

Jacek Froniewski

Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu
abbajacek@o2.pl
ORCID: 0000-0003-0133-3125

Współczesne uwarunkowania posługi duchowej wobec chorych w Polsce – aspekty medyczne, prawne, duszpasterskie i ekumeniczne

Modern Determinants of Spiritual Service to the Sick in Poland – Medical, Legal, Pastoral and Ecumenical Aspects

Abstract: Since the mid-20th century numerous factors have emerged which have substantially influenced the change in the form of spiritual service to the sick. The author indicates four such basic domains in which the most important changes in this respect have occurred. In medical sciences we are currently witnessing the passage from the biomedical paradigm to the holistic one, which implies an appreciation of cultural factor influence on the treatment process. This results in recognising the value of the chaplain service in the hospital. As far as the civil law is concerned, in the 90s of the 20th century in Poland regulations were introduced which regulate relationships between the state and religious communities. These regulations ensured legal guarantees for the chaplain service in hospitals. The Second Vatican Council initiated a reform of the sacrament of anointing of the sick, which has deeply transformed the form of the pastoral sick care. In this respect, the author analyses the recent instruction on this subject, issued by the

Polish Bishops' Conference. Finally, the forth part of the paper outlines the ecumenical dimension of the spiritual help for the sick of other denominations, which is currently of an increasing practical importance in view of the growing migration movements in Europe. Ultimately, the goal of the paper is to indicate guidelines for chaplains servicing the sick which would be adequate in the context of the above mentioned modern determinants.

Key words: pastoral care for the sick, the sacrament of anointing of the sick, patient rights, hospital chaplain, ecumenism

Abstrakt: Od połowy XX w. pojawiło się sporo czynników, które w istotny sposób wpłynęły na zmianę kształtu posługi duchowej wobec chorych. Autor wskazuje cztery takie podstawowe obszary, w których nastąpiły najważniejsze zmiany w tym zakresie. W naukach medycznych dokonuje się współcześnie przejście od paradygmatu biomedycznego do holistycznego, a co za tym idzie, dowartościowuje się wpływ czynników kulturowych na przebieg procesu leczenia. To powoduje docenienie roli posługi duszpasterza w szpitalu. W zakresie prawa cywilnego w latach 90. XX stulecia w Polsce wprowadzono regulacje normujące relacje pomiędzy państwem a związkami wyznaniowymi, które dały gwarancje prawne dla posługi duchownych w szpitalach. Sobór Watykański II zapoczątkował reformę sakramentu namaszczenia chorych, co w sposób istotny przeobraziło formę duszpasterstwa chorych. Autor analizuje w tym zakresie najnowszą instrukcję na ten temat wydaną przez Konferencję Episkopatu Polski. Czwarta część artykułu nakreśla ekumeniczny wymiar pomocy duchowej dla chorych z innych wyznań, co obecnie ma coraz większe znaczenie praktyczne wobec narastających ruchów migracyjnych w Europie. Ostatecznie więc celem artykułu jest wskazanie dyrektyw dla duszpasterzy posługujących chorym, adekwatnych w kontekście tychże współczesnych uwarunkowań.

Słowa kluczowe: duszpasterstwo chorych, sakrament namaszczenia chorych, prawa pacjenta, kapelan szpitalny, ekumenizm

W ciągu ostatnich kilkadziesiąt lat wiele czynników znacząco wpłynęło na zmianę kształtu posługi duszpasterskiej wobec chorych, szczególnie w warunkach hospitalizacji. Od strony medycyny w wyniku przechodzenia do holistycznego podejścia do procesu leczenia coraz częściej dostrzega się rolę uwarunkowań kulturowych, a więc i religijnych, wpływających na relację z pacjentem, co przekłada się na dowartościowanie roli duszpasterza w szpitalu. W latach 90. XX stulecia w Polsce wprowadzono regulacje prawne gruntownie normujące relacje pomiędzy państwem a związkami wyznaniowymi, które objęły także posługę duchownych w szpitalach. Posoborowa reforma sakramentu namaszczenia chorych w sposób istotny przeobraziła formę duszpasterstwa

chorych, a ekumeniczne otwarcie Kościoła katolickiego dało nowe możliwości w zakresie pomocy duchowej dla pacjentów z innych wyznań, co obecnie ma ogromne praktyczne znaczenie wobec wzbierającej fali ruchów migracyjnych. Wydaje się więc, że całościowe ujęcie owych wielopłaszczyznowych procesów wymaga systematycznej analizy, która pozwoli na sposób teologiczny w perspektywie interdyscyplinarnej naszkicować dyrektywy dla duszpasterzy posługujących chorym, adekwatne w kontekście tychże współczesnych uwarunkowań.

1. Czynniki generujące we współczesnej medycynie zmianę podejścia do posługi duchowej wobec chorych

Nowoczesna medycyna opiera się ciągle w swoim głównym nurcie na paradygmacie biomedycznym, którego pierwotną podstawą jest kartezjański model antropologiczny rozdzielający duszę i ciało, gdzie sfera cielesna traktowana jest na sposób mechanistyczny. To stanowisko zostało utwierdzone przez oświeceniowy materializm i empiryzm, przyczyniając się do emancypacji i rozwoju medycyny naukowej, ale jednocześnie doprowadzając do jej koncentracji tylko na somatycznym wymiarze człowieka, który postrzegany był jedynie jako suma wszystkich organów. Takie redukcjonistyczne podejście do chorego pogłębiło się jeszcze mocniej w XIX w. wraz z nowymi odkryciami w zakresie nauk biologicznych. Skutkiem tego pacjent jako integralny byt psychofizyczny był coraz bardziej marginalizowany w procesie leczenia, gdyż nauki medyczne w XX w. oparte na paradygmacie biomedycznym skupiły się przede wszystkim na zaburzeniach funkcji biologicznych organizmu¹. Dopiero rozwój szeroko pojętej antropologii, a zwłaszcza psychologii w drugiej połowie XX w. sprawił, że czysto biomedyczne podejście do choroby, choć odpowiadające wysoce dzisiaj stechnicyzowanej diagnostyce, zaczęło w medycynie powoli ustępować wobec podejścia holistycznego, uwzględniającego głębiej psychosomatyczną jedność człowieka, a tym samym spowodowało dowartościowanie sfery duchowej w opiece medycznej². Taka perspektywa postawiła w zupełnie nowym świetle posługę duchowego wobec chorych i spowodowała jej rewaloryzację w kom-

¹ Por. U. Eibach, *Gesundheit und Krankheit. Anthropologische, theologische und ethische Aspekte*, [w:] *Handbuch der Krankenhausseelsorge*, red. M. Klessmann, Göttingen 2013⁴, s. 273–274; H.-M. Rieger, *Gesundheit. Erkundungen zu einem menschenangemessenen Konzept*, Leipzig 2013, s. 65–82; J. Lewko, *Holistyczny model opieki nad chorym*, [w:] *Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej*, red. E. Krajewska-Kulak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau, Poznań 2016, s. 289–293; R.A. Bianchi, *Uzdrowieni i zbawieni. Jezus leczy nasze rany*, przeł. J. Ganobis, Kraków 2018, s. 63.

² Zob. A. Ostrzyżek, J.T. Marcinkowski, *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 93 (2012), nr 4, s. 683–684; H.-M. Rieger, dz. cyt., s. 82–117. Por. J. Zizioulas, *Illness and Healing in Orthodox Theology*, Alhambra (CA) 2016, s. 15–26; R.A. Bianchi, dz. cyt., s. 129–130.

pleksowej wizji procesu leczenia, czyniąc ją integralnym elementem terapii ujmowanej holistycznie.

Drugim czynnikiem, który w ostatnich latach wpłynął w naukach medycznych na waloryzację opieki duchowej w szpitalach, jest proces przewartościowywania organizacji i zarządzania ośrodkami medycznymi pod kątem rozumienia potrzeb pacjenta. Okazuje się bowiem, że postępująca dehumanizacja medycyny sprawiła, iż oczekiwania chorych wykraczają częstokroć poza samą skuteczność zabiegów i kompetencji klinicznych lekarzy, a specjaliści od ochrony zdrowia dostrzegają coraz wyraźniej rolę relacji osobowych pomiędzy uczestnikami procesu leczenia. W wielu wiodących szpitalach na świecie nastąpiła poprzez to zmiana filozofii działania, gdzie zaspokojenie potrzeb pacjenta stało się kluczowym wskaźnikiem oceny jakości placówki medycznej, co ma bezpośrednie przełożenie na ich wyniki finansowe. Tym samym nawet w modelach zarządzania opierających się na typowo rynkowej koncepcji usług medycznych dostrzega się obecnie wartość oferty opieki duchowej w ramach całościowego pakietu usług dla pacjenta³.

Należy zauważyć, że konsekwencją tych procesów stało się dowartościowanie w bogatej palecie potrzeb pacjenta szeroko rozumianych uwarunkowań kulturowych, jako istotnego czynnika poprawiającego jego komfort w procesie hospitalizacji⁴. Stąd też coraz częściej w literaturze z zakresu nauk o zdrowiu podkreśla się dzisiaj znaczenie kompetencji międzykulturowej w pracy personelu medycznego, a tym samym postuluje kształcenie wrażliwości międzykulturowej już w trakcie studiów medycznych⁵. W takim kontekście zaczęto w obszarze medycyny dostrzegać również religijne uwarunkowania w sprawowaniu opieki nad chorym, na co do niedawna raczej nie zwracano uwagi, nie doceniając roli przekonań religijnych w funkcjonowaniu pacjentów w procesie leczenia⁶. Ten wymiar nabrał obecnie szczególnego znaczenia wobec narastających w skali globalnej ruchów migracyjnych i powiązanej z tym zjawiskiem pogłębiającej się pluralizacji wyznaniowej społeczeństwa, także polskiego, które dotąd charakteryzowało się dużą jednorodnością kulturową i wyznaniową, a w ostatnim czasie coraz szybciej dywersyfikującego się światopoglądowo i kulturowo⁷. Z tego

³ Zob. szerzej J.I. Merlino, A. Raman, *Health Care's Service Fanatics*, „Harvard Business Review” 91 (2013), Iss. 5, s. 108–116; D. Haart, *Die Rolle der Seelsorge im Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus*, [w:] *Handbuch der Krankenhausseelsorge...*, s. 47–56; M. Biernacki, M.W. Nowak, *Jak poprawić satysfakcję pacjentów: zrozumieć sukces Cleveland Clinic*, „Handel Wewnętrzny” 370 (2017), nr 5, s. 53–62.

⁴ Zob. C.R. Łukaszuk, E. Krajewska-Kułak, *Satysfakcja z opieki jako istotny element jakości opieki medycznej nad pacjentem*, [w:] *Pacjent „inny” wyzwaniem...*, s. 310.

⁵ Zob. szerzej K. Van Damme-Ostapowicz, *Kontekst kultury w opiece zdrowotnej na świecie*, [w:] *Pacjent „inny” wyzwaniem...*, s. 231–238; K.B. Głodowska, A. Bendowska, *Transkulturowa opieka medyczna niezbędnym elementem w programach nauczania na uniwersytetach medycznych w Polsce*, [w:] *Pacjent „inny” wyzwaniem...*, s. 791–798.

⁶ Zob. A. Lankau, *Rola przekonań religijnych w sprawowaniu opieki medycznej*, [w:] *Pacjent „inny” wyzwaniem...*, s. 276–277.

⁷ Por. M. Klessmann, *Ausblick: Krankenhausseelsorge als Dienst der Kirche in der pluralen Gesellschaft*, [w:] *Handbuch der Krankenhausseelsorge...*, s. 342–345.

względu otwiera się nagląca potrzeba poszerzenia wymiaru ekumenicznego posługi duchowej wobec chorych, gdyż w dzisiejszych polskich warunkach ksiądz katolicki znacznie częściej niż dotychczas w placówkach medycznych spotyka się z wiernymi innych wyznań, którzy mogą nie mieć dostępu do duchownego własnego Kościoła. Wiedza na temat możliwości posługi wobec chorych innych wyznań jest ciągle niewielka, a nierzadko można się tu jeszcze zetknąć z narosłymi historycznie stereotypami i uprzedzeniami, co w praktyce może w wielu sytuacjach pozbawiać pacjentów z wyznań mniejszościowych niezbędnej pomocy duchowej. Z drugiej strony duszpasterze świadomi ekumenicznie mogą służyć na bieżąco pomocą także personelowi medycznemu w zrozumieniu uwarunkowań religijnych istotnych dla hospitalizowanych pacjentów⁸.

2. Gwarancje prawne opieki duszpasterskiej nad chorymi w ustawodawstwie polskim

Najwyższym aktem prawnym w Polsce, z którym muszą być zgodne wszystkie akty niższego rzędu, jest obowiązująca Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r., gdzie w art. 53 ust. 2 gwarantuje się w sposób ogólny „prawo osób do korzystania z pomocy religijnej tam, gdzie się znajdują” (z czym korespondują tutaj także art. 31, 32 i 35)⁹. Wcześniejszy akt legislacyjny zabezpieczający obywatelom w sposób ogólny dostęp do posługi duchowej podczas hospitalizacji to Ustawa o wolności sumienia i wyznania z 17 maja 1989 r. (art. 4 ust. 1 pkt 2 oraz art. 19 ust. 2 pkt 3)¹⁰. Szczegółowo prawo chorych do opieki duszpasterskiej w placówkach leczniczych zapewnione jest przez wiele ustaw regulujących stosunki państwa polskiego z poszczególnymi wyznaniem. W odniesieniu do Kościoła katolickiego mamy tu dwa fundamentalne akty prawne. Przede wszystkim jest to Ustawa z 17 maja 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w RP, która w art. 31 wprowadza następujące regulacje:

1. Osobom przebywającym w zakładach leczniczych oraz zamkniętych zakładach pomocy społecznej zapewnia się prawo wykonywania praktyk religijnych i korzystania z posług religijnych.
2. W celu realizacji uprawnień, o których mowa w ust. 1, kierownicy właściwych zakładów państwowych zatrudnią kapelanów skierowanych przez biskupa diecezjalnego.
3. W celu umożliwienia udziału zainteresowanych chorych i podopiecznych we Mszy św. i w innych zbiorowych praktykach religijnych, kierownicy właściwych

⁸ Por. R. Gestrich, *Aus- und Fortbildung für Krankenhausseelsorge*, [w:] *Handbuch der Krankenhausseelsorge...*, s. 339.

⁹ Dziennik Ustaw [dalej Dz.U.] 1997, nr 78, poz. 483. Por. E. Sarnacka, *Prawa pacjenta odmiennego kulturowo*, [w:] *Pacjent „inny” wyzwaniem...*, s. 113–114; J. Krukowski, *Polskie prawo wyznaniowe*, Warszawa 2008, s. 65.

¹⁰ Dz.U. 1989, nr 25, poz. 155. Por. J. Krukowski, dz. cyt., s. 81.

zakładów państwowych przeznaczą odpowiednie pomieszczenia na kaplice, a w wyjątkowych wypadkach udostępnią do tego celu inne pomieszczenia¹¹.

Prawa te zostały następnie potwierdzone w Konkordacie pomiędzy Stolicą Apostolską a Rzeczpospolitą Polską, zawartym jako umowa międzynarodowa 28 lipca 1993 r., a wprowadzonym w życie dopiero 25 kwietnia 1998 r.¹²

W latach 90. XX w. uchwalono, na wzór ustawy o stosunku państwa do Kościoła katolickiego, zestaw tzw. ustaw kościelnych normujących relacje państwa polskiego z innymi wyznaniem¹³. Ich zapisy w interesującym nas zakresie są bardzo podobne jak w odniesieniu do Kościoła katolickiego. Mianowicie Ustawa z 4 lipca 1991 r. o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego zapewnia w art. 27 chorem z tego Kościoła następujące prawa:

1. Osobom przebywającym w szpitalach oraz w zakładach pomocy społecznej zapewnia się prawo wykonywania praktyk religijnych i korzystania z posług religijnych.
2. W celu realizacji uprawnień, o których mowa w ust. 1, kierownicy właściwych zakładów państwowych zatrudnią kapelanów, jeżeli zostaną oni skierowani przez biskupa diecezjalnego, oraz przeznaczą odpowiednie pomieszczenie na kaplicę lub udostępnią do tego celu inne pomieszczenia¹⁴.

Analogicznie, w Ustawie z 13 maja 1994 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w RP znajdujemy w art. 22 zapis:

1. Prawo wykonywania praktyk religijnych i korzystania z opieki duszpasterskiej zapewnia się osobom przebywającym w podmiotach leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz zamkniętych zakładach pomocy społecznej.
2. Nabożeństwa dla osób, o których mowa w ust. 1, odbywają się w kaplicach lub innych pomieszczeniach udostępnianych na ten cel przez kierowników właściwych instytucji¹⁵.

Podobne regulacje znajdujemy w ustawach odnoszących się do innych wyznań:

¹¹ Dz.U. 2013, poz. 1169 – tekst jednolity. Zob. także zapisy art. 30 ust. 1 te same ustawy odnośnie do praktyk religijnych dzieci i młodzieży w sanatoriach, prewentoriach i szpitalach. Por. B. Rakoczy, *Ustawa o stosunku państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 215–218.

¹² Zob. Dz.U. 1998, nr 51, poz. 318, art. 17. Por. J. Krukowski, dz. cyt., s. 80.

¹³ Por. J. Krukowski, dz. cyt., s. 81–82.

¹⁴ Dz.U. 1991, nr 66, poz. 287.

¹⁵ Dz.U. 1994, nr 73, poz. 323.

- Ustawa z 13 maja 1994 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Reformowanego w RP (art. 12 ust. 1)¹⁶;
- Ustawa z 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Methodystycznego w RP (art. 20)¹⁷;
- Ustawa z 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Chrześcijan Baptystów w RP (art. 19)¹⁸;
- Ustawa z 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w RP (art. 18 ust. 1, 3–5)¹⁹;
- Ustawa z 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Polskokatolickiego w RP (art. 17)²⁰;
- Ustawa z 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do gmin wyznaniowych żydowskich w RP (art. 16)²¹;
- Ustawa z 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego Mariawitów w RP (art. 13 ust. 1 i 3)²²;
- Ustawa z 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Starokatolickiego Mariawitów w RP (art. 16 ust 1 i 3)²³;
- Ustawa z 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Zielonoświątkowego w RP (art. 19 ust 1 i 3–4)²⁴.

Warto odnotować, że cztery z tych wyznań (oba odłamy mariawitów, baptyści i zielonoświątkowcy) we wskazanych ustawach dodatkowo wprowadziły zapis o prawie swobodnego dostępu swoich duchownych do osób hospitalizowanych w celu realizacji ich prawa do swobody praktyk religijnych.

Poza tym istnieją trzy, stale obowiązujące akty legislacyjne jeszcze z czasów II Rzeczypospolitej, dotyczące odpowiednio muzułmanów, karaimów i staroobrzędowców, lecz nie zawierają one wprost regulacji dotyczących posługi wobec chorych. Natomiast wszelkie inne wyznania mogą realizować prawo do opieki duszpasterskiej nad chorymi na podstawie wpisu do rejestru związków wyznaniowych na zasadzie przewidzianej w art. 30 Ustawy o wolności sumienia i wyznania z roku 1989²⁵.

Należy podkreślić, iż gwarancje opieki duszpasterskiej dla hospitalizowanych chorych zawiera również późniejsza Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która w rozdziale 10 „Prawo pacjenta

¹⁶ Dz.U. 1994, nr 73, poz. 324.

¹⁷ Dz.U. 1995, nr 97, poz. 479.

¹⁸ Dz.U. 1995, nr 97, poz. 480.

¹⁹ Dz.U. 1995, nr 97, poz. 481 – warto zauważyć, że art. 18 ust. 1 gwarantuje adwentystom także przestrzeganie ich zasad dietetycznych w szpitalach i sanatoriach.

²⁰ Dz.U. 1995, nr 97, poz. 482.

²¹ Dz.U. 1997, nr 41, poz. 251.

²² Dz.U. 1997, nr 41, poz. 252.

²³ Dz.U. 1997, nr 41, poz. 253.

²⁴ Dz.U. 1997, nr 41, poz. 254.

²⁵ Zob. szerzej J. Krukowski, dz. cyt., s. 82–87.

do opieki duszpasterskiej” daje istotne regulacje szczegółowe dotyczące ogólnie chorych wszelkich wyznań:

Art. 36. Pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do opieki duszpasterskiej.

Art. 37. W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia podmiot, o którym mowa w art. 33 ust. 1, jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania.

Art. 38. Podmiot leczniczy ponosi koszty realizacji praw pacjenta, o których mowa w art. 36 i 37, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej²⁶.

Trzeba zwrócić uwagę, że ważnym *novum* wobec tzw. ustaw kościelnych jest zapis art. 37, który wyodrębnia jako szczególne prawo pacjenta hospitalizowanego możliwość swobodnego kontaktu z duchownym w stanie zagrożenia życia pacjenta. Ta norma powinna być rozumiana w ten sposób, że personel placówki medycznej na życzenie chorego ma wezwać duchownego o każdej porze, gdy pacjent sam nie może tego uczynić, a wyraźnie wcześniej wyraził taką wolę²⁷. Warto też jeszcze raz mocno uwydatnić, że ustawa ta zapewnia prawo do opieki duszpasterskiej w szpitalach także wszystkim tym wierzącym, którzy należą do wyznań nieposiadających w tym względzie odrębnych regulacji ustawowych z państwem polskim.

3. Aktualne wskazania duszpasterskie w zakresie posługiwania chorym

Powyżej zaprezentowano dość szeroko regulacje prawa państwowego odnośnie do posługi duchowej wobec chorych w placówkach służby zdrowia. Natomiast *Kodeks Prawa Kanonicznego* zawiera w tej dziedzinie w księdze IV – *Uświęcające zadania Kościoła* – jedynie zwięzłe normy odnoszące się do sprawowania sakramentu chorych²⁸. Pewne wskazania duszpasterskie w zakresie posługiwania chorym daje *Katechizm Kościoła katolickiego*²⁹ oraz *Wprowadzenie teologiczne i pastoralne* do obrzędów sakramentu chorych, jednak i tu są to, poza tematyką udzielania sakramentów chorym, raczej dość ogólnie nakreślone wytyczne³⁰. Dlatego należy uznać za bardzo istotny i potrzebny dokument wydany 7 czerwca 2017 r. przez Konferencję Episkopatu Polski, zatytułowany:

²⁶ Dz.U. 2009, nr 52, poz. 417.

²⁷ Interpretacje tego przepisu nie są jednoznaczne – por. E. Sarnacka, dz. cyt., s. 129.

²⁸ *Kodeks Prawa Kanonicznego*, Poznań 1984, kan. 998–1007 [dalej: KPK].

²⁹ *Katechizm Kościoła katolickiego*, Poznań 2002², 1499–1532.

³⁰ *Sakrament chorych. Obrzędy i duszpasterstwo*, Katowice 1993², s. 15–29.

*Instrukcja Konferencji Episkopatu Polski dotycząca posługiwania chorym i umierającym*³¹.

Instrukcja ta, opierając się zasadniczo na wskazanych powyżej dokumentach ogólnokościelnych, daje aktualną wykładnię norm sprawowania sakramentu chorych oraz przedstawia wytyczne odnośnie do duszpasterstwa chorych uwzględniające współczesne uwarunkowania Kościoła w Polsce, dlatego poddamy jej treść głębszej analizie, by syntetycznie wydobyć to, na co w niej położono szczególny akcent w zakresie posługi wobec chorych. Bardzo ważna jest ukazana już od początku tego tekstu integralna wizja posługi wobec chorych, w której Kościół, na wzór Chrystusa, pragnie leczyć całego człowieka – zarówno jego duszę, jak i ciało, przychodząc chorym z pomocą w ich potrzebach duchowych i cielesnych (nr 1)³². Posługa kapłanów wobec chorych, zarówno w ramach duszpasterstwa parafialnego, jak i w szpitalach, obejmuje przede wszystkim: odwiedziny i wsparcie modlitwą, zanoszenie Komunii św., udzielanie sakramentu pokuty, namaszczenia chorych i Wiatyku (nr 4). W dokumencie zwraca się uwagę, że rytuał sakramentów dla chorych ukierunkowany jest tak, by chorzy „otrzymali od duszpasterza i wspólnoty parafialnej, na ile to możliwe, to wszystko, co ich zdrowi bracia i siostry otrzymują w ramach zwyczajnego duszpasterstwa, uczestnicząc w liturgii w kościele parafialnym, lub innych miejscach wspólnej modlitwy” (nr 6). Dlatego m.in. zaleca się, by odwiedziny chorych były połączone z krótką liturgią słowa Bożego (nr 7). Ważne jest także, by regularnie uczęszczać do ciężko chorych, co ma się przyczynić do tego, by wizyta kapłana nie była kojarzona z bliską śmiercią odwiedzanej osoby, a tym samym pozostawić jej swobodny wybór odpowiedniego momentu na przyjęcie sakramentu namaszczenia chorych (nr 9). Istotnym postulatem dokumentu jest włączenie przez duszpasterzy do odwiedzin chorych osób konsekrowanych, kleryków oraz świeckich z grup charytatywnych, którzy mogą przychodzić do nich częściej niż kapłan, by czytać Pismo św. i modlić się z nimi, a także posyłanie z Komunią św. nadzwyczajnych szafarzy, by zwiększyć możliwość jej częstego przyjmowania (nr 10)³³.

Następnie Instrukcja koncentruje się na sprawowaniu sakramentu namaszczenia chorych. W tych zaleceniach podkreśla się eklezjalny wymiar tego obrzędu, co ma wyrażać gromadzenie się na modlitwie bliskich wokół chorego przyjmującego sakramenty (nr 12)³⁴. Należy stale pouczać wiernych, że namaszczenie chorych nie jest sakramentem umierających (nr 13), gdyż ciągle

³¹ Pierwotny tekst urzędowy w: „Akta Konferencji Episkopatu Polski” (2017), nr 29, s. 108–113; dostępny także w: „Wrocławskie Wiadomości Kościelne” 2017, nr 1, s. 94–102.

³² Por. D. Kwiatkowski, *Namaszczenie chorych – spotkanie osoby chorej z Chrystusem uzdrawiającym*, [w:] *W Jego ranach nasze zdrowie. Teologia sakramentów uzdrowienia*, red. K. Porosło, Kraków 2015, s. 153.

³³ Por. A. Skowronek, *Chorzy i ich sakrament*, Włocławek 1997, s. 120–122; Cz. Krakowiak, *Sakramenty uzdrowienia. Zagadnienia wybrane*, Lublin 2016, s. 134–139.

³⁴ Por. J. Lekan, *Namaszczenie chorych czy ostatnie namaszczenie?*, „Roczniki Teologiczne” 64 (2017), z. 2 (Teologia dogmatyczna), s. 147–148.

skutkiem dawnej praktyki i silnie zakorzenionego w powszechnej świadomości nazewnictwa postrzegane jest ono jako ostatnie namaszczenie³⁵. Zachęca się katolików do noszenia symboli chrześcijańskich bądź posiadania odpowiednich oznaczeń lub informacji w samochodzie, co w razie wypadku ułatwia szafarzowi ewentualne udzielenie sakramentów w niebezpieczeństwie śmierci (nr 14). W warunkach szpitalnych należy rozeznaczyć, jaki jest stan wiary chorych, gdyż wierni zaniedbujący praktyki religijne „wymagają najpierw ewangelizacji, aby doprowadzić ich do prawdziwego nawrócenia i rozumienia znaczenia sakramentów w czasie choroby i starości” (nr 15). Przypomina się, że w bliskim niebezpieczeństwie śmierci udziela się sakramentów w następującej kolejności: sakrament pokuty, namaszczenie chorych i Wiatyk. Gdy brakuje czasu, należy przede wszystkim umożliwić odbycie sakramentalnej spowiedzi, potem udzielić Wiatyku, a jeśli sytuacja pozwoli – namaszczenia chorych, lecz gdy chory nie może przyjąć Komunii św., to należy go namaścić (nr 18).

Kolejna część dokumentu prezentuje pogłębioną interpretację przepisów określających, komu i kiedy powinno się udzielać sakramentu namaszczenia. Wychodzi się tu od ogólnej normy kodeksowej: „Namaszczenia chorych można udzielić wiernemu, który – po osiągnięciu używania rozumu – z powodu choroby lub starości zaczyna znajdować się w niebezpieczeństwie” (KPK kan. 1004 § 1). Ważny jest punkt 22, który rozwija tę normę w odniesieniu do dzieci, którym, jeżeli osiągnęły taki stan umysłowy, że sakrament ten może im przynieść duchowe pokrzepienie, należy go udzielić po uprzednim przygotowaniu przez rodziców lub kapłana, zwłaszcza przy chorobach nieuleczalnych³⁶. W punkcie 23 należy dostrzec zapis, że choć jest to sakrament, który wolno przyjmować wielokrotnie, to jednak nie należy czynić tego zbyt często bez poważnej konieczności. Wobec dotychczasowej praktyki akcentuje się, że chorym, którzy stracili przytomność, udziela się namaszczenia, o ile istnieje prawdopodobieństwo, że będąc przytomni, prosiliby o to (nr 24). To ważna uwaga wobec pojawiających się w posłudze kapłanów szpitalnych sytuacji oskarżeń o namaszczenie osób, które sobie tego nie życzyły, bądź też przymusu ze strony rodziny, gdy istnieją poważne przesłanki, że chory nie chce przyjmować sakramentów. Nie udziela się bezwzględnie sakramentów zmarłym, chyba że istnieje rzeczywiste wątpliwość co do faktu zgonu, to należy namaścić (nr 25–26). Zgodnie z *Kodeksem Prawa Kanonicznego* (kan. 1007) nie wolno także udzielać namaszczenia osobom, które uparcie trwają w jawnym grzechu ciężkim (nr 27). Instrukcja bardzo mocno podkreśla, że jest niedozwolone udzielanie sakramentu namaszczenia warunkowo, tzn. używając formuły: „Jeśli żyjesz” (nr 28), co funkcjonowało w obrzędach tego sakramentu jeszcze do czasu wprowadzenia Kodeksu z 1983 r. Co do szafarza sakramentu namaszczenia, wobec pojawia-

³⁵ Por. tamże, s. 146, 149; P.Ch. Düren, *Unctio extrema oder Krankensalbung?*, Augsburg 2015, s. 10–12.

³⁶ Zob. szerzej Cz. Krakowiak, dz. cyt., s. 78–82.

jących się postulatów zmiany dyscypliny kościelnej³⁷ przypomina się tutaj definitywne orzeczenie Kongregacji Nauki Wiary z 2005 r., iż „ani diakoni, ani wierni świeccy nie mogą być szafarzami tego sakramentu” (nr 30). Wytyczne polskiego episkopatu zamyka rozdział dotyczący Wiatyku, jako właściwego sakramentu dla umierających. Uwydatnia się tu, że to przede wszystkim do rodziny i opiekunów chorego należy powiadomienie go o zbliżającej się śmierci, tak aby mógł sam poprosić o Komunię św. na ostatnią drogę (nr 33). Szczególną uwagę należy zwrócić na zakończenie Instrukcji, gdzie w istocie znajdujemy klucz do interpretacji wcześniejszych przepisów, szczególnie tych dotyczących udzielania sakramentu namaszczenia chorych. Otóż po pierwsze, kładzie się tu wyraźny nacisk na konieczność osobistej wiary do przyjęcia sakramentów, a więc w konsekwencji „o sakrament namaszczenia sami chorzy powinni prosić i być do jego przyjęcia duchowo przygotowani i świadomie go przyjmować” (nr 34). Chodzi o to, by w praktyce duszpasterskiej nie stwarzać wrażenia pewnego automatycznego czy nawet magicznego działania sakramentu namaszczenia³⁸, który niejako ma działać bez względu na osobistą dyspozycję przyjmującego, dlatego jeszcze raz dobitnie się podkreśla, że „namaszczenia chorych udziela się tylko żyjącym, a jeśli stracili świadomość, tylko wtedy, gdy szafarz ma moralną pewność, że gdyby mogli, prosiliby o ten sakrament” (nr 35).

Tak jak zaprezentowana powyżej Instrukcja daje szeroką paletę wskazań dla duszpasterzy posługującym chorym, tak też warto dostrzec, że w najnowszej literaturze medycznej pojawiają się już teksty, które wiedzę w tym zakresie kierują również do personelu medycznego. To oczywiście jest inna perspektywa, ale jak to powyżej zauważono, zaczyna być ona traktowana bardzo poważnie w procesie kształcenia medycznego, gdyż poszerza kompetencje pracowników służby zdrowia w obszarze interakcji z pacjentem w procesie leczenia. Należy wskazać kilka zupełnie fundamentalnych postulatów, których spełnienie przez personel medyczny może w sposób istotny pomóc osobie wierzącej w przeżywaniu choroby i związanego z nią cierpienia³⁹. Przede wszystkim należy mieć świadomość, że wiara relatywizuje chorobę – dając odniesienie do zbawienia, pomaga cierpliwie znosić cierpienie i umieranie. Stąd w wymiarze praktycznym bardzo ważne jest, aby pacjent w przestrzeni sali szpitalnej mógł mieć jakies elementy religijne (krzyż, obrazek, różaniec, Pismo św.). Priorytetem jest dostęp do kapłana, a tym samym możliwość korzystania z sakramentów. Warto pamiętać, że w realiach szpitalnych to właśnie pielęgniarka ma najczęstszy i najlepszy

³⁷ Zob. A. Skowronek, dz. cyt., s. 122; P. Sambor, *Sakrament namaszczenia chorych*, [w:] *Znaki tajemnicy. Sakramenty w teorii i praktyce Kościoła*, red. K. Porosło, R.J. Woźniak, Kraków 2018, s. 450–451.

³⁸ Por. J. Lekan, dz. cyt., s. 146.

³⁹ Opieram się tutaj zasadniczo na artykule: G. Bejda, A. Kułak-Bejda, *Pacjent-katolik wobec zagadnień choroby i opieki zdrowotnej*, [w:] *Pacjent „inny” wyzwaniem...*, s. 543–557. Por. A. Lankau, dz. cyt., s. 273–287.

kontakt z chorym i to ona, na życzenie pacjenta, ma obowiązek zawiadomić kapelana o potrzebie posługi sakramentalnej. Szczególne znaczenie ma to w sytuacji osób samotnych i pogarszania się stanu chorego, a zwłaszcza umierania. Delikatność wielu sytuacji w czasie hospitalizacji wymaga również zwrócenia uwagi na pewne istotne szczegóły. Po zgonie personel powinien stworzyć rodzinie możliwość spokojnego pożegnania się ze zmarłym. W obsłudze pacjentów wierzących wskazane jest uwzględnienie praktyk postnych, co dla niektórych ma duże znaczenie, mimo obowiązującej dyspensy w sytuacji choroby. Chorym mającym problem z poruszaniem się należałoby zaproponować pomoc w dotarciu do kaplicy szpitalnej. Również wypadaloby uszanować szczególną intymność kapłana, a zwłaszcza siostry zakonnej jako pacjenta.

4. Możliwości ekumeniczne w obszarze duszpasterstwa chorych

W tradycji chrześcijańskiej podstawową formą posługi duchownego jest udzielanie sakramentów, a w przypadku posługi wobec chorych są to Komunia św., spowiedź, a zwłaszcza namaszczenie chorych, dlatego przede wszystkim od tych trzech sakramentów należy rozpocząć analizę zakresu możliwości ekumenicznych w obszarze duszpasterstwa chorych. Przełomowy dla ekumenicznego otwarcia Kościoła katolickiego Sobór Watykański II stwierdzał w Dekrecie o ekumenizmie, że aczkolwiek „nie można jednak wspólnego udziału w świętych czynnościach (*communicatio in sacris*) uznawać za środek, który nieodłącznie należy stosować celem przywrócenia jedności chrześcijan”, to jednak w pewnych okolicznościach duszpasterskich – jak mówi zaraz ten sam dokument – „łaska, o którą należy zabiegać, niekiedy go zaleca”⁴⁰. Od strony katolickiej możliwości ekumeniczne w zakresie *communicatio in sacris* reguluje Kodeks Prawa Kanonicznego z 1983 r., a szczegółową aplikację jego przepisów daje w tym względzie Dyrektorium ekumeniczne z 1993 r. Normy ekumeniczne odnośnie do sakramentów pokuty, Eucharystii i namaszczenia chorych znajdujemy w kanonie 844 KPK:

§ 2. Ilekroć wymaga tego konieczność lub doradza to prawdziwy pożytek duchowy i jeśli nie występuje niebezpieczeństwo błędu lub indyferentyzmu, wolno wiernym, którzy wskutek niemożliwości fizycznej lub moralnej nie mogą się udać do szafarza katolickiego, przyjmując sakramenty pokuty, Eucharystii i namaszczenia chorych od szafarzy niekatolickich tego Kościoła, w którym są ważne wymienione sakramenty.

§ 3. Szafarze katolicy godziwie udzielają sakramentów pokuty, Eucharystii i namaszczenia chorych członkom Kościołów wschodnich niemających pełnej wspólnoty z Kościołem katolickim, gdy sami o nie proszą i są odpowiednio

⁴⁰ Dekret o ekumenizmie, nr 8, [w:] Sobór Watykański II, Konstytucje, dekryty, deklaracje. Tekst łacińsko-polski, Nowe tłumaczenie, Poznań 2008, s. 302–333 (całość).

przygotowani. Odnosi się to także do członków innych Kościołów, które według oceny Stolicy Apostolskiej, gdy idzie o sakramenty, są w takiej samej sytuacji, w jakiej znajdują się wspomniane Kościoły wschodnie.

§ 4. Jeśli istnieje niebezpieczeństwo śmierci albo według oceny biskupa diecezjalnego lub konferencji biskupów inna przynaglająca poważna konieczność, szafarze katolicy mogą godziwie udzielać wymienionych sakramentów także pozostałym chrześcijanom, którzy nie mają pełnej wspólnoty z Kościołem katolickim, którzy nie mogą się udać do szafarza swojej wspólnoty i sami o nie proszą, jeśli w odniesieniu do tych sakramentów wyrażają wiarę katolicką i do ich przyjęcia są odpowiednio przygotowani⁴¹.

Dyrektorium ekumeniczne (nr 122–132) właściwie powtarza te normy, umieszczając je w szerszym kontekście ogólnych zasad ekumenizmu wypracowanych przez sobór. Istotna jest tu uwaga w nr. 122, która uwrażliwia na inne podejście Kościołów wschodnich do udzielania sakramentów chrześcijanom spoza własnego Kościoła: „Niemniej uznaje się, że ze względu na swą własną koncepcję eklezjologiczną Kościoły wschodnie mogą mieć bardziej ograniczającą dyscyplinę w tej dziedzinie i że inni powinni ją uszanować”⁴². W praktyce oznacza to, że choć katolicy teoretycznie w nagłej sytuacji mogą przyjąć sakramenty od szafarza prawosławnego, gdyż jak mówi Dekret o ekumenizmie, Kościoły wschodnie „posiadają prawdziwe sakramenty” i „pewien współudział w czynnościach świętych (*communicatio in sacris*), w odpowiednich okolicznościach i za zgodą władzy kościelnej, jest nie tylko możliwy, ale i wskazany”⁴³, to jednak Kościoły te zazwyczaj nie wyrażają na to zgody. Ze strony protestanckiej ze względu na nieuznawanie ich ordynacji przez stronę katolicką⁴⁴ oraz niesakramentalne traktowanie samego obrzędu namaszczenia katolik również nie ma takiej możliwości i właściwie sytuacja opisana przez te przepisy okazuje się najczęściej dla chorego katolika w praktyce możliwa jedynie w przypadku szafarza starokatolickiego, czyli w warunkach polskich może to być ksiądz polskokatolicki.

Natomiast w świetle przedstawionych przepisów kościelnych ksiądz katolicki może bez przeszkód udzielić sakramentów chorym z Kościołów wschodnich oraz, przy spełnieniu opisanych powyżej warunków, również wiernym Kościołów i Wspólnot poreformacyjnych. W tym miejscu warto zauważyć, że papież Jan Paweł II, pisząc w encyklice poświęconej ekumenizmowi *Ut unum sint* o możliwościach *communicatio in sacris*, podkreślił pozytywnie,

⁴¹ Zob. szerzej W. Góralski, E. Górecki, J. Krukowski, J. Krzywda, P. Majer, B. Zurbert, *Komentarz do Kodeksu Prawa Kanonicznego*, t. III/2, *Księga IV: Uświęcające zadania Kościoła*, Poznań 2011, s. 28–31.

⁴² Papieska Rada do spraw Jedności Chrześcijan, *Dyrektorium w sprawie realizacji zasad i norm dotyczących ekumenizmu*, „Communio” 80 (1994), nr 2, s. 3–93 [dalej: *Dyrektorium ekumeniczne*].

⁴³ *Dekret o ekumenizmie*, nr 15.

⁴⁴ Zob. tamże, nr 22.

iż „można z radością przypomnieć, że w pewnych szczególnych przypadkach duchowni katoliccy mogą udzielić Sakramentu Eucharystii, Pokuty i Namaszczczenia chorych innym chrześcijanom, którzy nie są w pełnej komunii z Kościołem katolickim, ale pragną gorąco je przyjąć, dobrowolnie o nie proszą i przejawiają wiarę, jaką Kościół katolicki wyznaje w tych sakramentach”⁴⁵. Warto to dobitnie zaakcentować: dla papieża jest radością, że księża katoliccy w pojedynczych przypadkach mogą służyć sakramentami chrześcijanom spoza Kościoła katolickiego.

Trzeba tu jednak zauważyć, że posługa sakramentalna nie wyczerpuje wszelkich możliwości posługi duchowej wobec chorych innych wyznań. Jak mówi soborowy Dekret o ekumenizmie, duszą całego ruchu ekumenicznego jest ekumenizm duchowy⁴⁶ i dlatego jest on główną płaszczyzną realizacji ekumenizmu w wymiarze pastoralnym. Jak wykazano powyżej, możliwości *communicatio in sacris* na obecnym poziomie dialogu ekumenicznego są ciągle bardzo ograniczone. Jeśli jednak nie jest uprawniona pełna posługa na poziomie sakramentalnym, to istnieją już liczne możliwości na poziomie duchowym, a zwłaszcza różne formy nabożeństw, które są swoistym przedśmionkiem wspólnej liturgii sakramentalnej. Należy tu wykorzystywać cały potencjał, jaki dają Liturgia Słowa oraz modlitwy o charakterze ekumenicznym, gdzie można opierać się na tym, co już uznane jest za wspólne. Podkreśla to mocno Dekret o ekumenizmie i Dyrektorium ekumeniczne, wskazując, iż mimo różnic uniemożliwiających pełną komunię eklezjalną, to przez chrzest istnieje pewna rzeczywista komunია, choć niedoskonała, wyrażana na różne sposoby w modlitwie i kulcie liturgicznym⁴⁷, ale chodzi tu zasadniczo o formy kultu o charakterze niesakramentalnym⁴⁸.

Przechodząc do konkretnych rozwiązań na polu ekumenicznej posługi chorym, na pewno pierwszym, podstawowym i zawsze możliwym sposobem tej służby w wymiarze duchowym jest wspólna modlitwa⁴⁹. Zatem katolik zawsze może się modlić razem z chorym chrześcijaninem innego wyznania o zdrowie dla niego. Jak poucza Dyrektorium ekumeniczne: „[...] katolików powinno się zachęcać do łączenia się z innymi, zgodnie z normami podanymi przez Kościół, celem wspólnego modlenia się z chrześcijanami należącymi do innych Kościołów i Wspólnot eklezjalnych. [...] Katolikom i innym chrześcijanom zaleca się wspólną modlitwę celem wspólnego przedstawienia Bogu znoszonych przez nich trudności i kłopotów [...]”⁵⁰.

⁴⁵ Jan Paweł II, Encyklika *Ut unum sint*, Watykan 1995, nr 46. Należy zauważyć, że Jan Paweł II powtórzył dokładnie to samo zdanie w swojej ostatniej encyklice *Ecclesia de Eucharistia* z 2003 r. (nr 46).

⁴⁶ Zob. *Dekret o ekumenizmie*, nr 8.

⁴⁷ Zob. tamże, nr 3, 4, 8.

⁴⁸ Zob. *Dyrektorium ekumeniczne*, nr 104a–c, 116.

⁴⁹ Zob. Jan Paweł II, *Ut unum sint*, nr 22.

⁵⁰ *Dyrektorium ekumeniczne*, nr 108–109.

Jednak idzie tu przecież o jeszcze intensywniejszą konkretyzację działań duszpasterskich dotyczących możliwości ekumenicznej posługi wobec chorych. I tu znów cenna wskazówka, jaką daje Dyrektorium ekumeniczne:

O ile każdy Kościół i Wspólnota eklezjalna zajmuje się duszpasterską troską o swych własnych członków, [...] to istnieją przecież sytuacje, w których religijnej potrzebie można by było zaradzić o wiele bardziej skutecznie, gdyby wyświęceni duszpasterze lub współpracownicy świeccy różnych Kościołów i Wspólnot eklezjalnych pracowali wspólnie. Taki rodzaj współpracy ekumenicznej może być z powodzeniem praktykowany w duszpasterstwie szpitali⁵¹.

Doświadczenie cierpienia, szczególnie w takim miejscu jak szpital, jest powszechne, czyli także ponadwyznaniowe, i trzeba być tam szczególnie otwartym na inspirację Ducha Świętego, oczywiście bez zacierania różnic wyznaniowych lub prozelityzmu⁵². A zatem takie miejsca jak szpitale, ale również sanatoria czy domy opieki we współczesnych warunkach globalizacji są obszarem duszpasterstwa, gdzie trzeba być przygotowanym i otwartym na posługę chorym należącym do innych wyznań, gdyż często owi chorzy nie mają dostępu do własnych duchownych, a ich stan bezwzględnie wymaga wzmożonej opieki duchowej. Owszem, podstawowym środkiem wsparcia duchowego możliwym w sytuacji posługi wobec chorych innych wyznań zawsze, jak to już zaznaczono, pozostaje modlitwa oraz rozmowa duszpasterska. Można wszak pójść dalej i w miarę możliwości, zwłaszcza gdy mamy do czynienia z większą grupą pacjentów spoza naszego Kościoła, zaaranżować w jakiejś stosownej formie nabożeństwo ekumeniczne oparte głównie na tekstach biblijnych, które są przecież uniwersalne dla wszystkich chrześcijan⁵³. Komfortową sytuacją byłoby stworzenie w szpitalu kaplicy o charakterze ekumenicznym, szczególnie na terenach, gdzie żyją mniejszości wyznaniowe – z taką sytuacją mamy już do czynienia w Polsce na Śląsku Cieszyńskim⁵⁴.

Trzeba jednak pamiętać, że pierwszorzędne w ekumenicznej posłudze wobec chorych jest przełamywanie wzajemnych uprzedzeń narosłych przez wieki podziałów wyznaniowych i lęku przed tymi, którzy są inni w swoim wyznawaniu wiary, oraz zrozumienie ich potrzeb. Ksiądz posługujący w szpitalu powinien wykazywać się zatem szczególną wrażliwością na potrzeby duchowe pacjentów pozbawionych opieki duchowej ze strony własnych duszpasterzy i z tego względu znać przynajmniej na poziomie elementarnym teologię oraz pobożność innych wyznań. Stąd dzisiaj wskazane jest szkolenie kapelanów szpitali w tym

⁵¹ Tamże, nr 204.

⁵² Zob. szerzej H. Duesberg, *Ökumenische Zusammenarbeit im Krankenhaus*, [w:] *Handbuch der Krankenhausseelsorge...*, s. 297, 304, 306–307.

⁵³ Zob. tamże, s. 302.

⁵⁴ Zob. J. Sojka, A. Korczago, *Pacjent protestant wobec zagadnień choroby i ochrony zdrowia*, [w:] *Pacjent „inny” wyzwaniem...*, s. 585.

zakresie, a przynajmniej wymiana doświadczeń z duchownymi innych wyznań, zwłaszcza tam, gdzie posługują na jednym obszarze. Również postuluje się takie przygotowanie dla personelu medycznego⁵⁵. Dlatego poniżej zestawione są syntetyczne wskazówki odnośnie do dwóch głównych odłamów chrześcijaństwa poza Kościołem katolickim.

W przypadku Kościołów tradycji wschodniej należy najpierw pamiętać o odróżnianiu wiernych Kościołów prawosławnych od orientalnych, a więc tych z Kościołów koptyjskiego, syroprawosławnego, asyryjskiego czy ormiańskiego, które mają odrębną tradycję liturgiczną⁵⁶ wobec prawosławia i nie są z nim w komunii eklezjalnej. To dzisiaj istotne, bo właśnie wierni Kościołów orientalnych stanowią sporą część wielkiej fali migrantów w Europie. W Kościołach prawosławnych specyfika sakramentu namaszczenia chorych objawia się bardzo rozbudowaną liturgią, która w pełnej wersji przewiduje udział aż siedmiu kapłanów, choć istnieje także wersja skrócona tego obrzędu, stosowana w szpitalach przez jednego szafarza⁵⁷. Gdy idzie o praktyczne szczegóły istotne dla prawosławnego pacjenta, to w czasie hospitalizacji ważne jest dla niego posiadanie ikony przy łóżku, ale także może się zdarzyć, że zapragnie on mieć święconą wodę, artos (chleb poświęcony na Wielkanoc) lub prosforę. Komunia św. przyjmowana jest tu pod dwiema postaciami. W posłudze duchowej akcentuje się integralne ujęcie choroby, które przejawia się tym, że początkiem uzdrowienia jest uzdrowienie z choroby duchowej⁵⁸.

Jeśli idzie o Kościoły i Wspólnoty protestanckie, to nie wolno tu przede wszystkim zapominać o wieloaspektowo zniuansowanej dywersyfikacji denominacji protestanckich, które od czasów Reformacji wielokrotnie dzieliły się na kolejne gałęzie odrębnych wyznań, gdzie te różnice, choć czasem subtelne, bywają istotne dla pacjentów z poszczególnych Kościołów. Ojcowie Reformacji zanegowali sakramentalność namaszczenia chorych⁵⁹ i dopiero od XIX w. zaczęto stopniowo przywracać tę praktykę w Kościołach protestanckich, lecz nadal nie jest ona tam traktowana jako sakrament, a w nie-

⁵⁵ Por. H. Duesberg, dz. cyt., s. 299, 303–304.

⁵⁶ Zob. szerzej J. Froniewski, *Specyfika sakramentu namaszczenia chorych w Kościołach orientalnych*, „Wrocławski Przegląd Teologiczny” 21 (2013), nr 1, s. 55–68.

⁵⁷ Zob. szerzej tenże, *Sakrament namaszczenia chorych w praktyce liturgicznej i teologii Kościołów prawosławnych tradycji bizantyjskiej*, „Teologia w Polsce” 7 (2013), nr 1, s. 25–41.

⁵⁸ Zob. J. Fiedorczyk, I. Fiedorczyk, J. Fiedorczyk-Fidziukiewicz, *Pacjent prawosławny wobec zagadnień choroby i opieki zdrowotnej*, [w:] *Pacjent „inny” wyzwaniem...*, s. 562, 568–569.

⁵⁹ Zob. szerzej J. Froniewski, *Sakrament namaszczenia chorych w nauczaniu XVI-wiecznych Ojców Reformacji*, „Wrocławski Przegląd Teologiczny” 22 (2014) nr 1, s. 51–66. Por. M. Klein, *Krankheit und ihre Deutung in der Reformation*, [w:] *Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch*, red. G. Thomas, I. Karle, Stuttgart 2009, s. 274–289.

których denominacjach lub w niektórych krajach ciągle nie jest stosowana⁶⁰ (np. w Polsce luteranie nie udzielają namaszczenia chorym, a w Niemczech istnieje taka możliwość). Pobożność protestancka jest bardziej indywidualistyczna niż w katolicyzmie, co przejawia się m.in. tym, że w nowszych wspólnotach znacznie mniejsza jest rola duchownego. Zgodnie z zasadą *sola Scriptura* podstawą duchowości jest lektura Biblii, a zatem należy pamiętać, że dla pacjenta protestanta taką fundamentalną pomocą duchową w czasie choroby jest możliwość sięgnięcia do Pisma Świętego. W przypadku osób z grup ewangelikalnych i charyzmatycznych można się spotkać na sali szpitalnej z prozelityzmem, modlitwami o uzdrowienie lub glosolalią. Zasadniczo nie ma tu spowiedzi, tylko rozmowa duszpasterska, stąd może istnieć potrzeba udostępnienia w tym celu osobnego pomieszczenia⁶¹.

Podsumowanie

Zaprezentowana panorama różnorodnych współczesnych uwarunkowań posługi duchowej wobec chorych pokazuje, że dzisiaj duszpasterz w Polsce powinien być dogłębnie i wszechstronnie przygotowany do służby w szpitalu. Jego kompetencje nie mogą się ograniczać jedynie do obszaru związanego z udzielaniem sakramentów. Po pierwsze, w świetle najnowszej literatury z zakresu nauk o zdrowiu oczekuje się od niego ścisłej współpracy z personelem medycznym, tak aby posługa duchowa stawała się coraz bardziej integralną częścią procesu leczenia, a jednocześnie, by ubogacając personel szpitala swoją wiedzą, wzmacniał jego kompetencje międzykulturowe. Duszpasterz w szpitalu, zwłaszcza gdy jest tam zatrudniony jako kapelan, musi również wnikliwie znać swoje prawa i obowiązki wpisane w państwowy system legislacyjny, co dzisiaj jest niezmiernie istotne, gdy pacjenci niejednokrotnie kwestionują jakość usług w jednostkach medycznych, odwołując się do rzecznika praw pacjenta lub wprost do sądów. Sama bezpośrednia posługa duchownego wobec chorych wymaga w naszych czasach pogłębionych kompetencji pastoralnych, by umiejętnie docierać do pacjentów, gdy polskie społeczeństwo coraz bardziej pluralizuje się światopoglądowo, a także kiedy mamy do czynienia coraz częściej z ludźmi z innych kultur i religii. Nie wystarcza tutaj sama empatia, potrzeba także pewnej wiedzy, by dotrzeć do osób „innych”, co w przypadku posługi duchowej przekłada się przede wszystkim na sferę ekumeniczną. Widzimy zatem, że posługa duchowa chorym, w obliczu tak intensywnych zmian społecznych i kulturowych

⁶⁰ Por. P. Zimmerling, *Krankheit und Krankenheilung. Ein Vergleich zwischen der lutherischen Agende „Dienst an Krankheit“ und dem pfingstlich-charismatischen Programm der Krankenheilung*, [w:] *Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft...*, s. 565–577.

⁶¹ Zob. szerzej J. Sojka, A. Korczago, dz. cyt., s. 582–584.

zachodzących w Polsce, to obecnie rzeczywistość bardzo dynamiczna, wymagająca od duchownych stałego pogłębiania kwalifikacji – na poziomie nie tylko teologicznym, lecz także interdyscyplinarnym – dla odpowiedniego zrozumienia potrzeb ludzi, którym przychodzą służyć.

Bibliografia

- Bejda G., Kułak-Bejda A., *Pacjent-katolik wobec zagadnień choroby i opieki zdrowotnej*, [w:] *Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej*, red. E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau, Poznań 2016, s. 543–557.
- Bianchi R.A., *Uzdrowieni i zbawieni. Jezus leczy nasze rany*, przeł. Joanna Ganobis, Kraków 2018.
- Biernacki M., Nowak M.W., *Jak poprawić satysfakcję pacjentów: zrozumieć sukces Cleveland Clinic*, „Handel Wewnętrzny” 370 (2017), nr 5, s. 53–62.
- Dekret o ekumenizmie*, [w:] *Sobór Watykański II, Konstytucje, dekrety, deklaracje. Tekst łacińsko-polski, Nowe tłumaczenie*, Poznań 2008, s. 302–333.
- Duesberg H., *Ökumenische Zusammenarbeit im Krankenhaus*, [w:] *Handbuch der Krankenhausseelsorge*, red. M. Klessmann, Göttingen 2013⁴, s. 296–307.
- Düren P.Ch., *Unctio extrema oder Krankensalbung?*, Augsburg 2015.
- Eibach U., *Gesundheit und Krankheit. Anthropologische, theologische und ethische Aspekte*, [w:] *Handbuch der Krankenhausseelsorge*, red. M. Klessmann, Göttingen 2013⁴, s. 271–282.
- Fiedorczyk J., Fiedorczyk I., Fiedorczyk-Fidziukiewicz J., *Pacjent prawosławny wobec zagadnień choroby i opieki zdrowotnej*, [w:] *Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej*, red. E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau, Poznań 2016, s. 560–572.
- Froniewski J., *Sakrament namaszczenia chorych w nauczaniu XVI-wiecznych Ojców Reformacji*, „Wrocławski Przegląd Teologiczny” 22 (2014), nr 1, s. 51–66.
- Froniewski J., *Sakrament namaszczenia chorych w praktyce liturgicznej i teologii Kościołów prawosławnych tradycji bizantyjskiej*, „Teologia w Polsce” 7 (2013), nr 1, s. 25–41.
- Froniewski J., *Specyfika sakramentu namaszczenia chorych w Kościołach orientalnych*, „Wrocławski Przegląd Teologiczny” 21 (2013), nr 1, s. 55–68.
- Gestrich R., *Aus- und Fortbildung für Krankenhausseelsorge*, [w:] *Handbuch der Krankenhausseelsorge*, red. M. Klessmann, Göttingen 2013⁴, s. 330–340.
- Głodowska K.B., Bendowska A., *Transkulturowa opieka medyczna niezbędnym elementem w programach nauczania na uniwersytetach medycznych w Polsce*, [w:] *Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej*, red. E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau, Poznań 2016, s. 791–798.
- Góralski W., Górecki E., Krukowski J., Krzywda J., Majer P., Zubert B., *Komentarz do Kodeksu Prawa Kanonicznego*, t. III/2, *Księga IV: Uświęcające zadania Kościoła*, Poznań 2011.

- Haart D., *Die Rolle der Seelsorge im Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus*, [w:] *Handbuch der Krankenhausseelsorge*, red. M. Klessmann, Göttingen 2013⁴, s. 42–57.
- Instrukcja Konferencji Episkopatu Polski dotycząca posługiwania chorym i umierającym*, „Akta Konferencji Episkopatu Polski” (2017), nr 29, s. 108–113.
- Jan Paweł II, Encyklika *Ut unum sint*, Watykan 1995.
- Katechizm Kościoła katolickiego*, Poznań 2002².
- Klein M., *Krankheit und ihre Deutung in der Reformation*, [w:] *Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch*, red. G. Thomas, I. Karle, Stuttgart 2009, s. 274–289.
- Klessmann M., *Ausblick: Krankenhausseelsorge als Dienst der Kirche in der pluralen Gesellschaft*, [w:] *Handbuch der Krankenhausseelsorge*, red. M. Klessmann, Göttingen 2013⁴, s. 341–350.
- Kodeks Prawa Kanonicznego*, Poznań 1984.
- Konkordat między Stolicą Apostolską i Rzeczpospolitą Polską, podpisany w Warszawie dnia 28 lipca 1993 r.*, „Dziennik Ustaw” 1998, nr 51, poz. 318.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*, „Dziennik Ustaw” 1997, nr 78, poz. 483.
- Krakowiak Cz., *Sakramenty uzdrowienia. Zagadnienia wybrane*, Lublin 2016.
- Krukowski J., *Polskie prawo wyznaniowe*, Warszawa 2008.
- Kwiatkowski D., *Namaszczenie chorych – spotkanie osoby chorej z Chrystusem uzdrawiającym*, [w:] *W Jego ranach nasze zdrowie. Teologia sakramentów uzdrowienia*, red. K. Porosło, Kraków 2015, s. 127–172.
- Lankau A., *Rola przekonań religijnych w sprawowaniu opieki medycznej*, [w:] *Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej*, red. E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau, Poznań 2016, s. 274–288.
- Lekan J., *Namaszczenie chorych czy ostatnie namaszczenie?*, „Roczniki Teologiczne” 64 (2017), z. 2 (Teologia dogmatyczna), s. 135–151.
- Lewko J., *Holistyczny model opieki nad chorym*, [w:] *Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej*, red. E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau, Poznań 2016, s. 289–299.
- Łukaszuk C.R., Krajewska-Kułak E., *Satysfakcja z opieki jako istotny element jakości opieki medycznej nad pacjentem*, [w:] *Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej*, red. E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau, Poznań 2016, s. 302–314.
- Merlino J.I., Raman A., *Health Care’s Service Fanatics*, „Harvard Business Review” 91 (2013), Iss. 5, s. 108–116.
- Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T., *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 93 (2012), nr 4, s. 682–686.
- Papieska Rada do spraw Jedności Chrześcijan, *Dyrektorium w sprawie realizacji zasad i norm dotyczących ekumenizmu*, „Communio” 80 (1994), nr 2, s. 3–93.
- Rakoczy B., *Ustawa o stosunku państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2008.
- Rieger H.-M., *Gesundheit. Erkundungen zu einem menschenangemessenen Konzept*, Leipzig 2013.

- Sakrament chorych. Obrzędy i duszpasterstwo*, Katowice 1993².
- Sambor P., *Sakrament namaszczenia chorych*, [w:] *Znaki tajemnicy. Sakramenty w teorii i praktyce Kościoła*, red. K. Porosło, R.J. Woźniak, Kraków 2018, s. 419–455.
- Sarnacka E., *Prawa pacjenta odmiennego kulturowo*, [w:] *Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej*, red. E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau, Poznań 2016, s. 113–132.
- Skowronek A., *Chorzy i ich sakrament*, Włocławek 1997.
- Sojka J., Korczago A., *Pacjent protestant wobec zagadnień choroby i ochrony zdrowia*, [w:] *Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej*, red. E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau, Poznań 2016, s. 574–591.
- Ustawa z 13 maja 1994 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w RP*, Dziennik Ustaw 1994, nr 73, poz. 323.
- Ustawa z 17 maja 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w RP*, Dziennik Ustaw 2013, poz. 1169.
- Ustawa z 17 maja 1989 r. o wolności sumienia i wyznania*, Dziennik Ustaw 1989, nr 25, poz. 155.
- Ustawa z 4 lipca 1991 r. o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego*, Dziennik Ustaw 1991, nr 66, poz. 287.
- Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Dziennik Ustaw 2009, nr 52, poz. 417.
- Van Damme-Ostapowicz K., *Kontekst kultury w opiece zdrowotnej na świecie*, [w:] *Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej*, red. E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau, Poznań 2016, s. 229–241.
- Zimmerling P., *Krankheit und Krankenheilung. Ein Vergleich zwischen der lutherischen Agende „Dienst an Krankheit“ und dem pfingstlich-charismatischen Programm der Krankenheilung*, [w:] *Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch*, red. G. Thomas, I. Karle, Stuttgart 2009, s. 563–579.
- Zizioulas J., *Illness and Healing in Orthodox Theology*, Alhambra (CA) 2016.

Ks. Jacek Froniewski – doktor, kapłan archidiecezji wrocławskiej, magister geografii społeczno-ekonomicznej Uniwersytetu Wrocławskiego. Doktoryzował się z teologii dogmatycznej u ks. prof. R.E. Rogowskiego na Papieskim Wydziale Teologicznym we Wrocławiu. Od 2014 r. jest adiunktem w I Katedrze Teologii Dogmatycznej PWT i prowadzi wykłady z dogmatyki. Wydał książkę *Teologia anamnezy eucharystycznej jako pamiętki uobecniającej ofiarę Chrystusa i jej implikacje ekumeniczne* (Wrocław 2011). Główne pole zainteresowań badawczych to teologia ekumeniczna i sakramentologia. Wyniki swoich badań publikuje m.in. w „Teologii w Polsce”, „Communio”, „Wrocławskim Przeglądzie Teologicznym”. Od 2017 roku pełni również funkcję kanclerza Wrocławskiej Kurii Metropolitalnej.