

Missionary aspects of the missionary formation for priesthood

Summary

Since II Vatican Council in the formation of the seminarians are many new aspects. One, the most important, is missionary formation of the future priests. Article is based on the ideas of the encyclical *Redemptoris missio* and the new vision of the Pope Francis as well. Missiology as academic discipline must be more open for the new ideas from the other continents and Christian denominations. The Church is missionary of the nature and pastoral service and organisation must concentrate more of this dimension, also in ecumenical perspective.

Ks. prof. dr hab. Jan Górski, kapłan archidiecezji katowickiej, kierownik Zakładu Misjologii i Teologii Ekumenicznej na Wydziale Teologicznym Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, konsultor Kongregacji ds. Ewangelizacji Narodów w Rzymie, prezes Stowarzyszenia Misjologów Polskich.

e-mail: jangor@katowice.opoka.org.pl

ks. Lucjan Szczepaniak SCJ

Wyższe Seminarium Misyjne Księży Sercanów, Stadniki

TROSKA O CHORYCH W FORMACJI PASTORALNEJ

Wysłuchani w naukę Jezusa

„A oto powstał jakiś uczonec w Prawie i wystawiając Go na próbę, zapytał: «Nauczycielu, co mam czynić, aby osiągnąć życie wieczne?» Jezus mu odpowiedział: «Co jest napisane w Prawie? Jak czytasz?» On rzekł: *Będziesz miłował Pana, Boga swego, całym swoim sercem, całą swoją duszą, całą swoją mocą i całym swoim umysłem; a swego bliźniego jak siebie samego.* Jezus rzekł do niego: «Dobrze odpowiedziałeś: *To czyń, a będziesz żył.*» Lecz on, chcąc się usprawiedliwić, zapytał Jezusa: «A kto jest moim bliźnim?» (Łk 10,25-29).

Historia uczonego w Prawie uświadamia, że pomimo upływu czasu wciąż wystawiamy na próbę Jezusa, zadając Mu pytanie: „Nauczycielu, co mam czynić, aby osiągnąć życie wieczne?”. Pełnej na nie odpowiedzi powinna zapewne udzielić wieloletnia formacja do życia zakonnego oraz kapłańskiego i winno się to dokonać we wszystkich wymiarach ludzkiej egzystencji: intelektualnym, emocjonalnym, duchowym, religijnym, a także praktycznych umiejętności. Tylko bezwarunkowa i bezwysłowna miłość Boga i człowieka daje szansę osiągnięcia życia wiecznego, o czym zapewnia sam Jezus: „To czyń, a będziesz żył”. Można pomyśleć, że tak proste zadanie przerosło uczonego, gdyż „chcąc się usprawiedliwić, zapytał Jezusa: «A kto jest moim bliźnim?»”. Inspiracją jego działania nie jest

więc pragnienie niesienia pomocy wszystkim potrzebującym, ale wyraźnej jej ograniczenie do jak najmniejszego kręgu osób pełniących określone role społeczne usankcjonowane zwyczajami kulturowymi i religijnymi. W ten sposób stosunek do bliźniego zapewne rozumieli wykształceni Żydzi¹.

Zatem pytanie o miejsce troski o chorego w formacji pastoralnej w pewnym sensie nawiązuje właśnie do pytania uczonego w Prawie: „A kto jest moim bliźnim?”. Rozbudowując je, można dodawać kolejne wątpliwości: Jak go rozpoznać? Komu mam pomagać? Czy warto ryzykować? Ile czasu mu poświęcić? Jak się przygotować? Kto ma decydować o tym, że zaangażuję się w sprawy cierpiącego? Odpowiedzi szukamy w Przypowieści o dobrym Samarytaninie: „Jezus (...) rzekł: «Pewien człowiek schodził z Jeruzalem do Jerycha i wpadł w ręce zbójców. Ci nie tylko go obdarli, lecz jeszcze rany mu zadali i zostawiwszy na pół umarłego, odeszli. Przypadkiem przechodził tą drogą pewien kapłan; zobaczył go i minął. Tak samo lewita, gdy przyszedł na to miejsce i zobaczył go, minął. Pewien zaś Samarytanin, wędrując, przyszedł również na to miejsce. Gdy go zobaczył, wzruszył się głęboko: podszedł do niego i opatrzył mu rany, zalewając je oliwą i winem; potem wsadził go na swoje bydle, zawiózł do gospody i pielęgnował go. Następnego zaś dnia wyjął dwa denary, dał gospodarzowi i rzekł: ‘Miej o nim staranie, a jeśli co więcej wydasz, ja oddam tobie, gdy będę wracał’. Kto z tych trzech okazał się według ciebie bliźnim tego, który wpadł w ręce zbójców?» On odpowiedział: «Ten, który mu okazał miłosierdzie». Jezus mu rzekł: «Idź, i ty czyn podobnie!»” (Łk 10,30-37).

Przypowieść Jezusa skłania do smutnego wniosku, że kapłanowi i lewicie zabrakło miłosierdzia, a więc jednego z konstytutywnych wyznaczników człowieczeństwa. Są tymi, którzy patrzą obojętnie na cierpienie i przechodzą obok umierającego, nie udzielając mu pomocy. W przypowieści nie możemy się doszukać najmniejszej próby usprawiedliwienia ich obojętności na los człowieka znajdującego się w niebezpieczeństwie utraty życia i zdrowia. Trudno sobie wyobrazić jakiegokolwiek okoliczności,

które byłyby ważniejsze od udzielenia pomocy bliskiemu śmierci. Dlatego Jezus uświadamia, że człowiek zobowiązany jest udzielić pomocy każdemu cierpiącemu. Stąd też termin „bliźni” przestaje określać nieliczną grupę osób, w jakiś sposób bliskich sobie, lecz nabywa charakteru uniwersalnego. Jezusowi obca jest bowiem postawa wykluczenia społecznego, dyskryminacji i bezdusznej realizacji przepisów ustanowionych przez człowieka². Jan Paweł II (1920-2005) uczył, że: „Przypowieść o miłosiernym Samarytaninie należy do ewangelii cierpienia, wskazuje bowiem, jaki winien być stosunek każdego z nas do cierpiących bliźnich. Nie wolno nam ich «mijać», przechodzić mimo z obojętnością, ale winniśmy przy nich «zatrzymać się». Miłosiernym Samarytaninem jest każdy człowiek, który zatrzymuje się przy cierpieniu drugiego człowieka, jakiegokolwiek by ono było. Owo zatrzymanie się nie oznacza ciekawości, ale gotowość”³.

Niestety kapłan i lewita nie realizują w swoim życiu nauki przekazywanej innym. Być może błędnie sądzą, że powołani są do ważniejszych spraw związanych z kultem religijnym i dbałością o słowo Boże. Rozgrzeszając się z zaniechania pomocy, liczą zapewne, że inni okażą pomoc rannemu. I nie mylą się, Bóg poruszył bowiem serce przechodzącego Samarytanina, który odrzucając chłodną kalkulację zysku i strat, prostolinijnie realizuje przykazanie miłości. Jego postawę najlepiej charakteryzują słowa św. Pawła: „Każdy niech przeto postąpi tak, jak mu nakazuje jego własne serce, nie żałując i nie czując się przymuszonym, albowiem *radosnego dawcę miłuje Bóg*” (2 Kor 9,7).

Przypowieść o dobrym Samarytaninie (Łk 10,30-37), jak również opis sądu ostatecznego (Mt 25,31-46) są skałą, na której powinien być zbudowany duchowy dom każdego chrześcijanina, na co wskazuje Chrystus: „Każdego więc, kto tych słów moich słucha i wypełnia je, można porównać z człowiekiem roztroptym, który dom swój zbudował na skale. Spadł deszcz, wezbrały rzeki, zerwały się wichry i uderzyły w ten dom. On jednak nie runął, bo na skale był utwierdzony. (...) Uczyl ich

² S. GRABSKA, *Bliźni*, w: A. ZUBERBIER (red.), *Słownik teologiczny*, Katowice 1998, s. 65-66.

³ Por. JAN PAWEŁ II, List apostolski *Salvifici doloris* o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia (1984), 28.

¹ [b.a.], *Komentarz praktyczny do Nowego Testamentu. Miłosierny Samarytanin (Łk 10,30-37)*, w: *Nauczanie Kościoła Katolickiego – program komputerowy*, Kraków 2003.

bowiem jak ten, który ma władzę, a nie tak jak ich uczeni w Piśmie” (Mt 7,24-25.29).

Zamykając bowiem serce przed drugim człowiekiem, w istocie okazuje się wzgardę dla jego Stwórcy i nie można liczyć na zbawienie. Jezus nie pozostawia w tym względzie najmniejszych złudzeń: „Wówczas zapytają i ci: «Panie, kiedy widzieliśmy Cię głodnym albo spragnionym, albo przybysem, albo nagim, kiedy chorym albo w więzieniu, a nie usłużyliśmy Tobie?» Wtedy odpowie im: «Zaprawdę, powiadam wam: Wszystko, czego nie uczyniliście jednemu z tych najmniejszych, tegoście i Mnie nie uczynili». I pójdą ci na wieczną karę, sprawiedliwi zaś do życia wiecznego” (Mt 25,44-46).

Stąd też opieka nad chorym i niesienie mu ulgi w cierpieniu jest przejawem człowieczeństwa i realizacją przykazania miłości Boga i bliźniego⁴. Zatem troska o życie i zdrowie, będące cennymi darami Boga, umożliwia wypełnienie powołania chrześcijańskiego i stanowi jego istotny wymiar⁵. Fundamentem tej posługi jest sam Bóg troszczący się o dobro człowieka, a zwłaszcza o ubogiego i uciśnionego (por. Łk 4,18). Cierpienie spowodowane chorobą jest przecież jednym z przejawów owego ucisku. Chory czuje się bowiem zagubiony, często wyobcowany, a niekiedy opuszczony przez bliskich i pozbawiony środków do godnego życia. Dlatego tak bardzo potrzebuje pomocy⁶.

Chrystus nie odrzuca nikogo z powodów religijnych, społecznych czy kulturowych. Natomiast kocha i przygarnia cierpiących, chorych, kalekich⁷. Solidarność Jezusa z chorym ukazana jest jako spełnienie proroctwa o cierpiącym Słudze Jahwe, wyzwalającym Lud Boży (por. Iz 53,3-4). W praktyce oznacza to, że działalność uzdrawiająca Chrystusa wykracza daleko poza granice nakreślone obowiązkiem niesienia pomocy cierpiącym⁸.

⁴ Por. J. WRÓBEL, *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych*, Kraków 1999, s. 232.

⁵ J. NAGÓRNY, *Spółeczny charakter troski o życie i zdrowie*, RT 46 (1999) z. 3, s. 5.

⁶ Por. JAN PAWEŁ II, Encyklika *Evangelium vitae* o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego (1995), nr 47.

⁷ Por. S. MOJEK, *Czynna miłość bliźniego w służbie nowej ewangelizacji*, RT 45 (1998) z. 3, s. 55.

⁸ J. WRÓBEL, *Człowiek i medycyna...*, dz. cyt., s. 243.

Opieka nad chorymi i ubogimi w centrum formacji chrześcijańskiej⁹

Kościół wierny nauce Chrystusa, od początku swego istnienia, akcentuje troskę o cierpiącego. Stąd też św. Paweł Apostoł uwrażliwiał chrześcijan na potrzeby ubogich i chorych (Ef 4,28). Natomiast członkowie pierwszych gmin chrześcijańskich okazywanie pomocy cierpiącym traktują jako warunek zbawienia. Oddający się tego rodzaju posłudze nazywani są diakonami. Przychodzą oni z pomocą potrzebującym i opiekują się biednymi, więźniami i chorymi. Czynią to również kobiety zwane diakonisami, o czym wspomina Pierwszy List do Tymoteusza (3,11) oraz List do Rzymian (16,1-2). Niewiasty, oprócz odwiedzania chorych i posługiwania im, uczyły prawd wiary i asystowały przy obrzędach chrztu świętego. Pismo Święte nie wspomina jednak nic więcej o ich apostołskiej działalności i sposobach przyjmowania ich do tego rodzaju posługi¹⁰. W przyszłości funkcje te będą wypełniać dziewice konsekrowane i siostry zakonne.

Również ojcowie Kościoła wzywają kapłanów, diakonów i wiernych do okazywania troski ubogim i chorym. Wśród nich wyróżnia się św. Cyprian, biskup Kartaginy, który uczy wrażliwości na cierpienie chorego ze względu na zapewnienie Jezusa¹¹: „Wszystko, co uczyniliście jednemu z tych braci moich najmniejszych, Mnieście uczynili” (Mt 25,40). Słowa Chrystusa są dla niego imperatywem moralnym osadzonym w nowym przykazaniu miłości. „(...) Abyście się wzajemnie miłowali, tak jak Ja was umiłowalem; żebyście i wy tak się miłowali wzajemnie. Po tym wszyscy poznają, żeście uczniami moimi, jeśli będziecie się wzajemnie miłowali” (J 13,34-35). Święty Cyprian, zwracając się do chrześcijan, mówi: „W dziełach miłosierdzia musimy myśleć o Chrystusie, który jasno powiedział,

⁹ Obszerniej opracowanie w: L. SZCZEPANIAK, *Moralne problemy związane ze szpitalną opieką służby medycznej*, Kraków 2003.

¹⁰ K. ROMANIUK, A. JANKOWSKI, *Kapłaństwo w Piśmie Świętym Nowego Testamentu*, Kraków 1994, s. 264-265.

¹¹ S. CYPRIANI, *Epistola XXXVI, Ad clerum de cura pauperum et peregrinorum*, w: J. P. MIGNE (red.), *Patrologiae cursus completus. Series prima*, t. IV, Paris 1844, kol. 326-327.

że są to czyny wobec Niego samego¹². W podobnym duchu uczy również św. Grzegorz z Nazjanzu w *Mowach o miłości ubogich*: „Czy myślisz, że miłość bliźniego nie jest dla ciebie obowiązkiem, a tylko czymś dowolnym? Czy myślisz, że nie jest ona prawem, a tylko zachętą?”¹³. Natomiast św. Jan Chryzostom, mówiąc o solidarności z cierpiącym, odwołuje się do sumienia chrześcijan: „To, co powiem, jest straszne, ale trzeba, abym wam to powiedział. Postawcie Boga w tym samym rządzie, co swoich niewolników. Uwolnijcie Chrystusa od głodu, nędzy, więzienia, nagości”¹⁴.

Nieustanne przypominanie wierzącym zobowiązań wobec Chrystusa cierpiącego w człowieku miało na celu pobudzenie ich do realizacji przykazania miłości wobec potrzebującego pomocy, a zwłaszcza głodnego i chorego. Chrześcijanie pierwszych wieków świadomi są tego, że zło, które wtargnęło na świat wraz z grzechem pierworodnym, skutkuje cierpieniem, chorobami i śmiercią. Dostrzegają zatem pilną potrzebę nieustannej formacji chrześcijańskiej, której celem jest pobudzenie sumień i skłonienie do ofiarnej służby pośród chorych i umierających. Nawet najbiedniejszy członek wspólnoty chrześcijan „nie może poprzestać na zdawaniu się biernie na udzielanie mu pomocy, lecz musi sam również według swoich możliwości dać siebie i swój czas do posługiwania (...). Egzaminator kandydatów do chrztu zadaje im m.in. pytanie: «Czy szanują wdowy, czy odwiedzają chorych, czy pełnią czyny miłosierdzia?». Chrześcijanie, przeciwdziałając nędzy chorych i niepełnosprawnych, jednocześnie stwarzają im warunki do umocnienia sił, włączenia się w życie społeczne i zapracowania na swoje utrzymanie. *Didache* przypomina: „Niech twoja jałmużna przesiąknie potem rąk twoich, aż będziesz wiedział, komu dajesz”¹⁵.

Świadectwo życia pierwszych chrześcijan wywiera duży wpływ na postawy lekarzy. Oto we wstępie do Przysięgi Hipokratesa składanej przez medyków zostaje zmienione pogańskie wezwanie *Apollo soter* na chrze-

ścijańskie *Christus medicus salvator*. W ten sposób zobowiązania wynikające z kodeksu moralnego lekarza stopniowo mogą być asymilowane i wzbogacone przez tradycję patrystyczną i scholastyczną, wyjaśnia Gottfried Roth (1923-2006), profesor medycyny pastoralnej Uniwersytetu Wiedeńskiego¹⁶.

W średniowieczu działalność dobroczynna wschodniego chrześcijaństwa stopniowo przyjmuje formę szpitalnictwa. Pierwszy Sobór Powszechny w Nicei (325) zobowiązuje władze miast do zakładania i prowadzenia przytułków. W związku z tym też powstają ośrodki charytatywne (szpital, hospicjum, kościół i klasztor) m.in. w Cezarei Kapadockiej, Edesie (375 rok), Antiochii (ok. 398 rok) i w Efezie (451 rok)¹⁷. Zatem od samego początku chrześcijanie łączą posługę wobec cierpiących i chorych z troską o ich potrzeby religijne.

W następnych wiekach troska ta jest umacniana przez bractwa i zakony, co znajduje odzwierciedlenie w ich regułach. Nie ograniczają się one tylko do zachęcania wiernych do realizacji przykazania miłości bliźniego, ale przede wszystkim same podejmują się opieki nad chorymi. Stąd też św. Benedykt z Nursji (480-560) zobowiązuje współbraci do zakładania przy klasztorach „hospicjum” i „xenodochium” oraz troski o chorych: „O chorych należy troszczyć się przede wszystkim i ponad wszystko i służyć im rzeczywiście tak, jak Chrystusowi (...). Ale i chorzy niech pamiętają, że bracia służą im dla chwały Bożej i niech przez nadmierne wymagania nie sprawiają przykrości tym, którzy się nimi opiekują. Takich wymagających chorych należy jednak znosić cierpliwie, ponieważ przy nich zyskuje się obfitszą nagrodę. Niech więc będzie główną troską opata, aby nie doznawali żadnego zaniedbania”¹⁸.

W tworzeniu opieki medycznej i religijnej mają również udział świeccy chrześcijanie, którzy w XI wieku, w pobliżu klasztoru Cluny, tworzą

¹² T. KACZMAREK, *Tematyka cierpienia w nauczaniu Ojców Kościoła*, AK 93 (2001) z. 2-3 (555-556), s. 236.

¹³ Tamże, s. 240.

¹⁴ Tamże, s. 241.

¹⁵ T. KACZMAREK, *Tematyka cierpienia...*, art. cyt., s. 236.

¹⁶ G. ROTH, *Hippocrates in the Documents of the Church and in Works of Theology* http://www.vatican.edu/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/documents/rc_pc_hlthwork_doc_05101997_roth_en.html.

¹⁷ [b.a.], *Miejsce schronienia dla podróżnych, biednych i chorych*, w: M.B. MICHALIN (red.), *Kronika medycyny*, Warszawa 1994, s. 62.

¹⁸ *Reguła Świętego Benedykta*, w: BENEDYKTYNI TYNIECCY (red.), *Święty Benedykt z Nursji. Reguła. Żywot. Komentarz*, Warszawa 1979, s. 45-46.

wspólnoty troszczące się o chorych i ubogich. Działalność świeckich staje się jeszcze bardziej dynamiczna dzięki dziełu życia św. Franciszka z Asyżu (1181-1226) i jego duchowych spadkobierców¹⁹. Z czasem opieka nad chorymi jest coraz bardziej zorganizowana i przybywa nowych szpitali. Wzorem dla chrześcijan tamtych czasów niewątpliwie jest rzymski szpital św. Ducha założony przez papieża Innocentego III (1161-1216)²⁰. Na uwagę zasługuje Petrus Hispanus (ok. 1210-1277), późniejszy papież Jan XXI, pochodzący z rodziny lekarskiej. Jest on wykładowcą medycyny na Uniwersytecie w Sienie i osobistym lekarzem papieża Grzegorza X. Przebywając przy papieżu, opracował *Thesaurus pauperum*, w którym podawał proste sposoby leczenia²¹. Stąd też można go uważać za jednego z prekursorów medycyny pastoralnej.

Niestety, współdziałanie duchownych i świeckich opiekunów staje się jednak coraz trudniejsze. Konflikty pojawiają w niektórych miastach Europy i dotyczą przede wszystkim zakresu sprawowanej władzy, kompetencji i organizacji szpitali. Stąd też mieszczanie coraz częściej fundują szpitale niezależne od władzy kościelnej²².

Kryzys zaufania do świeckiej opieki narasta jednak w XVII wieku. Związany jest on z nieetycznymi postawami lekarzy bogatych rodzin i ich brakiem kompetencji. W Szkocji sytuacji tej próbuje zaradzić John Gregory (1724-1773), publikując w 1772 roku pierwszy podręcznik etyki lekarskiej w języku angielskim (*Lectures on the duties and qualifications of a physician*)²³.

Poprawa sytuacji zdrowotnej jest trudnym zadaniem ze względu na ubóstwo społeczeństwa. Choć powstają szpitale dla robotników fundowane przez przedsiębiorców, nie zmienia to faktu, że bezrobotni i biedacy pozbawieni byli elementarnej opieki medycznej. Trudne dzieło

odnowy etyki lekarskiej kontynuuje Thomas Percival (1740-1804) poprzez publikację w 1830 roku podręcznika zatytułowanego *Medical ethics*²⁴.

Obniżenie jakości usług medycznych i lekceważenie potrzeb ubogich chorych sprawia, że wielu z nich poszukuje pomocy medycznej w szpitalach prowadzonych przez Kościół. Tej sytuacji próbują więc zaradzić zgromadzenia zakonne, m.in.: Zakon Braci Miłosierdzia (1540), współcześnie noszący nazwę Zakon Szpitalny św. Jana Bożego (bonifratrzy); Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia (*Filles de la Charité*), założone w Paryżu (1633); zakon kamilianów (Zakon Kleryków Regularnych Posługujących Chorym) założony w Rzymie (1582)²⁵. Należy jednak zaznaczyć, że pewną formę opieki medycznej, a właściwie znachorstwa, sprawują również duszpasterze parafialni²⁶. Stąd już wówczas istniała pilna potrzeba uwzględnienia zagadnień wiedzy medycznej w formacji pastoralnej kleryków i kapłanów.

Potrzeba nabycia wiedzy medycznej i umiejętności praktycznych w formacji pastoralnej

W XIX wieku umacniają się tendencje przejmowania opieki nad chorym przez państwowe instytucje, a zakonnicy i zakonnice zastępowani są przez świeckich opiekunów medycznych. Proces ten jest wpisany w kampanię antykatolicką i antyklerykalną. Modne wówczas było ukazywanie niskiego poziomu intelektualnego księży²⁷, a zatem i ich braku elementarnej wiedzy medycznej.

Istnieje zatem potrzeba zapoznania kapłanów z osiągnięciami ówczesnej medycyny i udzielenia im odpowiedzi na pytanie o etyczną ocenę niektórych zabiegów i sposobów leczenia. Misję tę wypełniają twórcy podręczników medycyny pastoralnej. Znanymi i cenionymi autorami

¹⁹ [b.a.], *Świeccy przejmują opiekę nad chorymi*, w: *Kronika medycyny*, dz. cyt., s. 86.

²⁰ J. KŁOCZOWSKI, *Zakony na ziemiach polskich w wiekach średnich*, w: TENŻE, *Kościół w Polsce. Średniowiecze*, t. I, Kraków 1968, s. 445.

²¹ [b.a.], *Lekarz wstępuje na stolicę Piotrową*, w: *Kronika medycyny*, dz. cyt., s. 102.

²² [b.a.], *Obywatele zakładają własny szpital*, tamże, s. 103.

²³ POR. D. PORTER, R. PORTER, *Patient's Progress: Doctors and doctoring in eighteenth-century England*, Stanford 1989.

²⁴ H. C. SOX, *Medical professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*, „Annals of Internal Medicine” 136 (2002) nr 3, s. 243-246.

²⁵ L. SZCZEPANIAK, *Moralne problemy...*, dz. cyt., s. 221-262.

²⁶ S. LUFT, *Medycyna pastoralna*, Warszawa 2002, s. 10.

²⁷ POR. J. RUFFIE, J. CH. SOURNIA, *Historia epidemii. Od dżumy do AIDS*, tłum. B. A. Matusiak, Warszawa 1996, s. 132-133.

tych dzieł w XIX wieku są Mathias Macher (1793-1876)²⁸ oraz Carl Capellmann. Początkowo książki te w przystępny sposób zapoznają księży przede wszystkim z podstawami fizjologii, patologii oraz higieny ogólnej. Carl Capellmann odchodzi jednak stopniowo od tego schematu i opracowuje obszerny podręcznik, w którym duszpasterz znajduje odpowiedzi na nurtujące go problemy moralne, pastoralne i medyczne. Stąd też treść książki ułożona jest według następujących zagadnień: V i VI przykazanie Dekalogu, przykazania kościelne, sakramenty, posługa wobec umierającego i udzielanie pierwszej pomocy w nagłych wypadkach²⁹. Na początku XX wieku pojawia się jednak tendencja do rezygnowania z tak obszernych podręczników na korzyść bardziej syntetycznych opracowań. Przejawem tego jest publikacja Alexandra E. Stanforda, składająca się z trzech części poświęconych: higienie, medycynie pastoralnej i sposobom udzielania pierwszej pomocy³⁰. Natomiast Andrew Klarmann opracowuje wąski tematycznie traktat poświęcony problemom moralnym związanym z położnictwem i ginekologią zabiegową. Porusza zatem m.in. takie zagadnienia jak: aborcja, ciąża pozamaciczna, rozwiązanie ciąży za pomocą cięcia cesarskiego i dzieciobójstwo³¹. W drugiej połowie XX wieku ukazują się nowe opracowania medycyny pastoralnej dokonane m.in. przez Alberta Niedermeyera³², Francesca Masellisa³³ oraz Adolfa Allwohna³⁴.

W Polsce pierwszy podręcznik medycyny pastoralnej ukazał się w 1900 roku. Jego autorem jest św. bp Józef Sebastian Pelczar (1842-1924), używający w pierwszym wydaniu pseudonimu „Stary dusz-

pasterz”³⁵. Podręcznik ten nawiązuje do podobnych publikacji z przełomu XIX i XX wieku. Kolejne wydane były w 1905 roku przez Juliana Czarneckiego³⁶ oraz w 1927 roku przez Pawła Gantkowskiego³⁷. Następny podręcznik był przygotowywany do druku w 1960 roku przez Jana Mokrzyckiego, ale niestety nie został opublikowany³⁸. Dopiero w 2002 roku Stanisław Luft wydał podręcznik medycyny pastoralnej wykorzystywany do dzisiaj.

Pius XII, doceniając etyczne znaczenie prac Hipokratesa (460-370 przed n. Chr.), uczył, że wskazania ojca medycyny są bez wątpienia najszlachetniejszym przejawem wrażliwości zawodowego sumienia, które wzywa do szacunku dla życia i opieki nad chorym. W kształtowaniu sumienia lekarza znaczącą rolę odgrywają takie czynniki, jak samoposwięcenie (altruizm), godność i powściągliwość. Hipokrates doskonale połączył normy moralne z rozwijającą się medycyną i w ten sposób przyczynił się do rozwoju cywilizacji bardziej niż ówczesne imperia³⁹. Istnieje bowiem ścisła relacja pomiędzy wskazaniami moralnymi zawartymi w twórczości Hipokratesa a przesłaniem moralnym Ewangelii. Podobieństwa te można odnaleźć również we wskazaniach etycznych zawartych w *Didache*. Dotyczy ona przede wszystkim szacunku dla życia i niesienia pomocy cierpiącemu z powodu choroby. Hipokrates uczył bowiem jednakowego sposobu traktowania zdrowych i chorych⁴⁰.

Stąd też medycyny pastoralnej nie można ograniczać wyłącznie do przekazania teoretycznych informacji z zakresu profilaktyki i ochrony

²⁸ M. MACHER, *Pastoral-Heilkunde. Eine kurzgefaßte Pastoral-Anthropologie – Diätetik und Medizin mit besonderer Rücksicht auf die, in den k.k. österreichischen Staaten geltenden Sanität-Gesetze und Verordnungen*, Leipzig–Wien–Prag 1838.

²⁹ C. CAPELLMANN, *Pastoral medicine*, New York 1879, s. VII-VIII.

³⁰ A. E. SANFORD, *Pastoral medicine. A handbook for the catholic clergy*, New York 1905.

³¹ A. KLARMANN, *The Crux of Pastoral Medicine. The perils of embryonic man: Abortion, Craniotomy and the cesarean section; myoma, and porro section*, New York–Cincinnati 1905.

³² A. NIEDERMEYER, *Compendium der pastoralmedizin*, Wien 1953.

³³ F. MASELLISA, *Argomenti di medicina pastorale*, Edizioni Salcom 1981.

³⁴ A. ALLWOHN, *Evangelische pastoralmedizin. Grundlegung der heilenden Seelsorge*, Stuttgart 1970.

³⁵ J. S. PELCZAR, *Medycyna pasterska czyli wiadomości potrzebne kapłanom z zakresu higieny, fizjologii i patologii z dodatkiem niektórych kwestyj teologicznych z różnych dzieł i własnego doświadczenia dla użytku alumnów i młodych kapłanów zebrał „Stary duszpasterz”*, Nakładem i drukiem Drukarni Katolickiej Józefa Chęcińskiego, Lwów 1900.

³⁶ J. CZARNECKI, *Medycyna pastoralna. Podręcznik dla kleru katolickiego*, Gniezno 1905.

³⁷ P. GANTKOWSKI, *Medycyna pastoralna oraz podstawy higieny codziennego życia w stosunku do duszpasterstwa i parafii*, Poznań–Warszawa–Wilno–Lublin 1927.

³⁸ J. MOKRZYCKI, *Medycyna pastoralna (maszynopis)*, Gdańsk 1960.

³⁹ G. ROTH, *Hippocrates in the Documents of the Church...*, art. cyt.; por. Pius XII, *Le devoir du médecin chrétien. Allocution aux membres italiens de l'Union médico-biologique Saint-Luc*, 12.11.1944, w: A. F. UTZ, J. F. GRONER, A. SAVIGNAT (red.), *Relations humaines et société contemporaine. Synthèse chrétienne des directives*, t. I, Fribourg–Paris 1963, s. 1056-1069.

⁴⁰ G. ROTH, *Hippocrates in the Documents of the Church...*, art. cyt.

zdrowia. W tym wymiarze stałaby się tylko swego rodzaju propedeutyką odwiedzin chorych. Natomiast nadrzędnym jej celem jest wskazanie szczególnej roli chorego w Kościele i rodzinie, dzięki utożsamieniu się Chrystusa z każdym cierpiącym (por. Mt 25,31-46), oraz możliwość osobistego uświęcenia cierpiącego i jego opiekunów. Wymaga to również nauki poszanowania godności i niezbywalnych praw chorego, a dopiero później zapoznania się ze szczegółami klinicznymi. Medycyna pastoralna ubogaca bowiem doświadczenie choroby i etos lekarski wartościami ewangelicznymi⁴¹. Stąd też każdy, kto czuje się skrzywdzony, słaby, chory i wzgardzony przez ludzi, zostaje odnaleziony przez Boga. Natomiast ten, kto szczerze Go szuka, nie może wzgardzić człowiekiem, ale powinien stać się dla niego bratem⁴².

Medycyna pastoralna, przygotowując przyszłych duszpasterzy chorych i służby zdrowia, przeciwdziała postępującej laicyzacji środowiska medycznego i materialistycznemu podejściu do życia ludzkiego. Wskazuje również na środki zapobiegające kryzysowi moralnemu polegającemu na nadużyciu wolności ludzkiej i zagubieniu prawdziwej hierarchii wartości.

Z przykrością należy bowiem stwierdzić udział opiekunów medycznych w tworzeniu zjawiska nazwanego przez bł. Jana Pawła II „kulturą śmierci”⁴³. Dotyczy to zwłaszcza haniebnych praktyk: aborcji, eutanazji, nieuprawnionych manipulacji na płodzie ludzkim i ingerencji w dziedzictwo genetyczne człowieka. Uleganie „kulturze śmierci” jest dowodem na postrzeganie chorego przez pryzmat korzyści i strat dla społeczeństwa. Toteż prowadzi ona do naruszenia jego autonomii oraz do niedozwolonych praktyk eugenicznych⁴⁴.

Przyczyną i zarazem skutkiem „kultury śmierci” jest zakwestionowanie istnienia Boga i rezygnacja z posługi religijnej wobec chorego. Konse-

kwencją tej postawy jest przesadna wiara w skuteczność medycyny. Przejawia się ona m.in. w uporczywej terapii pozbawiającej człowieka prawa do godnej śmierci⁴⁵ oraz w eutanazji będącej w istocie ucieczką osoby przed swoim człowieczeństwem, nieodłącznie związanym z bólem przemijania⁴⁶. Obowiązkiem więc jest przypomnienie, że zdrowie w pierwszej kolejności jest darem Boga, a dopiero następnie zależy od odpowiedzialności osobistej i współpracy całego społeczeństwa. Wymaga to również pozytywnej odpowiedzi na wezwanie Boga do służby życiu, której stałą troską jest chory, jego godność i potrzeby religijne.

Obowiązek troski religijnej i medycznej o chorych i umierających

Duszpasterz powinien nie tylko znać i rozumieć współczesną problematykę medyczną, ale i umieć przeciwdziałać tendencjom poniżającym godność człowieka i zagrażającym jego życiu. Staje on również wobec trudnego wyzwania przekazania podstaw etyki katolickiej pracownikom służby zdrowia i formowania ich sumień. Należy zatem stworzyć mu możliwość dobrego przygotowania i doskonalenia zawodowego. Niestety medycyna pastoralna często jest jedynie przedmiotem fakultatywnym w programie studiów przygotowujących do kapłaństwa. Ograniczona liczba wykładów powoduje, że można zasygnalizować tylko niektóre problemy, bez pogłębienia ich znajomości i odbycia stosownej praktyki w szpitalu oraz innych instytucjach opieki medycznej. W cieniu tej formacji pozostaje również fachowe przygotowanie do troski o współbraci we wspólnocie zakonnej i kapłańskiej.

Jak zostało to wcześniej wykazane, troska o cierpiących, a zwłaszcza chorych i umierających, jest w sercu Kościoła od samego początku jego istnienia. Trudno zatem zrozumieć, dlaczego w wielu wypadkach jest

⁴¹ L. SZCZEPANIAK, *Hipokratesowy etos lekarza wobec współczesnych wyzwań. Przedmowa*, „Bioetyczne Zeszyty Pediatryi” 3 (2006) nr 3, s. 9-15 (dalej BZPed.).

⁴² BENEDYKT XVI, Encyklika *Deus Caritas est* o miłości chrześcijańskiej, OsRomPol 27 (2006) nr 3(281), s. 4-21.

⁴³ JAN PAWEŁ II, Encyklika *Evangelium vitae* (1995), 4.

⁴⁴ JAN PAWEŁ II, *Aby budować cywilizację życia, prawdy i miłości. Przemówienie do uczestników sesji upamiętniającej pięciolecie encykliki „Evangelium vitae”*, OsRomPol 21(2000) nr 4(222), s. 40-42.

⁴⁵ POR. PAPIESKA AKADEMIA NAUK, *Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci*, w: K. SZCZYGIEŁ (red.), *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Tarnów 1998, s. 453-454.

⁴⁶ POR. L. SZCZEPANIAK, *Podjęcie decyzji o zaprzestaniu zabiegów podtrzymujących życie*, BZPed. 3 (2006) nr 3, s. 106-128.

marginalizowana w przygotowaniu do życia zakonnego i kapłaństwa. Niestety, wydaje to gorzkie owoce w kapłaństwie, kiedy posługa młodym i zdrowym staje się celem nadrzędnym działań duszpasterskich.

Nie wystarczy tylko wzruszać i zagrzewać serca wiernych do posługi chorym. Wymaga ona bowiem osobistego zaangażowania, aby nie usłyszeć od Chrystusa tragicznego w skutkach oskarżenia: „Zaprawdę, powiadam wam: Wszystko, czego nie uczyniliście jednemu z tych najmniejszych, tegoście i Mnie nie uczynili». I pójda ci na wieczną karę, sprawiedliwi zaś do życia wiecznego” (Mt 25,45-46). Stąd też wydaje się, że chociaż problem troski o chorego w chrześcijańskiej formacji pastoralnej jest mocno zaakcentowany, to jeszcze zbyt często nie znajduje on właściwego odzwierciedlenia w praktyce. Należy bowiem najpierw zatroszczyć się o cierpiących fizycznie, psychicznie i duchowo, a później dopiero o zdrowych i silnych. Przypominał o tym bł. Jan Paweł II, mówiąc: „Rozpowszechniona dziś powierzchowna kultura, która przypisuje wartość tylko temu, co ma pozór piękna i co sprawia przyjemność, chciałaby wam wmówić, że trzeba odrzucić Krzyż”⁴⁷.

Spokojni w sumieniu niech będą ci, którzy rozpoznali oblicze Chrystusa w cierpiącym człowieku i niosą mu skuteczną pomoc, zarówno medyczną, jak i religijną oraz wsparcie. Nikt nie może zwolnić z tego obowiązku chrześcijanina, a co dopiero kapłana i zakonnika. Zatem przygotowanie do posługi chorym i umierającym wymaga praktycznego wychowania w duchu wrażliwości na cierpienie i miłości chrześcijańskiej. Ten, kto wymaga takiej postawy, sam musi się zmęczyć tego rodzaju służbą. Nie przekonują bowiem słowa, chociażby najpiękniejsze, jeśli nie są poparte osobistym przykładem. Nie wystarczy również zorganizowanie dobroczyńców, pozbieranie pieniędzy, a następnie przeliczenie podziękowań. Krzyża trzeba dotknąć, objąć go i wnieść na Golgotę. Jezus nie wynajął tragarzy do dźwigania swojego Krzyża ani nie opłacił niewolnika, który za Niego na nim umarł. On sam cierpiał i umarł za każdego z nas, a kto chce być Jego uczniem, powinien Go naśladować, co potwierdzają Jego słowa: „Jeśli ktoś chce pójść za Mną, niech się zaprze samego siebie,

niech weźmie krzyż swój i niech Mnie naśladuje. Bo kto chce zachować swoje życie, straci je; a kto straci swe życie z mego powodu, znajdzie je” (Mt 16,24-25). Z całą mocą wiary uczył o tym bł. Jan Paweł II: „Jezus nas nie zwodzi. Prawda Jego słów, które wydają się twarde, ale napełniają serce pokojem, wyjawia nam sekret prawdziwego życia. Chrystus, przyjmując ludzką kondycję i przeznaczenie, zwyciężył grzech i śmierć, a przez swoje zmartwychwstanie przekształcił Krzyż z drzewa śmierci w drzewo życia. On jest Bogiem z nami, który przyszedł, aby dzielić całe nasze życie. Nie pozostawia nas samych na Krzyżu. Jezus jest Miłością wierną, która nie opuszcza nikogo i potrafi przemienić noc w świt nadziei. Jeżeli Krzyż zostaje przyjęty, przynosi zbawienie i pokój, jak to ukazują liczne piękne świadectwa młodych chrześcijan. Bez Boga Krzyż nas przygniat; z Bogiem daje nam odkupienie i zbawienie”⁴⁸.

W perspektywie Chrystusowej nauki Krzyża należy postrzegać wychowanie kolejnych pokoleń chrześcijan, a wśród nich osób konsekrowanych, do troski o chorych i umierających. W formacji pastoralnej chodzi bowiem przede wszystkim o uświadomienie osobistej odpowiedzialności za cierpiącego bliźniego, posiadającej moc Przykazania Miłości: „Abyście się wzajemnie miłowali, tak jak Ja was umiłowalem” (J 13,34). Stosunek do cierpiących, chorych i bliskich śmierci jest niezwykle czułym testem relacji do Boga i wzajemnych odniesień również w rodzinie i wspólnotach. Brak wrażliwości na potrzeby cierpiących jest objawem poważnego kryzysu tożsamości chrześcijańskiej, zakonnej i kapłańskiej. Prawdziwa próba miłości dokonuje się bowiem w gotowości do nieustannego daru z samego siebie na wzór Jezusa. Kolejne kryzysy moralne zawsze wiązały się z dewaluacją miłości Boga i bliźniego. Natomiast odrodzenie przychodziło wraz z ludźmi, którzy dźwigając z miłości swój krzyż, zdolni byli jeszcze nadstawić swoje ramiona, by wziąć krzyż cudzy. Doskonale rozumiał to św. Paweł, gdy pisał: „Jeden drugiego brzemiona noście i tak wypełniajcie prawo Chrystusowe” (Ga 6,2).

Konkluzją tego artykułu, a zarazem ukazaniem niezwyklej odpowiedzialności za formację pastoralną, niech będą słowa Benedykta XVI skierowane do uczestników międzynarodowej konferencji Papieskiej

⁴⁷ JAN PAWEŁ II, *Weź swój Krzyż. Spotkanie z młodzieżą na placu św. Jana na Lateranie*, 2.04.1998, OsRomPol 19(1998) nr 5-6, nr 4.

⁴⁸ Tamże.

Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia i Chorych: „Szpitale winny być traktowane jako uprzywilejowane miejsca ewangelizacji, ponieważ tam, gdzie Kościół jest «miejszem obecności Boga», staje się zarazem «narzędziem prawdziwej humanizacji człowieka i świata» (por. Kongregacja Nauki Wiary, Nota doktrynalna na temat pewnych aspektów ewangelizacji, 9). Tylko przy jasnym uświadomieniu sobie, że w centrum działalności medycznej i opiekuńczej jest dobro człowieka w sytuacji jego największej słabości i bezbronności, człowieka poszukującego sensu w obliczu niezgłębionej tajemnicy cierpienia, można postrzegać szpital jako miejsce, «w którym relacja terapeutyczna nie jest zawodem, ale misją; gdzie miłosierdzie Dobrego Samarytanina jest najważniejszym przedmiotem wykładowym, a twarz cierpiącego człowieka obliczem samego Chrystusa»⁴⁹.

Patient Care In Pastoral Formation

Summary

From the very beginning of Her existence, the Church has been encouraging Christians to care for the poor and the sick. Such an attitude is the fulfillment of the double commandment of loving the Lord and loving one's neighbor. It is on fulfilling this commandment that salvation of man depends. Christ does not exclude anyone for religious, social or cultural reasons. The believers undertook numerous charity initiatives and provided institutional care in hospitals and hospices. The attitude profoundly affected the conscience forming of the then active physicians and generations of physicians to come. In time, lay institutions gradually took over patient care. Thus, a need emerges for priests to acquire knowledge of advances in medical sciences and of their ethical as-

⁴⁹ BENEDYKT XVI, *Chrześcijańska nauka o cierpieniu. Przemówienie do uczestników międzynarodowej konferencji Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia i Chorych*, 17.11. 2012. http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/benedykt_xvi/przemowienia/chorzy_17112012.html.

essment. The task is executed by lecturers and authors of textbooks of pastoral medicine. The teaching of the Church supports the thesis that hospitals are the sites where Loving God is present and a school of humanness.

Ks. dr hab. Lucjan Szczepaniak, sercanin, z wykształcenia lekarz i teolog; od 1995 kapelan w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie. Autor publikacji naukowych i popularnonaukowych z zakresu etyki katolickiej i deontologii lekarskiej. Poeta, którego wiersze są wyjątkowym zapisem przeżyć związanych z codzienną służbą w szpitalu oraz powołaniem zakonnym i kapłańskim.
e-mail: lucekscj@kr.onet.pl