KS. MIROSŁAW KALINOWSKI

Studia Warmińskie
XXXIII (1996)

FORMACJA RELIGIJNA PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Treść: — I. Wiedza i przekonania religijne. — II. Praktyki religijne. — Zusammenfassung.

Duszpasterska działalność Kościoła, w dużej mierze zależy od dobrego rozeznania aktualnej sytuacji religijnej w społeczeństwie katolickim. Świadomość teraźniejszej sytuacji jest szczególnie pomocna w duszpasterstwie specjalnym, np. w duszpasterstwie pracowników służby zdrowia. Pomocą w opisie stanu faktycznego, służą nauki empiryczne. Ważne miejsce wśród nich zajmuje socjologia religii. W niniejszym opracowaniu zostanie przedstawiony stan formacji religijnej pracowników służby zdrowia. Jako materiał empiryczny wykorzystano prace powstałe w Zakładzie Socjologii Religii KUL.

Podanie definicji religii jest rzeczą bardzo trudną. Glock pisze, że takie terminy, jak „religia", „religijny", „religijność", są prawie niemożliwe do zdefiniowania i chyba nigdy nie skonstruuje się takich definicji, które by mogły uzyskać powszechną aprobatę[1]. Religijność ukształtowaną bezpośrednio lub przynajmniej pośrednio przez Kościół można rozpatrywać w dwóch płaszczyznach[2]: pierwsza charakteryzuje się zaakceptowaniem społecznych aspektów religii i opiera się na kryterium przywiązania do społecznie ukształtowanych form religii. We wczesnym stadium socjologii religii zwracano uwagę na zewnętrzne aspekty religijności. Praktyki religijne, a zwłaszcza uczestnictwo we Mszy św. stawały się najważniejszym — niekiedy jedynym — kryterium religijności, przy deprecjonowaniu innych form religijności. Podporządkowanie się rytualnym oczekiwaniom Kościoła nie wyczerpuje jednak treści pojęcia religijność, a niedopełnianie formalnych nakazów Kościoła nie świadczy a priori o niereligijności jednostki czy społeczeństwa. Nowsza socjologia religii odeszła od jednowymiarowej koncepcji religijności, wychodząc z założenia, że takie ujęcie prowadzi do niepełnych, niekiedy zafałszowanych wyników[3].

---

[1] Y-a-t-il un reveil religieu au Etats-Unis, *Archives de Sociologie des Religions* G(1961) nr 12, s. 16, cyt. za W. Piwowarski, Praktyki religijne w diecezji warmińskiej, Warszawa 1968, s. 28.

[2] U. Boss-Nünning, E. Golomb, Religiöses Verhalten im Wandel. Untersuchungen in einer Industriegesellschaft, Essen 1974, s. 21–22.

[3] J. Mariański, Dynamika przemian religijności wiejskiej w rejonie płockim w warunkach industrializacji (1967–1976), Poznań–Warszawa 1984, s. 12.

Druga płaszczyzna, to indywidualny aspekt religijności. Badane są wartości, normy i wzory zachowań, które przekazano w procesie socjalizacji religijnej. Tego typu religijność objawia się nie tylko poprzez udział w praktykach religijnych, ale też w bardzo zróżnicowanych — społecznie i indywidualnie określonych — postawach. Obok udziału w kulcie zaznacza się osobowo przeżywana wiara, religijnie umotywowana etyka itd. Obecnie zakłada się dość powszechnie konieczność uwzględniania wielu wymiarów religijności[4].

Najczęściej stosowane przez socjologów religii elementy w opisie fenomenu religijnego sprowadzały się do następujących: wspólne prawdy wiary (nauka), wspólne normy zachowań (moralność), działania obrzędowe (kult, liturgia), wspólna organizacja i instytucja[5]. J. Loloux wyróżnia w religijności cztery zasadnicze elementy strukturalne: 1) społeczna jednomyślność członków jakiejś religii, 2) struktura hierarchiczna funkcji kierowania i role, 3) doktryna i etyka, 4) kult[6]. E. Cimic określa zaś religię jako *świadomość i praktykę wyrażającą się poprzez akceptację dogmatów religijnych, przez wykonywanie kultu religijnego, przez zachowywanie religijnych norm moralnych, przez sposoby postępowania, które są uwarunkowane i zabarwione religijnie*[7].

Ch.Y. Glock zastosował do badania i mierzenia religijności pięć „dymensji", w których wyrażają się różnorodne manifestacje religijności: 1) przeżyciowa, czyli wymiar doświadczenia religijnego; 2) ideologiczna — wymiar wiary religijnej; 3) rytualistyczna — wymiar praktyk religijnych i sakramentalnego uczestnictwa; 4) intelektualna — wymiar wiedzy religijnej; 5) konsekwencyjna, związana z następstwami płynącymi z przekonań i przeżyć religijnych w dziedzinie świeckiej[8].

Założenia metodologiczne Glocka przyjęła w swoich badaniach nad religijnością U. Boss-Nünning. Autorka uzupełnia podstawowe dymensje religijności przesłanką odnoszącą się do psychospołecznej przynależności do Kościoła. Postawa przynależności i identyfikacji z Kościołem wyraża się konkretnie w więzi z parafią jako grupą społeczną i w interakcjach z parafianami. Udział w życiu parafialnym i świadomość przynależności do grupy parafialnej tworzy szóstą płaszczyznę modelu analizy zjawiska religijnego katolików[9].

W literaturze polskiej zagadnienie wymiarów (dymensji) religijności omówił w sposób najbardziej systematyczny i wyczerpujący W. Piwowarski. W wyniku

---

[4] P.G. Swanborn, Religious Research; Objects and Methods, *Internationales Jahrbuch für Religionssoziologie* 4(1968), s. 7–30; D. Savramis, Entchristlichung und Sekulalisierung — zwei Vorurteile, München 1969, s. 21.

[5] P. Lippert, Die „Fernstehenden". Theologische Deutung eines praktischen Problems, *Theologie der Gegenwart* 16(1973), s. 153–164.

[6] J. Laloux, Seelsorge und Soziologie. Eine praktische Einführung für die Gemeindearbeit, Luzern–München 1969, s. 151.

[7] E. Cimic, Structure de la conscience religieuse dans les milieux ruraux et urbains, w: CISR. Actes de la 11'e Conference Opatija — Yugoslaviae 20–24 Sep. 1971, Lille 1971, s. 172, cyt. za J. Mariański, jw., s. 14.

[8] Ch.Y. Glock, Über die Dimensionen der Religiosität, w: Kirche und Gesellschaft. Einführung in die Religionssoziologie, Reinbek 1969, t. 2, s. 150–168.

[9] U. Boss-Nünning, Dimensionen der Religiosität. Zur Operationalisierung und Messung religiöser Einstellungen, München 1972, s. 49–50.

analizy różnych koncepcji zespołu wskaźników religijności autor sformułował następujący układ siedmiu parametrów w badaniach nad religijnością: globalny stosunek do wiary, ideologia religijna, wiedza religijna, doświadczenie religijne, praktyki religijne, wspólnota religijna, moralność religijna. Każdy z tych parametrów odzwierciedla jakiś znaczący aspekt życia religijnego, choć nie są one traktowane jako równorzędne[10].

Opierając się na systematyzacjach dokonanych przez Ch.Y. Glocka, U. Boss-Nünning i W. Piwowarskiego w niniejszym opracowaniu formacja religijna pracowników służby zdrowia będzie przedstawiona w następujących aspektach:

1) Aspekt globalnego stosunku do wiary.

Omówimy w nim tylko wskaźnik identyfikacji ze zbiorowością wierzących. Pozytywne znaczenie tego kryterium — jak informują L. Dingemans i J. Remy — jest słabe, ma charakter wstępny, pozwalający wyodrębnić grupy ludzi określających siebie jako wierzących, wątpiących, obojętnych i niewierzących.

2) Aspekt wiedzy i przekonań religijnych.

Parametr wiedzy religijnej odnosi się do znajomości treści wiary (dogmaty). Religijność wyrażana w aspekcie intelektualnym zakłada przynajmniej minimum wiedzy na temat wyznawanej religii (i Kościoła), do której jednostka przynależy. Obszerna wiedza religijno-kościelna nie jest *conditio sine qua non* wiary religijnej.

3) Aspekt ideologiczno-wierzeniowy zawiera konformizm wobec podstawowych twierdzeń wiary, tak jak są one formułowane i przekazywane jako obowiązujące w religii katolickiej. Wiara w Boga osobowego i w Jezusa Chrystusa jako Syna Bożego należą do fundamentalnych ustaleń religii. Oficjalny model wiary religijnej znajduje się w *Credo* i w katechizmach Kościoła. Postawy wobec wiary są zróżnicowane, od wiary tradycyjnej poprzez wiarę selektywną, w której wyrażona jest zgoda na niektóre prawdy wiary, aż do obojętności i niewiary włącznie.

4) Aspekt rytualno-kulturowy obejmuje zewnętrzne zachowania kultowe, czyli praktyki religijne, których oczekuje lub żąda Kościół katolicki. Wyróżnia się praktyki religijne obowiązkowe i nadobowiązkowe. Nacisk położony jest na sam fakt oraz częstotliwość spełniania praktyk religijnych.

Przyjęte teoretyczne aspekty religijności — jak się wydaje — pozwolą na analizę danych empirycznych, przynajmniej w sensie ustalenia zgodności lub niezgodności faktycznych postaw i zachowań pracowników służby zdrowia z oczekiwaniami religijno-etycznymi Kościoła.

1. WIEDZA i PRZEKONANIA RELIGIJNE

Jednym z kryteriów religijności jest kryterium wiedzy religijnej. Między poziomem wiedzy religijnej, znajomością dogmatycznych podstaw własnej religii nie ma warunkującej zależności. Wiedza nie wiąże się bezwarunkowo z wiarą religijną, kultowym zachowaniem, czy praktycznym wyborem preferencji moralnych. Niski poziom uświadomienia religijnego może koegzystować z głęboką i intensywną wiarą. Nie istnieje bowiem prosty związek między wiedzą dotyczącą

[10] W. Piwowarski, Operacjonalizacja pojęcia religijności, *Studia Socjologiczne* 4(1975), s. 171.

spraw religijnych a postawami i zachowaniami religijnymi[11]. Wiedza — poznawcze zgłębienie zasad — nie oznacza aktu wiary, emocjonalnej akceptacji intelektualnie nawet uznanych wartości. Z drugiej strony, wysoki stopień obiektywnej identyfikacji z Kościołem sprzyja wzrostowi gotowości do zajmowania się i interesowania treściami wiary, a nawet istnieje pozytywna więź między wiedzą religijną a obecnością wiary[12]. Niektórzy z socjologów utrzymują, że wpływ wiedzy religijnej na wiarę jest proporcjonalny do ogólnego poziomu kultury[13] tzn., że wyższy stopień wykształcenia w naukach świeckich wymaga pogłębienia wiedzy religijnej.

Odpowiedni poziom wiedzy religijnej jest rozwinięciem jednego z trzech komponentów każdej postawy psychologicznej, jakim jest komponent poznawczy (obok komponentu emocjonalno-dążeniowego i behawioralnego)[14]. Jak piszą L. Dingemans i J. Remy, *studiowanie wiedzy religijnej pozwala więc raczej wymierzyć, do jakiego stopnia wiara ludzi wierzących jest oświecona, niż wymierzyć samą wiarę*[15]. Pewne minimum wiedzy religijnej jest konieczne, by przyjąć wiarę i wyznawać ją, choć rozległa wiedza religijna nie musi iść w parze z silnym subiektywnym przeżyciem religijnym, z regularną praktyką religijną czy z silną akceptacją twierdzeń wiary[16].

Zanim jednak zostaną omówione wskaźniki parametru wiedzy religijnej z korzyścią będzie przypatrzeć się autodeklaracji wobec wiary badanych pracowników służby zdrowia. Ze wskaźników parametru intelektualnego będą przedstawione następujące: istnienie religii, stworzenie świata i człowieka, Bóstwo Chrystusa i odkupienie przez Niego ludzi, znajomości najważniejszego przykazania jakie dal Chrystus ludziom, życie pozagrobowe i sankcje pośmiertne, prawdziwość Pisma Św., zgodność dogmatu i nieomylności papieża w sprawach wiary z mentalnością współczesnego człowieka oraz zgodność poglądów naukowych z prawdami wiary.

Tab. 1. Autodeklaracja wiary

Wyszczególnienie	Głęboko wierzący		Wierzący		Obojętni religijnie		Niewierzący		Razem	
	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%
Gdańsk[17]	50	16,5	146	48,2	63	20,8	44	14,5	303	100,0
Kraków[18]	24	24,0	32	32,0	18	18,0	26	26,0	100	100,0

[11] U. Boss-Nünning, jw., s. 74.

[12] L. Dingemans, J. Remy, Kryteria żywotności katolicyzmu, w: Ludzie — Wiara — Kościół. Analizy socjologiczne, Warszawa 1966, s. 138.

[13] J.H. Fichter, Sociological Measurement of Religiosity, *Riview of Religious Research* X(1969), s. 169.

[14] S. Nowak, Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych, w: Teorie postaw, Warszawa 1973, s. 23.

[15] L. Dingemans, J. Remy, jw., s. 138.

[16] Ch.Y. Glock, jw., s. 164.

[17] E. Czerminski, Postawy światopoglądowo-religijne a postawy społeczno-etyczne lekarzy w środowisku wielkomiejskim, Lublin 1980 (mps).

Jak wynika z powyższej tabeli prawie 1/5 pracowników służby zdrowia deklaruje się jako głęboko wierzący, ok. 45% określa siebie jako wierzących, prawie 20% zalicza się do grupy obojętnych religijnie, a pozostali (ok. 18%) zadeklarowało się jako niewierzący. Ogółem wierzących jest ok. 60%[19]. Trudno powiedzieć czy autodeklaracja *głęboko wierzący* jest wyrazem religijności pogłębionej. Z różnych badań wynika, że pokrywa się ona z głęboką wiarą tradycyjną[20]. Zwróćmy uwagę na kategorię obojętnych religijnie i niewierzących. Pierwsi z nich odznaczają się przywiązaniem do materializmu praktycznego, a w konsekwencji brakiem postawy ideowej, co może znaleźć wyraz w stosunku do problemów etycznych lekarza. Drudzy z nich, jak się wydaje, są bardziej ideowi, choć przyczyny ich niewiary są różne[21].

Przedstawimy teraz wyniki badań z zastosowaniem wskaźników parametru intelektualnego. Uwaga zostanie skoncentrowana nad wypowiedziami dotyczącymi religii.

Prawie 46% badanych pracowników służby zdrowia w środowisku krakowskim określa religię jako *los istnienia ludzkiego w oparciu o pobudki nadprzyrodzone; religia daje mi możliwość kontaktu z Bogiem; jest normą, którą przekazują nam kapłani, a my wierzymy, że to jest prawdziwe; religia jest to światopogląd; filozofia sensu istnienia; rodzaj kodeksu moralnego; wiara człowieka w Boga; filozofia życia; związek człowieka z Bogiem; zbiór przepisów etyczno-moralnych; wiara w życie pozagrobowe; religia jest to wiara w Boga i dążenie do życia według zasad religii.*

Druga grupa, wśród której dominują niewierzący (22%) definiuje religię jako: *doktrynę określającą stosunek człowieka do bóstwa i wyznaczającą pod tym kątem normy postępowania; religia jest zaspokojeniem odwiecznych marzeń ludzi, by nigdy nie umierać.*

Jak można zauważyć, w stwierdzeniach tych dominują elementy światopoglądowe, emocjonalne oraz elementy zachowań. Porównując określenia religii respondentów z definicją Tilanusa, którą można przedstawić jako postawę lub nastawienie do tego, że Bóg istnieje, jest transcendentny, jest Stworzycielem wszystkiego, jest najwyższym autorytetem i normą, któremu człowiek oddaje cześć, należy stwierdzić, że w odpowiedziach nie wszystkie jej elementy można znaleźć. Niemniej jednak w każdej wypowiedzi przynajmniej jeden z nich jest zawarty. Biorąc pod uwagę wypowiedzi ankietowanych, są one może nieadekwatne co do wyrażeń, ale co do treści wydaje się, że ujmują istotę rzeczy.

Na uwagę zasługują jeszcze uzasadnienia własnej postawy wobec religii. I tak 29,1% motywuje swoje stanowisko w sposób następujący: *nie widzę potrzeby uzasadnienia — to jest coś, co się ma w sobie, we krwi; tego nie da się udowodnić*

---

[18] J. Jaszczyszyn, Stosunek lekarzy do religii na przykładzie miasta Krakowa, Lublin 1973 (mps).

[19] W ogólnopolskich badaniach nad religijnością inteligentów przeprowadzonych w roku 1988 przez M. Libiszowską-Żółtkowską w kategorii lekarzy 77,2% respondentów zdeklarowało się jako wierzący. M. Libiszowska-Żółtkowska, Postawy inteligencji wobec religii. Studium socjologiczne, Warszawa 1991, s. 87.

[20] W. Piwowarski, Religijność miejska w rejonie uprzemysłowionym, Warszawa 1977, s. 124.

[21] E. Czerminski, jw., s. 73.

— *to jest dar Boży; religia jest ucieczką od codziennej rzeczywistości szarej w strefę mistyki, marzeń o sprawiedliwości wzajemnej, dobroci, miłości i szacunku; widzę w życiu sens i cel religii, od najmłodszych lat wiara katolicka była mi wdrożona i trudno dzisiaj zaczynać od nowa, jeżeli ma się wpojone zasady chrześcijańskie; jestem wierzącą, ponieważ otaczający świat, zjawiska przyrody — wskazują, że Bóg istnieje; jestem wierzącą, ponieważ wychowano mnie w szkole klasztornej; wierzę bo doceniam wartości tradycji religijnej; wpojono we mnie w dzieciństwie wiarę w potrzebę religii katolickiej.*

Wprawdzie uzyskane wypowiedzi mają subiektywny charakter, niemniej jednak stanowią one jedyne źródło informacji w zakresie nas interesującej problematyki.

18% respondentów twierdzi wprost, że tego nie można uzasadnić — to jest czymś, co ma się „w sobie" i dzięki czemu odnajduje się sens życia. Odwołaniem do tradycji jako uzasadnienia swojej religii zadawala się 10,5% i nie wynika głębiej w swoją postawę religijną.

Pracownicy służby zdrowia, którzy określili się jako niewierzący, swoją postawę do religii definiują w 27,9% w następujący sposób: *Urodziłem się chyba bez zmysłu religijnego, utwierdziło mnie w tym środowisko świeckie, areligijne, w którym wzrastałem, dojrzewałem i osiągnąłem start życiowy. Jestem w tej chwili pochłonięty pracą zawodową, w której się wyżywam. Na powtórne rozważenie mego światopoglądu mogą wpłynąć dalsze koleje mojego życia i dalsze niewiadome, z którymi się liczę; tak mnie wychowano.*

Natomiast 16,2% badanych niewierzących nie odpowiada na prośbę uzasadnienia swojej postawy wobec religii.

Zdecydowana większość respondentów w celu uzasadnienia swojej postawy odwołuje się do własnych przekonań religijnych. Postawy te ukształtowały się na podstawie osobistych przemyśleń w oparciu o doświadczenia życiowe poszczególnych jednostek, bądź też jako czynnik oddziaływania Kościoła, czy tradycji katolickiej.

Przekonanie o stworzeniu świata przez Boga podziela znaczna większość badanej zbiorowości 69,3%, natomiast, że również człowiek został stworzony przez Boga uważa 66% ankietowanych. Druga część (27,7%) jest zdania, że świat powstał sam drogą jakiejś bliżej nieokreślonej ewolucji, a 34% uważa, że człowiek powstał drogą ewolucji z innych gatunków zwierząt. Istnieje jeszcze trzecia grupa respondentów (3%), która twierdzi, że człowiek stworzył Boga dla swoich celów. Pogląd, że człowiek przypadkowo zjawił się na tym świecie nie znalazł uznania w badanej zbiorowości. Jak łatwo zauważyć, bardzo ściśle z zagadnieniem stworzenia świata wiąże się pogląd na pochodzenie człowieka.

Prawda o stworzeniu człowieka przez Boga w większym stopniu jest uznawana tak przez kobiety (69,3%), jak i przez mężczyzn (59,2%) i odwrotnie ewolucja człowieka z gatunku zwierząt posiada więcej zwolenników wśród mężczyzn (40,8%) jak wśród kobiet (30,7%).

Struktura wieku ma decydujący wpływ na poglądy badanej zbiorowości o pochodzeniu człowieka. Pokolenie najstarsze w znakomitej większości jest zdania, że człowiek został stworzony przez Boga (78,3%), podczas gdy najmłodsze

pokolenie w 42,6% twierdzi, że człowiek powstał drogą ewolucji ze świata zwierząt. Wyraźne zróżnicowanie poglądów w tak zasadniczej sprawie należy prawdopodobnie tłumaczyć wpływem materialistycznego wychowania w szkole średniej i w okresie studiów uniwersyteckich.

Następny wskaźnik z zakresu parametru intelektualnego badanej zbiorowości będzie miał za swój przedmiot Bóstwo Chrystusa, które jest centralną prawdą w religii katolickiej. Przyjęcie tej prawdy zmusza każdego człowieka do przyjęcia wszystkich związanych z tym konsekwencji i czyni go chrześcijaninem, odrzucenie zaś stawia go poza wiarą chrześcijańską.

Tab. 2. Wiara w Bóstwo Chrystusa

	Chrystus był:											
	Bogiem		Bogiem-Człowiekiem		wybitnym człowiekiem		postacią zmyśloną		brak odpowiedzi		razem	
	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%
Gdańsk	—	—	219	72,3	77	25,4	7	2,3	—	—	303	100
Kraków	5	5,0	51	51,0	9	9,0	—	—	35	35,0	100	100

Poprawną wiedzę o Jezusie Chrystusie posiada prawie 2/3 respondentów. Natomiast ponad 1/5 uważa Chrystusa za wybitnego człowieka, za postać zmyśloną przez ludzi lub twierdzi, że Chrystus był tylko Bogiem, duży procent nie podaje żadnej odpowiedzi. Dziwnym wydaje się kategoria respondentów, którzy uważają Chrystusa za postać wymyśloną przez ludzi, gdy powszechnie uznawana jest historyczność osoby Jezusa Chrystusa również w środowisku ateistów.

W strukturze płci kobiety w znaczniejszym odsetku (77,1%), niż mężczyźni (62,2%) uważają Chrystusa za Boga-Człowieka, mężczyźni natomiast w większym stopniu (35,7%) jak kobiety (20,5%) uważają Chrystusa za wybitnego człowieka.

W strukturze wieku najmłodsi pracownicy służby zdrowia są grupą najmniejszą (57,4%), która uważa Chrystusa za Boga-Człowieka a najliczniejszą uważającą Chrystusa za wybitnego człowieka (42,6%). W kategorii wieku 41–50 lat i ponad 50 lat najwięcej respondentów uważa Chrystusa za Boga-Człowieka (odpowiednio 82,6% i 80,4%).

W badaniach, które przeprowadził Jaszczyszyn zapytano o najważniejsze przykazanie, które Chrystus dał ludziom. Odpowiedzi wydają się zaskakujące, gdyż tylko 18% badanych stwierdziło, że jest to przykazanie miłości Boga i bliźniego, aż 41% uważa, że jest to przykazanie miłości bliźniego. Duży odsetek 19% chyba nie zrozumiało pytania, twierdząc, jakoby najważniejsze przykazanie jakie dał Chrystus, to wszystkie 10 przykazań. Duża grupa respondentów (22%) nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie.

Dalszym wskaźnikiem w analizowanym parametrze jest problem odkupienia człowieka przez śmierć Chrystusa na krzyżu. Ujęte to zostało w pytaniu: czy wierzy respondent w to, że Bóg stał się człowiekiem i umarł na krzyżu za wszystkich ludzi?

Wiara w to, że Bóg stał się człowiekiem i umarł na krzyżu za wszystkich ludzi prawie identycznie pokrywa się z wiarą badanych pracowników służby zdrowia w Bóstwo Chrystusa (71,9%), natomiast nieco inny układ odsetek stwierdza się w niewierze i niewiedzy w tym problemie. Nie wierzy w tę prawdę 13,9%, a nie wie o tym 14,2%. Odpowiedź ostatnia wydaje się co najmniej dziwna, gdyż trudno nie wiedzieć o podstawowej prawdzie chrześcijańskiej, żyjąc w otoczeniu wyznawców tej religii. Można więc wnioskować, że odpowiedź ta była wymijająca.

Struktura płci i wieku daje podobne wyniki, jak w omawianym wyżej wskaźniku odnośnie Bóstwa Chrystusa. Wiarę w odkupienie ludzi przez śmierć Chrystusa na krzyżu, najliczniej przejawiają kobiety i ludzie starsi (odpowiednio 74,6% i 81,4%), mniej mężczyźni i ludzie najmłodsi do 30 lat (odpowiednio 66,3% i 57,4%).

O przekonania dotyczące Trójcy Świętej zapytał pracowników służby zdrowia J. Jaszczyszyn. 54% uznaje jej istnienie, uzasadniając swe stanowisko następująco: *tak mnie uczono; przyjęłam naukę Kościoła bez zastrzeżeń; jest to jeden z podstawowych dogmatów nie dający się oddzielić od całokształtu wiary; zakładam, że tak jest, tego mnie nauczono, nie jestem w stanie sprawdzić; to jest dogmat wiary; wierzę, bo wierzę we wszystkie prawdy wiary; wierzę w tajemnicę Trójcy Św., ale jest to tajemnica, której rozum ludzki nie może pojąć.* Żaden z respondentów nie używa jako argumentu za istnieniem Trójcy Św. źródła Objawienia jakim jest Pismo Święte i zawarte tam wyraźne słowa Chrystusa. Omówiony w dalszej części paragrafu wskaźnik znajomości Pisma św., wiele w tym względzie wyjaśni. Wiarę w Boga Ojca i Syna Bożego wyznaje 2% respondentów, 24% wyraża zdecydowaną niewiarę w istnienie Trójcy św., a 20% nie podaje żadnej odpowiedzi.

Kolejnym wskaźnikiem w analizowanym parametrze będzie wiara w nieśmiertelność duszy i sankcję pośmiertną. Prawda ta we wszystkich religiach ma podstawowe znaczenie.

Tab. 3. Wiara w nieśmiertelność duszy i sankcję pośmiertną

Wyszczególnienie	Wiara w nieśmiertelność duszy i sankcję pośmiertną							
	tak		nie		nie wiem		razem	
	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%
Gdańsk	180	59,4	37	12,2	86	28,4	303	100
Kraków	45	45,0	22	22,0	33	33,0	100	100

Większość badanych lekarzy (ok. 56%) wierzy w nieśmiertelność duszy i sankcję pośmiertną, ale dość duży odsetek, bo prawie 1/3, wyraża opinię, że nie wie, czy dusza ludzka jest nieśmiertelna i czy istnieje sankcja pośmiertna. Gdy zsumujemy wspomnianą kategorię z niewierzącymi w nieśmiertelność duszy i sankcję pośmiertną, okaże się, że przekonanie to podzielają nie tylko niewierzący i obojętni religijnie, ale również i część tradycyjnie wierzących. Jest to może

wynikiem niewłaściwego pojęcia nagrody i kary albo, deklaracji wiary z pobudek tradycyjnych, środowiskowych bez osobowego zaangażowania.

W strukturze płci obserwuje się bardzo minimalne zróżnicowania w opiniach na omawiany wskaźnik nie odbiegający prawie wcale od przeciętnej ogólnej. W strukturze wieku największe zróżnicowanie zauważa się pomiędzy najstarszymi (69,6%) i najmłodszymi (57,4%), którzy wyznają wiarę w nieśmiertelność duszy i sankcję pośmiertną.

Do zasadniczych wskaźników w parametrze intelektualnym należy również prawdziwość Pisma Świętego. Czermiński postawił pytanie: Czy Pismo św. jest Słowem Bożym skierowanym do człowieka? Pozytywnie na to pytanie odpowiada 74,6%, znaczna część 19,5% wstrzymuje się od wydania swej opinii, a 5,9% zaprzecza prawdziwości Pisma św. W grupie uznającej autentyczność Pisma św. znajduje się obok głęboko wierzących i wierzących zdecydowana większość obojętnych religijnie. Jest to ważny wskaźnik dla duszpasterstwa w Polsce.

W strukturze płci nie ma prawie żadnych różnic w poglądach na prawdziwość Pisma św. i pokrywają się z przeciętną ogólną. Natomiast struktura wieku wprowadza znaczne zróżnicowanie w stanowiskach dotyczących prawdziwości Pisma św. i nie potwierdza prawidłowości o większej ortodoksyjności pokolenia najstarszego. W omawianym wskaźniku najbardziej reprezentowana jest w akceptacji prawdziwości Pisma św. kategoria wieku 42–50 lat (80,3%), następnie dopiero respondenci w wieku powyżej 50 lat (78,3%). W postawie przeczącej prawdziwości Pisma św. przodują najmłodsi pracownicy służby zdrowia (10,6%).

Jaszczyszyn w swoich badaniach postawił pytanie: Czy czyta Pan(i) Pismo św., jeżeli tak, to jak często?

Zaledwie 14% ankietowanych czyta Pismo św. Nowego Testamentu, natomiast o Starym Testamencie nikt nie wspomniał. Wśród czytających 4% czyta Pismo św. codziennie, a 10% stosunkowo często. W cytowanych badaniach postawiono również pytania dotyczące korzystania z katechizmu oraz książek i czasopism religijnych. Autor jednak zadowala się bardzo ogólnikowym przedstawieniem tego wskaźnika uniemożliwiając wykorzystanie go w tej części pracy.

Wskaźnik zgodności dogmatu o nieomylności papieża w sprawach wiary z mentalnością współczesnego człowieka przedstawia w swojej pracy Czermiński. Dogmat ten od początku powodował wiele kontrowersji, również i wśród wierzących. Przypuszczenie o dużej kontrowersji w stosunku do tego dogmatu w całej rozciągłości potwierdza się w opiniach badanych pracowników służby zdrowia.

Dokładnie połowa (49,8%) badanej zbiorowości sądzi, że omawianego dogmatu nie da się pogodzić z mentalnością współczesnego człowieka, jedna czwarta (24,8%) uważa, że ww. dogmat można pogodzić z mentalnością współczesnego człowieka, natomiast ostatnia kategoria (25,4%) odpowiada: „nie wiem".

Struktura płci zmienia dotychczas istniejącą prawidłowość, gdyż mężczyźni w większym procencie (33,7%) jak kobiety (20,5%) uważają, że nie ma sprzeczności między dogmatem o nieomylności papieża a mentalnością współczesnego człowieka. W strukturze wieku zachowana jest dotychczasowa prawidłowość, im wyższy wiek tym większa akceptacja dla zasad wiary chrześcijańskiej.

Większość badanych pracowników służby zdrowia jest zdania, że nie można

pogodzić dogmatu o nieomylności papieża z mentalnością współczesnego człowieka. Z kategorii głęboko wierzących i wierzących tylko jedna trzecia przyjmuje ten dogmat, reszta go odrzuca, albo ma poważne wątpliwości, aby go uznać. W świecie służby zdrowia przyjęcie lub odrzucenie dogmatu o nieomylności papieża w sprawach wiary i moralności niesie ze sobą poważne konsekwencje. Na tym dogmacie opiera się nauka Kościoła dotycząca moralności i etyki we wszelkich przejawach działalności medycznej. Interesującym jest fakt, że pod względem specjalności zawodowej dogmat o nieomylności odrzuca 65,6% chirurgów, 59,5% stomatologów, 58,1% ginekologów. Zapewne jest to wynikiem poważnych ograniczeń, jakie wynikają z dogmatu o nieomylności papieża szczególnie dla tych specjalności medycznych.

Ostatnim wskaźnikiem w analizowanym parametrze intelektualnym jest stwierdzenie zgodności poglądów naukowych z prawdami wiary. Okazuje się, że znaczna część respondentów (64%) przekonana jest o możliwości pogodzenia poglądów naukowych z prawdami wiary, przeciwnego zdania jest 16,5%, nie ma zdania w tej sprawie 19,5%.

W strukturze płci nie zauważa się znaczniejszych zróżnicowań. Tak mężczyźni jak i kobiety, prawie w równym stopniu podzielają to samo przekonanie. Struktura wieku jest bardziej zróżnicowana. Okazuje się, że najliczniejszą grupę popierającą zgodność poglądów naukowych z prawdami wiary tworzą ludzie między 41 a 50 rokiem życia (73,3%), najmniej zwolenników tego poglądu znajduje się w kategorii od 31 do 40 lat (58,1%). Negujący tę zgodność we wszystkich kategoriach wieku nie wykazują większych zróżnicowań (od 15% do 17%).

Analiza stanu wiedzy religijnej wykazała, że jest ona na poziomie niewystarczającym z tendencją do poszerzania się zakresu ignorancji religijnej. Katolicy charakteryzują się nastawieniem „zamkniętym", tzn. ograniczają się do uprzednio zdobytej formacji religijnej[22]. „Bagaż" treści religijnych niezbyt wykracza poza ten, który został wyniesiony z dzieciństwa i z lekcji religii. Tylko niewielka grupa pracowników służby zdrowia pogłębia wiedzę religijną poprzez kontakt z Pismem Św., książką i czasopismami o tematyce religijnej. Wiadomości religijne są zapamiętywane biernie. Często mamy do czynienia z analfabetyzmem religijnym i deformacją posiadanej wiedzy religijnej. U wielu stwierdza się niejasną znajomość podstawowych treści religijnych. Nawet dogmaty wiary nie są dla ankietowanych czymś „zrozumiałym". Braki wiedzy religijnej przy konfrontacji z wiedzą zawodową i uniwersytecką podcinają i tak słaby korzeń wiary. Zauważalna jest duża wybiórczość w uznawaniu prawd wiary i Magisterium Kościoła. Świat pracowników służby zdrowia jest bardzo podatnym gruntem na tego typu postawy, szczególnie w sferze etyki i moralności medycyny. Można zaobserwować wyraźną tendencję do narastania kręgów katolików kwestionujących lub odrzucających określone prawdy wiary zdefiniowane w oficjalnych formułach kościelnych.

O ile w katolicyzmie tradycyjnym, w którym nacisk spoczywał na społeczno-integracyjnej funkcji religii, brak głębszego uświadomienia religijnego był czymś naturalnym, o tyle w społeczeństwie będącym w fazie szybkich przemian społeczno-kulturowych może stanowić on zagrożenie dla ideologicznych aspektów religijności. Wiedza religijna, jeżeli jest obiektywnie i psychologicznie mało znacząca,

[22] Por. W. Piwowarski, Operacjonalizacja pojęcia, jw., s. 167.

nie zagwarantuje jednostce pomocy i odpowiednich ram światopoglądowych w rozwiązywaniu narastających problemów wyłaniających się z konfrontacji z prądami konkurencyjnymi lub przeciwnymi wartościom religijnym.

II. PRAKTYKI RELIGIJNE

Religia ukazuje człowiekowi nie tylko zasady dogmatyczne i etyczne, lecz stara się otworzyć mu dostęp do *sacrum*. Dzieje się to przez kult, który jest jednym z najbardziej doniosłych aktów religii i najbardziej widoczną formą manifestacji religijności. Kościół jako instytucja religijna oczekuje i żąda od swoich członków działań kultowych, „żyje" niejako obrzędami (*Wiara bez rytów jest jak ciało bez duszy*)[23]. Jedne z nich są podporządkowane zasadzie jednolitości systemu działań i zachowań zbiorowych (praktyki publiczne), inne realizują się poza bezpośrednim wpływem Kościoła (praktyki prywatne).

Podział praktyk religijnych podany przez współczesnych socjologów jest bardzo różny. Szczególnie rozpowszechniony jest podział wypracowany przez Le Bras. Dzieli on je na trzy grupy:

1. poświęcenia, tj. obowiązki religijne spełniane tylko jeden raz w życiu, jak chrzest, pierwsza Komunia Święta, małżeństwo kościelne i pogrzeb katolicki,
2. obowiązki religijne spełniane częściej niż jeden raz w życiu, jak niedzielna Msza Święta i wielkanocna Komunia Święta, post, katechizacja dzieci itp.,
3. ćwiczenia pobożne, do których należy: udział w grupach i organizacjach religijnych, częsta Komunia Święta, nieszpory, powołania kapłańskie i zakonne[24].

Praktyk religijnych jako wskaźnika religijności nie należy przeceniać. Fakt, że ktoś spełnia je nie jest w całym tego słowa znaczeniu sprawdzianem religijności, bardzo często można je spełniać pod wpływem działania środowiska, przyzwyczajeń, niemniej jednak praktyk religijnych jako kryterium nie należy pomijać[25]. Chodzi nie tylko o ukazanie, jakie praktyki spełniają pracownicy służby zdrowia, ale przede wszystkim z jaką częstotliwością i intensywnością. Nie wszystkie praktyki religijne zostaną tu omówione, jest ich bowiem bardzo dużo. Wzięte jednak będą przynajmniej najważniejsze, tak obowiązkowe jak i nadobowiązkowe.

Uczestnictwo w kulcie stanowi nie tylko zewnętrzną manifestację życia religijnego jakiegoś Kościoła, ale stanowi decydującą siłę integracyjną. Poprzez kult grupa religijna „odnajduje" niejako siebie samą[26]. Uczestnictwo w obowiązkach i praktykach sakramentalnych jest najbardziej widocznym znakiem przynależności do Kościoła.

---

[23] E. Cimic, jw., s. 175.

[24] G. Le Bras, Secteurs et aspects nouveaux de la sociologie religieuse Cahiers Internationaux de sociologie, 1946, s. 43 cyt. za W. Piwowarski, Praktyki religijne w diecezji warmińskiej, jw., s. 44.

[25] W. Piwowarski, Typologia religijna katolików południowej Warmii, *SW* 1(1964), s. 115.

[26] N. Greinacher, Soziologische Aspekte des Selbstvollzugs der Kirche, w: Handbuch der Pastoraltheologie, t. 1, Freiburg im Breisgau 1964, s. 439–440.

Praktyki religijne, takie jak uczestnictwo we Mszy Św. niedzielnej i przyjmowanie komunii wielkanocnej, należą do obowiązkowych wzorów życia religijnego. Uczestnictwo we Mszy Św. niedzielnej jest najbardziej regularną formą działań grupowych w parafii[27]. Zdaniem F. Boularda, ze względu na ściśle obowiązujące przykazania kościelne nie można być pełnym chrześcijaninem bez udziału we Mszy Św.[28].

Wśród przebadanych lekarzy w środowisku Krakowa odsetek osób praktykujących systematycznie jest stosunkowo wysoki 40%. Znacznie mniej spośród badanych praktykuje niesystematycznie 6%, natomiast dużą grupę stanowią praktykujący rzadko 54%[29]. Przyjęte w tych badaniach kategorie nie są zbyt precyzyjne, tzw. „praktykujący" mogą rozmaicie rozumieć model rytualny, do którego odnoszą swoje zachowania bądź całościowo, bądź tylko częściowo.

Analizując ankietę, można przypuszczać, że przez „praktyki" badani rozumieli zasadniczo udział w niedzielnej Mszy Św., potwierdza to odpowiedź na pytanie inne, mianowicie: *Jak często uczęszcza Pan(i) na Mszę Św.?*

Tab. 4. Uczestnictwo we Mszy Świętej

	Uczestnictwo w niedzielnej Mszy Świętej									
	co niedziela		2 × w miesiącu		kilka razy w roku		nigdy		razem	
	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%
Gdańsk	141	46,5	37	12,2	74	24,4	51	16,8	303	100
Kraków	47	47,0	3	3,0	30	30,0	20	20,0	100	100

Różnice pomiędzy częstotliwością „praktykujących" i nasileniem uczestnictwa we Mszy Św., są niewielkie. Przedstawiona tabela informuje, że ilość osób biorących udział we Mszy Świętej co niedziela jest dość duża i waha się w granicach 47%. Uczęszczający nieregularnie na Mszę Św. dzielą się na dwie grupy — pierwsza to ci respondenci, którzy w miesiącu opuszczają jedną czy dwie Msze Św. i grupa druga co zaledwie kilka razy do roku jest na Mszy Św. Ostatnią grupę stanowią ci, którzy zarzucili praktykę chodzenia do kościoła (ok. 17,0%).

Idąc za powyższymi informacjami, które wydają się być obiektywne na podstawie porównania z autodeklaracją wobec wiary, należy stwierdzić, że Msza Św. stanowi dla badanych pracowników służby zdrowia pewną wartość religijną i może być wyrazem ich wewnętrznej postawy religijnej.

W strukturze płci obserwuje się bardzo minimalne zróżnicowanie w uczęszczaniu na Mszę Św. Natomiast znaczne zróżnicowanie wprowadza struktura wieku. Potwierdza to prawidłowość otrzymaną z innych badań socjologicznych nad religijnością, iż starsi ludzie wykazują większą aktywność w praktykach religijnych. Różnica w uczęszczaniu na Mszę Św. pomiędzy najmłodszymi i najstarszymi

[27] K.F. Daiber, Volkskirche im Wandel. Organisationsplanung der Kirche als Aufgabe der Praktischen Theologie, Stuttgart 1973, s. 99.

[28] F. Boulard, Premiers itineraires en sociologie religieuse, Paris 1954, s. 19.

[29] J. Jaszczyszyn, jw., s. 53.

respondentami sięga 22,5%, a wśród tych, którzy zarzucili praktykę chodzenia na Mszę Św. 16,8%[30]. Według przepisów Kościoła każdy katolik powinien przynajmniej raz w roku przystąpić do spowiedzi i Komunii Św. Zaniedbanie obowiązku paschalnego pociąga za sobą sankcję grzechu ciężkiego.

Tab. 5. Praktyka spowiedzi i Komunii Świętej wielkanocnej

Wyszczególnienie	Raz w miesiącu		Kilka razy w roku		Raz w roku		Co kilka lat		Wcale		Razem	
	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%
Gdańsk	27	8,9	75	24,8	50	16,5	98	32,4	53	17,5	303	100
Kraków	12	12,0	21	21,0	15	15,0	30	30,0	22	22,0	100	100

Jak wynika z powyższej tabeli, wskaźniki *paschantes* nie są wysokie, gdy np. porównamy je z przeciętną krajową. Sumując tych co uczęszczają do Komunii św. często i tych co tylko raz w roku, otrzymamy zaledwie połowę respondentów, którzy wypełniają praktykę obowiązkowej spowiedzi i Komunii Św. wielkanocnej. Druga połowa badanych pracowników służby zdrowia uczęszcza do Komunii Św. co kilka lat (ok. 32%) lub nie uczęszcza wcale (18%). Należy jednak pamiętać, że ponad 10% wśród respondentów nie posiada ślubu kościelnego i z tego powodu nie może przystępować do Komunii Św. Jak można zauważyć korzystanie z sakramentów Pokuty i Eucharystii jest w dużym stopniu sporadyczne i najczęściej związane z uroczystościami rodzinnymi lub na skutek perswazji osób najbliższych.

Dość silna zależność występuje pomiędzy strukturą płci a uczęszczaniem do spowiedzi i Komunii Św. Rozpiętość kształtuje się w 11% na korzyść kobiet. Potwierdza to hipotezę, że częstotliwość praktyk religijnych zależna jest od struktury płci.

Zależność częstotliwości spowiedzi i Komunii Św. jest wyraźnie dostrzegana w strukturze wieku. Praktykę spowiedzi i Komunii Św. wielkanocnej do wieku 30 lat spełnia 48,9%, między 31 a 40 rokiem życia 47,6%, pomiędzy 41 a 51 rokiem życia 52,4%, natomiast w wieku ponad 50 lat 54,3%. Kategorie wieku starszego wykazują wyższy poziom praktyki spowiedzi i Komunii Św. jak kategorie lat młodszych (różnica 6,7%). Interesujące jest porównanie dwóch pierwszych przedziałów wiekowych, gdzie pracownicy służby zdrowia do lat 30 wykazują wyższą częstotliwość spowiedzi i Komunii Św. niż druga kategoria wiekowa. Przyczyn może być wiele np. niezależność zawodowa wynikająca z kilkuletniego stażu pracy, poświęcenie większości czasu rodzinie kosztem praktyk religijnych, unikanie sytuacji, które mogłyby zaszkodzić w awansie zawodowym, jak również większe potrzeby religijne rozbudzone studiami i pierwszymi latami pracy, i niemożność ich zaspokojenia w istniejących strukturach duszpasterskich.

W rezultacie przeprowadzonych analiz praktyk obowiązkowych pracowników służby zdrowia, można stwierdzić, że o ile uczestnictwo we Mszy Św. przedstawia dość wysoki poziom, tak praktyka spowiedzi i Komunii Św. stosunkowo niski,

[30] E. Czermiński, jw., s. 176.

oscylując między 48% a 50,2% respondentów. Praktyki nadobowiązkowe zwane też praktykami „pobożnymi" zawierają w sobie element „osobowo-dobrowolny", chociaż w niektórych środowiskach są one traktowane jako obowiązkowe. Używane jest również określenie praktyk religijnych prywatnych w odróżnieniu od publicznych. Tym, co różnicuje te dwie formy praktyk nadobowiązkowych jest ich miejsce — w kościele albo poza nim. Część praktyk nadobowiązkowych prywatnych, będące obiektem zainteresowania niniejszego opracowania, są przejawem podporządkowania się długotrwałym zwyczajom i tradycjom kultury lokalnej. Przy wykonywaniu tych praktyk wszelka kontrola jest bardzo ograniczona lub wręcz niemożliwa. Wychodząc z tego założenia można stwierdzić, że u podstaw tego rodzaju praktyk religijnych tkwią przede wszystkim postawy osobiste, choć nie rozstrzyga się tym samym, w jakiej mierze te postawy zależą od osobistej decyzji jednostki, a w jakim stopniu zostały „wyuczone" w domu rodzinnym czy w innych grupach społecznych. Do pomiaru prywatnych praktyk religijnych wybrano kilka wskaźników, takich jak modlitwa indywidualna, czytelnictwo książek religijnych oraz udział w procesjach, rekolekcjach i pielgrzymkach.

Do najbardziej znanych praktyk nadobowiązkowych należy zaliczyć codzienną modlitwę, odmawianą prywatnie. Modlitwa indywidualna, rozumiana jako pacierz codzienny, uchodzi w przekonaniu wiernych za elementarny obowiązek religijny katolika i stanowi ważny, niekiedy jedyny, element wychowania religijnego dzieci w rodzinie. Modlitwa może być uznana za przejaw osobistego stosunku człowieka do Boga, choć mieści się w ramach oczekiwanych przez Kościół ról społecznych katolika. Stan praktyki osobistej modlitwy (bez uwzględnienia ich treściowej zawartości) wśród pracowników służby zdrowia przedstawia tabela nr 6.

Tab. 6. Praktyka modlitwy

Wyszczególnienie	Codziennie		Niesystematycznie		Nigdy		Razem	
	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%
Gdańsk	111	36,6	136	44,9	56	18,5	303	100
Kraków	32	32,0	37	37,0	31	31,0	100	100

Codzienna modlitwa jest dość powszechnie praktykowana wśród interesującej nas zbiorowości. Ponad jedna trzecia pracowników służby zdrowia modli się codziennie; znacznie większa ilość (ok. 40%) niesystematycznie, a jedna piąta wyraziła negatywny stosunek do modlitwy. Są to dość wysokie wskaźniki. Zauważalna jest duża rozpiętość w grupie respondentów nie modlących się między Gdańskiem a Krakowem i wynosi 12,5%.

W strukturze płci stwierdza się niewielkie zróżnicowania w odmawianiu modlitwy. Tylko w kategorii codziennej modlitwy różnica sięga 4,3% na korzyść kobiet, natomiast globalnie różnica ta wynosi 1,5%. Struktura wieku różnicuje się równie znacznie jak w parametrze spowiedzi i Komunii Św. Codziennie odmawia modlitwę więcej respondentów starszych (41,8%) niż młodszych (33%), niesystematycznie więcej respondentów młodszych (50,1%), a mniej starszych (38,7%).

Wśród tych, którzy nigdy nie odmawiają modlitwy najwięcej jest z kategorii wieku 31–40 lat (21%), a najmniej z kategorii do 30 lat (12,7%). Ogólnie mówiąc pomiędzy strukturą płci i wieku a nasileniem odmawiania modlitwy nie zauważa się dużej różnicy.

Czytanie książek i czasopism religijnych są następnymi praktykami nadobowiązkowymi, które zostaną przedstawione. Jest to ważny wskaźnik mający zdecydowany wpływ na posiadaną wiedzę religijną. Mniej niż połowa (43,1%) pracowników służby zdrowia czyta książki i czasopisma religijne. Większość respondentów (56,9%) zupełnie zaniedbuje lekturę religijną.

Struktura wieku wykazuje znaczne zróżnicowanie wśród badanych lekarzy w zakresie czytania książek i czasopism religijnych. W kategorii wieku od 41 do 50 lat duża większość (59,3%) poświęca czas na czytanie lektury religijnej, natomiast w kategorii do 30 lat mniej więcej 1/3 (36,3%).

Stan czytelnictwa książek i czasopism religijnych jest niewystarczający i obejmuje niewielkie kręgi katolików. Pogłębiający się ustawicznie proces podnoszenia poziomu wykształcenia i osiągania wysokiej specjalizacji w wykonywanym zawodzie stwarza warunki do powiększania się dysproporcji pomiędzy poziomem wiedzy religijnej i ogólnej. Obserwowany duży poziom ignorancji religijnej wśród pracowników służby zdrowia jest warunkowany między innymi niskim zainteresowaniem książką i prasą o tematyce światopoglądowej. Stopień czytelnictwa czasopism i książek o tematyce religijnej może stać się jedną z przyczyn malejącego zainteresowania sprawami religii i Kościoła.

W praktykach nadobowiązkowych na uwagę zasługuje jeszcze uczestnictwo w procesjach, rekolekcjach i pielgrzymkach. Z badań przeprowadzonych przez Jaszczyszyna wśród lekarzy Krakowa wynika, że 69% badanych nie bierze udziału w żadnych z wymienionych wyżej praktyk religijnych, 11% bierze udział w procesjach, 17% w rekolekcjach, 1% w pielgrzymkach, a 2% uczestniczy w dniach skupienia i dyskusjach na tematy religijne[31]. Tak więc jedynie 1/3 pracowników medycyny uczestniczy w praktykach pobożnościowych.

Omawiając wyniki analiz wskaźników parametru rytualistycznego, należy stwierdzić, że praktyki religijne obowiązkowe w badanej zbiorowości wykazują w stosunku do ogólnej przeciętnej w Polsce dość wysoki poziom. Potwierdzają się tutaj znane prawidłowości o większej religijności kobiet niż mężczyzn oraz wieku starszego od młodszego. Nieco inaczej przedstawia się sprawa, gdy chodzi o praktyki nadobowiązkowe. Jedne z nich spełniane są w stopniu znacznie wyższym jak obowiązkowe, drugie natomiast przez większość zaniedbywane. Można przypuszczać, że jest to skutkiem niskiego poziomu wiedzy religijnej, a to z kolei między innymi jest wynikiem bardzo niskiego wskaźnika korzystania z książek i prasy katolickiej. W rzeczywistości jednak są one dowodem bardziej intensywnej religijności, i z tej racji mają dużą wartość jako wskaźniki wewnętrznej religijności.

Przedstawiona analiza danych empirycznych w zakresie formacji religijnej pracowników służby zdrowia, uprawnia do sformułowania kilku wniosków. Stan wiedzy i przekonań religijnych ukazuje duże braki w sferze formacji intelektualnej.

---

[31] J. Jaszczyszyn, jw., s. 57.

Poziom wiedzy jest na ogół niski i jest wynikiem zatrzymania się w wykształceniu religijnym na poziomie szkoły podstawowej i średniej. Bardzo niskie czytelnictwo książek i czasopism religijnych dopełnia obrazu stanu wiedzy i przekonań religijnych oraz wskazuje na przyczyny takiej sytuacji. Istnieje tendencja poszerzania się kręgu katolików kwestionujących lub odrzucających prawdy wiary definiowane w oficjalnych formułach kościelnych. Istnieje dość wysoki wskaźnik spełniania praktyk religijnych obowiązkowych, natomiast uczestnictwo w praktykach religijnych nadobowiązkowych pozostawia wiele do życzenia. Jest to m.in. skutek niedostosowania form działalności duszpasterskiej do potrzeb, mentalności i specyfiki zatrudnionych w służbie zdrowia. Ze względu na spory dystans jaki dzieli badania od ich analiz oraz zintensyfikowany proces przemian religijności związany z transformacjami ustrojowymi w Polsce, wskazane byłoby przeprowadzenie nowych badań w środowisku służby zdrowia. Na ich podstawie będzie można podjąć działania duszpasterskie, bardziej adekwatne do obecnej sytuacji w środowisku służby zdrowia. Ponowne badania ukazałyby również dynamikę przemian religijności, które z punktu planowania działań pastoralnych mogą przynieść nieocenioną pomoc.

RELIGIÖSE FORMATION DER ANGESTELLTEN DES GESUNDHEITSWESENS

ZUSAMMENFASSUNG

Das Aufgreifen des Gedankens der religiösen Formation der Angestellten des Gesundheitswesens ist ein Versuch der Bearbeitung des Problems, dessen schmerzliches Fehlen in der polnischen Seelsorge fühlbar ist. Weil es keine Bearbeitung in diesem Gebiet gibt, ist das Aufgreifen dieses Themas gerechtfertigt und interessant. Ergebnisse der durchgeführten Analysen können für ein weiteres Lenken der Seelsorge des Gesundheitswesens brauchbar sein.

Die sekundäre Analyse der inmitten der Angestellten des Gesundhteitswesens durchgeführten Forschungen erleuchtet den Wissensstand und den Stand der moralischen und religiösen Überzeugungen, in denen man den hohen Grad des Subjektivismus und der Selektivität wahrnimmt.

Das Niveau des Religionswissens ist im allgemeinen niedrig. Man hat den Eindruck, daß die entscheidende Mehrheit der Angestellten des Gesundheitswesens in ihrer religiösen Ausbildung auf dem Niveau der Oberschule stoppt bei manchen sogar auf Niveau der Grundschule. Die auftretende hohe Disproportion des Religionsbewußtseins in Konfrontation mit der Berufskenntnis ist, am häufigsten, die Ursache des Zusammenbruches des Glaubens und des Distanzierens von der Kirche. In religiösen Überzeugungen ist die große Selektivität sichtbar.

Der hohe Anzeiger der Teilnahme an Religionspraktiken bescheinigt die vorhandene Überzeugung vom Übergewicht *der Religion des Volkes* und des religiösen Rituals auf *die Religion der Alltäglichkeit*. Man soll doch feststellen, daß religiöse Praktika, pflichtmäßige in der besprochenen Berufskategorie, im Verhältnis zum allgemeinen Durchschnitt in Polen

genug hohes Niveau aufweisen. Unter Bedingungen der Kirche in Polen geht bedeutend die seelsorgische Tätigkeit inmitten des medizinischen Personals der theologisch-pastoralen Reflexion und der komplexe Blick für Seelsorge des Gesundheitswesens ist doch unentbehrlich für adäquate Tätigkeit in diesem Milieu.