

Duszpasterstwo w stylu św. Jana Bożego

**Zakon Szpitalny św. Jana Bożego
Komisja Generalna ds. Duszpasterstwa
Rzym 2012**

Redakcja i korekta:

Agata Babicz
br. Sebastian Grabowicz

© Copyright by

Prowincja Polska
Zakonu Szpitalnego Św. Jana Bożego

Druk i oprawa:

Poligrafia Salezjańska
30-318 Kraków, ul. Bałuckiego 8 6
tel. 12 252 85 00
e-mail: poligrafia@salezjanie.net

SPISTRZEŚCI

ROZDZIAŁ I WYMIAR EWANGELIZACYJNY I DUSZPASTERSKI ZAKONU SZPITALNEGO ŚW. JANA BOŻEGO	19
1.1. Misja Zakonu Szpitalnego: ewangelizacja	19
1.2. Ewangelizacyjny i duszpasterski wymiar naszych dzieł	21
1.3. Opieka duchowa i religijna	24
ROZDZIAŁ II PODSTAWY TEOLOGICZNO – CHARYZMATYCZNE DUSZPASTERSTWA SŁUŻBY ZDROWIA	27
2.1. Biblijne fundamenty misji Kościoła	27
2.1.1. Odniesienia do Pisma Świętego	27
2.1.2. Wnioski	30
2.2. Ewangelizacja misją Kościoła	34
2.2.1. Podstawy	34
2.2.2. Magisterium Kościoła	34
2.2.3. Świadectwo życia	35
2.2.4. Świadectwo słowa	36
2.2.5. Opieka integralna i wymiar duchowy człowieka	37
2.2.6. Podsumowanie	38
2.3. Misja Kościoła i charyzmat Zakonu według św. Jana Bożego	39
2.3.1. Podstawy	39
2.3.2. Odniesienia biograficzne	39
2.3.3. Cnoty: wiara – nadzieja – miłość	41
2.3.4. Charyzmat Jana Bożego i Rodziny Szpitalnej	42
2.3.5. Ewangelizacja poprzez Szpitalnictwo: przypowieść o dobrym Samarytaninie	43
2.3.6. Wnioski	46
2.4. Opieka duszpasterska prawem podstawowym	47
2.5. Podsumowanie	47
ROZDZIAŁ III AKTUALNY KONTEKST DUSZPASTERSKI	51
3.1. Wymiar duchowy i wymiar religijny	51
3.2. Opieka integralna	55
3.3. Zróźnicowanie działalności duszpasterskiej w zależności od sektorów i potrzeb	58
3.4. Miejsce we współczesnym społeczeństwie, szczególna wrażliwość na potrzeby osób innych wyznań i religii	59

3.5. Szeroki zakres duszpasterstwa	63
3.6. Podsumowanie	64

ROZDZIAŁ IV MODEL OPIEKI DUCHOWEJ I RELIGIJNEJ 67

4.1. Wprowadzenie	67
4.2. Określenie potrzeb duchowych i religijnych	68
4.2.1. Koncepcja potrzeby duchowej; niektóre definicje	68
4.2.2. Potrzeby duchowe i religijne	69
4.2.3. Narzędzia niezbędne do określenia potrzeb duchowych i religijnych	72
4.3. Diagnoza duszpasterska (duchowa i religijna)	73
4.3.1. Dobrostan duchowy	73
4.3.2. Ryzyko cierpienia duchowego	74
4.3.3. Cierpienie duchowe	74
4.3.5. Osamotnienie duchowe (obojętność)	75
4.4. Działania duszpasterskie	75
4.5. Ocena procesu	78
4.6. Historia przebiegu opieki duszpasterskiej i badania duszpasterskie	79
4.7. Podsumowanie	80

ROZDZIAŁ V OPIEKA DUCHOWA I RELIGIJNA 81

5.1. Czym jest ODR	81
5.2. Główny cel ODR	81
5.3. Beneficjenci ODR	82
5.4. Misja ODR	82
5.4.1. Indywidualne towarzyszenie duchowe i religijne	83
5.4.2. Rozpoznawać potrzeby duchowe i religijne, stawiając odpowiednią diagnozę duszpasterską	86
5.4.3. Ofiarowywać uzdrawiającą moc modlitwy i sakramentów	87
5.4.4. Opieka dla osób chorych, które najbardziej jej potrzebują	91
5.4.5. Opieka duchowa i religijna dla rodzin chorych/podopiecznych przebywających w dziełach	92
5.4.6. Opieka duchowa i religijna dla współpracowników	92
5.4.7. Wsparcie etyczne i religijne	93
5.4.8. Zaangażowanie w humanizację opieki w ośrodku	93
5.4.9. Współpraca z Kościołem lokalnym	94
5.5. Organizacja i struktura ODR	94

ROZDZIAŁ VI DUSZPASTERZE	97
6.1. Wprowadzenie	97
6.2. Duchowość duszpasterza w ochronie zdrowia	97
6.3. Osoby i struktury zaangażowane w proces ewangelizacji	100
6.4. Formacja duszpasterzy	104
ROZDZIAŁ VII SEKTORY DUSZPASTERSTWA	109
7.1. Duszpasterstwo osób niepełnosprawnych	109
7.1.1. Charakterystyka ośrodka dla niepełnosprawnych	109
7.1.2. Kryteria i główne kierunki duszpasterstwa	111
7.2. Duszpasterstwo nieuleczalnie chorych	114
7.2.1. Oddział opieki paliatywnej	114
7.2.2. Hospicjum	116
7.3. Duszpasterstwo osób cierpiących na zaburzenia psychiczne	119
7.3.1. Uwagi na temat chorób psychicznych	119
7.3.2. Zakon Szpitalny a posługa duszpasterska dla chorych psychicznie	121
7.3.3. Duszpasterstwo chorych psychicznie	121
7.4. Duszpasterstwo osób w podeszłym wieku	125
7.4.1. Osoba starsza jako podopieczny w naszych ośrodkach	125
7.4.2. Opieka duszpasterska dla osób starszych	127
7.5. Sektor szpitalny	129
7.5.1. Złożoność szpitala ogólnego	129
7.5.2. Typologia pacjentów	130
7.6. Duszpasterstwo społeczne	135
7.6.1. Wprowadzenie	135
7.6.2. Opieka duchowa i religijna	137
7.6.3. Postawy ewangelizujące	137
7.7. Posługa duszpasterska dla współpracowników	141
7.7.1. Troszczyć się o zdrowie duszy i ciała	141
7.7.2. Profil	142
7.7.3. Konkretnie formy posługi	143
ROZDZIAŁ VIII ZAKOŃCZENIE	147
ZAŁĄCZNIKI	153
Załącznik 1 Rozpoznanie potrzeb i stanu duchowego	155
Załącznik 2 Skala Jarela dotycząca pokoju duchowego	157
Załącznik 3 Proces doskonalenia jakości duszpasterstwa	158

Załącznik 4	Wskaźniki jakości na podstawie rozpoznania i troski o potrzeby duchowe.....	161
Załącznik 5	Kwestionariusz oceny potrzeb religijnych	163
Załącznik 6	Opieka duszpasterska w dziełach Zakonu	167
Załącznik 7	Duszpasterstwo szpitalne – formacja duszpasterzy	170
GLOSARIUSZ		179
BIBLIOGRAFIA		189

PREZENTACJA



Drodzy Bracia i Siostry w Szpitalnictwie.

Cieszę się bardzo, że mogę zaprezentować ten dokument, traktujący o duszpasterstwie służby zdrowia i opieki społecznej. Odnosi się on do obszarów, w których Rodzina Szpitalna św. Jana Bożego jest powołana do pełnienia swojej misji, coraz pełniej zdając sobie sprawę z ciężkiej odpowiedzialności.

Jestem przekonany, że ta publikacja będzie ważnym wkładem w nasze duszpasterstwo, przyczyni się do rozwoju holistycznego podejścia do chorego i potrzebującego, pomoże w rozeznaniu złożoności psychofizycznej i duchowej w naszym zglobalizowanym świecie, w którym obecność chrześcijan uległa bardzo znacznemu osłabieniu. Aktualna sytuacja ukierunkowuje nas ku duszpasterstwu ekumenicznemu, otwartemu na pluralizm religijny, duszpasterstwu, które jest zdolne do otoczenia opieką duchową każdego człowieka, niezależnie od wyznawanej religii lub przekonań filozoficznych. To jest najlepsza odpowiedź, jaką możemy dać wobec konstytutywnego wymiaru, do którego każdy człowiek aspiruje i do którego ma prawo.

Duszpasterstwo zdrowia i duszpasterstwo społeczne były jednym z priorytetów tego sześćdziesięciu lat. Starając się je wzmocnić, LXVI Kapituła Generalna, która odbyła się w Rzymie, nałożyła na nas obowiązek rozwijania tych obszarów. W 2007 roku Definitorium Generalne powołało do życia Komisję Generalną ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia i Opieki Społecznej, której zadaniem była refleksja nad głównymi liniami odnowionego duszpasterstwa szpitalnego, odpowiadającego nowym czasom i potrzebom.

Wynikiem prac tej komisji jest dokument, owoc głębokiej refleksji, który został przedstawiony całemu Zakonowi celem uzupełnienia. Zgłoszone z każdej prowincji uwagi i propozycje były także wyrazem powszechności Zakonu. W listopadzie 2011 r. odbyła się w Rzymie międzynarodowa konferencja poświęcona duszpasterstwu zdrowia w Zakonie, w czasie której zostało przeanalizowane to cenne narzędzie, które jest wynikiem wspólnego wysiłku pastoralnego Rodziny św. Jana Bożego. Ta konferencja była bardzo pozytywnym doświadczeniem, które pozwoliło umocnić więzi, które nas jednoczą we wspólnej misji jako członków jednej rodziny.

Jest więc to dokument, będący owocem zaangażowania całego Zakonu. Jego głównym tematem jest realizacja misji duszpasterskiej we wszystkich naszych dziełach, misji, która powinna wyrażać nasz szczególny styl głoszenia Dobrej Nowiny poprzez Szpitalnictwo, naśladując przykład św. Jana Bożego.

Dokument jest skierowany do tych, którzy są zaangażowani w działalność duszpasterską. Jest to nowe narzędzie, które powinno być także wsparciem w formacji całej Rodziny św. Jana Bożego.

Dziękuję wszystkim członkom Komisji, którzy przygotowali ten dokument, a także wszystkim uczestnikom konferencji, która odbyła się w Rzymie, za bardzo cenny wkład przy ostatecznej redakcji tego dokumentu.

Jestem pewien, że będzie on ogromną pomocą dla Rodziny św. Jana Bożego w codziennym zaangażowaniu w realizację uzdrawiającej posługi Chrystusa, która została nam powierzona przez Kościół.



Br. Donatus Forkan,
Przeor Generalny

WPROWADZENIE



I. Śladami św. Jana Bożego

Jan Boży, Założyciel Bonifratrów, po swoim nawróceniu i dramatycznym doświadczeniu w szpitalu dla umysłowo chorych w Granadzie, pozostawił nam nowy model opieki nad chorym i potrzebującym, w którym istota ludzka jest przyjmowana i otaczana opieką chorego z miłością i w całej jej integralności. W ten sposób opieka duszpasterska, która pochodzi od Chrystusa jako źródło zdrowia i zbawienia oraz towarzyszenie duchowe chorym i potrzebującym, ich rodzinom i współpracownikom, stanowi integralną część naszej misji szpitalnej, oprócz tego, że jest to „prawo chorego”. „Opieka religijna nad chorymi wpisuje się w szerokie ramy duszpasterstwa służby zdrowia, czyli obecności i działania Kościoła, zmierzającego do zanieśienia łaski i Słowa Bożego tym, którzy cierpią i opiekują się nimi”¹.

Z opisów Castro, pierwszego biografa naszego świętego Założyciela, dowiadujemy się, że Jan Boży „cały dzień poświęcał na czynienie miłosierdzia, a w nocy, gdy się chronił w domu, chociaż przyszedłby zmęczony, nigdy nie udawał się na spoczynek, dopóki nie odwiedził wszystkich chorych, każdego z osobna. Pytał ich, jak im poszło, jak się czuli, czego potrzebują, pocieszając ich bardzo czułymi słowami odnośnie spraw duchowych i doczesnych” (*Castro XIV*). W społeczeństwie, w którym coraz bardziej przeważa egoizm i miłość samego siebie, konieczne jest rozwijanie miłości bliźniego, otwartości i umiejętności słuchania. Przykład Jana Ciudad ukazuje nam sposób przeżywania szpitalnictwa i praktykowania duszpasterstwa służby zdrowia, okazywania bliskości, poprzez dawanie świadectwa ewangelicznego wśród chorych i potrzebujących oraz poprzez głoszenie Słowa Bożego, które nadaje sens życiu osób wierzących. Jan Boży zbierał biednych, opuszczonych, chorych i kalekich, których znajdował, zapewniając im opiekę medyczną i duchową: „Postaram się sprowadzić do was duchowego lekarza, który uleczy wasze dusze, a potem odnośnie do ciała nie zabraknie wam lekarstwa” (*Castro XII*).

Czasy, w których żyjemy, są dla nas doskonałą okazją do tego, by dać konkretne i profetyczne świadectwo wartości życia ludzkiego i godności osoby, która coraz bardziej traci swoje znaczenie, ryzykując, że także nasze dzieła i nasi współpracownicy z czasem utracą wrażliwość i zaangażowanie wobec misji na rzecz poszanowania godności i świętości życia ludzkiego. Duszpasterstwo zdrowia jest środkiem, poprzez który Kościół jest obecny w świecie opieki zdrowotnej i opiekuńczej, aby uzdrawiać i opiekować się człowiekiem, towarzyszyć mu, ewangelizować go i zbawić poprzez Chrystusa, Dobrego Samarytanina ludzkości. Jest to także

¹ PAPIESKA RADA DS. DUSZPASTERSTWA SŁUŻBY ZDROWIA, *Karta pracowników służby zdrowia*, Watykan 1994, str. 79.

zadanie naszej rodziny szpitalnej, która prowadzi swoją działalność w wielu miejscach na świecie, aby zaangażować się w zapewnianie właściwej opieki duchowej i religijnej chorym, ich rodzinom, a także współpracownikom.

II. Antropologia zdrowia

Postawą Kościoła wobec sfery zdrowia i cierpienia „kieruje dokładne zrozumienie osoby ludzkiej i jej przeznaczenia w planie Bożym” (DH 2). Wraz z Soborem Watykańskim II pojęcie osoby ewoluje – jest w nim nowa perspektywa antropologiczna, zgodnie z którą człowiek jest postrzegany jako obraz Boga i ów obraz jest odzwierciedlony w trzech płaszczyznach: psychiki – ciała – duszy, tworzących globalną jedność. Tak postrzegany człowiek jest powołany do osobistego dialogu ze swoim Stwórcą, a zatem posiada godność przewyższającą inne stworzenia i jest „jedynym stworzeniem, które Bóg chciał dla niego samego” (GS 24). Dlatego każde działanie czynione wobec istoty ludzkiej, a szczególnie posługa duszpasterska, musi szanować złożoność tej osoby i unikać podejścia wycinkowego.

Wstęp soborowej *Konstytucji Gaudium et Spes o Kościele w świecie współczesnym* skłania nas do refleksji nad solidarną postawą Kościoła, gdy podziela radości, nadzieje, smutek i niepokój, które uczniowie Chrystusa odczuwają w sercach. Również postawa naszego świętego Założyciela była tą, którą wspólnota chrześcijańska od zawsze przyjmowała wobec cierpienia i ubóstwa. Ukazuje ją, pisząc do księżnej Sessy, swojej dobrodziejki, po spotkaniu dwóch dziewcząt, których rodzice byli obłożnie chorzy od dziesięciu lat:

„Zobaczyłem ich tak biednych i w tak opłakanym stanie, że serce mi się krajało: półnędzy, zawszeni, za postanie mieli wiązki słomy; pospieszyłem im z pomocą, jakiej mogłem udzielić, ale nie dałem im tyle, ile chciałbym być” (I list do Księżnej Sessy 15).

Echo miłosierdzia zawsze pobrzmiwało w sercu św. Jana Bożego wobec nieszczęścia i nędzy, które dotyczą człowieka i społeczeństwo, wystawiając na niebezpieczeństwo osobę ludzką i jej wartości.

W Konstytucjach z roku 1971 (*ad experimentum*), do których po raz pierwszy dołączone zostały jako uzupełniająca część także Statuty Generalne, a których opracowanie stało się konieczne na skutek Soboru Watykańskiego II i dyrektyw oraz wskazań wydanych przez Kościół w różnych dokumentach soborowych, po raz pierwszy była mowa o „służbie duszpasterskiej” i o największym szacunku, z jakim zakonnicy mają odnosić się do chorych w kwestii ich poglądów religijnych, oraz o gorliwości apostołskiej nie tylko w stosunku do chorych, ale także wobec

całego personelu i członków rodzin hospitalizowanych. Od tej chwili coraz mocniej uświadamiano sobie, że naszym zadaniem nie jest tylko leczenie, opieka i troska o ciało – jak ograniczono się do stwierdzenia w Konstytucjach z roku 1926 – ale także opieka i troska duchowa. Teraz w człowieku ujawniają się potrzeby, wykraczające poza organiczną chorobę wymagającą leczenia i obejmujące wszystkie inne pozostałe płaszczyzny jego osoby. Do sprawowania tej służby potrzebni są przygotowani duszpasterze (kapłani, diakoni, zakonnicy/zakonnice, współpracownicy, wolontariusze) i miejsce odpowiednie dla autentycznej posługi duszpasterskiej, w poszanowaniu wolności wyznania każdego podopiecznego i poszanowaniu jego godności.

III. Nowy styl Szpitalnictwa

Ruch duszpasterstwa zdrowia w Zakonie, a raczej w Europie, zainicjowały Kapituły Generalne, które odbyły się w 1979 r. i 1982 r., kiedy to został zatwierdzony, początkowo *ad experimentum*, a później ostatecznie, aktualny tekst Konstytucji. Rozdział dotyczący ślubu szpitalnictwa interpretuje Ewangelię Miłosierdzia i ukierunkowuje nasze życie na służbę Bogu i bliźniemu, wskazując nam także sposób, w jaki winniśmy praktykować duszpasterstwo służby zdrowia w świetle ślubu szpitalnictwa, abyśmy angażowali się w dawanie świadectwa ewangelicznego, w głoszenie Słowa Bożego i w sprawowanie sakramentów.

Świadectwo ewangeliczne poprzedza zarówno głoszenie Słowa, jak i celebrowanie sakramentów – w tym wypadku uzdrawiających (spowiedzi, namaszczenia chorych i Eucharystii) – ponieważ dawanie świadectwa działa na korzyść wiarygodności naszych czynów. Charyzmat Szpitalnictwa, dar, którym Duch obdarował św. Jana Bożego, by pełnił miłosierną posługę na rzecz chorych, ubogich i potrzebujących, prowadzi braci i współpracowników do przyjęcia postawy otwartości i całościowej posługi wobec potrzeb bliźniego – z tą samą troską i wrażliwością jak Założyciel.

Szpitalnictwo z jednej strony będzie prowadzić braci do coraz szerszego rozwijania w przyszłości „zarządzania dziełami w duchu charyzmatu”, powierzając odpowiednio przygotowanym współpracownikom i profesjonalistom funkcje kontrolne i kierownicze (po przekazaniu im charyzmatu świętego Założyciela), jednocześnie nie zwalnia to braci z odpowiedzialności i obowiązku obecności duszpasterskiej, ewangelizacyjnej i prorockiej. Coraz większej wagi nabiera to, aby bracia i współpracownicy tworzyli jedną rodzinę i zjednoczeni byli w jednej misji, świadomi komplementarności swoich zadań, aby wszystkim osobom pozostającym pod ich opieką, dana była możliwość spotkania Chrystusa, Lekarza duszy i ciała.

IV. Krótkie spojrzenie na historię

Ruch duszpasterstwa zdrowia w Zakonie, a raczej w Europie, zainicjowały wspomniane już Kapituły Generalne, które odbyły się w 1979 r. i 1982 r., kiedy to także został zatwierdzony, początkowo *ad experimentum*, a później ostatecznie, nowy tekst dotyczący ślubu szpitalnictwa. To był pierwszy krok, jaki bracia poczynili podczas długiej drogi, która doprowadziła ich do tego, że pacjent jest otaczany opieką nie tylko w odniesieniu do jego potrzeb fizycznych, ale także duchowych, psychologicznych i społecznych, ze szczególnym uwzględnieniem lepszego poznania człowieka, jego wielowymiarowości i wszystkich potrzeb.

Sekretariat duszpasterski², utworzony przez Kurię Generalną, miał na celu uwrażliwienie współbraci z różnych prowincji na lepsze zrozumienie znaczenia opieki duchowej i religijnej. Posiadał on także określone cele, kryteria pracy i prowadził działalność według wyznaczonego planu pracy. Były także protokołowane spotkania organizowane w przeszłości ze współbraćmi z różnych prowincji europejskich, mające na celu uwrażliwianie ich na problemy duszpasterstwa. To były pierwsze kroki, pierwsze doświadczenia braci podczas długiej drogi, która doprowadziła ich do przekonania, że pacjenci/podopieczni w naszych dziełach powinni być otaczani opieką nie tylko w odniesieniu do ich potrzeb fizycznych, ale także duchowych, psychologicznych i społecznych. Bracia winni posiadać odpowiednie przygotowanie, pozwalające na coraz lepsze poznanie człowieka jako „jednej całości”.

Wreszcie, zachęteni przez nowe Konstytucje (1984)³, za pomocą pewnych środków duszpasterskich, które coraz lepiej interpretowały Ewangelię miłosierdzia i naszą misję, bracia nakierowywali swoją działalność apostołską w stronę integralnej służby choremu i angażowali się w dawanie ewangelicznego świadectwa, w głoszenie Słowa i celebrowanie sakramentów. Podkreślano ponadto, że nasze dzieła opiekuńcze nie są wyizolowanymi światami, ale jednostkami żywymi i dzia-

² Na Kapitule Generalnej w 1982 r. został przedstawiony Ojcom Kapitulnym dokument na temat pracy rozpoczętej w 1978 r. i ukończonej przez Sekretariat duszpasterski. Należeli do niego przewodniczący: br. José Luis Redrado, sekretarz br. Elia Tripaldi i czterech innych współbraci pochodzących z różnych prowincji europejskich. Sekretariat opublikował także niektóre broszury:

1. *Co to jest duszpasterstwo służby zdrowia.*
2. *Duszpasterstwo chorych w szpitalu i w parafii.*
3. *Wymiar apostołski Zakonu Szpitalnego Bonifratrów.*

³ W 1993 (7 – 14 listopada) został zorganizowany w Rzymie pierwszy Kurs duszpasterstwa chorych, w którym uczestniczyli przedstawiciele wszystkich prowincji europejskich wraz z odpowiedzialnymi i innymi osobami zaangażowanymi w działalność sekretariatów duszpasterstwa chorych – w celu wymiany różnych doświadczeń z różnych wspólnot. W ten sposób rozpoczęło się tworzenie w naszych ośrodkach zespołów, rad duszpasterskich, kapelanii, a także dostrzeżono potrzebę i wagę włączenia świeckich współpracowników w ten specyficzny dział duszpasterstwa.

łającymi w ramach danej parafii i diecezji. Stąd uświadomienie sobie obecności wspólnoty chrześcijańskiej także poza naszymi dziełami, obecności chorych i niepełnosprawnych, którzy żyją w domach i nie są odpowiednio często odwiedzani przez nadzwyczajnych szafarzy Komunii, ani przez inne osoby pełniące posługę duszpasterską. Coraz bardziej uświadamiano sobie konieczność współpracy z radami parafialnymi i diecezjalnymi, istniejącymi na danym obszarze, aby przekazywać im nasz charyzmat szpitalnictwa i miłosierdzia.

V. Generalna Komisja ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia

Nadszedł czas, aby przygotować i wdrożyć poważny projekt duszpasterski dla całego Zakonu, zawierający wytyczne i kierunki działania niezbędne dla uwrażliwienia sumienia braci i współpracowników, pragnących „przekształcić działania lecznicze w prawdziwe działania ewangelizacyjne, a miejsca, w których pracujemy – w znaczące miejsca ewangelizacji” (por. *Karta Tożsamości*, 4.6.2.d). W nawiązaniu do tego została powołana przez Zarząd Generalny Generalna Komisja ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia⁴, złożona z braci i osób świeckich, której pierwszym aktem działania było przygotowanie kwestionariusza, przesłanego następnie do poszczególnych prowincji, w celu poznania aktualnego stanu prowadzonej działalności duszpasterskiej. W oparciu o otrzymane odpowiedzi, członkowie Komisji podjęli się zadania dokonania syntezy otrzymanych materiałów, a następnie opracowania i zredagowania dokumentu, praktycznie swoistego *Instrumentum laboris*, przedstawionego w czasie „Międzynarodowego spotkania na temat duszpasterstwa służby zdrowia”, które odbyło się w Rzymie w dniach od 7 do 12 listopada 2011 r. Dokument został przeanalizowany w oparciu o wszystkie przedstawione na spotkaniu uwagi i wnioski, zebrane podczas pracy w grupach, sesji plenarnych i debat, w celu opracowania ostatecznej wersji dokumentu, która następnie będzie stanowić dla całego Zakonu oficjalny tekst dotyczący duszpasterstwa służby zdrowia i opieki społecznej.

VI. Patrząc w przyszłość

W przyszłości nasza działalność duszpasterska będzie wymagać coraz silniejszego zaangażowania w ewangelizowanie sfery opieki zdrowotnej, tak jak to czyni Kościół poprzez swoje nauczanie zwyczajne i nadzwyczajne. Ewangelizacja inicjowana przez Kościół ucieleśnia i kontynuuje ewangelizacyjną misję Jezusa Chrystusa,

⁴ W skład komisji wchodzi: br. Elia Tripaldi, Przewodniczący; br. Jesus Etayo, Radny Generalny; br. Benigno Ramos, Prowincja Kastylijska, Maureen McCabe, Irlandczyk, Prowincja Zachodnia Europy; Ulrich Doblinger, Prowincja Bawarska; Gianni Cervellera, Prowincja Lombardzko-Wenecka; br. Giancarlo Lopic, Sekretarz.

to znaczy odnajduje fundament i inspirację w Jego zbawczej misji, w Jego zbawieniu ofiarowywanym jako uzdrowienie: „Ja przyszedłem po to, aby [owce] miały życie i miały je w obfitości” (J 10,10). Przyszłością szpitalnictwa naszej Rodziny Szpitalnej będzie zachęcanie do ewangelizacji i jej propagowanie oraz rozwijanie i rozszerzanie wkładu duszpasterstwa w działalności ośrodków i udzielanych świadczeniach – jako dobra dla osoby ludzkiej, które zawsze pokrywa się z całościowym dobrostanem, z byciem dla innych i z innymi, z harmonią istoty ludzkiej z nią samą i z otaczającym ją światem – to wymiar relacyjny szczególnie uprzywilejowany we współczesnej teologii. Zakon Szpitalny św. Jana Bożego powinien ofiarowywać i głosić zbawienie Chrystusa jako siłę uzdrawiającą w cierpieniu i ludzkiej słabości, ponieważ duszpasterstwo służby zdrowia stanowi część tożsamości naszej Rodziny Szpitalnej.

Dzisiaj jesteście świadkami szerzącego się coraz bardziej zagrożenia dla życia i godności ludzkiej – także ze strony tej „medycyny, która z tytułu swego powołania ma służyć obronie życia ludzkiego i opiece nad nim” (EV 4) – która ma nienaruszalną i niezbywalną wartość. Nauki biotechnologiczne i różne modele teorii odwołują się do etyki i moralności, jak również do zaangażowania ewangelizacyjnego i misyjnego każdego chrześcijanina⁵. Obecnie w wielu naszych ośrodkach – poza duszpasterzami – są obecne i działają zarówno na szczeblu lokalnym, jak i scentralizowane dla całej prowincji, komitety bioetyczne, w skład których wchodzi bracia i eksperci świeccy. Komitety mają na celu rozpatrywanie w świetle wiary coraz bardziej złożonych problemów sfery opieki zdrowotnej.

Postarajmy się zatem powrócić do naszej prawdziwej misji, którą jest leczenie poprzez misyjne głoszenie wiary, katechezę, liturgię i ukierunkowanie etyczne. Postawa Jezusa wobec chorych i potrzebujących przekracza podejście czysto sakramentalne i ma na celu integralne uzdrowienie osoby. Obecna kultura zdrowia nie jest wolna od poważnych sprzeczności i niespójności z powodu aborcji, eutanazji i innych praktyk, które są przeciwko człowiekowi. Ewangelizacja prowadzona w naszych strukturach, które określają się jako katolickie, musi natomiast przyczyniać się do promowania kultury na rzecz życia, zdrowia i formacji osób zaangażowanych w realizację posługi duszpasterskiej. Niezbędne jest budowanie, z coraz większym przekonaniem, Rodziny Szpitalnej, która generowałaby zdrowie i dobrostan, która odkrywałaby chrześcijański sens posługi choremu i potrzebującemu – aby nie czuł się sam, ale mógł zawsze liczyć na obecność tych, którzy mu pomogą nadać wartość cierpieniu i pokonać słabość.

⁵ TRIPALDI E., *A servizio dell'uomo*, BIOS, Biblioteca Ospedaliera, Rzym 2006, str. 19.

ROZDZIAŁ I

WYMIAR EWANGELIZACYJNY I DUSZPASTERSKI ZAKONU SZPITALNEGO ŚW. JANA BOŻEGO

Kiedy w obrębie naszego Zakonu Szpitalnego św. Jana Bożego mówimy o duszpasterstwie, czynimy to na dwóch poziomach: po pierwsze postrzegamy je jako wymiar ewangelizacyjny, a zatem duszpasterski, w swoim konkretnym działaniu, w misji, którą Zakon realizuje w każdym swoim dziele apostołskim; drugi poziom odnosi się do konkretnej misji polegającej na opiece duchowej i religijnej nad osobami, które przebywają w naszych dziełach. Tą opieką obejmujemy także rodziny naszych pacjentów i podopiecznych, współpracowników, a także samych braci. Oczywistym jest, że drugi poziom tworzy podstawową charakterystykę misji oraz projektu ewangelizacyjnego i szpitalnego naszych dzieł i ma on istotny wpływ na skuteczność całej misji ewangelizacyjnej i duszpasterskiej w naszych dziełach.

Rozdział ten jest głównie poświęcony pierwszemu z wymienionych powyżej poziomów, niemniej jednak będą pokrótce wskazane także niektóre elementy drugiego poziomu, które zostaną szerzej omówione w kolejnych rozdziałach.

I.1. MISJA ZAKONU SZPITALNEGO: EWANGELIZACJA

Główną misją Zakonu jest ewangelizacja. Stwierdzenie to znajdujemy we wszystkich dokumentach i deklaracjach Zakonu:

„Zachęteni otrzymanym darem, poświęcamy się Bogu i oddajemy na służbę Kościoła poprzez opiekę nad chorymi i potrzebującymi, a zwłaszcza nad najuboższymi. W ten sposób ukazujemy, że współczujący i miłosierny Chrystus z Ewangelią żyje wśród ludzi i że współdziałamy z Nim dla ich zbawienia”⁶.

„Naszym zadaniem jest ewangelizowanie świata cierpienia przez rozwijanie dzieł i organizacji zdrowotnych i/lub opieki społecznej, które świadczą integralną opiekę osobie ludzkiej, zgodnie ze stylem św. Jana Bożego, naszego Założyciela”⁷.

„Nasze ośrodki zdrowotne i socjalne są dziełami Kościoła i dlatego ich posłannictwem jest ewangelizacja poprzez pielęgnację i integralną opiekę”⁸.

⁶ *Konstytucje Zakonu Szpitalnego św. Jana Bożego*, 1984, art. 5.

⁷ Por. *Karta Tożsamości Zakonu*, 1.3.

⁸ Tamże, 5.1.3.2.

Zakon pełni swoją misję ewangelizacyjną poprzez szpitalnictwo: odczytując znaczenie Ewangelii Jezusa Chrystusa w świetle miłosierdzia i szpitalnictwa, ze szczególnym darem i charyzmatem, który swego czasu otrzymał Jan Boży i który także my otrzymaliśmy.

Jan Paweł II wzywał do „nowej ewangelizacji” i wezwanie to miało szczególny oddźwięk w Kościele: chodzi o ewangelizację prowadzoną od wieków, która musi jednak być nowa w swojej żarliwości, w swoich metodach i w swym sposobie wyrażania⁹. To właśnie na tej podstawie mówimy w Zakonie o „nowym Szpitalnictwie”, które „polega na przeżywaniu i ukazywaniu w dzisiejszych czasach daru otrzymanego przez św. Jana Bożego za pomocą języka, gestów i metod apostoelskich, które dają odpowiedzi na znaki i oczekiwania mężczyzn i kobiet, którzy cierpią z powodu choroby, wieku, wykluczenia, niepełnosprawności, ubóstwa i samotności”¹⁰.

Wszystko rozpoczęło się w Granadzie, prawie 500 lat temu. Jan Boży poruszony głębokim doświadczeniem miłości i miłosierdzia, jakie Pan mu objawił, poczuł się wezwany przez samego Boga, aby ukazywać tę miłosierną miłość wszystkim mężczyznom i kobietom, zwłaszcza chorym, ubogim i potrzebującym. Od tej chwili i od czasu powstania Zakonu „racją naszego istnienia w Kościele jest życie i ukazywanie charyzmatu szpitalnego według ducha św. Jana Bożego”¹¹. Naszym zadaniem jest, poprzez nasze życie, przekazywać innym ludziom miłosierną miłość Boga.

Ponadto, podstawą misji Zakonu jest ewangelizacja, która polega na naśladowaniu Jezusa z Nazaretu, Dobrego Samarytanina (Łk 10, 25), który przeszedł świat dobrze czyniąc wszystkim (por. Dz 10, 38), „lecząc wszystkie choroby i wszelkie słabości” (Mt 4, 23), podobnie czynił św. Jan Boży, który poświęcił się całkowicie służbie chorym i ubogim¹².

Szczególną cechą misji Zakonu jest jej wymiar profetyczny¹³. Św. Jan Boży poświęcił całego siebie Jezusowi Chrystusowi, utożsamiając się z chorymi i ubogimi, którym służył do ostatnich chwil swojego życia, otwierając nowe drogi w Kościele i społeczeństwie. Także my, tworząc dziś Rodzinę św. Jana Bożego, jesteśmy powołani do przeżywania i praktykowania profetycznego wymiaru szpitalnictwa¹⁴ poprzez

⁹ Por. *Misyjny wymiar Zakonu ...*, Kuria Generalna, 1997.

¹⁰ Deklaracje LXIII Kapituły Generalnej Zakonu, Bogota 1994.

¹¹ Por. *Konstytucje Zakonu*, 1984, art. 1.

¹² Tamże, art. 1.

¹³ Por. *Karta Tożsamości Zakonu*, 3.1.8: 8,2.

¹⁴ Por. *Dimensión apostólica de la Orden de San Juan de Dios*, Rzym 1982, str. 139-150.

świadczenie naszego życia; poprzez preferencyjną opcję na rzecz ubogich¹⁵; przyjmując na siebie zadanie pobudzenia ludzkiego sumienia wobec dramatu ubóstwa i cierpienia tak wielu osób; starając się być głosem tych, którzy nie mają głosu; proponując naszemu światu kulturę szpitalnictwa, która jest alternatywą wrogości, a także walcząc o szpitalnictwo, które promuje zdrowie, godność i poszanowanie praw człowieka.

Często mówimy o ewangelizacji i duszpasterstwie, nie rozróżniając ich, dlatego też konieczne jest sprecyzowanie znaczenia i sposobu użycia tych pojęć. O ewangelizacji wspominaliśmy już na początku tego podrozdziału. Duszpasterstwo natomiast jest wynikiem myśli teologicznej kultywowanej w Kościele. Opiera się na działaniach praktycznych, które są organizowane i rozwijane w celu realizowania misji ewangelizacyjnej. Jest ono realizowane w trzech wymiarach: słowa (głoszenie Słowa Bożego, katecheza); liturgii (podczas której celebrowana jest sakramentalna obecność Chrystusa); miłosiernej posługi wobec konkretnych osób i świadectwo życia.

Wyróżniamy duszpasterstwo ogólne i duszpasterstwo skierowane na konkretny obszar, np. duszpasterstwo zdrowia i duszpasterstwo społeczne. Innymi słowy, duszpasterstwo jest „Kościołem w działaniu”, który realizuje na przestrzeni historii ruch zbawczej miłości zainicjowanej przez Jezusa Chrystusa.

I.2. EWANGELIZACYJNY I DUSZPASTERSKI WYMIAR NASZYCH DZIEŁ

Nasza forma ewangelizacji staje się realna i konkretna poprzez Szpitalnictwo¹⁶, poprzez jego wymiar ewangelizacyjny, który realizujemy i konkretyzujemy w każdym z naszych dzieł. Jest to nasz sposób bycia w Kościele i ukazywania Kościoła światu, uwidaczniania ewangelicznego miłosierdzia i gościnności, charyzmatu, który otrzymał Jan Boży, a poprzez niego cały Zakon; charyzmatu, który współbracia przeżywają poprzez swoją konsekrację zakonną, a wielu współpracowników poprzez konsekrację chrzcielną jako świeccy, inni zaś z powodu swoich przekonań religijnych lub motywacji ludzkich i zawodowych¹⁷.

Poniżej przedstawiamy podstawowe zasady, które charakteryzują nasze dzieła apostołskie¹⁸:

¹⁵ Por. *Konstytucje Zakonu*, 1984, 5; *Gaudium et spes* 88-90 i *Dokumenty Konferencji Episkopatu Ameryki Łacińskiej: Medellín XIV* (1968); *Puebla 1134-1165* (1979); *Aparecida*, 396 (2007).

¹⁶ Por. *Karta Tożsamości Zakonu*, 3.1 (charakterystyka Szpitalnictwa).

¹⁷ Por. FORKAN D. *Nowe oblicze Zakonu...*, 2.3.3; 2.4.2.

¹⁸ *Statuty Generalne Zakonu*, 2009, 50.

- Potwierdzamy, że osoba, którą się opiekujemy, zawsze pozostaje w centrum naszej uwagi.
- Popieramy i bronimy praw chorych i potrzebujących, mając na uwadze ich godność osobistą.
- Angażujemy się w obronę i promocję ludzkiego życia od chwili poczęcia aż do naturalnej śmierci.
- Uznajemy prawo osób, którymi się opiekujemy, do odpowiedniej informacji o ich sytuacji zdrowotnej.
- Rozwijamy opiekę integralną opartą na współpracy zespołowej i na właściwej równowadze między rozwojem technicznym i humanizacją w postępowaniu terapeutycznym.
- Zachowujemy i promujemy zasady etyczne Kościoła katolickiego.
- Uważamy, że istotnym elementem opieki jest wymiar duchowy i religijny. Z poszanowaniem dla innych wyznań i światopoglądów włączamy go w proces przywracania zdrowia, gdyż chcemy nie tylko leczyć, ale także przyczynić się do zbawienia.
- Bronimy prawa do śmierci z godnością, szanując słuszne pragnienia umierających.
- Zwracamy szczególną uwagę na dobór, formację i współdziałanie personelu we wszystkich naszych dziełach apostolskich, uwzględniając nie tylko ich przygotowanie i kwalifikacje zawodowe, lecz także uwrażliwienie na wartości ludzkie i prawa osoby.
- Zachowujemy tajemnicę zawodową, postępując tak, aby zachowali ją także i ci, którzy są w bliskim kontakcie z chorymi i potrzebującymi.
- Doceniamy i wspieramy kompetencje zawodowe naszych współpracowników, zachęcając ich do aktywnego udziału w misji apostolskiej Zakonu, włączając ich w proces podejmowania decyzji w naszych dziełach apostolskich, biorąc pod uwagę ich uzdolnienia i zakres odpowiedzialności;
- Szanujemy wolność sumienia osób, którymi się opiekujemy oraz współpracowników, okazując jednak stanowczość w respektowaniu tożsamości naszych dzieł apostolskich.
- Wyrzekamy się szukania zysku, zarazem starając się i wymagając, aby nie były naruszane prawa ekonomiczne i płacowe.

Podstawowymi wartościami, które Zakon promuje w swoich dziełach apostolskich, są¹⁹:

- **Szpitalnictwo** jest główną wartością²⁰, która konkretyzuje się w czterech kolejno wymienionych wartościach: jakość, szacunek, odpowiedzialność i duchowość.

¹⁹ Por. FORKAN D., List okólny *Wartości Zakonu*, 2010.

²⁰ Por. *Statuty Generalne Zakonu*, 2009, art. 50.

- **Jakość** oznacza: doskonałość, profesjonalizm, integralną opiekę, wrażliwość na nowe potrzeby, model jedności z naszymi współpracownikami, model opieki św. Jana Bożego, przyjazne struktury architektoniczne i ich wyposażenie, współpraca z innymi specjalistami i ośrodkami.
- **Szacunek** oznacza: szacunek dla innych, człowieczeństwo, wymiar ludzki, odpowiedzialność wobec naszych współpracowników, zrozumienie, wizja holistyczna, promocja społeczna, zaangażowanie rodziny.
- **Odpowiedzialność** oznacza: wierność wartościom Jana Bożego i Zakonu, etykę (bioetyka, etyka społeczna, etyka zarządzania), ochronę środowiska, odpowiedzialność społeczną, zrównoważenie, sprawiedliwość, uczciwą dystrybucję zasobów.
- **Duchowość** to: duszpasterstwo, ewangelizacja, opieka duchowa dla wyznawców innych religii, ekumenizm, współpraca z parafiami i diecezjami oraz z innymi wyznaniami.

W dziełach apostołskich Zakonu cała struktura zarządzania, styl opieki zdrowotnej, polityka zasobów ludzkich, formacja i ogólnie cała wewnętrzna organizacja, skierowane są na jedyny cel i misję Zakonu św. Jana Bożego: ewangelizację i duszpasterstwo w szerokim znaczeniu.

Podstawowe zasady i kryteria dotyczące sposobu zarządzania ukierunkowanego na misję ewangelizacyjną i duszpasterską dzieł apostołskich, zostały określone w *Karcie Tożsamości Zakonu*.

W dziełach wszyscy współbracia i współpracownicy są wezwani i ukierunkowywani w swojej pracy na realizację podstawowej misji Zakonu, która jest racją jego istnienia, tzn. być ewangelizatorami lub aktywnymi duszpasterzami w szerokim znaczeniu, każdy zgodnie z zakresem swoich obowiązków. Ci, którzy pełnią funkcje kierownicze (to właśnie na nich spoczywa największa odpowiedzialność), muszą dokładać wszelkich starań, aby misja Zakonu była realizowana i konkretyzowana w każdym dziele apostołskim poprzez model zarządzania i organizację zgodną ze stylem Zakonu oraz aby do realizacji tych celów były zapewnione niezbędne zasoby ludzkie i materialne. Wszyscy inni współbracia i współpracownicy muszą mieć pełną świadomość, że dobrze wykonując swoją pracę, przyczyniają się do rozwoju misji szpitalnictwa w każdym z dzieł apostołskich, tzn. do ewangelizacji i duszpasterstwa w szerszym znaczeniu, za które nie są jedynie odpowiedzialne ekipy duszpasterskie, lecz także wszyscy ci, którzy wykonują jakąkolwiek pracę w dziełach apostołskich.

Styl zarządzania w dziełach nie jest bez znaczenia, lecz musi być ukierunkowany zgodnie z wartościami i zasadami Zakonu, za pomocą narzędzi, metod i najnowszych osiągnięć, które nauka i technika nam oferują.

W Zakonie, doskonale znając znaczenie każdego z pojęć, możemy mówić analogicznie o ewangelizacji i duszpasterstwie w szerszym znaczeniu, tak jak już o tym wspomnieliśmy. Inaczej jest w odniesieniu do duszpasterstwa rozumianego jako opieka duchowa i religijna, która musi być zapewniona w każdym dziele apostołskim i która powinna obejmować potrzeby duchowe i religijne chorych/podopiecznych naszych ośrodków, członków ich rodzin, współbraci i współpracowników²¹.

Formacja współbraci i współpracowników w zakresie zasad i wartości instytucjonalnych, a zatem aspektów, które odnoszą się do wymiaru ewangelizacyjnego i duszpasterskiego misji Zakonu, jest głównym priorytetem w programach formacyjnych wszystkich dzieł apostołskich Zakonu.

Styl zarządzania, jaki Jan Boży przyjął w swoich dziełach i który utrzymał się w Zakonie na przestrzeni wieków, uwidacznia fakt, że wszystko było realizowane zgodnie z duchem i głównymi wartościami szpitalnictwa. To bogate dziedzictwo jest tym, co pozwoliło na to, by projekt, który swego czasu zainicjował św. Jan Boży, był wciąż aktualny. Wystarczy przeczytać to świadectwo:

W domu przy ulicy los Gomeles kupił łóżka i przygarniał ubogich i chorych, którymi mógł się zaopiekować, zorganizował także kapelana, który ich spowiadał i sprawował sakramenty, grzebał ich także na cmentarzu przy domu, który miał formę szpitala. Dlatego też dom ten był nazywany szpitalem Jana Bożego dla opuszczonych. W szpitalu tym Jan Boży i jego towarzysze, którzy stali się później jego następcami, przyjmowali wszystkich ubogich, którzy do niego przychodzili, mniej więcej podobnie jak to się dzieje w domu, w którym obecnie przebywam. To właśnie tam się nimi opiekowali i zapewniali im wszystko to, czego potrzebowali, np. opiekę medyczną, lekarstwa i wiele innych rzeczy. W domu przebywały zarówno kobiety, jak i mężczyźni z różnego rodzaju chorobami.²²

I.3. OPIEKA DUCHOWA I RELIGIJNA

Opieka duchowa i religijna w dziełach apostołskich Zakonu odnosi się do drugiego poziomu duszpasterstwa, który wskazaliśmy na początku tego rozdziału i jest ona istotnym elementem w projekcie opieki „janowej”. Przyczynia się do re-

²¹ Statuty Generalne Zakonu 2009, art. 53c.

²² Por. SÁNCHEZ J., *Kénôsis-diakonía en el itinerario espiritual de San Juan de Dios*, str. 302. Juan de Avila (Angulo), świadek w sporze z hieronimitami.

alizacji misji ewangelizacyjnej i duszpasterskiej w każdym dziele, zgodnie z wcześniejszą wspomnianą pierwszą poziomem duszpasterstwa.

„We wszystkich dziełach apostolskich Zakonu zostanie zapewniona opieka duchowa i religijna, wspomagana niezbędnymi zasobami ludzkimi i materialnymi. Mogą być w nią włączeni bracia, kapłani, osoby zakonne oraz współpracownicy, posiadający odpowiednią formację w zakresie duszpasterstwa, którzy będą pracowali w zespołach, współdziałając z innymi funkcjami naszych dzieł apostolskich”²³.

„Winniśmy zapewnić opiekę, uwzględniając wszystkie wymiary osoby ludzkiej: biologiczny, psychiczny, społeczny i duchowy. Jedynie taka postawa, która bierze pod uwagę te wymiary, przynajmniej jako kryterium pracy i jako cel do osiągnięcia, może być uznawana za opiekę integralną”²⁴.

„Integralna opieka oznacza troskę o duchowy wymiar osoby ludzkiej”²⁵.

Ten rodzaj troski powinien być zapewniany (lecz nienarzucany), wszystkim osobom, które znajdują się w szczególnie trudnym momencie swojego życia, tj. choroba, cierpienie, niepełnosprawność, wykluczenie lub cierpią z powodu jakiegokolwiek innej potrzeby, którą możemy zaspokoić w naszych dziełach apostolskich.

Jest to bardzo ważna, dodatkowa posługa sprawowana w każdym z ośrodków, jako że skierowana jest na wymiar człowieka, który uznajemy za podstawowy i który winniśmy promować, jednak nie stanowi ona jedynej rzeczywistości duszpasterskiej i ewangelizacyjnej w dziełach Zakonu. Niezbędne jest także formowanie, motywowanie i uwrażliwianie wszystkich współbraci i współpracowników na opiekę duchową i religijną, aby byli uważni na rozpoznawanie tych potrzeb, którymi w wielu przypadkach mogliby się sami zająć, gdy tymczasem w wielu innych przypadkach będą musieli zwrócić się o pomoc do członków grup duszpasterskich, które sprawują opiekę duchową i religijną.

W kolejnym rozdziale niniejszego dokumentu zostaną szeroko omówione różnorodne aspekty i poszczególne elementy dotyczące tej posługi.

²³ Statuty Generalne Zakonu 2009, art. 54.

²⁴ Karta Tożsamości Zakonu, 5.1.

²⁵ Tamże 5.1.3.2.



ROZDZIAŁ II

PODSTAWY TEOLOGICZNO – CHARYZMATYCZNE DUSZPASTERSTWA SŁUŻBY ZDROWIA

2.1. BIBLIJNE FUNDAMENTY MISJI KOŚCIOŁA

*„Uzdrowiajcie chorych i głoscie im, że bliskie już jest Królestwo Niebieskie”
(Mt 10,8).*

Te słowa Jezusa wzywające do ewangelizacji poprzez umacnianie integralności człowieka, przy wykorzystaniu różnorodnych form opieki i duszpasterstwa, są podstawą misji Kościoła. Przesłanie ewangeliczne musi być wcielane w życie, ażeby Królestwo Boże, które rozpoczęło się wraz z Jezusem, mogło stać się namacalne. Takie jest zadanie duszpasterstwa opartego na Piśmie Świętym.

2.1.1. Odniesienia do Pisma Świętego

Jezus jest Odkupicielem, który w sposób szczególny umiłował chorych, ubogich, zniewolonych i potrzebujących, wypełniając proroctwa Starego Testamentu: *„Duch Pański spoczywa na Mnie, ponieważ Mnie namaścił i posłał Mnie, abym ubogim niósł dobrą nowinę, więźniom głosił wolność, a niewidomym przejrzenie; abym uciśnionych odsyłał wolnymi, abym obwoływał rok łaski od Pana. Dziś spełniły się te słowa Pisma” (Łk 4,18-21).*

Jezus przyszedł po to, „aby [owce] miały życie i miały je w obfitości”(J 10,10).

1.2.0.1. Jezus uczynił wiele znaków i wskazał zasady postępowania, które są dla nas podstawą duszpasterstwa:

- Zaprasza ludzi, aby „Go dotknęli” (J 1,39 *„Chodźcie, a zobaczycie...”*) i On sam pozwala się dotknąć ludzkiemu cierpieniu i cierpiącej ludzkości (w Ewangelii św. Mateusza 8,3 dotyczy trędowatego; w 9,20 pozwala się dotknąć kobiecie chorej na krwotok), przekazując w ten sposób miłość i siłę (Łk 8, 44-48 *Uzdrowienie kobiety chorej na krwotok; Łk 6,19 „A cały tłum starał się Go dotknąć, ponieważ moc wychodziła od Niego i uzdrowiała wszystkich”*).
- Uzdrowia, przebacza i łagodzi spory (Mk 2 *Uzdrowienie paralityka; J 8 Spotkanie z cudzołożnicą*).

- Daje grzesznikom możliwość nawrócenia się i rozpoczęcia wszystkiego od nowa (w Ewangelii św. Łukasza 19, 1f gości w domu zwierzchnika celników Zacheusza).
- W centrum Jego uwagi są potrzebujący, których traktuje na równi z innymi (Łk 6,6 Jezus uzdrowił w szabat człowieka z uschłą ręką; Łk 18,41 „*Co chcesz, abym ci uczynił?*”; Mk 10,15 Jezus i dzieci).
- Działa profetycznie i nie boi się przeciwstawić opinii publicznej nawet wtedy, kiedy może się to wiązać z konsekwencjami (Łk 6,7 dla faryzeuszy uzdrowienie w szabat było prowokacją; Mt 9,34 wyrzuca złe duchy; Łk 11,17 obrona Jezusa).
- Profetycznie szuka kontaktu z najuboższymi, cierpiącymi i wykluczonymi (Łk 19 zatrzymuje się w domu zwierzchnika celników, Zacheusza), spotyka się z poganami (uzdrowienie córki Syrofenicjanki Mk 7,24-30), poddaje pod dyskusję ustalone hierarchie (Mt 20, 25-28) „*Nie tak będzie u was. Lecz kto by między wami chciał stać się wielkim, niech będzie waszym sługą*”.
- Świątuje z osobami szczęśliwymi (J 2 Wesele w Kanie).
- Daje się poznać i zachęca do podejmowania odważnych decyzji życiowych (Mt 19,12 Pytanie bogatego młodzieńca; J 4 Rozmowa z Samarytanką przy źródle Jakuba).
- Szuka tych, którzy zbłądzili (Łk 15 Przypowieść o Synu marnotrawnym).
- Jest świadomy potrzeby i siły, jaka rodzi się z modlitwy, samotności i ciszy (Mk 6,31 „*Pójdźcie wy sami osobno na miejsce pustynne...*”; Mk 4, 26-29 Przypowieść o nasieniu, które kiełkuje w ciszy).
- On sam przekazuje spokój, ciszę i ukojenie (Mt 11,28 „*Przyjdźcie do Mnie wszyscy, którzy utrudzeni i obciążeni jesteście*”).
- Cała działalność Jezusa odbywa się w pełnej jedności z Ojcem (Abba) (Mk 1,11 „*Tyś jest mój Syn umiłowany...*”; J 8, 29 „*Ten, który Mnie posłał, jest ze Mną*”).
- Uwalnia od niemocy (Łk 13,10-17 Spotkanie z kobietą, która od osiemnastu lat miała ducha niemocy - była pochylona, „*Niewiasto, jesteś wolna od swej niemocy...*”).
- Jest Dobrym Pasterzem, który oddaje życie za swoje owce (J 10,11).

2.1.1.2. Duszpasterstwo jako towarzyszenie

Z opowieści uczniów z Emaus (Łk 24,13-35) i ze sposobu, w jaki Jezus jako Chrystus Zmartwychwstały ukazuje się dwóm uczniom, możemy wyciągnąć kilka zasadniczych wniosków, dotyczących poszczególnych form działalności duszpasterskiej. Z tego też powodu zamieszczamy poniżej w całości tę przypowieść:

¹³Tego samego dnia dwaj z nich byli w drodze do wsi, zwanej Emaus, oddalonej sześćdziesiąt stadiów od Jeruzolimy. ¹⁴ Rozmawiali oni z sobą o tym wszystkim, co się wydarzyło. ¹⁵ Gdy tak rozmawiali i rozprawiali z sobą, sam Jezus przybliżył się i szedł z nimi. ¹⁶Lecz oczy ich były niejako na uwięzi, tak że Go nie poznali. ¹⁷ On zaś ich zapytał: «Cóż to za rozmowy prowadzicie z sobą w drodze?» Zatrzymali się smutni. ¹⁸ A jeden z nich, imieniem Kleofas, odpowiedział Mu: «Ty jesteś chyba jedynym z przebywających w Jeruzolimie, który nie wie, co się tam w tych dniach stało». ¹⁹ Zapytał ich: «Cóż takiego?» Odpowiedzieli Mu: «To, co się stało z Jezusem Nazarejczykiem, który był prorokiem potężnym w czynie i słowie wobec Boga i całego ludu; ²⁰ jak arcykapłani i nasi przywódcy wydali Go na śmierć i ukrzyżowali. ²¹ A myśmy się spodziewali, że On właśnie miał wyzwolić Izraela. Tak, a po tym wszystkim dziś już trzeci dzień, jak się to stało. ²² Nadto jeszcze niektóre z naszych kobiet przeraziły nas: były rano u grobu, ²³ a nie znalazłszy Jego ciała, wróciły i opowiedziały, że miały widzenie aniołów, którzy zapewniali, iż On żyje. ²⁴ Poszli niektórzy z naszych do grobu i zastali wszystko tak, jak kobiety opowiadały, ale Jego nie widzieli». ²⁵ Na to On rzekł do nich: «O nierozumni, jak nieskore są wasze serca do wierzenia we wszystko, co powiedzieli prorocy! ²⁶ Czyż Mesjasz nie miał tego cierpieć, aby wejść do swej chwały?» ²⁷ I zaczynając od Mojżesza poprzez wszystkich proroków, wykladał im, co we wszystkich Pismach odnosiło się do Niego. ²⁸ Tak przybliżyli się do wsi, do której zdążyli, a On okazywał, jakoby miał iść dalej. ²⁹ Lecz przymusili Go, mówiąc: «Zostań z nami, gdyż ma się ku wieczorowi i dzień się już nachylił». Wszedł więc, aby zostać z nimi. ³⁰ Gdy zajął z nimi miejsce u stołu, wziął chleb, odmówił błogosławieństwo, połamał go i dawał im. ³¹ Wtedy oczy im się otworzyły i poznali Go, lecz On zniknął im z oczu. ³² I mówili nawzajem do siebie: «Czy serce nie pałało w nas, kiedy rozmawiał z nami w drodze i Pisma nam wyjaśniał?» ³³ W tej samej godzinie wybrali się i wrócili do Jeruzolimy. Tam zastali zebranych Jedenastu i innych z nimi, ³⁴ którzy im oznajmili: «Pan rzeczywiście zmartwychwstał i ukazał się Szymonowi. ³⁵ Oni również opowiadali, co ich spotkało w drodze, i jak Go poznali przy łamaniu chleba».

Opierając się na powyższym tekście biblijnym, możemy zauważyć, że duszpasterstwo oznacza:

- być blisko człowieka, kroczyć wraz z nim (24,15 „Jezus przybliżył się i szedł z nimi...”);
- słuchać, być cierpliwymi (24, 16–24);
- dostrzegać egzystencjalną sytuację człowieka, jego zwątpienie, rozczarowanie; „zatrzymać się przy człowieku smutnym i przygnębionym”²⁶;
- tworzyć zaufanie poprzez empatyczną obecność;

²⁶ MAURER cytat z: REBER Joachim, *Spiritualität in sozialen Unternehmen*, Stuttgart 2009, str. 31.

- uświadamiac poprzez umiejętne pytania, naprowadzac na dobre odpowiedzi (24, 26 „Czyż Mesjasz nie miał tego cierpieć?”);
- zacząc od tego, co jest ludziom znane (24, 27);
- ukazywac ludziom styl życia oparty na Ewangelii (24, 27);
- nie uczyć ukazując wyższość, lecz ufając w skuteczność wymiany i mocy Słowa, („rozpalić serca” 24, 32);
- nie być nachalnym, lecz zachęcać do życia w komunii (24, 29);
- zbliżać ludzi do Boga poprzez znaki i obrzędy (wino, łamiąc chleb), będąc świadomi, że komunია sakramentalna często następuje pod koniec długiej drogi i że jest ona jednocześnie źródłem i bodźcem do powzięcia nowej drogi (sami uczniowie stali się głosicielami prawdy 24, 33f);
- kroczyć z kimś przy jego boku (dzielić z kimś chleb = życie) przez jakiś określony czas („Lecz on zniknął im z oczu ...”)²⁷.

2.1.2. Wnioski

2.1.2.1. Miłość Boga wśród ludzi

Słowa Pisma Świętego pokazują, że miłość Boga objawia się w sposób najpełniejszy w działalności Jezusa, dlatego że sam Bóg w Jezusie Chrystusie stał się człowiekiem (*Hbr* 1, 1-3). W encyklice *Deus Caritas Est* (DCE) papież Benedykt XVI napisał:

(...) i ta miłość Boga objawiła się wśród nas, stała się widzialna, ponieważ On «zesłał Syna swego Jednorodzonego na świat, abyśmy życie mieli dzięki Niemu» (1J 4,9). Bóg stał się widzialny: w Jezusie możemy oglądać Ojca²⁸ (por. J 14, 9).

W tym kontekście „narodziny Jezusa oznaczają przyjście Boga na świat i dla świata”²⁹. W Jezusie Bóg ukazuje swoją solidarność ze wszystkimi ludźmi, która obejmuje wszystkie wymiary egzystencji ludzkiej, ale w szczególności wymiar cierpienia, choroby, załamania, zwątpienia i śmierci.

2.1.2.2. Spotkanie ze światem cierpienia

Cierpienie i śmierć stawiają współczesnego człowieka w obliczu wielu pytań. Papież Jan Paweł II w Liście Apostolskim *Salvifici Doloris* (SD) stwierdza, że w swej mesjańskiej działalności, Chrystus przybliżył się nieustannie do „świata ludzkiego

²⁷ REBER, str. 31.

²⁸ PAPIEŻ BENEDYKT XVI, *Deus Caritas Est*, Encyklika do biskupów, prezbiterów i diakonów, do osób konsekrowanych i wszystkich wiernych świeckich o miłości chrześcijańskiej, (DCE) 17.

²⁹ WINDISCH Hubert, *Inspirierte Seelsorge*, w: *Anzeiger für die Seelsorge* 12/2007, Freiburg i. Br., str.16.

cierpienia” (zobacz także wymienione powyżej odniesienia biblijne). Jezus poprzez krzyż „wziął na siebie cierpienie”³⁰, On sam stał się w swoim odkupieńczym cierpieniu poniekąd uczestnikiem wszystkich ludzkich cierpień³¹. On nadaje cierpieniu, w świetle wiary, wymiar i sens³². Przestanie biblijne Jezusa „ukrzyżowanego i zmarłychwstałego”³³ łagodzi bezlitosny charakter cierpienia i śmierci. Chrystus kieruje ludzkość poza cierpienie i śmierć i wprowadza w życiodajne źródło Boga. Mając tę świadomość odkupienia, chrześcijanin, opiekując się chorymi, cierpiącymi i potrzebującymi, może uczestniczyć w budowaniu Królestwa Bożego, łagodząc strach z powodu śmierci, kojąc cierpienie, czyniąc to wszystko na rzecz nowego życia w imię Boga³⁴, dlatego że „wszystko jest już opromienione światłem paschalnym”³⁵.

W *Dei Verbum* (DV) czytamy:

„Jezus Chrystus więc, Słowo Wcielone, «człowiek do ludzi posłany», głosi słowa Boże i dopełnia dzieła zbawienia, które Ojciec powierzył Mu do wykonania (por. J 5,36, 17,4). Dlatego Ten, którego gdy ktoś widzi, widzi też i Ojca (por. J 14,9), przez całą swoją obecność i okazanie się przez słowa i czyny, przez znaki i cuda, zwłaszcza zaś przez śmierć swoją i pełne chwały zmartwychwstanie, a wreszcie przez zesłanie Ducha prawdy, objawienie, doprowadził do końca i do doskonałości oraz świadectwem Bożym potwierdza, że Bóg jest z nami, by nas z mroków grzechu i śmierci wybawić i wskrziesić do życia wiecznego”³⁶.

2.1.2.3. Zbawienie w słowach i czynach

Duszpasterstwo oparte na Biblii musi opierać się w sposób autentyczny na Jezusie, Dobrym Pasterzu, który prowadzi swój lud ku zbawieniu, umiając połączyć słowa z czynami, to znaczy scalić głoszenie wiary w Boga, który wybawia i miłuje człowieka, z autentyczną praktyką tej wiary poprzez podejście do człowieka, mające na celu jego uzdrowienie i pojednanie.

³⁰ PAPIEŻ JAN PAWEŁ II, *Salvifici Doloris*, List Apostolski do biskupów, kapłanów, wspólnot zakonnych i wiernych Kościoła Katolickiego o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia (SD) 16.

³¹ SD 20.

³² SD 19.

³³ REUTHER Hermann-Josef, *Heilsame Seelsorge* w: Behinderung und Pastoral Nr 3/2003, Arbeitsstelle Pastoral für Menschen mit Behinderung der Deutschen Bischofskonferenz; str. 4.

³⁴ BAUMGARTNER Isidor, *Heilende Seelsorge in Lebenskrisen*, Düsseldorf 1992, str. 48.

³⁵ WANKE Joachim, *Biblische Impulse für eine missionarische Kirche*, in: Zeichen der heilsamen Nähe Gottes, Festschrift für Bischof Gebhard Fürst, Ostfildern 2008, str. 20.

³⁶ SOBÓR WATYKAŃSKI II, *Dei Verbum*, Konstytucja dogmatyczna o Objawieniu Bożym, (DV) 4.

Musi to być duszpasterstwo służebne, otwarte na innych, oparte na szacunku, uaktywniające energię życiową; duszpasterstwo, które wskazuje właściwą drogę, by wyjść z trudnej sytuacji i nigdy nikogo nie odrzucać.

Zatem duszpasterstwo musi być wielowymiarowe, mające na celu ukazywanie człowiekowi, w jego szczególnej sytuacji egzystencjalnej, „pełni życia”, nawet jeśli jest ono doświadczane jako fragmentaryczne i przemijające. To dotyczy zarówno dobrych i szczęśliwych chwil w życiu, jak również czasu normalnego, a także chwil trudnych i kryzysowych, takich jak choroba, niepełnosprawność, bezsilność, samotność, ból, różnego rodzaju potrzeby czy ubóstwo, których nie da się przewyciężyć. Zatem duszpasterstwo wielowymiarowe stanowi troskę o człowieka w całym jego wymiarze: fizycznym, psychicznym, etycznym, duchowym, miłosiernym (pomoc w kryzysowych sytuacjach powstałych wskutek zaburzeń somatopsychicznych; indywidualna pomoc duchowa i umacnianie wiary; pomoc materialna itd.)³⁷.

2.1.2.4. Duszpasterstwo, które „dotyka” człowieka

Duszpasterstwo w swojej praktyce i w charakterze działań będzie opierać się na sposobie, w jaki Jezus towarzyszył i „dotknął” uczniów w drodze do Emaus. Będzie ono zdolne do tworzenia możliwości kontaktu z wiarą dla wszystkich tych, którzy jej poszukują; oparte na poszanowaniu wolności, będzie po stronie człowieka bezwarunkowo, akceptując jego indywidualną drogę życia, podążając za człowiekiem i szukając go w jego egzystencjalnej rzeczywistości, dając mu punkty odniesienia.

2.1.2.5. Duszpasterstwo profetyczne

Duszpasterstwo zakorzenione w Biblii ma również wymiar profetyczny. Cechą charakterystyczną tak prowadzonego duszpasterstwa jest odważne głoszenie, spójne działanie praktyczne i aktywne zaangażowanie na rzecz sprawiedliwości, biorąc za przykład Jezusa. Dokonując uzdrowień w szabat siadając do stołu z wykluczonymi i grzesznikami, przyjmując w szeregi swych naśladowców kobiety i określając służbę jako najszlachetniejszą misję przywódcy, Jezus nie tylko przybliżył Królestwo Boże, ale również krytykuje istniejący porządek prawny jako przeszkodę w rozwoju osoby ludzkiej i rozszerzania się Królestwa Bożego. Dlatego duszpasterstwo podejmie wysiłek dostrzegania znaków czasu i wykraczania poza teraźniejszość, „odczytując przyszłość według Bożego spojrzenia”³⁸. W ten sposób

³⁷ NAUER Doris, *Seelsorge*, in *Anzeiger für die Seelsorge* 1/2009 Freiburg i.Br. S., str. 35; KNOBLOCH Stefan, *Seelsorge – Sorge um den Menschen in seiner Ganzheit*, w HASLINGER Herbert (Hrsg): *Handbuch zur Praktischen Theologie*, Bd.2, Mainz 2000, str. 46.

³⁸ *Karta Tożsamości Zakonu*, 8.2.

będzie „świadkiem obecności Boga pośród ludu, znakiem-sakramentem Bożego zbawienia i głoszeniem – w słowach i czynach – Boga”³⁹. Podniesie głos, kiedy jest w niebezpieczeństwie godność ludzka, zaangażuje się na rzecz sprawiedliwości społecznej i podejmie wyzwanie stałej odnowy, aby odpowiadać na wciąż nowe wymagania i sytuacje czasów, w jakich przyjdzie mu działać.

2.1.2.6. Duszpasterstwo inspirowane

Duszpasterstwo zakorzenione w Biblii, swoje założenia i sposoby działania będzie opierać na świadomości, że Jezus Chrystus – wcielona miłość Boga – może uczynić więcej niż człowiek i że On sam zadba o wszystko (Mt 6,25-32), dlatego też każda działalność duszpasterska prowadzona bez silnego związku z Bogiem, skazana jest na niepowodzenie („Beze Mnie nic nie możecie uczynić...” J 15,5). Jedynie z zawierzenia Jezusowi oraz dzięki sile i kierownictwu Ducha Świętego (J 16,13s), a także modlitwie, może powstać duszpasterstwo prawdziwie inspirowane.

2.1.2.7. Duszpasterstwo na wzór Jezusa, Dobrego Pasterza

Ponieważ każde działanie ludzkie jest ograniczone, duszpasterstwo oparte na Biblii zawsze musi być widziane w optyce Jezusa, Dobrego Pasterza, który zna drogę człowieka i mu towarzyszy. Dlatego też będzie ono w prawdziwym tego słowa znaczeniu „duszpasterstwem Boga dla świata”. Papież Benedykt XVI w encyklice *Spe Salvi* (SS) napisał:

„Prawdziwym pasterzem jest Ten, który zna także drogę wiodącą przez dolinę śmierci; Ten, który nawet na drodze całkowitej samotności, na której nikt nie może mi towarzyszyć, idzie ze mną i prowadzi mnie, abym ją pokonał. On sam przeszedł tę drogę, zszedł do królestwa śmierci, a zwyciężywszy śmierć, powrócił stamtąd, aby teraz towarzyszyć nam i by dać nam pewność, że razem z Nim można tę drogę odnaleźć. Świadomość, że istnieje Ten, kto również w śmierci mi towarzyszy i którego «kij i laska dodają mi pociechy», tak że «zła się nie ulęknę» (por. Ps 23, 4), stała się nową nadzieją wschodzącą w życiu wierzących”⁴⁰.

Ukazywać Pasterza, przekazywać uzasadnioną nadzieję, że On towarzyszy człowiekowi jako wewnętrzny towarzysz podróży również w chwilach cierpienia, stanowi nie tylko podstawę misji, ale także otwiera możliwości i nowe perspektywy dla duszpasterstwa autentycznie biblijnego i chrześcijańskiego⁴¹.

³⁹ *Bracia i współpracownicy zjednoczeni w służbie i promocji życia*, Rzym 1991, str. 89.

⁴⁰ PAPIEŻ BENEDYKTY XVI, *Spe Salvi*, Encyklika do biskupów, prezbiterów i diakonów, do osób konsekrowanych i wszystkich wiernych świeckich o nadziei chrześcijańskiej, (SS) 6.

⁴¹ REBER, str. 33.

2.2. EWANGELIZACJA MISJĄ KOŚCIOŁA

2.2.1. Podstawy

Ośrodki Zakonu są dziełami Kościoła, które realizują także misję ewangelizacyjną, otaczając integralną opieką chorych i potrzebujących, naśladując Jezusa Chrystusa i św. Jana Bożego. Ewangelizować to:

- dawać świadectwo Ewangelii poprzez posługę potrzebującym w naszych dziełach;
- ukazywać dobroć i miłość Jezusa Chrystusa wobec ludzi;
- przemieniać ośrodki Zakonu w miejsca, gdzie osoby mogą doświadczać miłosiernej miłości Boga, przyczyniając się tym samym do szerzenia Królestwa Bożego.

2.2.2. Magisterium Kościoła

Ewangelizacja jest „głoszeniem Chrystusa dokonywanym zarówno świadectwem życia, jak i słowem”⁴². Podstawą ewangelizacji jest sam Jezus Chrystus, który przez wieki objawiał słowem i czynem miłość Ojca. Ewangelizacja niszczy moc grzechu i wzywa do nawrócenia (Mk 1,15); głosi ona miłość Boga i ofiaruje pełnię życia (J 10,10; 1,16). Drogą ewangelizacji jest Kościół. On sam, zewangelizowany, tworzy lud zjednoczony jednością Ojca, Syna i Ducha Świętego⁴³, stąd każdy wierny jest wezwany, by dawać osobiste świadectwo miłości Boga i nadziei, które w nim są (JP 3,15). Celem ewangelizacji jest „niesienie Dobrej Nowiny do wszelkich kręgów rodzaju ludzkiego, aby przenikając je swą mocą od wewnątrz, tworzyła z nich nową ludzkość”⁴⁴. Ewangelizacja skierowana jest do tych, którzy nigdy nie słyszeli Dobrej Nowiny Jezusa, ale także do tych, którzy w naszych zsekularyzowanych czasach oddalili się od życiodajnej siły wiary⁴⁵.

Ewangelizacja jest „aktywnym słowem” Ewangelii, odnoszącym się do naszych czasów⁴⁶. Ewangelizacja oznacza zarówno przenikanie świata duchem Ewangelii, jak również proces, który dokonuje się w każdym człowieku, gdy upodabnia się do Chrystusa.

⁴² SOBÓR WATYKAŃSKI II, *Lumen Gentium*, Konstytucja dogmatyczna o Kościele, (LG) 35.

⁴³ LG 4.

⁴⁴ PAPIEŻ PAWEŁ VI, *Ewangelii Nuntiandi*, *Adhortacja Apostolska o ewangelizacji w świecie współczesnym*, (EN) 18.

⁴⁵ EN 52.

⁴⁶ TROCHOLEPCZYK Bernd, *Ewangelisierung*, w: Konrad BAUMGARTNER/Peter SCHEUCHENPFLUG (Hrsg), *Lexikon der Pastoral* Bd. 1, Herder 2002, str. 421.

W swojej adhortacji apostołskiej Paweł VI⁴⁷ wyróżnia sześć elementów procesu ewangelizacji:

- dawanie świadectwa,
- otwarte przepowiadanie,
- przyłgnięcie duchowe,
- wejście we wspólnotę,
- przyjęcie znaków,
- dzieła apostołskie.

2.2.3. Świadectwo życia

Kościół świadomy wartości, których jest głóścicielem, stara się dawać świadectwo życia zakorzenionego w wierze. To zaangażowanie wyraża się w sposób szczególny poprzez dawanie osobistego, jak również grupowego świadectwa miłosiernej miłości wobec bliźniego, na przykład: w opiece nad chorymi, osobami starszymi, osamotnionymi, cudzoziemcami itp. Wyraża się ona w niektórych podstawowych zachowaniach chrześcijanina, tj. szacunek i uznanie, powściągliwość i samoograniczenie, miłosierdzie i sumienność, sprawiedliwość i solidarność. Sposób, w jaki chrześcijanie zachowują się między sobą, pozwala im na otwarcie się i zbliżenie do innych, ci natomiast rozpoznają w nich uczniów Jezusa i nabierają zaufania do przesłania ewangelicznego.⁴⁸ Najważniejszymi bramami prowadzącymi do wymiaru wiary w Boga są osoby, u których można dostrzec w sposób wyraźny i bezpośredni ich świadectwo. Aby świat przyjął te wartości, styl i wiarę, potrzeba ludzi, którzy będą nimi żyli w sposób wiarygodny – oni są żywymi obliczami Ewangelii⁴⁹.

Każdy z ośrodków Zakonu (jako że pełni miłosierzną posługę na rzecz potrzebujących i cierpiących), jak również wszyscy współpracownicy, zwłaszcza ci ochrzczeni, a wśród nich szczególnie te osoby, które pełnią funkcje kierownicze, uczestniczą w sposób szczególny w dziele ewangelizacyjnym poprzez swoje „świadectwo życia”. „Podmiotem w tym procesie są wszyscy wierni z ich charyzmatami, możliwościami i słabościami”⁵⁰.

⁴⁷ EN 24; 17

⁴⁸ DIE DEUTSCHEN BISCHÖFE NR 68, „Zeit zur Aussaat“ *Missionarisch Kirche sein*, Bonn 2000 (DBK), III. I (KONFERENCJA EPISKOPATU NIEMIEC n. 68, *Owocny czas dla kościoła misyjnego*, Bonn 2000, (CET) III.1.

⁴⁹ WANKE, str. 16.

⁵⁰ LG 35.

To „świadectwo życia” ukazuje się w działaniu opartym na Ewangelii, w codziennej pracy i w relacjach z pacjentami, podopiecznymi, niepełnosprawnymi, ale także w relacjach z kolegami z pracy, z rodzinami chorych itd. „Takie świadectwo już jest wieszczaniem Dobrej Nowiny, milczącym, ale bardzo mocnym i skutecznym”⁵¹. Tak się dzieje, kiedy:

- osoby w codziennych relacjach czują się akceptowane i doceniane;
- kiedy współpracownicy sumiennie i z miłością wykonują swoją pracę wobec potrzebujących;
- w relacjach między personelem widoczny jest duch poszanowania i wzajemnej akceptacji;
- w trudnych sytuacjach i okresie żałoby odczuwa się solidarność;
- angażujemy się na rzecz sprawiedliwości;
- mamy czas jedni dla drugich;
- jesteśmy otwarci i dyspozycyjni, by zmierzyć się z troskami oraz problemami egzystencjalnymi i pytaniami o sens życia, stawianymi przez naszych podopiecznych;
- w codziennym życiu, bez rozgłosu, praktykuje się wartości ludzkie i chrześcijańskie itd.

To nie są jedynie „sposoby działania”. W pełni zgadzamy się ze stwierdzeniem Ottmana Fuchsa, że w dziełach inspirowanych Ewangelią, w zaangażowaniu na rzecz bliźniego, „wciąż żyje Chrystus Miłosierny”⁵².

2.2.4. Świadectwo słowa

Poprzez świadectwo życia można „dotrzeć” do ludzi i zachęcić ich do podjęcia drogi, by wspierani spotkaniem ze świadectwem słowa, dokonali osobistego wyboru życia i wiary, procesu, który otwiera na szersze włączenie się we wspólnotę Kościoła, jak wskazano w dalszej części rozdziału na temat ewangelizacji.

„Nie ma prawdziwej ewangelizacji bez głoszenia imienia i nauki, życia i obietnic, Królestwa i tajemnicy Jezusa Nazareńskiego, Syna Bożego”⁵³. Niemniej jednak należy wziąć pod uwagę, że – zwłaszcza w kręgu zakonnym – istnieje i musi istnieć pewien rodzaj naturalnej dyskrecji w mowie, swego rodzaju wrażliwość językowa, która wymaga poszanowania. Wiara w Boga jest częścią najbardziej intymnej sfery życia człowieka. Dlatego konieczne jest określenie i stworzenie form oraz prze-

⁵¹ EN 21.

⁵² FUCHS Ottmar, *Heilen und befreien*, Düsseldorf, 1990, str. 86.

⁵³ EN 22.

strzeni, które z jednej strony nie będą naruszały intymności sfery religijnej i jednocześnie będą łączyły ze świadectwem życia niezbędną dozę wyjaśnień, informacji oraz interpretacji Słowa Życia. Do tego niezbędne są:

- odwaga i otwartość, by mówić o własnej wierze;
- wrażliwość, by wybrać odpowiednią sytuację i odpowiedni czas;
- wiarygodność;
- umiejętność wyjaśniania (*I P 3,15*);
- zdolność do interpretacji, do mówienia językiem prostym, aktualnym, odpowiednim do czasu i miejsca;
- miejsca/okazje (nabożeństwa niedzielne, uroczystości roku liturgicznego, pielgrzymki, nowe formy liturgiczne, grupy dialogu, chrzty/pogrzeby);
- projekty formacyjne (konferencje, media, seminaria);
- katecheza⁵⁴.

2.2.5. Opieka integralna i wymiar duchowy człowieka

Opieka integralna oznacza uwzględnianie i pielęgnowanie, oprócz wymiaru biologicznego, psychologicznego i społecznego osoby ludzkiej, także jej wymiaru duchowego, wskazując go jako podstawowy wymiar jej istnienia, dlatego że właśnie ten wymiar może stać się dla chorego i potrzebującego cennym źródłem zdrowia i siły, by zmierzyć się z życiem.

„Jako bonifratrzy, zostaliśmy powołani do pełnienia w Kościele misji głoszenia Ewangelii chorym i ubogim, przynosząc ulgę ich cierpieniom i całkowicie się im poświęcając”⁵⁵. Wymiar duchowy człowieka należy traktować ze szczególną troską, zwłaszcza w trudnych momentach jego życia.

Jednak wyrażenie „duchowość” charakteryzuje się pewną elastycznością. W Kościele katolickim duchowość oznacza naukę życia religijnego i duchowego⁵⁶, tzn. życia w duchu Bożym, czyli harmonijne włączenie człowieka w historię relacji między Stwórcą a stworzonym, która realizuje się poprzez kultywowanie duchowej praktyki w codziennym życiu (modlitwa, adoracja, medytacja), ale także poprzez służbę bliźnim, tzn. jest to „suma wszystkich starań człowieka w zakresie pielęgnowania żywej relacji z Bogiem, aby stał się On podstawą jego życia”⁵⁷. W świecie zsekularyzowanym wyrażenie to ma znacznie szerszą konotację.

⁵⁴ KEN, n. 68, III. 2.

⁵⁵ *Konstytucje Zakonu Szpitalnego św. Jana Bożego* (Konst.), Rzym 1984, n. 45^a.

⁵⁶ Herbert HASLINGER, (ed.): *Handbuch zur Praktischen Theologie*, Bd.2, Mainz 2000, str. 1601.

⁵⁷ KEN, n. 68, II. (Gelassenheit).

Pojęcie duchowości w tym kontekście jest oderwane od jakiegokolwiek wiary czy religii, a często nawet, za pomocą tego wyrażenia, próbuje się zasygnalizować osobiste odejście od zinstytucjonalizowanej praktyki chrześcijańskiej, stawiając na pierwszym miejscu indywidualność i podmiotowość. Zatem duchowość jest bardzo złożona i można ją wielorako interpretować.

2.2.6. Podsumowanie

Wobec tych różnych form duchowości, duszpasterstwo ewangelizacyjne będzie działać w niezwykle zróżnicowany i delikatny sposób; będzie dążyć do towarzyszenia człowiekowi w jego duchowej drodze, pomagając mu odkryć tajemnicę życia; zaferuje przestrzeń i możliwości, które pozwolą „wielkim pytaniom, które każdy człowiek kryje w głębi swojej duszy, wydostać się na zewnątrz i znaleźć na nie odpowiedzi pełne życia”⁵⁸.

Jednocześnie należy podejmować takie działania, aby Ewangelia Jezusa Chrystusa, która ubogaca życie każdego człowieka, pozostała żywa i obecna, przede wszystkim poprzez odpowiednie świadectwo życia.

Ośrodki bonifraterskie, jako że są dziełami Kościoła, mogą stać się w tym sensie „pułtem rezonansowym”, w którym brzmi w różnych formach melodia Ewangelii wyrażana poprzez słowa i czyny, dotykając serc ludzi i wpływając na ich życie⁵⁹.

Dawanie świadectwa życia i świadectwa słowa, w tym sensie są zarówno zadaniem współpracowników, jak i całego ośrodka.

Niezmiernie ważne jest, by ukazywać to świadectwo, ale jeszcze ważniejszy jest inny aspekt, który możemy zobrazować za pomocą przykładu ewangelicznej przypowieści o siewcy (Mk 4, 1-9):

„³ Słuchajcie: Oto siewca wyszedł siał. ⁴ A gdy siał, jedno [ziarno] padło na drogę; przyleciały ptaki, i wydziobały je. ⁵ Inne padło na miejsce skaliste, gdzie nie miało wiele ziemi i wnet wzeszło, bo nie było głęboko w glebie. ⁶ Lecz po wschodzie słońca przypaliło się i nie mając korzenia, uschło. ⁷ Inne znów padło między ciernie, a ciernie wybujały i zagłuszyły je, tak że nie wydało owocu. ⁸ Inne w końcu padły na ziemię żyzną, wzeszły, wyrosły i wydały plon: trzydziestokrotny, sześćdziesięciokrotny i stokrotny”. ⁹ I dodał: «Kto ma uszy do słuchania, niechaj słucha!»”

⁵⁸ Biskup Gebhard FÜRST, zacytowany w: TRIPP Wolfgang, „Geh und handle genauso“, w: Zeichen der heilsamen Nähe Gottes, Festschrift für Bischof Gebhard Fürst, Ostfildern 2008, str. 487.

⁵⁹ WANKE, str. 20.

Oдноśnie działalności duszpasterskiej, pierwszą nauką wypływającą z tych słów jest to, że powinniśmy być ufn i spokojni. Chrystus zasiewa, nie zniechęcając się niewielką szansą na sukces ze względu na suchą lub złą ziemię; zasiewa, nie chcąc wiedzieć z góry, jakie jest prawdopodobieństwo sukcesu lub porażki, dobrogo zbioru lub złego. Najważniejsze jest to, aby siewca wykonywał swoje zadanie – o wzrost i owoce zadba Bóg:

„Z Królestwem Bożym dzieje się tak, jak gdyby ktoś nasienie wrzucił w ziemię. Czy śpi, czy czuwa, we dnie i w nocy nasienie kiełkuje i rośnie, on sam nie wie jak. Ziemia sama z siebie wydaje plon, najpierw źdźbło, potem kłos, a potem pełne ziarno w kłosie. A gdy stan zboża na to pozwala, zaraz zapuszcza się sierp, bo pora już na żniwo” (Mk 4,26-29).

2.3. MISJA KOŚCIOŁA I CHARYZMAT ZAKONU WEDŁUG ŚW. JANA BOŻEGO

2.3.1. Podstawy

„A gdy wracał do domu, chociaż przychodził zmęczony, nigdy nie udawał się na spoczynek, dopóki nie odwiedził wszystkich chorych, pocieszając ich odnośnie spraw duchowych i doczesnych”.

„(...) widzę cierpienia tylu ubogich mych braci i bliźnich, ich wielkie potrzeby cielesne i duchowe”⁶⁰.

Jan Boży zawsze łączył praktyczne zaangażowanie na rzecz bliźniego z troską o jego dobro duchowe. Rozumiał i realizował swoją miłosierną posługę na rzecz chorych i ubogich, naśladując Jezusa Chrystusa poprzez głoszenie Dobrej Nowiny o zbawieniu oraz praktyczne ukazywanie miłości Boga wobec wszystkich ludzi, zwłaszcza wobec najstarszych. Jan Boży zapewniał człowiekowi integralną opiekę, troszcząc się o to, aby chorzy otrzymali także odpowiednią opiekę religijną i możliwość przyjęcia sakramentów, dlatego też stał się dla wielu z nich przewodnikiem duchowym.

2.3.2. Odniesienia biograficzne

2.3.2.1. Przekazać poczucie bycia kochanym przez Boga

Poprzez swój styl, swoje miłosierne i solidarne działania na rzecz ubogich, Jan Boży całkowicie upodobił się do Jezusa, uwalniając się stopniowo od egoizmu i pokusy, by prowadzić wygodne życie; umiał interpretować sytuację chorych i ubogich w świetle wiary i miłosierdzia; naśladował – kierowany doświadczeniem miłości Boga Ojca – Jezusa Chrystusa,

⁶⁰ JAN BOŻY, *Drugi list do Guttieri Lasso* (2GL) 8.

poświęcając się całkowicie służbie potrzebującym swoich czasów, aby mogli doświadczyć miłości Boga, czyniąc ich uczestnikami swojego doświadczenia i głosząc im zbawienie⁶¹.

Jan Boży czuł się tak bardzo przepelniony łaską, przebaczeniem i miłosierną miłością Boga, że pragnął przekazać to doświadczenie innym, poświęcając się całkowicie służbie najbardziej potrzebującym.

2.3.2.2. Duch ewangelizacyjny Jana Bożego

Doświadczenie łaski zbawienia (przeżyte w pierwszej osobie), poczucie bycia kochanym przez Boga, było motorem jego działalności ewangelizacyjnej. Ponadto Jan Boży w swoim niestrudzonym zaangażowaniu na rzecz potrzebujących, pragnął nie tylko wspierać ludzi w potrzebie, lecz przede wszystkim ukazywać im poprzez swoją działalność, miłość Boga: „Jeżeli zobaczylibyśmy, jak wielkie jest miłosierdzie Boże, nie przestalibyśmy nigdy czynić dobrze”⁶². Ponieważ godność każdego człowieka, szczególnie w potrzebie, jest przeogromna w oczach Boga, dlatego też powinna ona być uszanowana i chroniona. Jan Boży stwierdził: „Jedna dusza więcej jest warta niż wszystkie skarby świata”⁶³. Dlatego jego miłosierna postęga nie miała na celu jedynie zaspokajania potrzeb i rozwiązywania społecznych problemów. Jego zaangażowanie na rzecz ubogich i chorych było przede wszystkim naśladowaniem Chrystusa, konkretnym głosem zbawienia: „Oto, w jakich długach i niewoli znalazłem się dla Jezusa Chrystusa”⁶⁴. W swoim działaniu widział człowieka w sposób holistyczny, jego ciało i duszę. Otoczenie człowieka integralną opieką było zawsze w centrum jego trosk, o czym świadczą słowa, którymi zazwyczaj kończył swoje listy: „Jan Boży, który pragnie zbawienia wszystkich jak własnego”.

2.3.2.3. Styl ewangelizacyjny Jana Bożego

Konkretne przykłady z życia Jana Bożego ukazują jego nieustanne zaangażowanie w działalność ewangelizacyjną:

- w każdy piątek chodził ewangelizować prostytutki;
- w swoim szpitalu prowadził katechezę dla dzieci i chorych;
- zapewniał opiekę religijną chorym, dbał, by mieli dostęp do sakramentów;
- co wieczór odwiedzał chorych, pocieszając ich w sprawach duchowych i doczesnych;
- był ojcem duchowym dla osób poszukujących (pomagał Luisowi w rozeznaniu

⁶¹ *Wymiar misyjny Zakonu Szpitalnego św. Jana Bożego* (WM), Rzym, 1997, 37.

⁶² JAN BOŻY, *Pierwszy list do Księżnej Sessy* (IKS) 13.

⁶³ IKS 17.

⁶⁴ 2GL 7.

- swojego powołania, doradzał Gutierrowi Lasso w sprawach rodzinnych, był kierownikiem duchowym księżnej, co potwierdzają jego listy);
- był otwarty na wszystkich tych, którzy szukali pomocy, potrzebowali porady i ukierunkowania, starał się rozpoznać i odpowiedzieć na różne potrzeby; nawet jeśli miał wiele swoich trosk, nigdy nie odsyłał nikogo bez pocieszenia⁶⁵.

2.3.2.4. Profetyczne działania św. Jana Bożego

Jedną z najbardziej oryginalnych cech szpitalnictwa św. Jana Bożego był jego wymiar profetyczny⁶⁶. Bezwarunkowe, spontaniczne i energiczne zaangażowanie Jana Bożego na rzecz najuboższych i chorych, przyciągało uwagę. Działaniem nieustrudzonym, wychodzącym poza schematy, w imię Chrystusa, na rzecz wszystkich, którzy ignorowani przez społeczeństwo byli zmuszeni żyć w sposób niehumanitarny, powołał do życia nowy model opieki dla potrzebujących. Wraz z działaniami św. Jana Bożego, szpitalnictwo, wytyczając nowe drogi miłosierdzia dla dobra ubogich i wykluczonych, stało się źródłem kształtowania świadomości społecznej i swoim wyrazem sumienia ówczesnego świata.

2.3.3. Cnoty: wiara – nadzieja – miłość

Jan Boży realizował swoje powołanie z wiarą, nadzieją i miłością.

- Zbawcza obecność Boga była rzeczywistością, którą Jan odczuwał nieustannie i która wyznaczała jego codzienne działania. Zdanie, jakim rozpoczynał każdy swój list, jest tego świadectwem:

„Bóg ponad wszystko, co jest na świecie”.

- Nadzieja i bezgraniczne zaufanie Bogu kształtowały całe jego życie:

„Ten list posyłam Ci, by Cię powiadomić o moich kłopotach i zmartwieniach, ale za wszystko dziękuję Panu Jezusowi Chrystusowi! Wiesz przecież, mój najserdeczniejszy i najbardziej ukochany Bracie w Chrystusie, że ubodzy, którzy tu napływają, są bardzo liczni, tak że pytam nieraz sam siebie zdumiony, jak zdołam ich wszystkich wyżywić. Myślę, że Jezus Chrystus przyjdzie z pomocą”⁶⁷.

⁶⁵ Francisco de CASTRO, *Historia życia i świętobliwe dzieła Jana Bożego*, Wydawnictwo Bonifratrów, Rzym 1975, XVI; DM 5.11.

⁶⁶ *Karta Tożsamości Zakonu*, 3.1.7.

⁶⁷ 2GL 3.

- Miłość do Boga i do bliźniego były motorem i celem jego życia:

„Bądź zawsze miłosierny: gdzie nie ma miłosierdzia, nie ma Boga, chociaż jest On na każdym miejscu”⁶⁸

2.3.4. Charyzmat Jana Bożego i Rodziny Szpitalnej

Styl życia Jana Bożego szokował, ale także wywoływał podziw i entuzjazm do tego stopnia, iż pod koniec życia otaczało go wielu dobroczyńców, przyjaciół i naśladowców. Początkowo z nielicznej grupy osób rodzi się Zakon, który kontynuuje misję Jana:

„Bracia z wielką miłością i otwartością przyjmowali wszystkich ubogich, bez wyjątku, cudzoziemców i miejscowych, wyleczalnych lub nieuleczalnych, szaleńców i zdrowych na umyśle, dzieci i sieroty. A czynili to naśladując swego Założyciela, Jana Bożego”⁶⁹.

Charyzmat i misja Zakonu rozwijały się na przestrzeni wieków zgodnie z tą tradycją.

„Na mocy tego daru jesteśmy konsekrowani przez działanie Ducha Świętego, który nas czyni w sposób szczególny uczestnikami miłosiernej miłości Ojca. Owocem tego doświadczenia jest postawa życzliwości i oddania, która czyni nas zdolnymi do pełnienia misji głoszenia i budowania Królestwa Bożego wśród ubogich i chorych; przemienia nasze życie i sprawia, że poprzez nasze życie objawia się szczególna miłość Ojca wobec najsłabszych, którym staramy się nieść pomoc na wzór Chrystusa”⁷⁰.

Podobnie:

„Doświadczenie miłosiernej miłości Boga, skłania braci do poświęcenia swojego życia Bogu w służbie chorym i potrzebującym. Misja apostołska, główny cel Zakonu, realizuje się poprzez integralną opiekę nad potrzebującymi”⁷¹.

„Powołani do uobecniania Kościoła pośród chorych i ubogich w duchu naszego Założyciela, jesteśmy otwarci na każdy rodzaj cierpienia”⁷².

⁶⁸ JAN BOŻY, *List do Ludwika Baptysty* (LB) 13.

⁶⁹ *Karta Tożsamości Zakonu Szpitalnego św. Jana Bożego* (KT), Rzym, 2000, 3.2.1.

⁷⁰ *Konst.* art. 2.

⁷¹ *Bracia i współpracownicy zjednoczeni w służbie i promocji życia* (BW), Rzym, 1991, 15.

⁷² *Statuty Generalne Zakonu Szpitalnego św. Jana Bożego* (SG), Rzym, 2009, n 18.

Bracia współdzielą charyzmat Szpitalnictwa ze współpracownikami:

„Szpitalnictwo na wzór św. Jana Bożego wykracza poza krąg braci, którzy złożyli profesję w Zakonie. Propagujemy wizję Zakonu jako Rodziny Szpitalniczej św. Jana Bożego i przyjmujemy jako dar Ducha naszych czasów możliwość dzielenia naszego charyzmatu, duchowości i misji ze współpracownikami, uznając ich przymioty i talenty”⁷³.

2.3.5. Ewangelizacja poprzez Szpitalnictwo: przypowieść o dobrym Samarytaninie

Ewangelizacja poprzez Szpitalnictwo jest charakterystyczna dla naszego Zakonu. „Naszą misją jest ewangelizacja poprzez Szpitalnictwo w stylu św. Jana Bożego”⁷⁴.

Przypowieść o dobrym Samarytaninie (Łk 10, 29-37) jest biblijną podstawą Szpitalnictwa i jego szczególnej działalności ewangelizacyjnej:

„[29] Lecz on, chcąc się usprawiedliwić, zapytał Jezusa: «A kto jest moim bliźnim?» [30] Jezus nawiązując do tego, rzekł: «Pewien człowiek schodził z Jerozolimy do Jerycha i wpadł w ręce zbójców. Ci nie tylko, że go obdarli, lecz jeszcze rany mu zadali i zostawwszy na pół umarłego, odeszli. [31] Przypadkiem przechodził tą drogą pewien kapłan; zobaczył go i minął. [32] Tak samo lewita, gdy przyszedł na to miejsce i zobaczył go, minął. [33] Pewien zaś Samarytanin, będąc w podróży, przechodził również obok niego. Gdy go zobaczył, wzruszył się głęboko: [34] podszedł do niego i opatrzył mu rany, zalewając je oliwą i winem; potem wsadził go na swoje bydło, zawiózł do gospody i pielęgnował go. [35] Następnego zaś dnia wyjął dwa denary, dał gospodarzowi i rzekł: Miej o nim staranie, a jeśli co więcej wydasz, ja oddam tobie, gdy będę wracał. [36] Któryż z tych trzech okazał się, według twego zdania, bliźnim tego, który wpadł w ręce zbójców?» [37] On odpowiedział: «Ten, który mu okazał miłosierdzie.» Jezus mu rzekł: «Idź, i ty czyn podobnie!»”

2.3.5.1. Pojęcie bliźniego

Przypowieść o dobrym Samarytaninie prowadzi przede wszystkim do dwóch ważnych wniosków. Podczas gdy pojęcie „bliźniego” odnosiło się, aż do ówczesnego czasu, do rodaków i cudzoziemców, którzy osiedlili się na ziemi Izraela, czyli do solidarnej wspólnoty danego kraju i danego ludu, tutaj to ograniczenie zostaje zniesione. Ktokolwiek mnie potrzebuje, a ja mogę mu pomóc, jest moim bliźnim. Pojęcie bliźniego zyskuje wymiar uniwersalny, a jednak pozostaje konkretne⁷⁵.

⁷³ SG, n. 20.

⁷⁴ FORKAN D., *Zmieniające się oblicze Zakonu*, Rzym, 2009, 1.3.

⁷⁵ DCE 15.

Należy także zwrócić uwagę na Samarytanina jako na „bliźniego”⁷⁶. Nie tylko ten, który potrzebuje pomocy, lecz przede wszystkim ten, który jej udziela, spieszy z pomocą każdemu potrzebującemu, musi stać się „bliźnim”, a co za tym idzie, musi widzieć w potrzebującym brata i pomóc mu odzyskać jego godność. Teraz bardziej niż kiedykolwiek jest pilna potrzeba usłyszenia krzyku współczesnego człowieka, wołającego o pomoc, zarówno silnego, jak i cichego i zatrzymania się. Jezus identyfikuje się z potrzebującymi: głodnymi, spragnionymi, obcymi, nagimi, chorymi, więźniami. „Wszystko, co uczyniliście jednemu z tych braci moich najmniejszych, Mnieście uczynili” (Mt 25,40). Miłość Boga i miłość bliźniego łączą się w jedno: w najmniejszym spotykamy samego Jezusa, a w Jezusie spotykamy Boga⁷⁷.

2.3.5.2. Serce, które widzi

Przypowieść o dobrym Samarytaninie – mówiąc słowami papieża Benedykta XVI – „pozostaje kryterium miary, zakłada powszechność miłości, która kieruje się ku potrzebującemu, spotkanemu «przypadkiem», kimkolwiek jest”⁷⁸. „Program dobrego Samarytanina, program Jezusa, to serce, które widzi”⁷⁹. Podróżnik, który wpadł w ręce zbójców, jest obrazem wszystkich tych, którzy znajdują się w stanie potrzeby lub cierpienia zarówno duchowego, jak i cielesnego. Dlatego „wszystkie miejsca, gdzie istnieje ubóstwo, choroba, cierpienie, winny być dla nas, bonifratrów, uprzywilejowane, abyśmy praktykowali i żyli Ewangelią Miłosierdzia”⁸⁰. Nigdy nie możemy odwracać naszej uwagi od osoby w trudnej sytuacji, jak to zrobili kapłan i lewita, którzy byli utwierdzeni w przekonaniu, że ten, kto dotknie rannego, pochyli nad osobą upadłą, stanie się „nieczystym”.

Przypowieść ta w sposób wyraźny ukazuje nam, iż pojmowanie religijności wyłącznie jako czystego zachowywania zewnętrznych praktyk, może doprowadzić do skamieniałości serc⁸¹.

Dobry Samarytanin daje nam inny przykład. Stawia troskę o rannego ponad swoje osobiste plany, przezwyciężając strach i opór. Przynależność do grupy etnicznej lub wyznawana wiara, zasady, stopień społeczny itp., schodzą na drugi plan,

⁷⁶ KT 2.3.4.; TRIPP, str. 468.

⁷⁷ DCE 15.

⁷⁸ DCE 25.

⁷⁹ DCE 31b.

⁸⁰ KT 4.1.3.

⁸¹ Por. BAUMGARTNER, str. 50.

kiedy mamy do czynienia z osobą, która potrzebuje pomocy. Tutaj człowiek musi wykazać, że ma serce i odwagę, działając wbrew zasadom, ogólnym przekonaniom i stereotypom.

2.3.5.3. Posługa samarytańska: integralna opieka nad człowiekiem

Papież Jan Paweł II tak to ujął: „Można zaś powiedzieć, że w sposób szczególny człowiek staje się drogą Kościoła wówczas, gdy w jego życie wchodzi cierpienie”⁸². Stając się drogą Kościoła, cierpiący człowiek woła, ale jednocześnie i wyzwala w innych miłość, współczucie i inicjatywę pomocy⁸³. Dobry Samarytanin jest tego wymownym przykładem. On jest wzorem dla wszystkich form pomocy i opieki nad cierpiącymi i potrzebującymi. Sposób postępowania Samarytanina wskazuje wyraźnie nierozłączność opieki fizycznej i psychicznej. Dobry Samarytanin nie obawiał się, by zatrzymać się przy rannym i oprócz tego, że opatrzył jego rany, z własnej woli przywrócił temu człowiekowi jego godność i wartość. Istotnie, jego sposób opieki nad bliźnim jest nasycony przekonaniem, że ów człowiek posiada niezbywalną godność i że jej uszanowanie jest czymś z natury ludzkim.

Ten rodzaj opieki oddał rannemu, porzuconemu na drodze człowiekowi, nie tylko to, z czego został okradziony przez bandytów, lecz pozwolił odzyskać także to, czego pozbawili go kapłan i lewita, którzy się nie zatrzymali: jego godność. Tak jak prosty zabieg przy użyciu oleju i wina uleczył jego rany na ciele, tak bezinteresowny akt troski i miłosierdzia uzdrowił jego duszę, przywracając mu szacunek do siebie oraz innych⁸⁴.

2.3.5.4. Idź i ty czyń podobnie: Szpitalnictwo jako ewangelizacja

Nawet jeśli głównym celem tej miłosiernej posługi jest dobro potrzebującego, nawet jeżeli „ten, kto praktykuje *caritas* w imieniu Kościoła, nie będzie nigdy starał się narzucać innym wiary Kościoła” i nawet jeżeli „chrześcijanin wie, kiedy jest czas sposobny do mówienia o Bogu, a kiedy jest słuszne zamilknąć i pozwolić mówić jedynie miłości”⁸⁵, to zawsze część tej działalności ma wsobny charakter ewangelizacyjny. Ponieważ posługa miłości, która wyraża się w szpitalnictwie, uwidacznia i urzeczywistnia przesłanie bezwarunkowej miłości Boga do wszystkich ludzi, poka-

⁸² SD 3.

⁸³ SD 29.

⁸⁴ Por. BAUMGARTNER, str. 52.

⁸⁵ DCE 31c.

zuje, że Bóg jest gwarancją niezbywalnej godności osoby ludzkiej, która winna być chroniona, szanowana i przywrócona tym, którzy zostali jej pozbawieni. Ponadto otwiera na działanie Boga Życia i na Jego propozycję zbawienia dla całej ludzkości.

W ten sposób szpitalnictwo jako posługa bliźniemu, w swojej różnorodności jest aktualnym odzwierciedleniem życia Jezusa i Ewangelii Miłosierdzia, która znalazła swój najpełniejszy wyraz w przypowieści o dobrym Samarytaninie. Posługa samarytańska „w swojej bezinteresowności, jest najlepszym świadectwem o Bogu, w którego wierzymy (...), dlatego że Bóg jest miłością i staje się obecny właśnie wtedy, gdy nie robi się nic innego ponad to, że się kocha”⁸⁶.

W przypowieści o dobrym Samarytaninie spotykamy samego Jezusa, dlatego że to właśnie On jest prawdziwym Samarytaninem, podobnie jak ten, który poprzez styl swojego życia, zdecydował się być blisko uciśnionych, ubogich i wykluczonych. Jego głoszenie miłości Boga stało się nieustającą misją jego życia⁸⁷.

„Idź i ty czyn podobnie! Stań się bliźnim tego, kto nie ma nikogo i któremu odebrano człowieczeństwo i godność...” to przykazanie, które Jezus dał swoim uczniom, mając głęboką świadomość, że Bóg jest miłością.

Miłość wobec bliźniego, przeżywana w kluczu Szpitalnictwa, staje się ewangelizacją, a dla wielu osób będzie także „jedyną Biblią, jaką kiedykolwiek przeczytają”⁸⁸.

2.3.6. Wnioski

Duszpasterstwo inspirowane przykładem św. Jana Bożego i charyzmatem Zakonu oznacza:

- ukazywać ludziom słowem i czynem, miłosierną i wyzwalającą miłość Boga;
- praktykować Szpitalnictwo i ewangelizować;
- widzieć w człowieku cierpiącym i potrzebującym kryterium wszelkiego działania;
- bronić godności każdego człowieka; przywrócić godność tym, którzy zostali jej pozbawieni;
- odkrywać i spotykać w każdym człowieku Chrystusa (Mt 25);
- być solidarnym ze wszystkimi cierpiącymi;
- w sposób profetyczny bronić potrzebujących;
- wychodzić naprzeciw wszystkim potrzebującym, nie obawiając się niczego,

⁸⁶ DCE 31c.

⁸⁷ Por. BAUMGARTNER, str. 53.

⁸⁸ FORKAN D., *Zmieniające się oblicze Zakonu*, 1.3.

- nie odwracając wzroku, pozwalając się dotknąć i stać się bliźnim jak dobry Samarytanin (Łk 10 25-37) zgodnie z mottem św. Jana Bożego: „Serce dowodzi!”
- dawać spójne świadectwo własnego życia, ukazując w ten sposób Boga Miłosierdzia i miłość bliźniego;
 - starać się odkryć i uszanować w każdej rzeczywistości ludzkiej i w każdym spotkaniu z człowiekiem ślad obecności Boga;
 - hojnie ofiarować to, co się otrzymało;
 - stawiać jako cel, troskę o integralne zdrowie każdego człowieka;
 - wszyscy wierni powołani są do pełnienia posługi duszpasterskiej.

2.4. OPIEKA DUSZPASTERSKA PRAWEM PODSTAWOWYM

Jednym z podstawowych praw pacjenta/podopiecznego jest prawo do opieki duszpasterskiej i do odpowiedniego wsparcia, niezależnie od wyznania i światopoglądu. To samo dotyczy rodzin pacjentów/podopiecznych i wszystkich współpracowników Zakonu.

„Winniśmy podchodzić do wszystkich chorych i potrzebujących z poszanowaniem ich godności i wolności, zaspokajając ich potrzeby duchowe, pozostawiając im swobodę działania i zapewniając w miarę możliwości to, czego potrzebują”⁸⁹. „Dlatego niezbędne są zespoły duszpasterskie, składające się z odpowiednio przygotowanych duszpasterzy, którzy będą w stanie zapewnić opiekę duchową pacjentom, ich rodzinom i współpracownikom niezależnie od ich wyznania”⁹⁰.

W obliczu tak złożonej i zróżnicowanej sytuacji, z którą w obecnych czasach musi zmierzyć się każda rodząca się inicjatywa duszpasterska, duszpasterstwo oparte na Ewangelii i zakorzenione w chrześcijaństwie, będzie starać się – z poszanowaniem wolności i rzeczywistej sytuacji każdego człowieka – odnaleźć zasoby duchowe wspierające wiarę i życie.

2.5. PODSUMOWANIE

Opieka duszpasterska w dzisiejszych czasach musi opierać się na „kontakcie” (tzn. dotykać i pozwolić się dotknąć). Duszpasterze powinni być dotknięci Bożą miłością i historycznymi wyrazami tej miłości, jakim był np. św. Jan Boży. Muszą być wrażliwi na potrzeby duchowe (w tym na potrzebę poszukiwania sensu) i mogący rodzić się w związku z tym niepokój, jakże często będący udziałem współczesnego człowieka. Duszpasterze mają nawiązać kontakt z człowiekiem w taki sposób,

⁸⁹ KT 5.1.3.2.

⁹⁰ LXVI Kapituła Generalna, *Instrumentum Laboris*, SG, 2009, 2.17.

aby uwrażliwić go na Słowo Życia i pokazać, co zrobić, aby to Słowo w nim wzrastało.

Dotknięci przesłaniem Bożej miłości wobec wszystkich ludzi, która w określonym momencie historycznym w namacalny sposób została ukazana przez Jezusa Chrystusa, powinniśmy przekazywać ludziom, w ich konkretnej rzeczywistości egzystencjalnej, tajemnicę „życia w obfitości”. Osoba cierpiąca i potrzebująca jest drogą duszpasterstwa.

Zainspirowani przykładem działalności św. Jana Bożego, który poświęcił się bezgranicznie głoszeniu wszystkim potrzebującym zbawienia ciała i duszy, powinniśmy, bez żadnych obaw, poświęcić się każdej osobie, potrzebującej integralnej opieki, traktując wszystkich jak naszych bliźnich, naśladując przykład dobrego Samarytana (Łk 10 25-37), mówiąc słowami św. Jana Bożego: „Niech serce dowodzi”.

To oznacza, że duszpasterstwo obejmuje człowieka w całej jego integralności, we wszystkich jego wymiarach i ambiwalencjach, „widząc realny związek, jaki ma z samym sobą, z naturą i z Bogiem, ale także i przede wszystkim cały jego potencjał”⁹¹.

Duszpasterstwo nie oznacza jedynie głoszenia Słowa Bożego i sprawowania liturgii, lecz obejmuje także wszystkie obszary miłosierdzia i postęgi miłości (jest wielowymiarowe). „Spojrzenie duszpasterskie”⁹² jest zawsze spojrzeniem na całego człowieka, na osobę ludzką ze swoimi radościami i potrzebami. Jakakolwiek postęga bliźniemu (od zwykłej pomocy przy higienie osobistej, aż do opieki duchowej i egzystencjalnej) może mieć wymiar duszpasterstwa, jeśli jest sprawowana ze świadomością jego problemów i współczuciem dla człowieka we wszystkich jego wymiarach⁹³.

Poruszeni cierpieniem tak wielu ludzi poszukujących duchowości, których otacza poczucie pustki, którzy są rozczarowani, zdezorientowani itd., jesteśmy wzywani, by zbliżyć się do nich i umiejętnie, z wrażliwością pomóc im odkryć tajemnicę ich życia.

Duszpasterstwo podejmuje działania profetyczne: słyhać jego głos tam, gdzie jest w niebezpieczeństwie godność ludzka, angażuje się na rzecz sprawiedliwości społecznej i podejmuje wyzwanie nieustannej odnowy, aby odpowiadać wciąż na zmieniające się potrzeby i sytuacje aktualnych czasów.

Tego rodzaju działalność duszpasterska stara się ukazywać i bronić godności każdego człowieka, a także przywrócić tę godność tym ludziom, którzy zostali jej pozbawieni.

⁹¹ KNOBLOCH, str. 35.

⁹² REBER, str. 25.

⁹³ Tamże. 25.

Głęboko przekonani, że Ewangelia Jezusa doprowadzi człowieka do zbawienia, w sposób empatyczny i pełen szacunku pragniemy pomóc człowiekowi poprzez świadectwo życia i świadectwo Słowa, które są podstawą każdego procesu ewangelizacyjnego, wejść na drogę zbawienia. Specyficzną misją Zakonu w zakresie ewangelizacji jest Szpitalnictwo.

W tym celu konieczne jest nieustanne odkrywanie wciąż nowych obszarów i sytuacji, w których ludzie mieliby okazję do nawiązania kontaktu z Sacrum i Ewangelią.

Nasze duszpasterstwo nie jest ani natarczywe, ani paternalistyczne, lecz pokłada ufność w siłę głoszonego przesłania i w moc ludzkiego spotkania. Tylko w ten sposób może uwolnić siłę, która rozpała serca.

Naszą postugę duszpasterską charakteryzuje wrażliwość, cierpliwość i gotowość słuchania, co oznacza wyjście do człowieka i towarzyszenie mu w jego drodze. W naszej działalności umacnia nas wiara w to, że człowiek musi działać, czyli siać, ale to Bóg, który jest ponad wszelkim ludzkim wysiłkiem, dotyka serc, zapewnia wzrost i w sposób bezpośredni przyczynia się do pojawienia się owoców.

Nasze duszpasterstwo jest świadome swoich ograniczeń (towarzyszenie przez określony czas i na poszczególnych etapach) i dlatego też, w sposób szczególny spogląda na Jezusa, Dobrego Pasterza, który towarzyszy człowiekowi w troskliwy, lecz nigdy nie natarczywy sposób w każdej sytuacji, przede wszystkim w cierpieniu i chwili śmierci.

Poprzez takie podejście, nasze duszpasterstwo otwiera człowiekowi horyzont nadziei, biorąc swój początek w Bogu i niosąc Boga innym.



ROZDZIAŁ III

AKTUALNY KONTEKST DUSZPASTERSKI

Jako ci, którzy umiłowali życie i jako „niestrudzeni kreatorzy szczęścia”⁹⁴, zobowiązujemy się towarzyszyć i wspierać w potrzebach materialnych i duchowych wszystkich tych, którzy przychodzą do naszych ośrodków, szczególną troską otaczamy osoby znajdujące się w trudnej sytuacji oraz tych, którzy żyją w sytuacji ubóstwa lub niedostatku.

Cierpienie jest jedną z największych tajemnic ludzkości, na którą tym bardziej szuka się odpowiedzi w sytuacji bólu i cierpienia. Jest to poważna kwestia, przed którą wcześniej czy później staje każdy człowiek. Cierpienie i miłość są prawdopodobnie najbardziej uniwersalnymi z ludzkich doświadczeń.

Osoby, które spotykamy w naszych dziełach, doskonale wiedzą, co to jest ból fizyczny i/lub psychiczny, gdyż doświadczyli go osobiście. Pierwszą rzeczą, jakiej potrzebują, jest uzdrowienie z choroby, która ich dotknęła lub zaspokojenie konkretnej potrzeby, niemniej jednak ich prośba wyraża także, mniej lub bardziej, wyraźną potrzebę typu duchowego i religijnego.

Co rozumiemy, kiedy mówimy o potrzebach duchowych i religijnych? Trzeba wyjaśnić oba te pojęcia. W mowie potocznej pojęcia „duchowy” i „religijny” są często uważane za synonimy, ale my powinniśmy dokonać odpowiedniego rozróżnienia.

3.1. WYMIAR DUCHOWY I WYMIAR RELIGIJNY

Wymiar duchowy jest elementem konstytutywnym każdego człowieka. Wyraża się on w wewnętrznej potrzebie człowieka do ukierunkowania swojego życia i wzrastania poprzez nieustającą przemianę wewnętrzną, poszukiwanie szczęścia, realizację w pełni swoich ideałów. Działa on jako pewien rodzaj wewnętrznego silnika, który napędza człowieka i określa jego działania. Należy do intymnej sfery człowieka i otwiera na relacje z innymi oraz z Innym, którym może być Bóg lub jakiegokolwiek inne imię, którym określa się boskość, wypełniającą życie światłem i nadającą mu sens.

⁹⁴ CEI, Commissione Episcopale per la Dottrina della Fede, L'Annuncio e la Catechesi, *Lettera ai cercatori di Dio*, str. 5.

W naszych rozważaniach na temat duchowości warto podkreślić przynajmniej jedno z fundamentalnych rozróżnień: to, co rozumie się pod tym pojęciem w świecie katolickim oraz w znaczeniu bardziej ogólnym.

W środowisku katolickim duchowość łączona jest z życiem w duchu Ewangelii, a więc odpowiednimi praktykami osobistymi, wspólnotowymi i konkretną posługą na rzecz bliźnich. Często ta najbardziej wyrazista duchowość chrześcijańska urzeczywistnia się w historycznych formach, które Duch Święty wskazuje założycielom zakonów lub ruchów religijnych, dlatego też możemy mówić o duchowości franciszkańskiej, dominikańskiej, augustiańskiej itd., jak również o duchowości szpitalniczej, która charakteryzuje Zakon Szpitalny św. Jana Bożego.

W środowisku świeckim pojęcie duchowości ma wiele znaczeń. Mówi się o duchowości bardziej jako o kategorii antropologicznej niż o przeżyciach wewnętrznych lub osobistym doświadczeniu kontaktu z tym, co święte i boskie. W tym środowisku możemy mówić także o specyficznych formach duchowości typu materialistycznego (ewolucjonizm, panteizm itp.) lub transcendentalnego (Bóg, bóstwo, boskość, istota nadprzyrodzona, wieczność).

Te dwa podstawowe nurty są zgodne z tym, że konfrontacja człowieka z takim wymiarem jest nieunikniona.

Podobnie w innych konstytutywnych wymiarach człowieka (fizycznym, psychologicznym, społecznym), osoba może zrezygnować z możliwości rozwoju w tym kierunku, blokując dostęp do swojego wnętrza i tracąc możliwość dalszego wzrastania. Ci natomiast, którzy pielęgnowali i rozwinęli swój świat wewnętrzny, odnajdują w chwilach cierpienia siłę i energię do stawienia czoła, pojawiającym się w życiu trudnościom.

Wymiar duchowy odnosi się do sensu życia, wzbudza wielkie pytania egzystencjalne: Skąd pochodzimy? Dokąd zmierzamy? Czym jest życie? Czym jest śmierć? Jaki jest sens bólu? Co dzieje się z nami po śmierci? Są to pytania, na które możemy odpowiedzieć, odnosząc się do wartości, które każdy człowiek wyznaje i które odzwierciedlają wymiar duchowy każdej istoty ludzkiej. Ponieważ człowiek działa w zgodzie z tym, co w jego mniemaniu istotne, konieczne jest odniesienie do hierarchii wartości, dzięki którym jesteśmy zdolni stawić czoła różnym sytuacjom, także tym związanym z cierpieniem.

Oprócz wartości, istotną część wymiaru duchowego stanowią przekonania, wierzenia, które otwierają człowieka na wartości transcendentalne lub idee egzystencjalne (nauka, kultura, rodzina, polityka). Pojedynczy człowiek może mieć

różne przekonania, jednakże niektóre z nich mogą być ważniejsze i determinujące w stosunku do innych. Warto wspomnieć również o procesie dojrzewania i elaboracji, dzięki któremu możemy wyróżnić zarówno poziom magiczno-rytualny, jak i bardziej racjonalny. W każdym przypadku, towarzysząc drugiemu człowiekowi i oferując mu skuteczne wsparcie w czasie choroby, ważne jest, by wziąć pod uwagę wymiar duchowy, co pomaga w odpowiednim rozwoju życia duchowego chorego.

Wymiar religijny to zdolność istoty ludzkiej do przeżywania doświadczeń jako osoba wierząca. Chodzi tu o wybór konkretnej religii historycznej, konkretnego Boga, określonej i ukierunkowanej doktryny, oferującej wiernym hierarchię wartości, zdolną do udzielenia odpowiedzi na wielkie pytania ludzkości.

Wymiar ten wyraża się w konkretnym wyborze wiary i wymaga wyboru Boga w nieprzymuszony i dobrowolny sposób jako odpowiedzi na wewnętrzny głos, który powoduje rozumienie oraz przeżywanie w konkretnej formie. Jest to dynamiczne doświadczenie, wymagające wewnętrznej ciszy, by móc często wsłuchiwać się w wewnętrzne wołanie i móc na nie odpowiedzieć. Chodzi tutaj o drogę osobistą i wspólnotową, będącą w stanie zmienić i ukierunkować życie w zgodzie z Bogiem, w którego się wierzy.

Wymiar ów zakłada zawsze istnienie jakiejś wspólnoty: nie istnieje religia historyczna, która nie powodowałaby przynależności do pewnej grupy. Wspólnota pomaga swoim członkom w zrozumieniu i zgłębieniu danej doktryny, w pogłębianiu wiary w wyznawanego w swojej religii Boga, stanowi stosowną przestrzeń dla liturgii i rytów, jej członkowie są wobec siebie solidarni i zazwyczaj udzielają sobie nawzajem wsparcia zarówno materialnego, jak i duchowego.

Aby móc ocenić znaczenie doświadczenia religijnego, uwzględnia się, na ile jest ono w stanie pomóc osobom wyjść z ich egocentryzmu, tak aby mogli oni rozwijać otwarcie na innych ludzi poprzez otwarcie na to, co transcendentne. Bez wątpienia religia musi pomagać ludziom otwierać się na Boga, który jest źródłem życia, na świat, którego jesteśmy częścią oraz na innych ludzi, z którymi dzielimy nasze istnienie, w celu budowania wspólnoty ludzkiej opartej na pokoju, sprawiedliwości, wolności i solidarności.

Aby wyrazić własne *credo*, religia stosuje język symboliczny. Bogactwo przekazu wiary wymaga symboli zdolnych do wyrażenia tajemnicy Boga, dlatego liturgia zajmuje ważne miejsce w życiu wiernych, którzy celebryją wiarę po to, aby móc wzrastać w niej i ją przeżywać. Przykładem zaczerpniętym z religii katolickiej są sakramenty – widzialne znaki niewidzialnej rzeczywistości.

Wymiar duchowy i wymiar religijny nie są synonimami, choć istnieją pomiędzy nimi wzajemne odwołania. „Wymiar duchowy odnosi się do aspektów życia ludzkiego związanych z doświadczeniami, które przekraczają zjawiska zmysłowe. Nie równa się on wymiarowi religijnemu, choć dla wielu osób religia stanowi składową duchowego wymiaru ich życia. Aspekt duchowy postrzegać można jako wymiar zintegrowany z innymi wymiarami (fizycznym, psychologicznym, społecznym). Niezwykle postrzegany jest jako powiązany ze znaczeniem i z celem. Osobom znajdującym się u kresu życiowej drogi kojarzy się zazwyczaj z potrzebą wybaczenia, pojednania i potwierdzenia wartości”⁹⁵.

Wymiar duchowy to jeden z aspektów osoby ludzkiej. Jest elementem charakterystycznym każdej jednostki. Wymiar religijny natomiast stanowi konkretną formę historyczną, w ramach której jednostka zdecydowała się na umacnianie własnej siły duchowej.

Wprawdzie oba te wymiary się uzupełniają, ale nie w pełni pokrywają. Wszystkie przeżycia religijne są również duchowymi, podczas gdy nie zawsze przeżycia duchowe oznaczają przeżycie religijne. Josè Carlos Bermejo wyjaśnia w następujący sposób związek pomiędzy dwoma wymiarami:

„Wymiar duchowy i wymiar religijny są ze sobą ściśle powiązane i wzajemnie się uzupełniają (przenikają), ale nie zawsze się pokrywają. Podczas gdy wymiar religijny zawiera skłonność i występowanie w danej osobie jej relacji z Bogiem w grupie, do której przynależy jako wierny oraz zgodnie z konkretnym sposobem wyrażania wiary i relacji, wymiar duchowy obejmuje wymiar religijny i po części go zawiera. Za jego główne elementy możemy uznać cały złożony system wartości, pytanie o ostateczny sens rzeczy, fundamentalną opcję życia (globalną wizję życia). Gdy wymiar duchowy konkretyzuje się w wyznaniu religijnego credo; gdy świat wartości, fundamentalnych opcji oraz pytanie o sens konfigurują się w relacji z Bogiem, wówczas mówimy o wymiarze religijnym. Dlatego wiele elementów przynależy do wymiaru duchowego, z którego osoba w swej całości nie może zrezygnować, nie wszyscy jednak osiągają wiarę: relację z Bogiem, wyznanie wiary, przynależność do grupy, która podziela i celebrowuje tajemnicę, w którą wierzy”⁹⁶.

Powyższe rozróżnienie jest ważne nie tylko z teoretycznego punktu widzenia, ale również – i przede wszystkim – ze względów praktycznych. W naszych ośrod-

⁹⁵ por. ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA, *Leczenie bólu w chorobach nowotworowych i opieka paliatywna*. Genewa: WHO; 1990. (Seria Raportów Technicznych Światowej Organizacji Zdrowia 804).

⁹⁶ BERMEJO, J.C., *El acompañamiento espiritual. Necesidades espirituales de la persona enferma*, en “Labor Hospitalaria”, 2005 (4) n. 278, str. 22.

kach spotykamy osoby, które nie dokonały wyboru konkretnej religii, nie oznacza to jednak, że ten aspekt duchowy jest im obcy. W przypadku wszystkich tych osób będziemy troszczyć się o ich rozwój duchowy, innym natomiast zapewnimy wsparcie na ich konkretnej drodze religijnej. Aby towarzyszyć osobie cierpiącej, z duchowego punktu widzenia nie jest konieczna obecność zakonnika, kapłana czy innego przedstawiciela wyznaczonego przez hierarchów kościelnych, zadanie to może i powinien bowiem wykonać każdy pracownik służby zdrowia, szczególnie ci, którzy zostali odpowiednio przygotowani i formowani do sprawowania posługi duszpasterskiej wobec chorych oraz opieki duchowej i religijnej. Natomiast szczególnym zadaniem należącym wyłącznie do kapłana będzie np. udzielanie sakramentów, będących wyrazem religii katolickiej.

Dlatego dbanie o wymiar duchowy staje się także obowiązkiem personelu, który sprawuje opiekę nad podopiecznym. Aby działać w odpowiednim kierunku, dobrze jest mieć jasny obraz potrzeb oraz wymogów duchowych i religijnych osób, do których skierowana jest posługa duszpasterska⁹⁷.

3.2. OPIEKA INTEGRALNA

Koncepcja człowieka (model antropologiczny) jest kluczem do określenia i realizowania misji Zakonu, jego zadań i działalności leczniczej, a także stylu sprawowanej opieki. „Człowiek jest rzeczywistością wielowymiarową i składającą się z wymiaru biologicznego, psychicznego, duchowego i społecznego”⁹⁸. Te cztery wymiary należy uwzględniać jako istotne i podstawowe w osobie ludzkiej.

Są one na tyle silnie ze sobą powiązane, że wystąpienie zakłóceń w jednym z nich powoduje konsekwencje również w pozostałych. Co za tym idzie, model opieki Zakonu musi mieć siłą rzeczy charakter „integralny”, zgodnie z tym, o czym była mowa powyżej. Winna być zapewniona opieka obejmująca wszystkie wymiary człowieka i powinna być sprawowana przez kompetentny, wykwalifikowany i odpowiedzialny personel – odnosi się to oczywiście także do opieki duchowej i religijnej.

„Winniśmy zapewnić opiekę, uwzględniając wszystkie wymiary osoby ludzkiej: fizyczny, psychiczny, duchowy i społeczny. Jedynie taka postawa, która bierze pod uwagę wszystkie te wymiary, przynajmniej jako kryterium pracy i jako cel do osiągnięcia, może być uznawana za opiekę integralną”⁹⁹.

⁹⁷ Bardziej szczegółowe informacje na ten temat zawarte są w rozdziale 4.

⁹⁸ KT 5.1.

⁹⁹ KT 5.1.

Dlatego opieka duchowa i religijna (duszpasterska) stanowi istotną część projektu integralnej opieki dla chorych. „Opieka integralna obejmuje także troskę o wymiar duchowy człowieka”¹⁰⁰.

Staramy się pracować w sposób zorganizowany w ramach wielodyscyplinarnych zespołów (konkretnych dla poszczególnych sektorów opieki), które zapewniają posługę religijno-duszpasterską jako dodatkowe narzędzie pośród zasobów opiekuńczych ośrodka Zakonu, aby móc sprawować opiekę, która jest integralna i integrująca.

Model integralnej opieki Zakonu, aby był skuteczny, wymaga pracy w zespołach interdyscyplinarnych i wielodyscyplinarnych.¹⁰¹ Zainteresowanie potrzebami duchowymi i religijnymi danej osoby możliwe jest wyłącznie w ramach modelu terapeutycznego, zdolnego do oceny człowieka we wszystkich jego wymiarach, stąd mowa o opiece integralnej, która oznacza właśnie zaopiekowanie się człowiekiem w całej jego integralności. W naszych ośrodkach pragniemy towarzyszyć cierpiącym osobom we wszystkich ich potrzebach: począwszy od fizycznych i materialnych, a skończywszy na duchowych.

Osoby, które otaczamy opieką, mają bez wątpienia jedną podstawową potrzebę: wyzdrowieć, pokonać konkretną chorobę lub otrzymać pomoc w określonej potrzebie. Musimy być przygotowani na udzielenie najbardziej koherentnej i najlepszej odpowiedzi na tę potrzebę. Tego aspektu nie można zaniedbać, gdyż stanowi on podstawę rzetelnego wykonywania zawodu w ochronie zdrowia. Wymaga tego godność człowieka, obowiązek, chrześcijańskie miłosierdzie i sprawiedliwość, jak również prawa rynku.

Obok podstawowej potrzeby pojawiają się często inne. Mechanizm bólu powoduje przyspieszenie wielu procesów, pochłania całą energię osoby, angażuje wiele aspektów życia i przywołuje w myślach wszystkie zaznane w przeszłości rodzaje cierpienia, jak również powoduje niepokój o przyszłość. Opieka integralna stara się wychodzić naprzeciw wszystkim tym potrzebom. Aby tego dokonać, potrzeba współpracy różnych specjalistów, będących w stanie przezwyciężyć formy indywidualizmu, zamknięcia we własnej roli zawodowej, we własnych przekonaniach, po to, by poszukiwać najbardziej odpowiednich – z punktu widzenia dobra pacjenta – rozwiązań.

Aby wnieść jak najlepszy wkład, zespół duszpasterski powinien zastosować odpowiedni model, który umożliwi dialog z innymi specjalistami z danego sektora.

¹⁰⁰ KT 5.1.3.2.

¹⁰¹ Por. KT 5.3.2.6.

Zaangażuje się w zdiagnozowanie i określenie potrzeb pacjentów, we współpracy z zespołem zajmującym się opieką, w celu zaproponowania sposobu „opieki”, za pomocą narzędzi i działań możliwych w wymiarze duchowym i religijnym.

Do antropologicznej i zdrowotnej motywacji dochodzi również ta o charakterze teologicznym, która skłania do zastosowania modelu opieki integralnej. Naśladując przykład Chrystusa, nie możemy troszczyć się wyłącznie o zdrowie fizyczne. Postrzegamy osobę jako całość i dążymy do tego, by nasza opieka miała charakter integralny, by była w stanie uzdrowić całego człowieka. Musimy być zdolni do zarażenia wiarą i ufnością w Boga, starając się promować uzdrawiającą siłę zawartą w wierze. Inicjujemy procesy, w ramach których, na różnych polach, pragniemy pomóc choremu i potrzebującemu zaleczyć rany przeszłości, uwolnić się od tego, co poczyniło spustoszenie w jego życiu, pojednać się z samym sobą, z kochanymi osobami oraz z Bogiem. Dlatego zachowanie niosącego Ewangelię musi charakteryzować się całkowitym oddaniem i dyspozycyjnością, a zatem naśladować postawę Jezusa z Nazaretu.

Wierny duchowi swego Założyciela Zakon Szpitalny św. Jana Bożego zajmuje się w sposób godny i troskliwy zdrowiem duchowym chorych hospitalizowanych w dziełach Zakonu, jak również rozwojem duchowym swoich współpracowników, dobroczyńców, rodzin i przyjaciół.

Współczesna rzeczywistość wymaga tego, aby duszpasterska odpowiedź na potrzeby osób nie tylko płynęła z serca i hojności współbraci i współpracowników, ale również była w pełni wdrożona w danym dziele, zorganizowana i spójna¹⁰².

Duszpasterze muszą umieć pracować zespołowo, co jest bardzo ważne nie tylko z organizacyjnego punktu widzenia (zespół skuteczniej funkcjonuje), ale również z powodu wymogów ściśle antropologicznych i teologicznych. Przesłanie ewangeliczne, według którego „gdzie dwóch lub trzech gromadzi się w imię Moje, tam Ja jestem pośród nich (...)”¹⁰³ mówi nam, że dzięki tej obecności jesteśmy pewni, że to Jezus dokonuje zmiany, że działalność duszpasterska nie zależy jedynie od organizacyjnej zdolności osób, ale koncentruje się ona na chwalebnej obecności Zmartwychwstałego, nawet wówczas, gdy mamy do czynienia z cierpieniem. Nieodzownym warunkiem jest powołanie grupy duszpasterskiej¹⁰⁴.

¹⁰² *Statuty Generalne, 54a.* We wszystkich dziełach apostolskich Zakonu zostanie zapewniona opieka duchowa i religijna, wspomagana niezbędnymi zasobami ludzkimi i materialnymi. Mogą być w nią włączeni bracia, kapłani, osoby zakonne oraz współpracownicy, posiadający odpowiednią formację w zakresie duszpasterstwa, którzy będą pracowali w zespołach współdziałając z innymi funkcjami naszych dzieł apostolskich.

¹⁰³ Mt 18,20.

¹⁰⁴ *Priorytety szpitalnictwa na sześćdziesiąt lat 2006-2012, 22.* „Wzmacniać, a tam, gdzie nie istnieją, tworzyć

3.3. ZRÓŻNICOWANIE DZIAŁALNOŚCI DUSZPASTERSKIEJ W ZALEŻNOŚCI OD SEKTORÓW I POTRZEB

Proponowany przez Zakon model opieki integralnej, wymaga zróżnicowanej i spersonalizowanej troski dla każdego pacjenta i członka rodziny, w zależności od ich potrzeb. Wpływa to również na opiekę duszpasterską, która powinna podzielać ową troskę oraz sposób pracy z pozostałą częścią zespołu opiekuńczego.

Nie można reagować w taki sam sposób na wielorakie, różniące się od siebie potrzeby. Różnice mogą przejawiać się pod wieloma postaciami. Każdy człowiek jest jedyny w swym rodzaju, ma swą własną historię życia i swoje własne potrzeby.

Osoby sprawujące opiekę duchową i religijną oraz grupy duszpasterskie muszą rozróżnić i brać pod uwagę poszczególne kategorie podopiecznych oraz różnorodność usług i sektorów opiekuńczych ośrodka. Na tej podstawie należy opracować plan duszpasterski oraz roczny program. Tak więc jest tu mowa o różnych sektorach duszpasterskich, wśród których możemy wymienić między innymi: zdrowie psychiczne, niepełnosprawność fizyczną bądź umysłową, hospitalizację, geriatrica, bezdomność, opiekę hospicyjną itp. Dla każdego z tych sektorów trzeba opracować konkretny plan duszpasterski.

Złożoność i zróżnicowanie przypadków hospitalizacji wymagają od personelu odpowiedniego przygotowania. Również osoby sprawujące posługę duszpasterską w ochronie zdrowia muszą dobrze znać warunki ludzkie i chorobowe, by móc odpowiednio zorganizować działalność duszpasterską, dostosowując ją do sytuacji

zespoły duszpasterskie i/lub zespoły opieki duchowej i religijnej, tak aby ich działalność mogła zintegrować się ze strukturami i grupami opiekuńczymi, które już działają w naszych ośrodkach". Por. *List okólny Przeora Generalnego, 25 grudnia 2006, 3.2. Karta Tożsamości Zakonu, 5.1.2.3.* W skład zespołu duszpasterskiego wchodzi odpowiednio przygotowane osoby, potrafiące poświęcić się bez reszty duszpasterskiej działalności ośrodka. Współpracują z nimi inne zaangażowane w realizację danego projektu osoby, działające w niepełnym wymiarze godzin bądź w charakterze wolontariuszy. Potrzebny jest plan działalności duszpasterskiej, jak również konkretny program dostosowany do potrzeb ośrodka oraz leczonych w nim osób. Muszą zostać opracowane wytyczne odnośnie działalności duszpasterskiej, odnośnie treści zarówno filozoficznych, jak i teologicznych i duszpasterskich. Owe wytyczne stanowiąc będą punkt wyjścia do opracowania planu duszpasterskiego, starając się bezustannie wychodzić naprzeciw prawdziwym potrzebom duchowym chorych, ich rodzin i osób sprawujących posługę duszpasterską. Trzeba będzie wyznaczać cele, inicjatywy i parametry ich oceny, dokonując rozróżnienia pomiędzy poszczególnymi obszarami i kategoriami podopiecznych ośrodka, planując dla każdego obszaru bardziej konkretną i odpowiednią działalność duszpasterską. Ekipa duszpasterska winna właściwie troszczyć się o swoją formację, ażeby dorównać postępowi, umacniać się pod względem profesjonalnym i duchowym i móc lepiej służyć ludziom. Dobrą pomocą dla ekipy duszpasterskiej może służyć rada duszpasterska, złożona z grupy profesjonalistów ośrodka, jakkolwiek nie wyłącznie, wrażliwych na sprawy duszpasterskie, której zasadniczą funkcją jest refleksja i ukierunkowanie pracy ekipy.

rozmówcy i jeśli to możliwe, czyniąc z niego protagonistę działalności duszpasterskiej. Niezbędna jest ponadto szczególna uwaga i wrażliwość na wiek chorego i jego sytuację społeczną i życiową, jak również jego przekonania religijne i ideologiczne. W tym względzie, poza zdolnością nawiązania z każdym szczerego i pogodnego dialogu, duszpasterze muszą zwrócić szczególną uwagę na konieczność stworzenia jak najbardziej swobodnych warunków, gdyż jedynie w tego typu atmosferze może zakiełkować zdrowa odpowiedź na ewangeliczną propozycję.

W przekonaniu o konieczności specjalizacji oraz podziału zadań i obowiązków, nie można zapominać o tym, że musi być to zawsze postrzegane przez pryzmat integralnej opieki nad człowiekiem. Ponadto osoba sprawująca posługę duszpasterską musi zdawać sobie sprawę z faktu, że nie jest w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb pacjenta i że jej bezpośrednie działanie ma pomóc ulżyć w cierpieniu zarówno fizycznym, jak i psychicznym.

Specjalizacja posługi duszpasterskiej będzie musiała uwzględniać w integralny sposób życiową sytuację podopiecznych, co pomoże duszpasterzowi zrozumieć, że konieczna jest postawa głębokiego zaangażowania. Spowoduje to wyjście poza przyjęte schematy opieki i leczenia, przekroczenie ciasnych granic, do których sprowadza je czasem zawodowa funkcja.

Trzeba będzie również przeanalizować konkretną sytuację danego ośrodka lub dzieła, a co za tym idzie, działalność duszpasterska prowadzona w szpitalu o profilu ogólnym, będzie się różniła od tej, prowadzonej w domu spokojnej starości czy w hospicjum. Chodzi o to, aby organizować działalność duszpasterską zróżnicowaną w zależności od sektora, uwzględniającą potrzeby zarówno osób, których dotyczy, jak i szczególnego stylu dzieła. Duszpasterze powinni się troszczyć nie tylko o chorych, ale także o osoby, które sprawują nad nimi opiekę, wolontariuszy, rodziny oraz tych wszystkich, którzy z jakichkolwiek powodów zgłaszają się do ośrodków. Ze względu na szczególne związki z terytorium, na którym prowadzimy naszą działalność, należy również podtrzymywać relacje z instytucjami państwowymi i ze społecznością lokalną, w celu stworzenia atmosfery przyjaznej naszym instytucjom. W podobny sposób należy zadbać o podtrzymywanie relacji z instytucjami i organizacjami kościelnymi.

3.4. MIEJSCE WE WSPÓŁCZESNYM SPOŁECZEŃSTWIE, SZCZEGÓLNA WRAŻLIWOŚĆ NA POTRZEBY OSÓB INNYCH WYZNAŃ I RELIGII

Niezależnie od wyznania i różnorodnych form jego wyrazu, większość osób w pewnym okresie swojego życia przebywa przez jakiś czas w szpitalu. Z tego powodu coraz częściej we wszystkich szpitalach, w tym również w naszych ośrod-

kach, spotykamy osoby, które nie tylko mają odmienny kodeks etyczny, ale również odmienną wiarę i religię. Spotykamy również osoby niewierzące, agnostyków i ateistów.

Oczywiście wszystkim im musimy poświęcić należytą uwagę i przyjąć ich zgodnie z podstawową zasadą naszej misji ewangelizacyjnej

W duszpasterstwie szpitalnym wszyscy jesteśmy powołani do współpracy, zatem:

- nasza obecność wśród podopiecznych powinna odznaczać się zaangażowaniem duszpasterskim i gorliwością w dawaniu świadectwa wartościom chrześcijańskim i w przestrzeganiu zasad etyki chrześcijańskiej;
- odnosimy się z wielkim szacunkiem do przekonań i wierzeń religijnych innych osób, mając na uwadze, że ludzie doświadczeni cierpieniem i chorobą odczuwają głębiej swoje ograniczenie i potrzebują większej pomocy;
- naszym duszpasterstwem obejmujemy także rodzinę chorego;
- staramy się uwrażliwiać naszych współpracowników, aby wykorzystując swoje zdolności ludzkie i zawodowe, w swym postępowaniu zawsze jak najstaranniej przestrzegali praw chorego; zachęcamy do bezpośredniego uczestniczenia w duszpasterstwie tych, którzy czują się do tego powołani przez wiarę;
- ułatwiamy dostęp do posług religijnych tym, którzy wyznają inne religie;
- zgodnie z naszym charyzmatem angażujemy się czynnie w rozwój duszpasterstwa szpitalnego w Kościele lokalnym¹⁰⁵.

Opieka duszpasterska stanowi szczególną posługę, wypływa z integralnej troski o człowieka. Z tego powodu w dziełach apostoelskich Zakonu należy przeznaczyć odpowiednie środki, które zagwarantują jej realizację, będzie to odpowiedź na jedno z podstawowych praw chorych i potrzebujących.

Prawo to rozciąga się również na rodziny i przyjaciół chorych i potrzebujących oraz na współpracowników, dlatego opieka duszpasterska musi stanowić posługę dokładnie określoną pod względem funkcji i działania. Ponadto powinna być ujęta w schemacie organizacyjnym naszych ośrodków. Należy umożliwić także opiekę duszpasterską osobom innych wyznań, szanując ich przekonania religijne¹⁰⁶.

Opieka ta nie może ograniczać się jedynie do oddelegowania przedstawiciela innej religii, musi istnieć odpowiednia zdolność do dialogu, która nie zastępując się własnymi zasadami, potrafi odpowiednio uwidocznic pozytywne wartości,

¹⁰⁵ Por. *Konst.*, art. 51.

¹⁰⁶ *Statuty Generalne*, art. 53e.

wspólne cechy oraz elementy jedności. Miłość jest przekazem rozumianym przez wszystkich ludzi, a czymże jest życie chrześcijańskie jak nie życiem miłością Boga i daniem jej świadectwa na świecie?

Do naszych ośrodków trafiają osoby innych wyznań, które często znajdują się w potrzebie materialnej. Dzieje się tak w społeczeństwach wysoko rozwiniętych gospodarczo, jak i na obszarach ekonomicznie zacofanych. Poszukiwanie korzystnych dla nich rozwiązań stanowi dobry początek dialogu. W świecie zamkniętym w egoizmie, od chrześcijan wymaga się hojności. Nie jest powiedziane, że zostanie to odwzajemnione, wręcz przeciwnie, także Jezus przeżył podobną sytuację: spośród dziesięciu uleczonych trędowatych, tylko jeden powrócił, aby mu podziękować. To jednak nie zniechęciło Jezusa, by wśród tłumów leczyć i goić rany tych, którzy o to prosili.

Żyjemy w czasach, w których zjawiska sekularyzacji mają miejsce na coraz to szerszą skalę. Kościół musi codziennie zaskarbiać sobie szacunek swych rozmówców, ze względu na przeszłość odmawia się mu wiarygodności, żąda się od niego lojalnej odpowiedzi w teraźniejszości.

Nadmiernie merkantylny charakter relacji zachodzących w ramach naszych społeczeństw stawia nas w obliczu konieczności przywrócenia zdrowych relacji pomiędzy ekonomią i społeczeństwem, do czego nawołuje Papież Benedykt XVI w swej encyklice *Caritas in Veritate*¹⁰⁷. W tym zakresie Zakon Szpitalny św. Jana Bożego poprzez swoje dzieła jest zaangażowany na pierwszej linii. Daje świadectwo, że jest możliwe prowadzenie działalności ekonomicznej w zgodzie z potrzebami społecznymi i w tym zakresie również posługa duszpasterska, pomimo ograniczonych zasobów materialnych i ludzkich, może wносить znaczący wkład w realizację projektów podkreślających godność ludzką.

Spółeczeństwa są coraz bardziej pluralistyczne, co powoduje konieczność otwartego dialogu pomiędzy wszystkimi wyznaniem i ideologiami: dla duszpasterstwa dialog stanowi narzędzie wyboru¹⁰⁸.

¹⁰⁷ Benedykt XVI, CV 36 Działalność ekonomiczna nie może rozwiązać wszystkich problemów społecznych przez zwykłe rozszerzenie logiki rynkowej. Jej celem jest dążenie do dobra wspólnego, o które powinna także i przede wszystkim zabiegać wspólnota polityczna. Dlatego trzeba pamiętać, że przyczyną poważnego braku równowagi jest oddzielenie działalności ekonomicznej, która powinna obejmować tylko wytwarzanie bogactw, od działalności politycznej, która powinna wprowadzać sprawiedliwość przez redystrybucję dóbr.

¹⁰⁸ *Karta Tożsamości Zakonu*, 5.1.3.2. Jedną z wielkich wartości naszego społeczeństwa jest jego pluralizm. Minęły czasy, kiedy narzucało się reżim polityczny, władzę, jak również wiarę i religię. Dzisiaj uznajemy, że wiara jest darem i jako taki można ją przyjąć lub odrzucić; pozostawić na uboczu lub można ją pielegnować,

Przekonująca będzie przede wszystkim miłość, jaką osoby sprawujące posługę duszpasterską będą potrafiły przekazać, ponieważ miłość stanowi sedno ich życia: „Po tym wszyscy poznają, żeście uczniami moimi, jeśli będziecie się wzajemnie miłowali”¹⁰⁹.

Na bazie tego wymogu należy dołożyć wszelkich starań, aby między braćmi a współpracownikami powstała rodzinna atmosfera, co stanowi konkretną możliwość zaferowania świadectwa solidarności, którego świat oczekuje.

Rodzącemu się Zakonowi Szpitalnemu św. Jana Bożego, Kościół zaferował Regułę św. Augustyna, która stawia na pierwszym miejscu wzajemną miłość we wspólnocie¹¹⁰. Chodzi tutaj nie tylko o miłosierdzie płynące jednostronnie od leczącego do chorego, lecz przede wszystkim o miłość pochodzącą od wspólnoty wiernych zgromadzonych w imię Jezusa i rozprzestrzeniającą się niczym ogień, którego nikt nie jest w stanie ugasić. W obliczu tego rodzaju świadectwa wszyscy mogą poczuć, że i ich ono dotyczy: zarówno wierzący, jak i niewierzący, agnostycy i obojętni na wiarę.

Większą uwagę należy poświęcić tym, którzy wyznawali chrześcijaństwo, a następnie oddalili się od niego oraz tym, którzy w ogóle nie poznali Chrystusa. Takim osobom duszpasterz powinien poświęcać szczególną uwagę. Jezus pozostawił dziewięćdziesiąt dziewięć dobrych owieczek po to, aby szukać jednej zagubionej i przeznaczył na to tyle czasu, ile tylko było trzeba. Bezinteresowne poświęcenie się tym osobom, niemającym innych celów, nawet duchowych, może przywrócić siłę i witalność ich sercu.

W różnorodnej rzeczywistości, uzależnionej od narzędzi komunikacji oraz od technologii, która nie zawsze nacechowana jest poszanowaniem dla człowieka, duszpasterze w ochronie zdrowia muszą umieć dostrzegać potrzeby duchowe pacjentów, współpracowników oraz rodzin, starając się nie udzielać wyłącznie odpowiedzi o tradycyjnym charakterze religijno-sakramentalnym, lecz być gotowymi do postrzegania własnej roli w szerszy, ekumeniczny sposób, otwarty na kwestie, które dotyczą współczesnego człowieka. Święty Paweł powiedział: „Stałem się wszystkim dla wszystkich, żeby w ogóle ocalić przynajmniej niektórych”¹¹¹.

ażeby wzrastała i dojrzewała. W naszych dziełach postawiliśmy na pluralizm profesjonalny; wobec tego są tacy ludzie, którzy ten dar wiary otrzymali i pielęgowali go, a także i tacy, którzy tego nie uczynili. Podobnie w naszych ośrodkach są tacy, którzy otrzymali dar wiary i pomagali mu wzrastać, i tacy, którzy go nie otrzymali. Wszystkim pragniemy służyć i wszystkim chcemy pomagać; ze wszystkimi możemy przejść drogę, która im pozwoli zastanowić się nad historią swojego życia, także w chwili kryzysu, którym jest utrata zdrowia.

¹⁰⁹ J 13,35.

¹¹⁰ Reguła św. Augusta, rozdz. 1,3. „Zasadniczą przyczyną, dla której zgromadziliście się razem, jest to, abyście jednowyślnie mieszkali w domu i mieli jedną duszę i jedno serce skierowane ku Bogu”.

¹¹¹ 1 Kor 9,22.

3.5. SZEROKI ZAKRES DUSZPASTERSTWA

Opieka duszpasterska w naszych ośrodkach powinna być prowadzona na tak dużą skalę, na ile to tylko możliwe. Powinno to być duszpasterstwo szpitalnicze, które czerpie z inspiracji św. Jana Bożego, z jego pragnienia ofiarowania wszystkim przyjaznego miejsca dla ciała i duszy, w którym bracia i współpracownicy (w trwałej współpracy) związani duchową więzią, będą zapewniali serdeczne przyjęcie, dobrostan i pokój. Ogromne znaczenie ma także zaangażowanie Zakonu w duszpasterstwo społeczne, prowadzone na rzecz osób, które mają trudną sytuację życiową: ubodzy, bezdomni, wykluczeni, bezrobotni.

Nasze ośrodki są na pierwszej linii działań Kościoła i dlatego przychodzą do nas osoby, które miały odnośnie wiary i religii przeróżne doświadczenia. Niekiedy są to osoby rozczarowane lub takie, które nabrały zbyt krytycznego nastawienia; mogą to być także osoby poszukujące prawdy albo ludzie mający własne idee ateistyczne; z najwyższym szacunkiem i w pełnej wolności dla każdej z tych osób możemy mieć przyjazne słowa i gesty, możemy z całą odwagą proponować im i towarzyszyć w duchowej drodze, dzieląc z nimi ich wybory i wartości, od tych ludzkich po duchowe i religijne.

Choroba jest w życiu człowieka bardzo trudnym doświadczeniem. To czas, w którym chorzy przeżywają szczególne chwile, zadają sobie trudne pytania o sens życia, niekiedy czują się samotni. Często jest to również kluczowy moment, by wznowić kontakt z doświadczeniem religijnym przeżytym w przeszłości i później porzuconym, które jednak pozostawiło ziarno w sercu.

Chorzy przeżywają także chwile zwątpienia, wówczas wymagają oni szczególnego wsparcia i obecności duszpasterza, aby nie tkwili w rozpaczliwym lub problematycznym, krytycznym i negatywnym nastawieniu wobec Boga i wszystkiego, co z Nim związane. To właśnie w takich sytuacjach duszpasterz – zawsze z należytym szacunkiem – musi być obecny, ofiarując swoją pomoc i wsparcie w chorobie, jednak bez prozelityzmu.

Celem jest ukazanie miłosiernego i współczującego oblicza Boga i Jego bliskości w sposób, jaki to czynił Jezus, nie oczekując niczego w zamian, wskazując Go jedynie tym chorym, którzy tego pragną, aby mogli otworzyć drzwi swojego serca i spotkać się z Bogiem, który jest Miłością.

Pośród narzędzi, jakimi dysponuje Kościół, podobnie jak w każdej innej religii, są formy rytualne, związane z cierpieniem. Ryty, oprócz niesionych treści wyraźnie religijnych, dają możliwość przepracowania żałoby i nadania sensu cierpieniu.

Ryt nie musi być oderwany od życia, ma wręcz większą wartość, jeżeli towarzyszą mu wyrazy codziennej solidarności. Dla Kościoła liturgia jest źródłem i szczytem chrześcijańskiego życia, lecz dla współczesnego człowieka, który musi podążać drogą ponownego odkrycia wiary, obrzęd religijny może być jedynie kulminacją doświadczenia. Ryt bez ludzkiej bliskości nie jest w stanie przekazać swojej treści. W dzisiejszych czasach ludzie odczuwają potrzebę zrozumienia, dlatego też niezbędne są nowe formy zarówno komunikacji, jak i katechezy, nie można bowiem polegać już tylko na tych tradycyjnych. Jeśli w trakcie procesu terapeutycznego pacjenci zostaną zaangażowani w podejmowanie decyzji, które wpływają na ich zdrowie, także w zakresie duszpasterstwa muszą stać się protagonistami wyborów, a nie tylko odbiorcami przesłania nadziei, proponowanego w sposób schematyczny. Z drugiej strony jest wiele osób, często w podeszłym wieku, które nie potrzebują wielu słów, bo te ryt są im doskonale znane z dzieciństwa.

Doświadczenie duszpasterza pozwoli mu rozpoznać najlepiej nadające się formy komunikowania z konkretną osobą, którą ma przed sobą. Nie możemy stosować najbardziej zaawansowanych form praktyki duszpasterskiej, eliminując niemalże formy tradycyjne, które dla wielu są podstawą ich wiary.

Aby pomagać ludziom w potrzebie zarówno w naszych dziełach, jak i w naszym najbliższym otoczeniu, niezbędne są działania prowadzące do uwrażliwiania społeczeństwa, na szczeblu politycznym, społecznym i kościelnym. Do tego będzie konieczne utrzymywanie dobrych relacji z instytucjami publicznymi oraz wykorzystywanie okazji, by usłyszano nasz profetyczny głos, kiedy okoliczności tego wymagają.

3.6. PODSUMOWANIE

Sytuacja społeczna i osobista pacjentów, współpracowników i członków rodzin wymaga w najbliższej przyszłości bardziej zdecydowanej działalności duszpasterskiej w następujących kierunkach:

- bardziej zintegrowanego duszpasterstwa w obszarze opieki zdrowotnej i społecznej;
- duszpasterstwa otwartego i zapewniającego opiekę chorym i potrzebującym, zwłaszcza w sensie zaspokajania potrzeb duchowych i religijnych;
- duszpasterstwa spersonalizowanego w zależności od poszczególnych sektorów, od różnych kategorii chorych i wymogów pielęgnacyjnych (ciężko chorzy, przewlekłe choroby, choroby umysłowo, niepełnosprawni fizycznie i psychicznie, osoby starsze, nieuleczalnie chorzy);
- praktyka religijno-sakramentalna bliższa potrzebom ludzi i dostosowana do szczególnej atmosfery szpitalnej;

- szersza działalność duszpasterska i humanizacyjna, która będzie wyrażeniem wymiaru duchowego w działalności ludzkiej, społecznej, osobistej i wspólnotowej;
- formacja duszpasterska zintegrowana i inspirująca do przemiany i odnowy, która pogłębia wiedzę biblijną, liturgiczną, charyzmatyczną wraz z wymiarem antropologicznym, psychologicznym i społecznym;
- szersza działalność duszpasterstwa szpitalnego we współpracy z innymi zespołami.

Św. Jan Boży z pewnością jest szczęśliwy, widząc z nieba swoich konsekrowanych synów i ich współpracowników, pracujących razem i współdzielących to samo pragnienie, by cierpienie tego, który musi udźwignąć ciężar, często ponad własne siły, najpierw gościć w duszy, zanim przyjmie się go do własnego domu.



ROZDZIAŁ IV

MODEL OPIEKI DUCHOWEJ I RELIGIJNEJ

4.1. WPROWADZENIE

Troska o potrzeby duchowe i religijne chorych stanowi istotną część integralnej opieki wobec każdego człowieka, zatem nieodzowna jest koordynacja pracy całego zespołu opiekuńczego w danym dziele.

„Nasz wkład w społeczeństwo będzie wiarygodny, w miarę jak potrafimy wykorzystać postęp techniczny i rozwój nauk i spożytkować ich osiągnięcia; stąd waga ustawicznego, czujnego unowocześniania naszej opiekuńczej posługi pod względem technicznym i zawodowym. Na tej podstawie winniśmy zapewnić opiekę, uwzględniając wszystkie wymiary osoby ludzkiej: fizyczny, psychiczny, społeczny i duchowy. Jedynie taka postawa, która bierze pod uwagę wszystkie te wymiary jako kryterium pracy i jako cel do osiągnięcia, może być uznawana za opiekę integralną. Integralna opieka oznacza troskę także o duchowy wymiar osoby ludzkiej”¹¹².

Proces opieki duchowej, jak również cały proces leczenia, składa się z:

Określenia potrzeb (diagnoza)



Wyznaczenia celów



Procesu leczenia (terapia)



Weryfikacji (ocena)

Realizacja tego procesu musi nastąpić w taki sam sposób, jak w przypadku potrzeb fizycznych, psychologicznych lub społecznych. Dlatego mówimy o metodzie klinicznej jako o tej najodpowiedniejszej w zaspokojeniu wszystkich potrzeb

¹¹² Zakon Szpitalny św. Jana Bożego. *Karta Tożsamości Zakonu*. Rzym, 1999, 5.1; 5.1.3.2.

chorego, zwłaszcza w środowisku szpitalnym, mając oczywiście na uwadze także specyficzne wymogi pracy duszpasterskiej. Ta metoda ułatwia integrację i pracę zespołową całemu personelowi medycznemu.

Proces leczenia chorego składa się z poszczególnych etapów: w odniesieniu do duszpasterstwa, po pierwsze należy określić potrzeby duchowe i religijne pacjenta i ewentualnie jego rodziny, aby móc postawić najbardziej wiarygodną diagnozę. Następnie należy określić cele, które zamierza się osiągnąć i w związku z tym powinno się zaplanować odpowiednie działania duszpasterskie niezbędne do osiągnięcia tych celów. Na koniec ogromne znaczenie ma weryfikacja i ocena procesu, aby móc dokonać oceny skuteczności podjętych działań lub ewentualnej konieczności wyznaczenia nowych kierunków działań.

4.2. OKREŚLENIE POTRZEB DUCHOWYCH I RELIGIJNYCH

4.2.1. Koncepcja potrzeby duchowej: niektóre definicje

„Jest to potrzeba lub pragnienie osób wierzących lub niewierzących, poszukujących wzrostu duchowego, podstawowej prawdy, nadziei, sensu życia i śmierci, aby pod koniec swojego życia coś jeszcze przekazać” (C. Jomain).

„Wymiar duchowy odnosi się do aspektów życia ludzkiego związanych z doświadczeniami, które przekraczają zjawiska zmysłowe. Nie równa się on wymiarowi religijnemu, choć dla wielu osób religia stanowi składową duchowego wymiaru ich życia. Aspekt duchowy postrzegać można jako wymiar zintegrowany z innymi wymiarami: fizycznym, psychologicznym, społecznym. Nierzadko postrzegany jest jako powiązany ze znaczeniem i z celem. Osobom znajdującym się u kresu życiowej drogi kojarzy się zazwyczaj z potrzebą wybaczenia, pojednania i afirmacją wartości” [por. Światowa Organizacja Zdrowia. *Leczenie bólu w chorobach nowotworowych i opieka paliatywna*. Genewa: WHO 1990 (Zbiór raportów technicznych 804)].

„Wymiar duchowy jest sferą myśli, które odnoszą się do wartości moralnych podczas całego życia. Wspomnienia o przeżytych rozczarowaniach i poczucie winy mogą być uznane za całkowicie wyjęte z kontekstu religijnego i trudno dostępne dla posługi, sakramentów i symboli, które dają ogromne ukojenie w „grupie religijnej”. Świadomość, że życie szybko przemija, może obudzić pragnienie, by postawić na pierwszym miejscu to, co jest najważniejsze i osiągnąć to, co uważamy za prawdziwe i cenne, ta świadomość może także wzbudzić poczucie, że nie jest się w stanie lub jest się niegodnym, by to uczynić. Może być przyjmowane z rozgoryczeniem to, co się dzieje lub to, co wydarzyło się w przeszłości, a przede wszystkim może prowokować przygnębiające poczucie pustki. W tym tkwi, moim zdaniem, istota duchowego bólu” (Cecily SAUNDERS, *Spiritual pain*).

4.2.2. Potrzeby duchowe i religijne

Oдноśnie potrzeb duchowych i religijnych istnieją różne określenia. Poniżej przedstawiamy niektóre z nich.

4.2.2.1. Podstawowe potrzeby

- **POTRZEBA SENSU**¹¹³: nie tylko ważne jest żyć, lecz nadać sens temu, co przeżywamy. Jest to niezbędne dla człowieka. Życie bez poczucia sensu może doprowadzić do samobójstwa. Sens życia buduje się na podstawie dialogu, tzn. stale rozmawiając z samym sobą, z innymi, ze światem i z transcendencją (Bogiem).
- **POTRZEBA POJEDNANIA**: potrzeba odbudowania utraconej jedności z samym sobą, z innymi, z Bogiem i otaczającą naturą, połączona z poszukiwaniem komunii i osobistej integracji, która jest podstawą do zachowania sensu własnego życia.
- **POTRZEBA ZNAKÓW**: wymiar religijno-duchowy wprowadza i ukierunkowuje człowieka ku innej rzeczywistości, często związanej z tajemnicą tego, czego nie znamy. Nawiązanie kontaktu z tą sferą i jej leczenie często wymaga innego i konkretnego języka: symbolicznego, poetyckiego. Jest to również język liturgii i obrzędów religijnych; język, który możemy nazwać „językiem serca”.
- **POTRZEBA TRANSCENDENCJI**: jest potrzebą odczuwania zjednoczenia z Innym - Bogiem. Wiąże się z tajemnicą i napełnia nadzieją i światłem. Oznacza kontynuację egzystencji człowieka po śmierci. Szczególnie na poziomie religijnym, obejmuje proces wiary, doświadczenia i spotkania z Bogiem, który oświeca, prowadzi i nadaje sens życiu.

W chorobie i w kryzysowych etapach życia potrzeby te stają się wyjątkowo ważne i wymagają szczególnej uwagi i troski także ze strony personelu medycznego, a zwłaszcza ze strony duszpasterzy. Większość potrzeb duchowych i religijnych jest związana z wyżej wymienionymi¹¹⁴.

4.2.2.2. Lista potrzeb duchowych i religijnych

Poniżej przedstawiamy listę potrzeb duchowych i religijnych, która jest uzupełnieniem treści przedstawionych w poprzednim punkcie.

¹¹³ Por. FRANKL V, *La voluntad de sentido: conferencias escogidas sobre logoterapia*, Herder, Barcelona, 1994.

¹¹⁴ Por. Torralba, E., *Necesidades espirituales del ser humano. Cuestiones preliminares, en Labor Hospitalaria*, 2004 (1) n. 271, str. 12-16.

1. Potrzeba sensu: każda osoba potrzebuje odkryć ukryte znaczenie wydarzeń, musi jakoś wytłumaczyć sobie problem istnienia bólu, istotę sensu życia. Człowiek, który ma wątpliwości, nie podejmuje żadnych działań, musi rozwikłać tajemnice, aby móc dalej żyć. Odpowiedzi na podstawowe pytania mogą być bardzo różne, ale wszystkie idą w kierunku wzrastania, pogłębienia poczucia przynależności, lepszego zrozumienia własnej tożsamości.
2. Potrzeba dobrostanu: każda osoba żywi pragnienie, aby czuć się dobrze z sobą samą i chce wykorzystać wszelkie możliwe środki, aby poprawić swój stan psychofizyczny.
3. Potrzeba pojednania: aby żyć razem z innymi, każda osoba musi uznać, że potrzebuje przebaczenia oraz musi przebaczyć sobie i innym. Zdolność akceptacji siebie samego jest uzależniona od zdolności przebaczenia zniewag wycierpianych od innych ludzi. Przebaczenie łatwiej przychodzi tym, którzy w swoim życiu doświadczyli bezinteresowności i dobroci.
4. Potrzeba wolności: wolność jest podstawowym warunkiem życia ludzkiego. Tylko wolny człowiek jest zdolny do wzrastania i dojrzewania. Choroba czyni człowieka w pewien sposób mniej wolnym i z tego właśnie powodu działalność duszpasterska, aby była skuteczna, musi być prowadzona w duchu całkowitej wolności, pozostawiając zawsze drugiemu człowiekowi możliwość wycofania się lub odłożenia czegoś w czasie.
5. Potrzeba prawdy: zrozumienie i miłość okazywane człowiekowi, który znalazł się w potrzebie, muszą wypływać z szacunku do prawdy o człowieku i o jego życiu z chorobą. Chory ma prawo do szacunku i do otrzymania, odpowiednio do swojego stanu psychicznego i duchowego, wszystkich informacji na temat swojego zdrowia.
6. Konieczność spełnienia obowiązków: chodzi tu o obowiązki religijne i o te, jakie człowiek posiada w stosunku do swoich najbliższych.
7. Potrzeba modlitwy: formy modlitwy mogą być różnorodne. Duszpasterz musi umieć zrozumieć i znaleźć najlepsze sposoby w zależności od sytuacji. Nawet jeśli nie jest to czas i miejsce na katechezy na temat modlitwy, czasami niezbędne jest działanie edukacyjne w tym zakresie.
8. Potrzeba rytualizacji: od najprostszyc gestów, takich jak pozdrowienie, aż do najbardziej wyszukanych rytów liturgicznych, całe życie ludzkie naznaczone jest rytami. Ryty posiadają wartość antropologiczną, która pomaga przejść

trudne momenty egzystencjalne, a w przypadku rytów religijnych, posiadają także wartość teologiczną, która pomaga wyrazić swoją relację z Bogiem, z wymiarem nadprzyrodzonym.

9. Potrzeba milczenia: cisza jest najlepszym czynnikiem pomagającym w przepracowaniu bólu. W chwili cierpienia słowa mogą wydawać się nie na miejscu i nawet jeżeli ich celem jest uleczenie, często przynoszą odwrotny efekt, przeszkadzają, a wręcz mogą ranić. Milczenie, a przede wszystkim wyciszenie wewnętrzne jest źródłem dobrostanu.
10. Potrzeba komunikacji: poczucie bycia w centrum jakiegoś wydarzenia prowokuje potrzebę rozmowy z innymi na temat własnego cierpienia. Ta potrzeba wymaga, aby przy chorym był ktoś zdolny do słuchania i tylko ten, kto naprawdę opiekuje się drugim człowiekiem, jest zdolny do znalezienia na to odpowiedniego czasu.
11. Potrzeba wyrażenia wdzięczności: chory, który doświadczył dobroci od otaczających go osób, musi znaleźć sposób, aby wyrazić swoją wdzięczność. Nie mniej ważna jest potrzeba podziękowania Bogu za dar życia.

4.2.2.3. Potrzeby duchowe i religijne: jest to podstawowa lista, którą powinni mieć na uwadze zwłaszcza duszpasterze w swoich relacjach z chorym i jego rodziną¹¹⁵.

1. Relacja z samym sobą (identyfikacja własnej tożsamości).
2. Relacja z innymi.
3. Potrzeba przyjaznego i rodzinnego otoczenia.
4. Szacunek dla własnej intymności i osobistych wierzeń.
5. Ponowne odczytanie własnej historii życia, by nadać mu sens.
6. Przebaczenie i pojednanie.
7. Znaleźć odpowiedzi na pytania dotyczące sensu i własnej oceny choroby, cierpienia i śmierci.
8. Przepracować straty, które niesie ze sobą choroba.
9. Wyrażać i dzielić wartości i przekonania.
10. Życie po życiu. Kontynuacja istnienia.
11. Otwartość na transcendencję.
12. Relacja z Bogiem lub transcendencją, zwłaszcza w cierpieniu, chorobie i śmierci.

¹¹⁵ Prowincja Aragońska. *Necesidades espirituales y religiosas a valorar en la Historia Pastoral de los enfermos*, Sant Boi Llobregat 2006.

13. Uczestnictwo w praktykach religijnych zgodnie z własnym wyznaniem.
14. Wyrażanie wiary lub przekonań religijnych za pomocą symboli i przekazów niewerbalnych.
15. Wyrażanie życia duchowego za pomocą sztuki, kultury i natury.

Potrzeby duchowe członków rodziny: zwłaszcza w sytuacjach, kiedy pacjent jest niesamodzielny, nieprzytomny, w stanie śpiączki, w stanie wegetatywnym:

1. Potrzeba towarzyszenia, by przyzwycząić się do nowej sytuacji.
2. Nadanie sensu nowej sytuacji.
3. Wyrażanie i realizacja wartości oraz praktyk religijnych.

Wymieniliśmy tutaj tylko przykłady niektórych potrzeb duchowych i religijnych. Z pewnością można znaleźć ich więcej. To, co jest najważniejsze, to postawa duszpasterza w stosunku do potrzeb duchowych drugiego człowieka.

Wobec tych potrzeb, cała grupa opiekuńcza ma obowiązek towarzyszenia choremu, tak aby mógł znaleźć odpowiedzi na sytuację, w której się znalazł. Będąc u boku chorego, nie można się narzucać, trzeba umieć trwać w gotowości, aby pozwolić osobie, która znalazła się w trudnej sytuacji, znaleźć oparcie. Chorego nie można wyręczać, przeszkadzać mu w pokonywaniu własnej drogi, trzeba pozostać obok i w razie potrzeby pomóc rozpocząć wszystko od nowa. Kto towarzyszy bliźniemu, powinien pozostać w cieniu, pozwolić drugiej osobie być protagonistą swojego procesu powrotu do zdrowia.

Kiedy potrzeby duchowe wyrażane są w specyficznym kontekście religijnym, drugiemu człowiekowi należy zapewnić konkretną posługę religijną, ale opieka duchowa to także bycie przy boku człowieka cierpiącego, z szacunkiem i miłością, pamiętając o szczególnej sytuacji psychologicznej chorego.

4.2.3. Narzędzia niezbędne do określenia potrzeb duchowych i religijnych

Podobnie jak ci, którzy szczególnie dbają o zapewnienie troski w innych wymiarach chorego (fizycznym, społecznym, psychicznym), duszpasterze muszą korzystać ze środków i narzędzi, które pomogą odkryć potrzeby duchowe i religijne chorego i jego bliskich.

Z pewnością obszar ten wciąż nie jest wystarczająco rozwinięty i narzędzia, które istnieją, muszą być nieustannie udoskonalane. Ponadto każdy winien dążyć do tego, by wybrać takie narzędzia, które są najodpowiedniejsze dla pacjentów, nad którymi sprawuje opiekę (Załączniki 1 i 2).

4.3. DIAGNOZA DUSZPASTERSKA (DUCHOWA I RELIGIJNA)

Postawienie diagnozy w tym dość specyficznym obszarze duszpasterstwa nie jest łatwe i nie zawsze jest możliwe, jeśli nie w formie bardzo ogólnej. Z drugiej strony nie został opracowany system diagnostyczny, który byłby uznany i zatwierdzony, tak jak to ma miejsce w innych sferach, tj. medycyna i opieka pielęgniarska. Niemniej jednak ważne jest zaangażowanie w tym obszarze, gdyż mobilizuje to duszpasterzy do starannego badania poszczególnych przypadków i pomaga określić, jakie podjąć działania względem pacjenta i jego rodziny.

Zdiagnozować, oznacza określić (po niezbędnej weryfikacji), jaka jest realna sytuacja osoby w wymiarze duchowym i religijnym, jak ją przeżywa i czego w związku z tym potrzebuje. Diagnoza musi odnosić się do realnej sytuacji pacjenta, opierać się na konkretnych faktach i objawach, które są wyrazem tego, co się z nim naprawdę dzieje.

Poniżej jako wskazówki i przykłady przedstawiamy niektóre diagnozy duszpasterskie, częściowo pochodzące z obszaru opieki pielęgniarskiej, a konkretnie z *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*¹¹⁶.

4.3.1. Dobrostan duchowy

Jest to stan życiowy, w którym człowiek doświadcza radości z integracji znaczenia i wzoru życia poprzez relacje ze sobą, z innymi, z naturą i z transcendencją (Bogiem). Cechy, które go określają są następujące:

- a) Zaakceptowanie siebie i szacunek do siebie samego.
- b) Przyjazne środowisko społeczne i rodzinne.
- c) Dobra akceptacja własnej intymności, wartości i przekonań.
- d) Pozytywne odczytywanie własnej historii.
- e) Pojednanie z samym sobą, z innymi, z Bogiem.
- f) Przyjęcie i nadanie sensu chorobie, cierpieniu i śmierci.
- g) Przyjęcie straty i właściwe przeżywanie cierpienia w chorobie.
- h) Pogodne przeżywanie własnej relacji z transcendencją.
- i) Przeżywanie relacji z Bogiem, rozumianym jako Miłość/Miłosierdzie i Nadzieja, która napełnia sensem.
- j) Wyrażanie i realizacja praktyk religijnych, które pomagają pogodnie przeżywać czas choroby.
- k) Inne.

¹¹⁶ Por. Prowincja Aragońska, o.c, Sant Boi Llobregat, 2006. Por. Lora González, R. Cuidados paliativos. Su dimensión espiritual. Manual para su abordaje clínico. Córdoba 2007. str. 493. **Uwaga:** Cała książka jest bardzo interesująca ze względu na rozliczne tematy dotyczące opieki duszpasterskiej.

4.3.2. Ryzyko cierpienia duchowego

Jest to ryzyko cierpienia wynikającego z powodu poczucia utraty harmonijnego związku z życiem, z wszechświatem i z Bogiem, ze zmianą wymiarów, które wykraczają poza „ja” i stanowią o jego sile.

Charakterystyczne cechy:

- a) niewielka uwaga poświęcana sobie i znikomym szacunek do swojej osoby;
- b) mało przyjazne środowisko społeczne i rodzinne;
- c) trudności w przekazywaniu swoich wartości i przekonań;
- d) trudności w okazaniu przebaczenia i w pojednaniu: z samym sobą, z innymi i z Bogiem;
- e) stres i lęk wobec choroby, cierpienia i śmierci;
- f) trudność z pogodzeniem się ze stratami poniesionymi w wyniku choroby;
- g) niesprecyzowane przekonania religijne i wartości;
- h) relacja z Bogiem charakteryzująca się strachem, konfliktem, obawą przed karą;
- i) trudności w praktykowaniu własnej religii.

4.3.3. Cierpienie duchowe

Jest to obniżenie zdolności doświadczania i integrowania sensu i celu życia poprzez związek z samym sobą, z innymi, z naturą lub z transcendencją (z Bogiem).

Charakterystyczne cechy:

- a) niska akceptacja samego siebie lub jej brak;
- b) mało przyjazne lub nieistniejące środowisko społeczne i rodzinne, zwykle rozbite;
- c) znikoma komunikacja spraw osobistych, wartości i przekonań;
- d) poczucie winy w relacji z samym sobą, z innymi i/lub z Bogiem.
- e) nieodpowiednie podejście do choroby, cierpienia i śmierci (niepokój, brak sensu, gniew, strach);
- f) trudność w pogodzeniu się ze stratami poniesionymi w wyniku choroby;
- g) patologiczna żaloba;
- h) wartości i przekonania religijne: nie pomagają w przeżywaniu sytuacji, są przyczyną konfliktu lub nie istnieją;
- i) relacja z Bogiem jest konfliktowa lub jej brak;
- j) niepraktykowanie swojej religii;
- k) nieumiejętność lub niezdolność do modlitwy;
- l) opuszczenie Boga i zaniechanie praktyk religijnych z powodu choroby.

4.3.4. Desperacja (załamanie duchowe)

Jest to subiektywny stan, w którym człowiek nie jest w stanie przeżywać swojego życia w harmonii z samym sobą, z innymi, z naturą lub z Bogiem, jak również nie widzi możliwości lub widzi je w sposób bardzo ograniczony, aby zmienić swoją sytuację, która prowadzi go do tego, że czuje się niezdolny, by zmobilizować własne siły w celu jej poprawy.

Cechy charakterystyczne:

- a) pacjent widzi brak lub niewielkie możliwości samodzielnego wyboru;
- b) niezdolność do wykorzystania sił na swoją korzyść;
- c) brak komunikacji odnośnie stanów wewnętrznych, wartości i przekonań;
- d) brak inicjatywy;
- e) słabsza odpowiedź na stymulacje;
- f) opuszczenie ze strony rodziny i społeczeństwa;
- g) patologiczna żaloba wzmocniona przez załamanie;
- h) utrata zainteresowania wszystkim, także swoją przeszłością;
- i) obojętność wobec wartości i przekonań;
- j) brak zaufania i gniew wobec Boga – obojętność;
- k) utrata zainteresowania praktykami religijnymi;
- l) wyrażenia werbalne i fizyczne, które oznaczają ucieczkę, brak zainteresowania, bezsilność;
- m) inne.

4.3.5. Osamotnienie duchowe (obojętność)

Jest to stan życiowy ludzi, którzy z różnych powodów nie chcą mówić innym o swoich doświadczeniach osobistych, duchowych i religijnych lub którzy przejawiają obojętność wobec wszystkiego, co dotyczy wymiaru duchowego i religijnego, dlatego że go nie pielęgnowali, z powodu negatywnych doświadczeń lub z własnego wyboru.

Cechy charakterystyczne:

- a) pacjent z nikim nie rozmawia na temat swojego życia duchowego;
- b) nie rozmawia z duszpasterzami na temat swojego życia duchowego, swoich wartości i przekonań;
- c) nie ma przekonań religijnych;
- d) nie może komunikować się z otoczeniem z powodu swojej choroby;
- e) przeżywa swoje życie duchowe i/lub religijne wyłącznie w sobie samym;
- f) inne.

4.4. DZIAŁANIA DUSZPASTERSKIE

Po rozpoznaniu duchowych i religijnych potrzeb i po postawieniu diagnozy duszpasterskiej, musimy zastanowić się, w jaki sposób możemy pomóc pacjentowi i jego rodzinie w tej szczególnej sytuacji. W niektórych przypadkach trzeba będzie, za pomocą wsparcia duchowego, pomóc pacjentowi odzyskać siłę, która pochodzi z duchowości i z wiary, aby wykorzystać ją w procesie leczenia. W innych przypadkach będzie konieczne rozeznanie i wyjaśnienie przekonań, jako że mogą mieć one cechy patologiczne. Innym razem praca duszpasterza będzie ukierunkowana na wzmocnienie życia duchowego i religijnego pacjenta, tak aby wesprzeć go w walce z chorobą, jako że jest to najważniejsza siła terapeutyczna.

Duszpasterze powinni odznaczać się: zdolnością słuchania, poszanowaniem indywidualności, empatią i dyspozycyjnością. Na tej podstawie będzie można zbudować właściwą relację osobistą, opartą na zaufaniu, którym pacjent powinien obdarzyć duszpasterza. Jest ono niezbędne we wszystkich formach opieki duszpasterskiej.

Poniżej, dla orientacji, wymienione są niektóre inicjatywy i metody postępowania, stosowane w duszpasterstwie:

WSPARCIE DUCHOWE I RELIGIJNE: METODY POSTĘPOWANIA

DZIAŁANIA:

1. Aktywne słuchanie nacechowane szacunkiem.
2. Podejście empatyczne do chorego i jego rodziny.
3. Obecność i towarzyszenie duszpasterza – wizyta duszpasterska (codzienna/częsta/okazyjna/na prośbę).
4. Umożliwianie opieki duchowej osobom innych wyznań.
5. Wzmacnianie poczucia własnej tożsamości i samooceny.
6. Pomoc w ponownym odczytaniu historii życia.
7. Zestawienie i uporządkowanie wartości, przekonań i myśli.
8. Ułatwienie wyrażania duchowości poprzez sztukę, kulturę i naturę (muzyka, malarstwo, literatura).
9. Wsparcie emocjonalne i wyciszanie niepokoju.
10. Pomoc w wyrażeniu i przezwycięzeniu, we właściwy sposób, gniewu.
11. Pomoc w pojednaniu i przezwycięzeniu poczucia winy.
12. Wspieranie w pojednaniu z innymi.
13. Leczenie strat (przeżycie żałoby).
14. Dawanie nadziei (prawdziwej).
15. Spotkania grup duszpasterskich: katecheza, wartości, przekonania.
16. Poszanowanie i troska, by chorzy mogli wypełniać obowiązki wypływające z ich odmiennej religii lub wyznania (pokarmy).
17. Ułatwienie pacjentom odbywania praktyk religijnych zgodnie z ich przekonaniami religijnymi (dyskusja, medytacja).
18. Ułatwienie celebracji sakramentów:
 - a. Eucharystia (codzienna, tygodniowa, okazjonalna).
 - b. Pojednanie (częste, okazjonalne).
 - c. Namaszczenie chorych.
 - d. Inne.
19. Ułatwienie kontaktu z parafiami.
20. Ułatwienie celebracji religijnych innych wyznań.
21. Być przy chorym i jego rodzinie, kiedy śmierć się zbliża.
22. Pomagać choremu umrzeć w pokoju (czynnik nadziei).
23. Pogrzeb/mowa pożegnalna po śmierci chorego.
24. Interdyscyplinarna praca zespołowa.
25. Informacje na temat dostępnej posługi religijnej i prowadzonej działalności.
26. Doradzanie pacjentowi i jego rodzinie w przypadku dylematów etycznych.

Na zakończenie tego rozdziału przedstawiamy wybrane charakterystyki wsparcia duchowego, które duszpasterz będzie musiał wziąć pod uwagę w swojej działalności:

- a) Opiekun duchowy jest jakby tłumaczem dla człowieka, który rozmawia z samym sobą. Może mu pomóc zrozumieć własne wątpliwości i emocje, nazwać je, nawiązać dialog z samym sobą, prowadzić w ciemnościach dialogu wewnętrznego i duchowego, pomóc sformułować najbardziej radykalne pytania, wyrazić przeżywane uczucia.
- b) Duszpasterz może być przewodnikiem w dialogu, który człowiek utrzymuje ze swoją tradycją duchową i religijną. Może nawiązać lub odnowić więzi z tą tradycją. Może pocieszać i animować poprzez rozmowę, słowa, milczenie, ryty (sakramenty).
- c) Opiekun duchowy może być mediatorem w dialogu chorego ze światem zdrowia. Często język medyczny nie wchodzi w relacje z językiem ludzkiego serca. Powstają problemy etyczne i bioetyczne odnośnie decyzji, które dotyczą pacjenta (sedacja, długotrwała hospitalizacja).
- d) Duszpasterz może tworzyć pomost pomiędzy pacjentem i jego środowiskiem rodzinnym. Rodzina i przyjaciele chorego także mają wiele pytań, na które szukają odpowiedzi, w zależności od ich ideologii i różnych sposobów przeżywania duchowości i religijności. Poprzez otwarcie i przyjazne podejście można pomóc rodzinie i bliskim w lepszym zrozumieniu rzeczywistości¹¹⁷.

4.5. OCENA PROCESU

Model opieki duszpasterskiej nie będzie kompletny bez oceny procesu, który jest realizowany. Po rozeznaniu potrzeb i postawieniu diagnozy, musimy podjąć decyzję, jaki przyjąć plan działania, jaką zastosować „terapię”, by pomóc pacjentowi. Ten plan działania będzie musiał być stale poddawany ocenie, aby kontrolować, czy dane działanie jest pomocne dla pacjenta lub szkodliwe, a może nie przynosi zamierzonych rezultatów. W takim przypadku konieczne będzie ponowne przeanalizowanie całego procesu, dokonanie zmiany metod, a nawet zrewidowanie diagnozy z uwagi na to, że także i ta mogła być mylna. Wszystko to w celu jak najlepszego ukierunkowania procesu i udzielenia pacjentowi skutecznej pomocy.

Kontrola i ocena są podstawą procesu doskonalenia i jakości duszpasterstwa. Pozwalają poznać nasze ograniczenia i je przewyciężać, a przede wszystkim pozwalają zaoferować chorym opiekę duchową i religijną, mającą faktycznie działanie terapeutyczne, która pomoże im poprawić ich stan zdrowia i życia.

¹¹⁷ BARBERO J. *El apoyo espiritual en cuidados paliativos*, w: *Labor Hospitalaria*, 2002 (1) n. 263, str. 20-21.

Z zachowaniem szczególnego charakteru świata duchowego i religijnego konieczne jest znalezienie narzędzi, które pomogą w ocenie jakości naszego sposobu działania. Jak na razie istnieje niewiele narzędzi oceny duszpasterstwa i dlatego konieczne jest dołożenie wszelkich starań, by stworzyć je jak najszybciej. W dalszej części będzie przedstawiony przykład, jak można oceniać przebieg procesu poprawy duszpasterstwa, a także jakie są możliwe wskaźniki jego jakości (Załączniki 3 i 4).

Szczególnym aspektem jest ocena potrzeb duchowych i religijnych osób mających całkowicie uniemożliwiony lub poważnie ograniczony kontakt werbalny z otoczeniem. Istnieją jednak inne sposoby komunikowania się z ludźmi, istnieje język niewerbalny, który musimy poznać i zastosować. Dla przykładu dołączamy kwestionariusz, służący do oceny potrzeb duchowych takich osób (Załącznik 5).

4.6. HISTORIA PRZEBIEGU OPIEKI DUSZPASTERSKIEJ I BADANIA DUSZPASTERSKIE

Właściwie oba te tematy nie stanowią części modelu opieki duszpasterskiej, lecz mają z nim bardzo istotny związek, zwłaszcza ze sposobem, w jaki należy sprawować opiekę duszpasterską.

Historia przebiegu opieki duszpasterskiej jest narzędziem, które gromadzi dane dotyczące stanu duchowego i religijnego pacjenta, jego potrzeb, diagnoz, terapii, przebiegu leczenia i oceny. W zasadzie musi być częścią historii klinicznej pacjenta (wywiadu lekarskiego).

Stwarza to pewne niedogodności, które muszą być brane pod uwagę: po pierwsze, niewielki jest stan wiedzy na ten temat oraz istnieje niewielka praktyka w tym zakresie. Druga trudność, która jest konsekwencją pierwszej, odnosi się do pracy i do determinacji, jaką muszą posiadać duszpasterze, aby ją kontynuować. Innym istotnym problemem jest to, że duszpasterze i kadra zarządzająca ośrodkami posiadają słabą wrażliwość i świadomość w tym zakresie. Ostatnia, jednak nie mniej ważna trudność, odnosi się do „prywatności” i poufności danych. To delikatna kwestia; konieczne jest odniesienie do prawa obowiązującego w danym kraju w zakresie ochrony prywatności lub ochrony poufnych danych. Niestety ten problem nie został jeszcze rozwiązany.

Co prawda istnieją pewne modele historii przebiegu opieki duszpasterskiej, które wymagają jednak dalszego rozwoju i udoskonaleń.

Badania w zakresie duszpasterstwa są bardzo potrzebne, jako że nie są one powszechnie prowadzone w obszarze duszpasterstwa szpitalnego. Wykonuje się

ogromną pracę, często bardzo dobrze, lecz refleksja, badania i publikacja wydają się być dużym problemem właśnie dla tych osób, które są ekspertami w tej dziedzinie. Istotne jest, aby rozwijać i ulepszać nasze działania. Działanie zgodnie z proponowanym modelem opieki duszpasterskiej może nam pomóc, by bardziej zaangażować się w realizację tego zadania. Wszystkie prowincje Zakonu powinny rozwinąć projekty badawcze z zakresu duszpasterstwa, tak jak się to robi w zakresie projektów badań klinicznych i w dziedzinie biomedycyny, jak o tym mówi Karta Tożsamości Zakonu.

4.7. PODSUMOWANIE

Mówiąc o modelu opieki duszpasterskiej, przedstawiliśmy jedynie kilka podstawowych wskazówek przydatnych w zapewnianiu opieki duchowej i religijnej chorym i potrzebującym, przebywającym w naszych dziełach. Głównie chcieliśmy się wzorować na modelu opieki stosowanym przez personel medyczny, który częściowo odnosi się także do sfery społecznej w zakresie opieki nad osobami wykluczonymi, aby móc rozwinąć lepiej zorganizowany i zintegrowany model opieki duszpasterskiej.

Oczywiście duszpasterstwo ma swoją specyfikę i nie możemy go całkowicie identyfikować z nauką medyczną. Wymiar duchowy i religijny musi mieć na uwadze wiarę, wartości, przekonania, aspekt wewnętrzny każdego człowieka, z całą swoją złożonością i intymnością. W tym sensie musimy być bardzo ostrożni w korzystaniu i stosowaniu narzędzi, protokołów i procedur, które wskazaliśmy. Jednak to nie oznacza, że w naszej pracy nie możemy zastosować podstaw tego modelu, podobnie jak się go stosuje w innych dyscyplinach (np. w psychologii), które odnoszą się bezpośrednio do wnętrza człowieka, co wykracza poza aspekt czysto fizjologiczny.

Ten model opieki duszpasterskiej może być zastosowany w zależności od potrzeb i możliwości. Mamy świadomość, że jego wdrożenie wymaga odpowiedniej formacji i przede wszystkim zasobów ludzkich, których liczba z pewnością nie zawsze jest wystarczająca. Niemniej jednak ważne jest, by rozpocząć, na początku zapewniając ten rodzaj opieki tym chorym lub sektorom opiekuńczym, które bardziej niż inne wymagają naszej troski i uwagi.

Zastosowanie tego modelu ukaże nam nową wizję opieki duszpasterskiej i sprawi, że zapewnimy naszym chorym, potrzebującym i ich rodzinom lepszą pomoc. Ostatecznie to pomoże nam realizować naszą główną misję, która została nam powierzona – misję ewangelizacyjną.

ROZDZIAŁ V

OPIEKA DUCHOWA I RELIGIJNA

Niniejszy rozdział zawiera informacje na temat opieki duchowej i religijnej, dla której w dalszej części tekstu użyjemy skrótu ODR. Opieka duchowa i religijna winna być zapewniona we wszystkich dziełach Zakonu¹¹⁸ zarówno w sektorze zdrowotnym, społecznym, jak i w każdym innym, aby zagwarantować integralną opiekę wszystkim pacjentom i podopiecznym.

W rozdziale zostaną omówione następujące zagadnienia dotyczące ODR: ukierunkowanie, cele, beneficjenci, główne kierunki misji, a także organizacja i struktura, jaką musi mieć w celu odpowiedniego funkcjonowania i rozwoju. Wśród poruszanej problematyki należy podkreślić – poza innymi koniecznymi elementami, przynależącymi do codziennej pracy duszpasterzy – ze względu na ich wagę: zindywidualizowaną opiekę dla chorych i podopiecznych, modlitwę razem z nimi i prowadzoną przez nich, celebrowanie sakramentów.

5.1. CZYM JEST ODR

Jest to posługa, która wraz z innymi wnosi wkład w realizowanie misji dzieła. Jest ukierunkowana terapeutycznie: wraz z innymi współpracownikami, członkami rodzin, chorymi i podopiecznymi współdziała przez swoją obecność, świadectwo i działania w leczeniu, opiece i terapii osób, które przebywają w ośrodku.

Jeśli jesteśmy przekonani, że Dobra Nowina jest zbawcza i uzdrawiająca, powinna ona z taką samą mocą docierać do chorych i podopiecznych, zwłaszcza za pośrednictwem ODR. To ukierunkowanie wymaga jednak odpowiedniej organizacji posługi i pracy dynamicznych osób, które przeszły właściwą formację. Wymaga również pracy interdyscyplinarnej oraz zespołowej wraz z innymi specjalistami pracownikami dzieła w taki sposób, aby duszpasterz nie był izolowany, ale zintegrowany z zespołem głęboko świadomym swojej misji i mającym rzeczywiście konkretne zadanie terapeutyczne.

5.2. GŁÓWNY CEL ODR

Zasadniczym celem ODR jest wychodzenie naprzeciw potrzebom duchowym i religijnym chorych i podopiecznych w naszych dziełach, członków ich rodzin i współ-

¹¹⁸ Por. *Statuty Generalne Zakonu*, 2009, 54a.

pracowników samych ośrodków, naśladując i na nowo tworząc działania i postawę Jezusa z Nazaretu wobec chorych i potrzebujących, wnosząc w ten sposób wkład w misję ewangelizacyjną Zakonu. Oczywiście ODR realizuje ten cel przy pomocy metod i narzędzi, które ma do dyspozycji; niektóre z nich zostały przedstawione w poprzednim rozdziale, inne natomiast zostaną omówione w dalszej części dokumentu. Aby zrealizować ten główny cel, istnieją inne cele pośrednie i różne działania, tak jak to przedstawiono w dołączonej tabeli (Załącznik 6).

5.3. BENEFICJENCI ODR

Chorzy i podopieczni, członkowie ich rodzin oraz współpracownicy naszych dzieł są beneficjentami misji prowadzonej przez ODR; każdy z nich w zależności od swoich potrzeb.

Duszpasterze coraz częściej stykają się z osobami, proszącymi o opiekę religijną duchownego innego wyznania lub religii. Wymaga to, aby członkowie ODR zaoferowali tym osobom możliwość otrzymania odpowiedniej opieki, umożliwiając w zorganizowany sposób posługę religijną kapłanów ich wyznań i promując – kiedy okoliczności tego wymagają i na to pozwalają – miejsca dialogu i celebracji ekumenicznej.

W niektórych wypadkach duszpasterze spotykają się również z chorymi lub podopiecznymi dzieł, z członkami ich rodzin, a także pracownikami służby zdrowia, którzy są niewierzący. Także oni powinni zostać otoczeni opieką duszpasterza, który przybliży im swoją posługę, ofiarowując gotowość do dialogu i świadectwo miłosiernej miłości, zgodnie z przykładem Jezusa Chrystusa – dobrego Samarytanina.

5.4. MISJA ODR

Kościół poprzez dzieła Zakonu, a szczególnie poprzez ODR, pozostaje w łączności z chorym lub podopiecznym, wychodząc mu naprzeciw i proponując swoją obecność i bliskość, szczerzy dialog o jego życiu i sytuacji, w jakiej się znajduje, Słowo Boże, sakramenty oraz integralną opiekę. Aby wypełniać tę misję, w dalszej części wymienione są główne treści i sposoby działania, jakie ODR ma realizować i które są częścią jej misji¹¹⁹.

¹¹⁹ Por. KOMISJA DUSZPASTERSTWA EPISKOPATU HISZPANII. *La asistencia religiosa en el hospital: orientaciones pastorales*. Madryt 1987. (Niektóre części rozdziału są wynikiem inspiracji tym dokumentem).

5.4.1. Indywidualne towarzyszenie duchowe i religijne

5.4.1.1. W placówkach służby zdrowia

Kluczem indywidualnej opieki duchowej i religijnej jest dobre towarzyszenie w procesie choroby i w doświadczeniu wiary pacjenta, o ile ją posiada. Towarzyszenie oznacza wychodzenie naprzeciw drugiej osobie, otwartość i budowanie mostów, szanując chorego i pozostawiając mu inicjatywę. Niezbędne jest zdobycie jego zaufania, aby mógł odsłonić intymne zakamarki swojego wnętrza. Często chodzi o chwile szczególne dla chorych i trzeba dać im odpowiedni czas oraz zaoferować dyspozycyjność i bliskość. W innych wypadkach należy być swoistą „pobudką” lub trzeba wyjaśnić zawite kwestie, a tylko będąc blisko i towarzysząc choremu, można będzie zapewnić odpowiednią opiekę. Towarzyszenie jest zawsze konieczne – czy chodzi o osoby dorosłe, starsze, młode, nastolatki, czy dzieci; w przypadku chorych w ostrej fazie choroby, chronicznie chorych, chorych w ostatnim stadium choroby, chorych psychicznie, niepełnosprawnych fizycznie lub intelektualnie, osób zepchniętych na margines społeczny itp. Każdy etap życia ma swoje szczególne cechy i należy to mieć na uwadze.

Dlatego tak ważna jest wizyta duszpasterska. Być może nie będzie możliwe codzienne odwiedzenie wszystkich. Członkowie grupy duszpasterskiej będą musieli stosować kryteria, aby ustalać priorytety wizyt duszpasterskich dla osób, które najbardziej ich potrzebują: chorych terminalnie lub przeżywających trudne chwile po usłyszeniu niepomyślniej diagnozy itp. Trzeba będzie być zawsze dyspozycyjnym w razie nagłych wezwań.

Nawiązywanie i kultywowanie relacji oraz budowanie zaufania jest najważniejszym elementem w odpowiednim towarzyszeniu duchowym. Konkretnym przykładem relacji pomiędzy Marią, jedną z pacjentek a duszpasterzem, jest poniższa historia:

Maria została niedawno przyjęta na oddział opieki i kapelan zapytał, czy może ją odwiedzić, by się z nią przywitać. Maria odpowiedziała kapelanowi, że spotkała się z wieloma lekarzami i jak na jeden dzień to już miała wystarczająco wizyt; ponadto powiedziała, że ma pewne wątpliwości, gdyż nie widzi, w jaki sposób mógłby jej pomóc kapelan szpitalny. Maria kontynuując mówiła o tym, jak w chwili przyjęcia do placówki odebrano jej niektóre rzeczy i jak bardzo było to dla niej bolesne. Powiedziała także, że nie chce już więcej rozmawiać, dlatego, że jest zmęczona ciągłym opowiadaniem swojej historii życia obcym; kiedy opowiadała o swoim życiu w chwili przyjęcia do placówki, to jeszcze bardziej rozbudziło to w niej poczucie pustki i samotności, przypomniało, jak bardzo jest samotna w swoim życiu.

Ta historia pokazuje zarówno wyzwania, jak i wymogi zapewnienia opieki duszpasterskiej osobie w placówce służby zdrowia. Uwidacznia, jak ważne jest, aby wyraźnie była określona rola kapelana szpitalnego i tożsamość jego posługi kapłańskiej. Maria spotkała się ze swoimi lekarzami, których zadaniem jest zapewnić profesjonalną opiekę. Zadaniem duszpasterza jest towarzyszenie choremu, nawiązanie z nim głębokiej, wzajemnej relacji, stworzenie przestrzeni, w której osoba może ponownie połączyć się z własną niepowtarzalną osobowością.

Zatem zadaniem duszpasterza jest stworzenie przestrzeni, w której świętość historii życia Marii będzie przyjęta i uszanowana; otoczenia, w którym pielęgnuje się wrażliwość, w którym nie ma żadnego ustalonego programu, to znaczy, gdzie w dialogu nie wyraża się osądów na temat osobistych przekonań lub wyborów życiowych. Celem jest sprawić, by ludzie stali się zdolni znaleźć swojego Boga, kimkolwiek jest dla nich ich Bóg, i pomóc im rozeznaczyć ich przekonania, ich wartości i transcendentny wymiar ich życia. Niektóre osoby chcą poznać sens swojego życia i własnej religii, inni chcą odkrywać własną duchowość bez powiązania z religią, znaleźć miejsce do ukazywania swoich duchowych konfliktów, nawet jeżeli może się ono okazać miejscem chaosu, miejscem bez wyjścia.

W strukturach zdrowotnych opieka może stać się zdepersonalizowana i nie-ludzka. Maria wyraziła to, mówiąc o tym, jak musiała oddać swoje rzeczy w chwili przyjęcia do placówki. Duszpasterz, który wspiera człowieka w strukturze opiekuńczej, może być blisko, otaczać go życzliwym spojrzeniem, postrzegając go jako niepowtarzalną istotę ludzką¹²⁰. Ten obraz nawiązuje do stylu i tradycji św. Jana Bożego, który postrzegał oblicze Jezusa Chrystusa we wszystkich tych, którzy uznawani byli za obcych.

5.4.1.2. Środowisko społeczne

Indywidualne towarzyszenie duchowe w sferze społecznej jest tak samo istotne i złożone. Wymaga tych samych kryteriów, lecz dostosowanych do konkretnych potrzeb osób, które często ukazują historię ludzi naznaczoną trudnościami, osamotnieniem i marginalizacją.

Na podstawie historii Jana i Anny przedstawiamy dwa przykłady działań duszpasterskich w kontekście opieki społecznej:

¹²⁰ John O'Donohue, 'Towards a Poetics of Hospitality', *Welcoming the Stranger, Practicing Hospitality in Contemporary Ireland*. Wersja zredagowana przez A.G. Mc Grady, Veritas, Dublin, 2007, str. 93.

Jan ma 33 lata. Nie mieszka w domu rodzinnym odkąd skończył 18 lat, kiedy to zmarli jego rodzice. Po ich śmierci jego dom rodzinny został sprzedany. Jan mieszkał już w wielu strukturach, przede wszystkim w dzielach świadczących doraźną pomoc. Ostatnie dwa tygodnie spędził w dziennym ośrodku i niedawno zostało mu przyznane mieszkanie. Początkowo bardzo się ucieszył z faktu, że będzie miał własny dom, ale teraz ma problemy z zaklimatyzowaniem się; jest przybity, duchowo zdruzgotany, gniewa się na Boga; jest smutny z powodu swojej rodziny i z powodu marzeń, które się nie ziściły; odczuwa poczucie zwątpienia i osamotnienia.

Opieka duszpasterska w formie wsparcia, pomocy i troski jest odpowiedzią na problemy Jana w okresie osobistego stresu i społecznego chaosu; daje mu możliwość okrycia kwestii duchowych, tj. utrata bliskich i żałoba, zmiany w życiu, poszukiwanie sensu, poczucia przynależności. Opieka duszpasterska stara się uzdrowić ludzi takich jak Jan, którzy cierpią z powodu nowej i nieznannej sytuacji. Jan nie należy do żadnego Kościoła, ani też do żadnej określonej wspólnoty; jest sam i wyobcowany ze społeczeństwa, odczuwa silną potrzebę opieki. Opieka duszpasterska jest misją mającą na celu dotrzeć i wyciągnąć pomocną dłoń do osób takich jak on, wesprzeć ich, pomóc im zintegrować się w nowym otoczeniu, z samym sobą, a także z innymi i jeżeli to możliwe, zawsze z należytym szacunkiem nawiązać relację transcendentalną.

Anna mieszkała w placówce opiekuńczej dla osób powyżej 30 roku życia z niepełnosprawnością intelektualną. W ostatnim czasie została jej zdiagnozowana śmiertelna choroba. Została przeniesiona ze swojej placówki do lokalnej struktury dla terminalnie chorych. Czuje się zagubiona w nowym otoczeniu i zaniepokojona tym, co się z nią stanie.

Wizyta duszpasterska jest odpowiedzią na sytuację Anny. Kontynuowane są spotkania z kapłanem, pochodzącym z placówki, w której wcześniej przebywała. Wizyta kapłana jest dla niej pocieszeniem, daje jej poczucie bezpieczeństwa i pewności siebie, jak również możliwość wyrażenia własnych emocji, swoich problemów duchowych; kapłan może pomóc jej rozwiązać wszelkie wątpliwości i przełamać poczucie pustki i osamotnienia.

Podstawą duchowości Zakonu Szpitalnego św. Jana Bożego¹²¹ jest przekonanie, że: „każdy gest gościnności jest jedyny w swoim rodzaju, ponieważ jest to spotkanie z konkretną osobą”, tak jak jest to wyraźnie ukazane w przypowieści o Dobrym Samarytaninie. Nouwen¹²² przypomina duszpasterzom, aby nieustannie

¹²¹ Realizacja charyzmatu szpitalnego na wzór św. Jana Bożego. Duchowa droga Bonifratra, Kuria Generalna, Rzym, 2004, str. 41.

¹²² NOUWEN Henri J.M., *The Living Reminder*, Gill & Macmillan, Dublin, 1982, str. 24

łączyli historię każdego człowieka ze Słowem Bożym; by uczestniczyli w tej historii w taki sposób, aby podnieść i wzmocnić człowieka, który żyje w bólu i ciągłej walce.

Br. Fintan Brennan-Whitmore O.H.¹²³ opisuje historię drogi Dobrego Samarytana do Jerycha jako „metaforę drogi życia” i dodaje:

„Może zdarzyć się tak, że pod koniec dnia nie wszystko poszło nam tak jakbyśmy tego chcieli, że nie zrealizowaliśmy rzeczy, które sobie zaplanowaliśmy (...) być może chodzi o to, abyśmy dążyli do wyznaczonych celów razem i że jedynym sposobem, abyśmy mogli to osiągnąć, jest wzajemne wsparcie i pomoc, dzięki którym będziemy mogli radować się pełnią życia”.

Zadaniem duszpasterza jest stworzenie kultury gościnności, w której opieka duchowa i religijna jest zapewniana wszystkim, niezależnie od wyznawanej wiary lub przynależności do wspólnot religijnych. To zostało jasno wyrażone w *Konstytucjach Zakonu św. Jana Bożego*¹²⁴.

5.4.2. Rozpoznawać potrzeby duchowe i religijne, stawiając odpowiednią diagnozę duszpasterską

W poprzednich rozdziałach zostało obszernie omówione znaczenie wymiarów duchowego i religijnego, jak również potrzeby, diagnoza, model opieki i leczenie. W dalszej części tekstu chcemy omówić rozpoznawanie potrzeb duchowych i religijnych beneficjentów misji ODR, w celu postawienia odpowiedniej diagnozy i ustalenia najodpowiedniejszych działań terapeutycznych, które będą musiały być następnie poddane ocenie, w celu zweryfikowania ich skuteczność.

Przyjmując taką perspektywę będzie możliwe towarzyszenie i udzielenie pomocy wszystkim podopiecznym w naszych dziełach, wychodząc od konkretnej sytuacji danej osoby, ofiarowując im – w duchu poszanowania i wolności – uzdrawiającą miłość Chrystusa, tak jak to czynił sam św. Jan Boży. Także my możemy spotkać się z wypaczonym i patologicznym doświadczeniem życia duchowego i religijnego, które trzeba będzie rozpoznać i odpowiednio traktować, zwłaszcza w ośrodkach, w których otaczamy opieką chorych psychicznie lub osoby dotknięte problemami neurologicznymi.

¹²³ BRENNAN-WHITMORE Fra Fintan, *'The Jericho Road'*, Welcoming the Stranger, Practising Hospitality in Contemporary Ireland. A cura di A.G. Mc Grady, Veritas, Dublin, 2007, str. 22.

¹²⁴ *Konstytucje Zakonu św. Jana Bożego*, Rzym, 2004, art. 51.

5.4.3. Ofiarowywać uzdrawiającą moc modlitwy i sakramentów

Są to podstawowe zasoby terapeutyczne, które duszpasterze mogą i powinni ofiarowywać podopiecznym, z poszanowaniem ich przekonań religijnych i biorąc pod uwagę szczególne okoliczności, w jakich podopieczni żyją. Z tego powodu stosowne jest, aby modlitwa, liturgia i konkretne udzielanie sakramentów odbywały się zawsze w sposób kreatywny i godny.

5.4.3.1. Modlitwa z chorym i za chorego

Modlitwa jest jednym z najważniejszych środków, którymi dysponuje duszpasterz – aby stworzyć atmosferę pokoju wokół chorego lub podopiecznego; aby natchnąć odwagą cierpiącego, wspomagając go w otwarciu się w sposób solidarny na innych chorych; aby pojąć wolę Bożą; by znaleźć siły niezbędne do wyjścia z położenia, w jakim się znajduje; aby coraz bardziej identyfikować się z Chrystusem cierpiącym; wyrazić dziękczynienie Bogu za otrzymane dary i aby przygotować się – pod koniec drogi – na spotkanie z Ojcem. Trzeba będzie mieć na uwadze życiową sytuację, którą chory lub podopieczny przeżywa – zakładamy, że duszpasterzowi jest ona dobrze znana.

Innym ważnym elementem, który zawsze był w Kościele obecny, jest modlitwa zanoszona przez chorych lub podopiecznych poprzez Eucharystię i na inne sposoby. Duszpasterz winien modlić się za chorych i podopiecznych, członków rodzin i wszystkich, którzy stanowią część rodziny św. Jana Bożego. Osoby, które przeżywają ostatnie chwile egzystencji, muszą być zawsze obecne w modlitwie duszpasterzy.

5.4.3.2. Sakramenty¹²⁵

Przez sakramenty pojednania (pokuty), namaszczenia chorych i Eucharystię pomaga się choremu w przeżywaniu paschalnego sensu choroby. Katechizm Kościoła Katolickiego określa sakramenty pokuty i namaszczenia chorych jako „sakramenty uzdrowienia”¹²⁶. Sakramenty są uzdrawiającym spotkaniem z Chrystusem we wspólnocie chrześcijan.

Udzielanie sakramentu powinno stanowić szczytowy moment relacji z chorym lub podopiecznym i musi być rezultatem drogi wiary przez niego przebytej. Na ile to możliwe, należy zachęcać do celebrowania sakramentów we wspólnocie.

¹²⁵ por. *Rituale dell'unzione degli infermi e cura pastorale degli infermi* 1974. Vd. *Praenotanda* i rytuał dla tej sekcji.

¹²⁶ *Katechizm Kościoła Katolickiego*, 1992. N. 1421.

Sakramenty – znaki świadczące o miłości Boga do chorego lub podopiecznego – nie mogą być wyizolowanymi rytuałami, ale działaniem płynącym z braterskiej obecności, która ma wartość nieomal sakramentalną.

Duszpasterze muszą podejmować znaczący wysiłek na rzecz formacji i katechezy sakramentalnej dla chorych i podopiecznych, dla członków ich rodzin, a także dla personelu ośrodków, szczególnie jeśli chodzi o sakrament namaszczenia chorych, który często nadal jest postrzegany jako ostatni sakrament, nieomal jako zapowiedź rychłej śmierci. Poza celebrowaniem sakramentów duszpasterze powinni zwracać szczególną uwagę na symboliczny wymiar gestów towarzyszących udzielaniu sakramentu, poprzez tworzenie atmosfery w duchu wartości ludzkich, która pozostawałaby w harmonii z celebracją sakramentu, sprawiając, że znaki sakramentalne będą rzeczywiście znaczące.

- Sakrament pojednania

Sakrament pojednania jest celebrowaniem spotkania chorego, bezbronnego, słabego chrześcijanina i grzesznika z Chrystusem, który „odpuszcza wszystkie winy, lecz wszystkie niemoce” (PS 103, 3). Poprzedzony dialogiem i odpowiednim przygotowaniem lecz rany i ułatwia pojednanie się z samym sobą, z własną wspólnotą religijną i z Bogiem.

- Namaszczenie chorych

Sakrament namaszczenia chorych jest tradycją szczególnie głęboko zakorzoną w Kościele i w Zakonie św. Jana Bożego: „Sakrament namaszczenia chorych zajmował zawsze szczególne miejsce w duszpasterskiej posłudze chorym”¹²⁷.

Nie jest to ostatni sakrament przed śmiercią, jest to specjalny sakrament przyjmowany w chorobie, pomagający chrześcijaninowi przeżywać ją w optyce wiary. W przeżywanej rzeczywistości chory potrzebuje specjalnej pomocy Pana w walce o wyzdrowienie. Sakrament ten powinien być udzielany w stosownym momencie, unikając ryzyka odkładania go niesłusznie na ostatnią chwilę. Równocześnie należy starać się, aby był celebrowany w obecności członków rodziny i wspólnoty szpitalnej. O ile to możliwe, należy propagować udzielanie odpowiednio przygotowanego i celebrowanego zbiorowego namaszczenia chorych.

- Eucharystia i Komunia chorych

¹²⁷ *Droga szpitalnictwa na wzór św. Jana Bożego. Duchowość Zakonu*, Kuria Generalna, Rzym, 2004, 101.

Eucharystia jest ważnym źródłem Szpitalnictwa. Jest motorem życia szpitala, ośrodka lub placówki. Jest celebracją życia, które się leczy, koi i w pewnych wypadkach towarzyszy mu się aż po wielkie przejście od śmierci do życia. Celebryje się i składa dzięki za projekt ewangelizacyjny, który prowadzimy, wspierany i animowany przez Pana. Celebryje się tajemnicę paschalną – sens i żywą nadzieję dla człowieka, także kiedy cierpi i umiera. Eucharystia ożywia zaangażowanie szpitala w kontynuowanie ewangelizacji. W niej wszyscy członkowie wspólnoty szpitalnej otrzymują siłę, wiarę i pokarm, aby kontynuować przekazywanie wyzwalającej miłości Jezusa Chrystusa¹²⁸.

Posługa duszpasterza ułatwia przyjmowanie Eucharystii, która jest „źródłem i szczytem całego życia chrześcijańskiego”¹²⁹.

Eucharystia, nie będąc sakramentem specyficznie przeznaczonym dla chorych, jest z chorobą i wszelką inną formą słabości ściśle powiązana¹³⁰. Eucharystia sprawowana jest w szpitalu lub w innym dziele Zakonu w różnych momentach i miejscach, wymagających odpowiedniego przygotowania. Należy ją sprawować przy aktywnym współdziałaniu chorych. Kapłan musi brać pod uwagę konkretną sytuację, w jakiej znajdują się uczestnicy, celebrując Eucharystię w sposób kreatywny i oczywiście – zawsze w sposób godny.

Biorąc pod uwagę, że nie zawsze chorzy mogą uczestniczyć w Eucharystii razem ze wspólnotą, kapłan lub nadzwyczajny szafarz Komunii powinien zanieść ją tam, gdzie znajduje się chory, podążając śladem bogatej tradycji Kościoła. Należy sprawić, aby udzielanie Komunii przybrało charakter prawdziwej celebracji wiary, bez pośpiechu, aby wybierać najbardziej odpowiednie chwile, w atmosferze modlitwy i z uwzględnieniem potrzeb każdego.

Eucharystia jako wiatyk jest specjalnym sakramentem dla chorych znajdujących się w ostatnim stadium życia. Jest sakramentem jakby „pomiędzy”, sakramentem przejścia od śmierci do życia wiecznego. Nie jest ostatnią Komunią przyjętą przez chorego przed śmiercią, ale Komunią, w której chory zawiera sobie Ojcu, przyjmując w duchu wiary to, że podąża w stronę śmierci jako przejście z Chrystu-

¹²⁸ por. ETAYO J., *Principi della pratica pastorale per gli ospedali cattolici di oggi*. w: *Dolentium Hominum* 52 (2003) str. 102.

¹²⁹ *Lumen Gentium*, 11

¹³⁰ *Rituale dell'unzione degli infermi e cura pastorale degli infermi* (Orientaciones doctrinales y pastorales del Episcopado Español. 1974. N° 63).

sem do życia. Dlatego chory powinien „przyjmować go z pełną świadomością”¹³¹. Przeniesienie tego ideału w codzienną rzeczywistość to jedno z wyzwań, które w dzisiejszych czasach musi podjąć kapelan szpitalny.

- Inne sakramenty

Biorąc pod uwagę różnorodność dzieł misji Zakonu, w niektórych naszych ośrodkach mogą być sprawowane także inne sakramenty, jak chrzest (niekiedy w nagłym przypadku), bierzmowanie, a w szczególnych przypadkach także sakrament małżeństwa.

Na oddziałach położniczych może pojawić się konieczność udzielenia natychmiastowego chrztu, którego w takich okolicznościach mogą udzielać także osoby świeckie, jeśli w danym momencie nie jest obecny kapłan lub diakon. Dlatego bardzo ważne jest wypracowanie kryteriów celebracji, które będą znane także osobom świeckim tam pracującym, tak aby udzielanie sakramentu odbywało się w należyty sposób.

W ośrodkach dla chorych psychicznie, niepełnosprawnych fizycznie i intelektualnie wystąpi potrzeba sprawowania sakramentów, szczególnie Eucharystii i pojednania, które należy sprawować po odpowiednim przygotowaniu katechetycznym, dostosowanym duszpastersko do danej sytuacji. W takich ośrodkach może niekiedy pojawić się ze strony podopiecznych prośba o udzielenie sakramentu chrztu, bierzmowania, a nawet małżeństwa – z tego powodu powinniśmy zwracać uwagę na uwarunkowania i być otwarci na celebrację, wraz z niezbędnym przygotowaniem i katechezą.

Zadaniem duszpasterza jest bycie zdolnym akceptować, przystosowywać się i integrować, a ponadto posiadać wyobraźnię i kreatywność, jeśli chodzi o formy przekazu ewangelicznego przesłania przez modlitwę i liturgię, zachowując zawsze podniosłość chwili i celebracji. Jego zadanie obejmuje także propagowanie równości i umiejętność przekładania na praktyczne działania Chrystusowego przesłania o uniwersalnej akceptacji, tak aby wkład i uczestnictwo każdej osoby spotkał się z poszanowaniem i zachętą.

Kapelani szpitalni powinni organizować obrzędy religijne używając kreatywnych metod, tj. różne sposoby wyrażania, symbole i ryty. Oprócz przekazu werbalnego i intelektualnego, także muzyka i obraz mogą być sposobem wyrażenia wiary.

¹³¹ *Rituale dell'unzione degli infermi e cura pastorale degli infermi* (Orientaciones doctrinales y pastorales del Episcopado Español 1974. N° 79).

Gest pochylenia głowy, znak krzyża, znak pokoju i inne działania uświadamiają ludziom obecność i działanie Boga. Modlitwa sensoryczna może być wprowadzona do posług liturgicznych, stymulując słuch, dotyk, smak i węch. Także cisza może być wykorzystana jako część celebracji, podobnie jak zmysł dotyku na znak pokoju, gest nałożenia rąk w sakramencie pokuty i pojednania, namaszczenia chorych i indywidualnego błogosławieństwa, kiedy osoba nie jest w stanie przyjąć Komunii Świętej, zmysł smaku, kiedy przyjmuje się Komunię Świętą, zmysł węchu w momencie palenia kadzidła lub kiedy są używane zapachowe oleje w sakramencie chrztu, bierzmowania i namaszczenia. Posługi religijne powinny być sprawowane z wrażliwością, w otwartym i przyjaznym otoczeniu. Podczas sprawowania posług religijnych symbole, tj. świece, Biblia, chleb, wino, woda i olej powinny znajdować się w zasięgu wzroku uczestników.

Dla chorych psychicznie, ludzi starszych i osób dotkniętych demencją, powtarzanie rytów ma służyć stopniowemu osiągnięciu głębszej świadomości Boga. Ryty, tj. znak krzyża, zapalenie świec, procesje, przyniesienie darów do ołtarza oraz takie obrzędy jak mycie stóp, posypywanie głowy popiołem, odgrywają kluczową rolę we wzbogacaniu i kształtowaniu wiary.

Muzyka także odgrywa bardzo istotną rolę w liturgii, pomaga ona uczestnikom zarówno zrozumieć, jak i wyrazić myśli i emocje, których w przeciwnym razie mogliby nie być w stanie wyrazić. To może być szczególnie motywujące dla osób niewidomych lub dotkniętych demencją, aby zwiększyć ich zaangażowanie w liturgii. Dla niesłyszących wskazane jest zaangażowanie tłumacza; używa się pomocy wizualnych, dzięki którym dostępne są czytania, pieśni, homilie i inne teksty.

5.4.4. Opieka dla osób chorych, które najbardziej jej potrzebują

Zapewnianie opieki chorym terminalnie lub znajdującym się w ostatnim stadium swojego życia, chorym psychicznie, niepełnosprawnym, dzieciom, osobom w podeszłym wieku lub samotnym, powinno stanowić priorytet dla duszpasterzy.

Nie zawsze duszpasterz może codziennie odwiedzić i poświęcić czas wszystkim osobom przebywającym w ośrodku. Oczywiście musi zwracać szczególną uwagę na tych, którzy są słabi i samotni, aby nigdy nie poczuli braku troski, zainteresowania i wsparcia duszpasterskiego. Organizując swój czas, będzie musiał o tym pamiętać, aby dać priorytet najsłabszym i najbardziej potrzebującym.

5.4.5. Opieka duchowa i religijna dla rodzin chorych/podopiecznych przebywających w dziełach

Nie możemy myśleć o opiece dla chorych/podopiecznych, nie biorąc pod uwagę ich rodzin, zwłaszcza w sytuacjach naznaczonych chorobą, niepełnosprawnością lub słabością. Rodziny są ściśle związane z chorymi lub niepełnosprawnymi.

Duszpasterze muszą starać się być blisko rodzin osób przebywających w naszych ośrodkach, mieć na uwadze ich potrzeby, zwłaszcza duchowe i religijne, zapewniając im opiekę duszpasterską, jakiej potrzebują. Jeżeli będzie zapewniona odpowiednia opieka także rodzinom, mogą być one bardzo pomocne w chwili zapewnienia opieki duchowej i religijnej naszym chorym lub podopiecznym.

Spersonalizowana opieka, towarzyszenie duchowe i religijne, obecność i bliskość – zwłaszcza w kryzysowych momentach, chorobie, stracie i bólu – modlitwa i celebrowanie liturgiczne w zależności od sytuacji, jaką się przeżywa, mogą być niektórymi konkretnymi działaniami, jakie duszpasterz może realizować z rodzinami. Musi to robić z poszanowaniem, mając na uwadze to, że zawsze winien bronić praw chorych/podopiecznych, które mogą wchodzić w konflikt z przekonaniami rodziny. W takiej sytuacji należy dążyć, na ile to możliwe, do ich harmonizacji.

Biorąc pod uwagę różnorodność osób przebywających w naszych ośrodkach (osoby starsze, dzieci, niepełnosprawni, chorzy umysłowo, osoby marginalizowane lub samotne itd.), potrzeby rodzin, a także działania do zrealizowania, mogą się bardzo różnić. W każdym przypadku należy dokładnie przestudiować konkretną sytuację, aby starać się odpowiedzieć na nią w możliwie najlepszy sposób.

5.4.6. Opieka duchowa i religijna dla współpracowników

W filozofii Zakonu zapewnienie opieki współpracownikom – jako członkom Rodziny św. Jana Bożego – jest fundamentalną zasadą. Z tego też powodu, jak i ze względu na inne aspekty, które są częścią naszej posługi, musimy mieć na uwadze opiekę duchową i religijną jako posługę duszpasterską dla naszych pracowników i jako ważne wsparcie, które im pomoże w codziennej realizacji misji na rzecz chorych/podopiecznych, będąc uwrażliwieni na ten wymiar opieki. Nawet jeśli temu tematowi jest poświęcony osobny rozdział, wskazujemy poniżej niektóre podstawowe zadania, które ODR będzie musiała realizować wobec współpracowników:

- Pracować wraz ze współpracownikami. Poprzez osobisty kontakt i codzienną pracę duszpasterz może mieć wiele okazji do dawania świadectwa postawą,

zachowaniem, wartościami ewangelicznymi i Zakonu: będzie mógł wyrażać swoją opinię w różnych sytuacjach, dając własny osąd z perspektywy wiary i charyzmatu.

- Pomagać i angażować się w formację współpracowników w zakresie duchowym i religijnym, aby mogli oni lepiej zajmować się osobami przebywającymi w ośrodku.
- Wzmacniać zaangażowanie chrześcijańskie wierzących pracowników.
- Promować grupy refleksji chrześcijańskiej i charyzmatycznej, modlitwy i celebracji liturgicznej, które wspierałyby wspólnotę i Rodzinę św. Jana Bożego w ośrodku.
- Starać się odpowiadać na osobiste pytania współpracowników. Być blisko nich, zwłaszcza w najważniejszych momentach ich życia i zbudować z nimi wszystkimi jak najwyższy stopień zaufania.

5.4.7. Wsparcie etyczne i religijne

Chodzi o zadanie bardzo ważne, które duszpasterz może wykonywać na różne sposoby. Jednym z nich może być członkostwo w Komitecie etycznym ośrodka, przyczynianie się swoją wiedzą, wskazówkami i doświadczeniem duszpasterskim do właściwego funkcjonowania samego komitetu, mając zawsze na uwadze kryteria dotyczące etyki i bioetyki zawarte w Karcie Tożsamości Zakonu. Duszpasterz może także mieć swój wkład w formację w zakresie etyki i formację instytucjonalną pracowników ośrodka.

Oczywiście, w swojej codziennej pracy, podczas wizyt i spotkań duszpasterskich, nie zabraknie okazji ani też próśb o wydanie opinii na temat konkretnych kwestii, które będzie musiał słuchać uważnie i udzielić rady z roztropnością i mądrością ewangeliczną.

W niektórych przypadkach i zgodnie z jego profetycznym wymiarem chrześcijanina, duszpasterza i członka Rodziny Szpitalnej św. Jana Bożego, będzie zmuszony do zgłoszenia i zwrócenia uwagi na sytuację nie do zaakceptowania z punktu widzenia charyzmatycznego i moralnego.

5.4.8. Zaangażowanie w humanizację opieki w ośrodku

Bez opieki duchowej i religijnej nie ma prawdziwej humanizacji. Jest to najważniejsze zadanie ODR, jako że jej misja ma ogromny wpływ na humanizację ośrodka.

„Humanizacja opieki zdrowotnej oznacza uznanie chorego za osobę, która cierpi fizycznie bądź duchowo, która wymaga integralnej opieki i leczenia we wszystkich jej wymiarach. Chory musi być kochany i szanowany, słuchany i rozumiany, potrzebuje, by mu towarzyszyć i nie pozostawiać go samemu sobie... Oznacza to uznanie chorego odpowiedzialnym i protagonistą swojego zdrowia, procesu leczenia i życia, a nie tylko podmiotem prawa i obowiązku”¹³².

Duszpasterz musi starać się w ten sposób sprawować swoją posługę, ukazując wrażliwość i bliskość tym, którzy cierpią najbardziej, broniąc i promując ich prawa. Musi być także otwarty na uczestnictwo w strukturach i komisjach w ośrodku, jeśli będzie taka konieczność, by zachęcać i przyczyniać się do dalszego rozwoju humanizacji. W tym sensie ma być promotorem kultury szpitalnictwa, filozofii, wartości, zasad, a także dziedzictwa kulturowego i duchowego ośrodka.

5.4.9. Współpraca z Kościołem lokalnym

ODR musi być otwarta na współpracę i koordynację z duszpasterstwem ogólnym, a zwłaszcza z duszpasterstwem służby zdrowia i opieki społecznej zarówno w parafii, jak i diecezji, w której znajduje się ośrodek. Nie należy zapominać, że jesteśmy dziełami Kościoła i że musimy przeżywać i realizować naszą misję w komunii z nim, prowadząc i rozwijając nasze własne duszpasterstwo w harmonii z Kościołem lokalnym. W tym sensie jesteśmy powołani do współdzielenia się naszą wiedzą i doświadczeniem na rzecz dobra wszystkich chorych i potrzebujących, szczególnie tych, którzy otaczani są opieką przez Kościół. Formacja duszpasterska, opieka nad osobami słabymi i bezbronnymi, które należą do Kościoła lokalnego – oprócz promowania i tworzenia grup i zespołów duszpasterstwa służby zdrowia w parafiach i diecezjach – są tylko niektórymi działaniami, które nasi duszpasterze realizują w Kościele lokalnym.

Niezmiernie ważne jest utrzymywanie kontaktu – na ile to możliwe – z okolicznymi parafiami, do których należą nasi chorzy/podopieczni, budowanie i umożliwianie obecności wspólnoty chrześcijańskiej w ośrodku, tak aby chorzy/podopieczni mogli poczuć bliskość i troskę całej wspólnoty wiernych.

5.5. ORGANIZACJA I STRUKTURA ODR

Schemat organizacyjny ośrodka powinien zawierać informacje dotyczące pozycji, jaką zajmuje ODR w danym ośrodku i winien jasno wskazywać, kto jest za nią odpowiedzialny, zarówno po to, aby wiedzieć, do kogo zwrócić się z prośbą o wsparcie, jak również komu należy zdawać sprawozdanie z wykonanej pracy.

¹³² Por. COMISIÓN EPISCOPAL DE PASTORAL DE ESPAÑA, o.c.. 137.

Opieka duchowa i religijna – jak każdy inny oddział lub świadczenie zdrowotne w dziele – powinna być odpowiednio zorganizowana, zachowując swoją tożsamość i swoje cechy, głównie dostosowując się jednak do podstawowych kryteriów organizacyjnych innych oddziałów i struktury opieki w ośrodku. Dobra wola i dyspozycyjność są tutaj podstawą, lecz niestety nie wystarcza, jak to wynika z naszego doświadczenia.

Istnieje wiele sposobów organizowania, planowania i projektowania ODR, w zależności od miejsca, rodzaju ośrodka, realnych możliwości i dostępnych zasobów zarówno ludzkich, jak i materialnych. ODR musi posiadać pisemne zasady, procedury, programy i plany działania dotyczące jej misji duszpasterskiej, zgodnie z duchowymi i religijnymi potrzebami jej odbiorców. Poniżej przedstawiamy, w formie schematycznej, najważniejsze elementy, które należy wziąć pod uwagę przy organizowaniu i w strukturze ODR:

Opieka duchowa i religijna. Sprawowana jest przez osoby zatrudnione do wykonywania tej posługi w danym ośrodku zarówno w pełnym, jak i niepełnym wymiarze godzin. Jej głównym zadaniem jest wychodzenie naprzeciw potrzebom duchowym i religijnym chorych, podopiecznych oraz ich rodzin i współpracowników ośrodka. Do prowadzenia tej opieki niezbędna jest odpowiednia struktura, która obejmuje personel, środki, projekty i programy gwarantujące realizację tego posłannictwa. ODR powinna mieć plan duszpasterski na określony przedział czasu, na przykład na 5 lat, oraz roczny program duszpasterski, zawierający główne kierunki działania¹³³, na podstawie których ustali się kalendarz spotkań. Powinna także poddawać okresowej ocenie wyznaczone cele i prowadzoną działalność¹³⁴. ODR jest czymś więcej niż sumą indywidualnego zaangażowania, jako że zakłada interakcję skoordynowaną i zintegrowaną i dlatego koniecznie musi być wyznaczony koordynator lub osoba odpowiedzialna, która połączy siły i zmobilizuje do osiągnięcia wspólnych celów.

Ekipa duszpasterska. Składa się z duszpasterzy sprawujących opiekę duchową i religijną oraz z innych osób zaangażowanych, zwykle w niepełnym wymiarze czasu lub w formie wolontariatu, w realizację niektórych działań pastoralnych. Chodzi o współpracowników ośrodka, rodziny, wolontariuszy, a także podopiecznych danego dzieła.

Rada duszpasterska. Tam, gdzie to konieczne, można powołać radę duszpasterską, która będzie się składać z grupy pracowników ośrodka, reprezentujących różne oddziały lub obszary działania. Do rady mogą należeć także inne osoby, które

¹³³ Por. *Statuty Generalne Zakonu Szpitalnego św. Jana Bożego*, 53.54.

¹³⁴ Por. *Karta Tożsamości*, 5.1.3.2.

mogą mieć istotny wkład. Wszyscy członkowie rady będą musieli odznaczać się wrażliwością na sprawy duszpasterskie, a ich zasadniczą funkcją będzie refleksja, ukierunkowanie i udzielanie porad osobom sprawującym opiekę duchową i religijną w realizacji ich misji duszpasterskiej w różnych obszarach ośrodka¹³⁵.

Dzisiaj nikt już nie poddaje w wątpliwość znaczenia pracy zespołowej, ale wiemy, że w praktyce, praca zespołowa bywa niełatwym zadaniem. Bonifratrzy na przestrzeni swojej historii zachęcali do stosowania tej formy pracy w realizacji projektów instytucjonalnych, a dzisiaj tę metodę uważamy za fundamentalną w sprawowaniu posługi duszpasterskiej.

Plan pracy duszpasterskiej. Plan duszpasterski nakreśla ramy, które będą stanowić podstawę opieki religijnej, określając potrzeby podopiecznych, ich rodzin i pracowników ośrodka, a także określając działania i narzędzia, które muszą być wykorzystane do sprawowania danej posługi, zgodnie ze stylem opieki i tożsamością Zakonu¹³⁶. W oparciu o plan duszpasterski jest organizowana opieka duchowa i religijna.

Program duszpasterski. Będzie to program, który osoby sprawujące duszpasterstwo będą opracowywać każdego roku i który oprócz podstawowych elementów planu będzie zawierać także konkretne i szczegółowe aspekty, które wymagają większej uwagi. Program zawsze będzie odpowiedzią na konkretne sytuacje i potrzeby¹³⁷.

Ocena. Skorzystamy z odpowiednich narzędzi metodologicznych, aby mieć jasny i obiektywny punkt odniesienia przy ocenie. W ten sposób będziemy mogli ocenić jakość posługi duszpasterskiej, a przez to także pomóc w krytycznej ocenie tejże pracy, mając na celu jeszcze lepszą służbę na rzecz naszych pacjentów i podopiecznych¹³⁸.

¹³⁵ Por. Zakon Szpitalny św. Jana Bożego, Karta Tożsamości, str. 75.

¹³⁶ Por. ETAYO, J. *L'identità delle istituzioni sanitarie cattoliche*, w *Dolentium hominum*, 52, 2003, 105.

¹³⁷ Por. Tamże, str. 105.

¹³⁸ Por. Tamże, str. 106.

ROZDZIAŁ VI

DUSZPASTERZE

6.1. WPROWADZENIE

Duszpasterz w duszpasterstwie służby zdrowia i opieki społecznej jest osobą powołaną przez Boga do konkretnej wspólnoty, by sprawować posługę, motywując, integrując i pomagając w procesie ewangelizacyjnym osób, które utraciły zdrowie lub znajdują się w bardzo trudnym okresie swojego życia. Wiąże się to z dzieleniem swojego życia z tymi, którym pragniemy służyć i przede wszystkim z przeżywaniem w osobisty sposób tego wezwania, ukazując osobistą więź z Ewangelią. Duszpasterz musi czuć i rozpoznawać miłość Boga, który wzywa go, by głosił Jezusa Chrystusa w sposób szczególny. Duszpasterz odpowiada na to powołanie i czyni to za pośrednictwem specjalnego charyzmatu, którym obdarował go Bóg, by mógł owocnie wypełniać swoją misję, która została mu powierzona.

6.2. DUCHOWOŚĆ DUSZPASTERZA W OCHRONIE ZDROWIA

Nasz wzrok skierowany jest na Ewangelię, by odkryć postawę Jezusa wobec wszystkich ludzi, których spotykał na swojej drodze, a szczególnie wobec chorych¹³⁹. Przykład Jezusa przemienia się dla nas w przykazanie, wyrażone w sposób dobitny w zakończeniu przypowieści o Dobrym Samarytaninie: „Idź i ty czyn podobnie” (Łk 10, 37).

Jezus Chrystus w czasie swojej publicznej działalności większość czasu poświęcał osobom dotkniętym różnymi chorobami, a kiedy posyłał swoich uczniów, powierzał im zadanie, by pocieszali i uzdrawiali chorych, którzy w owych czasach często byli marginalizowani ze względu na uprzedzenia społeczne lub religijne. Troska Jezusa wobec chorych, cuda, które czynił, jak i Jego słowa pocieszenia, są objawieniem Boga. Poprzez swoje gesty miłosierdzia i współczucia, Jezus pokazuje nam, że Bóg jest czułym i miłosiernym Ojcem, który zna cierpienia swojego ludu i chce go zbawić.

Również dzisiaj, dzięki duszpasterzom, misja Kościoła jest objawieniem Bożej miłości, która przywraca nadzieję i uzdrawia, przedłużając tym samym misję Jezu-

¹³⁹ Główne idee tutaj przedstawione zostały zaczerpnięte z AA.VV., *Pastoral de la salud. Acompañamiento humano y sacramental*, Dossiers CPL 60 (1993) str. 181.

sa i Jego szczególne poświęcenie dla tych, którzy cierpią z jakiegokolwiek powodu. Dlatego też duszpasterz musi być ewangelizatorem, umiejącym odpowiedzieć na obawy mężczyzn i kobiet naszych czasów, oświecając życie światłem Ewangelii, będąc odpowiedzialnym za zaangażowanie w wierze, by nieść światu Dobrą Nowinę Jezusa Chrystusa. W posłudze duszpasterskiej bardzo ważne są trzy aspekty:

1. Tożsamość duszpasterza oparta na zaangażowaniu dla Chrystusa.
2. Życie oparte na doświadczeniu wiary.
3. Zaangażowanie w posługę innym.

Duszpasterz przeżywa duchowość w sposób szczególny, dając przykład naśladowania Jezusa i życia poddanego prowadzeniu Ducha Świętego, co można podsumować w następujących punktach:

- Chrystus jest jego podstawowym punktem odniesienia, swoim życiem podkreśla zbawczy i wyzwalający wymiar przesłania ewangelicznego, wyrażonego za pomocą słów i czynów Pana Jezusa, i czuje się powołany do pełnienia konkretnej misji: „Idź i ty czyń podobnie”.
- Skupia się na tajemnicy Paschalnej: krzyż oświeca cierpienie i zmartwychwstanie, inspiruje i motywuje do walki o zbawienie i życie. Duszpasterz formuje się na własnych doświadczeniach cierpienia, na własnych ranach, co sprawia, że jest w stanie pochylić się nad cierpiącym człowiekiem i udzielić mu pomocy.
- Żyje i wzrasta sprawując konkretną posługę na rzecz chorych i zaspokajając ich potrzeby.
- Staje się bardziej autentyczny w optyce Królestwa Bożego, co nie oznacza jedynie skutecznego działania czy realizacji konkretnych celów, lecz dostrzeganie spraw pozornie nieistotnych, np. wysiłku dnia codziennego, konkretnej rzeczywistości człowieka oraz preferencji na rzecz najbardziej potrzebujących.
- Uznaje chorego i tych, którzy go odwiedzają, zarazem za duszpasterzy, jak i za odbiorców duszpasterskich posług. Zarówno jedni, jak i drudzy są dawcami oraz biorcami, dlatego też duszpasterz pozwala się także ewangelizować choremu.
- Przeżywa i pielęgnuje poczucie wspólnej misji, czuje się powołany przez Kościół, by opiekować się chorymi i potrzebującymi, ale swojej misji nie realizuje samotnie, lecz wspólnie, w koordynacji z całą wspólnotą.

- Szuka właściwych miejsc dla liturgii, modlitwy, refleksji i lektury zarówno osobistej, jak i grupowej.
- Jego posługa duszpasterska jest źródłem radości i okazją do osobistego wzrostu.

Duszpasterz, naśladowując Jezusa i wcielając cechy, które wymieniliśmy jako te należące do jego szczególnej duchowości, będzie zdolny ukazywać w swoim życiu osobistym, a także w swojej posłudze duszpasterskiej, postawy, które my uznajemy za fundamentalne w realizowaniu misji Kościoła:

- **Osobiste poświęcenie:** jest to pierwsza postawa, która powinna dominować w naszej działalności ewangelizacyjnej. Nie może być w niej żądz władzy, manipulacji ani zdobyczy, ani też wszelkiego rodzaju prozelityzmu, podobnie jak Jezus, który pragnął dobra człowieka, umocnienia jego wolności, jego integralnego zdrowia, nie oczekując niczego w zamian.
- **Hojność:** Duszpasterze oferują swoją posługę w sposób bezinteresowny, nie oczekując niczego w zamian, pozwalając, aby dynamika bezinteresownej miłości ukierunkowywała wszystkie procesy. Podobnie jak Jezus, który poprzez swoją osobę i swoje znaki ofiarował nam bezinteresownie zbawienie i życie.
- **Solidarność:** Duszpasterze są blisko tych, którzy cierpią, współdzieląc z nimi ból, problemy i obawy. Podobnie jak Jezus, w każdej sytuacji związanej z cierpieniem, obecność duszpasterza jest wyrazem współczucia i solidarności.
- **Nadzieja:** Duszpasterz zawsze otwiera horyzonty nadziei. Podobnie jak Jezus, duszpasterz zawsze pokłada zaufanie w ludziach i w ich potencjale, patrzy w przyszłość z optymizmem, stara się budować i dawać życie.
- **Akceptacja krzyża:** Nie ma ewangelizacji bez krzyża. Musimy zaakceptować upór, odrzucenie, a nawet prześladowanie. Podobnie jak Jezus, który umiał integrować w swoim posłannictwie frustracje, niezrozumienie i porażki, nawet te tylko pozorne.
- **Miłosierdzie:** Każdy duszpasterz musi czuć się inspirowany miłością Boga, doświadczając jej. Takie było pierwsze doświadczenie Jana Bożego¹⁴⁰ i wszystkich tych, którzy poświęcili swoje życie ewangelizacji ludzi chorych

¹⁴⁰ „Jeżeli zobaczylibyśmy, jak wielkie jest miłosierdzie Boże, nie przestalibyśmy nigdy czynić dobrze, jeśli jest to możliwe. Ponieważ podczas gdy my przez miłość do Niego dajemy biednym to, co On sam nam daje” (*Pierwszy List św. Jana Bożego do Księżnej Sessy*, 13).

i cierpiących. Jeżeli w naszym życiu mocniej zjednoczymy się z Chrystusem, będziemy zapowiedzią nadejścia Królestwa Bożego¹⁴¹.

Wszystkie te elementy zawierają się w tym, co my nazywamy wartościami Szpitalnictwa, wzywają nas one do naśladowania Jezusa w dzisiejszym świecie. Zakon wyraża swój charyzmat poprzez **gościnność**, która determinuje relacje pomiędzy gościem a gospodarzem. W duszpasterstwie jest to bardzo istotny element, jako że głównym celem tej posługi jest to, by ludzie poczuli się otoczeni Bożą miłością¹⁴².

6.3. OSOBY I STRUKTURY ZAANGAŻOWANE W PROCES EWANGELIZACJI

Do bycia duszpasterzami powołani są wszyscy wierni – mężczyźni i kobiety dobrej woli – którzy pragną dobra osób korzystających z duszpasterstwa zdrowia i opieki społecznej.

W naszych dziełach zdrowotnych i opiekuńczych wszyscy bracia i współpracownicy poprzez swoje doświadczenie, zaangażowanie zawodowe i wartości, tj. humanizację, Szpitalnictwo i bezinteresowną pomoc, przyczyniają się do rozwoju misji Zakonu, którą jest ewangelizacja. Niektóre osoby (zarówno bracia, jak i współpracownicy), w sposób szczególny poświęcają się tej posłudze, która wynika ze specyfiki ich powołania w Kościele i rodzaju odpowiedzialności, jaka została im powierzona. Możemy wyróżnić następujące grupy:

Bracia. Misją bonifratrów w Kościele jest „głoszenie i budowanie Królestwa Bożego wśród ubogich i chorych, objawiając szczególną miłość Ojca wobec najsłabszych, którym staramy się nieść pomoc na wzór Chrystusa”¹⁴³. Powołaniem braci, ze względu na ich konsekrację w Szpitalnictwie, jest ewangelizacja zarówno bezpośrednia, jak i poprzez swoje dzieła. Jednocześnie do głoszenia i objawiania miłosiernej miłości Boga powołani są także inni zakonnicy i zakonnice, którzy współpracują z dziełami apostołskimi Zakonu zarówno w zakresie sprawowania posługi duszpasterskiej, jak i w innych sferach zawodowych.

Mogą oni tworzyć grupy duszpasterskie w ośrodkach, wnosząc osobiste doświadczenia osób konsekrowanych, by być znakiem miłości Boga do cierpiącego człowieka. Ich misja nie ogranicza się jedynie do tego, by dotrzeć do podopiecz-

¹⁴¹ Por. *Realizacja charyzmatu szpitalnego na wzór św. Jana Bożego. Duchowość Zakonu*, nr 48.

¹⁴² Por. *Realizacja charyzmatu szpitalnego na wzór św. Jana Bożego. Duchowość Zakonu*, nr 52.

¹⁴³ *Konstytucje Zakonu Szpitalnego św. Jana Bożego*, 2b.

nych, lecz by ten wymiar ewangelizacyjny ich życia był skierowany także na uwrażliwianie wszystkich współpracowników, by działali zawsze z poszanowaniem ludzkiej godności tych, którymi się opiekują i byli otwarci na transcendencję.

Współpracownicy (pracownicy i wolontariusze). Ich aktywne zaangażowanie polega na dawaniu świadectwa i sumiennym wykonywaniu pracy zawodowej. W swojej codziennej pracy są przede wszystkim powołani do zapewniania wykwalifikowanej opieki chorym i potrzebującym. Jest to przywilej, by poprzez swoje życie być zacznym, solą i światłem¹⁴⁴.

Wśród ich różnych obowiązków, wyróżniamy następujące:

- Szanować i chronić godność człowieka.
- Kochać, promować i służyć życiu.
- Ułatwiać doświadczanie i promować religijny wymiar człowieka.
- Być świadkami jedności.

Księża. Są to osoby powołane i przygotowane do głoszenia Słowa Bożego, sprawowania sakramentów, których chory lub podopieczny potrzebuje. Powinni umieć pracować zespołowo, w poszanowaniu dynamiki każdego z dzieł.

Duszpasterze¹⁴⁵. Są to osoby z powołaniem i odpowiednim przygotowaniem, które wraz z innymi członkami ekipy sprawują w ośrodku posługę duszpasterską. Ich głównym zadaniem jest głoszenie chorym/podopiecznym i ich rodzinom Dobrej Nowiny Jezusa i dlatego też muszą być zdolni do tego, by w kreatywny sposób dopasować przesłanie ewangeliczne do czasu, miejsca i okoliczności. Niekiedy realizują swoją posługę duszpasterską w grupach, czasem indywidualnie, lecz zawsze z poczuciem świadomości, że zostali powołani przez Kościół.

Aby być członkiem ekipy duszpasterskiej należy posiadać odpowiednie przygotowanie teologiczne i duszpasterskie, jak również wiedzę i kompetencje w zakresie relacji międzyludzkich. Ponadto, osoba musi znać bogatą spuściznę duchową i duszpasterską Zakonu, co pozwoli jej na wniesienie cennych elementów charyzmatycznych w posługę duszpasterską.

Chorzy/podopieczni. Chorzy, pomimo swojej choroby i cierpienia, swoich ograniczeń lub słabości, są autentycznymi ewangelizatorami, dlatego że ewangelizatorem nie jest jedynie osoba wierząca w Jezusa, która pełna witalności, rozsiewa

¹⁴⁴ Por. ZAKON SZPITALNY ŚW. JANA BOŻEGO, *Bracia i współpracownicy razem w służbie i promocji życia*, 1992, n. 63.

¹⁴⁵ Ta terminologia będzie musiała być dostosowana do danej kultury i języka. Zob. Glosariusz.

wiarę, nadzieję i nowe życie, jakie nam daje Chrystus. Jezus poprzez ból, cierpienie, samotną mękę i śmierć na krzyżu ukazał nam najistotniejszą część przesłania ewangelicznego. Apostoł Paweł z wdzięcznością wspomina w swoim liście do Galatów ich gościnność, jaką mu okazali w czasie choroby, kiedy po raz pierwszy głosił im Ewangelię (*Gal 4, 13-14*)¹⁴⁶.

Chorzy jako duszpasterze mogą mieć bogaty i cenny wkład. Choć są oni uważani za „biednych i potrzebujących”, ponieważ utracili zdrowie, mogą w stanie pozornej bezużyteczności, wyznawać i przekazywać cenne wartości ludzkie i chrześcijańskie, które są bogactwem dla wspólnoty społecznej i religijnej:

- Chory i potrzebujący pomaga wspólnocie patrzeć realnie na współczesny świat, w którym króluje powierzchowność, dlatego że pomaga lepiej poznać człowieka z jego słabościami i ograniczeniami, a także jego potencjałem. Chory/podopieczny jest wezwaniem do życia według wartości ewangelicznych, tak często zapomnianych w życiu codziennym: wdzięczność za życie, całkowite ubóstwo, uwolnienie się od wszystkiego, siła miłości, solidarność w trudnych chwilach.
- Chory uczy „relatywizacji” wartości i rzeczy, które dziś są uważane za absolutnie niezbędne i które sprawiają, że ludzie stają się coraz bardziej odhumanizowani: wydajność za wszelką cenę, okazywanie szacunku ludziom na podstawie tego, co posiadają a nie, kim są; władza; sukces.
- Chory jest prawdziwym obliczem ubogiego, który zachęca, poprzez swoją sytuację, do ludzkiej solidarności, miłości, bezinteresownej służby i do obrony swoich praw.
- Choroba prowokuje pytania dotyczące sensu życia, cierpienia i śmierci. Oczyszcza obraz Boga i ukazuje Jego najbardziej prawdziwy i wyraźny obraz: Boga cierpiącego, który z miłości i do samego końca, przyjął cierpienie i ból, by zbawić swój lud. Chory jest świadkiem Tajemnicy Paschalnej, Chrystusa żywego, który zmartwychwstał z otchłani cierpienia.
- Jeżeli chory odnajdzie w swojej chorobie sens, jest żywym przykładem tego, że można walczyć z chorobą i z miłością ją zaakceptować, zachowując spokój i pogodę ducha, a nawet radość, a także dojść do pełnej dojrzałości ludzkiej i chrześcijańskiej.

¹⁴⁶ Por. Comisión Episcopal de Pastoral (Spagna). Día del enfermo 1986 *Los enfermos nos evangelizan*.

- Chory ukazuje wspólnocie chrześcijańskiej swoją najgłębszą tożsamość, to, że jest uboga, słaba i potrzebuje zbawienia. Chory ukazuje i konkretyzuje misję wspólnoty chrześcijańskiej, inspirowane sposoby jej realizacji, pomimo braku środków i tego, że często jest ona prowadzona przez najstarszych i najbiedniejszych¹⁴⁷.

Musimy być wrażliwi, by odkryć to cenne doświadczenie życiowe, to bogactwo wartości i siły, które ukazują i które mogą otworzyć niewyobrażalne horyzonty życia i nadziei. Pozostaje wciąż aktualne wezwanie sprzed lat, „aby Kościół pozwolił ewangelizować się chorym”.

Rodzina. Rodzina pełni istotną i niezastąpioną rolę w opiece nad chorym/podopiecznym, dlatego też powinna otrzymać wszelką niezbędną pomoc, aby mogła realizować to zadanie. Jeżeli chory przebywa w rodzinie, która wspólnie przeżywa ważne wydarzenia i gdzie kształtują się doświadczenia egzystencjalne, wówczas staje się ona także ludzką przestrzenią, w której w dużym stopniu realizuje się droga wiary.

Choroba stawia pod znakiem zapytania nasze poczucie pewności, czasem sprawia też, że wszystko, co dotychczas było pewne i trwałe w rzeczywistości, wcale takim nie jest, a niekiedy wręcz niszczy podstawy ludzkiej egzystencji. Pojawienie się choroby stwarza sytuację kryzysową, która wykracza poza sferę osobistą, wpływając na wymiar społeczny, a zwłaszcza na rodzinę. Choroba może łączyć rodzinę, jednoczyć ją oraz wzmacniać więzi między jej członkami, ale może także powodować nieporozumienia, rozstania, narazić na poważne ryzyko jej trwałość. Z pewnością wiele z tych wartości, które uważaliśmy za solidne i trwałe, zostanie zakwestionowanych.

W tym złożonym świecie choroby, rola rodziny jest bardzo ważna, możemy powiedzieć fundamentalna, bowiem chory, jak każdy człowiek, potrzebuje kochać i być kochanym, wyrażać swoje uczucia, modlić się do Dawcy Życia, odnaleźć sens w chorobie, nadać nowy kierunek swoim przekonaniom i sposobowi działania. Czułość, cierpliwość, siła, współczucie i modlitwa, które w rodzinie znajdują najbardziej życiodajną przestrzeń, nabierają tutaj pełnego znaczenia.

Rodzina jako grupa osób realizujących misję ewangelizacyjną, wnosi swój szczególny wkład w dwojaki sposób:

¹⁴⁷ Por. «*Los enfermos y la parroquia*». Formacja w zakresie duszpasterstwa służby zdrowia, <http://www.elcantarodesicar.com/psaludcantaro/psalud2.htm>, 17-01-2011.

1. Rodzina okazuje choremu swoją bliskość, wsparcie i troskę o zaspokajanie nie tylko jego potrzeb fizycznych i materialnych, ale także duchowych, religijnych i transcendentnych, tj. głoszenie Słowa Bożego i modlitwę, serdecznej rozmowy, uważnego słuchania, poszukiwania sensu tego, co chory przeżywa i w co wierzy.
2. W odniesieniu do wspólnoty chrześcijańskiej, rodzina może dawać świadectwo poświęcenia, służby, akceptacji i integracji słabości i cierpienia. W ten sposób daje wyraz miłości Boga nie tylko wobec chorego, lecz także wobec wszystkich tych, którzy potrafią dostrzec, słuchać i docenić poświęcenie w walce z chorobą i ograniczeniami, czyniąc z tego doświadczenia okazję do rozwoju ludzkiego i chrześcijańskiego.

Rodzina jest jednym z największych potencjałów ewangelizacyjnych, jaki Kościół obecnie posiada, jako że członkowie rodziny są pierwszymi i niezastąpionymi duszpasterzami, którzy objawiają miłość Boga człowiekowi znajdującemu się w potrzebie. Kościół musi mieć świadomość tego potencjału ewangelizacyjnego, który rodzina może wносить i aktywnie wspierać jej szczególny wkład w działalność duszpasterską.

6.4. FORMACJA DUSZPASTERZY

Troska o potrzeby religijne i duchowe pociąga za sobą wielką odpowiedzialność i aby wypełniać to zadanie kompetentnie i profesjonalnie trzeba posiadać odpowiednią formację. Zatem, aby do realizacji duszpasterstwa służby zdrowia i opieki społecznej była zagwarantowana wystarczająca liczba osób, które byłyby także odpowiednie, należy przeprowadzać uważną selekcję, w której trzeba uwzględnić jakość formacji, jak również określić drogi, pozwalające na trwałą wizję rozwoju oraz doskonalenie wiedzy i kompetencji.

Magisterium Kościoła nieustannie i z naciskiem podkreśla konieczność odpowiedniego przygotowania duszpasterza, ponieważ jakakolwiek działalność apostołska, „która nie będzie prowadzona przez osoby naprawdę uformowane, jest skazana na niepowodzenie”. Warto zauważyć, że dokumenty magisterium wymagają w odniesieniu do katechety formacji „ogólnej” i „specyficznej”. Ogólnej w tym sensie, że obejmuje wszystkie płaszczyzny osobowości, żadnej z nich nie zaniedbując. Specyficznej – to znaczy dostosowanej do charakteru posługi, do której pełnienia w dodatkowej formie jest się wezwanym: do głoszenia Słowa Bożego, kierowania wspólnotą, ożywiania ducha wiary i w razie potrzeby, do przewodzenia modlitwemu zgromadzeniu, do służenia braciom w różnych potrzebach duchowych i materialnych. Odnajdujemy tego potwierdzenie w słowach Ojca Świętego, błogosławionego Jana Pawła II:

„Uprzywilejować jakość oznacza zatem uprzywilejować odpowiednią formację zasadniczą i ciągłe doskonalenie. Jest to fundamentalny obowiązek, który zmierza do zapewnienia misji Kościoła wykwalifikowanych pracowników, kompletnych programów i odpowiednich struktur, obejmując wszystkie płaszczyzny formacji – od formacji osoby po formację duchową, doktrynalną, apostołską i zawodową”.

Chodzi zatem o formację stawiającą wysokie wymagania zarówno formowanym, jak i formatorom¹⁴⁸. Wskazania te dotyczą również duszpasterzy służby zdrowia i opieki społecznej.

W dziedzinie duszpasterstwa służby zdrowia formacja rozwija się i bazuje na szczególnym typie relacji międzyludzkiej. Kiedy świadczymy opiekę duszpasterską, mówimy o „spotkaniu zaufania i świadomości”. „Zaufanie” człowieka naznaczonego cierpieniem oraz chorobą, powierza się „świadomości” drugiego człowieka (duszpasterzowi), który może zająć się jego potrzebą (duchową/religijną).

Mając na uwadze tak ważną misję, duszpasterze powinni zaplanować i przejść odpowiednią formację w zależności od obowiązków, które będą codziennie wypełniać. Mówiąc o formacji dla duszpasterzy w ochronie zdrowia, winniśmy wspomnieć o dwóch wielkich obszarach działania: jedno moglibyśmy nazwać **aspektem akademickim (formacją początkową)**, a drugie - **doskonaleniem (formacją ciągłą)**¹⁴⁹.

Aspekt, który nazywamy „akademickim”, odnosi się do formacji wymaganej, aby móc sprawować dobrą posługę duszpasterską służby zdrowia/opieki społecznej i który oczywiście musi dotyczyć fundamentalnych dziedzin wiedzy, podkreślając treści, które miałyby szczególne znaczenie w określonych regionach lub które przynależą do różnych szkół lub kierunków myśli.

Profil tej formacji jest zasadniczo naznaczony przez dwie renomowane i cieszące się wielkim uznaniem szkoły. Pierwszą z nich jest powstała w Ameryce Północnej szkoła zwana *Formacją Duszpasterstwa Klinicznego*, która zasadniczo skupia się na relacji pomocy. W ramach tego modelu formacji pogłębiane są zagadnienia dotyczące wyzwań pojawiających się w sferze zdrowia i choroby, mające na celu połączenie teologii, duchowości i psychologii z innymi dziedzinami, obejmującymi opiekę zdrowotną i społeczną (Załącznik 7).

¹⁴⁸ KONGREGACJA EWANGELIZACJI NARODÓW: *Przewodnik dla katechetów*, Watykan, 3 grudnia 1993.

¹⁴⁹ por. MAGLIOZZI Pietro, *Formación de los Agentes Sanitarios* w *Diccionario Pastoral de la Salud Bioética*, Madryt 2009, 747.

Drugi ważny model formacji w zakresie duszpasterstwa służby zdrowia jest rozwijany przez Międzynarodowy Instytut Teologii Duszpasterstwa Chorych i Służby Zdrowia „Camillianum”¹⁵⁰, kładący szczególny nacisk na zagadnienia przynależące do sfery zdrowia i cierpienia człowieka pod kątem biblijnym, teologicznym, duszpasterskim, duchowym, etycznym, psychologicznym, socjologicznym i historycznym. Odwołuje się on także do nauk społecznych, przede wszystkim do psychologii i socjologii, z odpowiednią mediacją filozoficzno-antropologiczną.

Obie szkoły prezentują zasadnicze zbieżności, a także różne i komplementarne akcenty w proponowanych procesach formacji. Wybór jednej lub drugiej orientacji w dużej mierze zależy będzie od czynników społeczno-kulturalnych i od wymogów prawnych obowiązujących w różnych państwach. W Zakonie Szpitalnym przeważa opinia, że duszpasterz musi odbyć kursy, w ramach których wykładane będą przynajmniej następujące przedmioty:

- ✓ teologia, duszpasterstwo i duchowość
- ✓ formacja charyzmatyczna
- ✓ antropologia
- ✓ psychologia i relacja niesienia pomocy
- ✓ bioetyka/etyka
- ✓ spersonalizowana formacja zawodowa.

Należy opanować i pogłębić wiedzę z wyżej wymienionych dziedzin, ponieważ funkcja duszpasterza, włączona w dynamikę pracy każdego naszego dzieła, ma na celu wniesienie pozytywnego wkładu do integralnej opieki, która uwzględniałaby różne płaszczyzny osoby ludzkiej¹⁵¹. Nasze działania ewangelizacyjne i duchowe są poszukiwaniem zbawienia istoty ludzkiej we wszystkich jej wymiarach.

W odniesieniu do drugiego aspektu, który określiliśmy jako doskonalenie (formacja ciągła), chcemy podkreślić, jak ważna jest formacja permanentna, obejmująca także nowe wartości i nowe sposoby myślenia. W dzisiejszych czasach musimy być duszpasterzami zdolnymi prowadzić nasze działania w konkretnej formie, odpowiedniej dla współczesnych odbiorców. Ewolucja osoby, specyficzna dynamika pracy, odnowa kulturalna, ewolucja społeczeństwa i stałe doskonalenie metod i technik w sferze opieki zdrowotnej i społecznej wymagają, aby duszpasterz stale pogłębiał swoją formację w całym okresie czynnej posługi. Dotyczy to całościowej posługi duchowej i religijnej oraz wszystkich płaszczyzn formacji: ludzkiej, duchowej, doktrynalnej i zawodowej.

¹⁵⁰ www.camillianum.com

¹⁵¹ *Karta Tożsamości Zakonu*, 5.1.3.2.

Formacja stała przyjmuje szczególny charakter w zależności od sytuacji i zadań do wykonania. Stanowi ona gwarancję jakości pracy duszpasterzy, pozwalając unikać wypalenia i powtarzalności, które wraz z upływem czasu mogą pojawić się w pracy duszpasterza. Odpowiedzialność za formację stałą nie powinna być przypisana jedynie strukturom organizacyjnym wchodzącym w skład prowincji lub kurii generalnej, ale dotyczy także samych zainteresowanych i każdego zespołu duszpasterskiego, z uwzględnieniem różnych kontekstów środowiskowych, w których prowadzona jest praca duszpasterzy.

Zachęcanie do używania narzędzi przydatnych w formacji, dostosowanych do różnych sektorów, jest niezbędne pod każdym względem, aby tym bardziej potwierdzić wartość dobrej formacji. Nasza formacja musi mieć podstawy naukowe, musi być dopasowana do kontekstu środowiska pracy, aktualizowana i przemyślana. W ten sposób możemy być pewni, że duszpasterze zapewniają najlepszą opiekę duchową, wnosząc w ten sposób wkład w integralną opiekę nad osobą ludzką, postrzeganą w perspektywie wielopłaszczyznowej.

Formacja permanentna może być prowadzona na trzech poziomach:

Ogólnym, regionalnym i międzyprowincjalnym. Prowadzona jest w różnorodny sposób i z różną częstotliwością, np. organizując spotkania, kongresy, konferencje, grupy refleksji, które pozwalają na formowanie w różnych dziedzinach związanych z naszym charyzmatem, a także są doskonałą okazją do poznania innych rzeczywistości duszpasterskich i wymiany doświadczeń.

Prowincjalnym. W ramach prowincji zarówno spotkania ogólne, jak i te organizowane w zakresie poszczególnych dziedzin, muszą zawsze mieć charakter formacyjny, muszą wskazywać na cele i kierunki działania duszpasterstwa prowincjalnego i na aspekty, w zakresie których poszukuje się zbieżności i jedności kryteriów i działań w każdym sektorze.

Lokalnym. Każda z ekip duszpasterskich określi w swoim projekcie sposób realizacji formacji permanentnej i jej częstotliwość, z uwzględnieniem dwóch wspomnianych wcześniej poziomów oraz ewentualnych propozycji i przytoczonych przykładów. W tym względzie byłoby bardzo korzystne, móc liczyć na zasoby obecne w każdym dziele Zakonu, zwłaszcza na poziomie Kościoła lokalnego i na poziomie różnych ośrodków formacji teologicznej i duszpasterskiej.

Poza zorganizowanymi inicjatywami formacja stała znajduje się w gestii samych zainteresowanych. Każdy duszpasterz powinien zatem wziąć na siebie odpowiedzialność za swój stały rozwój poprzez możliwie jak największe zaangażowanie, w przekonaniu, że nikt nie może od niego przejąć tej fundamentalnej odpowiedzialności¹⁵².

¹⁵² *Karta Tożsamości Zakonu*, 5.1.3.2. „Zespół duszpasterski ma bardzo dobrze troszczyć się o swoją formację – celem tego jest być na bieżąco, doskonalić się zawodowo i duchowo, aby lepiej służyć ludziom”.

ROZDZIAŁ VII

SEKTORY DUSZPASTERSTWA

7.1. DUSZPASTERSTWO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

7.1.1. Charakterystyka ośrodka dla niepełnosprawnych

Ośrodki opieki i wsparcia dla osób niepełnosprawnych oferują swoim podopiecznym schronienie, terapię zajęciową i możliwość pracy.

Podstawą ich działalności jest spersonalizowana opieka i realizacja odpowiednich programów. Do ośrodków przyjmowani są zarówno mężczyźni, jak i kobiety:

- z niepełnosprawnością intelektualną i/lub sprzężoną,
- z niepełnosprawnością intelektualną i/lub psychiczną,
- z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD Autistic Spectrum Disorders).

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną i/lub wieloraką niepełnosprawnością często potrzebują wsparcia w realizacji codziennych czynności (zakupy, przygotowywanie posiłków, organizacja i zarządzanie domem, pieniędzmi, higiena osobista). Często również potrzebują pomocy, by zaspokoić potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej.

Co więcej, w wielu przypadkach nie posiadają wystarczającej zdolności do nawiązywania i pielęgnowania przyjaźni i relacji międzyludzkich, rozwiązywania konfliktów i problemów, rozpoznawania i wyrażania swoich potrzeb. Osoby niepełnosprawne potrzebują także wsparcia, by uczestniczyć w życiu społecznym, kulturalnym i religijnym, tak aby mogli brać udział w różnych wydarzeniach i efektywnie zarządzać swoim wolnym czasem.

Priorytetowe cele w opiece nad osobami upośledzonymi umysłowo są następujące:

- stabilizacja zdrowia fizycznego i psychicznego,
- utrzymanie zdolności do pracy,
- nabycie lub odzyskanie umiejętności praktycznych,
- przygotowanie do podjęcia stałej i użytecznej pracy,
- odkrycie i rozwój zainteresowań.

Osoby dotknięte autyzmem przejawiają problemy w komunikacji (werbalnej i niewerbalnej) oraz w interakcjach społecznych. Potrzebują pomocy w komunikowaniu się z innymi ludźmi i mają problemy, aby poprawnie zinterpretować to, co zostało powiedziane. Objawy mogą być bardzo różne.

W skrócie można powiedzieć, że osoby niepełnosprawne potrzebują wsparcia i pomocy, aby osiągnąć możliwie najwyższy stopień autonomii i poczucia odpowiedzialności. Głównym celem jest ich włączenie, poprzez szereg spersonalizowanych działań wspierających, w społeczeństwo i aktywne uczestnictwo w życiu społecznym.

7.1.1.1. Mieszkanie

Posiadanie mieszkania stanowi część podstawowych potrzeb w życiu każdego człowieka. Mając na uwadze specyficzne potrzeby osób niepełnosprawnych, należy zaoferować im zarówno możliwość zamieszkania, jak i spersonalizowany program leczenia. W zależności od rodzaju i stopnia niepełnosprawności, mężczyźni i kobiety mogą być wspólnie przyjmowani do ośrodków.

Oferta obejmuje:

- zróżnicowane i zindywidualizowane możliwości zamieszkania w ośrodkach mieszkalnych, mieszkaniach jednoosobowych, zewnętrznych wspólnotach chronionych, a także opiekę w miejscu zamieszkania;
- program pobytu dziennego dla starszych osób niepełnosprawnych;
- specjalistyczną opiekę pedagogiczno-terapeutyczną;
- opiekę medyczną lekarzy ogólnych i specjalistów;
- organizację czasu wolnego (np. pływalnia, siłownia, Snoezelen – terapia w salach doświadczania świata);
- opiekę duszpasterską;
- formację dorosłych i inne propozycje.

7.1.1.2. Warsztaty

Działające przy ośrodku warsztaty oferują niepełnosprawnym możliwość przygotowania do podjęcia pracy.

7.1.1.3. Opieka dzienna w ośrodku wsparcia

W ośrodku wsparcia (gdzie organizowany jest czas wolny, szkolenia i terapia zajęciowa) osoby dotknięte ciężką niepełnosprawnością mają możliwość wzmacniać, w interakcji z innymi, potencjał swoich aspiracji, zainteresowań i zdolności, nabywając nowe umiejętności.

7.1.1.4. Osoby z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

Poprzez intensywną i spersonalizowaną opiekę oraz rozliczne formy pomocy, ośrodek zapewnia także osobom autystycznym opiekę, wsparcie, mieszkanie, terapię zajęciową i pracę.

Realizując własny plan pedagogiczno-opiekuńczy, oparty na metodzie TEARCHC (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children), staramy się odpowiadać na szczególne potrzeby osób dotkniętych autyzmem. Z jednej strony staramy się wzmacniać u podopiecznych dobre strony ich osobowości i prowadzić spersonalizowany proces nauczania, z drugiej zaś – stworzyć dla szczególnej rzeczywistości ich życia odpowiednią strukturę przestrzeni, czasu i działania.

7.1.2. Kryteria i główne kierunki duszpasterstwa

7.1.2.1. Cel

Naszym celem jest zapewnianie opieki duszpasterskiej osobom, które przebywają, mieszkają i pracują w ośrodku. Punktem wyjścia jest dla nas otwarta postawa chrześcijańska, potrafiąca wychodzić poza granice wyznania i religii i w tym duchu poświęcamy całą uwagę potrzebom religijno-duchowym każdej osoby.

Posługując się terminologią teologiczną, chcemy uczynić widzialnym i namacalnym to, że Bóg kocha wszystkich ludzi, że Bóg nadaje wartość każdemu ludzkiemu życiu, czy jest ono dotknięte niepełnosprawnością, czy też nie, i że częścią powołania człowieka jest przyjmowanie bliźniego (każdego bliźniego) jako dziecka Bożego.

Posługa duszpasterska jest realizowana przez pełnoetatowych duszpasterzy we współpracy z radą duszpasterską. Dwoma podstawowymi wyznacznikami są z jednej strony duszpasterstwo chorych, z drugiej zaś duszpasterstwo współpracowników. W zależności od sytuacji i potrzeb, nasze duszpasterstwo obejmuje również członków rodzin i jest otwarte na współpracę z Kościołem lokalnym.

7.1.2.2. Duszpasterstwo osób niepełnosprawnych

Posługa duszpasterska oznacza dla nas wychodzenie naprzeciw życiowym potrzebom osób niepełnosprawnych na poziomie egzystencjalnym i religijnym, uwzględniając ich niepełnosprawność i chorobę. Naszym celem jest towarzyszyć im w ich drodze życia, w procesie terapii, a niekiedy także i śmierci, odpowiadając na ich potrzeby religijne, dzieląc ich radości i nadzieje, niepokoje i lęki,

a także wpływając na poprawę ich samopoczucia psychicznego i zarazem fizycznego oraz budząc w nich poczucie spokoju i przynależności. To oznacza stworzenie rodzinnej i bezpiecznej przestrzeni, wewnątrz której niepełnosprawni mogliby dzielić się swoimi doświadczeniami życiowymi, mówić o swoich codziennych przeżyciach w związku z niepełnosprawnością, o swoich szczególnych potrzebach, troskach i nadziejach, a także zadawać pytania dotyczące religii. Musi to być przestrzeń, wewnątrz której niepełnosprawni mogą swobodnie wyrazić swoje odczucia związane z własną niepełnosprawnością i ze marginalizowaniem, okazać poczucie bezsilności, gniew, lęki i niepokoje, frustracje i poczucie winy, swobodnie rozmawiając o życiu i śmierci, ale także o swojej radości życia i szczęściu, nadziei i zaufaniu, aby interpretować je w świetle tradycji biblijno-chrześcijańskiej i osobistych doświadczeń wiary i życia.

Oferta duszpasterska obejmuje rozważania, lekturę Pisma Świętego i liturgię; rozmowy indywidualne i spotkania grupowe; wizyty z powodu tych szczególnych, jak i zwykłych okazji, w chwilach radosnych i w chwilach smutku. Celem duszpasterstwa jest również rozwijanie – także wśród personelu – szczególnej wrażliwości na potrzeby religijne niepełnosprawnych z poszanowaniem ich wyznania.

Formy wyrazu i ogólne założenia muszą być dostosowane do sytuacji i warunków osób niepełnosprawnych (komunikacja za pomocą gestów, język migowy, konkretne znaki i symbole, elementaryzacja, rytualizacja jako czynnik ochronny, dostęp emocjonalny, przestrzeń bez barier, angażowanie wszystkich zmysłów itp.).

W ten sposób podopieczni niepełnosprawni są wspierani i zachęceni do wyrażania swoich uczuć religijnych. Mogą to czynić podczas celebracji eucharystycznych i modlitewnych, w trakcie udzielania sakramentów i wykonywania znaków liturgicznych, celebracji roku liturgicznego, jak również za pomocą tradycji i rytów chrześcijańskich, lektury tekstów biblijnych i rozważań, śpiewów i innych form artystycznych. Staramy się również zapewniać indywidualne programy towarzyszenia osobom niepełnosprawnym w życiu i w chwili śmierci, także poprzez zaangażowanie w afirmowanie godności życia aż do samego końca (opieka paliatywna), rozwijając kulturę żałoby i pamięci przepojoną duchem religijnym.

7.1.2.3. Celebrowanie Eucharystii i doświadczenie Biblii wszystkimi zmysłami

Duszpasterze wspólnie z pracownikami przygotowują specjalne Msze Święte, adoracje, celebracje liturgiczne i spotkania poświęcone lekturze Biblii „na miarę osoby niepełnosprawnej” (por. 5.4.3.3. *Liturgia kreatywna*). Na przykład niedzielna Eucharystia rozpoczyna się zawsze tak zwanym rytuałem świec. W ramach tego rytuału grupa niepełnosprawnych (w każdą niedzielę inna) niesie w siedmioramien-

nym świeczniku przed ołtarz siedem świec „tematycznych”, własnoręcznie wykonanych. Tak symbolicznie niosą przed oblicze Boga doświadczenia codziennego życia z minionego tygodnia. Codziennosc i dni świąteczne, świat i wiara spotykają się w pewnego rodzaju obrazie synoptycznym. Kiedy zapala się świecę poświęconą śmierci, wspomina się zmarłych danego tygodnia; kiedy zapala się tę poświęconą urodzinom i jubileuszom, wymienia się osobę świętującą urodziny lub jubileusz; kiedy zapalana jest świeca poświęcona imieninom, odczytuje się imiona odpowiadające świętym, których grupy podopiecznych wybrały sobie jako patronów; kiedy zapala się świecę poświęconą tematyce wspólnoty, modli się za tych, którzy są członkami wspólnoty ośrodka, ale nie mogą brać udziału w Mszy Św. z powodu choroby lub innych przyczyn; podczas zapalania świecy próśb, wznosi się modlitwy za ośrodek lub ogólnie za Kościół, a kiedy zapala się świecę pokoju, modli się o pokój w ośrodku i na całym świecie.

Raz w miesiącu, podczas niedzielnej Eucharystii, zamiast kazania inscenizowane są sceny z Ewangelii, wykonywany taniec liturgiczny lub prezentowany kolaż obrazów lub jakiś inny twórczy *performance*, będący dziełem niepełnosprawnych. Bardzo ważnymi elementami są muzyka i rytm. Śpiewy liturgiczne są wykonywane przez chór niepełnosprawnych podopiecznych przy akompaniamencie grupy instrumentów, angażując wszystkich obecnych (możliwość odgrywania jako aktorzy, ról Jezusa, uczniów, roli syna marnotrawnego i innych, a także po prostu bycie widzami w czasie tych przedstawień, napełnia niepełnosprawnych radością, wzmacnia ich poczucie własnej wartości i przekazuje im w sposób widzialny i namacalny to uznanie dla nich i tę miłość, o których mówi Ewangelia Jezusa).

Podobna oferta duszpasterska istnieje dla podopiecznych z ciężkim stopniem niesprawności. Obejmuje ona specjalne ćwiczenia duchowe, rozważania i odgrywanie scen biblijnych. W ten sposób na przykład staramy się włączyć do grupy osoby zainteresowane, otaczając je indywidualną opieką i towarzysząc im w doświadczeniach religijnych, opowieściach biblijnych i celebracjach roku liturgicznego. Konkretnym tego przykładem jest tworzenie i udział w tak zwanym „ogrodzie wielkanocnym”, czyli przeżywaniu na nowo przez osobę niepełnosprawną – poprzez program medytacyjno-kontemplacyjny – męki Chrystusa aż po zmartwychwstanie. Ogród wielkanocny przemawia do wszystkich zmysłów: około dwudziestu uczestników tworzy go z kawałków tkanin lub innych kolorowych materiałów; widzą, dotykają, niosą i/lub pomagają nieść drewniany krzyż; czują, jak twarde są sznury, cierń i gwoździe, dotykając ich rękami, modląc się jednocześnie za tych, którzy doświadczają męki podobnej do Chrystusowej i zapalają za nich świece. Środek ogrodu zapełnia się coraz bardziej, dopóki wszyscy nie przejdą symbolicznie Drogi Krzyżowej. Na zakończenie uczestnicy przyozdabiają grób Chrystusa (wykonany z kawałków szarego materiału) kolorowymi płatkami kwiatów symbolizującymi na-

dzieję zmartwychwstania. Następnie każdemu uczestnikowi jest udzielane osobiste błogosławieństwo z nakreśleniem krzyżem znaku krzyża na czole. Zdumiewające, jak intensywność tej celebracji wycisza i wprowadza w stan kontemplacji nawet osoby z głębokim upośledzeniem i trudnym zachowaniem, zazwyczaj krzyczące lub zachowujące się niespokojnie.

7.2. DUSZPASTERSTWO NIEULECZALNIE CHORYCH

7.2.1. Oddział opieki paliatywnej¹⁵³

7.2.1.1. Specyfika oddziału opieki paliatywnej

Oddział lub jednostka opieki paliatywnej przyjmuje ciężko chore osoby znajdujące się w ostatnim stadium nieuleczalnej choroby. Są to przede wszystkim osoby z nowotworami złośliwymi, chorzy na AIDS, cierpiący na ciężkie choroby neurologiczne, pacjenci z ciężką niewydolnością wątroby lub nerek, osoby z nieuleczalnymi chorobami płuc i cierpiący na ciężką postać miażdżycy zarostowej.

Oddziały takie realizują szeroki program terapeutyczny: interdyscyplinarne leczenie bólu, terapia objawów takich jak wymioty, nudności, biegunka, bezdech, zaburzenia toku myślenia oraz pielęgnację rozległych ran spowodowanych przez choroby nowotworowe.

Oddział opieki paliatywnej stanowi część szpitala na równi z innymi oddziałami, takimi jak oddział chorób wewnętrznych, chirurgii, ortopedii/chirurgii urazowej, urologii, intensywnej opieki medycznej, anestezjologii, ginekologii, otolaryngologii i chirurgii szczękowej. Dlatego też oddział opieki paliatywnej może korzystać z pomocy i wsparcia lekarzy z innych oddziałów, a także inne oddziały mogą zwrócić się o pomoc i poradę do lekarzy z oddziału opieki paliatywnej.

Dla zapewnienia nieuleczalnie chorym jak najlepszej opieki, mając na uwadze integralność osoby ludzkiej, istotne jest, aby skoordynować pracę wszystkich zarówno lekarzy, jak i innych osób sprawujących nad nimi opiekę.

Takie holistyczne podejście wymaga:

- całościowej opieki zagwarantowanej przez specjalistyczny personel pielęgniarski,

¹⁵³ Informacje zawarte w tej części zostały opracowane w oparciu o doświadczenia oddziału opieki paliatywnej dzieła Zakonu w Monachium (Prowincja Bawarska).

- uwzględniania i poszanowania życzeń i potrzeb pacjenta, szczególnie dotyczących jego przyzwyczajeń i trybu życia,
- zaangażowania członków rodziny w opiekę nad pacjentem i umożliwienia im nocowania na oddziale,
- szerokiego zaangażowania wolontariuszy w opiekę nad chorymi,
- wsparcia duchowego i opieki duszpasterskiej,
- opieki społeczno-prawnej i psychospołecznej świadczonej przez kompetentny personel Zakonu Kawalerów Maltańskich i Caritasu (zajmujących się opieką ambulatoryjną i domową),
- sieci opieki przed- i poszpitalnej,
- pracowników zapewniających ciągłość opieki szpitalnej i ambulatoryjnej/domowej,
- stosowania terapii oddechowej, muzykoterapii, fizjoterapii.

Wielu chorych po zakończeniu terapii może powrócić do domu lub zostać przeniesionych do innego specjalistycznego ośrodka opieki lub do hospicjum. Dlatego wskazana jest ścisła współpraca pomiędzy oddziałem opieki paliatywnej a ambulatoryjną opieką paliatywną.

Pracownicy opieki społecznej i opieki ambulatoryjnej/domowej zajmują się także sprawami biurokratycznymi i administracyjnymi oraz kontynuacją opieki po wyjściu pacjenta ze szpitala, zapewniając specjalistyczne usługi opiekuńcze, tak aby pacjent był otoczony jak najlepszą opieką także w swoim domu. Ponadto gwarantują optymalną kontynuację szpitalnej opieki lekarskiej w warunkach domowych. Jednocześnie oferują wsparcie dla członków rodziny chorego i koordynują działalność wolontariuszy zarówno w szpitalu, jak i w domu pacjenta. Oferowana opieka obejmuje także rozmowy indywidualne i spotkania grupowe, mające na celu pomoc w przeżywaniu żałoby.

7.2.1.2. Posługa duszpasterska na oddziale opieki paliatywnej

Kluczowa idea posługi duszpasterskiej na oddziale opieki paliatywnej zawiera się w słowach: „naszym zbawieniem jest Pan – naszym zaangażowaniem jest Człowiek”.

W ramach współpracy interdyscyplinarnej, grupa duszpasterska realizuje szereg specyficznych działań. W ich realizacji, priorytetem jest ukazywanie chrześcijańskiej perspektywy i przywracanie nadziei w sytuacjach choroby, bólu i żałoby.

Świadek kapelana:

Jako kapelan odwiedzam codziennie (także w niedziele i święta) wszystkich pacjentów oddziału. Wielu z nich już znam z wcześniejszych hospitalizacji na innych oddziałach, więc jest mi relatywnie łatwo nawiązać kontakt duszpasterski.

Podstawą naszego duszpasterstwa jest dialog, osobista rozmowa, mająca na celu pomóc w pojednaniu się ze sobą i z innymi, wybaczyć sobie, doświadczyć miłości Boga i ludzkiego ciepła. W takim duchu codziennie udzielam sakramentu pojednania i namaszczenia chorych.

Część naszych pacjentów przybywa z innych szpitali miasta i okolic. Często są to ciężko chore osoby w stanie częściowej nieświadomości, nie mogą mówić i dlatego wszelkich informacji o nich trzeba zasięgać u członków rodziny. W takich sytuacjach – jeśli krewni sobie tego życzą – także tym pacjentom udzielam sakramentu namaszczenia chorych.

Kiedy pacjent umiera, jestem natychmiast wzywany przez personel oddziału zarówno w dzień, jak i w nocy. Modłę się za umierającego, sam lub z jego rodziną, jeśli jest obecna.

Często rodzina prosi mnie o odprawienie Mszy Św. za zmarłego, o celebrowanie ceremonii pożegnalnej i pogrzebowej na cmentarzu. Jeśli czas mi pozwala, chętnie się tego podejmuję.

Wszystkich zmarłych na oddziale opieki paliatywnej wspominamy zawsze w każdy pierwszy czwartek miesiąca w czasie specjalnej Eucharystii sprawowanej w kaplicy szpitalnej. Msza św. odprawiana jest o godz. 14.15. Zwracamy szczególną uwagę na oprawę muzyczną. Po kazaniu odczytywane są, jedno za drugim, imiona zmarłych w danym miesiącu, a po odczytaniu każdego imienia, jest zapalana świeca upamiętniająca zmarłego. W tej Eucharystii bardzo licznie uczestniczą rodziny zmarłych; zdarzają się też rodziny, które przychodzą co miesiąc, nawet bardzo długo po śmierci chorego.

7.2.2. Hospicjum

7.2.2.1. Charakterystyka hospicjum

Hospicjum można określić jako rodzaj schroniska, czyli miejsce, gdzie przyjmowane są osoby niejako podróżujące w stronę śmierci. Termin „hospicjum” pochodzi od łacińskiego słowa *hospitum*, od którego z kolei wywodzi się włoskie słowo *ospitalità*, czyli gościnność. Zatem hospicjum jest w całym tego słowa znaczeniu szczególnym wyrazem Szpitalnictwa.

Podążając śladem tradycji działającego już od wielu lat oddziału opieki paliatywnej szpitala Bonifratrów, głównym celem naszego hospicjum jest zapewnianie opieki osobom nieuleczalnie chorym, które nie mogą być pod opieką innych instytucji.

Chorzy, którymi się zajmujemy, znajdują się najczęściej w tak ciężkim stanie, że wymagają opieki całodobowej. Nasi podopieczni to przeważnie pacjenci onkologiczni, cierpiący na silne bóle, mający problemy z oddychaniem, mdłości, trudności z jedzeniem, odczuwający niepokój i stres. Łagodzenie wszystkich tych dolegliwości, których nie da się już leczyć, to główne zadanie opieki paliatywnej. Łacińskie słowo *pallium*, od którego pochodzi termin „paliatywny”, oznacza „płaszcz”. Naszą troskę o łagodzenie i uśmierzenie dolegliwości można porównać do okrywania pacjenta płaszczem i pozwolenia mu na przeżycie czasu, jaki jeszcze pozostał, z godnością, w miarę możliwości bez bólu i z zachowaniem swobody decydowania. Dla osiągnięcia tego celu zarówno personel lekarski, jak i pielęgniarz posiada specjalistyczną wiedzę i umiejętności z zakresu opieki paliatywnej. W naszym hospicjum pacjenci w ostatnim stadium życia mają możliwość doświadczania, w całkiem nowy sposób, miejsca i czasu; są tu przyjmowani jako osoby, które mogą swobodnie wyrażać swoje lęki i niepokoje, ból i zatroskanie.

Pomimo bólu i cierpienia, wszyscy pracownicy angażują się w tworzenie w hospicjum atmosfery radości, miejsca pogodnego pożegnania się z życiem i przede wszystkim przestrzeni, w której obecne jest życie. Dla zapewnienia pacjentom jak najlepszej opieki, hospicjum dysponuje wyłącznie pokojami jednoosobowymi.

Poza dwunastoma pokojami przeznaczonymi dla chorych, ośrodek dysponuje kilkoma małymi kuchniami i łazienkami, biblioteką, kilkoma niewielkimi mieszkaniami dla rodzin chorych i salami wykładowymi. Rodzina i przyjaciele, jeśli chcą, mogą spędzać w hospicjum dowolną ilość czasu przy chorym, towarzysząc mu w ostatnich chwilach życia.

Jest naszym obowiązkiem przyjmowanie nieuleczalnie chorego z całą jego delikatnością i słabością, z poszanowaniem jego przyzwyczajeń i szczególnych cech usposobienia, jego życzeń i jego osobowości. Zwracamy ogromną uwagę na to, aby chory, w ostatnim etapie swojej ziemskiej drogi, mógł w sposób wolny i swobodny dokonywać wyborów.

Z naszego doświadczenia wynika, że jeśli człowiek w ostatnim stadium życia pozostaje pod opieką uwzględniającą wszystkie jego potrzeby, może zdobyć się na wiele, ponieważ pragnie intensywnie przeżyć te ostatnie chwile. Zaangażowanie rodziny w towarzyszenie w odchodzeniu jest rzeczą niemal oczywistą, ale także tutaj to pacjent decyduje o intensywności i częstotliwości spotkań.

Oprócz naszej specjalistycznej wiedzy i umiejętności, które ofiarujemy chorym i ich rodzinom, staramy się także wyrażać im naszą solidarność i szacunek.

Przywiązujemy ogromną wagę do formacji, doształcania i doskonalenia kwalifikacji zawodowych, ponieważ nie obawiamy się zmian i wiemy, że służy to naszemu ciągłemu rozwojowi. Ten, kogo aktywność zawodowa obejmuje medycynę paliatywną i opiekę nad nieuleczalnie chorymi, rozumie, iż niezbędny jest wysoki poziom wiedzy, umiejętności i doświadczenia, których nie można rozwijać tylko poprzez codzienną praktykę, ale muszą być one ciągle wzbogacane uczestnictwem w kursach i seminariach.

Personel hospicjum składa się z pielęgniarzy, opiekunów osób starszych, opiekuna socjalnego, sekretarki, sprzątaczk i specjalistów zajmujących się terapią oddechową, arteterapią i muzykoterapią. Kapłan zakonny odwiedza pacjentów i pełni dla nich posługę duszpasterską. Rodziną i przyjaciółmi przeżywającymi żałobę zajmuje się – na ich życzenie – psychoterapeutka.

Głęboko zainspirowani wartościami chrześcijańskimi jesteśmy otwarci na inne religie ich rytuały i wiarę.

Jako osoby, które codziennie pracują przy umierających, jesteśmy świadomi tego, że człowiek ma swoje granice i jesteśmy szczególnie uwrażliwieni na lęki i troski naszych pacjentów. Z tego powodu przywiązujemy wielką wagę do tego, aby pracownicy odnosili się do siebie z takim samym szacunkiem, jaki okazują wobec chorych.

Człowiek godzin jest najwyższego szacunku także po śmierci. Dlatego ciało zmarłego jest przygotowywane do pogrzebu i pozostawiane jeszcze przez jeden dzień w hospicjum. Aby umożliwić intensywne i pogodne przeżywanie żałoby, pokój, w którym zmarły przeżył ostatnie dni, staje się miejscem pożegnania i pamięci o nim. Zapraszamy przyjaciół i członków rodziny do brania udziału w ubieraniu zmarłego, do nadania szczególnego wymiaru chwilom pożegnania i do uczestniczenia w związanych z tym rytuałach.

7.2.2.2. Posługa duszpasterska w hospicjum

Także w hospicjum mottem naszej posługi są słowa: „Naszym zbawieniem jest Pan – naszym zaangażowaniem jest Człowiek”.

W ramach współpracy interdyscyplinarnej (patrz wyżej), grupa duszpasterska realizuje szereg specyficznych działań. W ich realizacji priorytetem jest ukazywanie chrześcijańskiej perspektywy i przywracanie nadziei w sytuacjach choroby, bólu i żałoby.

Świadectwo kapelana:

Tak jak na oddziale opieki paliatywnej, także w hospicjum odwiedzam codziennie (także w niedziele i święta) wszystkich pacjentów. Wielu z pacjentów hospicjum już znam z wcześniejszych hospitalizacji w szpitalu lub na oddziale opieki paliatywnej, więc jest mi relatywnie łatwo otoczyć ich opieką duszpasterską.

Wielu pacjentów ma już za sobą pobyt w innym szpitalu, w mieście lub okolicach, ale są też osoby, które przybyły do hospicjum bezpośrednio z domu. Oczywiście także tym pacjentom oferuję posługę duszpasterską, która jednak często – zwłaszcza na początku – jest niechętnie przyjmowana. Ale codzienne spotkania na ogół budują klimat zaufania i otwarcia na dialog duszpasterski.

Aby przyjęcie sakramentu pojednania mogło zostać zaakceptowane, potrzebny jest proces otwarcia się na to doświadczenie. Także przed udzieleniem sakramentu namaszczenia chorych niezbędne jest nawiązanie kontaktu z chorym i cierpliwy dialog. Dla celów duszpasterskich wskazana jest, w czasie codziennych spotkań, obecność rodziny chorego. Dlatego, jeśli w czasie mojej wizyty, są przy pacjencie członkowie rodziny, zawsze włączam ich do rozmowy z chorym. Jeśli chcą porozmawiać na osobności, przyjmuję ich w pokoju kapelana.

Kiedy pacjent umiera, jestem natychmiast wzywany przez personel hospicjum zarówno w dzień, jak i w noc. Modłę się za umierającego, sam lub z jego rodziną, jeśli jest obecna. Często rodzina prosi mnie o odprawienie Mszy Św. za zmarłego, o prowadzenie ceremonii pożegnania i pogrzebu na cmentarzu. Jeśli czas mi pozwala, chętnie się tego podejmuję.

Wszystkich zmarłych pacjentów hospicjum wspominamy zawsze w każdy ostatni piątek miesiąca w czasie specjalnej Eucharystii sprawowanej w naszej kaplicy. Msza św. odprawiana jest o godz. 14.30. Zwracamy szczególną uwagę na oprawę muzyczną. Po kazaniu odczytywane są, jedno za drugim, imiona zmarłych w danym miesiącu, a po odczytaniu każdego imienia jest zapalana świeca upamiętniająca zmarłego. W tej Eucharystii bardzo licznie uczestniczą rodziny zmarłych; zdarzają się też rodziny, które przychodzą co miesiąc, nawet bardzo długo po śmierci chorego.

7.3. DUSZPASTERSTWO OSÓB CIERPIĄCYCH NA ZABURZENIA PSYCHICZNE

7.3.1. Uwagi na temat chorób psychicznych

Mówiąc o chorych psychicznie, nie możemy myśleć tylko o jednej ich kategorii – psychiatria klasyfikuje wielorakie zaburzenia. W tej sekcji uwzględnione są niektóre choroby, nawet jeżeli nie są natury ściśle psychiatrycznej, osobom dotkniętym tymi chorobami zapewniają opiekę nasze ośrodki zajmujące się rehabilitacją psychiatryczną lub inne prowadzące podobną działalność. Mamy tutaj na myśli na przykład różne formy demencji, w tym przede wszystkim, chorych

na Alzheimerera. Poza swoim specyficznym przebiegiem u każdego chorego, choroba psychiczna jest poddana silnemu uwarunkowaniu społecznemu, które zasadniczo wpływa na proces polepszania się lub pogarszania stanu chorego. Należy ponadto zauważyć, że wobec psychicznie chorych, odbiór społeczny i dotyczące ich ustawodawstwo bardzo różnią się w zależności od kraju, co zasadniczo przyczynia się do zróżnicowania obrazu choroby i do powstawania różnic w organizowanej dla nich opieki zdrowotnej.

Jednym z głównych problemów jest to, że choroba psychiczna objawia się także na poziomie relacji międzyludzkich. Choroba niszczy zdolność więzi, przede wszystkim z samym sobą – chory często nawet nie jest w stanie ocenić objawów swojej choroby: wynika to zarówno z uporczywej społecznej stygmatyzacji chorych, jak i z powodu trudności chorego w dokonywaniu takiej oceny. Ponadto staje się problematyczna przede wszystkim relacja z innymi, szczególnie z powodu porozumiewania się przez chorego w sposób odmienny od powszechnie przyjętego. Chory psychicznie przeżywa bardzo bolesne relacje międzyludzkie, jest spychany na margines społeczny, co tworzy błędne koło i powoduje znaczny wzrost niszczących skutków choroby. Chory czuje się izolowany i bardzo trudno wyjść mu z tego odosobnienia. Bardzo długi jest czas odzyskiwania zaufania w relacjach międzyludzkich, ale tylko po upływie tego czasu można mówić o zaistnieniu relacji zdolnej do rehabilitacji chorego.

Wciąż zakorzenione jest pewnego rodzaju podejście, które nie pozwala we właściwy sposób postrzegać choroby psychicznej, a zwłaszcza osób na nią cierpiących. Choroba psychiczna należy do stygmatów najsilniej społecznie wykluczających. Pomimo tego tradycyjnego lub wtórnego zjawiska marginalizowania chorych, należy zagwarantować im pełne poszanowanie jednostkowej wolności i stworzyć warunki skutecznej rehabilitacji oraz prawdziwego powrotu do społeczeństwa dla tych, którzy w przeciwnym razie są poważnie narażeni na zepchnięcie na margines społeczny.

Już na podstawie tego wstępu widać jak bardzo szeroki i zróżnicowany jest obraz sytuacji. Obraz ten pokazuje nam także, że leczenie takich chorych, a co za tym idzie, także posługa duszpasterska, powinna być prowadzona dwutorowo: z jednej strony powinna mieć na celu zapewnienie opieki choremu, który cierpi na zaburzenia psychiczne, ale także dążyć do zmiany mentalności osób (poczynając od rodziny chorego, a skończywszy na jego relacjach społecznych), które są w sprawowanie takiej opieki włączone, a także dążenie do zmiany społecznego podejścia do psychicznie chorych.

7.3.2. Zakon Szpitalny a posługa duszpasterska dla chorych psychicznie

Na wzór naszego Założyciela, św. Jana Bożego i zgodnie ze swoim charyzmatem, dzieła Zakonu wykorzystują najnowocześniejsze metody leczenia psychiatrycznego, ale przede wszystkim dogłębnie je humanizują, co wynika – poza osobistymi przymiotami – także z przekonania o wielkiej godności każdego człowieka, będącego odbiciem Bożej miłości, stworzonego na Jego obraz i podobieństwo. Zakon Bonifratrów wraz z innymi organizacjami kościelnymi jest odpowiedzią Kościoła na potrzeby cierpiących na choroby psychiczne i właściwy mu sposób głoszenia Ewangelii przybiera najszlachetniejsze formy miłosierdzia: ostatni są naszymi umiłowanymi bliźniami. Często w ramach państwowej opieki zdrowotnej zdarza się, że chorzy psychicznie traktowani są najgorzej.

Częścią procesu leczenia osób cierpiących na choroby psychiczne jest opieka duszpasterska i duchowa, będąca priorytetem we wszystkich tych miejscach, gdzie obecni są Bonifratrzy i ich współpracownicy. Dzieje się tak ze względu na charyzmat Szpitalnictwa i zasadnicze znaczenie wartości religijnych w strukturze relacyjnej i duchowej osoby ludzkiej. Duszpasterstwo osób chorych psychicznie musi być dostosowane do stanu chorego i odbywać się z poszanowaniem godności osoby ludzkiej, tak aby w atmosferze lojalności i braterstwa, można było głosić wieczne przesłanie o zbawieniu, przekazane nam przez Jezusa Chrystusa w Ewangelii.

7.3.3. Duszpasterstwo chorych psychicznie

W zewnętrznej formie, duszpasterstwo w opiece psychiatrycznej nie różni się od innych form obecności Kościoła w ochronie zdrowia i ogólniej – w społeczeństwie. Natomiast tym, co je wyróżnia, jest inna jakość tej obecności i stosowany przez duszpasterzy sposób towarzyszenia osobom z zaburzeniami psychicznymi. Tak jak w całym obszarze opieki zdrowotnej, także tutaj duszpasterze stosują metody ewangelizacji oparte na nawiązaniu relacji interpersonalnej z chorym i niesieniu pomocy tym, którzy znajdują się w trudnej sytuacji. Od strony praktycznej możliwe jest prowadzenie pełnej posługi duszpasterskiej, tak jak w jakiegokolwiek innej instytucji kościelnej, np. w parafii itp. Szczególną uwagę należy zwrócić na indywidualne odwiedzanie chorych, tak aby każdy odczuwał miłość bliźniego i miłość Boga. Tam, gdzie jest to możliwe, bardzo użyteczne okazują się grupowe spotkania o tematyce religijnej i duchowej, prowadzone także jako przygotowanie do uroczystości i świąt lub po prostu jako wymiana poglądów na interesujące uczestników tematy. Innymi wartościowymi formami duszpasterskimi są pielgrzymki, wycieczki, zwiedzanie zabytków i wystaw, gdyż są one bardzo cenne dla duchowego wzbogacenia i umożliwiają doświadczenia związane z przebywaniem w świecie innym niż ten ograniczony murami szpitala czy ośrodka opieki. Niezwykłą wagę ma liturgia

we wszystkich swoich formach, od tych bardziej strukturalnych, po wspólne odmawianie prostych modlitw. Liturgia, poza wartościami religijnymi i sakramentalnymi, nabiera dużego znaczenia także z antropologicznego punktu widzenia, ponieważ rytualność wspiera ważne i przełomowe momenty w życiu i pomaga człowiekowi przezwyciężać kryzysy i dziękować Bogu za radości i otrzymywane łaski.

W psychiatrii ma szczególne znaczenie – może nawet większe niż w innych sektorach opiekuńczo-leczniczych – praca zespołowa, nie tylko w sensie pluridyscyplinarnym (obecność przedstawicieli różnych specjalności), ale także w sensie interdyscyplinarnym (czyli możliwości konfrontowania wiedzy z różnych dziedzin, a przede wszystkim wykorzystywania, poza zasobem wiedzy, także bogactwa wynikającego z różnorodności osobowości). W takiej sytuacji *relacja* staje się głównym narzędziem terapii i dlatego możliwość rehabilitacji chorego jest oparta na jakości relacji. W tej perspektywie celowe jest zwracanie uwagi także na wymiar religijny i duchowy osoby, a więc niezbędna jest obecność pracownika, który posiada odpowiednią wiedzę, potrzebną do analizy tego wymiaru w wymiarze terapeutycznym i ustalenia sposobu, w jaki należy wspierać pacjenta i mu towarzyszyć. Praca zespołowa pozwala najlepiej wykorzystać informacje i korygować sposób postępowania z chorym i jego terapię.

W psychiatrii, może bardziej niż w innych sektorach opieki zdrowotnej, jest rzeczą konieczną, aby chory był w samym centrum uwagi. Należy pamiętać, że mimo zafałszowanego postrzegania rzeczywistości, także i on szuka sensu dla swojej choroby. W tym stwierdzeniu zawiera się fundamentalna intuicja tego, co możemy nazwać duszpasterstwem chorych psychicznie – każdy człowiek, także taki, który dotknięty jest zaburzeniami psychicznymi, szuka sensu swojego życia. Nie ma w tym żadnej różnicy w stosunku do jakiegokolwiek innej formy duszpasterstwa. Duchowa potrzeba sensu jest jeszcze silniejsza tam, gdzie wydaje się zagubiony sam sens życia. Chodzi o pomoc i wsparcie dla tych, którzy szukają sensu w tym, co się z nimi dzieje, a działanie duszpasterstwa chorych staje się cennym wkładem w ewangelizację.

Chory poszukuje ludzkiego ciepła i opieki, ale to on chce decydować, kiedy ktoś ma się do niego zbliżyć. Winniśmy szanować wolę pacjenta odnośnie rytmu i tego, jak ma się to odbywać. Ogólnie sprawa czasu jest niezwykle ważnym aspektem w tej dziedzinie. Ogromna ilość czasu, którego wymaga praca z osobami z zaburzeniami psychicznymi, jest czasem poświęconym z nadzieją, że prędzej czy później przyniesie on owoce; to czas, który często traci się bez osiągnięcia widocznych rezultatów, a przede wszystkim jest to czas, który musi być uszanowany, to pacjent powinien o nim decydować. Także w innych sytuacjach, odpowiadając na potrzeby osób, należy dawać bez miary, czekając na rezultat uzależniony od rytmu natury

i rytmu Bożego działania w każdym człowieku. Pozostaje wciąż prawdziwe – także w sytuacjach, które analizujemy – stwierdzenie św. Pawła: „Stałem się wszystkim dla wszystkich, żeby ocalić przynajmniej niektórych” (1 Kor 9, 22). Jedynie wspólne pokonywanie tej samej drogi daje będącemu w potrzebie poczucie, że może liczyć na drugiego. Daje także poczucie godności, kiedy będąc na tym samym poziomie, wzrok drugiej osoby jest na tej samej linii i można patrzeć „prosto w oczy”.

Tak jak jest czas i miejsce na prowadzenie różnego rodzaju terapii, także i dla posługi duszpasterskiej należy znaleźć właściwe miejsce, które byłoby dla pacjentów ośrodka łatwo rozpoznawalne. Może to być miejsce, w którym prowadzone są także inne zajęcia, ale nieodzownym jest, aby w miarę możliwości, pacjenci wyraźnie kojarzyli, że jest to miejsce spotkań duszpasterskich, że jest to także ich miejsce, przestrzeń, która ich uspokaja, gdzie otrzymują pomoc. Tak samo ważne jest tempo i rytm i dlatego trzeba troszczyć się o zachowanie stałości w zaangażowaniu duszpasterskim; dla cierpiących na zaburzenia psychiczne stanowi wielką pomoc odzyskiwanie rytmu życia, który przez typowe dla chorób psychicznych długie hospitalizacje, jest zaburzany i niszczone.

Zdajemy sobie sprawę, że także w psychiatrii, zawsze możliwe jest niepowodzenie. Niekiedy konieczność skonfrontowania kogoś z rzeczywistością jego choroby, pociąga za sobą ryzyko. Poszanowanie autonomii osoby ludzkiej zakłada zawsze relację opartą na prawdzie także wtedy, gdy ta prawda staje się trudna do przekazania; z drugiej strony przekazywanie prawdy musi mieć na celu pozytywną przemianę. Relacje mogą zostać nawet przerwane, o ile doprowadzi to osobę, której pomagamy, do integracji przekazanej prawdy.

Świat ludzki jest pełen historii, każda jest inna, ale w każdej z nich można odnaleźć zarówno zaczyny choroby, jak i dostrzec punkty zaczepienia, które mogą pomóc w procesie rehabilitacji. Te historie chorych cierpiących na zaburzenia psychiczne są dostrzegalne w ich twarzach i spojrzeniach. Ten, kto pragnie nieść przesłanie Ewangelii do ludzkich serc, musi poznać niektóre zagadnienia z zakresu psychiatrii, choć niekoniecznie musi stać się ekspertem w tej dziedzinie. Ponieważ osoby zasadniczo pozostają takimi, jakimi były, ważne jest poznanie ich historii, tak jak jest przez nich opowiadana.

Duszpasterz pracujący w leczeniu psychiatrycznym, jest przede wszystkim znawcą problemów duszy, ducha, potrafiącym udzielać prostych odpowiedzi, które są zrozumiałe dla wszystkich. Czuły gest, uśmiech, wspólny spacer są to zachowania w każdej sytuacji przemawiające do chorych. Niesienie Chrystusa chorym psychicznie to przede wszystkim uzbrojenie się w cierpliwość, umiejętność słuchania i pewna doza kreatywności. Niezbyt służą tu logiczne lub doktrynalne wywody; psychiatria nie zawsze jest w stanie ustalić postępowanie lecznicze, zdolne znaleźć

właściwe rozwiązanie specyficznego problemu, ale za pomocą swojej wiedzy próbuje leczyć chorych w zastanej sytuacji. Przydatna jest przede wszystkim intuicja, wyrabiana przez przebywanie z chorym; zasadność takiego podejścia sprawdza się w każdym działaniu terapeutycznym, ale jest ono jeszcze bardziej uzasadnione w duszpasterstwie chorych psychicznie.

Poza procesem odbudowywania relacji u chorego, niezbędne są działania w kierunku uwrażliwienia społeczeństwa na chorych, tak aby zostało stworzone przyjazne dla nich środowisko, zdolne do integrowania chorych psychicznie ze społeczeństwem. W ramach integracji musi być możliwe odtworzenie sieci relacji międzyludzkich, niezbędnej do życia każdej jednostce, a psychicznie choremu w szczególności, aby na nowo określił się w „normalnym” kontekście społecznym. Dla osiągnięcia tego celu, ma zasadnicze znaczenie udział wszystkich, od personelu pielęgniarskiego i opiekuńczego po środowisko społeczne, a także wolontariuszy, polityków, przedstawicieli Kościoła. W tych złożonych działaniach znacząca jest współpraca z rodziną, która często cierpi razem z chorym, czasem bardziej niż on sam. Wkład, jaki może tu wnieść duszpasterstwo chorych, oparty jest także na profetycznej sile, zdolnej nadać pełną godność osoby ludzkiej tym, którzy cierpią na zaburzenia psychiczne. Poza pomocą w nadaniu życiu duchowego sensu w świetle Ewangelii, innym ważnym elementem jest możliwość zapoczątkowania prawdziwego procesu humanizacji podejścia do chorych oraz pokonania stygmatyzacji społecznej¹⁵⁴.

Dążąc do nawiązania znaczących relacji terapeutycznych, należy zatroszczyć się o pewien szczególny aspekt, który moglibyśmy określić jako „zawieszenie osądu” w chwili, kiedy zaczynamy słuchać drugą osobę. Jest to ważne w kontakcie z jakąkolwiek osobą, a szczególnie uzasadnione wobec osób psychicznie chorych. Dotyczy to również zawieszenia osądu moralnego (co nie oznacza popadania w całkowite usprawiedliwianie czyjegoś zachowania). Pozwala to na nieodrzućanie innej osoby, na poszukiwanie punktu zaczepienia, aby od niego rozpocząć dialog z chorym. Często za niegrzeczną odpowiedzią i uporczywym żądaniem pomocy, kryje się potrzeba miłości. Dotyczy to wszystkich – także chorych psychicznie. Kiedy nie osądzamy, w naturalny sposób używamy języka, który nie obraża, ale uzdrowia, leczy, koi; języka, który dla chorego staje się nośnikiem ludzkiego ciepła. Wtedy wraz ze słowem zmienia się także nasze spojrzenie, staje się ono takim spojrzeniem, które pozwala nam życzliwie patrzeć na drugą osobę, pozwala nam dostrzec jej godność, także wtedy, gdy ciało i umysł pozornie by nas od niej oddalały.

¹⁵⁴ Por. BENEDYKT XVI, *Orędzie na światowy dzień chorego* 2006.

7.4. DUSZPASTERSTWO OSÓB W PODESZŁYM WIEKU

7.4.1. Osoba starsza jako podopieczny w naszych ośrodkach

7.4.1.1. Sytuacja osoby starszej nie jest porównywalna do sytuacji chorego: starość nie jest równoznaczna z chorobą, chociaż tej fazie życia często towarzyszą choroby. Nasza uwaga – wychodząc od rozpowszechnionej i zmiennej, w zależności od kraju, pozycji społecznej osób starszych – skupia się na osobach starszych, przybywających w różny sposób do naszych ośrodków. Ich wspólną charakterystyczną cechą jest nie tylko wiek, ale bardzo często choroby lub problemy ekonomiczne, które nie pozwalają im na pozostawanie w rodzinach. Czasem to same rodziny nie są w stanie lub nie chcą zapewnić członkowi rodziny w podeszłym wieku opieki w domu. Te problemy powodują, że osoby starsze przeżywają doświadczenie samotności i izolacji i jest to pierwsza potrzeba, na którą bardzo często jesteśmy wezwani, by odpowiedzieć. Zgodnie z charyzmatem Szpitalnictwa, jest naszym obowiązkiem przyjąć, otoczyć opieką i szacunkiem osobę starszą, która do nas przybywa. „Pobyt osoby starszej w dziele zarządzanym przez Zakon nie należy traktować jedynie jako rozwiązania problemu mieszkania, lecz winien być głęboko naznaczony duchem charyzmatycznym. Winno to oznaczać dowartościowanie «trzeciego wieku», którego nie może cechować złuda wiecznej młodości, lecz który należy przeżywać jako etap szczególny i odmienny, z wszystkimi bogactwami i wszystkimi problemami, które ze sobą niesie, podobnie jak inne okresy życia. Jest oczywiste, że ten wiek przeżywa się z poczuciem utraty (siły fizycznej, roli społecznej, ukochanych osób, pracy, domu itp.). To poczucie należy przyswajać i kompensować przez poczucie wzbogacenia (doświadczenia, wspomnienia spełnionego dobra itd.). Z perspektywy wiary ten okres życia winien uzyskać sens długiej wigilii, przygotowującej do spotkania z wiecznością”¹⁵⁵.

7.4.1.2. Przyjmowanie osób starszych jest szczególnie delikatnym momentem, należy okazać im pełny szacunek, na jaki zasługują, przeżywszy życie bogate w wydarzenia, doświadczone radości i pokonane trudy; tak samo w sprawowaniu opieki nad nimi, należy być szczególnie wyczulonym na wspieranie ich w potrzebach, ale zachowując należyta ostrożność, aby nie okazać się zbyt nachalnym, pozwalając – ze względu na poszanowanie ich godności – aby starsza osoba zachowała jak największą niezależność.

7.4.1.3. Najważniejsze jest dowartościowywanie osoby, jej duchowych zasobów, bogactwa doświadczeń, które starszy człowiek gromadził latami. Istnieją społeczeństwa, w których słowo osoby starszej to największa mądrość, natomiast

¹⁵⁵ *Karta Tożsamości Zakonu*, 5.2.6.5.

bardziej zindustrializowane społeczeństwa postrzegają starszego człowieka jako ciężar dla innych, ponieważ trudno włączyć go do „planu produkcyjnego”. Żadne uwarunkowanie socjologiczne nie może przekreślić tej cennej wartości, jaką stanowi trwające od lat życie.

7.4.1.4. Czas – a przede wszystkim jego psychologiczne postrzeganie – to jedno z ważnych zagadnień dla wieku podeszłego. Czas wydaje się ciągnąć i często, jeśli się nie wie, jak go wykorzystać, ta faza życia stanowi właściwy moment do rozwijania relacji z innymi. Z drugiej strony osoby starsze żyją w poczuciu, że już nie mają czasu – przede wszystkim, kiedy brakuje im sił i energii – aby zrealizować swoje marzenia. Istnieje silne poczucie konieczności rozrachunku z życiem, które wkrótce dobiegnie końca. Jeśli w latach młodości nigdy nie myślało się o śmierci, staje się nagłym pytaniem, co nastąpi po ziemskiej egzystencji.

7.4.1.5. W kwestii czasu zawiera się zagadnienie powiązania z przeszłością. Osoba starsza martwi się nie tyle o przyszłość, która jawi się jako krótkotrwała, ale o ogromną ilość wydarzeń przeszłych, które uwolnione od tęsknoty i melancholii, mogą być źródłem nieprzebranego bogactwa. Szczególnie z punktu widzenia ewangelizacji, bogactwo doświadczeń starszych osób jest cenne w przekazywaniu wiary osobom młodym. Osoby starsze odzyskują energię, kiedy mogą być w kontakcie z osobami młodymi i kiedy mogą opowiadać innym swoje życie, opowiadać o wydarzeniach, rozczarowaniach i zdobyczach; stanowią dla nas zbiorową pamięć. „Jeżeli zatem dzieciństwo i młodość są czasem, w którym człowiek stopniowo uczy się swojego człowieczeństwa, rozpoznaje swoje możliwości, poniekąd tworzy projekt życia, który będzie realizował w wieku dojrzałym, to i starość nie jest pozbawiona szczególnej wartości, ponieważ — jak zauważa św. Hieronim — łagodząc namiętności «pomnaża mądrość i służy dojrzałszymi radami». W pewnym sensie jest to czas szczególnie nacechowany mądrością, którą zwykle przynoszą z sobą lata doświadczeń, jako że «czas jest znakomitym nauczycielem». Powszechnie znane są słowa, którymi modli się Psalmista: «Naucz nas liczyć dni nasze, abyśmy osiągnęli mądrość serca»” (Ps 90 [89], 12) (Jan Paweł II, *List do ludzi w podeszłym wieku*, 1 października 1999, nr 5).

7.4.1.6. W naszych czasach wśród dominujących cech tego etapu życia, coraz bardziej wyraźna staje się słabość. Chodzi o słabość wywołaną przez wiele czynników, będącą u źródła różnych sytuacji, dla których wspólnym mianownikiem jest między innymi ogólna nieporadność, samotność, depresja, izolacja, niepewność i chaos. Wiele zależy od trybu życia danej osoby, od jej przeżyć i od nawyków myślowych powstałych z biegiem lat, ale objawy mogą szybko przejść od stanu pozornej normalności do zależności od innych i braku samodzielności. Starszy człowiek mierzy się z bólem wywołanym większymi trudnościami fizycznymi

w funkcjonowaniu organizmu i z przecuciem zagrożenia potencjalnymi cierpieniami, jakie mogą go spotkać. Następuje zmiana ról społecznych i dynamiki relacji z innymi, ulega zmianie stan fizyczny i w konsekwencji stan ducha. Starszy człowiek czuje, że stopniowo traci – czasem bardzo szybko – swoje uzdolnienia i gwałtownie maleje jego nadzieja na przyszłość, kiedy musi coraz częściej mierzyć się z problemami choroby, a wreszcie i śmierci. Stan słabości jest zdominowany przez tymczasowość i możliwość przejścia od zdrowia do stanu choroby. Taka sytuacja skłania osoby starsze do szukania schronienia w ośrodku opieki.

7.4.1.7. Na szczególną uwagę zasługują ostatnie chwile życia. Wiele starszych osób musi zmierzyć się z długim cierpieniem poprzedzającym kres życia, przechodząc przez terminalne stadium choroby. W takiej sytuacji pojawiają się swoiste problemy, które muszą być rozwiązywane w sposób szczególny. Kiedy życie starszego człowieka dobiegnie końca, uwaga jest przenoszona na przeżywającą żałobę rodzinę zmarłego. Także w tym przypadku duszpasterz musi dobrze rozeznaczyć sytuację, aby przyjść z możliwie najlepszą pomocą, towarzysząc – religijnie i duchowo w wymiarze ludzkim i relacji międzyludzkich – rodzinie w procesie przepracowania żałoby. Specjalną opieką należy otoczyć członków rodziny samobójcy – ze względu na wywołane przez jego czyn reperkusje związane z poczuciem winy i współudziału.

7.4.2. Opieka duszpasterska dla osób starszych

7.4.2.1. Osoby starsze są bardzo bogatym zasobem dla duszpasterstwa. Są one nie tyle odbiorcami posługi duszpasterskiej, co prawdziwymi ewangelizatorami – swoim życiem, doświadczeniem, mądrością i słowem mogą oddać innym to, co sami otrzymali na przestrzeni lat. Posługa duszpasterska dla osób starszych niewątpliwie opiera się na pełnym dowartościowaniu ich uzdolnień. Oni nauczyli się dziękować Bogu, a ich wiara stanowi żywe świadectwo. Mogą przeżywać także chwile zniechęcenia, ale jednocześnie mają siłę, aby znowu znaleźć pociechę. Życie nauczyło ich, że po burzy nadchodzi pogoda, że ból jest częścią ludzkiej egzystencji i że wartość żadnego materialnego bogactwa nie może zastąpić wartości przyjaźni i miłości.

7.4.2.2. Słabość starszego człowieka wymaga poczynienia wszelkich starań, aby przede wszystkim zredukować jego poczucie izolacji i samotności. Musi on wejść w nowe środowisko społeczne, odnaleźć się w nim i na nowo określić swoją tożsamość. Dlatego każda okazja może być wykorzystana do umożliwienia osobie starszej wyjścia ze swojego świata i ponownego nawiązania utraconego kontaktu ze światem zewnętrznym. Pożyteczne jest zaangażowanie osób starszych w wykonywanie drobnych czynności, które pozwolą im poczuć się potrzebnymi i jeszcze

będącymi w stanie wnosić swój wkład. W tym względzie działalność duszpasterska może zaoferować odpowiednie propozycje. Czasem konieczna jest zachęta do zadbania o swoje ciało lub do zaopiekowania się – tam, gdzie to możliwe – innymi osobami. W tego rodzaju działaniach, bodźcem może być motywacja duchowa. Więzy duchowe mogą być również źródłem odnowionego życia uczuciowego i relacji międzyludzkich.

7.4.2.3. Także osoby starsze, przejściowo przeżywają trudne chwile albo mogą mieć, powstające latami, negatywne nastawienie do życia i innych osób. Krytyczna i nieufna, czasami cyniczna postawa może charakteryzować osobę, w której życiu było wiele rozczarowań. U niektórych osób problemy hartują charakter, dla innych zmartwienia są źródłem stanów depresyjnych. Duszpasterz nie może rozwiązywać problemów starszych osób i jego posługa nie może całkowicie zastąpić miłości, której starsze osoby nie otrzymują, za to jego obecność może przynosić nadzieję i pociechę. Jest to bliskość wykluczająca zamiar uczenia czegoś za wszelką cenę (kto osiąga zaawansowany wiek, był już wystarczająco kształtowany przez prawdziwych lub domniemanych formatorów) – duszpasterz przybliży się do starszego człowieka, aby wyrazić solidarność, wsparcie i okazać ciepłe uczucia.

7.4.2.4. Starszy człowiek, cierpiący z powodu chorób, potrzebuje specjalnej opieki natury zarówno medycznej, jak i duchowej. W takiej sytuacji posługa duszpasterska będzie mieć taki sam charakter jak w innych okolicznościach, ale szczególną uwagę należy zwrócić na znaczenie, jakie dla podeszłego wieku nabiera choroba, mocno akcentując wymiar nadziei. Kiedy choroba staje się szczególnie ciężka i długotrwała, może pojawić się pragnienie zakończenia (nim nastąpi naturalny koniec życia) cierpień przy użyciu środków, jakimi dysponuje medycyna. Zanim żądanie eutanazji zostanie poddane osądowi moralnemu, należy zrozumieć, w jakim stanie znajduje się występująca z nim osoba. W większości przypadków nie jest to prawdziwe żądanie śmierci, ale kryje się pod nim pragnienie zwrócenia na siebie uwagi i potrzeba doświadczania ciepła ze strony innych. Większym ciężarem niż fizyczna niemożliwość działania, staje się brak uznania ze strony innych. W takich sytuacjach istnieje wielka potrzeba odwoływania się do pełnego poszanowania osoby ludzkiej, jej godności i propagowania szacunku i ufności, które przezwyciężą każdą trudność. W opiece nad osobami przeżywającymi ogromne problemy lub w terminalnym stadium choroby, jest konieczne przygotowanie całego personelu medycznego i opiekuńczego, także w aspekcie duchowym. Należy zatem zadbać o zorganizowanie odpowiedniej formacji w tym zakresie.

7.4.2.5. Często szczególne poczucie pustki i braku miłości pojawia się po śmierci małżonka. Przeżywszy życie razem z drugą sobą, starszy człowiek znajduje się w stanie wdowieństwa. Taka sytuacja wymaga odpowiedniego wsparcia emocjo-

nalnego i stworzenia możliwości przepracowania żałoby; stanowi również okazję do nowego zaangażowania we wspólnotę osób świeckich i wspólnotę kościelną. Wiele osób, które zostały same, postanawia zaangażować się w działalność wolontariatu. Troska duszpasterska powinna być zatem nakierowana na wsparcie psychologiczne i duchowe oraz dowartościowywanie wewnętrznych zasobów możliwych do wykorzystania z korzyścią dla bliźnich. Charakterystyczne jest dla Biblii odwołanie do stanu wdowieństwa. Już w Starym Testamencie wspólnota wiernych jest zachęcana do manifestowania wiary poprzez troskę o sieroty i wdowy, czyli troskę, którą należy okazywać najsłabszym i najbiedniejszym. „Zaprawiajcie się w dobrem! Troszczcie się o sprawiedliwość, wspomagajcie uciśnionego, oddajcie słuszość sierocie, w obronie wdowy stawajcie” (Iz 1, 17). Dzięki Jezusowi wdowa staje się symbolem hojności: „Zaprawdę, powiadam wam: Ta uboga wdowa wrzuciła najwięcej ze wszystkich, którzy kładli do skarbony” (Mk 12, 43).

7.4.2.6. Starszy człowiek musi brać pod uwagę ostateczny wymiar swojego życia. „Jest naturalne, że z upływem lat oswajamy się z myślą o «zmierzchu». Przypomina nam o nim choćby fakt, że szeregi naszych krewnych, przyjaciół i znajomych coraz bardziej się przerzedzają: uświadamiamy to sobie przy różnych okazjach, na przykład, gdy spotykamy się z najbliższymi, w gronie kolegów z dzieciństwa, ze szkoły, ze studiów, z wojska czy z seminarium. Granica życia i śmierci przesuwa się przez nasze wspólnoty i stale przybliża się do każdego z nas. Jeśli życie jest pielgrzymką do niebieskiej ojczyzny, to starość jest czasem, gdy jesteśmy najbardziej skłonni myśleć o wieczności” (*List do osób w podeszłym wieku, nr 14*). Duszpasterz powinien posługiwać się wszystkimi dostępnymi środkami, aby wspierać każdą osobę w tym procesie przechodzenia od życia do śmierci. Nie negując rzeczywistości, duszpasterz powinien wykorzystywać w swojej posłudze każdą dostępną formę pomocy: nacechowaną miłością obecność, sakramenty, mądrość Pisma, nadzieję wynikającą z wiary w Boga, który jest Panem czasu i życia.

7.5. SEKTOR SZPITALNY

7.5.1. Złożoność szpitala ogólnego

W ostatnich dziesięcioleciach opieka nad pacjentami w strukturach szpitalnych stała się coraz bardziej złożona. Wynika to w dużej mierze z postępu w dziedzinie medycyny, jak również w innych obszarach, począwszy od wprowadzenia nowych leków, a skończywszy na stosowaniu coraz nowszych technik i skuteczniejszych metod terapeutycznych¹⁵⁶. Do tego należy także dołączyć nowe modele opieki,

¹⁵⁶ Por. RAMOS B. –RIESCO V. –MARTÍNEZ D. (Edd.), *Evangelizar desde la Hospitalidad. Documento Marco de Pastoral*, Madrid, 2010, s. 87-103.

które postrzegają człowieka w sposób integralny: jego wymiar biologiczny, psychiczny, społeczny i duchowy. Wszystko to stanowi mozaikę, w której działanie skierowane na zaspokajanie potrzeb duchowych i religijnych musi znaleźć swoje odpowiednie miejsce, aby w pełni być elementem integralnej opieki, która stała się jednym z priorytetów medycyny w obecnych czasach.

Posługa duszpasterska w opiece zdrowotnej – dostosowując się do potrzeb czasu – była zawsze realizowana. Obecnie duszpasterstwa szpitalnego nie można ograniczać jedynie do sprawowania posługi typowo sakramentalnej, dostosowanej do sytuacji choroby wierzącego. W obecnych czasach duszpasterstwo zdrowia musi być planowane jako działanie grupowe; swego rodzaju zespół, który towarzyszy człowiekowi w sytuacjach szczególnej słabości i trudności. Dlatego też, mówiąc dzisiaj o duszpasterstwie w szpitalach ogólnych, mamy na myśli bardzo szeroki zakres, który obejmuje ludzi i choroby, sposoby i doświadczenia życiowe, w momencie szczególnie trudnym dla pacjenta i jego rodziny. Ta sytuacja zmusiła do zmiany podejścia i mentalności, a także sposobu postrzegania i realizowania działalności duszpasterskiej.

7.5.2. Typologia pacjentów

Biorąc pod uwagę rodzaj choroby oraz sposób leczenia, można wyróżnić następujące podstawowe grupy pacjentów:

1. Pacjenci przebywający na oddziałach chorób wewnętrznych, długoterminowej opieki medycznej, a także na oddziale opieki paliatywnej. Często są to pacjenci w podeszłym wieku, cierpiący na wiele schorzeń i w wielu przypadkach z problemami społecznymi.
2. Pacjenci przebywający na oddziale chirurgii. Niektórzy z pacjentów korzystają z opieki ambulatoryjnej, inni natomiast wymagają hospitalizacji krótko- lub długoterminowej. Pacjenci są w różnym wieku.
3. Pacjenci przebywający na oddziale intensywnej terapii. Są to zarówno dzieci, jak i dorośli; to zróżnicowanie wiekowe stwarza poważne problemy psychologiczne i emocjonalne; w tym przypadku rodzina może odgrywać bardzo istotną rolę, należy mieć to na uwadze, a tam gdzie to konieczne, należy zwrócić szczególną uwagę na tematy bioetyczne, które mogą dotyczyć stanu zdrowia tych pacjentów.
4. Pacjenci przebywający na oddziale rehabilitacyjnym. Są to pacjenci, którzy zgłaszają się do naszych szpitali, aby przyjąć serię zabiegów, dzięki którym

będą mogli odzyskać większą autonomię i zdolności funkcjonowania. Dzisiaj w wielu naszych szpitalach liczba tych pacjentów jest już bardzo duża, dlatego rehabilitacja obejmuje także opiekę integralną, jako że tego rodzaju choroby mają wpływ zarówno na sferę somatyczną, jak również na sferę psychologiczną, społeczno-zawodową i duchową.

5. Inne grupy pacjentów. W zależności od rodzaju szpitala spotkamy pacjentów, dla których trzeba będzie opracować projekt duszpasterski, który pozwoliłby do nich łatwiej dotrzeć, zawsze jednak z poszanowaniem ich szczególnych cech i sytuacji, które będą warunkować wyznaczone cele i dobór najodpowiedniejszych środków.

Te wszystkie sytuacje, tak różne od siebie, dają z punktu widzenia duszpasterstwa zdrowia różne możliwości działania, które muszą być brane pod uwagę w projekcie duszpasterskim. Każda oferta duszpasterska musi być przygotowywana z poszanowaniem sytuacji pacjenta, jego kultury, różnych opcji życiowych, z szacunkiem dla człowieka i jego przekonań religijnych.

7.5.3. Działalność duszpasterska

Wychodząc z takiego założenia, duszpasterstwo poza tym, co jest mu właściwe, musi zadbać o:

- informacje na temat istnienia takiej posługi w szpitalu;
- uwrażliwianie personelu na rozpoznawanie potrzeb duchowych i/lub religijnych;
- uważne słuchanie i bliskość, towarzysząc w procesach terapeutycznych i ściśle współpracując z innymi specjalistami;
- doradztwo w zakresie kwestii etycznych i religijnych;
- odpowiednie miejsce na celebracje liturgiczne i modlitwę.

Nie możemy zapominać, że choroba nie ma jedynie wpływu na osoby, które cierpią, ale dotyka także ich rodziny (zmienia ich plany, rytm życia, pojawiają się problemy dotyczące teraźniejszości i przyszłości). Z tego powodu duszpasterstwo zdrowia nie może zapominać o rodzinie chorego. Poprzez duszpasterstwo winniśmy ją wspierać, okazując szacunek, należytą uwagę i współczucie. Ta pomoc powinna w miarę możliwości obejmować towarzyszenie w cierpieniu, jakie choroba powoduje, członkom rodziny, pomagając im w integracji i akceptacji sytuacji, jaką przeżywa zarówno pacjent, jak i rodzina. W większości przypadków pomoc ta będzie polegać na wspólnym przebyciu drogi pozbycia się poczucia winy, jak również na zmierzeniu się i przepracowaniu żałoby, kiedy nastąpi strata.

Innym bardzo ważnym obszarem, który duszpasterstwo szpitalne musi mieć na uwadze, są współpracownicy. Źródłem inspiracji, które łączy wszystkich w misji niesienia pomocy chorym i potrzebującym, jest charyzmat Szpitalnictwa, a ponieważ wszyscy potrzebujemy słów, które umocnią nas w realizowaniu posługi szpitalniczej, należy dołożyć szczególnej troski o kwestie religijne i zaspokajanie potrzeb duchowych naszych współpracowników. Winniśmy ich wspierać w tym, aby przeżywali swoją pracę zawodową jako autentyczną posługę w szpitalnictwie, a także by łączyli ze swoją wiedzą, umiejętności zawodowe i wiarę w osobistym projekcie życia.

Aby móc w odpowiedni sposób podjąć działanie, należy przygotować szczegółowy plan duszpasterski, który zawierałby wizję całościową i szczegółowo opracowane poszczególne inicjatywy, dobrane w sposób spójny do rodzaju posługi.

Uwzględniając dynamikę i czas trwania hospitalizacji – mającej tendencję do obejmowania tylko ostrej fazy choroby lub krótki czas po operacji – niezbędne jest, aby w działaniach duszpasterskich używać prostych narzędzi interwencji, a przede wszystkim, aby osoby zaangażowane w duszpasterstwo potrafiły szybko uchwycić potrzeby beneficjentów posługi, by móc na nie odpowiedzieć w krótkim czasie, którym dysponują.

7.5.4. Duszpasterstwo na oddziale chirurgii w szpitalu ogólnym

Specjalizacją tego oddziału są operacje żołądkowo-jelitowe (żołądek, śledziona, trzustka, wątroba itd.) i gruczołów dokrewnych, a także chirurgia klatki piersiowej typu nienaczyniowego. Chodzi o operacje, które na ogół pociągają za sobą średnio długą hospitalizację i są wykonywane u pacjentów w każdym wieku.

Najczęściej w szpitalach ogólnych są inne rodzaje oddziałów, charakteryzujące się różną specyfiką, którą należy uwzględniać w planie duszpasterskim ośrodka, formułując ogólne cele dla całego szpitala i inne, specyficzne cele dla każdego oddziału. Opisany poniżej oddział reprezentuje specyfikę krótkiej hospitalizacji, która na ogół nie pozwala na proces towarzyszenia i dlatego trzeba będzie z większą troską stosować opiekę indywidualną, weryfikując pojawiające się potrzeby duchowe i religijne i mierząc się z nimi w czasie niewielu spotkań.

7.5.4.1. Duszpasterstwo w szpitalu ogólnym

7.5.4.1.1. Zakres doktrynalny

- „Ja przyszedłem po to, aby [owce] miały życie i miały je w obfitości” (J 10,10).
- „Zostaliśmy powołani do pełnienia w Kościele misji głoszenia Ewangelii chorym i ubogim” (Konst. 45a).

- „W duszpasterstwie szpitalnym jesteśmy powołani do współpracy, my, wszyscy wierzący, którzy pracujemy w służbie chorych i potrzebujących” (Konst. 51a).

7.5.4.1.2. Cele ogólne

- Być świadkami Ewangelii miłosierdzia, aby osoba, która cierpi, czuła bliskość Boga jako doświadczenie *zdrowia i zbawienia*.
- Rozświetlać Ewangelią sferę opieki zdrowotnej.
- Propagować kulturę życia i przyczyniać się do humanizacji.
- Czynić współpracowników uczestnikami misji szpitalniczej: model integralnej opieki nad chorym, zgodnie z wartościami św. Jana Bożego.

7.5.4.1.3. Kryteria ogólne

- Współpracować – na naszym specyficznym polu – z innymi rodzajami usług szpitalnych, aby przez zasoby nauki, wiary i środowiska oferować choremu opiekę integralną.
- Pobudzać – razem z odpowiedzialnymi za tę sferę – u wszystkich osób pracujących w szpitalu refleksję nad bioetyką, zgodnie z wartościami i filozofią Zakonu.
- Propagować i ułatwiać uczestniczenie w celebracjach liturgicznych (Eucharystia, przygotowanie do świąt Bożego Narodzenia i Wielkanocy, sakrament chorych) i przygotowywać miejsca przeznaczone na modlitwę.
- Działać z maksymalnym poszanowaniem przekonań i wierzeń każdej osoby.

7.5.4.1.4. Cele szczegółowe

- Promować i współpracować na naszym szczególnym polu integralnej opieki nad chorym z członkami różnych zespołów szpitala (lekarskiego, pielęgniarzkiego, obsługi ogólnej), aby uważali duszpasterstwo służby zdrowia za „działanie terapeutyczne” w ramach integralnej opieki nad pacjentami.
- Opracować plan duszpasterski dla szpitala oraz program dla oddziałów i różnych kategorii pacjentów.
- Propagować formację duszpasterską wśród wszystkich osób stanowiących zespół duszpasterski i wśród współpracowników ośrodka.
- Być otwartymi i współpracować z Kościołem lokalnym.

7.5.4.1.5. Działalność

- Zebrania z komitetem zarządzającym w celu informowania o programie i działaniach duszpasterstwa.
- Zebrania z grupą interdyscyplinarną poszczególnych oddziałów.
- Propozycja zebrań z różnymi zespołami: lekarskimi, pielęgniarzkimi, obsługi ogólnej i oferowanie naszej współpracy w opiece integralnej.
- *Por. 4.4. Wsparcie duchowo-religijne.*

7.5.4.2. Oddział chirurgii

7.5.4.2.1. Cele szczegółowe

- Dostarczać chorym i ich rodzinom odpowiedniej informacji o sprawowanej opiece duchowej i religijnej.
- Towarzyszyć chorym z duszpasterskiego punktu widzenia, kiedy ich stan zdrowia na to pozwala lub tego wymaga.
- Realizować spersonalizowaną opiekę i dostarczać wsparcia ofiarowywanego przez Kościół (modlitwa oraz sakramenty pojednania, Komunii, w niektórych przypadkach – namaszczenia chorych).
- Współpracować na naszym szczególnym polu z zespołem interdyscyplinarnym, aby oferować chorym i ich rodzinom różnego rodzaju wsparcie, którego potrzebują.
- Współpracować na rzecz postrzegania przez pacjentów i ich rodziny tożsamości szpitala jako znaku ewangelizacji.

7.5.4.2.2. Działalność

- Informowanie chorych, ich rodziny i personel o posłudze duchowej i religijnej w czasie odwiedzin u chorych w dniu przyjęcia do szpitala i jeśli to możliwe – mieć zawsze pod ręką specjalnie przygotowane ulotki i książeczki.
- Promowanie troski o integralne zdrowie pacjentów i współpracowników.
- Towarzystwo z duszpasterskiego punktu widzenia chorym i członkom ich rodzin, którzy o to proszą lub jeśli uważa się to za odpowiednie.
- Proponowanie i udzielanie sakramentów w czasie choroby, jak również wspólnej modlitwy z chorym.
- Pomaganie w uwalnianiu emocji i dzieleniu się środkami.
- Uczestniczenie w spotkaniach zespołów interdyscyplinarnych.
- *Por. 4.4. Wsparcie duchowo-religijne.*

7.5.4.3. Podsumowanie

Koncepcja i misja szpitala jako instytucji poświęconej leczeniu i opiece nad chorymi, ewoluowała z wielu różnych powodów, wśród których głównym był nadzwyczajny postęp w naukach medycznych. Jego cele, organizacja i działalność ulegały z upływem czasu modyfikacji, zgodnie z filozofią medycyny i opieki nad chorym, właściwym kulturze określonego momentu historycznego.

To samo stało się z duszpasterstwem służby zdrowia, w ramach którego już od początku dokonał się wielki wysiłek, ukierunkowany na zaoferowanie postęgi duszpasterskiej dopełniającej i uzdrawiającej, w kontekście historycznym, w jakim przyszło ją pełnić. Instytucja szpitala zawsze mogła liczyć – między innymi – na tych, którzy zajmują się płaszczyzną duchową człowieka. Dzisiaj, tak jak zawsze, będziemy musieli kontynuować odnowę i realizację nowoczesnego duszpasterstwa, stawiając zawsze w centrum osobę, która cierpi. To czynił nasz Założyciel, który z nadzwyczajną wrażliwością troszczył się o duchowy wymiar człowieka w ramach modelu opieki integralnej, pionierskiego w tamtych czasach, naznaczając w ten sposób linię rozwoju naszego Zakonu¹⁵⁷.

7.6 DUSZPASTERSTWO SPOŁECZNE

7.6.1. Wprowadzenie

Duszpasterstwo społeczne obejmuje różne środowiska, mające wiele cech wspólnych, ale także różnice i swoją specyfikę, w zależności od większego lub mniejszego stopnia słabości w funkcjonowaniu społecznym danej grupy osób; od tego, czy funkcjonuje, czy nie, odpowiedni system pomocy i od stopnia wrażliwości społeczeństwa, w którym żyją niektóre z tych grup. Wśród elementów charakterystycznych możemy wymienić trudności w normalizowaniu życia osobistego i społecznego, zależność – czasową lub ciągłą – od systemu opieki społecznej, słabe funkcjonowanie w społeczeństwie i w niektórych przypadkach marginalizację, wykluczenie i stygmatyzację społeczną¹⁵⁸. Wsparcie społeczne realizowane jest przez pomoc za pośrednictwem środków odpowiednich dla danej sytuacji, tak aby u beneficjenta spowodować rozwój stopniowej integracji w życie społeczności lokalnej i czynienie postępów w dążeniu do lepszej jakości życia. W Zakonie, kiedy mówimy o duszpasterstwie społecznym, odnosimy się głównie do duszpasterstwa osób wykluczonych i bezdomnych.

¹⁵⁷ Por. FRANCISCO DE CASTRO, o.c., rozdz. XIV

¹⁵⁸ Najważniejsze poglądy przedstawione w tej części pochodzą z książki RAMOS B., RIESCO V., MARTÍNEZ D. (pod red.) *Evangelizar desde la Hospitalidad. Documento Marco de Pastoral*, Madryt, 2010, ss. 128-140.

Sytuacje te są wezwaniem do odpowiedzialności, zgodnie z ewangelicznym przykazaniem: „Starajcie się o Królestwo Boga i o Jego sprawiedliwość”¹⁵⁹ i stylem szpitalnictwa, który przekazał nam św. Jan Boży. Skuteczne i kreatywne odpowiedzi oraz poszanowanie sytuacji każdego człowieka charakteryzują pracę Zakonu pośród tego ogromu ludzkich potrzeb.

Poprzez spersonalizowaną pomoc dla osoby będącej w potrzebie, Zakon chce realizować różnymi sposobami i przy wykorzystaniu różnych możliwości – mając świadomość, że w ten sposób wypełnia zadanie powierzone mu przez Kościół – swoją misję ewangelizacyjną. Wszystkie nasze dzieła mają być znakiem Bożej miłości do człowieka i ewangelicznym wezwaniem do budowy społeczeństwa opartego na sprawiedliwości, wolności i godności; społeczeństwa otwartego i integrującego.

Poza wypracowaniem odpowiednich form opieki i wsparcia, musimy być także zdolni pełnić rolę sumienia krytycznego, uświadamiania i ujawniania – zgodnie z Ewangelią i chrześcijańskim humanizmem – sytuacji tych osób, które zazwyczaj stanowią najstarsze grupy naszego społeczeństwa, będące często ofiarami niesprawiedliwości, za które odpowiedzialność, w większym lub mniejszym stopniu, ponosimy wszyscy.

W działalności duszpasterskiej podkreśla się to, że wszyscy jesteśmy dziećmi Bożymi i uznaje się niezbywalną godność każdej osoby. Dlatego musimy uważać naszą posługę za wykraczającą poza aspekt socjologiczny w ogólnym projekcie naszego celu, jakim jest ewangelizacja, powinna być ona pojmowana jako całość działań obejmujących wymiar zdrowia, życia, godności, duchowości i transcendencji. W to zadanie muszą być włączeni wszyscy współpracownicy, ponieważ uważamy opiekę za działanie integralne, obejmujące także opiekę duchową. W ten sposób posługa duszpasterska w środowisku społecznym wyraża się – nie tylko z punktu widzenia opieki duchowej i religijnej – także poprzez holistyczną koncepcję człowieka. Posługa duszpasterska przenika transwersalnie wszystkie formy pomocy profesjonalnej i działania opiekuńcze w ramach pomocy społecznej. Dlatego też posługa duszpasterska rozpoczyna się w momencie przyjęcia do ośrodka pomocy, trwa w czasie procesu profesjonalnej opieki i wyraża się także w bardziej specyficznej działalności opieki duchowej lub religijnej.

Podstawową potrzebą osób wykluczonych jest odbudowanie pewności siebie i wzmocnienie szacunku dla własnej osoby, niejednokrotnie osłabionego z powodu trudnej sytuacji, w jakiej się znajdują. Często konieczne jest pomaganie im w przyję-

¹⁵⁹ Mt 6,33.

ciu, w sposób obiektywny i realistyczny, odpowiedzialności za swój proces realizacji osobowej, unikając wzbudzania patologicznego poczucia winy, czy też zrzucania całej odpowiedzialności na innych. Nie możemy zapominać, że wykluczeni z reguły doświadczają zerwania więzi z rodziną i niekiedy przeżyli traumatyczne doświadczenia w sferze relacji międzyludzkich. Wszystko to trzeba mieć na uwadze w czasie planowania posługi duszpasterskiej dla tych osób, ażeby stała się ona pomocna w ich osobistej sytuacji kryzysowej.

7.6.2. Opieka duchowa i religijna

Integralna opieka nad osobami wykluczonymi obejmuje także troskę duchową, która nie jest „luksusem zarezerwowanym dla tych, którzy znajdują się w dobrym położeniu”¹⁶⁰. Jest to wymiar właściwy dla osoby ludzkiej, dla każdej osoby. Dlatego też pierwszą rzeczą, jaką należy uczynić, opiekując się tymi osobami, jest uświadomienie potrzeby duchowości, zdolności usłyszenia takiego pragnienia, często niebezpośredniego, wręcz wypaczonego. Przynależy ono do sfery osobistej, która jest tak głęboka i istotna, że często trudno jest je rozpoznać i wyrazić; musimy zatem ułatwiać uświadomienie sobie i wyrażenie tego pragnienia.

Drugą rzeczą to odkrywanie przestrzeni życia duchowego jako miejsca spotkania, jako możliwości współdzielenia na poziomie osobistym, a także na innych poziomach. Chodzi o uznanie sakralnego charakteru godności ludzkiej i to właśnie na tym opiera się fundamentalna równość, niezwykła godność bycia dziećmi Bożymi. To czyni nas równymi, pozwala nam nawiązywać relacje międzyludzkie i współuczestniczyć w nich w szczerzy i autentyczny sposób; nie istnieją tutaj bariery oddzielające różne kategorie osób: wszyscy jesteśmy równi, wszyscy jesteśmy dziećmi Bożymi.

Ważne jest dostrzeżenie otwartego wymiaru duchowości, wymiaru znacznie wykraczającego poza środowisko duchownych i religii. Cel troski duchowej odnosi się do samej fundamentalnej i konstytutywnej istoty osoby ludzkiej. Opieka duchowa zawiera zatem elementy troski religijnej, ale jej nie wyczerpuje.

7.6.3. Postawy ewangelizujące

Punktem wyjścia jest dla nas koncepcja ewangelizacji jako możliwości przekazywania drugiej osobie przesłania, że Bóg ją kocha. Człowiek jest kochany przez Boga Ojca, dla którego cenne jest życie każdego człowieka i wartość tego życia jest

¹⁶⁰ Por. KURIA PROWINCJALNA – PROWINCJA ŚW. RAFAŁA, *La Orden Hospitalaria, comunidad evangelizadora, desde los excluidos*, Barcelona, 2003, ss. 24-28.

tak nieoceniona, że zostało ono odkupione poprzez śmierć Jezusa Chrystusa. Każdy człowiek jest wezwany do przeżycia egzystencji w pełni ludzkiej i po to został uwolniony spod władzy grzechu.

Przedstawione poniżej postawy, których przykład dał już Jezus, są także częścią misji humanizacji:

1. *Przyjęcie z szacunkiem.* Chodzi o uznawanie godności każdej osoby, ze względu na to, iż godność osoby jest niezależna od stanu, w jakim się ona znajduje i od sposobu jej działania. Ponieważ jest to osoba posiadająca swoją godność, szanowana i kochana przez Boga, można rozpocząć proces indywidualnego wzrostu i doskonalenia.
2. *Uważanie każdej osoby za zdolną do przyjęcia Boga,* zdolną do przyjęcia łaski, daru Boga, niezależnie od własnych przekonań religijnych lub faktu bycia osobą niewierzącą. Istota ludzka, stworzona z miłości i po to, by kochać, otrzymuje powołanie do tego, by kochać tak, jak kocha sam Bóg i w ten sposób jest powołana do życia życiem Bożym, czyli miłością. Każdy ze względu na swoją zdolność kochania może przekroczyć granice swojej rzeczywistości, otwierając się i stopniowo przyjmując Miłość, gdyż tylko największa i nigdy nieskończona komunია z Bogiem-Miłością może napęścić serce osoby ludzkiej i ugasić jej pragnienie nieskończoności¹⁶¹.
3. *Nieustanne zaangażowanie w integrowanie ze społeczeństwem osób wykluczonych.* Chodzi o uznanie człowieczeństwa każdego człowieka, jego podmiotowości, jego praw i obowiązków. W centrum naszego działania jest troska o osoby wykluczone i zmarginalizowane, a więc humanizacja i integracja są fundamentalnymi kryteriami w naszym działaniu. I są nimi także w takiej mierze, w jakiej uda się nam w ten sposób pomóc społeczeństwu, które marginalizuje innych, być bardziej ludzkim i integrującym.
4. *Zrozumienie.* Oznacza wykluczenie jakiegokolwiek tendencji do osądzania osób, które przyjmujemy. Wysiętek włożony w zrozumienie niekoniecznie zakłada zgodność i zbieżność z poglądami i zasadami innych ludzi.
5. *Postawy ewangelizacyjne.* Doświadczenie uczy, że rozwiązywanie problemów, skuteczne wpływanie na różne sytuacje, doprowadzenie do końca jakiejś sprawy lub osobistego planu pracy, często wydaje się wyjątkowo

¹⁶¹ Por. Św. AUGUSTYN, *Wyznania*, 1.

trudne. W wielu sytuacjach możemy zrobić niewiele więcej ponad proste gesty. Ukazywanie znaków Zmartwychwstania w miejscach i środowiskach oficjalnie uważanych za bezpowrotnie stracone, w sytuacjach uznanych za beznadziejne, w których wydaje się, chociaż niebezpośrednio, że nie można już nic zrobić. Są to proste działania, które w swojej skromności pokazują, że zawsze jest jeszcze coś do zrobienia i że zawsze warto próbować, często wbrew wszelkiej oczywistości i wbrew jakimkolwiek danym statystycznym. Te gesty wyrażają i przybliżają nas do Tajemnicy, wymagają hojności w dysponowaniu czasem, w wyborze na rzecz tego, co na pierwszy rzut oka mogłoby wydawać się nieefektywne i nieuzasadnione. Są to gesty przesycone bliskością, zrozumieniem, dialogiem i uważnym słuchaniem, rozpoznaniem wnętrza człowieka, cierpliwym towarzyszeniem i zaufaniem.

Są to tylko niektóre znaki, w których doświadczamy, że Jezus nie nazywa nas *śługami*, lecz *przyjaciółmi*, a doświadczenie tego, w różny sposób w naszym życiu, powołuje nas do bycia Dobrą Nowiną dla ubogich.

7.6.2.2. Działania duszpasterskie

Każdy ośrodek/placówka powinien dopasować konkretne działania duszpasterskie do specyfiki grupy osób, wśród których pełni posługę, do ich okoliczności życiowych, do predyspozycji i potrzeb tych, których przyjmuje. Rzeczywistość i konieczność to główne zasady, które stale należy mieć na uwadze.

Proponujemy:

1. *Towarzystwo, dialog, słuchanie.* W tym procesie opieki i towarzyszenia duchowego pragniemy stwarzać sytuacje sprzyjające do nawiązania osobistego dialogu, w którym przeważałoby otwarte i uważne słuchanie.
2. *Formację i pogłębianie wiedzy.* Ważne jest – w miarę możliwości i zgodnie z potrzebą – aby zapewnić odpowiednie narzędzia, które pomogłyby formować, poszerzać wiedzę, poznawać, wyjaśniać wątpliwości, rzeczy źle zrozumiane, uprzedzenia itd. poprzez katechezę, dialog, wskazówki, lekturę zalecanych publikacji.
3. *Celebracje.* Sakramentalne i pozasakramentalne. Może to być wspomnienie, chwila modlitwy, pożegnanie. Chodzi o celebrowanie ważnych wydarzeń w życiu zarówno tych radosnych, jak i bolesnych; wydarzeń, które nas kształtują. Ważne jest, aby uwzględnić ten wymiar ludzkiego życia, ponieważ antycypuje on, realizuje i symbolicznie zapowiada to, co upamiętnia. Musimy zwracać uwa-

gę, aby celebracje, w odniesieniu do życia i rzeczywistości, stwarzały możliwość dotarcia do głębszego poziomu, często niewypowiedzianego, gdzie znajdują się pragnienia, lęki, nadzieja, frustracja, pustka. Ponieważ tego rodzaju celebracje łączą elementy symboliczne, różne odniesienia, dobre przesłania, różne stwierdzenia, różnorodne świadectwa, inne sposoby komunikacji (nie tylko werbalnej) mogą być wspaniałą drogą zbliżania się do Tajemnicy Boga.

4. *Działania kształtujące zdolność do altruizmu, do poświęcenia, do współuczestniczenia.* Często właśnie dlatego, że chcemy w jak najlepszy sposób zatroszczyć się o osobę wykluczoną społecznie, niewystarczająco bierzemy pod uwagę jej zdolność do wyjścia poza swoją osobę w sposób altruistyczny, do wnoszenia czegoś od siebie i do dawania czegoś z siebie. Powinniśmy znaleźć sposoby na umożliwienie osobie żyjącej na marginesie społecznym wniesienia do wspólnoty wkładu własnej, osobistej i wartościowej współpracy.
5. *Poszukiwanie i tworzenie nowych środków wyrazu.* Duchowa troska o osoby marginalizowane, kontakt z nimi i rzeczywistością ich życia stanowią doskonałą okazję do poszukiwania i próbowania nowego języka wiary, nowego słownictwa, nowych dróg porozumiewania się i interioryzacji.
6. *Działania na rzecz dialogu międzyreligijnego.* Powinniśmy propagować, kiedy to możliwe, działania na rzecz dialogu pomiędzy różnymi religiami, włączając go w działania, tj. celebracje liturgiczne, seminaria, formację.
7. *Działania o charakterze informacyjnym, ujawnianie i podawanie do wiadomości publicznej, krytyka i propozycje.* Działania na rzecz informowania różnych organów społecznych i społeczeństwa, ujawniania im i podawania do wiadomości problemów osób wykluczonych stanowią część działań duszpasterskich i ewangelizacji. Poza organizowaniem specjalnych dni poświęconych tym problemom, powinniśmy szukać lepszych sposobów przekazywania informacji, krytyki i alternatywnych propozycji wobec systemów, polityk, tendencji, co do których sądzimy – na podstawie naszego doświadczenia – że są niesprzyjające dla ubogich, a zatem dla wszystkich ludzi.

Wyzwaniem, z którym w dzisiejszych czasach musi zmierzyć się duszpasterstwo, są nowe doświadczenia duchowe człowieka i nowe drogi głoszenia Dobrej Nowiny o Królestwie Bożym. Dlatego osoby pracujące w duszpasterstwie, będą realizować duszpasterstwo w drodze, będą z miłością poświęcać się tym, na których nakierowana jest nasza misja, podejmując pasjonujące wyzwania, pojawiające się w dzisiejszym świecie, będącym także rzeczywistością Bożą.

7.7. POSŁUGA DUSZPASTERSKA DLA WSPÓŁPRACOWNIKÓW

Opieka duszpasterska¹⁶² w naszych ośrodkach nie ogranicza się wyłącznie do potrzeb ludzi chorych, ale obejmuje w sposób szczególny także naszych współpracowników. Dlatego „pierwszorzędną rolą służby duszpasterskiej jest zaspokajanie duchowych potrzeb ludzi chorych i potrzebujących, ich rodzin oraz naszych pracowników”¹⁶³.

Posługa duszpasterska dla współpracowników nie ma na celu uwrażliwiania i/lub formowania współpracowników za pomocą określonych działań skierowanych na wartości i filozofię Zakonu, ani też kształtowanie niezbędnych kompetencji i duchowego profesjonalizmu, aby uczestniczyć w działaniach duszpasterskich (gdzie konieczne są inne formy przygotowania)¹⁶⁴, jedynym celem tej posługi jest troska o osobę pracownika w różnych wymiarach w trakcie całego życia zawodowego. W centrum posługi jest zatem pracownik, który także potrzebuje troski duszpasterskiej, aby realizować się jako osoba.

7.7.1. Troszczyć się o zdrowie duszy i ciała

Posługa duszpasterska dla współpracowników musi mieć na celu zdrowie/zbawienie konkretnej osoby. Papież Jan Paweł II w encyklice *Laborem exercens*¹⁶⁵ usilnie nawoływał do nowej etyki pracy, która uszanuje godność pracującego człowieka. Należy zauważyć, że encyklika ukazuje istotny podział tego zagadnienia, rozróżniając między obiektywnym a subiektywnym sensem pracy. Sens obiektywny wypływa z faktu, że działanie ludzkie jest ściśle związane z przykazaniem otrzymanym od Stwórcy: „Czyń sobie ziemię poddaną” (*Rdz 1, 28*). „Człowiek jest obrazem Boga między innymi dzięki nakazowi otrzymanemu od swojego Stwórcy, by czynił sobie ziemię poddaną, by panował nad nią. W wypełnianiu tego polecenia, człowiek, każda istota ludzka, odzwierciedla działanie samego Stwórcy wszechświata”¹⁶⁶.

Poprzez swoją pracę – rozumianą jako suma umysłowego i fizycznego działania ludzkiego – człowiek rozwija dzieło Stwórcy¹⁶⁷. Niemniej jednak praca ma nie tylko znaczenie obiektywne, ale posiada również wartość subiektywną, szczegól-

¹⁶² Por. *Fundamety teologiczno-charyzmatyczne* 2.8.

¹⁶³ Karta Tożsamości 5.1.3.2; Deklaracje 66° Kapituły Generalnej Zakonu Szpitalnego św. Jana Bożego, Rzym 2006, 2.17.

¹⁶⁴ zob. Refleksje na ten temat zawarte są w rozdziale 6, *Duszpasterze i formacja duszpasterzy*.

¹⁶⁵ Jan Paweł II, *Laborem exercens*, Encyklika o pracy ludzkiej z okazji 90 rocznicy encykliki *Rerum Novarum*, 1981 (LE).

¹⁶⁶ LE, II.4.

¹⁶⁷ por. REBER Joachim, *Spiritualität in sozialen Unternehmen (Spiritualità in imprese sociali)*, Stoccarda 2009, str. 34.; zobacz także *Gaudium et Spes* 34.

ne znaczenie dla wykonującej ją osoby. Praca jest dla człowieka także środkiem do realizowania się jako istota ludzka. „Człowiek pracuje, wykonuje różne czynności przynależące do procesu pracy, a wszystkie one, bez względu na ich charakter, mają służyć urzeczywistnieniu się jego człowieczeństwa, spełnieniu osobowego powołania, które jest mu właściwe z racji samegoż człowieczeństwa (...) praca jest dobrem człowieka — dobrem jego człowieczeństwa — przez pracę bowiem człowiek nie tylko przekształca naturę, dostosowując ją do swoich potrzeb, ale także urzeczywistnia siebie jako człowieka, a także poniekąd bardziej staje się człowiekiem”¹⁶⁸.

Subiektywny sens pracy wymaga zatem troski, aby każdy nasz pracownik poprzez pracę „wzrastał w swoim człowieczeństwie”. Dlatego też, zapewniając opiekę duszpasterską naszym współpracownikom, dołożymy wszelkich starań, aby ich otaczać opieką i wspierać na drodze do „realizacji i wzrostu swojego człowieczeństwa poprzez pracę”.

W duchu wierności chrześcijańskiej wizji pracy ważne jest, by nadać większą wartość nie tylko obiektywnej stronie działalności zawodowej w naszych ośrodkach, czyli profesjonalnej praktyce Szpitalnictwa, kompetentnego i humanizującego w stosunku do osób potrzebujących, ale także i przede wszystkim stronie subiektywnej, to znaczy „byciu i wzrastaniu w swoim człowieczeństwie” naszych współpracowników poprzez pracę. Obietnica „przyszedłem, aby mieli życie i mieli je w pełni” dotyczy także współpracowników. W tym sensie posługa duszpasterska dla współpracowników będzie kierowana przez spojrzenie duszpasterskie¹⁶⁹, które obejmuje człowieka w całej jego integralności, wszystkie jego wymiary i relacje: z samym sobą, ze społeczeństwem, z naturą i z Bogiem.

7.7.2. Profil

Posługa duszpasterska dla współpracowników jako oferta indywidualna i strukturalna, powinna obejmować szereg działań, mających na celu udzielenie im opieki i wsparcia w rozwoju duchowym.

Ponadto posługa duchowa i duszpasterska powinna:

- towarzyszyć pracownikowi w sytuacjach kryzysowych (zarówno związanych z pracą, jak i wynikających z życia osobistego);
- odpowiadać na potrzeby egzystencjalne i religijne pracownika;
- zapewnić możliwość „zdrowej przerwy” w pracy (możliwość złapania

¹⁶⁸ LE II.6 i 9.

¹⁶⁹ Por. *Fundamenty teologiczno-charyzmatyczne*, rozdział 5.

oddechu i nabrania sił), która pomogłaby pracownikowi w skupieniu się na własnym człowieczeństwie;

- zapewnić porę i miejsce spotkania z sacrum i duchowej odnowy, zachęcając do czerpania ze źródeł właściwej Zakonowi duchowości i źródeł chrześcijaństwa.

7.7.3. Konkretne formy posługi

W zasadzie, aby otoczyć właściwą opieką duszpasterską współpracowników, trzeba mieć uważne spojrzenie, wrażliwe serce i ucho otwarte na potrzeby, troski, ale także na radości pracowników. Posługę duszpasterską można realizować na różnych poziomach (na poziomie liturgiczno-sakramentalnym, osobistych spotkań itd.), jako że jest ona otwarta na wszystkich. Istotne jest ponadto, aby posługa duszpasterska odpowiadała oczekiwaniom i potrzebom pracownika (z poszanowaniem jego wolności i niezależności)¹⁷⁰.

7.7.3.1. Formy dialogu (słowo i modlitwa)

Indywidualny dialog ze współpracownikami w sytuacjach stresu spowodowanego pracą i/lub życiem prywatnym, rozmowy ukierunkowujące w kwestiach egzystencjalnych i religijnych.

Rozmowy w grupie / spotkania zespołowe, w czasie których głównym tematem jest sytuacja i przeżycia pojedynczych pracowników (nie chodzi tutaj o spotkania techniczno-zawodowe na tematy religijne, duszpasterskie lub etyczne), na przykład spotkanie może to być tak zwane „spotkanie pożegnalne”). Na takie spotkanie zapraszane są osoby pracujące na oddziałach (i/lub w domach/wspólnotach chronionych), gdzie w ostatnich miesiącach zmarł pacjent lub osoba niepełnosprawna.

Również tak zwane „rozmowy przy przekazywaniu obowiązków” lub spotkania zespołów pracowników mogą być odpowiednią chwilą na posługę duszpasterską. Istotna jest perspektywa, z jakiej oferujemy tę posługę: nie chodzi tutaj o rozwój kompetencji zawodowych, ale o postawienie w centrum osoby pracownika (na przykład w przypadku pracownika oddziału opieki paliatywnej mogą to być takie kwestie jak na przykład: Jakie są moje nadzieje/obawy przy towarzyszeniu umierającemu? Jak mogę zachować pogodę ducha wśród tak wielkiego bólu? Jak wiele miłości/uczuć jestem zdolny/a dać? Do jakiej granicy powinienem/mogę bronić się przed tak wielkim bólem? Ile kosztuje mnie wysiłek? Co daje mi siłę?)¹⁷¹.

¹⁷⁰ Por. *Karta Tożsamości* 5.1.3.2.

¹⁷¹ Por. REBER, ss. 27 i 39

Wprowadzenie modlitewne przed rozpoczęciem spotkań grupowych, rozmów, wydarzeń.

Chwile modlitwy z powodu różnych okazji, w różnych sytuacjach i za różne osoby itd.

Spotkania biblijne

7.7.3.2 Inicjatywy o charakterze medytacyjnym

Istnieją różne formy działania mające na celu wyrwanie pracowników z rutyny codziennej pracy i zaproponowania im duchowej regeneracji. Wszystkie jako główny cel mają tworzenie i oferowanie sposobności rewitalizacji i nabrania sił i mogą być skierowane zarówno do pojedynczych osób, jak i do grupy. Można je realizować w ośrodku, jak również poza nim, ta opcja jest wyborem podejmowanym ze względu na chęć wyraźnego oderwania się od środowiska pracy. Czas trwania waha się od godziny do tygodnia. Decydujące jest, aby miały charakter *time out* (pauz refleksyjnych), czyli aby były chwilami mającymi głównie na celu nie „działanie”, ale „poddanie się działaniu”; aby był to czas, w którym człowiek odnajduje samego siebie i pozwala, by Bóg ubogacił jego wnętrze.

Mogą to być:

- dni refleksji, ćwiczenia duchowe w klasztorze;
- „dzień pustyni” w/poza ośrodkiem;
- jednodniowa/wielodniowa wycieczka pod znakiem Biblii (kroczyć z Biblią);
- pielgrzymki (autobusowe, piesze, rowerowe);
- konferencje duchowe;
- kursy medytacyjne;
- kursy pomagające w przezwycięzeniu syndromu *burn-out* z wykorzystaniem także zasobów duchowych;
- kursy poświęcone optymalizacji zasobów ludzkich;
- dni skupienia dla poszczególnych grup pracowniczych (duszpasterze, kadra zarządzająca itd.).

7.7.3.3. Celebracje liturgiczne dla współpracowników

Celebracje liturgiczne są sposobnością do zaoferowania „zdrowej przerwy w pracy” i dokonania „zmiany perspektywy”¹⁷². W takich chwilach pracownicy mają możliwość czasowego oderwania się od swojej pracy i codziennych czynności,

¹⁷² Reber, J., str. 51.

aby na nowo odnaleźć samych siebie i spotkać się z Bogiem. Pracownicy mają możliwość doświadczania siły i wsparcia Boga Miłości poprzez znaki, rytmy, modlitwy itd.

Celebracje liturgiczne dają możliwość „uniesienia serc” i otwarcia się na rzeczywistość, która przekracza codzienność.

Możliwe formy i okazje:

- okresowe sprawowanie Eucharystii dla i ze współpracownikami;
- specyficzne formy liturgiczne w szczególnych okresach roku liturgicznego (Adwent, Wielki Post), przystosowane do godzin pracy: wcześniej rano, w nocy, spotkania w południe, medytacje o dziewiątej itd.;
- wprowadzenie elementów liturgicznych do programu adaptacyjnego nowo przyjętego personelu, obchodów jubileuszy pracy zawodowej, odejścia z pracy itd.;
- nabożeństwa inauguracyjne, np. roku szkolnego, kursu itd.;
- modlitwy w konkretnej intencji, sytuacji i za poszczególne osoby;
- nabożeństwa/celebracje liturgiczne w sytuacji żałoby/kryzysu/nieszczęścia;
- święta liturgiczne Kościoła i Zakonu;
- uroczystości w ośrodku organizowane dla dzieci pracowników, które w trakcie roku przystąpiły do I Komunii Świętej lub sakramentu bierzmowania.

7.7.3.4. Ogólne uwarunkowania

Byłoby wskazane określić pod względem organizacyjnym propozycje duszpasterskie dla współpracowników ośrodka, tzn. ustalić ogólne warunki regulujące dostęp, uczestnictwo itd. Jednym z tych warunków powinno być to, że zasadniczo wszyscy pracownicy mogą uczestniczyć w tych inicjatywach (oczywiście przy zachowaniu regularnego rytmu działalności ośrodka) i że należałoby ustalić, w jakim stopniu uczestnictwo w inicjatywach mieści się w godzinach pracy.



ROZDZIAŁ VIII

ZAKOŃCZENIE

Na koniec, w ramach podsumowania, pragniemy przedstawić główne idee zawarte w tym dokumencie, które mają na celu pomóc Rodzinie św. Jana Bożego – współpracownikom, współpracownikom i dziełom apostołskim – w realizacji ich misji Szpitalnictwa w odnowionej formie, zdolnej odpowiedzieć wyzwaniom współczesnego świata, potrzebom cierpiących ludzi oraz wszystkich tych, których leczymy i nad którymi sprawujemy opiekę w naszych ośrodkach, zgodnie z kryteriami Kościoła.

- 8.1.** Misja Zakonu Szpitalnego św. Jana Bożego jest częścią ewangelizacyjnej misji Kościoła, która polega na naśladowaniu Jezusa Chrystusa, Dobrego Samarytanina (Łk 10, 25), który przeszedł przez ten świat dobrze czyniąc (Dz 10,38) i lecząc wszystkie choroby i wszelkie słabości wśród ludu (Mt 4,23), podobnie czynił św. Jan Boży, który poświęcił się całkowicie służbie chorym i potrzebującym¹⁷³.

Formą ewangelizacji przyjętą przez Zakon Szpitalny św. Jana Bożego jest Szpitalnictwo, konkretyzowane w każdym z naszych dzieł apostołskich. To jest nasz sposób bycia Kościołem i bycia w Kościele.

- 8.2.** Szpitalnictwo jest charyzmatem, który Zakon otrzymał dla dobra Kościoła i całego świata. Charyzmat, którym bracia przeżywają poprzez konsekrację zakonną, wielu współpracowników przeżywa poprzez ich konsekrację chrzcielną, a jeszcze inni, po prostu włączając się w realizację misji Zakonu¹⁷⁴. Wszyscy są protagonistami i aktywnymi uczestnikami misji ewangelizacyjnej Zakonu, każdy w swoim własnym zakresie. Kadra zarządzająca, współbracia i współpracownicy jako osoby, na których spoczywa największa odpowiedzialność, winni strzec, aby misja Zakonu była realizowana poprzez zarządzanie i organizację zgodną ze stylem Zakonu. Wszyscy inni współbracia i współpracownicy powinni wiedzieć i mieć pełną świadomość, że ich dobrze wykonana praca stanowi cenny wkład w realizację misji Zakonu i Kościoła. W tym sensie, wszyscy są aktywnymi członkami duszpaństwa, rozumianego jako praktyczna realizacja ewangelizacji.

¹⁷³ Por. *Konstytucje Zakonu*, 1984, art. 1.

¹⁷⁴ Por. FORKAN, D. List okólny „*Zmieniające się oblicze Zakonu*”, 2.3.3; 2.4.2.

Ponadto i przede wszystkim, za ewangelizację i duszpasterstwo nie są odpowiedzialni jedynie duszpasterze sprawujący opiekę duchową i religijną w ośrodku, ale wszyscy ci, którzy realizują misję w każdym dziele apostołskim, co wymaga odpowiedniej formacji w zakresie zasad i wartości Zakonu.

- 8.3.** Oprócz tego, co zostało powiedziane w poprzednich rozdziałach, we wszystkich dziełach apostołskich Zakonu musi być grupa duszpasterska, wspomagana niezbędnymi zasobami ludzkimi i materialnymi, której misją będzie zaspokajanie potrzeb duchowych i religijnych osób, które przebywają w naszych ośrodkach, ich rodzin, współpracowników i współbraci¹⁷⁵. W tym dokumencie została szeroko omówiona ta konkretna działalność duszpasterska.
- 8.4.** Podstawy biblijno-teologiczne i charyzmatyczne pomagają nam lepiej zrozumieć tradycję Kościoła i korzenie Zakonu. Uczniowie z Emaus (Łk 24, 13 –5), Dobry Pasterz (J 10, 11; P 23) i Dobry Samarytanin (Łk 10, 29–37) są najważniejszymi przykładami dla duszpasterzy w realizacji ich misji. Towarzystwo jest kluczowym elementem duszpasterstwa, tak jak jest to ukazane w Piśmie Świętym. Towarzystwo cierpiącym w ich drodze życia, oferując im Słowo Boże, jak również właściwe słowa w danej sytuacji, a także ciszę – gdy jest to konieczne – jest zawsze osobistym świadectwem miłości Boga, znakiem Jego obecności i wyrazem dyspozycyjności wobec wszelkich potrzeb.
- 8.5.** Opiekę duchową i religijną należy wpisać w aktualny kontekst, który w różnych miejscach na świecie nie jest wyłącznie chrześcijański, lecz wieloreligijny, a w niektórych przypadkach także bezreligijny. W tym zróżnicowanym i wieloreligijnym środowisku, które wymaga pluralistycznego kodeksu etycznego, winniśmy realizować naszą misję duszpasterską z podejściem otwartym i ekumenicznym, przyjaznym i gościnnym, mając świadomość, że wszyscy podopieczni w naszych dziełach apostołskich są odbiorcami naszej posługi duszpasterskiej.

Ważne jest, aby uwzględnić holistyczną wizję człowieka, a zatem troskę o jego potrzeby w sposób integralny, tak jak jest to opisane w Karcie Tożsamości Zakonu, która stwierdza, że „człowiek jest rzeczywistością wielowymiarową i zbudowaną z wymiaru biologicznego, psychicznego, duchowego

¹⁷⁵ Por. *Statuty Generalne Zakonu*, 2009, artt. 53c i 54.

i społecznego”¹⁷⁶. Przyjmując taką perspektywę powinniśmy poznać, ocenić i odpowiednio rozróżnić wymiar duchowy i religijny człowieka, co pozwoli nam towarzyszyć i właściwie otoczyć opieką, także spersonalizowaną, wszystkich naszych chorych i podopiecznych.

- 8.6.** Oprócz spersonalizowanej opieki duchowej i religijnej, musimy prowadzić duszpasterstwo z podziałem na sektory i zgodne z potrzebami każdego z nich. Nie możemy myśleć o duszpasterstwie jednakowym dla wszystkich lub o duszpasterstwie dla poszczególnych dzieł, niezbędne jest, aby było ono zróżnicowane także wewnątrz danego dzieła apostolskiego. Inne są potrzeby duchowe i religijne osób dotkniętych chorobą psychiczną, a jeszcze inne osób, które są w terminalnym stanie choroby lub są niepełnosprawne, przewlekle chore, marginalizowane społecznie lub bezdomne. Potrzeby te zróżnicowane są także ze względu na wiek chorych (dzieci, dorośli, osoby starsze). Dlatego też ten dokument przyjmuje takie kryterium i poświęca jeden rozdział na poszczególne sektory duszpasterstwa: chorzy psychicznie, osoby niepełnosprawne, nieuleczalnie chorzy, osoby starsze, szpitale ogólne i duszpasterstwo społeczne.
- 8.7.** Na duszpasterzach sprawujących opiekę duchową i religijną spoczywa wiele obowiązków. Zapewniają oni spersonalizowaną opiekę, o której już wcześniej mówiliśmy i która obejmuje tak zwaną wizytę duszpasterską, modlitwę oraz sprawowanie sakramentów (uwzględniając kontekst i wymogi każdej konkretnej osoby); otaczają szczególną troską chorych, którzy zbliżają się do kresu swojego życia i tych, którzy znajdują się w największej potrzebie lub są samotni; współpracują z lokalnym Kościołem; doradzają w kwestiach religijnych i etycznych; angażują się w humanizację opieki zdrowotnej i w tworzenie w ośrodku kultury szpitalnictwa¹⁷⁷.

Posługa duszpasterska jest jedną z form opieki w dziełach apostolskich Zakonu i musi być organizowana jako taka. Z tego też powodu należy opracować plan duszpasterski, który będzie zawierać główne wytyczne i cele sprawowanej posługi w ośrodku. Rokrocznie na podstawie planu duszpasterskiego należy opracować projekt lub program duszpasterski, który będzie zawierać cele i plan działań na rok bieżący. Oba będą musiały uwzględniać kryteria i wskazówki dyrekcji, być okresowo weryfikowane i przedstawiane dyrekcji ośrodka.

¹⁷⁶ Por. *Karta Tożsamości Zakonu*, 5.1

¹⁷⁷ Por. *Konstytucje Zakonu*, art. 51.

- 8.8.** Jeden rozdział został poświęcony na przedstawienie „Modelu opieki duchowej i religijnej”. Z pewnością jego początkowe zastosowanie nie będzie łatwe, dlatego że jest nowością w postępie duszpasterskiej. Zdajemy sobie sprawę, że w niektórych sektorach duszpasterstwa jego zastosowanie będzie trudniejsze i prawdopodobnie mniej praktyczne. Wierzimy – zwłaszcza na to, że w wielu miejscach i dziełach Zakonu prowadzimy działania w obszarze służby zdrowia i opieki społecznej – że zastosowanie modelu klinicznego w opiece duchowej i religijnej może być bardzo przydatne. Chodzi o promowanie modelu, w którym na samym początku określa się potrzeby duchowe i religijne, następnie stawia się diagnozę duszpasterską, później przechodzi się do terapii – w oparciu o działania, jakie oferuje grupa duszpasterska – kończąc na ocenie, która pozwala nam zweryfikować skuteczność terapii, a w razie braku skuteczności, ponownie przeanalizować zrealizowany proces terapeutyczny.

Ten model wymaga pracy zespołowej, współpracy i integracji z ekipami opiekuńczymi ośrodka, tak aby nie działać pojedynczo. Jednocześnie konieczne jest przyjęcie elementów, które zazwyczaj stosuje się w tym obszarze, tj. terminologię, niektóre narzędzia i protokoły rozwoju działalności duszpasterskiej oraz oceny jakości sprawowanej opieki duszpasterskiej, a także – kiedy to możliwe – korzystanie z historii opieki duszpasterskiej. Oczywiście to wszystko musi być dostosowane do kontekstu posługi duszpasterskiej. Praca z zastosowaniem tego modelu wymaga odpowiedniej formacji i kreatywności. Może być on jednak bardzo pomocny i dlatego też został przedstawiony w tym opracowaniu.

- 8.9.** Duszpasterze są to osoby odpowiedzialne za sprawowanie opieki duchowej i religijnej. Mogą to być współbracia, kapłani, osoby zakonne i współpracownicy, posiadający odpowiednią formację w zakresie duszpasterstwa¹⁷⁸. Powinny to być osoby odznaczające się głęboką duchowością, których tożsamość opiera się na zaangażowaniu dla Chrystusa, którzy przeżywają osobiste doświadczenie wiary i angażują się w misję Szpitalnictwa naśladowując i wcielając postawy samego Chrystusa: bezinteresowną posługę, wdzięczność, solidarność, akceptację krzyża i nadzieję.

Nie możemy zapominać, że w proces ewangelizacyjny, oprócz osób należących do grup duszpasterskich, są zaangażowane także inne osoby: wszyscy bracia i współpracownicy, ale także sami chorzy i podopieczni przebywają-

¹⁷⁸ Statuty Generalne Zakonu, art. 54.

cy w naszych ośrodkach, jak również ich rodziny, wolontariusze oraz inne osoby, które w taki czy inny sposób, przyczyniają się do realizacji misji ewangelizacji.

W zależności od wielkości dzieła apostolskiego i jego możliwości, niezbędna jest dobra organizacja posługi duszpasterskiej. Musimy zapewnić posługę duchową i religijną, korzystając z dostępnych zasobów ludzkich i materialnych. Wskazana jest także obecność grupy duszpasterskiej, utworzonej z osób pracujących w różnych obszarach ośrodka, ale mogą to być także osoby z zewnątrz. Celem grupy jest wspieranie duszpasterzy w realizacji ich misji. W końcu, jeżeli to możliwe, bardzo pomocne może być utworzenie rady duszpasterskiej – w skład której mogą wchodzić osoby pracujące w ośrodku – której zadaniem byłoby doradzanie duszpasterzom w realizacji ich misji.

- 8.10.** Bardzo ważna jest odpowiednia formacja osób, które poświęcają się opiece duchowej i religijnej. Nie możemy troszczyć się jedynie o to, aby mieć wystarczającą liczbę osób lub grup, lecz zasadnicze jest ich właściwe przygotowanie i ich formacja permanentna w zakresie nauk humanistycznych, Pisma Świętego, teologii, duszpasterstwa i etyki; to odnosi się do wszystkich: kapłanów, osób zakonnych i współpracowników. W doborze kandydatów na duszpasterzy należy przede wszystkim szukać osób, które posiadają odpowiedni profil formacyjny lub które są w trakcie jego osiągnięcia. Dla przykładu, do tego opracowania dołączony jest plan formacji duszpasterzy szpitalnych, który jest realizowany w Irlandii.

Oprócz formacji wstępnej kluczowe jest – za co ponoszą odpowiedzialność wszyscy na poziomie osobistym, dzieł apostolskich i prowincjalnym – tworzenie specjalnych programów i planów formacji permanentnej dla duszpasterzy, grup duszpasterskich i rad duszpasterskich. Tak samo, niezbędne jest opracowanie planu formacji w zakresie duszpasterstwa szpitalnego dla wszystkich współbraci i współpracowników ośrodka, ażeby poznali sens i znaczenie opieki duchowej i religijnej, a tym samym aktywnie się zaangażowali w sprawowanie tejże posługi.

- 8.11.** Niniejsze opracowanie powinno być przyjęte i postrzegane jako część odnowy – do której Zakon nieustannie zachęca – która w trakcie bieżącego sześciolecia została zaproponowana jako główny cel całego Zakonu. Terażniejszość i przyszłość wymagają odnowy oraz nowej wizji misji ewangelizacyjnej i duszpasterskiej Zakonu, zdolnej odpowiedzieć na nowe wyzwa-

nia, z którymi trzeba się zmierzyć. Wszyscy ci, którzy należą do Rodziny Szpitalnej św. Jana Bożego, wezwani są do uczestniczenia i bycia aktywnymi członkami tej misji, która opiera się na aktualnych kryteriach teologicznych, charyzmatycznych i duszpasterskich. Musi być ona otwarta na nowe metody i narzędzia istniejące w obszarze opieki duchowej i religijnej, zapewniając spersonalizowaną opiekę duszpasterską, zgodnie z potrzebami każdego pacjenta lub podopiecznego, przebywającego w naszych ośrodkach. Chodzi o zapewnienie i przeżywanie duszpasterstwa otwartego i pełnego poszanowania przekonań i wartości wszystkich ludzi, aby było ono integralne, interdyscyplinarne i zintegrowane z realizowaną przez Zakon misją Szpitalnictwa.

- 8.12.** Wierzymy, że szeroko rozumiane duszpasterstwo oraz opieka duchowa i religijna przedstawiona w konkretnych przypadkach – tak jak to zostało ujęte w tym dokumencie – stanowią doskonałą okazję do większego zaangażowania i do odnowy misji Zakonu. Holistyczna wizja istoty ludzkiej rodzi nową kulturę opieki zdrowotnej, w której troska o potrzeby duchowe i religijne zajmuje istotne miejsce w integralnie pojmowanym zdrowiu człowieka. W sposób szczególny widoczny jest wzrost chorób związanych ze sferą egzystencjalną, z wartościami oraz życiem duchowym i religijnym. W konsekwencji misja ewangelizacyjna i duszpasterska staje się coraz ważniejsza i aktualna oraz rozszerza swój zakres działania. Jest to dodatkowy powód, dla którego duszpasterze powinni być odpowiednio motywowani, przygotowywani i formowani. Jest to ogromne wyzwanie, ale zarazem silna motywacja dla wszystkich tych, którzy poświęcają swoje życie i swoją pracę opiece duchowej i religijnej nad osobami chorymi i potrzebującymi. Jest to także nowoczesny sposób realizowania i niesienia – w świat choroby i wykluczenia – Szpitalnictwa, które przekazał nam nasz Założyciel i inspirował – św. Jan Boży.

ZAŁĄCZNIKI



ZAŁĄCZNIKI

(Załącznik I)

ROZPOZNANIE POTRZEB I STANU DUCHOWEGO¹⁷⁹

SENS ŻYCIA

Tak Nie Nie do określenia Nie do ocenienia

Życie widziane jako zrealizowany plan				
Brak sensu w życiu				
Życie widziane jako zmarnowane, z niezrealizowanymi planami				

SENS ŚMIERCI

Coś nieuchronnego, przeżywanego ze spokojem				
Coś nieuchronnego, przeżywanego w strachu				
Uwolnienie (dla pacjenta lub osoby, która się nim opiekuje)				
Kara				
Strach egzystencjalny: unicestwienie własnego bytu/ciała				
Niemожność kontynuacji (brak dzieci)				

SENS SWOJEJ CHOROBY

Unikanie tego tematu, wyparcie ze świadomości				
Negowanie				
Możliwość rozwoju, by stać się lepszym człowiekiem				
Możliwość pojednania				
Możliwość zniknięcia i zerwania ze wszystkim				
Próba				
Tajemnica				
Absurd, bez sensu				
Niesprawiedliwość (niesłuszna kara)				
Kara (zasłużona)				

¹⁷⁹ BERMEJO JC., *Aspectos espirituales en los cuidados paliativos*. Santiago Chile, 1999. s. 34 – 45.

POCZUCIE WINY

Wobec siebie samego (swojego dotychczasowego życia)				
Obwinianie innych (rodzinę, przyjaciół, partnera/partnerkę)				
Obwinianie Boga				

NADZIEJA

Czuje się pełen nadziei				
Odczuwa bark nadziei				

DOŚWIADCZENIE RELIGIJNE

Niewierzący				
Brak doświadczenia Boga				
Doświadczenie Boga jako pomocy, uwolnienia				
Doświadczenie Boga jako tego, który wystawia na próbę				
Doświadczenie Boga jako tego, który karze				
Wiara w życie pozagrobowe				
Potrzeba wyrażania uczuć - doświadczeń religijnych				

Załącznik 2

SKALA JARELA DOTYCZĄCA POKOJU DUCHOWEGO¹⁸⁰

(zaznaczyć odpowiedzi kółkiem)

1. Czy modlitwa jest ważna w moim życiu?
2. Czy uważam, że doświadczam duchowego pokoju?
3. Czy wraz z tym jak się starzeję, staję się bardziej tolerancyjny/a wobec innych wyznań?
4. Czy znalazłem/znalazłam sens mojego życia?
5. Czy uważam, że istnieje głęboka relacja pomiędzy moimi przekonaniami duchowymi a tym, co robię?
6. Czy uważam, że istnieje życie pozagrobowe?
7. Kiedy jestem chory odczuwam gorsze samopoczucie duchowe?
8. Czy wierzę w Siłę Wyższą?
9. Czy jestem zdolny/a do otrzymywania miłości i obdarzania nią innych?
10. Czy jestem zadowolony/a z mojego życia?
11. Czy wyznaczam cele dla mnie samego/samej?
12. Czy Bóg ma niewielkie znaczenie w moim życiu?
13. Czy jestem zadowolony/a ze sposobu, w jaki wykorzystuję moje zdolności?
14. Czy modlitwa pomaga mi w podejmowaniu decyzji?
15. Czy jestem zdolny/a do tego, by docenić różnorodność innych?
16. Czy jestem w miarę dobrze zorganizowany/a?
17. Czy wolę, aby to inni za mnie decydowali?
18. Czy umiem wybaczyć innym?
19. Czy akceptuję sytuacje, które pojawiają się w życiu?
20. Czy wiara w Siłę Wyższą jest częścią mojego życia?
21. Czy jestem w stanie zaakceptować zmiany w moim życiu?

¹⁸⁰ Kozier, B/Erb, G/Berman, A/Zinder, S. *Fundamentos de Enfermería II*. Madryt, 2005.

Załącznik 3

PROCES DOSKONALENIA JAKOŚCI DUSZPASTERSTWA¹⁸¹

- 1/ Rozpoznanie problemów.
- 2/ Nadanie hierarchii problemom.
- 3/ Analiza przyczyn.
- 4/ Ustalenie sposobów poprawy.
- 5/ Określenie kryteriów.
- 6/ Określenie wskaźników.
- 7/ Ocena wskaźników.
- 8/ Ocena jakości duszpasterstwa przez:
 - chorego,
 - rodzinę,
 - personel opiekuńczy.

ROZPOZNANY PROBLEM:

„Trudności z rozpoznaniem głębokich potrzeb chorego”.

PRZYCZYNY:

- **STRUKTURA:** Pokój współdzielony z innymi, bariery, które go otaczają (rodzina, przyjaciele, personel itp.)
- **PERSONEL MEDYCZNY:** niska znajomość świata „duchowego”
- **PACJENCI:** Nie znają diagnozy i rokowań.
Znikoma orientacja w zakresie opieki, jaką oferują poszczególne oddziały, które są po to, by pomóc choremu.
Negowanie jako mechanizm nieadaptacyjny.
- **RODZINA:** Zatajenie prawdy.
Kłamstwo. Strach, że chory się dowie, zazdrość.
- **POSŁUGA DUSZPASTERSKA:** Postawa obronna.
Nieodpowiedni rozkład czasu przeznaczanego na wizytę.
Niewystarczająca znajomość chorego i faz jego choroby.

¹⁸¹ Szpital św. Jana Bożego. *Plan duszpasterski*. Pamplona 2005

DZIAŁANIA W ZAKRESIE POPRAWY:

- Zmienić styl wizyt na oddziale opieki paliatywnej (np. czas).
- Stworzyć pozytywne otoczenie, pełne szacunku.
- Pogłębić umiejętności komunikacyjne.
- Poznać poziom informacji, jaki posiada chory odnośnie swojej choroby i w jakim stadium się aktualnie znajduje.
- Wykorzystać spotkania zespołu do pogłębiania i szerzenia kultury duchowej.
- Protokołowanie.

KRYTERIA:

- Postrzegać towarzyszenie i opiekę duszpasterską za istotny element integralnego modelu pomocy choremu.
- Rozpoznać jego potrzeby duchowe bądź religijne.
- Oceniać drogę duchową lub religijną przebytą przez pacjenta.
- Zgoda grupy (ekipy).

WSKAŹNIKI:

- Przerwanie wizyty duszpasterskiej.
- Uważne słuchanie pytań.
- Udzielanie sakramentów chorym.
- Chory świadomy.
- Chory nieświadomy.

OCENA WSKAŹNIKÓW

WSKAŹNIKI	1	2	3	4	5
Przerywanie wizyty duszpasterskiej.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uważne słuchanie pytań.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udzielanie sakramentów chorym.					
Chory świadomy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chory nieświadomy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OCENA JAKOŚCI OPIEKI DUSZPASTERSKIEJ

		1	2	3	4	5
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WIZYTA U CHOREGO	Poszanowanie jego kultury i wolności w odniesieniu do przekonań i wartości...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jesteśmy ewangelizatorami w procesie jego choroby...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Promujemy uzdrawiający wymiar sakramentów...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TROSKA O RODZINĘ	Otwarta i szczerza rozmowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Czy słuchamy ich zmartwień i potrzeb...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Czy dajemy im rady dotyczące kwestii etycznych, religijnych i duszpasterskich...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRACA ZESPOŁOWA	Współpraca i wzajemne wsparcie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Podajemy wspólnie decyzje, dzieląc się swoimi opiniami i doświadczeniami?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Umacniamy jedność grupy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Załącznik 4

WSKAŹNIKI JAKOŚCI NA PODSTAWIE ROZPOZNANIA I TROSKI O POTRZEBY DUCHOWE¹⁸²

I. W odniesieniu do pacjenta

Pięciostopniowa skala Likerta pomaga nam ocenić jak zmieniają się wskaźniki jakości dotyczące działań mających na celu poprawę jakości opieki dla naszych pacjentów.

Chodzi o to, aby zweryfikować, czy poprzez troskę i zaspokajanie potrzeb duchowych:

- skrócił się czas hospitalizacji pacjenta.
- leczenie było prowadzone w sposób interdyscyplinarny.
- zmniejszył się u pacjenta lęk, strach, niepokój i poczucie winy.
- zauważalna jest zmiana postawy chorego.
- dzięki naszej opiece polepszył się efekt paliatywny.
- zmienił się stan duchowy chorego.

2. W odniesieniu do rodziny

Chodzi o to, aby zweryfikować, czy poprzez troskę i zaspokajanie potrzeb duchowych, rodzina:

- otrzymała wsparcie w uzyskaniu potrzebnych informacji i danych.
- współpracowała z zespołem interdyscyplinarnym.
- otrzymała wsparcie w reorganizowaniu swojej sytuacji w momencie przyjęcia pacjenta do szpitala, czy została przygotowana do żałoby i wspierana w czasie żałoby.
- miała możliwość wyrazić swoje uczucia.
- otrzymała wsparcie, by uwolnić się od winy.
- otrzymała wsparcie w celu poprawy swoich relacji międzyludzkich.
- otrzymała wsparcie, by kontrolować negatywne sytuacje i tworzyć nowe możliwości i zdolności.
- uczestniczyła w procesie leczenia i integracji.

¹⁸² Lora González, R.O.C., ss. 340-341.

3. Postawy, na które wywarliśmy wpływ

Chodzi o ewentualną zmianę postawy, ale także o zweryfikowanie, czy chory otrzymał wsparcie, aby:

- wyeliminować niepotrzebne cierpienie.
- walczyć z nieuniknionym cierpieniem.
- łagodzić nieuniknione cierpienie.
- zaakceptować cierpienie, którego nie można pokonać.
- wzrastać pomimo negatywnych sytuacji w życiu i w chwili śmierci.

4. Inne wskaźniki, które należy wziąć pod uwagę:

- *Problemy etyczne i bioetyczne, z którymi się spotykamy*
Być może będziemy potrzebowali pomocy zespołów bioetycznych na szczeblu lokalnym, prowincyjnym a nawet krajowym, do których zwrócimy się z prośbą o rozstrzygnięcie konkretnej sprawy.
- *Etyczne minimum*
Ocenimy właściwy podział zasobów zgodnie z zasadą sprawiedliwości/uczciwości. Zgodnie z zasadą nieczynienia zła, kontrolujemy, czy nie została wyrządzona krzywda.
- *Etyczne maksimum*
Czy zgodnie z zasadą autonomii pacjent samodzielnie podejmuje decyzje?
Czy zgodnie z zasadą czynienia dobra, w stosunku do pacjenta jest czynione dobro?

*Skala Likerta¹⁸³: składa się z pięciu możliwych odpowiedzi i określa wynik lub wskaźnik pacjenta od najmniej do najbardziej zaangażowanego oraz dostarcza informacji o faktycznym stanie pacjenta w danym momencie. Pomiar oparty jest o następującą skalę:

- 1 = poważnie zaangażowany
- 2 = mocno zaangażowany
- 3 = umiarkowanie zaangażowany
- 4 = trochę zaangażowany
- 5 = niezaangażowany

¹⁸³ Lora González, R. o.c., str. 338

Załącznik 5

KWESTIONARIUSZ OCENY POTRZEB RELIGIJNYCH¹⁸⁴

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej umysłowo _____

Imię i nazwisko osoby dokonującej oceny _____

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za plan działania _____

Z jakiego wsparcia korzysta osoba? (Sporządzić listę) _____

Wskazać wszystkie źródła informacji niezbędne do oceny, włączając osoby, z którymi się na ten temat rozmawiało, a także inne źródła informacji (np. książki lub Internet).

Data oceny informacji	Osoba(y) dokonujące oceny	Źródła oceny
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Czy osoba przejawiała jakieś zainteresowanie odnośnie kwestii religijnych?

TAK NIE

¹⁸⁴ The Foundation for people with learning disabilities.. *What about faith?* London 2004. (Ocena potrzeb religijnych osób z utrudnionym kontaktem werbalnym. Zazwyczaj formularz ten wypełnia ktoś z rodziny albo pracownik, opiekun lub osoba odpowiedzialna w ośrodku).

Czy osoba dała do zrozumienia, że należy do jakiegoś konkretnego wyznania religijnego? (Wskazane jest uzasadnienie odpowiedzi).

W jaki sposób chory/a praktykuje swoją religię? (Opisać w bardzo szczegółowy sposób – w razie potrzeby można dołączyć kolejną kartkę).

W jaki sposób chory/a przestrzega i obchodzi święta religijne oraz ważne uroczystości? (W razie potrzeby, dołączyć kolejną kartkę).

Czy osoba pragnie zrobić coś innego, aby wyrazić swoje przekonanie religijne? Być może przerywając niektóre czynności, realizując inne lub wykonując jakąś czynność w inny sposób? (Opisać w bardzo szczegółowy sposób – w razie potrzeby można dołączyć kolejną kartkę)

Czy rodzina wspiera/towarzyszy choremu/chorej w niektórych praktykach religijnych?

Brak kontaktu TAK NIE

(Opisać. W razie potrzeby dołączyć kolejną kartkę).

Czy osoba uczęszcza do jakiegoś miejsca kultu? TAK NIE

W przypadku odpowiedzi „TAK” należy podać nazwę i adres miejsca kultu

Imię i nazwisko osoby kontaktowej w miejscu kultu:

Telefon _____

Czy pracownik ośrodka/placówki rozmawiał z osobą kontaktową? _____

W czym uczestniczy chory/a? _____

Przemieszcza się samodzielnie, czy ktoś jej/jemu towarzyszy? _____

Kto? _____

Co najbardziej podoba się choremu/chorej? _____

Czego osoba chora chciałaby doświadczyć? _____

Czy istnieją inne instytucje/organizacje katolickie, które mogłyby być przydatne?

Czy ośrodek/placówka opracowała plan działania, który umożliwi osobie uczęszczanie do miejsca kultu?

TAK NIE (Prosimy o dołączenie planu)

Jeżeli taki plan nie został opracowany:

Czy chory/a w przeszłości uczęszczał/a do jakiegoś miejsca kultu? TAK NIE

Rodzaj miejsca kultu, do którego uczęszczał/a w przeszłości _____

Nazwa, adres i rodzaje potencjalnych miejsc kultu (lokalnych) _____

Imię i nazwisko osoby kontaktowej w miejscu kultu _____

Telefon _____

Czy pracownik ośrodka/placówki rozmawiał z osobą kontaktową? _____

Czy ośrodek/placówka opracowała plan działania w celu przedstawienia/adaptacji osoby w miejscu kultu?

TAK NIE
(Prosimy o dołączenie planu)

Czy informacje zawarte w tym kwestionariuszu zostały połączone z innymi ogólnymi informacjami dotyczącymi chorego/chorej?

TAK NIE

Czy chory/a chciałby, aby plan działania w zakresie potrzeb religijnych był bardziej szczegółowy, počawszy od tej oceny?

TAK NIE

OPIEKA DUSZPASTERSKA W DZIELACH ZAKONU

CEL GŁÓWNY

Zaspokajanie potrzeb duchowych i religijnych pacjentów, ich rodzin i współpracowników, naśladując gesty i zachowania Jezusa z Nazaretu wobec chorych i potrzebujących i tym samym przyczyniając się do ewangelizacji, która jest główną misją Zakonu.

CELE SZCZEGÓLNE	DZIAŁANIA	OSOBY ODPOWIEDZIALNE
<p>1. Opracować plan opieki duszpasterskiej w ośrodkach z podziałem na poszczególne sektory.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Podstawy opieki duchowej i religijnej. • Określenie potrzeb duchowych i religijnych, które pojawiają się w różnych sektorach ośrodka. • Wskazanie usług, które można zapewnić w celu zaspokojenia tych potrzeb. • Wykaz niezbędnych narzędzi i środków do wykorzystania w tym celu. <p>Z POSZANOWANIEM FILOZOFII I STYLU OPIEKI ZAKONU.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Odpowiedzialny za duszpasterstwo w ośrodku. • Ekipa duszpasterska. • Dyrekcja ośrodka, która musi go zatwierdzić. • Kuria Prowincjalna (Zespół ds. duszpasterstwa), która musi go zatwierdzić.
<p>2. Zatrzaszczyć się o potrzeby duchowe i religijne w poszczególnych sektorach opieki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Opracowanie programu opieki duszpasterskiej właściwego dla poszczególnych sektorów i oddziałów ośrodka, z uwzględnieniem różnych kategorii pacjentów (ciężko chorzy, przewlekłe chorzy, osoby starsze, dorośli, dzieci itp.). • Wymieniać się programami i integrować z zespołami opiekuńczymi różnych sektorów i oddziałów ośrodka. • Rozwijać go za pomocą niezbędnych narzędzi i działań duszpasterskich. (Patrz metoda duszpasterska). 	<ul style="list-style-type: none"> • Odpowiedzialny za duszpasterstwo. • Sprawujący opiekę duchową i religijną. • Odpowiedzialny za opiekę duchową i religijną z poszczególnych sektorów lub oddziałów opiekuńczych ośrodka. • Zespół duszpasterski: (sprawujący opiekę duchową i religijną oraz inne kompetentne osoby: zakonnicy, współpracownicy, wolontariusze ...) • Odpowiedzialny zespołu opiekuńczego z poszczególnych sektorów i oddziałów ośrodka.

Zakon Szpitalny św. Jana Bożego – Komisja Generalna ds. Duszpasterstwa – Rzym 2012

<p>3. Promować formację: zespołów i wszystkich współpracowników.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wdrażanie działań formacyjnych w zakresie duszpasterstwa do planu formacyjnego ośrodka dla całego personelu. • Odpowiednia formacja w zakresie duszpasterstwa dla osób sprawujących opiekę duchową bądź religijną i dla całego zespołu duszpasterskiego. • Akredytowana formacja, na ile to możliwe, dla osób sprawujących opiekę duchową i religijną. 	<ul style="list-style-type: none"> • Odpowiedzialny za duszpasterstwo. • Sprawujący opiekę duchową i religijną. • Przewodniczący Komisji ds. formacji w ośrodku.
<p>4. Zatrzaszczyć się o potrzeby duchowe i religijne współpracowników.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prosty przekaz informacji o dostępnej opiece duszpasterskiej. • Obecność, bliskość, otwarcie i dyspozycyjność wobec wszystkich współpracowników. • Spotkania formacyjne. • Promowanie spotkań mających na celu wspólną refleksję i celebrację wiary. 	<ul style="list-style-type: none"> • Odpowiedzialny za duszpasterstwo. • Sprawujący opiekę duchową i religijną oraz zespoły duszpasterskie. • Współpracownicy: pracownicy i wolontariusze.
<p>5. Zatrzaszczyć się o potrzeby duchowe i religijne rodzin chorych.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prosty przekaz informacji o dostępnej opiece duszpasterskiej. • Łatwy dostęp do opieki duszpasterskiej. • Obecność i bliskość. • Promowanie grup rodzin lub uczestnictwo w tych już istniejących, zapewniając opiekę duszpasterską i przeżywanie wiary. 	<ul style="list-style-type: none"> • Odpowiedzialny za duszpasterstwo. • Sprawujący opiekę duchową i religijną oraz zespoły duszpasterskie. • Współpracownicy z różnych oddziałów ośrodka. • Pacjenci i ich rodziny.
<p>6. Uczestniczyć i wspierać humanizację ośrodków: Komitet etyczny i inne.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Członkostwo w Komitecie Etycznym. • Członkostwo w Komitecie ds. Humanizacji i w innych podobnych komitetach. • Członkostwo w komisjach formacyjnych. • Bliskość i wsparcie dla wolontariuszy i innych grup, które szerzą humanizację w opiece. 	<ul style="list-style-type: none"> • Odpowiedzialny za duszpasterstwo. • Sprawujący opiekę duchową i religijną oraz zespoły duszpasterskie. • Dyrekcja ośrodka.
<p>7. Nawiązanie współpracy z innymi ośrodkami na szczeblu prowincjalnym, międzyprovincialnym i regionalnym.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uczestnictwo w spotkaniach i dniach poświęconych nauce, refleksji, formacji i wymianie doświadczeń duszpasterskich. • Uczestnictwo w spotkaniach z zakresu duszpasterstwa z innymi ośrodkami Zakonu. • Opracowanie prowincjalnych, międzyprovincialnych i regionalnych programów duszpasterskich. 	<ul style="list-style-type: none"> • Odpowiedzialny za duszpasterstwo. • Sprawujący opiekę duchową i religijną oraz zespoły duszpasterskie. • Odpowiedzialny z prowincji za duszpasterstwo. • Koordynatorzy międzyprovincialni i regionalni. • Odpowiedzialni międzyprovincialni i regionalni za duszpasterstwo, jeżeli tacy istnieją. • Przewodniczący Komisji Generalnej ds. Duszpasterstwa.

Duszpasterstwo w stylu św. Jana Bożego

<p>8. Nawiązanie współpracy z Kościołem na poziomie lokalnym, diecezjalnym i ogólnokrajowym.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uczestnictwo w działalności duszpasterstwa służby zdrowia organizowanej na wymienionych poziomach (oczywiście w zakresie możliwości). • Popularyzacja duszpasterstwa służby zdrowia w lokalnym Kościele i oferowanie naszej dyspozycyjności. 	<ul style="list-style-type: none"> • Odpowiedzialny za duszpasterstwo. • Sprawujący opiekę duchową i religijną oraz zespoły duszpasterskie.
<p>9. Odpowiedzieć na potrzeby duchowe pacjentów, rodzin i współpracowników innych wyznań.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jasny przekaz informacji na temat naszej dyspozycyjności, z poszanowaniem wiary każdego człowieka. • Otwarcie na bycie mediatorami, szukając, w razie potrzeby, duszpasterzy innych wyznań. • Promowanie ekumenizmu i dobrych relacji między różnymi religiami. 	<ul style="list-style-type: none"> • Odpowiedzialny za duszpasterstwo. • Sprawujący opiekę duchową i religijną oraz zespoły duszpasterskie. • Duszpasterze z różnych obszarów opieki zdrowotnej. • Duszpasterze innych wyznań.
<p>10. Umacniać i troszczyć się o zespoły duszpasterskie i o realizowaną misję.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dobór osób wrażliwych na duszpasterstwo. • Formacja zespołów duszpasterskich. • Spotkania pracownicze, wspólna refleksja i celebrowanie wiary. • Jasny podział zadań. • Opracowanie rocznego programu duszpasterskiego, wraz z bilansem finansowym. 	<ul style="list-style-type: none"> • Odpowiedzialny z prowincji za duszpasterstwo. • Odpowiedzialny z ośrodka za duszpasterstwo. • Dyrekcja ośrodka. • Członkowie zespołów duszpasterskich sprawujący opiekę duchową i religijną.
<p>11. Oceniać misję i pracę realizowaną przez zespoły duszpasterskie sprawujące opiekę duchową i religijną.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ocena planu duszpasterskiego raz w roku. • Ocena programu duszpasterskiego dwa razy w roku. • Określić kryteria oceny opieki duszpasterskiej (kryteria jakości opieki). • Przedstawienie, raz w roku, oceny i programu duszpasterskiego dyrekcji ośrodka. 	<ul style="list-style-type: none"> • Odpowiedzialny z ośrodka za duszpasterstwo. • Odpowiedzialny za duszpasterstwo z każdego obszaru opieki. • Członkowie zespołów duszpasterskich sprawujących opiekę duchową i religijną. • Dyrekcja ośrodka.

Załącznik 7

DUSZPASTERSTWO SZPITALNE – FORMACJA DUSZPASTERZY

Formacja zawodowa jest ważnym wymogiem dla zapewnienia wysokiej jakości usług w każdym zawodzie. Formacja pastoralno-kliniczna (FPK – ang. CPE) jest modelem, który daje możliwość pogłębienia wiedzy na temat wyzwań pojawiających się w posłudze szpitalniczej, mającym na celu łączenie teologii, duchowości i psychologii z wiedzą z zakresu opieki zdrowotnej i społecznej.

I. KONTEKST I HISTORIA FORMACJI PASTORALNO-KLINICZNEJ

Model formacji pastoralno-klinicznej (*Clinical Pastoral Education* – CPE) jest szeroko znany i stosowany w formacji oraz w przygotowywaniu do posługi duszpasterskiej; jest to także szczególnie sposób nauczania teologii. Najważniejszymi prekursorami ruchu formacji pastoralno-klinicznej byli: William S. Keller, Richard Clarke Cabot i Anton T. Boisen, którzy prowadzili swoje badania i pracę w Stanach Zjednoczonych w latach dwudziestych. Cotterell i Nisi¹⁸⁵ opisują najważniejsze etapy tworzenia modelu formacji pastoralno-klinicznej, która opiera się na przekonaniu, że sztuki sprawowania opieki duszpasterskiej nie można uczyć się w auli; że z osobami znajdującymi się w potrzebie należy mieć bezpośredni kontakt i powinny być one postrzegane jak „żywe ludzkie dokumenty”; że wiedza naukowa dotycząca znaczenia i dynamiki dojrzewania oraz rozwoju ludzkiego musi być łączona z różnymi nurtami teologii. Założeniem i celem programu jest przygotowanie duszpasterzy do posługi ludziom ze zniekształconym ciałem, zniszczonym umysłem i duszą. Opiera się na dążeniu do przekształcenia formacji ściśle akademickiej i teologicznej, w drogę przygotowującą do posługi duszpasterskiej poprzez przyswajanie wiedzy empirycznej pod nadzorem superwizora, rozwój duchowy i nabrań przekonania o konieczności ciągłego pogłębiania swojej wiedzy i doświadczenia przez całe życie.

Niklas¹⁸⁶ model formacji pastoralno-klinicznej widzi w następujący sposób:

„Uważam, że kształcenie ludzi w zakresie sprawowania wszelkiego rodzaju posług w dzisiejszym Kościele, musi być oparte na relacjach międzyludzkich, doświadczeniach, medytacji, ocenie osobowości emocjonalnej, integracji i zdolności podejmowania decyzji”.

¹⁸⁵ COTTERELL D., e NISI W.F., *Clinical Pastoral Education in Health Care Ministry*, w: Handbook for Chaplains HAYES H., i VAN DER POEL C.J., National Association of Catholic Chaplains, Paulist Press, New York, 1990, str. 133.

¹⁸⁶ NIKLAS G.R., *The Making of a Pastoral Person*, Alba House, New York, 2001, str. 1.

Po czym dodaje:

„Formacja w zakresie opieki duszpasterskiej jest procesem opartym na takim właśnie rozumieniu życia i zakłada, że jest to niezbędne do tego, ażeby formacja była rzeczywista i skuteczna”.

Jako że kapelani sprawujący posługę w ochronie zdrowia otaczają opieką wszystkich pacjentów, ich rodziny, a także personel medyczny, przygotowanie, jakie przewiduje program formacji pastoralno-klinicznej pozwala formowanym na poznanie tego, jak nabytą wiedzę „zastosować w opiece duszpasterskiej”. Formacja pastoralno-kliniczna pomaga formowanym w opanowaniu tego, jak uwzględnić wszystko w dyskretnej i profesjonalny sposób i w razie potrzeby, jak się konsultować z innymi specjalistami. Niklas podkreśla, jak ważne jest, aby poznać samego siebie, zanim określi się swoją tożsamość duszpasterską.

„Prawdziwa tożsamość duszpasterska nie wypłynie z własnej tożsamości zagubionej i nieprawdziwej. Musimy wiedzieć, kim jesteśmy – jako jednostka – zanim będziemy gotowi do określenia naszej tożsamości duszpasterskiej, zanim będziemy świadomi roli, jaką chcemy pełnić w obszarze posługi duszpasterskiej i zanim będziemy mogli odkryć, czym nasza funkcja różni się od funkcji pielęgniarki, lekarza, opiekuna socjalnego lub zwykłego odwiedzającego”¹⁸⁷.

Ferder podkreśla ogromne znaczenie relacji międzyludzkich w posłudze duszpasterskiej i stwierdza, że ponieważ jesteśmy uczniami Jezusa Chrystusa „naszym powołaniem jest budowanie relacji ludzkich. Skuteczna komunikacja jest podstawą w naszym powołaniu. Przygotowuje nas do tego, abyśmy słuchali uszami, ale czuli sercem”¹⁸⁸.

2. WYMAGANIA DLA CERTYFIKOWANYCH KAPELANÓW SŁUŻBY ZDROWIA (IRLANDIA)

Od stycznia 2012 r., w celu uzyskania certyfikatu w zakresie Duszpasterstwa Służby Zdrowia (*Healthcare Chaplaincy*) będą wymagane studia teologiczne pierwszego stopnia oraz trzy podstawowe kursy formacji w zakresie duszpasterstwa szpitalnego. (Każdy kurs składa się z 400 godz. wykładów i praktyk klinicznych).

Kompletny kurs formacji pastoralno-klinicznej trwa 26 tygodni. Słuchacz uczestniczący w kursie musi już wcześniej sprawować posługę duszpasterską i to będzie zaliczone jako doświadczenie w posłudze szpitalnej.

¹⁸⁷ NIKLAS G.R., *The Making of a Pastoral Person*, Alba House, New York, 2001, str. 28

¹⁸⁸ FERDER Fran, *Words Made Flesh*, Ave Maria Press, Notre Dame Indiana, U.S.A., 1986, str. 179.

3. WYMOGI ZAWODOWE, JAKIE NALEŻY SPEŁNIĆ, BY ZOSTAĆ WPISANYM DO REJESTRU SUPERWIZORÓW FPK

Aby organizować kursy lub nadzorować formację pastoralno-kliniczną, superwizor musi skrupulatnie stosować się do modelu *CPE*, posiadać tytuł magistra teologii, ukończyć z wynikiem pozytywnym przynajmniej dwa kursy podstawowe, dwa kursy zaawansowane, dwa kursy na superwizora formacji, dwa kursy specjalistyczne oraz mieć za sobą trzy lata posługi duszpasterskiej w pełnym wymiarze godzin.

By móc zostać dopuszczonym do wyższego poziomu formacji pastoralnoklinicznej, słuchacz musi przejść rozmowę kwalifikacyjną, aby ustalić, czy na dany poziom się nadaje. Po ukończeniu kursów na wyższym poziomie, słuchacz będzie musiał ponownie przejść rozmowę, mającą na celu ustalenie, czy może się zapisać na poziom kształcenia superwizorów. Po ukończeniu obu kursów na superwizora kandydat przechodzi rozmowę, aby zostać dopuszczonym do poziomu specjalistycznego. Po zakończeniu dwóch kursów nauczania na poziomie specjalistycznym kandydat musi ponownie przejść rozmowę, by móc uzyskać uprawnienia do sprawowania kompleksowego nadzoru w roli superwizora formacji pastoralno-klinicznej. Na wszystkich etapach powyższego procesu formacji od kandydata można wymagać powtórzenia aktualnego poziomu przed przystąpieniem do kolejnego.

4. FORMACJA PASTORALNO-KLINICZNA

Metoda formacji pastoralno-klinicznej oparta jest na następującym schemacie: działanie/medytacja/działanie. Jest ona również znana jako procedura, podczas której (za zgodą zainteresowanego) superwizor wraz z całą grupą dokonują wspólnej krytycznej refleksji nad duszpasterską posługą każdego słuchacza. W ten sposób formacja pastoralno-kliniczna stanowi narzędzie refleksji na temat aktualnie pełnionej posługi, jest sposobem rozwoju samoświadomości, zawodowych kompetencji, zrozumienia teologii oraz zaangażowania chrześcijańskiego.

FPK oferuje możliwość nauki w ramach formacji permanentnej wszystkim tym, którzy pragną nieść pomoc – lub już to czynią – potrzebującym ludziom, aby jako duszpasterze mieli głębszą świadomość ludzkich potrzeb w sferze psychologicznej, teologicznej i duchowej. Pomaga również słuchaczom w tym, by stawali się bardziej świadomi godności i potencjału osób, którym niosą pomoc.

FPK stawia słuchaczy w obliczu trudnych sytuacji, w jakich znajdują się ludzie chorzy i cierpiący. Oferuje im narzędzie służące do lepszego poznania samego sie-

bie jako osoby; do lepszego zrozumienia siebie w roli duszpasterza oraz do interio-ryzacji teologii we własnym życiu kapłańskim i/lub duszpasterskim.

Nadzór nad formacją pełni superwizor, który został przeszkolony zgodnie z modelem nauczania *CPE*. Superwizor wnosi do procesu nauczania własne doświadczenie, własny sposób postrzegania spraw, jak również własne kompetencje stanowiące bodziec dla inicjatyw i osobistego rozwoju. Poprzez sprawowany przez siebie nadzór, stara się zachęcać słuchaczy do wyrażania wrodzonych zdolności i talentów, idei itp., które mogą przełożyć się na bardziej znaczące relacje duszpa-sterskie.

5. SUPERWIZJA

Superwizja stanowi kluczowy element FPK. Może być postrzegana jako pro-ces ułatwiający słuchaczom analizę samych siebie, jak również własnego sposobu działania. Można ją również postrzegać jako proces umożliwiający słuchaczom roz-wijanie własnego, osobistego stylu kapłaństwa pod przewodnictwem superwizora oraz podlegającego jego ocenie.

1. definicja: superwizję w formacji teologicznej bądź w posłudze kapłańskiej sprawuje doświadczona osoba, która umożliwia innej osobie sprawującej posługę duszpasterską, dokonywanie systematycznej i uporządkowanej refleksji nad wła-snym doświadczeniem duszpasterskim. Umożliwia słuchaczowi powiązanie własnej działalności duszpasterskiej z teologią kapłaństwa, szukając odniesień pomiędzy ludzkimi sytuacjami i potrzebami tego świata a tradycjami i wartościami religijnymi oraz dokonanie wyboru zasobów emocjonalnych w celu ukierunkowania i zrozu-mienia wydarzeń oraz lepszego sprawowania posługi duszpasterskiej.

2. definicja: superwizja pastoralna to metoda działania i refleksji na temat po-sługi kapłańskiej, w ramach której superwizor i słuchacze decydują się na wspólną krytyczną refleksję na temat własnego kapłaństwa w celu rozwijania samoświadomo-sci i kapłańskich kompetencji oraz lepszego zrozumienia teologii i zaangażowa-nia chrześcijańskiego.

Za efektywne wykorzystanie relacji z superwizorem odpowiadają w równym stopniu zarówno słuchacz, jak i superwizor. Słuchaczy zachęca się do tego, by w sa-myh sobie dostrzegli najlepszych nauczycieli. By nauka okazała się skuteczna, po-trzebna jest wewnętrzna motywacja, płynąca od samego słuchacza, a nie pocho-dząca od opiekuna. W ten sposób odpowiedzialność za wyniki w nauce spoczy-wa przede wszystkim na samym słuchaczu. Zadaniem superwizora jest natomiast

odpowiednie motywowanie i dostarczanie słuchaczom okazji do angażowania się w naukę.

Sprawowany przez superwizora nadzór odbywa się w dwojaki sposób:

1. superwizja indywidualna
2. superwizja grupowa

W trakcie *rozmowy superwizyjnej*, indywidualnie ustalonej z superwizorem, słuchacze zobowiązują się dyskutować na temat własnej pracy i zadawać ewentualne pytania starając się dostrzegać i analizować wszelkie kwestie związane z ich działalnością duszpasterską.

6. ZAJĘCIA PRAKTYCZNE

6.1. Opieka duszpasterska – posługa

Każdy słuchacz jest odpowiedzialny za rozwój opieki duszpasterskiej nad pacjentami, ich rodzinami oraz personelem, w ramach przydzielonego mu obszaru duszpasterskiego.

6.2. Działalność grupy

Większa część procesu formacji pastoralno-klinicznej prowadzona jest w grupie składającej się ze słuchaczy i superwizora.

W ramach FPK prowadzone są trzy różne kategorie spotkań:

- a. *Spotkania dydaktyczne (lektura, prezentacje itp.).*
Lektura i prezentacje, o których mowa, dotyczą takich dziedzin jak: teologia, medycyna i nauki behawioralne (np. teksty na temat ograniczeń w opiece, na temat bólu i poczucia straty, wstęp do psychoanalizy itp.). Celem spotkań dydaktycznych jest rozwój duszpasterskiej i klinicznej perspektywy słuchacza, a także rozwinięcia jego zdolności przyswajania wiedzy.
- b. *Grupy seminaryjne*
Seminaria stanowią okazję do zaprezentowania grupie danych klinicznych. Typowym sposobem prezentacji danych jest ustna relacja z wizy-

ty u jednego z pacjentów, który pozostaje zawsze anonimowy. Dopuszcza się również odmienne sposoby prezentowania danych, takie jak relacja na temat konkretnej sytuacji krytycznej bądź analiza konkretnego przypadku. Ten rodzaj pracy grupowej przewiduje również refleksje teologiczne, oceny średniokresowe, końcowe itp.

c. *Grupy nieustrukturyzowane (interpersonalny proces grupowy – grupa dynamiczna)*

Ich głównym celem są odniesienia interpersonalne, nieustrukturyzowane na zasadzie „tu i teraz”, dzięki którym słuchacze mogą pogłębiać zrozumienie mechanizmów osobowości i nauczyć się, w jaki sposób zachowywać się w stosunku do innych. Jest przewidziane forum dyskusyjne, podczas którego uczestnicy mogą uczyć się lepiej rozumieć mechanizmy własnej osobowości, np. w jaki sposób reagują na otaczający ich świat i jak inni ludzie odbierają ich samych. Stanowią ponadto okazję do uczenia się i zrozumienia innych ludzi, jak również do analizowania doświadczeń oraz życia grupy i jej członków.

7. PRACE PISEMNE

Prace pisemne są bardzo ważną i istotną częścią formacji pastoralno-klinicznej. Stanowią one dla słuchaczy okazję do usystematyzowania wiedzy i refleksji nad działaniem i nad zdobytym doświadczeniem. Od słuchaczy wymaga się przestrzegania metodologii FPK.

Prace pisemne obejmują:

- medytację na temat tygodniowej posługi sprawowanej przez słuchacza;
- relację – szczegółowe sprawozdanie rozmowy z pacjentem;
- analizę sytuacji krytycznej;
- analizę przypadku;
- refleksję teologiczną – która pomoże określić, w jaki sposób słuchacz dokonał procesu integracji teologii na poziomie osobistym;
- recenzję książki.

8. OCENA

Oceny średniokresowej i w trakcie ostatniego tygodnia kursu dokonują sami słuchacze. To pozwala zweryfikować, czego słuchacz się nauczył i w jaki sposób przyswaja wiedzę. Taka ocena jest pomocna słuchaczowi przy wyborze kierunku, jaki zamierza wybrać w przyszłości. Ocena motywuje, ukierunkowuje i integruje naukę.

9. SUPERWIZJA INDYWIDUALNA

Każdy z uczestników raz w tygodniu przeprowadza indywidualną rozmowę z superwizorem, aby porozmawiać na temat swojego rozwoju osobistego i uczestnictwa w FPK.

10. MODLITWA PORANNA

Modlitwa pomaga duszpasterzowi umocnić fundamenty swojej posługi i jest niezbędnym elementem w jego życiu. Słuchacze modlą się w grupach i po kolei przygotowują i kierują modlitwą grupową. Modlitwa poranna trwa około 20 minut i jest integralną częścią kursu. Jest to doskonała okazja dla słuchaczy, by mogli wyrazić swoją kreatywność, niemniej jednak liturgia tworzy także świętą przestrzeń, w której potrzeby grupy są przedmiotem modlitwy i refleksji.

11. LITERATURA

Podawana jest literatura podstawowa i literatura uzupełniająca. Literatura podstawowa ma dwa zasadnicze cele. Po pierwsze, słuchacze otwierają się na inne poglądy i idee, które mogą im pomóc umieścić zdobytą wiedzę i doświadczenie w odpowiednim, szerszym kontekście religijnym i medycznym. Po drugie, kontakt z tekstami naukowymi będzie dla słuchaczy dodatkowym bodźcem do tego, aby kontynuowali ciągły proces pogłębiania swojej wiedzy, także po zakończeniu okresu formacji.

12. GRA RÓL

Jest skutecznym środkiem edukacji, dzięki któremu spotkanie słuchaczy z pacjentem można przedstawić realistycznie. Ukazuje styl i podejście, jakie słuchacz powinien mieć do pacjenta z określoną chorobą. Celem jest przedstawienie dynamicznej relacji z tego, co dzieje się podczas realnego spotkania z pacjentem. Pozwala słuchaczowi zobaczyć, jaki jest jego sposób działania.

13. RELACJA Z PRAKTYK POPOŁUDNIOWYCH

Ta relacja jest omawiana w grupie następnego dnia. Trwa około 5-10 minut. Stwarza słuchaczowi możliwość pokazania, w jaki sposób otacza opieką duszpasterską pacjentów, natomiast innym słuchaczom daje okazję do porównania swojego podejścia z innym.

I4. PROGRAM REFLEKSJI DUSZPASTERSKIEJ

Kapelan mający pełnić swoją posługę w ochronie zdrowia może ubogacić duszpasterską opiekę nad bliźnimi uczestnictwem w programie refleksji. Program ten opiera się na modelu formacji pastoralno-klinicznej, lecz nie jest częścią tego modelu.



GLOSARIUSZ



APOSTOLAT

Apostolat jest to posługa ewangelizacyjna, którą Zakon sprawuje w Kościele i w świecie poprzez Szpitalnictwo na wzór św. Jana Bożego. Jest on ściśle związany z misją, charyzmatem i Szpitalnictwem. W naszym Zakonie wyróżniamy dwa główne obszary apostolatu: życie braci i misję Zakonu. „Życie braci” odnosi się do duchowego i wspólnotowego życia braci zakonnych, natomiast „misja Zakonu” dotyczy ewangelicznej posługi szpitalniczej, którą Zakon sprawuje w świecie. Zob. Charyzmat, Misja, Szpitalnictwo, Humanizacja.

AUMÔNIER

W języku francuskim słowo *Aumônier* oznacza osobę, kapłana, zakonnika/zakonnice lub świeckiego, który poświęca się pracy duszpasterskiej, sprawując opiekę duchowo-religijną. Zob. Kapelan, Księża, Duszpasterz.

BIOETYKA

Jest to interdyscyplinarna dziedzina wiedzy, mająca za cel ocenę etyczną związanych z postępiem medycyny i biologii problemów pojawiających się na różnych poziomach w wymiarze mikro- i makrospołecznym oraz mikro- i makroekonomicznym, jak również badanie wpływu tych problemów na społeczeństwo i jego system wartości zarówno aktualnie, jak i w przyszłości. W zawężonym znaczeniu jest to systematyczne badanie zachowań człowieka w obszarze dziedzin związanych z ludzkim życiem i opieką zdrowotną oraz analiza tych zachowań w świetle wartości i zasad moralnych. Podstawową metodę w tym zakresie stanowi dialog bioetyczny. Zakon zachowuje i szerzy zasady etyki Kościoła katolickiego (SG 50). Respektując je, pozostaje zarazem otwarty na refleksję teologiczną i moralną, na dialog ze środowiskiem nauki i kultury oraz na analizę konkretnych realiów, w których ludzie żyją (SG 48).

CHARYZMAT

Charyzmat szpitalny, będący darem Ducha Świętego, pozwolił Janowi Bożemu poświęcić całe życie służeniu bliźnim. Obecnie ten sam charyzmat współdzieli i żyje nim cała „Rodzina św. Jana Bożego” (SG 47, 87, 94) Zob. Apostolat, Misja, Szpitalnictwo i Humanizacja.

DUSZPASTERSTWO

Jest to działalność Kościoła, który w oparciu o refleksję teologiczną, prowadzi ją w celu realizacji misji ewangelizacyjnej. Jest ona rozwijana w trzech wymiarach: słowa (przepowiadanie, katecheza), liturgii, w której jest celebrowana sakramentalna obecność Chrystusa, posługa miłosierdzia wobec konkretnych osób i świadectwo życia. Zob. Ewangelizacja, Duszpasterstwo zdrowia i duszpasterstwo społeczne.

DUSZPASTERSTWO ZDROWIA I DUSZPASTERSTWO SPOŁECZNE

Jest specyficzną dziedziną duszpasterstwa, częścią misji ewangelizacyjnej Kościoła pełnionej poprzez głoszenie Dobrej Nowiny zbawienia, tak jak to czynił sam Jezus Chrystus, wśród ludzi cierpiących z powodu choroby lub marginalizacji, z poszanowaniem przekonań i systemu wartości każdego człowieka (SG 53). Zob. Ewangelizacja, Duszpasterstwo.

DUSZPASTERZE

Są to osoby z powołaniem i odpowiednim przygotowaniem, które wraz z innymi członkami ekipy sprawują w ośrodku posługę duszpasterską. Ich głównym zadaniem jest głoszenie chorym/podopiecznym i ich rodzinom Dobrej Nowiny Jezusa i dlatego też muszą być zdolni do tego, by w kreatywny sposób dostosowywać przesłanie ewangeliczne. Niekiedy realizują swoją posługę duszpasterską w grupach, czasem indywidualnie, lecz zawsze z poczuciem świadomości, że zostali powołani przez Kościół. Zob. Aumônier, Kapelan, Księża.

EKIPA DUSZPASTERSKA

Składa się z duszpasterzy i z innych osób zaangażowanych (zwykle w niepełnym wymiarze czasu lub w formie wolontariatu) w opiekę duchową i religijną. W skład ekipy mogą wchodzić pracownicy dzieła, rodziny, wolontariusze, a także podopieczni danego dzieła. Zob. Rada duszpasterska.

EWANGELIZACJA

Ewangelizacja, czyli dawanie świadectwa, nauczanie i przepowiadanie Dobrej Nowiny jest podstawową misją Kościoła. Centrum ewangelizacji jest głoszenia zbawienia, które uwalnia człowieka od grzechu (EN, 9,14). Zob. Duszpasterstwo i Duszpasterstwo zdrowia i duszpasterstwo społeczne.

HUMANIZACJA

Kluczowym elementem naszej misji jest humanizacja. Jan Boży stosował jej zasady od początku swojej posługi, a Generał Br. Pierluigi Marchesi w specjalnie przygotowanym dokumencie o humanizacji wzbogacił ją o nowe treści. Pojęciem „humanizacja” Zakon określa taki styl opieki, terapii, rehabilitacji oraz zarządzania, w którym człowiek zajmuje zawsze centralne miejsce (SG 48-52). Zob. Apostolat, Charyzmat, Misja, Szpitalnictwo.

KAPELAN

Jest to kapłan sprawujący swoją posługę duszpasterską, za którą może być głównym odpowiedzialnym lub nie, w dziele Zakonu. W niektórych miejscach kapelanem nazywa się każdego, kto zajmuje się opieką duchową i religijną, niezależnie od tego czy ma święcenia czy nie. Zob. Aumônier, Księża, Duszpasterze.

KAPELANIA

Jest to tradycyjna nazwa tego, co my dzisiaj nazywamy opieką duchową i religijną. Zob. Opieka duchowa i religijna.

KARTA TOŻSAMOŚCI

Dokument, który określa i definiuje tożsamość dzieł apostolskich Zakonu. Karta Tożsamości Zakonu zawiera wskazania o charakterze podstawowym, a jednocześnie dostarcza wielu sugestii, w jaki sposób podchodzić do poszczególnych kwestii związanych z naszą misją i apostołatem. Zawiera ponadto ważne wskazówki i koncepcje, jak rozwijać i szerzyć więzi w „Rodzinie szpitalnej św. Jana Bożego”. W Karcie znajdują się także podstawowe definicje i informacje na temat zarządzania w duchu charyzmatu (EG 49, 50).

KATOLICKI OŚRODEK WYZNANIOWY

To oficjalne określenie i nazwa stosowana do wszystkich dzieł apostolskich Zakonu. Także na gruncie prawa cywilnego każdy ośrodek i placówka zdrowotna lub opiekuńcza jest ośrodkiem wyznaniowym, gdyż jest to miejsce, w którym się głosi, świadczy i uznaje, przyjmuje i wyznaje, publicznie lub prywatnie, pełną komuniję z Kościołem katolickim, z czego wynika, że w sposób jasny i widoczny są w nim przestrzegane, bronione i promowane wartości, zasady, prawa i obowiązki Kościoła zgodnie z prawem powszechnym i prawem własnym Zakonu (SG 49).

KONSTYTUCJE

Konstytucje to podstawowy zbiór przepisów prawa własnego, nadrzędny, źródłowy i ustalający całą strukturę tego prawa. Konstytucje są określane jako kodeks fundamentalny, właściwy dla każdego instytutu życia konsekrowanego lub stowarzyszenia życia apostolskiego. Zachowując zgodność z przepisami prawa powszechnego, muszą spełniać następujące wymogi: a) zostać opracowane przez założycieli lub kapituły generalne; b) zawierać normy ustanawiające i zasadnicze; c) posiadać jednolitą, organiczną i stałą treść; d) uzyskać zatwierdzenie biskupa diecezji lub Stolicy Apostolskiej, które jest tak-

że wymagane dla wprowadzanych zmian, miarodajnej wykładni oraz dyspensy; e) mieć charakter wiążący i być przestrzegane przez wszystkich (SG 31, 183).

KSIĘŻA

Są to osoby, które w Kościele katolickim przyjęły święcenia kapłańskie lub diakonatu. Księża sprawują swoją posługę duszpasterską zapewniając opiekę religijno-duchową w dziełach Zakonu. Oprócz wielu innych zadań, jakie współrealizują wraz z innymi osobami zaangażowanymi w opiekę duszpasterską, głównymi elementami ich działalności jest głoszenie Słowa Bożego i sprawowanie sakramentów. Zob. Kapelan, Duszpasterze.

LECTIO DIVINA

Lectio divina to publiczna lub prywatna lektura Pisma Świętego praktykowana systematycznie, w skupieniu, ze zrozumieniem i w duchu kontemplacji. W Kodeksie Prawa Kanonicznego pojęcie to nie występuje. Statuty generalne pozostawiają swobodę ustalenia w dyrektoriach prowincjalnych konkretnych norm dotyczących praktykowania *lectio divina* we wspólnotach Zakonu (SG 35).

MISJA

Główną cechą misji Zakonu jest posługa szpitalnicza, której fundamentem jest życie i dzieło naszego Założyciela św. Jana Bożego. W Karcie Tożsamości Zakonu czytamy na ten temat: „Jego postawa szpitalnicza zdumiewała, zaskakiwała, lecz działała jak latarnia, wskazując nowe drogi pomocy i człowieczeństwa wobec ubogich i chorych. Stworzył z niczego alternatywny model obywatela, chrześcijanina, szpitalnika posługującego najbardziej opuszczonym. To profetyczne szpitalnictwo stało się zaczynem odnowy w niesieniu pomocy i w Kościele. Wzór św. Jana Bożego służył też jako krytyczne sumienie i wrażliwy przewodnik wśród nowych postaw i praktyk pomocy wobec biednych i zepchniętych na margines” (KT 3.1.8; SG I, 18, 19, 50). Zob. Apostolat, Charyzmat, Humanizacja, Szpitalnictwo.

OPIEKA DUCHOWA I RELIGIJNA

Rodzaj posługi, jaką winny zapewniać wszystkie dzieła apostołskie Zakonu w ramach swojej działalności. Polega na organizowaniu i prowadzeniu duszpasterstwa zdrowia i duszpasterstwa społecznego w dziele apostołskim. Jej głównym zadaniem jest wychodzenie naprzeciw potrzebom duchowym i religijnym chorych, podopiecznych oraz ich rodzin i współpracowników, przy poszanowaniu wolności, wiary i systemu wartości każdego człowieka. Do prowadzenia tej opieki należy wyznaczyć konieczne zasoby ludzkie i materialne (SG 53). Mogą być w nią włączeni

kapłani, bracia, inne osoby zakonne i współpracownicy posiadający odpowiednią formację w zakresie duszpasterstwa. Powinni oni pracować w zespołach, współdziałając z pozostałymi służbami dzieła apostołskiego (SG 54). Zob. Kapelania.

RADA DUSZPASTERSKA

Składa się ona z grupy pracowników dzieła z różnych oddziałów. Do rady mogą należeć także inne osoby, nawet spoza dzieła, które mogą wносить istotny wkład. Wszyscy członkowie rady muszą odznaczać się wrażliwością na sprawy duszpasterskie, a ich zasadniczą funkcją będzie refleksja i ukierunkowanie pracy duszpasterskiej w różnych obszarach dzieła (KT 5.1.3.2). Zob. Ekipa duszpasterska.

RODZINA ŚW. JANA BOŻEGO

Między Zakonem jako instytucją prawnie uznaną przez Kościół a jego współpracownikami, z biegiem czasu nawiązały się głębokie więzi. Znalazło to odzwierciedlenie w konkretnym zapisie w drugim rozdziale Statutów generalnych. Różne osoby oraz grupy czerpiące inspirację z ideałów św. Jana Bożego tworzą Rodzinę św. Jana Bożego (SG 20-22).

STATUTY GENERALNE

W znaczeniu ogólnym jest to zbiór połączonych w organiczną całość norm, które przy zachowaniu spójności z konstytucyjnymi normami wyższej rangi (w przypadku Statutów generalnych) oraz statutami lub dyrektoriami (w przypadku regulaminów), są nadawane jednostkom organizacyjnym takim jak: zakony, prowincje, domy lub fundacje. Określają: a) ich ogólny cel, status, strukturę i sposób działania; b) warunki przyjmowania i odchodzenia członków oraz dodatkowo inne szczegóły życia i działalności, które dotyczą poszczególnych jednostek organizacyjnych lub fundacji. Statuty generalne są drugim, w hierarchii naszego własnego prawa, kodeksem regulującym życie i misję Zakonu, wdrażającym bezpośrednio Konstytucję, zgodnie z wymogami czasu i miejsca w Kościele i świecie. Są opracowywane i zatwierdzane przez kapitułę generalną, a promulgowane przez przełożonego generalnego. Przymiotnik „generalne” wskazuje, że należy lub można sporządzać statuty szczegółowe, sektorowe, tematyczne, które mogą nosić inne nazwy (SG 183, 186).

STRUKTURA ZAKONU

Zakon dzieli się na prowincje, wiceprowincje, delegatury generalne, delegatury prowincjalne oraz domy. Statuty generalne regulują zasady działalności każdej z tych jednostek organizacyjnych. Kiedy mówią o domu, oznacza to wspólnotę

i dzieło apostołskie. Nie precyzują, czy chodzi o dzieło apostołskie bez wspólnoty, czy o wspólnotę bez dzieła apostołskiego. Gdy chodzi tylko o wspólnotę lub tylko o dzieło apostołskie, jest to wyraźnie zaznaczone (SG 93-97).

SZKOŁA SZPITALNICTWA

Przekazywanie wartości Zakonu członkom „Rodziny św. Jana Bożego” należy obecnie do najważniejszych zadań Zakonu. Przyszłość naszych ośrodków zależy w zasadniczym stopniu od tego, na ile współpracownicy będą się utożsamiać z ideałami Zakonu. W tym celu prowincje prowadzą szczególne programy formacyjne, zwykle nazywane „szkołami szpitalnictwa” (SG 24).

SZPITALNICTWO

Jest to główna wartość, która definiuje misję, charyzmat i duchowość Zakonu. Bracia zakonni składają czwarty ślub szpitalnictwa, poprzez który, w posłuszeństwie przełożonym, ofiarują siebie samych w służbie chorym i potrzebującym, aż do wystawienia w tej służbie swojego życia na niebezpieczeństwo.

W Karcie Tożsamości Zakonu znajduje się opis najważniejszych cech szpitalnictwa, a kluczem do jego interpretacji w Zakonie jest przykład św. Jana Bożego. Zob. Apostolat, Charyzmat, Misja, Humanizacja.

WSPÓŁPRACOWNICY

W naszym Zakonie z pojęciem „współpracownika” wiąże się zasadnicze podejście do misji szpitalnictwa, zgodnie z którym, osób współpracujących z Zakonem nie uważa się wyłącznie za pracowników, ale za współuczestników posłannictwa Zakonu i współodpowiedzialnych za nie. Stopień współodpowiedzialności jest zależny od zajmowanego stanowiska. Pojęcie „współpracownik”, używane w szerokim znaczeniu, obejmuje nie tylko osoby zatrudnione w ośrodkach Zakonu, ale także wolontariuszy i dobroczyńców (SG 21).

WYMIAR EWANGELIZACYJNY I DUSZPASTERSKI MISJI ZAKONU

Oznacza działalność duszpasterską prowadzoną w każdym dziele apostołskim i mającą na celu ewangelizację dotkniętym bólem i cierpieniem, poprzez prowadzenie i rozwijanie dzieł i placówek służby zdrowia oraz opieki społecznej i socjalnej, zapewniających podopiecznym integralną opiekę. Wszyscy uczestniczący w misji dzieła apostołskiego są wezwani do aktywnego zaangażowania w duszpasterstwo i posłannictwo Zakonu na wzór św. Jana Bożego, zgodnie z wartościami i zasadami Zakonu Szpitalnego (por. SG 46, 49).

ZARZĄDZANIE W DUCHU CHARYZMATU

Pojęcie „zarządzania w duchu charyzmatu” jest połączeniem słów, które na pierwszy rzut oka wydają się dziwne, wręcz kontrastujące. Określenie „w duchu charyzmatu” o silnej wymowie duchowej i religijnej wydaje się nie do pogodzenia z rzeczownikiem „zarządzanie”, który przywodzi na myśl zimny i racjonalny język ekonomii. Tym niemniej nasz Zakon przyjął to pojęcie w odniesieniu do codziennej rzeczywistości, którą trzeba planować i przeżywać dzień po dniu w naszych ośrodkach i placówkach, łącząc sprawne i skuteczne zarządzanie z wartościami Zakonu, czyli posługą szpitalniczą, z jakością, szacunkiem, odpowiedzialnością i duchowością. Zatem zarządzanie w duchu charyzmatu nie jest tylko jednym spośród wielu typów zarządzania, jakie znajdujemy w świecie ekonomii i handlu, ale stanowi specyficzny styl zarządzania przyjęty w naszym Zakonie. Często z pojęciem sprawnego zarządzania kojarzy się negatywny obraz działalności nastawionej wyłącznie na zysk, z zupełnym pominięciem człowieka. Sprawne zarządzanie może być czasem problematyczne, ale oskarżanie go o obojętność lub wręcz niemoralność jest niesłuszne, jeżeli jego celem jest zapewnienie jak najlepszej opieki ludziom chorym i potrzebującym. Inny ważny aspekt zarządzania w duchu charyzmatu dotyczy naszych współpracowników: tylko odpowiednie zarządzanie w duchu charyzmatu pozwala nam prowadzić nasze ośrodki i placówki w taki sposób, by z jednej strony zachowywały ciepłą atmosferę firmy rodzinnej, a z drugiej mogły wykorzystywać najbardziej nowoczesne metody menedżerskie (SG 92, 162).



BIBLIOGRAFIA



I. DOKUMENTY MAGISTERIUM POWSZECHNEGO IWŁASNE ZAKONU

- SOBÓR WATYKAŃSKI II, Konstytucja dogmatyczna *Lumen Gentium*, 1964 (LG).
- SOBÓR WATYKAŃSKI II, Dekret *Ad Gentes*, 1965 (AG).
- SOBÓR WATYKAŃSKI II, Konstytucja dogmatyczna *Dei Verbum*, 1965 (DV).
- SOBÓR WATYKAŃSKI II, Konstytucja duszpasterska *Gaudium et Spes*, 1965 (GS).
- KATECHIZM KOŚCIOŁA KATOLICKIEGO, 1992 (KKK).

- PAWEŁ VI, Ekshortacja Apostolska *Evangelii Nuntiandi*, 1975 (EN).
- JAN PAWEŁ II, Encyklika *Laborem exercens*, 1981 (LE).
- JAN PAWEŁ II, List apostołowski *Salvifici Doloris*, 1984 (SD).
- JAN PAWEŁ II, List apostołowski (Motu Proprio) *Dolentium Hominum*, 1985 (DH).
- JAN PAWEŁ II, Ekshortacja Apostolska *Christifideles laici*, 1989 (ChL).
- JAN PAWEŁ II, Encyklika *Redemptoris missio*, 1990 (RM).
- JAN PAWEŁ II, Encyklika *Evangelium vitae*, 1995 (EV).
- JAN PAWEŁ II, Ekshortacja Apostolska *Vita consecrata*, 1996 (VC).
- BENEDYKT XVI, Encyklika *Deus Caritas Est*, 2005 (DC).
- BENEDYKT XVI, Encyklika *Spe Salvi*, 2007 (SS).
- BENEDYKT XVI, Encyklika *Caritas in veritate*, 2009 (CV).
- BENEDYKT XVI, Ekshortacja Apostolska *Verbum Domini*, 2010 (VD).

- PAPIESKA RADA DS. DUSZPASTERSTWA SŁUŻBY ZDROWIA:
Zakonnicy w świecie cierpienia i zdrowia, 1987.
Świeccy w świecie cierpienia i zdrowia, 1988.
Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia, 1990.
Światowy dzień chorego: dlaczego i jak obchodzić?, 1992.
Karta pracowników służby zdrowia, 1995.
Kwartalnik Dolentium Hominum: Kościół i zdrowie na świecie.

- KONGREGACJA NAUKI WIARY
Instrukcja na temat modlitw w celu osiągnięcia uzdrowienia pochodzącego od Boga, 2000.

- ZAKON SZPITALNY ŚW. JANA BOŻEGO:
Listy św. Jana Bożego, Rzym 1984.
DE CASTRO Francisco, Historia życia i świętobliwe dzieła Jana Bożego, Rzym 1975.
Konstytucje Zakonu, Rzym 1984.
Statuty generalne, Rzym 2009.
Karta Tożsamości Zakonu, Rzym 1999.
Realizacja charyzmatu szpitalnego na wzór św. Jana Bożego. Duchowość Zakonu, Rzym 2004.

Bracia i współpracownicy zjednoczeni w służbie i promocji życia, 1992.

Jan Boży wciąż żyje, 1992.

Wymiar misyjny Zakonu Szpitalnego św. Jana Bożego, Rzym 1997.

MIĘDZYNARODOWY SEKRETARIAT DUSZPASTERSTWA SŁUŻBY ZDROWIA:

Co to jest duszpasterstwo służby zdrowia?, Rzym 1980.

Duszpasterstwo chorych w szpitalu i w parafii, Rzym 1982.

Wymiar apostołski Zakonu Szpitalnego św. Jana Bożego, Rzym 1982.

LISTY PRZEŁOŻONYCH GENERALNYCH

MARCHESI P., *Humanizacja, Rzym 1981.*

MARCHESI P., *Szpitalnictwo bonifratrów na drodze do 2000 roku, Rzym 1986.*

PILES, P., *Pozwólcie się prowadzić Duchowi Świętemu, Rzym 1996.*

FORKAN, D., *Zmieniające się oblicze Zakonu, Rzym 2009.*

2. INNE DOKUMENTY W JĘZYKU POLSKIM

J. BINNEBESEL, A. JANOWICZ, P. KRAKOWIAK, A. PACZKOWSKA (red.), *Pozamedyczne aspekty opieki paliatywno-hospicyjnej, Gdańsk 2010.*

J. JACHIMCZAK, *W służbie życiu, Kraków 2003.*

M. KALINOWSKI, *Duszpasterstwo hospicyjne. Studium pastoralne na podstawie badań wybranych ośrodków hospicyjnych w Polsce, Lublin 2000.*

M. KALINOWSKI (red.), *Wzrastanie człowieka w godności, miłości i miłosierdziu, Lublin 2005.*

P. KRAKOWIAK, *Strata, osierocenie żałoba, Gdańsk 2007.*

P. KRAKOWIAK, A. Modlińska, J. Binnebesel (red.), *Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego, Gdańsk 2008.*

P. KRAKOWIAK, D. KRZYŻANOWSKI, A. Modlińska (red.), *Przewlekłe chory w domu, wyd II, Gdańsk 2011.*

S. LUFT, *Medycyna pastoralna, Warszawa 2002.*

J. MAKSELON, *Człowiek wobec śmierci, Kraków 2005.*

J. MAŁSKI, J. RUTKOWSKA (red.), *Miłość i Cierpienie. Misterium Boga i nadzieja człowieka, Głogów 2010.*

A. MUSZALA, (red.), *Encyklopedia bioetyki, wyd. II, Radom 2009.*

A. MUSZALA, J. BINNEBESEL, P. KRAKOWIAK, M. KROBICKI (red.), *Dolentium Hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia, Kraków 2011.*

W. PRZYGODA, *Posługa charytatywna Kościoła w Polsce, Lublin 2004.*

Z. PŁUŻEK, *Psychologia pastoralna, Kraków 2002.*

M. RYMZA (red.), *Pracownicy socjalni i praca socjalna w Polsce. Między służbą społeczną a urzędem, Warszawa 2012.*

S. WARZESZAK, *Bioetyka w obronie życia człowieka, Kraków 2010.*