podkreślić bowiem, iż coraz częściej religijność utożsamiana jest z instytucjonalnością i jako taka nie oddaje w pełni duchowych przeżyć człowieka, które mogą wykraczać poza instytucjonalne ramy systemów religijnych. „Religia to umiejętność przyjmowana z zewnątrz; duchowość to zdolność odkrywana wewnątrz jednostki. Religia kieruje życiem całych zbiorowości. Duchowość ma wymiar bardziej indywidualny, pozainstytucjonalny” (Libiszowska-Żółtkowska et al. 2010). Analizy wskazujące na istotę duchowości w życiu człowieka coraz częściej traktują duchowość znacznie szerzej niż religijność. „Koncepcja duchowości wyrasta głównie z zakwestionowania instytucjonalnego wymiaru religii. Akcentuje autonomię oraz niepowtarzalność treści i emocji, których doświadcza człowiek w kontakcie z sacrum” (Jarosz 2011). Paweł Socha twierdzi, iż "duchowość jest *differentia specifica* człowieka, zaś produktem życia duchowego jest szczeroko rozumiana kultura. Nie można podać ścisłej definicji pojęcia duchowości, ponieważ ze swojej natury jest ona bezpośrednio nieuchwytna. (...) Rozwijając się duchowo, w coraz większym stopniu stajemy się ludźmi... W tym sensie *duchowość* jest pojęciem rozwojowym"(Socha 2000).

W kontekście osób chorych można stwierdzić, iż przeżycia duchowe może mieć każdy człowiek – nawet, gdy deklaruje się jako osoba niewierząca czy niereligijna. Słusznym wydaje się oddzielenie pojęcia duchowości od pojęcia religijności, uwzględniające różnice tych dwóch terminów. „Duchowość” rozumiana jest jako fragment niematerialnej rzeczywistości człowieka, a dostępne definicje w zależności od przyjętego paradygmatu próbują ją określić w danych ramach definicyjnych. Wszystkie definicje łączy ujmowanie duchowości jako sposobów, w jaki człowiek nadaje czemuś znaczenie i układa sens swojego życia. „Religijność” natomiast jest terminem określającym ściśle związanie z Bogiem. W zależności od pochodzenia i narodowości przyjmuje ona różne postaci: islamu, religijności żydowskiej, chrześcijańskiej, itp. Zatem osoba niereligijna może posiadać swoją duchowość, a w związku z tym mieć potrzebę eksplorowania doświadczeń i pytań egzystencjalnych (Krakowiak 2011). Taka analiza zjawiska duchowości wydaje się szczególnie ważna w kontekście przygotowywania i prowadzenia procesu opieki w instytucjach zdrowotnych i pomocowych. Zdarza się bowiem, że pomocy duchowej potrzebują osoby, które bądź deklarują się jako niewierzący lub jako wyznawcy innej religii, czy tradycji duchowej. Odnoszenie się do człowieka jako osoby posiadającej swoją indywidualną duchowość pozwala na udzielanie pomocy każdemu napotkanemu człowiekowi, niezależnie od deklarowanego wyznania, czy przynależności do wspólnoty wiary. Takie nowe spojrzenie na potrzeby duchowe, z jednoczesnym szacunkiem dla tradycji religijnych silnie

obecnych w Polsce, stały się podstawą działań duszpasterskich w opiece paliatywno-hospicyjnej, gdzie wsparcie duchowe i religijne zapewnia kapelan współpracujący ściśle z pracownikami i wolontariuszami.

Dobre praktyki zespołowej opieki paliatywno-hospicyjnej, uwzględniającej potrzeby duchowe w integralnej trosce o człowieka u kresu życia

„Polski model Hospicjum ma oparcie w ludzkiej, opiekuńczej tradycji polskiej medycyny, a zwłaszcza pielęgniarstwa.” (Bortnowska 1984). Z inspiracji Kościoła katolickiego, szukającego sposobów wyrażania miłości wobec potrzebujących, w latach 70-tych odbywały się spotkania wolontariuszy, z którymi spotkała się Dr Cicely Saunders, przybyła z cyklem wykładów do Krakowa, Warszawy i Gdańska (Krakowiak 2008). Pierwsze współczesne hospicjum w Polsce utworzyli przepojeni chrześcijańskimi i humanistycznymi ideałami wolontariusze w Krakowie Nowej Hucie na wzór Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie. Drugim był domowy zespół opieki utworzony w 1983 roku przy pallotyńskiej parafii w Gdańsku, gdzie lekarze, studenci medycyny i przedstawiciele innych profesji odwiedzali chorych w domach (Krakowiak, Janowicz 2013). Domowa opieka hospicyjna, była w ówczesnej sytuacji Polski najlepszą formą opieki nad umierającymi, nazywaną później *modelem gdańskim*. Został on przyjęty przez ośrodki w Poznaniu, Warszawie, Lublinie, Katowicach, Mysłowicach, Szczecinie i w innych miastach (Drażkiewicz 1989). Uznanie dla tej opieki organizowanej przy parafiach wyraził Jan Paweł II w 1987 roku: „Z uznaniem myślę o Hospicjum, które podjęło swoją służbę w Gdańsku i promieniuje na inne miasta. Zrodziło się ono ze wspólnej troski (...) o należne miejsce i warunki, w których znajdują się chorzy u kresu swojego życia” (Krakowiak, Stolarczyk 2007). Dużym wsparciem dla zespołów do czasu demokratycznych przemian w Polsce była pomoc rzeczowa w postaci leków, środków opatrunkowych i sprzętu rehabilitacyjnego otrzymywana w postaci darów z zachodniej Europy. Dzięki temu, że działania zespołów opiekuńczych oparte były na wolontariacie, opieka hospicyjna uwzględniała duchowo-religijne potrzeby chorych i ich rodzin. Można uznać, iż zespoły hospicyjne były inicjatorami zmian w opiece duchowo-religijnej, gdyż opiekę duchową nad ciężko chorymi i ich bliskimi sprawowały we współpracy z kapłanem (Binnebesel et al. 2010). Krótka charakterystyka zespołowej troski o potrzeby duchowe i rola duszpasterza w systemie opieki ilustruje działania, które udało się wypracować w opiece paliatywno-hospicyjnej w Polsce.

Choć w opiece paliatywno-hospicyjnej w Polsce duszpasterzami są głównie duchowni katolicy, to biorą w niej także udział duchowni innych wyznań, a współpracują z nimi zarówno pracownicy jak i wolontariusze hospicyjni. Zespołowe działanie, będące jednym z fundamentów współczesnej opieki paliatywno-hospicyjnej, jest też zgodne ze współczesnym rozumieniem nauczania Kościoła dotyczącego wspólnotowej troski o człowieka cierpiącego, którą koordynuje kapelan (Muszla et al. 2011). Zarówno pracownicy jak i wolontariusze hospicyjni powinni pamiętać, iż wszyscy ochrzczeni

zostali obdarzeni zostali godnością uczestnictwa w potrójnej godności Jezusa Chrystusa: Króla, Proroka i Kapłana (Papieska Rada Duszpasterstwa Służby Zdrowia 1987). W posłudze duszpasterza hospicyjnego i jego współpracowników trudno wyróżnić poszczególne etapy, gdyż w spotkaniu z chorymi, ich rodzinami i zespołem opiekuńczym bardzo trudno przewidzieć i zaplanować poszczególne działania. Opieka duchowo-religijna jest realizowana w zespole, w którym ksiądz pełni ważną rolę, ale nie dominuje działań, włączając w nią innych pracowników i wolontariuszy. Partnerska współpraca duszpasterza z pracownikami i wolontariuszami jest wyzwaniem, na które muszą odpowiedzieć wszyscy uczestnicy wielodyscyplinarnej lub interdyscyplinarnej opieki paliatywno-hospicyjnej. Problemy natury duchowej są rozpatrywane podczas spotkań zespołu podobnie jak inne elementy cierpienia totalnego, a pracownicy i wolontariusze dzielą się swoimi spostrzeżeniami dotyczącymi chorych i ich rodzin. W odniesieniu do modlitw, sakramentaliów i religijnych znaków w ostatniej fazie choroby i w obliczu śmierci zadaniem duszpasterza hospicyjnego jest ciągle uwrażliwienie zespołu pracowników i wolontariuszy na te ważne elementy duchowego towarzyszenia umierającym. Symbole, gesty i modlitwy są grupą ‘narzędzi’ użytecznych w posłudze chorym i umierającym. „Należy umieć docenić i wykorzystać także gesty i symbole, których tak wiele jest w różnych tradycjach kulturowych i obyczajach ludowych” (Jan Paweł II 1995). Za ich pośrednictwem wyrażana jest bliskość z człowiekiem umierającym, a proste gesty i symbole, osadzone w dziedzictwie kulturowym i ludowych tradycjach znanych umierającemu są elementami wnoszącymi pokój i pobudzającymi do ufnej modlitwy, zgodnej z tradycją ‘ojców’ (Bartoszek 2000). Szacunek dla własnej tradycji duchowo-religijnej i docenienie jej roli u kresu życia otwiera cały zespół na zapewnienie podobnych form duchowej pomocy w przypadku osób z innych kultur i religii, pomagając także znaleźć duchowe wsparcie dla osób poszukujących i niewierzących.

Kapelan poprzez liturgie, sprawowane we wspólnocie hospicyjnej czy w domu ciężko chorych, jak również przez spotkania z zespołem i opiekę duchowo-religijną nad współpracownikami powinien integrować, łagodzić spory i swoją cierpliwością wspierać pacjenta i całe otoczenie. Okazywanie bezwarunkowej i ewangelicznej miłości jest trudem opieki paliatywnej i wyzwaniem wobec osoby dotkniętej nieuleczalną chorobą, a także w stosunku do wszystkich opiekunów. Zadania duszpasterza hospicyjnego są wielorakie i podobnie jak w wypadku innych pracowników i wolontariuszy nie mogą być dobrze wykonane w izolacji od reszty zespołu. Kapelan jest istotnym elementem zespołowej opieki, a jego posługa nie może się ograniczać wyłącznie do osób wierzących i wyznających te same poglądy, co on. Dobrą praktyką jest powołanie zespołu duszpasterskiego, w którego skład wchodzi obok kapelana także pracownicy i wolontariusze. Patrząc na duszpasterza hospicyjnego wato pamiętać, iż razem z innymi przedstawicielami pozamedycznych profesji (psycholog, pracownik socjalny, pedagog) staje się on świadkiem dylematów opiekunów, zmagania samych chorych z pogarszającym się stanem zdrowia, dramatami rodzin i obciążeniem członków zespołu hospicyjnego. W jego pracę wpisane są dramatyczne spotkania z najbliższymi osób u kresu życia, rozmowy z

umierającymi, ale także sytuacje konfliktowe i dramaty, które przynosi rzeczywistość. Kapelan bywa świadkiem nierozwiązanych spraw osobistych i rodzinnych, oczekiwania pacjentów wobec swoich bliskich i oczekiwania na śmierć. Zdarza mu się usłyszeć słowa dozgonnej wdzięczności, ale bywa także obarczany winą za jedno niefortunne słowo jednego z członków zespołu, które przelewa kielich nieszczęść dźwiganych przez pacjenta, czy jego rodzinę. Choć kluczowe dla powodzenia opieki jest otwarcie się duszpasterza na pracowników i wolontariuszy zespołu, to ważne jest także wspieranie go i włączanie zarówno w prace zespołu opiekuńczego, jak również w te chwile, które całej ekipie pozwalają zapobiegać wypaleniu zawodowemu i wspierają w ważnej, choć trudnej misji towarzyszenia umierającym i ich bliskim (Krakowiak et al. 2013). Środowisko opieki paliatywno-hospicyjnej na bazie powyższych doświadczeń przygotowało wraz z Zakonem Bonifratrów program specjalistycznych studiów dotyczących opieki duchowo-religijnej oraz postulat zbadania potrzeb duchowych w zmieniającej się rzeczywistości Polski w XXI wieku.

Propozycja zespołowej opieki duszpasterskiej w ochronie zdrowia i pomocy społecznej we współpracy z Zakonem Bonifratrów od 2009 roku

Jednym z owoców obchodów 400. lecia obecności Zakonu Bonifratrów w Polsce był pomysł powołania studiów zespołowej opieki duszpasterskiej w ochronie zdrowia i pomocy społecznej pod nazwą "Szkola Św. Jana Bożego". Do projektu zaproszono Krajowego Duszpasterza Hospicjów, który wraz ze świeckimi i duchownymi współpracownikami, poprzez konferencje, wydawnictwa i współpracę z Papieską Radą ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, doprowadził do uruchomienia studiów dla duchownych i świeckich (Muszała et al. 2011). Istotą studiów stała się refleksja i praktyczne działania ukazujące, iż obok duszpasterzy pomocy duchowej udzielają chorym i ich bliskim członkowie zespołu opiekuńczego, współpracujący z kapłanem. Przyjmując 'wewnętrzne uniwersum duchowe' każdego człowieka, możliwe są różne perspektywy rozmowy o życiu, cierpieniu i śmierci z pacjentami u kresu życia. 'Horyzont religijny' dotyczy tych, których życie jest zainspirowane tradycją religijną, a w obliczu choroby i śmierci znajdują w niej odpowiedź na pytania egzystencjalne i znajdują sens cierpienia. Szacunek dla ich poglądów religijnych oznacza szacunek dla nich samych, stąd ważne jest – o ile to możliwe – by odwiedzał ich duchowny ze wspólnoty wiary. 'Horyzont duchowy' jest przestrzenią spotkania dla tych osób, które są gotowe do rozmowy o tym, co przekracza człowieka i świat materialny. Najczęściej są to osoby niezwiązane ze wspólnotą religijną, w tym szczególnie kategoria osób "wierzących i niepraktykujących". Ich duchowość wyraża się w wierności zasadom, które przyjęli, odrzucając często ich ramy instytucjonalne, doktrynalne i sakramentalne. 'Horyzont ludzki' to przestrzeń dla tych osób, które nie należąc do żadnej tradycji i wspólnoty mają u kresu życia potrzeby duchowe. W atmosferze otwartego dialogu można szukać przestrzeni, w której mogą wyrazić niepokoje i lęki egzystencjalne. Pomocą przy ostatnim rodzaju

duchowego wsparcia może być *terapia ludzkiej godności*, którą proponuje się osobom niereligijnym u kresu życia, jako symboliczne jego dopełnienie i podsumowanie. W ten sposób uniwersalna przestrzeń pozamaterialnych doznań człowieka, wymykająca się zarówno wymiarowi fizycznemu jak i psychologicznemu, społecznemu i emocjonalnemu może być brana pod uwagę przy całościowej trosce o każdego chorego (Pangrazzi 2006). Ten rodzaj otwartego na różnorodne potrzeby religijne i duchowe duszpasterstwa prowadzony jest w opiece paliatywno-hospicyjnej i potrzeba go wdrożyć w instytucjonalnej i domowej ochronie zdrowia i pomocy społecznej.

Ważna dla tworzenia Podyplomowej Szkoły Opieki Duszpasterskiej Św. Jana Bożego była ścisła współpraca z Papieską Radą ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia z Watykanu, zachęcająca do studiów dostępnych dla osób świeckich, zakonnych i księży (Redrado 2010). Kapelania szpitali, domów pomocy, sanatoriów i hospicjów w Polsce staje się dzięki tej inicjatywie obszarem działań zespołowych z udziałem osób świeckich i wolontariatu (Dwyer 2011). Wydane po raz pierwszy po polsku artykuły na temat zespołowej opieki duchowo religijnej zostały zebrane w publikacji *Dolentium Hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia* (Muszala et al. 2011). Doświadczenia Autora z pracy w zespołach duszpasterskich (por. Krakowiak 2001, Krakowiak 2010) i dobre praktyki z innych krajów (Klinger 1999, Augustyn 1999) pomogły w organizacji studiów podyplomowych i praktyk pastoralno-klinicznych, przygotowujących do zespołowej opieki z udziałem wolontariatu (Fabello 2010, Monteverdi 2010, Redrado 2010). W działaniach zespołowego duszpasterstwa nieprzypadkowo użyta została nazwa *opieka duszpasterska w służbie zdrowia i pomocy społecznej*, włączająca obszar Domów Pomocy Społecznej i opiekę domową do systemu zespołowej opieki duchowo-religijnej. Istnienie tych studiów podyplomowych daje nadzieję na wypracowanie jednolitych standardów szkoleń i specjalizacji dla kapelanów służby zdrowia i pomocy społecznej w Polsce. Aby to się mogło stać, potrzebne są badania w zakresie potrzeb duchowych, prowadzone dzięki współpracy międzynarodowej.

Badania potrzeb duchowych osób cierpiących jako nowy etap w poszukiwaniu metod duchowego wsparcia w ochronie zdrowia i pomocy społecznej

Duchowość i religijność podlega silnym wpływom kulturowym, a dotychczasowe ujęcia religijności, które koncentrowały się na pomiarze postaw religijnych, stały się niewystarczające, co podkreśla redaktor publikacji najczęściej stosowanych w Polsce narzędzi testowych do ich pomiaru (Jarosz 2011). Praca zawiera opis czternastu skal, służących do pomiaru różnych aspektów religijności. Dobór ten był podyktowany głównie ich wkładem do polskiej myśli psychologicznej, a także częstością stosowania w praktyce. Niniejsza publikacja łączy oryginalny dorobek środowiska badaczy psychologii religii Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego oraz dorobek innych uczelni, licząc na to, iż będzie ona pomocą w praktyce, a także inspiracją do poszukiwania nowych

horyzontów badawczych w dziedzinie potrzeb religijnych i duchowych. Inną ważną publikacją w dyskusji o potrzebach duchowych w Polsce jest praca *Duchowy rozwój człowieka* (Socha 2000), w której psychologowie, pozostając na gruncie empirycznej sprawdzalności swoich teorii, włączają się w nurt myśli humanistycznej, filozoficznej, teologicznej i artystycznej, odnoszących się do tego, co w człowieku duchowe. Wraz z publikacjami dotyczącymi duchowości chrześcijańskiej, które najpełniej reprezentuje *Leksykon duchowości katolickiej* (Chmielewski 2002) ukazują one naukowy dyskurs w obszarze duchowości, w którym pojawiają się postulaty stworzenia nowych narzędzi do zbadania potrzeb duchowych.

Zespół wykładowców Podyplomowej Szkoły Opieki Duszpasterskiej Św. Jana Bożego nawiązał współpracę z osobami badającymi potrzeby duchowe i religijne. Pierwszą okazją do spotkania była międzynarodowa konferencja w Warszawie w 2012 roku. Jej owocem były badania poprowadzone pod kierunkiem prof. Arndta Büssinga, z Uniwersytetu Witten/Herdecke. Badanie poprzedzone tłumaczeniem, opracowaniem i wdrożeniem *Polish Version of the SpREUK Questionnaire* nadzorował w Polsce prof. Janusz Surzykiewicz we współpracy z dr Kazimierzem Franczakiem. Badanie przeprowadzono na 275 pacjentach w Polsce, a jego wstępne wyniki zostały zaprezentowane podczas konferencji na temat badania duchowości w Gdańsku oraz na Międzynarodowej Konferencji European Association of Palliative Care w Pradze w 2013 roku, pod tytułem: "Spiritual and Religious Needs of Chronically Ill Patients in Poland. Validation of the Polish Version of the SpREUK Questionnaire (A. Büssing et al, 2013). Kolejną okazją do spotkania w grupie niemiecko-polskich badaczy duchowych potrzeb osób cierpiących była konferencja I obchody Światowego Dnia Chorego w 2013 roku na Bawarii w Niemczech. Kolejne robocze spotkanie odbyło się w Rzymie podczas konferencji w Watykanie. Planowane są kolejne etapy współpracy, której patronuje Przewodniczący Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Abp dr Zygmunt Zimowski.

W 2013 roku przybyła do Polski Prof. Christina M. Puchalski z USA, od lat zajmująca się badaniem potrzeb duchowych w ochronie zdrowia. Pierwszy wykład posiadającej polskie korzenie badaczki został życzliwie przyjęty przez ponad 3000 lekarzy na największej w Polsce konferencji lekarzy internistów, a jej publikacja jest rozpoczęciem dialogu na temat konieczności uwzględnienia potrzeb duchowych przez pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej (Puchalski 2013). Kolejnym krokiem w nawiązanej współpracy jest tłumaczenie, adaptacje i wdrożenie narzędzia badawczego FICA, stosowanego z powodzeniem w kilkunastu wersjach językowych. Długoletnie wykorzystywanie tego narzędzia diagnostycznego w USA i w wielu innych krajach, jak również liczne badania ukazujące jego użyteczność w praktyce opiekuńczej zostały potwierdzone w literaturze międzynarodowej (Borneman et al. 2010). Oba powyżej wymienione narzędzia badawcze, przetłumaczone i w pełni zaadoptowane na język polski dadzą możliwość nowych sposobów zbadania potrzeb duchowych w ochronie zdrowia i pomocy społecznej. Wraz z istniejącymi już w Polsce narzędziami do pomiaru potrzeb religijnych (Jarosz 2011) mogą się one stać pomocą w badaniu i

rozszerzaniu opieki duchowo-religijnej, by pełniej odpowiedzieć na potrzeby instytucjonalnej i domowej opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Aby tak się stało potrzeba z jednej strony otwartości na analizę potrzeb duchowych ze strony kapelanów w ochronie zdrowia i pomocy społecznej, a także zaangażowania i współpracy ze strony pracowników i wolontariuszy w opiece instytucjonalnej i domowej.

Zakończenie: nadzieja na rozwój badań nad duchowymi potrzebami podopiecznych ochrony zdrowia i pomocy społecznej oraz zespołowej opieki duchowo-religijnej

Polskie społeczeństwo na mapie Europy jest uważane tradycyjnie za religijne. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego z 2011 roku zdecydowanie dominują w nim wyznania chrześcijańskie. Pierwszym pod względem liczebności wyznaniem w Polsce jest Katolicyzm z 86,9% wiernych. Prawosławie wyznaje 1,31% mieszkańców, a Protestanci stanowią 0,38% wierzących Polaków. Świadkowie Jehowy to 0,34% społeczeństwa, Buddyzm praktykuje około 0,04% Polaków, Islam 0,013%, a Judaizm jest religią 0,004% mieszkańców naszego kraju (www.stat.gov.pl). Choć dominującą religią jest katolicyzm, to wobec zmian społecznych i kulturowych ważna jest wrażliwość wobec zmieniających się potrzeb duchowo-religijnych i różny stopień przynależności pacjentów do wspólnot wiary. Badania dotyczące zmian potrzeb duchowo-religijnych przeprowadzono ostatnio w tradycyjnie katolickiej Irlandii. Wyniki oraz poszukiwania najlepszych rozwiązań wobec nowych potrzeb opracowano w publikacji *A question of faith - the relevance of faith and spirituality in health Care* (www.hse.ie). Wnioskami z tych badań są stwierdzenia, iż obok wrażliwości na różnorodność wyznaniową i kulturową, istotne jest również rozróżnienie potrzeb duchowych, uznawanych za jedną z powszechnych potrzeb każdej osoby, od potrzeb religijnych, związanych z przynależnością do danej wspólnoty.

Wspomaganie osób znajdujących się w kryzysach związanych z chorobą lub niesprawnością pozwala stwierdzić, iż doświadczają oni przeróżnych przeżyć w sferach somatycznej, emocjonalnej i społecznej. Często tematem ważnym dla podopiecznych są zagadnienia duchowe i religijne, co uwidacznia się chociażby w stawianych pracownikom i wolontariuszom pytaniach dotyczących sensu dziejących się zdarzeń i sytuacji. Doświadczenie pokazuje, iż jest to sfera ważna nie tylko dla osób religijnych, ale pytania natury duchowej, rozważania egzystencjalne, pytania o sens własnego istnienia, sens cierpienia mogą być tematem ważnym dla osób niezwiązanych z żadną religią. W związku z tym potrzebna jest możliwość obiektywnego określenia poziomu doświadczeń duchowych i potrzeb duchowo-religijnych. Takie zadanie wydają się dobrze spełniać oba narzędzia badawcze, które dzięki współpracy międzynarodowej będą używane w Polsce. Zaangażowanie w ich adaptację praktyków na co dzień stykających się z osobami chorymi daje nadzieje, iż zarówno narzędzie *SpREUK Questionnaire*, jaki i *Test Potrzeb Duchowych FICA*, którego adaptacja właśnie została

podjęta na gruncie polskim, będą służyły badaniom potrzeb duchowych i pełniejszej odpowiedzi na nie w instytucjach ochrony zdrowia i pomocy społecznej w Polsce.

Abstrakt:

Prowadzone od wieków przez zakony, stowarzyszenia i fundacje chrześcijańskie szpitale, domy pomocy, ośrodki Caritasu i ochronki zostały znacjonalizowane w Polsce i Europie Wschodniej po 1945 roku. Jednocześnie z oddaleniem związków wyznaniowych od opieki medycznej i pomocy społecznej malał prestiż zawodów medycznych i pomocowych oraz marksistowska ideologizacja środowiska. Opór integrował w Polsce te środowiska e z Kościołem katolickim, przypominającymi o etyce chrześcijańskiej i deontologii opartej na chrześcijańskim personalizmie. Solidarność Służby Zdrowia i postulaty dotyczące powrotu do etyki zawodów medycznych oraz przywrócenia funkcji kapelanów szpitali i instytucji pomocy społecznej znalazły się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 1981 roku. Do 1989 roku w Polsce obszarem, w którym na styku ochrony zdrowia, pomocy społecznej, wolontariatu i związków wyznaniowych, rozwijała się opieka duchowo-religijna, były wolontaryjne zespoły domowej opieki hospicyjnej. Ich przykład pomógł w procesie odbudowy opieki duchowo-religijnej w ochronie zdrowia i pomocy społecznej, a także w nowych inicjatywach zespołowej opieki duszpasterskiej. Współczesne polskie społeczeństwo jest jednym z najbardziej religijnych w Europie, a dominującą religią jest katolicyzm. Wobec zmian społecznych i kulturowych ważna jest wrażliwość wobec zmieniających się potrzeb duchowo-religijnych i różny stopień przynależności pacjentów do wspólnot wiary. Świdomość różnorodności wyznaniowej i kulturowej, rozróżnienie potrzeb duchowych, uznawanych za jedną z powszechnych potrzeb każdej osoby, od potrzeb religijnych, związanych z przynależnością do danej wspólnoty wiary jest wyzwaniem w pastoralnej opiece w warunkach instytucjonalnych i domowych.

Abstract:

Charitable institutions, carried out for centuries by religious orders, associations and foundations Christian hospitals, nursing homes, Caritas centers were nationalized in Poland and Eastern Europe after 1945. Simultaneously with the remoteness of religious associations of medical care and social assistance diminish the prestige of the medical profession and Marxist ideologisation of caring environment. Resistance integrated those carers in Poland with the Catholic Church, reminiscent of Christian ethics and professional conduct based on Christian personalism. Solidarity demanded return to ethics of the medical profession and to restore the chaplains of hospitals and social assistance institutions. It was included in the Regulation of the Minister of Health in 1981. Until 1989 in Poland, an area in which to contact the health, social welfare, voluntary and religious organizations, developed health spiritual-religious, volunteer teams were home hospice care. Their example helped in the

reconstruction process of spiritual and religious care in health care and social assistance, as well as new initiatives in the pastoral care teams. The contemporary Polish society is one of the most religious in Europe, and the dominant religion is Catholicism. To change the social and cultural importance of sensitivity to the changing needs of the spiritual-religious and different degree of membership subjects to the faith communities. Awareness of diversity of religious and cultural distinction spiritual needs, recognized as one of the common needs of each person, from religious needs, relating to participation in the faith community is a challenge in pastoral care in institutional settings and home care.

Bibliografia

- Augustyn RH, Duszpasterstwo chorych w USA: Formacja kapelanów i świeckich asystentów jako odpowiedź na wyzwania współczesnego modelu służby zdrowia: P. Krakowiak, E. Dutkiewicz (red.) Duszpasterstwo służby zdrowia w Polsce: osiągnięcia i wyzwania, Gdańsk, 1999: 47-51.
- Balter L, Dusza S, Mickiewicz F, (ed.), Duchowość chrześcijańska (Kolekcja Communio nr 10), Poznań, 1995.
- Bartosa AG, Duchowość w dzisiejszym świecie: L. Balter (ed.) Duchowość chrześcijańska. Poznań, 1995:7-22.
- Bartoszek A, Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej. Katowice, 2000: 249-252.
- Binnebesel J, Janowicz A, Krakowiak P, Paczkowska A (ed.), Pozamedyczne aspekty opieki paliatywno-hospicyjnej, Gdańsk, 2010.
- Bortnowska H, Wprowadzenie: H. Bortnowska (ed.), Sens choroby, sens śmierci, sens życia. Warszawa, 1984:3-6.
- Borneman T, Ferrell T, Puchalski CM, Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment, Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 40 No. 2 August 2010: 163-173.
- Bussing A, Franczak K, Surzykiewicz J, Krakowiak P, Spiritual and religious needs of chronically ill patients in Poland. Validation of the polish version of the SpREUK Questionnaire; European Journal of Palliative Care, EAPC 2013, 13th World Congress of the European Association for Palliative Care, Praga, 30.05-2.06.2013, P1-446:144.
- Chmielewski M (ed.), Leksykon duchowości katolickiej. Lublin-Kraków, 2002.
- Cobb M, Puchalski C M, Rumbold B, Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare, Oxford 2012.
- Fabello M., Duszpasterstwo Służby zdrowia we Włoszech: Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorym, Kraków, 2010: 105n.
- Grzegorzczkowska R, Co o fenomenie duchowości mówi język?: Grzegorzczkowska A, Sójka J, Koschany R (red.) Fenomen duchowości. Poznań, 2006: 21-29.
- Jachimczak J (ed.), W służbie życiu. Kraków, 2003: 281-292.
- Jan Paweł II, Evangelium Vitae. Watykan, 1995, nr 85.
- Jarosz M (ed.), Psychologiczny pomiar religijności. Lublin, 2011.
- Jarosz M, Pojęcie duchowości w psychologii: Studia z psychologii w KUL tom 16: O. Gorbaniuk, B. Kostrubiec-Wojtachnio, D. Musiał, M. Wiechetek (ed.), Lublin, 2010: 9.

- Klinger L, Sytuacja duszpasterstwa służby zdrowia w Niemczech: P. Krakowiak, E. Dutkiewicz (ed.)
Duszpasterstwa służby zdrowia w Polsce: osiągnięcia i wyzwania, Gdańsk, 1999: 52-61.
- Krakowiak P, Wolontariat w opiece u kresu życia. Toruń, 2012.
- Krakowiak P, Dzieje pallotyńskiego hospicjum w Gdańsku 1983-2008. Gdańsk, 2008.
- Krakowiak P, Szkolenie kapelanów służby zdrowia w Stanach Zjednoczonych metodą Clinical Pastoral Education i zarys możliwości adaptacji tej metody w Polsce: Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorym, Kraków, 2010, 44-61.
- Krakowiak P, Stolarczyk A (ed.), Ks. Eugeniusz Dutkiewicz SAC. Gdańsk, 2007: 97-99.
- Krakowiak P, Duchowo-religijna troska o ciężko i przewlekle chorą osobę: Krakowiak P, Krzyżanowski D, Modlińska A (ed.), Przewlekle chory w domu, Gdańsk, 2011: 324-325.
- Krakowiak P, Janowicz A, (ed.) Dzieje Pallotyńskiego Hospicjum w Gdańsku. Trzydzieści lat w służbie umierającym 1983-2013. Gdańsk, 2013.
- Krakowiak P, Paczkowska A, Janowicz A, Sikora B, Sztuka komunikacji z osobami u kresu życia. Poradnik dla profesjonalistów i opiekunów nieformalnych - rodzin i wolontariuszy. Gdańsk, 2013: 165-174.
- Krakowiak P, Możliwości adaptacji Programu CPE – Clinical Pastoral Education do formacji pastoralnej Duszpasterstwa Hospicyjnego w Polsce: studium z zakresu Apostolstwa Chorych. Warszawa, 2001 (rozprawa doktorska, maszynopis);
- Libiszowska-Żółtkowska M, Grotowska S, Religijność i duchowość – dawne i nowe formy. Wrocław, 2010: 9.
- Muszala A, Binnebesel J, Krakowiak P, Krobicki M (ed.), Dolentium Hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia, Kraków 2011.
- Monteverdi R, Duszpasterstwo Służby Zdrowia (w Prowincji Bonifratrów, Veneto w Italii): Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorym, Kraków, 2010: 83-94.
- Nadolski B, Jedna duchowość chrześcijańska czy wiele duchowości? Anamnesis, nr 45: Warszawa 2006: 71-77.
- Pangrazzi A., Vivere il tramonto, Torino 2006: 106.
- Papieska Rada Duszpasterstwa Służby Zdrowia (PRDSZ), Świeccy w świecie cierpienia i zdrowia. Watykan, 1987:16-17.
- Puchalski C, Integrating spirituality into patient care: an essential element of person-centered care [Uwzględnienie duchowości w opiece zdrowotnej: niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta], Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej 2013; 123 (9): 491-497.
- Prężyna W, Funkcja postawy religijnej w osobowości człowieka. Lublin, 1981.
- Redrado JL, Posługa duszpasterska w placówkach służby zdrowia: Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorym. Kraków, 2010: 83-94.
- Spilka B, Spirituality: Problems and directions in operationalizing a fuzzy concept. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association. Toronto, 1993.
- Socha P (ed.), Duchowy rozwój człowieka, Kraków, 2000:18.
- Wojtyła K, Etyka a teologia moralna, „Znak” 1967, nr 9(159): 1077-1082.
- Wolski Conn J, Towards Spiritual Maturity: C.M. LaCugna (ed.), Freeing Theology: The Essential of Theology in Feminist Perspective, San Francisco, 1993: 237.
- Wroński K, Prawo chorego do opieki duszpasterskiej podczas pobytu w szpitalu, Współczesna Onkologia 2007 vol. 11, 7: 381-384.
- Wright M, Hospice care and models of spirituality, EJPC, 2004, 11(2):75-77.

Wyder C, Koordynacja duszpasterstwa służby zdrowia: Muszala A, J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki (ed.), Dolentium Hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia. Kraków, 2011: 230nn.

Akty prawne:

Ministerstwo Zdrowia, Instrukcja Ministra Zdrowia PRL z 1981 roku w sprawie zapewnienia usług religijnych chorym przebywającym w szpitalach, sanatoriach i domach pomocy społecznej resortu zdrowia i opieki społecznej. Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej 1981 nr 9, poz. 35, § 1-6

Ustawa z dnia 17 maja 1989 roku o stosunku Państwa do Kościoła katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, Dziennik Ustaw 1989 nr 29, poz. 154, art. 38-40.

Konkordat między Stolicą Apostolską i Rzeczypospolitą Polską, podpisany 28 lipca 1993 roku, Dz. U. 1998 nr 51, poz. 318, art. 17. , między Stolicą Apostolską i Rzeczypospolitą Polską, podpisany 28 lipca 1993 roku, Dz. U. 1998 nr 51, poz. 318, art. 17

Zasoby internetowe:

Wyznania religijne i stowarzyszenia narodowościowe i etniczne w Polsce 2009-2011, GUS Warszawa 2013, za:

http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/oz_wyznania_religijne_stow_nar_i_etn_w_pol_2009-2011.pdf (dostęp: styczeń 2014)

A question of faith - the relevance of faith and spirituality in health Care, Ireland 2011, za: www.hse.ie/eng/services/Publications/Your_Service,_Your_Say_Consumer_Affairs/Reports/questionoffaith.pdf (dostęp: styczeń 2014)

www.orka.sejm.gov.pl/proc6.nsf/ustawy/283_u.htm, wersja sierpień 2013 (dostęp: styczeń 2014)

WHO, Deklaracja Praw Pacjenta WHO: www.bpp.waw.pl/deklaracja_praw_pacjenta_who.html, wersja sierpień 2013 (dostęp: styczeń 2014)