

Anna Janowicz, Akademia Ignatianum w Krakowie, a.janowicz@lubiepomagac.pl

Piotr Krakowiak, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, pkrakow@umk.pl

Marek Krobicki, Bonifraterska Fundacja Dobroczynna, m.krobicki@bonifratrzy.pl

## **Zespołowa opieka duszpasterska jako forma opieki duchowej w ochronie zdrowia i pomocy społecznej**

### **Abstrakt**

Obok tradycyjnego modelu indywidualnej pomocy duszpasterskiej kapelanów istnieje w wielu krajach zespołowa opieka duszpasterska z udziałem duchownych i świeckich, otwarta na ekumeniczną i interreligijną współpracę w trosce o potrzeby duchowo-religijne podopiecznych. Również w Polsce zespoły opieki duszpasterskiej powinny zatroszczyć się o nie, z szacunkiem dla różnorodności religijnych i kulturowych. By móc to skutecznie czynić potrzebne są nowe narzędzia do badania potrzeb duchowych, obok tradycyjnych narzędzi duszpasterskiej troski i sakramentalnej opieki. Istnieją liczne narzędzia badania religijności, ale brak wypracowanych narzędzi badania duchowych potrzeb podopiecznych. Takie założenie spełnia jakościowy kwestionariusz FICA autorstwa prof. Christiny M. Puchalski. Jego adaptacja na język polski może pomóc w praktycznym włączeniu wymiaru duchowego w proces opieki.

**Słowa-kluczowe:** potrzeby religijne, opieka duchowa, zespołowa opieka duszpasterska, narzędzia do badania potrzeb duchowych, FICA

### **Abstract**

Besides the traditional model of pastoral care with individual assistance of ordained chaplains, in many countries there is tradition of pastoral care teams, with participation of clergy and laity, professionals and volunteers, open to ecumenical and interreligious cooperation in answering spiritual needs of residents. This model of pastoral care in Poland arises in the context of post-graduate studies combined with clinical practice. Pastoral care teams should take care of the spiritual and religious needs of dependents, with respect for religious and cultural diversity. In order to do this effectively we need new tools to study the spiritual needs

alongside traditional tools of pastoral care and sacramental assistance. In practice, of health and social work in Poland are numerous tools for research religious needs, but there is lack of research tools describing spiritual needs of patients. Such an assumption meets the qualitative questionnaire FICA by Christina M. Puchalski. Polish language adaptation of the tool, which allows assessing the spiritual experience can help in the practical inclusion of the spiritual dimension in the process of care.

**Key words:** religious assistance, spiritual care, pastoral care team, tools for reserch of spiritual needs, FICA

### **Autorzy**

ks. dr hab. Piotr Krakowiak, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Fundacja Lubie Pomagać, Gdańsk, Krajowy Duszpasterz Hospicjów. Obszar zainteresowań: duszpasterstwo hospicyjne, opieka nad osobami u kresu życia, opieka duchowa w ochronie zdrowia i pomocy społecznej, wolontariat w opiece.

mgr Anna Janowicz, doktorantka Akademii Ignatianum w Krakowie, Fundacja Lubie Pomagać, Gdańsk. Obszar zainteresowań to opieka nieformalna: wolontariat, opiekunowie rodzinni oraz *non-kin carers* oraz pozamedyczne aspekty opieki.

lek. med. Marek Krobicki, Bonifraterska Fundacja Dobroczynna

### **Działania Zakonu Bonifratrów we współpracy z Krajowym Duszpasterzem Hospicjów na rzecz zespołowej opieki duszpasterskiej**

Zespołowa opieka duszpasterska opiera się na współdziałaniu kapelana z wolontariuszami oraz z profesjonalistami z zespołu opiekuńczego. Tę formę zespołowej opieki z powodzeniem stosuje się w wielu ośrodkach w Europie<sup>1</sup>. Myśl o potrzebie podjęcia formacji w postaci szkoły opieki duszpasterskiej pojawiła się w Polskiej Prowincji Zakonu Bonifratrów w 2009 roku. W ramach jubileuszu 400 lat swej obecności w Polsce (1609–2009) zorganizowali w Krakowie cykl spotkań dotyczących zespołowej opieki duszpasterskiej, w których udział wzięli między innymi praktycy z opieki paliatywno-hospicyjnej i wolontariatu. Przygotowanie do powołania Szkoły Opieki Duszpasterskiej Św. Jana Bożego dokonywało się przez zaproszenie duchownych i świeckich ekspertów, promocję idei poprzez organizację

---

<sup>1</sup> Por. Redrado J.L., *Postuga duszpasterska w placówkach służby zdrowia* (2010), [w:] *Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorym*, Kraków: Medycyna Praktyczna.

ogólnopolskich konferencji i przygotowanie wydawnictw z nimi związanych.<sup>2</sup> Obok namysłu teoretycznego potrzebne było również praktyczne przygotowanie zespołów opieki duszpasterskiej w bonifraterskich ośrodkach ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Tego zadania podjął się Krajowy Duszpasterz Hospicjów wraz z zespołem ekspertów. Od 2010 roku dziesięć bonifraterskich zespołów duszpasterskich, przez regularną formację, poprawiło jakość posługi duchowo-religijnej i pozamedycznego wsparcia w swoich szpitalach, hospicjach i domach opieki.<sup>3</sup> Doświadczenia wspólnot bonifraterskich, złożonych z duchownych i świeckich, posłużyły do realizacji praktyk klinicznych na podyplomowych studiach opieki duszpasterskiej. Do pełnej wiedzy o aktualnych potrzebach duszpasterstwa chorych i zespołów duszpasterskich było niezbędne przygotowanie i przeprowadzenie badania, którego wyniki stanowiłyby zasób ważnych informacji dla zespołu tworzącego nową formę opieki duszpasterskiej w Polsce. Zostały one zaprezentowane w szerszej formie w innej publikacji<sup>4</sup>, a poniżej zostaną przedstawione w koniecznym dla tego artykułu skrócie.

### **Badania duszpasterzy ochrony zdrowia i pomocy społecznej**

Badania zostały przeprowadzone wśród kapelanów diecezjalnych i zakonnych w całym kraju. Na ankietę rozesłaną kapelanom, których adresy pozyskano z bazy danych Instytutu Statystyki Kościoła Katolickiego obejmującej 357 osób<sup>5</sup>, odpowiedziało 91 osób, czyli około 10% wszystkich kapelanów posługujących w szpitalach, hospicjach i domach pomocy społecznej w Polsce. Kilka głównych wniosków zostanie przedstawionych poniżej, by zilustrować obecną sytuację duszpasterstwa ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

*Instytucja pomocowa jako główne lub jedyne miejsce pracy dla kapelana* – to jedno z zagadnień, którego dotyczyła grupa pytań do duszpasterzy. Aby kapelan ochrony zdrowia i opieki społecznej, zatrudniony na całym etacie, mógł sprostać wszystkim stojącym przed nim wyzwaniom, powinien być zwolniony z innych obowiązków duszpasterskich. Według propozycji statutu kapelana służby zdrowia z 1998 roku jeden etat kapelana wiązałby się z troską o około 500 chorych<sup>6</sup>. Sytuacja ta będzie się różnić w zależności od rodzaju placówki medycznej lub opiekuńczej, jak np. w opiece paliatywno-hospicyjnej, gdzie etat kapelana jest

<sup>2</sup> Por. AAVV (2009), *Kapelan szpitalny i zespoły medyczne*, Kraków: Medycyna Praktyczna.

<sup>3</sup> [www.bonifratrzy.pl](http://www.bonifratrzy.pl)

<sup>4</sup> J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki, A. Muszala, *Ku szkole opieki duszpasterskiej* (2011), [w:] J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki, A. Muszala (red.), *Dolentium Hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia*, Kraków: Prowincja Polska Zakonu Szpitalnego Św. Jana Bożego – Bonifratrzy.

<sup>5</sup> *Kapelani szpitalni: diecezjalni i zakonni* (2005), Warszawa: Instytut Statystyki Kościoła Katolickiego.

<sup>6</sup> J. Jachimczak (red.) (2003), *W służbie życiu*, Kraków: Wydawnictwo Instytutu Teologicznego Księży Misjonarzy.

przewidziany na 50–100 osób w opiece domowej i stacjonarnej. Trudno jest połączyć pełnienie obowiązków duszpasterskich w parafii i katechizację z pełnoetatową posługą kapelana. W Polsce istota problemu nie dotyczy braku dostatecznej liczby księży, ale niewłaściwej organizacji ich pracy. Chodzi o zrozumienie istoty obecności duszpasterskiej w instytucji ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Powinny powstać nowe formy działalności kapelana z zespołem duszpasterskim złożonym z osób zakonnych i wolontariuszy świeckich, współpracujących w trosce o pozamedyczne potrzeby chorych i ich bliskich<sup>7</sup>. Postawę kapelana szpitalnego odwiedzającego chorych powinien cechować wewnętrzny spokój i opanowanie. Chory nie może odczuć, że odwiedziny duszpasterskie odbywają się w atmosferze pośpiechu, spowodowanego koniecznością wywiązania się przez kapelana z innych zobowiązań. Badania wykazały, iż duchowni pracujący wyłącznie w ochronie zdrowia i opiece społecznej stanowili 41,5% respondentów, podczas gdy 58,5% księży wykonywało tę pracę obok innych zajęć. Praca kapelana często bywa „uzupełnieniem” odpowiedzialnej pracy proboszcza, katechety, przełożonego zakonnego lub duszpasterza parafialnego.<sup>8</sup>

*Sytuacja prawna kapelanów ochrony zdrowia i pomocy społecznej* była kolejnym z tematów poruszanych w przeprowadzonym badaniu. 94% respondentów widziało potrzebę uregulowania statutu i statusu kapelana i aż 99% wskazało na potrzebę doksztalcenia duszpasterzy ochrony zdrowia i opieki społecznej. 87% badanych zgadzało się z propozycją studiów podyplomowych. Z drugiej strony aż 60% kapelanów uważało, że studia i specjalizacja nie powinny być dla nich obowiązkowe.<sup>9</sup>

*Jaka powinna być formacja do duszpasterstwa służby zdrowia i opieki społecznej?* Ta grupa pytań miała na celu dostrzeżenie istniejących inicjatyw w Polsce. Dokumenty Kościoła katolickiego podkreślają, że duszpasterzom należy stworzyć możliwość specjalnych sesji formacyjnych, w czasie których mogliby wraz z biskupem i odpowiednimi specjalistami analizować pojawiające się problemy psychologiczne i emocjonalne.<sup>10</sup> Duszpasterz ochrony zdrowia powinien być opiekunem wszystkich, w tym także osób niereligijnych i niewierzących, a swoją posługą objąć chorych, ich rodziny, a także cały zespół opiekuńczy: lekarzy, pielęgniarki, pozostały personel i wolontariuszy. Powinien być kompetentnym teologiem, człowiekiem głębokiej wiary, ale także otwartym i łatwo nawiązującym kontakt, dyspozycyjnym i pełnym energii, posiadającym wiedzę psychologiczną i podstawy wiedzy

---

<sup>7</sup> J. Binnebesel, A. Janowicz, P. Krakowiak, A. Paczkowska (red.) (2010), *Pozamedyczne aspekty opieki paliatywno-hospicyjnej*, Gdańsk: Via Medica.

<sup>8</sup> J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki, A. Muszala, *Ku szkole opieki...*, dz.cyt.

<sup>9</sup> Tamże.

<sup>10</sup> *Dyrektorium o posłudze i życiu kapłanów* (1994), Watykan: Kongregacja ds. Duchowieństwa, nr 94.

medycznej.<sup>11</sup> Wobec tych oczekiwań wielką sztuką jest odnalezienie – oprócz powołania kapłańskiego lub zakonnego – tego samarytańskiego „powołania w powołaniu”. Zadanie to wydaje się znacznie łatwiejsze w przypadku zakonów mających w swoim charyzmie posługiwanie chorym, tj.: bonifratrów, kamilianów lub zakonów żeńskich.<sup>12</sup> W innych przypadkach dobór osób, które całkowicie poświęciłyby się pracy wśród chorych, powinien rozpoczynać się w czasie formacji seminaryjnej, podczas której ujawnia się powołanie do tego typu pracy oraz chęć pełnienia posługi kapelańskiej. Dokument Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia realnie konstatuje: „Nie wszyscy kapłani poświęcają się duszpasterstwu służby zdrowia. Prawdą jest jednak również, iż ci, którzy się temu zadaniu poświęcają, nie zawsze są do jego pełnienia należycie przygotowani”<sup>13</sup>.

*Zainteresowanie pracą kapelana i konieczność specjalizacji do tej posługi.* Badania wykazały, iż brakuje w Polsce zainteresowania duszpasterstwem ochrony zdrowia i pomocy społecznej wśród młodych księży. Tylko 8,3% z nich chciałoby zaangażować się jakąś formę duszpasterstwa specjalistycznego, inną od pracy parafialnej. W prace charytatywne, do których zaliczono kapelańską, gotowych jest zaangażować się jedynie 1,4% przebadanych neoprezbiterów.<sup>14</sup> Zdaniem ankietowanych praktycznym problemem jest formacja intelektualna z zakresu teologii pastoralnej. Przegląd podręczników teologii praktycznej, z którego korzystają wykładowcy i studenci seminariów w Polsce ukazuje, że temat duszpasterstwa ochrony zdrowia i opieki społecznej występuje w nich albo marginalnie, albo nie ma go wcale. Analiza zawartości podręczników pokazała praktykę „omijania” tej tematyki i haseł „duszpasterstwo szpitalne” lub „szpital” „dom pomocy społecznej” w *Leksykonie teologii pastoralnej*.<sup>15</sup>

W badaniu była poruszana również kwestia potrzeby specjalizacji dla kapelanów ochrony zdrowia i opieki społecznej. Podobnie jak w innych dziedzinach duszpasterstwa niezbędna jest stała formacja w celu poznawania nowych sposobów pomocy chorym. Składają się na nią różne spotkania oraz studia podyplomowe. Spotkania formacyjne są organizowane cyklicznie w Częstochowie jako ogólnopolskie zjazdy duszpasterzy służby zdrowia i opieki społecznej.<sup>16</sup>

---

<sup>11</sup> G. Ryś, *W poszukiwaniu przyszłych kapelanów szpitalnych* (2010), [w:] *Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorym*, Kraków: Medycyna Praktyczna, s. 95–96.

<sup>12</sup> *Zakonnicy w świecie cierpienia i zdrowia* (1987), Watykan: Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia

<sup>13</sup> *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia* (1990), Watykan: Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia.

<sup>14</sup> K. Pawlina (2008), *Formacja do kapłaństwa w polskich seminariach*, Warszawa: Wydawnictwo Sióstr Loretanek, s. 67–69.

<sup>15</sup> R. Kamiński, W. Przygoda, M. Fiałkowski (red.) (2006), *Leksykon teologii pastoralnej*, Lublin: Wyd. TN KUL.

<sup>16</sup> J. Jachimczak (red.) (2010), *Studzy życia*, Kraków: Wydawnictwo Instytutu Teologicznego Księża Misjonarzy.

Odbywają się ponadto liczne szkolenia oraz audyencje dla poszczególnych specjalności duszpasterskich, a także spotkania formacyjne dla kapelanów w ramach każdej z diecezji. Wyniki badań przeprowadzonych wśród kapelanów w 2010 roku wskazują na duże zainteresowanie respondentów propozycją szkoleń specjalistycznych. 99% ankietowanych byłoby zainteresowanych publikacjami popularnonaukowymi, dostępnymi w formie drukowanej oraz elektronicznej, 96% kapelanów chciałoby korzystać ze strony internetowej z przeznaczonymi dla nich materiałami formacyjnymi, 97% badanych jest zainteresowanych sesjami tematycznymi, a 86% duszpasterzy wyraża chęć uczestniczenia w rekolekcjach na Jasnej Górze, połączonych z sesjami edukacyjnymi.<sup>17</sup>

### **Studia podyplomowe na Uniwersytecie Papieskim Jana Pawła II w Krakowie**

W świecie rosnących wymagań i ciągłego kształcenia się z zakresu pomocy społecznej i opieki zdrowotnej studia podyplomowe wydały się właściwym sposobem przygotowania duszpasterzy dla ochrony zdrowia i opieki społecznej. Wzorem nowoczesnych studiów podyplomowych i specjalizacji w dziedzinie duszpasterstwa ochrony zdrowia pozostaje Międzynarodowa Szkoła Opieki Duszpasterskiej „Camillianum”. Różne specjalności i studia na kilku poziomach przygotowują zarówno kapelanów, jak i nauczycieli duszpasterstwa ochrony zdrowia dla Kościoła na całym świecie.<sup>18</sup> Od 2009 roku KUL wraz z kamilianami oraz Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej zaproponował podyplomowe (3-semesterne) studia dla kapelanów ochrony zdrowia. Liczba chętnych w tamtym czasie była jednak zbyt mała, dlatego zajęcia się nie rozpoczęły.<sup>19</sup> Warto w tym kontekście przywołać badanie ankietowe z 2010 roku, pokazujące iż prawie 80% kapelanów w Polsce nie wiedziało o istnieniu szkół podyplomowych lub kursów specjalistycznych. Drugą przyczyną małego zainteresowania studiami wśród osób duchownych jest niepewność co do długotrwałego zaangażowania w tym specyficznym duszpasterstwie, a 59% kapelanów stwierdziło, że brak motywacji ze strony przełożonych kościelnych i dyrekcji placówek opiekuńczych nie zachęca do podejmowania studiów podyplomowych w tym zakresie.<sup>20</sup>

Podczas roboczych spotkań grupy bonifraterskiej wielokrotnie zauważano, iż współczesne uwarunkowania ochrony zdrowia i pomocy społecznej wymagają działania zespołów opieki duszpasterskiej, a nie tylko samotnego kapelana, dlatego projekt studiów podyplomowych

---

<sup>17</sup> J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki, A. Muszala, *Ku szkole opieki...*, dz.cyt.

<sup>18</sup> [www.camillianum.com](http://www.camillianum.com)

<sup>19</sup> [www.kul.pl](http://www.kul.pl)

<sup>20</sup> J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki, A. Muszala, *Ku szkole opieki...*, dz.cyt.

zakładał udział w nich osób konsekrowanych i świeckich.<sup>21</sup> Istotą programu ujętego w bloki tematyczne miała być, w zgodnej opinii zespołu, praktyczność działania. Zaproponowana struktura studiów składa się z wykładów, ćwiczeń i praktyk klinicznych. Powołano Szkołę Opieki Duszpasterskiej Św. Jana Bożego, która stała się studium podyplomowym dla duszpasterzy ochrony zdrowia i opieki społecznej. Spojrzenie na zespołowe działania duszpasterskie z udziałem osób świeckich i wolontariatu jest obecne w tym projekcie przez Fundację „Lubię Pomagać”, która dobre praktyki z opieki paliatywno-hospicyjnej przenosi na inne dziedziny ochrony zdrowia i pomocy społecznej.<sup>22</sup> Nieodzowne wydało się również przyswojenie przez współczesnych kapelanów i zespoły duszpasterskie podstawowych zasad moralnych z zakresu bioetyki i opieki zdrowotnej.<sup>23</sup> Przygotowując plan studiów zadbane także o właściwy opis sylwetki absolwenta tego projektu.<sup>24</sup> Podyplomowe studia z zakresu duszpasterstwa ochrony zdrowia i pomocy społecznej są przeznaczone dla absolwentów uczelni wyższych – magisterskich i licencjackich, zarówno duchownych, jak i świeckich. Przygotowują do pełnienia funkcji kapelana lub asystenta pastoralnego w posłudze duszpasterskiej w zespołach tworzonych w ramach opieki instytucjonalnej i domowej. Celem studiów jest nabycie przez studenta umiejętności: nawiązywania i podtrzymywania komunikacji interpersonalnej z podopiecznymi i innymi opiekunami oraz duchowo-religijnej troski o chorego i jego rodzinę; współpracy z dyrekcją, pracownikami i wolontariuszami zespołu opiekuńczego; organizowania z udziałem kapelana grup wolontariuszy duszpasterstwa ochrony zdrowia i pomocy społecznej w lokalnych placówkach. W czasie studiów uczestnik pogłębia wiedzę z zakresu teologii pastoralnej, psychologii oraz komunikacji interpersonalnej, które są niezbędne do zespołowego sprawowania opieki we współpracy z innymi opiekunami. Zdobywa także wiedzę z bioetyki na takim poziomie, by móc wejść w skład komitetu bioetycznego w miejscu pracy. Wiedza praktyczna pozwoli absolwentowi efektywnie współpracować w zespołach ochrony zdrowia i pomocy społecznej, a także współdziałać z wolontariuszami w opiece duszpasterskiej. Absolwent uzyskuje ministerialne świadectwo ukończenia studiów nadane przez Uniwersytet Papieski Jana Pawła II wraz z certyfikatem praktyk klinicznych i opiekuńczych Zakonu Bonifratrów.<sup>25</sup> Tak opisany zakres wiedzy teoretycznej jak również kluczowych dla sukcesu projektu praktyk

<sup>21</sup> J.L. Redrado, *Postuga duszpasterska...*, dz.cyt., s. 83–94.

<sup>22</sup> Por. J. Binnebesel, A. Janowicz, P. Krakowiak, A. Paczkowska (red.) (2010), *Pozamedyczne aspekty opieki...*, dz.cyt.; P. Krakowiak, A. Modlińska, J. Binnebesel (red.) (2008), *Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego*, Gdańsk: Via Medica; J. Binnebesel, A. Janowicz, P. Krakowiak (red.) (2009), *Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym*, Gdańsk: Via Medica.

<sup>23</sup> T. Biesaga (red.) (2006), *Bioetyka personalistyczna*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe PAT.

<sup>24</sup> [www.bonifratrzy.pl/szkola](http://www.bonifratrzy.pl/szkola)

<sup>25</sup> Tamże.

klinicznych w instytucjach ochrony zdrowia i pomocy społecznej wspólnot bonifraterskich stał się podstawą rekrutacji, obecnej między innymi na stronie Polskiej Prowincji Bonifratrów.<sup>26</sup>

Pierwsza edycja studiów została zainaugurowana w 2011 roku w Sanktuarium Miłosierdzia Bożego w Krakowie-Łagiewnikach. Grupę pierwszych studentów stanowiło 46 osób, wśród nich prezbiterzy diecezjalni i zakonni, siostry zakonne i osoby świeckie z ochrony zdrowia i pomocy społecznej oraz samorządów i organizacji pozarządowych. Zakończyli oni studia pracami dyplomowymi, zakorzenionymi w praktyce duszpasterskiej poprzez opisy sytuacji klinicznych z praktyk odbytych przy nadzorze bonifraterskich zespołów opieki duszpasterskich. Studia podyplomowe są kontynuowane w kolejnej edycji, będąc otwartymi dla osób duchownych i świeckich, absolwentów studiów wyższych pierwszego i drugiego stopnia. Szczegóły na temat rekrutacji i warunków studiów jest dostępnych na stronie internetowej.<sup>27</sup>

### **Publikacja *Dolentium Hominum*. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia**

Dzięki poparciu Przewodniczącego Papieskiej Rady ds. Służby Zdrowia możliwe było skorzystanie z archiwów publikacji wydawanych przez lata w międzynarodowym czasopiśmie *Dolentium Hominum* w Watykanie. Ten periodyk zawiera cenne artykuły naukowców i praktyków z różnych dziedzin służby zdrowia, opieki społecznej i duszpasterstwa chorych, nie opublikowane w języku polskim. Zarówno dla duchownych jak i świeckich studentów oraz pracowników i wolontariuszy zespołów opiekuńczych, znalazły się w tym podręczniku ważne i pożyteczne informacje. Najlepiej opisują charakter tej książki słowa wstępu Kardynała Stanisława Dziwisza: "Niniejsza publikacja, czerpiąca z doświadczenia Kościoła Powszechnego i dorobku Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby zdrowia, jest elementem troski o potrzeby chorych i ich bliskich. (...) Duchowe i religijne wyzwania niesione przez choroby i cierpienie, dylematy bioetyczne, związane z granicami życia i rozwojem medycyny, zmiany cywilizacyjne i problemy demograficzne, organizacyjne i finansowe domagają się nowej, odważnej wizji zespołowego duszpasterstwa służby zdrowia i opieki społecznej. Obok prezbiterów powinny ją sprawować osoby zakonne, a także świeccy(...). W ten sposób opieka duszpasterska będzie mogła skuteczniej dotrzeć do chorych i ich rodzin, a zespołowe działanie pozwoli wykorzystać charyzmaty poszczególnych osób, dając prezbiterowi potrzebny czas do szafowania sakramentów, w tym szczególnie

---

<sup>26</sup> Tamże.

<sup>27</sup> Tamże.



sakramentu pojednania i sakramentu namaszczenia chorych"<sup>28</sup>. Do nowych wyzwań duchowych w zespołowej opiece potrzebne są nowe narzędzia edukacyjne i diagnostyczne, możliwe do wykorzystania przez profesjonalistów i wolontariuszy.

### **Nowe narzędzia do badania potrzeb duchowych w języku polskim**

Tradycyjne duszpasterstwo zapewnia głównie zaspokojenie potrzeb religijnych podopiecznych, co było i jest nadal zadaniem dla księży kapelanów w Polsce.<sup>29</sup> Obecnie zatrzymanie się wyłącznie na religijnych, rytualnych i sakramentalnych potrzebach może być widziane jako słabość opieki lub jej ograniczenie w kontekście osób niereligijnych, a deklarujących przeżycia i potrzeby duchowe.<sup>30</sup> Dlatego też wśród teologów mówi się o potrzebie refleksji nad doświadczeniem duchowym.<sup>31</sup> Duchowość stała się przedmiotem dociekań nauk medycznych, w których wzrasta przekonanie o konieczności zwrócenia uwagi na duchowy aspekt doświadczeń człowieka.<sup>32</sup> Modelowym przykładem interdyscyplinarnej współpracy pracowników z wolontariuszami, a także z systemami ochrony zdrowia, pomocą społeczną i organizacjami pozarządowymi w Polsce jest opieka paliatywno-hospicyjna, dbająca o zapewnienie holistycznej opieki nad chorym i jego bliskimi, w tym także religijnej i duchowej.<sup>33</sup> Zmianę akcentów z opieki religijnej na duchowo-religijną lub duchową dobrze wyjaśnia poniższe zdanie „Koncepcja duchowości wyrasta głównie z zakwestionowania instytucjonalnego wymiaru religii. Akcentuje autonomię oraz niepowtarzalność treści i emocji, których doświadcza człowiek w kontakcie z sacrum”.<sup>34</sup> Duchowość coraz częściej bywa traktowana jako właściwość typowa wszystkim ludziom, nie tylko wierzącym i włączonym do różnych wspólnot wiary.<sup>35</sup> W związku z potrzebą troski o duchowe i religijne potrzeby podopiecznych w ochronie zdrowia i pomocy społecznej pojawia się wyzwanie skonstruowania narzędzi do ich zbadania. Po analizie narzędzi badawczych już istniejących

---

<sup>28</sup> S. Dziwisz, *Wstęp* (2011), [w:] J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki, A. Muszala (red.), *Dolentium Hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia*, Kraków: Prowincja Polska Zakonu Szpitalnego Św. Jana Bożego – Bonifratrzy.

<sup>29</sup> Por. J. Jachimczak (red.) (2003), *W służbie życiu*, dz.cyt.; J. Jachimczak (red.) (2010), *Słudzy życia*, dz.cyt.

<sup>30</sup> Por. J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki, A. Muszala, *Ku szkole opieki...*, dz.cyt.

<sup>31</sup> Por. A.G. Bartosa, *Duchowość w dzisiejszym świecie* (1995), [w:] *Duchowość chrześcijańska*, Poznań: Wyd. Pallotinum, s. 7-22.

<sup>32</sup> M. Cobb, C. M. Puchalski, B. Rumbold (2012), *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*, Oxford: Oxford University Press.

<sup>33</sup> P. Krakowiak, *Duchowo-religijna troska o ciężko i przewlekle chorą osobę* (2011), [w:] P. Krakowiak, D. Krzyżanowski, A. Modlińska (red.), *Przewlekle chory w domu*, Gdańsk: Fundacja Lubię Pomagać.

<sup>34</sup> M. Jarosz, *Pojęcie duchowości w psychologii* (2010), [w:] O. Gorbaniuk, B. Kostrubiec-Wojtachnio, D. Musiał, M. Wiechetek (red.), *Studia z psychologii w KUL*, tom 16, Lublin: Wyd. KUL, s. 9.

<sup>35</sup> Por. H. Grzymała-Moszczyńska (2004), *Religia a kultura. Wybrane zagadnienia z kulturowej psychologii religii*, Kraków: Wyd. UJ, s. 114.

na polskim gruncie<sup>36</sup> stwierdzono, iż dotyczą one głównie potrzeb religijnych, a w dodatku przez swoją złożoność nie zawsze mogą być użyteczne dla praktyków. Poszukiwano możliwości badania potrzeb duchowych za pomocą metody dostosowanej do osób będących w różnym stanie fizycznym i psychicznym. Z założenia powinna to być metoda krótka, dająca możliwie jak najbardziej indywidualny obraz duchowego funkcjonowania osób wspieranych, pozwalająca również na prowadzenie stosunkowo swobodnej rozmowy z klientem/pacjentem. Przeprowadzone analizy doprowadziły do nieznanego w Polsce testu FICA (*Faith and Believe, Importance, Community, Address in care*) autorstwa prof. Christiny M. Puchalski. To proste narzędzie w rzetelny sposób pozwala ocenić doświadczenie duchowe osób otaczanych opieką medyczną i pomocą społeczną przez kapelanów i wolontariuszy. Duchowość rozumiana jest w nim jako „to, co pozwala człowiekowi doświadczyć transcendentnego sensu życia. Jest to często wyrażone jako relacja z Bogiem, ale może też być relacją do przyrody, sztuki, muzyki, rodziny lub społeczności - bez względu na przekonania i wartości daje ona osobie poczucie sensu i celu w życiu”<sup>37</sup>, będąc teoretycznym fundamentem dla skonstruowania narzędzia badawczego służącego do badania intensywności doświadczeń duchowych. Także w polskiej literaturze przedmiotu znaleźć można podobne rozumienie tego pojęcia, gdyż „duchowość ma wymiar indywidualny, a religijność zakłada wspólnotowość. Pojęcie duchowości daje szersze możliwości badawcze, wykracza poza tradycyjne schematy i dymensje religijności”<sup>38</sup>. Na podstawie rzetelnie adaptowanego narzędzia będzie możliwość udzielania adekwatnej pomocy i wsparcia w potrzebach duchowych, z szacunkiem dla przekonań religijnych, badając intymny wymiar duchowego funkcjonowania człowieka. Metody jakościowe, wśród których należy umieścić narzędzie FICA, pozwalają na ujęcie całego kontekstu doświadczeń i przeżyć oczami badanego, bez spływania opisywanych odpowiedzi. W zespołowej opiece ważne są wszystkie metody poprawiające jakość życia i niwelujące każdy z elementów cierpienia totalnego, dlatego kolejnym z celów adaptacji testu FICA jest odpowiedź na potrzeby i cierpienia duchowe podopiecznych. Ponieważ prezentowane narzędzie jest skalą jakościową, nie wymaga standaryzacji i normalizacji, zalecana jest za to adaptacja kulturowa w oparciu o przekonanie o istniejących różnicach kulturowych. W procesie adaptacji skali na grunt polski zostanie podjęte oszacowanie trafności wewnętrznej dla określenia, czy treść poszczególnych twierdzeń odpowiada

---

<sup>36</sup> Por. M. Jarosz (red.) (2011), *Psychologiczny pomiar religijności*, Lublin: TN KUL, s. 9-10.

<sup>37</sup> C.M. Puchalski, A. Romer (2000), *Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully*, „Journal of Palliative Medicine” nr 3, s. 129-137.

<sup>38</sup> M. Libiszowska-Żótkowska, S. Grotowska (2010), *Religijność i duchowość – dawne i nowe formy*, Wrocław: Zakład Wydawniczy NOMOS, s. 9.

definicjom, które określają przedmiot badań. Dokonuje się tego za pomocą sędziów kompetentnych, których zadaniem jest ważenie poszczególnych twierdzeń na ustalonej wcześniej skali. Szczegółowy opis przebiegu adaptacji skali FICA prof. Puchalski będzie wkrótce dostępny w publikacjach, gdyż został zaprezentowany przedstawicielom ochrony zdrowia<sup>39</sup> oraz pracownikom socjalnym.<sup>40</sup> Dla zainteresowanych walidacją dostępna jest także naukowa ocena tego narzędzia, z powodzeniem stosowanego w wielu krajach od lat.<sup>41</sup> Kolejną grupę badań przetłumaczonych i zaadoptowanych na język polski stanowią analizy jakościowe autorstwa prof. Arndta Büssinga z Niemiec. Jego narzędzie The SpREUK Questionnaire (SpREUK to niemiecki akronim narzędzia do badania postaw duchowych i religijnych w radzeniu sobie z chorobą) został opracowany w celu zbadania wpływu duchowości na pacjentów z przewlekłymi chorobami. Zadaniem tego narzędzia jest ilościowe wyszukiwanie transcendentnych źródeł wsparcia w zmaganiach pacjentów z ciężką chorobą. Skala stara się unikać terminologii religijnej i dzięki temu wydaje się być dobrym wyborem dla oceny potrzeb duchowych i religijnych badanych pacjentów. Zdaniem autorów adaptacji nadaje się zarówno do badania potrzeb pacjentów niereligijnych i w różnym stopniu związanych z różnymi wspólnotami wyznaniowymi.<sup>42</sup> Dokonano już adaptacji tej skali ilościowej na język polski, powiązanej z niezbędnymi do tego celu badaniami walidacyjnymi. Autorzy polskiej adaptacji podkreślają zalety możliwości pomiaru szeregu specyficznych elementów duchowych potrzeb: religijnych, niereligijnych i egzystencjalnych działań obecnych w humanistycznych praktykach, bez "zanieczyszczenia" jakości badań treściami wyłącznie religijnymi.<sup>43</sup> Polska wersja narzędzia jest już wykorzystywana do dalszego badania potrzeb duchowych osób u kresu życia w Polsce. Poza istniejącymi już skalami pomiaru potrzeb religijnych<sup>44</sup> oba wskazane powyżej narzędzia do badań jakościowych i ilościowych mogą być pomocą w ocenie przeżyć osób w kryzysie. Sfera duchowa podkreślana jest często przez osoby wspierane zarówno w opiece

---

<sup>39</sup> P. Krakowiak, M. Fopka-Kowalczyk (2015), *Skala do badania duchowości FICA jako wyzwanie dla interdyscyplinarnego zespołu w trosce o człowieka chorego*, „Journal for Perspectives of Economic Political and Social Integration – Journal of Mental Changes”, Special Issue, (w druku).

<sup>40</sup> P. Krakowiak, M. Fopka-Kowalczyk (2015), *Włączanie wymiaru duchowego w działania pracowników socjalnych przez adaptację narzędzia do badania potrzeb duchowych FICA*, [w:] E. Bojanowska, M. Kawińska (red.), *Praca socjalna wobec wyzwań współczesności*, Warszawa: UKSW.

<sup>41</sup> T. Borneman, B. Ferrell, C.M. Puchalski (2010), *Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment*, „Journal of Pain and Symptom Management”, Vol. 40 No. 2, s. 163-173.

<sup>42</sup> A. Büssing (2010), *Spirituality as a Resource to Rely on in Chronic Illness: The SpREUK Questionnaire*, „Religions” nr 1, s. 9-17.

<sup>43</sup> A. Büssing, K. Franczak, J. Surzykiewicz (2014), *Frequency of Spiritual/Religious Practices in Polish Patients with Chronic Diseases: Validation of the Polish Version of the SpREUK-P Questionnaire*, „Religions” nr 5, s. 459-476.

<sup>44</sup> Por. M. Jarosz (red.) (2011), *Psychologiczny pomiar religijności*, dz. cyt.

instytucjonalnej jak i domowej, obok wymiarów somatycznego, emocjonalnego i społecznego. Troska o duchowy wymiar życia podopiecznych, ich bliskich, ale także pracowników i wolontariuszy zespołu opiekuńczego powinny być ważnymi elementami zespołowego działania<sup>45</sup>. Praktyczne narzędzia pomiarowe są niezbędne, by pracownicy i wolontariusze mieli możliwość obiektywnego określenia poziomu potrzeb duchowych i religijnych swoich podopiecznych. Takie zadanie wydają się spełniać przedstawione powyżej narzędzia diagnostyczne, których adaptacje dla potrzeb ochrony zdrowia, pomocy społecznej i opieki duszpasterskiej podjęto w Polsce.

### **Podsumowanie**

Dobre praktyki opieki paliatywno-hospicyjnej i duszpasterstwa ochrony zdrowia i pomocy społecznej są przekazywane kapelanom i ich świeckim współpracownikom. Drogę, którą należy przebyć od tradycyjnego, sakramentalno-rytualnego duszpasterstwa w kierunku otwartego zespołowego działania duszpasterskiego w ochronie zdrowia i pomocy społecznej dobrze oddaje ten tekst:<sup>46</sup> „Dzisiaj w sferze opieki zdrowotnej i społecznej duszpasterstwo często jest uważane tylko za stratę czasu, sił i cennych zasobów ludzkich i ekonomicznych. Nawet gdy znajdzie się na liście *rzeczy do zrobienia*, w wyjątkowych tylko wypadkach jest uważane za priorytetowe, przede wszystkim, kiedy zdamy sobie sprawę, że dobrze zorganizowane duszpasterstwo chorych jest także kosztowne. Musimy jednak postawić sprawę jasno, chociaż wiele osób zaangażowanych w tę działalność mogłoby pomyśleć: »Jak możemy sobie pozwolić na luksus duszpasterstwa chorych?«, św. Jan Boży zapytałby wręcz odwrotnie: »Jak moglibyśmy nie pozwolić sobie na nie?«. Dobre duszpasterstwo chorych, dobrze zorganizowane i prowadzone w sposób profesjonalny, jest istotnym elementem działalności wszystkich dzieł (...). Czasami słyszy się, że duszpasterstwo chorych to *strata czasu*. My chcemy jednak wysłuchać tych wszystkich, którzy korzystają z naszej opieki i towarzyszyć im w podróży – tak jak Jezus towarzyszył uczniom w drodze do Emaus [...]. Chodzi o szacunek i o godność osoby ludzkiej, która znalazła się w pułapce nowoczesnych systemów opieki zdrowotnej. To coś, czego coraz bardziej potrzebujemy i w co nadal powinniśmy inwestować." Oby słowa zachęty z bonifraterskiego podręcznika zostały usłyszane także przez kapelanów ochrony zdrowia i pomocy społecznej oraz członków

---

<sup>45</sup> Por. P. Krakowiak (2012), *Wolontariat w opiece u kresu życia*, Toruń: Wyd. Naukowe UMK.

<sup>46</sup> *Duszpasterstwo w stylu św. Jana Bożego*, dz.cyt., s. 154.

zespołów opiekuńczych, w których potrzeby duchowe osób w kryzysie powinny być dostrzegane i wspólnie wspierane.

## **Bibliografia**

### **Teksty źródłowe**

AAVV (2009), *Kapelan szpitalny i zespoły medyczne*, Kraków: Medycyna Praktyczna.

Bartosa A.G., *Duchowość w dzisiejszym świecie* (1995), [w:] *Duchowość chrześcijańska*, Poznań: Wyd. Pallotinum.

Biesaga T. (red.) (2006), *Bioetyka personalistyczna*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe PAT.

Binnebesel J., Janowicz A., Krakowiak P. (red.) (2009), *Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym*, Gdańsk: Via Medica.

Binnebesel J., Janowicz A., Krakowiak P., Paczkowska A. (red.) (2010), *Pozamedyczne aspekty opieki paliatywno-hospicyjnej*, Gdańsk: Via Medica.

Binnebesel J., Krakowiak P., Krobicki M., Muszala A., *Ku szkole opieki duszpasterskiej* (2011) [w:] J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki, A. Muszala (red.), *Dolentium Hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia*, Kraków: Prowincja Polska Zakonu Szpitalnego Św. Jana Bożego – Bonifratrzy.

Cobb M., Puchalski C.M., Rumbold B. (2012), *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*. Oxford: Oxford University Press.

*Duszpasterstwo w stylu św. Jana Bożego* (2012), Zakon Szpitalny św. Jana Bożego, Rzym: Komisja Generalna ds. Duszpasterstwa.

*Dyrektorium o posłudze i życiu kapłanów* (1994), Watykan: Kongregacja ds. Duchowieństwa, nr 94.

Dziwisz S., Wstęp, [w:] J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki, A. Muszala (red.), *Dolentium Hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia* (2011), Kraków: Prowincja Polska Zakonu Szpitalnego Św. Jana Bożego – Bonifratrzy.

*Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia* (1990), Watykan: Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia.

Grzymała-Moszczyńska H. (2004), *Religia a kultura. Wybrane zagadnienia z kulturowej psychologii religii*, Kraków: Wyd. UJ.

Jachimczak J. (red.) (2003), *W służbie życiu*, Kraków: Wydawnictwo Instytutu Teologicznego Księży Misjonarzy.

Jachimczak J. (red.) (2010), *Studzy życia*, Kraków: Wydawnictwo Instytutu Teologicznego

Księży Misjonarzy.

Jarosz M.(red.) (2011), *Psychologiczny pomiar religijności*, Lublin: TN KUL.

Jarosz M., *Pojęcie duchowości w psychologii* (2010), [w:] O. Gorbaniuk, B. Kostrubiec-Wojtachnio, D. Musiał, M. Wiechetek (red.), *Studia z psychologii w KUL*, tom 16, Lublin: Wyd. KUL.

Kamiński R., Przygoda W., Fiałkowski M. (red.) (2006), *Leksykon teologii pastoralnej*, Lublin: Wyd. TN KUL.

*Kapelani szpitalni: diecezjalni i zakonni* (2005), Warszawa: Instytut Statystyki Kościoła Katolickiego.

Krakowiak P. (2012), *Wolontariat w opiece u kresu życia*, Toruń: Wyd. Naukowe UMK.

Krakowiak P., *Duchowo-religijna troska o ciężko i przewlekle chorą osobę* (2011), [w:] P. Krakowiak, D. Krzyżanowski, A. Modlińska (red.), *Przewlekle chore w domu*, Gdańsk: Fundacja Lubie Pomagać.

Krakowiak P., Fopka-Kowalczyk M. (2015), *Włączanie wymiaru duchowego w działania pracowników socjalnych przez adaptację narzędzia do badania potrzeb duchowych FICA*, [w:] E. Bojanowska, M. Kawińska (red.), *Praca socjalna wobec wyzwań współczesności*, Warszawa: UKSW.

Krakowiak P., Modlińska A., Binnebesel J. (red.) (2008), *Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego*, Gdańsk: Via Medica.

Libiszowska-Żółtkowska M., Grotowska S. (2010), *Religijność i duchowość – dawne i nowe formy*, Wrocław: Zakład Wydawniczy NOMOS.

Pawlina K. (2008), *Formacja do kapłaństwa w polskich seminariach*, Warszawa: Wydawnictwo Sióstr Loretanek.

Redrado J.L., *Postuga duszpasterska w placówkach służby zdrowia* (2010), [w:] *Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej postudze przy chorym*, Kraków: Medycyna Praktyczna.

Ryś G., *W poszukiwaniu przyszłych kapelanów szpitalnych* (2010), [w:] *Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej postudze przy chorym*, Kraków: Medycyna Praktyczna.

*Zakonnicy w świecie cierpienia i zdrowia* (1987), Watykan: Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia.

## **Czasopisma**

Borneman T., Ferrell B., Puchalski C.M. (2010), *Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment*, "Journal of Pain and Symptom Management", Vol. 40 No. 2.

Büssing A. (2010), *Spirituality as a Resource to Rely on in Chronic Illness: The SpREUK*

*Questionnaire*, “Religions” nr 1.

Büssing A., Franczak K., Surzykiewicz J. (2014), *Frequency of Spiritual/Religious Practices in Polish Patients with Chronic Diseases: Validation of the Polish Version of the SpREUK-P Questionnaire*, “Religions” nr 5.

Krakowiak P., Fopka-Kowalczyk M. (2015), *Skala do badania duchowości FICA jako wyzwanie dla interdyscyplinarnego zespołu w trosce o człowieka chorego*, „Journal for Perspectives of Economic Political and Social Integration – Journal of Mental Changes”, Special Issue, (w druku).

Puchalski C.M., Romer A., *Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully*, “Journal of Palliative Medicine” 2000, nr 3.

### **Netografia**

[www.bonifratrzy.pl](http://www.bonifratrzy.pl)

[www.bonifratrzy.pl/szkola](http://www.bonifratrzy.pl/szkola)

[www.camillianum.com](http://www.camillianum.com)

[www.kul.pl](http://www.kul.pl)