

Wielebski, Tomasz

Duszpasterstwo chorych w Polsce między ideałem a rzeczywistością

Warszawskie Studia Pastoralne 16, 266-297

2012

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych oraz w kolekcji mazowieckich czasopism regionalnych mazowsze.hist.pl.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Ks. TOMASZ WIELEBSKI *

DUSZPASTERSTWO CHORYCH W POLSCE. MIĘDZY IDEAŁEM A RZECZYWISTOŚCIĄ

*Pastoral care of patients in Poland.
Between ideals and reality*

- 1. Podstawy biblijno-teologiczne pastoralnej troski Kościoła o chorych**
- 2. Realizowane metody i formy**
- 3. Ku przyszłości**

Jezus Chrystus w sposób szczególny odnosił się do chorych, lecząc ich choroby i słabości (Mt 4, 23). W przypowieści o miłosiernym Samarytaninie ukazał swoim uczniom wzór postępowania wobec chorych i potrzebujących (Łk 10, 30-37). Kościół wierny poleceniu swojego Założyciela, cały czas angażuje

* Ks. dr Tomasz Wielebski: teolog-pastoralista; adiunkt w Katedrze Organizacji Duszpasterstwa Sekcji Teologii Pastoralnej Wydziału Teologicznego UKSW oraz wykładowca Wyższego Seminarium Duchownego Diecezji Warszawsko-Praskiej; jego zainteresowania naukowe koncentrują się wokół trzech zagadnień: problematyka duszpasterstwa chorych, kapelanów szpitalnych oraz służby zdrowia; świętowanie niedzieli; wykorzystanie wskazań nauk pozateologicznych do duszpasterstwa; autor opracowań ze wspomnianego zakresu tematycznego oraz wybranych problemów duszpasterskich; członek Polskiego Stowarzyszenia Pastoralistów i Duszpasterzy im. Jana Pawła II.

się w posługę chorym i cierpiącym, *uważając posługiwanie chorym i cierpiącym za integralną część swojego posłannictwa*¹. Tego typu posługa ma stawać się jednym z priorytetów prowadzonych działań (EiE 88).

Przemiany społeczno-polityczne i religijne dokonujące się w Polsce po 1989 roku stawiają Kościół wobec wielu nowych wyzwań. Dotyczy to również duszpasterstwa chorych. Pojawiła się możliwość szerokiej, niczym nie skrupowanej działalności duszpasterskiej w szpitalach, domach opieki społecznej i sanatoriach. Okazję dotarcia do każdego chorego niesie rozwój katolickich środków społecznego przekazu. Zauważa się zwiększającą liczbę stacjonarnych i domowych hospicjów. Zmieniająca się samoświadomość Kościoła poszerza podmiot duszpasterstwa chorych, za współtworzenie którego coraz bardziej czują się odpowiedzialni ludzie świeccy. Podejmuje się działania prowadzące do lepszego przygotowania osób duchownych i świeckich do pracy wśród chorych.

W tym kontekście warto postawić pytanie o to, jak teologiczny model duszpasterstwa chorych zawarty w Magisterium Kościoła jest realizowany w Polsce. Autor spróbuje zestawić ze sobą wybrane wskazania Magisterium Kościoła z tego nauczania z pochodzącymi z różnych źródeł wynikami badań socjologicznych, aby w perspektywie ukazać konieczność podjęcia konkretnych działań. Taki sposób naukowego postępowania będzie praktyczną realizacją jednego z paradygmatów teologii pastoralnej zwanym *paradygmatem trzech etapów*. Ujmuje się go w formie sylogizmu praktycznego, w którym przesłanką większą jest zasada objawiona odkryta w wyniku poszukiwań nauk teologicznych, przesłankę mniejszą stanowią dane zaczerpnięte

¹ Bł. Jan Paweł II, *Motu proprio „Dolentium Hominum” ustanawiające Papieską Komisję Duszpasterstwa Pracowników Służby Zdrowia* (11 II 1985), OR 6:1985 nr 2, s. 24.

z badań socjologicznych, psychologicznych, pedagogicznych i innych, a wniosek, będący zasadą urzeczywistniana się Kościoła, ma charakter teologiczny. Najpierw ukazuje się jakiś wy-cinek działalności pastoralnej Kościoła w ujęciu normatywnym, następnie w ujęciu realizowanym, aby dojść do wniosków pa-storalnych (ujęcie postulowane)².

Podstawy biblijno-teologiczne pastoralnej troski Kościoła o chorych

Choroby i związane z nimi cierpienia stanowią jeden z naj-trudniejszych problemów nurtujących człowieka. Przeżywane cierpienia prowadzą do zwrócenia się do Boga i stawiania py-tań o ich nadprzyrodzony sens, nieraz buntu przeciwko Stwór-cy, a nawet Jego odrzucenia. Pomocą w odnajdywaniu odp-wiedzi na szereg pytań chorego przynosi Biblia, która nie tylko ukazuje znaczenie i wartość choroby dla osobistego i wspólno-towego zbawienia, ale też inspiruje do niesienia pomocy lu-dziom cierpiącym.

Stary Testament nie skupia swojej uwagi na chorobie samej w sobie, ale ukazuje ją w szerokim kontekście problemu zła i znaczenia w Bożych planach zbawienia³. Bóg stworzył czło-wieka do szczęścia (Rdz 2, 8-25), ale człowiek przez grzech od-wrócił się od Stwórcy i zburzył ustanowiony przez Niego porzą-dek (Rdz 3, 16-19). W świadomości Izraelity choroba kojarzy się z przemocą winy i stanowi zewnętrzny wyraz zniszczenia relacji

² R. Kamiński. *Metody teologii pastoralnej*, w: *Teologia pastoralna*, R. Kamiński (red.), Lublin 2000, s. 24-26.

³ J. Stefański, *Sakrament chorych w dziejach i życiu Kościoła*, Gniezno 2000, s. 27.

między Bogiem i człowiekiem oraz między ludźmi⁴. Nie przesądzać o naturalnych i bezpośrednich przyczynach choroby, zauważa się jej wyraźny związek z grzechem pierworodnym, którego stanowi bezpośredni skutek (Rz 5, 12)⁵.

W Starym Testamencie możemy odnaleźć teksty świadczące o odwiedzaniu chorych, polecaniu ich Bogu podczas modlitwy i podejmowanych sposobach terapii. Na wieść o cierpieniach Hioba przychodzą do niego jego przyjaciele, aby nad nim boleć i go pocieszać (Hi 2, 11). W księdze Mądrości Syracha znajduje się wezwanie, aby nie ociążać się z odwiedzinami chorego (Syr 7, 35). Prorok Ezechiel zwraca się z wyrzutem do pasterzy Izraela, że nie dbają o zdrowie „chorej owcy” (Ez 34, 4). Rany osób chorych są przemywane oliwą lub balsamem i obwiązywane (Iz 1, 6; Oz 6, 1). Ten gest ma nie tylko znaczenie lecznicze, ale chroni przed śmiercią, zapewniając życie i radość czasów mesjańskich (Iz 61, 3). Za jedyne i skuteczne lekarza uznawany jest Bóg (Wj 15, 26; Pwt 32, 39), który dzieli się z lekarzami ziemskimi swoją mądrością i pokrzepia chorych na łożu boleści (Syr 38, 1-15; Ps 41, 4). Z relacji autorów natchnionych wynika, że celem leczenia jest przywrócenie szeroko rozumianego dobrego samopoczucia względem Boga, samego siebie i bliskich⁶.

Prorocy Starego Testamentu, zapowiadając czasy mesjańskie, kreślą przed oczyma ludu wybranego erę radości, dobrobytu, wyzwolenia od wszelkiego zła, cierpienia, chorób i śmierci. Tego wyzwolenia ma dokonać Mesjasz (Iz 61, 1-3), którego przyjsciu mają towarzyszyć uzdrowienia (Iz 35, 5-6). Zapo-

⁴ A. Skowronek, *Chorzy i ich sakrament*, Włocławek 1997, s. 25.

⁵ W. Kacz, *Teologiczne spojrzenie na chorobę w praktyce duszpasterstwa chorych*, w: *W trosce o niepełnosprawnych*, J. Kulik (red.), Łódź-Warszawa 1981, s. 35.

⁶ A. Ołów, *Choroba, uzdrowienie, odpuszczenie grzechów*, „Communio”, dz. cyt., s. 23-24.

wiadanym Mesjaszem jest Chrystus, który dając odpowiedź wysłańcom Jana Chrzciciela, powołuje się na znaki ery mesjańskiej, obejmujące między innymi fakt uzdrowienia chorych: *niewidomi wzrok odzyskują, chromi chodzą, trędowaci doznają oczyszczenia, głusi słyszą* (Mt 11, 5).

Chrystus jest zawsze poruszony obecnością ludzi chorych, nigdy nie przechodzi obojętnie wobec dramatu ludzkiego bólu i cierpienia (Mt 9, 35-36; 14, 35-36; Mk 6, 54-56). Jezus nie zadawała się jedynie uzdrowieniem ciała, ale uzdrawia całą osobę, przebacząc jej grzechy (Łk 5, 17-25). Uzdrawienia dokonywane przez Chrystusa mają sens wyłącznie religijny. Modli się On najpierw do Boga (J 9, 41 nn.), wzbudzając w chorym nadzieję na uzdrowienie (J 5, 60), a potem spełnia usilną i pokorną prośbę o zdrowie (Mt 8, 2; Łk 9, 12). W opisach uzdrowień dokonywanych przez Chrystusa widoczne jest żądanie od chorych wiary (Mt 8, 18-31; 14, 21-28). Cudowne uzdrowienia dokonywane przez Chrystusa są zewnętrznym znakiem jego mesjańskiego posłannictwa⁷ i nadejścia czasów, w których nie będzie już bólu i cierpienia (Iz 25, 8), a Bóg otrze wszelką łzę z oczu swoich czcicieli (Ap 21, 4).

Chrystus zleca swoim uczniom troskę o ludzi chorych i cierpiących, ukazując im postawę wrażliwego na nieszczęścia bliźnich Samarytanina (Łk 10, 30-37). Chrystus nakazuje Apostołom głoszenie Ewangelii i uzdrawianie chorych (Mt 16, 15-18). Uzdrawienia dokonywane przez Apostołów są znakiem nadejścia ery mesjańskiej i należą do głoszonego posłannictwa zbawczego, w którym Bóg uwalnia człowieka od sytuacji spowodowanej grzechem (Mk 6, 12-13). Dokonywane uzdrowienia są również realizacją władzy otrzymanej przez Chrystusa (Dz 3, 5-8). O wypełnianiu przez uczniów misji zleconej przez

⁷ J. Stefański, *Sakrament chorych w dziejach i życiu Kościoła*, dz. cyt., s. 30.

Jezusa mówią również teksty o uzdrowieniu Eneasza z Liddy przez Piotra (Dz 19, 32 nn.) oraz wielu chorych z Jerozolimy (Dz 5, 15-16). Kościół w Jerozolimie, modląc się wśród prześladowań, prosi o znaki mesjańskie z uzdrowieniem chorych włącznie (Dz 4, 29-30). Św. Paweł, głosząc słowo Boże pogaanom, dokonuje uzdrowień mocą Pana (Dz 14, 8-10; 28, 7-9). Z kolei św. Jakub wzywa chorych do tego, aby sprowadzali kapłanów, którzy będą się nad nimi modlili i namaszczali ich olejem (Jk 5, 14-16).

Wskazania zawarte w Biblii uświadamiają, że człowiek chory jest bliski Chrystusowi, od którego doznaje pociechy (2 Kor 1, 5) i z którym się utożsamia: *Bo byłem chory, a odwiedziliście Mnie. Wszystko, co uczyniliście jednemu z tych braci moich najmniejszych, Mnieście uczynili* (Mt 25, 36. 40).

Wezwanie do troski o chorych i cierpiących znajduje się w wielu dokumentach Magisterium. Ukazując rolę chorych w Kościele, budzą one wrażliwość duchownych i świeckich na świat ludzkiego cierpienia, jak też zachęcają do wspólnego niesienia pomocy duchowo–medycznej. Podkreślając rolę permanentnej formacji wszystkich osób posługujących chorym, proponują one różne formy pracy duszpasterskiej z *chorymi i wobec chorych*. Warto przywołać niektóre myśli z tego nauczania, aby uświadamiając sobie ich bogactwo, znajdować inspirację do podejmowanych działań, a zarazem pytać się, które ze wskazań Magisterium powinno jeszcze znaleźć odzwierciedlenie w codziennej praktyce duszpasterskiej.

Wezwanie do troski o chorych i cierpiących znajduje się w nauczaniu II Soboru Watykańskiego, który w *Dekrecie o apostołstwie świeckich* podkreśla, że Kościół ma okazywać chorym chrześcijańską miłość, szukać ich i znajdować, troskliwie pocieszać i wspierać (DA 8). Z kolei w *Dekrecie o posłudze i życiu prezbiterów* mówi, że odwiedzanie i pokrzepianie chorych stanowi jedno z podstawowych zadań prezbiterów

(DP 6), którzy, co z kolei podkreśla *Konstytucja dogmatyczna o Kościele*, przez święte namaszczenie i modlitwę mają ich polecać cierpiącemu i uwielbionemu Panu (KK 11). Z kolei w *Konstytucji o liturgii* mówi się, że namaszczenie chorych nie jest sakramentem przeznaczonym tylko dla znajdujących się w ostatecznym niebezpieczeństwie utraty życia (KL 73), ale dla chorych będących w różnych stanach choroby (KL 75). *Konstytucja dogmatyczna o Kościele zauważa* że chorzy szczególnie łączą się z Chrystusem (KK 11), natomiast – co stwierdza się w *Dekrecie o misyjnej działalności Kościoła* – mogą ofiarować swoje modlitwy i uczynki pokutne w intencji ewangelizacji świata (DM 38).

Szczególną uwagę należy zwrócić na wskazania Magisterium zawarte w rytuale liturgicznym *Sakramenty Chorych. Obrzędy i duszpasterstwo* (dalej SCH)⁸. Jego ukazanie się w 1972 roku stanowiło odpowiedź na wezwanie II Soboru Watykańskiego do odnowienia liturgii poszczególnych sakramentów i dostosowanie ich do mentalności współczesnych ludzi (KL 21). Na podkreślenie zasługuje fakt, że wspomniany rytuał w swoim tytule zrównał strukturę rytualną sakramentów i ich implikacje duszpasterskie. Wspomniany zabieg służył przełamywaniu uprzedzeń i schematów myślowych części wiernych i duszpasterzy, którzy skupiając się jedynie na posłudze sakramentalnej, nie uświadamiają sobie do końca faktu, że jest ona jedynie częścią pastoralnej troski Kościoła o człowieka chorego.

Obrzędy *Sakramentów chorych* przypominają, że najgłębszym uzasadnieniem troski Kościoła o chorych jest przekonanie o obecności w nich cierpiącego Chrystusa (SCH nr 32). Odwiedzanie chorych, aby wspierać ich środkami naturalnymi i pokrzepiać na duchu stanowi wypełnianie polecenia Chrystusa

⁸ *Sakramenty chorych. Obrzędy i duszpasterstwo*, Katowice 1998.

(SCH nr 4). Odnosi się ono do wszystkich ochrzczonych (SCH nr 33), a szczególnie do proboszczów i przełożonych kleryckich wspólnot zakonnych, którzy mają osobiście ich odwiedzać i wspierać ofiarną miłością (SCH nr 16, 38, 34, 42). Celem wspomnianych odwiedzin jest nie tylko dostarczenie krzepiących słów wiary i pouczenie o znaczeniu choroby w tajemnicy zbawienia, ale doprowadzenie ich do częstego przyjmowania sakramentu pokuty i Eucharystii, a także do przyjęcia w stosownym czasie namaszczenia chorych i wiatyku (SCH nr 43). Odwiedzając chorych, można pocieszać ich opartymi na Piśmie Świętym słowami wiary, ukazywać wartość ofiarowanego w różnych intencjach cierpienia i stopniowo doprowadzać do skorzystania z sakramentów. Odwiedziny chorych są też okazją do wspólnej modlitwy, która może się zakończyć błogosławieństwem (SCH nr 42-45).

Szczytem działań duszpasterskich wśród chorych przebywających w domach, szpitalach i innych miejscach ma stanowić sprawowanie sakramentu namaszczenia chorych⁹. Przez sprawowanie sakramentu namaszczenia chorych wzmacnia się ich ufność w Boga, uzbraja przeciwko pokusom szatana i pomaga w odzyskaniu zdrowia, jeżeli jest to pożyteczne dla zbawienia duszy (SCH nr 6). Ponieważ wielu wiernych traktuje sakrament namaszczenia chorych jako „ostatnie namaszczenie”, dlatego potrzebna jest ogólna i rodzinna katecheza ukazująca jego istotę i przestrzegająca przed zwlekaniem jego przyjęcia (SCH nr 13, 36). Sakramentu namaszczenia chorych można udzielać podczas mszy św. sprawowanej w kościele, domu chorego lub szpitalu (SCH nr 104), szczególnie podczas pielgrzymek, dni chorego i zjazdów stowarzyszeń chorych

⁹ Bł. Jan Paweł II, Homilia wygłoszona podczas mszy św. z udziałem chorych i niepełnosprawnych (Wellington, 23 XI 1986), w: *Ewangelia cierpienia*, J. Poniewierski (red.), Kraków 1997, s. 127.

(SCH nr 107). Chorym trzeba stworzyć możliwość częstego, a nawet codziennego, przyjmowania Komunii św. (SCH nr 52), a ci, którzy znajdują się w bezpośrednim niebezpieczeństwie śmierci, powinni być pokrzepieni Wiatykiem (SCH nr 26, 117-118).

Mówiąc o posłudze sakramentalnej wobec chorych, w sposób szczególnie należy zwrócić uwagę na orędzie papieża Benedykta XVI skierowane z okazji XX Światowego Dnia Chorego. Papież zwrócił w nim uwagę na rolę sakramentów uzdrowienia w duszpasterstwie chorych: pokuty i pojednania, namaszczenia chorych, Eucharystii. Według papieża, sakrament pokuty przywraca łaskę Bożą, pomagając w przeciwstawieniu się zniechęceniu i rozpacz, natomiast częste przyjmowanie przez chorych w szpitalach oraz domach Komunii św. umacnia ich więź z Chrystusem ukrzyżowanym i zmartwychwstałym. Papież apeluje też o zwrócenie większej uwagi na sakrament namaszczenia chorych, zarówno w wymiarze refleksji teologicznej, jak i działalności duszpasterskiej. Podkreśla, że ten sakrament powinien być udzielany nie tylko u kresu życia, ale także w różnych sytuacjach związanych z chorobą¹⁰. Według Benedykta XVI: *otoczenie chorych uwagą i opieką duszpasterską jest z jednej strony znakiem czujności Boga dla cierpiących, a z drugiej przynosi duchową korzyść również kapłanom i całej wspólnotie chrześcijańskiej służącej cierpiącemu Chrystusowi (Mt 25, 40)*¹¹. Papież podkreśla też, że sakramenty, wraz ze słuchaniem słowa Bożego i osobistą modlitwą,

¹⁰ Benedykt XVI, Orędzie na XX Światowy Dzień Chorego (11.09.2012), 3, http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/messages/sick/documents/hf_ben-xvi_mes_20111120_world-day-of-the-sick-2012_pl.html (data pobrania 19.09.2012).

¹¹ Tamże.

mają stawać się dla chorych i cierpiących bezpieczną kotwicą w wierze¹².

Mówiąc o teologicznych podstawach duszpasterstwa chorych, należy przywołać nauczanie i działalność powstałej w 1985 roku Papieskiej Komisji Duszpasterstwa Służby Zdrowia, przekształconej w 1988 roku w Papieską Radę do spraw Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Warto podkreślić jej rolę w inspiracji, rozwoju i koordynacji działań związanych z duszpasterstwem chorych i służby zdrowia. Mówiąc o szeregu inicjatyw tej Rady, należy między innymi przywołać przygotowanie i wydawanie specjalnych opracowań poświęconych wielorakiej problematyce duszpasterstwa chorych: *Świeccy w świecie cierpienia i zdrowia* (1987); *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia* (1990); *Światowy Dzień Chorego. Dlaczego i jak obchodzić?* (1992); *Karta Pracowników Służby Zdrowia* (1995). Wspomnieć należy o regularnej publikacji ukazującego się w pięciu językach periodyku „Dolentium Hominum” stanowiącego ważny wkład w rozwój i promocję duszpasterstwa chorych i służby zdrowia oraz organizacji szeregu cyklicznych konferencji i spotkań¹³.

Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia w dokumencie *Świeccy w świecie cierpienia i zdrowia* podkreśla, że będąca integralną częścią posłannictwa Kościoła troska

¹² Tamże, 5.

¹³ Konferencje można pogrupować według następujących bloków tematycznych: osoba chora i niepełnosprawna (dotyczy osób w podeszłym wieku, psychicznie chorych, małych dzieci, cierpiących na choroby zakaźne, niewidomych); działy medycyny (genomika, pediatria, geriatria, medycyna paliatywna, psychiatria); choroby (zakaźne, psychiatryczne, AIDS); uzależnienia (alkohol, narkotyki, instytucje katolickie służby zdrowia (tożsamość, zadania, szpitale); system opieki zdrowotnej (służba życiu, humanizacja, równość świadczeń, problemy ekonomiczne, wyzwania i nadzieje); wolontariat w służbie zdrowia i inne.

o chorych jest obowiązkiem każdego chrześcijanina. Zaangażowanie świeckich na polu opieki społecznej i zdrowotnej ma się zasadniczo wyrażać *w sferze badań naukowych, kształtowaniu postaw i konkretnej opiece nad chorymi*. Wszyscy podejmujący różnorodne formy opieki nad chorym, zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i grupowym, mają im służyć, traktując ich w sposób podmiotowy. Szczególne zadanie przypada świeckim pracownikom służby zdrowia, którzy wykonując swój zawód, sprawują diakonię, czyli służbę miłosierdzia. Podobnie jak kapłani, są oni przyjaciółmi chorych, pełniąc swoje apostołstwo wśród nich¹⁴.

Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia w dokumencie *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia* zwraca uwagę na potrzebę specjalnej formacji kleryków i kapłanów angażujących się w pracę z chorymi. W dokumencie podkreśla się, że wspomniana formacja musi obejmować wymiar teoretyczny i praktyczny. Wymiar teoretyczny związany jest z poznawaniem nauczania Kościoła oraz wskazań nauk medycznych w zakresie opieki nad chorymi, natomiast wymiar praktyczny polega na stałym kontakcie z chorymi w szpitalach i domach. Praktyczna posługa względem chorych nie może ograniczać się jedynie do udzielania im sakramentów, ale musi obejmować inne formy, łącznie z ich odwiedzaniem i pasterską opieką¹⁵. W dokumencie apeluje się też do duszpasterzy, aby zatroszczyli się o moralną i duchową formację pracowników służby zdrowia, którzy są *pierwszymi i głównymi pośrednikami działań duszpasterskich Kościoła*¹⁶. Mają oni być traktowani

¹⁴ Papieska Komisja Duszpasterstwa Pracowników Służby Zdrowia, *Świeccy w świetle cierpienia i zdrowia*, Watykan 1987, s. 21, 25-28, 34-37.

¹⁵ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia*, Watykan 1991, s. 27-31.

¹⁶ Tamże, s. 26.

jako partnerzy w niesieniu pomocy chorym, z poszanowaniem ich autonomii organizacyjnej i wykonawczej¹⁷.

Autorzy dokumentu Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia *Karta Pracowników Służby Zdrowia* podkreślają, że współzależność wymiaru fizycznego, psychicznego i duchowego każdego człowieka łączy się z koniecznością zapewnienia jemu duchowej i religijnej opieki. Duszpasterska troska kapłanów, zakonników i świeckich o chorych ma się wyrażać w katechezie, liturgii i dziełach miłości. Trzeba pomóc chorym w odkrywaniu odkupieńczego znaczenia cierpienia przeżywanego w łączności z Chrystusem oraz umożliwić im korzystanie z sakramentów, będących skutecznymi znakami odradzającej i ożywiającej łaski Bożej. Chorzy oczekują ze strony zdrowych na świadectwo wiary, mającego siłę „*terapeutycznej miłości*”¹⁸. Posługa chorym, będąca realizacją życiowego powołania ludzi świeckich i duchownych, jest wyrazem ich uczestnictwa w duszpasterskiej i ewangelizacyjnej działalności Kościoła. Z jej pomocą dokonuje się rozprzestrzenianie miłości Bożej wobec człowieka cierpiącego, a także dzieła miłości wobec Boga, który „*przeszedł dobrze czyniąc i uzdrawiając wszystkich*” (Dz 10, 38). Pracownicy służby zdrowia, będąc sługami życia, stają się współpracownikami Boga w przywracaniu zdrowia chorej duszy i choremu ciału¹⁹. *Karta Pracowników Służby Zdrowia* ukazuje również terapeutyczną rolę pełnego miłości kontaktu międzyludzkiego. Odgrywa on szczególną rolę przy leczeniu zaburzeń i chorób natury psychicznej, dokonującym się przez psychoterapię²⁰.

¹⁷ Tamże, s. 43.

¹⁸ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, s. 87-88.

¹⁹ Tamże, s. 12-15.

²⁰ Tamże, s. 85.

Dokument *Światowy Dzień Chorego. Dlaczego i jak obchodzić?*, podkreślając rolę biskupa diecezjalnego w duszpasterstwie Kościoła wobec chorych, wskazuje na to, że powinien on korzystać z pomocy diecezjalnej komisji odpowiadającej za duszpasterstwo służby zdrowia. Jednym z jej zadań ma być przygotowanie szczegółowego spisu miejsc opieki nad chorymi, centrów osób starych i wspólnot zajmujących się osobami uzależnionymi toksycznie oraz innych miejsc opieki istniejącymi w diecezji. Zadaniem wspomnianej komisji jest też zachęcenie proboszczów do przeprowadzenia obchodów Dnia Chorego na terenie poszczególnych parafii, we współpracy z kapelanami szpitali, osobami konsekrowanymi, klerykami seminariów duchownych i pracownikami służby zdrowia. Proboszczowie mają też rozbudzać wrażliwość wiernych na potrzeby ludzi chorych przez specjalne spotkania połączone z refleksją i modlitwą. Winni oni również nawiązać kontakt z parafianami przebywającymi w miejscach opieki społecznej oraz żyjącymi samotnie w domach i złożyć im wizytę, a także sporządzić ich listę. Proboszczowie parafii miejskich powinni rozważyć możliwość przeprowadzenia różnorodnych inicjatyw pastoralnych na poziomie ponadparafialnym.

Dokument postuluje, aby inicjatywy podejmowane z okazji obchodów Dnia Chorego na poziomie narodowym, diecezjalnym i parafialnym stanowiły pewną całość. W czasie obchodów Dnia Chorego na poziomie narodowym powinna odbyć się w sanktuarium maryjnym lub innym znanym kościele msza św. z licznym udziałem chorych, transmitowana przez radio lub telewizję. W obchodach Dnia Chorego na poziomie parafialnym trzeba wyodrębnić dwa momenty. Chodzi w pierwszym rzędzie o modlitwę i refleksję wspólnoty kościelnej połączoną z obecnością chorych w świątyni oraz inicjatywy podejmowane wśród chorych będących w różnych miejscach opieki społecznej. Celebracja Eucharystii, połączona z udziela-

niem sakramentu namaszczenia chorych, ma stanowić kluczowe wydarzenie tych obchodów. Chorzy wraz z pracownikami służby zdrowia i swoimi najbliższymi winni przebywać w pobliżu ołtarza. Mają oni wziąć czynny udział we mszy św., czytając słowo Boże, wypowiadając intencje modlitwy wiernych, rozważania o wartości cierpienia oraz przynosząc procesjonalnie dary ofiarne. Sprawowanie sakramentu namaszczenia chorych ma być poprzedzone katechezą wyjaśniającą jego charakter, mający wymiar duchowej i fizycznej terapii²¹.

Również w nauczaniu Kościoła w Polsce można zauważyć troskę o rozwój duszpasterstwa osób chorych i cierpiących. Przykładowo II Synod Plenarny w księdze *Świętość. Dar i zadanie* Synod postuluje, aby: *troskliwą opieką otaczać chorych. Trzeba wciąż uświadamiać uczniom Chrystusowym, że choroba jeśli jest przeżywana w zjednoczeniu z Panem, może być czasem szczególnej odnowy oraz ubogaceniem całego Ciała Chrystusa wielkimi darami świętości. Duszpasterze powinni zadbać o wymianę tych darów duchowych przez odwiedziny w szpitalach chorych z powierzonej ich pieczy wspólnoty parafialnej. Szczególnie jednak trzeba zadbać o chorych leżących w domach. Posługa ta powinna mieć postać przynajmniej cotygodniowej celebracji Komunii św., wspólnej medytacji Pisma św. i rozmów. Powinni ją podejmować zarówno kapłani, jak i świeccy członkowie apostolatu chorych, zwłaszcza nadzwyczajni szafarze Eucharystii*²². Z kolei księga *Liturgia Kościoła po II Soborze Watykańskim* podkreśla, że regularne i częste zanoszenie chorym Eucharystii, a także sprawowanie jej w ich

²¹ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Światowy Dzień Chorego. Dlaczego i jak obchodzić?*, Watykan 1992, s. 45-48.

²² *Świętość. Dar i zadanie*, w: *II Polski Synod Plenarny (1991-1999)*, Poznań 2001, s. 247, 54.

domach jest przejawem zwykłej troski pasterza i wspólnoty o cierpiących członków Ciała Chrystusa²³.

Problematyka duszpasterstwa osób chorych i cierpiących została też podjęta w dokumentach Komisji Charytatywnej Konferencji Episkopatu Polski: *Instrukcja o pracy charytatywnej w parafiach* z 1986 roku oraz *Wskazania duszpasterskie dla Parafialnych Zespołów Charytatywnych* z 2000 roku. Zobowiązują one wszystkich proboszczów do powołania Parafialnych Zespołów Charytatywnych²⁴, których członkowie, dzieląc parafię na rejony charytatywne, powinni w sposób szczególny zwrócić uwagę na osoby znajdujące się w trudnym położeniu materialnym, zdrowotnym lub duchowym, wśród których są między innymi seniorzy, chorzy, niepełnosprawni²⁵.

Nauczanie Magisterium Kościoła uwrażliwia wszystkich wierzących na problemy chorych. Według tego nauczania, nikt nie powinien przechodzić obojętnie wobec ich potrzeb i cierpień, podejmując adekwatne do swoich możliwości działania. Duszpasterska posługa wobec chorych, w którą angażują się ich rodziny, pracownicy służby zdrowia, wolontariusze, duchowni, zakonnice i zakonnicy oraz kandydaci do kapłaństwa, może stać się praktycznym sprawdzianem realizacji wezwania do budowania cywilizacji miłości.

²³ *Liturgia Kościoła po II Soborze Watykańskim*, w: *II Polski Synod Plenarny*, dz. cyt., s. 207, 99.

²⁴ Zob. *Instrukcja Konferencji Episkopatu Polski o pracy charytatywnej w parafiach* (19 XI 1986) nr 4, 9, w: W. Przygoda, *Funkcja charytatywna Kościoła po Soborze Watykańskim II*, Lublin 1998, s. 257-265; Komisja Charytatywna KEP, *Wskazania duszpasterskie dla parafialnych zespołów Caritas (18 V 2000)* nr 5, w: L. Achremowicz, *Wierzę...Zeszyt formacyjny da parafialnych grup charytatywnych*, Warszawa 2000, s. 1-12.

²⁵ Komisja Charytatywna KEP, *Wskazania duszpasterskie dla parafialnych zespołów Caritas (18 V 2000)*, dz. cyt., 12.

Realizowane metody i formy

Autor pragnie teraz ukazać, na podstawie dostępnych wyników badań socjologicznych, częściowy obraz duszpasterstwa chorych w Polsce. Trzeba zauważyć, że brakuje całościowych, prowadzonych systematycznie badań dotyczących podejmowanego zagadnienia. Z tej racji ilustracja sposobów realizacji wskazań Magisterium jest niepełna i fragmentaryczna. Sięgnięcie do posiadanych wyników pozwoli jednak na ukazanie pewnego, chociaż niepełnego obrazu i zaproponowanie pewnych działań na przyszłość.

Szczególne znaczenie w duszpasterstwie chorych powinien odgrywać sakrament namaszczenia chorych. Warto postawić sobie pytanie, jakie jest jego miejsce w świadomości Polaków i z jaką częstotliwością jest on przyjmowany. Z ogólnopolskich badań religijności przeprowadzonych przez ISKK SAC w 2002 roku wynika, że respondenci przypisywali sakramentowi namaszczenia chorych wysoki poziom znaczenia. Aż 83,4% badanych stwierdziło, że sakrament ten odgrywa bardzo duże i duże znaczenie w życiu chrześcijanina²⁶. Mimo takich deklaracji wyrażanych przez respondentów w badaniach ogólnopolskich, trzeba stwierdzić, że świadomość dotycząca jego znaczenia i istoty jest mała. Do takiego wniosku upoważniają inne badania przeprowadzone wśród mieszkańców różnych diecezji. Kiedy proszono ich o podanie nazw znanych przez nich sakramentów, sakrament namaszczenia chorych był najczęściej wymieniany na samym końcu albo wcale o nim nie

²⁶ J. Mariański, *Wiedza i wierzenia religijne Polaków*, w: *Kościół katolicki na początku trzeciego tysiąclecia w opinii Polaków*, W. Zdaniewicz, S. Zaręba (red.), Warszawa 2004, s. 38-39.

wspominali²⁷. Można przypuszczać, że tak słaba znajomość sakramentu chorych przez respondentów związana jest z tym, że w wielu przypadkach utożsamiają go z ostatnim namaszczeniem. Przykładowo inne ogólnopolskie badania autora wykazały, że aż 30% respondentów twierdzi, że przyjęcie tego sakramentu przygotowuje do śmierci²⁸. Z kolei 24,1% badanych przez ISKK diecezjan warszawsko-praskich stwierdziło, że sakrament namaszczenia chorych można przyjąć tylko w niebezpieczeństwie zagrożenia życia²⁹. Szkoda, że nie prowadzono w Polsce szerszych badań dotyczących częstotliwości jego przyjmowania przez chorych i rozumienia jego istoty³⁰.

Ważną rolę w duszpasterstwie chorych odgrywa parafia. Na jej terenie mieszka wielu chorych, potrzebujących wielorakiej pomocy. Czy polskie parafie podejmują działania na ich rzecz? Z badań przeprowadzonych w 2010 roku przez Instytut

²⁷ W. Zdaniewicz, T. Zembrzusi (red.), *Postawy społeczno-religijne diecezjan tarnowskich*, Warszawa 2001, s. 80-81; W. Zdaniewicz, S. Zaręba, T. Zembrzusi (red.), *Postawy religijno-społeczne mieszkańców Archidiecezji Łódzkiej*, Warszawa 2002, s. 30; W. Zdaniewicz, S. Zaręba (red.), *Postawy społeczno-religijne archidiecezjan poznańskich*, Poznań 2005, s. 24; W. Zdaniewicz, S. Zaręba (red.), *Postawy społeczno-religijne mieszkańców Archidiecezji Szczecińsko-Kamieńskiej*, Warszawa 2006, s. 39; W. Zdaniewicz, S. Zaręba, T. Zembrzusi (red.), *Religijność mieszkańców Warszawy*, Warszawa 2007, s. 50; Adamczuk L., Sadłoń W., (red.), *Postawy religijno-społeczne mieszkańców Diecezji Warszawsko-Praskiej*, Warszawa 2011, s. 31.

²⁸ T. Wielebski, *Duszpasterstwo chorych w Polsce. Kierunki rozwoju*, „Ateneum Kapłańskie” 2007, nr 588, s. 334.

²⁹ L. Adamczuk, W. Sadłoń, (red.), *Postawy religijno-społeczne mieszkańców Diecezji Warszawsko-Praskiej*, dz. cyt., s. 32.

³⁰ Odwołując się do badań przeprowadzonych przez autora, można stwierdzić, że aż 60,0% respondentów wcale nie przyjęło w życiu tego sakramentu. Trudno jednak na podstawie jednych tylko badań dokonać uogólnień. Zob. T. Wielebski, *Duszpasterstwo chorych w Polsce. Kierunki rozwoju*, dz. cyt., s. 334.

Statystyki Kościoła Katolickiego we współpracy z Głównym Urzędem Statystycznym wynika, że ponad 92,0% polskich parafii podejmuje taką aktywność. Stosując kategoryzację opartą na używanej w badaniu gospodarki społecznej przez GUS można stwierdzić, że niemal we wszystkich parafiach jest świadczona *pomoc duchowa*. Jedna czwarta parafii organizuje czas wolny dla chorych. Tylko co dziesiąta parafia prowadzi usługi opiekuńcze, a niewielki odsetek parafii proponuje inne formy pomocy: pomoc żywieniowa (2,1%), rekolekcje i nauczanie (1,6%), pomoc materialna (1,4%), pomoc finansowa (1,1%), leczenie (0,3%)³¹. Z kolei badania przeprowadzone przez CBOS w 2011 roku pokazują, że tylko 5,0% respondentów korzysta z pomocy rzeczowej świadczonej przez parafie (leki, żywność, ubrania), natomiast 1,0% z oferowanych różnych form opieki nad ludźmi starymi, niedołączonymi i chorymi³². Zestawiając wyniki uzyskane z przywoływanych źródeł, zauważa się między nimi dużą rozpiętość. Tłumaczy się ją między innymi tym metodologią przeprowadzonych badań. W badaniach CBOS nie pytano tylko o formy pomocy chorym, ale umiejscawiając je wśród wielu parafialnych inicjatyw społecznych, proszono, aby respondenci wymienili te, z których najczęściej korzystają. Z uzyskanych z różnych źródeł badań można jednak dedukować, że parafie w zbyt małym stopniu służą chorym i cierpiącym w zakresie pomocy pielęgniacyjno-medycznej, materialnej i finansowej.

³¹ W. Sadłoń, *Determinanty funkcjonowania opiekuńczej wspólnoty lokalnej: aktywność parafii w Polsce na rzecz chorych*, „Polityka Społeczna” 2012 nr 5-6, s. 25-26.

³² CBOS, *O religijnym i społecznym zaangażowaniu Polaków w lokalnych parafiach. Komunikat z badań CBOS*, BS/141/2011, Warszawa 2011, s. 5-7; http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2011/K_141_11.PDF (data pobrania 22.11.2012).

Trudno powiedzieć, w świetle przeprowadzonych przez ISKK i GUS w 2010 roku badań, na czym polega *pomoc duchowa* udzielana chorym przez parafie. Pytanie zawarte w kwestionariuszu badawczym nie uszczegóławiało tego typu pomocy. Chcąc się szczegółowo przekonać, jakie formy pracy z chorymi są realizowane w polskich parafiach, można się odwołać do badań prowadzonych przez innych autorów. Z badań W. Przygody wynika, że najpowszechniejszą formą opieki duszpasterskiej nad chorymi przebywającymi w domach jest posługa sakramentalna (spowiedź i Komunia święta) pełniona przez duszpasterzy w pierwsze piątki miesiąca, o czym wspomina 88,7% ankietowanych proboszczów. Niekiedy duszpasterze odprawiają w domach chorych mszę św., co potwierdza 38,9% ankietowanych duszpasterzy³³. Z kolei o odwiedzaniu chorych w domach przez członków grupy charytatywnej wspomina 39,3% badanych proboszczów. Odwiedziny chorych przez członków ruchów, stowarzyszeń i grup apostołskich potwierdza 23,6% duchownych³⁴. Z kolei badania autora pokazują, że prawie 60,0% badanych chorych przebywających w szpitalach wie o systematycznym odwiedzaniu chorych przez duszpasterzy, a 14,6% o odwiedzaniu ich przez członków Parafialnych Zespołów Charytatywnych³⁵. Z przywoływanych badań wynika, że posługa duszpasterska wobec chorych obejmuje w większym stopniu udzielanie sakramentów niż odwiedzanie osób cierpiących w domach przez wolontariuszy. Wydaje się też, że jeszcze zbyt mały odsetek duszpasterzy odprawia w domach chorych msze św.

³³ W. Przygoda, *Posługa charytatywna Kościoła w Polsce*, dz. cyt., s. 340.

³⁴ Tamże.

³⁵ T. Wielebski, *Duszpasterstwo chorych w Polsce. Kierunki rozwoju*, dz. cyt., s. 325.

W dokumentach Magisterium podkreślaj się, że w realizację duszpasterstwa chorych mają się włączać świeccy, szczególnie skupieni w Parafialnych Zespołach Caritas. Działając pod przewodnictwem proboszcza, mają one inicjować dzieła charytatywne w parafii, szerzyć ideę miłosierdzia chrześcijańskiego oraz podejmować działania na rzecz ubogich i potrzebujących wsparcia. Z danych CARITAS POLSKA wynika, że w Polsce istnieje 4 790 PZC, angażując w systematyczne, zorganizowane prace charytatywno-opiekuńcze 43 761 wolontariuszy³⁶. Biorąc pod uwagę to, że liczba polskich parafii wynosi obecnie 10 150³⁷, okazuje się, że PZC funkcjonują w co drugiej parafii. Trudno powiedzieć, jaki procent członków PZC w skali kraju odwiedza chorych, ale można dedukować, odwołując się do wcześniej przywoływanych badań, że kształtuje się on na niskim i średnim poziomie.

Szczególne znaczenie w duszpasterstwie chorych powinny odgrywać obchody Dnia Chorego na różnych, wspomnianych przez Magisterium, poziomach, których centralnym punktem ma być Eucharystia połączona ze wspólnotowym udzielaniem sakramentu namaszczenia chorych. Czy obchody Dnia Chorego zajmują właściwe miejsce w duszpasterstwie chorych w Polsce? Brakuje szczegółowych danych socjologicznych mówiących o obchodach takiego dnia na poziomie diecezjalnym, są jednak pewne dane mówiące o poziomie parafialnym. Badania W. Przygody mówią o tym, że aż 97,1% badanych proboszczów twierdziło o organizowaniu przynajmniej raz w roku specjalnych nabożeństwach dla chorych w parafiach³⁸.

³⁶ *O Caritas*, http://www.caritas.pl/images/stories/publikacje/caritas_folder_2012.pdf (data pobrania 6.09.2012).

³⁷ *Wierni i parafie 2010*, <http://www.iskk.pl/kosciolnaswiecie/159-wierni-i-parafie-2010.html> (data pobrania 6.09.2012).

³⁸ W. Przygoda, *Posługa charytatywna Kościoła w Polsce*, dz. cyt., s. 341.

Co prawda W. Przygoda nie pytał się wprost o częstotliwość obchodów Dnia Chorego, ale można przypuszczać, że wspomniane nabożeństwa są jakąś częścią obchodów Dnia Chorego w parafii. Nie wiadomo jednak dokładnie, czy są to nabożeństwa okolicznościowe, związane przykładowo z rekolekcjami w parafii, czy też włączone w obchody Dnia Chorego, tak jak przewiduje to Magisterium. Z kolei z przeprowadzonych przez autora badań wynika, że 43,7% respondentów spotkało się z organizowaniem Dnia Chorego w swoich parafiach, 11,7% twierdziło że takiego Dnia nie organizuje się w ich parafii, a 42,6 % badanych nic na temat nie wiedziało³⁹. W wielu parafiach obchody Dnia Chorego nie ograniczają się jedynie do wymiaru liturgicznego, ale mają również wymiar relaksacyjno-integracyjny, którego pewną formą jest spotkanie w domu parafialnym połączone z poczęstunkiem. Z badań W. Przygody wynika, że o braku takich spotkań wspominało 37,8% badanych proboszczów⁴⁰. Z powyższych badań można wydedukować, że obchody Dnia Chorego na poziomie parafialnym, połączone ze specjalną mszą św. i spotkaniem w domu parafialnym, nie są jeszcze powszechną praktyką.

Szczególnym miejscem duszpasterskiej troski o chorych są szpitale, hospicja i domy opieki społecznej. Podejmowane w nich działania duszpasterskie (udzielanie sakramentów, wspólna modlitwa, indywidualne rozmowy z chorymi, apostolat książki i prasy religijnej) ożywiają i intensyfikują życie religijne chorych, stając się często częścią składową procesu terapeutycznego. Działalność duszpasterska prowadzona wśród chorych ma też prowadzić do przewyciężania występującego

³⁹ T. Wielebski, *Duszpasterstwo chorych w Polsce. Kierunki rozwoju*, dz. cyt., s. 325.

⁴⁰ W. Przygoda, *Posługa charytatywna Kościoła w Polsce*, dz. cyt., s. 342.

wśród nich poczucia bezużyteczności, zachęcając ich do ofiarowania cierpień w różnych intencjach Kościoła i świata. Wszystkie placówki potrzebują dobrze przygotowanych, ogarniających swoją posługą nie tylko chorych, ale także ich rodziny i personel medyczny, kapelanów. Czy ich liczba jest wystarczająca? *Spis Duchowieństwa* z 2011 roku podaje, że w Polsce jest 408 kapelanów, w tym 197 księży diecezjalnych i 211 zakonnych⁴¹. Wydaje się, biorąc pod uwagę występujące potrzeby, że za mało jest duchownych wydelegowanych do pracy z chorymi⁴². Trzeba oczywiście zauważyć fakt, że jest spora liczba księży którzy „z doskoku” wypełniają funkcję kapelana, ale to w dalszej perspektywie jest nie do przyjęcia. Brakuje szczegółowych badań na ten temat. Przeprowadzone przez autora w 1998 roku badania pokazały, że 55,5% kapelanów pracuje tylko w szpitalu, natomiast 45,5% ma do wykonania również inne obowiązki duszpasterskie⁴³. Przeprowadzone przez P. Krakowiaka 12 lat później badania wykazały, że powyższe proporcje nie uległy większej zmianie. Duchowni pracujący wyłącznie w służbie zdrowia, hospicjach i opiece społecznej stanowili 42,5% z ogółu respondentów, natomiast 58,5% kapelanów łączyło swoje obowiązki z innymi zajęciami⁴⁴. Przeciążenie licznymi obowiązkami sprawia, że kapelani nie mogą

⁴¹ W. Zdaniewicz, W. Sadłoń (red.), *Duchowieństwo Diecezjalne oraz Członkowie Męskich Instytutów Życia Konsekwowanego i Stowarzyszeń Życia Apostolskiego*, Warszawa 2011.

⁴² Z danych Rocznika GUS z 2011 roku wynika, że w 2010 roku w Polsce było 795 szpitali, w tym 509 szpitali publicznych i 286 niepublicznych oraz 1421 zakładów pomocy społecznej. Zob. GUS, *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2011, s. 366, 377.

⁴³ T. Wielebski, *Duszpasterstwo chorych w Polsce. Kierunki rozwoju*, dz. cyt., s. 326.

⁴⁴ J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki, A. Muszala, *Ku Szkole Opieki Duszpasterskiej św. Jana Bożego*, w: *Dolentium Hominum. Du-*

w pełni realizować swoich zadań, otaczając w wystarczający sposób swoją opieką nie tylko chorych, ale także ich rodziny i pracowników służby zdrowia. Przeprowadzone przez autora badania pokazały, że 27,3% badanych kapelanów obejmuje swoją opieką tylko chorych, 49,1% chorych i personel medyczny, 23,6% chorych, ich rodziny i personel medyczny⁴⁵. Konieczną rzeczą wydaje się zmiana istniejącego stanu rzeczy.

Kompetentne sprawowanie posługi w świecie ludzi chorych i służby zdrowia wymaga interdyscyplinarnego przygotowania specjalistycznego, co powinno w podstawowym wymiarze dokonywać na poziomie seminarium duchownego. Badania przeprowadzone w 1999 roku wśród rektorów Wyższych Seminarium Duchownych w Polsce wykazały, że zasadniczo w każdej z tych instytucji istnieją elementy formacji teoretyczno-praktycznej przygotowującej do pracy w służbie zdrowia. Mają one jednak charakter niesystematyczny, często opcjonalny, możliwy do wyboru przez kleryków jako jedna z form ich przygotowania do przyszłej posługi duszpasterskiej. Przykładowo badania pokazały, że całoroczne, obowiązkowe praktyki dla alumnów w świecie służby zdrowia są realizowane tylko w 20,0% polskich seminarium, a w jednej dziesiątej z nich praktyki w służbie zdrowia są jedną z opcji, która alumni mogą sobie wybrać. Niepokojące jest też to, że jedna trzecia rektorów seminarium nie udzieliła żadnej odpowiedzi na ten temat⁴⁶. Istniejący stan rzeczy przekłada się w perspektywie na małe zainteresowanie duszpasterstwem służby zdrowia wśród młodych księży. Z badań ks. Pawliny wynika, że w prace charyta-

chowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia, J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki, A. Muszala (red.), Kraków 2011, s. 43.

⁴⁵ T. Wielebski, *Duszpasterstwo chorych w Polsce*, Lublin 2001, mps dr, s. 265-266.

⁴⁶ J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki, A. Muszala, *Ku Szkole Opieki Duszpasterskiej św. Jana Bożego*, dz. cyt, s. 45-46.

tywne, do których zaliczono kapelanów służby zdrowia i opieki społecznej, gotowych jest zaangażować się tylko 1,4% neoprezbiterów⁴⁷. Uzyskane wyniki badań pokazują, że już na etapie seminariów duchownych potrzeba podjęcia działań dotyczących zarówno systematycznej formacji do pracy w służbie zdrowia, jak też ukazywania piękna tej posługi.

Praca duszpasterska w służbie zdrowia wymaga nieustannego doksztalcania specjalistycznego kapelanów. Z badań P. Krakowiaka wynika, że aż 99,0% kapelanów widzi konieczność takiego doksztalcania, sugerując, że kształcenie powinno odbywać się w formie zaocznych studiów podyplomowych (87,0%)⁴⁸. Potrzeba także specjalnych spotkań formacyjnych organizowanych przez kurie biskupie i władze zakonne, o których braku wspominało w badaniach autora aż 90,9% badanych⁴⁹. Widoczny tak duży procent odpowiedzi dobrze świadczy o świadomości kapelanów, którzy chcą kompetentnie, owocnie i z zaangażowaniem pełnić swoją posługę.

Specjalistyczne kształcenie kapelanów w Polsce jest realizowane podczas cyklicznych ogólnopolskich ich spotkań organizowanych w listopadzie każdego roku w Częstochowie, jak też w ramach spotkań organizowanych w ramach każdej diecezji przez diecezjalnych duszpasterzy służby zdrowia. Inną formą kształcenia są studia podyplomowe organizowane w ramach działającej przy Uniwersytecie bł. Jana Pawła II Szkoły Opieki Duszpasterskiej św. Jana Bożego w Krakowie⁵⁰. Mimo

⁴⁷ K. Pawlina, *Formacja do kapłaństwa w polskich seminariach*, Warszawa 2008, s. 67-69.

⁴⁸ J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki, A. Muszala, *Ku Szkole Opieki Duszpasterskiej św. Jana Bożego*, dz. cyt., s. 40.

⁴⁹ T. Wielebski, *Duszpasterstwo chorych w Polsce*, dz. cyt., s. 282.

⁵⁰ W 2011 roku z inicjatywy Zakonu Bonifratrów rozpoczęły się na Wydziale Nauk Społecznych UPJP II w Krakowie podyplomowe studia w ramach Szkoły Opieki Duszpasterskiej św. Jana Bożego. Studia podjęto

możliwości podjęcia studiów specjalistycznych, wielu kapelanów nie korzysta z tych form dokształcania, wskazując w badaniach na różne, często łączące się ze sobą powody. Prawie 80,0% respondentów twierdzi, że nic o nich nie wie o takich studiach, 62,0% z nich nie ma pewności co dłuższego zaangażowania w służbę zdrowia, 60,0% wskazuje na brak możliwości zdobycia zastępstwa na czas wyjazdów na studia, a 59,0% na brak motywacji ze strony przełożonych kościelnych oraz dyrektorów placówek⁵¹.

Ukazany częściowy obraz duszpasterstwa chorych w Polsce, wyłaniający się z różnych badań nie jest obrazem pełnym, ale na ich podstawie można szkicowo ukazywać, jakie jest to duszpasterstwo. Konfrontacja analiz z nauczaniem Magisterium pozwoli na wypracowanie działań, które dobrze będą służyły realizacji funkcji charytatywnej Kościoła, w której posługiwanie chorym i cierpiącym powinno odgrywać ważne miejsce (DCE 25; 31).

prawie 50 studentów: księży diecezjalni i zakonni, siostry i bracia zakonni oraz osoby świeckie. Na program studiów składają się wykłady z teologii i nauk humanistycznych, prace w grupach i warsztaty dotyczące komunikacji z pacjentami, a także praktyki pastoralno-kliniczne w ośrodkach bonifraterskich. Tego typu studia mają przygotowywać do wprowadzania w ośrodkach opieki zdrowotnej zespołowej opieki duszpasterskiej z udziałem duchownych i świeckich wolontariuszy, występującej w wielu krajach w Europie i na świecie. Obecnie jest ona prowadzona w Polsce w 10. bonifraterskich szpitalach, domach pomocy i ośrodkach paliatywno-hospicyjnych. Zespoły duszpasterskie wspierają tam kapelanów w trosce o duchowo-religijne potrzeby pacjentów i ich rodzin.

Zob. Zespołowa opieka duszpasterska dla ochrony zdrowia i pomocy społecznej, http://www.bonifratrzy.pl/index.php?option=18&action=news_show&art_id=1530 (data pobrania 19.10.2012).

⁵¹ J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki, A. Muszala, *Ku Szkole Opieki Duszpasterskiej Św. Jana Bożego*, dz. cyt, s. 50-51.

Ku przyszłości

Po przedstawieniu wybranych wskazań Magisterium Kościoła dotyczących duszpasterskiej troski o chorych i ukazaniu wyników badań socjologicznych obrazujących sposób realizacji tego duszpasterstwa w Polsce, należy wskazać na pewne kierunki działań prowadzące do jej rozwoju.

Podstawową sprawą wydaje się pobudzanie i pogłębianie świadomości chorych dotyczącej roli i znaczenia sakramentów w życiu religijnym człowieka, z podkreśleniem roli sakramentu namaszczenia⁵². W sytuacji, gdy wielu katolików traktuje sakramenty w sposób magiczny i zwraca jedynie uwagę na formy obrzędowości zewnętrznej, kapłani powinni w swoim nauczaniu bardziej akcentować rolę życia sakramentalnego w uświęcaniu człowieka. Może się to dokonywać w ramach komentarzy i homilii wygłaszanych w czasie ich sprawowania. Do pogłębiania świadomości religijnej chorych można też wykorzystywać środki społecznego przekazu. Cenną inicjatywą byłoby też wręczanie odpowiednio przygotowanych ulotek chorym odwiedzanym przez duszpasterzy w domach i szpitalach. Ważną rolę formacyjną odgrywa również wspólnotowe udzielanie sakramentu namaszczenia chorych w czasie Dnia Chorego. Wyjaśnianie istoty tego sakramentu powinno być również kierowane do pracowników służby zdrowia.

⁵² W ostatnich latach zauważa się pozytywne zjawisko polegające na odchodzeniu od udzielania namaszczenia chorych jedynie w niebezpieczeństwie śmierci, ale z drugiej strony jest pewna „banalizacja” tego sakramentu i nadużycie polegające na tym, że zachęca się do jego przyjmowania wszystkich, którzy ukończyli 65. rok życia albo „źle się czują”. W świetle teologii sakramentu namaszczenia chorych oraz prawa kościelnego trzeba podkreślić, że ten sakrament jest przeznaczony dla osób poważnie chorujących i będących w zaangażowanej starości. Zob. Cz. Krakowiak, *Namaszczenie Chorych. Sakrament uzdrowienia*, Sandomierz 2005, s. 50-51.

Wydaje się rzeczą konieczną, aby zintensyfikować działania prowadzone wobec osób chorych mieszkających w parafiach, wykorzystując do tego chociażby struktury parafialnych zespołów charytatywnych. Należy najpierw zadbać o to, aby tego typu zespoły powstały w każdej parafii. Ich członkowie powinni odwiedzać chorych w domach. Jak do nich dotrzeć? Duszpasterze mogą udostępnić członkom parafialnych zespołów charytatywnych listę chorych odwiedzanych w pierwsze piątki miesiąca, aktualizując ją w czasie odwiedzin duszpasterskich odbywanych w ramach wizyty duszpasterskiej. Członkowie parafialnych zespołów charytatywnych mogą swoją obecnością pomagać chorym nie tylko w przewyciężaniu poczucia osamotnienia, ale także w sprzątaniu mieszkania, przygotowywaniu posiłków, robieniu zakupów, praniu, rozwiązywaniu skomplikowanych problemów administracyjno-prawnych, jak też sprowadzeniu lekarza czy pielęgniarki. Mogą też pomagać chorym w przygotowaniu do przyjęcia sakramentów i powiadamiać duszpasterzy o woli ich przyjęcia. Członkowie zespołów charytatywnych powinni również umożliwić chorym mogącym opuszczać swoje mieszkania udział w obchodach Dnia Chorego odbywających się w świątyni parafialnej, jak też w specjalnych wczaso-rekolekcjach i pielgrzymkach. Skuteczne i całościowe udzielanie pomocy chorym wymaga współpracy członków parafialnych zespołów charytatywnych z osobami pracującymi w państwowej opiece społecznej i innych instytucjach prowadzących działalność charytatywną.

W odwiedzinach chorych w domach, połączone ze świadczeniem pomocy duchowo-materialnej, powinni angażować się nie tylko członkowie parafialnych zespołów charytatywnych, lecz także osoby należące do grup i ruchów religijnych działających na terenie parafii. Ich członkom grozi nieraz niebezpieczeństwo sekciarstwa i skupienia się jedynie na emocjonalnym przeżywaniu wiary. Zadaniem kapłanów opiekujących się

poszczególnymi grupami i ruchami jest troska o ukazywanie harmonii między horyzontalnym i wertykalnym wymiarem wiary, której wyznawanie musi być zawsze połączone z daniem konkretnego świadectwa miłości Boga i bliźniego.

Ważną płaszczyznę wzajemnej współpracy między duchownymi i laikatem stanowi posługa nadzwyczajnych szafarzy Eucharystii. Trzeba więc dążyć do tego, żeby w każdej polskiej diecezji znajdowała się ich odpowiednia liczba. Nadzwyczajny szafarz Eucharystii, roznoszący codziennie Komunię św. w salach szpitalnych, pozwoli kapelanom na poświęcenie większej ilości czasu na spotkania i indywidualne rozmowy z poszczególnymi chorymi. Nadzwyczajni szafarze Eucharystii mogą również pomóc duszpasterzom parafialnym w roznoszeniu Komunii św. do domów chorych, co będzie swoistą katechezą ukazującą wszystkim ludziom właściwy obraz wspólnoty Kościoła, w którym laikat na mocy sakramentu chrztu i bierzmo- wania może zajmować właściwe sobie miejsce. Pozwoli to także na zaspokojenie występującego u wielu chorych pragnienia częstego przyjmowania Eucharystii.

Owocność działań duszpasterskich podejmowanych w służbie chorym i cierpiącym jest w dużej mierze uzależniona od wzajemnej współpracy między duchownymi i laikatem. Wiąże się to z koniecznością zmiany sposobu myślenia wszystkich osób odpowiedzialnych za duszpasterstwo chorych i przełamywania pewnych stereotypów myślowych. Wydaje się, że w świadomości zbyt wielu duszpasterzy pokutuje nieraz niewłaściwy od strony teologicznej obraz Kościoła, według którego zbyt małe znaczenie przywiązuje się do apostołskiej aktywności laikatu. Z drugiej strony spotyka się bierność wielu katolików świeckich, którzy zrażeni apodyktyczną postawą duchownych, nie poczuwają się do odpowiedzialności za czynne budowanie wspólnoty Kościoła. Chociaż przełamywanie stereotypów myślowych i pokonywanie pewnych uprzedzeń

jest długotrwałym i wymagającym dobrej woli procesem, to jednak jego owocem może stać się pogłębienie tradycyjnych i rozwój nowych, adekwatnych do wyzwań współczesności, form duszpasterstwa chorych. W tej perspektywie trzeba chociażby spojrzeć na współpracę osób duchownych i świeckich w szpitalach, domach opieki i hospicjach, którzy razem mają służyć chorym i cierpiącym.

Duszpasterze, a szczególnie kapelani szpitalni powinni obejmować swoją posługą nie tylko chorych, ale również ich rodziny oraz personel medyczny. Zadaniem kapelanów szpitalnych jest troska o wszystkie osoby pracujące w szpitalu, która może zaowocować nie tylko rozwojem i pogłębieniem ich życia religijnego, ale również lepszym sposobem traktowania i odnoszenia się do samych chorych. Przeżywana świadomie i znajdująca swój wyraz w konkretnych zachowaniach pracowników szpitala wiara wpływa na podniesienie poziomu opieki świadczonej w szpitalach.

Aby kapelan szpitalny mógł objąć swoją troską wszystkie osoby tworzące społeczność szpitalną, musi być zwolniony z innych obowiązków duszpasterskich. Potrzebny jest też właściwy dobór duszpasterzy, którzy podejmą pracę w szpitalu. Nieraz tę posługę podejmują przypadkowo dobrani kapłani. Część z nich przeżywa sytuacje kryzysowe związane z brakiem wewnętrznej tożsamości, nie potrafiąc odnaleźć swojego miejsca w rzeczywistości parafialnej. Niektórzy z decydentów kościelnych kierują tego typu osoby do pracy w szpitalach, uważając, że spełniana w tych miejscach posługa jest czymś mniej ważnym niż praca duszpasterska w parafii. Wydaje się, że ten sposób myślenia jest błędny. Można nawet zaryzykować twierdzenie, że prawie każdy duszpasterz poradzi sobie w posłudze duszpasterskiej spełnianej na płaszczyźnie parafialnej, natomiast praca w szpitalu wymaga szczególnych predyspozycji osobowościowych i specjalistycznego przygotowania.

Dobór osób, które poświęcałyby się całkowicie pracy wśród chorych, powinien rozpoczynać się już w trakcie formacji seminaryjnej, kiedy ujawniają się u części kleryków zamiłowania do pracy wśród chorych oraz pełnienia funkcji kapelanów szpitalnych. Zadaniem wychowawców seminaryjnych jest zwrócenie uwagi na tych alumnów i stworzenie im warunków umożliwiających rozwijanie posiadanych charyzmatów. Trzeba im także dać możliwość odwiedzania chorych przebywających w domach lub szpitalach, a także umożliwić kontakt z doświadczonymi kapelanami szpitalnymi. Informację o ich zamiłowaniach do pracy wśród chorych należy również umieszczać w sugestiach kierowanych do osób odpowiedzialnych za politykę personalną w diecezjach i zakonach.

Skuteczność i owocność posługi duszpasterskiej świadczonej chorym zależy nie tylko od wzajemnej współpracy między osobami duchownymi i świeckimi, ale również od odpowiedniego przygotowania kapłanów. Tego typu przygotowanie powinno być realizowane na szerszą skalę w ramach specjalnych praktyk pastoralnych dla kleryków w szpitalach, hospicjach i domach opieki społecznej.

Rodzi się również potrzeba organizowania na szerszą skalę specjalistycznego przygotowania dla kapelanów podejmujących zajęcia duszpasterskie w szpitalach. Trzeba propagować zespołowy model działalności duszpasterskiej w świecie ludzkiego cierpienia. Cieszy fakt, że rozwija się idea zorganizowania w wybranych ośrodkach akademickich w Polsce specjalistycznych kierunków, na wzór realizowanych na Wydziale Nauk Społecznych UPJP II w Krakowie podyplomowych studiów w ramach Szkoły Opieki Duszpasterskiej św. Jana Bożego. Objęcie tego typu edukacją coraz większej liczby osób pragnących posługiwać chorym i ich rodzinom pozwoli w perspektywie na znacznie podniesienie jakości sprawowanej posługi.

Rzeczą konieczną jest również kontynuowania i rozbudowywania cyklicznych spotkań formacyjnych dla kapelanów szpitalnych w diecezjach. Tego typu spotkania mogą służyć nie tylko wzajemnej wymianie doświadczeń duszpasterskich, ale również być pomocą w rozładowywaniu pojawiających się napięć i stresów związanych z pełnioną przez duszpasterzy posługą. Miejscem spotkań kapelanów szpitalnych i duszpasterzy chorych mogą być ośrodki rekolekcyjne lub domy zakonne. Program takich kursów powinien wychodzić naprzeciw występującym zapotrzebowaniom i obejmować zarówno prowadzone przez specjalistów świeckich wykłady specjalistyczne omawiające zasady pracy wśród osób chorych, jak też wymianę wzajemnych doświadczeń w grupach. Referaty wygłaszane w trakcie trwania tego typu spotkań oraz płynące z podejmowanych dyskusji wnioski powinny następnie ukazywać się w formie książkowej. Sprawą niezmiernie wagi wydaje się również stworzenie odpowiedniego periodyku, który stanowiłby płaszczyznę wymiany wzajemnych doświadczeń duszpasterzy i wiernych świeckich oddających się posłudze chorym. Tego typu wydawnictwo stanowiłby również źródło fachowej wiedzy dotyczącej zasad pracy wśród chorych. Wskazaniem wydaje się też organizowanie wyjazdów duszpasterzy chorych na staże zagraniczne. Podczas takich wyjazdów mogliby oni zapoznawać się ze sposobem organizacji duszpasterstwa chorych w innych krajach i następnie przeszczepiać zdobyte doświadczenia na polski grunt.

Godnym polecenia wydaje się też konieczność przeprowadzenia całościowych badań dotyczących stosowanych metod i form pracy wśród chorych w Polsce, oceny sprawowanej posługi i ich oczekiwań wobec Kościoła. Badania socjologiczne, do których stosowania zachęca II Sobór Watykański w *Konstytucji duszpasterskiej o Kościele* (KDK 62; DB 17), pozwolą na dobre postawienie diagnozy dotyczącej stanu duszpasterstwa

chorych, co w konfrontacji z nauczaniem Magisterium umożliwi wypracowanie modelu działań zarówno zgodnych ze wskazaniami Kościoła, jak również odpowiadających na wielorakie potrzeby osób cierpiących.

Bł. Jan Paweł II w adhortacji *Ecclesia in Europa* podkreślał, że duszpasterstwo chorych jest jednym z priorytetów duszpasterskich, *szczególnie w społeczeństwie dobrobytu i wydajności, w kulturze, którą cechuje bałwochwalczy kult ciała, wypieranie ze świadomości bólu i cierpienia oraz mit wiecznej radości* (EiE 88). W tym samym dokumencie papież apelował o odpowiednie duszpasterstwo w różnych miejscach cierpienia oraz o wspieranie rodzin chorych. Szczególną uwagę zwracał na konieczność wspierania personelu medycznego oraz paramedycznego w ich, będącym powołaniem, służbie chorych (tamże). Te słowa powinniśmy również odnosić do pracy duszpasterskiej Kościoła w Polsce. W prowadzonych wielorakich działaniach nie możemy zapominać o rzeczy najważniejszej – mamy dostrzegać w chorych cierpiącego Chrystusa. Pamiętajmy też, że nasz stosunek do ludzi chorych będzie jednym z kryteriów decydujących o zbawieniu człowieka na sądzie ostatecznym (Mt 25, 31-46).

SUMMARY

The article describes the methods and forms of the pastoral ministry of the Church against the sick. The author in his article refers to theological and biblical foundations of the Church's pastoral care for the sick.