

TOMASZ WIELEBSKI

## **Duszpasterstwo chorych w Polsce. Między teorią i praktyką**

Jezus Chrystus w sposób szczególny odnosił się do ludzi chorych, lecząc ich choroby i słabości (Mt 4, 23). W przypowieści o miłosiernym Samarytaninie ukazał swoim uczniom wzór postępowania wobec chorych i potrzebujących (Łk 10, 30-37). Kościół, wierny poleceniu swojego Założyciela, cały czas angażuje się w posługę chorym i cierpiącym, *uważając ją za integralną część swojego posłannictwa*<sup>1</sup>. Tego typu posługa ma stawać się jednym z priorytetów prowadzonych działań *szczególnie w społeczeństwie dobrobytu i wydajności, w kulturze, którą cechuje bałwochwalczy kult ciała, wypieranie ze świadomości bólu i cierpienia oraz mit wiecznej radości* (EiE 88). W tym samym dokumencie czytamy, że trzeba zabiegać o obecność w szpitalach kapelanów i członków stowarzyszeń wolontariatu, wspierając rodziny osób chorych oraz personel medyczny i paramedyczny (tamże). Z kolei papież Franciszek podkreśla, że *czas spędzony u boku chorego jest czasem świętym*<sup>2</sup>.

Jak jest realizowane w Polsce duszpasterstwo chorych rozumiane jako *działalność Kościoła zmierzająca do udzielenia wszechstronnej pomocy osobom przeżywającym doświadczenie choroby i cierpienia*<sup>3</sup>? Czy podejmowane w jego

Tomasz WIELEBSKI, ks. dr hab., prof. UKSW, kierownik Katedry Prakseologii Pastoralnej i Organizacji Duszpasterstwa w Instytucie Teologii Praktycznej Wydziału Teologicznego UKSW w Warszawie, e-mail: [tomwielebski@gmail.com](mailto:tomwielebski@gmail.com)

<sup>1</sup> Jan Paweł II: *Motu proprio „Dolentium hominum” ustanawiające Papieską Komisję Duszpasterstwa Pracowników Służby Zdrowia* (11 II 1985). „L'Osservatore Romano”. Wyd. polskie. R. 1985 nr 2 s. 24.

<sup>2</sup> Franciszek: Orędzie na XXIII Światowy Dzień Chorego. *Być oczami niewidomego i nogami chromego*. „L'Osservatore Romano”. Wyd. polskie. R. 2015 nr 1 s. 4.

<sup>3</sup> T. Wielebski: *Chorych duszpasterstwo*. W: *Leksykon teologii pastoralnej*. Red. R. Kamiński, W. Przygoda, M. Fiałkowski. Lublin 2006 s. 143.

ramach działania z jednej strony biorą pod uwagę wymiar normatywny zawarty w Objawieniu i Magisterium Kościoła, a drugiej strony odczytanie pojawiających się znaków czasu? Autor artykułu postanowił zestawzić ze sobą wybrane wskazania Magisterium Kościoła z wynikami prowadzonych przez siebie w 1998 roku i powtórzonych w 2014 roku badań socjologicznych, aby ukazać, jak na przestrzeni 16 lat zmieniło się to duszpasterstwo. Pragnie on też uwypuklić konieczność podjęcia takich działań, aby było ono wierne wskazaniom Magisterium i wyzwaniom współczesności. Taki sposób naukowego postępowania jest realizacją jednego z paradygmatów teologii pastoralnej zwanego paradygmatem trzech etapów. Ujmuje się go w formie sylogizmu praktycznego, w którym przesłanką większą jest zasada objawiona odkryta w wyniku poszukiwań nauk teologicznych, przesłankę mniejszą stanowią dane zaczerpnięte z badań socjologicznych, psychologicznych, pedagogicznych i innych, a wniosek, będący zasadą urzeczywistnianą się Kościoła, ma charakter teologiczny. Najpierw ukazuje się jakiś wycinek działalności pastoralnej Kościoła w ujęciu normatywnym, następnie w ujęciu realizowanym, aby dojść do wniosków pastoralnych (ujęcie postulowane)<sup>4</sup>.

## **I. Podstawy biblijno-teologiczne pastoralnej troski Kościoła o chorych**

Choroby i związane z nimi cierpienia stanowią jeden z najtrudniejszych problemów nurtujących człowieka. Przeżywane cierpienia prowadzą do zwrócenia się do Boga i stawiania pytań o ich nadprzyrodzony sens<sup>5</sup>, ale także nieraz do buntu przeciwko Stwórcy, a nawet Jego odrzucenia. Pomocą w odnajdywaniu odpowiedzi na szereg pytań chorego jest Biblia, która nie tylko ukazuje znaczenie i wartość choroby dla osobistego i wspólnotowego zbawienia, ale też inspiruje do niesienia pomocy ludziom cierpiącym.

Stary Testament nie skupia swojej uwagi na chorobie samej w sobie, ale ukazuje ją w szerokim kontekście problemu zła i znaczenia w Bożych planach zbawienia<sup>6</sup>. Bóg stworzył człowieka do szczęścia (Rdz 2, 8-25), ale człowiek przez grzech odwrócił się od Stwórcy i zburzył ustanowiony przez Niego porządek (Rdz 3, 16-19). W świadomości Izraelity choroba kojarzy się z przeżyciem winy i stanowi zewnętrzny wyraz zniszczenia relacji między Bogiem i człowiekiem oraz między ludźmi<sup>7</sup>. Nie przesądzając o naturalnych i bezpośrednich przyczynach choroby, zauważa się jej wyraźny związek z grzechem pierwo-

<sup>4</sup> R. Kamiński: *Metody teologii pastoralnej*. W: *Teologia pastoralna*. Red. R. Kamiński. Lublin 2000 s. 24–26.

<sup>5</sup> Jan Paweł II: List apostolski *Salvifici doloris* o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia. Watykan 1984 nr 9.

<sup>6</sup> J. Stefański: *Sakrament chorych w dziejach i życiu Kościoła*. Gniezno 2000 s. 27.

<sup>7</sup> A. Skowronek: *Chorzy i ich sakrament*. Włocławek 1997 s. 25.

rodnym, którego stanowi bezpośredni skutek. Pierwszym i podstawowym warunkiem pozbycia się choroby jest porzucenie grzechów, modlitwa i ofiara prze-błagalna, a następnie zasięgnięcie rady lekarza<sup>8</sup>.

W Starym Testamencie możemy odnaleźć teksty świadczące o odwiedzaniu chorych, polecaniu ich Bogu podczas modlitwy i podejmowanych sposobach terapii. Na wieść o cierpieniach Hioba przychodzą do niego jego przyjaciele, aby nad nim boleć i go pocieszać (Hi 2, 11). W księdze Mądrości Syracha znajduje się wezwanie, aby nie ociążać się z odwiedzinami chorego (Syr 7, 35). Prorok Ezechiel zwraca się z wyrzutem do pasterzy Izraela, że nie dbają o zdrowie „cho-rej owcy” (Ez 34, 4). Rany osób chorych są przemywane oliwą lub balsamem i obwiązywane (Iz 1, 6; Oz 6, 1). Ten gest ma nie tylko znaczenie lecznicze, ale chroni przed śmiercią, zapewniając życie i radość czasów mesjańskich (Iz 61, 3). Za jedynego i skutecznego lekarza uznawany jest Bóg (Wj 15, 26; Pwt 32, 39), który dzieli się z lekarzami ziemskimi swoją mądrością i pokrzepia chorych na łożu boleści (Syr 38, 1-15; Ps 41, 4). Z relacji autorów natchnionych wynika, że celem leczenia jest przywrócenie szeroko rozumianego dobrego samopoczucia względem Boga, samego siebie i bliskich<sup>9</sup>.

Prorocy Starego Testamentu, zapowiadając czasy mesjańskie, kreślą przed oczyma ludu wybranego erę radości, dobrobytu, wyzwolenia od wszelkiego zła, cierpienia, chorób i śmierci. Tego wyzwolenia ma dokonać Mesjasz (Iz 61, 1-3), którego przyjściu mają towarzyszyć uzdrowienia (Iz 35, 5-6). Zapowiadany Mesjaszem jest Chrystus, który dając odpowiedź wysłańcom Jana Chrzciciela, powołuje się na znaki ery mesjańskiej, obejmujące między innymi fakt uzdro-wienia chorych: *niewidomi wzrok odzyskują, chromi chodzą, trędowaci doznają oczyszczenia, głusi słyszą* (Mt 11, 5).

Jezus w sposób szczególnie umiłował chorych i cierpiących, wypełniając proroctwa Starego Testamentu (Łk 4, 18-21)<sup>10</sup>. Chrystus jest zawsze poruszony obecnością ludzi chorych, nigdy nie przechodzi obojętnie wobec dramatu ludzkiego bólu i cierpienia (Mt 9, 35-36; 14, 35-36; Mk 6, 54-56). Jezus nie zadawała się jedynie uzdrowieniem ciała, ale uzdrawia całą osobę, przebacząc jej grzechy (Łk 5, 17-25). Uzdrawienia dokonywane przez Chrystusa mają sens wyłącznie religijny. Modli się On najpierw do Boga (J 9, 41 nn.), wzbudzając w chorym nadzieję na uzdrowienie (J 5, 60), a potem spełnia usilną i pokorną prośbę o zdrowie (Mt 8, 2; Łk 9, 12). W opisach uzdrowień dokonywanych przez Chry-

<sup>8</sup> M. Zakrzewska: *Choroba – zło dotykające człowieka*. W: *Biblia a medycyna*. Red. B. Pawlaczyk. Poznań 2007 s. 23-24.

<sup>9</sup> A. Ołó w: *Choroba, uzdrowienie, odpuszczenie grzechów*. „Communio” 1998 nr 3 s. 23-24.

<sup>10</sup> Zakon Szpitalny św. Jana Bożego. Komisja Generalna ds. Duszpasterstwa. *Duszpasterstwo w stylu św. Jana Bożego*. Rzym 2012 s. 27.

stusa widoczne jest żądanie od chorych wiary (Mt 9, 22; Łk 8, 50)<sup>11</sup>. Cudowne uzdrowienia dokonywane przez Chrystusa są zewnętrznym znakiem jego mesjańskiego posłannictwa<sup>12</sup> i nadejścia czasów, w których nie będzie już bólu i cierpienia (Iz 25, 8), a Bóg otrze wszelką łzę z oczu swoich czcicieli (Ap 21, 4).

Chrystus zleca swoim uczniom troskę o ludzi chorych i cierpiących, ukazując im postawę wrażliwego na nieszczęścia bliźnich Samarytanina (Łk 10, 30-37). Przypowieść o dobrym Samarytaninie *zakłada powszechność miłości która kieruje się ku potrzebującym*, będąc programem serca, które widzi<sup>13</sup>. W obliczu cierpienia nie poprzestaje on na samym tylko wzruszeniu i współczuciu, ale stają się one dla niego bodźcem do świadczenia wielorakiej pomocy<sup>14</sup>. Z opisu spotkania Jezusa Zmartwychwstałego ukazującego się dwóm uczniom zmierzającym do Emaus (Łk 24, 13-35) można wyciągnąć wnioski dotyczące działalności wobec chorych i cierpiących: być blisko człowieka, słuchać, empatycznie dostrzegać jego sytuację egzystencjalną, zbliżać ludzi do Boga przez znaki i obrzędy<sup>15</sup>. Chrystus nakazuje Apostołom głoszenie Ewangelii i uzdrawianie chorych (Mt 16, 15-18). Uzdrowienia dokonywane przez Apostołów są znakiem nadejścia ery mesjańskiej i należą do głoszonego posłannictwa zbawczego, w którym Bóg uwalnia człowieka od sytuacji spowodowanej grzechem (Mk 6, 12-13). Dokonywane uzdrowienia są również realizacją władzy otrzymanej przez Chrystusa (Dz 3, 5-8). O wypełnianiu przez uczniów misji zleconej przez Jezusa mówią również teksty na temat uzdrowienia Eneasza z Liddy przez Piotra (Dz 19, 32 nn.) oraz wielu chorych z Jerozolimy (Dz 5, 15-16). Kościół w Jerozolimie, modląc się wśród prześladowań, prosi o znaki mesjańskie z uzdrowieniem chorych włącznie (Dz 4, 29-30). Św. Paweł, głosząc słowo Boże poganom, dokonuje uzdrowień mocą Pana (Dz 14, 8-10; 28, 7-9). Z kolei św. Jakub wzywa chorych do tego, aby sprowadzali kapłanów, którzy będą się nad nimi modlili i namaszczali ich olejem (Jk 5, 14-16).

Wezwanie do troski o chorych i cierpiących znajduje się w wielu dokumentach Magisterium. Ukazując rolę chorych w Kościele, budzą one wrażliwość duchownych i świeckich na świat ludzkiego cierpienia, jak też zachęcają do wspólnego niesienia pomocy duchowo-medycznej. Podkreślając rolę permanentnej formacji wszystkich osób posługujących chorym, proponują one różne formy pracy duszpasterskiej z *chorymi i wobec chorych*, akcentując prawdę, że potrzeba

<sup>11</sup> M. Z a k r z e w s k a: *Uzdrowienia w Nowym Testamencie*. W: *Biblia a medycyna*, dz. cyt. s. 257.

<sup>12</sup> J. S t e f a ń s k i: *Sakrament chorych w dziejach i życiu Kościoła*, dz. cyt., s. 30.

<sup>13</sup> B e n e d y k t X V I: Encyklika *Deus Caritas est* o miłości chrześcijańskiej. Watykan 2005 nr 25; 31.

<sup>14</sup> J a n P a w e ł I I: List apostolski *Salvifici doloris*, dz. cyt. nr 28.

<sup>15</sup> Zakon Szpitalny św. Jana Bożego. Komisja Generalna ds. Duszpasterstwa: *Duszpasterstwo w stylu św. Jana Bożego*, dz. cyt. s. 29–30.

odnowy tego duszpasterstwa w którym chory będzie traktowany *jako czynny podmiot ewangelizacji i zbawienia*<sup>16</sup>. Warto przywołać niektóre myśli z tego nauczania, aby uświadamiając sobie ich bogactwo, znajdować inspirację do podejmowanych działań, a zarazem pytać się, które ze wskazań Magisterium powinno jeszcze znaleźć odzwierciedlenie w codziennej praktyce duszpasterskiej.

Wezwanie do troski o chorych i cierpiących znajduje się w nauczaniu II Soboru Watykańskiego, który w *Dekrecie o apostołstwie świeckich* podkreśla, że Kościół ma okazywać chorym chrześcijańską miłość, szukać ich i znajdować, troskliwie pocieszać i wspierać (DA 8). Z kolei w *Dekrecie o posłudze i życiu prezbiterów* czytamy, że odwiedzanie i pokrzepianie chorych stanowi jedno z podstawowych zadań prezbiterów (DP 6), którzy, co z kolei podkreśla *Konstytucja dogmatyczna o Kościele*, przez święte namaszczenie i modlitwę mają ich polecać cierpiącemu i uwielbionemu Panu (KK 11). *Konstytucja o liturgii* podkreśla, że namaszczenie chorych nie jest sakramentem przeznaczonym tylko dla znajdujących się w ostatecznym niebezpieczeństwie utraty życia (KL 73), ale dla chorych będących w różnych stanach choroby (KL 75). *Konstytucja dogmatyczna o Kościele*, zauważa że chorzy szczególnie łączą się z Chrystusem (KK 11), natomiast oni – co stwierdza się w *Dekrecie o misyjnej działalności Kościoła* – mogą ofiarować swoje modlitwy i uczynki pokutne w intencji ewangelizacji świata (DM 38).

Szczególne uwagę należy zwrócić na wskazania Magisterium zawarte w rytuale liturgicznym *Sakramenty Chorych. Obrzędy i duszpasterstwo* (dalej SCH)<sup>17</sup>. Jego ukazanie się w 1972 roku stanowiło odpowiedź na wezwanie II Soboru Watykańskiego do odnowienia liturgii poszczególnych sakramentów i dostosowanie ich do mentalności współczesnych ludzi (KL 21). Na podkreślenie zasługuje fakt, że wspomniany rytuał w swoim tytule zrównał strukturę rytualną sakramentów i ich implikacje duszpasterskie. Wspomniany zabieg służył przełamaniu uprzedzeń i schematów myślowych części wiernych i duszpasterzy, którzy skupiając się jedynie na posłudze sakramentalnej, nie uświadamiają sobie do końca faktu, że jest ona jedynie częścią pastoralnej troski Kościoła o człowieka chorego.

Obrzędy *Sakramentów chorych* przypominają, że najgłębszym uzasadnieniem troski Kościoła o chorych jest przekonanie o obecności w nich cierpiącego Chrystusa (SCH nr 32). Odwiedzanie chorych, aby wspierać ich środkami naturalnymi i pokrzepiać na duchu, stanowi wypełnianie polecenia Chrystusa (SCH nr 4). Odnosi się ono do wszystkich ochrzczonych (SCH nr 33), a szczególnie do proboszczów i przełożonych kleryckich wspólnot zakonnych, którzy mają osobi-

<sup>16</sup> Jan Paweł II: Adhortacja apostolska *Christifideles laici* o powołaniu i misji świeckich w Kościele i świecie. Watykan 1998 nr 53–54.

<sup>17</sup> *Sakramenty chorych. Obrzędy i duszpasterstwo*. Katowice 2001.

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

Szczytem działań duszpasterskich wśród chorych przebywających w domach, szpitalach i innych miejscach ma być sprawowanie sakramentu namaszczenia chorych<sup>18</sup>. Przez sprawowanie sakramentu namaszczenia chorych wzmacnia się ich ufność w Boga, uzbraja przeciwko pokusom szatana i pomaga w odzyskaniu zdrowia, jeżeli jest to pożyteczne dla zbawienia duszy (SCH nr 6). Ponieważ wielu wiernych traktuje sakrament namaszczenia chorych jako „ostatnie namaszczenie”, potrzebna jest ogólna i rodzinna katecheza ukazująca jego istotę i przestrzegająca przed zwlekaniem jego przyjęcia (SCH nr 13, 36). Sakramentu namaszczenia chorych można udzielać podczas mszy św. sprawowanej w kościele, domu chorego lub szpitalu (SCH nr 104), szczególnie podczas pielgrzymek, dni chorego i zjazdów stowarzyszeń chorych (SCH nr 107). Chorym trzeba stworzyć możliwość częstego, a nawet codziennego, przyjmowania Komunii św. (SCH nr 52), a ci, którzy znajdują się w bezpośrednim niebezpieczeństwie śmierci, powinni być pokrzepieni Wiatykiem (SCH nr 26, 117-118).

Mówiąc o posłudze sakramentalnej wobec chorych, w sposób szczególny należy zwrócić uwagę na orędzie papieża Benedykta XVI skierowane z okazji XX Światowego Dnia Chorego. Papież zwrócił w nim uwagę na rolę sakramentów uzdrowienia w duszpasterstwie chorych: pokuty i pojednania, namaszczenia chorych, Eucharystii. Według papieża, sakrament pokuty przywraca łaskę Bożą, pomagając w przeciwstawieniu się zniechęceni i rozpacz, natomiast częste przyjmowanie przez chorych w szpitalach oraz domach Komunii św. umacnia ich więź z Chrystusem ukrzyżowanym i zmartwychwstałym. Papież apeluje też o zwrócenie większej uwagi na sakrament namaszczenia chorych, zarówno w wymiarze refleksji teologicznej, jak i działalności duszpasterskiej. Podkreśla, że ten sakrament powinien być udzielany nie tylko u kresu życia, ale także w różnych sytuacjach związanych z chorobą<sup>19</sup>. Według Benedykta XVI: *otocze-*

<sup>18</sup> J a n P a w e ł I I: Homilia wygłoszona podczas mszy św. z udziałem chorych i niepełnosprawnych (Wellington 23. 11. 1986). W: *Ewangelia cierpienia*. Red. J. Poniewierski. Kraków 1997 s. 127.

<sup>19</sup> B e n e d y k t X V I, Orędzie na XX Światowy Dzień Chorego: *Wstań, idź, twoja wiara cię uzdrowiła*. (Watykan 20. 11. 2011). [www.vatican.va/holy\\_father/benedict\\_xvi/messag-](http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/messag-)

nie chorych uwagą i opieką duszpasterską jest z jednej strony znakiem czujności Boga dla cierpiących, a z drugiej przynosi duchową korzyść również kapłanom i całej wspólnotie chrześcijańskiej służącej cierpiącemu Chrystusowi (Mt 25, 40)<sup>20</sup>. Papież podkreśla też, że sakramenty, wraz ze słuchaniem słowa Bożego i osobistą modlitwą, mają stawać się dla chorych i cierpiących bezpieczną kotwicą w wierze<sup>21</sup>. Na rolę sakramentu namaszczenia w duszpasterstwie chorych zwraca też uwagę papież Franciszek mówiąc o nim, że przez jego sprawowanie *Jezus bierze nas za rękę, dotyka nas, tak jak dotykał chorych i przypomina, że należymy już do Niego i nic, nawet choroba i śmierć, nigdy nie będzie mogło nas od Niego oddzielić*<sup>22</sup>. Papież ukazując istotę tego sakramentu i piętnując niewłaściwe wyobrażenia części osób twierdzących, że *po księdzu kolej na zakład pogrzebowy*, apeluje, aby z niego korzystać w chwili poważnej choroby czy starości<sup>23</sup>.

Mówiąc o teologicznych podstawach duszpasterstwa chorych, należy przywołać także nauczanie powstałej w 1985 roku Papieskiej Komisji Duszpasterstwa Służby Zdrowia, przekształconej w 1988 roku w Papieską Radę do spraw Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Warto również podkreślić jej rolę w inspiracji, rozwoju i koordynacji działań związanych z duszpasterstwem chorych i służby zdrowia. Wspominając szereg inicjatyw tej Rady, należy między innymi przywołać przygotowanie i wydawanie specjalnych opracowań poświęconych wielorakiej problematyce duszpasterstwa chorych: *Świeccy w świecie cierpienia i zdrowia* (1987); *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia* (1990); *Światowy Dzień Chorego. Dlaczego i jak obchodzić?* (1992); *Karta Pracowników Służby Zdrowia* (1995).

Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia w dokumencie *Świeccy w świecie cierpienia i zdrowia* podkreśla, że będąca integralną częścią posłannictwa Kościoła troska o chorych jest obowiązkiem każdego chrześcijanina. Zaangażowanie świeckich na polu opieki społecznej i zdrowotnej ma się zasadniczo wyrażać *w sferze badań naukowych, kształtowaniu postaw i konkretnej opiece nad chorymi*. Wszyscy podejmujący różnorodne formy opieki nad chorym, zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i grupowym, mają im służyć, traktując ich w sposób podmiotowy. Szczególne zadanie przypada świeckim pracownikom służby zdrowia, którzy wykonując swój zawód, sprawują diakonię, czyli służbę

[es/sick/documents/hf\\_ben-vi\\_mes\\_20111120\\_world-day-of-the-sick-2012\\_pl.html](http://es/sick/documents/hf_ben-vi_mes_20111120_world-day-of-the-sick-2012_pl.html) [dostęp: 19. 09. 2014].

<sup>20</sup> Tamże.

<sup>21</sup> Tamże.

<sup>22</sup> Franciszek: Przemówienie podczas audiencji generalnej *Jezus dotyka ran człowieka*. „L'Osservatore Romano” 2014 nr 3–4 s. 46–47.

<sup>23</sup> Tamże.

miłosierdzia. Podobnie jak kapłani, są oni przyjaciółmi chorych, pełniąc swoje apostołstwo wśród nich<sup>24</sup>.

Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia w dokumencie *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia* zwraca uwagę na potrzebę specjalnej formacji kleryków i kapłanów angażujących się w pracę z chorymi. W dokumencie podkreśla się, że wspomniana formacja musi obejmować wymiar teoretyczny i praktyczny. Wymiar teoretyczny związany jest z poznawaniem nauczania Kościoła oraz wskazań nauk medycznych w zakresie opieki nad chorymi, natomiast wymiar praktyczny polega na stałym kontakcie z chorymi w szpitalach i domach. Praktyczna posługa względem chorych nie może ograniczać się jedynie do udzielania im sakramentów, ale musi obejmować inne formy, łącznie z ich odwiedzaniem i pasterską opieką<sup>25</sup>. W dokumencie apeluje się też do duszpasterzy, aby zatroszczyli się o moralną i duchową formację pracowników służby zdrowia, którzy są *pierwszymi i głównymi pośrednikami działań duszpasterskich Kościoła*<sup>26</sup>. Mają oni być traktowani jako partnerzy w niesieniu pomocy chorym, z poszanowaniem ich autonomii organizacyjnej i wykonawczej<sup>27</sup>.

Autorzy dokumentu Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia *Karta Pracowników Służby Zdrowia* podkreślają, że współzależność wymiaru fizycznego, psychicznego i duchowego każdego człowieka łączy się z koniecznością zapewnienia jemu duchowej i religijnej opieki. Duszpasterska troska kapłanów, zakonników i świeckich o chorych ma się wyrażać w katechezie, liturgii i dziełach miłości. Trzeba pomóc chorym w odkrywaniu odkupieńczego znaczenia cierpienia przeżywanego w łączności z Chrystusem oraz umożliwić im korzystanie z sakramentów, będących skutecznymi znakami odradzającej i ożywiającej łaski Bożej. Chorzy oczekują ze strony zdrowych na świadectwo wiary, mającego siłę *terapeutycznej miłości*<sup>28</sup>. Posługa chorym, będąca realizacją życiowego powołania ludzi świeckich i duchownych, jest wyrazem ich uczestnictwa w duszpasterskiej i ewangelizacyjnej działalności Kościoła. Z jej pomocą dokonuje się rozprzestrzenianie miłości Bożej wobec człowieka cierpiącego, a także dzieła miłości wobec Boga, który *przeszedł dobrze czyniąc i uzdrawiając wszystkich* (Dz 10, 38). Pracownicy służby zdrowia, będąc sługami życia, stają się współpracownikami Boga w przywracaniu zdrowia chorej duszy i choremu ciału<sup>29</sup>. *Karta Pracowników Służby Zdrowia* ukazuje również terapeutyczną rolę

<sup>24</sup> Papieska Komisja Duszpasterstwa Pracowników Służby Zdrowia: *Świeccy w świecie cierpienia i zdrowia*. Watykan 1987 s. 21. 25–28. 34–37.

<sup>25</sup> Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia: *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia*. Watykan 1991 s. 27–31.

<sup>26</sup> Tamże s. 26.

<sup>27</sup> Tamże s. 43.

<sup>28</sup> Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia: *Karta Pracowników Służby Zdrowia*. Watykan 1995 s. 87–88.

<sup>29</sup> Tamże s. 12–15.



pełnego miłości kontaktu międzyludzkiego. Odgrywa on szczególną rolę przy leczeniu zaburzeń i chorób natury psychicznej, dokonującym się przez psychoterapię<sup>30</sup>.

Dokument *Światowy Dzień Chorego. Dlaczego i jak obchodzić?* postuluje, aby inicjatywy podejmowane z okazji obchodów Dnia Chorego na poziomie narodowym, diecezjalnym i parafialnym stanowiły pewną całość. W czasie obchodów Dnia Chorego na poziomie narodowym, powinna odbyć się w sanktuarium maryjnym lub innym znanym kościele msza św. z licznym udziałem chorych, transmitowana przez radio lub telewizję. W obchodach Dnia Chorego na poziomie parafialnym trzeba wyodrębnić dwa momenty. Chodzi w pierwszym rzędzie o modlitwę i refleksję wspólnoty kościelnej połączoną z obecnością chorych w świątyni oraz inicjatywy podejmowane wśród chorych będących w różnych miejscach opieki społecznej. Celebracja Eucharystii, połączona z udzielaniem sakramentu namaszczenia chorych, ma stanowić kluczowe wydarzenie tych obchodów. Chorzy wraz z pracownikami służby zdrowia i swoimi najbliższymi winni przebywać w pobliżu ołtarza. Mają oni wziąć czynny udział we mszy św., czytając słowo Boże, wypowiadając intencje modlitwy wiernych, rozważania o wartości cierpienia oraz przynosząc procesjonalnie dary ofiarne. Sprawowanie sakramentu namaszczenia chorych ma być poprzedzone katechezą wyjaśniającą jego charakter, mający wymiar duchowej i fizycznej terapii<sup>31</sup>.

Mówiąc o duszpasterstwie chorych należy zwrócić uwagę na posługę sprawowaną w szpitalach będącą *największą i najliczniej uczęszczaną świątynią świata*<sup>32</sup>. Papież Benedykt XVI zwracał uwagę na to, że szpitale powinny być traktowane jako uprzywilejowane miejsce ewangelizacji<sup>33</sup>. Nie można dopuścić do tego, aby zdrowie stało się w nich *zwykłym towarem poddanym prawom rynku*<sup>34</sup>. Ważną rolę w placówkach leczniczych powinna odgrywać kaplica będąca *pulsującym sercem, w którym Jezus nieustannie ofiaruje się Ojcu za życie ludzkości*<sup>35</sup>. Trzeba zatroszczyć się o zapewnienie duchowego wsparcia chorym znajdującym się w szpitalach, umożliwiając im częste przyjmowanie Komunii św.<sup>36</sup>.

<sup>30</sup> Tamże s. 85.

<sup>31</sup> Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia: *Światowy Dzień Chorego. Dlaczego i jak obchodzić?*. Watykan 1992 s. 45–48.

<sup>32</sup> Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia: *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia*. dz. cyt. s. 35.

<sup>33</sup> B e n e d y k t X V I: Przemówienie do uczestników międzynarodowej konferencji Papieskiej rady ds. Duszpasterstwa Służby zdrowia i chorych *Chrześcijańska nauka o cierpieniu* (Watykan 17. 11. 2012) [www.kuria.lomza.pl/index.php?wiad=4337](http://www.kuria.lomza.pl/index.php?wiad=4337) [dostęp 23. 07. 2014].

<sup>34</sup> Tamże.

<sup>35</sup> B e n e d y k t X V I: Orędzie na XV I Światowy Dzień Chorego *Eucharystia, Lourdes i duszpasterstwo chorych* (Watykan 11 I 2008). <http://www.prawapacjenta.eu/?pId=1135> [dostęp: 4. 02. 2015].

<sup>36</sup> B e n e d y k t X V I: Adhortacja apostolska *Sacramentum caritatis* o Eucharystii, źródle i szczyt życia i misji Kościoła. Watykan 2007 nr 58.

W życiu pacjentów szpitalnych którzy w życiu odeszli od Chrystusa, a w chwili cierpienia zastanawiają się nad sensem swojego życia, ważną rolę odgrywają kapelani szpitalni, a także zespoły opieki duszpasterskiej, będące *kroplą oleju* otwierającą ludzkie serca na to, co Boże i piękne<sup>37</sup>.

W pracy duszpasterskiej Kościoła szczególną uwagę należy poświęcić osobom nieuleczalnie chorym. Jan Paweł II zwracał uwagę na rolę terapii paliatywnych, *których celem jest złagodzenie cierpienia w końcowym stadium choroby i zapewnienie pacjentowi potrzebnego mu ludzkiego wsparcia*<sup>38</sup>. Z kolei Benedykt XVI podkreślał, że *Kościół pragnie wspierać nieuleczalnie i śmiertelnie chorych (...), promując działania stwarzające warunki pomagające z godnością znosić nieuleczalną chorobę i śmierć i dbając o zwiększenie liczby ośrodków opieki paliatywnej, ofiarujących chorym humanitarne i duchowe wsparcie*<sup>39</sup>. Karta Pracowników Służby Zdrowia zwracając uwagę na to, że śmierć jest ostatnią fazą życia ludzkiego, zaapelowała do lekarzy, pielęgniarek, kapłanów, opiekunów społecznych, wolontariuszy, członków rodzin i przyjaciół o zapewnienie całościowej opieki osobom umierającym, pozwalającej im na godne odejście<sup>40</sup>. Głównym obowiązkiem duszpasterskim całej wspólnoty eklezjalnej jest *ewangelizowanie śmierci* czyli głoszenie Ewangelii umierającemu, co *wyraża się i aktualizuje w miłości, modlitwie i sakramentach*<sup>41</sup>.

Ważną kwestią jest troska Kościoła o ludzi cierpiących na wielorakie zaburzenia i choroby psychiczne. Według Jana Pawła II stosunek do ludzi chorych psychicznie jest *miernikiem kultury społeczeństwa i państwa*<sup>42</sup>. Papież Benedykt XVI podkreślał, że Kościół pragnie wyrazić swą szczególną troskę o cierpiących (...) na zaburzenia umysłowe, które dotyczą jedna piątą ludzkości<sup>43</sup>. Papież diagnozując przyczyny tych zaburzeń w krajach wysoko rozwiniętych, zwrócił uwagę na negatywny wpływ kryzysu wartości moralnych, co zwiększa poczucie osamotnienia, podważa tradycyjne struktury więzi społecznych i doprowadza do

<sup>37</sup> Z. Zi m o w s k i: Przemówienie podczas międzynarodowej konferencji o szpitalu jako miejscu nowej ewangelizacji (Watykan 15. 11. 2012). <http://nowaewangelizacja.org/watykan-miedzynarodowa-konferencja-o-szpitalu-jako-miejscu-ewangelizacji/> [dostęp: 4. 02. 2105].

<sup>38</sup> J a n P a w e ł I I: Encyklika *Evangelium vitae o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego*. Watykan 1995 nr 65.

<sup>39</sup> B e n e d y k t X V I: Orędzie na XV Światowy Dzień Chorego *Kościół naśladuje miłosiernego Samarytanina*. (Watykan 8. 12. 2006). [www.pijarzy.pl/rozwaniania/orędzie\\_benedykta\\_xvi\\_na\\_xv\\_swiatowy\\_dzien\\_chorego\\_d1630\\_pol.html](http://www.pijarzy.pl/rozwaniania/orędzie_benedykta_xvi_na_xv_swiatowy_dzien_chorego_d1630_pol.html)[http](http://www.pijarzy.pl/rozwaniania/orędzie_benedykta_xvi_na_xv_swiatowy_dzien_chorego_d1630_pol.html) [dostęp: 4. 02. 2015].

<sup>40</sup> Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia: *Karta Pracowników Służby Zdrowia*. dz. cyt. s. 95–96.

<sup>41</sup> Tamże s. 108–109.

<sup>42</sup> J a n P a w e ł I I: Homilia w czasie liturgii słowa skierowana do chorych (Gdańsk 12. 06. 1987). W: J a n P a w e ł I I: *Pielgrzymki do Ojczyzny*. Kraków 1999 s. 487.

<sup>43</sup> B e n e d y k t X V I: Orędzie na XIV Światowy Dzień Chorego *Otaczajmy troską i miłością umysłowo chorych* (Watykan 8. 12. 2005). [http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/benedykt\\_xvi/przemowienia/chory2006-or\\_08122005.html](http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/benedykt_xvi/przemowienia/chory2006-or_08122005.html) [dostęp: 4. 02. 2015].

ich rozpadu, spychając na margines społeczeństwa chorych, w szczególności umysłowo. Benedykt XVI zaapelował, aby otaczano ich opieką medyczną, socjalną i duszpasterską, opartą na poszanowaniu godności właściwej każdej istocie ludzkiej<sup>44</sup>.

Ważną rolę w duszpasterstwie chorych mogą odgrywać środki społecznego przekazu, umożliwiając ludziom chorym i starsym uczestnictwo w wydarzeniach religijnych, niosąc im szczególną pociechę<sup>45</sup>. Szczególnie ważną rolę odgrywa niedzielna transmisja mszy św. przez telewizję i radio, która dla osób dotkniętych chorobą lub przebywających w szpitalu jest formą uczestnictwa w liturgii Kościoła, niosącą duchowe umocnienie. W liście apostolskim *Dies Domini* Jan Paweł II napisał, że dzięki powiązaniu transmisji telewizyjnej lub radiowej celebracji eucharystycznej z posługą nadzwyczajnych szafarzy Eucharystii przynoszących do domu chorych Komunię św., mogą oni *korzystać z owoców niedzielnej Mszy św. oraz przeżywać niedzielę jako prawdziwy »dzień Pański« i »dzień Kościoła«*<sup>46</sup>.

Również w nauczaniu Kościoła w Polsce można zauważyć troskę o rozwój duszpasterstwa osób chorych i cierpiących. Przykładowo II Synod Plenarny w księdze *Świętość. Dar i zadanie* Synod postuluje, aby: *troskliwą opieką otaczać chorych. Trzeba wciąż uświadamiać uczniom Chrystusowym, że choroba jeśli jest przeżywana w zjednoczeniu z Panem, może być czasem szczególnej odnowy oraz ubogaceniem całego Ciała Chrystusa wielkimi darami świętości. Duszpasterze powinni zadbać o wymianę tych darów duchowych przez odwiedzi-ny w szpitalach chorych z powierzonej im pieczy wspólnoty parafialnej. Szczególnie jednak trzeba zadbać o chorych leżących w domach. Posługa ta powinna mieć postać przynajmniej cotygodniowej celebracji Komunii św., wspólnej medytacji Pisma Świętego i rozmów. Powinni ją podejmować zarówno kapłani, jak i świeccy członkowie apostolatu chorych, zwłaszcza nadzwyczajni szafarze Eucharystii*<sup>47</sup>. Z kolei księga *Liturgia Kościoła po II Soborze Watykańskim* podkreśla, że regularne i częste zanoszenie chorym Eucharystii, a także sprawowanie jej w ich domach jest przejawem zwykłej troski pasterza i wspólnoty o cierpiących członków Ciała Chrystusa<sup>48</sup>.

<sup>44</sup> Tamże.

<sup>45</sup> Jan Paweł II: Orędzie na XIV Światowy Dzień Środków Społecznego Przekazu *Rodzina wobec środków społecznego przekazu* (Watykan 1. 05. 1980). „L'Osservatore Romano” 1980 nr 6 s. 4.

<sup>46</sup> Jan Paweł II: List apostolski *Dies Domini* o świętowaniu niedzieli. Watykan 1998 nr 54.

<sup>47</sup> *Świętość. Dar i zadanie*. W: *II Polski Synod Plenarny (1991–1999)*. Poznań 2001 s. 247 nr 54.

<sup>48</sup> *Liturgia Kościoła po II Soborze Watykańskim*. W: *II Polski Synod Plenarny*, dz. cyt. s. 207 nr 99.

Problematyka posługi stałego akolity została podjęta w wydanej w 1991 roku instrukcji Konferencji Episkopatu Polski w sprawie formacji i sposobu wykonywania posługi nadzwyczajnego szafarza Komunii św.<sup>49</sup>. Instrukcja przedstawia między innymi zasady zanoszenia i udzielania Komunii św. chorym i niepełnosprawnym, podkreślając jej związek ze sprawowaniem Eucharystii przez wspólnotę parafialną<sup>50</sup>. Zagadnienia posługi stałego akolity zostały szczegółowo omówiona w *Dyrektorium duszpasterstwa służby liturgicznej*<sup>51</sup>. Dokument zwraca uwagę na konieczność szczególnej troski akolitów o chorych i słabych leżących w domach i szpitalach, aby nieść im pomoc w codziennych potrzebach i odpowiednie duchowe wsparcie. Mają oni w każdą niedzielę poświęcać pewien czas dla chorych, odwiedzając ich w domach i szpitalach, nie tylko zanosząc im Komunię św., ale również wspierając ich w cierpieniach, a w razie potrzeby przygotowując do przyjmowania sakramentu namaszczenia i Wiatyku. Do ich zadań ma należeć koordynacja działań parafii na rzecz chorych w domach i szpitalach, a do których należy także zaliczyć pomoc w dojechaniu na niedzielną Eucharystię tym, którzy nie mogą dojść o własnych siłach<sup>52</sup>. Dokument podkreśla, że akolita może również włączyć się w prowadzenie Adoracji Najświętszego Sakramentu w parafii, nabożeństw eucharystycznych i procesji, pomoc potrzebującym i organizowanie wolontariatu<sup>53</sup>.

Problematyka duszpasterstwa osób chorych i cierpiących została też podjęta w dokumentach Komisji Charytatywnej Konferencji Episkopatu Polski: *Instrukcja o pracy charytatywnej w parafiach* z 1986 roku oraz *Wskazania duszpasterskie dla Parafialnych Zespołów Charytatywnych* z 2000 roku. Zobowiązują one wszystkich proboszczów do powołania Parafialnych Zespołów Charytatywnych<sup>54</sup>, których członkowie, dzieląc parafię na rejony charytatywne, powinni w sposób szczególny zwrócić uwagę na osoby znajdujące się w trudnym położeniu materialnym, zdrowotnym lub duchowym, wśród których są między innymi seniorzy, chorzy, niepełnosprawni<sup>55</sup>.

<sup>49</sup> Zob. Konferencja Episkopatu Polski: *Zmodyfikowana instrukcja w sprawie formacji i sposobu wykonywania posługi nadzwyczajnych szafarzy Komunii św.* (22. 06. 1991) W: *Dokumenty duszpastersko-liturgiczne Episkopatu Polski* (1966–1998). Red. Cz. Krakowiak, L. Adamowicz. Lublin 1999, s. 65–72.

<sup>50</sup> Tamże s. 71–72.

<sup>51</sup> *Dyrektorium duszpasterstwa służby liturgicznej* (27. 11. 2008). Wrocław 2012.

<sup>52</sup> Tamże nr 38–39.

<sup>53</sup> Tamże 39.

<sup>54</sup> Zob. *Instrukcja Konferencji Episkopatu Polski o pracy charytatywnej w parafiach* (19.11.1986) nr 4. 9. W: W. Przygoda: *Funkcja charytatywna Kościoła po Soborze Watykańskim II*. Lublin 1998 s. 257–265; Komisja Charytatywna Konferencji Episkopatu Polski: *Wskazania duszpasterskie dla parafialnych zespołów Caritas* (18. 05. 2000) nr 5. W: L. Achremowicz: *Wierzę... Zeszyt formacyjny dla parafialnych grup charytatywnych*. Warszawa 2000 s. 1–12.

<sup>55</sup> Komisja Charytatywna Konferencji Episkopatu Polski: *Wskazania duszpasterskie dla parafialnych zespołów Caritas* (18.05.2000), dz. cyt. s. 12.

Do pracy z chorymi potrzeba profesjonalnie przygotowanych osób duchownych. Takie przygotowanie powinno się już dokonywać w seminarium duchownym przez specjalne wykłady i ćwiczenia. *Zasady formacji kapłańskiej w Polsce* opracowane przez Komisję Episkopatu Polski do spraw Seminariorów Duchownych i opublikowane w 1999 roku podkreślają, że zajęcia z psychologii powinny nie tylko zaznajomić alumnów z głównymi kierunkami w tej dziedzinie wiedzy, lecz również ułatwić zrozumienie siebie i innych osób. Mają one z jednej strony pomagać w kształtowaniu dojrzałej osobowości kandydatów do kapłaństwa, a z drugiej mają stanowić pomoc w realizowaniu skutecznego duszpasterstwa<sup>56</sup>. Wspomniane zajęcia mają objąć psychologiczne aspekty pomocy ludziom chorych, obejmujące zagadnienia związane z objawami i klasyfikacją chorób psychicznych, kryzysów religijnych i zaburzeń osobowościowych, nerwic oraz związków poradnictwa psychologicznego i kierownictwa duchowego<sup>57</sup>. Wiedza zdobyta w czasie wykładów ma być wykorzystywana w czasie praktyk duszpasterskich<sup>58</sup>.

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

## **II. Realizowane metody i formy duszpasterstwa chorych w Polsce w świetle badań**

Autor pragnie teraz ukazać, na podstawie wyników przeprowadzonych przez siebie badań socjologicznych uzupełnionych o wyniki badań ISKK SAC, cząstkowy obraz duszpasterstwa chorych w Polsce. Pierwsze badania zostały przeprowadzone przez autora w 1998 roku, a następnie powtórzone w 2014 roku<sup>59</sup>. Przedstawienie wybranych wyników badań pozwoli na poszukiwanie odpowiedzi

<sup>56</sup> Komisja Episkopatu Polski do spraw Seminariorów Duchownych: *Zasady formacji kapłańskiej w Polsce*. Częstochowa 1999. s. 200–201.

<sup>57</sup> Tamże s. 203.

<sup>58</sup> Tamże s. 118.

<sup>59</sup> W 1998 roku autor przeprowadził, za pomocą samodzielnie skonstruowanego kwestionariusza, badania wśród 350 chorych przebywających w szpitalach Otwocka, Poznania i Lublina. Zostały one następnie powtórzone w 2014 roku na grupie 204 chorych przebywających w tych samych szpitalach. Z kolei badania kapelanów, przeprowadzone również za pomocą samodzielnie skonstruowanego przez autora kwestionariusza, zostały przeprowadzone wśród 110 kapelanów odbywających rekolekcje w 1998 roku w Częstochowie i powtórzone w 2014 roku na grupie 104 kapelanów przeżywających rekolekcje również w Częstochowie.

na pytanie czy i w jaki sposób przez 16 lat zmieniło się duszpasterstwo chorych w Polsce. Nie chodzi tylko o ukazanie istniejącej rzeczywistości, ale ma to być punkt wyjścia do zaproponowania pewnych działań na przyszłość.

Szczególne znaczenie w duszpasterstwie chorych powinien odgrywać sakrament namaszczenia chorych. Warto postawić sobie pytanie, jakie jest jego miejsce w świadomości Polaków i z jaką częstotliwością jest on przyjmowany. Z trzech ogólnopolskich badań religijności przeprowadzonych przez ISKK SAC (1991, 1998, 2012) wynika, że nazwa sakramentu namaszczenia chorych była, w porównaniu z innymi sakramentami, relatywnie najrzadziej podawana przez respondentów (1991 – 62,4%, 1998 – 53,6%, 2012 – 49,9%). W badaniach w 2012 roku respondenci przypisywali sakramentowi namaszczenia chorych jeden z najniższych poziomów znaczenia (52,7%), przyznając najwyższe znaczenie sakramentom: chrztu (62,4%), Eucharystii (61,4%) i małżeństwu (60,0%). Świadczy to o małej świadomości znaczenia i istoty tego sakramentu<sup>60</sup>.

Badania przeprowadzone wśród mieszkańców różnych diecezji potwierdzają fakt, że zasadniczo Polacy nie posiadają właściwie uformowanej świadomości dotyczącej znaczenia i istoty sakramentu namaszczenia chorych. Kiedy proszono respondentów o podanie nazw znanych im sakramentów, sakrament namaszczenia chorych był najczęściej wymieniany na samym końcu albo wcale o nim nie wspomniano<sup>61</sup>. Można przypuszczać, że tak słaba znajomość sakramentu chorych przez respondentów związana jest z tym, że w wielu przypadkach utożsamiają go z ostatnim namaszczeniem.

A jak wygląda częstotliwość przyjmowania sakramentu namaszczenia przez badanych przez autora chorych? Z badań przeprowadzonych w 1998 roku wynika, że aż 60,0% respondentów wcale nie przyjęło tego sakramentu, 18,0% przyjęło go już kilka razy w życiu, a 15,1% uczyniło to raz. Z kolei badania przepro-

<sup>60</sup> W. Zdaniewicz: *Model katolickiej religijności*. W: *Postawy społeczno-religijne Polaków 1991–2012*. Red. L. Adamczuk, E. Firlit, W. Zdaniewicz. Warszawa 2013 s. 107–109.

<sup>61</sup> *Postawy społeczno-religijne diecezjan tarnowskich*. Red. W. Zdaniewicz, T. Zembrzusi. Warszawa 2001 s. 80–81; *Postawy religijno-społeczne mieszkańców Archidiecezji Łódzkiej*. Red. W. Zdaniewicz, S. Zaręba, T. Zembrzusi. Warszawa 2002 s. 30; *Postawy społeczno-religijne archidiecezjan poznańskich*. Red. W. Zdaniewicz, S. Zaręba. Poznań 2005 s. 24; *Postawy społeczno-religijne mieszkańców Archidiecezji Szczecińsko-Kamieńskiej*. Red. W. Zdaniewicz, S. Zaręba. Warszawa 2006 s. 39; *Religijność mieszkańców Warszawy*. Red. W. Zdaniewicz, S. Zaręba, T. Zembrzusi. Warszawa 2007 s. 50; *Postawy religijno-społeczne mieszkańców Diecezji Warszawsko-Praskiej*. Red. L. Adamczuk, W. Sadłoń. Warszawa 2011 s. 31; *Postawy religijno-społeczne mieszkańców Archidiecezji Białostockiej*. Red. R. Lange, W. Sadłoń. Białystok 2013 s. 31–32; *Postawy religijno-społeczne mieszkańców Diecezji Zielonogórsko-Gorzowskiej 2013*. Red. E. Jarmoch, W. Zdaniewicz. Warszawa-Zielona Góra 2013 s. 18–19.

wadzone w 2014 roku wykazały, że 74,6% wcale tego nie uczyniło, 8,5% przyjęło ten sakrament kilka razy, a 16,9% uczyniło to raz. Analiza powyższych wskaźników wskazuje na to, że na przestrzeni 16 lat o 14,6% zwiększył się odsetek osób, które nie przyjęły sakramentu namaszczenia chorych, natomiast prawie o 10 punktów procentowych zmniejszył się odsetek tych, którzy przyjęli ten sakrament kilka razy. Zasadniczo na tym samym poziomie utrzymuje się odsetek osób, które zadeklarowały jednorazowe przyjęcie sakramentu namaszczenia chorych (odpowiednio 15,1% i 16,9%). W tym kontekście rodzi się pytanie o przyczyny istniejącego stanu rzeczy. Mogą się one wzajemnie na siebie nakładać: zbyt rzadkie proponowanie przyjęcia tego sakramentu przez duszpasterzy, brak świadomości jego istoty czy też inne.

A jaka jest świadomość respondentów badanych przez autora dotycząca skutków sakramentu namaszczenia chorych? W 1998 roku aż 65,3% respondentów twierdziło, że sakrament namaszczenia chorych przywraca zdrowie, 30,2%, że przygotowuje do śmierci, a 10,9%, że nie ma żadnego wpływu na jego stan. Z kolei badania przeprowadzone w 2014 roku pokazały, że według 10,6% badanych ten sakrament przywraca zdrowie, 44,7% twierdzi, że umacnia w cierpieniu, 41,2% – przygotowuje do śmierci, a 11,6%, że nie ma żadnego wpływu na stan zdrowia. Ponieważ w badaniach przeprowadzonych w 2014 roku dodano do kafeterii możliwość odpowiedzi *umacnia w cierpieniu*, którą to odpowiedź wybrało 44,7% respondentów, trudno jednoznacznie stwierdzić, jaka na przestrzeni 16 lat dokonała się zmiana świadomości Polaków dotycząca tego sakramentu. Odwołując się jednak do wyników badań z 2014 roku, można powiedzieć, że zauważa się braki w tej świadomości, skoro aż prawie połowa badanych traktuje go jako „ostatnie namaszczenie”. Zestawiając wyniki badań autora z wynikami przywoływanych wcześniej innych badań, można wyprowadzić postulat, że potrzeba jeszcze wielu działań formacyjnych, aby zmieniać świadomość wiernych dotyczącą znaczenia tego sakramentu i możliwości jego przyjmowania.

Ważną rzeczą jest ofiarowanie cierpień przez chorych w różnych intencjach. W swoich badaniach autor zapytał respondentów, czy tak czynią. W 1998 roku 67,7% respondentów ofiarowało swoje cierpienia w różnych intencjach, 23,2% tego nie czyniło, 9,1% badanych nie zastanawiało się nad tym. Z uzyskanych w 2014 roku odpowiedzi wynika, że swoje cierpienia ofiaruje w różnych intencjach 27,1% respondentów, nie czyni tego 25,1% z nich, a prawie połowa respondentów (47,7%) wcale się nie zastanawiało nad powyższą kwestią. Z przeprowadzonych badań wynika, że na przestrzeni 16 lat o 46 punktów procentowych zmniejszyła się liczba osób twórczo przeżywających swoje cierpienia. Z kolei trzy czwarte badanych w 2014 roku nie zna w pełni teologii choroby i cierpienia. W świetle uzyskanych badań jawi się postulat konieczności po-

dejmowania odpowiednich działań formacyjnych ukazujących to, jak chorzy w duchu chrześcijańskim mogą przeżywać swoją chorobę.

Zwiększająca się liczba zachorowań na choroby nieuleczalne pobudza do poszukiwania fachowej pomocy, którą świadczą działające w Polsce hospicja. Czy w Polsce pogłębia się świadomość znaczenia, jakie mogą one odgrywać w życiu ludzi będących u kresu życia? Prowadzone badania pokazały, że na przestrzeni 16 lat o dziesięć punktów procentowych zmniejszył się wskaźnik osób wyrażających chęć skorzystania z pomocy hospicjów w przypadku zachorowania przez nich na śmiertelną chorobę (odpowiednio 42,0% - 30,3%). Mniej więcej o tyle samo punktów procentowych wzrósł wskaźnik osób, które nie wiedzą, jak by się zachowały w takiej sytuacji (1998 – 41,4%, 2014 – 49,8%). Szukając przyczyn takiego stanu rzeczy, można między innymi wskazać na jeszcze niedostateczną świadomość istoty usługi świadczonej przez hospicja. Wydaje się, że mimo prowadzonych licznych kampanii społecznych dotyczących usługi hospicyjnej, zbyt wolno przebiega zmiana świadomości Polaków.

Dokumenty Magisterium zwracają uwagę na rolę poradnictwa psychologicznego. Zapytano badanych respondentów, czy kiedykolwiek korzystali z pomocy katolickiej poradni psychologicznej. W 1998 roku tylko 1,1% z nich odpowiedziało twierdząco na to pytanie, natomiast aż 98,9% stwierdziło, że nigdy tego nie czyniło. Po 16 latach okazało się, że zasadniczo te proporcje nie uległy zmianie (odpowiednio 3,0% i 97,0%). Na tym samym poziomie utrzymuje się też wskaźnik osób deklarujących korzystanie z porad katolickiego telefonu zaufania (1998 – 0,6%, 2014 – 1,5%). Jakie są motywy istniejącego stanu rzeczy? Większość badanych zarówno w 1998 roku, jak i w 2014 roku stwierdziło, że nie miało takiej potrzeby (odpowiednio 57,4% i 57,3%). W okresie 16 lat zauważa się pewne zróżnicowanie wskaźników dotyczące faktu, że badani nie słyszeli o istnieniu takich instytucji (1998 – 36,6%, 2014 – 31,2%) oraz że nie mają zaufania do ich pracowników (1998 – 1,7%, 2014 – 8,5%). Skoro aż jedna trzecia badanych twierdzi, że nie słyszała o działalności takich instytucji, to można stwierdzić, że brakuje kampanii informacyjnych dotyczących funkcjonowania w polskiej przestrzeni katolickich poradni katolickich i telefonów duszpasterskich. Idąc dalej, można pokusić się o stwierdzenie, że być może takich instytucji jest zdecydowanie za mało, co w perspektywie występującej liczby zaburzeń osobowościowych i chorób psychicznych, powinno ulec zmianie<sup>62</sup>.

<sup>62</sup> Obecnie w Polsce na zaburzenia psychiczne choruje 8 milionów dorosłych Polaków w wieku od 18 do 64 lat. Gdyby włączyć dzieci, młodzież i osoby starsze, liczba pacjentów mogłaby wzrosnąć o 4 miliony. Obok depresji występuje w naszym kraju jeszcze 365 innych chorób psychicznych. Do 15% osób cierpi na depresję, co stanowi 1,5 miliona ludzi. Zaburzenia lękowe ma do 13%; chorobę afektywną dwubiegunową - do 3%, to kolejne milion osób; schizofrenię – 1%, czyli około 400 tysięcy osób. Zob. J. S a m o c h o w i e c: *Zaburzenia psychiczne*. Cierpi na nie



Ważną rolę w duszpasterstwie chorych powinny odgrywać mass media. Z badań przeprowadzonych w 1998 roku wynika, że ze specjalnymi audycjami dla chorych w środkach społecznego przekazu (radio lub telewizji) zetknęło się 41,1% respondentów, natomiast 44,9% nie spotkało się z tego typu programami. Z kolei w 2014 roku 37,5% respondentów odpowiedziało twierdząco na pytanie dotyczące emisji tego rodzaju programów w mass mediach, natomiast 62,5% nie spotkało się z tego typu programami. Z kolei na pytanie dotyczące oceny wystarczalności tych audycji, w 1998 roku 21,7% respondentów odpowiedziało pozytywnie, 18,0% negatywnie, a nie miało zdania 60,3% badanych. W 2014 roku prawie jedna trzecia badanych (26,6%) wyraziła pozytywną opinię w tej kwestii, 14,1% negatywną, a aż 59,4% nie miało zdania na ten temat. Z przeprowadzonych badań wynika, że na przestrzeni 16 lat prawie o 18 punktów procentowych zwiększyła się liczba osób nie dostrzegających dostatecznej liczby audycji dla chorych w mass mediach.

Zapytano też o to, jakie pisma religijne czytają chorzy. W 2014 roku ponad połowa badanych (54,5%) nie czytała żadnych z tego typu pism, natomiast spośród osób deklarujących czytelnictwo prasy religijnej najczęściej czytała: „Niedzielię” (18,9%), „Gościa Niedzielnego” (15,6%), „Przewodnik Katolicki” (6,7%), „Idziemy” i „Nasz Dziennik” (6,7%), „Tygodnik Powszechny” (4,4%), „Rycerza Niepokalanej” (2,2%), „Apostolstwo Chorych” (1,1%). Ponad połowa badanych (51,2%) stwierdziła że nie wie, czy wspomniane pisma zamieszczają odpowiednią liczbę artykułów dla chorych. 39,0% odpowiedziało twierdząco na to pytanie, natomiast odmiennego zdania było 9,8% respondentów. Wartym zauważenia jest fakt, że ponad połowa badanych nie potrafi ocenić czy w mediach pojawia się wystarczająca liczba ofert programowych skierowanych do osób chorych. Powyższe fakty są wyzwaniem dla pracowników mediów oraz decydentów duszpasterstwa.

Jedną z form duszpasterstwa chorych jest organizacja dla nich specjalnych wczasów i pielgrzymek. W 1998 roku w specjalnych wczasach dla chorych uczestniczyło 3,4% respondentów, natomiast w 2014 roku 11,8% badanych. Z kolei w 1998 roku w pielgrzymkach dla chorych uczestniczyło 5,1% respondentów, natomiast w 2014 roku 12,6% z nich. O potrzebie organizacji takich form duszpasterstwa chorych wypowiadało się w 1998 roku 65,1% respondentów, a było przeciwnych takim inicjatywom 2,3%. 28,0% badanych nie miało zdania w tej sprawie. Z kolei w 2014 roku 53,1% respondentów opowiadało się za takimi formami duszpasterskimi, 8,3% było im przeciwni, a nie miało zdania 38,5% badanych. 18,3% badanych oczekuje od kapłanów organizowania takiego

rodzaju form duszpasterskich. Wydaje się, że odpowiadając na zapotrzebowanie chorych, należy zadbać o rozwój powyższych form duszpasterskich.

Ważną rolę w duszpasterstwie chorych odgrywa parafia. Na jej terenie mieszka wielu chorych, potrzebujących wielorakiej pomocy. Czy polskie parafie podejmują, adekwatne do potrzeb, działania na ich rzecz? Z badań przeprowadzonych w 2010 roku przez Instytut Statystyki Kościoła Katolickiego we współpracy z Głównym Urzędem Statystycznym wynika, że ponad 92,0% polskich parafii podejmuje taką aktywność. Stosując kategoryzację opartą na używanej w badaniu gospodarki społecznej przez GUS, można stwierdzić, że niemal we wszystkich parafiach jest świadczona *pomoc duchowa*. Jedna czwarta parafii organizuje czas wolny dla chorych. Tylko co dziesiąta parafia prowadzi usługi opiekuńcze, a niewielki odsetek parafii proponuje inne formy pomocy: pomoc żywieniowa (2,1%), rekolekcje i nauczanie (1,6%), pomoc materialna (1,4%), pomoc finansowa (1,1%), leczenie (0,3%)<sup>63</sup>. Z kolei badania przeprowadzone przez CBOS w 2014 roku pokazują, że według 35,0% ankietowanych w parafiach prowadzi się opiekę nad ludźmi starymi i niedołącznymi, a 27,0% twierdzi, że jest sprawowana opieka nad chorymi i działa hospicjum<sup>64</sup>. Tylko 2,0% ankietowanych uważa, że korzysta z różnych form wsparcia dla ludzi chorych i starych w parafii<sup>65</sup>. Zestawiając wyniki uzyskane z przywoływanych źródeł, zauważa się między nimi dużą rozpiętość. Tłumaczy się ją między innymi tym metodologią przeprowadzonych badań. W badaniach CBOS nie pytano tylko o formy pomocy chorym, ale umiejscawiając je wśród wielu parafialnych inicjatyw społecznych, proszono, aby respondenci wymienili te, z których najczęściej korzystają. Z uzyskanych z różnych źródeł badań można jednak dedukować, że parafie w zbyt małym stopniu służą chorym i cierpiącym w zakresie pomocy pielęgnacyjno-medycznej, materialnej i finansowej.

A jak w świetle badań autora wygląda duszpasterska posługa chorym świadczona na poziomie parafii? Badania przeprowadzone w 1998 roku pokazują, że prawie 60,0% badanych chorych wie o systematycznym odwiedzaniu chorych przez duszpasterzy. 31,7% badanych zadeklarowało, że nie wie, jak często taka praktyka ma miejsce. Z kolei badania prowadzone w 2014 roku pokazały, że według 65,6% respondentów księża raz w miesiącu odwiedzają chorych. 8,9% z badanych stwierdziło, że taka praktyka nie ma miejsca. Aż jedna czwarta badanych (25,6%) nic nie wiedziała na ten temat. Jeżeli chodzi o metody i formy pracy stosowane podczas odwiedzin chorych w domach, to badani w 1998 roku

<sup>63</sup> W. S a d ł o Ń: *Determinanty funkcjonowania opiekuńczej wspólnoty lokalnej: aktywność parafii w Polsce na rzecz chorych*. „Polityka Społeczna” 2012 nr 5–6 s. 25–26.

<sup>64</sup> CBOS: *Společna percepcja rzeczywistości parafialnej*. Komunikat z badań CBOS nr 163/2014. Warszawa 2014 s. 3–4.

<sup>65</sup> CBOS: *Lokalna parafia. Jej społeczne znaczenie i funkcje*. Komunikat z badań CBOS nr 158/2014 Warszawa 2014 s. 6–7.

respondenci twierdzą, że najczęściej duszpasterze spowiadają chorych i udzielają im Komunii św. (60,3%), rozmawiają z chorymi (30,9%), udzielają im sakramentu namaszczenia (21,4%), rozmawiają z rodzinami chorych (20,6%), odprawiają mszę św. (5,4%). Z kolei badania prowadzone w 2014 roku pokazały, że najczęściej duszpasterze udzielają chorym Komunii św. (86,9%), spowiadają (82,2%), udzielają sakramentu namaszczenia (50,8%), rozmawiają z chorymi (37,7%), rozmawiają z rodzinami chorych (13,1%), odprawiają mszę św. (8,2%). A czego oczekują chorzy od swoich duszpasterzy w parafiach? Pragną prowadzenia rozmów i podtrzymywania na duchu (61,3%), udzielania sakramentów (57,0%), odwiedzin (23,7%), organizowania spotkań, rekolekcji, pielgrzymek i wycieczek (18,3%), wsparcia finansowego (9,7%). Budzi pewne zdziwienie, że wśród wskazywanych przez respondentów metod i form stosowanych przez duszpasterzy zbyt mało miejsca zajmuje udzielanie sakramentu namaszczenia chorych, jak też odprawienie mszy św. w domach chorych. Szkoda też, że zbyt rzadko duszpasterze rozmawiają zarówno z chorymi, jak też z ich rodzinami. Może jedną z przyczyn tego stanu rzeczy jest zła organizacja pracy, co wiąże się ze zbyt małym zaangażowaniem w duszpasterstwo chorych wolontariuszy świeckich.

W dokumentach Magisterium podkreśla się, że w realizację duszpasterstwa chorych mają się też włączać świeccy, szczególnie skupieni w Parafialnych Zespołach Caritas (dalej PZC). Działając pod przewodnictwem proboszcza, mają one inicjować dzieła charytatywne w parafii, szerzyć ideę miłosierdzia chrześcijańskiego oraz podejmować działania na rzecz ubogich i potrzebujących wsparcia. Z danych CARITAS POLSKA wynika, że w Polsce istnieje około 5 000 Parafialnych Zespołów Caritas, angażując w systematyczne, zorganizowane prace charytatywno-opiekuńcze 100 000 wolontariuszy<sup>66</sup>. Biorąc pod uwagę to, że liczba polskich parafii wynosi obecnie 10 154<sup>67</sup>, okazuje się, że PZC funkcjonują w co drugiej parafii. Czy świeccy wolontariusze, w tym nadzwyczajni szafarze Komunii św. oraz członkowie PZC, odwiedzają chorych? Jeżeli chodzi o posługę nadzwyczajnych szafarzy, to z badań prowadzonych w 2014 roku wynika, że według 34,8% respondentów nadzwyczajni szafarze Komunii św. odwiedzają chorych w domach. Z kolei 17,4% badanych przecząco odpowiedziało na pytanie o ich posługę w parafiach, a 47,8% nic nie wiedziało na ten temat. Jeżeli natomiast chodzi o odwiedziny chorych w domach przez członków PZC, to według badań z 1998 roku o odwiedzaniu ich przez członków wspomnianych zespołów charytatywnych wspomina 14,6% respondentów, 6,0% twierdzi, że wspomniane osoby tego nie czynią, 56,0% nic nie wie na ten temat, a 23,4% respondentów nie udzieliło żadnej odpowiedzi na ten temat. Z kolei w 2014 roku

<sup>66</sup> *Rok Caritas w Polsce*: [www.caritas.pl/rok-caritas-w-polsce](http://www.caritas.pl/rok-caritas-w-polsce) [dostęp: 14. 02. 2015].

<sup>67</sup> *Wierni i parafie 2012*: [www.iskk.pl/kosciolnaswiecie/184-wierni-i-parafie-2012.html](http://www.iskk.pl/kosciolnaswiecie/184-wierni-i-parafie-2012.html) [dostęp: 10. 01. 2015].

prawie jedna piąta badanych stwierdziła, że taka praktyka ma miejsce w ich parafiach (17,9%), 5,3% respondentów nie spotkała się z taką formą działań, a aż 58,9% respondentów nic nie wiedziało na ten temat. Na podstawie przedstawionych wyników badań trudno powiedzieć, jaki procent członków PZC w skali kraju odwiedza chorych, ale można dedukować, że kształtuje się on na niskim i średnim poziomie. Wydaje się, że świeccy jeszcze w zbyt małym stopniu angażują się w duszpasterstwo chorych realizowane w ich parafiach. Można też wyrazić zdziwienie tak wysokim stopniem niewiedzy na ten temat, co może wiązać się z brakiem odpowiedniej polityki informacyjnej w parafiach albo po prostu brakiem pewnych działań.

Szczególne znaczenie w duszpasterstwie chorych powinny odgrywać obchody Dnia Chorego na różnych, wspomnianych przez Magisterium, poziomach, których centralnym punktem ma być Eucharystia połączona ze wspólnotowym udzielaniem sakramentu namaszczenia chorych. Czy obchody Dnia Chorego zajmują właściwe miejsce w duszpasterstwie chorych w Polsce? Z badań przeprowadzonych w 1998 roku przez autora wynika, że 43,7% respondentów spotkało się z organizowaniem Dnia Chorego w swoich parafiach, 11,7% twierdziło że takiego Dnia nie organizuje się w ich parafiach, a 42,6% badanych nic na temat nie wiedziało<sup>68</sup>. Badania prowadzone w 2014 roku pokazały, że o organizacji Dnia Chorego w parafiach respondentów wspomniało twierdząco 41,1% badanych, przecząco 23,3%, a nic nie widziało o takiej inicjatywie 35,6% badanych. Patrząc na kwestię organizacji Dnia Chorego w parafiach na przestrzeni 16 lat, można stwierdzić, że zasadniczo na tym samym poziomie utrzymuje się wskaźnik procentowy parafii w których organizuje się tego typu inicjatywę. Niepokoii fakt, że w omawianym okresie o 10 punktów procentowych wzrosła liczba parafii, w których tego typu inicjatywy nie są realizowane.

Badanych w 1998 roku respondentów zapytano też o to, czy ich parafiach w czasie rekolekcji odbywają się specjalne nauki dla chorych połączone z udzielaniem sakramentu namaszczenia. 53,7% badanych odpowiedziało twierdząco na to pytanie, 12,6% przecząco, natomiast 32,8% nic nie wiedziało na ten temat. Podobne pytanie zadano respondentom w 2014 roku. 42,2% badanych odpowiedziało twierdząco, 25,6% przecząco, natomiast 32,2% nic nie wiedziało na ten temat. Widać, że w świetle wypowiedzi respondentów, na przestrzeni 16 lat o 13 punktów procentowych w polskich parafiach zmalała liczba nauk dla chorych wygłaszanych podczas rekolekcji parafialnych połączonych z udzielaniem sakramentu namaszczenia chorych.

Uzyskane wyniki z jednej strony pozwalają na wyrażenia umiarkowanego zadowolenia z powodu troski duszpasterzy o stosowanie w parafiach różnych

<sup>68</sup> T. Wielębski: *Duszpasterstwo chorych w Polsce. Kierunki rozwoju*. „Ateneum Kapłańskie” 2007 nr 588 s. 325.

metod i form duszpasterstwa chorych, a drugiej pokazują, że potrzeba jeszcze czasu, aby stały się one jeszcze powszechniejsze. Dotyczy to szczególnie udzielania sakramentu namaszczenia chorych, organizowania Dnia Chorego w parafii, odprawiania mszy św. w domach chorych czy też indywidualnych rozmów z chorymi i ich rodzinami.

Szczególnym miejscem duszpasterskiej troski o chorych są szpitale, hospicja i domy pomocy społecznej. Podejmowane w nich różnorakie działania duszpasterskie mają ożywiać i intensyfikować życie religijne chorych, stając się częścią składową procesu terapeutycznego. Działalność duszpasterska prowadzona wśród chorych ma też prowadzić do przewyciężania występującego wśród nich poczucia bezużyteczności, zachęcając ich do ofiarowania cierpień w różnych intencjach Kościoła i świata. A jakie metody i formy pracy duszpasterskiej stosują pracujący we wspomnianych placówkach kapelani? W 1998 roku podkreślali oni, że oprócz działań sakramentalnych najczęściej prowadzą oni rozmowy z chorymi (82,7%), propagują prasę i książki religijne (45,5%), odprawiają nabożeństwa (32,7%). Z kolei badania prowadzone w 2014 roku wykazały, że kapelani, oprócz form sakramentalnych, najczęściej rozmawiają z chorymi (97,1%), pracownikami służby zdrowia (78,4%) oraz rodzinami chorych (65,7%), propagują prasę i książki religijne (74,5%), prowadzą nabożeństwa (72,5%). Choć cieszy fakt, że wzrósł ilościowy wskaźnik metod i form duszpasterskich stosowanych przez kapelanów, którzy częściej rozmawiają z chorymi, prowadzą nabożeństwa oraz propagują prasę i książki katolickie, to wydaje się jednak, że potrzeba jeszcze większego zaangażowania na rzecz pogłębienia osobistych relacji z bliskimi pacjentów, często potrzebujących umocnienia na duchu i wsparcia.

Wszystkie placówki lecznicze i opiekuńcze potrzebują dobrze przygotowanych, ogarniających swoją posługą nie tylko chorych, ale także ich rodziny i personel medyczny, kapelanów. Czy ich liczba jest wystarczająca? *Spis Duchowieństwa* z 2011 roku podaje, że w Polsce jest 408 kapelanów, w tym 197 księży diecezjalnych i 211 zakonnych<sup>69</sup>. Z kolei Krajowy Duszpasterz Służby Zdrowia ks. S. Warzeszak podaje, że obecnie w Polsce jest około 1500 kapelanów<sup>70</sup>. Wydaje się, biorąc pod uwagę występujące potrzeby, że za mało jest duchownych wydelegowanych do pracy z chorymi<sup>71</sup>. Trzeba oczywiście zauważyć

<sup>69</sup> *Duchowieństwo Diecezjalne oraz Członkowie Męskich Instytutów Życia Konsekrowanego i Stowarzyszeń Życia Apostolskiego*. Red. W. Z d a n i e w i c z, W. S a d ł o Ń. Warszawa 2011 s. 8.

<sup>70</sup> Ik: *Pacjenci mają prawo do opieki duszpasterskiej*. Internetowy Dziennik Katolicki (10. 02. 2015). [www.mail.google.com/mail/u/0/#inbox/14b74eba1a030eab](http://www.mail.google.com/mail/u/0/#inbox/14b74eba1a030eab) [dostęp: 14. 02. 2015].

<sup>71</sup> Z danych Rocznika Statystycznego GUS z 2015 roku wynika, że w 2013 roku w Polsce było 966 szpitali ogólnych, 48 szpitali psychiatrycznych, 379 zakładów opiekuńczo-leczniczych i 152 zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, 79 hospicjów, 1599 domów i zakładów pomocy społecznej. W szpitalach ogólnych było 187 763 łóżek, psychiatrycznych 17 505, zakładach opiekuńczo-leczniczych 22 302, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych 6 401, a hospicjach 1307. W domach i zakładach pomocy społecznej przebywały 104 300 osób. Trzeba też podkreślić, że w 2013

fakt, że jest spora liczba księży którzy „z doskoku” wypełniają funkcję kapelana, ale to w dalszej perspektywie jest nie do przyjęcia.

A jak wygląda kwestia ilości obowiązków duszpasterskich podejmowanych przez kapelanów? Przeprowadzone przez autora w 1998 roku badania pokazały, że 55,5% kapelanów pracuje tylko w szpitalu, natomiast 45,5% ma do wykonania również inne obowiązki duszpasterskie. Z kolei z badań prowadzonych w 2014 roku wynika, że wyłącznie w posługę wobec chorych jest zaangażowanych 63,5% kapelanów, natomiast 36,5% z nich jest również zaangażowanych w inne dziedziny pracy duszpasterskiej. Nie zauważa się zasadniczych różnic, jeżeli chodzi o kapelanów będących księżmi diecezjalnymi, jak i zakonnymi (odpowiednio 37,0% i 34,8%). Warto w tym kontekście przywołać wyniki badań kapelanów dotyczących ich oceny decyzji władz kościelnych związanych z kierowaniem do pracy w ośrodkach osób z odpowiednim przygotowaniem i charyzmatem. Wynika z nich, że na przestrzeni 16 lat zmieniło się podejście kapelanów oceniających decyzje władz kościelnych odnośnie do powyższego zagadnienia. W 1998 roku o właściwym doborze kapelanów przez władze kościelne wspominało 9,1% respondentów, o niewłaściwym doborze 26,4% z nich. Aż 64,5% badanych kapelanów twierdziło, że *bywa różnie*. Z kolei w 2014 roku prawie jedna trzecia respondentów (28,8%) pozytywnie oceniała politykę personalną władz kościelnych odnośnie doboru kandydatów na kapelanów. Warto jednak zauważyć, że o dziesięć punktów procentowych wzrósł wskaźnik kapelanów negatywnie oceniających politykę personalną przełożonych kościelnych odnośnie osób kierowanych do pracy z chorymi. O tym, że *bywa różnie*, twierdziło 36,5% respondentów. Patrząc na uzyskane opinie, trzeba zauważyć pewne pozytywne zmiany dotyczące polityki personalnej odnośnie kapelanów szpitalnych, która jednak wymaga ciągłego doskonalenia. Wydaje się, że kapelani szpitalni nadal są oni w zbyt dużym stopniu angażowani w inne posługi duszpasterskie, nie mogąc w pełni poświęcić się posłudze osobom chorym oraz ich rodzinom i personelowi medycznemu.

Kapelan szpitalny ma obejmować swoją duszpasterską posługą również rodziny i pracowników służby zdrowia. Jak to wygląda w polskiej rzeczywistości? Wyniki badań z 2014 roku mówią o tym, że 77,0% kapelanów oprócz chorych obejmuje swoją duszpasterską troską personel medyczny, a 49,0% rodziny chorych. Wśród badanych kapelanów aż 78,4% prowadzi rozmowy z pracownikami służby zdrowia, 37,3% organizuje dla nich nabożeństwa, rekolekcje i dni skupienia, 10,8% wygłasza wykłady specjalistyczne poświęcone problematyce etycznej. Cieszy fakt, że kapelani w swojej posłudze duszpasterskiej zwracają uwagę

roku w szpitalach ogólnych było leczonych 7 868 tys chorych. Zob. GUS: *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2015*. Warszawa 2015 s. 223–224; 230.

na personel medyczny i rodziny chorych, to jednak wydaje się, że czynią to jeszcze w sposób niewystarczający.

Aby można zmieniać istniejące stan rzeczy, potrzebne jest otwieranie się kapelanów na współpracę z różnymi kategoriami osób. Z badań przeprowadzonych w 1998 roku wynika, że 56,7% z nich współpracowało z wolontariuszami świeckimi, 23,9% z klerykami, 19,4% z siostrami zakonnymi, a 14,9% z innymi kapłanami. Badani w 2014 roku kapelani zadeklarowali, że współpracują z wolontariuszami świeckimi (31,1%), klerykami (17,5%), siostrami zakonnymi (12,6%), nadzwyczajnymi szafarzami Eucharystii (11,7%). Aż 51,5% kapelanów zadeklarowało, że nie współpracuje z nikim. Z badań wynika, że na przestrzeni 16 lat zasadniczo na tym samym poziomie utrzymuje się wskaźnik procentowy kapelanów współpracujących z klerykami i siostrami zakonnymi. O 25 punktów procentowych zmalała liczba kapelanów współpracujących z wolontariuszami świeckimi. Jaka jest przyczyna istniejącego stanu rzeczy? Czy brakuje świadomości dotyczącej konieczności takiej współpracy, czy też jest to spowodowane negatywnymi doświadczeniami? Warto na te wyniki badań spojrzeć w kontekście odpowiedzi badanych chorych, z których 12,8% pragnienie pomagać duszpasterzom w pracy z chorymi, a aż 63,8% nie ma zdania na ten temat. Należy podkreślić, że jest to olbrzymi potencjał do zagospodarowania nie tylko w kontekście pomagania kapelanom, ale również w parafiach. Aby pełniej włączyć świeckich do współpracy, trzeba zająć się zmianą ich świadomości, pokazując rolę, jaką powinni zajmować w Kościele, podejmując różne działania apostołskie.

Ważną rolę w duszpasterstwie chorych mogą pełnić nadzwyczajni szafarze Komunii św. Pozytywnie o konieczności takiej współpracy wypowiadało się w 1998 roku aż 72,4% badanych kapelanów. Z kolei w 2014 roku liczba kapelanów widzących potrzebę takiej współpracy zmalała prawie o 26 punktów procentowych (do 47,0%). Istniejący stan rzeczy wywołuje pytania dotyczące przyczyn. Czy brakuje odpowiedniej świadomości dotyczącej konieczności takiej współpracy, czy też wiąże się to z jakimiś negatywnymi doświadczeniami kapelanów lub brakiem świadomości eklezjalnej?

Kompetentne sprawowanie posługi w świecie ludzi chorych i służby zdrowia wymaga interdyscyplinarnego przygotowania specjalistycznego, mającego wymiar teoretyczno-praktyczny, co powinno w podstawowym wymiarze dokonywać na poziomie seminarium duchownego. Badania przeprowadzone w 1999 roku wśród rektorów Wyższych Seminarium Duchownych w Polsce wykazały, że zasadniczo w każdej z tych instytucji istnieją elementy formacji teoretyczno-praktycznej przygotowującej do pracy w służbie zdrowia. Mają one jednak charakter niesystematyczny, często opcjonalny, możliwy do wyboru przez kleryków jako jedna z form ich przygotowania do przyszłej posługi duszpasterskiej. Przykładowo, badania pokazały, że całoroczne, obowiązkowe praktyki dla alumnów

w świecie służby zdrowia są realizowane tylko w 20,0% polskich seminariów, a w jednej dziesiątej z nich praktyki w służbie zdrowia są jedną z opcji, którą alumni mogą sobie wybrać. Niepokoi fakt, że jedna trzecia rektorów seminariów nie udzieliła żadnej odpowiedzi na ten temat<sup>72</sup>. Istniejący stan rzeczy przekłada się w perspektywie na małe zainteresowanie duszpasterstwem chorych i służby zdrowia wśród młodych księży. Z badań ks. Pawliny wynika, że w pracy charytatywne, do których zaliczono kapelanię służby zdrowia i opieki społecznej, gotowych jest zaangażować się tylko 1,4% neoprezbiterów<sup>73</sup>.

Brak właściwego i obowiązkowego przygotowania kleryków do pracy wśród chorych przekłada się później negatywnie na realizowaną praktykę, o czym wspominają badani przez autora kapelani. Z badań autora przeprowadzonych w 1998 roku wynika, że 73,6% respondentów stwierdziło, iż seminarium duchowne w nie wystarczający sposób przygotowało ich do pracy duszpasterskiej wśród chorych. Z żalem trzeba zauważyć, że odsetek kapelanów wyrażających podobną opinię wzrósł po 16 latach o trzynaście punktów procentowych i wynosi obecnie 86,4%. Uzyskane wyniki są wyraźnym sygnałem dla osób odpowiedzialnych za formację kleryków do zmiany istniejącego stanu rzeczy. Warto w tym kontekście pokazać, z jakimi formami przygotowania do pracy wśród osób chorych zetknęli się badani kapelani. Podczas badań prowadzonych w 2014 roku stwierdzili oni, że miały one formę wykładów (wspomniało o tym 42,7% respondentów), praktyk odbywanych w szpitalu (29,1% respondentów), domu pomocy społecznej (25,2% respondentów), hospicjum (10,7% respondentów). 33,0% badanych stwierdziło, że w czasie studiów seminaryjnych nie spotkało się z żadną z powyższych form. Uzyskane wyniki badań pokazują, że już na etapie seminariów duchownych potrzeba na większą skalę podjęcia działań dotyczących formacji do pracy w duszpasterstwie chorych. Winna ona obejmować zarówno wymiar teoretyczny, jak i praktyczny, o czym wspomina aż 99,0% badanych w 2014 roku kapelanów.

Praca duszpasterska w służbie zdrowia wymaga nieustannego dokształcania specjalistycznego kapelanów. Zapytano kapelanów skąd czerpią fachową wiedzę na temat pracy wśród chorych. Z badań przeprowadzonych w 1998 roku wynikało, że aż dla 94,5% kapelanów podstawowym źródłem takiej wiedzy są rozmowy z chorymi i ich obserwacja, 74,5% kapelanów czyta specjalistyczne książki i artykuły, 59,0% prowadzi na ten temat rozmowy z innymi kapelanami a 44,5% z lekarzami, 11,8% czerpie swoją wiedzę ze specjalistycznych konferencji. Badania prowadzone w 2014 roku pokazały, że dla 86,5% kapelanów

<sup>72</sup> J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki, A. Muszala: *Ku Szkole Opieki Duszpasterskiej św. Jana Bożego*. W: *Dolentium hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia*. Red. J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki, A. Muszala. Kraków 2011 s. 45–46.

<sup>73</sup> K. P a w l i n a: *Formacja do kapłaństwa w polskich seminariach*. Warszawa 2008 s. 67–69.



podstawowym źródłem fachowej wiedzy są rozmowy z chorymi i ich obserwacja. 60,6% kapelanów sięga po specjalistyczne książki i artykuły, 59,6% rozmawia na ten temat z innymi kapelanami, a 39,4% z lekarzami. 32,7% badanych kapelanów uczestniczy w specjalistycznych konferencjach. Z badań wynika, że na przestrzeni 16 lat o 8 punktów procentowych zmalała liczba kapelanów czerpiących swoją wiedzę o pracy wśród chorych z rozmów z nimi i ich obserwacji, a o 14 punktów z lektury artykułów i książek. Z kolei zauważa się wzrost o 21 punktów procentowych kapelanów czerpiących swoją specjalistyczną wiedzę na powyższy temat ze specjalistycznych konferencji. Warto zauważyć, że na przestrzeni 16 lat nastąpiła zmiana w podejściu władz kościelnych do specjalistycznej formacji kapelanów szpitalnych. W 1998 roku o braku takiej formacji organizowanej przez władze kościelne wspominało aż 90,9% badanych, natomiast w 2014 roku tylko 12,5% respondentów. Dobrze to świadczy o zmianie świadomości decydentów kościelnych, którzy zadali sobie sprawę z konieczności takiej formacji. Cieszy fakt, że większość badanych kapelanów dba o pogłębianie fachowej wiedzy na temat pracy wśród chorych. Wydaje się jednak, że trzeba zadbać o to, aby więcej z nich sięgało po specjalistyczną literaturę (nieraz takowej brakuje!) i uczestniczyło w specjalistycznych konferencjach. Co prawda z badań wynika, że decydenci kościelni w większości organizują spotkania formacyjne dla kapelanów, ale jeszcze część z nich nie uczestniczy w tego typu spotkaniach.

W niektórych antyklerykalnych środowiskach pojawiają głosy negatywnie oceniające obecność kapelanów w szpitalach i domagające się ich usunięcia<sup>74</sup>. Warto spojrzeć na głoszone postulaty w świetle oceny posługi kapelanów dokonanej przez respondentów. Z badań prowadzonych w 2014 roku wynika, że według 17,3% respondentów kapelani bardzo dobrze wywiązują się ze swoich zadań, według 55,0%, że dobrze, a tylko 0,5% twierdzi, że źle. 27,2% badanych nie ma wyrobionego zdania na ten temat, twierdząc, że nie ocenia jej *ani dobrze, ani źle*. Uzyskane wyniki badań pokazują, że trzy czwarte respondentów pozytywnie ocenia posługę kapelanów w szpitalach. Taki wysoki stopień oceny nie powinien pozwolić kapelanom spocząć na przysłowiowych *laurach*, ale motywować ich do coraz lepszej pracy duszpasterskiej. W poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie, na co jeszcze należy zwrócić uwagę w podejmowanych działaniach, pomocne mogą być, między innymi, wyniki badań ukazujące oczekiwania respondentów wobec metod i form pracy stosowanych przez kapelanów. Z badań prowadzonych w 2014 roku wynika, że respondenci oczekują najbardziej tego, że kapelani będą udzielać sakramentów (75,0%), rozmawiać z chorymi (70,0%), modlić się za chorych i być dla nich duchowym wsparciem w cierpieniu (64,5%), rozmawiać

<sup>74</sup> M. K o s: *Pasożyt w szpitalu*. „Fakty i Mity” 2015 nr 4. [www.faktyimity.pl/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=2915:opieka-zdrowotna-cierpi-na-chroniczny-brak-kasy-tylko-kapelani-szpitalni-nie-narzekaja](http://www.faktyimity.pl/index.php?option=com_k2&view=item&id=2915:opieka-zdrowotna-cierpi-na-chroniczny-brak-kasy-tylko-kapelani-szpitalni-nie-narzekaja) [dostęp: 3. 02. 2015].

z rodzinami chorych (14,0%), rozmawiać z personelem medycznym i wspierać go w pełnionej posłudze (4,0%). Warto też zwrócić uwagę na cechy kapelanów najbardziej cenione przez respondentów. W 2014 roku respondenci zwracali uwagę przede wszystkim na cierpliwość (45,9%), komunikatywność (38,8%), życzliwość (38,3%), wyrozumiałość (33,2%), dobroć (14,3%), dialogiczność (8,7%), inne (5,1%). Widać, że respondenci oprócz posługi religijnej oczekują od kapelanów umiejętności komunikacyjnych związanych z prowadzeniem rozmów.

Ukazany częściowy obraz duszpasterstwa chorych w Polsce, wyłaniający się z badań autora, nie jest obrazem pełnym, ale na ich podstawie można szkicowo ukazywać, jakie jest to duszpasterstwo. Konfrontacja uzyskanych wyników badań z nauczaniem Magisterium ma służyć wypracowaniu kierunkowych działań.

### III. Postulaty pastoralne

Po przedstawieniu wybranych wskazań Magisterium Kościoła dotyczących duszpasterskiej troski o chorych i ukazaniu wyników badań socjologicznych obrazujących sposób realizacji tego duszpasterstwa w Polsce, należy wskazać na pewne kierunki działań prowadzące do jej rozwoju. Autor ma świadomość, że nie sposób w tego typu opracowaniu całościowo uwzględnić wszystkich aspektów poruszanego zagadnienia, dlatego pragnie się skupić na niektórych z nich.

Podstawową sprawą wydaje się pobudzanie i pogłębianie świadomości chorych dotyczącej roli i znaczenia sakramentów w życiu religijnym człowieka, z podkreśleniem roli sakramentu namaszczenia<sup>75</sup>. Prowadzone badania pokazały, że na przestrzeni 16 lat prawie o 15 punktów procentowych wzrosła liczba osób chorych deklarujących, że nigdy nie przyjęły tego sakramentu, a o 10 punktów procentowych tych które twierdzą, że przygotowuje on do śmierci. W sytuacji, gdy wielu katolików traktuje sakramenty w sposób magiczny i zwraca często uwagę na formy obrzędowości zewnętrznej, należy w prowadzonych działaniach formacyjnych bardziej akcentować rolę życia sakramentalnego w uświęcaniu człowieka, z podkreśleniem roli sakramentu namaszczenia. Trzeba także ukazywać teologię choroby i cierpienia, gdyż badania pokazały, iż blisko połowa respondentów nie zastanawia się nad ofiarowaniem cierpień w różnych intencjach. Może się to dokonywać w ramach komentarzy i homilii wygłaszanych w czasie sprawowania mszy św., rekolekcji i katechezy dorosłych. Do pogłębiania świa-

<sup>75</sup> W ostatnich latach zauważa się pozytywne zjawisko polegające na odchodzeniu od udzielania namaszczenia chorych jedynie w niebezpieczeństwie śmierci, ale z drugiej strony następuje pewna „banalizacja” tego sakramentu i nadużycie polegające na tym, że zachęca się do jego przyjmowania wszystkich, którzy ukończyli 65. rok życia albo „źle się czują”. W świetle teologii sakramentu namaszczenia chorych oraz prawa kościelnego trzeba podkreślić, że ten sakrament jest przeznaczony dla osób poważnie chorujących i będących w zaangażowanej starości. Zob. Cz. K r a k o w i a k: *Namaszczenie Chorych. Sakrament uzdrowienia*. Sandomierz 2005 s. 50–51.

domości religijnej chorych można też wykorzystywać media, co jest szczególnie aktualne w świetle wyników badań świadczących o tym, że spotyka się w nich zbyt mało audycji poświęconym chorym. Cenną inicjatywą byłoby także wręczanie odpowiednio przygotowanych ulotek i folderów chorym odwiedzanym przez duszpasterzy w domach i szpitalach. Ważną rolę formacyjną odgrywa również wspólnotowe udzielanie sakramentu namaszczenia chorych podczas rekolekcji parafialnych i w czasie obchodów Dnia Chorego, który powinien być organizowany w każdej parafii. Trzeba zadbać o rozwój tych form szczególnie w kontekście danych wskazujących na to, że przez 16 lat spadła liczba parafii, w których organizuje się w czasie rekolekcji specjalne nauki dla chorych połączone z udzielaniem sakramentu namaszczenia, jak też nie zasadniczo wzrosła liczba tych, w których organizuje się obchody Dnia Chorego.

Wydaje się rzeczą konieczną, aby zintensyfikować działania prowadzone wobec osób chorych mieszkających w parafiach, wykorzystując do tego chociażby członków przynależących do PZC. Wielu badanych respondentów nie wie, czy członkowie tych zespołów odwiedzają chorych. Istniejący stan rzeczy powinien ulec zmianie. Należy najpierw zadbać o to, aby tego typu zespoły powstały w każdej parafii, gdyż z danych CARITAS POLSKA wynika, że działają one jedynie w połowie polskich parafii. Należy zachęcać ich członków, jak też innych parafian do odwiedzania chorych w domach. Jak mają oni do nich dotrzeć? Duszpasterze mogą udostępnić członkom PZC listy chorych odwiedzanych w pierwsze piątki miesiąca, aktualizując ją w czasie odwiedzin duszpasterskich odbywanych w ramach wizyty duszpasterskiej. Członkowie PZC i inni parafianie mogą swoją obecnością pomagać chorym nie tylko w przewyciężaniu poczucia osamotnienia, ale także w sprzątaniu mieszkania, przygotowywaniu posiłków, robieniu zakupów, praniu, rozwiązywaniu skomplikowanych problemów administracyjno-prawnych, jak też sprowadzeniu lekarza czy pielęgniarki. Mogą oni także pomagać chorym w przygotowaniu się do przyjęcia sakramentów i powiadamiać duszpasterzy o woli skorzystania z nich. Członkowie PZC jak też inni wierni powinni również umożliwić chorym mogącym opuszczać swoje mieszkania udział w obchodach Dnia Chorego odbywających się w świątyni parafialnej, jak też w specjalnych rekolekcjach i pielgrzymkach. Z badań wynika, że na przestrzeni 16 lat prawie wcale nie wzrosła liczba osób chorych uczestniczących w rekolekcjach i pielgrzymkach, a liczba takich form jest znikoma. Skuteczne i całościowe udzielanie pomocy chorym wymaga współpracy PZC z osobami pracującymi w państwowej opiece społecznej i innych instytucjach prowadzących działalność pomocową. Potrzeba jeszcze wielu różnorodnych, prowadzonych przez wielorakie podmioty działań, aby polskie parafie dobrze odpowiadały na wielorakie potrzeby osób chorych.

W odwiedzinach chorych w domach, połączone ze świadczeniem pomocy duchowo-materialnej, powinni angażować się nie tylko członkowie PZC, lecz także

osoby należące do grup i ruchów religijnych działających na terenie parafii. Ich członkom grozi nieraz niebezpieczeństwo sekciarstwa i skupienia się jedynie na emocjonalnym przeżywaniu wiary. Zadaniem kapłanów opiekujących się poszczególnymi grupami i ruchami jest troska o ukazywanie harmonii między horyzontalnym i wertykalnym wymiarem wiary, której wyznawanie musi być zawsze połączone z dawaniem konkretnego świadectwa miłości Boga i bliźniego.

Ważną płaszczyznę wzajemnej współpracy między duchownymi i laikatem stanowi posługa nadzwyczajnych szafarzy Komunii św. Trzeba dążyć do tego, żeby w każdej polskiej diecezji znajdowała się ich odpowiednia liczba. Szczególnie posługa nadzwyczajnego szafarza roznoszącego codziennie Komunię św. chorym przebywającym w szpitalach, pozwoli kapelanom na poświęcenie większej ilości czasu na spotkania i indywidualne rozmowy z poszczególnymi chorymi, ich rodzinami oraz personelem medycznym. Z badań prowadzonych w 2014 roku wynika, że tylko 11,7% kapelanów współpracuje z nadzwyczajnymi szafarzami, a 53,0% twierdzi, że ich posługa nie jest potrzebna. Nadzwyczajni szafarze mogą również pomóc duszpasterzom parafialnym w roznoszeniu Komunii św. do domów chorych, co będzie swoistą katechezą ukazującą wszystkim ludziom właściwy obraz wspólnoty Kościoła, w którym laikat, na mocy sakramentu chrztu i bierzmowania, może zajmować właściwe sobie miejsce. Pozwoli to także na zaspokojenie występującego u wielu chorych pragnienia częstego przyjmowania Eucharystii.

Owocność działań duszpasterskich podejmowanych w służbie chorym i cierpiącym jest w dużej mierze uzależniona od wzajemnej współpracy między duchownymi i laikatem. Wiąże się to z koniecznością zmiany sposobu myślenia wszystkich osób odpowiedzialnych za duszpasterstwo chorych i przełamywania pewnych stereotypów myślowych. Wydaje się, że w świadomości zbyt wielu duszpasterzy pokutuje nieraz niewłaściwy od strony teologicznej obraz Kościoła, według którego zbyt małe znaczenie przywiązuje się do apostolskiej aktywności laikatu. Z drugiej strony spotyka się bierność wielu katolików świeckich, którzy na skutek różnych przyczyn, nie poczuwają się do odpowiedzialności za czynne budowanie Kościoła rozumianego jako *communio*. Z badań wynika, że przez 16 lat aż o 45 punktów procentowych spadła liczba osób pragnących pomagać swoim duszpasterzom w pracy z chorymi. Wydaje się, że jest olbrzymi obszar osób do zagospodarowania w duszpasterstwie chorych. Chociaż przełamywanie stereotypów myślowych jest długotrwałym, wymagającym odpowiedniej formacji procesem, to jednak jego owocem może stać się pogłębienie tradycyjnych i rozwój nowych, adekwatnych do wyzwań współczesności, metod i form duszpasterstwa chorych. W tym kontekście potrzeba propagowania na szerszą skalę zespołowego modelu działalności duszpasterskiej w świecie ludzkiego cierpienia.

Taki sposób pracy, propagowany i realizowany w praktyce przez Zakon Szpitalny św. Jana Bożego (bonifratrów) jest związany z złożoną rzeczywistością

człowieka składającego się z wymiaru biologicznego, psychicznego, duchowego i społecznego. Wymaga to integralnego podejścia do pacjenta, realizowanego przez wielodyscyplinarne zespoły osób, traktujące każdego chorego człowieka w sposób indywidualny i spersonalizowany, zapewniając jemu również opiekę religijno-duchową<sup>76</sup>. Do sprawowania tego typu opieki potrzeba właściwego przygotowania, obejmującego zarówno przekaz wiedzy teoretycznej, jak też zdobywanie umiejętności praktycznych. Cieszy fakt, że tego typu przygotowanie jest już realizowane w Polsce<sup>77</sup>. Choć zespoły opieki duszpasterskiej są w Polsce pewną nowością, to efekty ich działań prowadzonych w wielu krajach europejskich powinny mobilizować decydentów kościelnych do propagowania ich działań na szerszą skalę.

Mówiąc o współpracy między duchownymi i świeckimi w posłudze chorych, należy także zwrócić uwagę na działalność zarówno hospicjów, jak i specjalistycznych poradni psychologicznych oraz telefonów duszpasterskich. Szczególnie w tych placówkach potrzeba holistycznego, związanego z wieloaspektowym i interdyscyplinarnym podejściem do osób chorych i cierpiących. Z badań wynika, że wielu respondentów nie korzystało albo nie miało zamiaru korzystania z pomocy tych placówek. Może się to wiązać z wieloma przyczynami (brak potrzeby, świadomości istoty udzielanej przez nich pomocy, zbyt małą liczbą). Trzeba zadbać o powstawanie i rozwój tego typu placówek, zatrudniając w nich wysokiej klasy specjalistów i dbając o ich wszechstronną formację. Trzeba także podejmować kampanie informacyjne pokazujące rodzaj udzielanej przez nie pomocy. Szczególnym zadaniem jest rozwój opieki duszpasterskiej dla osób chorych psychicznie, zapewniając im właściwą opiekę, jak też podejmując działania związane z właściwym podejściem do tych osób przez społeczeństwo.

Kapelani pracujący w różnych ośrodkach powinni obejmować swoją posługą nie tylko chorych, ale również ich rodziny oraz personel medyczny. Z badań wynika, że 49,0% badanych kapelanów obejmuje swoją duszpasterską troską

<sup>76</sup> Zakon Szpitalny św. Jana Bożego. Komisja Generalna ds. Duszpasterstwa: *Duszpasterstwo w stylu św. Jana Bożego*, dz. cyt. s. 55–57.

<sup>77</sup> W 2011 roku z inicjatywy Zakonu Bonifratrów rozpoczęły się na Wydziale Nauk Społecznych UPJP II w Krakowie podyplomowe studia w ramach Szkoły Opieki Duszpasterskiej św. Jana Bożego, przeznaczone dla szerokiego kręgu odbiorców: księży diecezjalnych i zakonnych, sióstr i braci zakonnych oraz osób świeckich. Na program studiów składają się wykłady z teologii i nauk humanistycznych, prace w grupach i warsztaty dotyczące komunikacji z pacjentami, a także praktyki pastoralno-kliniczne w ośrodkach bonifraterskich. Tego typu studia mają przygotowywać do wprowadzania w ośrodkach opieki zdrowotnej zespołowej opieki duszpasterskiej z udziałem duchownych i świeckich wolontariuszy, występującej w wielu krajach w Europie i na świecie. Obecnie jest ona prowadzona w Polsce w wielu bonifraterskich szpitalach, domach pomocy i ośrodkach paliatywno-hospicyjnych. Zespoły duszpasterskie wspierają tam kapelanów w trosce o duchowo-religijne potrzeby pacjentów i ich rodzin. Zob. *Zespołowa opieka duszpasterska dla ochrony zdrowia i pomocy społecznej*. [www.bonifratrzy.pl/index.php?option=18&action=news\\_show&art\\_id=1530](http://www.bonifratrzy.pl/index.php?option=18&action=news_show&art_id=1530) [dostęp: 19. 10. 2014].

rodziny chorych, a 76,0% kapelanów personel medyczny. Jeżeli chodzi o rodziny chorych, to wydaje się rzeczą konieczną znaczne poszerzenie grona tych osób i zaofiarowanie im przez kapelanów i współpracujących z nimi osób świeckich czasu na rozmowy i podtrzymanie na duchu w obliczu choroby ich bliskich. Trzeba być blisko rodzin chorych, odpowiadając na ich potrzeby duchowe i religijne<sup>78</sup>. Rodziny chorych są jednym z największych potencjałów ewangelizacyjnych Kościoła, który w perspektywie mogą objawiać miłość Boga swoim cierpiącym bliskim<sup>79</sup>. Jeżeli natomiast chodzi o opiekę duszpasterską personelu medycznego, wydaje się, że potrzeba znacznego zwiększenia rekolekcji i dni skupienia dla pracowników służby zdrowia, jak też organizacji dla nich specjalistycznych wykładów na tematy etyczne (tylko 10,8% ankietowanych w 2014 roku kapelanów proponuje taką formę działań). W ramach tych wykładów potrzeba także wyjaśniania istoty sakramentu namaszczenia chorych, jak też pojawiających nowych problemów bioetycznych (np. zapłodnienie in vitro). Duszpasterska troska o personel medyczny obejmująca również pogłębianie ich świadomości religijnej może zaowocować nie tylko rozwojem i pogłębieniem życia religijnego tych osób, ale również przełożyć się na lepsze odnoszenia się wobec samych chorych.

Aby kapelan szpitalny mógł objąć swoją troską wszystkie osoby tworzące społeczność szpitalną, musi być zwolniony z innych obowiązków duszpasterskich. Prowadzone badania pokazały, że w opinii kapelanów na przestrzeni 16 lat prawie o 10 punktów procentowych zwiększyła się liczba osób duchownych delegowanych tylko do pracy w różnych ośrodkach duszpasterskich. Z kolei jednak mniej więcej o tyleż samo punktów procentowych powiększył się odsetek kapelanów źle oceniających politykę personalną władz kościelnych związaną z doбором duchownych kierowanych do specjalistycznej pracy z chorymi. Nie raz tę posługę podejmują przypadkowo dobrani kapłani. Część z nich przeżywa sytuacje kryzysowe związane z brakiem wewnętrznej tożsamości, nie potrafiąc odnaleźć swojego miejsca w rzeczywistości parafialnej. Niektórzy z decydentów kościelnych kierują tego typu osoby do pracy w szpitalu czy domach pomocy społecznej, uważając, że spełniana w tych miejscach posługa jest czymś mniej ważnym niż praca duszpasterska w parafii. Wydaje się, że ten sposób myślenia jest błędny. Można nawet zaryzykować twierdzenie, że prawie każdy duszpasterz poradzi sobie w posłudze duszpasterskiej spełnianej na płaszczyźnie parafialnej, natomiast praca w szpitalu wymaga szczególnych predyspozycji osobowościowych i specjalistycznego przygotowania.

Dobór osób, które poświęcałyby się całkowicie pracy wśród chorych, powinien rozpoczynać się już w trakcie formacji seminaryjnej, kiedy ujawniają

<sup>78</sup> Zakon Szpitalny św. Jana Bożego. Komisja Generalna ds. Duszpasterstwa: *Duszpasterstwo w stylu św. Jana Bożego* dz. cyt. s. 92.

<sup>79</sup> Tamże s. 104.

się u części kleryków zamiłowania do pracy wśród chorych oraz pełnienia funkcji kapelanów. Zadaniem wychowawców seminaryjnych jest także właściwe przygotowanie alumnów do pracy z chorymi. Z prowadzonych przez autora badań wynika, że na przestrzeni 16 lat o 13 punktów procentowych wzrosła liczba kapelanów wskazujących na brak właściwego przygotowania do pracy w różnych ośrodkach służących chorym. Takie przygotowanie powinno składać się zarówno z części teoretycznej, jak ze specjalnych praktyk pastoralnych dla kleryków w szpitalach, hospicjach i domach pomocy społecznej. Chociaż klerycy wielu polskich seminariów odbywają praktyki duszpasterskie wśród chorych w ich domach, szpitalach, hospicjach czy domach pomocy społecznej oraz wyjeżdżając z nimi na wyjazdy wakacyjne (Warszawa, Łódź, Paradyż, Sosnowiec, Kraków), to jednak służą one bardziej ich formacji duchowej niż pastoralnej<sup>80</sup>. Ponieważ funkcja kapelanów nie jest wysoko cenioną przez resztę duchowieństwa, mając zarazem niski prestiż, seminaria nie odczuwają nacisku na konieczność kształcenia w tej dziedzinie<sup>81</sup>. Brakuje też opracowań podręcznikowych dotyczących duszpasterstwa chorych<sup>82</sup>, co powinno ulec zmianie.

Rodzi się również potrzeba ciągłego organizowania specjalistycznego przygotowania dla kapelanów podejmujących zajęcia duszpasterskie w szpitalach czy innych ośrodkach duszpasterskich. Cieszy fakt, że w 2014 roku aż trzy czwarte kapelanów bierze udział w spotkaniach formacyjnych organizowanych przez władze kościelne<sup>83</sup>. Nie wiadomo jednak, czy zawsze są to spotkania zajmujące się tylko formacją duchową kapelanów, czy też zawierające elementy kształcenia specjalistycznego, obejmującego także element pracy warsztatowej. Warto na to zagadnienie spojrzeć w świetle oczekiwań chorych względem kapelanów (oczekują oni od nich między innymi komunikatywności), których to elementów pracy trzeba się uczyć w ramach warsztatów psychologicznych. Rzeczą konieczną jest kontynuowanie i rozbudowywanie cyklicznych spotkań formacyjnych dla kapelanów w poszczególnych diecezjach. Tego typu spotkania mogą służyć nie tylko wzajemnej wymianie doświadczeń duszpasterskich które przynosi ze sobą współczesność<sup>84</sup>, ale również stanowić pomoc w rozładowywaniu pojawiających

<sup>80</sup> G. R y ś: *W poszukiwaniu przyszłych kapelanów szpitalnych. Formacja w polskich seminariach duchownych – rekonesans*. W: *Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorym. Zapis konferencji Łagiewniki 14 III 2009*. Red. K. M o ć k o. Kraków 2010 s. 97.

<sup>81</sup> M. D o n a j: *Obawy i nadzieje kapelana szpitalnego*. W: *Kapelan szpitalny*, dz. cyt. s. 12.

<sup>82</sup> G. R y ś: *W poszukiwaniu przyszłych kapelanów szpitalnych*, dz. cyt. s. 97–98.

<sup>83</sup> Jedną z takich form są corocznie organizowane w Częstochowie spotkania formacyjno-szkoleniowe dla kapelanów szpitali i domów pomocy społecznej.

<sup>84</sup> Warto w tym kontekście przywołać casus pacjenta przebywającego w 2009 roku w szpitalu w Szczecinie który, będąc w stanie śpiączki farmakologicznej po operacji, został namaszczonej przez zatrudnionego tam kapelana. Według tego pacjenta zostały przez to naruszone jego dobra osobiste (wolność sumienia). Pacjent zaskarżył szpital do sądu i zażądał od niego kwoty 90 tysięcy zł zadośćuczynienia. Potrzeba, aby tego typu casusy były omawiane w czasie spotkań formacyjnych przez prawników i teoretyków duszpasterstwa, aby kapelani zaznajamiali się z obowiązują-

się napięć i stresów związanych z pełnioną przez duszpasterzy posługą. Program takich kursów powinien wychodzić naprzeciw występującym zapotrzebowaniom i obejmować zarówno prowadzone przez specjalistów świeckich wykłady specjalistyczne omawiające zasady pracy wśród osób chorych, pracę warsztatową, jak też wymianę wzajemnych doświadczeń w grupach. Referaty wygłaszane w trakcie trwania tego typu spotkań oraz płynące z podejmowanych dyskusji wnioski powinny następnie ukazywać się w formie książkowej. Sprawą niezmiernie wagi wydaje się również stworzenie odpowiedniego periodyku, który stanowiłby płaszczyznę wymiany wzajemnych doświadczeń duszpasterzy i wiernych świeckich oddających się posłudze chorym. Tego typu wydawnictwo stanowiłby również źródło fachowej wiedzy dotyczącej zasad pracy wśród chorych. Można też pomyśleć o stworzeniu specjalnej strony internetowej zawierającej powyższe treści.

Podejmując kwestię kapelanów podejmujących posługę w różnego rodzaju placówkach leczniczych, należy postulować ostatecznie uregulowanie kwestii ich statusu. Status kapelana w zakładach leczniczych został przyjęty przez kapelanów zebranych na rekolekcjach na Jasnej Górze w Częstochowie w listopadzie 1998 roku i przekazany Ministerstwu Zdrowia oraz ówczesnemu opiekunowi Duszpasterstwa Służby Zdrowia w Polsce, arcybiskupowi W. Ziółkowi. Określając obowiązki i prawa kapelana przewidywał on, że czas pracy kapelana w zakładach leczniczych jest nienormowany i wynosi średnio 30-40 godzin w tygodniu. Podkreślał, że w szpitalach do 500 łóżek kapelan powinien być zatrudniony na całym etacie, a w szpitalach powyżej 500, celem zapewnienia właściwej opieki duszpasterskiej chorym i personelowi medycznemu, powinien być zatrudniony na etacie drugiego kapelana<sup>85</sup>. Wydaje się, że trzeba powrócić do ostatecznego uregulowania kwestii posługi kapelanów w różnych ośrodkach leczniczych, uwzględniając wskazania *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* z 2008 roku mówiącej o prawie pacjenta do opieki duszpasterskiej<sup>86</sup>.

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

cymi zasadami prawnymi i wiedzieli, jak postępować w różnych trudnych sytuacjach. Więcej na ten temat zob. T. J a k u b i a k: *Intencja przyjęcia sakramentu namaszczenia chorych według wyroku Sądu Najwyższego*. „Warszawskie Studia Teologiczne” 2013 T. XXVI nr 2 s. 161–177.

<sup>85</sup> *Status kapelana w zakładach leczniczych i domach opieki społecznej*. W: J. J a c h i m - c z a k. *W służbie życiu*. Kraków 2003 s. 281–291.

<sup>86</sup> *Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417 rozdz. 10.



wpracowywanie modelu działań zarówno zgodnych ze wskazaniami Kościoła, jak również odpowiadający na wielorakie potrzeby osób cierpiących.

Papież Franciszek w adhortacji *Evangelii gaudium* wezwał cały Kościół do podążania *drogą duszpasterskiego i misyjnego nawrócenia, które nie może pozostawiać rzeczy w takim stanie, w jaki są* (EG 25). W ten kierunek działań ma się wpisać odnowa duszpasterstwa chorych, które jest związane z krzewieniem *kultury spotkania* wobec ludzi naznaczonych przez chorobę i niepełnosprawność. Właśnie te osoby, dzięki swojej słabości i ograniczeniu, mogą się stać świadkami spotkania z Jezusem i ze wspólnotą<sup>87</sup>. Pamiętajmy też, że nasz stosunek do ludzi chorych będzie jednym z kryteriów decydujących o zbawieniu człowieka na sądzie ostatecznym (Mt 25, 31-46).

## Bibliografia

- Benedykt XVI: Encyklika *Deus Caritas est* o miłości chrześcijańskiej. Watykan 2005.
- Benedykt XVI: Orędzie na XIV Światowy Dzień Chorego *Otoczajmy troską i miłością umysłowo chorych* (Watykan 8.12.2005). [http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/benedykt\\_xvi/przemowienia/chory2006-or\\_08122005.html](http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/benedykt_xvi/przemowienia/chory2006-or_08122005.html), c.
- Benedykt XVI: Orędzie na XV Światowy Dzień Chorego *Kościół naśladuje miłosiernego Samarytanina* (Watykan 8 XII 2006). [www.pijarzy.pl/rozważania/oredzie\\_benedykta\\_xvi\\_na\\_xv\\_swiatowy\\_dzien\\_chorego\\_d1630\\_pol.html](http://www.pijarzy.pl/rozważania/oredzie_benedykta_xvi_na_xv_swiatowy_dzien_chorego_d1630_pol.html) (data pobrania 4. 02. 2015).
- Benedykt XVI: Orędzie na XVI Światowy Dzień Chorego *Eucharystia, Lourdes i duszpasterstwo chorych* (Watykan 11.01.2008). <http://www.prawapacjenta.eu/?pId=1135> (data pobrania 4. 02. 2015).
- Benedykt XVI, Orędzie na XX Światowy Dzień Chorego *Wstań, idź, twoja wiara cię uzdrowiła*, (Watykan 20 XI2011), [www.vatican.va/holy\\_father/benedict\\_xvi/messages/sick/documents/hf\\_ben-vi\\_mes\\_20111120\\_world-day-of-the-sick-2012\\_pl.html](http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/messages/sick/documents/hf_ben-vi_mes_20111120_world-day-of-the-sick-2012_pl.html) [dostęp: 19. 09. 2014].
- Benedykt XVI, Przemówienie do uczestników międzynarodowej konferencji Papieskiej rady ds. Duszpasterstwa Służby zdrowia i chorych *Chrześcijańska nauka o cierpieniu* (Watykan 17.11. 2012) [www.kuria.lomza.pl/index.php?wiad=4337](http://www.kuria.lomza.pl/index.php?wiad=4337) [dostęp: 23. 07. 2014].
- Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki, A. Muszala: *Ku Szkole Opieki Duszpasterskiej św. Jana Bożego*, w: *Dolentium hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia*. Red. A. Muszala, J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki. Kraków 2011 s. 28–56.
- CBOS: *Lokalna parafia. Jej społeczne znaczenie i funkcje*. Komunikat z badań CBOS nr 158/2014. Warszawa 2014.
- CBOS: *Społeczna percepcja rzeczywistości parafialnej*, Komunikat z badań CBOS nr 163/2014. Warszawa 2014.

<sup>87</sup> Franciszek: Przemówienie podczas spotkania z członkami Apostolskiego Ruchu Nie-widomych i Małej Misji dla Głuchoniemych *Od kultury wykluczenia do kultury spotkania*. „L’Osservatore Romano” 2014 nr 3–4 s. 41.

- Donaj M.: *Obawy i nadzieje kapelana szpitalnego*. W: *Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorym. Zapis konferencji Łagiewniki 14 III 2009*. Red. K. Moćko. Kraków 2010 s. 11–13.
- Dyrektorium duszpasterstwa służby liturgicznej* (27. 11. 2008). Wrocław 2012.
- Franciszek: Orędzie na XXIII Światowy Dzień Chorego *Być oczami niewidomego i nogami chromego*. „L'Osservatore Romano” 2015 nr 1 s. 4–5.
- Franciszek: Przemówienie podczas audiencji generalnej *Jezus dotyka ran człowieka*. „L'Osservatore Romano” 2014 nr 3–4 s. 46–47.
- Instrukcja Konferencji Episkopatu Polski o pracy charytatywnej w parafiach* (19.11.1986) W: W. Przygoda: *Funkcja charytatywna Kościoła po Soborze Watykańskim II*. Lublin 1998 s. 257–265.
- Jakubiak T.: *Intencja przyjęcia sakramentu namaszczenia chorych według wyroku Sądu Najwyższego*, *Warszawskie Studia Teologiczne* 2013 T. XXVI nr 2 s. 161–177.
- Jan Paweł II: List apostolski *Salvifici doloris* o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia. Watykan 1984.
- Jan Paweł II: Homilia wygłoszona podczas mszy św. z udziałem chorych i niepełnosprawnych (Wellington 23.11.1986). W: *Ewangelia cierpienia*. Red. J. Poniewierski. Kraków 1997 s. 125–130.
- Jan Paweł II: Homilia w czasie liturgii słowa skierowana do chorych (Gdańsk 12.06.1987). W: Jan Paweł II. *Pielgrzymki do Ojczyzny*. Kraków 1999 s. 485–489.
- Komisja Charytatywna KEP: *Wskazania duszpasterskie dla parafialnych zespołów Caritas* (18.05.2000). W: L. Achremowicz: *Wierzę... Zeszyt formacyjny dla parafialnych grup charytatywnych*. Warszawa 2000 s. 1–12.
- Konferencja Episkopatu Polski: *Zmodyfikowana instrukcja w sprawie formacji i sposobu wykonywania posługi nadzwyczajnych szafarzy Komunii św.* (22.06.1991). W: *Dokumenty duszpastersko-liturgiczne Episkopatu Polski* (1966–1998). Red. Cz. Krakowiak, L. Adamowicz. Lublin 1999 s. 65–72.
- Krakowiak Cz.: *Namaszczenie Chorych. Sakrament uzdrowienia*. Sandomierz 2005.
- Olów A.: *Choroba, uzdrowienie, odpuszczenie grzechów*. „Communio” 1998 nr 3 s. 17–30.
- Papieska Komisja Duszpasterstwa Pracowników Służby Zdrowia: *Świeccy w świecie cierpienia i zdrowia*. Watykan 1987.
- Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia: *Formacja kapłańska a duszpasterstwo służby zdrowia*. Watykan 1991.
- Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia: *Światowy Dzień Chorego. Dlaczego i jak obchodzić?* Watykan 1992.
- Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia: *Karta Pracowników Służby Zdrowia*. Watykan 1995.
- Ryś G.: *W poszukiwaniu przyszłych kapelanów szpitalnych. Formacja w polskich seminariach duchownych – rekonesans*. W: *Kapelan szpitalny i zespoły medyczne we wspólnej posłudze przy chorym. Zapis konferencji Łagiewniki 14.03.2009*. Red. K. Moćko. Kraków 2010 s. 95–99.
- Sakramenty chorych. Obrzędy i duszpasterstwo*. Katowice 2001.
- Skowronek A.: *Chorzy i ich sakrament*. Włocławek 1997
- Stefański J.: *Sakrament chorych w dziejach i życiu Kościoła*. Gniezno 2000.

- Status kapelana w zakładach leczniczych i domach opieki społecznej.* W: J. Jachimczak: *W służbie życiu.* Kraków 2003, s. 281–291.
- Wielebski T.: *Chorych duszpasterstwo.* W: *Leksykon teologii pastoralnej.* Red. R. Kamiński, W. Przygoda, M. Fiałkowski. Lublin 2006 s. 143–147.
- Wielebski T.: *Duszpasterstwo chorych w Polsce. Kierunki rozwoju.* „Ateneum Kapłańskie” 2007 nr 588 s. 314–335.
- Zakon Szpitalny św. Jana Bożego. Komisja Generalna ds. Duszpasterstwa: *Duszpasterstwo w stylu św. Jana Bożego.* Rzym 2012.
- Zakrzewska M.: *Choroba – zło dotykające człowieka.* W: *Biblia a medycyna.* Red. B. Pawlaczyk. Poznań 2007 s. 17–32.
- Zakrzewska M.: *Uzdrowienia w Nowym Testamencie.* W: *Biblia a medycyna.* Red. B. Pawlaczyk. Poznań 2007 s. 255–288.
- Zimowski Z.: Przemówienie podczas międzynarodowej konferencji o szpitalu jako miejscu nowej ewangelizacji (Watykan 15 XI 2012). <http://nowaewangelizacja.org/watykan-miedzynarodowa-konferencja-o-szpitalu-jako-miejscu-ewangelizacji/> [dostęp: 4. 02. 2105].

#### ABSTRACT

##### **Pastoral care of the sick in Poland. Theory and practice**

Jesus Christ treated the sick in a special way, healing their diseases and weaknesses (Matt 4: 23). The Church, faithful to the command of her Founder, continually engages in the ministry of the sick and suffering, regarding this ministry as an integral part of her mission. This type of service needs to become a priority *especially in a prosperous and efficient society, in a culture characterized by idolatry of the body, dismissal of suffering and pain and by the myth of perennial youth* (EiE 88). How is the ministry of the sick carried out in Poland? Does the pastoral work, on the one hand, take into account a normative dimension, contained in the Revelation and the Magisterium of the Church, as well as read the emerging signs of the times on the other? The author of the paper has compared selected guidelines of the Magisterium of the Church with the results of the sociological research he conducted in 1998 and replicated in 2014, in order to show how this ministry has changed over 16 years. The author also wishes to point out to the need for actions that would comply with the Magisterium and respond to the challenges of the modern day.

**Key words:** pastoral care of the sick, pastoral theology, studies on the pastoral care of the sick in Poland, hospital chaplains.

**Słowa kluczowe:** duszpasterstwo chorych, teologia pastoralna, badania duszpasterstwa chorych w Polsce, kapelani szpitalni.