



JOLANTA KUROSZ

UNIwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

KUROSZ@AMU.EDU.PL

ORCID 0000-0002-2991-790X

MARZENA PRZESZŁO

THE UNIVERSITY OF ILLINOIS HOSPITAL & HEALTH SCIENCES SYSTEM, CHICAGO

MARZENAPRZESZLO@YAHOO.COM

DOI: <https://doi.org/10.12775/TiCz.2024.027>

NOWE WYZWANIA DLA LAIKATU W XXI WIEKU

Streszczenie. Zmieniające się uwarunkowania demograficzne w XXI wieku mają wpływ na działalność pastoralną wspólnoty Kościoła. Starzejące się społeczeństwo oraz coraz mniejsza liczba kapłanów sprawiają, że członkowie Kościoła muszą podjąć refleksję na temat „Jak mamy być Kościołem dzisiaj?”. Posługa katolików świeckich wobec chorych, cierpiących i osób starych jest znakiem szczególnym w naszych czasach i domaga się refleksji teologicznopastoralnej na ten temat. W przyszłości pomoc świeckich kapłanom będzie konieczna w szerszym zakresie, stąd konieczność formacji świeckich przygotowującej do tej służby.

Słowa kluczowe: eklezjalna wspólnota, człowiek chory, stary, posługa laikatu.

Abstract. New Challenges for the Laity in the 21st Century. The changing demographic conditions in the 21st century have an impact on the pastoral activity of the Church community. Faced with an ageing society and a decreasing number of priests, members of the Church are forced to reflect on the following question: “How are we to be the Church today?” The ministry of lay Catholics to the sick, the suffering and the elderly is a distinctive sign of our times that requires theological and pastoral reflection. In the future, the

assistance of lay people to priests will be necessary on a broader scale, hence the need for the formation of lay people in preparation for this service.

Keywords: ecclesial community, the sick, the elderly, lay ministry.

WPROWADZENIE

W ostatnich czasie stały się bardziej wyraziste efekty niedostatecznej formacji wiernych świeckich. Świadczy o tym procentowy spadek uczestników szkolnych lekcji religii nie tylko w większych miastach, przyzwolenie młodych na normy prawne niezgodne z Dekalogiem, zmniejszająca się frekwencja wiernych w liturgii Kościoła, coraz większa liczba młodych żyjących w związkach niesakramentalnych. Nie można w tym miejscu pominąć braku eklezjalnej świadomości u sporej liczby wiernych oraz małego zaufania duchowieństwa do wiernych, dotyczy to zwłaszcza ich potencjału intelektualnego i duchowego. Jednak znaczący wpływ na przyszły obraz duszpasterstwa w naszym kraju należy upatrywać w spadku liczby powołań kapłańskich.

Obok wspomnianych niedoskonałości istnieją również pozytywne przejawy dające pełny obraz eklezjalnej wspólnoty w naszym kraju. Prężnie działające stowarzyszenia i grupy religijne, wspólnoty parafialne, w których laikat wraz z duchowieństwem dają wiele możliwości do wzrastania w wierze i budowania więzi międzyludzkich¹, wykorzystanie przestrzeni internetowej do ewangelizacji – to wszystko daje nadzieję, że przy odpowiednim wykorzystaniu potencjału duchowego i intelektualnego laikatu, wspólnoty parafialne nawet przy mniejszej liczbie posługujących kapłanów mają szansę być „domem i szkołą komunii” (NMI 43).

Niezależnie od stanu duchowego eklezjalnej wspólnoty jest ona wezwana do podejmowania refleksji związanej z pytaniem „Jak mamy być Kościołem dzisiaj?”. Odpowiedź jawi się jako kluczowa wobec obecnych i przyszłych wyzwań, przed jakimi stają wszyscy wierni. Niewątpliwie większa odpowiedzialność spoczywa na przebiterach oraz osobach świeckich,

¹ „Konkurs Aktywna Parafia 2024”, <https://www.ekai.pl/aktywnaparfia/> (dostęp: 2.11.2024).

których zaangażowanie w życie Kościoła wynika z rozeźnianego i realizowanego powołania, np. teologów świeckich, w tym pastoralistów, osób konsekrowanych, członków rad diecezjalnych czy parafialnych rad duszpasterskich. Natomiast na mocy chrztu świętego wszyscy są uprzywilejowani do modlitwy w intencji Kościoła. Potrzeba jednak konkretnego działania, które będzie poprzedzone rozeźnaniem sytuacji danej wspólnoty teraz, które ma wpływ na to, co będzie w przyszłości. Solidna formacja religijna laikatu i duchowieństwa stanowi fundament dla ukierunkowanej formacji. Wielowymiarowe przygotowanie wiernych do służby, będzie więc swoistą odpowiedzią na zmieniające się uwarunkowania życia poszczególnych wspólnot w Kościele. Zaangażowanie odpowiednio przygotowanych członków wspólnot parafialnych na pewno przyczyni się od owocnej służby drugiemu człowiekowi i budowaniu trwałych więzi eklezjalnych.

Celem podjętych badań jest próba odpowiedzi na pytanie: Jak ma przebiegać służba na rzecz człowieka i wspólnoty, pomimo wspomnianych trudności? Do jakiej posługi należy przygotować wiernych świeckich? Chodzi w tym przypadku o szerszy niż dotychczas wymiar, który w niedalekiej przyszłości będzie koniecznością w związku mniejszą liczbą kapłanów posługujących w parafiach. W tym przypadku nagłym wyzwaniem dla Kościoła w Polsce są i będą osoby chore i cierpiące oraz stare². Często spotykana samotność tej grupy wiekowej utrudnia codzienność, której towarzyszy choroba i cierpienie. Dlatego warto się przyjrzeć istniejącym rozwiązaniom, które zostały wypracowane poza granicami naszego kraju, gdyż mogą stanowić inspirację w refleksji teologicznopastoralnej w Kościele w Polsce.

² W licznych publikacjach dotyczących osób starych stosowane są różne, nie zawsze precyzyjne, określenia tychże osób. Nie każda babcia, dziadek, emeryt, rencista jest osobą starą. Może to wynikać z nieuzasadnionego lęku związanego z negatywnymi skojarzeniami ze słowem „stary”, u źródeł którego może być wartościowanie starości np. pod względem sprawności życiowych. Piotr Czarnowski, prezentując dyskusję na ten temat, podkreśla, że nie ma racjonalnego uzasadnienia takich postaw, gdyż nazwa każdego okresu w życiu człowieka młodego czy starego jest neutralna i nie należy jej się wstydzić. Piotr Czekanowski, „Wieloznaczność określeń odnoszonych do ludzi starych,” w *O sposobach mówienia o starości. Debata. Analiza. Przykłady*, red. Barbara Sztachur-Jaworska (Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, 2014), 52; Jolanta Kurosz, „Cooperation of the Local Government and the Church in the Service of the Old People in Poznań,” *Poznańskie Studia Teologiczne* 35 (2020): 117–131.

W niniejszej pracy najpierw zostanie zaprezentowana krótka charakterystyka zmian demograficznych ukazująca skalę nowych wyzwań dla Kościoła w Polsce, po czym zaprezentowane zostaną najważniejsze treści dotyczące pracy wiernych świeckich w szpitalu w Chicago.

1. KRÓTKA CHARAKTERYSTYKA ZMIAN DEMOGRAFICZNYCH

Znakiem charakterystycznym naszych czasów jest między innymi ujemny przyrost naturalny, który w połączeniu z wydłużającym się życiem obywateli przyczynia się do starzenia się społeczeństwa. Światowa Organizacja Zdrowia zwróciła uwagę na zwiększającą się liczbę osób na świecie, które ukończyły sześćdziesiąty rok życia. Każdego miesiąca ich liczba wzrasta do miliona. Z kolei

Organizacja Narodów Zjednoczonych szacowała w 2019 roku, że ówczesna liczba osób starych, tj. 600 milionów podwoi się do 2025 roku, a wielkość dwóch miliardów powinna osiągnąć w 2050 roku³. Trendy światowe związane ze starzeniem się społeczeństwa są widoczne także w Polsce. Według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego już w 2035 roku osoby po sześćdziesiątym piątym roku życia będą stanowiły około ¼ części mieszkańców naszego kraju⁴.

Warto w tym miejscu wspomnieć, że „w 2023 roku liczba ludności Polski wyniosła 37,6 mln, w tym blisko 9,9 mln stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej (26,3%). W stosunku do 2022 roku liczba osób w wieku senioralnym wzrosła o 96 tys. osób tj. o 1,0%”⁵. Uwzględniając zmiany za-

³ Por. „Global Age-Friendly Cities Project,” https://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities/en/ (dostęp: 11.11.2022).

⁴ Por. Piotr Błędowski, „Streszczenie,” w *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, red. Piotr Błędowski, Barbara Szatur-Jaworska, Zofia Szweda-Lewandowska, Paweł Kubicki (Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 2012), 5.

⁵ Minister do spraw Polityki Senioralnej, *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2023 r.*, Warszawa 2024, <https://das.mpips.gov.pl/source/2024/Informacja%20o%20sytuacji%20osob%20starszych%20w%20Polsce%20za%202023%20r.pdf> (dostęp: 20.10.2024).

chodzące w państwach zachodnich, Główny Urząd Statystyczny prognozuje dalszy wzrost życia mężczyzn w Polsce, który w 2015 roku wynosił 73,6 lat, natomiast w 2030 roku długość życia będzie oscylowała wokół 77,3 lat. Podobna tendencja dotyczy także długości życia kobiet, w 2015 roku ich średnia długość życia wynosiła 81,6 lat, z kolei w 2030 roku wzrośnie do 84 lat. Uwzględniając stały spadek liczby urodzeń przy jednoczesnym wzroście zgonów, prognozuje się, że w 2050 roku liczba ludności Polski zmniejszy się o 4,5 miliona osób⁶.

Największe zmiany dotyczą indeksu starości, który potocznie jest nazywany jako stosunek dziadków do wnuków. W 2019 roku przekroczył on liczbę 100, co oznacza, że na jedną osobę w wieku emerytalnym przypada mniej niż jedno dziecko w wieku do 15 lat⁷. „Indeks starości na poziomie 301 w roku 2050 należy interpretować tak, że na jedno dziecko będzie przypadać więcej niż 3 osoby w wieku poprodukcyjnym”⁸.

Proces starzenia się ludności nie przebiega równomiernie, w większych miastach według prognoz będzie znacznie wyższy odsetek osób w wieku 80 lat i starszych⁹. Istotny dla naszego zagadnienia jest także sposób starzenia się społeczeństwa. Trzy cechy wpływają na jego specyfikę. Jedną z nich jest feminizacja starości (kobiety żyją dłużej), singularyzacja w starości wyrażająca się w jednoosobowych gospodarstwach domowych (w większości będą to kobiety, których emerytura będzie niższa). Trzecią istotną cechą tego procesu jest podwójne starzenie się przejawiające się szybszym tempem wzrostu ludzi w wieku 80 lat i starszych¹⁰.

Warto w tym miejscu dodać, że istnieje pewna izolacja między oczekiwaniami emerytów a młodym pokoleniem. Osoby stare swoim życiem przypominają o przemijaniu czasu, co rodzi niepewność i strach oraz powoduje, że są separowane, spychane na margines życia społecznego. Ponadto seniorzy mają wielkie oczekiwania wobec młodszych pokoleń

⁶ Jacek Kowalewski, „Zmiany sytuacji demograficznej Polski i ich konsekwencje,” w *Seniorzy wyzwaniem dla Kościoła w Polsce*, red. Tomasz Wielebski (Warszawa: Wydawnictwo UKSW, 2019), 234–237.

⁷ Kowalewski, „Zmiany sytuacji demograficznej,” 234–237.

⁸ Kowalewski, „Zmiany sytuacji demograficznej,” 237.

⁹ Błędowski, „Streszczenie,” 5.

¹⁰ Minister do spraw Polityki Senioralnej, *Informacja*, 5–6.

i dotyczą one opieki oraz wsparcia. Z kolei młode pokolenie stara się żyć według ponowoczesnej zasady, która polega na dbaniu przede wszystkim o siebie. Współistnienie dwóch różnych oczekiwań ludzi starych i sposobu życia młodych w polskim społeczeństwie nie są, jak zauważa Mateusz Tutak, przejrzyste i jednoznaczne, dlatego rodzą nieadekwatne i frustrujące oczekiwania¹¹. Jeśli uwzględnimy choćby zwiększającą się liczbę klubów seniora działających zarówno w parafiach, jak i poza nimi, trzeba przyznać słusność M. Tutakowi, który ma wątpliwość, czy naprawdę jest tak źle w Polsce w tej kwestii. Badania przeprowadzone przez Centrum Badań Opini Publicznych wskazują na tendencję spadkową samotności seniorów w Polsce, mimo że co piąta osoba od 60. roku życia żyje samotnie, a ¼ emerytów nie spotyka się ze swoimi znajomymi. Nie zmienia to jednak faktu, że oprócz subiektywnego poczucia samotności osoby stare coraz bardziej stają się bezradne w życiu codziennym lub potrzebują pomocy do załatwianie konkretnej sprawy¹².

Przemiany cywilizacyjne przyczyniły się do wielu zmian, również w rodzinach. Młode pokolenie ma inne spojrzenie na formy opieki nad chorymi i starymi ludźmi od dotychczas przyjętych w społeczeństwie. Nie zmienił się jednak trud opieki nad chorym rodzicem lub innym członkiem rodziny. Nadal jest to duże wyzwanie dla jej członków, a zwiększająca się długość życia osób starych skutkuje pojawieniem się chronicznego przemęczenia psychicznego i fizycznego u dotychczas zdrowych członków rodziny. Dlatego też coraz częściej osoby te decydują się na skorzystanie z pomocy placówek opiekuńczych lub innych, które podejmują się zapewnienia godnego życia swoim podopiecznym, zwłaszcza chorym i umierającym. Instytucje tego typu zasadniczo dbają jedynie o codzienne potrzeby, dlatego coraz częściej pojawia się potrzebna duchowego wsparcia chorego i jego rodziny¹³.

¹¹ Mateusz Tutak, „Życie seniora w krótkim przeglądzie badań socjologicznych,” w *Seniorzy wyzwaniem dla Kościoła w Polsce*, red. Tomasz Wielebski (Warszawa: Wydawnictwo UKSW, 2019), 249–250.

¹² Tutak, „Życie seniora,” 250.

¹³ Marzena Przeszło, „Posługa pastoralno-liturgiczna katolików świeckich wobec chorych w szpitalach w Chicago” (rozprawa doktorska przygotowana pod kierunkiem ks. dr hab. Piotra Kulbackiego), (Lublin, 2022), 10.

Wskazane prognozy demograficzne przyczyniły się już do podjęcia szczegółowych badań, których wyniki były dla polityków partii rządzących, organizacji samorządowych pozarządowych w Polsce punktem wyjścia do refleksji i podjęcia stosowych kroków mających na celu sprostać zmieniającym się zapotrzebowaniem społecznych. W niektórych miastach np. w Poznaniu od lat są realizowane programy senioralne scalające i aktywizujące osoby powyżej 60. roku życia. Nie bez znaczenia pozostaje współpraca samorządu oraz władz lokalnych z Kościołem¹⁴, która w przyszłości może przynieść jeszcze więcej dobra.

2. POSŁUGA LAIKATU W SZPITALACH W CHICAGO

Treści zawarte w tej części dotyczą podstawowych zagadnień związanych z posługą kapłanów świeckich¹⁵ w szpitalach w Chicago. Zostali oni powołani do pomocy kapłanom w modlitwie i czynności udzielania Komunii Świętej, zwłaszcza osobom chorym, a także podczas liturgii. W tak dużym kraju, jak Stany Zjednoczone liczba księży była niewystarczająca, zwłaszcza, gdy pojawiali się nowi osadnicy, emigranci. Z czasem rola tych osób znacznie wzrosła, ponieważ szpital to nie tylko chorzy, ale także ich rodziny, które w takim samym stopniu dotyka tragedia wynikająca z choroby kogoś bliskiego.

Posługa pastoralno-liturgiczna jest raczej mało znana w Polsce, natomiast pełni istotną rolę w szpitalach amerykańskich. W naszym kraju istnieje posługa nadzwyczajnych szafarzy Komunii Świętej, natomiast w szpitalach funkcję kapłanów pełnią kapłani i z nimi ta nazwa jest kojarzona¹⁶. Nie można w tym miejscu zapomnieć o roli wolontariuszy w polskich hospicjach, którzy towarzyszą umierającym.

¹⁴ Więcej na ten temat: Kurosz, "Cooperation of the Local," 117–131.

¹⁵ W pracy termin kapelan świecki będzie zastąpiony określeniem: posługujący świecki, by nie wprowadzać zamieszania w terminologię. Warto jednak zaznaczyć, że termin kapelan świecki jest używany w Ameryce w znaczeniu specyficznej opieki nad chorym. Jest to termin urzędowy. Przeszło, „Posługa,” 10.

¹⁶ Przeszło, „Posługa,” 10.

Osoba sprawująca opiekę nad chorym w amerykańskim szpitalu, w tym przypadku posługujący świecki, współpracuje z lekarzami, rehabilitantami, rodziną oraz znajomymi pacjenta. Nie bez znaczenia pozostaje także możliwość udzielenia wsparcia w sferze psychicznej, gdy osoba wymagająca opieki tego potrzebuje. Dlatego posługujący świecki często pełni rolę „duchowego psychologa”, z którym pacjent, rodzina, personel medyczny może porozmawiać o sprawach duchowych i innych.

Ukazując posługę laikatu w szpitalu, warto przypomnieć o istocie Kościoła, w którą jest wpisana misja uzdrawiania. Nie dotyczy ona tylko umysłu czy ciała, ale także ducha (por. Mt 4, 40; Mt 14, 14; Mt 14, 34; Mt 15, 29–31)¹⁷. Analiza tekstów biblijnych, składnia do stwierdzenia, że spotkanie z Bogiem może odbywać się na dwa sposoby, tj. podczas kontemplacji, modlitwy, ćwiczeń duchownych i rachunku sumienia oraz podczas spotkania z innym człowiekiem, a w sposób szczególny z cierpiącym¹⁸. Dlatego w szpitalach i ośrodkach opieki zdrowotnej opieka duchowa sprawowana przez posługującego świeckiego jest tak szeroko stosowana. Jego udział w emocjonalnych i duchowych przeżyciach pacjenta, jego rodziny i zespołu sprawującego opiekę w szpitalu wpisuje się w jego służbę. Nikt nie wątpi w to, że nieuleczalna choroba, umieranie czy śmierć są momentami o szczególnym ładunku emocjonalnym i duchowym. „Głębokie wzruszenie”¹⁹ to tylko opis całej gamy stanów emocjonalnych, pytań egzystencjalnych czy duchowych dylematów, z którymi mierzą się dodatkowo chorzy i ich rodziny²⁰.

Pacjent w trakcie choroby oraz jego bliscy często oczekują rozmowy innej niż tradycyjna spowiedź. Oczekiwania te wiążą się nie tylko z wyjątkowym stanem i świadomością konieczności podsumowania całego życia, ale często są związane z obawami czy lękami, które posługujący świecki stara się poznać i zrozumieć. Jego praca polega na rozwiązywaniu sytuacji kry-

¹⁷ Kongregacja Nauki Wiary [i in], „Instrukcja *Ecclesiae de mysterio* (15.08.1997)”, w *W trosce o pełni wiary. Dokumenty Nauki Wiary. Dokumenty Kongregacji Nauki Wiary 1995–2000*, red. Janusz Królikowski, Zygmunt Zimowski (Tarnów: Wydawnictwo Biblos, 2002), 60.

¹⁸ Kongregacja Nauki Wiary [i in], „Instrukcja *Ecclesiae de mysterio*,” 60–61.

¹⁹ Por. Piotr Krakowiak, *Zdążyć z prawdą o sztuce komunikacji w hospicjum* (Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica, 2009), 22.

²⁰ Przeszło, „Posługa,” 11–12.

zysowych, które wynikają z duchowego stanu pacjenta i często nie znajdują wytłumaczenia w zastosowanych metodach leczenia. W procesie leczenia lub przygotowania do śmierci ważne są również konsultacje, opieka sakramentalna, wsparcie poprzez modlitwy, nabożeństwa, pomoc w decyzjach etycznych, dlatego posługujący świecki zostali określani jako tłumacze doświadczenia (*interpreters and translators of experience*)²¹.

W przepisach Narodowej Służby Zdrowia – (NHS *National Health Service*) w Stanach Zjednoczonych znajdują się wymagania, dotyczące zaspokojenia potrzeb duchowych wszystkich pacjentów. Dlatego opiekę religijną zastąpiono opieką duchową, tak zwaną pastoralną. Opieka duchowa, choć często kwestionowana, jest definiowana jako doświadczenie i proces angażowania się i nawiązywania związków i relacji (*the experience and process of aging with and managing significant attachment and relationship*)²². Zadaniem posługującego świeckiego jest szukanie i rozeznawanie potrzeb duchowych oraz pielęgnowanie i rozwijanie relacji, powiązań pacjenta z Bogiem poprzez rozpoznanie duchowości pacjenta (*spiritual assessment*). Dlatego misja osób świeckich jest skupiona się na potrzebach duchowych pacjenta, stąd też wynika potrzeba dialogu z innymi religiami.

Ze względu na specyfikę pracy świeckiego pełniącego swoją posługę w szpitalach w Chicago, gdzie ma do czynienia z pacjentami różnych wyznań i narodowości, ów dialog jest niezbędny. Osoba świadcząca taką posługę jest do niej odpowiednio przygotowywana. Uniwersalność roli osób świeckich jest postrzegana jako warunek dobrego funkcjonowania instytucji (*the well being of the institution*)²³. Silny nacisk na duchowe podejście do chorych jest następstwem potrzeby pomocy pacjentom różnych wyznań oraz tym, którzy nie przynależą do żadnego wyznania, religii albo są ateistami, ale odczuwają potrzebę kontaktu z Bogiem. Szpitale katolickie w Chicago leczą pacjentów niezależnie od wyznawanej przez nich wiary. Dlatego świecki, który jest osobą zatrudnioną na stanowisku kapelana świeckiego w instytucji szpitalnej służy wszystkim pacjentom.

²¹ Joanna Rachel Bryant, *A Single Site Study of Acute Healthcare Chaplaincy* (University of Birmingham, 2013), 9.

²² Przeszło, „Posługa,” 10.

²³ „Posługa,” 12.

Zaprezentowany pokrótce model pomocy pacjentom jest zawarty w podpisanej przez prezydenta Lyndona Johnsona ustawie, z dnia 30 lipca 1965 roku, o państwowym ubezpieczeniu zdrowotnym, tak zwanym *Medicare National Health Insurance* (ubezpieczenie zdrowotne dla osób przebywających na emeryturze, które ukończyły 65 lat)²⁴ oraz w regulacjach *Medicaide* (ubezpieczenie zdrowotne dla osób o niskich dochodach)²⁵. (11–13)

W katolickich szpitalach w Chicago kładzie się duży nacisk na potrzeby religijne i duchowe pacjentów. Posługujący świeccy zaangażowani w opiekę nad pacjentem, są częścią zespołu medycznego. Muszą wykorzystywać swoją teologiczną wiedzę w służbie pacjentom, którzy często nie potrafią zrozumieć cierpienia, czy choroby, którą przechodzą, zwracają się z fundamentalnymi pytaniami typu: „dlaczego ja”, na które odpowiedzi mogą szukać jedynie w wierze. Osoby świeccy służą również pomocą instytucjom medycznym w zrozumieniu, kim są i jaką funkcję pełnią w szpitalu, domach opieki i innych instytucjach powołanych do służenia chorym, umierającym. Stąd obowiązkowe szkolenia dla nowozatrudnionego personelu medycznego – lekarzy i pielęgniarek – dotyczące funkcji, jaką pełni posługujący świeccy w procesie opieki nad pacjentem²⁶.

W 1951 r. została powołana instytucja pod nazwą *Wspólna Komisja (Joint Commission)*, której celem jest pomoc szpitalom w podnoszeniu standardów opieki medycznej oraz ocena ich działalności, od której zależy dofinansowanie. Dzięki pracy tego gremium zauważono, że w katolickich szpitalach, które oferują pomoc duszpasterską pacjentom, wykazywali oni większą tolerancję na ból i mniejszy stres²⁷. Dlatego zapewnienie opieki duszpasterskiej przez wszystkie szpitale stało się wymagane²⁸. *Joint Commission* stoi na stanowisku, że człowiek składa się z umysłu, ciała i ducha (*mind, body and spirit*), dlatego każdy pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej świadczonej za pośrednictwem oddziału opieki pastoralnej (*Pa-*

²⁴ „Medicare National Health Insurance,” <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare> (dostęp: 10.10.2024).

²⁵ Por. „Medicaide,” <https://www.medicaid.gov> (dostęp: 10.10.2024).

²⁶ Przeszło, „Posługa,” 11–13.

²⁷ The Joint Commission, „*Accreditation and Certification*,” <https://www.joint-commission.org/accreditation-and-certification/> (dostęp: 17.10.2024).

²⁸ Por. Trevor Gunn, *The Science of Health and Healing* (Chicago: Holistic Promotion Publishing Company, 2014), 219.

storal Care Department), który zatrudnia wyświęconych kapłanów, dyplomowanych katolickich kapłanów świeckich oraz kapłanów duchownych i świeckich innych wyznań. Dlatego podczas akredytacji placówek zdrowotnych, członkowie *Joint Commission* dostosowują wytyczne do danej placówki, biorąc pod uwagę względy narodowościowe, kulturowe, seksualne, religijne, etniczne, językowe, psychiczne i fizyczne²⁹. *Joint Commission* ustanowiła standardy, które z jednej strony pomagają budować oddziały pomocy duszpasterskiej, a z drugiej pomagają pacjentom w zaspokojeniu pragnienia pomocy duchowej³⁰. Dla poszczególnych ośrodków, szpitali, laboratoriów czy oddziałów ustanawiane są indywidualne zasady. Ponadto istnieją uniwersalne standardy, które obowiązują wszystkich, bez względu na specjalizację. Należy do nich „Standard RI.01.01.01”, którego treść nakazuje szpitalowi respektowanie, zabezpieczenie i promowanie prawa pacjenta, np. szanować wartości kulturowe, osobiste, przekonania i preferencje pacjenta, zapewnić pacjentowi prawo do prywatności, zapewnić pacjentowi prawo do wyznawania religii i do posługi duszpasterskiej³¹.

Zasady wypracowane przez *Joint Commission* we współpracy z Zrzeszeniem Profesjonalnych Kapłanów (*Association of Professional Chaplains*) regulują warunki szkolenia wszystkich kapłanów, którzy są zatrudniani do pełnienia opieki duszpasterskiej w szpitalach. Również dla nich ustalono warunki w pracy, do których należą m.in.: zapewnienie przez szpital opieki duszpasterskiej i duchowej. Ponadto szpital jest zobowiązany do zachowania pisemnych informacji zebranych podczas pobytu pacjenta w szpitalu do późniejszego wglądu przez *Joint Commission*. Z kolei w przypadku pacjenta, który jest u schyłku życia, kapłan ma obowiązek przeprowadzenia wywiadu dotyczącego przyjętych przez niego tradycji i obyczajów. Jeżeli jest to mały szpital, wówczas za przeprowadzenie wywiadu odpowiedzialny jest lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny lub ksiądz kapłan. Szpital musi

²⁹ Por. John Ehman, „Reference to Spirituality/ Religion in Joint Commission,” *Pen Medicine* 2008, <http://www.uphs.upenn.edu/pastoral/resed/jcahorefs.html> (dostęp: 14.12.2021).

³⁰ Por. The Joint Commission, “The Source for Joint Commission Compliance Strategies,” *The Sources* 16, no. 2 (2018): 1–22, <https://www.nacc.org/wp-content/uploads/2018/01/Part-2.-Body-Mind-Spirit-JC-The-Source-Feb.2018-Vol.16.2.pdf> (dostęp: 14.12.2021).

³¹ The Joint Commission, “The Source for Joint Commission”, 7.

uszanować wartości życiowych, religijnych i kulturowych pacjenta. Ponadto każdy pacjent ma prawo do posiadania swoich przekonań kulturowych, psychospołecznych, duchowych i osobistych, dlatego placówka szpitalna ma obowiązek zapewnić choremu opiekę duszpasterską i duchową. Nie bez znaczenie pozostaje zapewnienie opieki duchowej, religijnej i psychologicznej podczas leczenia z alkoholizmu czy innych nałogów. Chory przyjęty do szpitala ma prawo do otrzymania jedzenia zgodnego z jego religią, np. Żydzi mają prawo otrzymywać koszerne jedzenie, muzułmanie – wegetariańskie³². Nie ma tu miejsca na przypadkowe działania.

Nie negując opieki zdrowotnej w polskich szpitalach, zdaje się, że pacjenci w szpitalach amerykańskich mają większe prawa osobiste. Nie ma jednak możliwości prostego przełożenia ze środowiska amerykańskiego na teren naszego kraju służby na rzecz chorym i cierpiącym oraz osobom starym. Jednak większa uważność, wsłuchiwanie się, co chce osoba stara lub chora przekazać oraz dialog z nimi gwarantują nie tylko skuteczną pomoc osobom potrzebującym, ale przede wszystkim stanowią fundament do nawiązania relacji, która nie tylko polepszy jakość życia tych osób, ale może także pomóc w przygotowaniu ich do przyjęcia sakramentów, a także w ostatnim etapie życia, które nie musi przebiegać w samotności.

Publikacja nie wyczerpuje prezentowanego zagadnienia, stanowi pierwszą część z serii artykułów na ten temat, którego zwieńczeniem w założeniach będzie wypracowanie wniosków na przyszłość dotyczących wielowymiarowej formacji przygotowującej do posługi na rzecz chorych, cierpiących i osób starych w zmieniających się uwarunkowaniach Kościoła w Polsce.

BIBLIOGRAFIA

- Kongregacja Nauki Wiary [i in]. „Instrukcja *Ecclesiae de mysterio* (15.08.1997).” W *W trosce o pełnię wiary. Dokumenty Nauki Wiary. Dokumenty Kongregacji Nauki Wiary 1995–2000*, red. Janusz Królikowski, Zygmunt Zimowski, 225–235. Tarnów: Wydawnictwo Biblos, 2002.
- Bryant, Joanna Rachel. *A Single Site Study of Acute Healthcare Chaplaincy*. University of Birmingham, 2013.

³² The Joint Commission, “The Source for Joint Commission”, 7.

- Błędowski, Piotr. „Streszczenie.” W *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, red. Piotr Błędowski, Barbara Szatur-Jaworksa, Zofia Szweda-Lewandowska, Paweł Kubiczki, 5–13. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 2012.
- Czekanowski, Piotr. „Wieloznaczność określeń odnoszonych do ludzi starych.” W *O sposobach mówienia o starości. Debata. Analiza. Przykłady*, red. Barbara Sztachur-Jaworska, 52–59. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, 2014.
- „Global Age-Friendly Cities Project”, w, https://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities/en/ (dostęp: 11.11.2022).
- Ehman, John. „Reference to Spirituality/ Religion in Joint Commission.” *Pen Medicine* 2008, <http://www.uphs.upenn.edu/pastoral/resed/jcahrefs.html> (dostęp: 14.12.2021).
- Gunn, Trevor. *The Science of Health and Healing*. Chicago: Holistic Promotion Publishing Company, 2014.
- „Konkurs Aktywna Parafia 2024.” <https://www.ekai.pl/aktywnaparfia/> (dostęp: 2.11.2024).
- Kowalewski, Jacek. „Zmiany sytuacji demograficznej Polski i ich konsekwencje.” W *Senio-ry wyzwaniem dla Kościoła w Polsce*, red. Tomasz Wielebski, 221–244. Warszawa: Wydawnictwo UKSW, 2019.
- Kurosz, Jolanta. „Cooperation of the Local Government and the Church in the Service of the Old People in Poznań.” *Poznańskie Studia Teologiczne* 35 (2020): 117–131. DOI: 10.14746/pst.2020.37.06
- „Medicare National Health Insurance.” <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare> (dostęp: 10.10.2024).
- Minister do spraw Polityki Senioralnej. *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2023 r.* Warszawa 2024. <https://das.mpips.gov.pl/source/2024/Informacja%20o%20sytuacji%20osob%20starszych%20w%20Polsce%20za%202023%20r..pdf> (dostęp: 20.10.2024).
- Przeszło, Marzena. „Posługa pastoralno-liturgiczna katolików świeckich wobec chorych w szpitalach w Chicago” (rozprawa doktorska przygotowana pod kierunkiem ks. dr hab. Piotra Kulbackiego). Lublin, 2022.
- The Joint Commissio. *Accreditation and Certification*. <https://www.jointcommission.org/accreditation-and-certification/> (dostęp: 17.10.2024).
- The Joint Commission. “The Source for Joint Commission Compliance Strategies.” *The Sources* 16, no. 2 (2018): 1–22 <https://www.nacc.org/wp-content/uploads/2018/01/Part-2.-Body-Mind-Spirit-JC-The-Source-Feb.2018-Vol.16.2.pdf> (dostęp: 14.12.2021).
- Tutak, Mateusz. „Życie seniora w krótkim przeglądzie badań socjologicznych.” W *Senio-ry wyzwaniem dla Kościoła w Polsce*, red. Tomasz Wielebski, 245–260. Warszawa: Wydawnictwo UKSW, 2019.