

TOMASZ WIELEBSKI

Indywidualne formy duszpasterstwa chorych

Troska o chorych zajmuje ciągle ważne miejsce w nauczaniu i praktyce Kościoła¹. Papież Jan Paweł II w Adhortacji apostołskiej *Christifideles laici* stwierdził: *Trzeba, aby bezcenne dziedzictwo, które Kościół otrzymał od Jezusa Chrystusa, »lekarza ciała i duszy« nie tylko nie zostało uszczuplone, lecz by rosła jego wartość stale wzbogacana i pomnażana przez podjętą z nowym zapalem duszpasterską działalność prowadzoną dla chorych i cierpiących i razem z nimi. Musi to być działalność, która umożliwi i stworzy warunki do skupienia uwagi na człowieku, do obecności przy nim i z nim, do wysłuchania go, dialogu i współczucia oraz konkretnej pomocy w tych momentach, w których z powodu choroby i cierpienia na ciężką próbę zostaje wystawione nie tylko jego zaufanie do życia, ale także sama wiara w Boga i w Jego ojcowską miłość (ChL 54).*

¹ Wyrazem duszpasterskiej troski Kościoła o chorych jest między innymi wydanie nowej księgi liturgicznej *Sakramenty chorych* (1972), opublikowanie listu Jana Pawła II o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia *Salvificii doloris* (1984), a także ustanowienie w 1992 r. Światowego Dnia Chorego i związane z jego obchodami coroczne orędzia papieskie. Aby lepiej organizować i koordynować pracę wśród chorych, w 1985 r. została powołana do życia Papieska Komisja ds. Duszpasterstwa Pracowników Służby Zdrowia, przekształcona później w Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia (1988), na czele której stoi kard. Javier Lozano Barragan.

Wspomniana Rada opublikowała szereg dokumentów stanowiących ważny wkład w rozwój i promocję duszpasterstwa chorych: *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia* (1991); *Światowy Dzień Chorego. Dlaczego i jak obchodzić?* (1992); *Karta Pracowników Służby Zdrowia* (1995). Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia wydaje też, ukazujący się w pięciu językach, periodyk „Dolentium Hominum”, a także organizuje szereg konferencji i spotkań poświęconych zagadnieniom związanym z posługą chorym i pracownikom służby zdrowia.

Uwarunkowania czasów współczesnych wymagają od duszpasterzy personalnego podejścia do każdego człowieka i łączenia form duszpasterstwa masowego z duszpasterstwem indywidualnym. Tę prawdę wyraża w swoim nauczaniu papież Jan Paweł II: *Ludzie nie chcą być częścią anonimowego, przelężnionego tłumu, chcą być rozpoznani i wezwani po imieniu, chcą iść bezpiecznie po ścieżkach życia, chcą, by ich odnaleziono, jeśli się zagubią, by ich kochano, chcą otrzymać zbawienie jako najwyższy dar Bożej miłości: to właśnie czyni Jezus Dobry Pasterz, a wraz z Nim kapłani* (PDV 82).

Indywidualne formy duszpasterstwa chorych i związane z nimi osobowe kontakty z ludźmi cierpiącymi są konkretną realizacją ewangelizacyjnej misji Kościoła, do której wzywa Adhortacja apostolska *Evangelii nuntiandi*: *Oprócz ogólnego głoszenia Ewangelii staje się godne uznania i ważne prywatne głoszenie Ewangelii: od osoby do osoby. Metodą taką posługiwał się często sam Pan. Świadczą o tym rozmowy z Nikodemem, Zacheuszem, Samarytanką (...). To samo czynili Apostołowie (...). Nie powinno dojść do tego, aby na skutek konieczności niesienia Dobrej Nowiny do licznych rzesz ludzi zapomniano o tej formie, która dotyczy sumienia poszczególnego człowieka i porusza słowem od kogoś innego* (EN 46).

Pragnąc odpowiedzieć na wezwanie papieża Jana Pawła II do odnowy duszpasterstwa chorych, a także mając na względzie konieczność rozwijania duszpasterstwa indywidualnego, które jest odpowiedzią Kościoła na sytuację człowieka w szczególnych okresach jego życia², pragnę zwrócić uwagę na odwiedziny chorych w domach, poradnictwo duszpasterskie, działalność środków społecznego przekazu oraz propagowanie idei Apostolstwa Chorych. Przeprowadzone badania pokazują, że wspomniane formy indywidualnego duszpasterstwa chorych nie są jeszcze na polskim gruncie dosyć rozwinięte i wymagają intensywniejszego rozwoju³.

I. Odwiedziny chorych w domach

Choroba związana jest z cierpieniami fizycznymi i psychicznymi. Oprócz dolegliwości fizycznych związanych z bólem i unieruchomieniem, pojawiają się

² A. Tomkiewicz: *Duszpasterstwo indywidualne*. W: *Teologia pastoralna*. T. 2. *Teologia pastoralna szczegółowa*. Red. R. Kamiński. Lublin 2002 s. 599.

³ Autor artykułu przeprowadził w 1998 r. badania ankietowe wśród 350 chorych w szpitalach Poznania, Otwocka i Lublina, a także wśród 110 kapelanów szpitalnych z całej Polski. Wyniki przeprowadzonych badań pozwalają na ukazanie realizowanych indywidualnych form duszpasterstwa chorych oraz na sformułowanie postulatów pastoralnych.

również cierpienia duchowe. Związane są one z wyłączeniem człowieka z życia publicznego i społecznego, które często znajduje swój wyraz w poczuciu osamotnienia i niemożności realizacji swoich planów życiowych. U chorych pojawiają się pytania dotyczące sensu życia i cierpienia oraz zachodzi proces zmiany w spojrzeniu na wyznawany dotychczas świat wartości. W obliczu choroby sprawy nadające sens życiu człowieka, stają się nic nie znaczącymi epizodami. Człowiek chory potrzebuje kontaktów z życzliwymi i przyjaznymi jemu osobami, które przywrócą sens życia i pomogą przetrwać trudne chwile egzystencji.

Układ treści rytuału chorych⁴ rozpoczynający się od odwiedzin chorych połączonych z liturgią słowa Bożego i udzielaniem Komunii św., a dopiero później omawiający liturgię sakramentu namaszczenia i Wiatyku pokazuje, że Kościół stopniowo przygotowuje chorych na przyjęcie posługi religijnej, stosownie do ich potrzeb duchowych i możliwości jej przyjęcia przez konkretnego chorego⁵. Chociaż odwiedzanie chorych jest zadaniem całej wspólnoty Kościoła, to obowiązek ten szczególnie spoczywa na proboszczu i jego współpracownikach (por. SCH nr 35), którzy pokrzepiając chorych słowami wiary i pouczając o znaczeniu ludzkiej choroby w tajemnicy zbawienia, mają ich *doprowadzić do pobożnego i częstego uczestniczenia w sakramentach pokuty i Eucharystii, zależnie od osobistej sytuacji, a zwłaszcza do przyjęcia w stosownym czasie namaszczenia chorych i Wiatyku* (SCH 43)⁶.

⁴ Pierwszy polski przekład księgi liturgicznej *Sakramenty chorych* ukazał się w 1978 r., a następny, poprawiony, w 1998 r. – zob. *Sakramenty chorych. Obrzędy i duszpasterstwo*. Katowice 1998. (Dalej skrót: SCH).

⁵ Cz. Krakowiak: *Owiedziny i Komunia św. chorych*. CTh 50:1980 f. 2 s. 107.

⁶ W krajach Europy Zachodniej niektórzy świeccy, spełniający posługę pastoralną w duszpasterstwie chorych, zaczęli domagać się możliwości spełniania funkcji zarezerwowanych tylko kapłanom – udzielania sakramentu chorych i sprawowania sakramentu pokuty. Swoje żądania argumentowali wielkim pragnieniem chorych przyjęcia sakramentów świętych, niemożliwym często do realizacji z powodu braku kapłanów.

Wspomniane żądania oraz inne, niezgodne z Tradycją i nauczaniem Kościoła nadużycia w posłudze świeckich, legły u podstaw opracowania i opublikowania w 1997 r. *Instrukcji o niektórych kwestiach dotyczących współpracy wiernych świeckich w ministerialnej posłudze kapłanów*. We wspomnianym dokumencie sygnowanym przez osiem Kongregacji watykańskich czytamy: *Niezliczone są przykłady dzieł i czynów miłosierdzia wobec chorych, które podejmują osoby nie wyświęcone zarówno pojedynczo, jak i w różnych formach apostolatu zespolowego. Dzięki temu chrześcijanie są obecni w pierwszej linii w świecie cierpienia i choroby. Tam gdzie wierni nie wyświęceni towarzyszą cierpiącym w najtrudniejszych chwilach, winni przede wszystkim wzbudzić w nich pragnienie przyjęcia sakramentu pokuty i namaszczenia chorych, kształtując w nich należyte usposobienie i pomagając w dobrym przygotowaniu się do indywidualnej spowiedzi sakramentalnej oraz do przyjęcia sakramentu namaszczenia chorych. (...) Osoby nie będące kapłanami nie mogą żadnym przypadkiem udzielać namaszczenia ani olejem poświęconym dla namaszczenia chorych, ani nie poświęconym. (...) Zastrzeżenie posługi namaszczenia wyłącznie kapłanom*

Czy duszpasterze odwiedzają systematycznie chorych? Z przeprowadzonych badań wynika, że 57,4 % respondentów jest przekonanych o systematycznych odwiedzinach chorych w domach przez miejscowych duszpasterzy. O niesystematycznym odwiedzaniu chorych przez kapłanów wypowiada się 10,9 % badanych. 31,7 % respondentów twierdzi, że nie wie, jak często chorzy są odwiedzani przez kapłanów.

Spotkanie kapłana z chorym ma wymiar sakramentalno-modlitewny oraz międzyosobowy. Chorzy darzą kapłana zaufaniem związanym ze świadomością ich bezwarunkowej akceptacji. Kontakt chorego z kapłanem może wyzwolić chęć szczerzej rozmowy stanowiącej część procesu leczniczego⁷. Uwzględniając różnorodny stopień wrażliwości religijnej chorych, kapłan powinien na początku swoich odwiedzin wykazać dużo życzliwości i empatii, co może pomóc w przezwyciężaniu stereotypów związanych z fałszywymi wyobrażeniami dotyczącymi Kościoła oraz religii i w konsekwencji doprowadzić chorych do przyjęcia sakramentów.

Obecność kapłana będącego przedstawicielem wspólnoty parafialnej i zanoszone za chorego modlitwy stanowią konkretny wyraz miłości Chrystusa i Kościoła do osób cierpiących. Takie wizyty odbudowują zerwaną na skutek choroby więź ze wspólnotą ludzi zdrowych, a także stanowią okazję do wzajemnej wymiany dóbr duchowych. Odwiedziny duszpasterza stanowią również przypomnienie o konieczności poszanowaniem godności każdego chorego.

A jaka jest wiedza badanych respondentów, dotycząca stosowanych przez kapłanów form duszpasterskich w czasie odwiedzin chorych? Duszpasterze podczas odwiedzin chorych najczęściej ich spowiadają i udzielają Komunii św. (60,3 %) oraz prowadzą z nimi rozmowy (30,9 %). Sakramentu namaszczenia chorych 21,4 % udziela kapłanów, a 5,4 % odprawia mszę św. w domu chorych. Biorąc pod uwagę fakt, że 60 % badanych chorych nie przyjęło sakramentu namaszczenia chorych, można stwierdzić, że duszpasterze pracujący w parafiach nie doceniają tej formy niesienia pomocy ludziom cierpiącym. Potrzebna jest dalsza praca nad zmianą mentalności kapłanów i doprowadzenie do takiego stanu, aby częściej udzielali przygotowanym chorym tego sakramentu⁸. Godnym

wynika stąd, że sakrament ten jest związany z odpuszczeniem grzechów i z godnym przyjęciem Eucharystii (art. 9).

⁷ K. Osińska: *Spojrzenie lekarza na sakrament namaszczenia chorych*. W: *Ludzie chorzy i starsi w Kościele*. Red. J. Charytański. Warszawa 1981 s. 132.

⁸ Papież Jan Paweł II podkreśla, że sprawowanie sakramentu namaszczenia chorych stanowi szczyt różnych działań duszpasterskich podejmowanych wśród chorych przebywających w domach, szpitalach i innych miejscach – zob. Jan Paweł II: *Homilia wygłoszona podczas mszy*

naśladowania jest postawa badanych kapelanów szpitalnych, z których 93,6 % traktuje udzielanie sakramentu namaszczenia chorych jako jedną z najczęściej stosowanych form pracy z chorymi.

Koniecznym wydaje się też uwrażliwienie duszpasterzy na potrzebę *cotygodniowej celebracji Komunii św., wspólnej medytacji Pisma św. i rozmów*⁹. Przy obecnej organizacji pracy w parafiach, gdzie większość zadań podejmują duchowni, zrealizowanie tego postulatu wydaje się być niemożliwe do spełnienia. Zaangażowanie odpowiednio przygotowanych i uformowanych ludzi świeckich może jednak pomóc duchownym w zreorganizowaniu i „odklerykalizowaniu” duszpasterstwa chorych, w którym, zgodnie z zaleceniami rytuału obrzędów sakramentów chorych, laikat powinien odgrywać coraz większą rolę (por. SCH 4, 33). Zadaniem laikatu jest informowanie duszpasterzy o duchowy i materialnych potrzebach ludzi chorych i starszych, czynny udział w szeroko rozumianej pomocy chorym, jak też przygotowanie ich do przyjęcia sakramentów i zanoszenie im Komunii św. (por. SCH 34)¹⁰.

Jedną z ważniejszych płaszczyzn współpracy duchownych i świeckich w duszpasterstwie chorych jest działalność parafialnego zespołu charytatywnego. Do jego podstawowych zadań należy nie tylko mobilizacja charytatywna wspólnoty Ludu Bożego, ale również stałe rozpoznawanie potrzeb ludzi przeżywających załamania psychiczne, opuszczenie i samotność. Parafialny zespół charytatywny ma również za zadanie zwrócić uwagę na chorych fizycznie i psychicznie, starych, niepełnosprawnych ruchowo, słuchowo, wzrokowo i umysłowo¹¹. Niesienie pomocy tym osobom powinno obejmować zarówno troskę duchową, jak też materialno-pielęgniarską. W posługę chorym powinni zaangażować nie tylko kapłani odwiedzający chorych z posługą sakramentalną, ale również klerycy, młodzież, ministranci, członkowie różnorodnych grup działających na terenie parafii i wykwalifikowany personel medyczny. Do ich zadań należy odwiedzanie chorych, prowadzenie z nimi rozmów, opieka pielęgniarska załatwianie spraw w urzędach, sprzątanie, wykonywanie zakupów pomoc materialna¹². Członkowie parafialnych zespołów charytatywnych mogą również przygotowywać chorych

św. z udziałem chorych i niepełnosprawnych (Wellington, 23 XI 1986). W: Jan Paweł II: *Ewangelia cierpienia*. Red. J. Poniewierski. Kraków 1997 s. 127.

⁹ *Świętość. Dar i zadanie*. W: *II Polski Synod Plenarny*. Warszawa-Poznań 2001 s. 247 nr 54.

¹⁰ Krakowiak: *Odwiedziny i Komunia św.*, dz. cyt., s. 112.

¹¹ *Instrukcja Konferencji Episkopatu Polski o pracy charytatywnej w parafiach* (19 XI 1986). W: W. Przygoda: *Funkcja charytatywna Kościoła po Soborze Watykańskim II*. Lublin 1998 s. 259—260.

¹² M. Pawlos: *Duszpasterstwo chorych w parafii wielkomejskiej*. W: *W trosce o niepełnosprawnych*. Red. J. Kulik. Łódź-Warszawa 1981 s. 118—121.

do przyjęcia sakramentów i uczestniczyć razem z nimi i ich najbliższymi w mszach św. odprawianych w domach chorych. Czynne uczestnictwo krewnych i znajomych w takich mszach św. pokazuje, że w Kościele istnieje wewnętrzna jedność rozumiana w wymiarze wertykalnym i horyzontalnym¹³. Członkowie parafialnych zespołów charytatywnych mogą także dostarczać chorym prasę i książki religijne, a także nagrywać przy pomocy magnetofonu lub kamery rekoлекcje lub inne uroczystości religijne w parafii i następnie odtwarzać je podopiecznym¹⁴.

Respondentów zapytano o to, czy członkowie parafialnych zespołów charytatywnych odwiedzają chorych w domach. Twierdząco na to pytanie odpowiedziało 14,6 % respondentów, natomiast 6 % respondentów uważało, że członkowie parafialnego zespołu charytatywnego nie odwiedzają chorych w domach. Ponad połowa respondentów (56 %) nie wiedziała, czy członkowie parafialnego zespołu charytatywnego odwiedzają chorych w domach.

W świetle przeprowadzonych badań można wyciągnąć wniosek, że albo praktyka odwiedzania chorych przez członków parafialnych zespołów charytatywnych nie jest powszechnie stosowana, albo występują braki w informowaniu o życiu parafii. Tego typu informacje powinny znaleźć swoje miejsce w gablotach kościelnych, gazetkach parafialnych i parafialnych stronach internetowych. Trzeba dzielić się informacjami na temat realizowanych dzieł charytatywnych i zachęcać wiernych do włączania się w świadczenie pomocy chorym i cierpiącym.

Pomocą medyczną chorym odwiedzanym w domach mogą służyć dynamicznie rozwijające się w Polsce stacje opieki Caritas, obejmujące swoim zasięgiem teren kilku parafii. W stacjach opieki Caritas pracują pielęgniarki wyposażone w samochody i sprzęt medyczny. Odwiedzają one chorych w domach, świadcząc potrzebne usługi medyczne, pielęgnacyjne i opiekuńcze (zastrzyki, kąpiele, ćwiczenia rehabilitacyjne). Obecnie działają w Polsce 172 stacje opieki Caritas¹⁵. Porównując koszt finansowania najmniejszego domu opieki społecznej trzeba stwierdzić, że utrzymanie stacji opieki Caritas jest nieporównywalnie małe¹⁶. Wśród pracowników stacji opieki Caritas znajdują się również siostry zakonne, do zadań których należy pełniona w imieniu Kościoła działalność apostolska i dobroczynna (por. PC 8). Zależnie od charakteru swoich instytucji zakonnych i

¹³ J. Stefański: *Sakrament chorych w reformie Soboru Watykańskiego II*. Poznań 1988 s. 237.

¹⁴ W. Przygoda: *Parafialny zespół charytatywny*. RT 45:1998 z. 6 s. 232.

¹⁵ *Leksykon Kościoła katolickiego w Polsce*. Warszawa 2003 s. 260—261.

¹⁶ L. Wołoskiuk: *Dawajcie, a będzie wam dane*. TP 1997 nr 48 s. 10.

osobistych możliwości, podejmują one prace w pielęgniarstwie parafialnym i działalności charytatywnej¹⁷.

Wydaje się, że jeszcze w niedostatecznym stopniu duszpasterze i laikat realizują wezwania Magisterium Kościoła do systematycznego odwiedzania chorych w domach. W sposób szczególny należy zadbać o to, aby chorzy mogli często przyjmować Komunię św. (por. SCH 52). W realizacji tego postulatu może pomóc działalność nadzwyczajnych szafarzy Komunii św. Przyjęcie Komunii św., prowadzone rozmowy, wspólna modlitwa oraz medytacja Pisma św. pomoże chorym w zaakceptowaniu cierpienia i uzyskaniu sił do przezwyciężenia poczucia izolacji i samotności.

II. Poradnictwo duszpasterskie

Człowiek doby współczesnej żyje w czasach głębokiego przełomu, w którym jego inteligencja i praca spowodowały głębokie przemiany na polu naukowo-technicznym i w życiu społeczno-kulturalnym. Postęp wiedzy i rozwój techniki dostarczają nie tylko nowych dóbr materialnych i zdobyczy cywilizacyjnych, ale również umożliwiają dostęp do bogactwa intelektualnego i kulturalnego całej ludzkości. Nowe środki komunikacji ułatwiają wymianę myśli, umożliwiają też coraz szerszy udział w wydarzeniach mających miejsce w różnych częściach świata. Zdobycze nauk biologicznych, psychologicznych i społecznych pomagają człowiekowi głębiej wnikać w bogactwo swojej istoty (por. DM 10).

Szybkie przemiany, a także świadomość wielorakich rozdzźwięków rodzi lub wzmaga brak równowagi w dzisiejszym świecie (por. KDK 8). U człowieka współczesnego wzrasta egzystencjalny lęk (por. RH 15) związany z zagrożeniem światowego konfliktu nuklearnego, a także produktów cywilizacji materialistycznej, przyjmujących prymat rzeczy w stosunku do osoby. Przy pomocy środków zrodzonych na skutek rozwoju współczesnej cywilizacji, poszczególne jednostki, czy nawet całe środowiska, wspólnoty, społeczności lub narody mogą zapanować nad innymi ludźmi i pozbawić ich wewnętrznej wolności (por. DM 11). Często człowiek sam pozbawia się wewnętrznej wolności, stając się niewolnikiem rzeczy, stosunków ekonomicznych czy swoich własnych wytworów (por. RH 16).

Źródłem lęków i cierpień współczesnego człowieka są też szybkie i głębokie przemiany zachodzące w społecznościach lokalnych, których znaczenie wyraźnie

¹⁷ *Instrukcja o współpracy zakonnicy z duszpasterstwem parafialnym* (12–13 VI 1996). W: *Dokumenty duszpastersko-liturgiczne Episkopatu Polski 1966–1998*. Lublin 1999 s. 308.

zmniejszyło się po drugiej wojnie światowej¹⁸. Na skutek powstania wielkich regionów przemysłowych, jednostki należące do społeczności lokalnych zostały zmuszone do przemieszczania się w przestrzeni i oderwania się od miejsca i środowiska pochodzenia. Spowodowało to utratę poczucia bezpieczeństwa, w zachowaniu którego pomagały dominujące w tradycyjnych społecznościach lokalnych stosunki osobowe, łatwa identyfikacja „swoich i obcych” oraz orientacja w obowiązujących normach i wzorach zachowań¹⁹.

Zanik tradycyjnych społeczności lokalnych wiąże się również ze wzrostem poczucia anonimowości i osamotnienia człowieka współczesnego, którego kontakty ze społeczeństwem prowadzą do relacji przedmiotowych. Ciągła zmiana systemów odniesienia i konieczność pełnienia różnych ról społecznych, wymaga od jednostki ciągłego dopasowywania się do nowych sytuacji. W takiej sytuacji rośnie też poczucie zagrożenia związane z wielością reklam, ogłoszeń i różnorodnych propozycji światopoglądowych. Nie potrafiąc objąć całej otaczającej rzeczywistości, jednostka ludzka czuje się w niej zagubiona i zdezorientowana²⁰.

Szybkie tempo życia, wysokie wymagania stawiane przez pracodawców, silna konkurencja i obawa przed bezrobociem, zanik więzi małżeńskich i rodzinnych wpływają na stan zdrowia psychicznego ludzi, u których w ostatnich dziesięcioleciach zauważa się zwiększoną liczbę zaburzeń psychicznych. Jest to nowe oblicze szeroko rozumianego ubóstwa współczesnego świata, w którym *sam Chrystus w ubogich niejako pełnym głosem odwołuje się do miłości swoich uczniów* (KDK 88). Odpowiedzią na zaburzenia w funkcjonowaniu osobowości i zagubienia współczesnego człowieka ma być pomoc świadczona przez sieć poradnictwa psychologicznego²¹, będącą częścią duszpasterstwa specjalistycznego.

¹⁸ R. Dyoniziak, K. Iwanicka: *Spoleczeństwo w procesie zmian*. Kraków 1994 s. 56—57.

¹⁹ Tamże, s. 91.

²⁰ L. Dyczewski: *Rodzina. Społeczeństwo. Państwo*. Lublin 1994 s. 37—38.

²¹ Ma ona swoje źródło w ekumenicznym ruchu psychologiczno-pastoralnym *Pastoral Counseling*, który narodził się w latach dwudziestych XX w. w USA. Jego zadaniem jest niesienie pomocy psychologicznej osobom przeżywającym problemy w funkcjonowaniu osobowości. W ramach tego ruchu powstało Amerykańskie Stowarzyszenie Doradców Pastoralnych (American Association of Pastoral Counselors). Przynależność do tego stowarzyszenia wymaga posiadania stopnia akademickiego, trzyletniej praktyki duszpasterskiej w parafii, klinicznych ćwiczeń pastoralnych i wielu godzin praktyki sprawowanej pod specjalistycznym nadzorem. Stowarzyszenie organizuje kursy i ćwiczenia przygotowujące duchownych i świeckich do prowadzenia poradnictwa pastoralnego przy parafiach i szpitalach. Jest ono finansowane przez różne Kościoły, z którymi utrzymuje ścisłe związki. Katolicy przyłączyli się do Stowarzyszenia Doradców Pastoralnych po Soborze Watykańskim II.

Polscy duszpasterze i psychologowie aktywnie włączyli się do prac Stowarzyszenia Doradców Pastoralnych, czego wyrazem był udział polskiej delegacji w Międzynarodowym Kongresie Pastoralnym w Edynburgu w 1979 r. i współudział w zorganizowaniu Europejskiego Kongresu

Wśród szeregu rodzaju poradnictwa wyróżnia się jego formę pastoralną, zwaną poradnictwem duszpasterskim albo pastoralnym²².

Poradnictwo duszpasterskie nie jest skierowane do osób zaburzonych osobowościowo, lecz przeżywających trudności egzystencjalne lub kryzysy religijne²³. Poradnictwo duszpasterskie wpisuje się w misję Kościoła jako środek ewangelizacyjny, którego zadaniem jest pomoc osobom przeżywającym różnorodne zaburzenia emocjonalne w polepszeniu więzi interpersonalnych z Bogiem i ludźmi. Doradca próbuje pomóc swoim rozmówcom, okazując im akceptację i prowadząc z nimi szereg rozmów duszpasterskich. Świadczona porada nie kończy się tylko na poziomie akceptacji, ale prowadzi do otwarcia się na łaskę słowa Bożego i sakramentów²⁴.

W przeszłości poradnictwo duszpasterskie było w większości prowadzone przez kapłanów, którzy często nie byli do tego przygotowani. Obecnie wśród doradców pastoralnych spotyka się coraz częściej odpowiednio przygotowanych duszpasterzy, a także osoby świeckie i siostry zakonne. Próbują oni, w duchu przeżywanej przez siebie wiary, pomóc ludziom poszukującym porady pastoralnej związanej z problemami natury osobistej, społecznej, małżeńskiej, powołaniowej i duchowej²⁵.

Jedną z najczęściej stosowanych metod w poradnictwie duszpasterskim jest opierająca się na psychologii humanistycznej C. Rogersa „metoda niedyrektywna”. Zapropował on nowy typ kontaktu między terapeutą a poszukującym porady człowiekiem, w którym nie dąży się do uzyskania z góry zaplanowanego celu, ale cierpliwie wędruje się z rozmówcą po świecie jego emocji, pomagając

Pastoralnego w Lublinie w 1981 r. Przy Katolickim Uniwersytecie Lubelskim działa poddyplomowe, dwuletnie Studium Poradnictwa Psychologicznego i Psychoterapii dla Duchowieństwa. Jego uczestnicy, obok wykładów specjalistycznych z zakresu psychologii, psychiatrii i psychologii religii, odbywają praktyki w klinikach i szpitalach psychiatrycznych (zob. H. Krzysteczek: *Formacja specjalistów i duszpasterzy w zakresie poradnictwa pastoralnego*. „Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne”. R. 1986–1987 nr 19–20 s. 244–249).

²² *Poradnictwo pastoralne różni się od poradnictwa psychologicznego celami, motywacjami, i rodzajem proponowanej pomocy. Korzysta ono z dorobku psychologii współczesnej i stosuje jego rozwiązania do swoistej grupy ludzkich problemów, jest jednak adresowane do innego wymiaru egzystencji niż psychoterapia i poradnictwo psychologiczne. Zawiera w sobie elementy analizy filozoficzno-teologicznej, jak i refleksji ukierunkowanej. Człowieka rozumie się tu jako egzystencje podmiotową i ukierunkowaną, wolną i odpowiedzialną, otwartą i spełniającą się* (K. Popiełski: *Koncepcja logoterapii V. E. Frankla i jej znaczenie w poradnictwie psychologiczno-pastoralnym*. W: *Wybrane zagadnienia z psychologii pastoralnej*. Red. Z. Chlewiński. Lublin 1989 s. 71–72).

²³ Tomkiewicz: *Duszpasterstwo indywidualne*, dz. cyt., s. 600.

²⁴ M. Szentmartoni: *Psychologia pastoralna*. Kraków 1995 s. 33–35.

²⁵ R. Vaughan: *Poradnictwo pastoralne a zaburzenia osobowości*. Kraków 1999 s. 18–19.

jemu jednocześnie w znalezieniu dróg wyjścia z sytuacji kryzysowej. Kontakt terapeutyczny powinien łączyć się z cierpliwym wysłuchiowaniem partnera i udzielaniem jemu pomocy przy wyrażaniu pewnych stanów emocjonalnych. Drogą prowadzącą do osiągnięcia sukcesów jest usuwanie lęków przeszkadzających swobodnemu wypowiedzianiu swoich odczuć i przemyśleń, oraz budowanie atmosfery wzajemnego zaufania. Tą drogą można dojść do stopniowej zmiany świadomości partnera i wzrostu jego autonomii, samodzielności i dojrzałości²⁶.

Dobremu nawiązaniu kontaktu z rozmówcą służą zasadniczo trzy cechy osoby prowadzącej poradnictwo duszpasterskie: autentyczność, bezwarunkowe, związane z miłością zaakceptowanie rozmówcy i jego empatyczne rozumienie. Autentyczność i otwartość doradcy daje rozmówcy poczucie bezpieczeństwa i pomaga w zredukowaniu lęku i mechanizmów obronnych. Z kolei bezwarunkowa akceptacja i empatia ze strony doradcy pomaga rozmówcy zaakceptowaniu doświadczeń, które do tej pory ograniczały jego rozwój i wprowadzeniu konstruktywnych zmian w życiu²⁷.

Do najbardziej rozpowszechnionych w Polsce form poradnictwa duszpasterskiego zalicza się poradnictwo małżeńskie i rodzinne. Podstawowym zadaniem sieci poradni małżeńskich, będących częścią duszpasterstwa rodzin, jest przygotowanie narzeczonych do podjęcia obowiązków małżeńskich i rodzinnych. Poradnie świadczą również pomoc rodzinom przeżywającym wielorakie sytuacje kryzysowe związane z brakiem znajomości zasad kontaktu interpersonalnego i praktycznymi umiejętnościami rozwiązywania konfliktów. Służąc pomocą w podjęciu odpowiedzialnego rodzicielstwa związanego z naturalnymi metodami regulacji poczuc²⁸, poradnie mają też dostarczać informacji dotyczących wychowywania dzieci, przepisów prawnych i prowadzenia życia wewnętrznego²⁹. Wieloraka pomoc różnorodnych specjalistów świeckich (lekarze, prawnicy, psychologowie, pracownicy społeczni, doradcy) służy nie tylko rodzinom, ale pośrednio całej społeczności ludzkiej i Kościołowi (por. FC 75).

Działalność na płaszczyźnie poradnictwa rodzinnego stanowi wspaiałą okazję do rozwijania apostołstwa dobrze uformowanego i przygotowanego laikatu. Duszpasterze powinni wyszukiwać osoby o odpowiednich kwalifikacjach moralnych, doświadczeniu życiowym (małżonkowie) i zdolnościach do łatwego

²⁶ J. Gryniakow: *Duszpasterstwo ewangelickie*. Warszawa 1980 s. 31—33.

²⁷ L. Grzesiuk: *Zjawiska w psychoterapii*. W: *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Red. L. Grzesiuk. Warszawa 1995 s. 156—157.

²⁸ E. Sujak: *Poradnictwo małżeńskie i rodzinne*. Katowice 1988 s. 20—22.

²⁹ Pierwsza Instrukcja Episkopatu Polski dla duchowieństwa o przygotowaniu wiernych do sakramentu małżeństwa i o duszpasterstwie rodzin (12 II 1969). W: *Dokumenty duszpastersko-liturgiczne*, dz. cyt., s. 185—186.

nawiązywania kontaktów z otoczeniem. Po odbyciu odpowiedniego przeszkolenia mogą oni podejmować pracę w poradnictwie rodzinnym, niosąc pomoc małżeństwom i rodzinom przeżywającym wielorakie trudności i problemy³⁰.

Poradnictwo duszpasterskie nie ogranicza się jedynie do sieci poradni małżeńsko-rodzinych, lecz obejmuje również inne formy działania, związane między innymi z działalnością poradni psychologicznych i telefonu zaufania. Zadaniem wspomnianych instytucji jest niesienie pomocy osobom przeżywającym wielorakie kryzysy osobowościowe. Świadczona pomoc może mieć charakter zarówno poznawczy (diagnostyczny), jak też terapeutyczny (lecniczy). W pierwszym przypadku psycholog stwarza swojemu rozmówcy warunki do pogłębienia znajomości samego siebie i odkrycia źródeł występujących trudności. Drugi etap świadczonej pomocy wiąże się między innymi z działaniami zmierzającymi do uwolnienia osoby przeżywającej zaburzenia osobowościowe od niepożądanych emocji i uświadomieniem jej poczucia własnej wartości. W zależności od występujących zaburzeń i indywidualnych cech osobowości, psycholog udziela swojemu rozmówcy odpowiedniego wsparcia, uczy nawiązywania kontaktów społecznych z najbliższym otoczeniem oraz sposobów postępowania w trudnych sytuacjach³¹.

Na podstawie przeprowadzonych badań można wnioskować, że formy poradnictwa duszpasterskiego funkcjonują w Polsce w bardzo małym wymiarze. Na pytanie dotyczące korzystania z pomocy katolickiej poradni psychologicznej, pozytywnie odpowiedziało 1,1 % ogółu respondentów. Z kolei na pytanie dotyczące korzystania z pomocy katolickiego telefonu zaufania, pozytywnie odpowiedziało 0,6 % badanych.

Uzyskane wyniki badań pokazują obszar pracy z osobami chorymi, który nie jest zagospodarowany przez polskie duszpasterstwo. Wzrastająca liczba problemów we współczesnym świecie związanych z zagubieniem w anonimowości miast, stresami związanymi z życiem zawodowym, bezrobociem, rozpadem więzi rodzinnych, frustracją spowodowaną postępującą brutalizacją życia społecznego i innymi sytuacjami wymaga od Kościoła właściwego odczytania „znaków czasu” i sprostaniu rodzącym się potrzebom. Trzeba do nich zaliczyć konieczność rozbudowania sieci istniejących już poradni małżeńskich i rodzinnych, a także poszerzenia świadczonej przez te poradnie pomocy³².

³⁰ B. Mierzwiński: *Formy duszpasterstwa rodzin*. AK 66:1974 nr 395 s. 412.

³¹ Z. Płużek: *Psychologia pastoralna*. Kraków 1994 s. 185—187.

³² Od 1981 r. działa w Tarnowie Poradnia Specjalistyczna ARKA, w prace której zaangażowanych jest 18 osób: sześciu psychologów, pięciu pedagogów, dwóch prawników, dwóch lekarzy i trzech duszpasterzy. Udzielają oni pomocy w rozwiązywaniu problemów osobistych, małżeńskich i rodzinnych obejmujących zaburzenia zdrowia psychicznego, trudności związane z wychowywa-

Człowiek współczesny, przeżywający wiele problemów i pragnący bezpośredniego kontaktu z ludźmi, oczekuje pomocy w rozwiązywaniu swoich życiowych trudności. Służy temu wiele form duszpasterstwa indywidualnego, do których zalicza się duszpasterstwo realizowane przez telefon.

Telefon duszpasterski powstał w 1953 r. w Wielkiej Brytanii, gdzie zaniepokojony wzrastającą liczbą samobójstw, duchowny anglikański C. Varah umieścił w londyńskiej prasie ogłoszenie: *Jeśli chcesz popełnić samobójstwo najpierw zadzwoń do mnie. Telefon 9000*. W ten sposób zaczęły powstawać telefoniczne środki pomocy „The Samaritans”, świadczące pomoc osobom usiłującym popełnić samobójstwo. Z biegiem czasu forma pomocy telefonicznej rozpowszechniła się w innych państwach, obejmując osoby przeżywające wielorakie trudności życiowe. Przy ośrodkach pomocy telefonicznej zaczęły powstawać poradnie psychologiczne, gdzie można spotkać się z psychiatrami, psychologami czy duszpasterzami³³. W Polsce istnieje Towarzystwo Pomocy Telefonicznej, które skupia osoby pracujące w telefonach zaufania i organizuje dla nich spotkania formacyjne. Stwarzają one okazję do wymiany doświadczeń i doskonalenia umiejętności w „sztuce słuchania”³⁴.

Głównym zadaniem telefonu duszpasterskiego jest rozwiązywanie kryzysów egzystencjalnych i niesienie pomocy osobom poszukującym sensu życia. Pytanie o sens wiąże z pytaniem o miejsce Boga w życiu człowieka. Osoby pracujące w telefonie duszpasterskim, a szczególnie duszpasterze, mogą przekazywać pośrednio lub bezpośrednio zawierającą troskę o człowieka i jego zbawienie Dobrą Nowinę. Ich zadaniem jest życzliwe wysłuchanie, rozładowanie napięcia emocjonalnego rozmówcy oraz ukazanie jemu perspektyw życiowych³⁵.

Ważną rolę w poradnictwie duszpasterskim rozwijanym w ramach poradni psychologicznej czy duszpasterskiego telefonu zaufania mogą odegrać dobrze

niem dzieci, zagadnienia duchowo-religijne, porady z zakresu cywilnego i kościelnego prawa małżeńskiego, adopcji. Przy poradni działa również jest telefon zaufania. Istnieją plany zorganizowania zajęć z terapii rodzin oraz utworzenia podobnych ośrodków w innych miastach diecezji. (W. Szewczyk: *Poradnia specjalistyczna i telefon zaufania „ARKA”*. W: *Duszpasterz wczoraj, dziś i jutro. Pierwsze kroki duszpasterza*. Red. A. Michalik. Tarnów 1997 s. 244—245).

Od 1999 r. działa w Warszawie ośrodek pomocy psychologicznej utworzony z inicjatywy Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich i Caritas Archidiecezji Warszawskiej, w którym można skorzystać z pomocy psychologa, psychoterapeuty, psychiatry i księdza. Ośrodek świadczy pomoc psychoterapeutyczną w problemach małżeńskich, wychowawczych, depresjach, nerwicach, kryzysach, uzależnieniach od alkoholu, sekt itp.

³³ Zob. A. Bartoszek: *Telefon zaufania w służbie człowiekowi i społeczeństwu. Moralne aspekty usługi telefonicznej*. Katowice 2003 s. 36—41.

³⁴ B. K.: *Jasnogórski Telefon Zaufania dziękuje „Niedzieli”*. „Niedziela”. R. 1999 nr 59 s. 19.

³⁵ Tomkiewicz: *Duszpasterstwo indywidualne*, dz. cyt., s. 623.

wyszkoleni i uformowani ludzie świeccy. Ich szkolenie i formacja nie ogranicza się jedynie do zdobywania wiedzy i umiejętności związanych z empatycznym podejściem do człowieka, ale również obejmuje trud kształtowania własnych sumień³⁶. Posiadając fachowe przygotowanie do pracy z ludźmi przeżywającymi różnorodne kryzysy egzystencjalne i rozwojowo-sytuacyjne³⁷ oraz odpowiednie kwalifikacje moralne, mogą oni wyjść naprzeciw rosnącemu zapotrzebowaniu na oczekiwania współczesnego człowieka poszukującego akceptacji i zrozumienia. Połączenie fachowej wiedzy z osobistymi charyzmatami, obejmującymi wrodzoną zdolność do empatii i umiejętność słuchania drugiego człowieka, może przynieść dużo owoców.

Działalność katolickiej poradni psychologicznej i istniejącego przy niej duszpasterskiego telefonu zaufania stanowi jedną z form indywidualnego duszpasterstwa chorych. W świetle przeprowadzonych badań wynika, że jest to forma bardzo mało rozpowszechniona na gruncie polskim, wymagająca intensywnego rozwoju. Odpowiedź Kościoła na potrzeby przeżywającego wiele problemów współczesnego człowieka ma być wyrazem wierności wezwaniu Chrystusa Dobrego Pasterza, który szuka każdej zagubionej owcy, pomaga jej w leczeniu ran i przyprowadza do owczarni (Mt 18, 12—14; Mt 9, 36). Taką zagubioną owcą jest przeżywający wielorakie kryzysy człowiek współczesny, który oczekuje fachowej, świadczonej z miłością pomocy.

III. Środki społecznego przekazu

Wezwanie Chrystusa do głoszenia Ewangelii całemu światu (Mk 16, 15) jest realizowane przez Kościół przy pomocy różnego rodzaju metod, z wykorzystaniem różnorodnych zdobyczy współczesnej techniki. Należą również do nich środki społecznego przekazu³⁸, które *mogą i powinny być narzędziami w służbie*

³⁶ Bartoszek: *Telefon zaufania w służbie człowiekowi i społeczeństwu*, dz. cyt., s. 85—86.

³⁷ Słowo *kryzys* wywołuje w języku polskim negatywne skojarzenia związane z bolesnymi dramatami i negatywnymi doświadczeniami w życiu człowieka. Greckie *krisis* ma jednak szereg różnych znaczeń: siła rozróżniająca, oddzielenie, preferencja, spór, wybór, znalezienie rozwiązania, interpretacja itp. Sytuacje kryzysowe wywołując stresy emocjonalne i umysłowe, mogą pociągać za sobą progresywne lub regresywne zmiany w funkcjonowaniu struktury osobowościowej. Kierunek tych zmian zależy od sposobu jego rozwiązywania. Kiedy jednostka ucieka przed znalezieniem wyjścia z zaistniałej sytuacji lub stosuje złe sposoby rozwiązywania kryzysu, naraża się na negatywne skutki w rozwoju osobowości i życiu wewnętrznym. Rodzi się więc potrzeba właściwie udzielonej pomocy w różnorodnych doświadczeniach (zob. A. Jacyniak, Z. Płużek: *Świat ludzkich kryzysów*. Kraków 1996 s. 11—13.

³⁸ W literaturze dotyczącej współczesnych technik komunikacji, używa się różnorodnych terminów, takich jak „środki społecznego przekazu” lub „mass media”. Pierwsze określenie, bliskie

prowadzonej przez Kościół reewangelizacji i nowej ewangelizacji współczesnego świata (AEN 11). Pełną ocenę przydatności środków społecznego przekazu dla misji ewangelizacyjnej Kościoła przyniósł dekret Soboru Watykańskiego II „*Inter mirifica*”³⁹, oraz zawierająca do niego przepisy wykonawcze, instrukcja duszpasterska „*Communio et progressio*”⁴⁰ z 1971 r. W dekreście o środkach społecznego przekazywania myśli ojcowie soborowi podkreślili, że *Kościół katolicki (...) uznaje że do jego obowiązków należy głoszenie orędzia zbawienia również za pomocą środków społecznego przekazu, i pouczanie ludzi o właściwym ich wykorzystaniu. Kościołowi z natury przysługuje prawo posiadania i stosowania wszystkich tych środków w takim zakresie, w jakim są niezbędne lub pożyteczne w chrześcijańskim wychowaniu i w wszelkich działaniach podejmowanych dla zbawienia dusz* (DSP 3). Środki społecznego przekazu umożliwiają współczesnemu człowiekowi wymianę informacji, dzięki której wszyscy ludzie stają się uczestnikami problemów i trosk doświadczanych na całym świecie (por. CP 19). Dzięki nim można również poznać dzieła artystyczne i kulturalne, co przyczynia się do rozwoju całej ludzkości (por. CP 49).

Kościół, chcąc przyciągnąć i zająć uwagę odbiorców podczas przedstawiania i wyjaśniania zagadnień religijnych, ma korzystać z pomocy współczesnych środków społecznego przekazu. Język i sposób komunikowania powinien być dostosowany do wymagań ludzi współczesnych, którzy przyzwyczaili się do atrakcyjnych sposobów informowania i przekonywania, i *co najwyżej tolerują przeciętny poziom widowisk, tym bardziej, jeżeli on jest związany z ceremoniami liturgicznymi, przepowiadaniem i katechezą* (CP 130—131).

wpływowi języka francuskiego, występuje w dokumentach Soboru Watykańskiego II, drugie zaś jest używane w krajach anglosaskich. Gwałtowny rozwój przemysłu i technologii w końcu XIX i na początku XX w. sprawił, iż pewne dobra kulturalne obejmujące prasę, film, płyty, radio i telewizję były produkowane masowo, z przeznaczeniem dla masowych odbiorców. Na określenie tego zjawiska zaczęto używać terminu „mass media” (zob. S. Pamuła: *Środki społecznego przekazu a dzieło ewangelizacji*. W: *Program duszpasterski na rok 1994/1995*. Red. E. Szczotok, A. Lisowacka. Katowice 1994 s. 399).

³⁹ Był to drugi dokument soborowy po Konstytucji o liturgii świętej. Jest on zbudowany dychotomicznie. W pierwszym rozdziale znajduje się doktryna Magisterium Kościoła poświęcona środkom społecznego przekazu, natomiast rozdział drugi mówi o działalności Kościoła na tej płaszczyźnie. Wspomniany dekret polecił wprowadzenie Dnia Środków Społecznego Przekazu (DSP 18), który w skali Kościoła Powszechnego jest obchodzony od 1967 r., a w Kościele w Polsce od 1975 r., w trzecią niedzielę września.

⁴⁰ Wspomniana instrukcja wyjaśnia teologię środków społecznego przekazu oraz stanowi punkt zwrotny w otwarciu się Kościoła na dialog wewnętrzny oraz zewnętrzny w tym zakresie. W dwudziestą rocznicę ogłoszenia instrukcji „*Communio et progressio*” Papieska Rada ds. Środków Społecznego Przekazu ogłosiła nową instrukcję duszpasterską „*Aetatis novae*”, dostosowując poprzedni dokument do sytuacji współczesnego świata.

Według papieża Jana Pawła II sprawą niezmiernie ważną jest wykorzystywanie w duszpasterstwie chorych środków społecznego przekazu, które łącząc ludzkość, stały się głównym narzędziem informacyjnym i formacyjnym. Duszpasterze i świeccy mają starać się wykorzystywać media stanowiące formę współczesnego „areopagu” w prowadzonych pracach apostołskich⁴¹. Zadaniem pracowników środków społecznego przekazu nie jest tylko informowanie o różnych wydarzeniach współczesnego świata przenikniętych cierpieniem, lecz również niesienie ulgi i dodawanie otuchy⁴².

Dzięki środkom społecznego przekazu ludzie chorzy i starzy mogą bezpośrednio uczestniczyć w życiu Kościoła (por. CP 150). Umożliwiają one udział w wydarzeniach religijnych, niosąc szczególną pociechę⁴³. Ważną rolę odgrywa niedzielna transmisja mszy św. przez telewizję i radio. Dla osób dotkniętych chorobą lub przebywających w szpitalu jest ona formą uczestnictwa w liturgii Kościoła, niosącą duchowe umocnienie. Szczególne znaczenie ma dla nich przeżywana w łączności z innymi chorymi i ich rodzinami msza św. transmitowana w czasie obchodów Dnia Chorego⁴⁴. Prowadzone transmisje zwracają też uwagę ludziom zdrowym na rolę modlitwy i cierpień chorych w budowaniu jedności Kościoła i społeczeństwa⁴⁵. Dzięki powiązaniu ich z posługą nadzwyczajnych szafarzy Eucharystii przynoszących do domu Komunię św., chorzy mogą w pełni korzystać z owoców niedzielnej mszy św. (DD 54).

Do 1989 r. Kościół katolicki w Polsce praktycznie był pozbawiony prawa do posiadania i korzystania ze środków społecznego przekazu. Prasa katolicka była cenzurowana i trudno dostępna, nie było też dostępu do radia i telewizji. Jedy- nym wyjątkiem stanowiła od 1980 r. transmisja niedzielnej mszy św. z kościoła św. Krzyża w Warszawie i mszy św. z Gdańska dla tych „co na morzu”.

Po przełomie 1989 roku został rozbity monopol państwa w dziedzinie mass mediów, co między innymi zaowocowało powstaniem w telewizji i radiu redakcji programów katolickich. Po 1991 r. powstało wiele rozgłośni radiowych, prowadzonych przez diecezje, zakony i stowarzyszenia, natomiast w 1993 r. zarejestrowano Ogólnopolskie Stowarzyszenie Rozgłośni Katolickich VOX, którego zadaniem było stworzenie centralnego studia emitującego atrakcyjne programy

⁴¹ Zob. Dz 17, 22—31; RM 37; DSP 13.

⁴² Jan Paweł II: *Przemówienie do przedstawicieli środków społecznego przekazu (Brisbane, 25 XI 1986)*. OR 8:1987 nr 2 s. 17.

⁴³ Jan Paweł II: *Orędzie na Światowy Dzień Środków Społecznego Przekazu (1 V 1980)*. OR 1:1980 nr 6 s. 4.

⁴⁴ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia: *Światowy Dzień Chorego. Dlaczego i jak obchodzić?* Watykan 1992 s. 44.

⁴⁵ A. Baczyński: *Telewizja w służbie ewangelizacji*. Kraków 1998 s. 173—174.

ogólnopolskie. Po czterech latach stowarzyszenie przekształciło się w spółkę producencką PLUS, do której przystąpiły 22 rozgłośnie diecezjalne. Obecnie programy tego radia słucha od 4 % do 5 % słuchaczy⁴⁶. Pojawiły się również próby tworzenia telewizji katolickiej, które zaowocowały najpierw powstaniem Telewizji Niepokalanów, Telewizji PULS oraz TRWAM⁴⁷.

W przeżywanej obecnie transformacji ustrojowej w Polsce środki społecznego przekazu odgrywają ważną rolę. Dzięki nim również przed Kościołem otworzyły się nowe perspektywy pracy duszpasterskiej. Może on już bez przeszkód wykorzystywać środki społecznego przekazu, realizując podstawowe elementy swojego zbawczego posłannictwa obejmujące posługę katechetyczną, liturgiczno-sakramentalną i szeroko rozumiany apostołat. Wydaje się, że najbardziej zadawalające użycie tych środków zauważa się w katechezie, natomiast nie korzysta się z nich w pełni w posłudze liturgiczno-sakramentalnej⁴⁸. Brakuje też pewnych form kooperacji wewnątrzkościelnych, obejmujących nawiązanie ścisłej współpracy w zakresie podejmowanych działań i odpowiedniego wykorzystania mass mediów w dziele ewangelizacyjnym Kościoła w Polsce⁴⁹.

Zbyt mało wykorzystuje się środki społecznego przekazu w duszpasterstwie chorych. Przy ich pomocy można ukazywać chrześcijański sens cierpienia, tłumaczyć miejsce i rolę chorych w Kościele i społeczeństwie, nieść im słowa otuchy i pociechy. Środki społecznego przekazu mogą również uwrażliwiać ludzi zdrowych na potrzeby osób chorych i cierpiących, budzić i koordynować inicjatywy związane z niesieniem im wszechstronnej pomocy, dostarczać informacji

⁴⁶ Zob. J. Mariański: *Kościół katolicki w Polsce a środki społecznego przekazu*. W: *Kościół i religijność Polaków 1945-1999*. Red. W. Zdaniewicz. T. Zembrzuski. Warszawa 2000 s. 45–51.

⁴⁷ W 1999 r. Telewizja Niepokalanów nadawała swój program przez 12 godzin na dobę, obejmując swoim zasięgiem 1/3 polskich gospodarstw domowych. Nie miała ona jednak silnego zaplecza kadrowego, finansowego i technicznego. W 1996 roku rozpoczęły się prace nad projektem stworzenia Telewizji Familijnej koordynowane przez Waldemara Gaspera, wiceprezesa Radia Plus. Telewizja Familijna rozpoczęła swoją działalność 19 stycznia 2001 r. Nie była ona telewizją konfesyjną, chociaż powstała w porozumieniu z Episkopatem Polski. Jej oferta programowa, będąc przyjazną całej rodzinie, miała unikać pokazywania przemocy i szanować wartości chrześcijańskie. 8 kwietnia 2003 r. Sąd Gospodarczy w Warszawie ogłosił upadłość borykającej się z problemami finansowymi telewizji familijnej. Z kolei 13 lutego 2003 r. Krajowa rada Radiofonii i Telewizji przyznała koncesję prowadzonej przez Fundację „Lux Veritatis” Telewizji TRWAM. Telewizja TRWAM, która rozpoczęła swoją działalność 12 czerwca 2003 r., emitując program o charakterze edukacyjno-poradniczo-religijnym (zob. „Biuletyn KAI”. R. 2001 nr 12 s. 9–10; „Biuletyn KAI”. R. 2003 nr 7 s. 4; „Biuletyn KAI”. R. 2003 nr 15–16 s. 33).

⁴⁸ Z. Narecki: *Mass media. Sztuka komercyjna a duszpasterstwo*. RT 46:1999 z. 6 s. 214–215.

⁴⁹ Tamże, s. 220.

związanej z podstawowymi zasadami psychologii choroby i specyficznych relacji między światem ludzi chorych i zdrowych.

A jaka jest częstotliwość korzystania chorych z programów katolickich w środkach społecznego przekazu? Przeprowadzone przez autora artykułu badania pokazują, że 42,3 % chorych w miarę systematycznie korzysta z programów katolickich w środkach społecznego przekazu⁵⁰.

Po 1989 r., kiedy Kościół uzyskał dostęp do mediów, nastąpił okres poszukiwania form obecności w środkach masowego przekazu. Początkowo wypracowano formułę „okienek kościelnych”, którymi były programy nadawane w określone godziny tygodnia. Pojawienie się tych programów, tak jak wcześniejsza transmisja radiowa mszy św. cieszyło się dużym zainteresowaniem odbiorców. Obecnie przy zmieniających się oczekiwaniach widzów i radiosłuchaczy obserwuje się mniejsze zainteresowanie programami katolickimi. W Polsce nadal nie są dostatecznie wykorzystane możliwości duszpasterskie, jakie niesie ze sobą nieograniczony dostęp do mass mediów. Programy radiowe i telewizyjne są skierowane głównie do osób uczęszczających do kościoła, a zapomina się o tych, którzy do niego nie chodzą⁵¹. Wydaje się również, że środki społecznego przekazu zbyt mało uwagi poświęcają osobom chorym, emitując niedostateczną liczbę przeznaczonych dla nich audycji. Twierdzi tak 41,1 % badanych chorych.

Istniejący stan rzeczy powinny pobudzić do myślenia zarówno decydentów kościelnych, jak również pracowników środków społecznego przekazu, co zarazem będzie stanowiło odpowiedź na wezwanie Kościoła do opracowywania przez Konferencję Episkopatu i każdą diecezję ramowego programu duszpasterskiego dotyczącego przekazu społecznego, celów działań, propozycji finansowania i koordynacji podjętych wysiłków (por. AEN 23). Taki program, opracowywany przez zespół roboczy składający się z przedstawicieli Kościoła i specjalistów świeckich, powinien zawierać wskazania i sugestie związane z realistycznymi celami i priorytetami pracy (por. AEN 25). Współpraca świeckich i duchownych w dziedzinie środków współczesnego przekazu, zakładająca poszanowanie wzajemnych kompetencji i autonomii, może przynieść wiele pożytecznych owoców.

⁵⁰ Badania przeprowadzone przez Instytut Statystyki Kościoła Katolickiego SAC w 1998 r. pokazują, że spośród badanych osób 71,6 % słucha z różną częstotliwością radiowych programów religijnych, natomiast codzienny kontakt z programami radiowymi i telewizyjnymi o tematyce religijnej deklaruje 15 % respondentów (zob. K. Klauza: *Mass media a religijność. W: Religijność Polaków 1991–1998*. Red. W. Zdaniewicz. Warszawa 2001 s. 138).

⁵¹ J. Pałyga: *Jak ewangelizować?*, tamże, s. 115.

Nie rezygnując z obecności w sferze publicznych środków przekazu, Kościół winien również tworzyć, utrzymywać i rozwijać własne środki i programy, obejmujące katolicką prasę i wydawnictwa, radiofonię i telewizję, biura prasowe oraz instytucje i programy kształcące w zakresie przekazu społecznego (por. AEN 17). W sposób szczególny należy tworzyć i rozwijać prasę katolicką, która zgodnie z prawem naturalnym i nauką Kościoła ma kształtować i umacniać opinię publiczną (por. DSP 14). Wierni powinni być zachęceni do regularnego czytania prasy i wydawnictw katolickich, które mają nie tylko informować o wydarzeniach w Kościele, ale też kształtować mentalność chrześcijańską (por. CP 140).

Ogólny nakład prasy katolickiej (obecnie obejmuje ona około 300 tytułów prasy ogólnopolskiej, regionalnej i diecezjalnej) wynosi około 2 milionów egzemplarzy, co stanowi około 2,5 % całego rynku prasowego⁵². Dużo wydawnictw katolickich charakteryzuje się ubogą szatą graficzną i niskim poziomem merytorycznym. W zestawieniu z olbrzymią liczbą tytułów prasy świeckiej, która wyróżnia się wysokim poziomem edytorskim, ale często bardzo płytkimi treściami, wydawnictwa katolickie cechuje nieraz amatorszczyzna⁵³. Dużo do życia pozostawia język prasy religijnej, który odznacza się zbyt propagandowym nastawieniem, perswazją stylu, nadmierną ilością wyrazów wartościujących, archaizmów oraz mentorstwem. Jest to często język przesiąknięty sentymentalizmem i rzewną podniosłością, odległy współczesnemu człowiekowi oczekującemu prostoty i bezpośredniości⁵⁴.

A jakie pisma religijne czytane są przez chorych? Przeprowadzone badania pokazują, że do najbardziej poczytnych czasopism religijnych należą: „Niedziela” (26,6 %), „Rycerz Niepokalanej” (17 %), „Przewodnik Katolicki” (12 %) oraz „Nasz Dziennik” i „Gość Niedzielny” (10 %)⁵⁵. Pewne zdziwienie budzi fakt, że „Apostolstwo Chorych”, czasopismo przeznaczone szczególnie dla chorych, jest czytane zaledwie przez 2,8 % badanych. Niepokoi fakt, że 38,8 % badanych nie czyta żadnych czasopism religijnych.

⁵² Zob. „Biuletyn KAI”.R. 2003 nr 38 s. 13—16.

⁵³ Zob. R. Rogowski: *Wyrte w sercach*. „Znak”. R. 51:1999 nr 524 s. 48—49.

⁵⁴ J. Bagrowicz: *EWangelizacja przez prasę*. W: *Program duszpasterski na rok 1994/1995*, dz. cyt., s. 415.

⁵⁵ Według sondażu Instytutu Badania Mediów i Rynku „Estymator” z jesieni 1996 roku, „Niedzielę” czyta 2,1 %, natomiast „Gościa Niedzielnego” 1,6 % ogółu Polaków. Z kolei badania przeprowadzone przez Instytut Statystyki Kościoła Katolickiego SAC w 1998 roku pokazują, że spośród badanych osób 36 % czyta „Niedzielę”, 21,1 % „Gościa Niedzielnego”, 6 % „Rycerza Niepokalanej”, 2,6 % „Tygodnik Powszechny” (zob. Klauza: *Mass media*, dz. cyt., s. 137; Mariański: *Kościół katolicki*, dz. cyt., s. 52).

A jak respondenci oceniają ilość artykułów dla chorych zamieszczanych na łamach prasy katolickiej? Według 29,4 % respondentów czasopisma religijne zamieszczają wystarczającą liczbę artykułów dla chorych. O niewystarczającej liczbie artykułów dla chorych wypowiada się 22,9 % badanych. Czy uzyskane wyniki badań nie są jakimś sygnałem dla wszystkich osób odpowiedzialnych za kształt prasy katolickiej? Wydaje się, że za mało w niej artykułów przeznaczonych dla chorych, które przedstawiałyby nie tylko teologię choroby, ale również niosły pociechę i umocnienie, a także praktyczne rady z zakresu psychologii cierpienia. Cennym wydaje się również publikowanie świadectw osób cierpiących i ich rodzin dotyczące konkretnych sposobów walki z chorobą i cierpieniem.

Dużą rolę w psychoterapii osób chorych może odegrać kontakt z prasą i książką religijną. Dotyczy to szczególnie chorych przebywających w szpitalach, którzy mając dużo wolnego czasu, przeżywają momenty zniechęcenia i nudy⁵⁶. Człowiek chory, cierpiący na różnorakie schorzenia, często rozmyśla o swoim stanie zdrowia, wyolbrzymia niekiedy przypadłości chorobowe, odczuwa lęk przed czekającymi go zabiegami, boleśnie odczuwa samotność. Pojawiająca się monotonia wyłącza pacjenta z aktywności społecznej i zawodowej, wpływa destrukcyjnie na jego psychikę. Rodzi się więc potrzeba odwrócenia uwagi od rzeczywistości choroby i skierowania jej ku rozwijaniu intelektu, zainteresowań kulturalnych, artystycznych i naukowych. Można to osiągnąć przy pomocy *biblioterapii* stanowiącej *dział psychologii czytelnictwa, znajdujący się również w sferze zainteresowań medycyny, pedagogiki i socjologii; zakłada on wykorzystanie lektury książek i czasopism religijnych dla regeneracji systemu nerwowego i psychiki człowieka chorego*⁵⁷.

Metoda biblioterapii⁵⁸ może być wykorzystywana na różnych oddziałach szpitalnych leczenia zamkniętego. Dla osób z lżejszymi schorzeniami soma-

⁵⁶ Z. Szostkiewicz: *Vademecum duszpasterza chorych*. Marki-Struga 1993 s. 74.

⁵⁷ J. Kołodziejska: *Biblioterapia*. W: *Encyklopedia współczesnego bibliotekarstwa polskiego*. Wrocław 1976 s. 81.

⁵⁸ Problematyka wykorzystania czytelnictwa prasy i książek w pracy z chorymi ma swoją długą historię. Już w starożytnej Grecji i Aleksandrii polecano „ludziom chorym na duszy” lekturę najwybitniejszych poetów, epików i autorów tragedii, których lektura miała prowadzić do osiągnięcia równowagi psychicznej. Biblioterapia rozumiana jako metoda terapeutyczna weszła do codziennej praktyki w czasie pierwszej wojnie światowej, kiedy w Anglii powstała tzw. „Biblioteka wojenna” mająca dostarczać książki pacjentom szpitali wojskowych. Wspomnianą akcję prowadziło Brytyjskie towarzystwo Czerwonego Krzyża oraz Zakon św. Jana. Dużym krokiem naprzód prowadzącym do rozwoju sieci bibliotek zakładów leczniczych i wzrostu czytelnictwa wśród chorych było utworzenie przez Międzynarodową Federację Stowarzyszenia Bibliotekarzy w 1932 roku podsekcji bibliotek szpitalnych. W tym samym czasie pojawiła się tendencja określania stosowania książek w procesie terapeutycznym mianem „biblioterapii”. Informację na ten temat dotarły do

tycznymi, ma ona znaczenie podtrzymującej kontakt ze światem terapii, która wypełnia wolny czas, zapobiega frustracjom i lękom związanym z pobytem w szpitalu i podtrzymuje wolę życia. W przypadku pacjentów z trudnościami emocjonalnymi i z chorobami psychogennymi, należy przejść od biblioterapii podtrzymującej do biblioterapii aktywnej. Ma ona pomóc choremu w uświadomieniu wewnętrznych sprzeczności i konfliktów, które najprawdopodobniej są jedną z przyczyn jego choroby. Jej celem jest również korygowanie osobowości przez rozszerzenie horyzontów myślowych, zmianę błędnych stereotypów, uczenie zachowania dystansu wobec otaczającego świata, a także akceptacji samego siebie. Służy temu wysokiej klasy literatura artystyczna i ideowa, obejmująca utwory z klasyki polskiej i obcej, literaturę religijną, poezję i satyrę.

Dzieci przewlekle chore odczuwają często braki w realizacji potrzeb poznawczych, uczuciowych i sprawnościowych. Polecana im książka ma pobudzić do działania i rozwoju aktywności, zapobiegać zastoju umysłowemu i pomóc w nawiązaniu więzi ze światem ludzi zdrowych. Z kolei chorym nieuleczalnie należy zaproponować odpowiednią literaturę filozoficzną i teologiczną, która pomoże w odnalezieniu sensu życia. Można ją jednak podawać tylko na wyraźne życzenie osób znajdujących w sobie tyle siły, aby podjąć rozważania na temat rzeczy ostatecznych. Osobom słabszym psychicznie można proponować literaturę przyrodniczą, podróżniczą czy pamiętnikarską.

Biblioterapia odgrywa również duże znaczenie w procesie rehabilitacji inwalidów. Zgodnie z jej założeniami, ma ona pomóc w rozwijaniu zdolności do samodzielnego życia i kształtowaniu odpowiednich postaw psychicznych. Proponuje się, aby oddziaływanie biblioterapeutyczne podzielić na dwa etapy. Etap pierwszy ma pomóc osobie dotkniętej kalectwem w akceptacji swoich ograniczeń psychicznych i fizycznych. Można to osiągnąć przy pomocy książek zawierających świadectwa ludzi, którzy znaleźli się w takiej samej sytuacji, a jednak nie poddali się zwątpieniu i zniechęceniu. Drugi etap oddziaływania terapeutycznego obejmuje dążenie do wszechstronnego rozwoju umysłowego związane z efektywnym samokształceniem. Biorąc pod uwagę długość pobytu osoby chorej w szpitalu, wybór odpowiednich książek i czasopism powinien być dostosowany do ich aktualnego stanu zdrowia. Dla chorych przed operacją poleca się uspokajające wydawnictwa albumowe. Wspomniane wydawnictwa poleca się również w okresie od 3 do 5 dni po operacji, gdy pacjent jest w stanie apatii. W okresie od 5 do 7 dni chory zaczyna się interesować swoim otoczeniem i może czytać krótkie, wydrukowane dużymi czcionkami, opowiadania. W czasie gdy

Polski w 1938 roku za pośrednictwem profesora Uniwersytetu Jagiellońskiego Franciszka Waltera i publikacji Józefa Grycza (zob. S. Pawlina: *Biblioterapia. W: Ludzie chorzy i starsi w Kościele*. Red. J. Charytański. Warszawa 1981 s. 154—156).

pacjenci odczuwają niezadowolenie ze swojej sytuacji (obejmuje on okres od 7 do 20 dni po operacji), wyklucza się podawanie chorym literatury problemowej, która mogłaby prowadzić ich do identyfikacji z chorymi z książek. Okres od 20 do 60 dni po operacji to czas powrotu do normalnego życia, gdy można proponować chorym literaturę ujmującą problemy życiowe⁵⁹.

Stosownie do wymagań okoliczności i czasu, środki społecznego przekazu powinny być szeroko stosowane w rozlicznych pracach apostołskich Kościoła (por. DSP 13). Takimi okolicznościami wydaje się być pobyt osób chorych w szpitalu, gdzie duszpasterze powinni stworzyć im szeroki dostęp do prasy i książek religijnych, jak też umożliwić korzystanie z radia. Warto zakupić kilka odbiorników radiowych wyposażonych w słuchawki i wypożyczać je przebywającym w szpitalu chorym.

Stworzeniu pacjentom szpitalnym dostępu do słowa drukowanego może służyć nawiązanie kontaktów z biblioteką szpitalną i wzbogacanie jej księgozbioru odpowiednimi pozycjami książkowymi. Można też samemu utworzyć czytelnię prasy i książki religijnej przy kaplicy. Wielu łżej chorych często spaceruje po szpitalu i nie potrafi zagospodarować swojego czasu. Odpowiednio zachęceni przez kapelana, chętnie skorzystają z możliwości lektury wartościowych książek i czasopism. Kapelan może też osobiście dostarczać lekturę leżącym chorym. Podsuniecie odpowiedniej pozycji książkowej i nawiązywanie do niej w prowadzonych rozmowach nie tylko stanowi ważny moment biblioterapii, ale również może być punktem wyjścia prowadzącym chorego do Boga.

A jak w świetle przeprowadzonych badań wygląda dostęp chorych do prasy i książek religijnych w szpitalach? Dostęp do prasy i książek religijnych miało 46,9 % badanych przebywających w szpitalu, natomiast 48,2 % respondentów przebywających w szpitalu nie zetknęło się z prasą i książkami religijnymi. Ze smutkiem trzeba stwierdzić, że wielu kapelanów szpitalnych nie rozumie roli, jaką może odegrać kontakt człowieka chorego z drukowanym słowem. Lektura wartościowych pozycji religijnych służy nie tylko rozrywce, skróceniu czasu pobytu w szpitalu lub poszerzeniu horyzontów myślowych, ale również może dostarczyć materiału do refleksji związanej z sensem życia i cierpienia. Warto więc zatroszczyć się o dostęp chorych do prasy i książek religijnych i zachęcać osoby odwiedzające chorych do przynoszenia im nie tylko artykułów żywnościowych, ale również stawy duchowej w postaci właściwie dobranej lektury.

⁵⁹ Wspomniana periodyzacja została opracowana w latach sześćdziesiątych XX w. Współcześnie w literaturze medycznej podkreśla się, że lektura powinna być stosowana we wszystkich okresach leczenia pacjenta (zob. S. Pawlina: *Uwagi i spostrzeżenia na temat terapeutycznego znaczenia książki w życiu ludzi chorych*. W: *Ludzie chorzy*, dz. cyt., s. 172—177).

Wykorzystanie środków społecznego przekazu w ewangelizacyjnej misji Kościoła jest jednym z głównych zadań, przed którymi stają zarówno osoby duchowne i świeckie. Dotyczy to również duszpasterstwa chorych, którzy często unieruchomieni w domach czy salach szpitalnych oczekują słów pociechy i umocnienia. Nie sposób ocenić czym dla chorego jest radiowa lub telewizyjna transmisja mszy św., udział w pielgrzymkach papieskich lub uroczystościach religijnych dokonujący się za pośrednictwem mass mediów. Napisany na odpowiednim poziomie artykuł lub świadectwo innego chorego, może pomóc w akceptacji krzyża cierpienia i dostarczyć duchowego wsparcia. Aby jednak osiągnąć ten cel, potrzeba dużego profesjonalizmu osób pracujących w mediach katolickich i przygotowujących programy dla chorych. Potrzeba również zrozumienia roli środków społecznego przekazu nie tylko przez ich pracowników, ale też kapelanów szpitalnych i wszystkich, którzy opiekują się chorymi. Będzie to konkretna odpowiedź na wezwanie Chrystusa, aby całemu światu głoszone Jego Ewangelię (Mk 16, 15).

IV. Apostolstwo Chorych

Jedną z indywidualnych form duszpasterstwa chorych jest Apostolstwo Chorych, stanowiące wspólnotę ludzi przeżywającą w sposób twórczy swoje cierpienie⁶⁰. Ma ona im pomóc w godnym przeżywaniu cierpienia, które ma służyć osobistemu i wspólnotowemu uświęceniu. Przynależność do Apostolstwa Chorych wymaga spełnienia trzech warunków: przyjęcia cierpienia z poddaniem się woli Bożej, jego cierpliwego znośenie w zjednoczeniu z Chrystusem oraz ofiarowanie cierpienia Bogu *w intencji przybliżenia Królestwa Bożego, za zbawienie świata, za Kościół i Ojczyznę oraz w intencji Ojca Świętego*⁶¹.

Twórcą międzynarodowej wspólnoty ludzi cierpiących jest proboszcz parafii Bloemendaal w Holandii, ks. W. J. Willenborg (1876—1945)⁶². Jego idea

⁶⁰ Cz. Podleski: *Geneza i rozwój Apostolstwa Chorych*. „Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne”. R. 2000 nr 33 s. 249—250.

⁶¹ W. Durda: *Chrześcijańska postawa wobec cierpienia*. Kraków 1998 s. 77.

⁶² Kilka razy w roku gromadził on chorych w kościele parafialnym i urządzał dla nich trzydniowe nabożeństwa eucharystyczne. Podczas tych spotkań odprawiał on za chorych msze św., nakładał na ich głowy ręce i udzielał im specjalnego błogosławieństwa Najświętszym Sakramentem. Ks. Willenborg zauważył, że dzięki tym nabożeństwom chorzy łatwiej akceptują swoje cierpienia, łącząc je z cierpieniami Chrystusa. Chcąc zachować stałą łączność z chorymi, zaczął pisać do nich specjalne listy, zachęcające do wykorzystywania cierpienia w celach apostoelskich. Pierwszy z listów do 125 chorych został wysłany 1 listopada 1925 r. Wtedy też ustalono warunki przynależności do Apostolstwa Chorych i podano wzór specjalnej modlitwy (zob. J. Szurlej:

twórczego wykorzystania cierpień chorych rozprzestrzeniła się bardzo szybko nie tylko w Holandii, ale również w całej Europie. W 1930 r. ks. Willenborg zorganizował pierwszy zjazd sekretarzy Apostolstwa Chorych, na którym opracowano jego statut. Dnia 12 sierpnia 1934 r. papież Pius XI zatwierdził Sekretariat Apostolstwa Chorych w Bloemendaal i nadał jemu tytuł „Unio Pia Prima Primaria”, udzielając również jego członkom licznych odpustów⁶³.

Inicjatorem Apostolstwa Chorych w Polsce był ks. Michał Rękas (1895—1964)⁶⁴. Apostolstwo Chorych w Polsce od samego początku działało w dwóch kierunkach. Jednym z nich było i jest wydawane po dzień dzisiejszy specjalne pismo „Apostolstwo Chorych”⁶⁵. Wzmacnia ono ducha apostołskiego wśród chorych, chroni ich przed pesymizmem i rozpaczą, pomaga w pogłębianiu łączności ze zbawczym cierpieniem Chrystusa oraz wzajemnym zrozumieniu między chorymi i zdrowym. Drugim sposobem kontaktów z chorymi były audycje radiowe, z których pierwsza została nadana przez lokalną rozgłośnię radiową we Lwowie w 1930 r. Od 1931 r. audycje te były transmitowane przez wszystkie rozgłośnię Polskiego Radia. Na skutek działań wojennych, a następnie represji komunistycznych, emisje tych audycji zostały wstrzymane aż do 1990 r., kiedy wznowiono ich nadawanie⁶⁶.

Krajowy Sekretariat Apostolstwa Chorych który na skutek działań repatriacyjnych został przeniesiony ze Lwowa do Katowic, podlega Przewodniczącemu Konferencji Episkopatu Polski. Do głównych zadań sekretariatu należy nie tylko redagowanie wspomnianego pisma, ale również prowadzenie indywidualnej

Pięćdziesiąt lat posługi Apostolstwa Chorych ludziom chorym i cierpiącym w Polsce. „Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne”. R. 1979 nr 12 s. 16—18).

⁶³ Durda: *Chrześcijańska postawa*, dz. cyt., s. 16.

⁶⁴ Był on kapłanem diecezji lwowskiej. Od 1926 r. pełnił obowiązki kapelana Zakładu dla Psychicznicy Chorych w Kulparkowie. Podczas zagranicznych wyjazdów zapoznał się z ideą Apostolstwa Chorych, którą postanowił zaszcześcić na gruncie polskim. W zrealizowaniu tego pomysłu pomogła mu jego chora i penitentka Adela Głazewska, która zgłosiła siebie i grupę 80 chorych do istniejącego Sekretariatu Apostolstwa Chorych we Francji. Centrala Apostolstwa Chorych z Holandii doradziła jej, aby erygować to stowarzyszenie w Polsce. Koniecznym warunkiem do zrealizowania tego pomysłu do zrealizowania tego pomysłu, miało być przewodnictwo kapłana, który sprawowałby czynności liturgiczne. W 1929 r. w porozumieniu z A. Głazewską, sekretariatem francuskim i centralą Apostolstwa Chorych w Holandii, ks. Rękas wniósł do Kurii Metropolitalnej we Lwowie prośbę o erygowanie stowarzyszenia w Polsce, co nastąpiło 12 maja 1930 r. (zob. Szurlej: *Pięćdziesiąt lat*, dz. cyt., s. 20—22).

⁶⁵ Miesięcznik można otrzymywać zarówno w formie tradycyjnej, jak też jest on dostępny w internecie (zob. www.ap-chorvch.katowice.opoka.org.pl/index.htm).

⁶⁶ J. Szurlej: *Apostolstwo chorych*. W: *W nurcie zagadnień posoborowych*. T. 3. Red. B. Bejze. Warszawa 1969 s. 274—275.

korrespondencji z chorymi. Na czele sekretariatu stoi sekretarz⁶⁷, który w każdą niedzielę, święta, pierwszy piątek i pierwszą sobotę miesiąca odprawia mszę św. w intencjach członków Apostolstwa Chorych. W pierwszy poniedziałek miesiąca sekretarz modli się za wszystkich zmarłych chorych. Do jego zadań należy również wygłaszanie kazań i referatów ożywiających życie religijne chorych oraz przybliżających chrześcijańską naukę o cierpieniu. Temu zadaniu służą również artykuły i wywiady dla prasy oraz wykłady na kursach duszpasterskich. Do kompetencji sekretarza należy również przyjmowanie nowych członków do Apostolstwa Chorych. Każda nowo przyjęta osoba wraz z dyplomem⁶⁸ otrzymuje metalowy krzyżyk, będący odznaką przynależności do Stowarzyszenia⁶⁹. Sekretarz zajmuje się również organizowaniem Dni Chorego, rekolekcji, pielgrzymek i wczasów, jak też udzielaniem chorym pomocy rzeczowej.

Wezwanie Chrystusa do ewangelizacji świata odnosi się nie tylko do ludzi zdrowych, ale również do wszystkich chorych i cierpiących. Przez szczególne zjednoczeni Ofiarą Chrystusa na krzyżu, mogą oni brać aktywny udział w apostołskim dziele zbawiania świata. Ich świadomie przyjęte, zaakceptowane i ofiarowane Bogu cierpienia stanowią ważny wkład do ekonomii zbawienia. Ma ono oczyszczającą i wypraszącą dla całego Kościoła moc, której oddziaływania nie można rozumieć jedynie w widzialnym i dotykającym aspekcie. Niejedno cierpienie człowieka chorego przyczyniło się do czyjś nawrócenia i powrotu do świata wartości chrześcijańskich. Ze świadomym przyjęciem cierpienia powinna się łączyć modlitwa chorych w różnorodnych intencjach Kościoła i świata, a także apostołskie oddziaływanie na bliższe i dalsze środowisko.

Czy badani chorzy znają teologię choroby i cierpienia⁷⁰ i ofiarują je w różnych intencjach? 67,7 % badanych chorych ofiaruje cierpienia w różnych intencjach, natomiast nie czyni tego 23,2 % respondentów. Z przeprowadzonych badań wynika, że im wyższy poziom wykształcenia respondentów, tym mniejsza świadomość możliwości twórczego przeżywania cierpienia.

⁶⁷ Ks. Rękas pełnił tę funkcję do swojej śmierci w 1964 roku. Jego następcami byli: ks. J. Szurlej (1964—1982), ks. H. Sobczyk (1982—1986), ks. Cz. Podleski (1986—2001). Obecnie tę funkcję pełni ks. S. Michałowski.

⁶⁸ Na dyplomie zamieszczona jest modlitwa Apostolstwa Chorych, którą członkowie stowarzyszenia odmawiają każdego dnia w części lub całości.

⁶⁹ Międzynarodowym znakiem członków Apostolstwa Chorych jest krzyż wkomponowany w koło z łacińskim napisem „Christo confixus sum cruci” (Ga 2, 19). Na złączu ramion krzyża znajdują się litery P oraz X oznaczające „Pax” (pokój), a pionowa belka krzyża kończy się u podnóża literą A z wkomponowaną literą I, co w skrócie oznacza „Apostolatus Infirmorum”.

⁷⁰ Więcej na temat teologii choroby i cierpienia można przeczytać w publikacji zawierającej referaty wygłoszone w trakcie XVI Tygodnia duchowości zorganizowanego przez Katedrę Duchowości KUL w 1991 r. (zob. A. J. Nowak [red.]: *Cierpienie i śmierć*. Lublin 1992).

Fakt, że 67,7 % chorych ofiaruje swoje cierpienia w różnych intencjach, dobrze świadczy o ich świadomości religijnej i chrześcijańskim rozumieniu cierpienia. Wydaje się jednak rzeczą dziwną, że taką świadomość posiada więcej osób z wykształceniem podstawowym (80,3 %) niż wyższym (60,3 %). Rodzi to pytanie o skuteczność lekcji religii na poziomie szkoły średniej, a także zajęć prowadzonych w ramach duszpasterstwa akademickiego. Czyżby katecheci i duszpasterze akademicy nie podejmowali w sposób dostateczny problematyki związanej z chrześcijańskim sposobem przeżywania i wykorzystywania cierpienia? To zadanie nie spoczywa jednak tylko na katechetach, ale również na wszystkich duszpasterzach, którzy kierując życiem duchowym chorych, winni formować w nich odpowiednią postawę apostołską. Podejmowane wysiłki nie mogą się tylko ograniczać do ukazywania teologii choroby, ale również do uświadamiania chorym ich roli w Mistycznym Ciele Chrystusa. Mogą oni łączyć swoje cierpienia i modlitwy z Krzyżem Chrystusa, a także oddziaływać na innych swoją postawą. Ich apostołstwo może też być związane z uświadamianiem innym chorym roli modlitwy i ofiary⁷¹.

Każdy chory stoi przed możliwością twórczego i apostołskiego wykorzystania cierpienia. Podstawową wspólną angażującą apostołsko chorych powinna być jego rodzina, z którą chory pozostaje z reguły w najbliższym kontakcie. Długotrwała choroba może jednak wywoływać w najbliższym otoczeniu chorego brak akceptacji, obojętność czy wrogość, a z drugiej strony nadopiekuńczość⁷². Przewycięzanie w duchu miłości bliźniego swoich negatywnych postaw staje się dla najbliższych praktyczną formą weryfikacji wyznawanej wiary, a próby zachowania z chorym nacechowanego miłością i serdecznością stosunku pomagają mu w akceptacji choroby. Stwarzając choremu odpowiednie warunki do przeżywania choroby, rodzina ma jednak prawo oczekiwać od niego wdzięczności w postaci modlitwy i cierpienia ofiarowanych w różnych intencjach⁷³.

Apostołska aktywność chorych może również w postaci modlitwy i ofiarowania cierpienia w intencjach spraw parafialnych, obejmujących wypraszenie nowych powołań, przeprowadzanych akcji duszpasterskich, rekolekcji itp.⁷⁴. Rzeczą celową wydaje się tworzenie na poziomie parafialnym i ponadparafialnym specjalnych grup chorych, którym umożliwi się cykliczne spotkania modlitewno-formacyjne. W czasie takich spotkań proboszczowie przedstawialiby troski duszpasterskie, a także uświadamialiby chorym ich rolę w życiu Kościoła.

⁷¹ F. Woronowski: *Zarys teologii pastoralnej*. T. 1. Warszawa 1984 s. 417—419.

⁷² I. Śliwińska: *Solidarność społeczna w chorobie i cierpieniu*. „W Drodze”. R. 1990 nr 10 s. 59.

⁷³ Z. Kortowski: *Misterium miłosierdzia wobec chorych*. Łomża 1998 s. 82.

⁷⁴ P. Jełowicki: *Co chorzy dają parafii*. W: *W trosce o niepełnosprawnych*, dz. cyt., s. 66—67.

Takie spotkania połączone z przyjmowaniem sakramentów, a także wspólną agapą, mogą stać się źródłem wewnętrznego umocnienia i pomóc w przezwyciężeniu poczucia samotności i bezużyteczności. Proboszczowie mogą również kierować do chorych specjalne listy, zawierające słowa otuchy i zachęcające ich do modlitwy i ofiary w różnych intencjach parafialnych⁷⁵.

Człowiek chory może również realizować swoje apostołstwo w wymiarze Kościoła powszechnego. Przykładem twórczego wykorzystania cierpienia jest obchodzony od 1934 r., w uroczystość zesłania Ducha Świętego Misyjny Dzień Chorych, w którym Kościół zachęca osoby chore do ofiarowania swoich cierpienia na rzecz rozwoju dzieł misyjnych. Patronem tego dnia jest św. Teresa od Dzieciątka Jezus, która nie będąc nigdy na misjach, swoim cierpieniem i modlitwą wspomagała misjonarzy w dziele ewangelizacji. Chorzy są wezwani do ofiarowania swoich cierpienia również w innych intencjach Kościoła, który wspierany ich modlitwą i ofiarą może nieustannie się rozwijać⁷⁶.

Moc apostołskiego ducha człowieka chorego jest związana z uświadomieniem roli, jaką powinien on odgrywać w Kościele. Im bardziej będzie ona rozumiana przez wszystkich chorych, tym bardziej na świecie będzie rozpoznawalny się duch miłości ogarniający wszystkich ludzi. Uświadomienie sobie tej prawdy należy do zadania wszystkich osób zaangażowanych w duszpasterstwo chorych, które nie jest tylko filantropią, ale stanowi ciągłą wymianę darów między światem ludzi chorych i zdrowych oraz przyczynia się do wzajemnego rozwoju i wewnętrznego ubogacania.

V. Kierunki rozwoju indywidualnych form duszpasterstwa chorych

Obrzędy nowego rytuału chorych zawierają różnorodne formy duszpasterskie, które mogą być praktykowane przez kapłanów odwiedzających chorych. Należy do nich pokrzepianie słowami pociechy płynącej z wiary, wyjaśnianie teologii choroby, braterska rozmowa, zachęcanie i przygotowywanie do indywidualnej modlitwy, praktykowanie modlitwy wspólnotowej, rozważanie tekstów Pisma św., nabożeństwo słowa Bożego związane z błogosławieństwem i nałóże-

⁷⁵ Przykładowo można prosić chorych o modlitwę w intencji dzieci pierwszokomunijnych, które odwzajemnią się podziękowaniami w formie odwiedzin chorych i przyniesieniem im kwiatów. Tego typu inicjatywy pomogą chorym w przezwyciężeniu poczucia samotności i wyobcowania a także w procesie budowania parafii rozumianej jako nadprzyrodzona wspólnota (zob. L. Słipek: *Parafia jakiej pragnę*. Warszawa 2001s. 200—201).

⁷⁶ Durda: *Chrześcijańska postawa*, dz. cyt., s. 112—113.

niem rąk (por. SCH 34—35, 44—45) . Wspomniane formy mają stopniowo doprowadzić chorych do sakramentalnego spotkania z Chrystusem, będącego ukoronowaniem życia religijnego człowieka. Duszpasterze powinni uszanować wolność chorego, dostosowując się jednocześnie do jego indywidualnego poziomu wiedzy religijnej oraz aktualnego stanu zdrowia psychicznego i fizycznego. Należy pamiętać, że wielu chorych i ich bliskich kojarzy odwiedzin kapłana z bezpośrednim przygotowaniem do śmierci. Występujące stereotypy myślowe wymagają od kapłanów umiejętnego, połączonego z taktem i roztropnością postępowania.

Wydaje się, że duszpasterze odwiedzający chorych powinni więcej czasu poświęcać na prowadzenie z nimi indywidualnych rozmów. Chory intensywnie odczuwa nie tylko cierpienia fizyczne związane wprost z rodzajem przeżywanego choroby, ale również towarzyszące jej cierpienia duchowe spowodowane samotnością i brakiem aktywności. Obecność duszpasterza wykazującego empatyczne zrozumienie oraz ofiarującego bezinteresownie swój czas i życzliwe zainteresowanie, odgrywa w życiu chorego olbrzymią rolę. Kapłan odwiedzający chorego i właściwie wykorzystujący znajomość teologii i psychologii choroby, może ukazywać swojemu rozmówcy wartość i sens cierpienia. Choroba i związane z nią wielorakie cierpienia mogą stanowić okazję do przewartościowania dotychczasowego spojrzenia na siebie, innych ludzi i wartości nadprzyrodzone oraz stać się punktem wyjścia powrotu do Boga. Duszpasterz musi jednak ciągle wystrzegać się moralizatorstwa i podsuwania gotowych odpowiedzi. W powrocie chorych do Boga większe znaczenie może odegrać życzliwe, połączone z uśmiechem spojrzenie, niż długotrwałe pouczenia i wykłady na temat sensu cierpienia.

Również krewni chorych potrzebują rozmów z duszpasterzami. Dla wielu z nich doświadczenie choroby kogoś bliskiego niesie ze sobą konieczność zmiany w codziennym postępowaniu i zmusza do odnalezienia się w nowej sytuacji egzystencjalnej. Oni również szukają odpowiedzi na pytania związane z sensem choroby i cierpienia swoich bliskich, a także właściwych wobec nich wzorców zachowań. Dotyczy to szczególnie krewnych osób śmiertelnie chorych, którzy często nie znają zasad psychologii osób terminalnych. Właściwie przygotowany duszpasterz może im pomóc w szukaniu odpowiedzi na szereg rodzących się pytań i dodawać otuchy w przeżywaniu trudnych chwil ich życia.

Nowy rytuał chorych zawiera szereg tekstów biblijnych, które mogą być wykorzystywane podczas duszpasterskich odwiedzin chorych⁷⁷. Można z nich

⁷⁷ Należą do nich następujące teksty: 1 Krl 19, 4—8 (Bóg pokrzepia Eliasza); 2 Krl 20, 1—6 (Choroba i uzdrowienie Ezechiasza); Hi 7, 1—4, 6—11 (Marność życia ludzkiego); Hi 7, 12—21 (Prośba o darowanie grzechów); Hi 19, 23—27a (Nadzieja Hioba); Mdr 9, 9—10, 13—18 (Prawdziwa mądrość); Iz 35, 1—10 (Pokrzepcie ręce osłabłe); Iz 53, 1—5, 10—11 (Chrystus dźwigał

korzystać w czasie nabożeństwa słowa Bożego, mszy św. czy indywidualnych rozmów prowadzonych z chorymi. Wskazane jest, aby duszpasterze chorych częściej korzystali z wielkiego bogactwa wspomnianych tekstów, dostosowując je do aktualnego stanu zdrowia odwiedzanych osób i zaistniałych okoliczności. Można też przygotować zestawy tekstów biblijnych z odpowiednimi komentarzami i pozostawiać je do rozważań odwiedzanym chorym.

W świetle przeprowadzonych badań koniecznym wydaje się częstsze odprawianie mszy św. w domach chorych i w razie potrzeby udzielanie im sakramentu namaszczenia chorych. Wiąże się to co prawda z większą ilością czasu poświęcanego przez duszpasterzy poszczególnym chorym, ale msza św. odprawiana z udziałem najbliższych i sąsiadów może stać się dla chorych źródłem niezapomnianych przeżyć religijnych. Można przy okazji zachęcić wszystkich uczestników takiego zgromadzenia liturgicznego do wcześniejszego skorzystania z sakramentu pokuty i ofiarowania Komunii św. w intencji chorego. W głoszonej homilii można też ukazać rolę choroby i cierpienia w ekonomii zbawienia, a także podkreślić znaczenie postawy samarytańskiej. Udzielenie sakramentu namaszczenia chorych połączone z odpowiednim komentarzem może także zmienić

nasze boleści); Iz 61, 1—3a (Chrystus przyszedł pocieszać zasmuconych); Dz 3, 1—10 (Uzdrowienie chromego od urodzenia); Dz 3, 11—16 (Wiara w Chrystusa uzdrawia); Dz 4, 8—12 (Uzdrowienie w imię Jezusa); Dz 28, 7—10 (Apostoł Paweł uzdrawia chorych); Rz 8, 14—17 (Skoro wspólnie cierpimy z Chrystusem, będziemy mieć udział w Jego chwale); Rz 8, 18—27 (Oczekujemy odkupienia naszego ciała); Rz 8, 31b—35, 37—39 (Nic nas nie odłączy od miłości Chrystusa); Rz 14, 7—9, 10b—12 (I w życiu, i w śmierci należymy do Pana); 1 Kor 1, 18—25 (Mądrość świata i mądrość Boża); 1 Kor 12, 12—22, 24b—27 (Mistyczne Ciało Chrystusa); 1 Kor 15, 12—20 (Zmartwychwstanie Chrystusa i nasze); 2 Kor 4, 10—18 (Chociaż niszczy nas człowiek zewnętrzny, ten, który jest wewnątrz, odnawia się z dnia na dzień); 2 Kor 5, 1, 6—10 (Mamy wiekiiste mieszkanie w niebie); 2 Kor 12, 7b—10 (Moc w słabości się doskonali); Kol 1, 24—28 (Cierpiąc z Chrystusem, dopełniamy Jego dzieła); Hbr 4, 14—16; 5, 7—9 (Chrystus stał się sprawcą zbawienia dla wszystkich, którzy Go słuchają); Jk 5, 13—16 (Modlitwa pełna wiary będzie dla chorego ratunkiem); 1 P 1, 3—9 (Radość płynąca z wiary); 1 J 3, 1—2 (Ujrzymy Boga takim, jakim jest); Ap 21, 1—7 (Śmierć zostanie pokonana); Ap 22, 17, 20—21 Przyjdź, Panie Jezu); Mt 5, 1—12a (Nagroda za cierpienie); Mt 8, 1—4 (Uzdrowienie trędowatego); Mt 8, 5—10, 13 (Uzdrowienie sługi setnika); Mt 8, 14—17 (Chrystus wziął na siebie nasze słabości); Mt 11, 25—30 (Bóg pokrzepi utrudzonych); Mt 15, 29—31 (Jezus uzdrawia wielu); Mt 25, 1—13 (Czuwajcie, bo nie znacie dnia ani godziny); Mk 2, 1—12 (Chrystus ma władzę odpuszczania grzechów); Mk 10, 46—52 (Uzdrowienie niewidomego w Jerycho); Mk 16, 15—20 (Na chorych ręce kłaść będą i ci odzyskają zdrowie); Łk 7, 18b—23 (Chrystus uzdrawia); Łk 10, 25—37 (Przypowieść o miłosiernym Samarytaninie); Łk 12, 35—40 (Syn Człowieczy przyjdzie o godzinie, której się nie domyślacie); Łk 18, 9—4 (Przypowieść o faryzeuszu i celniku); Łk 22, 39—44a (Ojcze, nie moja wola, lecz Twoja niech się stanie); Łk 23, 39—46 (Ojcze, w twoje ręce powierzam ducha mego); J 9, 1—7 (uzdrowienie niewidomego od urodzenia); J 10, 11—18 (Dobry pasterz daje życie swoje za owce); J 15, 1—8 (Kto trwa w Chrystusie, przynosi plon obfity); Mt 15, 33—39; 16, 1—7; Łk 23, 44—49 (Śmierć i zmartwychwstanie Chrystusa); Łk 24, 13—35 (Chrystus musiał cierpieć, aby wejść do chwały); 20, 1—9 (Apostołowie przy grobie Zmartwychwstałego).

rozumienie znaczenia tego sakramentu w życiu chorych i przełamać fałszywe stereotypy łączące go z bezpośrednim przygotowaniem wiernych do śmierci.

Choroba pozbawia wiernych możliwości aktywnego uczestnictwa w eucharystycznym zgromadzeniu liturgicznym i regularnego przyjmowania Komunii św. Duszpasterze powinni troszczyć się o to, aby chorzy jak najczęściej mogli przyjmować Komunię świętą będącą wielkim umocnieniem w chorobie i cierpieniu. Przeciążenie pracą duszpasterską sprawia, że kapłani nie mogą zbyt często odwiedzać chorych w domach, przynosząc im Komunię św. Rzeczą konieczną wydaje się więc współpraca z nadzwyczajnymi szafarzami Eucharystii. Przeprowadzone wśród kapelanów szpitalnych badania informują, że aż 72,7 % badanych duszpasterzy widzi konieczność współpracy z akolitami świeckimi. Posługa akolitów świeckich może zaowocować nie tylko częstym przyjmowaniem Komunii św. przez chorych, ale przyczynić się również do znalezienia w Kościele właściwego miejsca dla pragnących zaangażowania w działalność apostołską ludzi świeckich.

Jedną z ważniejszych płaszczyzn indywidualnych form duszpasterstwa chorych jest działalność katolickich poradni psychologicznych i związanych z nimi telefonów zaufania. Przeprowadzone badania pokazują, że tylko 1,1 % ogółu respondentów skorzystało z pomocy katolickich poradni psychologicznych, a 0,6 % badanych chorych korzystało z porad udzielanych przez telefon zaufania. W obliczu wzrastających problemów związanych z wielorakimi zmianami zachodzącymi w Polsce, należy spodziewać się zwiększającej się liczby osób potrzebujących fachowej pomocy dobrze przygotowanych psychologów i duszpasterzy. Wyniki badań informują, że wśród form duszpasterskich proponowanych kapłanom przez chorych, na pierwszym miejscu znajduje się „prowadzenie rozmów i podtrzymywanie na duchu”. Powyższe wskaźniki powinny pobudzać odpowiednie czynniki decyzyjne w Kościele do podjęcia wielorakich działań zmieniających istniejący stan rzeczy.

Koniecznym wydaje się rozbudowanie sieci już istniejących poradni małżeńskich i rodzinnych oraz duszpasterskich telefonów zaufania⁷⁸. Wskazaniem jest, aby tego typu poradnie i telefony duszpasterskie działały nie tylko w każdej parafii, ale również powstawały dekanalne i diecezjalne ośrodki pomocy rodzinom przeżywającym wielorakie kryzysy. Często główny wysiłek osób zaangażowanych w duszpasterstwo rodzin skierowany jest na przygotowanie narzeczonych do sakramentu małżeństwa. Wydaje się, że zbyt mało uwagi przywiązuje się do pomocy już istniejącym rodzinom w rozwiązywaniu ich problemów. Tego

⁷⁸ Nowe *Dyrektorium Duszpasterstwa Rodzin* Konferencji Episkopatu Polski z 1 maja 2003 r. postuluje, aby duszpasterski telefon zaufania istniał w każdej diecezji (nr 44).

typu ośrodki powinny więc zatrudniać odpowiednio uformowanych, wykształconych i mających doświadczenie w rozwiązywaniu problemów małżeńskich i rodzinnych specjalistów świeckich (psychologów, psychiatrów, pedagogów, psychoterapeutów i prawników). Wśród nich powinni również znajdować się dobrze przygotowani i posiadający odpowiednie do tego typu posługi charyzmaty duszpasterze.

Wspomniane ośrodki powinny również świadczyć pomoc osobom przeżywającym kryzysy sensu życia, depresje, odczuwającym pustkę egzystencjalną, nie potrafiącym odnaleźć się w nowej rzeczywistości społecznej, mającym problemy w nawiązaniu kontaktów interpersonalnych. Często u podłoża przeżywanych trudności leży kryzys światopoglądowo-religijny. Potrzebna jest więc współpraca między duszpasterzami a specjalistami świeckimi. Zadaniem psychologów i psychiatrów jest fachowe wyjaśnienie źródeł pojawiających się problemów i ustalenie ich diagnozy, wykluczenie lub ustalenie ewentualnej patologii osobowości, zaproponowanie postępowania terapeutycznego. Z kolei duszpasterze mogą pomóc zainteresowanym osobom w uporządkowaniu ich życia moralnego.

Rodzi się więc potrzeba odpowiedniego przygotowania duszpasterzy do podejmowania pracy w ośrodkach świadczących pomoc duchowo-psychologiczną. Należy wspierać rozwój studium poradnictwa psychologicznego i psychoterapii dla duchowieństwa przy Katolickim Uniwersytecie Lubelskim, jak też o tworzeniu tego typów ośrodków w innych miastach uniwersyteckich. Trzeba skorzystać z szansy, jaką niesie ze sobą utworzenie na niektórych uniwersytetach wydziałów teologicznych. Nawiązanie współpracy między wykładowcami różnych dziedzin nauk i tworzenie interdyscyplinarnych studiów przygotowujących duchowieństwo i studentów świeckich do podjęcia pracy w ramach katolickiego poradnictwa psychologicznego jest pilną potrzebą.

Ponieważ 36,6 % badanych respondentów nie słyszało o istnieniu katolickiej poradni psychologicznej, trzeba więc podjąć działania propagujące istnienie takich poradni. Można to czynić przy pomocy specjalnych folderów i ulotek wręczanych zainteresowanym osobom, na przykład wiernym korzystającym z sakramentu pokuty. Duszpasterz, spowiadający wiernych sygnalizujących różnorodne problemy osobowościowe i szukających pomocy w ich rozwiązywaniu, powinien odsyłać penitentów do poradni psychologicznej. Informacje o możliwości uzyskania wszechstronnej pomocy psychologicznej powinny również znaleźć się na afiszach wywieszanych w przykościelnych gablotach, kancelariach parafialnych, w ogłoszeniach duszpasterskich oraz na stronach internetowych parafii.

Informowaniu o działalności poradni psychologicznych mogą też służyć programy katolickie emitowane przez środki społecznego przekazu, z których w miarę systematycznie korzysta 42,3 % badanych chorych. W ich ramach można zapraszać do studia radiowego lub telewizyjnego specjalistów z dziedziny psychologii i psychiatrii oraz terapeutów rodzinnych, którzy będą dzielić się swoimi doświadczeniami i fachową wiedzą. W ramach nadawanych audycji można też uruchomić specjalny telefon, z którego będą korzystać zainteresowane osoby, dzieląc się z innymi swoimi problemami i otrzymując publicznie odpowiedź na postawione pytania. Mniej śmiało osoby mogą korzystać z katolickiego telefonu zaufania, którego numer powinien również znaleźć się w gablocie przykościelnej, we wspomnianych folderach i w prasie.

Wydaje się, że liczba audycji dla chorych emitowanych w środkach społecznego przekazu jest niewystarczająca. Tego typu opinię wyraziło 18 % badanych chorych, natomiast 44,9 % respondentów wcale nie spotkało się z audycjami dla chorych. Koniecznym jest więc zwiększenie tego typu audycji, które w przystępny sposób poruszałyby problematykę choroby i cierpienia, a także zawierałyby podstawowe informacje dotyczące chorób i stosowanych zabiegów terapeutycznych. Trzeba też poruszać zagadnienia związane z psychologicznymi uwarunkowaniami relacji między osobami chorymi a zdrowymi oraz sposobami rozwiązywania pojawiających się nieporozumień i konfliktów. Choroba zaskakuje często nie tylko samych chorych, ale też ich rodziny. Nie posiadają one nieraz informacji dotyczących zasad pielęgnacji osób chorych i sposobów realizacji ich potrzeb, których spełnienie jest jednym z czynników znacznie wpływających na proces leczenia. Audycje dla chorych powinny też pomagać im w przewyciężeniu poczucia bezużyteczności i osamotnienia. Cenną rzeczą byłoby też emitowanie świadectw tych chorych, którzy zaakceptowali swoje cierpienie, dostrzegając w nim nadprzyrodzony sens. Audycje dla chorych mogłyby też zawierać słuchowiska, lekturę klasyków literatury i muzykę.

Nieocenioną wartość dla chorych unieruchomionych w domu lub szpitalu stanowią radiowe i telewizyjne transmisje różnorodnych nabożeństw i wydarzeń o charakterze religijnym. Szczególnie transmisja mszy św. w telewizji stanowi dla nich ważną formę uczestnictwa w liturgii Kościoła. Przynosi ona im również wiele duchowej pociechy i radości. Osoby odpowiedzialne za techniczną stronę transmisji powinny umiejętnie dopasować język przekazu telewizyjnego do języka liturgii. Przekaz mszy św. powinien koncentrować się na akcji liturgicznej i ukazaniu pełnego i obrazu Eucharystii. Ruchy kamer i operowanie planami filmowymi nie może być przypadkowym działaniem, ale musi wynikać z charakteru i miejsca akcji liturgicznej. W czasie homilii oko kamery powinno być skoncentrowane na przemawiającym kapłanie, a w czasie konsekracji na ołtarzu. Pozwoli to osobom oglądającym transmisję na realne poczucie uczestnictwa i

reagowania na akcję liturgiczną w podobny sposób, jak czynią to wierni w kościele. Niewskazane jest również przeładowywanie transmisji widokami architektury kościoła obejmującymi malowidła, freski, rzeźby i inne dzieła sztuki. Ukazywanie zbliżeń twarzy uczestników zgromadzenia liturgicznego jest uzasadnione jedynie w przypadku podkreślenia dialogu toczącego się między kapłanem a wiernymi, na przykład w czasie modlitwy wiernych.

Ważną rolę w duszpasterstwie chorych odgrywa prasa religijna. Przeprowadzone badania pokazują, że ponad 60 % respondentów sięga po różnorodne czasopisma religijne. Chociaż wskaźniki osób uważających, że wspomniane czasopisma zamieszczają wystarczającą liczbą artykułów dla chorych są tylko nieznacznie wyższe od wskaźników respondentów mających przeciwne zdanie, to jednak odczuwa się pewien brak tego typu opracowań. Wydaje się, że osoby odpowiedzialne za kształt czasopism religijnych powinny więcej miejsca poświęcić problematyce teologii i psychologii choroby, wyjaśniać sens i znaczenie sakramentu namaszczenia chorych, a także ukazywać inicjatywy Kościołów lokalnych zmierzające do niesienia pomocy osobom cierpiącym.

Przeprowadzone badania pokazały, że zaledwie 2,8 % respondentów czyta czasopismo dla chorych „Apostolstwo Chorych”. Warto postawić pytanie, czy tak małe zainteresowanie wspomnianym periodykiem wiąże się z nieodpowiednim kolportażem pisma i jego niewystarczającym nakładem, czy też jest spowodowane zbyt ubogą i mało zróżnicowaną zawartością treściową. Duszpasterze powinni zatroszczyć się zarówno o to, aby specjalistyczne pisma regularnie docierały do chorych⁷⁹, jak też o przeprowadzenie badań sondażowych związanych z ich oczekiwaniami.

Warto również zwrócić uwagę na 38,8 % respondentów, którzy zadeklarowali, że nie czytają żadnych czasopism religijnych. Aby zmienić istniejący stan rzeczy potrzebna jest szeroka akcja kolportażu wspomnianych pism, obejmująca dostarczanie ich do chorych przebywających w domach, szpitalach i zakładach opieki społecznej. Akcją kolportażową trzeba też objąć wartościowe książki, kasety magnetofonowe zawierające rekolekcje dla chorych lub kasety video przedstawiające wartościowe filmy i pielgrzymki papieskie. Trzeba również zatroszczyć się o to, aby wyposażyć najuboższych chorych w odbiorniki radiowe lub telewizyjne. Fundusze na zakup takich odbiorników można uzyskać przeprowadzając specjalne loterie z racji odpustu parafialnego i rekolekcji lub ustawiając puszkę z racji Tygodnia Miłosierdzia. Można też zorganizować zbiórkę

⁷⁹ Wśród specjalistycznych czasopism dla chorych należy wymienić miesięcznik „List do Chorych”, wydawany przez Kurię Arcybiskupią Archidiecezji Poznańskiej oraz dwumiesięcznik „Wstań”, redagowany przez Księża Sercanów w Stadnikach koło Krakowa.

nieużywanych przez parafian odbiorników telewizyjnych lub radiowych i przekazać je ubogim ludziom chorym.

Godnym uwagi wydaje się być akcja rozpowszechniania papieskiego „Listu do chorych” lub listów pisanych przez biskupa lub proboszcza z racji świąt Bożego Narodzenia i Wielkanocy. Można to czynić wykorzystując między innymi łamy gazetek parafialnych. Szczególnie samotni chorzy przyjmą takie listy z wielką radością, widząc w nich znak troskliwej pamięci Kościoła o ludziach cierpiących. W tego typu listach, oprócz słów pocieszenia i pociechy, może się znaleźć zachęta do ofiarowania cierpień w intencjach Kościoła i parafii.

Sprawą istotnej wagi jest szerzenie idei apostołstwa chorych i zachęcanie osób cierpiących do twórczego przeżywania swoich cierpień i ofiarowania ich w różnych intencjach. Z przeprowadzonych badań wynika, że czyni to 67,7 % respondentów, wśród których przeważają mieszkańcy wsi (72,7 %) i osoby posiadające wykształcenie podstawowe (80,3 %) nad mieszkańcami miasta (65,5 %) i osobami posiadającymi wykształcenie wyższe (60,3 %). Z kolei wśród osób apostołsko nie wykorzystujących swoich cierpień przeważają mieszkańcy miasta (26,2 %) i posiadający wykształcenie wyższe (30,2 %) nad mieszkańcami wsi (16,4 %) i osobami posiadającymi wykształcenie podstawowe (11,4 %). Uzyskane dane winny więc pobudzić duszpasterzy pracujących w parafiach miejskich do zwrócenia większej uwagi na chorych nie mających zrozumienia dla idei Apostołstwa Chorych. W pierwszej kolejności tym ludziom należy ukazywać ich rolę w Mistycznym Ciele Chrystusa. Mogą oni ofiarowywać swoje cierpienia w intencjach najbliższych, nawrócenia grzeszników, misji, pomyślnego przeprowadzenia różnorodnych inicjatyw parafialnych, nowych powołań kapłańskich i zakonnych itp.

Apostolstwo chorych nie może jednak ograniczać się jedynie do składanej Bogu modlitwy połączonej z darem cierpienia. Chodzi w nim również o twórcze wykorzystanie swojej choroby dla dobra wspólnoty ludzkiej. Poprzez akceptację ograniczeń wiążących się z przeżywanym cierpieniem i odrzucaniem egoistycznych postaw, chory może wykazać się umiejętnościami przystosowania się do nowej sytuacji. Energia twórcza, która do tej pory znajdowała swoje ujście na płaszczyźnie życia zawodowego lub społecznego, może teraz owocować dziełami literackimi, muzycznymi i malarskimi. Chorzy mogą też pokazywać światu właściwą hierarchię wartości ludzi zdrowych, w której wartości duchowe będą miały pierwszeństwo przed wartościami materialnymi. Chorzy mogą także swoim optymizmem i pogodą ducha wyzwalać u innych właściwe wobec przeciwności losu postawy. Dobrze przeżyta choroba dostarcza również samym chorym doznanie wewnętrznego rozwoju związanego z twórczym wykorzystaniem cierpienia.

* * *

Duszpasterstwo chorych będące wypełnieniem słów Chrystusa, który nakazał swoim uczniom leczyć wszelkie choroby i słabości (Mt 10, 1, jest jednym z priorytetów duszpasterskich (por. EE 88). Skuteczna pomoc i solidarność okazywana wszystkim chorym i cierpiącym jest przejawem realizacji „wyobraźni miłosierdzia”, która według Jana Pawła II leży u podstaw programu duszpasterskiego dla Kościoła na nowe tysiąclecie chrześcijaństwa (por. NMI 49—50). Aby Kościół mógł skutecznie realizować tę pomoc, potrzeba rozwoju indywidualnych form duszpasterstwa chorych, obejmujących odwiedziny chorych w domach, poradnictwo duszpasterskie, działalność środków społecznego przekazu oraz propagowania idei Apostolstwa Chorych. Nade wszystko potrzebne jest jednak dostrzeżenie w chorych samego Chrystusa, który ciągle wzywa swoich wyznawców do czynnego składania świadectwa swojej wiary poprzez praktykowanie czynów miłości i miłosierdzia (por. Mt 25, 35—36).