

„Ten bezbożnik z trzynastki księdza wyrzucił”

czyli o wolności sumienia i wyznania
w systemie opieki
zdrowotnej
w Polsce



Pod redakcją Joanny Balsamskiej i Szymona Beźnica

„Ten bezbożnik z trzynastki księdza wyrzucił”

czyli o wolności sumienia i wyznania
w systemie opieki zdrowotnej w Polsce

pod redakcją
Joanny Balsamskiej i Szymona Beźnica

Kraków 2023

„Ten bezbożnik z trzynastki księdza wyrzucił”, czyli o wolności sumienia i wyznania
w systemie opieki zdrowotnej w Polsce.

pod redakcją Joanny Balsamskiej i Szymona Beźnica

Copyright © Fundacja na Rzecz Różnorodności Polistrefa

Redakcja merytoryczna: Joanna Balsamska, Szymon Beźnic

Korekta: Daria Będkowska

Skład: Adrian Szatkowski (zeczernia.net)

Projekt okładki: Anna Hejnar

Wydawczyni:

Fundacja na Rzecz Różnorodności Polistrefa

ul. Bobrzyńskiego 39a/28

30-348 Kraków

www.polistrefa.pl

e-mail: fundacja@polistrefa.pl

Kraków 2023

Wydanie I

Wersja drukowana: ISBN 978-83-944558-6-6

Wersja elektroniczna: ISBN 978-83-944558-7-3

Publikacja nieodpłatna, nie może być sprzedawana.

Publikacja została wydana na licencji Creative Commons „Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne – Na tych samych warunkach 4.0”



Iceland  _____
Liechtenstein **Active**
Norway **citizens fund**

Publikacja powstała w ramach projektu „Wolność sumienia i wyznania pacjentów w systemie opieki zdrowotnej” finansowanego przez Islandię, Liechtenstein i Norwegię z Funduszy EOG w ramach Programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy.

Spis treści

Wstęp	11
Analiza stanu prawnego oraz orzecznictwa	14
Wstęp	14
Źródła praw człowieka o charakterze międzynarodowym	15
Regulacje krajowe	17
Podstawy zatrudniania osób świadczących posługę religijną w podmiotach leczniczych	26
Prawa pacjenta wynikające z wolności sumienia i religii	30
Pozostałe prawa wynikające z wolności sumienia i religii.	35
Podsumowanie.	47
Bibliografia.	49
Monitoring wybranych mediów. Analiza zawartości	54
Wstęp	54
Obecność religii w placówkach medycznych (obrzędy, symbole religijne, przemoc symboliczna)	55
Klauzula sumienia	66
Kapelan w szpitalu – wynagrodzenie, prawne podstawy zatrudnienia	80
Kaplice szpitalne	84
Podsumowanie.	87
Bibliografia.	89
Informacje otrzymane od szpitali na drodze dostępu do informacji publicznej	98
Doświadczenia i opinie osób pacjenckich. Raport z badań ilościowych.	109
Nota metodologiczna	109
Charakterystyka grupy badanych – doświadczenia własne osób badanych	113
Charakterystyka grupy badanych – doświadczenia bliskich osób	122
Procedura przyjęcia do szpitala: typ diety	128
Procedura przyjęcia do szpitala: chęć skorzystania z posługi duchowej.	130
Procedura przyjęcia do szpitala: przykre/nieprzyjemne sytuacje związane z wyznaniem lub bezwyznaniowością	132

Pobyty w szpitalu: przykre/nieprzyjemne sytuacje związane z wyznaniem lub bezwyznaniowoscia	138
Pobyty w szpitalu: obecnośc kapłana rzymskokatolickiego w szpitalu	149
Pobyty w szpitalu: dieta wynikająca z zasad religijnych lub światopoglądu	172
Pobyty w szpitalu: post związany z wyznawaną religią	183
Pobyty w szpitalu: posługa osób duchownych innych wyznań niż rzymskokatolickie	188
Pobyty w szpitalu: praktyki religijne wyznań mniejszościowych	195
Pobyty w szpitalu: kaplica szpitalna/miejsca do modlitwy/ praktyk religijnych na terenie szpitala	204
Pobyty w szpitalu: religijne zasady postępowania w przypadku śmierci/umierania bliskiej osoby w szpitalu	217
Pobyty w szpitalu: religijne zasady postępowania ze zwłokami w przypadku śmierci bliskiej osoby w szpitalu	220
Pobyty w szpitalu: religijne zasady związane z ubiorem	222
Pobyty w szpitalu: płeć lekarza, który bada kobietę lub mężczyznę a zasady religijne	226
Pobyty w szpitalu: poród, opieka okołoporodowa a zasady religijne	229
Pobyty w szpitalu: opieka nad noworodkiem a zasady religijne	231
Pobyty w szpitalu: nieakceptowanie leków, preparatów z powodów religijnych	233
Pobyty w szpitalu: nieakceptowanie zabiegów medycznych z powodów religijnych	236
Pobyty w szpitalu: powoływanie się na klauzulę sumienia przez personel szpitala	238
Wizyty w przychodniach, poradniach: nieprzyjemne sytuacje związane z wyznaniem lub bezwyznaniowoscia	246
Zaufanie do publicznej ochrony zdrowia – doświadczenia własne badanych oraz doświadczenia bliskich osób	252
Respektowanie prawa do praktykowania własnej religii podczas pobytu w szpitalu i/lub wizyty w przychodni – doświadczenia własne osób badanych oraz doświadczenia bliskich osób	255
Respektowanie wolności sumienia i wyznania podczas pobytu w szpitalu i/lub wizyty w przychodni – doświadczenia własne osób badanych oraz doświadczenia bliskich osób	258
Doświadczenia i opinie osób pacjenckich oraz duchownych należących do mniejszości wyznaniowych i światopoglądowych.	
Raport z badań jakościowych	261
Nota metodologiczna	261
Skala obecności religii w placówkach ochrony zdrowia	264

Kaplice szpitalne	272
Kapelani szpitalni	280
Realizacja wolności sumienia i wyznania podczas pobytu w szpitalu.	292
Zasady religijne	328
Podsumowanie.	347
Bibliografia.	351
Doświadczenia personelu medycznego pracującego zagranicą.	
Raport z badań jakościowych.	352
Nota metodologiczna	352
Szkolenia personelu medycznego.	352
Pytania o wyznanie osób hospitalizowanych	362
Symbole religijne oraz przedmioty o charakterze religijnym	365
Kaplice szpitalne	367
Miejsca modlitw dla osób wyznających islam	369
Posługa duchowa w szpitalach	370
Praktyki religijne w szpitalach	375
Dieta wynikająca z wyznawanej religii lub światopoglądu	379
Ubiór wynikający z wyznawanej religii.	381
Leki i terapie nieakceptowane z powodów religijnych	383
Płeć personelu, a oczekiwania osób pacjenckich wynikające z wyznawanej religii	386
Kontakt z osobami obcojęzycznymi	388
Sytuacje konfliktowe związane z wyznawaną religią lub światopoglądem	391
Niechciane praktyki religijne (udzielane bez wiedzy i zgody osób hospitalizowanych)	394
Klauzula sumienia	395
Konsultacje z osobami duchownymi w procesie leczenia.	397
Podsumowanie.	399
Rekomendacje	401

Rozwijając własne kompetencje związane z umiejętnością rozpoznania i funkcjonowania w ramach różnic kulturowych, lekarze i pracownicy ochrony zdrowia mają szansę dostrzec granice i specyfikę autonomii i indywidualności pacjenta, dzięki czemu łatwiej do niego dotrzeć i rozpocząć wspólną pracę nad pokonaniem choroby.

ŁUKASZ ANDRZEJEWSKI, Jak rozmawiać z pacjentem?

Wstęp

Niniejsza publikacja przedstawia wyniki badań zrealizowanych w ramach projektu „Wolność sumienia i wyznania pacjentów w systemie opieki zdrowotnej”, finansowanego przez Islandię, Lichtenstein i Norwegię z Funduszy EOG w ramach programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy. Projekt realizowała Fundacja na Rzecz Różnorodności Polistrefa.

Inspiracją do podjęcia tematu były doniesienia prasowe pokazujące, że przestrzeń szpitali w Polsce jest wielowymiarowo i systemowo zdominowana przez Kościół rzymskokatolicki, co niesie ze sobą ryzyko dyskryminacji osób z mniejszości wyznaniowych i światopoglądowych.

Przed rozpoczęciem projektu przeprowadzono konsultacje z osobami należącymi do mniejszościowych związków wyznaniowych oraz osobami bezwyznaniowymi, które wskazały na zasadność podjęcia tej tematyki. Niejednokrotnie osoby te relacjonowały wyzwania i trudności doświadczane w placówkach medycznych, które wynikały z przynależności religijnej lub jej braku.

Co więcej, uzyskane informacje pozwoliły postawić tezę, że w placówkach ochrony zdrowia w Polsce istnieje zagrożenie dyskryminacją ze względu na wyznanie i światopogląd oraz że ma w nich miejsce sytuacja narażania osób hospitalizowanych na presję światopoglądową, przede wszystkim ze strony kapelanów szpitalnych, a także innych osób tam pracujących.

Istotna w podjęciu decyzji o realizacji raportowanego projektu badawczego okazała się być także niewielka liczba badań realizowanych w Polsce, które byłyby poświęcone problematyce wolności sumienia i wyznania osób hospitalizowanych w systemie ochrony zdrowia.

Zauważono także, że publikacje omawiające tematykę wielokulturowości w ochronie zdrowia, w tym także religijnej różnorodności oraz tematykę strukturalnych i kulturowych barier w dostępie do świadczeń zdrowotnych są nieliczne i często ograniczone do opisu tylko kilku wybranych tradycji religijnych.

Dodatkowo zwrócono uwagę na formułowane w miarę często postulaty konieczności edukacji społeczeństwa na temat rosnącej różnorodności religijnej i kulturowej w związku z częstymi migracjami, które powodują lub będą powodować wzrost liczby osób pacjenckich z różnych kultur i religii. Warto zaznaczyć,

że edukacja na temat obecnych w Polsce od dawna mniejszości religijnych jest marginalizowana, a także jest potrzebna.

Badania zrealizowane w ramach projektu obejmowały:

- analizę aktualnego stanu prawnego oraz orzecznictwa dotyczącego problematyki wolności sumienia i wyznania w Polsce,
- analizę zawartości artykułów opublikowanych w wybranych mediach w latach 2016–2021 pod kątem doniesień o przypadkach dyskryminacji na tle wyznaniowym i światopoglądowym oraz problematyki wolności sumienia i wyznania w systemie ochrony zdrowia,
- analizę informacji uzyskanych w ramach dostępu do informacji publicznej od szpitali,
- badania ilościowe realizowane techniką ankiety internetowej CAWI z osobami pełnoletnimi, które w latach 2016–2022 korzystały z publicznej ochrony zdrowia (szpitale lub przychodnie),
- badania jakościowe realizowane techniką indywidualnych wywiadów pogłębianych przeprowadzone z osobami z mniejszości wyznaniowych lub światopoglądowych, w tym z osobami duchownymi. Badania obejmowały także wywiady z osobami pracującymi w placówkach ochrony zdrowia w innych krajach (Francja, Szwecja, USA, Wielka Brytania, Włochy).

W raporcie przedstawiono przypadki nadużyć i dyskryminacji na tle wyznaniowym i światopoglądowym, które stanowią istotny argument za wprowadzeniem procedur i zasad zmniejszających prawdopodobieństwo ich pojawienia się w przyszłości, tym samym powinny wpłynąć pozytywnie na poprawę dobrostanu osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych.

Wnioski z przeprowadzonego procesu badawczego pozwoliły na przygotowanie rekomendacji adresowanych do Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, uczelni kształcących na kierunkach medycznych, placówek ochrony zdrowia oraz organów prowadzących te placówki.

W ramach projektu przygotowano serię podcastów oraz broszury informacyjne „Wolność sumienia i wyznania w systemie ochrony zdrowia w Polsce”, które zostały opracowane dla osób pacjenckich oraz dla pracujących w systemie ochrony zdrowia.

Opracowano także aplikację mobilną przygotowaną dla osób pracujących w placówkach ochrony zdrowia „infoREL. Inklusywna opieka zdrowotna dla osób różnych wyznań”. Zawiera ona podstawowe informacje o nakazach, obowiązkach i potrzebach wynikających z wyznawanej religii.

W raporcie stosowany jest język inkluzywny, w tym wyrażenia niewskazujące na płeć (osobatywy), z których jednak niekiedy rezygnowano z uwagi na priorytet czytelności wyводу. Równocześnie w raporcie zastąpiono terminy takie jak opieka duszpasterska, posługa duszpasterska, które choć występują w regulacjach prawnych, to są osadzone w tradycji chrześcijańskiej i niewystarczająco inkluzywne. Zaproponowano terminologię włączającą różne tradycje religijne oraz obejmującą także wsparcie humanistyczne dla osób bezwyznaniowych (opieka duchowa, posługa duchowa).

Realizacja projektu „Wolność sumienia i wyznania pacjentów w systemie opieki zdrowotnej” była możliwa dzięki finansowaniu przez Islandię, Liechtenstein i Norwegię z Funduszy EOG w ramach Programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy, za które dziękujemy.

Joanna Balsamska
Szymon Beźnic

Analiza stanu prawnego oraz orzecznictwa

Stan prawny na dzień 15.02.2022 r.

Wstęp

Wolność sumienia i religii zaliczane są do praw człowieka, wywodzonych z przyrodzonej godności jednostki. Prawa człowieka są prawami osobistymi, związanymi bezpośrednio i nierozzerwalnie z człowiekiem, obejmującymi sferę jego fizyczności oraz psychikę. Uznaje się, że przynależą każdej osobie, wynikając wprost z samego faktu bycia człowiekiem oraz bez względu na wolę władz. Przynależą więc każdej osobie niezależnie od narodowości, rasy, płci, przekonań politycznych, wyznania, posiadanego obywatelstwa, miejsca zamieszkania czy zameldowania. Prawa te są niezbywalne, co oznacza, że nikogo nie można ich pozbawić.¹

Prawa człowieka podlegają ochronie jako wartości cenne i uniwersalne, leżące u podstaw współczesnych społeczeństw i państw demokratycznych. Ochrona ta polega z jednej strony na umożliwianiu ich indywidualnej realizacji w sferze życia osobistego i społecznego każdego człowieka, z drugiej zaś na przeciwdziałaniu naruszaniu tych praw przez inne jednostki, w ramach realizacji ich własnych praw, na skutek dyskryminacji lub też ze strony państwa, przez organy władzy państwowej. Do specyfiki praw człowieka należy też generalny zakaz ich ograniczania, od którego wprowadzane są jedynie wyjątki ze względu na szczególne okoliczności i konieczność ochrony dóbr o wyższej wartości.

W związku z ich doniosłym znaczeniem, prawa człowieka, w tym wolność sumienia i religii, są przedmiotem traktowania licznych aktów prawa międzynarodowego i krajowego. Z tego też powodu, analizując przepisy dotyczące wolności

¹ W niniejszym rozdziale z uwagi na jasność wyводу oraz nomenklaturę stosowaną w regulacjach prawnych zdecydowano o rezygnacji ze stosowania form niewskazujących na płeć (osobatywy) oraz ograniczono częstotliwość stosowania feminatywów.

sumienia i religii w systemie ochrony zdrowia, należy zarazem umieścić je w szerszym kontekście, ukazując nie tylko krajowe, lecz przynajmniej w zarysie, również obowiązujące w wymiarze międzynarodowym źródła.

Źródła praw człowieka o charakterze międzynarodowym

Do najistotniejszych aktów prawa międzynarodowego w systemie ONZ należy **Powszechna Deklaracja Praw Człowieka**, uchwalona 10 grudnia 1948 r., w Paryżu, a więc tuż po zakończeniu i w klimacie refleksji po II wojnie światowej. Dokument ten w art. 18, stanowi: „Każdy człowiek ma prawo do wolności myśli, sumienia i religii; prawo to obejmuje wolność zmiany religii lub wiary oraz wolność głoszenia swej religii lub wiary, bądź indywidualnie, bądź wspólnie z innymi ludźmi, publicznie lub prywatnie poprzez nauczanie, praktykowanie, uprawianie kultu i praktyk religijnych.

W roku 1966 r., w efekcie konferencji ONZ w Nowym Jorku, uchwalono **Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych** (Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167) ratyfikowany następnie przez Polskę w dniu 3 marca 1977 r. W części III Paktu, dotyczącej podstawowych praw obywatelskich i politycznych, analogicznie jak w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, na której gruncie Pakt został wypracowany, art. 18 również odnosi się do wolności sumienia oraz wyznania:

1. Każdy ma prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania. Prawo to obejmuje wolność posiadania lub przyjmowania wyznania lub przekonań według własnego wyboru oraz do uzewnętrzniania indywidualnie czy wspólnie z innymi, publicznie lub prywatnie, swej religii lub przekonań przez uprawianie kultu, uczestniczenie w obrzędach, praktykowanie i nauczanie.
2. Nikt nie może podlegać przymusowi, który stanowiłby zamach na jego wolność posiadania lub przyjmowania wyznania albo przekonań według własnego wyboru.

Aktem prawa międzynarodowego szczególnie ważnym w kontekście niniejszej analizy jest **Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności** (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 z późn. zm.) podpisana 4 listopada 1950 r. w Rzymie. Wynika to z faktu, iż począwszy od momentu jej ratyfikowania przez

Polskę w dniu 1 maja 1993 r. nasz kraj uznaje jurysdykcję Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (dalej również: „ETPC”) do przyjmowania skarg indywidualnych. Po wyczerpaniu drogi krajowej, umożliwia to, przy spełnieniu warunków wskazanych w Konwencji, wniesienie takiej skargi każdej osobie, która uważa, że zagwarantowane jej w ramach Konwencji prawa zostały naruszone. Do wolności sumienia i religii odnosi się art. 9 Konwencji, który stanowi:

1. Każdy ma prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania; prawo to obejmuje wolność zmiany wyznania lub przekonań oraz wolność uzewnętrzniania indywidualnie lub wspólnie z innymi, publicznie lub prywatnie, swego wyznania lub przekonań przez uprawianie kultu, nauczanie, praktykowanie i czynności rytualne.
2. Wolność uzewnętrzniania wyznania lub przekonań może podlegać jedynie takim ograniczeniom, które są przewidziane przez ustawę i konieczne w społeczeństwie demokratycznym z uwagi na interesy bezpieczeństwa publicznego, ochronę porządku publicznego, zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób.

Wolność sumienia i religii w rozumieniu art. 9 Konwencji i przynależne jej gwarancje odnoszą się tak do poszczególnych jednostek ludzkich, jak i wspólnot religijnych. Jak wskazał ETPC w sprawie Kokkinakis przeciwko Grecji (Wyrok ETPC z 25.05.1993 r., 14307/88, LEX nr 80665)², „wolność sumienia i wyznania jest jednym z fundamentów demokratycznego społeczeństwa. W przypadku osób wierzących chroni ich religijną tożsamość oraz koncepcję życia, ale ma znaczenie również dla ateistów, agnostyków, sceptyków i osób obojętnych na sprawy religii. Pluralizm, o który walczone przez wieki, jest nierozłącznie związany z demokratycznym społeczeństwem i zależy od niego. Chociaż wolność przekonań religijnych jest z zasady sprawą jednostki, zakłada również swobodę manifestowania swej religii”. Chroniona w art. 9 Konwencji wolność sumienia i religii obejmuje więc prawo do wyznawania, ale także niewyznawania żadnej religii; prawo do członkostwa, lecz także odmowy przynależności do jakiegokolwiek Kościoła czy związku wyznaniowego, a także prawo do uzewnętrzniania powyższych faktów i przekonań zarówno w sytuacjach prywatnych, jak i publicznych.

² Minos Kokkinakis zwrócił się ze skargą do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka ponieważ na mocy obowiązującego w Grecji prawa zakazującego prozelityzmu, jako Świadek Jehowy, był wielokrotnie karany za głoszenie swojej wiary. ETPC stwierdził, że Minos Kokkinakis ma prawo do informowania innych osób o swojej wierze i stwierdził, iż rząd Grecji naruszył jego prawo do wolności wyznania oraz z tego tytułu zasądził na rzecz skarżącego zadośćuczynienie.

Jak wskazał ETPC w powołanym wyżej wyroku „Konwencja nie gwarantuje bowiem prawa do niestykania się z opiniami pozostającymi w opozycji do ich (osób korzystających z wolności sumienia i wyznania) własnych poglądów”. Tak więc osoby posiadające różne przekonania, na równi korzystają z prawa do ich realizowania i prezentowania. Są przy tym obowiązane do tolerowania obecności oraz korzystania z takich samych praw przez osoby o poglądach odmiennych, a nawet im przeciwnych. Zgodnie z cytowanym wyżej art. 9 ust. 2 Konwencji ograniczeniom podlegać może jedynie wolność uzewnętrzniania wyznania i przekonań, przy czym ograniczenia mogą być wprowadzone tylko w formie ustawy oraz wyłącznie ze względu na konieczność ochrony dóbr wymienionych w zamkniętym katalogu tego przepisu.

Regulacje krajowe

1. Konstytucja RP

W zgodzie z powyższym, również rodzime akty normatywne obowiązujące na terytorium Polski statuują wolność sumienia i religii jako prawa podmiotowe, przynależne każdemu człowiekowi, niezbywalne i ściśle związane z jego osobą. W konsekwencji ich doniosłości, umieszczono je w katalogu praw i wolności zagwarantowanych przepisami **Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej** z 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.), gdzie do wolności wyznania i religii odnosi się art. 53:

1. Każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii.
2. Wolność religii obejmuje wolność wyznawania lub przyjmowania religii według własnego wyboru oraz uzewnętrzniania indywidualnie lub z innymi, publicznie lub prywatnie, swojej religii przez uprawianie kultu, modlitwę, uczestniczenie w obrzędach, praktykowanie i nauczanie. Wolność religii obejmuje także posiadanie świątyń i innych miejsc kultu w zależności od potrzeb ludzi wierzących oraz prawo osób do korzystania z pomocy religijnej tam, gdzie się znajdują.
3. Rodzice mają prawo do zapewnienia dzieciom wychowania i nauczania moralnego i religijnego zgodnie ze swoimi przekonaniem. Przepis art. 48 ust. 1 stosuje się odpowiednio.

4. Religia kościoła lub innego związku wyznaniowego o uregulowanej sytuacji prawnej może być przedmiotem nauczania w szkole, przy czym nie może być naruszona wolność sumienia i religii innych osób.
5. Wolność uzewnętrzniania religii może być ograniczona jedynie w drodze ustawy i tylko wtedy, gdy jest to konieczne do ochrony bezpieczeństwa państwa, porządku publicznego, zdrowia, moralności lub wolności i praw innych osób.
6. Nikt nie może być zmuszany do uczestniczenia ani do nieuczestniczenia w praktykach religijnych.
7. Nikt nie może być obowiązany przez organy władzy publicznej do ujawnienia swojego światopoglądu, przekonań religijnych lub wyznania.

Wolność religii (wyznania) zgodnie z art. 53 Konstytucji oznacza prawo każdej jednostki do wyznawania, przyjmowania i uzewnętrzniania przekonań religijnych. Wolność ta wyraża się między innymi w uprawnieniu osób wierzących do korzystania z posługi religijnej w miejscu, w którym się znajdują, głoszeniu swoich poglądów, sprawowaniu kultu, wyrażaniu przekonań zarówno w sferze prywatnej, jak i publicznej. Wolność religii dotyczy przy tym każdej wyznawanej religii, której wybór, porzucenie bądź też zmiana nie mogą nikomu być nakazane ani zabronione. Ponadto, nikt nie może być zmuszany do uczestniczenia bądź też niebrania udziału w praktykach religijnych.

O ile wolność religii została dość szeroko opisana w art. 53 ust. 2 Konstytucji, to ustawa zasadnicza właściwie nie definiuje wolności sumienia ani też nie wprowadza granic jej przestrzegania. W komentarzu do art. 53 Konstytucji Wiesław Skrzydło stwierdza, iż wolność sumienia jest drugą stroną wolności religii i w konsekwencji definiuje wolność sumienia jako wolność wyboru światopoglądu, w tym także innego niż religijny (Skrzydło 2013). Również M. Klinowski podziela pogląd, iż wskazana w Konstytucji „wolność sumienia” obejmuje przekonania, w tym niekoniecznie o charakterze religijnym (Klinowski 2019). Takie rozumienie konstytucyjnej wolności sumienia może być szczególnie istotne dla osób o światopoglądzie niereligijnym, gwarantując poszanowanie ich praw, czego Konstytucja nie czyni w stopniu zadowalającym (tamże). Rozumiana w ten sposób wolność sumienia będzie wiązała się również z prawem do jej uzewnętrzniania w sferze prywatnej i publicznej, statuując prawa zwolenników światopoglądu laickiego na równi z prawami osób o światopoglądzie religijnym. Takie rozumienie wolności sumienia znajduje oparcie w art. 32 Konstytucji i zawartej w nim zasadzie równego traktowania i niedyskryminacji:

art. 32 ust. 1. Wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne. Ust. 2. Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiejkolwiek przyczyny.

Ponadto, na tę ścieżkę interpretacji wskazuje preambuła Konstytucji, definiując Naród jako osoby wierzące i niewierzące równe w prawach i powinnościach:

(...) my, Naród Polski – wszyscy obywatele Rzeczypospolitej, zarówno wierzący w Boga będącego źródłem prawdy, sprawiedliwości, dobra i piękna, jak i nie podzielający tej wiary, a te uniwersalne wartości wywodzący z innych źródeł, równi w prawach i w powinnościach wobec dobra wspólnego – Polski (...).

Niezależnie od posiadanego światopoglądu, w myśl Konstytucji, rodzice uprawnieni są do wychowywania dzieci zgodnie ze swoimi przekonaniami, z uwzględnieniem stopnia dojrzałości dziecka oraz biorąc pod uwagę wolność sumienia i wyznania dziecka oraz jego przekonania (art. 48 ust. 1 Konstytucji RP: „Rodzice mają prawo do wychowania dzieci zgodnie z własnymi przekonaniami. Wychowanie to powinno uwzględniać stopień dojrzałości dziecka, a także wolność jego sumienia i wyznania oraz jego przekonania”). Ta norma przyznaje rodzicom prawo do decydowania o sposobie i zakresie korzystania przez ich dzieci z prawa do wolności sumienia i religii zgodnie ze światopoglądem rodziców. Nie jest to wszakże uprawnienie bezwzględne, ponieważ nakazuje zarazem, stosownie do stopnia jego rozwoju, uwzględniać światopogląd dziecka.

W ramach wolności sumienia i religii Konstytucja zapewnia jednostkom prawo do szczególnej ochrony przed ingerencją państwa. Przytoczona wyżej regulacja z art. 53 w ust. 5 wskazuje, iż prawa te mogą być ograniczone jedynie w drodze ustawy, a przy tym tylko w wyjątkowych okolicznościach, kiedy służy to ochronie dóbr szczególnej rangi, do których Konstytucja zalicza bezpieczeństwo państwa, porządek publiczny, zdrowie i moralność lub wolności i prawa innych osób. Nadto, art. 53 ust. 7 powołanego przepisu kieruje do organów władz publicznych konstytucyjny zakaz ustanawiania norm prawnych, które zmuszałyby do ujawniania światopoglądu, przekonań lub wyznania. Na wolność sumienia i religii składają się więc: prawo jednostki do szeroko pojętego wyrażania i praktykowania swojej wiary, wolność rozumiana jako prawo do ochrony przed ingerencją innych osób w tę sferę oraz kierowany do władz publicznych zakaz zmuszania obywateli do ujawniania informacji o sobie w tym zakresie.

Art. 53 ustawy zasadniczej należy odczytywać w powiązaniu z art. 25 ust. 1 (art. 25 ust. 1: „Kościoły i inne związki wyznaniowe są równouprawnione” Konstytucji RP) wprowadzającym konstytucyjną zasadę równouprawnienia Kościołów i innych związków wyznaniowych. Ten sam art. w ust. 2 (art. 25 ust. 2 Władze publiczne w Rzeczypospolitej Polskiej zachowują bezstronność w sprawach przekonań religijnych, światopoglądowych i filozoficznych, zapewniając swobodę ich wyrażania w życiu publicznym Konstytucji RP) nakazuje władzom publicznym zachowanie bezstronności w sprawach przekonań religijnych, światopoglądowych i filozoficznych.

Artykuł 25 Konstytucji jest przy tym istotny dla ustalenia modelu relacji pomiędzy państwem a Kościołami i związkami wyznaniowymi, określanego często na gruncie obowiązujących regulacji mianem modelu „separacji przyjaznej”, wyrażającej stosunek państwa do wspólnot religijnych. W takim modelu świeckości, przy wynikającym z art. 53 Konstytucji zakazie ingerencji państwa w sferę wolności sumienia i religii, władze publiczne równocześnie mogą podejmować działania na rzecz wspólnot religijnych celem umożliwienia im realizacji wolności sumienia i religii. A więc przy równoczesnym usankcjonowaniu pluralizmu religijnego, państwo nie przyjmuje postawy obojętnej ani biernej, lecz podejmuje działania mające na celu współpracę, a nawet pomoc wspólnotom wyznaniowym, wobec których posiada pozytywne obowiązki (por. komentarz do art. 25 Konstytucji – L. Garlicki, M. Zubik 2016). Należy zauważyć, że poglądy w kwestii siły i charakteru relacji państwo – wspólnoty wyznaniowe nie są jednolite, podobnie jak nie są jednolite przyjęte w polskim prawodawstwie regulacje na różnych jego poziomach. Ustawa o gwarancjach wolności sumienia i wyznania z 17 maja 1989 roku (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1153) w art. 10 ust. 1 posługuje się określeniem „państwo świeckie, neutralne w sprawach religii i przekonań”. Natomiast pojęć „bezstronności” i „neutralności światopoglądowej” używał łącznie Trybunał Konstytucyjny wskazując, że: „Bezstronność i neutralność światopoglądowa państwa (władz publicznych) oznacza również, że nie istnieje religia państwowa, urzędowa czy narodowa na gruncie Konstytucji (i w ogóle porządku prawnego)”, a także: „Zdaniem Trybunału, z Konstytucji, zwłaszcza z art. 25 i art. 53, wynika *neutralny światopoglądowo*, świecki w istocie charakter państwa, zgodny jednak ze wspomnianymi wcześniej tradycjami i współczesnymi polskimi uwarunkowaniami społecznymi, ale odpowiadający wymaganiom współczesnego państwa demokratycznego (...)” (sygn. akt U 10/07). Stąd wydaje się, iż przynajmniej w pewnym zakresie, mogą to być pojęcia treściowo tożsame.

Zasadę równouprawnienia Kościołów i innych związków wyznaniowych odczytuje się w ten sposób, że przyznanie określonego prawa jednemu

z Kościołów lub związków wyznaniowych winno skutkować powstaniem analogicznego prawa dla pozostałych wspólnot religijnych, o ile prawo to związane jest ze statusem Kościoła lub związku wyznaniowego jako takiego. Samo określenie „Kościóły i inne związki wyznaniowe” nie służy różnicowaniu pod względem przysługujących uprawnień Kościołów oraz związków wyznaniowych, a jedynie wskazuje, iż do grupy związków wyznaniowych rozumianej szerzej należą związki wyznaniowe nazywane Kościołami. W tym miejscu należy zaznaczyć, iż w art. 25 ust. 4 ustawa zasadnicza wymienia z nazwy Kościół katolicki jako jedyny związek wyznaniowy, określając przy tym, iż stosunki pomiędzy państwem a Kościołem katolickim reguluje umowa (Konkordat). Jest to również jedyna umowa, której zawarcie przewiduje Konstytucja. „W związku z wymienieniem w Konstytucji RP *eo nomine* Kościoła Katolickiego zarzuca się ustawie zasadniczej naruszenie zasady równouprawnienia wspólnot wyznaniowych, proklamowanej w pierwszym ustępie komentowanego artykułu” (Complak 2014). Uwagę zwraca również użyta w art. 25 ust. 4 Konstytucji terminologia. Jeżeli bowiem ustawodawcy chodziło o Kościół rzymskokatolicki, to posłużył się niewłaściwą nazwą. Jeżeli zaś o Kościół katolicki w ogóle, to należy wziąć pod uwagę, iż funkcjonuje on w czterech obrządkach: w obrządku łacińskim (Kościół rzymskokatolicki), obrządku bizantyjsko–ukraińskim (Kościół greckokatolicki), a także obrządku bizantyjsko–słowiańskim oraz obrządku ormiańskim. Co więcej, do tradycji katolickiej przyporządkowywane są na przykład Kościoły starokatolickie, a także nowe Kościoły i związki wyznaniowe identyfikujące się z tą tradycją.

W obszarze dotyczącym realizacji wolności sumienia i religii w systemie ochrony zdrowia, zasada równouprawnienia Kościołów i związków wyznaniowych oznacza, że uprawnienia przysługujące pacjentom należącym do jednego z wyznań powinny znaleźć odzwierciedlenie w odpowiednich uprawnieniach pacjentów należących do pozostałych Kościołów i związków wyznaniowych. Analogicznie, wszystkie Kościoły i związki wyznaniowe, jako wspólnoty należących do nich osób, powinny posiadać tożsame uprawnienia w warunkach, dostępie i możliwości udzielania posługi duchowej i pomocy swoim wiernym, znajdującym się w szpitalu.

2. Ustawa o gwarancjach wolności sumienia i wyznania

Wśród aktów prawnych w randze ustawy, wolność sumienia i religii stanowi przedmiot regulacji wspomnianej już wyżej **Ustawy z 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania** (Dz.U. z 2017 r., poz. 1153). Akt ten,

uchwalony w okresie transformacji ustrojowej, poprzedzał Konstytucję z 1997 r. i obowiązuje do dzisiaj, doprecyzowując materię ustawy zasadniczej, a także regulując kwestie dotyczące Kościołów i związków wyznaniowych, w stosunku do których nie uchwalono odrębnych aktów normatywnych. W konsekwencji, wobec Kościołów i związków wyznaniowych, których sytuacja nie została uregulowana indywidualnie, stosuje się przepisy tej ustawy, w tym m.in. dotyczące pomocy duchowej świadczonej pacjentom. Jak stanowi art. 1 Ustawy o gwarancjach wolności sumienia i wyznania:

1. Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu obywatelowi wolność *sumienia* i *wyznania*.
2. Wolność *sumienia* i *wyznania* obejmuje swobodę wyboru *religii* lub przekonań oraz wyrażania ich indywidualnie i zbiorowo, prywatnie i publicznie.
3. Obywatele wierzący wszystkich *wyznań* oraz niewierzący mają równe prawa w życiu państwowym, politycznym, gospodarczym, społecznym i kulturalnym

Ustawa o gwarancjach wolności sumienia i wyznania reguluje w szczególności zakres praw przysługujących osobom znajdującym się w warunkach wprowadzających ograniczenia swobody ich funkcjonowania. W myśl przepisów należą do nich: pełnienie służby wojskowej czy cywilnej, bądź też przebywanie w zakładach leczniczych, na koloniach itp. U źródeł tych regulacji leży świadomość, iż przykładowo pacjentów podlegających całodobowemu leczeniu w warunkach stacjonarnych (np. w szpitalu, hospicjum stacjonarnym) dotyka mocne ograniczenie przemieszczania się, z reguły nie mogą oni też przebywać poza budynkiem czy szerzej zakreślonym terenem szpitala.

A zatem, jak stanowi art. 4 ust. 1 pkt 2 Ustawy o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, osobom przebywającym w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych przysługuje prawo do uczestniczenia w czynnościach i obrzędach religijnych oraz wypełniania obowiązków religijnych i obchodzenia świąt religijnych, a także prawo do posiadania i korzystania z przedmiotów potrzebnych do uprawiania kultu i praktyk religijnych:

art. 41. Prawo określone w art. 2 pkt 2 oraz prawo do posiadania i korzystania z przedmiotów potrzebnych do uprawiania kultu i praktyk religijnych przysługują również osobom: (...) 2) przebywającym w zakładach służby zdrowia i opieki społecznej (...).

Analogicznie, na podstawie art. 19 ust. 2 pkt 3 wskazanej ustawy Kościoły i związki wyznaniowe mają prawo do udzielania posług religijnych, w tym również osobom przebywającym w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych:

art. 19 ust. 2 pkt 3 Wypełniając funkcje religijne kościoły i inne związki wyznaniowe mogą w szczególności udzielać posług religijnych, w tym osobom, o których mowa w art. 4, oraz organizować obrzędy i zgromadzenia religijne.

Zgodnie z art. 19 ust. 1 Ustawy o gwarancjach wolności sumienia i wyznania Kościoły i związki wyznaniowe korzystają na zasadach równouprawnienia ze swobody pełnienia funkcji religijnych, a więc każdy z Kościołów i związków wyznaniowych ma takie samo prawo do posługi religijnej w podmiotach leczniczych. W myśl natomiast zasady wyłącznie dobrowolnego uczestniczenia w praktykach religijnych, każdorazowo posługi te winny być kierowane tylko do osób, które wyrażają wolę, aby z nich korzystać. Zgodnie z brzmieniem Ustawy o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, nikt nie może być dyskryminowany bądź uprzywilejowany z powodu religii lub przekonań w sprawach religii, nie wolno również zmuszać obywateli do niebrania udziału w czynnościach lub obrzędach religijnych ani do udziału w nich (art. 6 ust. 1 i ust. 2 z dnia 17 maja 1989 r.).

3. Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Aktem prawnym przyznającym szczególne uprawnienia pacjentom w warunkach korzystania z ochrony zdrowia jest **Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta** (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 849 z późn. zm.), która została przyjęta w wykonaniu wyroków Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w zakresie zagwarantowania pacjentom dostępu do świadczeń zdrowotnych przewidzianych prawem, w sytuacji odmowy ich wykonania przez lekarza. Ustawa ta, w rozdziale 10. w art. 36–38, reguluje prawo pacjenta do posługi religijnej:

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 inaczej.

Przed wszystkim należy wskazać, iż Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, określając w art. 36 podmioty zobowiązane do zapewniania pacjentom posługi religijnej, odwołuje się do definicji działalności leczniczej oraz definicji podmiotu leczniczego zawartych w Ustawie z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 711 z późn. zm.). Takimi podmiotami leczniczymi w myśl art. 4 Ustawy o działalności leczniczej są: przedsiębiorcy oraz podmioty niebędące przedsiębiorcami, tj. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, jednostki wojskowe, a także inne podmioty – instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia, i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej oraz Kościoły, kościelne osoby prawne i związki wyznaniowe w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą. Stosownie natomiast do art. 3 oraz art. 2 Ustawy o działalności leczniczej, działalność lecznicza polegająca na udzielaniu świadczeń zdrowotnych stacjonarnie i całonocowo obejmuje: świadczenia szpitalne oraz świadczenia udzielane w hospicjum stacjonarnym, zakładzie opiekuńczo–leczniczym i zakładzie rehabilitacji leczniczej. W konsekwencji, każdy pacjent korzystający z udzielanych przez wymienione wyżej podmioty stacjonarnie i całonocowo świadczeń zdrowotnych uprawniony jest do uzyskania posługi religijnej, zaś obowiązek jej zapewnienia spoczywa na podmiocie leczniczym.

Kwestią wymagającą w tym miejscu rozpatrzenia jest podstawa prawna oraz forma współpracy osób sprawujących posługę religijną z podmiotami leczniczymi. Przed wszystkim należy zauważyć, iż z żadnej ustawy, w tym również z art. 36–38 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, nie wynika obowiązek zatrudniania osób sprawujących posługę religijną na podstawie umowy o pracę (Nowak 2021). Kwestia ta jest szczegółowo omówiono poniżej w rozdziale III. Nie ma też żadnego przepisu rangi ogólnej, kształtującego podstawę prawną zatrudnienia osób sprawujących posługę religijną i odnoszącego się do wszystkich Kościołów i związków wyznaniowych, których sytuacja nie została w tym zakresie uregulowana w drodze ustaw partykularnych.

4. Indywidualne ustawy dotyczące Kościołów i związków wyznaniowych w Polsce

Spośród zarejestrowanych w Polsce 185 Kościołów i związków wyznaniowych (Rejestr kościołów i innych związków wyznaniowych – Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji) jedynie 15 posiada odrębne akty normatywne. Indywidualne regulacje, odnoszące się do posługi religijnej³ w szpitalach, posiada 12 Kościołów i związków wyznaniowych, których partykularne ustawy powstawały począwszy od 1989 roku. Należą do nich:

1. Kościół Katolicki w 4 obrządkach:
 - Kościół Katolicki w Rzeczypospolitej Polskiej obrządek łaciński (Kościół rzymskokatolicki),
 - Kościół Katolicki w Rzeczypospolitej Polskiej obrządek bizantyjsko-ukraiński (Kościół grekokatolicki),
 - Kościół Katolicki w Rzeczypospolitej Polskiej obrządek bizantyjsko-słowiański,
 - Kościół Katolicki w Rzeczypospolitej Polskiej obrządek ormiański,
2. Polski Autokefaliczny Kościół Prawosławny,
3. Kościół Ewangelicko-Augsburski w Rzeczypospolitej Polskiej,
4. Kościół Ewangelicko-Reformowany w Rzeczypospolitej Polskiej,
5. Kościół Ewangelicko-Methodystyczny w Rzeczypospolitej Polskiej,
6. Kościół Chrześcijan Baptystów w Rzeczypospolitej Polskiej,
7. Kościół Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej,
8. Kościół Polskokatolicki w Rzeczypospolitej Polskiej,
9. Związek Gmin Wyznaniowych Żydowskich w Rzeczypospolitej Polskiej,
10. Kościół Katolicki Mariawitów w Rzeczypospolitej Polskiej,
11. Kościół Starokatolicki Mariawitów w Rzeczypospolitej Polskiej,
12. Kościół Zielonoświątkowy w Rzeczypospolitej Polskiej.

Kolejne 3 akty normatywne powstałe w okresie dwudziestolecia międzywojennego nie zawierają takich unormowań, a ich podmiotami są:

³ W niniejszej pracy, poza cytowaniami przepisów prawnych, stosowane są zamiennie terminy „opieka duchowa/posługa religijna“, ponieważ termin „opieka duszpasterska“ nie jest terminem wspólnym dla wszystkich wyznań funkcjonujących na terenie kraju. Wiele z nich nie posługuje się ustawowym określeniem „duszpasterz“, podobnie jak terminem „kapelan“. Biorąc pod uwagę konstytucyjną zasadę równouprawnienia Kościołów i związków wyznaniowych należałoby rozważyć *de lege ferenda* wprowadzenie zmian w prawie uwzględniających nomenklaturę inkluzywną, możliwą do zastosowania i uniwersalną dla wszystkich wyznań.

1. Wschodni Kościół Staroobrzędowy, nieposiadający hierarchii duchownej,
2. Muzułmański Związek Religijny w Rzeczypospolitej Polskiej,
3. Karaimski Związek Religijny w Rzeczypospolitej Polskiej.

Zatem, wobec ostatnich trzech z wymienionych Kościołów i związków wyznaniowych, a także Kościołów i związków wyznaniowych, których stosunki z państwem nie zyskały indywidualnej regulacji normatywnej, samodzielną podstawę sprawowania posługi religijnej wobec pacjentów stanowią przepisy art. 36–38 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art. 4 i art. 19 Ustawy o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, oparte o konstytucyjne zasady równouprawnienia kościołów i związków wyznaniowych oraz wolności sumienia i wyznania.

Podstawy zatrudniania osób świadczących posługę religijną w podmiotach leczniczych

Jak trafnie zauważył M. Ożóg (2016) „obowiązujący w zakresie zatrudniania osób świadczących opiekę duszpasterską stan prawny wywołuje wątpliwości z punktu widzenia zasady równouprawnienia kościołów i innych związków wyznaniowych”. O ile bowiem 12 wskazanych uprzednio ustaw partykularnych zawiera indywidualne regulacje dotyczące udzielania posługi religijnej w podmiotach leczniczych, to tylko dwie z nich wprowadzają termin „zatrudnienia” kapelanów⁴ skierowanych do posługi. Są to art. 27 ust. 2 Ustawy z dnia 4 lipca 1991 r. o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego (t.j. Dz.U. z 2014 r., poz. 1726):

art. 27 ust. 2 W celu realizacji uprawnień, o których mowa w ust. 1, kierownicy właściwych zakładów państwowych zatrudnią kapelanów, jeżeli zostaną oni skierowani przez biskupa diecezjalnego (...).

⁴ W niniejszej pracy, w omówieniu przepisów ustaw dotyczących Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego i Kościoła katolickiego, stosowana jest terminologia „opieka/posługa duszpasterska” oraz „kapelan” ponieważ ustawy posługują się w tym miejscu adekwatną nomenklaturą, stosowaną także przez te Kościoły i dla nich właściwą.

oraz art. 31 ust. 2 Ustawy z 17 maja 1989 roku o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 1347 z późn. zm.):

Art. 31 ust. 2 W celu realizacji uprawnień, o których mowa w ust. 1, kierownicy właściwych zakładów państwowych zatrudnią kapelanów skierowanych przez biskupa diecezjalnego.

Obie ustawy nie precyzują jednak terminu „zatrudnienie”, w szczególności nie określają jego podstawy prawnej. Co prawda termin „zatrudnienie” związany jest ze świadczeniem pracy, która wszakże może być wykonywana na podstawie pracowniczych form zatrudnienia, skutkujących nawiązaniem stosunku pracy, ale i form niepracowniczych, mających w (tym wypadku) swoje źródło w przepisach prawa cywilnego.

Wydaje się, iż zatrudnienie kapelana w myśl tych ustaw winno być odpłatne. Do takich wniosków, wobec braku ustawowego słownika, prowadzi analiza obu aktów normatywnych zawierających również przepisy,⁵ zgodnie z którymi, w ramach duszpasterstwa osób nieletnich przebywających w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich, „kierownicy odpowiednich zakładów zawierają umowy w sprawie nieodpłatnego wykonywania obowiązków kapelana z duchownymi skierowanymi przez biskupa diecezjalnego”. Kierując się założeniem racjonalnego ustawodawcy należałoby uznać, iż skoro jeden z przepisów tej samej ustawy formułuje zastrzeżenie o zawarciu z duchownym umowy w sprawie „nieodpłatnego wykonywania obowiązków kapelana”, w innym zaś posłużył się sformułowaniem „zatrudnią kapelanów”, można domniemywać, iż miało to na celu zróżnicowanie umów leżących u podstaw sprawowania funkcji kapelana wedle kryterium odpłatności. Reasumując wydaje się, że zgodnie z treścią omawianych ustaw podstawę zatrudnienia kapelana w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz jednostkach budżetowych może stanowić zarówno umowa o pracę, jak i odpłatna umowa cywilnoprawna, do której stosuje się przepisy o zleceniu.

Późniejszy od Ustawy o stosunku państwa do Kościoła Katolickiego Konkordat między Stolicą Apostolską i Rzeczpospolitą Polską, podpisany w Warszawie 28 lipca 1993 r. (Dz.U. z 1998 r., Nr 51, poz. 318) w art. 17 ust. 3 przewiduje,

⁵ Art. 28 ust. 3 i 4 Ustawy o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego i art. 32 ust. 3 i 4 Ustawy o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej.

że dla realizacji uprawnień osób przebywających w zakładach opieki zdrowotnej „biskup diecezjalny skieruje kapelanów, z którymi odpowiednia instytucja zawrze stosowną umowę”, co będzie stanowiło podstawę nawiązania sformalizowanej współpracy z kapelanem. Również jednak i ten przepis nie wskazuje, jakiego rodzaju ma to być umowa.

Istotnym jest, iż obie wskazane wyżej ustawy dotyczące Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego oraz Kościoła katolickiego adresują obowiązek zatrudnienia kapelanów do „kierowników właściwych zakładów państwowych”. Obowiązujące obecnie regulacje, odnoszące się do funkcjonowania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, nie zawierają pojęć „zakład państwowy”, „zakład prowadzony przez administrację rządową lub samorządową”, „zakład prowadzony przez państwo lub samorząd terytorialny”, jakimi posługują się ustawy indywidualne. Z tego powodu należy dokonać wykładni tych określeń, z uwzględnieniem przepisów historycznych.

Zgodnie z Ustawą z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz.U. Nr 55, poz. 434 z późn. zm.) zakłady społeczne służby zdrowia były to zakłady lecznicze utrzymywane przez Państwo, instytucje państwowe, gminy, związki samorządu terytorialnego i instytucje ubezpieczeń społecznych (art. 1 ust. 1 ww. ustawy). Następnie uchwalono Ustawę z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.), zgodnie z którą zakłady lecznicze zostały zastąpione przez zakłady opieki zdrowotnej (art. 71 ust. 1 ustawy). Natomiast zgodnie z art. 71. ust. 2 ustawy „ilekroć w obowiązujących przepisach jest mowa o zakładzie społecznym służby zdrowia lub o zakładzie społecznej służby zdrowia, rozumie się przez to publiczny zakład opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy”. A zatem, w myśl Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zakłady społeczne służby zdrowia (tzn. zakłady lecznicze utrzymywane przez państwo, instytucje państwowe, samorząd terytorialny i instytucje ubezpieczeń społecznych) zostały przekształcone w publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Obecnie obowiązuje Ustawa z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 711 z późn. zm.). Zgodnie z art. 218 ust. 1 umiejscowionym w przepisach przejściowych tej ustawy „Ilekroć przepisy odrębne nakładają obowiązek na zakład opieki zdrowotnej albo przyznają takiemu zakładowi prawo, te obowiązki albo prawa dotyczą podmiotu leczniczego”. Stąd można wnioskować, iż „podmioty lecznicze”, o których mowa w ustawie o działalności leczniczej stanowią kontynuację publicznych zakładów opieki zdrowotnej, o których mówiła ustawa o zakładach opieki zdrowotnej (Rek i Dercz 2019). Tym samym, obowiązki wynikające z ustaw dotyczących Polskiego Autokefalicznego Kościoła

Prawosławnego oraz Kościoła katolickiego obciążają podmioty lecznicze, będące publicznymi podmiotami leczniczymi w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej (art. 4 ust. 1 pkt 2 i 3 Ustawy o działalności leczniczej) a zatem nie dotyczą przedsiębiorców, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1 Ustawy o działalności leczniczej.

Należy podkreślić, iż powyższe rozważania o zatrudnianiu kapelanów odnoszą się wyłącznie do kondycji Kościoła katolickiego oraz Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego, gdyż jedynie w stosunku do tych dwóch Kościołów sformułowano podstawy prawne zatrudniania duchownych, przy czym nie została sprecyzowana jego forma. Natomiast „fakt ponoszenia odpowiedzialności prawnej przez podmioty lecznicze za brak zagwarantowania prawa do posługi religijnej dotyczący pacjentów oraz osób sprawujących posługę religijną wszystkich wyznań, powinien skłaniać kierownictwo tych placówek do określenia ram prawnych współpracy z osobami sprawującymi posługę religijną niezależnie od reprezentowanego wyznania” (Ożóg 2018). Zgodnie bowiem z art. 2 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, obowiązek przestrzegania praw pacjenta obciąża każdy podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. Kryterium, jakiemu powinien być z pewnością podporządkowany przyjęty przez dany podmiot leczniczy model współpracy z osobami sprawującymi posługę religijną, poza jak najszerszą realizacją prawa pacjentów do takiej posługi (będącego elementem konkretyzacji konstytucyjnej wolności sumienia i religii), winna stanowić zgodność z konstytucyjną zasadą równouprawnienia Kościołów i związków wyznaniowych. Podstawę zatrudnienia osoby sprawującej posługę religijną mogłaby stanowić w takim wypadku zarówno umowa o pracę, jak i umowa cywilnoprawna, do której stosuje się przepisy o zleceniu a także umowa o wolontariat, ponieważ w stosunku do wspólnot religijnych innych, niż Kościół katolicki i Polski Autokefaliczny Kościół Prawosławny nie sformułowano w żadnych przepisach postulatu zawarcia umowy odpłatnej. „Należy jednak dążyć do zapewnienia zbliżonych warunków pracowniczych i ubezpieczeniowych dla wszystkich kapelanów reprezentujących poszczególne wspólnoty religijne i nie doprowadzać do sytuacji zróżnicowanego traktowania, jeżeli nie przemawiają za tym usprawiedliwione powody. Należy przede wszystkim dążyć do zapewnienia efektywności systemu gwarancji prawa do opieki duszpasterskiej” (Ożóg 2018).

Prawa pacjenta wynikające z wolności sumienia i religii

1. Obowiązek informowania pacjentów o przysługujących im prawach

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nakłada na podmioty lecznicze obowiązek informowania pacjentów o przysługujących im prawach. Zgodnie z art. 11 informacja taka, w formie pisemnej, powinna znaleźć się w pomieszczeniu dostępnym dla wszystkich pacjentów, zaś osobom niemogącym się poruszać winna być udostępniona w sposób umożliwiający zapoznanie się z jej treścią. Pouczenie o prawie do opieki religijnej oraz możliwości korzystania z niej powinno zatem znaleźć się wśród pouczeń przedstawianych pacjentom w związku z przyjęciem do placówki. W treści takiego pouczenia należy zawrzeć informację o prawie do kontaktu z osobą odpowiedniego wyznania udzielającą wsparcia duchowego oraz o możliwościach i sposobach kontaktu z takimi osobami przyjętymi w danej placówce. Jeżeli w placówce znajduje się kaplica, pacjent powinien również uzyskać taką informację a także, w jakich terminach i godzinach sprawowane są uroczystości religijne. W każdym jednak razie należy pamiętać, iż to pacjent jest dysponentem swojego prawa i wolno mu na temat swojego wyznania milczeć, a z opieki duchowej nie korzystać. Nie ma przy tym znaczenia czy formalnie należy do jakiejś wspólnoty wyznaniowej, czy też nie.

2. Prawo do opieki duchowej zgodnej z wyznaniem pacjenta oraz do kontaktu z osobą sprawującą opiekę duchową

Fakt starannego informowania pacjentów, jak i pozyskania od nich informacji w sytuacji, gdy decydują się na ujawnienie wyznania lub korzystanie z opieki duchowej może mieć istotne znaczenie dla dalszego postępowania, np. w wypadku pogorszenia stanu zdrowia. Na gruncie tego rodzaju sprawy wypowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku z 20 września 2013 r. (sygn. akt II CSK 1/2013). Postępowanie dotyczyło naruszenia dobra osobistego w postaci swobody sumienia pacjenta poprzez udzielenie mu sakramentu namaszczenia chorych w czasie, gdy był w stanie śpiączki farmakologicznej i nie mógł się temu sprzeciwić. Jak wskazał Sąd Najwyższy „W stosunku do pacjenta, który takich informacji nie ujawnił, bo go o to nie zapytano albo dlatego, że nie chciał, nie można stosować domniemania, iż jest tego wyznania, co większość w społeczności, z której się wywodzi”.

Dalej w uzasadnieniu Sąd Najwyższy podkreślił, iż „prawo, o którym mowa w tym przepisie (art. 37 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) zostaje zrealizowane nie przez umożliwienie pacjentowi kontaktu z duchownym wyznania, które w danej społeczności statystycznie wyznawane jest najczęściej, ale przez kontakt z duchownym tego wyznania, które wyznaje pacjent będący w stanie pogorszenia zdrowia lub zagrożenia życia”. Udzielenie sakramentu w takich okolicznościach, może być potraktowane jako poddanie niechcianej praktyce religijnej, co stanowi naruszenie prawa do wolności sumienia i religii. Jak bowiem stwierdził dalej Sąd Najwyższy: „Naruszenie «swobody wyznania» jako dobra osobistego ma miejsce w razie uniemożliwienia lub utrudnienia komuś wyrażania jego przekonań religijnych oraz wykonywania praktyk religijnych, w razie podjęcia wobec niego działań będących formą szykany w różnych sferach życia społecznego lub zawodowego ze względu na przekonania religijne, ale także w razie narzucenia mu obowiązku przyjęcia określonej religii czy obowiązku wykonywania pewnych praktyk religijnych. Tak samo należy potraktować poddanie kogoś wbrew jego woli czynnościom, które stanowią formę praktyki religijnej”.

W myśl art. 37 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, podmiot leczniczy obowiązany jest umożliwić pacjentowi kontakt z osobą udzielającą wsparcia duchowego jego wyznania w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia lub zagrożenia życia. Przepis ten przykładą więc dodatkową wagę do zobowiązania istniejącego po stronie podmiotu leczniczego w momencie, kiedy stan pacjenta pogorszy się lub też znajdzie się on w szpitalu już w stanie zagrożenia życia. Również jednak i w tym przypadku, kontakt taki nie może być inicjowany wbrew woli pacjenta, jego wcześniejszym deklaracjom lub też przy ich braku, jeśli pacjent będąc w stanie wyrazić swoją wolę nie informował o potrzebie korzystania z tego prawa. Jako jeden z aspektów realizacji prawa do opieki duchowej, także i te działania nie mogą bowiem odbywać się wbrew woli. Wprawdzie Sąd Najwyższy w powołanym wyżej wyroku wskazał, iż wobec osób, które znalazły się w szpitalu w związku z nagłym zdarzeniem i nie są w stanie wyrazić swojej woli można przyjąć założenia wynikające ze statystyki, jednak wydaje się wątpliwe, dlaczego tacy pacjenci mieliby być traktowani odmiennie wobec zasady sprawowania opieki duchowej na prośbę. (*por.* P. Wenski 2015). Równocześnie nie ma w omawianej ustawie żadnych regulacji dotyczących postępowania wobec pacjentów niezdolnych do świadomego wyrażenia woli, co do których jednak zachodzi wyraźne prawdopodobieństwo, iż życzyliby sobie kontaktu z osobą udzielającą posługi religijnej. Ponieważ w sytuacji naruszenia dóbr osobistych (do których zgodnie z art. 23 Kodeksu cywilnego zalicza się wolność sumienia) kluczowe znaczenie ma bezprawność działania, „możliwe jest uwolnienie od

odpowiedzialności w razie wykazania, że kapelan dołożył należytej staranności, tj. w określonych okolicznościach mógł przypuszczać, iż udziela sakramentu osobie, która sobie tego życzy” (Boguszewska i Góralik 2016).

3. Prawo do posiadania kaplicy

Podobnie do zatrudniania w podmiotach leczniczych osób sprawujących posługę religijną kształtuje się kwestia prawa do posiadania kaplicy, tj. przeznaczenia odpowiedniego pomieszczenia bądź używania innego pomieszczenia udostępnionego na ten cel przez jednostkę. Unormowania takie wyrażone wprost zawiera tylko 8 spośród przywołanych wcześniej ustaw partykularnych. Dotyczą one Kościoła katolickiego, Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego, Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego, Kościoła Ewangelicko-Methodystycznego, Kościoła Polskokatolickiego, Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego, Kościoła Chrześcijańskich Baptystów i Kościoła zielonoświątkowego. Nie wydaje się, aby celem ustawodawcy miało być tak dalekie i szczegółowe różnicowanie sytuacji poszczególnych Kościołów i związków wyznaniowych, godzące nadto w konstytucyjną zasadę ich równouprawnienia, szczególnie biorąc pod uwagę unormowania wynikające z Ustawy o gwarancjach swobody wyznania i sumienia. Zgodnie bowiem z art. 19 ust. 1 pkt 3 w zw. z art. 4 ust. 1 tej ustawy, wypełniając funkcje religijne Kościoły i inne związki wyznaniowe mogą w szczególności udzielać posług religijnych, w tym osobom przebywającym w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych oraz organizować obrzędy i zgromadzenia religijne. Temu uprawnieniu odpowiada indywidualne prawo każdego pacjenta do uczestniczenia w czynnościach i obrzędach religijnych oraz wypełniania obowiązków religijnych i obchodzenia świąt religijnych, jak również prawo do opieki duszpasterskiej. Biorąc pod uwagę prawo do poszanowania życia prywatnego i swobody wyznania innych osób, konieczność sprawowania obrzędów w sposób niezakłócający spokoju innym chorym oraz zasadę wyłącznie dobrowolnego uczestniczenia w sprawowaniu kultu religijnego, wydaje się koniecznym udostępnienie pozostałym Kościołom i związkom wyznaniowym, co do których nie obowiązują partykularne ustawy, wyodrębnionego pomieszczenia, stosownie do możliwości danej jednostki i potrzeb przebywających w niej pacjentów. Przeciwnie postępowanie prowadziłyby wprost do nierównego traktowania nie tylko Kościołów i związków wyznaniowych, ale i pacjentów ze względu na wyznawaną przez nich religię, w konsekwencji różnicując co do zakresu zapewnianej im posługi religijnej.

4. Prawo do motywowanej religijnie diety

Mimo braku szczególnych uregulowań w tym zakresie można przyjąć, że w ramach wypełniania obowiązków religijnych będą mieściły się też wynikające z nakazów religii wymagania dotyczące przestrzegania określonej diety. Takie stanowisko zajął Europejski Trybunał Praw Człowieka w wyroku z 7 grudnia 2010 roku (sygn. akt 18429/06). Skarga w niniejszej sprawie została złożona wobec odmowy kierownictwa zakładu penitencjarnego udzielenia prostej diety wegetariańskiej osadzonemu będącemu praktykującym buddystą. W uzasadnieniu powołanego orzeczenia, na mocy którego skarżącemu przyznano ostatecznie prawo do zadośćuczynienia, ETPC wskazał, że „artykuł 9 Konwencji wyszczególnia różne formy, jakie może przybierać uzewnętrznianie przez jednostkę swojego wyznania lub przekonań, a mianowicie modlitwa, nauczanie, praktykowanie oraz czynności rytualne. Przepis ten nie chroni każdego czynu motywowanego lub inspirowanego wyznaniem lub przekonaniem. Wolność myśli, sumienia i wyznania odnosi się do poglądów, które osiągnęły już pewien stopień siły przekonywania, powagi, spójności oraz ważności (...)”. W konsekwencji ETPC stwierdził, że decyzja skarżącego o stosowaniu diety wegetariańskiej miała podłoże religijne i stanowiła jeden ze sposobów wyrażania w praktyce przekonań religijnych w rozumieniu art. 9 Konwencji. Trybunał rozpatrywał sytuację będącą przedmiotem skargi w aspekcie naruszenia obowiązku negatywnego, polegającego na nieingerowaniu państwa w prawa obywateli gwarantowane art. 9 Konwencji oraz obowiązków pozytywnych, polegających na zapewnieniu obywatelom możliwości realizowania wolności sumienia i religii. Zdaniem ETPC, w obu tych kontekstach, niezbędne jest znalezienie równowagi pomiędzy interesami jednostki oraz społeczeństwa i w takich okolicznościach władzy państwowej przysługuje pewien zakres uznaniowości przy ustalaniu działań podejmowanych dla zapewnienia praw wynikających z Konwencji. Konsensus ten Trybunał określił jako „sprawiedliwą równowagę”, gdzie zakres realizacji prawa skarżącego wynikający z Konwencji może być miarkowany przez możliwości finansowe instytucji, mającej w obowiązku traktować z taką samą jakością wszystkich – w tym wypadku osadzonych. Z argumentacji ETPC wynika, iż postulat skarżącego dotyczący diety należało zrealizować w najszerszym zakresie, w jakim było to możliwe bez nadmiernych obciążeń instytucji, skutkujących uszczupleniem praw innych osób.

Mimo iż w przytoczonej sprawie stan faktyczny dotyczył diety osadzonego w więzieniu, ze względu na treść art. 2 pkt 2 i art. 4 ust. 1 pkt 2 Ustawy o gwarancjach wolności sumienia i wyznania stanowisko ETPC może być adekwatne także w stosunku do pacjentów przebywających w zakładach leczniczych podmiotów

leczniczych. Należy przy tym podkreślić, że „jeżeli osoby skazane przebywające w zakładzie karnym lub areszcie śledczym na podstawie art. 109 Kodeksu karnego wykonawczego (Dz.U. z 2021 r. poz. 53 z późn. zm.) mają otrzymać posiłki w miarę możliwości uwzględniające ich potrzeby religijne i kulturowe, to tym bardziej powinny móc z tej możliwości skorzystać osoby przebywające w szpitalach” (Krzysztofek-Strzała 2019). W myśl stanowiska ETPC należałoby dążyć przy tym do zachowania „sprawiedliwej równowagi” pomiędzy interesami placówki, osoby wymagającej określonej diety z powodów religijnych, a także pozostałych pacjentów.

5. Warunki realizacji praw pacjenta wynikających z wolności sumienia i religii

Poza omówionymi wyżej prawami, w ramach wolności sumienia i religii zagwarantowanej przepisami Konstytucji oraz w myśl art. 2 pkt 2 i art. 4 ust. 1 pkt 2 Ustawy o gwarancjach wolności sumienia i wyznania osoby przebywające w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych mogą zgodnie z zasadami swojego wyznania uczestniczyć w czynnościach i obrzędach religijnych oraz wypełniać obowiązki religijne i obchodzić święta religijne, a także posiadać i korzystać z przedmiotów potrzebnych do uprawiania kultu i praktyk religijnych. Realizacja tego prawa powinna każdorazowo odbywać się z uwzględnieniem praw innych osób, w szczególności ich wolności religii, w sposób zapewniający poszanowanie godności pacjenta, jego intymności oraz niezakłócający działania podmiotu leczniczego. „Należy mieć na uwadze, iż szpital przede wszystkim udziela świadczeń zdrowotnych i to jest jego podstawowym celem. Praktyki religijne wkraczające w sferę publiczną mogą naruszać prawa innych pacjentów” (Boguszewska i Góralczyk 2016).

Pomimo znacznego zróżnicowania przepisów dotyczących uprawnień Kościołów i związków wyznaniowych w kwestii sprawowania przez nie posługi religijnej w podmiotach leczniczych, prawo do otrzymania opieki duchowej przysługuje w takim samym zakresie wszystkim pacjentom, bez względu na wyznawaną religię, a także inne kryteria różnicujące. Przy realizacji tego prawa przez dzieci decydującą rolę odgrywa wola rodziców, którym Konstytucja gwarantuje możliwość wychowywania ich zgodnie z własnym światopoglądem. Obowiązek zapewnienia warunków do realizacji tego prawa, jak również poniesienia jego kosztów obciąża natomiast w całości każdy podmiot leczniczy, o ile przepisy ustawy nie wprowadzają innych zasad odpłatności, o czym stanowi wprost art. 38 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Pozostałe prawa wynikające z wolności sumienia i religii

1. Prawo do odmowy procedur medycznych

W ramach wolności sumienia i religii pacjenta zawiera się prawo do odmowy poddania się procedurom medycznym ze względu na fakt ich niezgodności ze światopoglądem czy wyznaniem pacjenta. Prawo takiej odmowy ze względów światopoglądowych bądź religijnych stanowi element znacznie szerszej reguły autonomii pacjenta, zgodnie z którą wszelkie świadczenia medyczne (poza określonymi ustawą wyjątkami) mogą być udzielane wyłącznie za zgodą pacjenta. Reguła ta wywodzi się z praw i wolności konstytucyjnych, do których zalicza się prawo nietykalności i wolności osobistej (art. 41 Konstytucji), prawo do prywatności, tj. ochrony prawnej życia prywatnego i decydowania o swoim życiu osobistym (art. 47 Konstytucji), zaś w przypadku odmowy ze względów światopoglądowych lub religijnych znajdzie ona dodatkowo oparcie w art. 53 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji. „Poprzez wymóg uzyskania zgody pacjenta na zabieg medyczny realizuje się nie tylko jego prawo do samostanowienia, prawo do prywatności oraz do integralności cielesnej (...) jako podstawa prawna obowiązku respektowania woli pacjenta wchodzi więc w grę prawo do wolności sumienia i religii” (Jakuszczyk 2012). Przepisy umożliwiające realizację i ochronę wymienionych praw i wolności zawiera Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w art. 16 stanowiąc, że pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, przy czym uprzednio winien uzyskać określone ustawą informacje. Również art. 32 i art. 33 Ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 790 z późn. zm.) wprowadzają wymóg zgody pacjenta na przeprowadzenie badań i udzielenie świadczeń zdrowotnych. Co do zasady, zgoda na leczenie stanowi o legalności podejmowanych wobec pacjenta zabiegów medycznych. Kodeks karny w art. 192 przewiduje odpowiedzialność karną za wykonanie zabiegu leczniczego wobec pacjenta bez jego zgody.

Do kwestii odmowy poddania się procedurom medycznym motywowanej względami religii odnosi się wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z 2 lipca 2020 r. (sygn. akt VII SA/Wa 692/20) orzekającego w sprawie pacjenta, u którego dokonano przetoczenia krwi wbrew woli, a także wobec sprzeciwu wyrażonego na piśmie, mimo udzielonych pacjentowi informacji i wyjaśnień, co do konsekwencji takiej decyzji dla zdrowia i życia.

W przywołanym orzeczeniu WSA w Warszawie wskazał, iż w prawie karnym leczenie bez zgody stanowi samoistny, odrębny typ przestępstwa, zaś brak zgody uprzedzonej informacją, znosi legalność przeprowadzonej czynności medycznej. Jak wskazał sąd w uzasadnieniu: „Prawo do decydowania o sobie samym nie ma charakteru absolutnego i podlega ograniczeniom, ale tylko wtedy, gdy przemawia za tym inna norma, zasada lub wartość konstytucyjna, a stopień tego ograniczenia pozostaje w odpowiedniej proporcji do rangi interesu, któremu ograniczenie ma służyć”. A zatem, pacjent mógłby zostać poddany zabiegowi wbrew woli, jednak wyłącznie na podstawie przepisu prawa nakazującego poddanie się takiej czynności medycznej. Jako że w przypadku przetoczenia krwi taki przepis nie istnieje, sprzeciw pacjenta należało uszanować. Jest to w praktyce polskich sądów kolejny już wyrok potwierdzający prawo pacjenta do samostanowienia w kwestii odmowy poddania się przetoczeniu krwi ze względów religijnych. Poprzednio Sąd Najwyższy w postanowieniu z 27 października 2005 r. (sygn. akt III CK 155/05) odniósł się do ważności oświadczenia woli o sprzeciwie wobec przetaczania krwi złożonego pro futuro stwierdzając, że „oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny – wiążące”. Oświadczenie, o którym mowa miało formę pisemną i zostało znalezione przy kobiecie będącej Świadkiem Jehowy, która w następstwie wypadku komunikacyjnego, mimo to poddana została przetoczeniu krwi, jako zabiegowi ratującemu życie.

Podobne do polskich sądów stanowisko w kwestii praw pacjenta do odmowy poddania się świadczeniom medycznym motywowanej względami religijnymi zajął Europejski Trybunał Praw Człowieka, kładąc szczególny nacisk na poszanowanie ludzkiej godności i wolności jako istotę Konwencji. Zdaniem ETPC takie pojęcia jak samostanowienie oraz autonomia osobista stanowią ważne zasady leżące u podstaw wykładni jej gwarancji. W sprawie moskiewskich Świadków Jehowy przeciwko Rosji (ETPC LEX nr 578368), Trybunał wskazał, iż „Możliwość prowadzenia swego życia w wybrany przez siebie sposób obejmuje możliwość realizowania działań postrzeganych jako działania o charakterze fizycznie szkodliwym lub niebezpiecznym dla zainteresowanej osoby. (...) Wolność zaakceptowania lub niewyrażenia zgody na stosowanie konkretnej metody leczniczej lub wybrania alternatywnej formy leczenia ma podstawowe znaczenie dla zasad samostanowienia i autonomii osobistej. Świadomy dorosły pacjent może zdecydować, na przykład, czy poddać się operacji lub danej formie leczenia, oraz czy, z tych samych względów, poddać się przetoczeniu krwi”.

Równocześnie należy zaznaczyć, że w myśl przytoczonych rozstrzygnięć, pacjent nie dysponuje prawem do odmowy poddania się czynności medycznej, jeżeli istnieje przepis odrębnej ustawy nakazujący poddanie się tej czynności. W orzecznictwie polskim istnieje ugruntowana linia orzecznicza⁶ dotycząca szczepień ochronnych, zgodnie z którą ustawy obowiązek szczepień ochronnych oznacza niedopuszczalność korzystania przez pacjenta z prawa do odmowy na podstawie art. 16 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w ramach tzw. klauzuli sumienia pacjenta. W przypadku szczepień ochronnych odrębną ustawą wyłączającą możliwość odmowy poddana się szczepieniu jest Ustawa z 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 2069 z późn. zm.), która wprowadza obowiązek poddania się szczepieniom ochronnym i nie przewiduje prawa odmowy. Decyzja ustawodawcy, wyłączająca prawo pacjenta do odmowy zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego oraz jego prawo do postępowania w zgodzie z sumieniem (w przypadku odmowy motywowanej religijnie czy światopoglądowo) uzasadniona jest ochroną dobra wyższej rangi. Jest nim zdrowie publiczne, które wymaga zabezpieczenia przed rozprzestrzenianiem chorób zakaźnych. *Tym samym zakres praw, autonomii i samostanowienia indywidualnej jednostki podlega ograniczeniu na rzecz przeważającego interesu całego społeczeństwa, któremu ustawodawca przyznał priorytet.*

2. Klauzula sumienia

Wolność sumienia i religii dotyczy każdego człowieka, a w konsekwencji prawo do postępowania zgodnie z własnym sumieniem i światopoglądem przysługuje również personelowi medycznemu. Wraz z rozwojem medycyny pojawiają się nowe procedury oraz możliwości, z których część może być odrzucana zarówno przez pacjentów, jak i personel medyczny ze względów światopoglądowych. Należą do nich w szczególności kwestie eutanazji, procedury in vitro, aborcji. Kontrowersje wzbudza też przepisywanie środków antykoncepcyjnych, a w niektórych przypadkach także diagnostyka prenatalna, zwłaszcza jeśli z punktu widzenia lekarza mogłaby w intencji pacjentki zmierzać do terminacji ciąży. W praktyce, wzbudzającymi obecnie najszersze dyskusje świadczeniami zdrowotnymi, których udzielania odmawia część środowiska lekarskiego są przede wszystkim zabiegi przerwania ciąży.

⁶ 18/13 z 16 kwietnia 2013 r., II SA/Sz 1104/15 z 14 stycznia 2016 r., III SA/Lu 1277/15 z 26 stycznia 2016 r., VII SA/Wa 1833/20 z 7 kwietnia 2021 r.

Ponieważ co do zasady świadczenia zdrowotne mogą być udzielane wyłącznie po uzyskaniu zgody pacjenta, odmowa wyrażenia takiej zgody z reguły uniemożliwia udzielenie świadczenia bądź też znosi jego legalność. Nieco inaczej kształtuje się sytuacja lekarzy, zobowiązanych w ramach wykonywanego zawodu na mocy Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz Kodeksu Etyki Lekarskiej do niesienia pomocy pacjentom. Wskazana ustawa w art. 38 określa okoliczności, w których możliwe jest niepodjęcie lub odstąpienie przez lekarza od leczenia, obwarowując je dodatkowo, w zależności od sytuacji, koniecznością udzielenia odpowiednich wskazówek pacjentowi, bądź uzyskaniem zgody przełożonego. Natomiast przepis umożliwiający lekarzowi uchylenie się od podejmowania działań pozostających w sprzeczności z jego sumieniem, zawarty w art. 39 ww. ustawy, ma postać tzw. klauzuli sumienia.

Klauzule sumienia zostały umieszczone w ustawach regulujących wykonywanie zawodów medycznych, tj. w art. 39 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz art. 12 ust. 2 i 3 Ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 479 z późn. zm.). Zgodnie z aktualnym brzmieniem art. 39 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry *lekarz* może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem z tym, że ma obowiązek odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. *Lekarz* wykonujący zawód na podstawie stosunku pracy albo w ramach służby ma także obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego. Przy tym, mimo sprzeczności świadczenia z sumieniem lekarza, ma on mimo to obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka mogłaby stanowić dla pacjenta niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia (art. 30 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry). W konsekwencji, korzystanie z klauzuli sumienia w takich przypadkach jest niedozwolone. Analogiczny zapis, pozwalający na odmowę wykonania zlecenia lekarskiego oraz odmowę wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem lub zakresem posiadanych kwalifikacji, wraz z zastrzeżeniem obowiązku udzielenia pomocy, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, zawiera w art. 12 Ustawa dotycząca zawodu pielęgniarki i położnej.

2.1 Zakres klauzuli sumienia lekarzy

W 2015 r. klauzula sumienia lekarzy na skutek wniosku złożonego przez Naczelną Radę Lekarską stała się przedmiotem rozważań Trybunału Konstytucyjnego (dalej również: „TK” oraz „Trybunał”). W pierwotnym brzmieniu, w jakim ustawa została ogłoszona w 1996 roku, zobowiązywała lekarza powołującego się

na klauzulę sumienia do wskazania pacjentowi realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym. Nakazywała także lekarzowi wykonanie świadczenia również w innych przypadkach niecierpiących zwłoki, a nie tylko wobec niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Między innymi właśnie te dwa obowiązki zostały przez Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 7 października 2015 r. (sygn. akt K 12/14) uznane za niezgodne z Konstytucją, poszerzając zakres klauzuli sumienia. **W konsekwencji, lekarzy przestał obciążać obowiązek informacyjny, który jednak nie został skutecznie przeniesiony na żaden inny podmiot.** Trybunał Konstytucyjny uzasadniając wyrok, wskazał m.in., iż: „konstytucyjna wolność sumienia chroni jednostkę nie tylko przed przymusem podjęcia bezpośredniego zamachu na chronione dobro, lecz także przed takim postępowaniem niezgodnym z sumieniem jednostki, które pośrednio prowadzi do nieakceptowalnego etycznie skutku, w szczególności przed przymusem współdziałania w osiągnięciu celu niegodziwego”. Tym samym, w istocie rozszerzył zakres wolności sumienia lekarzy z własnych czynów lekarza, na przewidywane konsekwencje skorzystania przez pacjenta z prawa do informacji (o możliwościach uzyskania świadczenia). Element argumentacji przeciwko obowiązkowi informacyjnemu lekarza stanowiła w uzasadnieniu wyroku także niska skuteczność dotychczasowej regulacji w zapewnieniu pacjentom prawa do informacji. Ostatecznie, nowelizacją z 16 lipca 2020 r. Ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1291 z późn. zm.) przepisy uznane za niekonstytucyjne zostały z Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry usunięte.

Takie stanowisko Trybunału Konstytucyjnego spotkało się z szeroką krytyką, zaś do samego wyroku zgłoszono cztery zdania odrębne. Krytykujący wskazywali przede wszystkim na zbyt daleko idącą ochronę wolności sumienia lekarzy, kosztem praw pacjentów. „W rozważanym przez Trybunał przypadku mamy więc do czynienia z konfliktem dwóch praw o charakterze osobistym: wolnością sumienia lekarza oraz prawem pacjenta do decydowania o sobie. Przy czym trzeba zaznaczyć, że mówiąc o decydowaniu o sobie, mówimy o zachowaniach, które nie są przez prawo wykluczone, a przeciwnie – pacjent dokonuje wyboru spośród świadczeń zdrowotnych przewidzianych przez obowiązujące normy prawne” (Wronkowska-Jaśkiewicz sygn. K 12/14). Wobec rozstrzygnięcia przez Trybunał zaistniałego konfliktu praw na korzyść wolności sumienia lekarzy, w świetle zapadłego wyroku, przyjmuje ona rangę jednej z najważniejszych konstytucyjnych wolności, chronionych kosztem praw pacjentów. Argumentacja powołana w uzasadnieniu wyroku w znaczącej części oparta jest na ocenach moralnych, wyrażanych

poprzez cytowane wyżej porównanie obowiązku informacyjnego lekarza, do „przymusu współdziałania w osiągnięciu celu niegodziwego”. Nie sposób zgodzić się z tym stanowiskiem zważywszy, że oczekiwanie przez pacjenta realizacji świadczenia zdrowotnego, którego lekarz odmawia, powołując się na klauzulę sumienia, ma źródło w przepisach prawa. Cel, do którego dąży pacjent nie może być obiektywnie uznany za „niegodziwy”, skoro wynika i pozostaje w zgodzie z obowiązującymi normami. Akty prawne konstruuje się poprzez ścieranie odmiennych poglądów, przekonań i zapatrywań moralnych jeszcze na etapie stanowienia prawa. Ustawowa regulacja ustanawia więc obowiązujące wartości wypracowane w trakcie procesu legislacyjnego, choć niekoniecznie odpowiadające (a najczęściej nieodpowiadające) poglądom całości społeczeństwa. Dlatego też, wobec odmowy motywowanej względami światopoglądowymi, w ramach praw pacjenta do decydowania o własnym życiu osobistym, leży możliwość podjęcia decyzji o realizacji danego świadczenia u innego lekarza. W tym miejscu koncepcja „współdziałania w osiągnięciu celu niegodziwego” rozciąga zakres klauzuli sumienia lekarza poza odmowę osobistego wykonania świadczenia, a więc i poza własne działania, dając w zasadzie prawo przeciwdziałania spodziewanemu dalszemu postępowaniu pacjenta. Jest to szczególnie silne uprawnienie zważywszy, że lekarze posiadają wyłączne prawo wykonywania świadczeń zdrowotnych w zastrzeżonym dla nich ustawą zakresie. Zwolnienie lekarza z obowiązku informowania o realnych możliwościach uzyskania u innego specjalisty świadczenia zdrowotnego, którego udzielenia on sam odmawia, może skutkować faktycznym zniweczeniem prawa pacjenta do tego świadczenia, a co najmniej uzyskania go we właściwym czasie. Dlatego właśnie tak znaczące rozszerzenie zakresu spraw objętych klauzulą sumienia lekarzy godzi w równowagę dóbr, których ważenie następuje w procesie rozstrzygania kolizji konstytucyjnych praw i wolności.

W realiach Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w brzmieniu sprzed wyroku Trybunału Konstytucyjnego na lekarzu powołującym się na klauzulę sumienia ciążył obowiązek informowania pacjentów o możliwości uzyskania świadczeń zdrowotnych w innym miejscu. Wówczas ostateczna decyzja co do udzielenia świadczenia zdrowotnego była podejmowana nie przez korzystającego z klauzuli sumienia lekarza, ale inną osobę, a nawet w innym podmiocie leczniczym, o ile oczywiście pacjent wykorzystał przedstawione mu informacje. „To pacjent ostatecznie zadecyduje w oparciu o swój własny kodeks moralny i własne sumienie czy podtrzyma chęć dokonania przedmiotowego zabiegu, i w końcu to inny lekarz zadecyduje, czy dokonanie tego zabiegu pozostaje zgodne z wiedzą medyczną i jego własnym sumieniem” (Szypuliński 2020). Tym samym, jak wskazał sędzia TK Stanisław Biernat, „z uzasadnienia wyroku Trybunału wynika,

że los pacjentów, polegający na tym, że albo zostaną im udzielone pewne świadczenia zdrowotne przewidziane przez prawo, albo odmówione, zależy od tego, co wykazuje sumienie lekarzy, natomiast wskazania sumienia, jak również prawa i wolności pacjentów, w szczególności prawo do ochrony zdrowia (art. 68 Konstytucji) oraz prawo do decydowania o swoim życiu osobistym (art. 47 Konstytucji) nie są wzięte pod uwagę” (Biernat sygn. K 12/14). Również sędzia TK Andrzej Wróbel wskazał na „bezpodstawną absolutyzację wolności sumienia lekarzy jako w istocie niepoddającej się jakimkolwiek ograniczeniom” (Wróbel sygn. K 12/14), nieuwzględniającą przy tym, iż konstytucyjne prawa i wolności nie stanowią jedynie przymiotu lekarzy, lecz przysługują na równi także pacjentom.

Również i przed wydaniem przez Trybunał Konstytucyjny omawianego wyroku sposób stosowania oraz interpretacja klauzuli sumienia przez lekarzy wywoływały liczne kontrowersje, stanowiąc przyczynek do rozważań nad jej zakresem, a nawet celowością. Jak niezwykle trafnie wskazała sędzia TK Sławomira Woronkowska-Jaskiewicz w cytowanym wyżej zdaniu odrębnym (sygn. K/14): „Akt sumienia jest zawsze aktem czyjegós sumienia, a kierowanie się sumieniem nie daje gwarancji, że postępuje się jedynie słusznie”.

Istnieją w doktrynie stanowiska, zgodnie z którymi wolność sumienia powinna być realizowana już na etapie wyboru zawodu (Szudejko 2016), jak również krytykujące w całości rozumienie klauzuli sumienia, jako narzędzia służącego realizacji decyzji motywowanych poglądami moralnymi lekarzy, mającego swoje źródło w konstytucyjnej wolności sumienia i religii. Zdaniem M. Klinowskiego klauzula sumienia lekarzy wywodzi się z przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej i odnosi nie do poglądów moralnych ani tym bardziej religijnych lekarza, lecz jego etyki i uczciwości zawodowej, opartej na rzetelnej wiedzy i sprowadzającej się do ustalenia dwóch okoliczności. A mianowicie, czy działanie lekarza jest w danym momencie potrzebne ze względów medycznych oraz czy pozostaje w zgodzie z aktualną wiedzą medyczną. „Lekarska klauzula sumienia to nic więcej niż przepis w randze ustawowej, który określa jedynie warunki skorzystania ze swobody wyboru w zakresie metod postępowania w ramach praktyki zawodowej lekarza. Chcąc zaś ustalić, co mamy na myśli mówiąc o swobodzie działań zawodowych lekarza, nie sięgamy wcale do tekstu Konstytucji, lecz raczej do Kodeksu Etyki Lekarskiej. Dokładnie tak samo postępujemy w wypadku innych profesji” (Klinowski 2019).

2.2 Klauzula sumienia a prawo do aborcji

Przeważającym obszarem, na którym koncentrują się kontrowersje i spory dotyczące zakresu czy w ogóle obecności w polskim prawie klauzuli sumienia są kwestie dotyczące aborcji. Obecnie, w związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego stwierdzającym niekonstytucyjność przepisu zezwalającego na przerywanie ciąży w sytuacji, kiedy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (sygn. K 1/20), katalog przesłanek pozwalających na dokonanie aborcji został ponownie zawężony. Aktualnie aborcja zgodnie z prawem jest dopuszczalna jedynie w dwóch przypadkach: kiedy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża jest wynikiem czynu zabronionego (do 12 tyg. ciąży) oraz gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej (bez ograniczeń czasowych, Dz.U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.). Świadczenie zdrowotne, jakim jest aborcja, wyraźnie ilustruje, jak istotny jest dostęp pacjentki do informacji o realnych (a nie tylko teoretycznych) możliwościach uzyskania świadczenia w innym miejscu. Zabieg ten w sytuacji ciąży wynikającej z czynu zabronionego opatrzony jest cenzusem czasowym i zwłoka w jego wykonaniu będzie skutkowałą definitywnym zniweczeniem przysługującego kobiecie prawa. Wydaje się, że również w sytuacji ciąży zagrażającej życiu lub zdrowiu ciężarnej, z wielu względów, korzystniejsze będzie przeprowadzenie zabiegu aborcji możliwie szybko po diagnozie. Warto przytoczyć w tym miejscu stanowisko Ministerstwa Zdrowia w kwestii obowiązku informowania pacjentów zawarte w piśmie z 20 lipca 2020 roku kierowanym do Rzecznika Praw Obywatelskich (Odpowiedź MZ, 20.07.2020 brpo.gov.pl): „W przypadku, kiedy lekarz odmówi pacjentce przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży powołując się na tzw. «klauzulę sumienia», **obowiązek informacyjny odnośnie sposobu realizacji w tym zakresie umowy z NFZ leży po stronie świadczeniodawcy, tj. podmiotu leczniczego**, w którym lekarz powstrzymał się od wykonania świadczenia niezgodnego z sumieniem (**na marginesie należy zaznaczyć, że klauzula sumienia jest prawem lekarza, nie może się na nią powoływać podmiot leczniczy**)”.

2.3 Klauzula sumienia a badania prenatalne

Na kanwie obowiązującego dotychczas prawa ukształtowała się linia orzecznicza, zgodnie z którą odmowa skierowania na badania prenatalne nie mieści się w zakresie klauzuli sumienia. Badania prenatalne są rozpatrywane przez sądy w kategoriach procedur medycznych służących informacji, diagnostyce, leczeniu oraz ocenie stanu zdrowia kobiety i jej płodu. Jak stwierdził Sąd Najwyższy w wyroku z 12 czerwca 2008 r. (sygn. III CSK 16/08): „każdy lekarz ma

obowiązek właściwych kompetencji i obowiązek udzielania informacji. Chodzi o kompetencje rzeczywiste i merytoryczne, pozwalające na właściwą ocenę stanu pacjenta i zastosowanie niezbędnych metod diagnostycznych oraz leczniczych, a obowiązek rzetelnej informacji powinien być realizowany w taki sposób, by dostarczyć pacjentowi dostatecznych i zrozumiałych informacji koniecznych do podjęcia przez niego decyzji o dalszym postępowaniu. Pacjent ma prawo do samodzielnego decydowania w sprawach osobistych o najistotniejszym znaczeniu, obowiązkiem zaś lekarza jest dostarczenie mu rzetelnych, obiektywnych i zrozumiałych informacji pozwalających na podjęcie takiej decyzji oraz wydanie skierowania na badania, które pozwolą na postawienie właściwej diagnozy”. Analogicznie wypowiedział się Sąd Apelacyjny w Białymstoku w wyroku z 5 listopada 2004 r. (sygn. I A Ca 550/04), stwierdzając ponadto, że zarówno prawo do skierowania na badania genetyczne, jak też prawo do przeprowadzenia zabiegu aborcyjnego w dozwolonych prawem przypadkach, jako emanacja praw kobiety do swobodnego kształtowania swojego życia osobistego oraz do planowania rodziny mają charakter dóbr osobistych i jako takie podlegają ochronie prawnej. Pogląd ten podzielił później Sąd Najwyższy w wyroku z 13 października 2005 r. (sygn. IV CK 161/05). O ile więc, powołując się na klauzulę sumienia, lekarz może uchylić się od wykonania zabiegu aborcji (ale już nie może uchylić się od tego obowiązku państwo), to nie ma takiej możliwości w przypadku konieczności skierowania pacjentki na badania prenatalne. Informacja uzyskiwana dzięki tym badaniom nie podlega bowiem wartościowaniu i jest całkowicie neutralna, służąc ocenie stanu zdrowia kobiety i jej płodu. Przeprowadzenie badań prenatalnych może, poza samą wiedzą o ewentualnych schorzeniach płodu, pozwolić na podjęcie maksymalnie szybko procedur medycznych (niektóre można przeprowadzić jeszcze w życiu płodowym), dając szansę na przygotowanie przyszłych rodziców do sytuacji związanej z ewentualną chorobą ich dziecka czy nawet powzięcie decyzji o przekazaniu dziecka do adopcji. Nadto, ciąży obarczone wadami genetycznymi wymagają szczególnego monitorowania, z uwagi na możliwe powikłania mogące skutkować zagrożeniem dla zdrowia i życia kobiety. Natomiast wiązanie prawa do badań prenatalnych, będących przewidzianym prawem świadczeniem zdrowotnym, z ewentualnym planowaniem przez kobietę terminacji ciąży stanowi nadużycie i wyraz medycznego paternalizmu. Postępowanie pacjentki po uzyskaniu wiedzy o wyniku badań prenatalnych stanowi sferę jej wolności osobistej i życia prywatnego, a jakiegokolwiek podejmowane decyzje czy działania są jej własnymi, nie zaś kierującego ją na badania lekarza. Tym samym, motywowana światopoglądowo odmowa skierowania na badania prenatalne jest niezgodna z prawem, ponieważ negatywna ocena wartościująca w takiej sytuacji

dotyczy domniemanego przyszłego działania pacjentki (a więc przyszłości nie-
pewnej i pozostającej poza sferą decyzyjności lekarzy), a nie własnego czynu
lekarza, który powinien zlecić badania w celu oceny stanu zdrowia pacjentki oraz
jej płodu. Taki zaś sposób rozumienia klauzuli sumienia, w praktyce, prowadzi
do przesunięcia jej faktycznego zakresu z umożliwiającego lekarzom powstrzy-
manie się od działań niezgodnych z sumieniem, na działania uniemożliwiające
lub co najmniej utrudniające pacjentce potencjalne działania nieakceptowalne
dla lekarza ze względów światopoglądowych. Stanowisko takie, odnoszące się do
informacyjnego charakteru badań prenatalnych, podziela również Ministerstwo
Zdrowia w przywołanym wyżej piśmie z 20 lipca 2020 roku, wskazując: „nie ulega
wątpliwości, że badania prenatalne są badaniami o charakterze profilaktyczno-
-diagnostycznym (...). Błędym jest założenie, zgodnie z którym wyłączną inten-
cją przeprowadzania tychże badań jest każdorazowo dokonanie – na podstawie
ich wyników – przerwania ciąży. Badania prenatalne mają na celu stwierdzenie
bądź wykluczenie wady albo choroby płodu. Współczesna medycyna umożliwia
leczenie niektórych wad rozwojowych już podczas ciąży, inne natomiast można
leczyć bezpośrednio po urodzeniu dziecka. Wczesne wykrycie anomalii rozwojo-
wych pozwala na lepsze przygotowanie się na przyjście dziecka, które z racji pro-
blemów zdrowotnych wymaga szczególnej opieki. Kwestia ta jest niezmiernie
ważna nie tylko dla lekarza, który ma możliwość zaplanowania skutecznej formy
leczenia, ale również dla rodziców dziecka”.

Podsumowując, należy stwierdzić, że świadczenia, które służą uzyskaniu
informacji, jako niepodlegające wartościowaniu nie mieszczą się w zakresie klau-
zuli sumienia. W konsekwencji „z powołaniem się na klauzulę sumienia wolno
odmówić jedynie świadczenia o charakterze etycznie uwarunkowanym, nieobo-
jętnym – a nie świadczeń całkowicie z tego punktu neutralnych, czyli informa-
cyjnych” (Boratynska 2013).

3. Nadużywanie klauzuli sumienia a obowiązek państwa do zagwarantowania realizacji świadczeń zdrowotnych przewidzianych prawem

Na nadużywanie przez lekarzy klauzuli sumienia zwróciła uwagę Helsińska Fun-
dacja Praw Człowieka, występując w charakterze interwenienta w postępowa-
niach toczących się przeciwko Polsce przed ETPC w Strasburgu. W sprawie
P. i S. przeciwko Polsce (syg. 57375/08) podniosła m.in., że „klauzula sumie-
nia jest często w praktyce nadużywana. Stosują ją nie tylko poszczególni lekarze,
którzy nie kierują pacjentki do innego szpitala, ale także całe jednostki opieki

zdrowotnej, w tym również publiczne”. Procedowana przed ETPC sprawa dotyczyła utrudnień, jakich doznała czternastoletnia w czasie zdarzenia, zgwałcona dziewczyna, która wraz z matką domagała się przeprowadzenia zabiegu legalnej aborcji. W sprawie doszło do licznych i poważnych naruszeń. Ze strony przedstawicieli ochrony zdrowia były to, zgodnie z ustaleniami ETPC, m.in.: kierowanie małoletniej na rozmowy z księdzem bez jej woli, niepoparte rozsądnymi argumentami natury medycznej zmuszenie matki małoletniej do podpisania oświadczenia, iż wie, że przeprowadzenie aborcji może skutkować śmiercią jej córki, wydanie przez szpital oficjalnego komunikatu prasowego, iż aborcji nie przeprowadzi. Szczegóły sprawy przedostały się do opinii publicznej, a zabieg został ostatecznie wykonany w placówce znajdującej się na drugim końcu kraju, ok. 500 km od miejsca zamieszkania małoletniej. W niniejszej sprawie, stwierdzając naruszenie art. 8 Konwencji o Prawach Człowieka, Trybunał podkreślał, że „z chwilą przyjęcia przez państwo ustawowych zapisów dopuszczających aborcję w określonych sytuacjach, nie może ono konstruować swoich ram prawnych w taki sposób, aby ograniczały możliwość rzeczywistego dostępu do aborcji. Na państwie ciąży przede wszystkim pozytywne zobowiązanie w zakresie stworzenia ram proceduralnych umożliwiających kobiecie ciężarnej efektywne skorzystanie z przysługującego jej prawa dostępu do legalnej aborcji” (syg. 57375/08). Zajmując stanowisko w sprawie, Europejski Ośrodek Prawa i Sprawiedliwości w Strasburgu zaproponował możliwe rozwiązanie dla podobnych okoliczności, wskazując, że **„lekarze nie powinni być obligowani do przeprowadzania aborcji, eutanazji czy zapłodnienia in vitro wbrew własnej woli i zasadom. Możliwym rozwiązaniem tej sytuacji jest stworzenie rejestru wykwalifikowanych lekarzy, gotowych przeprowadzić legalną aborcję”** (Tamże). Zarówno w tej sprawie, jak i sprawie R.R. przeciwko Polsce (syg. 27617/04), dotyczącej uniemożliwienia pacjentce przeprowadzenia badań prenatalnych ETPC wskazywał, że **państwa mają obowiązek w taki sposób zaplanować system świadczeń zdrowotnych, aby zagwarantować z jednej strony realną realizację prawa do wolności sumienia pracowników ochrony zdrowia, a z drugiej umożliwić pacjentom realizację świadczeń zdrowotnych, gwarantowanych systemem prawa krajowego**. ETPC dostrzegł zatem, występującą faktycznie, a usankcjonowaną następnie wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z 2015 r., nierównowagę pomiędzy ochroną wolności sumienia lekarzy a realizacją praw pacjenta.

W konsekwencji wydanych przez Europejski Trybunał Praw Człowieka wyroków stwierdzających naruszenie prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, a dotyczących aborcji i badań prenatalnych, władze polskie zobligowane są do ich wykonania, w tym poprzez ustanowienie prawnych gwarancji

dostępu do legalnej aborcji. W tym celu wprowadzono omawianą wyżej Ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, wraz z instytucją sprzeciwu wobec opinii lub orzeczenia lekarza (art. 31 ww. ustawy). W związku jednak z długo-trwałością procedury, niekorespondującą, przede wszystkim, z potrzebami kobiet domagających się dozwolonej przez prawo aborcji, Helsińska Fundacja Praw Człowieka oceniła, iż działania te są niewystarczające (Kładoczny, Wiśniewska 2020).

3.1 Stosowanie klauzuli sumienia przez podmioty zbiorowe

Przepisy prawa pozwalają osobom wykonującym zawody lekarza, lekarza dentystry oraz pielęgniarki i położnej na powoływanie się na klauzulę sumienia, przy czym możliwość taka dotyczy tylko indywidualnych osób fizycznych. Niedopuszczalne jest natomiast powoływanie się na klauzulę sumienia przez całe podmioty lecznicze. W konsekwencji szpital, w którym wszyscy lekarze odmawiają wykonania przewidzianej przepisami prawa aborcji powołując się na klauzulę sumienia, nadal ma obowiązek zapewnienia pacjentce należącego jej świadczenia zdrowotnego. Wynika to z faktu, iż przede wszystkim szpital nie jest „lekarzem” w rozumieniu ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, lecz podmiotem leczniczym i stosuje się do niego ustawę o działalności podmiotów leczniczych. Ta z kolei ustawa przepisów o charakterze klauzuli sumienia w swej treści nie zawiera. Biorąc pod uwagę, iż wolność sumienia i religii, z których wywodzi się prawo do korzystania z klauzuli sumienia zaliczane są do praw człowieka, oczywistym jest, że podmioty organizacyjne, nawet jeśli posiadają osobowość prawną, z pewnością nie są ludźmi. Także „doktryna prawa wskazuje, iż sumienie jest przypisane do indywidualnej jednostki ludzkiej i nie powinno być rozszerzane na dane zbiorowości i przyjmować postaci np. sumienia grupowego itd”. (Szypuliński 2020). Tym samym ogólnie deklaracje, że nikt z personelu medycznego nie podejmie się udzielenia określonych świadczeń zdrowotnych należy uznać za niezgodne z prawem, szczególnie biorąc pod uwagę, że istnieją sytuacje, w których odmówić świadczenia zdrowotnego nie wolno (por. art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, art. 12 ust. 1 Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej). Nadto szpital, czy inny podmiot leczniczy funkcjonujący na podstawie kontraktu z NFZ, obowiązany jest realizować wszystkie przewidziane w nim świadczenia, przy czym może tego dokonać także w drodze przekierowania pacjentki do innej jednostki. Pogląd ten podziela Ministerstwo Zdrowia w przywołanym wyżej piśmie do Rzecznika Praw Obywatelskich z 20 lipca 2020 r.

3.2 Klauzula sumienia a akty prawa miejscowego i regulacje wewnętrzne

Za niewłaściwe należy również uznać przypadki zamieszczania zapisów nawiązujących do klauzuli sumienia w przepisach prawa miejscowego lub też wewnętrznych aktach normatywnych zakładów leczniczych. Na uwagę zasługuje wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 22 września 2016 r. (sygn. II GSK 695/15), w którym sąd stwierdził, iż przyjęcie w statucie szpitala powiatowego zasady bezwzględnej ochrony życia stanowiło przekroczenie ustawowych kompetencji rady powiatu. Sąd wskazał przy tym, że podjęcie uchwały w tej treści nastąpiło z uchybieniem licznym przepisom, od Kodeksu Etyki Lekarskiej począwszy, poprzez m.in. Ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy korporacyjne lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych, aż po Konstytucję RP. Jak trafnie podsumował NSA w uzasadnieniu wyroku, wprowadzie sąd administracyjny, z uwagi na swoją kognicję, ma obowiązek powstrzymać się od oceny, czy należałoby uchylić obowiązujące w Polsce przepisy dotyczące przerywania ciąży, jednak do jego zadań należy stwierdzenie, że nie jest dopuszczalne osiągnięcie tego celu za pomocą uchwały rady powiatu. Szczególnie biorąc pod uwagę, iż uchwała ta wkraczała w szereg praw przysługujących na mocy ustaw tak pacjentom, jak i lekarzom oraz pozostałym osobom wykonującym zawody medyczne. Analogicznie, choć nie w postępowaniu z zakresu prawa administracyjnego, lecz cywilnego uznał Sąd Najwyższy. W omawianym już wyżej wyroku dotyczącym badań prenatalnych wskazał, że procedury przyjęte w szpitalu nie mogły zwolnić lekarza od obowiązku skierowania pacjentki na badania prenatalne, gdyż pozaustawowe regulacje nie mogą ograniczać ustawowych praw pacjenta (sygn. III CSK 16/08).

Podsumowanie

Polska posiada rozbudowany system aktów prawnych oraz norm regulujących, niekiedy drobiazgowo, jak w przypadku indywidualnych ustaw wyznaniowych, zagadnienia wolności sumienia i religii. Szereg przepisów znajduje zastosowanie w systemie ochrony zdrowia, a część jest mu celowo dedykowana. Można przy tym zauważyć, że ustawodawca z pewnością dostrzega różnorodność religijną i światopoglądową społeczeństwa, jednak zmieniająca się na przestrzeni lat nomenklatura i niekonsekwencje prawodawcze wprowadzają nieporządek, po części niwecząc pluralistyczne rozwiązania, jak chociażby wynikające z Ustawy o gwarancjach wolności sumienia i religii z 1989 roku. Trudno nie zauważyć,

że ten akt prawny sprzed ponad trzydziestu lat posługuje się zdecydowanie szerszymi definicjami i bardziej inkluzywnym słownictwem, niż ustawy późniejsze. Uniwersalne i szerokie terminy, takie jak „udzielanie posługi religijnej” czy „sprawowanie kultu” (art. 19 Ustawy o gwarancjach wolności sumienia i wyznania) zostały w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zastąpione określeniem „opieka duszpasterska”, właściwym jedynie dla części religii.

Można również rozważać, czy wielość indywidualnych ustaw wyznaniowych rzeczywiście pozytywnie wpływa na realizację w praktyce wolności sumienia i religii. Szczególnie, kiedy chodzi o stosowanie regulacji przez podmioty lecznicze, których obszar działania skupia się na ochronie zdrowia, zaś konieczność sięgania do różnych aktów prawnych w przypadku różnych wyznań może skutkować ograniczeniem praw pacjentów reprezentujących wyznania mniejszościowe. Dla pacjentów nieposiadających szczególnej świadomości prawnej, korzystanie z należnych im praw i wolności może być z tego powodu utrudnione. Możliwe jest bowiem takie pojmowanie obowiązującego stanu prawnego przez część osób, zgodnie z którym, skoro dla jednej wspólnoty wyznaniowej wprowadzono dedykowane jej przepisy prawa, a dla innej nie, to członkom tej drugiej żadne uprawnienia nie przysługują.

Sytuacji nie upraszcza podwójny system rejestracji Kościołów i związków wyznaniowych, które funkcjonują bądź to na podstawie decyzji administracyjnej w myśl Ustawy o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, bądź to posiadają indywidualne akty prawne w randze ustawy. W stosunku do Kościoła rzymskokatolickiego obowiązuje też Konkordat. Na terenie kraju mogą ponadto znajdować się osoby, których Kościoły czy związki religijne nie zostały w ogóle zarejestrowane, nawet na podstawie decyzji administracyjnej, a które także mają prawo do korzystania z zagwarantowanej Konstytucją wolności sumienia i religii. Z pewnością brak też jasnego uporządkowania zasad i podstaw współpracy podmiotów leczniczych ze wspólnotami wyznaniowymi, skoro już ustawa nakłada takie obowiązki. Stan prawny, w którym mimo konstytucyjnego równouprawnienia Kościołów i związków wyznaniowych niektóre z nich posiadają dedykowane przepisy, inne zaś nie, przyczynia się do utrudnienia przeciętnej osobie dekodowania obowiązujących norm, a tym samym ustalenia, przysługującego jej zakresu praw i wolności. W konsekwencji rysuje się rozdzźwięk pomiędzy deklarowanym równouprawnieniem religii i wolnością sumienia, a faktyczną realizacją tych postulatów czy to już na poziomie samych regulacji ustawowych, czy idąc o krok dalej, praktycznej ich realizacji, na skutek braku narzędzi i rozwiązań prawnych zapewniających równowagę w poszanowaniu praw i wolności różnych grup społecznych.

Z tego względu jako postulaty *de lege ferenda* można przedstawić przede wszystkim: ujednoczenie i zastosowanie inkluzywnej terminologii w ustawach w odniesieniu do wspólnot wyznaniowych, uporządkowanie zasad współpracy podmiotów leczniczych i wspólnot wyznaniowych przy sprawowaniu opieki duchowej, a także wprowadzenie ustawy, wspólnej dla funkcjonujących w kraju aktualnie oraz w przyszłości Kościołów i związków wyznaniowych. Ustawa taka, nie uszczuplając praw posiadanych przez nie aktualnie, w sposób kompleksowy regulowałaby prawa i obowiązki wspólnot wyznaniowych, upraszczając i czyniąc w praktyce bardziej dostępną realizację konstytucyjnej zasady równouprawnienia Kościołów i innych związków wyznaniowych.

Bibliografia

- Biernat S., *Wolność sumienia a norma prawna – zdanie odrębne od wyroku TK*, sygn. K 12/14, <https://monitorkonstytucyjny.eu/archiwa/15766>, dostęp: 31.01.2022.
- Boguszewska M., Góralczyk K. (2016), *Prawo Pacjenta do opieki duszpasterskiej wobec zróżnicowania religijnego*, w: Drohiczyński Przegląd Naukowy, Wielokulturowe Studia Drohiczyńskiego Towarzystwa Naukowego, 8, str. 59, 62.
- Boratyńska M. (2013), *Informacja i swobodny dostęp do genetycznych badań prenatalnych a klauzula sumienia i przywilej terapeutyczny*, w: Etyka, 47, str. 44, www.muzhp.pl, <https://etyka.uw.edu.pl/index.php/etyka/article/view/536>, dostęp: 31.01.2022.
- Complak K. (2014), Haczowska M. (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, art. 25, Warszawa, LEX <https://sip.lex.pl/komentarze-i-publicacje/komentarze/konstytucja-rzeczypospolitej-polskiej-komentarz-587598984>, dostęp: 31.01.2022.
- Dercz M., Rek T. (2019), *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Europejski Trybunał Praw Człowieka, wyrok z 25 maja 1993 r., 14307/88, Kokkinakis przeciwko Grecji, LEX <https://sip.lex.pl/orzeczenia-i-pisma-urzedowe/orzeczenia-sadow/45826-11-eleftherios-g-kokkinakis-dilos-kykloforiaki-a-522229650>, dostęp: 31.01.2022.
- Europejski Trybunał Praw Człowieka, wyrok z dnia 10 czerwca 2010 w sprawie Jehovah's Witnesses of Moscow przeciwko Rosji r., 302/02, LEX <https://sip.lex.pl/orzeczenia-i-pisma-urzedowe/orzeczenia-sadow/71160-13-uzbyakov-v-rosja-wyrok-europejskiego-trybunalu-523059884>, dostęp: 31.01.2022.

- Europejski Trybunał Praw Człowieka, wyrok z 7 grudnia 2010 roku, 18429/06, *Jakóbski przeciwko Polsce*, Orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka: [https://etpcz.ms.gov.pl/etpccontent/\\$N/9900000000000001_I_ETPC_018429_2006_Wy_2010-12-07_001](https://etpcz.ms.gov.pl/etpccontent/$N/9900000000000001_I_ETPC_018429_2006_Wy_2010-12-07_001), dostęp: 31.01.2022.
- Europejski Trybunał Praw Człowieka, wyrok z 26 maja 2011 r., 27617/04, *R.R. przeciwko Polsce*, https://trybunal.gov.pl/uploads/media/Sprawa_R.R._przeciwko_Polsce__skarga_nr_27617_04___wyrok_z_dnia_26_maja_2011_r..pdf, dostęp: 31.01.2022.
- Europejski Trybunał Praw Człowieka, wyrok z 30 października 2012 r., 57375/08, *P. i S. przeciwko Polsce*, Orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka: [https://etpcz.ms.gov.pl/detailsetpc/\\$N/9900000000000001_I_ETPC_057375_2008_Wy_2012-10-30_001](https://etpcz.ms.gov.pl/detailsetpc/$N/9900000000000001_I_ETPC_057375_2008_Wy_2012-10-30_001), dostęp: 31.01.2022.
- Garlicki L., Zubik M. (2016) „Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. T. I”, Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa.
- Jakuszewicz A. (2012), *Prawo do odmowy zabiegu medycznego ratującego życie ze względu na sprzeciw sumienia. Refleksje prawnoporównawcze (Polska, Hiszpania)*, w: *Studia z Zakresu Prawa, Administracji i Zarządzania*, 2, str. 56–57, <https://repozytorium.ukw.edu.pl/bitstream/handle/item/365/Adam%20Januszewicz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, dostęp: 31.01.2022.
- Klinowski M. (2019), *Czy sumienie zawodowe jest kwestią moralności?* w: *Przegląd Prawa Medycznego*, 2, str. 6., <https://przegladprawamedycznego.pl/index.php/ppm/article/view/97>, dostęp: 31.01.2022.
- Kładoczny P., Wiśniewska K. (2020), *WYROK W STRASBURGU TO NIE KONIEC! Raport na temat wykonywania wyroków Europejskiego Trybunału Praw Człowieka*, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa.
- Konkordat między Stolicą Apostolską i Rzeczpospolitą Polską podpisany w Warszawie 28 lipca 1993 r. Dz.U. z 1993 r., Nr 51, poz. 318, art. 17.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm., art. 25, 32, 47, 48, 53, 68.
- Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, z 4 listopada 1950 r., Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 z późn. zm., art. 9.
- Krzysztofek-Strzała K. (2019), *Prawa pacjentów muzułmanów w świetle ustawodawstwa polskiego, ze szczególnym uwzględnieniem ustawy o gwarancjach wolności sumienia i wyznania*, w: *Studia z Prawa Wyznaniowego*, 22, str. 144 https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.ojs-doi-10_31743_spw_4797/c/2-fa3c85d0-5f6c-408c-9c60-2112c80cd185.pdf, dostęp: 31.01.2022.
- Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych z dnia 19 grudnia 1966 r., Dz.U. 1977 nr 38 poz. 167, cz. III, art. 18.

- Minister Zdrowia, *Odpowiedź na pismo z 2 czerwca 2020 r.*, znak: VII.5001.1.2020.AMB/XI.5001.1.2015.AS, <https://bip.brpo.gov.pl>, dostęp: 31.01.2022.
- Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, *Rejestr kościołów i innych związków wyznaniowych*, <https://www.gov.pl/web/mswia/rejestr-kosciolow-i-innych-zwiazkow-wyznaniowych>, dostęp: 31.01.2022.
- Naczelny Sąd Administracyjny, wyrok z 22 września 2016 r., II GSK 695/15, Centralna Baza Orzeczeń Sądów Administracyjnych <https://orzeczenia.nsa.gov.pl/doc/4A8A2FFC05>, dostęp: 31.01.2022.
- Nowak A. (2021), Karkowska D. (red.), *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Ożóg, M. (2016). Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej w świetle konstytucyjnej zasady równouprawnienia kościołów i innych związków wyznaniowych. *Studia Z Prawa Wyznaniowego*, 19, 217–236. <https://doi.org/10.31743/spw.133>, dostęp: 31.01.2022.
- Ożóg, M. (2018). Charakterystyka stosunku prawnego łączącego kapelana z podmiotem leczniczym w świetle przepisów prawa polskiego i wybranych regulacji prawa wewnętrznego Kościoła katolickiego. *Studia Z Prawa Wyznaniowego*, 21, 95–122, <https://doi.org/10.31743/spw.194>, dostęp: 31.01.2022.
- Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 217 A (III) przyjęta i proklamowana w dniu 10 grudnia 1948 r.
- Sąd Apelacyjny w Białymstoku, wyrok z 5 listopada 2004 r., I A Ca 550/04, Portal Orzeczeń Sądu Apelacyjnego w Białymstoku [https://orzeczenia.bialystok.sa.gov.pl/details/\\$N/150500000000503_I_ACa_000550_2004_Uz_2004-11-05_001](https://orzeczenia.bialystok.sa.gov.pl/details/$N/150500000000503_I_ACa_000550_2004_Uz_2004-11-05_001), dostęp: 31.01.2022.
- Sąd Najwyższy, wyrok z 13 października 2005 r., IV CK 161/05, Baza Orzeczeń Sądu Najwyższego <http://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/orzeczenia2a/iv%20ck%20161-05-1.pdf>, dostęp: 31.01.2022.
- Sąd Najwyższy, wyrok, wyrok z 12 czerwca 2008 r., III CSK 16/08, Baza Orzeczeń Sądu Najwyższego <http://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/orzeczenia1/iii%20ck%2016-08-1.pdf>, dostęp: 31.01.2022.
- Sąd Najwyższy, wyrok z 20 września 2013 roku, II CSK 1/13, Baza Orzeczeń Sądu Najwyższego <http://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/orzeczenia3/ii%20ck%201-13-1.pdf>, dostęp: 31.01.2022.
- Sąd Najwyższy, postanowienie z 27 października 2005 r., III CK 155/05, Baza Orzeczeń Sądu Najwyższego <http://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/orzeczenia1/iii%20ck%20155-05-1.pdf>, dostęp: 31.01.2022.
- Skrzydło W. (2013), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz* wyd. VII, Wolters Kluwer, Warszawa.

- Szudejko P. (2016), *Przegląd Orzecznictwa. Zakres klauzuli sumienia. Glosa do wyroku TK z dnia 7 października 2015 r., K 12/14*. w: Gdańskie Studia Prawnicze; <http://www.prawaczlowieka.uw.edu.pl/index.php?orzeczenie=7c9fe6831f52e30e0ede4f8c54fd9bba673e8d8b-b0>, dostęp: 31.01.2022.
- Szypuliński J. (2020), Staniszevska-Pobikrowska P. (red.), *Medyczna klauzula sumienia w kontekście konstytucyjnej ochrony sumienia i wyznania, Prawo, religia, wyznanie. Na styku normatywizmu i moralności*, Warszawa, str. 106, 108. <https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/22282/religia.pdf?sequence=1&isAllo wed=y>, dostęp: 31.01.2022.
- Trybunał Konstytucyjny, wyrok z dnia 2 grudnia 2009 roku, U 10/07, <https://ipo.trybunal.gov.pl/ipo/Sprawa?cid=1&dokument=5316&sprawa=4401>, dostęp: 31.01.2022.
- Trybunał Konstytucyjny, wyrok z dnia 7 października 2015 r., Dz.U.2015.1633, K 12/14, <https://ipo.trybunal.gov.pl/ipo/Sprawa?cid=1&dokument=13021&sprawa=13434>, dostęp: 31.01.2022.
- Trybunał Konstytucyjny, wyrok z dnia 22 października 2020 r., sygn. akt. K 1/20, <https://ipo.trybunal.gov.pl/ipo/Sprawa?cid=1&dokument=20359&sprawa=22412>, dostęp: 31.01.2022.
- Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, Dz.U. 1948 nr 55 poz. 434, art. 1.
- Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, Dz.U. z 2017 r., poz. 1153, art. 10, art. 1, 4, 19.
- Ustawa z dnia 28 lipca 1993 roku o stosunku państwa do Kościoła Katolickiego, Dz.U.2019.1347 t.j. I., art. 31.
- Ustawa z dnia 4 lipca 1991 r. o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego, Dz.U. z 2014 r., poz. 1726, art. 27.
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm, art. 71.
- Ustawa z 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz.U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm., art. 4a.
- Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. z 2021 r., poz. 790 z późn. zm., art. 30, 32–33, 39.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy, t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 53 z późn. zm., art. 109.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. z 2020 r., poz. 849 z późn. zm., roz. 10 art. 2, 16, 36–38.

- Ustawa z 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz.U. z 2021 r. poz. 2069 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, Dz.U. z 2021 r., poz. 711 z późn. zm., art. 2–4, 218.
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz.U. 2022.0.2702, art. 12.
- Ustawa z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. poz. 1291 z późn. zm.
- Wenski P. (2015), *Rozważania nad standardami opieki duszpasterskiej w polskich szpitalach. Uwagi na tle orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 13 września 2013 r.*, w: *Prawo i Medycyna*, (58)/1, str. 83. <https://prawoimedycyna-archiwum.com/2019/05/01/prawo-i-medycyna-nr-58-1-2015/>, dostęp: 31.01.2022.
- Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie, wyrok z 2 lipca 2020 r., VII SA/Wa 692/20, <https://orzeczenia.nsa.gov.pl/doc/E5E245527F>, dostęp: 31.01.2022.
- Wronkowska-Jaśkiewicz S., *Zdanie odrębne do wyroku TK z 7 października 2015 r.*, K 12/14, <https://monitorkonstytucyjny.eu/archiwa/15774>, dostęp: 31.01.2022.
- Wróbel A., *Zdanie odrębne do wyroku z 7 października 2015 r.*, K 12/14., <https://monitorkonstytucyjny.eu/archiwa/15776>, dostęp: 31.01.2022.

DARIA BĘDKOWSKA

Monitoring wybranych mediów. Analiza zawartości

Wstęp

Projekt „Wolność sumienia i wyznania pacjentów w systemie opieki zdrowotnej”, finansowany przez Islandię, Lichtenstein i Norwegię z Funduszy EOG w ramach programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy, obejmował przeprowadzenie monitoringu wybranych mediów poświęconego zdiagnozowaniu obecności zagadnień związanych z tematem projektu. Analizowano zawartość publikacji podejmujących tematykę: praw osób pacjenckich – szczególnie w zakresie respektowania prawa do opieki duchowej osób różnych wyznań, nadużyć i dyskryminacji z uwagi na wyznawaną przez pacjentów i pacjentki religię lub światopogląd oraz skali obecności Kościoła rzymskokatolickiego w przestrzeni placówek ochrony zdrowia w Polsce.

Monitoring mediów objął sześć tytułów reprezentujących różne punkty widzenia, które niekiedy bywają klasyfikowane jako np. liberalne, lewicowe, centrowe, prawicowe, religijne, a także prorządowe czy proopozycyjne: „Rzeczpospolita”, „Tygodnik Sieci”, „Tygodnik Katolicki Niedziela”, „Fakt”, „Gazeta Wyborcza”, „Polityka” oraz dwa portale internetowe oko.press i onet.pl.

Ogółem analizie poddano 3 dzienniki, 3 tygodniki oraz 2 portale internetowe.

Zanalizowano w sumie 260 artykułów, które ukazały się na przestrzeni lat 2016–2021 roku, a które nawiązywały swoją treścią do takich grup tematycznych jak:

- prawa pacjenta przedstawiciela mniejszości wyznaniowych lub światopoglądowych
- wolność religii i sumienia w kontekście opieki medycznej
- klauzula sumienia, z którą wiążą się: aborcja, antykoncepcja, zapłodnienie in vitro
- kapelani szpitalni
- szpitalne kaplice

- symbole religijne w przestrzeni szpitali bądź innych placówek ochrony zdrowia

Wykorzystane w raporcie fragmenty publikacji zostały uporządkowane w cztery grupy tematyczne, które najczęściej przewijały się w analizowanych mediach:

1. obecność religii w placówkach medycznych (np. obrzędy, symbole religijne,)
2. klauzula sumienia
3. kapelani w szpitalu (np. posługa, wynagrodzenie, prawne podstawy zatrudnienia)
4. kaplice szpitalne

Zaobserwowano różnice w częstotliwości podejmowanych zagadnień oraz odmienny język wypowiedzi i oceny zjawisk w dwóch różnych grupach analizowanych mediów. Dla pierwszej – zorientowanej prawicowo i programowo przychylnie nastawionej do Kościoła rzymskokatolickiego istotne były zagadnienia związane z klauzulą sumienia, traktowaną jako prawo człowieka do swobody głosu własnych przekonań oraz potrzebą obecności kapelanów w szpitalach. Dla drugiej – zorientowanej bardziej lewicowo bądź centrowo istotne były tematy związane z powiązaniem między Kościołem rzymskokatolickim, a polityką, w aspekcie ochrony zdrowia, prawem osób pacjenczkich do wyznawania własnych przekonań oraz wynagrodzeniami za posługę duszpasterską w szpitalach.

Obecność religii w placówkach medycznych (obrzędy, symbole religijne, przemoc symboliczna)

Okolo 40 artykułów dotyczyło różnego rodzaju praktyk religijnych, do których dochodziło na terenie szpitali, nie tylko w przeznaczonych do tego celu kaplicach. Zdecydowanie najwięcej uwagi prasa poświęcała temu zagadnieniu w czasie pandemii, a więc w latach 2020–2021. Wówczas to zwracano uwagę z jednej strony na dostęp osób duchownych do odizolowanych oddziałów, do których nie wpuszczano nawet bliskich osób hospitalizowanych („Gazeta Wyborcza”, onet.pl, OKO.press, „Polityka”), z drugiej na ograniczanie praw osób pacjenczkich do posługi duchowej, związane z obostrzeniami pandemicznymi („Niedziela”). Analiza przytoczonych praktyk, w latach 2016–2022, dotyczy tylko

duchownych, symboli i obrzędów rzymskokatolickich. Przeprowadzony monitoring nie wykazał ani jednego artykułu, w którym opisywano obecność, w przestrzeni szpitalnej, symboli, obrzędów wyznań innych niż rzymskokatolickie.

Jednym z analizowanych obszarów jest zachowanie kapelanów na terenie szpitali wobec tych osób hospitalizowanych, które czują się zmuszone do kontaktu z duchownym z uwagi na wizyty duszpasterskie w salach chorych. Warty uwagi w tym kontekście może być fragment jednego z artykułów:

Onet.pl: Z kolei Kościół katolicki mówi jasno, że obecność księży w szpitalach jest niezbędna, a w statucie kapelanów szpitalnych jednej z diecezji warszawskich znalazłam zapis, że aby ksiądz niósł pomoc pacjentom, nie jest konieczna ich zgoda (Glanc 2020).

Problem ten jest znacznie częściej opisywany medialnie:

Onet.pl: „Księża wchodzą bez pukania – pacjenci się skarżą“; „Nie wszyscy pacjenci w obliczu choroby zwracają się ku wierze. Niektórym obecność księży w szpitalach przeszkadza, a to ze względu na zachowania duchownych, zwłaszcza w czasie pandemii. Czytałam przynajmniej kilka listów do redakcji, w których czytelnicy pisali, że pomimo obostrzeń księża chodzą od sali do sali, czasami bez maseczek. Takie przykłady przywołała także Agata Diduszko-Zyglewska w swoim artykule dla „Krytyki Politycznej“. „Moje dziecko walczyło o życie na OIOM-ie, każda minuta i sekunda, drżenie ze strachu, czy da radę, czy uratują, jaka będzie... Leżę, popłakuję z bezsilności i wchodzi on! Bez pukania łąduje się do sali. Taka wola boża, powiada... Nie wytrzymałam, użyłam hasła dzisiejszych protestów“ – to tylko jeden z przykładów opisanych przez warszawską radną i aktywistkę“ (Glanc 2020).

Polityka: Szpital po polsku to nie tylko rzymskokatolicka kaplica w każdej placówce, krzyże na salach chorych, ale kapelan (zaliczony do grupy stałych pracowników, wraz z merytoryczną kadrą kierowniczą) odwiedzający chorych na salach. I raczej rzadko stara się wcześniej ustalić, kto sobie życzy jego wizyty. Trzeba mu głośno odmówić, co bywa źle odbierane przez innych pacjentów. Zdarza się, że do starszych ludzi kapelani przychodzą kilkakrotnie, nie mogąc uwierzyć, że nie chcą rozmawiać z księdzem (Podgórska 2017).

Onet.pl: Zatrudnianie księży katolickich łamie nie tylko zapisy konstytucji, ale też artykuł 20 ustawy o prawach pacjenta, który mówi jasno, że „pacjent ma

prawo do poszanowania intymności i godności“. Tymczasem znamy historię, gdzie księża bez żadnej zapowiedzi wchodzą na oddziały i sale – mówi Onetowi Agata Diduszko-Zyglewska. (Rogaska 2020)

Niedziela: Korytarze przemierza również kapelan z Panem Jezusem w bursie. Puka do każdych drzwi, pytając chorych o chęć przyjęcia Komunii św. – Niektórzy są zaskoczeni, dlaczego przychodzę na oddziały położnicze. Ale Pan Jezus też błogosławił tam, gdzie niekoniecznie Go oczekiwano. Każda osoba ma prawo do sakramentów, a moim zadaniem jest dotrzeć do każdego, bez wyjątku. Mam też obowiązek skontaktowania osoby innej wiary z jego duchowym opiekunem. Potrzeba czasu, żeby przyzwyczaić ludzi do obecności kapelana i do jego otwartości na rozmowę z każdym, kto tego potrzebuje. (...) Po kilku, kilkunastu dniach przychodzenia na oddział chorzy proszą o sakrament pojednania, zaczynają przyjmować Komunię. (Mokrzycka 2019)

W sprawie obecności kapelanów na szpitalnych oddziałach, jak zostało już zasygnalizowane we wstępie, głos zabierały nie tylko media liberalne, centrowe czy lewicowe, ale także „Tygodnik Katolicki Niedziela”, który w jednym z artykułów przytacza wnioski z raportu wydanego przez Fundację Instytut na Rzecz Kultury Prawnej *Ordo Iuris*, zwracając uwagę na problemy z dostępnością kapelana dla osób chorych spowodowane obostrzeniami wywołanymi przez pandemię Covid-19.

Niedziela: Pierwsze interwencje w obronie wolności religijnej w placówkach medycznych Instytut *Ordo Iuris* podjął na przełomie 2019 i 2020 r. Wtedy to pacjentka Szpitala im. Św. Rodziny w Warszawie alarmowała, że w placówce zakazano obchodu kapelana po oddziałach szpitalnych, a posługa duszpasterska może odbywać się tylko po indywidualnym wezwaniu księdza przez pacjenta. Powodem zmiany zasad pracy duchownego w szpitalu był artykuł, jaki ukazał się w jednej z gazet po donosie pacjentki oburzonej widokiem księdza na oddziale (*Ordo Iuris: pacjenci umierają w szpitalach bez sakramentów* 2020).

Kolejnym zagadnieniem, które pojawiało się w doniesieniach medialnych był problem wywierania presji na osobach pacjenckich do podejmowania praktyk religijnych, nie tylko przez kapelanów, ale też personel szpitalny, co pokazują poniższe cytaty:

GW: (...) dla wielu pacjentów deprymujące jest „nagabywanie ich“ przez krążących po szpitalnych korytarzach księży i namawianie do udziału w praktykach religijnych. – Byłam wielokrotnie informowana o podobnych sytuacjach. Naruszony jest świecki charakter instytucji publicznych, jakimi są placówki medyczne (Bednarek 2021).

GW: Docierają do mnie sygnały, że chodzą po salach, nagabują pacjentów i pacjentki, bo w końcu są pracownikami tych szpitali. Robią swoisty obchód. To niedopuszczalne – mówi Agata Diduszko-Zyglewska, miejska radna Lewicy (Karpieszuk 2020).

OKO.Press: Mąż Darii słyszy, że jej stan jest krytyczny. „Lekarz mówi mu, żeby się modlił. Ale mąż jest ateistą, więc się nie modli, tylko płacze (Theus 2021).

Przytoczony powyżej przykład pokazuje jeszcze jedno zjawisko – obecności w języku osób pracujących w publicznych instytucjach kategorii *stricte* religijnych, co może świadczyć o braku wrażliwości na wyznawany światopogląd lub religię, nawet jeżeli pewnych sformułowań, zaczerpniętych z praktyki religijnej, używa się jak zleksykalizowanej metafory.

Pośród analizowanych artykułów można odnaleźć także pozytywne opinie o pracy kapelanów rzymskokatolickich. Wśród nich znalazł się fragment, w którym pojawiło się określenie sposobu pełnienia przez nich posługi „dyskretnie i bez narzucania się”, o czym ma świadczyć brak skarg od osób pacjenckich.

GW: Kapelani pełnią swoją posługę dyskretnie, nie narzucają się. Nie mieliśmy na nich żadnych skarg od pacjentów – mówi Joanna Chładzyńska, rzeczniczka Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. (Bednarek 2021).

Jeżeli opisywana posługa obejmuje obchód kapelanów po salach szpitalnych, opinia ta staje się dyskusyjna, ponieważ nadal pacjenci bezwyznaniowi oraz wyznań innych niż rzymskokatolickie mogą być w takiej sytuacji zmuszani do publicznego udzielenia odmowy wzięcia udziału w danych praktykach religijnych, co może być dla nich niekomfortowe lub prowadzić wręcz do sytuacji, w której zdecydują się na udział w obrzędzie z obawy przed krytyką ze strony innych osób pacjenckich czy personelu szpitala, co wykazano już we wcześniejszych cytatach.

W tym kontekście warto przytoczyć także fragment wywiadu, jaki na łamach portalu tygodnika „Niedziela” przeprowadził z kapelanem szpitalnym o. Ezechielem Adamskim OFM ks. Łukasz Romańczuk:

Niedziela: ks. Ł.R.: A jak zweryfikować czy dana osoba jest katolikiem? Bywają sytuacje, że pacjent jest nieprzytomny, a rozpoznanie bywa trudne. O.E.A.: Najczęściej opieram się na informacji od rodziny. Proszę też personel, aby sprawdził oznaki bycia katolikiem – krzyżyk, medalik. Jeżeli tego nie ma to zakładam, że człowiek ten jest ochrzczony i namaszcza. Pan Bóg sobie z tym poradzi. Bo człowiekowi wierzącemu to nie zaszkodzi, a wierzącemu z pewnością bardzo pomoże. Poza tym nieprzytomność nie wiąże się z brakiem świadomości. Zakładam, że sakramenty są przyjmowane świadomie na poziomie duchowym (Romańczuk 2021).

Niedziela: Ks. Józef bardzo sobie ceni pod tym względem współpracę z personelem medycznym. – Pielęgniarki, ale nierzadko też lekarze bardzo często telefonują, że trzeba pojawić się z sakramentami – mówi. – Gdy na izbie przyjęć jest pacjent nierokujący dobrze, zawsze znajdzie się ktoś, kto po mnie zadzwoni. Jeszcze się nie zdarzyło, żeby rodzina miała w takich sytuacjach pretensje. Czasem lekarze i pielęgniarki reagują szybciej niż bliscy chorego (Łuczak 2017).

Wypowiedź o. Adamskiego zdaje się symptomatyczna, ponieważ wskazuje, że w części przypadków może dochodzić do sytuacji, w której rzymskokatolickiemu obrzędowi namaszczenia chorych może być poddawana osoba niezwiązana z tym wyznaniem. Posługa duszpasterska w tym wypadku zostaje udzielona poprzez przyjęcie założenia, że w kraju, w którym wyznaniem dominującym jest rzymski katolicyzm osoba pacjencka najprawdopodobniej także jest jego wyznawcą. Sprawa ta budzi jeszcze dodatkową wątpliwość, ponieważ nawet, jeżeli kapelan miałby pewność, że dana osoba pacjencka została ochrzczona w obrządku rzymskim, nadal nie daje to odpowiedzi na pytanie, czy chce przyjąć kolejny sakrament. Duchowny, który nie może nawiązać kontaktu z pacjentem lub pacjentką lub nie może na temat chorej osoby z nikim porozmawiać, nadal, w świetle zawartości analizowanych artykułów, może udzielić sakramentu. Informacji na ten temat dostarcza sam Kodeks Prawa Kanonicznego, cytowany tu za portalem niedziela.pl: *Sakrament może zostać udzielony także „chorym, którzy stracili przytomność lub używanie rozumu, jeżeli istnieje prawdopodobieństwo, że jako wierzący prosiliby o to, gdyby byli przytomni”* (Gronek 2021).

Kolejnym zjawiskiem opisywanym na łamach analizowanych tytułów jest obecność osób duchownych w szerzej pojętej przestrzeni szpitala. Chodzi o działania symboliczne, którym podlegają już nie indywidualne osoby pacjenckie, ale cała instytucja, a więc społeczność, do której wlicza się ogół pacjentów i pacjentek oraz świeckich pracowników i pracowniczek placówki. Działania te to inicjatywy odgórne, o charakterze religijnym, w przypadku których uczestnictwo może być odbierane przez osoby zatrudnione jako obowiązkowe i wynikające z samego faktu bycia częścią społeczności danego szpitala. Praktyki te, opisywane w mediach, to między innymi świącenia obiektów szpitalnych, zapraszanie osób duchownych na uroczystości, na przykład uruchomienia oddziału. Osobną kategorią jest wprowadzanie ceremoniału religijnego w życie społeczności pracowników szpitala (spotkania wielkanocne, opłatkowe, wigilie pracownicze itp.). Przykłady tego typu sytuacji można odnaleźć w cytowanych poniżej fragmentach artykułów:

Polityka: Inny z ankietowanych, lekarz, opisuje, jak po nadaniu placówce imienia Jana Pawła II zapanowała parafialna atmosfera. Ciągłe pojawiały się ogłoszenia o mszach na terenie szpitala, pielgrzymkach dla służby zdrowia. Na każde spotkanie opłatkowe i wielkanocne przybywał z duszpasterską wizytą biskup. Nikt nie powiedział wprost, że obecność jest obowiązkowa, ale jasno dano do zrozumienia, że będzie dobrze widziana przez dyrekcję. To zresztą dość popularny zabieg – nazwać coś imieniem świętego, a potem tłumaczyć tym ideologiczne działania. (Podgórska 2017).

GW: Chorzy modlą się do tych świętych nie tylko w kaplicy. Także w szpitalnych salach. Ksiądz kapelan na prośbę przynosi je tym pacjentom, którzy sami nie mogą pójść do kaplicy. (Pasterczyk 2019)

GW: Relikwie z kości świętej Faustyny Kowalskiej sprowadziło Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach (Kosiek 2020).

Monitoring pokazuje częstą praktykę świecenia szpitali i/lub sprzętu medycznego przez duchownych rzymskokatolickich (często na wysokim szczeblu w hierarchii kościelnej), niezatrudnionych jako kapelani w danym szpitalu, a zapraszanych na uroczystość otwarcia jako goście honorowi, co spotyka się z uznaniem rzymskokatolickiego tygodnika „Niedziela”.

Niedziela: Bp Jan Wątroba celebrował Msze św. i spotkał się również z chorymi w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim nr 1, w Szpitalu MSWiA, gdzie poświęcił nowe karetki oraz specjalistyczną aparaturę kardiologiczną, oraz na Oddziale Paliatywnym w Rzeszowie (Jakiela 2019).

Niedziela: Abp senior diecezji warszawsko-praskiej przewodniczył uroczystej mszy św. w Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim na zakończenie nawiedzenia Kopii Jasnogórskiego Wizerunku. Na zakończenie liturgii kapelani, pacjenci oraz personel medyczny zawierzili siebie Matce Bożej (*Abp Hoser: szpital nie jest fabryką, a człowiek nie jest przedmiotem* 2018).

Niedziela: Uroczystość nadania imienia Specjalistycznemu Centrum Medycznemu rozpoczęło się pod znajdującym się przed szpitalem obeliskiem Jana Pawła II, skąd zebrani udali się do głównego holu, gdzie odsłonięto popiersie papieża Polaka i hasło „Każde życie jest najcenniejsze”, określające misję szpitala. Następnie wszyscy uczestnicy wzięli udział we Mszy św., której przewodniczył Biskup Świdnicki (Marcinkiewicz 2018).

Niedziela: W Wojewódzkim Podkarpackim Szpitalu Psychiatrycznym im. prof. Eugeniusza Brzeźickiego, położonym na terenie parafii pw. św. Andrzeja Boboli Żurawicy Górnej, 4 września została poświęcona kaplica szpitalna oraz nowa część Oddziału Psychiatrycznego. Wydarzenie miało ogromne znaczenie zarówno dla personelu, jak i dla pacjentów. Spotkanie gości, personelu, pacjentów, mieszkańców Żurawicy rozpoczęła Msza św. koncelebrowana w intencji pracowników i pacjentów szpitala, której przewodniczył abp Adam Szal. (...) Następnie Metropolita Przemyski w obecności dyrektora szpitala, księży proboszczów obu żurawickich parafii oraz zaproszonych gości udał się w kierunku Oddziału Psychiatrycznego, gdzie poświęcił nową część obiektu. Oprawę liturgii Mszy św. zapewnili m.in. pracownicy ośrodka (Wójcik 2016).

Warto nadmienić jednak, że w części artykułów, pochodzących z liberalnej prasy, praktyki te zostały przedstawione w sposób neutralny – przytoczono zaistniały fakt, bez jego krytycznej analizy, co może dowodzić powszechności i ugruntowania działań o charakterze religijnym w przestrzeni placówek ochrony zdrowia.

GW: 7 października otwarto w szpitalu na Parkitce Centrum Urazowe. Nową placówkę poświęcił metropolita częstochowski abp Wacław Depo. (Mamoń 2019)

GW: W uroczystości otwarcia uczestniczył jednak metropolita gdański abp. Sławoj Leszek Głódź. Duchowny poświęcił wyremontowany oddział. (...) gospodarzem uroczystości był jednak samorząd województwa i należąca do niego spółka szpitalna. (Katka 2019)

GW: Obchody dnia świętego Mikołaja zaczęły się już rano. O godz. 9 do szpitala przyjechał arcybiskup Wiktor Skworc. W podarunku przywiózł ze sobą słodycze. W kaplicy Aniołów Stróżów odprawił mszę świętą, a potem odwiedził oddział intensywnej terapii oraz onkologii, hematologii i chemioterapii, gdzie rozmawiał dłużej z dziećmi i ich rodzicami. (*Święty Mikołaj przyjechał do szpitala samochodem Ferrari* 2016)

GW: Rozpoczyna się budowa nowego skrzydła szpitala MSWiA w Poznaniu. (...) Wmurowanie aktu erekcyjnego miało podniosły charakter – uczestniczył w nim metropolita poznański abp Stanisław Gądecki (Mazur 2017)

W tygodniku „Niedziela” można odnaleźć także przykłady uczestnictwa wysokich dostojników rzymskokatolickich, którzy pojawiają się w szpitalach z okazji obchodów Światowego Dnia Chorego (11 lutego). Święto, obchodzone przez niektóre z polskich szpitali, nie zalicza się do świeckich uroczystości, ponieważ zostało ustanowione w 1992 roku przez papieża Jana Pawła II, a jego data nawiązuje do objawień w Lourdes, ma więc stricte rzymskokatolicki wydźwięk i w taki też sposób, według cytowanych poniżej artykułów jest obchodzone.

Niedziela: Bp Edward Białogłowski Eucharystią w kaplicy św. Brata Alberta 8 lutego w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim nr 2 zainaugurował obchody ŚDCh w diecezji. Po Mszy św. odwiedził i udzielił błogosławieństwa dzieciom na ich oddziale. W sobotę 9 lutego Ksiądz Biskup odprawił Mszę św. w DPS Caritas im. św. Ojca Pio w Chmielniku, a w niedzielę odwiedził Szpital Rejonowy w Jaśle (Jakiela 2019).

Niedziela: Natomiast w sam Dzień Chorego 11 lutego br. Ekscelencja odwiedził Powiatowy Szpital w Bielsku Podlaskim. Z sakramentem namaszczenia chorych udał się na poszczególne oddziały. W posłudze sakramentalnej oraz w pasterskiej rozmowie niósł pokrzepienie zarówno chorym, jak i personelowi medycznemu. Centralnym punktem spotkania była Msza św. celebrowana w kaplicy szpitala. Słowa pozdrowień i powitań skierowała dyrekcja szpitala oraz kapelan ks. Zbigniew Karolak (Gołębiewski 2019).

Niedziela: Po Mszy św. Ksiądz Biskup odwiedził wszystkich chorych przebywających w salach. (...) Po południu Biskup Rzeszowski odwiedził Szpital Wojewódzki im. św. Jadwigi Królowej. Pierwszym punktem pasterskiej wizyty było poświęcenie nowego specjalistycznego sprzętu: neuronawigacji, neuromonitoringu, USG oraz inkubatora dla niemowląt. (...) 14 lutego bp Jan Wątroba nawiedził Centrum Medyczne Mrukmed w Rzeszowie, które koncentruje się na diagnostyce i leczeniu chorób nowotworowych. W holu Centrum zgromadzili się pacjenci dnia, personel oraz dyrektor NFZ w Rzeszowie. Dyrektor placówki powiedział o wielkiej roli wiary i modlitwy w kontekście choroby nowotworowej (Jakiela 2018).

W sposób symboliczny poprzez, na przykład, poświęcenie szpitala przez rzymskokatolickiego biskupa cała placówka zostaje niejako oddana pod duchową „opiekę” jednego tylko wyznania, jak wskazuje analiza prasy – rzymskiego katolicyzmu. Poniższy przykład pokazuje, że obrzędy religijne w przestrzeni szpitalnej nie ograniczają się do jednorazowych wydarzeń:

Niedziela: Biskup ordynariusz Diecezji Zielonogórsko – Gorzowskiej Bp Tadeusz Lityński przekazał jednoimiennemu szpitalowi zakaźnemu poświęcone krzyże. (...) Krzyże zawisły w szpitalnych oddziałach. – Bardzo dziękujemy księdzu biskupowi za ten ważny gest – mówi prezes gorzowskiej lecznicy Jerzy Ostrouch, który odebrał dar. – Nie możemy zapominać, że dla wielu naszych pracowników i pacjentów obecność krzyża w miejscu ich pobytu ma ogromne znaczenie, bo w tych trudnych dla siebie chwilach potrzebują opieki medycznej i też wsparcia duchowego. Ksiądz biskup zapewniał, że pamięta o nich w swoich modlitwach (*Biskup przekazał szpitalowi zakaźnemu poświęcone krzyże* 2020).

Skala obecności Kościoła rzymskokatolickiego w polskim systemie ochrony zdrowia widoczna jest wyraźnie nie tylko na poziomie konkretnych placówek leczniczych, ale także znacznie wyżej na poziomie Ministerstwa Zdrowia, którego przedstawiciele nie jako osoby prywatne, ale jako państwowi urzędnicy biorą udział w uroczystościach kościelnych, dokonując już nawet nie symbolicznie, ale wprost „aktu zawierzenia” polskiej ochrony zdrowia Kościołowi rzymskokatolickiemu, co także odnotowuje prasa.

Fakt: Na zakończenie mszy został wypowiedziany Akt Zawierzenia Polskiej Służby Zdrowia Matce Bożej. – Jesteśmy z chorymi nie tylko jako fachowcy,

jako osoby, które mają ich leczyć i wyleczyć, ale również jako bliźni – mówił do zgromadzonych na pielgrzymce Minister Zdrowia Łukasz Szumowski. To wywołało reakcję byłego ministra zdrowia. (*Jest aż tak źle? Minister zawierzył służbę zdrowia Matce Boskiej* 2018)

Kolejnym przykładem takich działań związanych z religią, a nawet religijnych praktyk, w których brali udział najwyżsi dostojnicy Kościoła rzymskokatolickiego, jest zaproszenie papieża do odwiedzin jednego z krakowskich szpitali. Należy nadmienić, że w analizowanej prasie nie znaleziono ani jednego przypadku analogicznej wizyty dostojników lub dostojniczek mniejszościowych Kościołów lub związków wyznaniowych.

GW: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Prokocimiu przygotowuje się na wizytę papieża Franciszka. To jedyny szpital w Polsce, który dwukrotnie w historii będzie gościł papieża. (...) Nie bez znaczenia był fakt, że 25 lat temu, w sierpniu 1991 roku podczas pielgrzymki po Polsce, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy odwiedził Jan Paweł II. Nazwał go wtedy „sanktuarium ludzkiego cierpienia”. (Wantuch 2016)

Niedziela: Na koniec zapewnił wszystkich o swojej miłości i modlitwie oraz prosił o modlitwę w jego intencji. Papież Franciszek odwiedził także najciężej chore dzieci leżące w salach przy Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie 25 lat temu gościł również papieża Jana Pawła II (Gajda-Kocjan 2016).

GW: Ale to nie wszystko. – Najważniejsze jest przygotowanie duchowe – mówi siostra Leszczyńska. Od kilku tygodni pacjenci szykują dla papieża niespodzianki. Ponad 200 rysunków, wierszy, rymowanek, wyklejank siostra Leszczyńska skanuje właśnie, by podarować je ojcu świętemu. Jest też przygotowana kopia obrazu Matki Boskiej Nieustającej Pomocy z dedykacją i 700 różańców. (Jakubowski 2021)

Z racji intymnego charakteru spotkania osoby wierzącej z osobą duchowną swojego wyznania, zwłaszcza w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia oczywistym jest, że personel szpitalny nie powinien ingerować w przebieg wizyty duszpasterskiej. Sytuacja jednak zmienia się radykalnie, kiedy osoba duchowna znacząco przekracza swoje kompetencje, czym zagraża dobrostanowi osoby hospitalizowanej. W analizowanych mediach znaleziono relacje przypadków takich nadużyć.

Poniżej przykład rażącego przekroczenia kompetencji, w przypadku którego krakowski szpital zareagował rozwiązaniem umowy o pracę z kapelanem.

GW: Ksiądz Wacław Walko, kapelan, który pracował w Klinice Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego, oprócz Dobrej Nowiny przynosił w darze pacjentom swoją wizję świata. W tej wizji szczepionki zawierają czipy, szczepienia przeciwko Covid-19 mają doprowadzić do depopulacji ludzkości, a lekarze zachęcający do szczepień dokonują zbrodni na ludzkości (Olszewski 2021).

Inną, bulwersującą sytuację opisuje „Fakt”, który przedstawia historię molestowania pacjentki z niepełnosprawnością przez kapelana. Zastanawiająca w tym kontekście wydaje się reakcja szpitala, który wprawdzie zadbał o odsunięcie kapelana od wszystkich osób pacjenckich, ale o sprawie nie zawiadomił prokuratury, a jedynie kurię:

Fakt: Władze szpitala zareagowały błyskawicznie. Zakazały księdzu wstępu do placówki, a ordynator o wszystkim powiadomił kurię w Krakowie. Dlaczego nie policję i prokuraturę? Jak tłumaczył reporterom, przepis zobowiązujący do tego wszedł w życie w drugiej połowie 2017 roku, już po wspomnianych wydarzeniach. (*Ksiądz molestował niepełnosprawną. Kuria przez lata milczała* 2021).

W żadnym z analizowanych artykułów, nie odnotowano ani jednego przypadku, w którym w przestrzeni danej placówki ochrony zdrowia pojawiłyby się symbole wyznań innych niż rzymski katolicyzm. Nie znaleziono także żadnej informacji, która opisywałaby sytuację pojawienia się osoby duchownej reprezentującej wyznania mniejszościowe na poszczególnych salach szpitalnych, gdzie przebywają osoby pacjenckie. Informacji takich nie udało się znaleźć nie tylko w mediach o ogólnopolskim zasięgu, ale także w regionalnych wydaniach „Gazety Wyborczej”.

Odnotowano jedynie kilka artykułów problematyzujących specyfikę dwóch wyznań mniejszościowych w zetknięciu z instytucją ochrony zdrowia. Przykłady te dotyczyły stworzenia sztucznej kości przez polską firmę biotechnologiczną, czego beneficjentami i beneficjentkami mogą być osoby niemogące, z powodów religijnych, korzystać z technologii opartej o określone białko zwierzęce lub ludzkie. Drugi przykład dotyczył przeszczepu szpiku bez transfuzji krwi wykonany pacjentowi ze związku wyznaniowego Świadków Jehowy.

GW: FlexiOss®, ze względu na skład, może być stosowany np. u pacjentów wyznających islam, którym religia zakazuje używania materiałów zawierających białko zwierzęce czy ludzkie (Makarenko 2021).

GW: We wrocławskim szpitalu przeprowadzono po raz pierwszy w Polsce przeszczep szpiku bez transfuzji krwi. Pacjent nie zgodził się na nią ze względu na wyznanie – jest świadkiem Jehowy (Wilczyńska 2018).

Klauzula sumienia

Prawdopodobnie najbardziej obciążoną światopoglądowo specjalizacją w medycynie jest ginekologia i położnictwo. To właśnie na lekarzy i lekarki tej specjalności wywierana jest bardzo silna presja ideologiczna, o czym informują także media. W trakcie monitoringu wyodrębniono ponad 60 artykułów poruszających temat klauzuli sumienia oraz związane z nią 64 teksty dotyczące kwestii aborcji i niemal tyle samo materiałów, z których wyodrębniono tematy badań ginekologicznych, prenatalnych i antykoncepcji. Aby w pełni naświetlić problematykę związaną z klauzulą sumienia, należy cofnąć się do 2014 roku, kiedy to lekarka psychiatrii, prywatnie zaprzyjaźniona z papieżem Janem Pawłem II, Wanda Półtawska stworzyła tzw. „deklarację wiary” (złożoną w sanktuarium na Jasnej Górze), którą skierowała do środowisk medycznych. Jej fragmenty, wraz z komentarzem, przytaczał już w 2014 roku onet.pl, ale sprawa powraca w mediach także w latach 2016–2021:

Onet.pl: Przed kanonizacją Jana Pawła II zaapelowała, by złożyli deklarację wiary, uznali pierwszeństwo prawa bożego nad prawem ludzkim, przyznali, że „moment poczęcia człowieka i zejścia z tego świata zależy wyłącznie od decyzji Boga”, a „ciało ludzkie i życie jest święte i nietykalne”. Taką deklarację, na wezwanie Półtawskiej, podpisało na razie około trzech tysięcy osób – poza ginekologami, chirurgami i pediatrami także dentyści, patomorfologdy, a nawet jedna terapeutka tańcem (Świąchowicz 2014).

Polityka: Deklaracja wiary to sześciopunktowy zapis, który powstał z inicjatywy dawnej przyjaciółki Jana Pawła II dr Wandy Półtawskiej. Jej sygnatariusze podkreślają w dokumencie swoje przywiązanie do wiary katolickiej i deklarują, że prawo Boże ma dla nich pierwszeństwo przed prawem

ludzkim, także w sferze zawodowej. W dokumencie czytamy m.in., że „ciało ludzkie i życie, będące darem Boga, jest święte i nietykalne”, a „moment poczęcia człowieka i zejścia z tego świata zależy wyłącznie od decyzji Boga”. Przeciwnicy nazywają dokument deklaracją fanatyzmu. Podkreślają, że aż pięć punktów uniemożliwia wykonywanie zawodu lekarza (Zdanowicz 2019).

„Deklaracja wiary” – zawarte w niej treści oraz cały kontekst związany z jej powstaniem (wotum dziękczynne za kanonizację Karola Wojtyły) są *stricto* związane z etyką rzymskokatolicką, co podkreślał cytowany w onet.pl, broniący deklaracji, były minister zdrowia Konstanty Radziwiłł: *Konstanty Radziwiłł w rozmowie z Tomaszem Terlikowskim zauważa, że „gdyby lekarze złożyli deklarację innej wiary, czy wyznawania jakichś innych wartości, to tego zgiełku by nie było” (Radziwiłł: potrzebny jest lekarz-człowiek, a nie lekarz-maszyna 2014)*. Kiedy w 2018 roku tekę ministra zdrowia przejął Łukasz Szumowski w prasie pojawiły komentarze zwracające uwagę na fakt podpisania przez niego „Deklaracji wiary”, m.in.:

GW: Za służbę zdrowia w Polsce będzie odpowiadał lekarz, który uważa antykoncepcję i aborcję za „pogwałcenie Dekalogu”, a in vitro za „odrzućcie Stwórcy”. „Tylko wybrani przez Boga i związani sakramentem małżeństwa mają prawo używać organów, które stanowią sacrum w ciele ludzkim” – głosi deklaracja podpisana przez prof. Łukasza Szumowskiego. (Woźnicki 2018)

Szereg artykułów zauważa silny związek systemu ochrony zdrowia w Polsce z Kościołem rzymskokatolickim. Co więcej, osoby piszące wskazują na zjawisko presji tego Kościoła na polityków, którzy mają podejmować konkretne działania, jak choćby te prowadzące do faktycznej delegalizacji aborcji w Polsce.

OKO.press: 4 marca 2016 r. Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych określił swoje stanowisko: „Zespół ekspertów KEP uznaje za palącą potrzebę podjęcia przez Parlament prac nad pełną ochroną prawną genomu człowieka w Polsce. Najnowsze, wspaniałe zdobycze współczesnej biotechnologii nie mogą nigdy być wykorzystywane przeciwko człowiekowi” (Chrzczonowicz 2016).

Polityka: Dla obecnej gorącej dyskusji o aborcji w Polsce zasadnicze znaczenie ma obecna doktryna Kościoła katolickiego na temat początku życia.

Wedle niej człowiekiem jest zarodek, gdyż akt poczęcia jest także momentem zyskania duszy przez ciało (Woleński 2016).

Sprawa ta komentowana jest zarówno w prasie liberalnej, jak i konserwatywnej oraz wyznaniowej. Prowadzi do znacznej polaryzacji mediów, co widać wyraźnie na przykładzie analizowanych tytułów. Prasa liberalna wskazuje na zagrożenia wynikające z ingerencji Kościoła w sposób funkcjonowania placówek ochrony zdrowia, w tym w wykonywanie procedur medycznych, co miewa negatywny wpływ na zdrowie i bezpieczeństwo kobiet. Temat ten pojawia się w całym monitorowanym okresie, a więc w latach 2016–2021.

Fakt: Stanisław Karczewski twardo obstaje przy swoich przekonaniach i wierze katolickiej. – Podpisałem klauzulę sumienia i gdyby przyszła do mnie kobieta mająca prawo do legalnej aborcji, to bym jej nie powiedział, gdzie może zostać przeprowadzony zabieg – powiedział marszałek senatu w programie „Gość radia ZET”. Nie powiedziałby tego nawet zgwałconej nastolatce! (*Marszałek senatu odmówiłby pomocy zgwałconemu dziecku!* 2016)

Polityka: W 2012 r. członkowie Komitetu Bioetycznego przy Polskiej Akademii Nauk zdecydowali, że wycofują się z prac komisji sejmowej zajmującej się dostosowywaniem do nowych realiów prawa karnego. Powodem, oficjalnie ogłoszonym, było nadużywanie przez posłów w interpretowaniu prawa kategorii moralnych, zresztą reprezentujących jedynie moralność w ujęciu katolickim. (Bunda 2018)

Polityka: Sejm głosami PiS i PSL-Kukiz'15 przegłosował usunięcie z ustawy o zawodzie lekarza zapisu, nakładającego na szpital obowiązek wskazania miejsca, gdzie można przeprowadzić świadczenie, którego nie chce wykonać lekarz powołujący się na klauzulę sumienia. Pacjent może samodzielnie pozyskać z różnych źródeł, w tym ze stron internetowych wojewódzkich oddziałów NFZ lub centrali Funduszu, listę zakładów opieki zdrowotnej, które tego typu świadczenia mogą wykonać – taką radę ma szef sejmowej komisji zdrowia Tomasz Latos (PiS) (Szczerbiak 2020).

Polityka: Pan Kaczyński (...) postulował (w 2016 r.), by „nawet przypadki ciąży trudnych, gdy dziecko jest skazane na śmierć, zdeformowane, kończyły się porodem, by to dziecko mogło być ochrzczone, pochowane, miało imię”. (Woleński 2021)

Polityka: (...) prezes i wicepremier Jarosław Kaczyński cynicznie wprost przyznał, że orzeczenie TK zasadniczo go nie interesuje, jest fikcją na użytek twardszego elektoratu i Kościoła. „Každy średnio rozgarnięty człowiek może załatwić aborcję za granicą. W moim przekonaniu nic takiego, co by zagrażało interesom kobiet, się nie stało” (Szczerbiak, Żelazińska 2021)

Odrębne stanowisko zajmuje w tej kwestii prasa konserwatywna i wyznaniowa, broniąc prawa Kościoła rzymskokatolickiego do ingerencji w decyzje polityczne dotyczące ochrony zdrowia.

Niedziela: Jaką rolę w polskim systemie służby zdrowia winny odgrywać katolickie placówki lecznictwa, np. katolickie szpitale? – (...) W Polsce dostrzec można trend – można zresztą go uznać za trend ogólnoświatowy – jakim jest wyraźny pluralizm światopoglądowy, również w zakresie poglądów na sprawy związane z opieką medyczną. W naszym kraju, w którym liczebnie przeważają katolicy, naturalna wydaje się możliwość, aby w systemie publicznej służby zdrowia swoje miejsce miały także te placówki, które wprost deklarują przywiązanie do nauczania Kościoła i wartości chrześcijańskich (*Minister od zdrowia* 2016).

Niedziela: W pisemnym uzasadnieniu sędziowie TK zwrócili uwagę na jeszcze jeden ważny aspekt polskiego prawa, aby było bardziej humanistyczne. Trybunał wskazał na potrzebę ujednoczenia nazewnictwa, bo w wielu przepisach posługujemy się pojęciem „płód” zamiast pojęciem „dziecko”, a ponadto „matka dziecka” jest określana jako „kobieta ciężarna”. Parlament powinien wykorzystywać pojęcia odnoszące się do relacji między ludźmi, tj. relacji bycia dzieckiem i relacji bycia matką (Stelmasiak 2021)

Sieci: Lewicowo-liberalne środowiska pracują nad polskim społeczeństwem od lat, próbując „wyzwolić” je z chrześcijańskich wartości. Wszelkie podejmowane dotąd próby nie przyniosły rezultatu, choć świetnie sprawdzały się na Zachodzie. Większość Polaków wciąż jednak chce chronić życie poczęte. Lewica postanowiła więc podjąć ostateczne kroki i przedstawić zabijanie dzieci nienarodzonych jako naturalny element szczęśliwego życia. (Oswajanie zabijania 2018).

Warte zauważenia, w kontekście deklaracji klauzuli sumienia, jest stanowisko opracowane przez Bogdana Chazana i przytoczone w całości w Tygodniku

Katolickim „Niedziela” o nazwie *Wspólne stanowisko przedstawicieli zarządów oraz członków katolickich organizacji zawodów medycznych wobec zagrożeń dla wykonywania zawodu zgodnie z sumieniem*. W dokumencie przedstawiono, m.in. krytyczną ocenę prób liberalizacji klauzuli sumienia pojawiających się w innych krajach. W sytuacji, gdyby stanowisko takie było przedstawiane jako obowiązujące całe środowisko lekarskie mielibyśmy do czynienia z ewidentnym przykładem przenoszenia poglądów ideologicznych części środowiska medycznego, na ogół osób związanych z tymi profesjami.

Niedziela: Zebrani w dniu 4 września 2021 roku w Zakopanem przedstawiciele polskich katolickich stowarzyszeń zrzeszających pracowników medycznych (lekarzy, farmaceutów, pielęgniarki, położne) wyrażają swoją troskę o prawdziwe powołania do pracy w opiece zdrowotnej w duchu personalizmu chrześcijańskiego, o przestrzeganie wolności sumienia pacjentów i ich rodzin oraz personelu medycznego. Tendencje do ograniczania dostępności do klauzuli sumienia dają się ostatnio zaobserwować w nowych propozycjach zasad etyki lekarskiej sformułowanych przez Światowe Stowarzyszenie Medyczne (World Medical Association) oraz w przyjętym przez Parlament Europejski tzw. Raporcie Matica. Budzą one nasz niepokój i zdecydowany sprzeciw. Istnieje niebezpieczeństwo zmiany polskiego Kodeksu Etyki Lekarskiej, który obecnie nakazuje wręcz lekarzowi wykonywanie zawodu zgodnie z sumieniem. W tych planach chodzi o ograniczenie autonomii zawodów medycznych, uczynienia z ich przedstawicieli biernych, bezrefleksyjnych realizatorów narzuconych im zasad postępowania, zaprzeczających istnienia misji lub powołania lekarza. Nowe zasady ograniczą wolność sumienia pacjentów pozbawiając ich prawa do informacji o mechanizmach działania niektórych metod diagnostyczno–lecniczych i możliwości korzystania z alternatywnych i moralnie dopuszczalnych ich odpowiedników. Natomiast personel medyczny zostałby pozbawiony możliwości odmowy wykonania etycznie niegodziwej procedury i zobowiązany do znalezienia osoby gotowej do jej wykonania. W ten sposób będzie zmuszony do współdziałania ze złem (Chazan 2021).

W tym duchu sformułowana jest także *Nowa karta pracowników służby zdrowia* wydana przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, którą także przytacza „Niedziela”, a która wprost rekomenduje osobom pracującym w ochronie zdrowia postępowanie w swojej pracy zgodnie z etyką rzymskiego katolicyzmu.

Niedziela: Nowa publikacja, choć nie wyczerpuje wszystkich zagadnień odnoszących się do zdrowia i choroby, to jednak zawiera jednoznaczny odpowiedź na często stawiane pytania. Jest przez to skutecznym narzędziem wobec subiektywizmu etycznego połączonego z pluralizmem etycznym, religijnym i kulturowym. (...) W pierwszych zdaniach wprowadzenia, abp Zimowski przypomina, że wydanie nowej karty jest wynikiem wciąż aktualizowanego posłannictwa Kościoła wobec chorych. „Pierwsze wydanie karty (...) stanowiło cenne narzędzie do formacji początkowej, ale także różnych specjalistów działających w świecie służby zdrowia” (...) Wszyscy oni są szczególnie wezwani, aby kierować się w swoim postępowaniu etyką opartą na poszanowaniu życia i zdrowia oraz godności i praw pacjenta w myśl słów z *Evangelium vitae*: „Ich zawód każe im strzec ludzkiego życia i służyć mu” (*Prezentacja „Nowej karty pracowników służby zdrowia” 2017*).

Ideologiczny spór jaki rozgrywa się na oddziałach położniczych ma realny wpływ na dobrostan pacjentek, które zmuszane są do respektowania wartości rzymskokatolickich niezależnie od tego, czy same je wyznają. Najwięcej komentarzy na ten temat pojawiło się w prasie na przełomie 2020/2021 roku, w związku z ogłoszeniem wyroku Trybunału Konstytucyjnego pod przewodnictwem Julii Przyłębskiej, który uznał za niekonstytucyjne przerywanie ciąży z uwagi na ciężkie zagrożenie dla zdrowia lub życia płodu. Wówczas to w mediach zaczęły pojawiać się artykuły przytaczające konkretne, opisywane często w drastyczny sposób, przypadki kobiet, których dotknął zakaz terminacji ciąży. Warto zaznaczyć, że publikacje te nierzadko informowały, że podstawą odmownych decyzji wykonania zabiegu była opinia fundacji *Ordo Iuris* (Fundacja Instytut na rzecz Kultury Prawnej *Ordo Iuris*).

GW: Szpital odmówił zabiegu, powołując się na opinię *Ordo Iuris*, zgodnie z którą zaburzenia psychiczne nie mogą być powodem do przerwania ciąży. Instytut poinformował o tym fakcie na swojej stronie internetowej, pisząc, że sprawę nagłośniły „lewicowe media”, a „dziecko zostało uratowane dzięki wyrokowi TK” (Kazimierczuk 2021).

OKO.press: „Ksiądz ma głos w procesie leczenia. Mówi, że mam brać leki na powstrzymanie skurczy, więc lekarze mi je podają” (Theus 2021)

OKO.press: Do szpitala w Warszawie Daria zgłasza się w maju 1992 roku. Lekarz internista odmawia wycięcia mięśniaków. „Bo jestem w ciąży. Mówi

mi, że nie może jej przerwać, bo głosował za przyjęciem Kodeksu Etyki Lekarskiej”. Daria próbuje dalej. Idzie do kolejnego szpitala w Warszawie. Na izbie przyjęć lekarz mówi jej, że placówka działa „zgodnie z wartościami katolickimi”. Na korytarzu widzi plakaty: „Aborcji nie wykonujemy”. (Theus 2021)

Klauzula sumienia nie wiąże się jedynie z zakazem terminacji ciąży. Jak pokazują poniższe fragmenty, sprawa dotyczy także przepisywania recept na antykoncepcję hormonalną, a także na wykonywanie diagnostyki prenatalnej, jeżeli mogłaby ona doprowadzić pacjentkę do decyzji o zakończeniu ciąży:

Polityka: Aż w 2004 r., w Łodzi, w szpitalu zmarła 29-latką w 5. tygodniu ciąży. Zarodek ledwie wykształcił bijące serce, ale kobiecie odmówiono badań, które mogły uratować jej życie, argumentując, że mogą źle wpłynąć na ciążę. (Bunda 2018)

Polityka: Kasia Tin Łabędzka, poznanianka, aktywistka, mama dziecka z zespołem Downa, której ciąża przebiegała prawidłowo – tak przynajmniej słyszała od lekarza – cztery lata temu na wiecu podczas Czarnego Protestu mówiła: – Lekarz w dniu narodzin syna sam przyznał się, że świadomie zrezygnował z dalszej diagnostyki mojej ciąży, w ciszy własnego sumienia, bo w końcu – „co by to zmieniło?”. (Kaczorowska 2020)

Polityka: Modna wśród kobiet prywatna przychodnia B. Na internetowym profilu placówki pojawia się informacja: pacjentko, jeśli chcesz uzyskać receptę na antykoncepcję, upewnij się, czy lekarz nie korzysta z klauzuli sumienia, która nie pozwala mu przepisywać takich środków. (Szczurbiak 2018)

Środowisko lekarskie nie jest jedynym pośród zawodów medycznych, które żąda możliwości powołania się na klauzulę sumienia w swojej pracy. Artykuły w mediach opisują także apele aptekarzy i aptekarek, a nawet fizjoterapeutów i fizjoterapeutek, co do możliwości korzystania z odmowy udzielania świadczeń, jeśli są one niezgodne z ich światopoglądem. Pierwsze informacje na ten temat pojawiły się w prasie już w 2017 roku, kiedy do Sejmu trafił projekt ustawy przygotowany przez Stowarzyszenie Farmaceutów Katolickich Polski.

Onet.pl: Zaczęło się od tabletki „dzień po”, której w swoich aptekach nie chcieli sprzedawać niektórzy farmaceuci [...]. Dziś chcą móc odmawiać także sprzedaży typowych środków zapobiegających zająci w ciąży. Stowarzyszenie

Farmaceutów Katolickich Polski wystąpiło do sejmu o wydanie zgody na możliwość zasłaniania się klauzulą sumienia. Ma już poparcie ministra zdrowia (Radziwiłł: „Farmaceuta może powołać się na klauzulę sumie”. Co dalej z antykoncepcją? Mamy komentarz Naczelnej Rady Aptekarskiej 2017).

Polityka: Teraz takie przekonania mają być inkorporowane do powszechnie obowiązującego prawa. Chce tego niewielkie grono farmaceutów i aptekarzy, cieszących się jednak wsparciem Kościoła. Jak podaje „Rzeczpospolita”, do Sejmu wpłynął projekt zmian w prawie farmaceutycznym, który uwzględnia postulaty SFKP. Katolicy farmaceuci od lat przekonują, że są dyskryminowani, ponieważ (paradoksalnie) wybrany przez nich zawód zmusza do praktyk sprzecznych z ich światopoglądem. (Gierak-Onoszko 2017)

OKO.press: Ale sumienie katolickie nie poddaje się. W czerwcu 2017 Stowarzyszenie Farmaceutów Katolickich Polski złożyło w trybie petycji (bo zebrali tylko 14,5 tys. zamiast 100 tys. podpisów) projekt ustawy o klauzuli sumienia dla aptekarzy. Zgodnie z ich pomysłem apteka nie sprzedawałaby środków antykoncepcyjnych także wtedy, gdy byłoby to niezgodne z sumieniem „właścicieli i współników prowadzących aptekę”. Stowarzyszenie lansuje koncepcję „apteki pro-life”. (Pacewicz 2017)

GW: Posłowie Prawa i Sprawiedliwości chcieli dać fizjoterapeutom prawo do odmowy wykonywania zabiegów ze względu na światopogląd. Po co rehabilitantom klauzula sumienia? Na komisji zdrowia Bernadeta Krynicka z PiS podawała przykład, że fizjoterapeuta mógłby „nie wykonać swoich czynności, gdy kobieta ma wkładkę wewnątrzmaciczną”. (...) Wiceminister zdrowia dorzucał, że fizjoterapeuta mógłby się powołać na klauzulę sumienia, gdy pacjent ma bioprotezę odzwierzęcą. (...) Ostatecznie poprawka padła (Dobrosz-Oracz 2016).

Należy zaznaczyć, że projekt ustawy Stowarzyszenia Farmaceutów Katolickich Polski nie wszedł w życie, a w związku z tym apteki są wyłączone z możliwości korzystania z klauzuli sumienia, co wyraźnie podkreślała Naczelna Izba Aptekarska cytowana przez onet.pl: *W związku z pojawiającymi się w mediach informacjami jakoby w procedowanej przez Parlament RP ustawie o zawodzie farmaceuty znalazły się zapisy dotyczące klauzuli sumienia farmaceutów, stanowczo dementujemy te nieprawdziwe informacje i sprzeciwiamy się dalszemu ich rozpowszechnianiu* (Nowak 2020).

Z tematyką klauzuli sumienia wiąże się także stosowanie metody pozaustrojowego zapłodnienia – negowanej przez Kościół rzymskokatolicki, a co za tym idzie kwestionowanej także przez osoby rządzące, co podkreśla „Polityka”, komentując rezygnację z refundacji in-vitro: *Dla rządzących procedura zapłodnienia pozaustrojowego jest niezgodna z nauką społeczną Kościoła, dlatego konsekwentnie zamykają kolejne drogi do in vitro* (Gierak-Onoszko 2017). Lewicowa i liberalna prasa silny nacisk kładzie na wyjątkową ostrość wypowiedzi jaką, pod adresem dzieci narodzonych dzięki in-vitro, kieruje Kościół rzymskokatolicki i powiązane z nim osoby bądź instytucje.

GW: Proboszcz parafii na Kamionku edukuje rodziców z metody zapłodnienia in vitro. – Powiedział nam, że takie dzieci nie mają duszy – informuje jedna z matek, której dziecko urodziło się dzięki tej metodzie (Bednarczykówna 2019).

Polityka: Jeśli wiele osób nie wyobrażało sobie na stanowisku ministra zdrowia prof. Bogdana Chazana, który nazywa środki antykoncepcyjne rakotwórczymi, to będzie musiało zaakceptować prof. Andrzeja Kochańskiego w roli nowego Krajowego Konsultanta ds. Genetyki Klinicznej. Właśnie odwołano z tej funkcji prof. Marię Sasiadek. Trudno zrozumieć decyzję ministra zdrowia, który obsadza w roli doradcy w jednej z najbardziej wrażliwych dziedzin medycznych naukowca o tak jednoznacznych poglądach. Prof. Kochański to m.in. ekspert episkopatu ds. bioetycznych. Wsławił się wypowiedziami straszącymi rodziców decydujących się na in vitro upośledzeniem umysłowym ich dzieci. (Walewski 2019)

Polityka: W grudniu ubiegłego roku episkopat wydał książkę pod tytułem „Wobec in vitro. Genetyczne, moralne, filozoficzne i prawne aspekty zapłodnienia pozaustrojowego”. Krótco potem włączono ją do listy lektur uzupełniających w nauczaniu religii w liceum. Redaktorzy książki – ks. prof. UKSW Jacek Grzybowski i ks. prof. Franciszek Longchamps de Bérier – wskazywali, że „może z niej korzystać każdy, kto szuka informacji dotyczących in vitro”. Wnioski są jednoznaczne: „Wobec in vitro” zawiera wiele błędów merytorycznych. „Bulwersuje nie tylko zawartość merytoryczna, ale i język publikacji. W sposób niedopuszczalny stygmatyzuje dzieci poczęte metodą in vitro, przyrównując je do towaru oraz przypisując wielu z nich niepełnosprawność intelektualną oraz opóźnienie rozwojowe” – dowodzi grupa specjalistów. (*Episkopat wydał książkę o in vitro. Oto 10 jej największych manipulacji* 2018)

Szczególnie dużo miejsca w analizowanych artykułach zajmuje problematyka aborcji, która wydaje się szczególnie newralgicznym aspektem związanym z klauzulą sumienia. To właśnie wokół zagadnienia terminacji ciąży możemy dostrzec w prasie najbardziej drastyczne opisy przypadków. Po obu stronach sporu wyraźnie radykalizuje się też język wypowiedzi, w którym pojawiają się tak skrajne określenia jak: *zabijanie, odhumanizowanie, zdeformowany płód, mordowanie dzieci, ciało-inkubator*. Przy tym zagadnieniu następuje wyraźna polaryzacja prasy, podział na linii: liberalne-konserwatywne media jest szczególnie ostry, a każda ze stron używa obrazowego, nasyconego emocjonalnie języka, który wyklucza możliwość dyskusji.

Onet.pl: Pamiętam, jak do sali wpadł ksiądz, który wydał polecenie medykom: poród trzeba wstrzymać. Nie chciał pozwolić, abym urodziła martwe dziecko. Byłam wtedy na granicy życia i śmierci. Przeżyłam, ale latami dochodziłam do siebie — mówi w rozmowie z Onetem Daria, która w latach 90. znalazła się w podobnej sytuacji, co 30-letnia Izabela, która zmarła w szpitalu w Pszczynie (Glanc 2021).

Niedziela: (...) treść oświadczenia Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich: „(...) wspomniano o torturach, którym podlega abortowane dziecko i o nieludzkiem traktowaniu dziecka, które przeżyło aborcję. Sama aborcja, zabójstwo własnego dziecka jest dla matki poniżająca. Tworzenie prawa pozwalającego na zabijanie wewnątrzłonowe bezbronnych dzieci jest hańbą dla społeczeństwa, dla narodu. Jest całkowitym odhumanizowaniem człowieka” (*Lekarze katolicycy protestują wobec Rezolucji UE dotyczącej polskich przepisów antyaborcyjnych* 2021).

Niezwykle istotnym, przy problematyce aborcji, wydaje się zagadnienie odgórnego przyjmowania klauzuli sumienia, która – wbrew obowiązującym regulacjom prawnym – nie ma już właściwie charakteru indywidualnego i nie odwołuje się do poglądów konkretnej osoby, ale nabiera charakteru instytucjonalnego. Oznacza to, że sumienie ma cechować już nie tylko człowieka, a cały szpital, w którym w ogóle nie wykonuje się aborcji, co jest niezgodne z samą ustawą o klauzuli sumienia, przytaczaną przez „Politykę”: *Na klauzulę sumienia mogą się dziś powoływać tylko poszczególni lekarze, nie szpitale. Teoretycznie żadna placówka nie może deklorować, że nie przeprowadza się w niej zabiegów przerwania ciąży – które są „świadczaniami gwarantowanymi” z NFZ* (Szczerbiak 2019). Takie przypadki są często raportowane w mediach, a jako skrajny przykład można podać Podkarpacie, gdzie całkowicie

pozbawiono pacjentki prawa do wykonania legalnej aborcji, o czym opublikowano wiele artykułów już w 2016 roku, kiedy to mieszkanki województwa straciły możliwość legalnego przerywania ciąży w swojej najbliższej okolicy. Sytuacja ta, co pokazuje analiza mediów, także w kolejnych latach nie uległa zmianie.

GW: Grupa kobiet zwróciła się do Rzecznika Praw Pacjenta o wszczęcie postępowania przeciwko wszystkim szpitalom w województwie podkarpackim. Powód: naruszają zbiorowe prawa pacjentów nie zapewniając możliwości przerwania ciąży. (*Kobiety piszą do Rzecznika Praw Pacjenta: „Szpitale naruszają prawa pacjentów“* 2016)

GW: Lekarze z Pro-Familii podpisali klauzulę sumienia. Kilka tygodni wcześniej zrobili to również lekarze z Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie. A to oznacza, że na Podkarpaciu nie ma placówki, w której kobieta może legalnie usunąć ciążę. (Gorczyca 2016)

GW: Amnesty International Trójmiasto: – W województwie podkarpackim klauzulę sumienia podpisało już tylu lekarzy, że mieszkająca tam kobieta, która chce dokonać aborcji musi jechać do innego regionu. Jestem tu, bo musimy dać jasny sygnał, że nie zgadzamy się na presję wobec lekarzy, że ich wspieramy. (Kozłowska 2016)

Fakt: Na Podkarpaciu ostatni szpital legalnie wykonujący aborcję w przypadku poczęcia w wyniku gwałtu, zagrożenia życia matki lub trwałego uszkodzenia płodu, przestał przeprowadzać zabiegi przerywania ciąży. Wszyscy lekarze pracujący w szpitalu specjalistycznym Pro-Familia w Rzeszowie podpisali klauzulę sumienia. (*Aborcja po gwałcie? Na Podkarpaciu to niemożliwe* 2016)

Polityka: Zdanowicz: Działacze PiS z Podkarpacia mówią wprost: nie widzą przeciwwskazań, żeby w ich regionie nie zabijano dzieci nienarodzonych i nie prowadzono edukacji seksualnej niezgodnej z naukami Kościoła. Dlatego postanowili przyjąć stosowną uchwałę. Bogdanowi Romaniukowi, radnemu PiS w Rzeszowie, marzy się wyznaczenie nowych wzorców w kwestii „walki o katolicką rodzinę i zasady moralne”. – Niech z naszego wspaniałego regionu wyjdzie przykład dla innych województw, zacznijmy ten marsz do życia od Podkarpacia (Zdanowicz 2019)

Jak pokazują jednak poniższe przykłady problem braku dostępu do legalnej aborcji nie dotyczy jedynie Podkarpacia, pojedyncze przypadki, w których pacjentki, z innych regionów w Polsce, zmuszone były na własną rękę szukać placówki, która zgodzi się na zakończenie ciąży także pojawiały się w mediach:

GW: Klauzule sumienia często są nadużywane przez lekarzy, zwłaszcza ginekologów. Mimo że ciążę można przerwać w trzech przypadkach – gdy zagrożone jest życie lub zdrowie matki, gdy jest wynikiem przestępstwa oraz gdy doszło do nieodwracalnego uszkodzenia płodu – są województwa, w których aborcji nie przeprowadza żaden lekarz. (Kosiek 2019)

Polityka: Z ostatniego raportu Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny „Prześwietlamy szpitale” wynika, że sytuacja, w której wszyscy lekarze w danej placówce odmawiają świadczenia, nie jest rzadka. Siedem z 14 warszawskich szpitali z oddziałami ginekologiczno-położniczymi nie wykonało od początku 2019 r. żadnego zgodnego z prawem przerwania ciąży. Tylko sześć faktycznie przeprowadza zabiegi, a jeden powołuje się na klauzulę sumienia. (Szczurbiak 2019)

Polityka: Kiedy poprosiła o zabieg, powiedziano jej, że tu się takich rzeczy nie robi. Może na lekarską wyobraźnię podziałały organizowane od kilku miesięcy pod szpitalem pikiety ruchu pro-life albo różaniec za grzech aborcji, o który prosił ważny hierarcha. Wystano Marię 200 km dalej, do innego miasta, innego województwa. Chociaż granica terminacji z przyczyn embriopatologicznych nie została określona na sztywno, a uchwała Sądu Najwyższego wskazuje na 24. tydzień, powiedziano jej, że może to zrobić tylko do 22. tygodnia ciąży. Czyli miała tydzień. Siedem dni. (Szczurbiak 2020)

Polityka: U jednej z moich bohaterek, w chcianej ciąży, USG wykryło wadę letalną płodu – brak kości czaszki, szczątkowy mózg. Dostała skierowanie na aborcję, pojechała do szpitala do Lublina, a tam od ordynatorki usłyszała, że zabiegu nie przeprowadzą. Bo to nie spa, tu się zabiegów na życzenie nie robi. Może co prawda na piśmie „poprosić” o aborcję, ale wszyscy lekarze podpisali klauzulę sumienia. (Bunda 2021)

Cytowane artykuły zwracają uwagę, że w kwestii prawa aborcyjnego duchowni Kościoła rzymskokatolickiego, nie tylko kierują się do własnych wiernych, ale także przekraczają swoje kompetencje, wpływając bezpośrednio na decyzje medyków, przełożonych szpitala oraz osoby rządzące krajem.

OKO.press: Wielokrotnie pisaliśmy w OKO.press o kościelnych naciskach na władzę, by zaostrzyć prawo antyaborcyjne, choć należy ono do najbardziej restrykcyjnych w UE, a legalnych aborcji jest obecnie tylko około 1000 rocznie (nielegalnych może być nawet 100 razy więcej). Episkopat wydaje kolejne listy i dokumenty, a aborcja jest ulubionym tematem hierarchów podczas świąt. (Chrzczonowicz 2018)

Onet.pl: Gdy byłem w sejmie, popierałem in vitro i aborcję. Episkopat ogłosił, że takie osoby nie mogą przyjmować komunii, jeśli publicznie nie przeproszą, a ja przeproszać nie zamierzam. Moje relacje z Bogiem są bardzo dobre i nie potrzebuję kościoła, by o nie zadbać. Gdy zagłosowałem za in vitro i aborcją, słyszałem, że moje zdjęcia wisiały przy kościołach (Faron 2020).

Fakt: Ks. dr. Wiesław Piotrowski z bazyliki Matki Boskiej Bolesnej w Limanowej miał ponoć pisemnie zażądać wyjaśnienia w sprawie wykonywanych aborcji. Dyrektor szpitala Marcin Radzięta wcale nie czuje się oburzony listem proboszcza. Wręcz przeciwnie, tłumaczy się, że żadnych aborcji od wielu lat nie było. – Ksiądz miał prawo pytać o aborcje. Każdy ma prawo pytać o różne rzeczy. Nie będę dalej komentował tej sprawy, wszystko zostało już wyjaśnione podczas sesji – tłumaczy dyrektor szpitala im. Miłosierdzia Bożego w Limanowej, Marcin Radzięta w rozmowie z portalem Fakt24.pl (*Proboszcz z Limanowej żąda danych o aborcji* 2016)

Skrajnie cyniczny przykład tego typu argumentacji, jednego z duchownych, relacjonuje „Gazeta Wyborcza”:

GW: Ks. Sławomir Abramowski z Bemowa chciał pocieszyć swoich parafian, wymieniając na Facebooku pozytywne strony epidemii koronawirusa. Jakież? Otóż wg niego zapaść ochrony zdrowia uniemożliwia aborcje, więc pomimo zmarłych bilans życia i śmierci będzie na plus. (Rutkiewicz 2020)

„Gazeta Wyborcza” podaje także przykłady wywierania presji przez osoby świeckie angażujące się w ruchy antyaborcyjne, w tym wypadku są to osoby skupione

bądź sympatyzujące z Fundacją Pro-Prawo do Życia, która przygotowała petycję do dyrektorów szpitali, które uznano za wykonujące (przynajmniej w 2016 roku) zabiegi przerywania ciąży.

GW: Ponad 600 e-maili od zwolenników całkowitego zakazu aborcji przyszło w ciągu dwóch tygodni na skrzynkę pocztową Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 we Wrocławiu. Nadawcy żądają, aby dyrektor zaprzestał „mordowania nienarodzonych”. Podobne listy, w ramach ogólnopolskiej akcji „Szpitale bez aborterów”, są ślone do szpitali w Gdańsku, Gliwicach, Krakowie, Warszawie. (Kijek 2017)

GW: Prof. Mariusz Zimmer: Musiałem tłumaczyć, że nie jest mordercą nienarodzonych dzieci i że u nas w klinice nie rozczłonkowujemy płodów, nigdy tego nie robiliśmy, to absurd. (Żuchowicz 2021)

Warto przytoczyć tutaj opinię judaizmu na temat terminacji ciąży, jedyne go nierzymskokatolickiego związku wyznaniowego, którego przedstawiciela poproszono o opinię na temat prawa aborcyjnego. Należy wyraźnie zaznaczyć, że był to jedyny artykuł przedstawiający tę problematykę ze strony pozostałych, zarejestrowanych w Polsce, związków wyznaniowych, który udało się odnaleźć w ośmiu badanych tytułach.

GW: IRENA WISZNIEWSKA: Czy w judaizmie aborcja jest dozwolona? MICHAEL SCHUDRICH: Tak. W określonych sytuacjach, przede wszystkim wtedy, gdy ciąża bezpośrednio zagraża życiu matki. Zaraz spytasz: dlaczego? Co pozwala zdecydować, że jedno życie jest cenniejsze od drugiego? Odpowiedź jest prosta. Wedle naszej wiary dusza łączy się z ciałem dopiero w chwili narodzin. (Wiszniewska 2018)

Szereg analizowanych artykułów obrazuje przekraczanie kompetencji przez osoby duchowne, rzutując bardzo realnie na wszystkie osoby pacjenckie, a nie tylko wyznające rzymski katolicyzm, które to jako jedyne, powinny dotyczyć moralne nakazy, płynące z tego wyznania. Głos w tej sprawie zabrała inicjatywa „Lekarze Kobietom”, protestując przeciwko zaostrzeniu prawa aborcyjnego w Polsce. Jej komentarz zacytowano w „Polityce”:

Polityka: „Jako osoby korzystające w swojej pracy z osiągnięć nauki, kierujące się rekomendacjami towarzystw naukowych, uprawiające medycynę opartą

na dowodach (evidence-based medicine) i – przede wszystkim – traktujące priorytetowo dobro pacjenta, nie możemy zgodzić się na opieranie decyzji w zakresie dostępu do usług medycznych na kwestiach religijnych, ideologicznych i światopoglądowych. Medycyna jest nauką i jako taka stanowi byt odrębny dla przekonań religijnych i ideologicznych. Kwestie światopoglądowe powinny pozostać indywidualnym przywilejem każdego wolnego człowieka, a wynikające z nich prawo wyboru stanowi dla nas wartość niezaprzeczalną” („Nie” dla przymusu. Lekarze dołączają do Czarnego Piątku 2022).

Tematyka klauzuli sumienia, która pojawia się w monitorowanych mediach na przestrzeni ostatnich lat, jest ściśle związana z zagadnieniami aborcji, antykoncepcji, zapłodnienia in-vitro, badań ginekologicznych i prenatalnych, ponieważ właśnie z nimi wiąże się dokument „Deklaracji wiary”. Monitorowane tytuły stosunkowo mało miejsca poświęcają zagadnieniu eutanazji i dopuszczalności tej procedury medycznej w Polsce. Temat ten pojawia się jedynie w kontekście komentarza do działalności innych państw (Niedziela: *O eutanazji dzieci i eksperymentach medycznych w szpitalach opowiada Christine Broesamle, misjonarka, koordynatorka kampanii mającej na celu ochronę życia 2-letniego Alfiego Evansa z Liverpoolu*, Bandura 2021).

W kontekście rozważań o klauzuli sumienia warto zauważyć brak w mediach refleksji na temat wymagań etycznych związanych z ochroną zdrowia i wywodzących się z innych systemów wartości, np. wykonywania badań lub innych procedur medycznych z poszanowaniem postawy światopoglądowej pacjenta lub pacjentki.

Zaobserwowano, że spór społeczny relacjonowany i obecny w analizowanej przestrzeni medialnej dotyczy jedynie prawa do wykonania aborcji, nieograniczonego stosowania antykoncepcji, możliwości deklaracji klauzuli sumienia przez personel medyczny oraz dopuszczalności stosowania zapłodnienia in-vitro.

Kapelan w szpitalu – wynagrodzenie, prawne podstawy zatrudnienia

W latach 2017–2021 w „Gazecie Wyborczej” oraz na portalu onet.pl pojawiały się artykuły poruszające kwestię zatrudniania kapelanów w szpitalach – w kontekście ich wynagrodzeń oraz podstawy prawnej zatrudnienia. Większość z ponad 20 analizowanych tekstów związana jest z ogólnopolską akcją wywołaną

przez posłów Pawła Rabeja (Nowoczesna), Krzysztofa Śmiszka (Nowa Lewica) i posłankę Anitę Kucharską-Dziedzic (Nowa Lewica), którzy w swoich okręgach wyborczych rozsyłali zapytania do konkretnych szpitali, dotyczące zatrudniania kapelana i jego wyznania, wynagrodzenia oraz z jakich środków jest ono finansowane. Zapytania takie rozesłano do szpitali w Warszawie, Poznaniu, Rzeszowie, a także do placówek w województwach: warmińsko-mazurskim, lubuskim, dolnośląskim, śląskim.

W przeanalizowanych artykułach pojawiają się konkretne informacje odnośnie wysokości wynagrodzeń, które były wypłacane przez szpitale. Udzielone informacje mają charakter wybiórczy, nie dają pełnego wglądu w sytuację finansową szpitali, dają raczej ogólny pogląd na wysokość wynagrodzeń kapelanów szpitalnych. Media dostarczają w tym temacie następujących przykładów:

Onet.pl: Jeden z lubuskich szpitali wydał na czterech kapelanów ponad 140 tys. zł (Glanc 2021).

GW: (...) szpitale wojewódzkie, powiatowe, w tym prywatne, w 2020 r. zatrudniały 30 kapelanów na etatach i umowach-zleceniach. Wypłaciły im 564,7 tys. zł pensji. – To o 6 proc. więcej niż rok wcześniej, kiedy nie było pandemii koronawirusa – wylicza posłanka. W 2019 r. księża w lecznicach zarobili 532,5 tys. (Łukasiewicz 2021).

GW: Wynagrodzenia księży kapelanów w poznańskich szpitalach kosztują budżet miasta ok. 135 tys. zł rocznie. (Nyczka 2021)

GW: Ponad 3,3 mln zł kosztowało zatrudnienie kapelanów w 49 dolnośląskich placówkach medycznych w trzech ostatnich latach. Zbadał to poseł Lewicy Krzysztof Śmiszek razem ze współpracownikami i przedstawił raport. Wyszło z niego, że rekordowe koszty na zatrudnienie duchownych poniósł Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu. Wydał na nich 419 662 zł (Kozioł 2021).

GW: Anna Sergiel-Antosiewicz, rzeczniczka szpitala Świętej Rodziny przy ul. Madalińskiego na Mokotowie, podała ogólnie, że wynagrodzenie kapelana katolickiego „mieści się w przedziale od 4 do 6 tys. zł za cały etat”. W tym szpitalu ma on pół etatu. Od dyrektora innego miejskiego szpitala usłyszeliśmy, że u niego zarabia najniższą krajową – 2,6 tys. zł brutto (Karpieszuk 2020).

Należy jednak zaznaczyć, że prezentowane dane nie zawsze są uzyskane w sposób oficjalny, nie każdy szpital zdecydował się na przedstawienie pełnej informacji, o czym wyraźnie mówi jeden z artykułów:

Onet.pl: Wiele warszawskich szpitali zatrudnia księży katolickich na podstawie umowy o pracę, często na pełen etat. Z nieoficjalnych informacji, które otrzymałam, wynika, że mogą oni zarabiać nawet po 6–7 tys. zł brutto miesięcznie (Glanc 2020).

Jeden z powyższych raportów został skomentowany w dokumencie *Stanowisko Duszpasterstwa Chorych i Służby Zdrowia Diecezji Zielonogórsko-Gorzowskiej w sprawie raportu Anity Kucharskiej – Dziedzic o zatrudnianiu kapelanów w lubuskich szpitalach* autorstwa ks. Tomasza Duszczaaka, przytaczany przez „Niedzielę”, w którym zawarte są następujące kontrargumenty:

Niedziela: Zastosowanie rozwiązania polegającego na kontakcie z osobą duchowną wyłącznie „na prośbę pacjenta” nie tylko może ograniczać dostępność opieki duszpasterskiej, ale także deprecjonuje jakość profesjonalnej, zintegrowanej opieki w placówkach medycznych, wymagającej holistycznego podejścia do pacjenta, z uwzględnieniem sfery cielesno-duchowej. (...) Jeśli chodzi o wymienioną w raporcie liczbę kapelanów zatrudnionych w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. oraz Uniwersyteckim Szpitalu w Zielonej Górze, to placówki te zatrudniają po 2 kapelanów wyznania rzymskokatolickiego. (...) W raporcie nie sprecyzowano, czy podane wynagrodzenia kapelanów szpitalnych są kwotami wypłat brutto czy netto, co może wprowadzać w błąd opinię publiczną (Duszczaak 2021).

Analizowane artykuły koncentrują się na fakcie zatrudniania w szpitalach księży rzymskokatolickich, co wynika z obowiązku zapewnienia pacjentom kontaktu z osobą duchowną.

GW: Bartłomiej Ignaszewski zwraca uwagę, że sprawę opieki duszpasterskiej reguluje ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. W rozdziale 10 mowa jest o prawach pacjenta do opieki duszpasterskiej. Artykuł 38 tej ustawy mówi: „Podmiot leczniczy ponosi koszty realizacji praw pacjenta” [kontakt z duchownym jego wyznania, prawo do opieki duszpasterskiej – red.]. (Nyczka 2021)

Wątpliwości autorów budziła niekiedy kwestia tego, czy w każdym wypadku szpital musi zatrudniać kapelana zwłaszcza, jeśli chodzi o zatrudnienie na pełen etat, czasem kilku duchownych. W analizowanych artykułach koncentrowano się przede wszystkim na ilości etatów dla duchownych oraz kosztach z tym związanych:

GW: (...) według szacunków Ministerstwa Zdrowia szpitale przeznaczają na zatrudnienie kapelanów 1,5 etatu; miesięczne koszty to średnio 4 tys. zł brutto (Olszewski 2021).

GW: Katolicka Agencja Informacyjna informuje, że kapelana zatrudnia większość z ok. 600 szpitali w Polsce. Są zatrudnieni na ćwierć, pół lub trzy czwarte etatu. Kapelanów tych musi opłacać oczywiście nasza niedofinansowana służba zdrowia. (Jakubowski 2021).

GW: Z kolei na pełen etat zatrudnieni są kapelani pracujący w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie. Jest ich tam dwóch: ks. Jacek Kaszycki i ks. Bogusław Bembenik (Kazanecka 2017).

W analizowanych artykułach pojawiły się też wątpliwości piszących co do podstaw prawnych zatrudniania kapelanów oraz zwrócono uwagę na faworyzowanie jednego wyznania kosztem innych.

GW: Zatrudnianie księży w szpitalach, tworzenie dla nich etatów nie jest podyktowane jakimikolwiek umowami na linii państwo-Kościół czy Polska-Watykan. To powszechny zwyczaj wspierania religii publicznymi pieniędzmi. Taki lokalny układ między panem, wójtem a plebanem – tłumaczy Kucharska-Dziedzic (Łukasiewicz 2021).

GW: Agata Diduszko-Zyglewska przedstawiła też opinię radcy prawnego Piotra Pawłowskiego, prezesa fundacji Godność Pacjenta. Zaznacza w niej, że zatrudnienie kapelana jednego wyznania to przejaw „nieuprawnionego faworyzowania”. Konstytucja stanowi bowiem, że związki wyznaniowe są równouprawnione (Karpieszuk 2020).

Analizowane w toku badania artykuły, koncentrowały się właściwie jedynie na wynagrodzeniach dla księży rzymskokatolickich, całkowicie pomijany jest problem tego, czy przedstawiciele innych wyznań za usługę przy łóżku osoby

pacjenckiej otrzymują wynagrodzenie. Nie rozważano z jakich środków finansowana jest posługa duchownych nierzymskokatolickich Kościołów i związków wyznaniowych.

Kaplice szpitalne

W części artykułów pojawiła się tematyka szpitalnych kaplic, które zazwyczaj mają charakter rzymskokatolicki. Brakowało wzmianek czy dyskusji o tym, czy osoby innych wyznań mają jakąkolwiek przestrzeń do wykonywania swoich praktyk religijnych, temat ten nie pojawiał się również w prasie liberalnej.

GW: Abp Wiktor Skworc, metropolita katowicki, pobłogosławił w poniedziałek kaplicę pod wezwaniem św. Jana Pawła II w nowym szpitalu Geo-Medical w Katowicach i wprowadził do niej relikwie polskiego papieża. (Watoła 2018)

GW: Ale była msza i kołocz. W kaplicy Aniołów Stróżów w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach odprawiono dziś sumę odpustową – zgodnie z kościelną tradycją w niedzielę po święcie patronalnym, a wspomnienie Aniołów Stróżów przypadało 2 października. (...) W kaplicy Aniołów Stróżów w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka jest już ok. 15 tysięcy figurek aniołków. (Watoła 2019)

Poniższy fragment przedstawia inną praktykę, jaką jest udział władz szpitala w tworzeniu szpitalnej kaplicy. Dyskutowana była skala zaangażowania władz szpitala w organizację takiego miejsca.

Niedziela: Kaplica, podobnie jak szpital, nosi imię św. Jana Pawła II. Przybyłych na uroczystość gości powitała dyrektor szpitala Zofia Barczyk. (...) Wystrój kaplicy powstał dzięki współpracy Szpitala z Wydziałem Sztuki Sakralnej legnickiej kurii (Nowosielski 2016).

Powyższe fragmenty wskazują na wyraźny, rzymskokatolicki charakter przy szpitalnych kaplic, które nie mogą funkcjonować jako międzywyznaniowe miejsca modlitwy czy sprawowania kultu, ze względu na nagromadzenie symboli, artefaktów związanych z wyznaniem dominującym, w tym także relikwii. W monitorowanej

prasie udało się odnaleźć tylko jeden przykład szpitala, który zdecydował się na budowę kaplicy ekumenicznej.

GW: Architekci zaprojektowali też ekumeniczną kaplicę (bez symboli religijnych). – Każdy, bez względu na wyznanie, może przyjść i się w niej pomodlić – mówi Urszula Łaszyńska, rzeczniczka samorządowej spółki Szpitale Wielkopolski, która buduje pediatryczną lecznicę. (Sylwia Sałwacka, Łukasz Cynałewski 2021)

Media podnosiły zasadność wydatków ponoszonych przez szpitale na finansowanie działalności lub remontów kaplic szpitalnych z budżetu danej placówki

GW: Kontrolerzy wytykają też, że w 2017 roku 12,5 tys. zł szpital wydał na kwiaty i dodatki do nich. Z tłumaczeń dyrekcji wynikało, że przystrajano nimi dwie kaplice i pomnik Jana Pawła II znajdujący się w szpitalu. (Hajnosz 2019)

GW: Walka o remont pomieszczeń, w których przesiadują ratownicy, trwa od lat. Zamiast tego została wyremontowana... kaplica. (Olga Szpunar, Dominika Wantuch 2021)

GW: Dwa razy droższy będzie remont kaplicy obok szpitala dziecięcego przy ul. Krysiewicza, finansowany przez placówkę. Powód? Kaplica nie zostanie wyremontowana na czas. Remont ma dotyczyć kaplicy pw. św. Rodziny, zaprojektowanej przez Rogera Sławskiego, a wybudowanej w latach 1903–1904 r. Szpital, wraz z pozostałymi zabudowaniami przy ul. Krysiewicza, dzierżawi ją od zgromadzenia sióstr św. Wincentego a Paulo. (Bielicka 2019)

W tej sprawie, bardzo interesujący materiał można odnaleźć w „Tygodniku Katolickim Niedziela”, gdzie pojawia się informacja o budowie dzwonu przy szpitalnej kaplicy, inicjatywie podjętej przez szpital, a nie przez diecezję i sfinansowanej ze środków szpitalnych.

Niedziela: Kaplica bez dzwonu to jak człowiek bez duszy. Doszliśmy do wniosku, że w 110. rocznicę wmurowania kamienia węgielnego pod budowę tego szpitala chcielibyśmy dać ten dzwon jako wotum wdzięczności Bogu, za opiekę i za to, że przeszliśmy suchą nogą przez trudne epizody naszej historii. Chcemy, by dźwięk dzwonu budził w nas siłę, wiarę oraz dawał nadzieję zarówno nam, lekarzom, jak i pacjentom, w przywracaniu zdrowia – powiedział

dyrektor naczelny Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim, lek. med. Andrzej Kaczor (Monastyrska 2020).

W prasie pojawiają się także informacje odnośnie umieszczania w szpitalach (szpitalnych kaplicach) relikwii świętych, czczonych w Kościele rzymskokatolickim oraz o celebrowaniu momentu ich sprowadzenia przez personel szpitalny w trakcie nabożeństwa.

GW: „Parafia św. Józefa Sebastiana Biskupa i całe środowisko Wojewódzkiego Szpitala w Przemyślu uwielbia Boga za odnalezienie relikwii świętego Ojca Pio“. Relikwie o. Pio zostały skradzione (z Wojewódzkiego Szpitala im. św. Ojca Pio w Przemyślu red.) 9 grudnia ub. roku (mb 2016).

GW: W kaplicy Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 1 przy ul. Szopena w Rzeszowie są trzy relikwie. (...) O relikwie św. Józefa Moscati poprosiło kilku lekarzy z naszego szpitala – mówi ks. Krzysztof Bał, kapelan Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 1 przy ul. Szopena w Rzeszowie (Pasterczyk 2019).

Niedziela: Podczas Mszy świętej 12 lipca do kaplicy szpitalnej pw. Matki Bożej Nieustającej Pomocy znajdującej się na terenie Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie zostały wprowadzone relikwie bł. Hanny Chrzanowskiej, pielęgniarki. Na uroczystości był obecny personel medyczny szpitala, który z radością przywitał relikwie patronki pielęgniarek w murach swojego szpitala. Warto także wspomnieć, że relikwiarz i relikwiarium (tron na relikwie) zostały ufundowane przez personel medyczny szpitala (Warszawa: relikwie bł. Hanny Chrzanowskiej u chorych na Covid-19 w Szpitalu Zakaźnym 2020).

W cytowanych powyżej przykładach zwraca uwagę poziom zaangażowania personelu medycznego w pozyskanie relikwii. Czytając relacje o relikwiarzach, można przypuszczać, że zostały one sprowadzone nie tylko przy pełnej akceptacji władz szpitalnych, ale wręcz przy ich aktywnym udziale. W opisach medialnych zamieszczono także emocjonalne relacje zaangażowania personelu szpitali towarzyszące pozyskaniu i przyjęciu relikwii. Niewątpliwie atmosferze religijnego uniesienia sprzyja aprobowanie rzymskokatolickiego kultu w przestrzeni szpitalnej.

Za istotne można uznać także to, że dziennikarze nie opisują pojedynczych osób zaangażowanych w sprowadzenie relikwii, ale dają do zrozumienia, że personel danej placówki, jako całość, pochwała demonstrowanie w ten sposób swojego przywiązania do wyznania rzymskokatolickiego.

Podsumowanie

Monitoring prasy w ramach projektu dotyczącego problematyki wolności wyznania i sumienia w systemie opieki zdrowotnej pokazuje obszary tematyczne, którym prasa poświęciła na przestrzeni lat 2016–2021 najwięcej uwagi. Z całą pewnością ogromny nacisk został położony na tematy okołaborcyjne oraz związane z klauzulą sumienia w różnych zawodach medycznych. W około 170 artykułach pojawiły się informacje łączące wprost tematykę klauzuli sumienia oraz aborcji z Kościołem rzymskokatolickim. Zamieszczano zarówno historie osób pacjenckich z oddziałów szpitalnych oraz gabinetów lekarskich, którym odmówiono prawa do opieki medycznej z uwagi na wyznawany przez personel lekarski światopogląd, ale także wypowiedzi duchownych rzymskokatolickich kierowanych do osób pracujących w ochronie zdrowia oraz działających w obszarze polityki, a także opinie tych ostatnich, powołujących się na kwestie wiary przy tworzeniu regulacji prawnych.

Artykuły związane z klauzulą sumienia często pojawiały się w prasie w 2016 roku i w 2017 roku, kiedy to kolejne zawody medyczne – związane z farmacją i fizjoterapią zaczęły domagać się możliwości powoływania się w swojej pracy na klauzulę sumienia.

W międzyczasie, w związku z próbami zaostrożenia prawa aborcyjnego w Polsce (pierwsze miało miejsce w 2016 roku), prasa zaczęła koncentrować się *stricte* na aborcji, powiązanej ideologicznie z klauzulą sumienia. Najsilniej na przełomie 2020 i 2021 roku, w związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego, który w sposób istotny ograniczył prawo aborcyjne w Polsce. W tym okresie widoczna jest w mediach także zmiana w natężeniu emocjonalnym sporu między środowiskami pravicowymi a liberalnymi, po obu stronach sporu radykalizuje się język, co charakterystyczne zanika właściwie postawa centrowa. Każde medium jest zaangażowane po jednej ze stron, nie zaobserwowano postawy neutralnej. Co istotne, zawartość analizowanych artykułów prezentuje spór ten jako taki, w który zaangażowany jest, spośród wszystkich związków wyznaniowych w Polsce, jedynie Kościół rzymskokatolicki. To stanowisko tego Kościoła jest

cytowane i komentowane w sposób krytyczny bądź apologetyczny. Sytuacji nie zmienia nawet fakt, że część mniejszościowych wyznań także sprzeciwia się legalizacji aborcji, więc przynajmniej teoretycznie ich głos mógłby być odnotowany, chociażby przez prasę ukierunkowaną antyaborcyjnie. Tymczasem odnotowano zaledwie jeden artykuł, w którym poglądy na aborcję wygłosił przedstawiciel innej religii – judaizmu, pozostałe Kościoły i związki wyznaniowe wydają się wyłączone z medialnej dyskusji na ten temat.

Około 50 analizowanych artykułów dotyczyło kwestii zatrudniania kapelanów w szpitalach, ich wynagradzania oraz wymiaru czasu pracy. Najwięcej treści wokół tej problematyki pojawiło się w mediach na przestrzeni 2017–2021 roku, kiedy zapytania bezpośrednio do szpitali zaczęli kierować posłowie i posłanki Nowej Lewicy oraz Nowoczesnej, domagając się informacji o wysokość wynagrodzeń dla kapelanów oraz ilości etatów i form ich zatrudnienia.

W czasie pandemii koronawirusa Covid-19 często eksploatowana w mediach była kwestia posługi kapelanów rzymskokatolickich na oddziałach. Media lewicowe i liberalne krytycznie komentowały wpuszczanie na zamknięte oddziały tylko kapelanów a odmawianie tego bliskim osób hospitalizowanych. Istotną informacją w tym kontekście może być nieobecność w cytowanych materiałach prasowych przedstawicielstwa innych wyznań, które pełniłoby posługę w szpitalach. Niewątpliwie temat zatrudniania duchownych nierzymskokatolickich nie jest w mediach popularny.

Kolejnych 50 artykułów zostało poświęconych, przynajmniej w części, szeroko pojętej obecności symboli, artefaktów czy obrzędów religijnych w placówkach ochrony zdrowia. W każdym przypadku problem ten dotyczył tylko wyznania rzymskokatolickiego i jego udziału w życiu szpitali czy innych placówek medycznych. Dużo miejsca poświęcono praktykom znacznie wykraczającym poza zatrudnianie kapelanów, takich jak zapraszanie biskupów (a nawet papieża) do szpitali. W związku z neutralnym językiem, jakim zostały opisane te praktyki, można odnieść wrażenie, że są one tak ugruntowane społecznie, że stały się właściwie „przezroczyście” dla obserwatorów. Także media liberalne nie odnosiły się w sposób krytyczny do takich zjawisk jak zapraszanie biskupa na święcenie oddziału, udział dyrekcji szpitala w praktykach i uroczystościach religijnych czy religijne obchody Dnia Chorego.

Przynajmniej 16 tekstów zostało poświęconych szpitalnym kaplicom, które w każdym przypadku (poza jednym cytowanym przykładem kaplicy ekumenicznej) dedykowane były jedynie osobom wyznania rzymskokatolickiego. W mediach, w monitorowanym okresie, nie pojawiła się ani jedna wzmianka o wyodrębnionej przestrzeni do sprawowania praktyk religijnych dla osób innych wyznań.

Tematy, które także nie pojawiły się w monitorowanych mediach to kwestia wyżywienia na oddziałach szpitalnych, w kontekście możliwości zachowania diety zgodnej z wymogami religijnymi. Nie pojawiły się także tematy ubioru, prawa do noszenia nakrycia głowy lub zarostu wymaganego przez dany związek wyznaniowy oraz problematyka związana z opieką pielęgniarską i badaniami medycznymi wyznawców i wyznawczyń innych religii. Jedynie trzy artykuły w badanym okresie dotyczyły procedur medycznych – terapii zastosowanej z uwagi na przekonania religijne osób pacjenckich. Jest to więc niewielki zbiór, biorąc pod uwagę ilość artykułów, jaka pojawiła się w monitorowanych tytułach.

Bibliografia

- „Nie” dla przymusu. Lekarze dołączają do Czarnego Piątku, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1742598,1,nie-dla-przymusu-lekarze-dolaczaja-do-czarnego-piatku.read>, (dostęp: 24.01.2022)
- Aborcja po gwałcie? Na Podkarpaciu to niemożliwe*, <https://www.fakt.pl/wydarzenia/polska/podkarpacie-w-regionie-nie-mozna-wykonac-legalnej-aborcji-wszystkie-szpitaly-z/7r191r2>, (dostęp: 8.01.2022)
- Abp Hoser: szpital nie jest fabryką, a człowiek nie jest przedmiotem*, <https://www.niedziela.pl/artykul/36097/Abp-Hoser-szpital-nie-jest-fabryka-a> (dostęp: 14.02.2022)
- Bednarek M. (2021), Kapelani na etatach w szpitalach. Posłanka Lewicy uważa, że za dużo kosztują, <https://katowice.wyborcza.pl/katowice/7,35063,26750970,kapelani-na-etatach-w-szpitalach-poslanka-lewicy-uwaza-ze.html> (dostęp: 30.12.2021)
- Bielicka M. (2019), Szpital im. Krysiewicza ma 2 mln zł straty, ale musi wyremontować kaplicę. Ma umowę z siostrami, <https://poznan.wyborcza.pl/poznan/7,36001,20727066,szpital-im-krysiewicza-ma-2-mln-zl-straty-ale-musi-wyremontowac.html>, (4.01.2022)
- Biskup przekazał szpitalowi zakaznemu poświęcone krzyże*, <https://www.niedziela.pl/artykul/50961/Biskup-przekazal-szpitalowi-zakaznemu>, (dostęp: 14.02.2022)
- Bunda M. (2018), Przemoc wpisana w klauzulę sumienia, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1733680,1,przemoc-wpisana-w-klauzule-sumienia.read> (dostęp: 24.01.2022)
- Bunda M. (2018), Ustawa zakazująca aborcji i inne nowe fronty walki o prawa kobiet, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1742542,1>

- ,ustawa-zakazujaca-aborcji-i-inne-nowe-fronty-walki-o-prawa-kobiet.read, (dostęp: 24.01.2022)
- Bunda M. (2021), Jak Polki przerywają ciążę, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/2109529,1,jak-polki-przerywaja-ciaze.read>, (dostęp:24.01.2022)
- Chrzczonowicz M. (2016), Bp Markowski: niech decyduje sumienie kobiet. Ale Episkopat wyżej stawia prawo, <https://oko.press/bp-markowski-decyduje-sumienie-kobiet-episkopat-wyzej-stawia-prawo/>, (dostęp: 26.12.2021)
- Chrzczonowicz M. (2018), Biskup szantazuje PiS aborcją: „bo nie będzie błogosławieństwa Bożego. I ta władza upadnie”, <https://oko.press/biskup-szantazuje-pis-aborcja-bo-nie-bedzie-blogoslawienstwa-bozego-i-ta-wladza-upadnie/>, (dostęp: 26.12.2021)
- Dobrosz-Oracz J. (2016), Co ma sumienie do fizjoterapii. Awantura w Sejmie, <https://wyborcza.pl/10,82983,20092400,co-ma-sumienie-do-fizjoterapii-awantura-w-sejmie.html>, (dostęp: 4.02.2022).
- Duszczak T. (2021), Stanowisko Duszpasterstwa Chorych i Służby Zdrowia Diecezji Zielonogórsko-Gorzowskiej, <https://www.niedziela.pl/arttykul/63940/Stano-wisko-Duszpasterstwa-Chorych-i> (dostęp: 23.02.2022)
- Episkopat wydał książkę o in vitro. Oto 10 jej największych manipulacji*, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1749720,1,episkopat-wydalksiazke-o-in-vitro-oto-10-jej-najwiekszych-manipulacji.read>, (dostęp: 1.02.2022)
- Faron D. (2020), Bóg nadal jest na pierwszym miejscu. Ale kościół już nie, <https://sport.onet.pl/gimnastyka/leszek-blanik-o-konflikcie-z-kosciolem-i-karierze/svf1qf3>, (dostęp: 5.01.2022)
- Gajda-Kocjan B. (2016), *Spotkanie z chorymi dziećmi*, <https://www.niedziela.pl/arttykul/126061/nd/Spotkanie-z-chorymi-dziecmi>, (dostęp: 3.03.2022) Olszewski
- Gierak-Onoszko J. (2017), Katolicy farmaceuci chcą klauzuli sumienia. To prosta droga do wzrostu nielegalnych aborcji, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1708010,1,katolicy-farmaceuci-chca-klauzuli-sumienia-to-prosta-droga-do-wzrostu-nielegalnych-aborcji.read>, (dostęp: 24.01.2022)
- Głanc M. (2020), *Klauzula sumienia zaostrożona. Posłanka KO: Kobiety będą zdane same na siebie*, <https://kobieta.onet.pl/zaostwienie-klauzuli-sumienia-przyjeto-nowelizacje-bez-poprawki-opozycji/eqhhf3x> (dostęp: 4.01.2022)
- Głanc M. (2021), *Lubuskie szpitale wydały w ciągu roku ponad pół mln zł na kapelanów. Wynik interwencji poselskiej*, <https://kobieta.onet.pl/wiadomosci/lubuskie-szpitala-wydaly-w-ciagu-roku-ponad-pol-mln-zl-na-kapelanow-wynik-interwencji/zkwhdhe> (dostęp: 26.12.2021)

- Glanc M. (2021), *30 lat temu byłam w podobnej sytuacji, co Izabela. „Lekarzka za się modlić”*, <https://kobieta.onet.pl/wiadomosci/smierc-30-letniej-izabeli-w-pszczynie-30-lat-temu-bylam-w-podobnej-sytuacji/mj62elb> (dostęp: 6.01.2022)
- Gołębiewski M. (2019), Światowy Dzień Chorego, <https://www.niedziela.pl/arttykul/141554/nd/Swiatowy-Dzien-Chorego> (dostęp: 14.02.2022)
- Gorczyca A. (2016), Legalna aborcja? Nie na Podkarpaciu, <https://rzeszow.wyborcza.pl/rzeszow/7,34962,20050830,legalna-aborcja-nie-na-podkarpaciu.html>, (dostęp: 2.01.2022)
- Gronk M. (2021), Sakrament namaszczenia chorych nie jest wiatykiem; można go przyjąć kilka razy w życiu, <https://www.niedziela.pl/arttykul/64704/Sakrament-namaszczenia-chorych-nie-jest> (dostęp: 23.02.2022)
- Hajnosz I. (2019), Kwiatki do kaplic, przelew na Kajmany. Na co wydaje się pieniądze w szpitalu im. Jana Pawła II, <https://krakow.wyborcza.pl/krakow/7,44425,24493264,kwiatki-dodatki-kajmany-na-co-wydaje-sie-pieniadze-w-szpitalu.html>, (dostęp: 4.01.2022)
- Jakięła A. (2018), Z pasterskim błogosławieństwem u chorych, <https://www.niedziela.pl/arttykul/135818/nd/Z-pasterskim-blogoslawienstwem-u-chorych>, (dostęp: 15.02.2022)
- Jakięła A. (2019), Wezwanie do bezinteresowności, <https://www.niedziela.pl/arttykul/141575/nd/Wezwanie-do-bezinteresownosci>, (dostęp: 14.02.2022)
- Jakubowski T. (2021), Szczodre transfery każdego roku. Policzyliśmy, ile państwo daje na Kościół, <https://wyborcza.pl/7,75398,27739289,szczodre-transfery-kazdego-roku-policzyliśmy-ile-państwo-daje.html> (dostęp: 1.01.2022)
- Jest aż tak źle? Minister zawierzył służbę zdrowia Matce Boskiej*, <https://www.fakt.pl/wydarzenia/polityka/minister-zdrowia-zawierzył-službe-zdrowia-matce-boskiej/qpljwy8>, (dostęp: 17.01.2022)
- Kaczorowska K. (2020), Ciężowe niewiadome, <https://www.polityka.pl/tygodnik-polityka/spoleczenstwo/1978708,1,ciazowe-niewiadome.read>, (dostęp: 24.01.2022)
- Karpieszuk W. (2020) *Kapelani w czasie pandemii chodzą po szpitalach. „A rodzina wejść nie może”*, <https://warszawa.wyborcza.pl/warszawa/7,54420,26582370,bie-dron-i-warszawska-radna-interwenują-w-sprawie-kapelanow.html> (dostęp: 30.12.2021)
- Karpieszuk W. (2020) *Ile zarabia kapelan w miejskim szpitalu? „Tajemnica przedsiębiorstwa”*, <https://warszawa.wyborcza.pl/warszawa/7,54420,26583735,ile-zarabia-kapelan-w-szpitalu-tajemnica-przedsiębiorstwa.html> (dostęp: 30.12.2021)
- Katka K. (2019), Abp Sławoj Leszek Głódź poświęcił oddział w szpitalu samorządowym. „Nie był zaproszony”, <https://trojmiasto.wyborcza.pl/trojmiasto>

- /7,35612,25412958,swieckie-panstwo-w-szpitalu-marszalkowskim-czyli-swieci-slawoj.html (dostęp: 1.01.2022)
- Katolicycy lekarze o ograniczaniu dostępności do klauzuli sumienia*, <https://www.niedziela.pl/arttykul/71955/Katolicycy-lekarze-o-ograniczaniu>, (dostęp: 11.02.2022)
- Kazanecka K. (2017), Kapelan w rzeszowskiej policji, straży pożarnej, szpitalu. Posługa duszpasterska czy praca na etacie?, <https://rzeszow.wyborcza.pl/rzeszow/7,34962,21605845,kapelan-w-rzeszowskiej-policji-strazy-pozarnej-szpitalu-darmowa.html> (dostęp: 30.12.2021)
- Kazimierczuk A. (2021), Szpital odmówił aborcji na podstawie opinii Ordo Iuris. Będzie pozew, <https://www.rp.pl/spoleczenstwo/art19170391-szpital-odmowil-aborcji-na-podstawie-opinii-ordo-iuris-bedzie-pozew>, (dostęp: 7.01.2022)
- Kijek K. (2017), Przeciwnicy aborcji wysyłają petycje do szpitali. „Przeście mor-dować”, <https://wroclaw.wyborcza.pl/wroclaw/7,35771,21665911,przeciwnicy-aborcji-wysylaja-petycje-do-szpitali-przestancie.html>, (dostęp: 2.01.2022)
- Kobiety piszą do Rzecznika Praw Pacjenta: „Szpitale naruszają prawa pacjentów”, <https://rzeszow.wyborcza.pl/rzeszow/7,34962,20878305,kobiety-pisza-do-rzecznika-praw-pacjenta-szpitala-naruszaja.html>, (dostęp: 1.01.2022)
- Kosiek A. (2019), O prawach pacjenta, legalnym przerywaniu ciąży i klauzuli sumienia. Spotkanie w Kielcach, kielce.wyborcza.pl/kielce/7,47262,25329085,o-prawach-pacjenta-legalnym-przerywaniu-ciazy-i-klauzuli-sumienia.html (dostęp: 1.01.2022)
- Kosiek A. (2020), Szpital sprowadził relikwie św. Faustyny. „Pacjenci mają również potrzeby duchowe”, <https://kielce.wyborcza.pl/kielce/7,47262,25605893,szpital-sprowadzil-relikwie-sw-faustyny-pacjenci-maja-rowniez.html> (dostęp: 1.01.2022)
- Kozioł M. (2021), *Ponad milion rocznie zarabiają księża w szpitalach na Dolnym Śląsku. „A w wielu brakowało nawet na maseczki”*, <https://onedrive.live.com/edit.aspx?resid=8B829729B411AB1!2411&ithint=file%2cxlsx> (dostęp: 30.12.2021)
- Kozłowska A. (2016), Kolejny protest pod gdańskim szpitalem. „Nie dla wymuszania klauzuli sumienia”, <https://trojmiasto.wyborcza.pl/trojmiasto/7,35612,20874187,kolejny-protest-pod-gdanskim-szpital-em-nie-dla-wymuszania.html>, (dostęp: 4.01.2022)
- Ksiądz molestował niepełnosprawną. Kuria przez lata milczała 2021*, <https://www.fakt.pl/wydarzenia/polska/krakow/sucha-beskidzka-ksiazd-molestowal-niepelnosprawna-a-kuria-to-ukrywala/48jwhgq>, (dostęp: 7.01.2022)
- Łuczak M. (2017), Specjaliści od anatomii dusz, www.niedziela.pl/arttykul/129270/nd/Specjalisci-od-anatomii-dusz, (dostęp: 14.02.2022)

- Łukasiewicz A. (2021), *Ponad 500 tys. zł lubuskie szpitale wydały na pensje kapelanów. „Czas z tym skończyć”*, <https://gorzow.wyborcza.pl/gorzow/7,36844,26694459,ponad-560-tys-zl-lubuskie-szpitaly-wydaly-na-pensje-kapelanow.html> (dostęp: 30.12.2021)
- Makarenko V. (2021), *Sztuczna kość – wynalazek, który zrewolucjonizuje ortopedię, chirurgię i onkologię. Jego twórczyniami są Polki*, <https://wyborcza.pl/TylkoZdrowie/7,137474,26841530,sztuczna-kosc-wynalazek-ktory-zrewolucjonizuje-ortopedie.html>, (dostęp: 4.01.2022)
- Mamoń M. (2019), *Centrum Urazowe na Parkitce otwarto z pompą*, <https://czestochowa.wyborcza.pl/czestochowa/7,48725,25282881,centrum-urazowe-na-parkitce-otwarto-z-pompa-w-tle-skromny-protest.html> (dostęp: 3.01.2022)
- Marcinkiewicz D. (2018), *Owoce życia św. Jana Pawła II są wciąż żywe i aktualne*, <https://www.niedziela.pl/arttykul/137461/nd/Owoce-zycia-sw-Jana-Pawla-II-sa-wciaz> (dostęp: 14.02.2022)
- Marszałek senatu odmówiłby pomocy zgwałconemu dziecku!*, <https://www.fakt.pl/wydarzenia/polityka/karczewski-nie-pomoglby-zgwalconej-dziewczynce/5eyt3hg>, (dostęp: 8.01.2022)
- Mazur N. (2017), *Szpital MSWiA buduje nowy blok operacyjny. Arcybiskup odprawił mszę i pobłogosławił fundamenty*, <https://poznan.wyborcza.pl/poznan/7,36001,21362017,arcybiskup-gadecki-na-budowie-szpitala-mswia-odprawil-msze.html> (dostęp: 4.01.2022)
- Mokrzycka W. (2019), *Pogotowie duchowe*, <https://www.niedziela.pl/arttykul/144981/nd/Pogotowie-duchowe> (dostęp: 11.02.2022)
- Monastyrska E. (2020), *Szpitalny dzwon jak głos sumienia*, <https://www.niedziela.pl/arttykul/149329/nd/Szpitalny-dzwon-jak-glos-sumienia>, (dostęp: 11.02.2022)
- Nowak L. (2020), *Farmaceuci będą mogli odmówić sprzedaży prezerwatywy? Jest oświadczenie Naczelnej Izby Aptekarskiej*, <https://kobieta.onet.pl/wiadomosci/oswiadczenie-naczelnaj-izby-aptekarskiej-w-sprawie-klauzuli-sumienia-farmaceutow/xc3f4gg>, (dostęp: 4.03.2022)
- Nowosielski P. (2016), *Nowa szpitalna kaplica*, <https://www.niedziela.pl/arttykul/123220/nd/Nowa-szpitalna-kaplica>, (dostęp: 11.02.2022)
- Nyczka T. (2021), *Ksiądz na miejskim garnuszku. Poznań płaci za etaty kapelanów w szpitalach*, <https://poznan.wyborcza.pl/poznan/7,36001,25703867,ksiadz-w-szpitalu-na-miejskim-garnuszku-pan-za-to-placi-pani.html>, (dostęp: 30.12.2022)

- Olszewski M. (2021), Zbrodnia na rozumie, za którą zapłacimy wszyscy, <https://krakow.wyborcza.pl/krakow/7,44425,27867721,zbrodnia-na-rozumie.html> (dostęp: 1.01.2022)
- Ordo Iuris: pacjenci umierają w szpitalach bez sakramentów, <https://www.niedziela.pl/artykul/56784/Ordo-Iuris-pacjenci-umieraja-w-szpitalach>, (dostęp: 24.02.2022)
- Pacewicz P. (2017), Ministerstwo Zdrowia: Katolickie sumienie aptekarz musi zostawić w domu. Biedny minister Radziwiłł, <https://oko.press/ministerstwo-zdrowia-katolickie-sumienie-aptekarz-musi-zostawic-domu-biedny-minister-radziwill/>, (dostęp: 26.01.2022)
- Pasterczyk J. (2019), Uzdrawiające relikwie w rzeszowskim szpitalu. Psychiatra: „To nie żadne czary-mary”, <https://rzeszow.wyborcza.pl/rzeszow/7,34962,25541228,uzdrawiajace-relikwie-w-rzeszowskim-szpitalu-psychiatra-to.html> (dostęp: 1.01.2022)
- Podgórska J. (2017), Niewierzący w Polsce pod katolicką presją, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1729042,1,niewierzacy-w-polsce-pod-katolicka-presja.read> (dostęp: 20.01.2022)
- Prezentacja „Nowej karty pracowników służby zdrowia”, <https://www.niedziela.pl/artykul/30979/Prezentacja-%E2%80%9ENowej-karty-pracownikow>, (dostęp: 12.02.2022)
- Proboszcz z Limanowej żąda danych o aborcji, <https://onedrive.live.com/edit.aspx?resid=8B829729B411AB1!2411&ithint=file%2cxlsx>, (dostęp: 7.01.2022)
- Radziwiłł: „Farmaceuta może powołać się na klauzulę sumie”. Co dalej z antykoncepcją? Mamy komentarz Naczelnej Rady Aptekarskiej (2017),
- Radziwiłł: potrzebny jest lekarz-człowiek, a nie lekarz-maszyna (2014),
- Rogaska K. (2020), „W dobie kryzysu ochrony zdrowia, zatrudnianie księży to niedorzeczność”, <https://kobieta.onet.pl/w-dobie-kryzysu-ochrony-zdrowia-zatrudnianie-ksiezy-to-niedorzeczosc/20jgbgh> (dostęp: 5.01.2022)
- Romańczuk Ł. (2021), Posługa wśród chorych, <https://www.niedziela.pl/artykul/64753/Posluga-wsrod-chorych-WYWIAD> (dostęp: 11.02.2022)
- Rutkiewicz P. (2020), Książd z Bemowa o plusach pandemii koronawirusa. Nie ma aborcji i „parad gejów”, <https://onedrive.live.com/edit.aspx?resid=8B829729B411AB1!2411&ithint=file%2cxlsx>, (dostęp: 3.01.2022)
- Sałwacka S., Cynałewski Ł. (2021), Szpital dziecięcy w Poznaniu prawie gotowy. Jednoosobowe sale, restauracja, plac zabaw, kaplica, <https://poznan.wyborcza.pl/poznan/7,36001,27359325,szpital-dzieciocy-w-poznaniu-prawie-gotowy-jednoosobowe-sale.html>, (dostęp: 4.01.2022)

- Stelmasiak A. (2021), Wyrok Trybunału ocali życie tysiącom dzieci, <https://www.niedziela.pl/artykul/152059/nd/Wyrok-Trybunalu-ocali-zycie-tysiacom>, (dostęp: 23.01.2022)
- Szczerbiak A. (2018), Nie wszyscy ginekolodzy chcą wypisywać środki antykoncepcyjne, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1700152,1,nie-wszyscy-ginekolodzy-chca-wypisywac-srodki-antykoncepcyjne.read>, (dostęp: 24.01.2022)
- Szczerbiak A. (2019), Klauzula sumienia lekarzy z większą szkodą dla pacjentów, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1801296,1,klauzula-sumienia-lekarzy-z-wieksza-szkoda-dla-pacjentow.read>, (dostęp: 25.01.2022)
- Szczerbiak A. (2019), Jedna trzecia Polek ma dostęp do antykoncepcji. Do badań prenatalnych jeszcze mniej, <https://onedrive.live.com/edit.aspx?resid=8B829729B411AB1!2411&ithint=file%2cxlsx>, (dostęp: 25.01.2022)
- Szczerbiak A. (2020), Po aborcję do Internetu, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/kraj/1958802,1,po-aborcje-do-internetu.read>, (dostęp: 24.01.2022)
- Szczerbiak A. (2020), Przejechała 1400km, żeby wykonać legalną aborcję, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1959944,1,przejechała-1400-km-zeby-wykonac-legalna-aborcje.read>, (dostęp: 24.01.2022)
- Szczerbiak A., Żelazińska A. (2021), Strach kobiet, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/kraj/2142468,1,strach-kobiet.read>, (dostęp: 23.02.2022)
- Szpunar O., Wantuch D. (2021), Spadający tynk ze ściany, poluzowane cegły – tak wygląda dyżurka ratowników. A szpital remontuje kaplicę za 5 mln zł, <https://krakow.wyborcza.pl/krakow/7,44425,27143697,spadajacy-tynk-ze-ściany-poluzowane-cegły-tak-wygląda-dyżurka.html> (dostęp: 4.01.2021)
- ŚDM. Słowa Franciszka w szpitalu w Prokocimiu [TREŚĆ PRZEMÓWIENIA], <https://krakow.wyborcza.pl/krakow/7,44425,20473600,sdm-slowa-franciszka-w-szpitalu-w-prokocimiu-tresc-przemowienia.html> (dostęp: 1.01.2022)
- Święchowicz M. (2014), *Siostrzyczka*, <https://wiadomosci.onet.pl/religia/deklaracja-wiary-i-siostrzyczka-jana-pawla-ii/c4t40x>, (dostęp: 4.03.2022)
- Święty Mikołaj przyjechał do szpitala samochodem Ferrari, <https://katowice.wyborcza.pl/katowice/7,35063,21080737,swiety-mikolaj-przyjechal-do-szpitala-samochodem-ferrari.html> (dostęp: 4.01.2022)
- Theus J. (2021), Rodzę martwe dziecko. Mam sepsę. Na salę wchodzi ksiądz: „Poród trzeba wstrzymać”, <https://oko.press/rodze-martwe-dziecko-mam-sepse-na-sale-wchodzi-ksiazd-porod-wstrzymac/> (dostęp: 26.12.2021)
- W Toruniu z kaplicy zniknął krzyż i obraz. Zniszczono figury i mszał. Policja zatrzymała sprawcę, <https://torun.wyborcza.pl/torun/7,48723,27715918,z-kaplicy-zniknal-krzyz-i-obraz-zniszczono-figury-i-mszal.html> (dostęp: 4.01.2022)

- Walewski P. (2019), Straszyl in vitro, będzie konsultantem. Zła zmiana w polskiej genetyce, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/nauka/1930176,1,straszyl-in-vitro-bedzie-konsultantem-zla-zmiana-w-polskiej-genetyce.read>, (dostęp: 25.01.2022)
- Wantuch D. (2016), ŚDM. Papież w szpitalu dziecięcym. 200 rysunków i 700 różańców, <https://krakow.wyborcza.pl/krakow/7,44425,20469408,sdm-papiez-w-szpitalu-dzieciecym-200-rysunkow-i-700-rozancow.html> (dostęp: 1.01.2022)
- Warszawa:relikwiebl.HannyChrzanowskiejuchorychnaCovid-19wSzpitaluZakażnym, <https://www.niedziela.pl/artykul/55790/Warszawa-relikwie-bl-Hanny-Chrzanowskiej> (dostęp: 23.02.2023)
- Watoła J. (2017), Tego jeszcze nie było: odpust w szpitalu, <https://katowice.wyborcza.pl/katowice/7,35063,22483971,tego-jeszcze-nie-bylo-odpust-w-szpitalu.html> (dostęp: 1.01.2022)
- Watoła J. (2018), Relikwie Jana Pawła II w kaplicy szpitala GeoMedical w Katowicach, <https://katowice.wyborcza.pl/katowice/7,35063,22902990,relikwie-jana-pawla-ii-w-kaplicy-szpitala-geomedical-w-katowicach.html> (dostęp: 4.01.2022)
- Wilczyńska E. (2018), Pierwszy w Polsce przeszczep bez transfuzji krwi. Pacjent świadkiem Jehowy, <https://wroclaw.wyborcza.pl/wroclaw/7,35771,23623199,pierwszy-w-polsce-przeszczep-bez-transfuzji-krwi-pacjent-swiadkiem.html>, (dostęp: 3.01.2022)
- Wiszniewska I. (2018), Kobieta powinna być wolna. Prawie. Sprawa aborcji w judaizmie, <https://wyborcza.pl/magazyn/7,124059,23266435,kobieta-powinna-byc-wolna-prawie-sprawa-aborcji-w-judaizmie.html>, (dostęp: 2.01.2022)
- Woleński J. (2016), Kiedy zaczyna się człowiek? PiS próbuje to ustalić i narzucać, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/kraj/1679652,1,kiedy-zaczyna-sie-czlowiek-pis-probuje-to-ustalic-i-narzacac.read>, (dostęp: 27.01.2022)
- Woleński J. (2021), Urodzić, ochrzcić, pochować, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/2142946,1,urodzic-ochrzcac-pochowac.read>, (dostęp: 1.02.2022)
- Woźnicki Ł. (2018), Deklaracja wiary prof. Szumowskiego. Nowy minister zdrowia wrogiem antykoncepcji i in vitro, <https://wyborcza.pl/7,75398,22876010,deklaracja-wiary-prof-szumowskiego-nowy-minister-zdrowia-wrogiem.html>, (dostęp: 4.01.2022)
- Wójcik Z. (2016), Razem jest łatwiej, <https://www.niedziela.pl/artykul/126983/nd/Razem-jest-latwiej> (dostęp: 11.02.2022)

Zdanowicz K. (2019), Podkarpacie z pełnym zakazem aborcji?, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1781782,1,podkarpacie-z-pełnym-zakazem-aborcji.read>, (dostęp: 2.01.2022)

Żuchowicz M. (2021), Prof. Zimmer: Muszę się tłumaczyć przed prokuratorem, że nie morduję nienarodzonych dzieci, <https://wroclaw.wyborcza.pl/wroclaw/7,35771,27793463,prof-zimmer-ginekolodzy-sa-dzis-atakowani-z-kazdej-strony.html>, (dostęp: 2.01.2022)

Informacje otrzymane od szpitali na drodze dostępu do informacji publicznej

Jednym z działań podjętych w ramach projektu „Wolność sumienia i wyznania pacjentów w systemie ochrony zdrowia” finansowanego przez Islandię, Lichtenstein i Norwegię z Funduszy EOG w ramach programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy, którego celem jest przeciwdziałanie dyskryminacji na tle wyznaniowym i światopoglądowym w systemie publicznej opieki zdrowotnej w Polsce, było rozesłanie wniosków o informację publiczną na podstawie art. 2 ust. 1 i art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2020 r. poz. 2176 z późn. zm.) do wylosowanych szpitali, w których zapytano o kwestie związane bezpośrednio z tematyką projektu. Celem tego działania było sprawdzenie w jakim stopniu placówki przygotowane są na realizację prawa do opieki duchowej osób pacjenckich różnych wyznań, zebranie informacji czy wpływają do dyrekcji lub pełnomocników praw pacjenta skargi dotyczące spraw związanych z wyznaniem i światopoglądem osób hospitalizowanych oraz identyfikacja ewentualnych obszarów problematycznych na styku systemu ochrony zdrowia oraz wolności sumienia i wyznania osób pacjenckich.

Proces losowania szpitali został poprzedzony przygotowaniem bazy, w której znalazło się 581 placówek, opracowanej na podstawie wykazów świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej publikowanych na stronach internetowych poszczególnych oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia (stan na 30.06.2022 r.).

Wylosowano 20% placówek, proporcjonalnie do ich liczby w poszczególnych województwach, zaokrąglając w górę.

Wnioski o udostępnienie informacji publicznej wysłano do 121 szpitali. W ustawowym terminie 14. dni otrzymano 88 odpowiedzi, które zostały poddane analizie.

Województwo	Liczba placówek w wykazie	Liczba wylosowanych szpitali	Liczba otrzymanych odpowiedzi
dolnośląskie	43	9	8
kujawsko-pomorskie	30	6	4
lubelskie	36	7	7
lubuskie	27	6	5
łódzkie	31	7	6
małopolskie	40	8	3
mazowieckie	82	17	11
opolskie	23	5	3
podkarpackie	29	6	2
podlaskie	23	5	4
pomorskie	25	5	4
śląskie	69	14	10
świętokrzyskie	19	4	2
warmińsko-mazurskie	28	6	5
wielkopolskie	47	10	10
zachodniopomorskie	29	6	4

We wniosku zadano następujące pytania:

1. Czy w Państwa placówce zatrudniany jest (na podstawie umowy o pracę) kapelan szpitalny wyznania rzymskokatolickiego? Jeśli tak, to ilu kapelanów jest zatrudnianych, w jakim wymiarze czasu pracy?
2. Czy w Państwa placówce zatrudniany jest (na podstawie umowy o pracę) kapelan szpitalny innego wyznania niż rzymskokatolickiego? Jeśli tak, jakiego wyznania, ile osób jest zatrudnianych, w jakim wymiarze czasu pracy, jaka umowa reguluje ich stosunek pracy?
3. Czy współpracują Państwo z osobami duchownymi innych wyznań niż rzymskokatolickie w obszarze usługi duszpasterskiej dla pacjentów na podstawie innych umów, porozumień o współpracy? Jeśli tak, jakich wyznań, forma umowy, czy wypłacane jest wynagrodzenie lub pokrywane koszty usługi?
4. Czy informują Państwo pacjentów o możliwości usługi duszpasterskiej? Jeśli tak, jakich wyznań, w jaki sposób?

5. Czy w Państwa placówce jest kaplica? Jeśli tak, czy jest to kaplica rzymskokatolicka, ekumeniczna, innego wyznania – jakiego?
6. Czy w Państwa placówce pacjenci innych wyznań niż rzymskokatolickie mogą skorzystać z wyznaczonego miejsca do indywidualnej modlitwy/medytacji?
7. W jaki sposób/ jaka jest procedura zgłaszania przez pacjenta potrzeby posługi duszpasterskiej?
8. Czy w latach 2016–2022 wpływały do Państwa – do dyrekcji i/lub pełnomocnika praw pacjenta – skargi pacjentów dot. realizacji ich wolności sumienia i wyznania np. dostępności posługi duszpasterskiej, sakramentów udzielanych bez zgody pacjenta, diety związanej ze światopoglądem/wyznaniem np. koszerna, *halal*, sytuacji niechcianych kontaktów z kapelanem szpitalnym rzymskokatolickim. Ile takich skarg pojawiło się w roku 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022.
9. Czy w latach 2016–2022 wpływały do Państwa – do dyrekcji i/lub pełnomocnika praw pacjenta – skargi pacjentów dot. odmowy świadczenia usług w związku z powoływaniem się pracownika czki szpitala na klauzulę sumienia. Ile takich skarg pojawiło się w roku 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022.

W 64 szpitalach (72%), które odpowiedziały na wniosek o udzielenie informacji publicznej zatrudnieni są, na podstawie umowy o pracę, rzymskokatolicki kapelani szpitalni w różnym, często niepełnym, wymiarze czasu pracy. 24 placówki nie zatrudniają rzymskokatolickich duchownych, z tego 12 udzieliło informacji o zawartych z nimi umowach cywilnoprawnych.

Jeżeli chodzi o zatrudnianie kapelanów innych wyznań niż rzymskokatolickie, to w 12 szpitalach są oni zatrudniani na podstawie umowy o pracę, w niepełnym wymiarze czasu pracy – duchowni prawosławni (12), grekokatolicki (2), ewangelicko–augsburscy (2). Pod względem geograficznym placówki te znajdują się w województwie lubelskim (3), podlaskim (3), warmińsko – mazurskim (2) oraz po jednej w Warszawie, Łodzi i Zielonej Górze. Trzy szpitale poinformowały, że zatrudniają na podstawie umów cywilnoprawnych osoby duchowne związane z Kościołem Prawosławnym (Biłgoraj, Gorzów Wlkp.), Kościołem polskokatolickim (Biłgoraj, Janów Podlaski) oraz Kościołem greckokatolickim (Gorzów Wlkp.). Można zauważyć, że kapelani prawosławni zatrudniani są w miejscach, gdzie występuje licznie więcej osób deklarujących przynależność do tego wyznania oraz sprzyjają temu rozwiązania prawne, które wprost mówią o ich zatrudnianiu⁷.

⁷ Kapelani prawosławni zatrudniani są na mocy zapisów Ustawy z dnia 4 lipca 1991 r. o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego (Dz.U. 1991 Nr 66 poz. 287):

Z nadesłanych odpowiedzi wynika, że szpitale rzadko nawiązują sformalizowaną współpracę z osobami duchownymi innych wyznań niż rzymskokatolickie. Oprócz wspomnianej powyżej współpracy na podstawie umów cywilnoprawnych, tylko 1 szpital zadeklarował, że ma podpisane porozumienia o współpracy z dwiema lokalnymi wspólnotami protestanckimi z nurtu Kościołów ewangelikalnych (zbór Kościoła Zielonoświątkowego w RP oraz Kościoła Chrystusowego w RP). Porozumienia te nie zawierają postanowień o wynagrodzeniu lub pokrywaniu kosztów usługi.

Niektóre ze szpitali wskazywały na podejmowanie współpracy doraźnie lub na podstawie umów ustnych z Kościołami i związkami wyznaniowymi działającymi na danym terenie.

Szpital współpracuje z osobami duchownymi innych wyznań niż rzymskokatolickie, przy czym nie zawierano umów i porozumień o współpracy, współpraca nawiązywana jest ad hoc i dotyczy:

- (a) Cerkwi Prawosławnej z siedzibą w Sosnowcu;*
- (b) Parafii Ewangelicko – Augsburskiej w Katowicach;*
- (c) Centrum Kultury Islamu w Katowicach;*
- (d) Gmina Wyznaniowa Żydowska w Katowicach;*
- (e) Świadkowie Jehowy – Sala Królestwa Świadców Jehowy w Lędzinach;*
- (f) Buddyjski Ośrodek Medytacyjny w Katowicach.*

(Szpital Miejski w Rudzie Śląskie)⁸

Współpraca nie jest sformalizowana na podstawie umów, nie jest wypłacane wynagrodzenie za usługę duszpasterską. Ustne porozumienia wraz z pozyskaniem kontaktów zostało zawarte z:

- Parafią Ewangelicko – Augsburską,*
- Salą Królewską Świadców Jehowy,*
- Kościołem Wolnych Chrześcijan.*

(Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie)

Art. 27. 1. Osobom przebywającym w szpitalach oraz w zakładach pomocy społecznej zapewnia się prawo wykonywania praktyk religijnych i korzystania z usług 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 pomieszczenia.

⁸ W cytatach zachowano oryginalną pisownię.

Nasza placówka ma nawiązaną współpracę z księdzem prawosławnym i Świadcami Jehowy w formie umowy słownej. Osoby duchowne nie otrzymują wynagrodzenia za czynioną posługę duszpasterską.

(SP ZOZ Sulęcín)

Szpital zapewnia pacjentom kontakt z osobami duchownymi innych wyznań niż rzymskokatolickie.

- 1. Parafia p.w. św. Mikołaja w Radomiu [...]*
- 2. Kościół Adwentystów Dnia Siódmego w Radomiu [...]*
- 3. Kościół Ewangelicko – Augsburgski w Radomiu [...]*

Nie posiadamy zawartych umów, porozumień o współpracy.

(Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu)

Szpital nie współpracuje w sposób ciągły z osobami duchownymi innych wyznań niż rzymskokatolickie w obszarze posługi duszpasterskiej, ale nie jest zamknięty na takie rozwiązania. Nie wpłynęły do Szpitala wnioski o współpracę ze strony innych wyznań lub ze strony zainteresowanych pacjentów.

(Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu)

Wydaje się, że zawieranie porozumień o współpracy szpitala z Kościołami i związkami wyznaniowymi funkcjonującymi na danym terenie mogłoby ułatwić korzystanie z przysługującej każdemu, w tym osobom przebywającym w placówkach ochrony zdrowia, wolności sumienia i wyznania, a w szczególności opieki duchowej. Zastosowanie takich rozwiązań jest zasadne szczególnie w miejscach, gdzie występuje większa liczba osób innych wyznań niż rzymskokatolickie. Zawieranie porozumień mogłoby też usprawnić pracę personelu pielęgniarskiego w odpowiedzi na zgłaszane przez osoby hospitalizowane potrzeby kontaktu z osobą duchowną wskazanego wyznania oraz pozwoliłoby unikać sytuacji problematycznych, które były sygnalizowane przez osoby duchowne różnych wyznań na etapie badań jakościowych, takich jak: trudności w dotarciu do osoby hospitalizowanej, konieczność tłumaczenia celu wizyty, czy nawet konfrontowanie się z zakazem kontaktu.

Szpital, które odpowiedziały na wniosek o dostęp do informacji publicznej, deklarują, że informują osoby pacjenckie o prawie do posługi duchowej. Zwykle wskazywano, że informacje wywieszane są na ogólnodostępnych tablicach informacyjnych oraz zamieszczone są na stronach internetowych szpitali. Informacje te przekazywane są również przez personel, głównie pielęgniarski, zarówno

podczas przyjęcia do szpitala, jak i podczas pobytu na oddziałach. Trzy szpitale wskazały, że osoby pacjenckie otrzymują niezbędne informacje m.in.: dotyczące posługi duchowej w formie dokumentów: „Informatora dla pacjentów”, „Przewodnika dla pacjenta”, które dostają przy przyjęciu do szpitala.

Częstą praktyką jest umieszczanie oraz przekazywanie przez personel szpitala informacji kontaktowych dotyczących innych wyznań niż rzymskokatolickie. Najczęściej w formie listy kontaktowej wywieszanej na tablicach informacyjnych oraz stronach internetowych szpitali, zawierających dane kontaktowe (zwykle są to numery telefonów, adresy placówek oraz ich strony internetowe) parafii/zborów/wspólnot działających lokalnie.

SP ZZOO informuje o prawach pacjenta (w tym o prawie do opieki duszpasterskiej) za pośrednictwem strony internetowej placówki, komunikatów zamieszczanych na tablicach informacyjnych w obiekcie. W kontakcie bezpośrednim z pacjentem i/lub bliskimi chorego – informacji udziela personel medyczny jak i Pełnomocnik Praw Pacjenta.

(SP ZZOO w Przasnyszu)

Każdy pacjent w chwili przyjęcia do szpitala informowany jest przez przyjmującą go pielęgniarkę o możliwości zapewnienia opieki duszpasterskiej oraz o możliwości kontaktu z osobą duchowną wskazanego wyznania.

(NIO – PIB Oddział w Krakowie)

Informacja odnośnie możliwości posługi duszpasterskiej jest przekazywana poprzez Kartę Praw i Obowiązków Pacjenta, która jest dostępna na każdym Oddziale WIML oraz stronie internetowej Instytutu [...].

(Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej)

W spółce istnieje możliwość posługi duszpasterskiej przez duchownych kościoła rzymskokatolickiego, prawosławnego, ewangelicko – augsburskiego, religii mojżeszowej, świadków Jehowy i islamu. Pacjent jest informowany o możliwości wezwania duchownego swojego wyznania osobiście, z pomocą najbliższych lub personelu oddziału. Numery telefonów do duchownych innych wyznań zamieszczone są na stronie internetowej spółki oraz przekazywane pacjentom na oddziałach.

(Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. w Warszawie)

W każdym Oddziale Szpitalnym zamieszczone są informacje wskazujące osobę, która pełni posługę duszpasterską w Szpitalu, podane są numery telefonu do Kapłana i godziny, w jakich można się z nim kontaktować w poszczególne dni. [...] Dodatkowo widnieje informacja dotycząca mniejszości wyznaniowych. Podane są numery telefonów i adresy Kościołów/Parafii.

*(Samodzielny Szpital Wojewódzki
im. Mikołaja Kopernika, Piotrków Trybunalski)*

Informacja dotycząca dostępu do posługi duszpasterskiej – kontaktu z różnych wyznań (Kościół Rzymskokatolicki, Kościół Zielonoświątkowy, Kościół Ewangelicko – Augsburgski, Kościół Prawosławny – Polski Autokefaliczny Kościół Prawosławny) dostępna jest na tablicy ogłoszeń na każdym oddziale szpitalnym. Zamieszczona została również na stronie internetowej Szpitala Powiatowego w Krotoszynie. Udzielana jest także podczas rozmów z personelem. W przypadku innych wyznań niż wymienione powyżej, personel również pomaga w kontakcie z ich przedstawicielami.

(Szpital Krotoszyn)

W ośmiu przypadkach informacje przekazywane osobom hospitalizowanym dotyczą wyłącznie posługi duszpasterskiej kapłanów rzymskokatolickich, a w jednym rzymskokatolickiego i prawosławnego (zatrudnionego w danej placówce).

W 83 szpitalach (94%), z których pozyskano informacje, znajdują się kaplice rzymskokatolickie. W trzech przypadkach w szpitalach są kaplice ekumeniczne, również w trzech – nie ma kaplic, a w jednym przypadku opisano, że w kaplicy odbywają się nabożeństwa zarówno rzymskokatolickie, jak i prawosławne.

Większość szpitali wskazała jako wyznaczone miejsce do indywidualnej modlitwy/medytacji osób hospitalizowanych innych wyznań niż rzymskokatolickie kaplice szpitalne. Biorąc pod uwagę, że są one w zdecydowanej większości rzymskokatolickie może to wskazywać, na brak wrażliwości na potrzeby religijne osób z mniejszości wyznaniowych, a także brak wiedzy, o tym, że w niektórych związkach wyznaniowych modlitwa w miejscu kultu innego wyznania jest zabroniona. Nie bierze się również pod uwagę możliwości odczuwania dyskomfortu związanego z wykorzystywaniem do praktyk religijnych miejsca kultu innego wyznania z właściwą mu symboliką i estetyką.

W budynku szpitalnym Centrum znajduje się kaplica, za którą odpowiada duchowny wyznania rzymskokatolickiego. W razie potrzeby pacjenci oraz ich rodziny mogą skorzystać z kaplicy, bez względu na swoje wyznanie, religię którą praktykują.

(Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu)

Poza kaplicą nie ma innego miejsca wyznaczonego do indywidualnej modlitwy/medytacji.

(Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii)

Pacjenci innych wyznań niż rzymskokatolickie mogą skorzystać w celu indywidualnej modlitwy/medytacji z funkcjonującej w Szpitalu kaplicy.

(Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu)

Pacjenci innych wyznań niż rzymskokatolickie mogą skorzystać z kaplicy w celu indywidualnej modlitwy/medytacji.

(Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie)

W kilku przypadkach podkreślono, że osoby hospitalizowane do tej pory nie zgłaszały potrzeby takiego miejsca.

Nie ma wyznaczanego miejsca modlitwy/medytacji dla pacjentów innych wyznań, ponieważ pacjenci nie zgłaszali takiej potrzeby.

(Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego, Grudziądz)

W szpitalu nie ma specjalnie wyznaczonych miejsc do modlitwy/medytacji, pacjenci do tej pory, nie zgłaszali takiej potrzeby. Jednakże, jeżeli pacjent ma potrzebę modlitwy/medytacji oddziały są w stanie zorganizować godne miejsce.

(Szpital Specjalistyczny w Prabutach sp. z o.o.)

W szpitalu nie ma wyznaczonego miejsca do indywidualnej modlitwy/medytacji dla pacjentów innych wyznań niż rzymskokatolickie. Potrzeba wydzielenia takiego miejsca nie była dotychczas zgłaszana przez pacjentów.

(Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SP ZOZ w Lublinie)

Część szpitali (21) deklaruje gotowość udostępnienia czasowego pomieszczeń w celu indywidualnej modlitwy/medytacji dla hospitalizowanych innych wyznań niż rzymskokatolickie. Według deklaracji szpitali miejsca te są lub mogą być udostępniane na prośbę osoby pacjenckiej. Z odpowiedzi szpitali można wywnioskować, że osoby hospitalizowane powinny wychodzić z inicjatywą i zgłaszać potrzebę skorzystania z miejsca do indywidualnej modlitwy, natomiast brak jest wiedzy czy są o takiej możliwości powiadamiane (na zasadach podobnych jak o możliwości korzystania z kaplicy szpitalnej). Brak informacji o takiej możliwości może skutkować niezgłaszaniem istniejących potrzeb przez osoby pacjenckie, pomimo otwartości personelu szpitala do ich realizacji.

W sytuacji, gdy pacjent sygnalizuje chęć skorzystania z miejsca do indywidualnej modlitwy/medytacji, Szpital Chorób Płuc w Siewierzu zapewnia pacjentowi odpowiednie warunki do wykonywania praktyk religijnych.

(Szpital Chorób Płuc w Siewierzu sp. z o.o.)

W Oddziale Ginekologiczno – Położniczym istnieje Pokój do Relaksacji, który może służyć do indywidualnej modlitwy/medytacji.

(Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu)

W razie zaistnienia potrzeby czasowego miejsca modlitewnego dla wyznawców religii innej niż dominująca zobowiązuje się Lekarzy Kierujących i Zarządzających Oddziałami do zorganizowania takiego miejsca dla wyznawców innej religii niż dominująca.

(Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu)

Na życzenie pacjenta wyznania innego niż rzymskokatolickie istnieje możliwość udostępnienia mu pomieszczenia przeznaczonego do indywidualnej modlitwy/medytacji.

(Powiatowe Centrum Medyczne Sp. z o.o. Szpital Powiatowy w Wieruszowie)

Nasz Szpital udostępnia również świetlice terapeutyczne, nie mają one przeznaczenia wyznaniowego, ale można te miejsca wykorzystać do indywidualnej modlitwy czy medytacji.

(SP ZOZ w Rypinie)

W Szpitalu (na oddziałach) znajdują się świetlice/sale szkoleniowe w których można skorzystać w ramach potrzeb indywidualnej modlitwy/medytacji.

(109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie)

77 szpitali (87%), które udzieliły informacji wskazują, że potrzebę posługi duchowej osoby hospitalizowane mogą zgłosić do personelu medycznego, najczęściej do osób z zespołu pielęgniarskiego lub bezpośrednio, kontaktując się z kapłanem szpitalnym lub osobą duchowną swojego wyznania. W czterech przypadkach wskazano również na możliwość zgłoszenia takiej potrzeby bezpośrednio u kapłana szpitalnego, podczas jego wizyt na oddziałach.

Z pozyskanych informacji rysuje się obraz kontaktu z kapłanem szpitalnym wyłącznie na życzenie osoby hospitalizowanej, co stoi w rozbieżności do raportowanych przypadków w dalszej części badań przeprowadzanych w ramach projektu. Osoby badane relacjonowały doświadczanie szeregu niechcianych kontaktów z duchownymi zatrudnionymi w szpitalach, również o charakterze opresyjnym. Wskazuje to na rozdzwitek pomiędzy deklarowanymi sposobami realizacji opieki duchowej, a praktyką.

Pacjent zgłasza chęć kontaktu z księdzem pielęgniarce.

(Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej)

Potrzebę uzyskania posługi duszpasterskiej pacjent może zgłosić personelowi medycznemu, który na życzenie pacjenta kontaktuje się z przedstawicielem danego kościoła celem uzyskania posługi.

*(Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. Błogosławionego Księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku)*

Pacjent lub jego rodzina zgłasza potrzebę kontaktu z kapłanem pielęgniarce, która niezwłocznie informuje o tym kapłana. W przypadku innych wyznań pielęgniarka po zgłoszeniu takiej potrzeby kontaktuje się z danym kościołem lub związkim wyznaniowym.

(SP ZOZ w Leżajsku)

Chęć skorzystania z posługi duszpasterskiej zgłasza pacjent lub jego rodzina. Zgłosić można personelowi szpitala bądź też samemu kapłanowi w określone dni.

(SP ZZOOZ w Zwoleniu)

Pacjent zgłasza potrzebę posługi duszpasterskiej pielęgniарce, a następnie informowany jest duszpasterz.

*(Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji
i Ortopedii sp. z o.o. w Kamiennej Górze)*

We wniosku o dostęp do informacji publicznej zapytano również czy w latach 2016–2022 wpływały do dyrekcji szpitala i/lub pełnomocnika praw pacjenta skargi osób pacjenckich dotyczące realizacji ich wolności sumienia i wyznania oraz skargi dotyczące odmowy świadczenia usług w związku z powoływaniem się przez personel medyczny szpitala na klauzulę sumienia. We wskazanym przedziale czasowym do szpitali, które odpowiedziały w ustawowym terminie na wniosek, nie wpłynęła żadna skarga dotycząca odmowy świadczeń zdrowotnych w związku z powołaniem się na klauzulę sumienia. W czterech przypadkach poinformowano o skargach związanych z realizacją wolności sumienia i wyznania osób pacjenckich. Jedna ze skarg dotyczyła niewłaściwego zachowania kapelana szpitalnego, którą uznano za bezzasadną. Druga – braku kontaktu z osobą sprawującą opiekę duchową z Gminy Żydowskiej. W przypadku pozostałych dwóch, szpitale nie udzieliły informacji czego dotyczyły wniesione skargi.

Uwagę zwraca minimalna liczba skarg kierowanych do placówek, co też potwierdzają omawiane w niniejszym raporcie badania.

Generalnie w szpitalach, które udzieliły informacji, znajdują się kaplice rzymskokatolickie oraz zatrudniani są rzymskokatoliccy kapelani – co koresponduje z aktualnym stanem prawnym. Rzadkim rozwiązaniem stosowanym w tych szpitalach są kaplice ekumeniczne czy miejsca modlitwy i/lub medytacji dla osób innych wyznań niż rzymskokatolickie. Szpitale te rzadko również formalizują współpracę z osobami duchownymi mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych, czy to poprzez porozumienia o współpracę, czy umowy cywilnoprawne.

Większość szpitali przekazało informację, że zawiadamiają osoby hospitalizowane o możliwości posługi duchowej dla osób z mniejszości religijnych.

Szpitale sygnalizowały, że posługa duchowa jest realizowana na życzenie osób hospitalizowanych – co nie koresponduje z opiniami osób hospitalizowanych przedstawionymi w innych częściach niniejszego raportu. Natomiast potwierdzenie znalazła deklaracja, że osoby hospitalizowane bardzo rzadko korzystają z procedury skargowej w szpitalach.

DOROTA MICEK
WSPÓŁPRACA SZYMON BEŻNIC

Doświadczenia i opinie osób pacjenckich. Raport z badań ilościowych

Nota metodologiczna

Cel badania

Badanie ilościowe zostało zrealizowane w ramach projektu „Wolność sumienia i wyznania pacjentów w systemie opieki zdrowotnej” finansowanego przez Islandię, Norwegię i Lichtenstein z Funduszy EOG w ramach programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy, którego celem jest przeciwdziałanie dyskryminacji na tle wyznaniowym i światopoglądowym w systemie publicznej opieki zdrowotnej w Polsce.

Technika badawcza

Badania ilościowe zrealizowano techniką ankiety CAWI (ang. Computer Assisted Web Interview), czyli poprzez wykonywanie wywiadów wspomaganych komputerowo w przestrzeni internetu. Ankieta umieszczona była na stronach serwisu internetowego dedykowanego realizacji badań marketingowych i społecznych on-line, osoby uczestniczące w badaniu wypełniały ją samodzielnie.

Wybór techniki podyktowany był kilkoma czynnikami, m.in. możliwością dotarcia do osób badanych bez względu na odległość miejsca zamieszkania oraz specyfiką tematyki, która dotyczyła spraw uznawanych przez wiele osób za osobiste, będące sferą prywatną. Badania o dużym stopniu intymności, a takimi są pomiary dotyczące kwestii wyznaniowych i zdrowotnych, wymagają narzędzi badawczych, które zapewnią osobom ankietowanym duże poczucie bezpieczeństwa oraz anonimowości.

W kwestionariuszu obok pytań zamkniętych zamieszczono także pytania otwarte, w których osoby badane miały możliwość bardziej szczegółowego wyjaśnienia odpowiedzi udzielonych wcześniej w pytaniach zamkniętych. Dla części osób była to możliwość dokładniejszego opisania doświadczeń związanych z własnym, lub bliskiej osoby, pobytem w publicznym i/lub finansowanym przez NFZ szpitalu albo przychodni w latach 2016–2022. W raporcie przedstawiono analizę zawartości takich odpowiedzi. Zauważono, że część z osób badanych częściej decydowała się na wpisanie uwag i komentarzy w podsumowujących ankietę pytaniach otwartych, niż odpowiadając na konkretne pytania zamknięte dedykowane poszczególnym zagadnieniom.

W cytowaniach zachowano oryginalną pisownię.

Grupa badawcza

Ankietę internetową skierowano do wszystkich osób pełnoletnich, które korzystały w latach 2016–2022 z publicznej ochrony zdrowia (szpitale, przychodnie), w szczególności do osób innych wyznań niż rzymskokatolickie i bezwyznaniowych.

Należy zaznaczyć, że omawiane badania CAWI zaplanowano jako realizowane w celu pozyskania wiedzy o problemach/ trudnych sytuacjach/ przypadkach dyskryminacji doświadczanych przez osoby należące do mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych oraz osoby bezwyznaniowe w trakcie korzystania ze szpitali i przychodni finansowanych przez NFZ w latach 2016–2022. Zastosowano zatem dobór celowy – w badaniu mogły brać udział wyłącznie te osoby, które korzystały z wyżej wymienionych placówek we wskazanym okresie.

Pytania kwestionariusza CAWI dotyczyły w pierwszej części procesu przyjęcia do szpitali, a następnie pobytu w takich placówkach oraz korzystania z publicznych przychodni. Co więcej, osoba badana mogła odpowiadać zarówno o swoich doświadczeniach, jak i doświadczeniach bliskiej sobie osoby bądź zarówno o swoich, jak i bliskiej osoby – założono bowiem, że osoby asystujące swoim bliskim podczas pobytu w szpitalu lub wizycie w przychodni, nierzadko dysponują dużą wiedzą o problemach/ trudnych sytuacjach/ przypadkach dyskryminacji doświadczanych przez osoby należące do mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych oraz przez osoby bezwyznaniowe. Wyniki badań przedstawiono zatem dwutorowo – jako doświadczenia własne osób korzystających z publicznej i/lub finansowanej przez NFZ ochrony zdrowia (szpital, przychodnia) oraz jako doświadczenia bliskich osób, relacjonowane przez związane z nimi osoby badane. W niniejszym raporcie przedstawiono także wyniki dla mało licznych lub pojedynczych przypadków, zakładając, że powiększą zbiór wiedzy

o problemach/ trudnych sytuacjach/ przypadkach dyskryminacji doświadczanych w związku z wyznaniem lub bezwyznaniowością.

Należy podkreślić, że głównym celem badania było zidentyfikowanie przypadków nierównego traktowania osób pacjenckich z mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych oraz osób bezwyznaniowych, a także zewidencjonowanie opresyjnych sytuacji doświadczanych przez te osoby. Badanie nie miało charakteru reprezentacyjnego – zostało wykorzystane do przygotowania narzędzi do kolejnych etapów realizacji projektu, a ostatecznie do stworzenia aplikacji dla personelu medycznego oraz rekomendacji mogących poprawić obecny stan prawny oraz uwrażliwić personel na trudności i problemy jakich doświadczają osoby pacjenckie innych wyznań i bezwyznaniowe podczas korzystania z polskiego systemu ochrony zdrowia.

Termin realizacji i rekrutacja osób do badania

Badania realizowano w 2022 roku. Rekrutacja osób do udziału w badaniach została przeprowadzona wielotorowo, a w jej trakcie podejmowano szereg działań. Zachęty i informacje zamieszczano na profilach społecznościowych i stronie internetowej Fundacji Polistrefa. Zaproszenia do udziału w badaniu wysłano również drogą elektroniczną bezpośrednio do: Kościołów i związków wyznaniowych, stron w mediach społecznościowych funkcjonujących w Polsce Kościołów i związków wyznaniowych, grup skupiających osoby należące do Kościołów mniejszościowych, grup skupiających osoby bezwyznaniowe oraz nieidentyfikujące się z żadną religią. Zachęty emitowano także w ramach płatnej reklamy na portalu Facebook. Telefonowano także do szeregu związków wyznaniowych i proszono osoby duchowne o przekazywanie wiernym danego związku wyznaniowego informacji o anonimowym badaniu. Dodatkowo zamieszczano również posty zachęcające do wypełnienia ankiety na prywatnych kontach w mediach społecznościowych osób zaangażowanych w niniejszy projekt badawczy.

Liczba zrealizowanych ankiet

Szeroki zakres tematyczny oraz konstrukcja kwestionariusza ankiety spowodowała, że pomimo zastosowania reguł omijania pytań przez badane osoby niedoświadczające trudnych sytuacji w danym obszarze, czas wypełniania ankiety mógł być długi, co zwiększało ryzyko rezygnacji w trakcie jej wypełniania (zanotowano czasy wypełniania trwające od kilku minut do ponad 2 godzin).

Z uwagi na fakt, że głównym celem badania nie było szacowanie częstotliwości występowania poszczególnych problemów w obrębie populacji generalnej, a jedynie zebranie wiedzy o tym w jakich obszarach dochodzi do nadużyć/ trudności, i w jaki sposób osoby badane reagowały na te sytuacje, zdecydowano się włączyć do analizowanych wywiadów także wywiady przerwane w trakcie realizacji (usunięto jedynie wywiady, które zostały zakończone na wstępnym etapie pytań metryczkowych i filtrujących). Za tym rozwiązaniem przemawia fakt, że pomimo tego, iż osoby badane z jakiś względów nie zdecydowały się na wypełnienie całej ankiety, to wśród przerwanych ankiet znajdują się wywiady, w których pojawiły się cenne (z punktu widzenia celów projektu) odpowiedzi na pytania otwarte. Zdecydowano się zatem wypowiedzi te włączyć do analizy.

Na podjęcie tej decyzji miała też wpływ konstrukcja kwestionariusza, w którym po części wstępnej i filtrującej/ kwalifikującej do badania (metryczka, pytanie o korzystanie z publicznej ochrony zdrowia, doświadczenia z przyjęciem do szpitala) w części zasadniczej zastosowana była rotacja 15 kluczowych bloków pytań omawiających różne obszary, w których mogło dojść do nadużyć. Tym samym, te bloki pytań wyświetlały się osobom ankietowanym w kolejności losowej, zatem moment przerwania wywiadu nie miał wpływu na częstotliwość pojawiania się w wynikowej bazie danych na temat konkretnego zjawiska.

Podsumowując, w badaniu udział wzięły 573 osoby. Mogły one wypełnić ankietę dotyczącą tylko doświadczeń osobistych związanych z publiczną ochroną zdrowia (szpitale, przychodnie) oraz ankietę dotyczącą doświadczeń swojej bliskiej osoby. Łącznie zebrano 738 ankiet: 565 ankiet dotyczących doświadczeń osobistych badanych osób i 173 ankiety dotyczące doświadczeń ich bliskich.

TABELA 1. Informacje o liczbie osób uczestniczących w badaniu i liczbie zebranych ankiet

	N
Liczba osób, które wzięły udział w badaniu	573
Liczba zebranych ankiet ogółem, w tym:	738
- Liczba ankiet dotyczących doświadczeń osobistych badanych	565
- Liczba ankiet dotyczących doświadczeń bliskich osób	173

Sposób prezentacji wyników badań

Z uwagi na sposób zbierania materiału i specyfikę zadawania pytań, wyniki badania przedstawiono w większości z uwzględnieniem podziału na doświadczenia osobiste osób badanych oraz doświadczenia ich bliskich.

Charakterystyka grupy badanych – doświadczenia własne osób badanych

Dane demograficzne – doświadczenia własne osób badanych

Ogółem osobistymi doświadczeniami podzieliło się w ankiecie 565 osób, które w latach 2016–2022 korzystały indywidualnie z publicznej ochrony zdrowia w Polsce. Wśród nich 67% osób korzystało w tym czasie ze szpitali, a 93% z przychodni lub/i poradni.

TABELA 2. Korzystanie z placówek publicznej i/lub finansowanej przez NFZ ochrony zdrowia (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=565) – doświadczenia własne osób badanych

	Liczba wskazań	% obserwacji
Szpitala (placówki publiczne)	380	67%
Przychodnie, poradnie (placówki publiczne)	524	93%

W badaniu udział wzięło 398 kobiet i 161 mężczyzn. 6 osób nie zdecydowało się wskazać swojej płci.

TABELA 3. Płeć – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Kobieta	398	70%
Mężczyzna	161	29%
Nie chcę podawać płci	6	1%
Ogółem	565	100%

Ankiety wypełniły osoby, które ukończyły 18 rok życia i nie przekroczyły 79 lat.

TABELA 4. Wiek – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
18-29 lat	107	18,9%
30-39 lat	194	34,3%
40-49 lat	146	25,8%
50-79 lat	117	20,7%
Nie chcę podawać	1	0,2%
Ogółem	565	100%

Jeżeli chodzi o poziom wykształcenia, największą grupę spośród badanych stanowiły osoby z wykształceniem co najmniej średnim.

TABELA 5. Wykształcenie – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Podstawowe	1	0,2%
Gimnazjalne	4	0,7%
Zasadnicze zawodowe/ zasadnicze branżowe	13	2,3%
Średnie/ średnie branżowe	90	15,9%
Wyższe	447	79,1%
Nie chcę podawać	10	1,8%
Ogółem	565	100%

Badane osoby poproszone zostały o wskazanie wielkości swojej miejscowości zamieszkania. Wielkość rozumiana była jako liczba mieszkańców. Najwięcej osób uczestniczących w badaniu pochodziło z miejscowości powyżej 500 tys. mieszkańców.

TABELA 6. Miejscowość zamieszkania – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Wieś	76	13%
Miasto do 20 tys. mieszkańców	35	6%
Miasto od 20 tys. do 50 tys. mieszkańców	44	8%
Miasto od 50 do 100 tys. mieszkańców	55	10%
Miasto od 100 do 500 tys. mieszkańców	86	15%
Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	257	45%
Mieszkam aktualnie za granicą	6	1%
Nie chcę podawać	6	1%
Ogółem	565	100%

Przyglądając się miejscom zamieszkania badanych osób, zauważamy, że najliczniejszą grupę stanowiły osoby mieszkające na terenie województw: małopolskiego, mazowieckiego oraz śląskiego.

TABELA 7. Województwo – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
dolnośląskie	36	6%
kujawsko-pomorskie	9	2%
Lubelskie	24	4%
Lubuskie	4	1%
łódzkie	17	3%
Małopolskie	162	29%
Mazowieckie	100	18%
Opolskie	3	1%

TABELA 7. Ciąg dalszy

	N	%
Podkarpackie	16	3%
Podlaskie	15	3%
Pomorskie	35	6%
Śląskie	62	11%
Świętokrzyskie	5	1%
warmińsko-mazurskie	14	2%
Wielkopolskie	37	7%
Zachodniopomorskie	14	2%
Nie chcę podawać	12	2%
Ogółem	565	100%

Osoby badane zapytano o ich zawodowe powiązania z ochroną zdrowia. Wśród badanych, co 10. osoba zadeklarowała pracę w publicznej ochronie zdrowia. Zdecydowana większość jednak nie posiadała takich powiązań.

TABELA 8. Praca w służbie zdrowia – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak, wykonuję zawód medyczny	35	6%
Tak, wykonuję zawód inny niż medyczny	28	5%
Nie, nie pracuję w publicznej ochronie zdrowia	493	87%
Nie chcę podawać	9	2%
Ogółem	565	100%

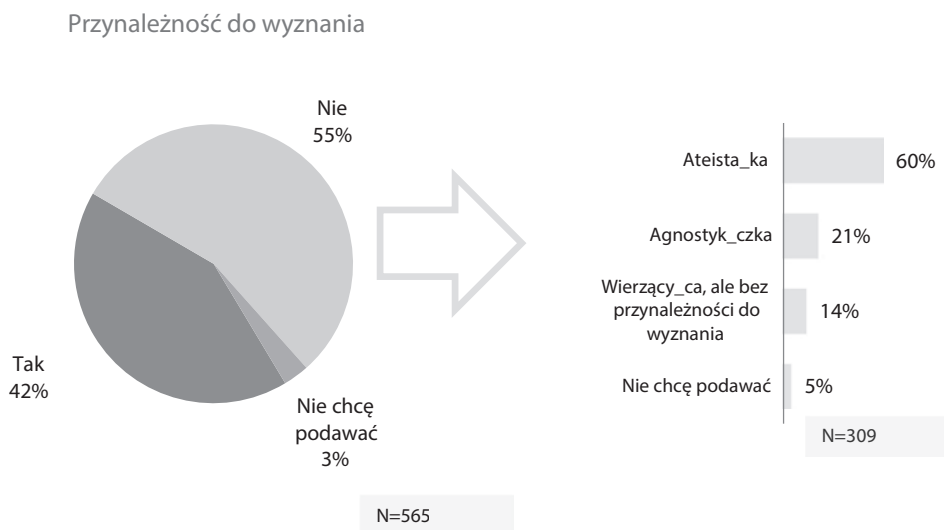
Zdecydowana większość osób badanych (niemal 98%) zadeklarowała obywatelstwo polskie. Natomiast 2% badanych (11 osób) posiada obywatelstwo innego kraju.

TABELA 9. Obywatelstwo – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak, jestem obywatelem_ką Polski	553	97,9%
Nie jestem obywatelem_ką Polski, jestem obywatelem_ką innego kraju Unii Europejskiej	3	0,5%
Nie jestem obywatelem_ką Polski ani innego kraju Unii Europejskiej	8	1,4%
Nie chcę podawać	1	0,2%
Ogółem	565	100%

Przynależność wyznaniowa – doświadczenia osobiste badanych

55% osób uczestniczących w badaniu wskazało, że nie należą do żadnego Kościoła, wyznania, grupy lub wspólnoty religijnej. Spośród nich, swą bezwyznaniowość jako ateistyczną określiło 60% osób, 21% zadeklarowało agnostycyzm, a 14% wybrało opcję osoba wierząca, ale bez przynależności do konkretnego wyznania.



WYKRES 1. Czy uważasz się za osobę należącą do jakiegoś Kościoła, wyznania, grupy religijnej czy wspólnoty religijnej? Jak określiłabyś swoją bezwyznaniowość? – doświadczenia własne osób badanych

Wśród 42% badanych osób, które poczuwają się do przynależności do jakiegoś Kościoła, wyznania, grupy lub wspólnoty religijnej najczęściej było przedstawiciele Kościoła rzymskokatolickiego (40%), Ligi Muzułmańskiej (ok. 8%), Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego (ok. 7%), Kościoła Starokatolickiego Mariawitów (ok. 5%), Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego (ok. 4%), Kościoła Chrześcijan Baptystów i Kościoła zielonoświątkowego (po ok. 3%).

W poniższej tabeli przedstawiono szczegółową listę wyznań, które reprezentowały osoby badane. Z uwagi na to, iż pytanie miało charakter półotwarty, czyli zawierało listę Kościołów i związków wyznaniowych, ale dawało też możliwość samodzielnego dopisania wyznania, którego nie było na liście, nie wszystkie nazwy okazały się precyzyjne, co wynika z zapisu dokonanego przez osoby wypełniające ankietę.

TABELA 10. Przynależność do Kościoła lub związku wyznaniowego – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Kościół rzymskokatolicki	96	40,0%
Liga Muzułmańska	21	8,8%
Kościół Ewangelicko-Augsburski	17	7,1%
Kościół Starokatolicki Mariawitów	13	5,4%
Kościół Adwentystów Dnia Siódmego	9	3,8%
Kościół Chrześcijan Baptystów	8	3,3%
Kościół zielonoświątkowy	7	2,9%
Kościół Chrystusowy	6	2,5%
Wiara Baha'i	6	2,5%
Polski Autokefaliczny Kościół Prawosławny	5	2,1%
Gmina Wyznaniowa Żydowska	4	1,7%
Judaizm	4	1,7%
Kościół Boży	3	1,3%
Szkoła Zen Kwan Um (Buddyzm)	3	1,3%
Kościół polskokatolicki	2	0,8%

TABELA 10. Ciąg dalszy

	N	%
Buddyzm	2	0,8%
Islam	2	0,8%
Kościół Ewangelicznych Chrześcijan	2	0,8%
Kościół Wolnych Chrześcijan	2	0,8%
Muzułmański Związek Religijny	2	0,8%
Rodzimy Kościół Polski	2	0,8%
Świadkowie Jehowy	1	0,4%
Kościół greckokatolicki	1	0,4%
Buddyjski Związek Diamentowej Drogi Linii Karma Kagyu	1	0,4%
Islamskie Zgromadzenie Ahl-ul-Bayt	1	0,4%
Kościół Boży w Chrystusie	1	0,4%
Buddyjski Związek Karma Kagju	1	0,4%
Chrześcijaństwo	1	0,4%
Karaïmski Związek Religijny	1	0,4%
Kościół Jezusa Chrystusa Świętych w Dniach Ostatnich	1	0,4%
Prawosławie	1	0,4%
Staroprawosławna Cerkiew Staroobrzędowców	1	0,4%
Światowy Uniwersytet Brahma Kumaris	1	0,4%
Wicca aleksandryjska	1	0,4%
Zaratusztrianizm	1	0,4%
Zjednoczony Ekumeniczny Kościół Katolicki	1	0,4%
Związek Ajapa Yoga	1	0,4%
Nie chcę podawać	8	3,3%
Ogółem	240	100%

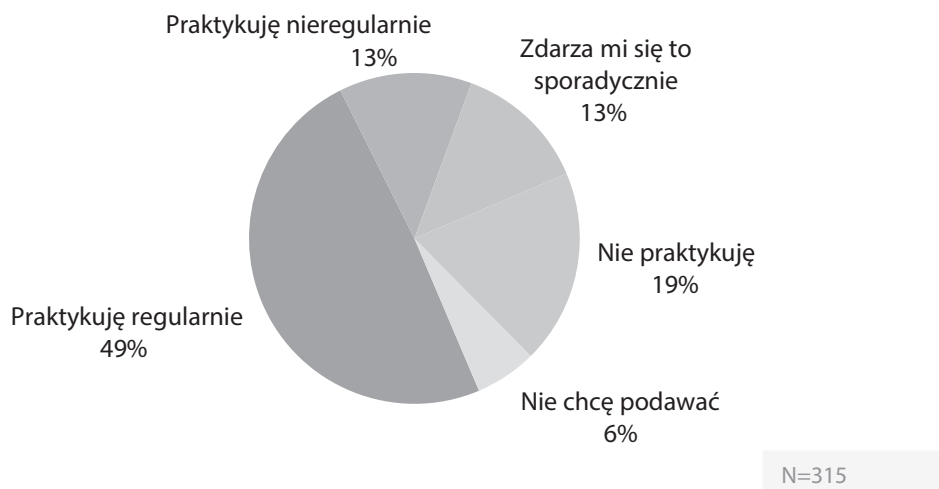
Ze względu na małe liczebności poszczególnych wyznań uczestniczących w badaniu zostały one połączone w zagregowane kategorie, co przedstawia poniższa tabela.

TABELA 11. Przynależność do Kościoła lub związku wyznaniowego (dane rekodowane) – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Chrześcijaństwo: Kościół rzymskokatolicki	97	40%
Chrześcijaństwo: inne wyznania	81	34%
Wyznania niechrześcijańskie	54	23%
Nie chcę podawać	8	3%
Ogółem	240	100%

Praktyki religijne – doświadczenia własne osób badanych

Osoby badane poproszono o określenie częstotliwości wypełniania swoich praktyk religijnych (np. udział w nabożeństwach, spotkaniach religijnych, modlitwa, medytacja itp.). Co druga badana osoba praktykuje regularnie (49%). 26% wypełnia praktyki religijne nieregularnie lub sporadycznie, a co piąta osoba (19%) w ogóle nie praktykuje. Na pytanie o praktyki religijne nie odpowiadały osoby, które zadeklarowały ateizm lub agnostycyzm.



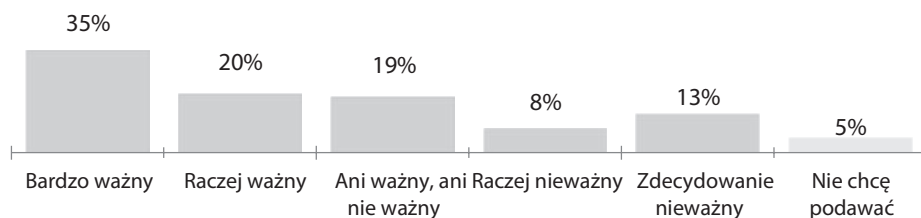
WYKRES 2. Jak określiłabyś swoją częstotliwość wypełniania praktyk religijnych (np. udział w nabożeństwach, spotkaniach religijnych, modlitwa, medytacja itp.)? – doświadczenia własne osób badanych

71% spośród osób biorących udział w badaniu przyznało, że niezależnie od tego, czy biorą udział w praktykach religijnych, to uważają się za osoby wierzące (w tej grupie 43% uważa się za głęboko wierzące, a 28% za raczej wierzące). Na to pytanie nie udzielały odpowiedzi osoby, które zadeklarowały ateizm lub agnostycyzm.



WYKRES 3. Niezależnie od tego, czy bierzesz udział w praktykach religijnych, za jaką osobę się uważasz? – doświadczenia własne osób badanych

Spółród wszystkich biorących udział w badaniu, co druga osoba (55%) uważa, że duchowy wymiar życia jest dla niej ważny: dla 35% jest on bardzo ważny, a dla 20% raczej ważny. Przeciwnego zdania jest co piąta (21%) spośród badanych osób (8% raczej nieważny, 13% zdecydowanie nieważny).



WYKRES 4. Niezależnie od tego, czy uważasz się za osobę religijną czy też nie, zaznacz czy ważny jest dla ciebie duchowy wymiar życia? – doświadczenia własne osób badanych

Charakterystyka grupy badanych – doświadczenia bliskich osób

Dane demograficzne – doświadczenia bliskich osób

Ogółem doświadczeniami swoich bliskich osób, które w latach 2016–2022 korzystały z publicznej i/lub finansowanej przez NFZ ochrony zdrowia w Polsce podzieliło się w ankiecie 173 osoby. Z ich relacji wynika, że wśród ich bliskich 79% korzystało w tym czasie ze szpitali, a 77% z przychodni lub/i poradni.

TABELA 12. Korzystanie z placówek publicznej i/lub finansowanej przez NFZ ochrony zdrowia (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=173) – doświadczenia bliskich osób

	Liczba wskazań	% obserwacji
Szpital (placówki publiczne)	165	79%
Przychodnie, poradnie (placówki publiczne)	160	77%

W badaniu osoby ankietowane, dzieląc się doświadczeniami na temat swoich bliskich, opowiedziały o 103 kobietach i 60 mężczyznach. W 10 przypadkach nie zdecydowano się ujawnić płci bliskiej osoby.

TABELA 13. Płeć – doświadczenia bliskich osób

	N	%
Kobieta	103	60%
Mężczyzna	60	35%
Nie chcę podawać płci	10	6%
Ogółem	173	100%

W ankiecie opowiadano o doświadczeniach związanych zarówno z dziećmi, jak i dorosłymi. Relacjonowane doświadczenia związane z najmłodszymi bliskimi osobami dotyczyły dzieci w wieku do 7 lat, a związane z najstarszymi dotyczyły osób w wieku ponad 79 lat.

TABELA 14. Wiek – doświadczenia bliskich osób

	N	%
Do 7 lat	8	5%
8-14 lat	5	3%
14-18 lat	6	3%
18-29 lat	14	8%
30-39 lat	18	10%
40-49 lat	18	10%
50-59 lat	23	13%
60-69 lat	26	15%
70-79 lat	28	16%
Powyżej 79 lat	23	13%
Nie chcę podawać	4	3%
Ogółem	173	100%

Osoby biorące udział w badaniu najczęściej relacjonowały w ankiecie doświadczenia swoich matek i ojców oraz żon, mężów, osób partnerskich.

TABELA 15. Kim jest dla Ciebie bliska osoba, która korzystała z placówek publicznej ochrony zdrowia i/lub finansowanych przez NFZ w ciągu ostatnich 6 lat? – doświadczenia bliskich osób

	N	%
Żona, mąż, partnerka, partner	58	28%
Dziecko	28	13%
Matka, ojciec	81	39%
Siostra, brat	6	3%
Babcia, dziadek	16	8%
Inny członek rodziny	6	3%
Osoba niespokrewniona	5	2%
Nie chcę podawać	10	5%
Ogółem	210	100%

Jeżeli chodzi o poziom wykształcenia, największą grupę stanowiły relacje dotyczące osób z wykształceniem co najmniej średnim.

TABELA 16. Wykształcenie – doświadczenia bliskich osób

	N	%
Podstawowe	15	9%
Gimnazjalne	3	2%
Zasadnicze zawodowe/ zasadnicze branżowe	19	11%
Średnie/ średnie branżowe	43	25%
Wyższe	77	44%
Nie chcę podawać/ Nie wiem	16	9%
Ogółem	173	100%

Osoby wypełniające ankietę poproszone zostały o wskazanie wielkości miejscowości zamieszkania bliskich osób. Wielkość rozumiana była jako liczba mieszkańców na danym terenie.

TABELA 17. Miejscowość zamieszkania – doświadczenia bliskich osób

	N	%
Wieś	34	20%
Miasto do 20 tys. Mieszkańców	13	8%
Miasto od 20 tys. do 50 tys. Mieszkańców	19	11%
Miasto od 50 do 100 tys. Mieszkańców	20	12%
Miast od 100 do 500 tys. Mieszkańców	26	15%
Miasto powyżej 500 tys. Mieszkańców	54	31%
Nie chcę podawać	7	4%
Ogółem	173	100%

Przyglądając się miejscom zamieszkania badanych osób oraz miejscom zamieszkania bliskich, o których doświadczeniach opowiedzieli, zauważamy, że w obu przypadkach najliczniejszą grupę stanowiły osoby mieszkające w województwach: małopolskim, mazowieckim oraz śląskim.

TABELA 18. Województwo – doświadczenia bliskich osób

	N	%
Dolnośląskie	9	5%
kujawsko-pomorskie	2	1%
Lubelskie	8	5%
Lubuskie	2	1%
łódzkie	8	5%
Małopolskie	49	28%
Mazowieckie	20	12%
Opolskie	2	1%
Podkarpackie	9	5%
Podlaskie	4	2%
Pomorskie	6	3%
Śląskie	19	11%
Świętokrzyskie	5	3%
warmińsko-mazurskie	7	4%
Wielkopolskie	7	4%
Zachodniopomorskie	3	2%
Nie chcę podawać	13	8%
Ogółem	173	100%

Wśród bliskich osób badanych 4% stanowiły osoby pracujące w publicznej ochronie zdrowia. Zdecydowana większość jednak nie posiada takich powiązań.

TABELA 19. Praca w służbie zdrowia – doświadczenia bliskich osób

	N	%
Tak, wykonuje zawód medyczny	5	3%
Tak, wykonuje zawód inny niż medyczny	2	1%
Nie, nie pracuje w publicznej Ochronie Zdrowia	154	89%
Nie chcę podawać	12	7%
Ogółem	173	100%

Większość osób badanych (95%) zadeklarowała, że ich bliscy, o których opowiadali w ankiecie, posiadają obywatelstwo polskie.

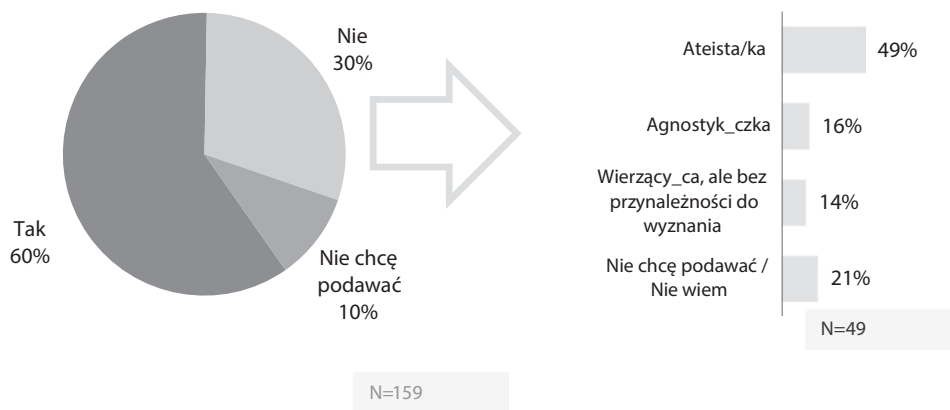
TABELA 20. Obywatelstwo – doświadczenia bliskich osób

	N	%
Tak, jest obywatelem_ką Polski	164	95%
Nie jest obywatelem_ką Polski, jest obywatelem_ką innego kraju Unii Europejskiej	1	1%
Nie jest obywatelem_ką Polski ani innego kraju Unii Europejskiej	3	2%
Nie chcę podawać	5	3%
Ogółem	173	100%

Przynależność wyznaniowa – doświadczenia bliskich osób

Według relacji osób uczestniczących w badaniu, 30% ich bliskich, o których opowiedzieli w ankiecie, nie należy do żadnego Kościoła, wyznania, grupy lub wspólnoty religijnej. Spośród nich, bezwyznaniowość jako ateistyczną przypisano 49% bliskich osób, 16% wskazało, że ich bliscy deklarują agnostycyzm, a 14% uznało swoich bliskich za osoby wierzące, ale bez przynależności do jakiegokolwiek wyznania.

Przynależność do wyznania



WYKRES 5. Czy bliska Ci osoba uważa się za osobę należącą do jakiegoś Kościoła, wyznania, grupy religijnej czy wspólnoty religijnej? – doświadczenia bliskich osób

Wśród 60% bliskich osób uznanych za przynależące do jakiegoś Kościoła, wyznania, grupy lub wspólnoty religijnej, najczęściej było przedstawiciele Kościoła rzymskokatolickiego (69%), Kościoła Starokatolickiego Mariawitów (ok. 5%) i Kościoła zielonoświątkowego (4%). W poniższej tabeli przedstawiono szczegółową listę wyznań, które reprezentowały bliskie osoby.

TABELA 21. Przynależność do Kościoła lub związku wyznaniowego bliskiej osoby – doświadczenia bliskich osób

	N	%
Kościół rzymskokatolicki	66	69%
Polski Autokefaliczny Kościół Prawosławny	2	2%
Świadkowie Jehowy	1	1%
Kościół Ewangelicko-Augsburski	2	2%
Liga Muzułmańska	1	1%
Kościół zielonoświątkowy	4	4%
Kościół Starokatolicki Mariawitów	5	5%
Kościół Adwentystów Dnia Siódmego	2	2%

TABELA 21. Ciąg dalszy

	N	%
Kościół Chrystusowy w RP	1	1%
Kościół Chrześcijań Baptistów	2	2%
Inny	8	8%
Nie chcę podawać / Nie wiem	2	2%
Ogółem	96	100%

Ze względu na małe liczebności, wyznania bliskich osób przedstawione w tabeli powyżej zostały połączone w zagregowane kategorie, co przedstawia poniższa tabela.

TABELA 22. Przynależność do Kościoła lub związku wyznaniowego (dane rekodowane) – doświadczenia bliskich osób

	N	%
Chrześcijaństwo: Kościół rzymskokatolicki	66	71%
Chrześcijaństwo: inne wyznania	22	24%
Wyznania niechrześcijańskie	5	5%
Ogółem	93	100%

Procedura przyjęcia do szpitala: typ diety

Procedura przyjęcia do szpitala: typ diety – doświadczenia własne osób badanych

Spośród ogółu osób biorących udział w badaniu 67% przyznało, że w ostatnich 6 latach osobiście korzystało z publicznych szpitali.

Podczas procedury przyjmowania do szpitala i wypełniania związanych z tym dokumentów, co piąta osoba badana (18%) pamiętała, że została zapytana o stosowany typ diety, co 10. nie pamiętała tego faktu, a ponad połowa przyznała, że nie została o to zapytana (61%).

TABELA 23. Czy podczas wypełniania dokumentów przyjęcia do szpitala pojawiły się pytania o stosowany typ diety (np. wegetariańska, wegańska, koszerna, halal lub inny)? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak	70	18%
Nie	232	61%
Nie pamiętam	37	10%
Nie wypełniano dokumentów przyjęcia do szpitala	20	5%
Nie chcę podawać	21	6%
Ogółem	380	100%

Procedura przyjęcia do szpitala: typ diety – doświadczenia bliskich osób

Osoby badane dzielące się doświadczeniami swoich bliskich zadeklarowały, że spośród tych bliskich 79% w ostatnich 6 latach korzystało z publicznych szpitali.

Podczas procedury przyjmowania do szpitala i wypełniania związanych z tym dokumentów, co ok 10. osoba spośród bliskich osób ankietowanych (12%) została zapytana o stosowany typ diety, natomiast większość nie została o to poproszona (60%).

TABELA 24. Czy podczas wypełniania dokumentów przyjęcia do szpitala bliskiej Ci osoby pojawiły się pytania o stosowany typ diety (np. wegetariańska, wegańska, koszerna, halal lub inny)? – doświadczenia bliskich osób

	N	%
Tak	14	12%
Nie	72	60%
Nie pamiętam	21	17%
Nie wypełniano dokumentów przyjęcia do szpitala	1	1%
Nie chcę podawać/ Nie wiem	13	11%
Ogółem	121	100%



Podczas procedur przyjmowania do szpitala ok. 60% osób nie zostało zapytanych o ewentualnie stosowany typ diety.

Procedura przyjęcia do szpitala: chęć skorzystania z posługi duchowej

Procedura przyjęcia do szpitala: chęć skorzystania z posługi duchowej – doświadczenia własne badanych

Podczas procedury przyjmowania do szpitala, pytanie o chęć skorzystania z posługi duchowej usłyszało 8% osób biorących udział w badaniu. Zadanie tego pytania nie było związane z przynależnością do żadnego konkretnego wyznania. Usłyszeli je zarówno niewierzący, jak i osoby identyfikujące się np. jako katolicy, baptyści czy muzułmanie.

TABELA 25. Czy podczas wypełniania dokumentów przyjęcia do szpitala pojawiły się pytania o chęć skorzystania z posługi duszpasterskiej⁹? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak	29	8%
Nie	270	71%
Nie pamiętam	40	11%
Nie wypełniano dokumentów przyjęcia do szpitala	20	5%
Nie chcę podawać	21	6%
Ogółem	380	100%

Spośród tych osób, które zapytano o chęć skorzystania z posługi duchowej, możliwość wskazania jakiego wyznania ma to być posługa miało 17% (5 osób).

⁹ W ankiecie CAWI wykorzystywana była kategoria „posługa duszpasterska” natomiast w raporcie konsekwentnie posługujemy się bardziej neutralnym i inkluzywnym pojęciem „posługa duchowa”.

TABELA 26. Czy była możliwość podania jakiego wyznania ma to być posługa duszpasterska? – doświadczenia własne badanych

	N	%
Tak	5	17%
Nie	18	62%
Nie pamiętam	6	21%
Ogółem	29	100%

Procedura przyjęcia do szpitala: chęć skorzystania z posługi duchowej – doświadczenia bliskich osób

Zdaniem osób uczestniczących w badaniu, podczas procedury przyjmowania do szpitala, pytanie o chęć skorzystania z posługi duchowej usłyszało 10% ich osób bliskich.

TABELA 27. Czy podczas wypełniania dokumentów przyjęcia do szpitala bliskiej Ci osoby pojawiły się pytania o chęć skorzystania z posługi duszpasterskiej? – doświadczenia bliskich osób

	N	%
Tak	12	10%
Nie	67	55%
Nie pamiętam	23	19%
Nie chcę podawać/ Nie wiem	18	15%
Nie wypełniano dokumentów przyjęcia do szpitala	1	1%
Ogółem	121	100%

Spośród bliskich osób, które zapytano o chęć skorzystania z posługi duchowej możliwość wskazania jakiego wyznania ma to być posługa miały 2 osoby.

TABELA 28. Czy była możliwość podania jakiego wyznania ma to być posługa duszpasterska? – doświadczenia bliskich osób

	N	%
Tak	2	17%
Nie	8	67%
Nie pamiętam	2	17%
Ogółem	12	100%

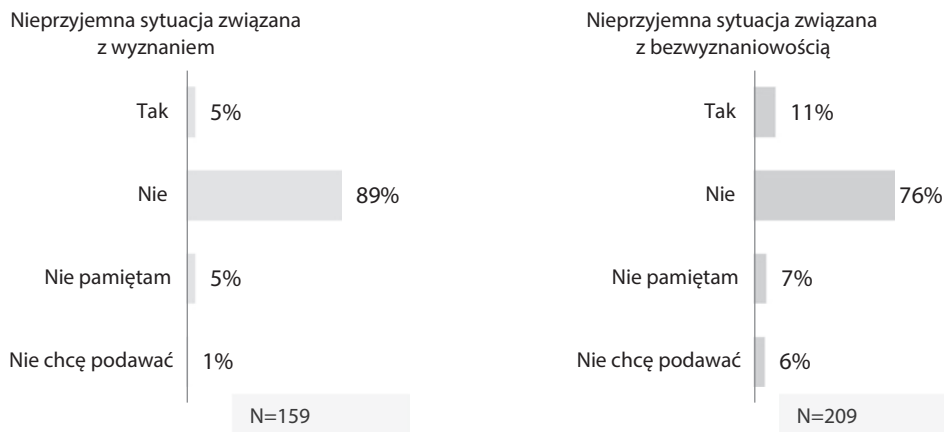


Podczas procedury przyjmowania do szpitala co ok. dziesiąta osoba została zapytana o chęć skorzystania z posługi duchowej, ale z tej grupy tylko kilka osób zapytano, jakiego wyznania ma to być posługa.

Procedura przyjęcia do szpitala: przykre/nieprzyjemne sytuacje związane z wyznaniem lub bezwyznaniowością

Procedura przyjęcia do szpitala: przykre/nieprzyjemne sytuacje związane z wyznaniem lub bezwyznaniowością – doświadczenia własne osób badanych

Osoby biorące udział w badaniu zapytano, czy w trakcie przyjęcia do szpitala pojawiła się jakaś przykra/nieprzyjemna dla nich sytuacja związana z wyznaniem lub bezwyznaniowością. Wśród osób deklarujących przynależność do jakiegoś Kościoła, wyznania, grupy religijnej czy wspólnoty religijnej takie przypadki zgłosiło 5% (8 osób spośród 159). Wśród badanych deklarujących brak przynależności do wyznania lub grupy religijnej narzekało na to 11% (24 osoby spośród 209). Łącznie taką sytuację zgłosiły 32 osoby, czyli ok. 8% spośród badanych osób korzystających ze szpitali publicznych.



WYKRES 6. Czy w trakcie przyjęcia do szpitala pojawiła się jakaś przykra/nieprzyjemna dla Ciebie sytuacja związana z wyznaniem lub bezwyznaniowością? – doświadczenia własne badanych

W poniższej tabeli wskazano wyznania, które reprezentowały osoby zgłaszające nieprzyjemne sytuacje związane z wyznaniem lub bezwyznaniowością.

TABELA 29. Zgłaszający nieprzyjemne sytuacje podczas przyjęcia do szpitala związane z wyznaniem lub bezwyznaniowością – doświadczenia własne badanych

	N	%
Islam	3	9%
Chrześcijaństwo: inne wyznania	2	6%
Chrześcijaństwo: Kościół rzymskokatolicki	1	3%
Judaizm	1	3%
Nie chcę podawać wyznania	1	3%
Osoby bezwyznaniowe	24	75%
Ogółem	32	100%

Badane osoby zgłaszające przykre/nieprzyjemne dla nich sytuacje związane z wyznaniem lub bezwyznaniowością, które pojawiły się w trakcie przyjmowania ich do szpitala, najczęściej doświadczały ich ze strony rzymskokatolickich kapelanów szpitalnych – zadeklarowało tak 59% doświadczających takich sytuacji.

W dalszej kolejności wskazano na inne osoby pacjenckie (25%), personel pielęgniarski (19%) oraz personel lekarski (16%).

TABELA 30. Z czyjej strony doświadczyłeś/aś przykrej/nieprzyjemnej sytuacji? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=32) – doświadczenia własne osób badanych

	Liczba wskazań	% obserwacji
Kapelan szpitalny (rzymskokatolicki)	19	59%
Inni_e pacjenci_tki	8	25%
Pielęgniarz_rka, położna_y	6	19%
Lekarz_rka	5	16%
Inny personel medyczny: rehabilitant_ka, psycholog_żka, farmaceuta_tka, laborant_tka, dietetyk_czka	4	13%
Salowy_a	3	9%
Osoby odwiedzające	3	9%
Rejestrator_ka	2	6%
Oddziałowy_a, przełożony_a pielęgniarek	2	6%
Dyrektor_ka placówki	1	3%
Ordynator_ka oddziału	1	3%
Nie pamiętam	2	6%

66% (21 osób) spośród wskazujących na przykre/nieprzyjemne dla nich sytuacje podczas przyjmowania ich do szpitala, najczęściej nie interweniowało w tej sprawie. Interwencje podejmowało 25% osób badanych (8 osób).

TABELA 31. Czy Ty i/lub ktoś z Twoich bliskich próbował szukać pomocy/ interweniować w tej sprawie? – doświadczenia własne badanych

	N	%
Tak, szukałem_am pomocy, interweniowałem_am samodzielnie	8	25%
Nie, nie było interwencji	21	66%
Nie chcę podawać	3	9%
Ogółem	32	100%

8 osób interweniujących w związku z doświadczaniem nieprzyjemnych sytuacji zgłaszały ten problem różnym osobom (w tym także winnym zaistniałej sytuacji).

TABELA 32. Z kim Ty i/lub ktoś z Twoich bliskich rozmawiał, u kogo szukał pomocy, gdzie interweniował w sprawie tej nieprzyjemnej sytuacji? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=8) – doświadczenia własne osób badanych

	Liczba wskazań	% obserwacji
Kapelan szpitalny (rzymskokatolicki)	4	22%
Lekarz_rka	2	11%
Inni_e pacjenci_tki	2	11%
Inny personel medyczny: rehabilitant_ka, psycholog_żka, farmaceuta_tka, laborant_tka, dietetyk_czka	2	11%
Pielęgniarka_rka, położny_a	1	6%
Salowy_a	1	6%
Dyrektor_ka placówki	1	6%
Ordynator_ka oddziału	1	6%
Oddziałowy_a, przełożony_a pielęgniarek_rzy	1	6%
Inni_e pacjenci_tki	1	6%
Osoby odwiedzające	1	6%
Nie chcę podawać	1	6%

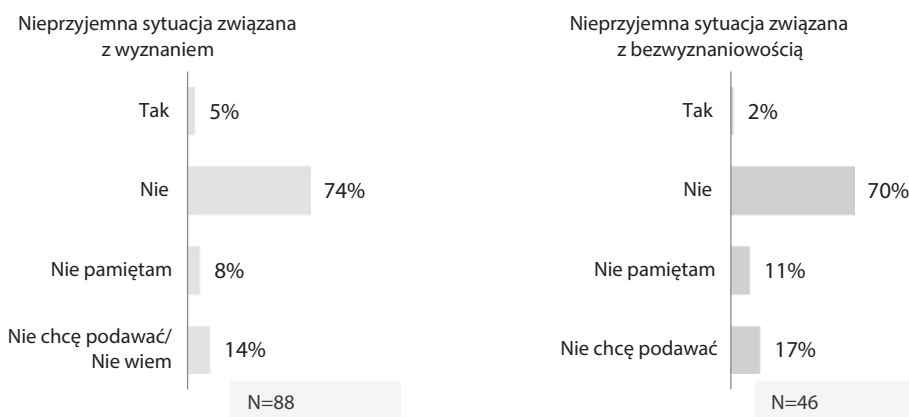
Podjęmowane interwencje każdorazowo miały charakter ustnej rozmowy i nie zawsze przynosiły oczekiwany przez osoby pacjenckie skutek.

TABELA 33. Czy interwencja przyniosła rozwiązanie problemu? – doświadczenia własne badanych

	Liczba wskazań	% obserwacji
Tak	2	25%
Nie	3	38%
Trudno powiedzieć	2	25%
Nie chcę podawać	1	13%
Ogółem	8	100%

Procedura przyjęcia do szpitala: przykre/nieprzyjemne sytuacje związane z wyznaniem lub bezwyznaniowością – doświadczenia bliskich osób

Osoby wypełniające ankietę zapytano, czy w trakcie przyjęcia do szpitala przytrafiła się ich bliskim jakaś przykra/nieprzyjemna sytuacja związana z wyznaniem lub bezwyznaniowością. Wśród osób deklarujących przynależność ich bliskich do jakiegoś Kościoła, wyznania, grupy religijnej czy wspólnoty religijnej takie przypadki zgłosiły 4 osoby (5%). Natomiast spośród osób nieprzynależących do wyznania lub grupy religijnej tylko 1 osoba (2%).



WYKRES 7. Czy w trakcie przyjęcia do szpitala bliskiej Ci osoby pojawiła się jakaś przykra/nieprzyjemna sytuacja związana z wyznaniem? – doświadczenia bliskich osób

Nieprzyjemne sytuacje, które dotknęły bliskich osób ankietowanych, wydarzyły się z winy personelu lekarskiego oraz kapelana szpitalnego (rzymskokatolickiego).

TABELA 34. Z czyjej strony bliska Ci osoba doświadczyła przykrej/nieprzyjemnej sytuacji? (% nie sumują się do 100, N=5) – doświadczenia bliskich osób

	Liczba wskazań	% obserwacji
Kapelan szpitalny (rzymskokatolicki)	4	80%
Lekarz_rka	1	20%

2 spośród 5 bliskich osób, które spotkały się z przykrymi/nieprzyjemnymi dla nich sytuacjami podczas przyjmowania ich do szpitala, podjęły interwencję w tej sprawie. Osoby bliskie podejmowały interwencję ustnie u osób winnych zaistniałej sytuacji. W 1 przypadku interwencja przyniosła rozwiązanie problemu.

TABELA 35. Czy bliska Ci osoba i/lub ktoś z jej bliskich próbował szukać pomocy/interweniować w tej sprawie? – doświadczenia bliskich osób

	N	%
Tak, bliska mi osoba samodzielnie szukała pomocy/ interweniowała	2	40%
Nie, nie było interwencji	3	60%
Ogółem	5	100%

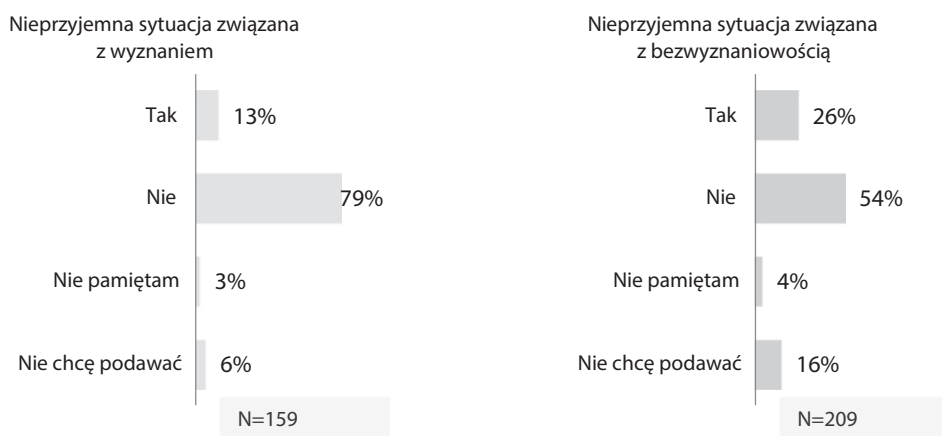


Osoby bezwyznaniowe częściej niż należący do Kościołów i wyznań, doświadczały nieprzyjemnych sytuacji związanych ze swoją bezwyznaniowością podczas przyjęcia do szpitala (11% wobec 5%). Sytuacje te spotykały je często ze strony kapelanów szpitalnych (rzymskokatolickich).

Pobyt w szpitalu: przykre/nieprzyjemne sytuacje związane z wyznaniem lub bezwyznaniowością

Pobyt w szpitalu: przykre/nieprzyjemne sytuacje związane z wyznaniem lub bezwyznaniowością – doświadczenia własne badanych

Osoby badane zapytano o ewentualne przykre/nieprzyjemne sytuacje, których mogły one doświadczyć podczas samego już pobytu w szpitalu, a które mają związek z ich wyznaniem lub bezwyznaniowością. Wśród osób deklarujących przynależność do jakiegoś wyznania lub grupy religijnej takie przypadki wskazało 13% (20 osób spośród 159 osób). Wśród badanych deklarujących brak przynależności do jakiegokolwiek wyznania lub grupy religijnej takie przypadki zgłosiło 26% (54 osoby spośród 209). Łącznie taką sytuację zgłosiły 74 osoby, czyli ok. 19% wszystkich osób uczestniczących w badaniu korzystających ze świadczeń szpitalnych finansowanych przez NFZ.



WYKRES 8. Czy podczas pobytu w szpitalu pojawiła się jakaś przykra/nieprzyjemna dla Ciebie sytuacja związana z wyznaniem lub bezwyznaniowością? – doświadczenia własne osób badanych

W poniższej tabeli wskazano wyznania, które reprezentowały osoby badane zgłaszające nieprzyjemne sytuacje doświadczane podczas pobytu w szpitalu,

związane z wyznaniem lub bezwyznaniowością. Najczęściej takie sytuacje zgłaszały osoby bezwyznaniowe (54 osoby), a spośród deklarujących przynależność religijną – osoby wyznające islam (7 osób).

TABELA 36. Zgłaszający nieprzyjemne sytuacje podczas pobytu w szpitalu związane z wyznaniem lub bezwyznaniowością – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Islam	7	9%
Chrześcijaństwo: inne wyznania	5	7%
Judaizm	3	4%
Chrześcijaństwo: Kościół rzymskokatolicki	2	3%
Buddyzm	1	1%
Rodzimowierstwo	1	1%
Nie chcę podawać wyznania	1	1%
Osoby bezwyznaniowe	54	73%
Ogółem	74	100%

Podobnie, jak podczas przyjmowania do szpitala, osoby badane zgłaszające przykre/nieprzyjemne dla nich sytuacje związane z wyznaniem lub bezwyznaniowością, które pojawiły się w trakcie pobytu w szpitalu, najczęściej doświadczały ich ze strony rzymskokatolickich kapelanów szpitalnych – zadeklarowało tak 49% doświadczających takich sytuacji. W dalszej kolejności wymieniono inne osoby pacjenckie (16%), personel pielęgniarstwa (10%) oraz różne osoby pracujące w szpitalu (łącznie 22%).

TABELA 37. Z czyjej strony doświadczyłeś/aś przykrej/nieprzyjemnej sytuacji? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=74) – doświadczenia własne osób badanych

	Liczba wskazań	% obserwacji
Kapelan szpitalny (rzymskokatolicki)	53	49%
Inni_e pacjenci_tki	17	16%
Pielęgniarcz_rka, położny_a	11	10%
Lekarz_rka	6	6%
Inny personel medyczny: rehabilitant_ka, psycholog_żka, farmaceuta_tka, laborant_tka, dietetyk_czka	6	6%
Salowy_a	5	5%
Osoby odwiedzające	3	3%
Rejestrator_ka	1	1%
Dyrektor_ka placówki	2	2%
Oddziałowy_a/, przełożony_a pielęgniarek	2	2%
Nie pamiętam	1	1%
Nie chcę podawać	1	1%

Należy zwrócić uwagę, że 74% (55 osób) spośród wskazujących na przykre/nieprzyjemne doświadczenia podczas pobytu w szpitalu, najczęściej nie interweniowało w tej sprawie. Interwencje samodzielnie lub z pomocą bliskich osób podejmowało 19% osób badanych (14 osób).

TABELA 38. Czy Ty i/lub ktoś z Twoich bliskich próbował szukać pomocy/ interweniować w tej sprawie? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak, szukałem_am pomocy, interweniowałem_am samodzielnie	13	18%
Tak, szukałem_am pomocy, interweniowałem_am zarówno ja, jak i ktoś z moich bliskich	1	1%
Nie, nie było interwencji	55	74%
Nie chcę podawać	5	7%
Ogółem	74	100%

Niemal co druga osoba interweniująca podczas pobytu w szpitalu w sprawie doświadczania nieprzyjemności związanych z wyznaniem lub bezwyznaniowością, zwracała się do kapelana szpitalnego (rzymskokatolickiego). Rozmawiano również m.in. z dyrekcją placówki, personelem lekarskim czy innymi osobami pacjenckimi.

TABELA 39. Z kim Ty i/lub ktoś z Twoich bliskich rozmawiał, u kogo szukał pomocy, gdzie interweniował w sprawie tej nieprzyjemnej sytuacji? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=8) – doświadczenia własne osób badanych

	Liczba wskazań	% obserwacji
Kapelan szpitalny (rzymskokatolicki)	9	45%
Dyrektor_ka placówki	3	15%
Lekarz_rka	2	10%
Inni_e pacjenci_tki	2	10%
Inny personel medyczny: rehabilitant_ka, psycholog_żka, farmaceuta_tka, laborant_tka, dietetyk_czka	1	5%
Pielęgniarsz_rka, położny_a	1	5%
Oddziałowy_a, przełożony_a pielęgniarek	1	5%
Prezes Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich	1	5%
Nie chcę podawać	1	5%

Podjęmowane interwencje nie zawsze przynosiły oczekiwany rezultat, zazwyczaj miały charakter ustnej rozmowy (85% – 11 wskazań) lub pisemnej skargi, protestu – 15% (2 osoby).

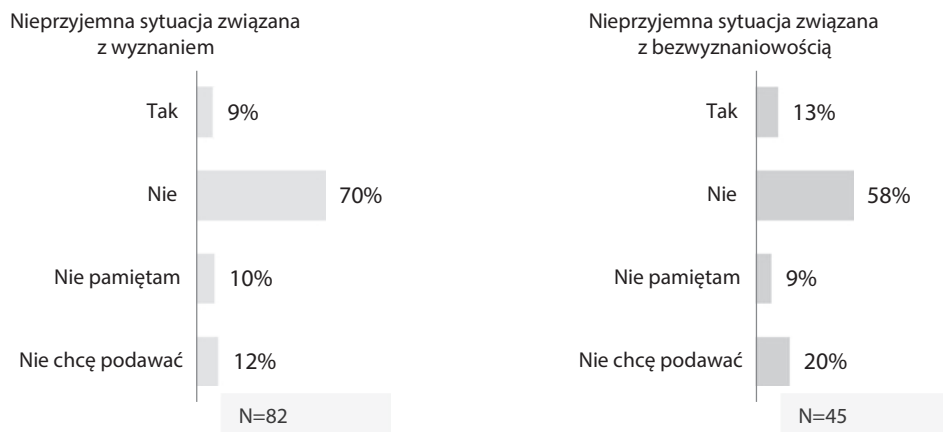
TABELA 40. Czy interwencja przyniosła rozwiązanie problemu? – doświadczenia własne badanych

	N	%
Tak	4	29%
Nie	5	36%
Trudno powiedzieć	4	29%
Nie chcę podawać	1	7%
Ogółem	14	100%

Pobyt w szpitalu: przykre/nieprzyjemne sytuacje, związane z wyznaniem lub bezwyznaniowością – doświadczenia osób bliskich

Osoby uczestniczące w badaniu poproszono o zrelacjonowanie, czy zaistniały ewentualne przykre/nieprzyjemne sytuacje, których mogły doświadczyć podczas samego już pobytu w szpitalu ich osoby bliskie, a które miały związek z ich wyznaniem lub bezwyznaniowością.

W przypadku bliskich osób przynależących do jakiegoś wyznania lub grupy religijnej takie sytuacje wskazano dla 9% (7 osób) spośród 82 osób. Względem bliskich osób bez przynależności do jakiegokolwiek wyznania lub grupy religijnej takie przypadki zgłoszono wobec 13% (6 osób) spośród 45. Łącznie taką sytuację zgłoszono w odniesieniu do 13 bliskich, czyli ok. 8% wszystkich bliskich osób korzystających ze świadczeń szpitalnych finansowanych przez NFZ.



WYKRES 9. Czy podczas pobytu w szpitalu pojawiła się jakaś przykra/nieprzyjemna dla bliskiej Ci osoby sytuacja związana z wyznaniem? – doświadczenia osób bliskich

Zdaniem osób badanych, bliskie osoby najczęściej doświadczały nieprzyjemnych sytuacji ze strony rzymskokatolickich kapelanów szpitalnych – zadeklarowało tak 9 spośród 13 osób, które znalazły się w takiej sytuacji.

TABELA 41. Z czyjej strony bliska Ci osoba doświadczyła przykrej/ nieprzyjemnej sytuacji? (możliwych kilka odpowiedzi; pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=13) – doświadczenia osób bliskich

	Liczba wskazań	% obserwacji
Lekarz_rka	1	8%
Pielęgniarz_rka, położny_a	2	15%
Kapelan szpitalny (rzymskokatolicki)	9	69%
Oddziałowy_a, przełożony_a pielęgniarek_rzy	1	8%
Nie pamiętam	1	8%
Nie chcę podawać/ Nie wiem	1	8%

4 osoby (31%) spośród 13 bliskich doświadczających przykrej/nieprzyjemnej sytuacji podczas pobytu w szpitalu samodzielnie lub z pomocą innych osób interweniowało w tej sprawie. Interweniowano ustnie, zwracano się z interwencją m.in. do kapelana szpitalnego. Doprowadziła ona do rozwiązania problemu w jednym przypadku.

TABELA 42. Czy bliska Ci osoba lub ktoś z jej bliskich próbował szukać pomocy/ interweniować w tej sprawie? – doświadczenia osób bliskich

	N	%
Tak, bliska mi osoba samodzielnie szukała pomocy/ interweniowała	3	23%
Tak, szukał pomocy/ interweniował ktoś z bliskich tej osoby (np. ja)	1	8%
Nie, nie było interwencji	9	69%
Ogółem	13	100%



Osoby bezwyznaniowe w czasie pobytu w szpitalu znacznie częściej niż deklarujące przynależność religijną doświadczały nieprzyjemnych sytuacji związanych ze swoją bezwyznaniowością. Najczęściej jako winnych tych sytuacji wskazywano kapelanów szpitalnych (rzymskokatolickich).

Postawy personelu szpitala w relacjach z osobami pacjenckimi innych wyznań i bezwyznaniowymi – opinie z pytań otwartych

Osoby biorące udział w badaniu raportowały, że odmowa przyjęcia kapelana czy prośby kierowane do personelu szpitala o zdjęcie krzyża lub wyniesienie Biblii z sali osób hospitalizowanych niekiedy wywoływały negatywne reakcje personelu szpitala. Te opisywano terminami: „opryskliwe”, „niewybredne”, „zdziwienie graniczące z oburzeniem”, „suche traktowanie”. Niektórzy raportowali, że osoby pacjenckie formułujące takie prośby nazywano potem „bezbożnik” czy „syn komuchów”.

Byłem sam w sali. Poprosiłem o zdjęcie krzyża. Odmówiono mi a potem gorzej traktowano. Ksiądz wparował do sali bez zaproszenia. Poprosiłem, żeby więcej tego nie robił. Później pielęgniarki mi to wypominały. Słyszałem jak o mnie rozmawiały „ten bezbożnik z trzynastki księdza wyrzucił”.

Zdziwienie graniczące z oburzeniem pielęgniarki przyjmującej do szpitala i niewybredne komentarze typu jak tak można, pewnie przyjezdny albo syn komuchów.

Prośba o zdjęcie krzyża – opryskliwa reakcja i dalsze „suche” traktowanie.

Niezręczna atmosfera po zignorowaniu wizyty księdza.

W polskim szpitalu normą jest kompletne zaskoczenie faktem, że ktoś nie życzy sobie obecności kapelana w swojej sali.

Moja córka umierająca w pierwszej dobie po urodzeniu, zapytano mnie czy chcę by ksiądz ją ochrzcił. Gdy powiedziałam że nie chcę, personel zaczął się na mnie krzywo patrzeć i można to było odczuć. (Liga Muzułmańska)

W ankiecie, tylko w kilku przypadkach nieco dokładniej opisano skutki interwencji, do których doszło w reakcji na doświadczane przez osoby pacjenckie trudności ze strony kapelanów szpitalnych. W pojedynczych przypadkach raportowano sytuację, kiedy w reakcji na skargę kapelan zaprzestał odwiedzin u osoby chorej.

Kapelan nie pojawił się do końca mojego pobytu jednak w innych salach owszem.

W kilku innych przypadkach zapisano w ankiecie, że interwencja nie przyniosła jednak zmiany.

Odpowiedź brzmiała mniej więcej: „Ksiądz robił to z dobrego serca i był miły”.

Szok i niedowierzenie, że w katolickim kraju ktoś może sobie nie życzyć wizyty duszpasterskiej w szpitalu; ksiądz po interwencji zaczął pukać, ale nie czekał na żaden odzew tylko wchodził.

Zignorowanie.

Ukręcenie głowy sprawie. Przeczekanie do przedawnienia.

Obok omówionych w raporcie sytuacji recenzowania i krytycznego komentowania wyborów światopoglądowych osób pacjenckich pojawiają się niekiedy wypowiedzi i zachowania personelu, które mają *stricte* charakter religijny, a nawet są zachęcaniem do podejmowania zachowań religijnych.

Pielęgniarki karzące modlić się za zdrowie.

Insynuowanie przez personel że muszę przyjąć księdza katolickiego i z nim porozmawiać, namawianie na udział w nabożeństwie.

Moja mama została zapytana przez pielęgniarkę czemu nie przyjmie Jezusa skoro jest Żydówką. Bo Żydzi cierpieli podczas Holokaustu, a Jezus na krzyżu, więc wiele ich łączy.

Raportowano też naruszenia ze strony lekarza – ateisty, który pozwolił sobie na komentowanie religijności pacjentki.

Raz w przychodni byłam na wizycie u internisty pochodzącego z Albanii, był ateistą, ale pochodził z kultury islamskiej. Zamiast rozmawiać ze mną o moim zdrowiu, przyczepił się do moich poglądów religijnych, wyczułam szczególną wrogość do mnie jako kobiety i osoby religijnej. Czułam jego pogardę dla faktu, że wierzę w Boga. Spytał, czy u nas grzechem jest wychodzenie za mąż i czy kobiety w klasztorach siedzą. Dał mi do zrozumienia, że modlitwa niczego nie zmienia. Dodatkowo, założył, że będąc religijna popieram partię PiS. To była okropna wizyta i cieszę się, że ten lekarz już tam nie pracuje.

Krytyka lub dyskryminacja ze strony innych osób pacjenckich – opinie z pytań otwartych

Wielokrotnie w ankiecie zapisywano obserwacje zachowań będących konsekwencją tego, że zarówno osoby pacjenckie, jak i personel szpitala przyjmują założenie, że każda z osób hospitalizowanych przynależy do Kościoła rzymskokatolickiego i podziela przekonania tej dominującej większości. Osoby uczestniczące w badaniu zapisywały, że konfrontacje z takim przeświadczeniem stanowią codzienność osób niewierzących oraz należących do mniejszościowych związków religijnych.

Każdy uznaje, że jest się katolikiem i gada te wszystkie bzdury.

Kilka osób nie znając ani dokładnej sytuacji zdrowotnej, ani wyznaniowej, chciało się za mnie modlić.

W takich miejscach mamy do czynienia z betonem światopoglądowym – cała Polska równa się katolicyzm i nie ma miejsca na odstępstwa. Dyskryminacja, szydercze podejście do inności są na porządku dziennym.

Relacjonowano też sytuacje, kiedy niereligijność lub przynależność religijna osoby pacjenckiej została ujawniona – czasami dochodziło wtedy do nieprzyjemnych sytuacji, a niekiedy nawet do nierównego traktowania.

Zdarzało się, że współpacjenci całkowicie bezwstydnie, w mojej obecności (jakby mnie tam nie było) krytykowali ateizm, używając obraźliwych i fałszywych stwierdzeń.

Powodem dyskryminacji ze strony innych osób hospitalizowanych bywały elementy stroju lub wyglądu, które były identyfikowane jako wynikające z zasad innej religii. Jeden z wpisów pozostawił pacjent należący do Staroprawosławnej Cerkwi Staroobrzędowców. W tej konkretnej sytuacji, przedmiotem krytycznych komentarzy było noszenie przez niego brody. W omawianym przypadku korektywnie zareagował lekarz.

Dyskryminacja ze strony pacjentów – chodzi o noszenie brody przeze mnie; Lekarz porozmawiał i pouczył winowajcę.

Z kolei członkini Ligi Muzułmańskiej zanotowała, że była ignorowana i „obgadywana” przez inne pacjentki.

Byłam ignorowana przez „współlokatorki” pacjentki, nie rozmawiały ze mną. Wiem tylko, że obgadywały mnie za plecami.

Respondent – przedstawiciel Gminy Wyznaniowej Żydowskiej zapisał swoje doświadczenie z pobytu w przychodni, gdzie za noszenie nakrycia głowy został werbalnie zaatakowany przez pacjentki.

Zostałem werbalnie zaatakowany przez grupę starszych pań, że jestem niewychowany i nie zdejmuję nakrycia głowy w budynku. Panie były nieprzyjemne, wulgarne. (Gmina Wyznaniowa Żydowska)

Negatywnych reakcji ze strony innych osób hospitalizowanych doświadczają też osoby wyznania rzymskokatolickiego. Jedna z nich opisała w ankiecie krytyczne reakcje pozostałych wiernych na wizytę kapelana szpitalnego.

Pacjentki z którymi leżałam na sali wyśmiewały i krytykowały księdza, który przyszedł z Eucharystią. Kiedy wyraziłam potrzebę przyjęcia Sakramentu jedna z pacjentek zaczęła szeptać nieprzyjemne i wulgarne słowa na temat KRK i mnie oraz mojej rzekomej głupoty. (Kościół rzymskokatolicki)

Radiowe i telewizyjne programy religijne – opinie z pytań otwartych

Niektóre z osób badanych sygnalizowały, że podczas pobytu w szpitalu doświadczały negatywnych reakcji ze strony innych osób pacjenckich w sytuacji, gdy nie zgadzały się na oglądanie w sali chorych religijnych programów w telewizji lub słuchanie ich w radiu. Inne osoby sygnalizowały, że obawiały się prosić o wyłączenie radia lub telewizji i decydowały pozostać biernie oglądającymi i/lub słuchającymi, gdy te były włączane przez inne osoby w sali. Tylko niektórzy odważyli się zaprotestować.

Sąsiad obok na łóżku chciał słuchać radia maryja, czego ja nie chciałem.

Pacjenci puszczający w TV lub radiu msze katolickie.

Krzyże w salach, nieakceptowanie przez innych pacjentów na sali prośby o choćby przyciszenie tv z mszą. Notoryczne nagabywanie przez księdza o spowiedź podczas pobytu w szpitalu.

Ponieważ oglądanie lub słuchanie programów religijnych niekiedy wywołuje napięcia i generuje konflikty pomiędzy osobami hospitalizowanymi, dlatego w takich sytuacjach powinien reagować personel szpitala. Niewątpliwie osoby pacjenckie powinny być informowane o konieczności uzyskania zgody innych osób przebywających w sali na wspólne oglądanie takich programów. Opinie wyrażone w ankiecie potwierdzają obserwację, że ciągle wiele osób nie ma świadomości tego, że nie wszyscy podzielają przekonania dominującej większości.

Jedna z respondentek wyznania rzymskokatolickiego zrelacjonowała odmienną sytuację związaną z przebywaniem w szpitalu podczas świąt wielkanocnych. W ankiecie opisała ona utrudnienia związane z możliwością oglądania telewizyjnych transmisji rzymskokatolickich mszy emitowanych w tym okresie. Z ankiety nie wynika jakiego typu były to trudności, nie wiemy też czy przebywała w jednoosobowej, czy wieloosobowej sali. Osoba ta zaznaczyła także, że nie wpuszczono wtedy na oddział szpitalny księdza rzymskokatolickiego. Niestety

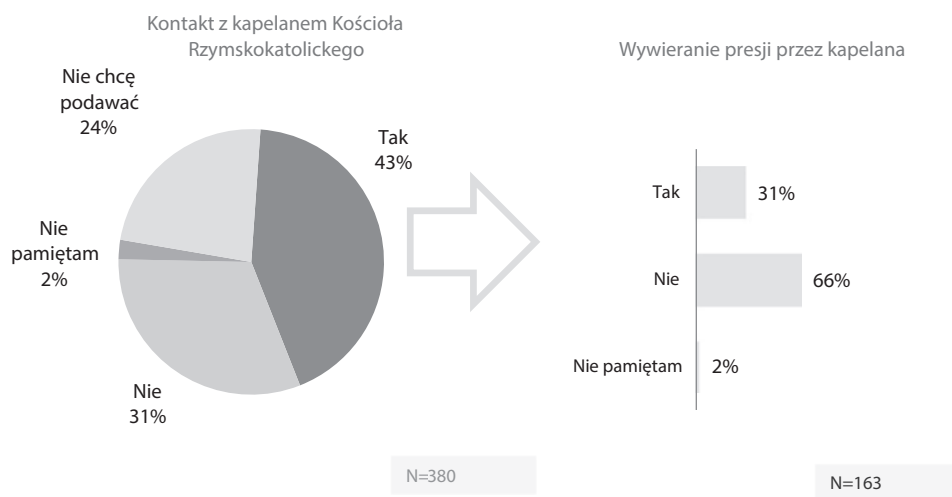
nie wiemy, w którym roku miał miejsce opisywany przypadek. Ponieważ respondentka relacjonowała zarówno wydarzenia z roku 2016, jak i lat 2021–2022, możliwe zatem, że niewpuszczenie kapłana było związane z obostrzeniami pandemicznymi. Doświadczenia tego typu relacjonowały też osoby identyfikujące się z mniejszościowymi związkami religijnymi – osoby duchowne tych wyznań nie mogły sprawować posługi duchowej w szpitalach w trakcie pandemii. Gdyby powód odmowy takiej wizyty był inny, stanowiłoby to podstawę do interwencji. Osoby hospitalizowane mają prawo do kontaktu z wskazaną przez siebie osobą duchowną podczas pobytu w publicznym szpitalu.

W szpitalu znalazłam się w czasie Triduum Paschalnego i Wielkanocy, na mój oddział nie wpuszczono księdza, utrudniano oglądanie transmisji tv Liturgii. (Kościół rzymskokatolicki)

Pobyt w szpitalu: obecność kapłana rzymskokatolickiego w szpitalu

Pobyt w szpitalu: obecność kapłana rzymskokatolickiego w szpitalu – doświadczenia własne osób badanych

Osoby biorące udział w badaniu zapytano o to, czy podczas pobytu w szpitalu miały kontakt z kapłanem szpitalnym reprezentującym Kościół rzymskokatolicki. Taki kontakt zapamiętało 43% osób badanych, a spośród nich, co około trzecia osoba (31%) twierdziła, że kapłan wywierał na nią presję uczestniczenia w praktykach religijnych lub przyjęcia sakramentów. Zauważyć należy, że taką presję dwa razy częściej odczuwały osoby bezwyznaniowe, niż należące do Kościołów i grup wyznaniowych.



WYKRES 10. Czy podczas pobytu w szpitalu miałeś/aś kontakt z kapłanem szpitalnym reprezentującym Kościół rzymskokatolicki? Czy kapłan wywierał na Ciebie presję uczestniczenia w praktykach religijnych lub przyjęcia sakramentów? – doświadczenia własne osób badanych

Presja, którą odczuwały osoby badane ze strony kapłana Kościoła rzymskokatolickiego najczęściej dotyczyła przyjęcia komunii, modlitwy oraz spowiedzi.

TABELA 43. Czego dotyczyła presja? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=51) – doświadczenia własne osób badanych

	Liczba wskazań	% obserwacji
Komunia	32	63%
Modlitwa	21	41%
Spowiedź	17	33%
Udział w mszy	14	27%
Namaszczenie chorych	7	14%
Narzucanie rozmowy	4	8%
Próba nawracania	2	4%
Trudno powiedzieć	2	4%

Osobom badanym zadano pytanie o to, czy podczas pobytu w szpitalu bez ich wiedzy i zgody udzielono im jakiegoś sakramentu (np. chrzest, namaszczenie chorych). Takie przypadki zgłosiło 6 osób. W dwóch z nich doszło do udzielenia sakramentu, a w 4 przypadkach była to próba udzielenia sakramentu.

TABELA 44. Czy podczas pobytu w szpitalu bez Twojej wiedzy i zgody udzielono Ci jakiegoś sakramentu (np. chrzest, namaszczenie chorych)? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak, udzielono	2	4%
Nie, ale próbowano udzielić	4	8%
Nie, nie udzielono	41	80%
Trudno powiedzieć/ Nie wiem	4	8%
Ogółem	51	100%

W dwóch przypadkach osobom badanym podczas pobytu w szpitalu bez ich zgody udzielono sakramentu namaszczenia chorych, w pozostałych była to próba udzielenia sakramentu komunii i/lub także próba namaszczenia chorych.

TABELA 45. Jakiego sakramentu udzielono lub próbowano udzielić? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=6) – doświadczenia własne osób badanych

	Liczba wskazań	% obserwacji
Komunia	3	50%
Namaszczenie chorych	4	70%

90% (46 osób) spośród wskazujących na presję ze strony kapelana Kościoła rzymskokatolickiego podczas pobytu w szpitalu, najczęściej nie interweniowało w tej sprawie. Interwencje samodzielnie lub z pomocą bliskich osób podejmowało tylko 8% osób badanych (4 osoby).

TABELA 46. Czy Ty i/lub ktoś z Twoich bliskich próbował szukać pomocy/ interweniować w tej sprawie? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak, szukałem_am pomocy, interweniowałem_am samodzielnie	3	6%
Tak, szukałem_am pomocy, interweniowałem_am zarówno ja, jak i ktoś z moich bliskich	1	2%
Nie, nie było interwencji	46	90%
Nie chcę podawać	1	2%
Ogółem	51	100%

Osoby deklarujące podjęcie działań w sprawie wywierania presji ze strony kapelana Kościoła rzymskokatolickiego podczas pobytu w szpitalu, zwracały się z interwencją bezpośrednio do kapelana szpitalnego oraz personelu pielęgniarskiego.

TABELA 47. Z kim Ty i/lub ktoś z Twoich bliskich rozmawiał, u kogo szukał pomocy, gdzie interweniował w sprawie tej nieprzyjemnej sytuacji? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=4) – doświadczenia własne osób badanych

	Liczba wskazań	% obserwacji
Kapelan szpitalny (rzymskokatolicki)	3	75%
Pielęgniarz_rka, położny_a	1	25%

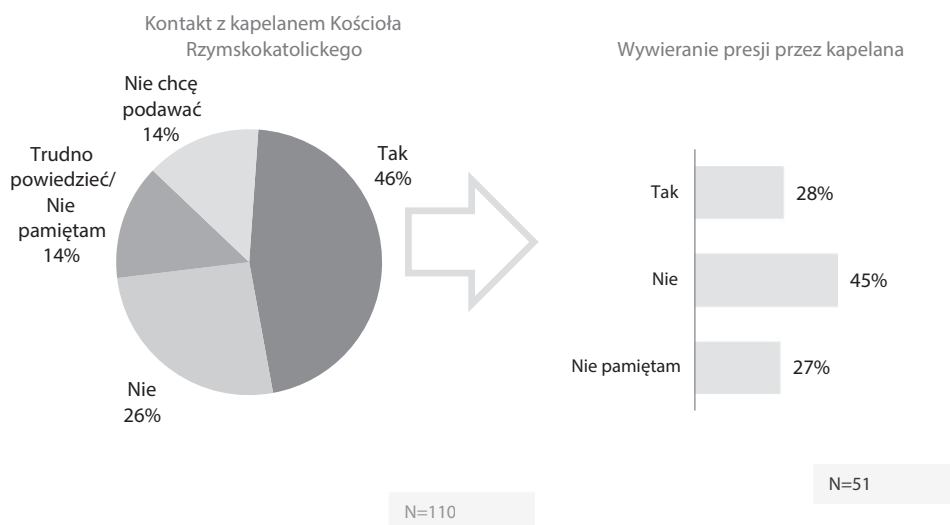
Podjęmowane interwencje nie zawsze przynosiły oczekiwany rezultat – wśród zgłoszonych 4 przypadków, w dwóch interwencja nie przyniosła rezultatu. Interwencje każdorazowo natomiast miały charakter ustnej rozmowy.

TABELA 48. Czy interwencja przyniosła rozwiązanie problemu? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak	1	25%
Nie	2	50%
Trudno powiedzieć	1	25%
Ogółem	4	100%

Pobyt w szpitalu: obecność kapłana rzymskokatolickiego w szpitalu – doświadczenia osób bliskich

Osoby uczestniczące w badaniu zapytano, czy podczas pobytu w szpitalu ich bliskie osoby miały kontakt z rzymskokatolickim kapłanem szpitalnym. Na taki kontakt wskazało 46% badanych osób (51 osób) relacjonujących doświadczenia swoich bliskich, a spośród nich co około trzecia osoba (14 osób – 28%) twierdziła, że kapłan wywierał na bliską osobę presję uczestniczenia w praktykach religijnych lub przyjęcia sakramentów.



WYKRES 11. Czy podczas pobytu w szpitalu bliska Ci osoba miała kontakt z kapłanem szpitalnym reprezentującym Kościół rzymskokatolicki? Czy kapłan wywierał na bliską Ci osobę presję uczestniczenia w praktykach religijnych lub przyjęcia sakramentów? – doświadczenia osób bliskich

Presja, którą odczuwały osoby badane ze strony kapelana Kościoła rzymskokatolickiego najczęściej dotyczyła przyjęcia komunii, modlitwy oraz spowiedzi i udziału w mszy.

TABELA 49. Czego dotyczyła presja? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=14) – doświadczenia osób bliskich

	Liczba wskazań	% obserwacji
Komunia	9	64%
Modlitwa	6	43%
Udział w mszy	5	36%
Spowiedź	5	36%
Chrzest	1	7%
Namaszczenie chorych	2	14%

Osoby wypełniające ankietę, w imieniu swoich bliskich odpowiedziały na pytanie, czy podczas pobytu w szpitalu, bez ich wiedzy i zgody, udzielono im jakiegoś sakramentu (np. chrzest, namaszczenie chorych). Takie przypadki zgłosiły 4 osoby. W dwóch sytuacjach doszło do udzielenia sakramentu, a w 2 była to próba udzielenia sakramentu.

TABELA 50. Czy podczas pobytu w szpitalu, bez wiedzy i zgody bliskiej Ci osoby i/ lub jej najbliższych, udzielono tej osobie jakiegoś sakramentu (np. chrzest, namaszczenie chorych)? – doświadczenia osób bliskich

	N	%
Tak, udzielono	2	14%
Nie, ale próbowano udzielić	2	14%
Nie, nie udzielono	7	50%
Trudno powiedzieć/ Nie wiem	3	22%
Ogółem	14	100%

W dwóch przypadkach osobom bliskim podczas pobytu w szpitalu udzielono, bez ich zgody, sakramentu namaszczenia chorych. W pozostałych przypadkach była to próba udzielenia sakramentu komunii i/lub namaszczenia chorych.

TABELA 51. Jakiego sakramentu udzielono lub próbowano udzielić? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie muszą sumować się do 100, N=4) – doświadczenia osób bliskich

	Liczba wskazań	% obserwacji
Chrzest	1	25%
Namaszczenie chorych	3	75%

Tylko 1 osoba spośród bliskich osób badanych, która zadeklarowała w ankiecie, że odczuła presję ze strony rzymskokatolickiego kapelana podczas pobytu w szpitalu, interweniowała w tej sprawie. Interwencję ustną podjął ktoś z bliskich tej osoby. Interweniowano u tego samego kapelana. Badanej osobie trudno było ocenić, czy interwencja bliskiej osoby doprowadziła do rozwiązania problemu.

TABELA 52. Czy bliska Ci osoba lub ktoś z jej bliskich próbował szukać pomocy/ interweniować w tej sprawie? – doświadczenia osób bliskich

	N	%
Tak, szukał pomocy/ interweniował ktoś z bliskich tej osoby (np. ja)	1	7%
Nie, nie było interwencji	12	86%
Nie chcę podawać / Nie wiem	1	7%
Ogółem	14	100%



Ok. 40% osób przebywających w szpitalu miało kontakt z kapłanem szpitalnym (rzymskokatolickim), a co trzecia z nich odnosiła wrażenie, że kapłan wywierał na nią presję uczestniczenia w praktykach religijnych lub przyjęcia sakramentów.

Wyniki badania potwierdziły, że w szpitalach zdarzały się sytuacje, w których bez uzyskania wcześniejszej zgody dochodziło do udzielenia lub prób udzielenia sakramentów przez kapłanów rzymskokatolickich.

Wizyty kapelana rzymskokatolickiego – opinie z pytań otwartych

Najwięcej reakcji osób biorących udział w badaniu wzbudziły wizyty kapelana szpitalnego. W ankiecie opisano wiele trudnych sytuacji pojawiających się podczas kontaktów z kapelanami. Spektrum przekazanych uwag na ten temat było dość szerokie.

Niektóre z osób wypełniających ankietę zapisały, że źle reagowały już na samą obecność księdza i kaplicy w szpitalu. Kaplice uznano za nieakceptowalne, religijnie nacechowane miejsca, które powinno być neutralne dla wszystkich osób hospitalizowanych, czyli wolne od symboli religijnych.

Obecność księdza w sali szpitalnej.

Konieczność mijania na parterze kaplicy i księdza.

Propaganda kościoła katolickiego jest bardzo nachalna praktycznie we wszystkich odwiedzanych przeze mnie placówkach medycznych.

Najwięcej negatywnych reakcji wzbudzały jednak wizyty kapelanów w salach osób hospitalizowanych.

Ksiądz przychodził do mojej sali.

Wizyta księdza w sali pacjentów z ofertą „usług” duszpasterskich.

Ksiądz bez mojej zgody wchodził do sali i udzielał posługi innym pacjentkom.

W szpitalu codziennie chodzi ksiądz, zagląda do pokoju i pyta, czy ktoś chce przyjąć komunię.

Te niekiedy bywały opisywane przez osoby badane bardzo krytycznie. Wskazywano na konkretne problemy związane z takimi wizytami. Poniżej zestawiono typowe kategorie trudności będących ich efektem.

Konieczność odmawiania

W ankietach zanotowano, że kapelani rzymskokatoliccy zwykle kolejno odwiedzają sale osób hospitalizowanych i w każdej z nich pytają przebywających tam o chęć przyjęcia sakramentów pokuty, Eucharystii, namaszczenia chorych. Osoby, które tego nie chcą są zmuszone odmawiać duchownemu. Niekiedy sytuacja taka wielokrotnie się powtarza.

Do sali przyszedł nieproszony ksiądz i musiałam go wyprosić.

Ksiądz chodził po oddziale codziennie i dopytywał czy jestem zainteresowana jego usługą. A potem stwierdził już nie wchodząc – a, tutaj to nie.

Niekiedy pytanie duchownego o chęć przyjęcia wizyty duszpasterskiej lub sakramentów osoby badane traktowały jako łagodną formę presji. Ocena ta jednak się zmieniała, gdy duchowny agresywnie, opryskliwie, a nawet obraźliwie reagował na odmowę.

Chodzenie księdza katolickiego po oddziale i ciągle pytania o przyjęcie komunii, wchodził do sali jak do siebie, bez pukania nawet a na kategoryczne nakazanie opuszczenia mu sali reagował agresją.

Ksiądz był bardzo opryskliwy, gdy odmówiłam przyjęcia komunii.

Miała miejsce presja kapłana rzymskokatolickiego do spowiedzi, a po odmowie nastąpiła obraźliwa reakcja kapłana.

Jak zapisał w ankiecie jeden z respondentów „Kapelan powinien respektować to, że pacjenci mogą sobie nie życzyć jego obecności w sytuacji gdy przebywają w szpitalu”. Wydaje się, że wielu kapelanom brak jednak akceptacji tego oczekiwania, a stąd wynika szereg propozycji formułowanych przez osoby badane, które mogłyby zmienić aktualne *status quo*.

Uważam za skandaliczne przypadki narzucania przez księży w szpitalach swej obecności pacjentom, którzy sobie tego nie życzą. Powinno być przy przyjęciu zastrzeżenie czy pacjent chce kontaktu z księdzem, czy nie i pacjent, który nie będzie tym zainteresowany nie powinien być zaczepiany przez duchownego.

Księża nagabywujący chorych w szpitalach powinni być wypraszeni przez ochronę, szpital to czyjeś miejsce pracy a nie cyrk.

Ksiądz powinien przychodzić jedynie do tych, którzy uprzednio wyrazili zgodę. W moim przypadku było tak, że po prostu wszedł i zapytał, czy chcę „skorzystać” z jego usługi – nie pamiętam, jak się nazywają te rytuały, które przeprowadzają w szpitalach.

Tryb odwiedzania pacjentów

Krytycznie oceniano sposób wchodzenia kapelana szpitalnego do sal chorych – ten określano jako wchodzenie „jak do siebie”, „bez pytania”, „bez pukania”. Twierdzono też, że takie „obchody księży po salach” bywają niestosowne.

Ksiądz wchodzący bez pukania na salę.

Wchodzenie do sali księdza bez żadnego pukania jakby był u siebie.

Wszędzie symbole katolickie, księża wchodzą jak do siebie.

Włażący wszędzie bez pukania ksiądz.

Oddział chirurgii, ksiądz codziennie zaglądający do sali chorych (kobiety). Od pokoju do pokoju wchodzi bez pukania, radośnie, jak do siebie.

Ksiądz wchodzący do sali jak do siebie bez pukania i bez zaproszenia.

Może przesadą byłoby określić ją jako przykrą, ale ksiądz wlażący bez zaproszenia do sali chorych jest, uważam, niestosowny.

Wchodzenie księdza katolickiego do sali szpitalnej bez mojej zgody.

Ksiądz wchodzi do sal bez pytania.

Mam wrażenie, że standardowym wyposażeniem polskich szpitali i przychodni jest krzyż. Kapelan wchodził na oddział tak jak personel szpitalny – bez pytania pacjentów o zdanie, mimo że na sali znajdowały się kobiety.

Ksiądz wchodzi na salę dla pacjentów nieproszony. Nie chce wyjść. W salach wiszą krzyże, których „nie da się” zdjąć, mimo, że byłem jedyną osobą na sali.

Jedna z respondentek zanotowała sytuację, kiedy to chore dziecko musiało poczekać na korytarzu na zakończenie przez księdza spowiedzania innego pacjenta.

Dруга sytuacja podczas pobytu z dzieckiem na oddziale zakaźnym – dziecko z zapaleniem płuc musiało czekać na korytarzu, bo w sali ksiądz spowiadał pacjenta.

Wywieranie presji

Bardzo często raportowano swoistą „nachalność” duchownych rzymskokatolickich, która wyrażała się w namawianiu osób hospitalizowanych do przyjmowania sakramentów lub uczestnictwa w mszy. Nawet w przypadku odmowy, niektórzy duchowni podczas kolejnych wizyt ponawiali te same pytania. Niekiedy sytuacje te zdarzały się wielokrotnie. Osoby badane w swoich wpisach raportowały o nachalności, namawianiu, nagabywaniu, nalotach, dręczeniu, upartym przypominaniu, natarczywości, zmuszaniu.

Byłam świadkiem nachalności kapelana szpitalnego, grożącego ciężko chorym pacjentom: „teraz nie chcecie, a jak będziecie umierać, to akurat mnie nie będzie i co wtedy?”.

Dotyczyła mojego ojca po udarze, pomimo początkowej odmowy ze strony ojca ksiądz wizytujący oddział namawiał go na odmawianie pacierza i zrezygnował dopiero gdy usłyszał od ojca, że jest „racjonalistą”. Ojciec był ogólnie wierzący jednak nie chciał modlitw z księdzem. Ksiądz chodził po oddziale sam, nagabując pacjentów, nikt ich nie pytał wcześniej, czy życzą sobie spotkania z nim.

Ksiądz codziennie nachalnie chodził i pytał o spowiedź i komunię.

Ksiądz namawiał na przyjęcie komunii świętej mimo powiedzenia że mnie to nie interesuje.

Naloty i dręczenie ludzi swoją wiarą i obecnością przez księdza.

Codziennie przychodził kapelan i nachalnie głośno pytał: czy chcesz przyjąć Chrystusa?

Uparte przypominanie o mszy.

Przymusowe praktyki katolickie w szpitalu psychiatrycznym.

Przyszedł rano i nie pytając uznał, że każdy na sali przyjmie komunie. Był natarczywy.

Nachalny ksiądz codziennie odwiedzający sale i namawiający do spowiedzi.

Namawianie przez księdza do przyjęcia komunii i spowiedzi.

Wizyty księdza w sali i modlitwy z marszu bez pytania. Zwracanie uwagi że się źle zwracam do księdza, bo mówię na Pan a nie per Ksiądz.

Zmuszanie do modlitwy.

Ksiądz wszedł bez pytania do sali pacjentek. Nie zapytał, czy chcemy jego obecności. Nie uszanował prywatności; Próbował zmusić do uczestnictwa w praktykach.

Niekiedy kapelani wchodzili do sal chorych już z komunikantami i pytali osoby hospitalizowane o chęć przyjęcia komunii.

Wszedł do sali pacjentów z kielichem i każdego wprost zapytał się czy przyjmie komunię.

Ksiądz podchodził z komunikatem do łóżka każdego z pacjentów, konieczna była wyraźna odmowa, jeśli ktoś nie chciał przyjmować komunii.

Zdarzało się, że zachęty do przyjmowania sakramentów duchowny formułował także wobec osób innych wyznań, wiedząc, że nie są katolikami lub wobec osób, które zadeklarowały, że są ateistami.

Codziennie nachodził mnie katolicki ksiądz.

Ksiądz próbował namówić mnie do wysłuchania go, próbował mnie nawrócić.

Ksiądz namolnie codziennie zadawał mi pytania czy na pewno nie chcę się wypowiadać mimo informacji, że jestem ateistką.

Nachalność księży rzymskokatolickich chodzących po salach, musiałam się tłumaczyć, że jestem innego wyznania, nachalne modlitwy pacjentów i zmuszanie do współudziału w praktykach rzymskokatolickich. Obecność księdza ewangelickiego u mnie była sensacją na oddziale.

Presji związanej z zachęcaniem do wspólnej modlitwy doświadczali także np. wierni Staroprawosławnej Cerkwi Staroobrzędowców, których zasady religijne nie pozwalają na wspólną modlitwę z osobami innych wyznań.

Kapłan rzymskokatolicki zmuszał do modlitwy. Modlitwa z innowiercami jest zabroniona.

Osoby badane twierdziły, że kapelani zachowywali się tak, jakby zakładali, że wszystkie osoby pacjenckie identyfikują się z Kościołem rzymskokatolickim.

Założenie kapłana, że wszyscy chorzy są katolikami i muszą z nim mieć do czynienia; irytujące też były ozdoby sal chorych obrazkami religijnymi, wręcz nachalne podejście – po kilka na daną salę (jak w kościele).

Przyszedł rano i nie pytając uznał, że każdy na sali przyjmie komunie. Był natarczywy; W niedzielę ksiądz chodził z opłatkiem i każdemu pacjentowi chciał wręczać. Musiałem przy wszystkich dyskutować z księdzem, iż nie jestem katolikiem. Później jeden z pacjentów na sali zaczął cały czas słuchać programów związanych z Rydzykiem.

Sposób poruszania się kapelanów po salach szpitalnych wielokrotnie komentowano w ankiecie jako niewłaściwy i często wywołujący u osób hospitalizowanych dyskomfort. Niektóre osoby określały tę sytuację terminami „nachodzenie”, „ingerowanie w prywatność”, „nękanie”, „narzucanie”, „zmuszanie”. Niektórzy zarzucali duchownym, że są natrętni, namolni, opryskliwi, agresywni, protekcyjnalni i przekraczają granice kultury osobistej.

Nagabywanie przez duszpasterza.

Wizyty natrętnego księdza, bez wyraźnego zaproszenia z mojej strony.

Ksiądz wszedł do sali nieproszony. Gdy powiedziałam że nie chce rozmawiać był natrętny, stwierdził, że jestem leniwa a nie niewierząca. Leżałam na oddziale, na którym znajdują się osoby po utracie ciąży (byłam jedną z nich) a ksiądz oznajmił, że nawrócę się jak ktoś mi umrze. Traktował mnie protekcyjnie, klepał po ramieniu.

Namolność księdza wchodzącego bez pytania do damskiej sali; Uparte przypominanie o mszy.

Ksiądz wchodził do sal pacjentów bez pukania i pytania o zgodę, nie bacząc na to, że ktoś np. wykonuje czynności higieniczne.

Ksiądz narzucający swoją obecność.

Ksiądz biegał po salach chorych jakby szukał ofiar :-/ ; ingerował w prywatność i nękał wizytami na sali ogólnej.

Codziennie po kilka godzin w wydzielonym boksie na Stadionie Narodowym zmuszona byłam wysłuchiwać nauk, modlitw i rozmów księdza przy łóżkach osób chorych prawie nad głową pomimo złego samopoczucia i zmęczenia ilością bodźców i leżenia pod tlenem. Ksiądz krążył jak sęp wchodząc do boksów i zmuszając innych do tolerowania jego obecności i wysłuchiwania modlitw. A ja jestem żydówką i obecność obcego mężczyzny przy moim łóżku bez mojej zgody jest niedopuszczalna.

Ksiądz zaglądał do sal, pytając, kto chce przyjmować komunię. Codziennie.

Wczesne godziny odwiedzin

Za problematyczne uznawano także wczesne godziny wizyt kapelanów.

Codziennie wizyty księdza z komunią bladym świtem, przed 6 rano i z konieczności pobudka. Działo się to nawet wtedy, gdy byłam przez kilka dni sama na sali i było oczywiste, że nie jestem zainteresowana przyjmowaniem komunii.

Dwa razy w tygodniu ksiądz przychodził rano by dać pacjentom komunię oraz namaścić chorych. Przychodził chwilę po tym jak pielęgniarki mierzyły ciśnienie, około 5 rano. Wchodząc do sali pełnej pacjentów zapalał światło i namawiał wszystkich pacjentów by się przyłączyli do wspólnej modlitwy. Nie interesowało go to, że ktoś może być niewierzący lub innego wyznania.

Ksiądz wchodził do sal o bardzo wczesnej porze i głośno pytał o przyjmowanie komunii – budząc wszystkich. Robił to nawet wtedy, gdy moja żona, niepraktykująca, była na sali sama.

Kapelan budził rano pacjentów pytając o chęć przyjęcia komunii. Robił to nawet wtedy, gdy na sali spała jedynie moja Żona.

Nierespektowanie restrykcji sanitarnych

Twierdzono, że podczas pandemii Covid-19 księżcy rzymskokatolickich nie obowiązywały restrykcje sanitarne, którym podlegali inni odwiedzający, w tym rodziny pacjentów.

[...] bez pytania i pukania, bez mycia i dezynfekcji rąk, bez maseczki i rękawiczek.

Ksiądz wchodzący podczas pandemii bez maski, jak na swoje, podczas gdy rodzina była od pacjenta odizolowana.

Sam widziałem, jak kapelan szpitalny w czasie pandemii Covid-19 nie stosował się do wymogów epidemicznych.

Krzyże na ścianach, ksiądz wałęsający się po oddziałach w czasie covid, brak mięsa w piątce.

Chodzenie księdza po szpitalu i zaglądanie do sal pacjentów, nawet w okresie epidemii, gdy rodzina nie mogła odwiedzać chorych.

Normalne przebywanie na oddziałach księży, zakaz odwiedzin rodzin. Byłam w szpitalu w okresie wzmożonej epidemii Covid. Po oddziale chodził ksiądz, nie nosił ani maseczki, ani dodatkowych środków ochrony. Z jednego oddziału, do drugiego. Jak ktoś sobie nie życzył, to musiał wyjść z pokoju, a nie, że osoby

zainteresowane przejść się do salki. Z rodzinami w szpitalu nie można się było spotkać.

Ksiądz wchodził do mojej sali codziennie! Było to podczas pandemii covid, gdzie bliscy nie mogli mnie odwiedzać, a on wchodził każdego dnia! Do tego w sali były różne obrazki świętych osób.

Bez uprzedzenia ksiądz katolicki wszedł do sali i pytał o chęć wyspowiedania się oraz odmówił modlitwę. W tym czasie na oddziale nie były możliwe żadne odwiedziny.

Ksiądz, bez pytania mnie o zgodę, podchodził i robił mi krzyżyk na czole. Tym samym palcem, wszystkim po kolei. A przecież była epidemia i zwiększony rygor sanitarny. Inny podchodził do łóżka i robił znak krzyża, który był mi niepotrzebny. Nie mogłam protestować, bo się obawiałam reakcji innych. Czułam się nagabywana. Robiłam uniki. Czasem udawałam, że śpię, czasem wychodziłam do toalety, gdy go zobaczyłam na korytarzu. To nie była komfortowa sytuacja.

Umieszczenie kapelana na równi z personelem medycznym jest niedorzeczne. Dodatkowo z moich doświadczeń byli to niechlujni mężczyźni, nieliczący się z potrzebami tych, którzy ich nie przyjmowali. Rozumiem potrzeby wierzących, ale namolność tych panów, ich teksty i powierzchowność wskazują kompletną przypadkowość tych person.

Obecność księdza jest standardem. Symbole religijne w salach. Dla mnie to niedopuszczalne. Odwiedziny rodziny zakazane, ale ksiądz może chodzić.

Rozumiem, że niektórzy mają potrzeby religijne i jeśli ta osoba chciałaby spotkać się z kapłanem powinna mieć taką opcję, ale codzienne nachodzenie i obchody księży jednej religii jest absurdalne, nie wspominając o tym, że w warunkach szpitalnych bardzo niehigieniczne (wątpię, żeby myli się i przebierali przy każdej zmianie oddziału, to i fakt, że mają niczym nieograniczony dostęp do pacjentów wywołuje mój strach o swoje zdrowie).

Interpretacja choroby

Osoby wypełniające ankietę opisywały sytuacje, kiedy duchowny przedstawiał im swoiste, często religijnie nacechowane interpretacje choroby, co wywoływało sprzeciw osób chorych (np. choroba jako kara za grzechy, jako wynik błędzenia, jako świadectwo wybrania).

Twierdził, że w chorobie trzeba się zwrócić do właściwego jego zdaniem boga i że choroba jest wynikiem mojego błędzenia (wicca).

Słuchanie o tym, że jesteśmy wybrani, bo cierpimy, było bardzo szkodliwe.

Chodził po oddziale ginekologii – patologii ciąży i mówił, że leżymy tu, bo trzeba było wcześniej mieć dzieci, niektóre osoby miały 22 lata.

Po poronieniu mocno serwowana propaganda kościoła i nacisk na pochówek.

Jeden z respondentów raportował, że duchowny zabronił pacjentom gry w karty jako grzesznej rozrywki.

Podczas gry w karty dla zabicia czasu ze współpacjentami, bez pukania pojawił się duchowny rzymskokatolicki i nakazał zaprzestania gry w karty. Straszyl grzechem i tym „że choroba uczy pokory”. Zebrał zapisy chętnych na swe usługi.

Odwiedzanie sal kobiet

Wielokrotnie zwracano uwagę, że wizyty kapelanów w żeńskich salach są przeprowadzane w nieadekwatnych porach i niewłaściwych momentach. Niekiedy pacjentki nie są wtedy kompletnie ubrane. Stwierdzono, że podczas takich wizyt dochodzi do „naruszeń intymności”, a kapelani często nie respektują „intymnej wrażliwości” pacjentek.

Wkurzył mnie wchodzący do żeńskiej sali chorych bez pukania ksiądz katolicki.

Byłam przygotowywana do operacji, całą noc budzono mnie na różne kroplówki i zabiegi, więc byłam osłabiona i zmęczona. Kiedy w końcu udało mi się

złapać trochę snu obudziłam się z dosłownie pochylonym nade mną księdzem, który budził mnie, żeby zapytać, czy życzę sobie wizyty duszpasterskiej. Nie dość, że czułam złość z powodu bezsensownego przerywania mi snu to bałam się budząc samej w pokoju z obcym mężczyzną niebędącym lekarzem.

Ksiądz bez zaproszenia i pozwolenia wchodził do sali, mimo dyskomfortu pacjentek, ich złego samopoczucia i braku ochoty przyjmowania gości w takim stanie (po zabiegu, często z drenami, które uniemożliwiają komfortowe ubranie się).

Nie podoba mi się, że kapłani katoliccy mają swobodę wchodzenia do sal pacjentek bez ich wyraźnego zaproszenia. Szanuję potrzeby religijne innych, nie rozumiem naruszeń intymności.

Odwiedzając moją Mamę w szpitalu zauważyłam dużą ilość świętych obrazków oraz księży wędrujących po salach, często nieprzestrzegających intymnych wrażliwości pacjentów.

Odwiedzanie oddziałów położniczych

W ankiecie pojawiły się też krytyczne opinie na temat wizyt kapelanów na oddziałach położniczych.

Chodzi o sale poporodowe. Wchodził kapelan i kilka minut nachalnie namawiał do uczestniczenia w mszy. Powinna być informacja przy obchodzie, że o tej i o tej godzinie odbędzie się msza w sali takiej i takiej. Chętnych zapraszamy. Tyle. Kobiety w położu potrzebują spokoju, a nie obcego typu patrzącego się na biust.

Wchodzenie nawet podczas karmienia dziecka piersią.

Pojawienie się księdza rzymskokatolickiego w sali poporodowej.

Po porodzie (cesarka) doświadczyłam okropnej sytuacji, gdzie dzień po porodzie, kiedy człowiek leży w łóżku z podkładami poporodowymi, gdzie uczymy się karmić piersią dziecko – wchodzi bez pukania jak do siebie – ksiądz i pyta kto chce komunie przyjąć. Było to strasznie krępujące dla mnie i innych kobiet

– ale nie dla niego – patrzył na nas bezczelnie, bez grama wstydu. Do dziś pamiętam ten wzrok. To było straszne.

Ksiądz chodzący po salach, w których leżały kobiety po porodzie.

Ksiądz przebywał w sali i starał się zagadywać pacjentki, kiedy ja leżąc pod prysznicem przy otwartych drzwiach miałam poronienie.

Ksiądz wchodzący do sal bez pukania.

Na porodówkę wszedł ksiądz, bez zapowiedzi, bez pytania o zgodę. Było to dla mnie bardzo niekomfortowe, ponieważ rodziłam dziecko. Wizyty księdza powtarzały się codziennie na sali dla matek, pomimo każdorazowego odmawiania rozmowy z nim.

Podczas karmienia piersią noworodka ksiądz wszedł do sali bardzo natarczywie, namawiając do uczestnictwa w mszy i komunii. Opuścił dopiero gdy koleżanka z sali poinformowała, że żyje w grzechu i jest po rozwodzie kościelnym (bez ślubu kościelnego i nie może uczestniczyć w przyjęciu komunii (wg wiary katolickiej to grzech ciężki)).

Wchodzenie bez uprzedzenia na salę z komunią na oddziale Patologii Ciąży. Wizyta poza godzinami odwiedzin, bez zapowiedzi.

Niedopuszczalne wchodzenie księży do sal, zwłaszcza poporodowych – to skandal. Apeluję o brak symboli religijnych.

Nachalne wchodzenie księży do sali chorych w szpitalach, zwłaszcza do kobiet po porodach.

Jedna respondentka, deklarująca przynależność do muzułmańskiego związku wyznaniowego, przywołała doświadczenia z pobytu w szpitalu, w którym wizyty księdza odbywały się rano, gdy pacjentka nie była jeszcze w pełni ubrana i nieprzygotowana do takich wizyt. Zapisała ona, że wizyty księdza były dla niej stresujące i powodowały duży dyskomfort.

Ksiądz wchodził codziennie rano do sali z pytaniem, czy ktoś chce zjeść opłatek. Nie zawsze byłam przygotowana na taką wizytę, to jest ubrana i przykryta tak,

aby nie było widać gołego ciała. [...] Pośpieszne przykrywanie się było dla mnie trudne, bowiem nie mogłam tego zrobić w podskokach. Nie tylko ze względu na chorobę, która była leczona w szpitalu, ale także ze względu na moją niepełnosprawność. Był to dla mnie ogromny stres. Na szczęście tak było tylko w jednym szpitalu, w dwóch innych tego nie było; Ksiądz nalegał abym zjadła wafel. Musiałam kilka razy powtarzać, że nie chcę, żeby się odczepił. Grzeczne i jednorazowe „nie” – mu nie wystarczyło.

Wprawdzie powyższa wypowiedź zdaje się dowodzić, że zasady związane z odwiedzinami osób hospitalizowanych przez kapelanów szpitalnych bywają różne w różnych szpitalach, ale podobne relacje innych pacjentek zdają się dowodzić, że jest to jednak problem występujący powszechnie i wymagający systemowych regulacji.

Ksiądz wpadł do sali bez pukania, ja byłam właśnie kilka godzin po operacji, przykryta kocem, bez ubrania. Sytuacja była dla mnie zaskakująca i spowodowała dyskomfort.

Chodzenie księży po salach szpitalnych, w szczególności po oddziałach poporodowych powinno być zakazane. Pacjentki, które chcą sobie spotkania z księdzem, powinny mieć możliwość „zamówienia” wizyty duszpasterskiej przez pielęgniarki. Zdjąć krzyże ze ścian. Wierzący mogą nosić krzyże ze sobą, jeśli potrzebują ich do modlitwy.

Jedna z respondentek zapisała w ankiecie relację z odwiedzin księdza na porodówce, co mąż rodzącej zinterpretował jako sygnał, że poród przebiega niewłaściwie. Dyskusyjny w tym przypadku był też kontakt fizyczny wyrażający się pogłaskaniem pacjentki będącej w trakcie porodu. Opisywana sytuacja miała miejsce przed okresem objętym niniejszym badaniem, niemniej została zamieszczona w raporcie jako warta refleksji. W innych relacjach przywołanych powyżej także pojawiały się podobne zachowania obejmujące kontakt fizyczny, taki jak poklepywanie czy dotykanie czoła podczas robienia znaków krzyża.

W 2006 r. kiedy rodziłam w jednym z warszawskich szpitali, ksiądz chodził po porodówce, pogłaskał mnie po głowie i poszedł do innej pacjentki. Nie byłam w stanie zareagować na to, byłam w trakcie porodu. A mąż na korytarzu zestresował się, że wezwali księdza i może coś się stało. Potem na sali wkładał do łóżeczek dziecięcych obrazki ze świętymi.

Udzielanie sakramentu bez wiedzy i zgody pacjenta

Jedna z respondentek przedstawiła w ankiecie historię swojej mamy, której – pomimo informacji, że jest innego wyznania i próśb córki o nieudzielanie sakramentów katolickich – kapłan rzymskokatolicki udzielił sakramentu namaszczenia chorych. Respondentka pozostawiła w ankiecie wpis, że jej prośba została zignorowana („zignorowano moją prośbę, prawdopodobnie uznając ją za niebyłą”).

Opisywana sytuacja dotyczy mojej mamy, która swoje ostatnie dni spędziła w szpitalu, podłączona do respiratora, ale już praktycznie w śmierci mózgowej, zgłosiłam pielęgniarkom i lekarzom, że mama jest innego niż dominujące wyznania i nie potrzebuje posługi katolickiego księdza. W czasie jej dwutygodniowego pobytu na OIOMie byłam tam praktycznie codziennie, a wszelkie potrzebne i możliwe elementy posługi karaimskiej były wypełnianie przeze mnie osobiście i zdalnie, przez karaimskich duchownych. Po mamy odejściu, w głębokiej nieprzytomności, gdy odbierałam jej dokumenty wręczono mi kartkę poświadczającą, że katolicki ksiądz odczytał swoje rytuały nad moja biedną, nieprzytomną mamą – to był dla mnie szok i przyznaję wstrząs, że nie uszanowano moich próśb (Karaimski Związek Religijny). Bez mojej zgody i potrzeby chorej udzielono ostatniego namaszczenia nie naszej religii – o innych praktykach nie wiem, bo mama była nieprzytomna a ja miałam limitowany dostęp do niej ze względu na rodzaj oddziału i zagrożenie epidemiczne.

Okoliczności udzielania sakramentów namaszczenia chorych scharakteryzowała także respondentka – pracownica szpitala.

Pracując na oddziale szpitalnym częstą praktyką współpracowników było informowanie księdza o zgonie pacjenta i oczekiwanie, że kapłan przyjdzie i dokona „ostatniego namaszczenia”. Zdecydowana większość personelu nie zastanawiała się wcale nad wyznaniem czy światopoglądem tego pacjenta. Było to robione bezmyślnie i automatycznie, wręcz z poczuciem misji, iż w ten sposób pomagają temu zmarłemu. Gdy ja osobiście nie wzywałam księdza atmosfera często stawała się napięta, ale osobiście nikt nie sprawił mi przykrości czy nie stworzył nieprzyjemnej sytuacji z tego względu.

Wartościowanie wyborów religijnych

Osoby uczestniczące w badaniach zaznaczały w ankiecie, że niekiedy kapelani pozwalali sobie na ocenę lub krytykę wyborów religijnych osoby hospitalizowanej. Niekiedy próbowali nawracać osobę hospitalizowaną lub podejmowali z taką osobą dyskusje teologiczne.

W ankiecie zaraportowano presję wywieraną przez kapłana, który chciał sprawdzić czy pacjentka – należąca do jednego z kościołów protestanckich przeżegna się. Duchowny ten bez pytania o zgodę odmawiał nad pacjentką modlitwy. Duchowny zaznaczał na czołach osób chorych znak krzyża. Takie gesty lub modlitwy jedne osoby akceptowały jako akt pozytywny, ale inne uznawały za nadużycie i akt przemocy symbolicznej ze strony kapelana.

Ksiądz katolicki pomimo mojego powiadomienia, iż nie jestem wyznania RZK usilnie chciał sprawdzić, czy potrafię się przeżegnać. Wymusił na mnie abym się jednak przeżegnała znakiem krzyża. Innym razem za wszelką cenę wiedząc już że nie jestem wyznania RZK nie pytając o zgodę pomodlił się przy mnie na głos „Ojcze nasz”.

Z kolei wierna mormońskiego Kościoła Jezusa Chrystusa Świętych w Dniach Ostatnich podzieliła się wspomnieniem, kiedy to usłyszała od kapłana rzymskokatolickiego, że powinna czytać katechizm, a nie Biblię, której nie jest w stanie zrozumieć.

Ksiądz uważał, że nie powinnam czytać Biblii, bo mogę jej nie zrozumieć. Proponował czytanie katechizmu i spowiedź.

Osoby badane, deklarujące bezwyznaniowość, skarżyły się na krytyczne opinie kapelanów rzymskokatolickich na temat ich wyborów światopoglądowych, np. deklarację ateizmu ksiądz sprowadzał do „nowej mody”, „fazy” czy „fanaberii”, która minie wraz z wiekiem.

Skoro jestem ochrzczony to jego zdaniem powinienem brać udział w mszy a fakt, że określam się jako ateista to tylko taka faza.

Komentarz o tym że ateizm to nowa moda i na starość mi przejdzie (wyniknęło to z luźnej rozmowy w której padło hasło o bogu który ma na mnie plan dlatego tu jestem).

Niekiedy księża wyrażali dezaprobatę wobec odmowy przyjęcia rzymskokatolickich sakramentów nawet wtedy, gdy osoba pacjencka była innego wyznania.

Negatywne przyjęcie przez osobę duchowną (rzymskokatolicką) odmowy przystąpienia do sakramentu Eucharystii.

Dostępność kapelanów i postulat wprowadzenia zespołu kapelanów i świeckich

W pytaniach otwartych ankiety pojawił się także komentarz zawierający sugestię wprowadzenia do polskich placówek szpitalnych, wzorem innych krajów, zespołów duchownych i świeckich różnych wyznań.

Jedną z trudności jakiej doświadczyłam to brak możliwości wyboru kapelana w szpitalu. Oczywiście mogłam zadzwonić do swojego duszpasterza, ale w szpitalu dostępni są i chodzą po oddziałach tylko kapelani rzymskokatolicki, oczywiście mężczyźni. Po porodach na własnej skórze tego doświadczyłam. Będąc za granicą miałam okazję widzieć zespoły kapelanów złożonych z duchownych i świeckich różnych wyznań i religii. Tego bardzo brakuje w polskich placówkach, mówię to zarówno jako osoba, która była w szpitalu, jak i jako ta, która towarzyszyła osobom na oddziałach szpitalnych.

Pojawiła się także uwaga na temat dostępności kapelanów w szpitalu – stwierdzono, że ta jest zbyt mała.

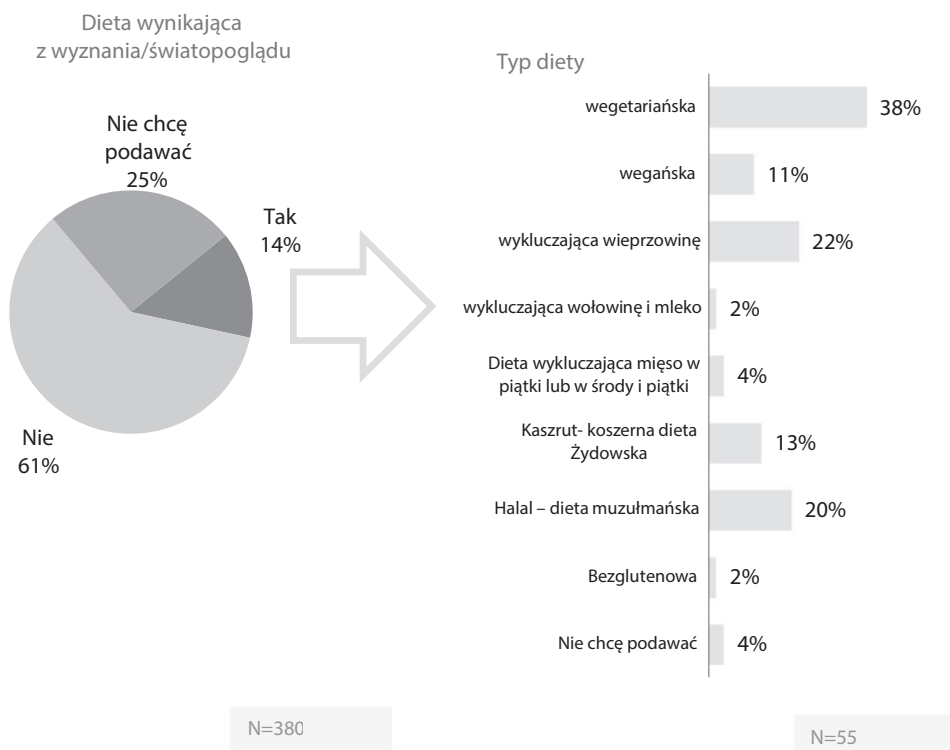
Cieężko jest spotkać księdza w szpitalu, księża czasami tylko szybko rzucają pytanie o przyjmowanie komunii i idą dalej, nie ma szans na przyjęcie komunii chwilę później, nie mówiąc już o jakiegokolwiek rozmowie.

Gdy ksiądz przyszedł na salę z komunią św i spytał czy mama ją przyjmie, na odpowiedź że dawno nie była u spowiedzi, zignorował ją, nie zaproponował, że ją wyspowiada, tylko w kolejne dni już do niej nie podchodził.

Pobyt w szpitalu: dieta wynikająca z zasad religijnych lub światopoglądu

Pobyt w szpitalu: dieta wynikająca z zasad religijnych lub światopoglądu – doświadczenia własne badanych

Co 7. badana osoba korzystająca z usług szpitala publicznego zadeklarowała, że jej wyznanie lub światopogląd wymaga stosowania szczególnego typu diety. Najczęściej stosowaną dietą przez te osoby była dieta wegańska (38%), wykluczająca wieprzowinę (22%) oraz halal – dieta muzułmańska (20%).



WYKRES 12. Czy Twoje wyznanie/ światopogląd wymagają stosowania szczególnego typu diety? Jaka to dieta – (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=55)? – doświadczenia własne osób badanych

67% z osób, których wyznanie wymaga stosowania szczególnej diety, poinformowało personel szpitala o konieczności jej przestrzegania, ale połowa z nich nie otrzymała posiłków zgodnych z zasadami, których przestrzega.

TABELA 53. Czy poinformowałeś personel szpitala o diecie, którą musisz przestrzegać? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak	37	67%
Nie	13	24%
Nie pamiętam	3	5%
Nie chcę podawać	2	4%
Ogółem	55	100%

TABELA 54. Czy otrzymałeś posiłki zgodne z zasadami, których przestrzegasz? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak, od razu	9	23%
Tak, ale po interwencji	5	13%
Nie	19	49%
Nie pamiętam	3	8%
Nie chcę podawać	3	8%
Ogółem	39	100%

42% osób badanych (23 osoby) spośród deklarujących konieczność stosowania szczególnego typu diety wynikającej z wyznania lub światopoglądu wyznało, że podczas pobytu w szpitalu pojawiła się jakaś przykra lub nieprzyjemna sytuacja związana właśnie z dietą.

TABELA 55. Czy podczas pobytu w szpitalu pojawiła się jakaś przykra/nieprzyjemna dla Ciebie sytuacja związana z dietą, którą musisz przestrzegać? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak	23	42%
Nie	24	44%
Nie pamiętam	6	11%
Nie chcę podawać	2	4%
Ogółem	55	100%

Przykre lub nieprzyjemne sytuacje związane z koniecznością stosowania diety pojawiały się ze strony różnych osób, najczęściej personelu pielęgniarskiego lub lekarskiego oraz innego personelu medycznego, kapelana szpitalnego (rzymskokatolickiego) i osoby przełożonej zespołu pielęgniarskiego.

TABELA 56. Z czyjej strony doświadczyłeś/aś przykrej/nieprzyjemnej sytuacji? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=23) – doświadczenia własne osób badanych

	Liczba wskazań	% obserwacji
Pielęgniarz_rka, położny_a	8	35%
Lekarz_rka	5	22%
Inny personel medyczny: rehabilitant_ka, psycholog_żka, farmaceuta_tka, laborant_tka, dietetyk_czka	4	17%
Kapelan szpitalny (rzymskokatolicki)	3	13%
Oddziałowy_a, przełożony_a pielęgniarek_rzy	3	13%
Salowy_a	2	9%
Rejestrator_ka	2	9%
Osoby odwiedzające	2	9%
Ratownik_czka medyczny_a	1	4%
Inna osoba pracująca w administracji	1	4%
Inni_e pacjenci_tki	1	4%

TABELA 56. Ciąg dalszy

	Liczba wskazań	% obserwacji
Dyrektor_ka placówki	1	4%
Ordynator_ka oddziału	1	4%
Inna osoba	4	17%
Nie pamiętam	5	22%
Nie chcę podawać	2	9%

Co ok. trzecia osoba doświadczająca nieprzyjemnej sytuacji związanej z koniecznością stosowania takiej diety podejmowała jakąś interwencję – samodzielnie lub ze wsparciem swoich bliskich.

TABELA 57. Czy Ty i/lub ktoś z Twoich bliskich próbował szukać pomocy/ interweniować w tej sprawie? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak, szukałem_am pomocy/ interweniowałem_am samodzielnie	4	17%
Tak, szukał pomocy/ interweniował ktoś z moich bliskich	1	4%
Tak, szukałem_am pomocy/ interweniowałem_am zarówno ja, jak i ktoś z moich bliskich	2	9%
Nie, nie było interwencji	11	48%
Nie chcę podawać	5	22%
Ogółem	23	100%

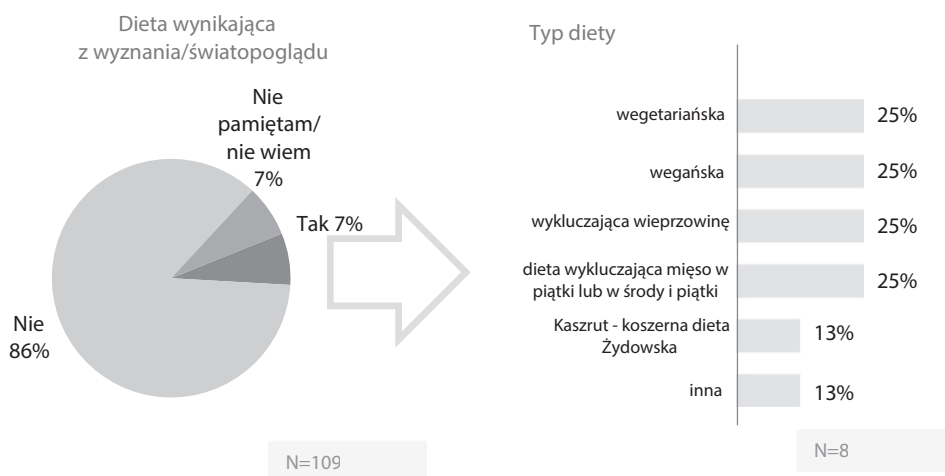
Interwencje w sprawie tych nieprzyjemnych sytuacji podejmowano zawsze w formie ustnej i tylko w połowie przypadków (3 osoby), w ich rezultacie, udało się rozwiązać problem.

TABELA 58. Z kim Ty i/lub ktoś z Twoich bliskich rozmawiał, u kogo szukał pomocy, gdzie interweniował w sprawie tej nieprzyjemnej sytuacji? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=7) – doświadczenia własne osób badanych

	Liczba wskazań	% obserwacji
Pielęgniarz_rka, położny_a	5	71%
Lekarz_rka	4	57%
U osoby bezpośrednio winnej tej sytuacji	2	29%
Inna osoba pracująca w administracji	1	14%
Pełnomocnik_czka ds. Praw Pacjenta w szpitalu	1	14%

Pobyt w szpitalu: dieta wynikająca z zasad religijnych lub światopoglądu – doświadczenia osób bliskich

Dla 7% bliskich osób badanych, które przebywały w szpitalu (8 osób), wyznanie lub światopogląd wymagają stosowania szczególnego typu diety. Najczęściej stosowaną dietą wśród tych osób jest dieta wegańska (25% – 2 osoby), wegetariańska (25% – 2 osoby) oraz wykluczająca wieprzowinę (25% – 2 osoby).



WYKRES 13. Czy wyznanie/ światopogląd bliskiej Ci osoby wymagają stosowania szczególnego typu diety (uwaga, pytania dotyczą tylko diety, a nie postu wynikającego z zasad religijnych)? Jaka to dieta (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=8) – doświadczenia osób bliskich

W przypadku 5 osób (63%) poinformowano personel szpitala o konieczności przestrzegania takiej diety. 3 spośród osób, które chciały przestrzegać diety w szpitalu otrzymały od razu posiłki zgodnie ze swoimi zasadami, a 1 otrzymała je po interwencji.

TABELA 59. Czy personel szpitala został poinformowany o diecie, którą musi przestrzegać bliska Ci osoba? – doświadczenia osób bliskich

	N	%
Tak	5	63%
Nie pamiętam	2	25%
Nie chcę podawać/ Nie wiem	1	13%
Ogółem	8	100%

TABELA 60. Czy bliska Ci osoba otrzymała posiłki zgodne z zasadami, których przestrzega? – doświadczenia osób bliskich

	N	%
Tak, od razu	3	50%
Tak, ale po interwencji	1	17%
Nie	1	17%
Nie pamiętam	1	17%
Ogółem	6	100%

Podczas pobytu w szpitalu tylko 1 spośród „bliskich osób” doświadczyła jakiejś przykrej lub nieprzyjemnej sytuacji związanej właśnie z dietą.

Te przykre lub nieprzyjemne sytuacje związane z koniecznością stosowania diety pojawiały się ze strony kogoś z innego personelu medycznego tj.: osób zajmujących się rehabilitacją, wsparciem psychologicznym, badaniami diagnostycznymi lub dietetyką. W sprawie tej nie podjęto interwencji.

TABELA 61. Czy podczas pobytu w szpitalu pojawiła się jakaś przykra/nieprzyjemna dla bliskiej Ci osoby sytuacja związana z dietą, którą musi przestrzegać? – doświadczenia osób bliskich

	N	%
Tak	1	13%
Nie	3	38%
Nie pamiętam	1	13%
Nie chcę podawać/ Nie wiem	3	38%
Ogółem	8	100%



Stosowanie podczas pobytu w szpitalu diety wynikającej z zasad religijnych lub światopoglądu bywa trudne, nawet wtedy, gdy praktykowanie diety zostało zgłoszone personelowi szpitala (z 37 osób, które poinformowały o tym personel szpitala, tylko 9 otrzymało posiłki zgodne ze zgłoszeniem). Nierzadko potrzebna jest interwencja, która niekoniecznie przynosi pozytywny skutek w postaci otrzymania posiłków zgodnych z zasadami, których chce się przestrzegać.

Dieta wynikająca z zasad religijnych lub światopoglądu – opinie z pytań otwartych

W pytaniach otwartych ankiety znalazły się refleksje dotyczące przestrzegania w szpitalu diety wynikającej z wyborów światopoglądowych i/lub zasad wyznawanej religii. Pojawiło się kilka wpisów świadczących o braku wrażliwości personelu szpitala na potrzeby związane z dietą motywowaną religijnie.

Osoby badane, stosujące jedną z diet bezmięsnych raportowały, że personel szpitala nie rozróżniał diety wegańskiej, wegetariańskiej i jarskiej. Zdarzało się, że pomimo zgłoszenia przestrzegania określonej diety osoba hospitalizowana i tak dostawała standardowe posiłki.

Personel szpitala nie rozumie pojęcia diety wegetariańskiej, która w Polsce jest mylona z dietą jarską.

Dieta nie była w ogóle dostosowana, po 2 dniach pobytu w szpitalu upomniałam się, że jestem na diecie wegańskiej – na następną dzień dostałam na

obiad suchy ryż z marchewką. Zazwyczaj po prostu dostawałam standardowe posiłki i musiałam się upominać, że nie chcę mięsa. Personel zdawał się nie widzieć różnicy między jedzeniem wegańskim a wegetariańskim. Przez tydzień pobytu w szpitalu musiałabym prawie nic nie jeść, bo były to czasy covidu, nie można było wychodzić z oddziału i nie było odwiedzin. Z tego powodu byłam zmuszona przez ten jeść wegetariańsko, aby mieć do wyboru cokolwiek innego do zjedzenia niż suchy chleb czy ryż.

Dieta wegetariańska. Śniadanie w szpitalu: kromka chleba, odrobina masła, plaster szynki i kawałek ogórka

Kuchnia nie przejmowała się dietą i serwowane dania były jakby ubocznymi produktami głównego menu; kompletne niezrozumienie weganizmu – np. serwowanie zupy mlecznej z jajkiem i chlebem na śniadania – zostawał tylko chleb do jedzenia...; gdyby nie rodzina, byłoby kiepsko.

Pojawiły się także relacje o prześmiewczych komentarzach personelu na temat diety pacjentki.

Generalnie cyniczne i lekko prześmiewcze podejście ze strony pielęgniarek („to ta wegetarianka”, co brzmiało jak „dziwaczka”; „kapryśna”).

Personel zdziwiony. Śmiał się z moich „fanaberii”.

Niektóre z osób badanych stosujących dietę wegetariańską zaznaczały, że o takie posiłki musiały się dopominać. Raportowano także, że otrzymywano posiłki, które bywały niepełnowartościowe (ze standardowych wyeliminowano porcję mięsa).

Ani ja ani inne pacjentki niejedzące mięsa nie miałyśmy szansy na normalne, pełne posiłki.

Jedzenie wegetariańskie było niepełnowartościowe oraz wybrakowane w stosunku do porcji mięsnej.

Jestem wegetarianką – jedyna możliwość to było zjedzenie standardowej porcji po odsunięciu mięsa, czyli mocno ograniczonej i niezbilansowanej. Byłam głodna.

Przez cały pięciodniowy pobyt w szpitalu dostawałam jedynie ziemniaki i surówkę, nie było posiłków bezmięсных. Z powodu zakazu odwiedzin, ciągle chodziłam głodna, bo bliscy nie mogli zapewnić mi jedzenia. Schudłam wtedy 10 kg.

Nie wierzę w Boga, nie jem zwierząt i nie jestem w tym kraju wyjątkiem. Pobyt w szpitalu i tak jest wystarczająco stresujący. Nie trzeba do niego dodawać głodówki wynikającej z tego, że nie ma posiłków bezmięсных. Ani tym bardziej zdenerwowania spowodowanego nagabywaniem do wspólnej modlitwy.

Jeden z wiernych Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego, którzy nie spożywają wieprzowiny, relacjonował, że także jemu, jak i innym „z automatu” proponowano wieprzowinę.

Z automatu jako pierwszy posiłek serwowana jest wieprzowina.

Z kolei muzułmanie i muzułmanki raportowali trudności z utrzymaniem diety *halal*. Jeden z nich zapisał, że przypisano mu w szpitalu dietę wegetariańską. Wprawdzie nie uznał tego za sytuację nieprzyjemną, ale może to świadczyć o braku wiedzy personelu szpitala o tym, czym jest dieta *halal*.

Inne osoby zanotowały, że nie były w stanie dowiedzieć się od personelu szpitala czy w posiłkach, które otrzymywała była wieprzowina lub czy produkty zawierały żelatynę wieprzową.

Nie było w ogóle możliwości się dowiedzieć jakie mięso jest podawane, czy zawiera wieprzowinę, czy zupa była z produktami wieprzowiny lub czy galaretka lub dżem jest na żelatynie wieprzowej.

W ankiecie pojawiły się uwagi, że w polskich szpitalach brak jest możliwości zachowania diety *halal* czy koszernej.

W żadnym szpitalu w Polsce nie ma jedzenie halal także pozostaje nie jeść lub mieć jedzenie z domu (islam).

Brak możliwości wyboru jedzenia bez wieprzowiny, brak informacji o składzie leków (Liga Muzułmańska).

Przedstawiciel Gminy Wyznaniowej Żydowskiej zaznaczył, że w szpitalu spędził krótki okres i tylko to pozwoliło mu – dzięki narzuconym sobie

ograniczeniom – przestrzegać zasad diety koshernej. Nie uznał tej sytuacji za przykrą czy nieprzyjemną, ale jego relacja stanowi kolejny dowód na to, że pacjenci często muszą sami dbać o swoją dietę.

Był to krótki pobyt z restrykcyjną dietą. Więc nie było problemów. Jem według zasad koszerności, ale nie wymagam certyfikatów (GWŻ).

Inne osoby deklarujące judaizm zapisały, że gdy przekazały w szpitalu informację o swojej religijnej diecie spotkały się z reakcjami:

Jak się nie podoba to nie ma obowiązku jedzenia.

To nie hotel to szpital. Szynekę jedzą wszyscy.

Odmawiając jedzenia szpitalnego i tłumacząc, że nie jest kosherne byłam kilkukrotnie namawiana, by jednak je zjeść (bo zdrowe). [W przypadku tej respondentki posiłki kosherne dostarczyła jej mama] (Moja mama pokazała przyniesione dla mnie kosherne jedzenie obiecując, że je zjem i nie umrę na sali z głodu.

Z kolei członkini Muzułmańskiego Związku Religijnego spotkała się z reakcją personelu na informację o stosowaniu diety *halal* w postaci „wzruszenia ramionami”. Tego typu reakcji doświadczały także osoby z innych mniejszościowych związków wyznaniowych.

Personel nie przejął się moją uwagą, zostałam zignorowana wręcz jakby moje zdanie nigdy nie było brane pod uwagę.

Nie wydziwiał. Mięso jest potrzebne, żeby się kości zrosły, jeżeli szyneczka ci tak bardzo przeszkadza to jedz suchy chleb, nie jesteś na wakacjach all-inclusive. Jedz to co jest. Słowa zazwyczaj starszych pielęgniarek. Ze strony lekarzy i młodszych pielęgniarek nie było problemu. To oni zareagowali po mojej interwencji a propos diety [w reakcji na interwencję pacjentka zapisała w ankiecie] Zostałam przeproszona. Obiecano, że taka sytuacja się nie powtórzy. Nigdy więcej nie miałam do czynienia z osobami, które miały do mnie problem.

Inna respondentka stosująca dietę koszerną zanotowała, że szpitalne śniadania zawierały szynkę wieprzową. Pacjentka ta opisała też historię swoich zmagani z lekarzem dotyczącą możliwości jedzenia zup mlecznych.

Chociaż napiętnowano mnie czerwonym napisem na kartce nad łóżkiem, że jestem cukrzykiem to diety nie przestrzegano. Śniadanie składało się niezmiennie z grubego kawału szynki wieprzowej bądź bezsmakowych zup z dyni na wodzie. Ja tego nie jadam. W domu codziennie zaczynam dzień od płatków owsianych na mleku z proszku. Mój cukier nie wzrasta po takim śniadaniu. Tu odmawiano mi zup mlecznych. Awanturowałam się przez kilka dni i na siłę je brałam. Lekarzowi tłumaczyłam, że dobrze wpływają na mój żołądek i z nich nie zrezygnuję. Lekarz w końcu ustąpił. Gdyby nie zupy mleczne nie miałabym co jeść (GWŻ).

Kilka osób, które opisały swoje interwencje (niekiedy zakończone sukcesem) zwróciły uwagę, że podczas przyjęcia do szpitala brakuje procedury zbierania informacji o diecie osób pacjenckich.

Kiedy poprosiłam o dostosowanie diety powiedziano mi, że powinnam to zgłosić wcześniej. Przy przyjęciu jednak nikt o to nie zapytał, a w formularzu wypełnianym na przyjęciu nie było pytania o dietę. Lekarz zanotował informacje, jednak nie zmieniło to nic w kwestii posiłków jakie dostawałam (dieta wegańska).

Zanotowano też reakcje, które świadczyły o braku wiedzy, chęci lub możliwości zmiany.

Lekarz nie miał wpływu na posiłki i nie rozumiał, że mleko w szpitalach jest używane w proszku ze względów na to, aby nie było sensacji żołądkowych i powinno być bez laktozy, czyli cukru mlecznego.

Rzeczniczka powiedziała, że nic na to nie poradzi (w reakcji na brak posiłków bezmięsnych).

Z kolei chęć przestrzegania postu przez wiernego Staroprawosławnej Cerkwi Staroobrzędowej została przez personel – jak zapisał – zlekceważona. W reakcji na interwencję stwierdzono, że:

Szpital powiedział, że nie będzie nic zmieniać dla jednej osoby; nie będą dostosowywać się do mnie.

Natomiast wierny Kościoła Starokatolickiego Mariawitów raportował, że w Środę Popielcową w szpitalu brak było produktów postnych.

Brak produktów postnych w Środę Popielcową.

Pojawiła się też generalna uwaga, że winnym zaniedbań jest brak wiedzy personelu szpitala na temat innych wyznań niż rzymski katolicyzm i diet obowiązujących wyznawców i wyznawczynie innych religii.

Na pewno lekarzom brak wiedzy na temat innych wyznań a w związku z tym i diet oraz leków,

Pobyty w szpitalu: post związany z wyznawaną religią

Pobyty w szpitalu: post związany z wyznawaną religią – doświadczenia własne badanych

Niemal połowa (49%) spośród osób deklarujących przynależność do jakiegoś Kościoła, wyznania, grupy religijnej czy wspólnoty religijnej wskazała, że ich wyznanie lub światopogląd wymaga przestrzegania szczególnego postu. Najczęściej wskazywały na to osoby identyfikujące się z wyznaniami chrześcijańskimi, innymi niż rzymskokatolickie.

TABELA 62. Czy Twoje wyznanie/ światopogląd wymaga przestrzegania szczególnego postu? – doświadczenia własne osób badanych

	Ogółem	Chrześcijaństwo: Kościół rzymskokatolicki	Chrześcijaństwo: inne	Wyznania niechrześcijańskie
Tak	60	32	10	18
	49%	59%	24%	64%
Nie	59	21	30	8
	48%	39%	73%	29%
Nie pamiętam	2	0	0	2
	2%	0%	0%	7%
Nie chcę podawać	2	1	1	0
	2%	2%	2%	0%
Ogółem	123	54	41	28
	100%	100%	100%	100%

Osoby badane najczęściej deklarowały, że post związany z ich wyznaniem/ światopoglądem to post ścisły w Kościele rzymskokatolickim (48% badanych), niespożywanie pokarmów mięsnych w określony dzień tygodnia (52%) oraz post związany z Ramadanem (23%).

TABELA 63. Jaki to post? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=61) – doświadczenia własne osób badanych

	Liczba wskazań	% obserwacji
Post ścisły w Kościele rzymskokatolickim (3 posiłki w tym jeden do syta) w Wielki Piątek i Środę Popielcową	29	48%
Niespożywanie pokarmów mięsnych w określony dzień/dni tygodnia (np. w piątki)	32	52%
Ramadan	14	23%
Post na Jom Kipur	1	2%
Wiara Baha'i – niespożywanie wody i pokarmów od wschodu do zachodu słońca w ciągu 19 dni w marcu.	1	2%

TABELA 63. Ciąg dalszy

	Liczba wskazań	% obserwacji
Post ustalany wg własnego sumienia	1	2%
Post innego wyznania	9	15%
Nie chcę podawać	1	2%

Tylko 5 spośród 61 osób, które zadeklarowały, że ich wyznanie, światopogląd wymaga przestrzegania szczególnego postu, zgłosiło taką informację personelowi medycznemu szpitala. Trzem spośród tych 5 osób od razu pozwolono zachować post zgodnie z zasadami, których przestrzegają. W 2 przypadkach, dotyczących osób deklarujących wyznania chrześcijańskie, inne niż katolickie, takiej zgody nie uzyskano.

TABELA 64. Czy poinformowałeś/aś personel szpitala o poście, który musisz przestrzegać? – doświadczenia własne badanych

	N	%
Tak	5	8%
Nie	50	82%
Nie pamiętam	1	2%
Nie chcę podawać	5	8%
Ogółem	61	100%

5% osób badanych (3 osoby) spośród 61 deklarujących konieczność przestrzegania postu związanego z wyznaniem lub światopoglądem doświadczyło jakiś przykrych/ nieprzyjemnych sytuacji związanych z tym postem.

TABELA 65. Czy podczas pobytu w szpitalu pojawiła się jakaś przykra/ nieprzyjemna dla Ciebie sytuacja związana z postem, który musisz przestrzegać? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak	3	5%
Nie	54	89%
Nie pamiętam	4	7%
Ogółem	61	100%

Nieprzyjemnej sytuacji związanej z postem doświadczano od personelu medycznego, osoby zatrudnionej w administracji oraz innych osób hospitalizowanych. Tylko jedna osoba podjęła interwencję w tej sprawie i w jej imieniu poszukiwała pomocy bliska osoba, która zwróciła się bezpośrednio do osób winnych tej sytuacji. Interwencja ta miała charakter ustny, jednak rozmowa nie rozwiązała problemu.

TABELA 66. Z czyjej strony doświadczyłeś_aś przykrej/ nieprzyjemnej sytuacji? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=3) – doświadczenia własne osób badanych

	Liczba wskazań	% obserwacji
Lekarz_rka	1	17%
Inny personel medyczny: rehabilitant_ka, psycholog_żka, farmaceuta_tka, laborant_tka, dietetyk_czka	1	17%
Pielęgniarz_rka, położny_a	2	33%
Inna osoba pracująca w administracji	1	17%
Inni_e pacjenci_tki	1	17%
Ogółem	6	17%

Pobyt w szpitalu: post związany z wyznawaną religią – doświadczenia osób bliskich

Wg 23% osób badanych wyznanie lub światopogląd ich bliskich osób, które przynależą do jakiegoś Kościoła, wyznania, grupy religijnej czy wspólnoty religijnej, wymaga przestrzegania szczególnego postu. Częściej na to wskazywały osoby identyfikujące się z Kościołem rzymskokatolickim.

TABELA 67. Czy wyznanie/ światopogląd bliskiej Ci osoby wymaga przestrzegania szczególnego postu? – doświadczenia osób bliskich

	Ogółem	Chrześcijaństwo: Kościół rzymskokatolicki	Chrześcijaństwo: inne	Wyznania niechrześcijańskie
Tak	15 23%	12 25%	2 13%	1 50%
Nie	43 66%	31 65%	12 80%	0 0%
Nie pamiętam	4 6%	2 4%	1 7%	1 50%
Nie chcę podawać/ Nie wiem	3 5%	3 6%	0 0%	0 0%
Ogółem	65 100%	48 100%	15 100%	2 100%

Osoby biorące udział w badaniu najczęściej deklarowały, że post związany z ich wyznaniem/ światopoglądem to post ścisły w Kościele rzymskokatolickim (80% badanych), niespożywanie pokarmów mięsnych w określony dzień tygodnia (87%).

Tylko w 1 przypadku konieczność zachowania postu wynikającego z wyznania lub światopoglądu bliskiej osoby została zgłoszona personelowi medycznemu szpitala. Niestety, nie pozwolono tej osobie zachować postu zgodnie z zasadami, których przestrzega.

Również tylko w 1 przypadku osoba badana zgłosiła, że podczas pobytu w szpitalu pojawiła się jakaś przykra/nieprzyjemna dla bliskiej osoby sytuacja związana

z postem, który musi przestrzegać. Te przykre doświadczenia związane z koniecznością zachowania postu pojawiły się ze strony personelu lekarskiego. Osoba bliska samodzielnie podjęła ustną interwencję u osoby bezpośrednio winnej tej sytuacji, ale interwencja nie przyniosła rozwiązania problemu.

TABELA 68. Jaki to post? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=15) – doświadczenia osób bliskich

	Liczba wskazań	% obserwacji
Post ścisły w Kościele rzymskokatolickim (3 posiłki w tym jeden do syta) w Wielki Piątek i Środę Popielcową	12	80%
Post innego wyznania	1	7%
Niespożywanie pokarmów mięsnych w określony dzień/dni tygodnia (np. w piątki)	13	87%



Badane osoby zazwyczaj nie zgłaszają personelowi szpitala, że ich wyznanie lub światopogląd wymaga przestrzegania szczególnego postu.

Pobyt w szpitalu: posługa osób duchownych innych wyznań niż rzymskokatolickie

Pobyt w szpitalu: posługa osób duchownych innych wyznań niż rzymskokatolickie – doświadczenia własne osób badanych

Osoby badane deklarujące przynależność do jakiegoś Kościoła, wyznania, grupy czy wspólnoty religijnej zostały zapytane o to, czy podczas pobytu w szpitalu informowały personel szpitala o chęci spotkania z osobą duchowną swojego wyznania. Takie staranie podjęło 11% z tej grupy badanych, czyli 10 osób.

TABELA 69. Czy podczas pobytu w szpitalu informowałeś_aś personel szpitala o chęci spotkania z duchownym Twojego wyznania? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak	10	11%
Nie	58	63%
Nie pamiętam	3	3%
Nie chcę podawać	21	23%
Ogółem	92	100%

W co drugim przypadku reakcje personelu szpitala były pozytywne, w 3 przypadkach udzielono pomocy w organizacji takiego spotkania. W 4 przypadkach osoby badane skarżyły się, że personel zareagował negatywnie, a w 3 utrudniano aranżację takiego spotkania.

TABELA 70. Jak określiłabyś sposób w jaki zareagowali pracownicy szpitala? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Pozytywnie i pomogli zorganizować spotkanie	3	30%
Pozytywnie, ale nie pomogli zorganizować spotkania	2	20%
Byli neutralni	1	10%
Negatywnie, ale nie utrudniali zorganizowania spotkania	1	10%
Negatywnie i utrudniali zorganizowanie spotkania	3	30%
Ogółem	10	100%

3 osoby spośród zgłaszających chęć spotkania z osobą duchowną swojego wyznania zauważyły, że w szpitalu można było uzyskać kontakt do osoby duchownej. W 5 przypadkach osoby badane nie mogły liczyć na pomoc szpitala i musiały same zadbać o organizację takiego spotkania.

TABELA 71. Czy szpital był przygotowany na Twoją chęć spotkania z duchownym Twojego wyznania? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak, mieli procedury, dysponowali kontaktem do duchownego	3	30%
Nie, musiałem_m sam_a o to zadbać	5	50%
Trudno powiedzieć	1	10%
Nie chcę podawać	1	10%
Ogółem	10	100%

W przypadku 6 osób takie spotkanie z osobą duchowną swojego wyznania udało się zaaranżować. Nie udało się to w przypadku 4 osób.

TABELA 72. Czy spotkanie z duchownym się odbyło? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak	6	60%
Nie	4	40%
Ogółem	10	100%

Niektóre osoby wypełniające ankietę skarżyły się jednak, że personel szpitala utrudniał osobie duchownej dotarcie na spotkanie, w takich przypadkach do spotkań tych finalnie nie dochodziło.

Osoby te nie podały jednak w trakcie badania, kto z personelu szpitala utrudniał spotkanie i czy podejmowano jakąś interwencję w tej sprawie. Nie wskazano również, w jakim miejscu szpitala odbyło się takie spotkanie z osobą duchowną.

TABELA 73. Czy pracownicy szpitala utrudniali duchownemu dotarcie na spotkanie z Tobą? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak	3	30%
Nie	7	70%
Ogółem	10	100%

Pobyt w szpitalu: posługa osób duchownych innych wyznań niż rzymskokatolickie – doświadczenia osób bliskich

Według osób biorących udział w badaniu, 4 bliskie im osoby, które przynależą do jakiegoś Kościoła, wyznania, grupy religijnej czy wspólnoty religijnej podczas pobytu w szpitalu informowały personel szpitala o chęci spotkania z osobą duchowną swojego wyznania.

TABELA 74. Czy podczas pobytu w szpitalu bliska Ci osoba informowała personel szpitala o chęci spotkania z duchownym swojego wyznania? – doświadczenia osób bliskich

	N	%
Tak	4	24%
Nie	10	59%
Nie pamiętam	2	12%
Nie chcę podawać/ nie wiem	1	6%
Ogółem	17	100%

W dwóch przypadkach reakcje personelu szpitala były pozytywne, choć nie pomogli zorganizować takiego spotkania. W jednym przypadku reakcja ta była negatywna, ale nie utrudniano aranżacji takiego spotkania.

TABELA 75. Jak określiłabyś sposób w jaki zareagowali pracownicy szpitala? – doświadczenia osób bliskich

	N	%
Pozytywnie, ale nie pomogli zorganizować spotkania	2	50%
Negatywnie, ale nie utrudniali zorganizowania spotkania	1	25%
Trudno powiedzieć	1	25%
Ogółem	4	100%

3 badane osoby zauważyły, że bliskie im osoby same musiały zadbać o organizację spotkania z osobą duchowną swojego wyznania.

TABELA 76. Czy szpital był przygotowany na chęć spotkania bliskiej Ci osoby z duchownym jej/jego wyznania? – doświadczenia osób bliskich

	N	%
Nie, bliska mi osoba (lub ktoś z jej bliskich) musiała sama o to zadbać	3	75%
Trudno powiedzieć	1	25%
Ogółem	4	100%

W 2 przypadkach spotkanie bliskiej osoby z osobą duchowną swojego wyznania udało się zaaranżować.

TABELA 77. Czy spotkanie z duchownym się odbyło? – doświadczenia osób bliskich

	N	%
Tak	2	50%
Nie	2	50%
Ogółem	4	100%

W 1 przypadku personel szpitala utrudniał duchownemu dotarcie na spotkanie. Osoby badane nie podały jednak, kto z personelu utrudniał spotkanie i czy podejmowano jakąś interwencję w tej sprawie. Nie wskazano również, w jakim miejscu szpitala odbyło się spotkanie z osobą duchowną.

TABELA 78. Czy pracownicy szpitala utrudniali duchownemu dotarcie na spotkanie z bliską Ci osobą? – doświadczenia osób bliskich

	N	%
Tak	1	25%
Nie	3	75%
Ogółem	4	100%



Zdaniem osób badanych szpitale nie są dostatecznie przygotowane do zapewnienia posługi duchowej osobom deklarującym przynależność do mniejszościowych związków wyznaniowych...

Niepokoić mogą również zgłoszenia badanych osób, że personelowi szpitala zdarza się reagować negatywnie i utrudniać osobom duchownym realizację posługi.

Posługa osób duchownych innych wyznań niż rzymskokatolickie – opinie z pytań otwartych

Jeden z respondentów – przedstawicielei wyznania mniejszościowego – zaznaczył w ankiecie, że personel szpitala aktywnie wspierał go w zorganizowaniu spotkania z jego pastorem.

Personel aktywnie wyjaśniał moje wątpliwości dotyczące wizyty pastora i zachęcał do skorzystania z tej możliwości, co nastąpiło pomimo przynależności do Kościoła mniejszościowego nie czułem żadnej dyskryminacji, wręcz przeciwnie (Kościół Chrześcijan Baptystów).

Zanotowano także, że w niektórych szpitalach dostępne są dane kontaktowe osób duchownych różnych wyznań lub takowe powinny tam się znajdować.

Powinna być podana na każdym oddziale aktualna informacja o posłudze duszpasterskiej prowadzonej przez inne Kościoły (nie rzymsko-katolickie).

W wielu placówkach ochrony zdrowia jest dostępność kontaktu z innymi wyznaniami, udostępnione były informacje z danymi kontaktowymi poszczególnych parafii różnych wyznań (adres, telefon).

Dobra informacja o możliwości kontaktu z duchownym odpowiedniego dla mnie wyznania.

Zwrócono uwagę na ograniczony niekiedy charakter takiego spisu osób duchownych.

W czasie pobytu w szpitalu brakowało posługi duchownych wyznania ewangelickiego. W dyżurce nie było nawet żadnej informacji odnośnie takiej możliwości. Były tylko numery telefonów do duchownych wyznania rzymskokatolickiego i prawosławnego.

Niestety w szpitalach nie ma kapelanów ani nabożeństw Kościoła Starokatolickiego Mariawitów.

Inna osoba zapisała uwagę, że o ile obecność księdza rzymskokatolickiego w szpitalu była podczas pandemii akceptowana, to niemożliwe było spotkanie z osobą duchowną jej wyznania. Uznała, że był to efekt niechęci personelu, a nie ograniczeń pandemicznych.

Zastłonił się Covidem podczas gdy ksiądz nie szkodził (Kościół Boży).

Wyznawczyni religii wiccańskiej (wicca aleksandryjska) zapisała, że personel szpitala uznał, że jej religia nie istnieje.

Twierdzono, że wymyślam, nie ma takiego wyznania i że nasi kapłani i kapłanki nie istnieją.

Inna osoba relacjonowała trudności, jakie towarzyszyły zaproszeniu osoby duchownej do odwiedzin w szpitalu.

Ogólnie jest to respektowane na poziomie dostatecznym. Podzielę się jednak własnym doświadczeniem. z którego wynika, że jest różnica traktowania w tym podejścia do innego wyznania religijnego niż Kościół Katolicki. Raz przy posłudze w szpitalu na oddziale intensywnej terapii był problem z osobą duchowną przybyłą w celu usłużenia na prośbę rodziny itp. Wszystko skończyło się dobrze, ale emocje i nieprzyjemna wymiana zdań między pielęgniarką a rodziną wystąpiła.

Pobyt w szpitalu: praktyki religijne wyznań mniejszościowych

Pobyt w szpitalu: praktyki religijne wyznań mniejszościowych – doświadczenia własne osób badanych

Osoby uczestniczące w badaniu, które deklarowały przynależność do Kościoła, wyznania, grupy religijnej lub wspólnoty religijnej (poza Kościołem rzymskokatolickim) zostały zapytane o to, czy w trakcie ich pobytu na terenie szpitala były organizowane obrzędy religijne ich wyznania, w których mogło uczestniczyć kilka osób. 4 osoby potwierdziły, że takie obrzędy miały miejsce (były to osoby deklarujące przynależność do: Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego, Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego, Ligi Muzułmańskiej, w jednym przypadku nie podano wyznania).

TABELA 79. Czy w trakcie pobytu były organizowane obrzędy religijne Twojego wyznania na terenie szpitala, w których mogło uczestniczyć kilka osób? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak	4	4%
Nie	59	64%
Trudno powiedzieć/ Nie wiem	7	8%
Nie chcę podawać	22	24%
Ogółem	92	100%

Osoby ankietowane zapytano także o możliwość wykonywania indywidualnych praktyk religijnych.

Okolo 40% osób badanych, czyli takich, które zadeklarowały przynależność do Kościoła, wyznania, grupy religijnej lub wspólnoty religijnej (poza Kościołem rzymskokatolickim) twierdziło, że miały możliwość wykonywania indywidualnych praktyk religijnych i niemal wszyscy wykonywali takie praktyki, jeżeli stan zdrowia im na to pozwalał. Możliwości takiej nie miała jednak niemal co piąta osoba (18%).

TABELA 80. Czy w trakcie pobytu miałeś_aś możliwość wykonywania indywidualnych praktyk religijnych, np. modlitwa, medytacja – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak, miałem_am i wykonywałem_am takie praktyki	36	39%
Tak, miałem_am, ale mój stan zdrowia na to nie pozwalał	2	2%
Nie miałem_am	17	18%
Trudno powiedzieć	10	11%
Nie chcę podawać	27	29%
Ogółem	92	100%

Część osób badanych wspomniało w ankiecie, że potrzebują osobnego lub cichego miejsca, innego niż sala chorych, do wypełniania indywidualnych praktyk religijnych. Stosunkowo często taką potrzebę zgłaszały osoby deklarujące przynależność do wyznań niechrześcijańskich.

TABELA 81. A jeżeli chodzi o indywidualne praktyki religijne Twojego wyznania, to czy do ich wypełniania potrzebne jest osobne lub ciche miejsce, inne niż sala dla pacjentów? – doświadczenia własne osób badanych

	Ogółem	Chrześcijaństwo: inne	Wyznania niechrześcijańskie
Tak	25	8	17
	37%	20%	65%
Nie	31	27	4
	46%	66%	15%
Trudno powiedzieć	10	5	5
	15%	12%	19%
Nie chcę podawać	1	1	0
	1%	2%	0%
Ogółem	67	41	26
	100%	100%	100%

Zdecydowana większość osób badanych przyznało, że swoje indywidualne praktyki religijne wykonywali na sali chorych lub w korytarzu szpitalnym. Niektórzy korzystali również z innych pomieszczeń szpitala, np. świetlicy. Z pomieszczeń kaplicy szpitalnej korzystały tylko osoby identyfikujące się z wyznaniem chrześcijańskimi.

TABELA 82. W jakim miejscu miałeś_aś możliwość wykonywać indywidualne praktyki religijne, np. modlitwa, medytacja? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=38) – doświadczenia własne osób badanych

	Liczba wskazań	% obserwacji
Sala chorych w obecności innych pacjentów	30	50%
Sala chorych bez obecności innych pacjentów	8	13%
Korytarz szpitalny	9	15%
Świetlica	7	12%
Kaplica szpitalna	4	7%
Inne pomieszczenie	1	2%
Nie pamiętam	1	2%

Na pytanie o reakcję na praktyki religijne odpowiadały osoby, które w trakcie pobytu uczestniczyły w obrzędach religijnych swojego wyznania na terenie szpitala oraz równocześnie takie, które w tym czasie wykonywały indywidualne praktyki religijne. Zdecydowana większość spośród tych osób nie spotkała się z negatywnymi reakcjami związanymi ze swoimi praktykami religijnymi. Trzy osoby zwróciły natomiast uwagę na negatywne reakcje ze strony personelu pielęgniarskiego, personelu niemedycznego oraz innych osób hospitalizowanych, ale żadna z nich nie podejmowała z tego powodu interwencji.

TABELA 83. Czy w związku z Twoimi praktykami religijnymi spotkałeś_aś się z negatywnymi reakcjami? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak	3	8%
Nie	29	78%
Trudno powiedzieć	5	14%
Ogółem	37	100%

Pobyt w szpitalu: praktyki religijne wyznań mniejszościowych – doświadczenia osób bliskich

Osoby uczestniczące w badaniu, które deklarowały, że ich bliscy przynależą do Kościoła, wyznania, grupy religijnej lub wspólnoty religijnej (poza Kościołem rzymskokatolickim) w 4 przypadkach potwierdziły, że w trakcie hospitalizacji ich bliskich były organizowane obrzędy religijne ich wyznania, w których mogło uczestniczyć kilka osób (Polski Autokefaliczny Kościół Prawosławny, Kościół Starokatolicki Mariawitów, w dwóch przypadkach nie podano wyznania).

TABELA 84. Czy w trakcie pobytu w szpitalu bliskiej Ci osoby były organizowane obrzędy religijne jej wyznania na terenie szpitala, w których mogło uczestniczyć kilka osób? – doświadczenia osób bliskich

	N	%
Tak	4	22%
Nie	59	61%
Trudno powiedzieć/ Nie wiem	7	17%
Nie chcę podawać	22	100%
Ogółem	92	22%

Zdaniem osób badanych, 10 osób spośród ich bliskich miało możliwość wykonywania indywidualnych praktyk religijnych i 6 z nich wykonywało takie praktyki, 4 natomiast nie pozwalał na to stan zdrowia.

TABELA 85. Czy w trakcie pobytu bliska Ci osoba miała możliwość wykonywania indywidualnych praktyk religijnych, np. modlitwa, medytacja? – doświadczenia osób bliskich

	N	%
Tak miał_a i wykonywał_a takie praktyki	6	33%
Tak miał_a, ale stan zdrowia na to nie pozwalał	4	22%
Nie miał_a	3	17%
Trudno powiedzieć	3	17%
Nie pamiętam	1	6%
Nie chcę podawać/ Nie wiem	1	6%
Ogółem	18	100%

5 osób wypełniających ankietę zgłosiło, że ich bliscy potrzebują do wypełniania indywidualnych praktyk religijnych osobnego lub cichego miejsca, innego niż sala chorych. Częściej taką potrzebę osoby badane zgłaszały względem swoich bliskich wyznań chrześcijańskich.

TABELA 86. A jeżeli chodzi o indywidualne praktyki religijne wyznania bliskiej Ci osoby, to czy do ich wypełniania potrzebne jest osobne lub ciche miejsce, inne niż sala dla pacjentów? – doświadczenia osób bliskich

	Ogółem	Chrześcijaństwo: inne	Wyznania niechrześcijańskie
Tak	6	5	1
	35%	33%	50%
Nie	8	7	1
	47%	47%	50%
Trudno powiedzieć	3	3	0
	18%	20%	0%
Ogółem	17	15	2
	100%	100%	100%

Większość bliskich osób badanych swoje indywidualne praktyki religijne wykonywało na sali chorych, 3 osoby korzystały również z kaplicy szpitalnej. Nikt z nich nie spotkał się z negatywnymi reakcjami związanymi ze swoimi praktykami religijnymi.

TABELA 87. W jakim miejscu bliska Ci osoba miała możliwość wykonywać indywidualne praktyki religijne, np. modlitwa, medytacja? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=10) – doświadczenia osób bliskich

	Liczba wskazań	% obserwacji
Sala chorych w obecności innych pacjentów	8	80%
Sala chorych bez obecności innych pacjentów	3	30%
Kaplica szpitalna	3	30%



Osoby hospitalizowane swoje indywidualne praktyki religijne wykonywały najczęściej bezpośrednio w sali chorych. Wykorzystywały do tego celu również inne pomieszczenia szpitalne tj. korytarze, świetlicę. Równocześnie szereg osób pisało o potrzebie korzystania wtedy z cichego, spokojnego miejsca.

Praktyki religijne wyznań mniejszościowych – opinie z pytań otwartych

W ankietach wielokrotnie postulowano wprowadzenie zasady „zamawiania” wizyty osoby duchownej przez osoby zainteresowane.

Kapelani powinni przychodzić tylko na wyraźne życzenie pacjentów, a w pomieszczeniach nie powinno być krzyży itp.

Zwracano także uwagę na trudności pojawiające się podczas posług duchowych odbywających się w wieloosobowych salach.

W ciągu jednego dnia do sali 3 pacjentek wszedł ksiądz. Rozmawiał tylko z jedną w obecności pozostałych. Rozdawał również oplatek – komunię, jedna osoba ją przyjęła na sali, dwie inne leżały w łóżku, ja akurat rozmawiałam przez telefon. Sytuacja niezręczna dla mnie i dla tej osoby wierzącej chyba też. Uważam, że powinno zapewnić się komfort i intymność pacjentom, jednym i drugim.

W gabinecie lekarza specjalisty na półce ustawione były figurki świętych – uważam, że to niestosowne. Natomiast w szpitalu do sali podczas obu pobytów wchodził kapelan i oferował spowiedź i komunię. Nie był nachalny i nie nalegał

przy odmowie, ale w obu przypadkach pacjentki były chodzące, więc mogły korzystać z przeznaczonych do tego pomieszczeń. Dla mnie to było krępujące, nie chcąc uczestniczyć w tych obrzędach musiałam wyjść z sali.

W sytuacji, gdy osoby hospitalizowane są leżące uniknięcie opisanej powyżej „niezręcznej” czy „krępującej” sytuacji może być trudne. Inaczej w sytuacji, gdy osoby hospitalizowane mogą się poruszać – wtedy mogą wraz z osobą duchowną udać się do kaplicy lub innego wydzielonego pomieszczenia zapewniającego im odpowiednie warunki.

Delegowanie odrębnego pomieszczenia, mogącego służyć osobom hospitalizowanym do modlitwy, medytacji czy spotkań z osobą duchowną swojego wyznania, jest o tyle ważne, że w ten sposób zadbano by o komfort wszystkich osób pacjenckich.

Nie doświadczyłem dyskryminacji, ponieważ buddyzm jest z natury mało restrykcyjny, jeśli chodzi o dietę – (wegetarianizm jest zalecany, nie wymagany). Jedyny problem to brak miejsca do praktyki w ciszy, ale to zrozumiałe ze względu na marginalność tej ścieżki duchowej – bo w wielu odłamach trudno nazwać ją religią.

W kontekście pytań o miejsca do modlitwy pojawiła się też uwaga, że w szpitalach brakuje takich miejsc dla kobiet.

W szpitalach brakuje miejsca do modlitwy, szczególnie dla kobiet.

Warto zaznaczyć także, że część osób badanych identyfikujących się z wyznaniem mniejszościowymi zaznaczało w ankiecie, że nie doświadczyli podczas pobytu w szpitalu żadnych nieprzyjemności czy dyskryminacji z uwagi na wyznawaną przez siebie religię. Niektórzy raportowali nawet bardzo pozytywne doświadczenia w tym zakresie.

Miałem zabieg w Szpitalu Bonifratrów, który wymagał wizyt kontrolnych przez kilkanaście tygodni. Personel w części stanowiły siostry zakonne. Nigdy nie zostały poruszane kwestie religijności. Pełen profesjonalizm medyczny.

Nie zauważyłam wpływu wyznania na opiekę medyczną.

Zarówno osoby z KK jak i innych wyznań, które przebywały w szpitalu były traktowane na równi i z szacunkiem i umożliwiona była im praktyka religijna w innych salach przeznaczonych np. jako świetlica. Nikt nikomu nie zabrania czy też nie narzuca swoich praktyk religijnych.

Osobiście nie spotkałem się z gorszym traktowaniem z racji swojej przynależności religijnej. Widać wyraźnie, że bardzo się to zmieniło względem poprzednich dziesięcioleci, kiedy to „innowiercy” mieli po prostu gorzej w tego typu miejscach publicznych.

Potrzeby w tym zakresie są różne w zależności od wyznania, co przedstawia kilka przykładowych opisów pozostawionych przez niektóre osoby uczestniczące w ankiecie – zostały one bowiem zapytane, na czym polegają praktyki i obrzędy religijne ich wyznania:

Modlitwa 5 razy dziennie. Zawsze pytam pacjentki, z którymi dzielę salę czy nie mają nic przeciwko, że będę się przy nich modlić i nie ma problemu, ale gdy pytam pielęgniarki czy jest gdzieś ciche miejsce do modlitwy inne niż kaplica to mówią, że nie ma.

Modlitwa 5 razy dziennie.

Modlitwa, rytualne obmycie ciała.

Śpiew, głośna modlitwa ustna.

Medytacja.

Modlitwa Obowiązkowa, przed odmówieniem modlitwy trzeba umyć twarz i ręce oraz odmówić modlitwę w samotności.

Do codziennego czytania Biblii i modlitwy potrzebne jest miejsce ciche, bez głośnych/angażujących rozmów w tle, telewizora, radia. W zależności od zachowania sąsiadów – może to się odbywać we wspólnej sali z innymi pacjentami.

Modlitwy poranne i wieczorne.

Modlitwa w skupieniu i często nagłos.

Medytacja, zwłaszcza w sytuacji lęku i bólu, wymaga raczej ciszy i odcięcia się od innych osób. Miło byłoby mieć też posążek Buddy i możliwość modlenia się we własnej tradycji.

Potrzebny jest Krzyż naszego wyznania. W modlitwie nie mogą uczestniczyć osoby innego wyznania.

Każda modlitwa wymaga trochę prywatności, bo jest rodzajem rozmowy. Kiedy gadamy z bliskimi też przydaje się ciche miejsce.

Spowiedź i Eucharystia, a także rozmowa duszpasterska i nabożeństwo ewangelickie.

Adoracja Przenajświętszego Sakramentu.

Trudności w wypełnianiu praktyk religijnych swojego wyznania – opinie z pytań otwartych

Osoby uczestniczące w badaniu, które przyznały, że nie miały możliwości wypełniania praktyk religijnych swojego wyznania zapytano o powody. W odpowiedzi często raportowano brak odpowiedniego miejsca do wypełniania praktyk religijnych, które gwarantowałyby spokój i odpowiednie wyciszenie.

Nie ma kaplic przeznaczonych dla protestantów.

Brak miejsca do praktyki.

Na Stadionie Narodowym nie było takiego miejsca a duże przestrzenie i odgłosy dobiegające zewsząd utrudniały skupienie. Wręcz przeciwnie drażniły.

Brak możliwości wyciszenia.

Nie przewidziano takiej możliwości. Były one tylko dla katolików, którzy mieli zapewnioną opiekę duszpasterską.

Bo w szpitalach nie ma miejsc, w których można być samemu. Często nawet prysznic są łączone.

Osoby badane sygnalizowały także trudności związane z faktem, że ich potrzeby religijne były nieakceptowane albo lekceważone lub nieznanne dla personelu szpitala.

Nieakceptowane przez szpital, personel i pacjentów.

Kazali mi przyjść w Szabat.

Pobyt w szpitalu: kaplica szpitalna/miejsca do modlitwy/ praktyk religijnych na terenie szpitala

Pobyt w szpitalu: kaplica szpitalna/ miejsca do modlitwy/ praktyk religijnych na terenie szpitala – doświadczenia własne osób badanych

Analizując wyniki zauważamy, że co druga osoba korzystająca ze szpitala publicznego wskazała, że była w nim kaplica lub jakieś dedykowane miejsce do spotkań/ praktyk religijnych. Najczęściej badane osoby (42%) zauważyły, że miejscem tym była właśnie kaplica rzymskokatolicka, a tylko w 7 (2%) przypadkach wskazano na kaplicę ekumeniczną.

TABELA 88. Czy w szpitalu była kaplica lub jakieś dedykowane miejsce do spotkań/ praktyk religijnych? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Kaplica rzymskokatolicka	159	42%
Kaplica ekumeniczna	7	2%
Było, ale nie wiem co to za miejsce	12	3%
Nie było takiego miejsca	15	4%
Trudno powiedzieć/ Nie wiem / Nie pamiętam	106	28%
Nie chcę podawać	81	21%
Ogółem	380	100%

Według osób badanych w obu rodzajach kaplic (rzymskokatolicka, ekumeniczna) znajdowały się symbole religijne takie jak: krzyże, obrazy religijne, figury, rzeźby, płaskorzeźby, pomniki świętych.

Badane osoby, które wskazały, że w miejscach tych znajdowały się krzyże dopytano o ich wygląd – większość wskazała (57%), że były to krzyże z figurą Chrystusa, 6% osób ankietowanych (6 osób) zauważyło krzyże bez figury Chrystusa, a pozostałe osoby badane nie pamiętały tych szczegółów.

Zdaniem zdecydowanej większości, krzyże które były we wskazanych miejscach praktyk religijnych były czteroramienne (1 belka poprzeczna), jedna osoba wskazała na krzyż sześcioramienny (2 belki poprzeczne).

Jeżeli chodzi o utożsamianie symbolu krzyża z wyznaniem, to zdaniem zdecydowanej większości, krzyże te były symbolem Kościoła rzymskokatolickiego, dwie osoby wskazały na Kościół prawosławny, jedna na Kościół greckokatolicki.

TABELA 89. Istnienie miejsca dedykowanego do spotkań/praktyk religijnych z uwzględnieniem symboli religijnych, umieszczonych w tych pomieszczeniach (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=178) – doświadczenia własne osób badanych

	Krzyż/ krzyże	Obrazy religijne	Figury, rzeźby, płaskorzeźby, pomniki świętych	Ołtarz	Nie było tam żadnych symboli religijnych	Trudno powiedzieć/ Nie wiem/ Nie pamiętam
Kaplica rzymskokatolicka	89	63	41	1	1	63
Kaplica ekumeniczna	3	2	2	0	0	3
Było, ale nie wiem co to za miejsce	7	1	1	0	0	6
Ogółem N	99	66	44	1	1	72
% obserwacji	56%	38%	25%	1%	1%	40%

Zdaniem niemal 40% osób biorących udział w badaniu, które były w ostatnich latach hospitalizowane symbole religijne znajdowały się w szpitalu nie tylko w kaplicy szpitalnej, ale również w innych pomieszczeniach szpitala.

TABELA 90. Pomijając kaplicę szpitalną, czy w innych pomieszczeniach szpitalnych były jakieś symbole religijne? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak	149	39%
Nie	34	9%
Trudno powiedzieć / Nie wiem/ Nie pamiętam	113	30%
Nie chcę podawać	84	22%
Ogółem	380	100%

Najczęściej wskazywano, że symbole te znajdowały się w salach pacjentów (84%), dyżurce zespołu pielęgniarskiego (30%), korytarzach (26%), izbie przyjęć oraz świetlicy (20%).

TABELA 91. W jakich pomieszczeniach znajdowały się te symbole religijne? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=149) – doświadczenia własne osób badanych

	Liczba wskazań	% obserwacji
Salę pacjentów	125	84%
Dyżurka pielęgniarek	44	30%
Korytarze	38	26%
Izba przyjęć	31	21%
Świetlica	30	20%
Gabinety lekarzy	26	17%
Pomieszczenia socjalne lekarzy i pielęgniarek	22	15%
Dziedziniec szpitala	10	7%
Punkt poboru krwi	1	1%
Trudno powiedzieć/ Nie wiem	3	2%
Nie pamiętam	7	5%

Osoby badane, którzy zapamiętały, że poza kaplicą w szpitalu znajdowały się symbole religijne, najczęściej wymieniały krzyże (95% wskazań) oraz obrazy religijne (33% wskazań). Zdaniem zdecydowanej większości, krzyże

w pomieszczeniach szpitalnych były czteroramienne i symbolizowały Kościół rzymskokatolicki. Tylko jedna osoba wskazała na Kościół greckokatolicki. Co ok. druga osoba badana zauważyła (52%), że krzyże posiadały figurę Chrystusa, a co czwarta, że krzyże były bez takiej figury (26%). Natomiast co trzecia osoba nie pamiętała, jak dokładnie wyglądały krzyże.

TABELA 92. Jakie symbole religijne były w tych innych pomieszczeniach szpitala? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=149) – doświadczenia własne osób badanych

	Liczba wskazań	% obserwacji
Krzyż, krzyże	142	95%
Obrazy religijne	33	22%
Figury, rzeźby, płaskorzeźby, pomniki świętych	7	5%
Małe obrazki świętych	4	3%

Zdaniem osób badanych, poza symbolami, na terenie szpitala znajdowały się również różne przedmioty religijne. Najczęściej były to plakaty religijne oraz informatory z treściami religijnymi. Zdaniem większości osób badanych były to przedmioty związane z Kościołem rzymskokatolickim (96%), dwie osoby wskazały na Kościół prawosławny, a pojedynczo wskazywano na Kościół ewangelicki, Stowarzyszenie Gedeonitów, Świadców Jehowy. Jedna z badanych osób wskazała, że była to lista kontaktowa do duchownych różnych wyznań (w tym niechrześcijańskich).

TABELA 93. Pomijając kaplicę szpitalną, czy w innych pomieszczeniach szpitalnych były jakieś przedmioty religijne? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=287) – doświadczenia własne osób badanych

	Liczba wskazań	% obserwacji
Plakaty religijne	29	10%
Informatory z treściami religijnymi	40	14%
Teksty modlitw	14	5%
Biblie	15	5%

TABELA 93. Ciąg dalszy

	Liczba wskazań	% obserwacji
Nie było takich przedmiotów	107	37%
Trudno powiedzieć	79	28%
Nie wiem/ Nie chcę podawać	33	11%

Przedmioty religijne, zdaniem osób badanych znajdowały się głównie na korytarzach (wskazało na to 63% badanych), w salach chorych (32% wskazań) oraz na świetlicy (29% wskazań).

TABELA 94. W jakich pomieszczeniach znajdowały się te przedmioty? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=68) – doświadczenia własne osób badanych

	Liczba wskazań	% obserwacji
Korytarze	43	63%
Salę pacjentów	22	32%
Świetlica	20	29%
Izba przyjęć	11	16%
Dyżurka pielęgniarek	8	12%
Dziedziniec szpitala	6	9%
Pomieszczenia socjalne lekarzy i pielęgniarek	4	6%
Gabinety lekarzy	3	4%
Poczekalnia	2	3%
Trudno powiedzieć/ Nie wiem	1	1%
Nie pamiętam	1	1%

Pobyt w szpitalu: kaplica szpitalna/ miejsca do modlitwy/ praktyk religijnych na terenie szpitala – doświadczenia osób bliskich

65% ankietowanych opowiadających o doświadczeniach swoich bliskich zauważyło, że w szpitalu była kaplica lub jakieś dedykowane miejsce do spotkań/ praktyk religijnych. W zdecydowanej większości badane osoby zauważyły, że

miejszem tym była kaplica rzymskokatolicka, w 3 przypadkach wskazano na kaplicę ekumeniczną.

TABELA 95. Czy w szpitalu była kaplica lub jakieś dedykowane miejsce do spotkań/praktyk religijnych? – doświadczenia osób bliskich

	N	%
Kaplica rzymskokatolicka	68	62%
Kaplica ekumeniczna	3	3%
Nie było takiego miejsca	5	5%
Trudno powiedzieć/ nie wiem	24	22%
Nie pamiętam	4	4%
Nie chcę podawać/ Nie wiem	6	5%
Ogółem	110	100%

Według osób badanych w obu tych miejscach znajdowały się symbole religijne, takie jak: krzyże, obrazy religijne, figury, rzeźby, płaskorzeźby, pomniki świętych.

Osoby biorące udział w badaniu, które wskazały, że w miejscach tych znajdowały się krzyże dopytano o ich wygląd – większość wskazała (61%), że były to krzyże z figurą Chrystusa, 9% osób badanych (4 osoby) zauważyło krzyże bez figury Chrystusa, a pozostałe osoby nie pamiętały tych szczegółów.

Według zdecydowanej większości (76% – 35 osób), krzyże które były we wskazanych miejscach praktyk religijnych były czteroramienne (1 belka poprzeczna).

Jeżeli chodzi o utożsamianie symbolu krzyża z wyznaniem, to zdaniem zdecydowanej większości (98%), krzyże te były symbolem Kościoła rzymskokatolickiego, jedna osoba wskazała na Kościół prawosławny.

TABELA 96. Istnienie miejsca dedykowanego do spotkań/ praktyk religijnych z uwzględnieniem symboli religijnych, umieszczonych w tych pomieszczeniach (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=71) – doświadczenia osób bliskich

	Krzyż/ krzyże	Obrazy religijne	Figury, rzeźby, płaskorzeźby, pomniki świętych	Trudno powiedzieć/ Nie wiem/ Nie pamiętam
Kaplica rzymskokatolicka	44	33	24	21
Kaplica ekumeniczna	2	2	1	1
Ogółem N	46	35	25	22
% obserwacji	65%	49%	35%	31%

Zdaniem niemal 45% badanych osób, które opowiadały o doświadczeniach swoich bliskich, którzy byli w ostatnich latach hospitalizowani symbole religijne znajdowały się w szpitalu nie tylko w kaplicy szpitalnej, ale również w innych pomieszczeniach szpitala.

TABELA 97. Pomijając kaplicę szpitalną, czy w innych pomieszczeniach szpitalnych były jakieś symbole religijne? – doświadczenia osób bliskich

	N	%
Tak	49	45%
Nie	11	10%
Trudno powiedzieć/Nie wiem/Nie pamiętam	46	42%
Nie chcę podawać	3	3%
Ogółem	109	100%

Najczęściej wskazywano, że symbole te znajdowały się w salach chorych (86%), na świetlicy (37%), korytarzach (33%), w dyżurce zespołu pielęgniarskiego (31%) oraz izbie przyjęć (27%).

TABELA 98. W jakich pomieszczeniach znajdowały się te symbole religijne? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=49) – doświadczenia osób bliskich

	Liczba wskazań	% obserwacji
Sale pacjentów	42	86%
Korytarze	16	33%
Izba przyjęć	13	27%
Gabinety lekarzy	10	20%
Pomieszczenia socjalne lekarzy i pielęgniarek	9	18%
Dyżurka pielęgniarek	15	31%
Świetlica	18	37%
Dziedziniec szpitala	11	22%
Trudno powiedzieć/ Nie wiem	1	2%
Nie pamiętam	1	2%

Osoby badane, które zapamiętały, że poza kaplicą w szpitalu, podczas pobytu ich bliskich, znajdowały się symbole religijne, najczęściej wymieniały krzyże (96% wskazań) oraz obrazy religijne (33% wskazań). Zdaniem wszystkich, którzy zapamiętali wygląd krzyży w pomieszczeniach szpitalnych, były one czteroramienne i symbolizowały Kościół rzymskokatolicki (96%), 2 osoby wskazały na Kościół prawosławny. 75% zauważyło, że krzyże posiadały figurę Chrystusa, a co czwarta, że krzyże były bez takiej figury (26%). Natomiast co trzecia osoba badana nie pamiętała dokładnie ich wyglądu.

TABELA 99. Jakie symbole religijne były w tych innych pomieszczeniach szpitala? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=49) – doświadczenia osób bliskich

	Liczba wskazań	% obserwacji
Krzyż, krzyże	47	96%
Obrazy religijne	16	33%
Figury, rzeźby, płaskorzeźby, pomniki świętych	4	8%
Małe obrazki świętych	1	2%

Zdaniem osób wypełniających ankietę, które dzieliły się doświadczeniami z pobytu w szpitalu swoich bliskich, poza symbolami religijnymi, na terenie szpitala znajdowały się również różne przedmioty religijne. Najczęściej były to plakaty religijne oraz informatory z treściami religijnymi. Osoby badane, które zapamiętały te przedmioty twierdziły, że były związane z Kościołem rzymskokatolickim (91% – 20 osób).

TABELA 100. Pomijając kaplicę szpitalną, czy w innych pomieszczeniach szpitalnych były jakieś przedmioty religijne? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=109) – doświadczenia osób bliskich

	Liczba wskazań	% obserwacji
Plakaty religijne	13	12%
Teksty modlitw	4	4%
Informatory z treściami religijnymi	13	12%
Biblie	6	6%
Nie było takich przedmiotów	26	24%
Trudno powiedzieć/ Nie wiem	45	41%
Nie pamiętam/ Nie chcę podawać	16	15%

Przedmioty religijne, zdaniem osób badanych znajdowały się głównie na korytarzach (wskazało na to 64% badanych – 14 wskazań), w salach chorych (50% – 11 wskazań) oraz w izbie przyjęć (36% – 8 wskazań).

TABELA 101. W jakich pomieszczeniach znajdowały się te przedmioty? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=22) – doświadczenia osób bliskich

	Liczba wskazań	% obserwacji
Salę pacjentów	11	50%
Korytarze	14	64%
Izba przyjęć	8	36%
Gabinety lekarzy	1	5%
Pomieszczenia socjalne lekarzy i pielęgniarek	2	9%

TABELA 101. Ciąg dalszy

	Liczba wskazań	% obserwacji
Dyżurka pielęgniarek	4	18%
Świetlica	6	27%
Dziedziniec szpitala	1	5%
Trudno powiedzieć/ Nie wiem	1	5%



Osoby badane raportowały, że na terenie szpitali, jako miejsca dedykowane do modlitwy i praktyk religijnych dominują kaplice rzymskokatolickie, bardzo rzadko natomiast są to kaplice ekumeniczne. W obu rodzajach kaplic spotkać można przede wszystkim symbole rzymskokatolickie (np. krzyże, obrazy, figury, rzeźby). Generalnie, należy zauważyć, że symbole religijne często można spotkać w szpitalach i umieszczane są w różnych pomieszczeniach (takich jak: sale chorych, korytarze, izby przyjęć, świetlice etc.). Najczęściej spotykanymi symbolami są krzyże, utożsamiane przez osoby badane głównie z Kościołem rzymskokatolickim.

Kaplice szpitalne – opinie z pytań otwartych

Kilka osób zanotowało w pytaniach otwartych uwagi, że nabożeństwa w szpitalnej kaplicy były zbyt głośne i przeszkadzały innym pacjentom.

Głośna msza w kościelnej kaplicy.

Wszędzie były powieszzone krzyże, ksiądz przechadzał się po korytarzach, z kaplicy dobiegały głośne nabożeństwa.

Konieczność wysłuchania niedzielnej mszy – mój pokój był zlokalizowany niedaleko szpitalnej kaplicy.

Kilkakrotnie zwrócono uwagę także na brak w szpitalach kaplic ekumenicznych. Pojawiły się też sugestie, że takie kaplice powinny być wprowadzone.

Kaplice szpitalne są zdecydowanie przeznaczone dla katolików i nie uwzględniają innych wyznań.

Brak jest w szpitalach kaplic ekumenicznych.

Uważam, że placówki te powinny być wolne od symboli religijnych poza specjalnie wyznaczonymi miejscami, jak np. kaplica. A jeśli kaplica, to tylko ekumeniczna.

Kaplice szpitalne powinny mieć zdecydowanie wystrój ekumeniczny; powinny być dostępne Biblię dla chętnych pacjentów.

W szpitalach i innych miejscach publicznych na Zachodzie widziałam kaplice ekumeniczne i bezwyznaniowe miejsca modlitwy do medytacji. Bardzo mi się podobały.

Symbole religijne w szpitalu i przychodni – opinie z pytań otwartych

Osoby uczestniczące w badaniu bardzo często komentowały powszechną obecność w pomieszczeniach szpitalnych rzymskokatolickich symboli religijnych. Niektórzy zaznaczali, że budzi to ich sprzeciw i jest powodem dyskomfortu. Zapisywano uwagi, że obecność krzyży w pomieszczeniach szpitalnych stawia pod znakiem zapytania neutralność światopoglądową placówki. Sugerowano, że publiczne placówki nie powinny być „obwieszane symbolami religijnymi”.

Na wszystkich oddziałach szpitalnych, w każdej sali wiszą krzyże. Niekiedy zostawione są obrazki o tematyce religijnej. W niektórych przychodniach w gabinetach również wiszą krzyże.

Za dużo krzyży w pomieszczeniach i świętych obrazków na każdym kroku.

Wiszące wszędzie symbole jednej religii.

Krzyże na ścianach.

Nie podobają mi się krzyże wiszące w niektórych gabinetach manifestujące przekonania religijne danych pracowników państwowej służby zdrowia.

Krzyże i święte obrazki na ścianach.

Katolickie krzyże na każdej sali szpitalnej, kapelan zatrudniony na etacie z moich podatków chodzący po salach bez pytania i pukania, bez mycia i dezynfekcji rąk, bez maseczki i rękawiczek.

Zapewniano mnie o neutralności światopoglądowej placówki. Okazało się, że jest prowadzona przez katolicką fundację. [w szpitalu były] Ograniczenia na czas trwania mszy rzymskokatolickiej.

Wszędobylne święte katolickie obrazki i biblia umieszczone w szufladach, krzyżem katolickie na ścianach i korytarzach.

Znaki religijne porozwieszane na ścianach, w szafce szpitalnej najbardziej krwawa i obrzydliwa książka jaką w życiu przeczytałam – Biblia.

Ściany oklejone tzw. „świętymi obrazkami”.

Zostałam położona na dwuosobowej sali, gdzie znajdował się krzyż. Było to dla mnie krępujące: obawiałam się, że prośba o usunięcie go może wywołać negatywne reakcje personelu i drugiej pacjentki, natomiast dla buddystki obudzenie się po operacji, zmaganie z bólem i defekowanie pod krzyżem nie było komfortowe.

Pomimo iż na sali nie było krzyża na ścianie (co mnie ucieszyło), odkryłam „święty obrazek z chrystusem” wetknięty za zagłówkiem łóżka. Bardzo mnie to zdenerwowało.

W Krakowie, w Szpitalu JP2 bardzo URAZIŁY mnie wszędzie w salach wiszące nad drzwiami krzyże oraz łańcuchy po salach ksiądz katolicki. Gdy nikogo nie było, udało mi się zdjąć znad drzwi mojej sali krzyż i rzucić go na szafę. Bardzo mi się nie podobają takie symbole w państwowym szpitalu! W 2022 byłam w Szpitalu na ul Skarbowej w Krk i tam nie było żadnych symboli w salach, ale był świeżo po remoncie i pytanie czy aby wtedy jeszcze „nie zdążyli” ich powiesić... było to BARDZO MIŁE i normalne.

Moje pobyty w szpitalu są 1 dniowe, więc korzystam tylko z sali jednego dnia. Tam nie ma symboli religijnych. W poczekalni, na korytarzu leżą ulotki religijne, ale nie widziałam by ktoś je czytał.

Podobne uwagi dotyczyły obecności przedmiotów i symboli religijnych w przychodniach, gdzie te często również się znajdują. Twierdzono, że to „epatowanie” symbolami jednej religii.

Krzyże w przychodniach są nie na miejscu.

Za to epatowanie symbolami religijnymi w przychodni już tak (krzyże na ścianach, choinki na Boże Narodzenie), chodzę też do ginekologa bez sumienia, co samo w sobie jest kuriozalne, że musiałam go znaleźć.

W przychodni finansowanej przez NFZ wiszą hasła propagujące religię rzymskokatolicką, co jest sprzeczne z zasadą autonomii władzy publicznej od kościelnej.

Epatowanie symbolami religijnymi.

Epatowanie symbolami religijnymi wszędzie, w rejestracji, w gabinecie lekarskim, poczucie dyskomfortu i zaszczucia z tego powodu.

Wszędzie wisiały krzyże. To chyba przesada. Jak mają się czuć inne osoby np. wyznania judaistycznego czy mahometanie? Dominacja KrK w państwowej i prywatnej ochronie zdrowia jest wielka.

W kontekście pytania o symbole religijne w szpitalu i przychodni wielokrotnie sugerowano, że nie powinno ich być w przestrzeni świeckich placówek.

W Polsce nie są brane pod uwagę inne wyznania. Jest narzucane wyznanie dominujące.

W miejscach publicznych nie powinno być żadnych symboli religijnych – Polska wbrew opinii PiSu nie jest państwem wyznaniowym.

Jestem przeciwna symbolom religijnym w tych placówkach i obecności księży katolickich.

Mnie osobiście razi nadmiar różnego typu symboli katolickich w przestrzeni publicznych szpitali i przychodni. Każdy ma prawo do własnej wrażliwości

religijnej i nie powinien podlegać różnorodnej propagandzie jednego wyznania, tak jak to ma miejsce obecnie.

Polska jest krajem religijnej przemocy symbolicznej ze względu na wszechobecną symbolikę religijną w tym w urzędach państwowych oraz samorządowych oraz dźwięki tj. głośnieki w kościołach, na cmentarzach oraz dzwony kościelne. Dotyczy kościoła rzymskokatolickiego.

Miejsca publiczne powinny być wolne od symboli, informacji związanych z wyznaniem.

Jestem przeciwnikiem księży i kapliczek (jednowyznaniowych) w szpitalach publicznych. Z okresu dziecięcego pamiętam sytuację, gdy ksiądz (nieproszony) chodził między salami i „oferował” posługę duchową.

Pojawiła się też sugestia wprowadzania symboli, które miałyby charakter bardziej uniwersalny.

Symbole religijne powinny być bardziej neutralne np. sam krzyż, bez obrazów związanych z kultem świętych.

Pobyt w szpitalu: religijne zasady postępowania w przypadku śmierci/ umierania bliskiej osoby w szpitalu

Pobyt w szpitalu: religijne zasady postępowania w przypadku śmierci/ umierania bliskiej osoby w szpitalu – doświadczenia własne osób badanych

Osoby biorące udział w badaniu poproszone zostały o podzielenie się swoimi doświadczeniami dotyczącymi towarzyszenia bliskim osobom w momencie ich śmierci.

Niemal połowa badanych (48% – 35 osób) innego wyznania niż rzymskokatolickie, doświadczyła sytuacji umierania i/lub śmierci bliskiej osoby przebywającej w szpitalu.

Spośród osób, które doświadczyły umierania i/lub śmierci bliskiej osoby przebywającej w szpitalu 50% (18 osób) przyznało, że w ich religii są zasady, różniące się od zasad postępowania obowiązujących w religii dominującej w Polsce (rzymskokatolickiej), które dotyczą postępowania w przypadku umierania i śmierci – i dla części z nich (53% – 9 osób) zaistniała w szpitalu sytuacja, która wymagała zastosowania zasad postępowania właściwych dla ich religii.

TABELA 102. Czy w związku z umieraniem/ śmiercią bliskiej osoby w szpitalu pojawiła się sytuacja, która wymagała zastosowania zasad postępowania właściwych dla Twojej religii? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak	9	53%
Nie	7	41%
Nie chcę podawać	1	6%
Ogółem	17	100%

W dwóch przypadkach zasady te jednak nie zostały uszanowane przez personel medyczny szpitala oraz przez kapelana szpitalnego (rzymskokatolickiego). Jedna z osób szukała pomocy w tej sprawie, interweniując u osób winnych zaistniałej sytuacji, niestety interwencja nie przyniosła rozwiązania problemu.

TABELA 103. Czy zasady związane z umieraniem/ śmiercią bliskiej osoby zostały uszanowane przez pracowników szpitala? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak, zostały uszanowane	3	33%
Nie, zostały zlekceważone	2	22%
Trudno powiedzieć/ Nie pamiętam	4	44%
Ogółem	9	100%

Pobyty w szpitalu: religijne zasady postępowania w przypadku śmierci/ umierania bliskiej osoby w szpitalu – doświadczenia osób bliskich

Osoby badane zostały poproszone o podzielenie się doświadczeniami ich bliskich osób, które towarzyszyły swoim bliskim w momencie śmierci.

5 osób wskazało, że ich bliscy doświadczyli sytuacji umierania i/lub śmierci bliskiej sobie osoby przebywającej w szpitalu. 3 osoby przyznały, że w religii ich bliskich osób są zasady różniące się od zasad postępowania obowiązujących w religii dominującej w Polsce (rzymskokatolickiej), które dotyczą postępowania w przypadku umierania i śmierci – i dla 2 z nich zaistniała w szpitalu sytuacja, która wymagała zastosowania zasad postępowania właściwych dla ich religii.

W dwóch przypadkach zasady te jednak nie zostały uszanowane przez personel medyczny szpitala oraz przez kapelana szpitalnego (rzymskokatolickiego). W przypadkach tych sytuacji nie podejmowano interwencji.

Religijne zasady postępowania w przypadku śmierci/ umierania – opinie z pytań otwartych

Jedna z respondentek zapisała w ankiecie omówiony już powyżej przypadek udzielenia rzymskokatolickiego sakramentu namaszczenia chorych umierającej matce, pomimo przekazania przez córkę prośb o nieudzielanie sakramentów i informowania personelu, że matka została „zaopatrzona” w ramach swojej tradycji religijnej.

Kilka osób wypełniających ankietę zasygnalizowało trudności związane z uzyskaniem ciała zmarłej osoby. Oprócz wyznawców islamu, których religia zobowiązuje do szybkiego pochowania zmarłego, podobne trudności zanotował pacjent – przedstawiciel Staroprawosławnej Cerkwi Staroobrzędowców.

Nie poproszono kapłana, aby pomodlił się przy zmarłym; zlekceważono prośbę zmarłego i rodziny; mycie zwłok tylko przez osoby naszego wyznania. Nie dopuszczono rodziny do umycia zwłok. Nasza religia nie pozwala na mycie zwłok przez innowiercę (Staroprawosławna Cerkiew Staroobrzędowców).

Jedna z respondentek zapisała, że w związku ze śmiercią bliskiej osoby otrzymała w szpitalu broszurkę zawierającą informację o religijnym pochówku w ramach religii rzymskokatolickiej.

Dostałam broszurkę o pochówku w stylu katolickim (judaizm).

Pobyt w szpitalu: religijne zasady postępowania ze zwłokami w przypadku śmierci bliskiej osoby w szpitalu

Pobyt w szpitalu: religijne zasady postępowania ze zwłokami w przypadku śmierci bliskiej osoby w szpitalu – doświadczenia własne osób badanych

Ponad połowa badanych wyznania innego niż rzymskokatolickie doświadczyła śmierci bliskiej osoby przebywającej w szpitalu.

TABELA 104. Czy doświadczyłeś_aś śmierci bliskiej osoby przebywającej w szpitalu? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak	37	52%
Nie	32	45%
Nie chcę podawać	2	3%
Ogółem	71	100%

Co czwarta osoba badana (24%), która doświadczyła śmierci bliskiej osoby w szpitalu twierdziła, że w jej religii istnieją zasady dotyczące toalety pośmiertnej/postępowania z ciałem zmarłego, które różnią się od zasad postępowania obowiązujących w religii dominującej w Polsce (rzymskokatolickiej).

TABELA 105. Czy w Twojej religii są zasady, które różnią się od zasad postępowania obowiązujących w religii dominującej w Polsce (rzymskokatolickiej) dotyczące toalety pośmiertnej/postępowania z ciałem zmarłego? – doświadczenia własne osób badanych

	Ogółem	Chrześcijaństwo: inne	Wyznania niechrześcijańskie
Tak	9	3	6
	24%	11%	55%
Nie	23	20	3
	61%	74%	27%
Trudno powiedzieć/ Nie wiem	6	4	2
	16%	15%	18%
Ogółem	38	27	11
	100%	100%	100%

W trzech przypadkach osoby badane przyznały, że w szpitalu zaistniała sytuacja, która wymagała zastosowania zasad postępowania właściwych w tym względzie dla ich religii, przy czym w jednym przypadku zasady te nie zostały uszanowane przez personel administracyjny szpitala i osoba ta interweniowała ustnie u osoby winnej tej sytuacji, jednak interwencja nie przyniosła pozytywnego rezultatu.

TABELA 106. Czy w związku ze śmiercią bliskiej osoby w szpitalu pojawiła się sytuacja, która wymagała zastosowania zasad postępowania z ciałem zmarłego właściwych dla Twojej religii? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak	3	33%
Nie	5	56%
Trudno powiedzieć	1	11%
Ogółem	9	100%

Pobyt w szpitalu: religijne zasady postępowania ze zwłokami w przypadku śmierci bliskiej osoby w szpitalu – doświadczenia osób bliskich

Osoby uczestniczące w badaniach wskazały, że 5 osób spośród ich bliskich (29%) wyznania innego niż rzymskokatolickie doświadczyło śmierci bliskiej osoby przebywającej w szpitalu. Nie zgłoszono istnienia istotnych różnic w stosunku do wyznania dominującego.

TABELA 107. Czy bliska Ci osoba doświadczyła śmierci swojej bliskiej osoby przebywającej w szpitalu? – doświadczenia osób bliskich

	N	%
Tak	5	29%
Nie	11	65%
Nie chcę podawać/ nie wiem	1	6%
Ogółem	17	100%

Pobyt w szpitalu: religijne zasady związane z ubiorem

Pobyt w szpitalu: religijne zasady związane z ubiorem – doświadczenia własne osób badanych

Wśród osób badanych wyznania innego niż rzymskokatolickie znalazły się osoby (30%), które przyznały, iż w ich religii istnieją zasady związane z ubieraniem się, które różnią się od zasad postępowania obowiązujących w religii dominującej w Polsce.

TABELA 108. Czy w Twojej religii są zasady, różniące się od zasad postępowania obowiązujących w religii dominującej w Polsce (rzymskokatolickiej), które są związane z ubieraniem się (np. zakrywanie włosów, twarzy, innych elementów ciała, nakaz noszenia określonych elementów ubioru)? – doświadczenia własne osób badanych

	Ogółem	Chrześcijaństwo: inne	Wyznania niechrześcijańskie
Tak	21	2	19
	30%	5%	68%
Nie	46	38	8
	66%	90%	29%
Trudno powiedzieć/ Nie wiem	3	2	1
	4%	5%	4%
Ogółem	70	42	28
	100%	100%	100%

57% spośród badanych (12 osób) chciało przestrzegać tych zasad podczas pobytu w szpitalu.

TABELA 109. Czy podczas pobytu w szpitalu byłeś zobowiązany_na/ chciałeś_aś przestrzegać tych zasad? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak	12	57%
Nie	6	29%
Trudno powiedzieć/Nie wiem	2	10%
Nie pamiętam	1	5%
Ogółem	21	100%

W trzech przypadkach zgłoszono, że zasady te nie zostały uszanowane zarówno przez personel medyczny, jak i osobę kierującą oddziałem szpitalnym oraz kapelana szpitalnego (rzymskokatolickiego). W dwóch przypadkach podjęto ustną próbę interwencji u osób winnych tej sytuacji oraz osoby kierującej oddziałem szpitalnym. Interwencje te przyniosły rozwiązanie problemu tylko w jednym przypadku.

TABELA 110. Czy zasady te zostały uszanowane przez pracowników szpitala? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak, zostały uszanowane	5	42%
Nie, zostały zlekceważone	3	25%
Trudno powiedzieć	3	25%
Nie pamiętam/ Nie wiem	1	8%
Ogółem	12	100%

Pobyt w szpitalu: religijne zasady związane z ubiorem – doświadczenia osób bliskich

Osoby badane wskazały, że spośród ich bliskich wyznania innego niż rzymskokatolickie znalazła się jedna osoba, w religii której istnieją zasady związane z ubieraniem się, które różnią się od zasad postępowania obowiązujących w religii dominującej w Polsce. Osoba ta chciała przestrzegać tych zasad podczas pobytu w szpitalu. Zasady te jednak nie zostały uszanowane przez personel lekarski. Osoba ta samodzielnie podjęła ustną interwencję u osoby winnej tej sytuacji, a interwencja przyniosła rozwiązanie problemu.

Religijne zasady związane z ubiorem – opinie z pytań otwartych

Respondentka deklarująca przynależność do związku wyznaniowego Liga Muzułmańska relacjonowała wyśmiewanie i krytyczne opinie personelu medycznego szpitala na temat jej chusty, a także samego islamu. Przywołała krytyczne reakcje dwóch pielęgniarek: jedna głośno wypowiadała się na temat jej chusty, druga krytykowała islam. Zacytowała też bolesną dla niej wypowiedź lekarza, który sarkastycznie zareagował na chustę pacjentki słowami: „o widzę, że Pani podąża za nową modą”. Stanowi to przykład, z jednej strony niedopuszczalnego recenzowania wyborów religijnych i światopoglądowych pacjentów, a z drugiej wartościującego sprowadzenia ich do zjawiska „nowej mody”.

Obśmiewanie mojej chusty z innymi pielęgniarkami. Pielęgniarka głośno komentowała moją chustę na głowie na korytarzu zaraz po odejściu od mojego łóżka. [...] Druga sytuacja; lekarz sarkastycznie powiedział do mnie po wejściu

do gabinetu „o widzę że Pani podąża za nową modą”. Było to w 2017 roku. Trzecia sytuacja: podczas pobierania krwi pielęgniarka zaczęła dzielić się swoją negatywną opinią na temat islamu (Liga Muzułmańska).

Zostałam poproszona o zdjęcie nakrycia głowy i odmówiono mi opuszczenia sali przez mężczyzn (Liga Muzułmańska).

Negatywne reakcje na nakrycie głowy raportowała także członkini Gminy Wyznaniowej Żydowskiej – podczas porodu kazano jej zdjąć takie nakrycie pomimo wyjaśnień, że zakrywa włosy z powodów religijnych. Krótka informacja zamieszczona przez respondentkę w ankiecie nie pozwala jednoznacznie stwierdzić, czy sytuacja ta miała miejsce podczas porodu przebiegającego bez zakłóceń. Jeżeli tak było, to nakrycie głowy nie powinno przeszkadzać personelowi medycznemu. Jeżeli natomiast poród nie przebiegał prawidłowo, prośba o zdjęcie nakrycia głowy mogła być uzasadniona. Jeżeli zaistniała taka sytuacja, to można podejrzewać, że pacjentce nie wyjaśniono, dlaczego powinna zdjąć nakrycie głowy – pozostawiono ją z poczuciem próby naruszenia prawa do praktykowania zasad swojej religii.

Kazano mi ściągnąć nakrycie głowy podczas porodu, mimo że powiedziałam, że noszę je ze względów religijnych (Gmina Wyznaniowa Żydowska).

Respondentka zapisała, że nie zgodziła się na zdjęcie nakrycia głowy.

Powiedziałam, że chustki nie ściągnę, ale mogę założyć czepek ochronny, jeżeli problemem mogą być bakterie na ubraniu (Gmina Wyznaniowa Żydowska).

Zdarzało się, że recenzowaniu i wyśmiewaniu podlegał nie tylko strój, ale także wybór życiowy pacjentki, która związała się z wyznawcą islamu.

Wyśmiewanie, wybrania partnera i życia z partnerem wyznania islamu.

Pobyt w szpitalu: płeć lekarza, który bada kobiety lub mężczyznę a zasady religijne

Pobyt w szpitalu: płeć lekarza, który bada kobietę lub mężczyznę a zasady religijne – doświadczenia własne osób badanych

21% osób badanych wyznania innego niż rzymskokatolickie przyznało, że w ich religii są zasady, które regulują to, jakiej płci powinna być osoba z personelu lekarskiego, która bada kobietę lub mężczyznę.

TABELA 111. Czy w Twojej religii są zasady, które regulują to, jakiej płci powinien być lekarz, który bada kobietę lub mężczyznę? – doświadczenia własne osób badanych

	Ogółem	Chrześcijaństwo: inne	Wyznania niechrześcijańskie
Tak	15	2	13
	21%	5%	46%
Nie	53	39	14
	76%	93%	50%
Nie chcę podawać	2	1	1
	3%	2%	4%
Ogółem	70	42	28
	100%	100%	100%

Niemal wszystkie osoby ankietowane, które wskazały, że w ich religii są zasady, które regulują to, jakiej płci powinna być osoba z personelu lekarskiego, badająca kobietę lub mężczyznę zgodzili się ze stwierdzeniem, że kobietę powinna badać kobieta. Dla większości taka zasada obowiązuje również w odniesieniu do zgodności płci lekarza i pacjenta w przypadku mężczyzny.

TABELA 112. Która z opcji charakteryzuje Twoją religię – płeć lekarza v. płeć pacjenta (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=15) – doświadczenia własne osób badanych

	Liczba wskazań	% obserwacji
Kobietę powinna badać kobieta	14	93%
Mężczyznę powinien badać mężczyzna	9	60%

Spośród osób badanych, które wskazały, że ich religia reguluje płeć osoby z personelu lekarskiego i płeć badanej osoby pacjenckiej 33% (5 osób) chciało przestrzegać tych zasad podczas pobytu w szpitalu, ale w 3 przypadkach reguły te nie zostały uszanowane. Odpowiedzialnymi za zaistnienie takiej sytuacji wskazano personel medyczny szpitala.

TABELA 113. Czy podczas pobytu w szpitalu byłeś zobowiązany_na/ chciałeś_aś przestrzegać tych zasad? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak	5	33%
Nie	6	40%
Trudno powiedzieć/Nie wiem	3	20%
Nie chcę podawać	1	7%
Ogółem	15	100%

Interwencje podjęła tylko jedna z osób i zakończyła się ona rozwiązaniem problemu. Interweniowano u osoby bezpośrednio winnej tej sytuacji, miała charakter zarówno ustnej, jak i pisemnej skargi.

TABELA 114. Czy zasady te zostały uszanowane przez pracowników szpitala? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak, zostały uszanowane	1	20%
Nie, zostały zlekceważone	3	60%
Trudno powiedzieć	1	20%
Ogółem	5	100%

Pobyty w szpitalu: płeć lekarza, który bada kobietę lub mężczyznę a zasady religijne – doświadczenia osób bliskich

Osoby biorące udział w badaniu opowiadające o doświadczeniach swoich bliskich osób wskazały, że w religii ich bliskich, wyznania innego niż rzymskokatolickie, nie ma zasad, które regulują to, jakiej płci powinna być osoba z personelu lekarskiego, która bada kobietę lub mężczyznę.



W niektórych religiach istnieją szczegółowe zasady regulujące kontakty między osobami różnych płci, z których wynika też to, jakiej płci powinna być osoba z personelu lekarskiego, badająca kobietę lub mężczyznę. Taka zasada zazwyczaj reguluje sytuację, w której kobietę powinna badać kobieta, a mężczyznę mężczyzna. Jak pokazało badanie, zasady te nie zawsze są respektowane i zdarza się, że wymagają interwencji.

Zasady regulujące kontakty między osobami różnych płci – opinie z pytań otwartych

Wśród uwag zanotowanych w ankiecie pojawiły się narzekania dotyczące niewystarczającej separacji w szpitalu kobiet i mężczyzn. Jedna z respondentek opisała w ankiecie swój dyskomfort związany z tym, że w placówce, w której przebywała, sale mężczyzn i kobiet miały jedną wspólną toaletę i łazienkę.

Sala chorych kobiet obok sali chorych mężczyzn – wspólna toaleta i łazienka.

Inna respondentka narzekała na sytuację, kiedy jej łóżko zostało umieszczone na korytarzu szpitalnym. W tej sytuacji nie było mowy o separacji kobiet i mężczyzn.

Leżałam na korytarzu, obok mnie leżeli mężczyźni (Liga Muzułmańska).

W ankiecie zanotowano także brak możliwości wyboru płci lekarza.

Chirurg ginekolog i ginekolog, który chodził na obchód był mężczyzną (Kościół Wolnych Chrześcijan).

Nawet jeżeli zdarzyło się że lekarz który przyjmował na oddziale szpitalnym zapytał, czy wolałabym kobietę lekarza prowadzącego to nie było nawet takiej możliwości, nie zostało nigdzie to zapisane że mam taką preferencję, koniec końców dostałam lekarza mężczyznę podczas gdy kobiety pracowały na tym oddziale.

Pobyt w szpitalu: poród, opieka okołoporodowa a zasady religijne

Pobyt w szpitalu: poród, opieka okołoporodowa a zasady religijne – doświadczenia własne osób badanych

Wśród badanych osób wyznania innego niż rzymskokatolickie, które korzystały z usług szpitala 26% przyznało, że w ich religii istnieją reguły związane ze specjalnymi zasadami dotyczącymi porodu i opieki okołoporodowej.

TABELA 115. Czy w Twojej religii są zasady, które różnią się od zasad postępowania obowiązujących w religii dominującej w Polsce (rzymskokatolickiej), związane z porodem i opieką okołoporodową? – doświadczenia własne osób badanych

	Ogółem	Chrześcijaństwo: inne	Wyznania niechrześcijańskie
Tak	19	7	12
	26%	16%	43%
Nie	43	33	10
	60%	75%	36%
Trudno powiedzieć/ Nie wiem	9	4	5
	13%	9%	18%
Nie pamiętam	1	0	1
	1%	0%	4%
Ogółem	72	44	28
	100%	100%	100%

6 spośród osób wyznania innego niż rzymskokatolickie (32%) przyznało, że ich pobyt w szpitalu wiązał się jakoś z tymi zasadami.

TABELA 116. Czy podczas pobytu w szpitalu byłeś zobowiązany_na/ chciałeś_aś przestrzegać tych zasad? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak	6	32%
Nie	10	53%
Trudno powiedzieć/ Nie wiem	3	16%
Ogółem	19	100%

W przypadku 4 z nich zasady te nie zostały uszanowane. Winnym takiej sytuacji był personel medyczny. Osoby badane, w przypadku problemów z zachowaniem tych zasad, nie podały informacji, czy podejmowały interwencje.

TABELA 117. Czy zasady te zostały uszanowane przez pracowników szpitala? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak, zostały uszanowane	1	17%
Nie, zostały zlekceważone	4	67%
Trudno powiedzieć	1	17%
Ogółem	6	100%

Pobyt w szpitalu: poród, opieka okołoporodowa a zasady religijne – doświadczenia osób bliskich

Osoby badane w 2 przypadkach wskazały, że w religii ich bliskich wyznania innego niż rzymskokatolickie są reguły, związane ze specjalnymi zasadami dotyczącymi porodu i opieki okołoporodowej, które różnią się od zasad postępowania obowiązujących w religii dominującej w Polsce. Pobyt ich bliskich osób w szpitalu nie wiązał się jednak w żaden sposób z tymi zasadami.



W niektórych religiach istnieją określone zasady dotyczące porodu i opieki okołoporodowej. W 4 przypadkach relacjonowanych w badaniu zasady te nie zostały uszanowane przez personel medyczny.

Pobyt w szpitalu: opieka nad noworodkiem a zasady religijne

Pobyt w szpitalu: opieka nad noworodkiem a zasady religijne – doświadczenia własne osób badanych

Wśród badanych osób wyznania innego niż rzymskokatolickie 21% (15 osób) przyznało również, że w ich religii istnieją reguły związane ze specjalnymi zasadami dotyczącymi opieki nad noworodkiem.

TABELA 118. Czy w Twojej religii są zasady, które różnią się od zasad postępowania obowiązujących w religii dominującej w Polsce (rzymskokatolickiej), związane ze specjalnymi zasadami dotyczącymi opieki nad noworodkiem? – doświadczenia własne osób badanych

	Ogółem	Chrześcijaństwo: inne	Wyznania niechrześcijańskie
Tak	15	5	10
	21%	12%	34%
Nie	44	30	14
	63%	73%	48%
Trudno powiedzieć/ Nie wiem	9	5	4
	13%	12%	14%
Nie pamiętam	1	0	1
	1%	0%	3%
Nie chcę podawać	1	1	0
	1%	2%	0%
Ogółem	70	41	29
	100%	100%	100%

7 osób spośród tych, którzy przyznali, że w ich religii istnieją reguły związane ze specjalnymi zasadami dotyczącymi opieki nad noworodkiem przyznało, że ich pobyt w szpitalu wiązał się jakoś z tymi zasadami.

TABELA 119. Czy podczas pobytu w szpitalu byłeś zobowiązany_na/ chciałeś_aś przestrzegać tych zasad? – doświadczenia własne badanych

	N	%
Tak	7	44%
Nie	8	50%
Trudno powiedzieć/ Nie wiem	1	6%
Ogółem	16	100%

W przypadku 4 z nich zasady te nie zostały uszanowane przez personel medyczny oraz inne osoby hospitalizowane. 1 osoba podjęła interwencję ustną u osoby winnej zaistniałej sytuacji i to przyniosło pozytywny rezultat, problem został rozwiązany.

TABELA 120. Czy zasady te zostały uszanowane przez pracowników szpitala? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak, zostały uszanowane	2	29%
Nie, zostały zlekceważone	4	57%
Trudno powiedzieć	1	14%
Ogółem	7	100%

Pobyt w szpitalu: opieka nad noworodkiem a zasady religijne – doświadczenia osób bliskich

Osoby badane w 2 przypadkach wskazały, że w religii ich bliskich osób wyznania innego niż rzymskokatolickie istnieją reguły, związane ze specjalnymi zasadami dotyczącymi opieki nad noworodkiem, które różnią się od zasad postępowania

obowiązujących w religii dominującej w Polsce. Pobyt ich bliskich osób w szpitalu nie wiązał się jednak w żaden sposób z tymi zasadami.



W niektórych religiach istnieją określone zasady dotyczące opieki nad noworodkiem. W 4 przypadkach relacjonowanych w badaniu zasady te nie zostały uszanowane przez personel medyczny.

Opieka nad noworodkiem a zasady religijne – opinie z pytań otwartych

Wśród szczegółowych kwestii, o które dopytywano w ankiecie znalazł się też temat opieki nad noworodkiem. Jeden z respondentów przedstawiciel Staroprawosławnej Cerkwi Staroobrzędowców zapisał trudności jakich doświadczył, chcąc ochrzcić dziecko zgodnie z zasadami swojej religii – przez trzykrotne zanurzenie w wodzie.

Trzeba było ochrzcić dziecko zgodnie z naszymi zasadami – trzykrotne zanurzenie w wodzie. Dziecko było chore i lekarze nie chcieli wyrazić zgody na chrzest. Matka powiedziała, że się wypisze z dzieckiem, żeby ochrzcić i dopiero wtedy po nacisku matki wyrażono zgodę na chrzest (Staroprawosławna Cerkiew Staroobrzędowców).

Pobyt w szpitalu: nieakceptowanie leków, preparatów z powodów religijnych

Pobyt w szpitalu: nieakceptowanie leków, preparatów z powodów religijnych – doświadczenia własne osób badanych

Badane osoby zapytano, czy w ich religii są zasady, które różnią się od zasad postępowania obowiązujących w religii dominującej w Polsce, związane z nieakceptowaniem z powodów religijnych: leków/ preparatów (np. preparaty z krwi, zawierające alkohol, preparaty odzwierzęce np. z krwi, insulina wieprzowa, żelatyna wieprzowa w lekach) – 31% badanych wskazało na istnienie takich zasad.

TABELA 121. Czy w Twojej religii są zasady, które różnią się od zasad postępowania obowiązujących w religii dominującej w Polsce (rzymskokatolickiej), związane z nieakceptowaniem z powodów religijnych: leków/ preparatów (np. preparaty z krwi, zawierające alkohol, preparaty odzwierzęce np. z krwi, insulina wieprzowa, żelatyna wieprzowa w lekach)? – doświadczenia własne osób badanych

	Ogółem	Chrześcijaństwo: inne	Wyznania niechrześcijańskie
Tak	22	4	18
	31%	10%	64%
Nie	42	35	7
	60%	83%	25%
Trudno powiedzieć/ Nie wiem	3	2	1
	4%	5%	4%
Nie pamiętam	3	1	2
	4%	2%	7%
Ogółem	70	42	28
	100%	100%	100%

7 osób spośród badanych, którzy przyznali, że w ich religii są zasady, które różnią się od zasad postępowania obowiązujących w religii dominującej w Polsce, związane z nieakceptowaniem z powodów religijnych: leków/ preparatów (np. preparaty z krwi, zawierające alkohol, preparaty odzwierzęce np. z krwi, insulina wieprzowa, żelatyna wieprzowa w lekach), wskazało, że pobyt w szpitalu wiązał się w jakiś sposób z tymi zasadami.

TABELA 122. Czy pobyt w szpitalu wiązał się w jakiś sposób z tymi zasadami? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak	7	42%
Nie	12	25%
Trudno powiedzieć/ Nie wiem	2	25%
Nie pamiętam	1	8%
Ogółem	22	100%

Warto zauważyć, że wszyscy, którzy wskazali, że ich pobyt w szpitalu wiązał się w jakiś sposób z zasadami związanymi z nieakceptowaniem z powodów religijnych: leków/ preparatów (np. preparaty z krwi, zawierające alkohol, preparaty odzwierzęce np. z krwi, insulina wieprzowa, żelatyna wieprzowa w lekach) stwierdzili, że zasady te nie zostały uszanowane. Jako osoby przyczyniające się do tego wskazano personel szpitala, inne osoby hospitalizowane oraz kapelana szpitalnego (rzymskokatolickiego). Osoby badane nie interweniowały w tej sprawie lub nie chciały podać takiej informacji.

TABELA 123. Czy zasady te zostały uszanowane przez pracowników szpitala? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Nie, zostały zlekceważone	7	100%

Pobyt w szpitalu: nieakceptowanie leków, preparatów z powodów religijnych – doświadczenia osób bliskich

Jedna osoba zaznaczyła, że w religii ich bliskich osób wyznania innego niż rzymskokatolickie istnieją reguły, które różnią się od zasad postępowania obowiązujących w religii dominującej w Polsce, związane z nieakceptowaniem z powodów religijnych: leków/preparatów (np. preparaty z krwi, zawierające alkohol, preparaty odzwierzęce np. z krwi, insulina wieprzowa, żelatyna wieprzowa w lekach). Pobyt ich bliskich osób w szpitalu nie wiązał się jednak w żaden sposób z tymi regułami.



W niektórych religiach mamy do czynienia z nieakceptowaniem z powodów religijnych: leków/preparatów (np. preparaty z krwi, zawierające alkohol, preparaty odzwierzęce np. z krwi, insulina wieprzowa, żelatyna wieprzowa w lekach). W 7 przypadkach relacjonowanych w badaniu zasady te nie zostały uszanowane przez personel medyczny.

Nieakceptowanie leków, preparatów z powodów religijnych – opinie z pytań otwartych

Jedna pacjentka zanotowała, że w szpitalu podawano jej insulinę wieprzową, choć jako wyznawczyni judaizmu nie spożywa wieprzowiny. Zapisała, że nie została zapytana o zgodę, nie zaproponowano jej też zamiennika.

Mam cukrzycę typu 2 bez insuliny, ale dostawałam insulinę wieprzową – ale to rozumiem – ratowanie mi życia przy Covid-19 z zajęciem płuc. Nikt mnie nie pytał o to czy się zgadzam i nie proponowali mi zamiennika. (judaizm)

Pobyt w szpitalu: nieakceptowanie zabiegów medycznych z powodów religijnych

Pobyt w szpitalu: nieakceptowanie zabiegów medycznych z powodów religijnych – doświadczenia własne osób badanych

11% badanych osób wyznania innego niż rzymskokatolickie wskazało na istnienie w zasadach ich religii różnic w stosunku do zasad postępowania obowiązujących w religii dominującej w Polsce, związanych z nieakceptowaniem z powodów religijnych zabiegów medycznych, np. transfuzji krwi.

TABELA 124. Czy w Twojej religii są zasady, które różnią się od zasad postępowania obowiązujących w religii dominującej w Polsce (rzymskokatolickiej), związane z nieakceptowaniem z powodów religijnych zabiegów medycznych, np. transfuzja krwi? – doświadczenia własne osób badanych

	Ogółem	Chrześcijaństwo: inne	Wyznania niechrześcijańskie
Tak	8 11%	1 2%	7 24%
Nie	57 81%	40 98%	17 59%

TABELA 124. Ciąg dalszy

	Ogółem	Chrześcijaństwo: inne	Wyznania niechrześcijańskie
Trudno powiedzieć/ Nie wiem	4 6%	0 0%	4 14%
Nie pamiętam	1 1%	0 0%	1 3%
Ogółem	70 100%	41 100%	29 100%

Dla 2 z tych osób pobyt w szpitalu związany był w jakiś sposób z tymi zasadami. Nie potrafiły natomiast powiedzieć lub nie pamiętały, czy zasady te zostały uszanowane podczas ich pobytu w szpitalu.

TABELA 125. Czy pobyt w szpitalu wiązał się w jakiś sposób z tymi zasadami? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak	2	25%
Nie	4	50%
Trudno powiedzieć/ Nie wiem	2	25%
Ogółem	8	100%

Pobyt w szpitalu: nieakceptowanie zabiegów medycznych z powodów religijnych – doświadczenia osób bliskich

Badane osoby w 2 przypadkach wskazały, że w religii ich bliskich osób wyznania innego niż rzymskokatolickie istnieją reguły, związane z nieakceptowaniem z powodów religijnych zabiegów medycznych, np. transfuzja krwi, które różnią się od zasad postępowania obowiązujących w religii dominującej w Polsce. Pobyt ich bliskich osób w szpitalu nie wiązał się jednak w żaden sposób z tymi zasadami.

Nieakceptowanie zabiegów medycznych z powodów religijnych – opinie z pytań otwartych

W ankiecie zanotowano krytyczne reakcje personelu na niezgodę jednej z pacjentek do wykonania transfuzji krwi. Reakcje te obejmowały sprawdzenie, czy pacjentka jest członkinią związku wyznaniowego Świadków Jehowy, a następnie sugestię odesłania jej do domu.

Nie chciałam przyjmować krwi, wiem, że są inne sposoby na przyrost krwi. Powiedziano mi, że jak nie życzę sobie krwi to mogę sobie iść do domu. Zapytano jeszcze czy jestem Świadkiem J, odpowiedziałam, że nie.

Pobyt w szpitalu: powoływanie się na klauzulę sumienia przez personel szpitala

Pobyt w szpitalu: powoływanie się na klauzulę sumienia przez personel szpitala – doświadczenia własne osób badanych

Wszystkie badane osoby zapytano o to, czy podczas pobytu w szpitalu miała miejsce sytuacja, gdy odmówiono im wykonania jakiejś procedury medycznej, powołując się na klauzulę sumienia lub czy doświadczyli presji o charakterze światopoglądowym/moralnym/religijnym w związku z jakąś procedurą medyczną. 6 osób wskazało na sytuację odmowy wykonania procedury medycznej, a 7 wskazało, że wywierano na nich presję o charakterze moralnym/światopoglądowym w związku z jakąś procedurą.

TABELA 126. Czy podczas pobytu w szpitalu miała miejsce sytuacja, że odmówiono Ci wykonania jakiejś procedury medycznej, powołując się na klauzulę sumienia lub doświadczyłeś_aś presji o charakterze światopoglądowym/ moralnym/religijnym w związku z jakąś procedurą medyczną? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak, odmówiono wykonania procedury	6	2%
Nie	262	90%
Trudno powiedzieć/ Nie wiem	12	4%
Nie pamiętam	4	1%
Nie chcę podawać	1	0%
Tak, wywierano presję w związku z jakąś procedurą	7	2%
Ogółem	292	100%

Osoby badane wskazały, że sytuacja odmowy lub presji o charakterze moralnym/ światopoglądowym miała miejsce w związku z procedurą medyczną dotyczącą: aborcji, antykoncepcji, in vitro, powiadomienia o wadach płodu.

TABELA 127. Których procedur Ci odmówiono i/lub w związku z którymi doświadczyłeś_aś presji o charakterze światopoglądowym/ moralnym/ religijnym? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=13) – doświadczenia własne osób badanych

	Liczba wskazań	% obserwacji
Aborcja w sytuacjach dopuszczanych przez obowiązujące prawo	2	17%
Antykoncepcja (w tym także antykoncepcja awaryjna)	8	66%
In vitro	1	8%
Powiadomienie o wadach płodu	1	8%
Nie chcę podawać	3	25%
Ogółem	15	125%

Klauzula sumienia a aborcja w sytuacjach dopuszczanych przez obowiązujące prawo – doświadczenia własne badanych

W przypadku odmowy wykonania aborcji osobami odmawiającymi był personel lekarski oraz położna.

Spośród dwóch osób, które doświadczyły odmowy tej procedury, jedna wskazała, że w szpitalu wywierano na nią presję o charakterze światopoglądowym/moralnym/religijnym, aby nie dokonywać aborcji, ale nie interweniowano w tej sprawie. Osobą wywierającą taką presję był ktoś z personelu lekarskiego.

Klauzula sumienia a antykoncepcja (w tym także antykoncepcja awaryjna) – doświadczenia własne badanych

W przypadku odmowy antykoncepcji, trzy spośród 8 badanych osób, które tego doświadczyły, wskazały, że osobą odmawiającą była osoba z personelu lekarskiego. Pozostałe nie wskazały osoby odmawiającej.

Dwie, spośród badanych osób, przyznały, że podczas pobytu w szpitalu wywierano na nie presję o charakterze światopoglądowym/moralnym/religijnym, by nie stosować antykoncepcji (w tym także antykoncepcji awaryjnej). Osoby te nie zdecydowały się w badaniu ujawnić swojej płci, a osobami wywierającymi taką presję był: personel lekarski i pielęgniarski, osoba kierująca oddziałem, inne osoby pacjenckie oraz osoby odwiedzające. Osoby badane próbowały ustnie oraz w formie pisemnej skargi interweniować w tej sprawie, ale ich działania nie przyniosły rozwiązania problemu. Interweniowano bezpośrednio u osoby winnej tej sytuacji z personelu lekarskiego oraz osoby zarządzającej placówką.

Klauzula sumienia a in vitro – doświadczenia własne badanych

Osobą odmawiającą procedury in vitro była w raportowanym przypadku osoba z personelu lekarskiego. Ze strony badanej osoby nie podejmowano żadnej interwencji w związku z odmową.

Klauzula sumienia a powiadomienie o wadach płodu – doświadczenia własne badanych

Osoba, która doświadczyła takiej odmowy nie chciała podać, kto jej odmówił. Podczas pobytu w szpitalu wywierano na badaną osobę presję o charakterze światopoglądowym/moralnym/religijnym, by nie pozyskiwać informacji

o ewentualnych wadach płodu. Presję tę wywierała osoba z personelu lekarskiego, ale nie podjęto żadnej interwencji w tym względzie.

Pobyt w szpitalu: powoływanie się na klauzulę sumienia przez personel szpitala – doświadczenia osób bliskich

Osoby badane zapytano o to, czy podczas pobytu ich bliskich w szpitalu, miała miejsce sytuacja, gdy odmówiono im wykonania jakiejś procedury medycznej, powołując się na klauzulę sumienia lub doświadczyli presji o charakterze światopoglądowym/ moralnym/ religijnym w związku z jakąś procedurą medyczną. 3 osoby wskazały, na sytuację odmowy wykonania procedury medycznej, a 1 wskazała, że wywierano na bliskiej osobie presję o charakterze moralnym/ światopoglądowym w związku z jakąś procedurą.

TABELA 128. Czy podczas pobytu w szpitalu bliskiej Ci osoby miała miejsce sytuacja, że odmówiono tej osobie wykonania jakiejś procedury medycznej, powołując się na klauzulę sumienia lub osoba ta doświadczyła presji o charakterze światopoglądowym/ moralnym/ religijnym w związku z jakąś procedurą medyczną? – doświadczenia osób bliskich

	N	%
Tak, odmówiono wykonania procedury	3	3%
Nie	81	74%
Trudno powiedzieć/nie wiem/nie pamiętam	18	17%
Nie chcę podawać/nie wiem	6	6%
Tak, wywierano presję w związku z jakąś procedurą	1	1%
Ogółem	109	100%

Osoby badane wskazały, że sytuacje odmowy lub presji o charakterze moralnym/ światopoglądowym miały miejsce w związku z procedurą medyczną dotyczącą: aborcji, antykoncepcji, in vitro, powiadomienia o wadach płodu.

TABELA 129. Których procedur odmówiono i/lub w związku z którymi osoba bliska doświadczyła presji o charakterze światopoglądowym/moralnym/religijnym? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=4) – doświadczenia osób bliskich

	Liczba wskazań	% obserwacji
Aborcja w sytuacjach dopuszczanych przez obowiązujące prawo	2	50%
Antykoncepcja (w tym także antykoncepcja awaryjna)	1	25%
Badania prenatalne	1	25%
Powiadomienie o wadach płodu	1	25%
Badanie okolic miednicy (lekarz odmówił z powodu wpływu tych badań na zajście w przyszłości)	1	25%
Nie chcę podawać/nie wiem	1	25%

Klauzula sumienia a aborcja w sytuacjach dopuszczanych przez obowiązujące prawo – doświadczenia osób bliskich

W przypadku odmowy wykonania aborcji osobami odmawiającymi była osoba z personelu lekarskiego i pielęgniarskiego.

W jednym przypadku na bliską osobę w szpitalu wywierano presję o charakterze światopoglądowym/ moralnym/ religijnym, aby nie dokonywać aborcji. Osobami wywierającymi taką presję były: osoby z personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, kapelan szpitalny (rzymskokatolicki) oraz inne osoby pacjenckie.

Spośród tych bliskich osób jedna szukała pomocy/ interweniowała zarówno sama, jak i ktoś z bliskich tej osoby. Interwencję podjęto ustnie u osoby z personelu lekarskiego oraz osoby kierującej oddziałem, ale nie przyniosła ona rozwiązania problemu.

Klauzula sumienia a antykoncepcja (w tym także antykoncepcja awaryjna) – doświadczenia osób bliskich

W przypadku odmowy antykoncepcji, osobą odmawiającą tej procedury była osoba z personelu lekarskiego. Osoby badane wskazały, że w związku z tym nie wywierano presji, by nie stosować antykoncepcji. Bliska osoba nie podjęła również żadnej interwencji, w związku z odmową antykoncepcji.

Klauzula sumienia a badania prenatalne – doświadczenia osób bliskich

W przypadku badań prenatalnych osobą odmawiającą była osoba z personelu lekarskiego. Osoba bliska nie podjęła również żadnej interwencji w sprawie odmowy.

Klauzula sumienia a powiadomienie o wadach płodu – doświadczenia osób bliskich

Bliska osoba doświadczyła takiej odmowy ze strony osoby z personelu lekarskiego. Nie podjęto żadnej interwencji w związku z odmową tej procedury.



Niektóre osoby badane relacjonowały, że personel medyczny szpitali, powołując się na klauzulę sumienia odmawiał wykonywania niektórych zabiegów lub wywierał presję o charakterze moralnym/ światopoglądowym w związku z jakąś procedurą medyczną.

Powolywanie się na klauzulę sumienia przez personel szpitala lub przychodni – opinie z pytań otwartych

W ankiecie pojawiły się relacje dotyczące doświadczeń związanych z klauzulą sumienia. Tylko pojedyncze osoby sygnalizowały trudności związane z tą klauzulą, które pojawiły się podczas wizyt u ginekologa i próby doboru antykoncepcji.

Problemy z antykoncepcją u ginekologa, jeśli źle się trafi.

Problemy u ginekologa przy dobieraniu antykoncepcji.

Lekarz, który odmówił wypisania recepty był także kierownikiem, więc składałam mu skargę na niego samego.

Mój brak wiary w religię katolicką zdecydowanie nie był respektowany, byłam zmuszona podporządkować się zasadom dyktowanym chrześcijańską mitologią i pomimo korzystania z opieki lekarskiej w placówce świeckiej, nie przy kościelnym szpitalu, odmówiono mi przepisania antykoncepcji. Lekarze o religijnych poglądach byli uprzedzeni, pogardliwi, wyższą wartość miał dla nich

światopogląd niż dobro pacjenta. Lekarka odmówiła przepisania tabletek ze śmiechem dodając komentarz „tutaj nikt tego pani nie przepisze”. Na pytanie, dlaczego odmawia wypisania recepty odpowiedziała, że nie musi na moje pytania odpowiadać.

Kilka osób sygnalizowało doświadczanie problemów, które wprawdzie wprost nie wynikały z deklaracji klauzuli sumienia, ale miały związek z religijnością osoby z personelu lekarskiego. Problemy te pojawiały się na przykład po ustaleniu w trakcie wywiadu lekarskiego, że pacjentka „współżyje bez ślubu”, „jest panną i uprawia seks”.

Byłam straszona antykoncepcją hormonalną – lekarka powiedziała, że mogę mieć problem z zajściem w ciążę, byłam zniechęcana do przyjęcia tabletki „dzień po” – lekarz argumentował, że na pewno nie jest mi potrzebna.

Zostałam potraktowana niedelikatnie, kiedy lekarz ginekolog dowiedział się, że stan panna, a uprawiam seks. Odkąd usłyszała, że jestem aktywna seksualnie badanie zaczęło być bardzo bolesne. U innej ginekolog nie miałam tego problemu.

Współżycie bez ślubu.

Co prawda przed 2016, ale mój lekarz pierwszego kontaktu (gorliwy katolik, jak się później dowiedziałam) skrzywił się, gdy w wywiadzie podałam, że biorę hormonalne środki antykoncepcyjne. Od tamtej pory nie przyznawałam się do żadnej antykoncepcji w tym gabinecie, choć nie mogę powiedzieć, że doświadczyłam jakichś wymiernych przejawów dyskryminacji.

Odmówienie wykonania zabiegu sterylizacji, komentowanie zachowań i preferencji seksualnych oraz dotyczących posiadania dzieci przez pracownika NFZ.

Poniżające komentarze nt. „naturalnego przeznaczenia kobiety” (macierzyństwa) przez pracownika NFZ, sugerowanie przez pracownika NFZ, że objawy są zmyślane, ponieważ pacjentka jest kobietą i „wymyśla”.

Kilkakrotnie respondentki sygnalizowały, że były zmuszone do poszukiwania ginekologa, który nie podpisał klauzuli sumienia. Potocznie takie osoby bywają określane terminem „lekarze bez sumienia”.

Konieczność znalezienia tzw. ginekologa bez sumienia.

Respondentki sygnalizowały, że ustalenie, czy dany lekarz podpisał klauzulę sumienia nie jest łatwe.

Oburza mnie fakt, że zapisując się do lekarza, nie dostaję jasnej informacji, że dana osoba podpisała klauzulę sumienia. Uważam, że skoro lekarz ma prawo mieć podpisany taki dokument i odmówić procedury medycznej, to ja, jako pacjentka mam prawo do wyboru takiego lekarza, który mi nie odmówi wymaganego świadczenia i potraktuje zgodnie z wiedzą medyczną, a nie własną oceną moralno-światopoglądową.

Ginekolog odmówiła mi przepisania leków antykoncepcyjnych, pomimo już wcześniejszego przyjmowania tych leków wiele lat. Zmuszona byłam awaryjnie uzyskać receptę u innego lekarza niż zazwyczaj z powodu urlopu tego zwyczajowego. Z uwagi na ten fakt nie mogłam w terminie zakupić tabletek. Pani zaleciła mi masę badań dodatkowych, jednak nie skierowała na nie, tylko wypisała na kartce – do zrobienia prywatnego. Ani strona ośrodka, ani kartka na drzwiach lekarki czy recepcja, nie informowała, że lekarka ma podpisaną klauzulę sumienia.

W kontekście tematyki klauzuli sumienia pojawiły się w ankiecie także ogólne uwagi na temat aktualnej sytuacji kobiet w Polsce.

[...] w kwestiach kobiecych i ginekologicznych to rzymskokatolickie podejście ogranicza moją wolność wyznaniową. Nie rozumiem odbierania kobietom prawa do samostanowienia i decydowania o prokreacji przez hegemonię rzymskokatolicką w Polsce.

Nie było nieprzyjemnych sytuacji, z uwagi na to, że jestem zdrowa i nie byłam w ciąży. Ale nie chciałabym być w ciąży w Polsce z uwagi na brak wyboru w przypadku wad płodu, zagrożenia życia albo zwyczajnej niechęci do bycia w ciąży. Wiem też, że lekarze odmawiają kobietom cesarek, a ja chciałabym mieć wybór w tej kwestii.

Wizyty w przychodniach, poradniach: nieprzyjemne sytuacje związane z wyznaniem lub bezwyznaniowością

Wizyty w przychodniach, poradniach: nieprzyjemne sytuacje związane z wyznaniem lub bezwyznaniowością – doświadczenia własne badanych

Osoby biorące udział w badaniu, które w ciągu ostatnich 6 lat korzystały z publicznych przychodni i/lub oferujących świadczenia finansowane przez NFZ w Polsce zostały zapytane o to, czy doświadczyły w tych miejscach nieprzyjemnych sytuacji z uwagi na swoje wyznanie lub bezwyznaniowość. Osoby badane mogły wybrać odpowiedź z listy lub opisać sytuację, jeżeli nie mogły znaleźć właściwej kategorii w pytaniu. Najczęściej zgłaszanymi problemami były sytuacje związane z odmową przepisania antykoncepcji przy powołaniu się na klauzulę sumienia, sytuacje dotyczące diety związanej z wyznaniem/ światopoglądem osoby pacjenckiej oraz opieki okołoporodowej nad kobietą.

TABELA 130. Kwestie, w związku z którymi doświadczyłeś_aś w publicznych przychodniach i/lub oferujących świadczenia finansowane przez NFZ, nieprzyjemnych sytuacji z uwagi na swoje wyznanie lub bezwyznaniowość. (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=397) – doświadczenia własne osób badanych

	Liczba wskazań	% obserwacji
Dieta związana z wyznaniem/ światopoglądem pacjenta	18	5%
Post związany z wyznaniem/ światopoglądem pacjenta	7	2%
Ubiór wynikający z zasad religijnych pacjenta	9	2%
Oczekiwanie przeprowadzenia badania przez lekarza określonej płci (wynikające z zasad religijnych pacjenta)	4	1%
Opieka okołoporodowa nad kobietą	13	3%
Opieka nad noworodkiem	5	1%
Nieakceptowanie leków/ preparatów przez pacjenta z powodów religijnych	9	2%
Nieakceptowanie zabiegów medycznych przez pacjenta z powodów religijnych	5	1%

TABELA 130. Ciąg dalszy

	Liczba wskazań	% obserwacji
Odmówienie przez pracownika_czkę przychodni wykonania procedury medycznej - aborcji w sytuacjach dopuszczalnych przez obowiązujące prawo, powołując się na klauzulę sumienia	3	1%
Odmówienie przez pracownika_czkę przychodni antykoncepcji, powołując się na klauzulę sumienia	26	7%
Odmówienie przez pracownika_czkę przychodni in -vitro, powołując się na klauzulę sumienia	3	1%
Odmówienie przez pracownika_czkę przychodni badań, prenatalnych powołując się na klauzulę sumienia	5	1%
Odmówienie przez pracownika_czkę przychodni przekazania informacji o wadach płodu, powołując się na klauzulę sumienia	3	1%
Inna sytuacja	11	2%
Żadna z powyższych	312	70%
Nie chcę podawać	13	3%

Wśród kwestii podanych przez badanych jako inne, nieprzewidziane na liście w ankiecie, badani wskazywali kwestie związane z klauzulą sumienia (omówione powyżej). Wskazano także kilka innych kwestii:

Epatowanie religią katolicką.

Kazali mi przyjść w Szabat.

Krzyżyk na szyi u dziecka.

Osoby badane wskazały, że tych trudnych/ nieprzyjemnych sytuacji podczas wizyt w przychodni doświadczali najczęściej ze strony osób z personelu lekarskiego i pielęgniarskiego.

TABELA 131. Z czyjej strony doświadczyłeś/aś tych trudnych/ nieprzyjemnych sytuacji podczas wizyt w przychodni? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=81) – doświadczenia własne osób badanych

	Liczba wskazań	% obserwacji
Lekarz_rka	47	58%
Pielęgniariar_rka	18	22%
Położny_a	6	7%
Rejestrator_ka	9	11%
Inni_e pacjenci_tki	7	9%
Dyrektor_ka placówki	3	4%
Inna osoba	8	10%
Nie pamiętam	12	15%
Nie chcę podawać	4	5%

Najczęściej nie podejmowano interwencji w tej sprawie (68%), ale co czwarta osoba doświadczająca takiej sytuacji (łącznie 24%) samodzielnie lub z pomocą bliskich taką próbę podjęła.

TABELA 132. Czy w związku z tą/tymi sytuacjami Ty i/lub ktoś z Twoich bliskich próbował szukać pomocy/ interweniować? – doświadczenia własne osób badanych

	N	%
Tak, szukałem_am pomocy/interweniowałem_am samodzielnie	14	18%
Tak, szukał pomocy/interweniował ktoś z moich bliskich	1	1%
Tak, szukałem_am pomocy/interweniowałem_am zarówno ja, jak i ktoś z moich bliskich	4	5%
Nie, nie było interwencji	54	68%
Nie chcę podawać	6	85%
Ogółem	79	100%

Interwencja przyniosła rozwiązanie w 6 przypadkach, w pozostałych takiego rozwiązania nie było lub osobom badanym trudno było powiedzieć, czy nastąpiło rozwiązanie.

TABELA 133. Czy interwencja przyniosła rozwiązanie problemu? – doświadczenia własne osób badanych

	Liczba wskazań	% obserwacji
Tak	6	26%
Nie	11	48%
Trudno powiedzieć	5	22%
Nie chcę podawać	1	4%
Ogółem	23	100%

Wizyty w przychodniach, poradniach: nieprzyjemne sytuacje związane z wyznaniem lub bezwyznaniowością – doświadczenia bliskich osób

Osoby uczestniczące w badaniu wypowiedziały się również na temat doświadczeń swoich bliskich osób, które w ciągu ostatnich 6 lat korzystały z publicznych przychodni i/lub oferujących świadczenia finansowane przez NFZ. Często relacjonowanymi w ankiecie przykładami nieprzyjemnych zdarzeń z uwagi na wyznanie lub bezwyznaniowość osoby bliskiej były sytuacje dotyczące diety związanej z wyznaniem/ światopoglądem osoby pacjenckiej oraz odmowa wykonania procedury medycznej – aborcji w sytuacjach dopuszczanych przez obowiązujące prawo przy powołaniu się na klauzulę sumienia.

TABELA 134. Kwestie, w związku z którymi bliska Ci osoba doświadczyła podczas wizyt w publicznych i/lub finansowanych przez NFZ przychodniach nieprzyjemnych sytuacji z uwagi na swoje wyznanie lub bezwyznaniowość (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=108) – doświadczenia bliskich osób

	Liczba wskazań	% obserwacji
Dieta związana z wyznaniem/ światopoglądem pacjenta	5	5%
Post związany z wyznaniem/ światopoglądem pacjenta	2	2%
Ubiór pacjenta wynikający z zasad religijnych	1	1%
Oczekiwanie przeprowadzenia badania przez lekarza określonej płci (wynikające z zasad religijnych pacjenta)	1	1%

TABELA 134. Ciąg dalszy

	Liczba wskazań	% obserwacji
Opieka okołoporodowa nad kobietą	2	2%
Opieka nad noworodkiem	1	1%
Odmówienie przez pracownika_czkę przychodni wykonania procedury medycznej – aborcji w sytuacjach dopuszczanych przez obowiązujące prawo, powołując się na klauzulę sumienia	4	4%
Odmówienie przez pracownika_czkę przychodni antykoncepcji w sytuacjach dopuszczanych przez obowiązujące prawo, powołując się na klauzulę sumienia	2	2%
Odmówienie przez pracownika_czkę przychodni badań prenatalnych w sytuacjach dopuszczanych przez obowiązujące prawo, powołując się na klauzulę sumienia	2	2%
Odmówienie przez pracownika_czkę przychodni przekazania informacji o wadach płodu, powołując się na klauzulę sumienia	1	1%
Żadna z powyższych	81	75%
Nie chcę podawać / Nie wiem	16	15%

Zdaniem badanych, ich bliskie osoby doświadczały tych trudnych/ nieprzyjemnych sytuacji podczas wizyt w przychodni najczęściej ze strony osób lekarskich.

TABELA 135. Z czyjej strony bliska Ci osoba doświadczyła tych trudnych/ nieprzyjemnych sytuacji podczas wizyt w przychodni? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=11) – doświadczenia bliskich osób

	Liczba wskazań	% obserwacji
Lekarz_rka	8	73%
Pielęgniarka_rka	3	27%
Położny_a	1	9%
Inni_e pacjenci_tki	2	18%
Nie pamiętam	1	9%

Jeżeli chodzi o doświadczenia bliskich osób, to w 4 przypadkach podjęto interwencję samodzielnie lub z pomocą bliskich osób, w kolejnych 4 nie podjęto żadnej interwencji.

TABELA 136. Czy w związku z tą/ tymi sytuacjami bliska Ci osoba lub ktoś z jej bliskich próbował szukać pomocy/ interweniować w tej sprawie? (pytanie wielokrotnego wyboru, % nie sumują się do 100, N=11) – doświadczenia bliskich osób

	N	%
Tak, bliska mi osoba samodzielnie szukała pomocy/ interweniowała	3	27%
Tak, szukała pomocy/ interweniowała zarówno bliska mi osoba, jak i ktoś z bliskich tej osoby	1	9%
Nie, nie było interwencji	4	36%
Nie chcę podawać / Nie wiem	3	27%
Ogółem	11	100%

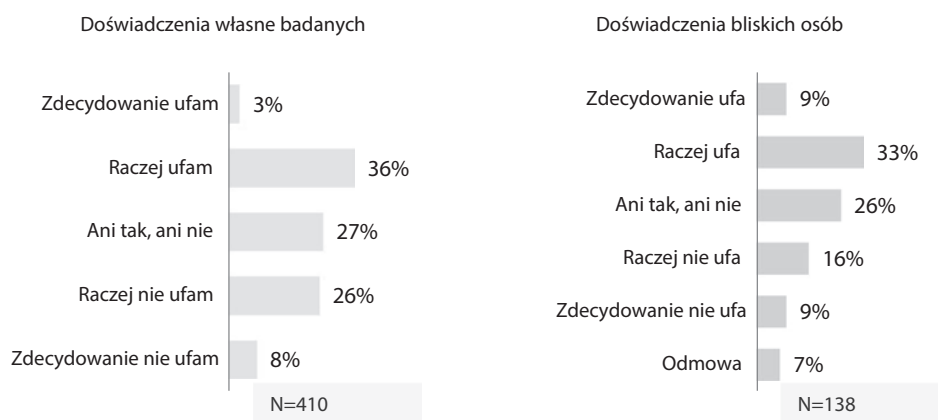
Interwencja bliskiej osoby przyniosła rozwiązanie w 1 przypadku, w 3 pozostałych takiego rozwiązania nie było.

TABELA 137. Czy interwencja przyniosła rozwiązanie problemu? – doświadczenia bliskich osób

	Liczba wskazań	% obserwacji
Tak	1	20%
Nie	3	60%
Nie chcę podawać/ Nie wiem	1	20%
Ogółem	5	100%

Zaufanie do publicznej ochrony zdrowia – doświadczenia własne badanych oraz doświadczenia bliskich osób

Analizując wyniki niniejszego badania, warto przyjrzeć się ogólnemu poziomowi zaufania do publicznej ochrony zdrowia. W tym kontekście zauważyć możemy, że wskaźnik zaufania osób biorących udział w badaniu, które w ostatnich 6 latach korzystały z publicznej ochrony zdrowia wyniósł 39% (3% zdecydowanie ufa, 36% raczej ufa). Niemal na takim samym poziomie osoby badane oceniły zaufanie swoich bliskich (42%), które w tym czasie również korzystały z publicznej ochrony zdrowia.



WYKRES 14. Jak ogólnie oceniasz swoje zaufanie do publicznej i/lub finansowanej przez NFZ ochrony zdrowia w Polsce?/ Jak ogólnie bliska Ci osoba ocenia swoje zaufanie do publicznej i/lub finansowanej przez NFZ ochrony zdrowia w Polsce?

Analizując odpowiedzi osób badanych, które odnosiły się do doświadczeń własnych, w podziale na przynależność do Kościoła bądź wyznania, zauważamy różnice w odpowiedzi osób identyfikujących się z wyznaniem chrześcijańskimi, w stosunku do osób należących do wyznań niechrześcijańskich i nienależących do żadnego wyznania. 41% chrześcijan rzymskokatolickich i 56% chrześcijan innych niż rzymskokatolickie deklaruje zaufanie do publicznej ochrony zdrowia, podczas gdy wśród wyznań niechrześcijańskich i wśród osób nienależących do żadnego wyznania, wskaźnik ten wynosi odpowiednio 36% i 33%.

Ze względu na małe liczebności w poszczególnych grupach kategoryzujących przynależność do Kościoła, wyznania, grupy lub wspólnoty religijnej nie

zaprezentowano wyników ocen osób badanych w podziale na wyznania w odniesieniu do doświadczeń osób bliskich.

TABELA 138. Jak ogólnie oceniasz swoje zaufanie do publicznej i/lub finansowanej przez NFZ ochrony zdrowia w Polsce?¹⁰ – doświadczenia własne osób badanych

	Ogółem	Chrześcijaństwo: Kościół rzymskokatolicki	Chrześcijaństwo: inne	Wyznania niechrześcijańskie	Nienależący do wyznań, grup religijnych
Zdecydowanie ufam	12 3%	3 4%	6 10%	2 5%	1 0%
Raczej ufam	139 35%	25 36%	29 47%	12 31%	73 32%
Ani tak, ani nie	110 28%	20 29%	14 23%	10 26%	66 29%
Raczej nie ufam	105 27%	18 26%	11 18%	10 26%	66 29%
Zdecydowanie nie ufam	29 7%	3 4%	2 3%	5 13%	19 8%
Ogółem	395 100%	69 100%	62 100%	39 100%	225 100%

¹⁰ W zestawieniu nie uwzględniono osób, które nie ujawniły, czy należą do jakiegoś Kościoła, wyznania, grupy lub wspólnoty religijnej lub nie ujawniły do jakiegoś Kościoła, wyznania, grupy lub wspólnoty religijnej należą.

Tabela 139a. Jak ogólnie oceniasz swoje zaufanie do publicznej i/lub finansowanej przez NFZ ochrony zdrowia w Polsce?¹¹ – doświadczenia własne badanych

	Ogółem	Chrześcijaństwo: Kościoł rzymskokatolicki	Chrześcijaństwo: inne	Wyznania niechrześcijańskie	Nienależący do wyznań, grup religijnych
Ufam ¹²	151	28	35	14	74
	38%	41%	56%	36%	33%
Ani tak, ani nie	110	20	14	10	66
	28%	29%	23%	26%	29%
Nie ufam ¹³	134	21	13	15	85
	34%	30%	21%	38%	38%
Ogółem	395	69	62	39	225
	100%	100%	100%	100%	100%



Generalnie, osoby identyfikujące się z wyznaniem niechrześcijańskim oraz osoby nienależące do żadnych wyznań i grup religijnych, częściej niż osoby deklarujące przynależność do wyznań chrześcijańskich deklarują brak zaufania do publicznej i/lub finansowanej przez NFZ ochrony zdrowia.

¹¹ W zestawieniu nie uwzględniono osób, które nie ujawniły, czy należą do jakiegoś Kościoła, wyznania, grupy lub wspólnoty religijnej lub nie ujawniły do jakiego Kościoła, wyznania, grupy lub wspólnoty religijnej należą.

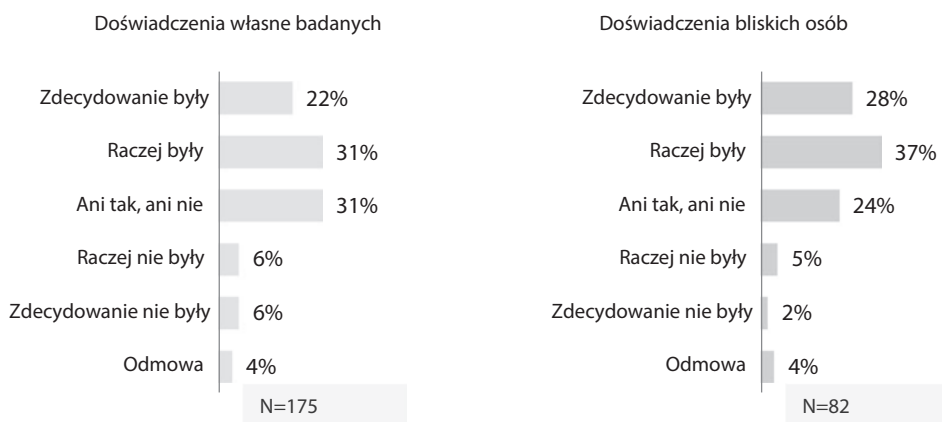
¹² W tabeli połączono odpowiedzi „Zdecydowanie ufam” i „Raczej ufam” w ogólną kategorię „Ufam”.

¹³ W tabeli połączono odpowiedzi „Zdecydowanie nie ufam” i „Raczej nie ufam” w jedną kategorię „Nie ufam”.

Respektowanie prawa do praktykowania własnej religii podczas pobytu w szpitalu i/lub wizyty w przychodni – doświadczenia własne osób badanych oraz doświadczenia bliskich osób

Nieco ponad połowa osób badanych (łącznie 53%), które zadeklarowały przynależność do Kościoła, wyznania, grupy religijnej czy wspólnoty religijnej, uważa, że ich prawa do praktykowania swojej religii podczas pobytu w szpitalu i/lub wizyty w przychodni były spełnione. Co trzeci badany nie jest pewien (31% ani tak/ ani nie), natomiast co ok. dziesiąta osoba (łącznie 12%) uważa, że prawa te nie były spełnione.

Nieco bardziej optymistycznie osoby badane oceniają odczucia swoich bliskich, którzy w ostatnich 6 latach korzystali z publicznej ochrony zdrowia. 65% (28% zdecydowanie tak, 37% raczej tak) uważa, że prawa ich bliskich osób do praktykowania własnej religii podczas pobytu w szpitalu i/lub wizyty w przychodni były spełnione. Przeciwnego zdania jest 7% badanych.



WYKRES 15. Podsumowując, czy Twoje prawa do praktykowania swojej religii podczas pobytu w szpitalu i/lub wizyty w przychodni były spełnione?/ Podsumowując, czy prawa bliskiej Ci osoby do praktykowania swojej religii podczas pobytu w szpitalu i/lub wizyty w przychodni były spełnione?

Przyglądając się odpowiedziom osób badanych, które odnosiły się do doświadczeń własnych, w podziale na przynależność do Kościoła bądź wyznania, zauważamy różnice odpowiedzi osób deklarujących przynależność do wyznań

chrześcijańskich w stosunku do niechrześcijańskich. Osoby należące do Kościoła rzymskokatolickiego lub innych wyznań chrześcijańskich częściej (odpowiednio 60% i 61%), niż osoby identyfikujące się z wyznaniem niechrześcijańskimi (28%) twierdziły, że ich prawa do praktykowania swojej religii podczas pobytu w szpitalu i/lub wizyty w przychodni były respektowane.

Ze względu na małe liczebności w poszczególnych grupach kategoryzujących przynależność do Kościoła, wyznania, grupy lub wspólnoty religijnej nie zaprezentowano wyników ocen osób badanych w podziale na wyznania w odniesieniu do doświadczeń osób bliskich.

TABELA 140. Podsumowując, czy Twoje prawa do praktykowania swojej religii podczas pobytu w szpitalu i/lub wizyty w przychodni były spełnione?¹⁴ – doświadczenia własne osób badanych

	Ogółem	Chrześcijaństwo: Kościół rzymskokatolicki	Chrześcijaństwo: inne	Wyznania niechrześcijańskie
Zdecydowanie były	38	21	13	4
	22%	30%	21%	10%
Raczej były	53	21	25	7
	31%	30%	40%	18%
Ani tak, ani nie	55	22	17	16
	32%	32%	27%	41%
Raczej nie były	10	0	5	5
	6%	0%	8%	13%
Zdecydowanie nie były	8	1	1	6
	5%	1%	2%	15%
Odmowa	6	4	1	1
	4%	6%	2%	3%
Ogółem	170	69	62	39
	100%	100%	100%	100%

¹⁴ W zestawieniu nie uwzględniono osób, które nie ujawniły do jakiego Kościoła, wyznania, grupy lub wspólnoty religijnej należą.

TABELA 141A. Podsumowując, czy Twoje prawa do praktykowania swojej religii podczas pobytu w szpitalu i/lub wizyty w przychodni były spełnione?¹⁵ – doświadczenia własne osób badanych

	Ogółem	Chrześcijaństwo: Kościół rzymskokatolicki	Chrześcijaństwo: inne	Wyznania niechrześcijańskie
Były ¹⁶	91	42	38	11
	53%	61%	61%	28%
Ani tak, ani nie	55	22	17	16
	32%	32%	27%	41%
Nie były ¹⁷	18	1	6	11
	11%	1%	10%	28%
Odmowa	6	4	1	1
	4%	6%	2%	3%
Ogółem	170	69	62	39
	100%	100%	100%	100%



Osoby deklarujące przynależność do wyznań niechrześcijańskich częściej niż osoby należące do wyznań chrześcijańskich, uważają, że ich prawa do praktykowania religii nie były respektowane podczas pobytu w szpitalu i/lub wizyty w przychodni.

¹⁵ W zestawieniu nie uwzględniono osób, które nie ujawniły do jakiego Kościoła, wyznania, grupy lub wspólnoty religijnej należą.

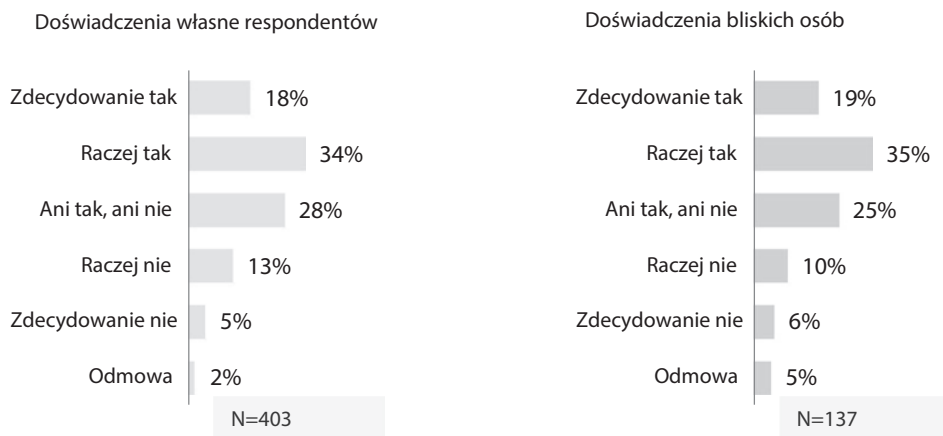
¹⁶ W tabeli połączono odpowiedzi „Zdecydowanie były” i „Raczej były” w ogólną kategorię „Były”.

¹⁷ W tabeli połączono odpowiedzi „Zdecydowanie nie były” i „Raczej nie były” w ogólną kategorię „Nie były”.

Respektowanie wolności sumienia i wyznania podczas pobytu w szpitalu i/lub wizyty w przychodni – doświadczenia własne osób badanych oraz doświadczenia bliskich osób

Wszystkie osoby biorące udział w badaniach, które opowiedziały o swoich doświadczeniach z publiczną ochroną zdrowia, poproszono o ocenę tego, czy ich wolność sumienia i wyznania była respektowana podczas pobytu w szpitalu i/lub wizyty w przychodni. Znowu nieco ponad połowa badanych (łącznie 52%) uważa, że ich wolność sumienia i wyznania była respektowana. Przeciwnego zdania jest natomiast 18% badanych (5% zdecydowanie nie, 13% raczej nie).

Podobnie osoby badane oceniają odczucia swoich bliskich, którzy w ostatnich 6 latach korzystali z publicznej służby zdrowia. 54% uważa, że wolność sumienia i wyznania ich bliskich była respektowana podczas pobytu w szpitalu i/lub wizyty w przychodni. Przeciwnego zdania jest 16% badanych.



WYKRES 16. Podsumowując, czy Twoja wolność sumienia i wyznania była respektowana podczas pobytu w szpitalu i/lub wizyty w przychodni?/ Podsumowując, czy wolność sumienia i wyznania bliskiej Ci osoby była respektowana podczas pobytu w szpitalu i/lub wizyty w przychodni?

Jeżeli chodzi o opinie na temat respektowania wolności sumienia i wyznania podczas pobytu w szpitalu i/lub wizyty w przychodni to zauważamy, że osoby deklarujące przynależność do chrześcijańskich Kościołów, wyznań, grup

i wspólnot religijnych częściej, niż osoby identyfikujące się z wyznaniem niechrześcijańskimi, uważają, że ich wolność sumienia i wyznania była respektowana podczas pobytu w szpitalu i/lub wizyty w przychodni.

Ze względu na małe liczebności w poszczególnych grupach kategoryzujących przynależność do Kościoła, wyznania, grupy lub wspólnoty religijnej nie zaprezentowano wyników ocen osób badanych w podziale na wyznania w odniesieniu do doświadczeń osób bliskich.

TABELA 142. Podsumowując, czy Twoja wolność sumienia i wyznania była respektowana podczas pobytu w szpitalu i/lub wizyty w przychodni?¹⁸ – doświadczenia własne osób badanych

	Ogółem	Chrześcijaństwo: Kościół rzymskokatolicki	Chrześcijaństwo: inne	Wyznania niechrześcijańskie	Nienależący do wyznań, grup religijnych
Zdecydowanie tak	71 18%	26 39%	14 23%	6 15%	25 11%
Raczej tak	130 34%	23 34%	33 53%	13 33%	61 28%
Ani tak, ani nie	112 29%	14 21%	11 18%	10 26%	77 35%
Raczej nie	49 13%	0 0%	3 5%	6 15%	40 18%
Zdecydowanie nie	20 5%	2 3%	1 2%	3 8%	14 6%
Odmowa	6 2%	2 3%	0 0%	1 3%	3 1%
Ogółem	388 100%	67 100%	62 100%	39 100%	220 100%

¹⁸ W zestawieniu nie uwzględniono osób, które nie ujawniły, czy należą do jakiegoś Kościoła, wyznania, grupy lub wspólnoty religijnej lub nie ujawniły do jakiego Kościoła, wyznania, grupy lub wspólnoty religijnej należą.

TABELA 143A. Podsumowując, czy Twoja wolność sumienia i wyznania była respektowana podczas pobytu w szpitalu i/lub wizyty w przychodni?¹⁹ – doświadczenia własne osób badanych

	Ogółem	Chrześcijaństwo: Kościół rzymskokatolicki	Chrześcijaństwo: inne	Wyznania niechrześcijańskie	Nienależący do wyznań, grup religijnych
Tak ²⁰	201	49	47	19	86
	52%	73%	76%	49%	39%
Ani tak, ani nie	112	14	11	10	77
	29%	21%	18%	26%	35%
Nie ²¹	69	2	4	9	54
	18%	3%	6%	23%	25%
Odmowa	6	2	0	1	3
	1%	3%	0%	2%	1%
Ogółem	388	67	62	39	220
	100%	100%	100%	100%	100%



Osoby deklarujące przynależność do wyznań niechrześcijańskich oraz osoby nienależące do żadnego Kościoła, wyznania, grupy lub wspólnoty religijnej częściej niż chrześcijanie uważają, że ich wolność sumienia i wyznania nie była respektowana podczas pobytu w szpitalu i/lub wizyty w przychodni.

¹⁹ W zestawieniu nie uwzględniono osób, które nie ujawniły, czy należą do jakiegoś Kościoła, wyznania, grupy lub wspólnoty religijnej lub nie ujawniły do jakiego Kościoła, wyznania, grupy lub wspólnoty religijnej należą.

²⁰ W tabeli połączono odpowiedzi „Zdecydowanie tak” i „Raczej tak” w ogólną kategorię „Tak”.

²¹ W tabeli połączono odpowiedzi „Zdecydowanie nie” i „Raczej nie” w ogólną kategorię „Nie”.

DOMINIKA LALIK-BUDZEWSKA

WSPÓŁPRACA: JOANNA BALSAMSKA, SZYMON BEŻNIC

Doświadczenia i opinie osób pacjenckich oraz duchownych należących do mniejszości wyznaniowych i światopoglądowych. Raport z badań jakościowych.

Nota metodologiczna

Cel badania

Badanie jakościowe zostało zrealizowane w ramach projektu „Wolność sumienia i wyznania pacjentów w systemie opieki zdrowotnej” finansowanego przez Islandię, Lichtenstein i Norwegię z Funduszy EOG w ramach programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy, którego celem jest przeciwdziałanie dyskryminacji na tle wyznaniowym i światopoglądowym w systemie publicznej opieki zdrowotnej w Polsce (w tym także w niepublicznych placówkach, ale oferujących świadczenia finansowane przez NFZ).

Technika badawcza

Badanie zrealizowano za pomocą **indywidualnych wywiadów pogłębionych** (ang. IDI: In-Depth Interviews). Wybrana technika – w przeciwieństwie do technik ilościowych – pozwala na dogłębne poznanie indywidualnych doświadczeń badanych osób, motywacji warunkujących podejmowane przez nich działania oraz ich opinii dotyczących omawianych kwestii i emocji, jakie się z nimi wiążą. Jednocześnie osobista rozmowa daje poczucie komfortu psychicznego, którego zapewnić

nie może wywiad kwestionariuszowy. W przypadku projektów dotyczących problemów trudnych – takich jak kwestie związane z wyznaniem czy bezwyznaniowością – stworzenie takiej przyjaznej, bezpiecznej atmosfery rozmowy, umożliwiającej dokładne omówienie badanych zagadnień, jest szczególnie istotne.

Czas trwania wywiadów wynosił pomiędzy 25 a 75 minut – ze względu na dążenie do zapewnienia udziału w jakościowej części projektu osób zamieszkujących różne rejony Polski, większość rozmów realizowana była telefonicznie, część zrealizowano z pomocą komunikatorów lub osobiście.

Wywiady były częściowo ustrukturyzowane – prowadzono je w oparciu o przygotowany scenariusz rozmowy, bazujący jednak na pytaniach otwartych, dających osobom uczestniczącym w badaniach swobodę wypowiedzi, a osobom moderującym wywiady możliwość zadawania pytań dodatkowych, każdorazowo dostosowanych do przebiegu konkretnego wywiadu oraz wymagań konkretnej osoby badanej.

Grupa badawcza

Badanie jakościowe realizowano z osobami duchownymi oraz osobami świeckimi z mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych, a także z osobami bezwyznaniowymi. Warunkiem wzięcia udziału w badaniu było osobiste doświadczenie pobytu w szpitalu lub kontaktu z innego rodzaju placówką publicznej ochrony zdrowia i/lub doświadczenie odwiedzania wiernych wyznań innych niż rzymskokatolickie w szpitalu w latach 2016–2022.

Rekrutacja i charakterystyka osób biorących udział w badaniach

Badania zrealizowano w 2022 roku. Osoby uczestniczące w badaniach rekrutowano, korzystając z wykazu przygotowanego dla potrzeb rekrutacji zarówno w ilościowej, jak i w jakościowej części projektu. Wykaz zawierał 671 danych kontaktowych mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych działających w Polsce.

Podczas rekrutacji dbano o to, by w wywiadach wzięli udział przedstawiciele i przedstawicielki Kościołów i związków wyznaniowych reprezentujących różne tradycje religijne. Do udziału w badaniach zaproszono także osoby bezwyznaniowe.

Ogółem zrealizowano 32 wywiady z osobami z mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych oraz 3 wywiady z osobami bezwyznaniowymi. Poniżej zestawiono ilości wywiadów przeprowadzonych w poszczególnych tradycjach religijnych/ Kościołach/ związkach wyznaniowych oraz organizacjach.

Sposób prezentacji wyników badania

W raporcie zamieszczono cytaty z wypowiedzi osób biorących udział w badaniu jakościowym. Każdorazowo zostały one oznaczone kursywą oraz opisane nazwą tradycji religijnej/ Kościoła/ związku wyznaniowego lub organizacji, którą reprezentowała dana osoba.

TABELA 1. Informacje o Kościołach/ związkach wyznaniowych/ organizacjach uczestniczących w badaniu jakościowym

	N
Liczba osób, które wzięły udział w badaniu, w tym reprezentanci i reprezentantki poszczególnych tradycji religijnych oraz Kościołów i związków wyznaniowych:	35
- Osoby identyfikujące się jako bezwyznaniowe	3
- Osoby identyfikujące się z tradycją muzułmańską, w tym przynależące do związku wyznaniowego Liga Muzułmańska w RP	3
- Kościół Boży w Polsce	3
- Osoby identyfikujące się z tradycją żydowską	2
- Kościół Chrystusowy w Polsce	2
- Kościół Chrześcijan Wiary Ewangelicznej w RP	2
- Polski Autokefaliczny Kościół Prawosławny	2
- Kościół Zielonoświątkowy w RP	2
- Kościół Ewangelicznych Chrześcijan w RP	2
- Kościół Adwentystów Dnia Siódmego w RP	2
- Kościół Ewangelicko-Augsburski w RP	2
- Kościół Wolnych Chrześcijan w RP	1
- Polska Unia Buddyjska	1
- Kościół Ewangeliczny „Misja Łaski”	1
- Staroprawosławna Cerkiew Staroobrzędowców	1
- Kościół Starokatolicki Mariawitów w RP	1
- Kościół Chrześcijan Baptystów w RP	1
- Kościół Polskokatolicki w RP	1
- Karaimski Związek Religijny w RP	1
- Radha Govind Society in Poland	1
- Związek Ajapa Yoga	1

Skala obecności religii w placówkach ochrony zdrowia

Symbole religijne

Osoby uczestniczące w badaniach zwracały uwagę na wszechobecność rzymskokatolickich symboli w publicznych placówkach ochrony zdrowia. Często znajdują się one w szpitalnych salach, można je znaleźć także na korytarzach, w dyżurkach lekarskich i pielęgniarskich, jak również w gabinetach lekarskich i poczekalniach publicznych przychodni.

Twierdzono, że zdecydowanie najczęstszym symbolem religijnym umieszczanym w wymienionych miejscach jest krzyż z figurą Chrystusa. Zwrócono ponadto uwagę na obecność w szpitalach portretów papieża Jana Pawła II, przedstawień innych rzymskokatolickich świętych czy obrazów maryjnych. Poza symbolami umieszczanymi w przestrzeni placówek ochrony zdrowia przez ich personel, w szpitalnych salach chorych często znajdują się także przedmioty o charakterze religijnym (obrazki, krzyże) przyniesione tam przez osoby hospitalizowane, a następnie przez nie pozostawione. Jak twierdzono, przedmioty te nie są przez personel szpitali usuwane, być może ze względu na ich przekonanie o zasadności obecności symboli religijnych w tych miejscach.

Często nawet jest tak, że człowiek, który kładzie się do łóżka w szpitalu awansem już ma gdzieś tam na łóżku wpięty taki obrazek. Ja sam leżałem w szpitalu, też tego doświadczyłem. Na tym łóżku szpitalnym, w którym mnie położono, pomimo wysprzątania tego łóżka, ten obrazek wisiał. (Kościół Chrześcijan Baptystów w RP)

U mnie w izolatce to pacjenci sobie zostawiali takie obrazki duże, przyklejone. No tak, choć to nie powinno tam być to to tam jest. Nikt nie śmie tego w ogóle ruszyć. Jak ja bym sobie tam powiesiła idola rockowego to pewno by mi go odlepili, ale świętego obrazka, żadna pielęgniarka czy salowa nie śmie tknąć, bo traktują to prawie jak świętość. Chociaż na tym zbiera się kurz, jego tam nie powinno być, bo to jest oddział transplantologiczny. To, że tam sobie to wisi, niech sobie wisi, dobra, można nad tym przejść, chociaż ja uważam, że jest to element takiej nachalności. A nachalność jest jednak formą przemocy wyznaniowej. (Ignostyczka)

Pojawiła się opinia, że w przypadku szeregu szpitali liczba i ekspozycja symboli związanych z denominacją rzymskokatolicką może wywierać na osobach należących do mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych oraz na osobach bezwyznaniowych wrażenie przytłoczenia symboliką jednego wyznania.

W szpitalach w Polsce dominuje wystrój rzymskokatolicki. Nie uwzględnia się, że są ludzie innych wyznań, czy że są ludzie w ogóle bezwyznaniowi. To jest fakt, że to czasem wygląda jak 'wyznaniowe szpitale': (...) Obecność krucyfiksu, obecność obrazków różnego rodzaju, świętych, patronów, czy też Pana Jezusa, czy Maryi. Jest ich sporo, jest w szpitalach wiele tych symboli religijności rzymskokatolickiej. One rzeczywiście przytłaczają wszystko inne. (Kościół Chrześcijan Wiary Ewangelicznej w RP)

Zdarzały się wypowiedzi wskazujące na znaczny dyskomfort osób innego wyznania niż rzymskokatolickie oraz bezwyznaniowych w związku z koniecznością obcowania z symbolami Kościoła rzymskokatolickiego, z którymi się nie utożsamiają i które są dla nich całkowicie obce. Osoby te – jak podkreślano – nie protestują przeciwko symbolom rzymskokatolickim jako takim, lecz czują się dyskryminowane w sytuacji, kiedy symbole te są im narzucane: odgórną decyzją są umieszczane w salach chorych. Do osób duchownych lub liderkich wspólnot mniejszościowych często wpływają skargi związane z takimi doświadczeniami. Pojawiają się też pytania o zalecane sposoby postępowania w przypadku znalezienia się w takiej sytuacji.

Tak sobie myślę, że jak komuś dodaje to otuchy, to ta osoba mogłaby mieć ten krzyżyk czy różaniec gdzieś u siebie na lampce. Ja nie mam problemu, żeby widzieć inne symbole religijne. Ale ten element, że on jest tak odgórnie w tej sali, czy w sali, gdzie córka leżała w inkubatorze. To jest jakiś dyskomfort troszeczkę. (Muzułmanka)

W relacjach osób bezwyznaniowych również wyraźnie wyczuwalne było dojmujące poczucie dyskomfortu lub niezgoda i frustracja związane z koniecznością obcowania z symboliką rzymskokatolicką podczas korzystania z placówek ochrony zdrowia (przychodnie, szpitale). Respondentki wyrażały przekonanie, że wszechobecność symboli religijnych w placówkach medycznych może rodzić obawy czy osoby pacjenckie otwarcie deklarujące swoją bezwyznaniowość mogą liczyć w tych miejscach na takie samo traktowanie jak osoby wyznania rzymskokatolickiego.

Niewątpliwie każda z tych osób, podobnie jak ja, czuła dyskomfort, jeżeli na izbie przyjęć wisiał krzyż. Za każdym razem budzi to rodzaj dyskomfortu w przypadku szeregowego działacza ateistycznego, może takiego po prostu wewnętrznego. No a w przypadku osób, które są znane w jakiś sposób, na przykład publiczny ich wizerunek jest znany, a przychodzi do miejsca nawet rejestrować się, gdzie wisi już tam krzyż nad drzwiami, to zawsze jest to pewien sygnał, który może rodzić podejrzenie, że być może ja w tym miejscu zostanę potraktowana gorzej niż ktoś inny. Z powodu swojej działalności. (...) Odczucie dyskomfortu w dużej liczbie sytuacji nie powoduje, że ten dyskomfort znika. Na odwrót, on może stawać się coraz bardziej dolegliwy, dając wrażenie takiego obłężenia. (...) Te osoby, które chcą by ten symbol tam wisiał, a co najmniej go tolerują, będą w jakimś sensie decydować o naszym stanie i naszym well-being, naszym dobrym samopoczuciu. (Ateistka)

Dla osoby, która jest niewierząca albo wierzy w inną religię, to umówmy się, że obserwowanie, nawet jeżeli to jest tylko rzeźba, ale mamy tutaj jednak symbol osoby, która zmarła, to po prostu trup na krzyżu, to nie jest nic dobrego, nie. To jest bardzo przemocowe. Więc albo wszystkie symbole albo żaden. Rozumiem, gdyby były wszystkie symbole, bo też można ateistyczne wsadzić. Natomiast tutaj jest taka mocna moim zdaniem dominacja Kościoła. (...) Takie ujawnianie negatywnego stosunku do krzyża, do księdza przyjmują bardzo tak nerwowo. Robi się taka atmosfera pt. „zaraz ale dlaczego z tym walczysz”. (Ateistka)

W szpitalu [...] wszędzie oczywiście są zarówno zdjęcia z Wyszyńskim, zdjęcia z Macharskim, tak jakby się klinika chwaliła, że ma takie koneksje a nie inne. Oczywiście krzyże są wszędzie i świętych obrazków jest bez liku. (Ignostyczka)

Podczas rozmów z osobami z mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych zaobserwowano różne strategie komentowania masowej obecności symboli rzymskokatolickich w placówkach ochrony zdrowia.

W przypadku jednej grupy osób badanych zaobserwowano pewną ostrożność w wypowiedaniu słów krytyki wobec opisanego powyżej stanu rzeczy. Wielokrotnie konstатовano dominujący status religii rzymskokatolickiej w Polsce oraz – ich zdaniem – konieczność dostosowania się przez mniejszości wyznaniowe do panujących realiów. Zdarzały się jednak także opinie bardziej krytyczne i wzywające do zmiany stanu rzeczy jako dyskryminującego osoby nienależące do Kościoła rzymskokatolickiego.

Jak wynika z powtarzających się wypowiedzi szeregu osób biorących udział w badaniu z mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych, próba zmiany aktualnego stanu rzeczy nieuchronnie wiązałaby się z koniecznością „walki” (na różnych poziomach) z Kościołem większościowym. W rozmowie na ten temat używano m.in. określeń typu „toczyć boje”, „kruszyć kopie”. Wskazuje to, że w przekonaniu osób badanych upominanie się o neutralność światopoglądową takich miejsc jak szpitale i przychodnie może być postrzegane przez większość jako atak na religię rzymskokatolicką oraz krok w dążeniu do wyeliminowania tego Kościoła z przestrzeni publicznej. Osoby reprezentujące różne mniejszościowe Kościoły i związki wyznaniowe zdecydowanie podkreślały brak chęci wchodzenia na to symboliczne „pole minowe”.

W takim społeczeństwie funkcjonujemy i mi to nie przeszkadza, nie chciałbym też toczyć bojów o symbole, mówić w szpitalu, że mi się to nie podoba, bo to by na pewno nie wpłynęło dobrze, tylko by wprowadziło jakąś taką dziwaczność w tym wszystkim i postrzeganie nas – Kościołów mniejszościowych – jako Kościoły, które walczą, żeby tego Jezuska na krzyżu nie było. A to nie o to chodzi. Ja nie chcę symboli komuś niszczyć. (Kościół Chrystusowy w Polsce)

Mam na ten temat własne zdanie. Nie mam na to wpływu też. To jest przestrzeń publiczna i ktoś o tym zdecydował i to nie jest coś, o co warto walczyć, kruszyć kopie itd., to nie ma sensu. (Kościół Ewangelicznych Chrześcijan w RP)

To jest zawsze taki temat dyżurny, zawsze można się na tym skupić, że państwo jest świeckie i nie powinno się mieszać tych dwóch rzeczy. Tylko że ja się tym nie zajmuję, bo to do niczego nie prowadzi. Dyskusje na ten temat prowadzą tylko do tego, że mogą ludzi poróżnić, skłócić, zdenerwować. Trzeba to po prostu brać, jakim jest. (Kościół Ewangelicko-Augsburski w RP)

Osoby uczestniczące w badaniu twierdziły, że zwykle koncentrują się na wygłaszaniu negatywnych emocji i na wskazywaniu na możliwość tolerowania aktualnej sytuacji. Działanie takie ma wynikać ze świadomości istniejących realiów, a częściowo także z przekonania, że powołaniem religijnych mniejszości jest akceptowanie trudów i przeciwności.

Nasze stanowisko jako Ligi Muzułmańskiej, ale przede wszystkim moje, jako imama, jest takie, że krzyż ma prawo wisieć. Bo jesteśmy w Polsce, jest

większość ludzi, którzy wyznają chrześcijaństwo i są pacjenci, którzy też mają prawo wyznawać swoją religię, a są katolikami. (Liga Muzułmańska w RP)

Staramy się na to nie zwracać uwagi. Nie ma możliwości, że wchodzę do sali i zdejmuję wszystkie symbole religijne, które mnie osobiście nie są potrzebne. Gdybym miała przy łóżku za dużo, to pewnie momentalnie bym je zdjęła. Osobiście umiem zamknąć oczy i krzyże w każdym pomieszczeniu mnie osobiście nie przeszkadzają. Żyję w takim środowisku i nauczyłam się z tym żyć. Gdyby ich nie było byłabym na pewno szczęśliwsza. (Karaimka)

Jestem świadomym obywatelem kraju, który mieni się katolickim i ja to rozumiem i szanuję to i nie staram się ograniczać tej ekspresji tego Kościoła i nawet prób czasami takiego wykorzystywania tej dominacji, jej poszerzania. Gdybym znalazł się w kraju muzułmańskim też nie wymagałbym, by tam zredukowano wszelką symbolikę, oznaczenia. Może nie czułbym się w tym najlepiej, ale jestem do tego przyzwyczajony i wiem, że być może jest to moje powołanie, by być w tej mniejszości i może czasem nawet z tego powodu cierpieć. (Kościół Ewangeliczny „Misja Łaski”)

Dla osób badanych z mniejszościowych Kościołów chrześcijańskich akceptowalną i mającą duże znaczenie zmianą byłoby zastąpienie wszechobecnych w placówkach ochrony zdrowia krucyfików prostymi krzyżami pozbawionymi wszelkich dodatkowych elementów charakterystycznych dla Kościołów rzymskokatolickiego, greckokatolickiego czy prawosławnego. Taki symbol miałby charakter bardziej unifikujący.

Zawsze, w każdym pokoju – krucyfiks, krzyż z Chrystusem. Oczywiście, wolałbym, żeby to był sam krzyż, ale nie będę protestował. Powiem tylko tyle, że my mamy w naszej tradycji bardzo mocno zaakcentowaną sprawę, że krzyż jest pusty, dlatego, że my uważamy, że Chrystus zmartwychwstał, więc żyje. (Kościół Chrześcijan Baptystów w RP)

Takim najbardziej naturalnym symbolem chrześcijaństwa to byłby chyba krzyż, taki pusty krzyż do zaakceptowania przez wszystkich. To jest taka pieśń przyszłości. (Kościół Ewangelicznych Chrześcijan w RP)

Zdaniem większości osób uczestniczących w badaniu najlepszym rozwiązaniem kwestii obecności symboli religijnych w placówkach ochrony zdrowia

byłoby ich całkowite wyeliminowanie z przestrzeni tych placówek, poza pomieszczeniami przeznaczonymi na realizację kultu religijnego (kaplice). Jednocześnie podkreślano, że usunąć należałoby wyłącznie te symbole, które są aktualnie elementem wyposażenia szpitali czy przychodni – każda osoba przebywająca w tych miejscach powinna mieć prawo do ekspresji wiary poprzez przedmioty będące jej własnością (np. łańcuszki z krzyżykiem, różańce, itp.). Twierdzono, że stworzenie przestrzeni przyjaznej dla wszystkich, niezależnie od wyznawanej religii czy światopoglądu, szczególnie dla osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, jaką jest choroba i pobyt w szpitalu, byłoby bardzo cenne. Brak jakichkolwiek symboli religijnych oznacza także brak potencjalnego katalizatora konfliktów pomiędzy osobami hospitalizowanymi.

Z mojego punktu widzenia dobrze by było, gdyby każde miejsce [publiczne] było świeckie, pozbawione wszelkich czy to muzułmańskich, czy prawosławnych, czy chrześcijańskich, katolickich symboli. Żeby one [te miejsca] były poza wszelką symboliką, żeby te przestrzenie nie narzucały nikomu czegośkolwiek, bo może to być naprawdę utrudniające. (Kościół Boży w Polsce)

Skoro mamy wolność wyznania i sumienia, to dlaczego tylko krzyże wiszą? Moim zdaniem w państwowych placówkach nie powinno tego być, bo póki co jesteśmy państwem świeckim. Po to, żeby uszanować uczucia innych religii i w ogóle bezwyznaniowców. Mamy prawo nie wierzyć w jakiegokolwiek Boga. Jeżeli ktoś jest narażony na oglądanie krzyża w ostatnich chwilach swojego życia, a nie jest chrześcijaninem to może mieć pewnego rodzaju dyskomfort. (Kościół Ewangelicko-Augsburski w RP)

Gdybyśmy mieli na ten temat głosować, powiedzielibyśmy, że ani katolickich ani buddyjskich, ani muzułmańskich symboli w przestrzeni publicznej nie potrzeba. Od tego są świątynie, do których idzie wyznawca danej religii. (Unia Buddyjska)

Miejsca takie jak poczekalnia, przychodnia to powinny być miejsca neutralne, bo to są miejsca, które powinny służyć wszystkim. (...) Szpital też generalnie powinien być neutralny, ale o czym my tu mówimy, jak szpital zatrudnia kapełana i daje mu za to wypłatę? Nie żyjemy w kraju, w którym wszystkie wyznania są traktowane na równi, ale to jest kwestia, jak mówiłem, pewnej dojrzałości rządzących. (Kościół Zielonoświątkowy w RP)

Neutralność po prostu światopoglądową takie instytucje publiczne powinny zachowywać. Nie powinno to [umieszczanie symboli rzymskokatolickich] również mieć miejsca chociażby z tego względu, że może dzielić pacjentów. Nie tylko subiektywnie, taki pacjent może się w jakiś sposób czuć dyskryminowany, ale całkiem obiektywnie może to prowadzić do konfliktów między pacjentami. A to jest ostatnia rzecz, która jest naprawdę potrzebna w szpitalu. (Ateistka).

W kilku wywiadach pojawiła się, alternatywna w stosunku do rezygnacji z wszelkiej symboliki religijnej w przestrzeni wspólnych placówek ochrony zdrowia, propozycja dopuszczenia w tych miejscach symboli ważnych dla mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych, jak również uznawanych za istotne przez osoby bezwyznaniowe.

Jeżeli jest już krzyż, to dlaczego nie [dać przestrzeni] innym wyznaniom. (...) jak ktoś by był innej religii [niż rzymskokatolicka] i zobaczyłby swój symbol na ścianie, to na pewno takiej osobie mogłoby się zrobić [lepiej], że „o, jednak tolerują to kim jestem/ jakiego jestem wyznania/ jak wołam, jeżeli chodzi o Boga”. Jeżeli chrześcijaństwo ma być religią miłości, pojednania i pokoju, to dlaczego nie? (Kościół Polskokatolicki w RP)

Myślę, że nie powinno być w instytucjach, że tak powiem, jednego znaku danej religii. Albo wystawić ścianę ze znakami religijnymi, albo nic na tych ścianach nie wieszać. Różne osoby do szpitala przychodzą, są różne religie. (Radha Govind Society in Poland)

Inne przedmioty i materiały o charakterze religijnym

Z wypowiedzi osób badanych wynika, że inne przedmioty o charakterze religijnym – takie jak plakaty, teksty modlitw czy ulotki lub informatory religijne są rzadziej obecne w pomieszczeniach publicznych placówek ochrony zdrowia. Większość pojawiających się w tych miejscach materiałów o charakterze religijnym jest rozprowadzana przez Kościół rzymskokatolicki lub organizacje z nim związane. Pojedyncze osoby wspominały o tym, że tego typu publikacje bywają umieszczane na tablicy ogłoszeń na oddziałach szpitalnych czy też w przychodniach lub wykładane na stolikach, do których wszyscy odwiedzający dane miejsce mają swobodny dostęp. Pojawiła się opinia, że tego typu działanie ma charakter

opresyjny, zarówno w stosunku do osób bezwyznaniowych, jak i należących do wyznań mniejszościowych.

Przy gabinetach lekarskich, jak w szkołach, wiszą takie tablice typu korkowego, na których pojawiają się różne komunikaty i informacje. Bardzo często są to komunikaty o treści religijnej, o różnych religijnych świętach, wydarzeniach, obrzędach, ceremoniach. Ja nawet nie czytam tego, ale fakt, że to jest tam (...) i to bezpośrednio graniczy z grafiką lekarzy, uważam nie tylko za zbędne, ale za rodzaj przemocy. No bo w takim miejscu publicznym jestem atakowana takimi różnymi informacjami, które nijak się nie mają do celu mojej wizyty tam. (Ateistka)

Podkreślano jednocześnie, że placówki medyczne nie zabraniają ani nie utrudniają innym Kościołom i związkom wyznaniowym rozpowszechniania tego rodzaju informacji czy wydawnictw. Wspominano o rozdawaniu osobom hospitalizowanym książek o charakterze religijnym wydanych przez jeden z mniejszościowych związków religijnych czy też zostawianiu w przychodniach ulotek zapraszających na spotkania dla osób uzależnionych organizowane przez lokalny Kościół protestancki, które to działania nie spotykały się z negatywną reakcją władz podmiotów leczniczych.

My też chodziliśmy po przychodniach, zostawialiśmy takie ulotki na temat spotkań dla ludzi uzależnionych. Chodziliśmy do przychodni, w których są ludzie uzależnieni, zachęcając ich do nowego życia z Chrystusem. (...) Jest zawsze stolik, na którym są takie ulotki, przychodnie czy lekarze reklamują się. Tam parę takich zostawialiśmy i tyle. Nikt nam nie zabraniał. (Kościół Boży w Polsce)

Szczególnym przedmiotem o charakterze religijnym są księgi i pisma uważane przez poszczególne religie za święte. Osoby deklarujące przynależność do mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych, planując dłuższy pobyt w szpitalu zwykle zabierają ze sobą własny egzemplarz Biblii czy Koranu. Obecność tych publikacji na stolikach obok łóżek osób pacjenckich zwykle nie spotyka się z nieprzychylnymi reakcjami personelu lub innych chorych. Twierdzono, że stanowi ona często przyczynek do wymiany myśli i dyskusji. Wspominano także, że w wielu szpitalach znajdują się darmowe egzemplarze Biblii przeznaczone na użytek osób hospitalizowanych, które ci mogą zabrać ze sobą do domów. Pojawienie się Biblii w szpitalach bywa efektem pracy Stowarzyszenia Gedeonitów,

międzywyznaniowej organizacji zakorzenionej w teologii protestanckiej, która zajmuje się bezpłatną dystrybucją Nowego Testamentu w różnych krajach świata. Czasami Pismo Święte rozprowadzane jest także przez lokalne mniejszościowe Kościoły chrześcijańskie. Twierdzono, że obecność Biblii na oddziałach szpitalnych wiele osób akceptuje.

Jeżeli chodzi o Biblię, to ona jest akurat uniwersalna, dla wszystkich wyznań chrześcijańskich taka sama. Jest takim elementem, który powinien być obecny, ale w sposób taki neutralny, czyli gdzieś z boku na stoliku powinna być Biblia, ale uważam, że mógłby tam być też Koran i to też dla mnie nie byłoby jakoś drastyczne. Przestrzeń szpitala powinna być uniwersalna. (Kościół Zielonoświątkowy w RP)

Kaplice szpitalne

Powszechna obecność kaplic rzymskokatolickich w szpitalach wzbudzała wśród części osób uczestniczących w badaniu duże emocje. Z jednej strony podkreślano dominujący status Kościoła rzymskokatolickiego w polskim społeczeństwie, który to status znalazł swoje odzwierciedlenie w zapisach prawnych zobowiązujących podmioty lecznicze do tworzenia miejsc umożliwiających wiernym udział w zbiorowych praktykach religijnych. Z drugiej strony jednak jednoznacznie rzymskokatolicki charakter tych miejsc – przy braku działań nakierowanych na zapewnienie osobom wyznającym inne religie minimum intymności niezbędnej do realizacji własnych praktyk religijnych – bywa postrzegany jako przejaw dyskryminacji.

Osoby badane dopytywano o to, czy miały możliwość korzystania z kaplic rzymskokatolickich. Niektórzy z nich przyznawali, że zdarzało im się to lub że jest to przez nich praktykowane w sytuacji, gdy rodzaj usługi lub sama osoba pacjencka wymagają odosobnienia i ciszy, a nie ma możliwości zapewnienia do tego odpowiednich warunków w innym miejscu szpitala. Czasami kaplice odwiedzają osoby hospitalizowane będące wyznawcami innych Kościołów, na przykład wtedy, gdy chcą w spokoju się pomodlić. Część osób badanych twierdziła, że dostęp do szpitalnej kaplicy nie jest uzależniony od przynależności do jednej, dominującej konfesji, a prawo do korzystania z tego obiektu mają wszystkie osoby hospitalizowane oraz osoby duchowne różnych wyznań, poszukujące spokojnego miejsca na potrzeby praktyk religijnych. Kaplica – bez względu na

jej wystrój – jest w tym wypadku postrzegana jako własność szpitala, w związku z czym za decydenta w sprawie sposobu jej wykorzystania jest uznawany personel szpitala.

Są w szpitalach kaplice, w których panuje jedno wyznanie. W większości przypadków można by próbować korzystać z tych kaplic, jeżeli chodzi o usługę religijną innych denominacji. (...) Do większości kaplic w większości szpitali można wejść, jeżeli ktoś potrzebuje takiego miejsca odosobnienia. (Kościół Boży w Polsce)

Te kaplice są otwarte, jeśli ktoś z prawosławnych chce być w takim miejscu wydzielonym, spokojnym, w ciszy, to spokojnie mógłby z tej przestrzeni szpitalnej korzystać i tam się modlić. (Polski Autokefaliczny Kościół Prawosławny)

Ja się pytam siostrę oddziałową czy lekarza, czy ja mogę z pacjentem pójść do kaplicy. Ponieważ z mojego punktu widzenia, ta kaplica w szpitalu nie jest własnością Kościoła ani żadnego księdza rzymskokatolickiego, tylko jest we władaniu szpitala. Z tego powodu ja w ogóle nie mam z tym problemu, ja w ogóle nie pytam się o nic księdza rzymskokatolickiego. (Kościół Ewangelicko-Augsburski w RP)

Ze względu na jednoznacznie rzymskokatolicki wystrój kaplic, wykorzystywanie ich jako miejsc wykonywania praktyk religijnych przez inne wspólnoty wyznaniowe często jest jednak postrzegane jako niezręczne, mało komfortowe. **Osoby badane deklarowały, że nie czują się do tych miejsc zaproszone** – ani personel szpitali, ani zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia kapelani rzymskokatolickcy nie formułują oficjalnego komunikatu o otwartości kaplic na wiernych innych wyznań. Pomimo faktu, że kaplice są tworzone i utrzymywane przez władze szpitali, są one powszechnie traktowane jako „strefy wpływów Kościoła rzymskokatolickiego”. Korzystanie z nich bez zgody jego przedstawicieli (kapelanów) mogłoby, w opinii części osób badanych, zostać odebrane jako działanie inwazyjne, nakierowane na konflikt, którego mniejszościowe wspólnoty wyznaniowe zdecydowanie próbują unikać. Sytuacja jednoznacznego określenia „gospodarza” kaplicy niejednokrotnie skutkuje więc rezygnacją z wykorzystywania tej przestrzeni przez wiernych i osoby duchowne należące do nierzymskokatolickich Kościołów i związków wyznaniowych.

Od razu da się poznać, kto tę kaplicę urządził. Ale tutaj naprawdę można by było się postarać i zrobić to tak, żeby to aż tak nie rzucało się w oczy, że w tej kaplicy to najczęściej są rzymscy katolicy. (Kościół Ewangelicko-Augsburski w RP)

Gdyby [kaplica] była zawsze otwarta i gdyby był mi dany także przekaz, że mogę z niej korzystać, to byłoby bardzo dobre. Bo mam opory, czy z niej korzystać, bo często nie jest napisane, czy to jest kaplica ekumeniczna. Gdyby to było lepiej wyartykułowane, że to jest kaplica, która ma być miejscem spotkań także ludzi z tak zwanych mniejszości religijnych, czy po prostu wyraźny komunikat, że jest to kaplica ekumeniczna, to ja w tym momencie mam śmiałość. Ale jeśli to jest typowa kaplica, to przeważnie jednak kojarzy się z kaplicą rzymskokatolicką, ze względu na charakter większościowy tego Kościoła. W związku z tym nie wypada mi angażować miejsca, wchodzić do tego miejsca jako człowiek, który do niego nie został zaproszony. (Kościół Chrześcijan Baptystów w RP)

Zadbanie przez dyrekcję placówki ochrony zdrowia o umożliwienie swobodnego korzystania ze szpitalnych kaplic także przez wiernych wspólnot religijnych innych niż Kościół rzymskokatolicki oraz wyraźne zakomunikowanie takiej możliwości mogłoby zachęcić do tego osoby hospitalizowane oraz osoby duchowne wyznań mniejszościowych (szczególnie tych wywodzących się z tradycji chrześcijańskiej).

Dla wielu jednak sama oficjalna zgoda nie wystarczy, aby w pełni pokonać barierę dyskomfortu wynikającego w dużej mierze ze **świadomości przebywania w przestrzeni innego związku wyznaniowego, która jest postrzegana jako obca, ale też bywa definiowana jako nieprzyjazna**. Warto w tym miejscu przypomnieć, że elementy charakterystyczne dla rzymskokatolickich obiektów sakralnych, takie jak obrazy czy figury świętych, nie stanowią dla wyznań niechrześcijańskich oraz Kościołów protestanckich przedmiotów czci, a ich ekspozycja bywa niekiedy traktowana jako przejaw bałwochwalstwa.

Czułbym się niekomfortowo, jeżeli musiałbym rozmawiać, będąc z różnych stron otoczony tymi obiektami kultu, czyli jakimiś obrazami czy też figurami, które są według katechizmu same w sobie przedmiotem czci. Czułbym się bardzo niekomfortowo i to by mnie rozpraszało. (...) Jeżeli znajdują takie miejsca jak ogródek, korytarz, to one są dla mnie bardziej komfortowe w tym momencie, gdy nie mam stworzonego innego pokoju na rozmowę duszpasterską.

A myślę, że nie byłoby problemem stworzenie chociaż małego pokoiku, gdzie można by postawić dwa krzesła. Ponieważ nie ma takiego miejsca, w związku z tym ja się bardziej komfortowo czuję w momencie, kiedy usiądę, w tych innych wspomnianych miejscach, niż w tej kaplicy, gdzie ja muszę wtedy skupiać wzrok, nie patrzeć co z tyłu, co z boku, a czasami się nie da. Nie koncentrować się na tym, nie pozwolić, żeby to gdzieś rozpraszało, coś co jest sprzeczne z Pismem Świętym. Jako duchowny jestem wtedy, według mojego zrozumienia, w miejscu, w którym jest bałwochwalstwo. (Kościół Ewangelicznych Chrześcijan w RP)

W naszym kraju większość ludzi jest wyznania rzymskokatolickiego i oni sami nie zwracają na to uwagi, natomiast wszystkie Kościoły protestanckie – a jest trochę tych wyznań – czy też Świadkowie Jehowy na pewno zwracają na to uwagę, że są tam jakieś figury czy obrazy. Takie miejsce raczej im nie odpowiada. (Kościół Zielonoświątkowy w RP)

Boże przykazanie mówi o zakazie oddawania czci obrazom, posągom i tak dalej, więc to [kaplica] nie jest dobre miejsce do tego [żeby się tam modlić](...) widzimy po prostu przykłady łamania tego przykazania, obrazy, posągi. Więc to nawet w zły nastrój wprawia. Inaczej mówiąc, biblijnie, nie pochwalam bałwochwalstwa. (Kościół Adwentystów Dnia Siódmego w RP)

W tych szpitalach, w których są takie miejsca, rzeczywiście ekumeniczne, to ludzie już przychodzą i mogą się modlić. Wcześniej rzeczywiście to był dla nas problem, bo była kaplica rzymskokatolicka i nawet jeżeli urzędujący w niej ksiądz pozwalał się tam modlić, to wielu muzułmanom nie podobało się to, że były tam obrazy, krzyże, inne otoczenie, nie swoich symboli. Więc modlili się w swoich pokojach szpitalnych. (Liga Muzułmańska w RP)

Zwracano także uwagę, że dla szeregu Kościołów i związków wyznaniowych korzystanie z kaplic rzymskokatolickich jest **niedopuszczalne z powodu zakazów religijnych**.

W ogóle brak w szpitalach przestrzeni prywatnych, w związku z tym, jeżeli chodzi o religijnych mężczyzn, to oni na pewno nie mają gdzie się pomodlić. I też jednym miejscem, gdzie można się pomodlić to są kaplice. I to nie jest miejsce, gdzie nam, Żydom, wolno się pomodlić. Nie wolno nam się modlić przed Jezusem, bo to są zupełnie inne religie. (Żydówka)

Wolelibyśmy miejsce odosobnione, bo dla staroobrzędowców ekumenizm jest w ogóle niedopuszczalny. Wspólna modlitwa czy modlitwa w kaplicy innego wyznania jest niemożliwa. Nawet jak przyjeżdżamy po zwłoki, w szpitalu nie odbywają się żadne modlitwy w kaplicy. Jest to niedozwolone prawem kanonicznym. (Staroprawosławna Cerkiew Staroobrzędowców)

Powszechnie zgadzano się z postulatem tworzenia w szpitalach kaplic neutralnych religijnie, dostosowanych do potrzeb wszystkich wspólnot wyznaniowych potrzebujących odrębnej przestrzeni na indywidualne lub zbiorowe praktyki religijne. Przygotowanie takiego miejsca zostałoby odebrane nie tylko jako gest dobrej woli i świadectwo otwartości, ale także jako dowód równego traktowania wszystkich osób hospitalizowanych bez względu na ich przynależność religijną. Jednocześnie osoby należące do mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych podkreślały, że nie zamierzają „walczyć z wiatrakami” – to znaczy próbować przekonywać do swoich racji rzymskokatolicką większość – z obawy przed niezrozumieniem i postrzeganiem ich działań jako nastawionych na wygenerowanie konfliktu. Idealna z ich perspektywy byłaby sytuacja, gdyby inicjatywa neutralnych religijnie miejsc modlitwy wyszła od zarządzających placówką medyczną oraz reprezentantów Kościoła rzymskokatolickiego.

Gdyby mnie ktoś zapytał o zdanie, to powiedziałbym, że oczywiście, byłoby fajnie, gdyby te kaplice miały prosty krzyż i jakieś tam świece, bez epatowania symbolami katolickimi czy świętymi katolickimi. (...) Ja bym to zostawił kwestii dobrej woli tej większości, która jednak decyduje. Bo to jest tak, że im bardziej kraj jest rozwinięty, demokratyczny i światły, tym bardziej szanuje się mniejszości. To nie powinno wynikać z naszego postulatu, tylko to większość – na zasadzie pewnego poziomu intelektualnego, jeżeli dorośnie do tego poziomu intelektualnego, jeżeli dorośnie do tego sposobu poznania i tej ewangelicznej miłości – powinna powiedzieć: „Nie, my z szacunku dla tych dwóch [przedstawicieli innych wyznań] zrobimy tę kaplicę tak, żeby była dla nich też w porządku”. Natomiast my dopominając się [o to], zderzamy się ze ścianą, no bo wiadomo, na te sześćset osób zawsze znajdzie się pięćdziesiąt, które miotłami nas pogonią. To do niczego dobrego nie doprowadzi. (Kościół Zielonoświątkowy w RP)

Jak wynika z relacji osób biorących udział w badaniu, kaplice, przygotowane w sposób, który pozwala im służyć jako miejsce spotkań i realizacji praktyk religijnych przez osoby różnych wyznań, są na mapie polskich szpitali wciąż zjawiskiem

niezmiernie rzadkim. Wśród kilkudziesięciu raportowanych podczas wywiadów przypadków, miano ekumenicznych można przyznać zaledwie kilku obiektom. Wszystkie one działają w rejonach z licznie reprezentowanymi wspólnotami mniejszościowymi (Białostoczczyzna, Śląsk Cieszyński), są współdzielone przez kapelanów rzymskokatolickich oraz kapelanów innych wyznań chrześcijańskich. Jeden z takich obiektów scharakteryzował kapelan ewangelicko-augsburski, którego zdaniem został on stworzony od podstaw w duchu ekumenizmu: obecne są tam symbole należące do różnych religijnych tradycji, przy czym, planując wystrój obiektu, zrezygnowano z elementów charakterystycznych dla Kościoła rzymskokatolickiego, które są odrzucane przez inne wyznania (np. obrazy, wizerunki Maryi czy świętych).

To jest kaplica ekumeniczna. Ona została tak pomyślana naprawdę ekumenicznie. (...) Było to troszeczkę skomplikowane, żeby pogodzić różne [wyznania], a jeszcze, żeby był element żydowski zachowany, bo w Bielsku jest gmina żydowska, choć mało kto o tym wie. Ale jak się wejdzie do tej kaplicy to się tylko Żyd orientuje, chrześcijanin nie. To jest tak sprytnie ukryte w postaci odwróconej menory, której kształt jest zachowany i to jest barierka oddzielająca ołtarz od kaplicy. Ona ma taki klasyczny, żydowski kształt. Są elementy, które podkreślają tę wielowyznaniowość. Musi być tabernakulum, jak to w Kościele katolickim, krzyż jest wspólny, ale są też elementy luterzańskie w postaci róży Lutra, jest taka witrażówka zrobiona, podświetlona. Jest też element drogi krzyżowej, są cytaty biblijne, co dla naszego Kościoła jest fundamentem, podstawą. To tam wszystko jest, tylko trzeba popatrzeć. Tylko to jest tak, że dla niewtajemniczonego może to być troszeczkę trudne, ale gdyby tak po kolei omówić każdy element, to to jest katolickie, to ewangelickie, to żydowskie, a to uniwersalne. Tak to wszystko jest ułożone. (Kościół Ewangelicko-Augsburski w RP)

Zdaniem szeregu badanych osób reprezentujących Kościoły chrześcijańskie, równowaga i minimalizm wydają się być kluczowe dla stworzenia miejsca modlitwy otwartego na osoby różnych wyznań. Tłumaczyli oni, że aby uznać miejsce za „własne”, przyjazne i zachęcające do wykonywania w nim indywidualnych lub zbiorowych praktyk religijnych konieczny jest brak poczucia zdominowania przez jedną denominację. Zwrócono uwagę, że symbolem wspólnym dla wszystkich wyznań chrześcijańskich jest prosty krzyż (bez postaci Chrystusa), który w związku z tym mógłby stanowić element centralny miejsc spotkań osób pacjenckich i osób duchownych należących do tradycji chrześcijańskiej, bez względu na ich wyznanie.

Innym elementem raczej łączącym niż dzielącym wyznania chrześcijańskie mogłyby być wersety biblijne. Pojawiła się również sugestia, aby symbole ważne dla poszczególnych religii były przechowywane w sposób niewidoczny dla osób przebywających w kaplicy – można byłoby z nich korzystać podczas modlitwy/nabożeństwa danego wyznania.

Negatywnie reagowano na tzw. fałszywy ekumenizm, rozumiany jako formalne zaproszenie innych grup wyznaniowych do korzystania z kaplicy bez włożenia wysiłku w zbudowanie jej i wystrojenie w sposób akceptowalny dla mniejszości (np. wszechobecność obrazów maryjnych czy wizerunków papieża Jana Pawła II).

Gdyby była kaplica tylko z krzyżem, to by było miejsce ekumeniczne. (...) To by było takie miejsce neutralne, gdzie moglibyśmy się pomodlić wszyscy, przynajmniej z tych denominacji, jakie w Polsce są. (...) Bo to są rzeczy, które dla nas, protestantów, są nie do przyjęcia: jakiegokolwiek wizerunki czy obrazy święte, czy wyobrażenia świętych, ktokolwiek to jest. (Kościół Ewangelicznych Chrześcijan w RP)

Ja uważam, że te kaplice z zasady powinny być urządzone w takiej ekumenicznej formie. Żeby nie było tak, że gdy wchodzi do kaplicy, to od razu widzę, jaki Kościół tutaj rządzi. Wystrój kościołów ewangelickich, ołtarzy, jest bardzo skromny. Od razu da się poznać, kto tę kaplicę urządził. Ale tutaj naprawdę można by było się postarać i zrobić to tak, żeby to aż tak nie rzucało się w oczy, że w tej kaplicy to najczęściej są rzymscy katolicy. (Kościół Ewangelicko-Augsburski w RP)

Wystarczyłoby, żeby tych obrazów nie było na stałe. Ja nie widzę problemu, żeby duchowny Kościoła rzymskokatolickiego, jeżeli dla niego pomocnym są w tym duszpasterstwie wizualizacje przez obrazy i on się wtedy lepiej czuje, to wystarczy gdzieś wyciągnąć obraz z zasłonki i go powiesić. A ja na przykład, żebym się lepiej czuł, mógłbym wyciągnąć z innej szuflady na przykład Biblię. Wtedy i ja się dobrze czuję i ten duchowny Kościoła rzymskokatolickiego czuje się jak kapelan kaplicy rzymskokatolickiej, bo ma tam gdzieś ten obraz, który jest dla niego centralnym punktem danej kaplicy. To naprawdę wystarczyłaby zasłonka, szafa, pomieszczenie, gdzie pewne rzeczy by były, które każdy może według swojego wyznania, uznania wyciągnąć. Nie musi to być przystosowane priorytetowo traktując Kościół rzymskokatolicki. (Kościół Ewangelicznych Chrześcijan w RP)

Ale jeżeli jest kaplica, i ona jest ekumeniczna, ale pod wezwaniem Świętej Barbary, to niech mi pani powie, na ile ona jest ekumeniczna? I to jest przykład z życia wzięty, tak jest w zakładzie karnym w X. Wchodzi się do kaplicy niby ekumenicznej, a tam wisi papież, Matka Boska, krzyż i wszystkie ilustracje jednego tylko Kościoła. A klucz do tej kaplicy ma tylko ksiądz. To co to jest za ekumenizm? W takiej sytuacji wchodzimy w miejsce, które jest nieneutralne. Bo gdyby muzułmanin też chciał tam się pomodlić, to ta przestrzeń w żaden sposób do tego nie zachęca. (Kościół Boży w Polsce)

Warto zauważyć, że o ile kategoria „kaplica ekumeniczna” ma konotacje chrześcijańskie, to nazwy „miejsce modlitwy” czy „miejsce spotkań” są określeniami neutralnymi, które nie niosą ze sobą tego rodzaju skojarzeń. Aby spełniać funkcję przestrzeni przyjaznej i otwartej na osoby wyznające różne religie, w tym niechrześcijańskie, takie pomieszczenia powinny być wolne od wszelkich symboli religijnych.

Miło by było mieć malutki kawałek, w który ja sobie mogę pójść, usiąść i, jak mówię, to nie musi być dużo, malutka przestrzeń, która jest goła, ściany są gołe, bo to jest też ważne, że jednak w każdej przestrzeni szpitalnej jest krzyż z Jezusem, co też jest dla nas kłopotliwe, wyznawców judaizmu, bo tak naprawdę nie powinniśmy się w ogóle modlić w takim miejscu, bo to jest dla nas Aboda Zara, czyli modlenie się do cudzych bogów. (Żydówka)

Myślę, że to byłoby dobre miejsce, właśnie taki pokój czy nie wiem jak to nazwać. Gdzie po prostu dana osoba z jakiejś religii, na przykład gdy ma jakieś tam obrzędy, mogła je sobie tam zrobić. Bo wiadomo, przeważnie w szpitalach są kaplice. Tylko dla chrześcijan. A jeżeli na przykład przyjdzie sobie muzułmanin czy Żyd, to dobre byłoby takie pomieszczenie, gdzie ta osoba mogłaby pójść i ten swój rytuał odmówić. Żeby też przy kimś nie emanować tą religijnością, bo wiadomo, nie każdemu to może pasować. (Radha Govind Society in Poland)

Ja myślę, że bez obrazów może, bez jakichś ołtarzy. Takie miejsce wyciszone, spokojne. (...) Kazalnica, ławeczki, i już. Takie miejsce spotkań powinno być wszędzie. (Kościół Boży w Polsce)

Żeby mógł z niej skorzystać każdy, bez względu na wyznanie, to myślę, że powinny tam być jakieś ławeczki, jakaś mała kazalnica i to wszystko. Żadnych

obrazów. Z krzyżem też byłby problem, bo jedni uważają, że nawet krzyża nie powinno być, inni, że powinien być krzyż, ale z Chrystusem, inni, że bez Chrystusa – to też jest kwestia sporna. Nie musi tego w ogóle być. (Kościół Zielonoświątkowy w RP)

Gdyby w szpitalu była sala, bez symboli religijnych, bez statusu kaplicy, ale byłaby używana przez przedstawicieli różnych mniejszości religijnych, to czy to dla państwa byłoby akceptowalne? Gdybyśmy się nie widzieli w środku z przedstawicielami innych wyznań, to tak. Gdyby szpital powiedział, że sala przeznaczona do odprawiania nabożeństw innego wyznania, gdzie nie znajdują się żadne symbole religijne, to jak najbardziej tak. (Staroprawosławna Cerkiew Staroobrzędowców)

Kapelani szpitalni

Kontakt z kapłanem – opinie osób z mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych

Osoby duchowne wyznań mniejszościowych deklarowały, że podczas odwiedzin swoich wiernych w szpitalach, **z reguły nie wchodzi w żadne interakcje z kapłanami rzymskokatolickimi**. Tłumaczono, że ze względu na tryb organizacji tych wizyt (na wezwanie chorego) oraz popołudniowe godziny, w których zwykle się one odbywają, prawdopodobieństwo spotkania się z zatrudnionym przez daną placówkę księdzem jest niewielkie. W nielicznych sytuacjach, kiedy osoby duchowne innych wyznań niż rzymskokatolickie zwracały się bezpośrednio do rzymskokatolickich kapłanów (np. z prośbą o udostępnienie szpitalnej kaplicy na modlitwę czy nabożeństwo) reakcje tych drugich we wszystkich raportowanych przypadkach były pozytywne.

Nie wchodzimy sobie w drogę. Tzn. nie ma jakiejś nienawiści, agresji, absolutnie nie. Jest jakaś świadomość, że każdy z nas działa dla swoich wiernych i już, tylko tyle. (Polski Autokefaliczny Kościół Prawosławny)

Miałem raz taki przypadek, że musieliśmy zorganizować wspólną modlitwę i poprosiłem księdza, żeby nam udostępnił kaplicę, to absolutnie nie było

żadnego problemu. „Proszę bardzo, oczywiście, jak najbardziej”. I zorganizowaliśmy taką modlitwę w kaplicy. (Kościół Zielonoświątkowy w RP)

Deklarowano, że jeżeli na terenie placówki – poza księżmi rzymskokatoliczki – są zatrudnieni także kapelani innych wyznań (prawosławni, ewangelicy) ich wzajemne stosunki są zwykle pozytywne, a obydwie strony dbają o utrzymanie takich relacji (bezkonfliktowe współdzielenie kaplicy, organizowanie wspólnych nabożeństw, przekazywanie informacji o zgłoszonych potrzebach osób hospitalizowanych, itp.).

Kapelani katolicki się zmieniają co kilka lat, ale mamy taki układ – bo ja nie mogę znaleźć tych swoich pacjentów – że jak kolega [kapelan rzymskokatolicki] idzie z komunią od sali do sali i ktoś tam rezygnuje [z przyjęcia], to on mi zostawia informację w zakrystii, że tam jest taka osoba, która prawdopodobnie jest mojego wyznania i ja ją mogę znaleźć. Nie nazwisko, ale numer pokoju. Nie będę wchodził do każdej sali i pytał, czy jest tam ktoś wyznania ewangelickiego, ale jak mam numer pokoju, to mogę zajść i zapytać. (Kościół Ewangelicko-Augsburski w RP)

Czasem bywa, że jak ja odprawiam nabożeństwo, a ksiądz [rzymskokatolicki] przyjdzie, to – żeby nie przeszkadzać – cichutko postoi, aż ja skończę. Tak samo, jak ksiądz katolicki się modli, to ja w tych ważnych momentach też staram się, żeby nie wchodzić zbyt. Czasem modlimy się razem. Tak że jest bardzo, bardzo dobrze. Żadnych zatargów z księdzem. (Polski Autokefaliczny Kościół Prawosławny)

Warte refleksji są natomiast relacje z kontaktów osób deklarujących przynależność do mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych przebywających w placówkach ochrony zdrowia z pracującymi w nich kapelanami rzymskokatolickimi, którymi dzielono się podczas wywiadów. Należy pamiętać, że zazwyczaj osoby hospitalizowane będące rzymskimi katolikami, przebywające w szpitalu nie mają możliwości uniknięcia spotkania z duchownymi tego wyznania. Zdaniem szeregu osób udzielających wywiadu w ramach raportowanych tu badań, w większości przypadków osoby pacjenckie nie postrzegają konieczności kontaktu z rzymskokatolickim duchownym jako opresji, o ile wizyta księdza ogranicza się do krótkiego zapytania osób przebywających w pokoju o chęć przyjęcia rzymskokatolickich sakramentów.

Przychodzi ksiądz, się pyta, czy ktoś jest zainteresowany przyjęciem Pana Jezusa. Wystarczy odpowiedzieć „Nie, dziękuję”, w grzeczny sposób. Nie są nachalni. Przynajmniej w moim przypadku, ja się nigdy nie spotkałem, żeby ktoś był nachalny. Nie było jakichś nieprzyjemnych sytuacji. (Związek Ajapa Yoga)

[Odmowa przyjęcia komunii] To się spotykało z grzecznym podejściem, nigdy nie miałem takich informacji, żeby to było postrzegane negatywnie, żeby w jakiś sposób ostracyzowało tę osobę. Raczej bardzo taktowne reakcje [księży]. (Kościół Chrześcijan Wiary Ewangelicznej w RP)

Bardzo często do chorych przychodził ksiądz. No, ale jak ksiądz próbował do mnie podejść, to ja grzecznie: „Nie, dziękuję”. Nieraz wystarczyło pokręcić głową i na tym się kończyło. Nie było żadnych komentarzy ani pytań. (Żydówka)

W relacjach osób pacjenckich zanotowano jednak także wiele przypadków opresyjnych zachowań księży rzymskokatolickich. Kilkoro duchownych wspomniało, że wierni donosili im o **przypadkach natarczywego, niekiedy wręcz nachalnego dopytywania przez szpitalnego kapelana o powody rezygnacji z przyjmowania sakramentów**. Osoby hospitalizowane należące do mniejszości religijnych czuły się **zmuszone do podania informacji o swoim wyznaniu**, będąc pod presją, co należy uznać za poważne naruszenie. Taka deklaracja często pozwala wprawdzie rozwiązać problem konieczności codziennego odmawiania komunii, jednocześnie jednak otwiera pole potencjalnego konfliktu z rzymskokatolickim duchownym. Podczas wywiadów wspomniano o przypadkach, gdy kapelani rzymskokatolickcy reagowali na informację, że osoba hospitalizowana nie należy do Kościoła rzymskokatolickiego w sposób nieakceptowalny: zdenerwowaniem, negatywnymi komentarzami na temat jej wyznania, a nawet próbami agresywnego, interpretowanego jako siłowe, nawracania na „prawdziwą” wiarę.

Wierni mieli taki problem, że czuli, że kapelan trochę chciał ich nawrócić na chrześcijaństwo. (...) Zgłaszali, że czuli się nieraz troszeczkę napastowani: kapelan przychodził, zostawiał obrazek, tłumaczył coś o patronach katolickich. Nie wiedzieli, co z tymi obrazkami zrobić, bo to obrazek kultu religijnego kogoś innego, w związku z czym nie chcieli tego też wyrzucić, a z drugiej muzułmankin nie może zbierać takich rzeczy. (Liga Muzułmańska w RP)

Czasami ich [kapelanów rzymskokatolickich] działania na terenie szpitala są takie mało ekumeniczne. Więc czasami na przymus próbują komuś udzielić sakramentu, nie zważając, że ktoś jest innego wyznania (...) Czasami duchowni są dosyć natarczywi, tacy troszkę mało wyrozumiali. (...) Albo to był dziwny grymas twarzy albo pojawiająca się lekka złość w głosie. (Kościół Starokatolicki Mariawitów w RP)

Czasami było tak, że jakiś duchowny za bardzo nie mógł pojąć, że ktoś nie chce komunii i tak dalej. [Pacjent] Tłumaczył, że nie jest katolikiem, a duchowny miewał problemy ze słuchem i czasami ponownie wracał do tego tematu. (...) W sensie ponawiania [pytania] – ktoś artykułuje, że nie jest katolikiem, że nie chce [komunii], dziękuje, [a ksiądz pyta]: „A może się pomodlimy do Maryi?”. (Kościół Adwentystów Dnia Siódmego w RP)

Jedna parafianka kiedyś, może 2 lata temu, leżała w szpitalu, no to usłyszała kilka takich rzeczy, które zapadły jej w pamięć. Z tego co pamiętam, to usłyszała od duchownego, że „chyba czas się nawrócić”. (...) to było na tyle dla niej dyskryminacyjne, że ona mi o tym powiedziała. Musiała to przeżywać (...) to jest osoba chora, leżąca w szpitalu, która ma swoje zmartwienia i jeszcze przychodzi ktoś do niej i właśnie tego typu rzeczy mówi. Nie tędy droga i nie to miejsce. (Kościół Polskokatolicki w RP)

Relacjonowano także **przypadki otwartego dyskredytowania wyznania osoby hospitalizowanej** w obecności innych chorych przebywających w sali. Jako przykład można podać umniejszanie roli proroka Mahometa podczas rozmowy z wyznawcą islamu. Za formę przemocy teologicznej można z kolei uznać zdarzające się straszenie piekłem jako konsekwencją słuchania pastora protestanckiego odwiedzającego osoby przebywające w szpitalu. Zdaniem osób badanych, wiedza wielu duchownych rzymskokatolickich na temat innych tradycji religijnych, w tym chrześcijańskich, jest niewielka i bardzo powierzchowna, co skutkuje powielaniem szkodliwych stereotypów. W warunkach choroby i pobytu w szpitalu może to mieć szczególnie negatywne skutki dla psychiki osób hospitalizowanych należących do mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych.

Były takie sytuacje, że [kapelan rzymskokatolicki] jakby troszkę umniejszał Prorokowi mówiąc, że „Prorok u was był tylko zwykłym człowiekiem, nie czynił żadnych cudów, większych niż Jezus Chrystus”. Tego typu rzeczy. (Liga Muzułmańska w RP)

Nie miałem z nimi [kapelanami rzymskokatolickimi] jakoś dużo do czynienia, ale w tych kilku sytuacjach oni starali się zachowywać poprawnie, co nie zmienia faktu, że potem na sali pozwalali sobie na jakieś negatywne mówienie różnych bzdur na nasz temat. Była taka sytuacja, że ja wyszedłem [z sali], poszedłem, potem przyszedł ksiądz i osoba będąca na tej sali powiedziała mi, że wcześniej był pastor i on jakieś bzdury [zaczął mówić], że oni tu chodzą, mieszają ludziom w głowach, a to są w ogóle heretycy i jak ktoś będzie ich słuchał, to pójdzie do piekła. Jakies takie bzdury. (Kościół Zielonoświątkowy w RP)

Osoby uczestniczące w badaniu podkreślały, że wymienione zachowania rzymskokatolickich księży są często motywowane chęcią nawrócenia oraz postrzeganiem przedstawicieli innych Kościołów i związków wyznaniowych jako heretyków lub wyznawców „fałszywych religii”. Takie nastawienie wydaje się mocno zakorzenione w świadomości części duchownych, w związku z czym próby sprowadzenia osób hospitalizowanych na „właściwą” ścieżkę (w opinii jednego z badanych, tym bardziej natarczywe, im cięższa choroba) mają swoje źródło w **„trosce o duchowy dobrostan chorego”, mimo tego że ta jest niechciana.**

Wydaje mi się, że to była po prostu metoda jaką stosowali ci księża, jako metoda nawoływania. Wydaje mi się, że intencja księdza jest zawsze dobra. On, jako osoba duchowna uważa, że jego religia jest tą prawdziwą i w jego perspektywie, wizji świata, to muzułmanin jest na złej drodze, więc gdy widzi taką osobę, rzeczywiście przychodzi często i rozmawia. (...) Nawoływali, to było nawoływanie. Nie nazwałbym tego zmuszaniem, tylko tłumaczeniem, przychodzeniem, powtarzaniem. Im ktoś był bliżej „tamtego świata”, powiedzmy, pośmiertnego, to tym częściej księża przychodzili i próbowali nakłonić. (Liga Muzułmańska w RP)

Zdarzają się próby namawiania osób wyznań innych niż rzymskokatolickie do wspólnych modlitw, udziału w nabożeństwach czy nawet przyjęcia komunii. Jak warto podkreślić po raz kolejny, tego typu incydenty mogą być związane albo z niedostatkami wiedzy wśród rzymskokatolickich kapłanów na temat nakazów i zakazów wynikających z przynależności do poszczególnych mniejszościowych Kościołów i związków religijnych (w tym świadomości, że uczestnictwo w praktykach innego Kościoła może być dla wiernych tych wspólnot niedopuszczalne), albo z lekceważeniem różnic doktrynalnych pomiędzy wyznaniem.

Zazwyczaj to jest tak, że ksiądz albo nie ma świadomości, albo uważa, że to nie jest żaden problem. Więc zazwyczaj chce udzielić takiego sakramentu (...) Często [pacjenci] spotykają się z nakłanianiem do modlitwy przez księdza rzymskokatolickiego. Osoba [wyznająca staroprawosławie] nie może się modlić czy przyjmować błogosławieństwa od kapłana innego wyznania, ale takie przypadki są bardzo często zgłaszane. Można powiedzieć, że to jest pewien nacisk ze strony kapłana [rzymskokatolickiego]. Mówienie, że nie jest to grzechem, czy że nie będzie to problemem, że osoba będzie uczestniczyła w nabożeństwie i tak dalej. Tak twierdzi Kościół katolicki, nie jest to podejście staroprawosławia. (Staroprawosławna Cerkiew Staroobrzędowców)

Ktoś mówi np. „Nie chcę przyjąć komunii świętej, bo jestem innego wyznania”, to niektórzy duchowni rozumieją. A niektórzy wręcz nalegają, tłumacząc np. że skoro nie ma księdza pod ręką innego wyznania to można [przyjąć rzymskokatolicką komunię]. (Kościół Starokatolicki Mariawitów w RP)

Z drugiej strony, w placówkach ochrony zdrowia zdarzają się także sytuacje wynikające z przekonania kapłanów rzymskokatolickich o powszechnym przyzwoleniu społeczeństwa (w tym osób hospitalizowanych i personelu szpitali) na wykonywanie praktyk religijnych tego wyznania w przestrzeni publicznej (w kontekście placówek medycznych – poza kaplicą). Są oni przeświadczeni o tym, że mają prawo do sprawowania różnego rodzaju praktyk religijnych w przestrzeni publicznej szpitala, bez brania pod uwagę opinii osób tam przebywających czy też zastanawiania się, czy nie zostaną naruszone prawa i wolności osób pacjenckich bezwyznaniowych i należących do mniejszości religijnych. Przykładem podejmowania takich działań jest organizacja rzymskokatolickich nabożeństw na oddziałach szpitalnych.

Bardzo często stykam się z tym, że księża katolicy wchodzi na oddział, żeby zorganizować jakieś nabożeństwo. To nabożeństwo jest odprawiane na korytarzu i to jest tak, że wszyscy, łącznie z lekarzami, muszą to uszanować. Parę razy mi się zdarzyło tak, że nawet siostra przełożona o tym nie wiedziała, no ale musiała to uszanować, no bo jak to tak, nie będzie przecież z kapłanem wojny zaczynać. Takie wchodzenie z nabożeństwami w przestrzeń szpitalną, publiczną nie powinno mieć miejsca. To wywiera presję na wszystkich. To jest taka manifestacja dominacji katolickiej, bo oni się z nikim nie liczą, tylko po prostu wchodzi i już, wszyscy muszą klękać. Tak nie powinno być, nawet ze względu na osoby niewierzące czy na osoby, które sobie tego po prostu nie

życzą i uważają, że nabożeństwa powinno się odprawiać w kaplicy, a nie na korytarzu. (...) To nie jest tak, jak z komunią, kiedy ksiądz chodzi i pyta, to jest wtedy taka bardziej osobista rzecz. Jak się odprawia nabożeństwo na korytarzu, to wszyscy muszą go wysłuchać. (Kościół Zielonoświątkowy w RP)

Z drugiej strony niektórzy z duchownych Kościołów mniejszościowych sygnalizowali rezerwę, z jaką są traktowani przez personel szpitala. Jeden z nich raportował odczucia braku chęci współpracy z nim.

Ja myślę, że prywatnie ci ludzie raczej nie pochwalali mojej wizyty. (...) Raczej miałem poczucie, że jesteśmy kłopotem, a nie pomocą, ale to są tylko moje odczucia. (...) Nie potrafię powiedzieć, w jaki sposób czy to miną, czy coś, ale generalnie ja miałem takie odczucie, że raczej [personel] koncentrują się na takim fizycznym leczeniu i nie widzą wartości dodanej w tym, że ktoś może mieć jakąś wiarę i że inna osoba w tej wierze może jakąś wartość dodać wniesić. (Kościół Chrystusowy w Polsce)

Kontakt z kapłanem – opinie osób bezwyznaniowych

Kilka respondentek deklarujących się jako niewierzące zwróciło uwagę na funkcjonowanie kapłanów rzymskokatolickich w szpitalach na specjalnych prawach. Poza wspomnianym powyżej odprawianiem nabożeństw na oddziałach szpitalnych, często nie stosują się oni do panujących w placówkach obostrzeń i procedur ochronnych, mają swobodny dostęp do sal chorych, a niekiedy także do dokumentacji medycznej osób hospitalizowanych.

Jak twierdzono, tego rodzaju działalność jest zwykle aprobowana przez personel medyczny, a próby interwencji w tej sprawie (u personelu pielęgniarstwa oraz ich przełożonych) nie przynosiły rezultatu. Respondentki podkreślały, że taka działalność szpitalnych kapłanów jest nieuprawniona i może nieść ze sobą liczne zagrożenia, jednak władze placówek ochrony zdrowia wydają się obawiać podejmowania zdecydowanych działań w tym obszarze.

Jego [księdza rzymskokatolickiego] w ogóle tam nie powinno być. Tam [na OIOMie] każdy miał osobny boks i to było dosyć szczelnie zamknięte, sterylne. To byli ludzie zaraz po operacjach, którzy wymagali takiej intensywnej opieki. (...) on wieczorem latał z jakimiś swoimi kadzidłami, robił codziennie msze. To była masakra. (Ateistka)

Dyskutowałam o tym z koleżanką, która jest sympatyczką naszej fundacji, która jest cenioną, z wieloletnim doświadczeniem pielęgniarką (...) okazuje się, że w stosunku do księży nie obowiązywały żadne nakazy i zakazy, które były stosowane wobec innych. Czyli księża wchodzili bez obuwia ochronnego na oddział. O ile każda inna osoba, każdy odwiedzający był proszony o to, żeby założyć takie ochraniacze na buty, księża tego nie robili. Lekarze ubierają te fartuchy lekarskie, ponieważ odwiedzają wielu chorych pacjentów, nie jednego. Księża tego nie robią. Więc przychodzą w zewnętrznym odzieniu, nie nakładają ochraniaczy, nie myją rąk, żadnych takich procedur nie stosują, mają dostęp do dokumentacji i dzieje się to tak za przyzwoleniem dyrekcji szpitali, bo nie tego jednego na pewno. Wiem, że ona podjęła rozmowę z przełożoną pielęgniariek, która jakąś tam funkcję w szpitalu pełniła, ale nie odniosło to specjalnie żadnego skutku. (Ateistka)

Po prostu chodził od pokoju do pokoju, od izolatki do izolatki, na oddziale, gdzie jest taka lista ograniczeń, że tego nie wolno, tamtego nie wolno. Piżamy miałam sterylne, gatki miałam sterylne, skarpetki i ręczniki miałam sterylne, a on łąził od oddziału do oddziału, wpadał do tej izolatki (...) no po prostu coś skandalicznego zupełnie. Zgłosiłam to pielęgniarce. Powiedziałam: „Proszę uświadomić kapelana, że do mojej izolatki nie ma wstępu, nie życzę sobie”. Zostało mu to przekazane? Wydaje mi się, że nie. Że nikt nie śmiał mu powiedzieć tego. Ja mam takie wrażenie. Bo może, jak by mu ktoś powiedział to może by się zastosował, ale podejrzewam, że panie pielęgniarki nawet nie wiedziały, jak to zrobić. (Ignostyczka)

Często łądowałam w szpitalu i już widziałam, które pielęgniarki są kościółkowe, więc z nimi nie ma co w ogóle rozmawiać. I żeby jeszcze uważać, żeby człowieka broń Boże nie nabiły na szpilę, bo niektóre potrafiły tak pobrać krew, że człowiek był bliski nawrócenia się. Były takie współpracujące i takich pacjentów jak ja traktowały jak per noga. I to samo było z lekarzami i lekarkami. Natomiast generalnie doświadczenie moje jest takie, że lekarze się boją, nawet jak nie zgadzają się z takimi praktykami, to siedzą cicho. I wszystko też zależy od ordynatora czy jest kościółkowy. (Ateistka)

Kolejnym przykładem specjalnego statusu przyznawanego kapelanom rzymskokatolickim w placówkach ochrony zdrowia jest ich swobodny dostęp do sal chorych, w tym do sal zajmowanych przez kobiety. Zdaniem uczestniczek badania, dla kobiet przebywających w szpitalu jest to sytuacja wyjątkowo

niekomfortowa, szczególnie gdy przebywają one na oddziałach ginekologiczno-położniczych. Niczym nieograniczony dostęp księży do przestrzeni zajmowanych przez kobiety określony został jako „odzieranie z godności”.

Oni się modlą, jak zaobserwowałam w tych szpitalach, niezależnie od tego, czy pacjent jest chodzący czy nie. Ładują się do pokoju, pytają się, czy ktoś chce namaszczenia, spowiedzi, czegokolwiek. I jeśli ktoś się zgłosi, to oni przy tym łóżku sobie siadają albo stoją i odprawiają. Nie było nawet takiej próby ściszenia głosu czy zachowania jakiejś intymności. (Ateistka)

Otóż takie wchodzenie księży do sal chorych, w tym sal chorych pacjentek, kobiet, spotykało się w szczególności właśnie ze strony osób bezwyznaniowych, ateistek, ze szczególnie złym odbiorem. Ponieważ – tego sformułowania użyła moja rozmówczyni – „to było odzieranie z godności”. Polegało to na niestety niekompletnym ze względów zdrowotnych ubiorze, odsłanianiu części intymnych i tak dalej. Więc być może, nie mam pojęcia, być może katoliczka nie widzi w tym nic złego, ale nie wiem. Natomiast osoba bezwyznaniowa w żaden sposób nie przyznaje żadnego statusu i takiego uprawnionego, żadnej osobie poza personelem, nienależącym do personelu medycznego. To jest jedyny, jak gdyby uprawniony przypadek, kiedy prywatność, intymność pacjenta jest naruszana ze względu na jego dobro przez personel medyczny. Natomiast w żadnym wypadku nikt nie wyrażał tam zgody, a na pewno osoby bezwyznaniowe to odbierały gorzej, na to, żeby to mógł robić mężczyzna z tego tytułu, że jest duchownym. Konkretnie to dotyczyło oddziału ginekologicznego. (Ateistka)

Udzielanie sakramentów rzymskokatolickich bez zgody osób hospitalizowanych lub ich bliskich

Zdaniem osób biorących udział w badaniu specyficznym przypadkiem naruszeń wolności sumienia i wyznania jest, zdarzające się niekiedy, udzielanie przez duchownych rzymskokatolickich sakramentu namaszczenia chorych osobom nieprzytomnym, bez wcześniejszego uzyskania zgody od osoby hospitalizowanej lub jej bliskich. Podobne przypadki dotyczą udzielania sakramentu chrztu noworodkom bez zgody i wiedzy rodziców. Tego typu naruszenia spotykają zarówno osoby należące do mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych, jak i osoby bezwyznaniowe.

Czasem tylko ktoś mógł sygnalizować, że wolałby, żeby nieświadomych ludzi w szpitalu nie obarczać opieką sakramentalną. Np. jeśli jest nieświadomy pacjent – przyjść, namaszczać go. (...) Ostatnio o tym nie słyszałem, ale 2, 3, 5 lat temu jakieś takie drobne sygnały dochodziły do mnie. Nie składałbym tego na karb złośliwości, ale opieki duszpasterskiej księży katolickich, którzy są w nieświadomości, że tutaj nie ma wymiennosci sakramentów, że nie powinno się tego robić. (Polski Autokefaliczny Kościół Prawosławny)

Z mamą była skomplikowana sytuacja. Zabrano ją w agonii. (...) Ja wtedy powiedziałam, że [mama] nie chce żadnych posług. Reakcji nie było żadnych. Kiedy odbierałam rzeczy mamy po odejściu jej, to tam była kartka, która osobiście mnie zabolala strasznie, że była ostatnia posługa, namaszczenie czy coś tam. Ja to od razu wyrzuciłam. Od razu powiedziałam, żeby to od nas zabrali, bo to nas nie dotyczy. Natomiast ktoś coś nad mamą odprawiał. Mimo że powiedziałam, że tego sobie nie życzymy. (Karaimka)

Wiem z doświadczenia, że takie praktyki są stosowane, a czasami lekarze czy pielęgniarki nawet o tym nie mówią. Takim przypadkiem może być udzielenie chrztu dla dziecka, które urodziło się martwe. No i pielęgniarka ogłasza, że ochrzciła dziecko w wodzie. Nie wiem, dlaczego nie mając zgody ani matki, ani nikogo innego z naszego wyznania, ktoś udziela takiego sakramentu. Często są łamane praktyki. Wynikają one z dobrej chęci osoby innego wyznania, ale łamią one zasady i nauki naszego Kościoła. (Staroprawosławna Ceriew Staroobrzędowców)

Raz mi się zdarzyła skarga rodziców, że urodził się wcześniak, prognozy wskazywały na to, że prawdopodobnie nie przeżyje. Nie przeżył, więc rodzice prosili mnie o błogosławieństwo. Zanim przyjechałem, okazało się, że ktoś go już ochrzcił, poza nimi. (Kościół Chrześcijan Baptystów w RP)

Z przeprowadzonych rozmów wynika, że sytuacje takie wciąż mają miejsce, chociaż wiedza rzymskokatolickich duchownych i personelu szpitali na temat niezgodności z prawem takiego działania wydaje się dziś większa niż dawniej. Twierdzono, że większość personelu placówek medycznych wydaje się świadoma, jak dużym naruszeniem wolności wyznania jest udzielanie osobom hospitalizowanym sakramentów niezgodnych z ich wiarą i przekonaniami. Wspominano o przypadkach, kiedy przeprowadzenie takich praktyk zakończyło się oficjalną skargą na postępowanie szpitala.

Personel medyczny w takich sytuacjach zaczyna się dowiadywać, czy ten ktoś jest wierzący, w końcu w Polsce jest coraz więcej osób niewierzących, więc czy w ogóle ktoś sobie życzy, żeby jego umierające dziecko było ochrzczone. Nie każdy chce chrzcić dziecko w takiej sytuacji. Personel medyczny też jest o wiele lepiej wyedukowany niż to było na przykład w latach osiemdziesiątych. (Kościół Ewangelicko-Augsburski w RP)

Ja nie mogę tak bez wiedzy rodziny czy bez wiedzy personelu [udzielać sakramentów], tak nie można, bo potem rodzina może miałaby pretensje, że udzielałam sakramentu chorych, a rodzina sobie tego nie życzyła. Takie wypadki słyszałam, że są. Ja takich wypadków nie miałam, ale ksiądz [rzymskokatolicki] opowiadał, że takie rzeczy się zdarzały (...) słyszałam nawet, że sprawę chcieli założyć [rodzina], że sprawa była gdzieś konsultowana. (Polski Autokefaliczny Kościół Prawosławny)

W każdym szpitalu, w którym leżałam, byłam z raz u pełnomocnika do spraw pacjenta. (...) Składałam oficjalnie na piśmie zażalenie i na księży i na pielęgniarki. (...) na moje pytania i takie monity, co z księżmi to w ogóle nie miałam odpowiedzi. To było takie plum w wodę i nie ma. (...) rozmawiałam i też się dowiedziałam, że sprawa jest o tyle miękka i niejednoznaczna, bo jestem jedyną skarżącą się. Więc zawsze to można odbić w ten sposób, że jestem przewrażliwiona (...) To się gdzieś tam rozmywało. (Ateistka)

Respondentki zrelacjonowały także sytuacje, w których duchowni rzymskokatoliccy modlili się nad nieświadomymi tego osobami (po narkozie), które komunikowały wcześniej, że sobie tego nie życzą. Opisywane sytuacje miały charakter ewidentnie opresyjny, a w jednym z przypadków zachowanie także personelu można uznać za naganne – nie zareagowano na ponawiane prośby o wyproszenie duchownego.

[Kuzynka] miała jakieś rakowe sprawy na ciele, więc była w ciężkim stanie. No i mówi, że się obudziła w jakimś takim stanie z narkozy, [ksiądz] nad nią stał z gromnicą (...). Nie mam pojęcia co to było i ona też nie umiała powiedzieć, bo się nie zna na tych obrzędach. Natomiast ona jasno i wyraźnie gdzieś zaznaczyła, że nie była ochrzczona i dzień później pojawił się ksiądz nad jej łóżkiem. (Żydówka)

Po jednej operacji, gdzie miałam całkowitą narkozę, po wybudzeniu (...) pierwsze co zobaczyłam to nie lekarza czy pielęgniarkę tylko księdza, który się nade mną modlił. I kompletne oszołomienie, próbuję sobie uświadomić czy moje neurony działają. (...) Doszło do mnie, że on nade mną się modli. Więc mu powiedziałam (...) żeby przestał się modlić, bo mnie to w tym momencie obrzydza no i łamie moje prawa, jakie tylko mogę mieć, bo to jest bardzo opresyjne. Jeszcze on jest ubrany a ja naga, tylko przykryta jakąś szmatką. No więc zadzwoniłam po siostrę. Pielęgniarka przysłała, mówię co się dzieje a ona sobie poszła i nic. Dalej dzwonię. Przychodzi kolejna i kolejna. Ja się już przypięłam do tego guzika i dzwoniłam ciągle, to wreszcie przyszedł lekarz. I lekarz też się bał wyprowadzić tego księdza. Taki zwyczajny na dyżurze. Po jakimś czasie jak już zaczęłam wrzeszczeć, że jestem molestowana, że nade mną stoi jakiś obcy facet, gdy ja jestem naga. No to już się zrobiła niezła afera i już wszyscy zaglądali. Wreszcie przyszedł ordynator i on dopiero miał odwagę wywalić tego księdza. (...) On mógł czatować, żeby mnie móc pomazać czymś w ramach sakramentu namaszczenia tego ostatniego. Mógł czatować, bo on był jak taki sęp latający nade mną. Jak został wywalony to on jeszcze wsadzał dziuba, tylko ja się darłam. Natomiast cały personel był przerażony, to było ewidentne. Gdyby nie to, że ten ordynator ewidentnie miał inne priorytety i on go wywalił, to wszyscy byli przerażeni. Ten ksiądz miał pierwszeństwo. (Ateistka)

Jedna z respondentek opisała sytuację, kiedy bliskiej osobie, podczas gdy była nieprzytomna, nałożono na szyję łańcuszek z symbolem religii chrześcijańskiej.

Mojej matce w szpitalu, która nie miała krzyżyka na szyi, siostra (bo siostry zakonne akurat tam w szpitalu publicznym, jak najbardziej, wykonywały te prace), zawiesiła ze względu na jej bardzo ciężki stan. Ona była na intensywnej opiece, na takim oddziale w takim pokoju i tam, podczas kiedy ona była nieprzytomna zawieszono jej ten krzyżyk. A kiedy ja ją przysłałam odwiedzić i już była przytomna, ona nie wiedziała, że go ma. (...) Rozumiem, że mama sobie tego nie życzyła? Nie życzyła sobie. (...) Ja zauważyłam od razu, „a co to jest?“, a ona sama była bardzo zdziwiona. I się po prostu zapytałam, „czy chcesz, żeby Ci to zostawić?“, bo nie wiedziałam, w jakich okolicznościach się to mogło stać, poprosiła, żeby zdjąć. (Ateistka)

Realizacja wolności sumienia i wyznania podczas pobytu w szpitalu

Przyjęcie do szpitala/ rejestracja w przychodni

W opinii zdecydowanej większości udzielającej wywiadów osoby z mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych nie spotykają się z przejawami dyskryminacji ze względu na wyznanie podczas przyjmowania do szpitala bądź rejestracji w publicznych przychodniach. Na tym etapie kontaktu z ochroną zdrowia kwestia tożsamości religijnej zwykle nie jest poruszana.

Wyjątek stanowią sytuacje, w których osoby, chcące skorzystać z określonych procedur medycznych, zwracają się do personelu placówki (osób pracujących w rejestracji) z konkretnymi prośbami dotyczącymi sposobu realizacji usługi, motywowanymi wyznawaną religią. Podczas rozmów z muzułmanami i muzułmankami pojawił się na przykład wątek nieprzyjemnych komentarzy i nieprzyjemnego traktowania kobiet w sytuacji, gdy – ze względu na nakazy religijne – proszą one o umówienie ich na wizytę u lekarza płci żeńskiej. Prośby te dotyczą w szczególności ginekologów i ginekolożek. Ze względu na zdarzające się ograniczenia systemowe (np. niewielka liczba lekarek zatrudnionych w placówce, długie terminy oczekiwania na wizytę) prośba taka nie zawsze jest możliwa do spełnienia, co jednak w żaden sposób nie tłumaczy przypadków obcesowego traktowania pacjentek i postrzegania ich wyborów warunkowanych religijnie jako fanaberii. Jak wskazywano w wywiadach, osobom obsługującym rejestrację w publicznych placówkach ochrony zdrowia często brakuje empatii i zrozumienia dla inności. Ze smutkiem konstatowano, że znacznie więcej wyrozumiałości i chęci pomocy uzyskać można od personelu w placówkach prywatnych.

Często są problemy takie, że przychodzi muzułmanka i ona by wolała jednak, żeby ginekolog była kobietą. Wtedy mogą się pojawić, gdy na przykład lekarka-kobieta ma akurat zajęte terminy i na nią trzeba by było czekać dużo dłużej, jest lekarz, który jest wolny, a pani mówi, że wolałaby inaczej, z powodów religijnych. (...) Z tego wynikają konflikty w przychodniach (...) i są z tego klótnie, przychodzą do nas skargi. Te osoby często potem rezygnują z publicznej opieki zdrowotnej, szukają prywatnie. (...) [Kiedyś kobieta] Usłyszała, że albo idzie się do lekarza tak jak każdy obywatel, albo jeżeli chce się mieć specjalną usługę, to albo się idzie do miejsca prywatnego, a nie publicznego, albo się czeka dłużej w kolejce. (Liga Muzułmańska w RP)

Jest zupełnie inne podejście lekarzy z NFZ a prywatnie. Rozumiem, że płacisz i wymagasz. Ale ta różnica jest tak kolosalna, traktowania ciebie jako podmiot i przedmiot. To jest taka różnica, przynajmniej dla mnie. (Muzułmanka)

W jednym z wywiadów pojawił się przykład praktyki, bardzo pozytywnie odebranej przez rozmówczynię – muzulmankę. Podczas przyjęcia jej dziecka na oddział szpitalny pielęgniarka zadała pytanie, czy ona sama lub jej dziecko mają jakieś potrzeby lub wymagania związane z wyznawaną religią.

Ja byłam z nią na oddziale dziecięcym, gdy miała 5 miesięcy. (...) Pielęgniarka, która mnie przyjmowała zapytała wprost, czy z powodów religijnych mam jakieś potrzeby. (...) Poczułam się tak „wow”, że takie pytanie padło, takie jedno pytanie może naprawdę dużo zmienić. Otworzyć konwersację, że w razie czego jak będę czegoś potrzebowała, to nie będzie takie moje „wiedzimisię”, tylko jest to otwarcie na taką konwersację. Jak będę miała jakąś potrzebę to mogę ją wyrazić. To było mega pozytywne wrażenie, że nie musi to być działanie na wielką skalę. Czułam się o wiele lepiej, swobodniej. (Muzułmanka)

Prawo do opieki duchowej

Zdecydowana większość osób duchownych z Kościołów i związków wyznaniowych biorących udział w badaniu (poza osobami ze związków należących do tradycji buddyjskiej i hinduistycznej) definiowało posługę duchową w szpitalach w kategoriach obowiązku spoczywającego na nich, jako na osobach sprawujących pieczę duchową nad wiernymi lokalnych społeczności. Rozmówcy zdawali sobie sprawę z tego, że w trakcie choroby wiele osób potrzebuje wsparcia, także na poziomie duchowym, które może być realizowane poprzez rozmowę z osobą duchowną i/lub poprzez praktyki religijne. Osoby badane podkreślały, że starają się wychodzić naprzeciw tej potrzebie, co traktują jako swoją powinność i obowiązek. Jak twierdzono, zobowiązanie do niesienia w ten sposób pomocy cierpiącym wynika wprost z zasad obowiązujących w danej religii. Inni sygnalizowali, że odwiedzanie chorych przez osoby duchowne stało się swoistą normą kulturową w Polsce, wytworzoną przez zasady i praktykę Kościoła rzymskokatolickiego. Nie bez znaczenia jest fakt, że znaczna część Kościołów i związków wyznaniowych funkcjonujących na terenie Polski tworzy niewielkie lokalne wspólnoty, w których często panują stosunki bliskie rodzinnym. W takich okolicznościach odwiedzanie chorych w placówkach ochrony zdrowia traktuje się

także jako naturalne, zgodne zarówno z wytycznymi religijnymi, jak i wewnętrznym przekonaniem.

W związku z nauczaniem Kościoła prawosławnego istnieje powinność i obowiązek odwiedzania chorych w szpitalach, odwiedzania uwięzionych, zgodnie z nauczaniem Jezusa Chrystusa. Ten obowiązek i powinność istnieją, tak jak w każdym Kościele chrześcijańskim. Jest to nasz obowiązek odwiedzania chorych, wspierania chorych. Pomagania im czy to finansowo, czy to duchowo i taka powinność leży na każdym chrześcijaninie. (Staroprawosławna Cerkiew Staroobrzędowców)

Kościół ma taką ideę, która jest przekazywana wiernym, że zbor – czyli w rozumieniu rzymskim parafia – ma być miejscem nie anonimowych spotkań, ale mając panować tam relacje rodzinne, w rodzaju można by powiedzieć drugiego domu. Powoduje to, że jeśli chcemy realizować ideę zboru, w którym będziemy mieli relacje poniekąd rodzinne, to naturalną sprawą jest to, że jeśli ktoś cierpi, potrzebuje pomocy, to my wychodzimy z tą pomocą nie na zasadzie nakazu, tylko tak po prostu. To naturalne. (Kościół Chrześcijan Baptystów w RP)

Jednocześnie polskie ustawodawstwo (w szczególności Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) daje każdej osobie chorej, przebywającej w publicznej placówce ochrony zdrowia, prawo do opieki duszpasterskiej²² placówki te są także obowiązane do umożliwienia osobom hospitalizowanym kontaktu z osobą duchowną swojego wyznania w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia lub w sytuacji zagrożenia życia (Dz.U. 2009 Nr 52 poz. 417).

Praktyka realizacji obowiązku zagwarantowania osobom hospitalizowanym możliwości kontaktu z osobami duchownymi podczas pobytu w szpitalu

Osoby duchowne, biorące udział w badaniu, z reguły deklarowały pogodzenie się z kosztami wynikającymi z mniejszościowego statusu swojej wspólnoty. Niektóre z tych osób nawet akceptowały niedogodności, które z tego wynikały.

²² Termin „opieka duszpasterska” jest stosowany przez ustawodawcę i jest też zakorzeniony w tradycji chrześcijańskiej. Niemniej, stoimy na stanowisku, że powinien być zastąpiony kategorią „opieka duchowa” – ten termin ma większy potencjał włączający różne mniejszości religijne, także niechrześcijańskie. W raporcie tym, konsekwentnie stosujemy tę inkluzywną kategorię „opieka duchowa”.

Pogodzenie lub nawet akceptacja nie oznaczały braku świadomości istnienia nadużyć, nierówności i gorszego traktowania.

Osoby badane sygnalizowały, że opieka duchowa nad wiernymi przebywającymi w szpitalu w większości przypadków realizowana jest na zasadzie niesformalizowanego wolontariatu: osoby pełniące posługę wśród chorych robią to dobrowolnie, nie pobierając z tego tytułu żadnego wynagrodzenia, ich działalność w placówkach ochrony zdrowia nie jest też regulowana żadnymi umowami. Osoby duchowne odwiedzające chorych najczęściej koszty dojazdu do szpitala (niekiedy bardzo odległego od ich miejsca zamieszkania), parkingu, itp. pokrywały ze środków własnych lub ze środków swojej wspólnoty. Tylko w nielicznych przypadkach o wsparcie finansowe tych przedsięwzięć proszeni są jej wierni. Osoby sprawujące posługę wśród chorych twierdziły, że nie otrzymywały z funduszy publicznych żadnej rekompensaty wydatków poniesionych na ten cel.

Porównanie kontekstu działania duszpasterzy rzymskokatolickich działających na terenie szpitali z osobami duchownymi innych wyznań uwypukla znaczne dysproporcje w możliwościach udzielania duchowego wsparcia wiernym. Duchowni rzymskokatolicy są stale obecni w szpitalach dzięki posiadaniu statusu kapelana szpitalnego (czyli byciu etatowym pracownikiem danej placówki), z którym wiąże się między innymi otrzymywanie pensji. Podczas realizacji wywiadów odnotowano natomiast tylko nieliczne przypadki zatrudniania duchownych innych wyznań niż rzymskokatolickie jako kapelanów szpitalnych, wszystkie dotyczyły osób duchownych reprezentujących Kościoły: prawosławny²³ oraz ewangelicko-augsburski²⁴. Respondenci wyjaśniali, że duchowni tacy są z reguły zatrudniani na część etatu w jednym szpitalu, jednak często wykonują posługę duszpasterską

²³ Kapelani prawosławni zatrudniani są na mocy zapisów Ustawy z dnia 4 lipca 1991 r. o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego (Dz.U. 1991 Nr 66 poz. 287): Art. 27. 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 zatrudniają kapelanów, jeżeli zostaną oni skierowani przez biskupa diecezjalnego, oraz przeznaczają odpowiednie pomieszczenie na kaplicę lub udostępnią do tego celu inne pomieszczenia.

²⁴ W Ustawie o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w Rzeczypospolitej Polskiej brak jest zapisów odnoszących się do zatrudniania duchownych tego Kościoła w placówkach leczniczych. Zob. Ustawa z dnia 13 maja 1994 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. 1994 Nr 73 poz. 323): Art. 22. 1. Prawo wykonywania praktyk religijnych i korzystania z opieki duszpasterskiej zapewnia się osobom przebywającym w podmiotach leczniczych wykonujących stacjonarne i całonocne 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 instytucji.

wobec wiernych przebywających w różnych placówkach. Zdarza się to w przypadku wspólnot religijnych, których niewielkie, lokalne skupiska są zlokalizowane na dużym obszarze. Wierni takich wspólnot – w sytuacji choroby wymagającej hospitalizacji – trafiają do szpitali często zlokalizowanych w promieniu wielu kilometrów od siedziby zboru/ parafii. Odwiedzanie chorych w takiej sytuacji wiąże się z dużymi nakładami finansowymi po stronie osoby duchownej, w związku z czym uzyskanie statusu kapelana, w chociaż jednej placówce, ma niebagatelne znaczenie – pozwala uzyskać fundusze na pokrycie wydatków koniecznych do niesienia pomocy duchowej hospitalizowanym członkom wspólnoty przebywających w różnych placówkach ochrony zdrowia. Jak twierdzono, uzyskanie statusu kapelana szpitalnego nie jest przedsięwzięciem łatwym – konieczne jest ubieganie się o zgodę na zatrudnienie kapelana przez dyrekcję szpitala, co oznacza finansowanie tego etatu.

Generalnie jest w ten sposób, że w niektórych miejscowościach nasi duchowni są zatrudnieni w konkretnych szpitalach jako kapelani szpitalni. To może być ćwierć etatu, pół etatu, cały etat – zależy od ilości ewangelików. Ale też, że tak powiem, od dobrych relacji z tymi, którzy dają pieniądze na ten cel. W mieście X na przykład [ksiądz Y] był zatrudniony na pół etatu jako kapelan szpitalny w jednym ze szpitali, ale to nie znaczy, że tylko w tym szpitalu odwiedzał parafian czy osoby zainteresowane. We wszystkich możliwych szpitalach, gdzie się tylko dało. Ale tam był na liście, jako duchowny ewangelicki, bo to nam przysługuje też. (...) Musimy się o to starać. (Kościół Ewangelicko-Augsburski w RP)

Niektóre z osób badanych postulowały rozważenie jakiejś formy dofinansowania działalności osób duchownych wyznań innych niż rzymskokatolickie realizowanej na oddziałach szpitalnych. Zwracano uwagę na wynikające z dysproporcji ekonomicznych nierówne możliwości uzyskania posługi duchowej osób hospitalizowanych należących do Kościoła rzymskokatolickiego oraz innych Kościołów i związków wyznaniowych. Realizacja wizyt osób duchownych w placówkach ochrony zdrowia nie powinna być uzależniona od kondycji finansowej związku wyznaniowego ani tym bardziej pokrywana ze środków własnych osoby duchownej.

Ja bym postulował, żeby Kościoły i związki wyznaniowe były na takich samych prawach, jak i Kościół katolicki. Jeżeli Kościół jest zarejestrowany i jest osoba, która zgłasza chęć posługi, to moje pytanie brzmi: dlaczego tylko Kościół katolicki może być w tym zakresie w jakiś sposób dotowany? To jest bardzo ważne,

bo pod tym względem jest bardzo duża dysproporcja. Kościół jest [w szpitalach] z urzędu, a innym Kościołom czy związkom wyznaniowym mówi się: „No, jak sobie chcecie być, to sobie bądźcie”. Obecność w szpitalach wynika tylko i wyłącznie z naszej determinacji. (Kościół Boży w Polsce)

Nie tylko brak finansowania posługi duchowej doskwiera osobom duchowym wyznań mniejszościowych, gdy porównują swój status ze statusem kapelanów rzymskokatolickich. Wielu z nich za ważniejszą uznawało **nierówność w dostępie do osób przebywających w szpitalu**. Umocowanie duchownych rzymskokatolickich w strukturze szpitala nie tylko zabezpiecza finansowo wykonywanie posługi wśród osób hospitalizowanych, lecz także **wzmacnia ich legitymację w oczach personelu szpitali**. Kapelani jako pracownicy szpitala mają co do zasady otwarty dostęp do wszystkich oddziałów, a tym samym nieograniczone możliwości kontaktu z chorymi.

Generalnie usługującymi są duchowni Kościoła rzymskokatolickiego, pozostali na terenie województwa [X] to są Kościoły bardzo mniejszościowe – generalnie na wolontariacie. I one trochę mają utrudnień z tego powodu. Ja nie mogę sobie tak z definicji wejść, tak jak wchodzi ksiądz, który jest na etacie, który jest po prostu pracownikiem. Tak samo jak wchodzi lekarka, jak wchodzi pielęgniarka, inni przedstawiciele personelu, tak wchodzi i on. To wtedy na pewno jest łatwiej. (Kościół Chrześcijan Wiary Ewangelicznej w RP)

Osoby uczestniczące w badaniu niejednokrotnie narzekały na **uznaniowy charakter dopuszczania duchownych wyznań innych niż rzymskokatolickie do wiernych przebywających w placówkach ochrony zdrowia**. Zwracano uwagę, że wiedza na temat tego, że prawa pacjenta do kontaktu z duchownym dotyczą przedstawicieli wszystkich Kościołów i związków wyznaniowych nie jest wśród personelu medycznego powszechna. W związku z czym, informowanie personelu medycznego o byciu osobą reprezentującą mniejszościowy Kościół lub związek wyznaniowy, która chciałaby odwiedzić osobę hospitalizowaną wywołuje zróżnicowane reakcje.

Jeśli ktoś był życzliwy i uznał, że mogę wejść, kiedy się przedstawiłem, że jestem pastorem, zdarzało się, że wchodziłem od razu, ot tak. A zdarzało się, że musiałem dłuższy czas tłumaczyć, że mam prawo wejść, na tej zasadzie. Czyli jest coś takiego, jest taka uznaniowość (...) wydaje mi się, że jeszcze długa droga przed nami, niestety. To jest po prostu nasza polska rzeczywistość.

Prawo może być takie, jakie jest, ale jest jeszcze kwestia znajomości prawa i szanowania tego prawa. (Kościół Wolnych Chrześcijan w RP)

Z relacji osób biorących udział w badaniu wynika, że personel szpitali często przyjmuje postawę **neutralności**: pozwolić osobie duchownej wejść na salę chorych, niczego nie utrudniać, ale i nie pomagać, nie wchodzić w bliższe interakcje. Z przeprowadzonych rozmów wynika, że niektórzy z przedstawicieli związków wyznaniowych są świadomi praw przysługujących wspólnocie, którą reprezentują i są przygotowani do tego, aby te prawa skutecznie egzekwować.

Nigdy ani [X] ani ja, ani któryś z naszych wikariuszy nie spotkał się z czymś negatywnym. Jeżeli my przychodzimy z posługą duszpasterską, często jest to udzielenie po raz ostatni sakramentu komunii świętej, spowiedzi, to nam tego nigdy nie odmawiają. Zresztą to byłoby bardzo niedobrze i wtedy mogliśmy, że tak powiem, się odwoływać i zrobić z tego aferę. Bo póki co jest w naszym kraju swoboda, wolność sumienia i wyznania, nasz Kościół luterński ma podpisane z państwem umowy, ustawowo to jest załatwione i my po prostu mamy do tego prawo i nikt nam nie może tego odmówić. Szpitale o tym wiedzą. (Kościół Ewangelicko-Augsburski w RP)

Z tego, co wiem, to prawo polskie nam pozwala – jako osobom duchownym – sprawować posługę, jeżeli pacjent sobie tego życzy, więc ja nie miałem żadnych problemów, chociaż moje doświadczenia też nie są jakieś wielkie, bo to się zdarzyło raptem kilka razy na przestrzeni ostatnich lat, natomiast z tego, co wiem od innych pastorów, którzy też w szpitalach bywali, to też nie mieli problemów. Prawo jest po naszej stronie, więc jest ok. (Kościół Chrystusowy w Polsce)

Personel szpitala czasami przyjmuje wobec osób duchownych wyznań innych niż rzymskokatolickie także **postawę ograniczonego zaufania**: zanim zostaną one dopuszczone do kontaktu z osobami hospitalizowanymi są zobowiązane do udowodnienia swojego statusu. Osoby duchowne z mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych, udając się na wizytę u chorych przebywających w placówkach ochrony zdrowia, zwykle zabierają ze sobą **dokumenty poświadczające, że pełnią oni taką funkcję** w swoich wspólnotach. Jak twierdzono, dokumenty te są wykorzystywane rzadko, najczęściej w sytuacjach, gdy osoba hospitalizowana przebywa na oddziale zamkniętym lub z ograniczoną możliwością odwiedzin.

Były takie sytuacje, że ja musiałem gdzieś tam przed panią na recepcji czy przed jakąś panią pielęgniarką tłumaczyć, kim jestem, że jestem osobą duchowną, nie jestem księdzem, z jakiego wyznania i że mam prawo odwiedzić członka swojego zboru itd. (...) Ja to odbieram jako część tożsamości Polaków, bo oni tacy są, że ktoś kto nie jest księdzem, a chce wejść do osoby jako osoba duchowna to już jest trochę podejrzany. (Kościół Ewangelicznych Chrześcijan w RP)

Kiedyś była taka sytuacja, że było takie starsze małżeństwo, ten pan został hospitalizowany. Kiedy przedstawiłem się, że jestem duchownym, pokazałem legitymację duchownego, rodzina nie mogła wejść, żona biedna nie mogła wejść, natomiast mi z tym problemów nie robiono, kiedy okazałem legitymację duchownego, że jestem pastorem duchownym. Nigdy mi żadnych problemów nie robiono. Ktoś spogląda na legitymację – „rozumiem” – no i wtedy dopytywania o jakieś szczegóły nie ma. (Kościół Adwentystów Dnia Siódmego w RP)

Zanim osobom duchownym pozwoli się spotkać z hospitalizowanymi zdarza się także, że są oni dopytywani o szczegóły (kim są i jaki jest cel ich wizyty). Jak raportowano, zdarzają się sytuacje, gdy przedstawienie się jako osoba duchowna danego Kościoła lub związku wyznaniowego wywołuje reakcje niezrozumienia i podejrzliwości. Małe wspólnoty religijne są dla części personelu placówek ochrony zdrowia wciąż bytami „egzotycznymi”, funkcjonującymi poza głównym nurtem, a przez to dla wielu praktycznie „niewidzialnymi”. Stąd postrzeganie mniejszości przez pryzmat negatywnych stereotypów i będący jego skutkiem wymóg „tłumaczenia się” ze swojej przynależności religijnej w momencie przybycia osoby duchownej do szpitala.

Bo były takie sytuacje, że ja musiałem gdzieś tam pani na recepcji czy jakiejś pani pielęgniarkę tłumaczyć, kim jestem, że jestem osobą duchowną, nie jestem księdzem, z jakiego wyznania i że mam prawo odwiedzić członka swojego zboru itd. (Kościół Wolnych Chrześcijan w RP)

Dla tego typu powtarzających się przypadków Nora Berenstein w artykule „Epistemic Exploitation” (Berenstein N., 2016) zaproponowała określenie „**wyzysk epistemiczny**”. Termin ten opisuje sytuację, kiedy osoba z grupy uprzywilejowanej społecznie wywołuje presję – która może być odczuwana jako przymus – na osobie z grupy zmarginalizowanej, nakładając na nią

odpowiedzialność za edukowanie osób z grupy dominującej o charakterze swojej opresji. Sytuacja taka wiąże się z ponoszeniem określonych kosztów emocjonalnych przez osoby tak opresjonowane. Wymaga się bowiem od nich wykonania dodatkowej pracy emocjonalnej oraz epistemicznej (wyjaśnianie, informowanie, tłumaczenie). Zadawanie osobom identyfikującym się z wyznaniem mniejszościowymi (także w trakcie hospitalizacji) pozornie niewinnych pytań, które nie wynikają ze szczerej chęci poznania tych wspólnot, lecz stawiane są z poziomu władzy, wyczerpuje znamiona zdefiniowanego przez Norę Berenstein wyzysku epistemicznego. Jak wynika z przeprowadzonych badań, osoby z mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych stosują rozmaite **strategie unikania konfrontacji z personelem szpitala, np. poprzez zaniechanie informowania o swojej przynależności religijnej** (o czym szerzej w podrozdziale: „Strategie docierania do osób hospitalizowanych przez osoby duchowne mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych”).

W zdecydowanej większości przypadków samo podanie informacji o byciu osobą duchowną i/lub przedstawienie stosownej legitymacji otwiera tej osobie wejście na oddział szpitalny, jednak zdarzają się też sytuacje, kiedy takie osoby **nie otrzymują pozwolenia na odwiedzin** lub możliwość ta jest w różny sposób ograniczana. Odmowa dostępu do wiernych była uzasadniana w różny sposób.

Uzasadnieniem odmowy w ostatnich latach były często ograniczenia odwiedzin w związku ze stanem pandemii Covid-19. Podczas wywiadów podkreślano, że pandemia skomplikowała sytuację osób hospitalizowanych z mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych w zakresie dostępu do wsparcia świadczonego przez osoby duchowne. Osoby badane relacjonowały, że podczas pandemii szpitale znacząco ograniczały możliwość realizowania przez osoby duchowne wyznań innych niż rzymskokatolickie posługi wśród chorych poprzez wprowadzenie różnego rodzaju wymogów formalnych (np. konieczność wpisania tej osoby na listę odwiedzających w momencie przyjmowania chorego do szpitala), których niedopełnienie skutkowało brakiem zgody na wejście na oddział. Jednocześnie zwracano uwagę na fakt, że księża rzymskokatolicy – jako pracownicy szpitala – cały czas mieli swobodny dostęp do swoich wiernych. Konkludując, w czasie pandemii dysproporcja w możliwości uzyskania w szpitalach duchowego wsparcia przez rzymskich katolików i wiernych innych Kościołów i związków wyznaniowych stała się bardzo wyraźna.

Sytuacja pandemiczna spowodowała to, że nie było takiego łatwego wejścia/ wyjścia do szpitala, to było skomplikowane. A księża katolicy, jako że stanowią liwią część duszpasterzy dla większości to oni są przypisani do jednego

szpitala, oni są w szpitalu obecni i nie muszą wchodzić, wychodzić, przechodzić dodatkowych procesów. (Polski Autokefaliczny Kościół Prawosławny)

Pandemia dużo zmieniła. Szpitale były pozamykane, więc jeżeli nie było się rodziną bliską albo nie było się w formularzu wpisanym jako osoba, która może odwiedzać, to mnie wielokrotnie odmawiano [wstępu]. Pomimo tego, że byłem ubrany oficjalnie, że jestem duszpasterzem. Mieliliśmy taką siostrę, która umierała na raka kości i mnie nie pozwolono do niej wchodzić, bo nie byłem ani z bliskiej rodziny, ani w tym formularzu nie zaznaczono, że pastor może wchodzić. To było takie przykre. Wiem, że księża katolicy, jeżeli chodzi o komunię świętą w niedziele to wpuszczani byli na pewno, bo takie informacje dostałem. Wiem, że z komunią chodzono normalnie. Księża [rzymskokatolicy] w szpitalu byli obecni. Nie tłumaczono tego, po prostu mówiono, że jest pandemia, że wszystko jest zamknięte i takie wizyty duszpasterskie [jak respondenta] nie odbywają się. (Kościół Chrystusowy w Polsce)

Podczas badania odnotowano **kilka przypadków rażącego łamania praw osób hospitalizowanych do opieki duchowej podczas pobytu w placówce ochrony zdrowia**. Jednemu z rozmówców odmówiono dostępu do chorego, argumentując tę decyzję brakiem wpisu przedstawiciela jego Kościoła na listę duchownych mogących pełnić posługę w tym szpitalu. Jak się później okazało, wpisani na tę listę mogli być tylko księża rzymskokatolicy.

Zdarzyło mi się kiedyś, kiedy byłem odwiedzić kogoś w szpitalu, że nie chciano mnie wpuścić do szpitala. (...) Powiedziałem, że przyszedłem z posługą duszpasterską. Odpowiedziano mi, że do posługi duszpasterskiej oni mają konkretnie wyznaczone osoby z Kościoła rzymskokatolickiego i ja nie jestem wpisany na ich listę. W związku z tym nie miałem prawa domagać się wizyty duszpasterskiej. (...) Ja nie byłem w takiej sytuacji, ale mój kolega z Kościoła nie dostał pozwolenia na pewne rzeczy w szpitalu, powołując się na to, że nie ma on podpisanej umowy. Odparł, że on chętnie taką umowę podpisze, ale powiedziano mu, że nie, bo nie jest z Kościoła rzymskokatolickiego. (Kościół Ewangelicznych Chrześcijan w RP)

W innym przypadku odmówiono duchownemu, bez podania przyczyny, możliwości odbycia wizyty duszpasterskiej w hospicjum pomimo tego, że księża rzymskokatolicy mieli w tym czasie swobodny dostęp do swoich wiernych.

Jeden z braci rady Kościoła zachorował, to była choroba nowotworowa. I po pewnym czasie – bo ta choroba postępowała – znalazł się w hospicjum, bo rodzina już nie dawała rady sprawować nad nim opieki i był jakiś czas w tym hospicjum. I on chciał go odwiedzić. Kiedy przyszedł do tego hospicjum, przedstawił się, wylegitymował się. Wtedy jemu uniemożliwiono. Tymczasem tak jak on mówił, że przyszedł ksiądz z Kościoła katolickiego i on bez żadnych problemów mógł podejść do tej swojej osoby, którą chciał odwiedzić. Był ten brat pastor bardzo tym zniechęcony. Nawet tam próbował – nie użyję określenia „wojować”, bo to może nie jest dobre określenie – ale próbował wyrzucić jakąś presję na personel tego hospicjum, żeby jednak mu udostępnił, dlatego że stan zdrowia był już niemalże krytyczny tego brata. Chciał z nim jeszcze porozmawiać, pomodlić się, pobyć czy udzielić tej posługi duszpasterskiej. No jednak tego mu nie umożliwiono. No i odszedł z kwitkiem, odszedł z niczym. (Kościół Chrystusowy w Polsce)

Jeden z respondentów – lider jednego z Kościołów mniejszościowych – relacjonował, że wizyta u wiernej jego Kościoła przebywającej w szpitalu była możliwa jedynie dzięki determinacji pacjentki. Personel oddziału początkowo odmówił wstępu osobie duchownej, w żaden sposób nie uzasadniając tej decyzji.

W jednym przypadku nie mogłem wejść z postugą do członkini Kościoła. Na szczęście ona była zaradna, przeprowadziła z kimś parę rozmów i zostałem zaproszony, żebym przyszedł z odwiedzinami. Dzięki temu mogłem ją odwiedzić i z nią porozmawiać. (Kościół Chrześcijan Wiary Ewangelicznej w RP)

Uzależnianie pozwolenia na wizytę osoby duchownej od niemożliwych do spełnienia wymogów formalnych lub odmowa wizyty bez podania uzasadnionej przyczyny takiej decyzji, a tym samym radykalne ograniczanie prawa osób pacjenckich do kontaktu z osobą duchowną reprezentującą jej wspólnotę religijną zdecydowanie nie powinno mieć miejsca. Istotnym sposobem unikania tego typu sytuacji jest edukacja personelu medycznego placówek ochrony zdrowia w zakresie uprawnień przysługujących chorym należącym do mniejszościowych Kościołów lub związków wyznaniowych.

Warto w tym miejscu przywołać opinie, że zdarzają się także placówki ochrony zdrowia, w których osoby duchowne wyznań innych niż rzymskokatolickie mogły liczyć na zupełnie pozbawione uprzedzeń, wręcz serdeczne przyjęcie. Były one zachęcane do kontaktu z wiernymi, m.in. z uwagi na przekonanie personelu medycznego o pozytywnym wpływie takich wizyt na dobrostan

psychiczny osób hospitalizowanych, szczególnie tych znajdujących się w ciężkim stanie. W takich szpitalach duchowni niekatolicy mogą liczyć na bezproblemowy dostęp do miejsc, w których obowiązuje zakaz odwiedzin (sale pooperalcyjne, oddziały intensywnej terapii).

Generalnie personel w stosunku do duchownego wręcz zachowywał się tak jak należy. Odpowiednio. Nie było żadnych komentarzy, zero utrudniania w spotkaniach z chorymi. Czasami wręcz nawet lekarze sami zachęcają rodzinę, żeby wezwać duchownego. Argumentują to z tej strony, że widzą pacjenta życie jest zagrożone albo gdzieś ten koniec życia może nastąpić w przeciągu kilku godzin, czy kilku dni. Czasami też widzą pozytywny aspekt takiego spotkania z duchownym. To, że stan psychiczny nawet pacjenta może się poprawić. (Kościół Starokatolicki Mariawitów w RP)

Mieliśmy taką sytuację, moja mama rok temu była w śpiączce, była umierająca i w szpitalu w Polsce, w Krakowie, nas zapytano, czy potrzebujemy rabina. (Żydówka)

Co więcej, raportowano, że istnieją placówki opieki zdrowotnej, których dyrekcja i personel są otwarci na aktywne działania przedstawicieli wyznań innych niż rzymskokatolickie. Podczas rozmów zanotowano kilka tego rodzaju pozytywnych przykładów. Jednym z nich była zgoda ordynatora na pełnienie stałej służby na oddziale paliatywnym duchownego jednego z Kościołów protestanckich. Innym, pozwolenie na organizację cyklicznej akcji polegającej na przygotowywaniu świątecznych paczek dla pacjentów oddziału dziecięcego udzielone lokalnemu Kościołowi Zielonościątkowemu.

Kilka lat temu [2016 rok] uczestniczyłem w takiej służbie, która polegała na tym, że dwa razy w tygodniu chodziłem na oddział opieki paliatywnej. Obsługa tego oddziału wiedziała, że nie jestem z tradycyjnego Kościoła i nie miała nic przeciwko. Wręcz przeciwnie, pani ordynator bardzo się ucieszyła, że jakiś duszpasterz będzie tych ludzi podtrzymywał na duchu, pocieszał, Pismo Święte czytał. Ja tam nie szedłem do członków naszej społeczności, tylko uznałem, że każdy potrzebuje Ewangelii, a skoro duchowni tradycyjnego Kościoła nie zadbali o to dostatecznie, to ja postanowiłem pełnić taką służbę. I przez cały rok, dwa razy w tygodniu, dwie lub trzy godziny na tym oddziale spędzałem. Nie miałem z tego tytułu żadnych nieprzyjemności, wręcz przeciwnie. (Kościół Chrystusowy w Polsce)

Wielokrotnie odwiedzaliśmy ludzi, czasami robiliśmy taką akcję na oddziale dziecięcym, Gwiazdkową niespodziankę, z paczkami dla dzieci, też nam zawsze ułatwiano dostęp i nie było problemów. (Kościół Zielonościwotkowy w RP)

Przedstawiciele tych mniejszości religijnych, które były znane personelowi medycznemu z podejmowanych lokalnie działań podkreślali, że takie zdobycie zaufania i akceptacji ze strony dyrekcji i pracowników tych placówek trwało latami. Jako drogę do owocnej współpracy wskazywano wytrwałą pracę u podstaw polegającą na uświadamianiu personelu sposobu funkcjonowania konkretnej wspólnoty religijnej na danym terenie oraz budowaniu jej pozytywnego wizerunku w lokalnej społeczności.

W [X] o tyle jest sytuacja ułatwiona, że (...) my ponad dwadzieścia lat pracujemy w więzieniu, prowadzimy terapię, pracowaliśmy z bezdomnymi, rozdawaliśmy żywność w różnych miejscach w mieście i nas miasto też zna. Często się zdarza, że idę gdzieś do urzędu i mówię, że reprezentuję Kościół Zielonościwotkowy, i wtedy [jest reakcja]: „A to wy, co z bezdomnymi pracujecie”. My wyrobiliśmy sobie markę Kościoła społecznie otwartego. (Kościół Zielonościwotkowy w RP)

My jako społeczność w [X] – pomimo tego, że jesteśmy niedużym Kościołem – jesteśmy dosyć łatwo rozpoznawalni przez nasze działania. Bo my dużo robimy – dla dzieciaków mamy klubiki, mamy Kościół uliczny na mieście, karmimy, zupą częstujemy i głosimy Ewangelię. Nas tutaj znają. (Kościół Chrystusowy w Polsce)

Jak podkreślano, duży wpływ na podejście personelu medycznego do wizyt osób duchownych innych wyznań niż rzymskokatolickie ma ponadto struktura wyznaniowa regionu, w którym mieści się dana placówka medyczna. Istnieją w Polsce regiony, w których określone mniejszości religijne są bardzo liczne, w związku z czym osób hospitalizowanych – a także osób pracujących w szpitalach – charakteryzuje znacznie mniejsza jednolitość pod względem wyznaniowym niż wynikałoby to z ogólnokrajowych statystyk. Dobrym przykładem są tu Śląsk Cieszyński (z wyraźną obecnością wiernych Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego) oraz Białostoczczyzna (z wyraźną obecnością wiernych Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego). W tych rejonach przeszkody czy utrudnienia w dostępie do posługi duchowej wiernych wymienionych Kościołów

zdarzają się rzadziej, a osoby duchowne częściej mogą liczyć na zatrudnienie w placówkach ochrony zdrowia na podobnych zasadach do księży rzymskokatolickich.

Raportowano także, że duchowni ci bywali zapraszani (wspólnie z duchownymi rzymskokatolickimi) do udziału w poświęceniu kaplic na terenie szpitali. Za pozytywny uznano przykład miejscowości, gdzie nowy dyrektor szpitala zaprosił obu kapelanów (rzymskokatolickiego i luterańskiego) na rozmowę dotyczącą specyficznych dla obydwu religii potrzeb i wymagań związanych z pełnieniem posługi duszpasterskiej na terenie placówki.

Od kilku lat jest tu [w szpitalu] nowa pani dyrektor, zaprosiła mnie [do siebie] na dzień dobry, no bo chciała poznać specyfikę tej pracy, która jest zupełnie inna [od pracy kapelana rzymskokatolickiego]. To żeśmy sobie usiedli z kapelanem rzymskokatolickim i tam to wychodziło, że na czym innym to polega. (Kościół Ewangelicko-Augsburski w RP)

Strategie docierania do osób hospitalizowanych przez osoby duchowne mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych

Powyżej opisano reakcje personelu medycznego w sytuacjach, gdy osoby świadczące posługę duchową z mniejszościowego Kościoła lub związku wyznaniowego, wchodząc na oddział informowały personel, kim są i jakie wyznanie reprezentują. Jak wskazują wypowiedzi osób uczestniczących w badaniu, osoby te **z reguły unikały jednak ujawniania swojego statusu i funkcji w kontakcie z personelem placówek ochrony zdrowia**. Przyczyn takiego stanu rzeczy może być kilka. Po pierwsze, wśród osób duchownych z mniejszości religijnych, które brały udział w badaniu, wydaje się pokutować przekonanie, że ze względu na dominację rzymskiego katolicyzmu inne wyznania nie mogą liczyć w Polsce na równe traktowanie na szeregu obszarach, w tym w kontaktach z publiczną ochroną zdrowia. Raportowano też obawy przed utrudnieniem dotarcia do osoby hospitalizowanej oraz sprawowania nad nią opieki duchowej, oparte na własnych negatywnych doświadczeniach z przeszłości, na opowieściach zasłyszanych od osób trzecich, ale także na generalnym przeświadczeniu, że mniejszości religijne nie są postrzegane pozytywnie, więc wizyta osoby duchownej może spotkać się z negatywnymi reakcjami personelu. Obawy te dodatkowo wzmacnia brak wiedzy na temat tego, że prawo do opieki duchowej przysługuje wszystkim osobom hospitalizowanym, bez względu na ich przynależność wyznaniową. Tego rodzaju doświadczenia i przekonania często prowadziły do **przyjmowania strategii określonej jako**

„**niewychylanie się**”, „**nierobienie wokół siebie szumu**”. W praktyce przekładała się ona na odwiedzanie osób przebywających w szpitalu *incognito*, czyli bez żadnych widocznych elementów wskazujących na bycie osobą duchowną, unikanie – lub całkowita rezygnacja – z pojawiania się w szpitalu poza wyznaczonymi godzinami odwiedzin, a także rezygnacja z prób egzekwowania prawa do sprawowania posługi duszpasterskiej w czasie pandemii.

Bardzo często te moje wizyty duszpasterskie u chorych wiernych w szpitalu nie odbywały się w taki sposób ostentacyjny. Nie chodzę w sutannę ubrany, nawet nie mam koszuli z koloratką. Po prostu byłem ubrany po cywilnemu, jak członek rodziny, który przychodził, a że przy okazji u chorego dochodziło do posługi duszpasterskiej, jakiejś modlitwy, rozmowy, itd., to jakby była specyfika tego spotkania, to wychodziło bardzo naturalnie. (Kościół Chrześcijan Wiary Ewangelicznej w RP)

W czasie rehabilitacji po operacji kolana (...) zdążyło mnie odwiedzić dwóch rabinów. To też nie wywołało żadnych sytuacji. Być może niektórzy byli zainteresowani, to odpowiadałam i na tym się kończyło. [A ci rabini, jak do pani docierali, to mieli jakieś kłopoty?] Nie mieli. Oni nie musieli się tłumaczyć. Oni idą jak normalni odwiedzający. (Żydówka)

Aby ułatwić docieranie do wiernych przebywających w szpitalach, część duchownych protestanckich decydowała się przyjąć inną strategię – wykorzystania autorytetu osoby duchownej, bez informowania personelu wprost, jaką denominację reprezentują. Elementem w jasny sposób informującym o statusie duchownego jest **noszenie koloratki**. Jak wynika z przeprowadzonych wywiadów, niektórzy pastory/ przełożeni zborów zakładali koloratkę na czas wizyty w szpitalu pomimo tego, że nie stanowi ona zwyczajowego elementu ich garderoby – jako duchowni protestanci nie noszą koloratki na co dzień, choć mają do tego prawo. Autorytet koloratki przekłada się w wielu wypadkach na bardziej przyjazne przyjęcie przez personel medyczny oraz ograniczenie procedur związanych z wpuszczeniem osoby duchownej na oddział. Zdaniem niektórych rozmówców dzieje się tak również dlatego, że część polskiego społeczeństwa wciąż automatycznie utożsamia koloratkę z księżmi Kościoła rzymskokatolickiego, co – w sytuacji szpitalnej – oznacza zdecydowanie łatwiejszy dostęp do osób hospitalizowanych (brak konieczności legitymowania się na wejściu i tłumaczenia celu wizyty).

Jeżeli ja wchodzę do szpitala, nie manifestując swojej przynależności [do wspólnoty religijnej], to muszę wchodząc się określić, wyjaśniać, powiedzieć, itd. (...) Ale jeżeli używa się koloratki, to wtedy ta droga jest łatwiejsza. To jest taka trudność, że musimy się okazać, kim jesteśmy, jeżeli, oczywiście, ktoś nie jest zaznajomiony z tematyką. (Kościół Boży w Polsce)

Na pewno ja ze swojej strony mogę powiedzieć, że widzę dużą różnicę w traktowaniu duchownych z Kościoła rzymskiego, a duchownych z innych Kościołów. Na tej zasadzie, że Polacy są rzymskimi katolikami, to widać na każdym kroku, dlatego czasami, żeby uniknąć tłumaczenia kim jestem, po co idę, na czym polega moja rola, to po prostu zakładałem koloratkę i wtedy to sprawiało, że wszystkie drzwi się otwierały i to upraszczało mi życie, działanie itd. Jeśli ktoś ma koloratkę, to nie musi tłumaczyć kim jest, po co idzie, bo to jest dla każdego Polaka oczywiste. (...) Bo nikt nie oczekuje, że się wylegitymuję. Bo już jestem osobą wiadomą, znaną i to jest tak, że to budzi szacunek w polskim społeczeństwie. (...) Tak że to nie jest jakieś nadużycie, no bo jestem osobą duchowną po prostu. My nie używamy koloratek, ale zakładałem ją z racji tego, żeby sobie ułatwić życie. (Kościół Wolnych Chrześcijan w RP)

Jednocześnie część osób biorących udział w badaniu jako dobrą praktykę (znacznie ułatwiającą współpracę z personelem medycznym i w dłuższej perspektywie zwiększającą prawdopodobieństwo życzliwego przyjęcia osoby duchownej wyznania innego niż rzymskokatolickie na terenie szpitala) uznawały **informowanie personelu oddziału, na którym przebywa osoba hospitalizowana o planowanych odwiedzinach osoby duchownej**. Podczas wywiadów z osobami duchownymi twierdziły one, że fakt wcześniejszego poinformowania personelu o tej szczególnej okoliczności jest postrzegany jako wyraz szacunku dla jego pracy. Mając taką wiedzę personel może wskazać najbardziej dogodny z perspektywy pracy oddziału termin wizyty.

Zazwyczaj prosiliśmy rodzinę, żeby poinformowali personel. Też nie chcieliśmy robić problemów personelowi, że przychodzą osoby z zewnątrz, nie wiadomo w jakim celu. W związku z tym zazwyczaj rodzina załatwia takie formalności, mówi, że do chorego przyjdzie imam albo jakieś osoby reprezentujące Centrum Kultury Islamu. I wtedy raczej nie było robionych z tego powodu jakichś problemów. (Liga Muzułmańska w RP)

Ja zawsze proszę rodzinę, aby porozmawiała z lekarzem, kiedy można przyjechać i do tych realiów szpitalnych się dostosowujemy. (Kościół Starokatolicki Mariawitów w RP)

Bardzo często ważne jest też to, że jeśli rodzina zgłasza [mi potrzebę wizyty duszpasterskiej], to ja zawsze doradzam, żeby to zgłosili [w szpitalu], że mają swojego pastora, który będzie odwiedzał daną osobę. Jeżeli następuje takie zgłoszenie, to wtedy nie ma żadnych problemów, wręcz pielęgniarki są przychylnie, pomagają, otwierają wszystko to, co mogą otworzyć, kiedy się pytam, jak i co, jaka jest sytuacja zdrowotna [pacjenta], to raczej taką informację uzyskuję, w ramach ogólnych możliwości, bo wiadomo, że jakichś tam szczegółów [pielęgniarka podać] nie może, ale duszpasterzowi, pastorowi pewnych informacji może udzielić. Byłem kiedyś na OIOMie, był tam człowiek umierający i ja mówię, że jestem pastorem, duszpasterzem, że tutaj rodzina to zgłaszała. „Tak, proszę bardzo”, od razu [lekarz] zaprowadził mnie do tego człowieka. (Kościół Zielonoświątkowy w RP)

Jakkolwiek opisana powyżej praktyka ułatwia osobom duchownym odwiedzanie osób hospitalizowanych, co z perspektywy tych osób jest rozwiązaniem akceptowanym, niemniej nie jest to rozwiązanie idealne – następuje tutaj przeliczenie odpowiedzialności z instytucji szpitala na osoby hospitalizowane za realizację praw przysługujących pacjentom i pacjentkom. W opisanej strategii to te osoby lub ich rodziny muszą szczegółowo informować instytucję szpitalną o tym, że do szpitala przybędzie duchowny oraz muszą ustalać warunki takiej wizyty (np. czasowe).

Sposoby kontaktowania się osób hospitalizowanych z osobami duchownymi innych wyznań niż rzymskokatolickie

Jak już wspomniano, w zdecydowanej większości przypadków, osoby duchowne wyznań innych niż rzymskokatolickie nie są stale lub regularnie obecne na oddziałach szpitalnych, w związku z czym wierni tych Kościołów lub związków wyznaniowych **o wizytę osób duchownych muszą zadbać we własnym zakresie**. Raportowano, że w przypadku wspólnot religijnych, których liczebność nie przekracza kilkudziesięciu osób, zazwyczaj wierni przebywający w placówkach ochrony zdrowia zwracają się z prośbą o wizytę osoby duchownej bezpośrednio do niej. W przypadkach, gdy stan chorego uniemożliwia samodzielne nawiązanie kontaktu z osobą duchowną, kontakt ten nawiązuje w jego imieniu rodzina.

W moim przypadku to wygląda tak, że ten wierny albo mnie osobiście znał, albo ktoś mu mnie polecił. (...) To się odbywa zupełnie poza personelem, bo my się po prostu z tymi ludźmi znamy. Mamy numery telefonów, Facebooki, Messengery, itd., czasami jest też tak, że rodzina [mnie] zawiadamia albo ja wiem, co tam się dzieje i sam odwiedzam. (Kościół Chrystusowy w Polsce)

W większości parafii ewangelickich, w tym w mojej również, prosimy parafian naszych, żeby bezpośrednio nas informowali, że są w szpitalu takim a nie innym. Albo żeby rodzina nas informowała. My wtedy ich bardzo chętnie odwiedzamy. (Kościół Ewangelicko-Augsburski w RP)

W przypadku większych wspólnot, rozproszonych na rozległym terenie, dużym wsparciem dla osób przebywających w placówkach ochrony zdrowia jest **udostępnianie kontaktów do osób duchownych różnych wyznań na tablicach ogłoszeń** obecnych na oddziałach szpitalnych. Z przeprowadzonych wywiadów wynika, że połowa osób badanych miała styczność z tego rodzaju wykazami w placówkach, do których udawali się z posługą. Jak twierdzono, pomimo powszechnej dostępności Internetu oraz popularności podawania tą drogą do publicznej wiadomości numerów telefonów do duchowych liderów i liderek mniejszościowych wspólnot religijnych, tworzenie list kontaktowych przez personel szpitala jest niezwykle istotne, z kilku powodów. Listy te, choć możemy mieć tu do czynienia z przenoszeniem odpowiedzialności ze szpitala na osoby hospitalizowane, znacznie ułatwiają zorganizowanie wizyty osoby duchownej dla osób starszych i schorowanych, niezbyt sprawnie poruszających się w świecie cyfrowym. W zależności od sytuacji, wizytę taką mogą oni zorganizować samodzielnie lub poprosić o to personel szpitala. Poza wymiarem praktycznym, obecność list może także odgrywać rolę edukacyjną, uwrażliwiając personel medyczny na różnorodność religijną na danym terenie. Dodatkowo, umieszczenie danych kontaktowych osób duchownych na tablicach ogłoszeń niejako legitymizuje obecność tych osób wśród chorych, zarówno w oczach personelu, jak i osób hospitalizowanych. Dla małych Kościołów i związków wyznaniowych obecność na szpitalnej liście ma przede wszystkim wymiar symboliczny – stanowi gest dobrej woli religijnej większości skierowany do mniejszościowych wspólnot wyznaniowych.

Przydałoby się zwrócenie uwagi na to, że są też inni duchowni, innych Kościołów chrześcijańskich w Polsce. Te Kościoły rozwijają się, jest nimi coraz większe zainteresowanie. W związku z tym, dobrze by było, żeby w świadomości też lekarzy czy pielęgniarek było to, że są inne wyznania chrześcijańskie,

*że ktoś może sobie życzyć takich odwiedzin, żeby to można było jakoś ułatwić.
(Kościół Chrześcijan Wiary Ewangelicznej w RP)*

Żyjemy w państwie, gdzie jest wolność sumienia i wyznania, każdy ma prawo do wykonania osobistego wyboru odnośnie spraw wiary to powinno być to umożliwiające. Trzeba pokazywać, że jest pewna różnorodność, z której można skorzystać. Ta możliwość wyboru Kościoła i duszpasterza powinna być wspierana przez państwo (...). Jeśli widzimy, że jest to zaproponowane, wywieszane to znaczy, że jest na to przyzwolenie i ta osoba [hospitalizowana] nie musi się krępować. Wie, że ta osoba duchowna jest do tego powołana i ma na to pozwolenie. (Kościół Ewangelicznych Chrześcijan w RP)

Myślę, że to jest nie tylko potrzebne, ale też pokazuje otwartość kraju i myślę, że to jest kwestia pewnego szacunku do siebie nawzajem. Mimo, że jesteśmy mniejszością, to jednak istniejemy w tym kraju i dziesiątki tysięcy ludzi jednak są w Kościołach protestanckich, więc właśnie z szacunku dobrze by było, żeby taka informacja była. (Kościół Zielonościwkowy w RP)

Pojawił się **postulat propagowania tworzenia list kontaktowych w szpitalach w całej Polsce, jako dobrej praktyki**. Twierdzono, że w tym momencie ich obecność w placówkach ochrony zdrowia nie jest powszechna, zależy w dużej mierze od poziomu otwartości dyrekcji szpitali i/lub osób kierujących oddziałami, a także od stopnia determinacji osób reprezentujących mniejszościowe Kościoły i związki wyznaniowe, które zwracają się do osób decyzyjnych z prośbą o udostępnienie swoich numerów telefonów w placówkach szpitalnych, w tym w ogólnodostępnych miejscach.

W szpitalu na tablicy był wykaz wspólnot chrześcijańskich, ale nie tylko, z numerem kontaktowym dla osób, które po tym korytarzu chodzą, czyli dla pacjentów. I to wyglądało tak, że jak ktoś chciał być na tę listę wpisany, to zgłaszał do szpitala taką chęć, natomiast to nie było tak, że szpital sam te wspólnoty wyszukiwał. (Kościół Chrystusowy w Polsce)

Jednocześnie zwrócono uwagę na konieczność dbania o regularną aktualizację szpitalnych list kontaktowych w oparciu o współpracę pomiędzy personelem a duchownymi mniejszościowych Kościołów i związków religijnych, a także na poważne traktowanie przez duchownych zobowiązań wynikających z obecności na wykazach umieszczanych w placówkach ochrony zdrowia. Wskazano na

potencjalny problem „martwych list” – zawierających nieaktualne numery telefonów lub numery kontaktowe, których nikt nie odbiera.

Jeżeli mój numer telefonu byłby zamieszczony we wszystkich szpitalach w (...), to musiałbym się również liczyć z tym, że będę mógł pomóc w tej posłudze. Taka odpowiedzialność danego duchownego, który by się tego podjął, że on byłby w stanie jeszcze tę posługę pełnić. (...) Moglibyśmy zrobić nawet 15 Kościołów i wspólnot, ale ważne jest, żeby to była żywa lista, a nie, że pracujemy od 16:00 do 16:15 i tylko wtedy możemy pomóc, przyjechać. Żeby to była realna lista, że duchowny danego wyznania jest zobligowany do tego, że będzie pełnił ten dyżur. (Kościół Polskokatolicki w RP)

Zdaniem osób biorących udział w badaniu, **listy duchownych powinny stać się powszechnie obowiązującym standardem**. Podawano pozytywne przykłady placówek medycznych, które same wychodziły z inicjatywą zebrania i upublicznienia takich informacji, dbając przy tym o podanie do wiadomości osób hospitalizowanych danych kontaktowych jak najszerszego spektrum osób duchownych.

Nawet ten lokalny szpital w [X] zadzwonił, czy może wpisać mój numer telefonu, jeżeli ktoś ewentualnie chciałby pomocy. Bardzo jestem z tego zadowolony. Oczywiście się zgodziłem na to, to było z ich strony bardzo pozytywne. Zresztą myślę, patrząc wstecz, że w wielu szpitalach warszawskich mój telefon jest zapisany. W tym momencie bardzo często jest tak, że to szpital sam wychodzi z taką propozycją. Nawet ja specjalnie nie muszę się o to starać. (Kościół Chrześcijan Baptystów w RP)

Z tych szpitali, w których byliśmy, widzieliśmy, że w pokoju ordynatora czy to w pokoju lekarzy były numery telefonów do Centrów Kultury Islamu czy innych Kościołów, w razie, gdyby jakiś pacjent był innego wyznania, gdyby potrzebował kontaktu z jakąś osobą duchowną. (Liga Muzułmańska w RP)

Mój numer jest dostępny na każdym oddziale szpitalnym. Bardzo często dzwonią też pielęgniarki, personel szpitalny też dzwoni. (...) Tam nawet jest do gminy żydowskiej telefon, do Kościołów wolnych, są baptyści... Ja już nie pamiętam wszystkich, no ale w tym szpitalu jest całe spektrum, jakie może być w tym rejonie. Ta informacja nie jest utajniona, ograniczana, czy coś takiego. (Kościół Ewangelicko-Augsburski w RP)

Na uroczystościach w jednej parafii spotkałem jednego, jeżeli dobrze pamiętam, z ordynatorów szpitala. Kiedy wywiązała się rozmowa przy stole, zapytał mnie z jakiego Kościoła jestem. Ja odpowiedziałem, że oczywiście z Kościoła Polskokatolickiego. On przekazał swój numer telefonu, prywatny, żebym się do niego odezwał, by mógł mnie wpisać na listę duchownych. To był bardzo miły sygnał dla mnie. (...) Jeżeli szpital wyszedł z takim założeniem od razu, że mamy tablice, gdzie są parafie danych wyznań i kontakt do nich, to byłaby taka otwartość, dawanie możliwości. (Kościół Polskokatolicki w RP)

Jednocześnie warto podkreślić, że część osób uczestniczących w badaniu nie miała wiedzy na temat możliwości udostępniania przez szpitale kontaktów do nich: nigdy nie spotkali się z taką propozycją ze strony personelu placówek ochrony zdrowia ani też nie widzieli list z numerami telefonów do osób duchownych w żadnym z odwiedzanych szpitali.

Nigdy nie zgłaszałem takiej potrzeby, takiej chęci, żeby gdzieś tam te namiary były dostępne w szpitalu. (...) Nie wiem, jak to się odbywa: czy takie namiary są podawane do lokalnego księdza, który zajmuje się posługą chorym, czy to wynika z jakiejś długoletniej praktyki w tym temacie? Może my, jako duchowni protestanccy powinniśmy sobie posypać głowę popiołem, że nie wychodzimy z taką inicjatywą. (Kościół Chrześcijan Wiary Ewangelicznej w RP)

Prawo do wypełniania praktyk religijnych podczas pobytu w szpitalu

Odwiedziny osób duchownych obejmują wiele elementów i mają różny charakter. Różnice mogą być związane ze specyfiką wyznaniową danego Kościoła lub związku wyznaniowego, określonych potrzeb osoby hospitalizowanej, jak i jej stanu zdrowia. Często wspólnym elementem takich wizyt są praktyki religijne. Najczęściej praktykowana jest wspólna modlitwa oraz czytanie i rozważanie Biblii/ Koranu. W przypadku szeregu Kościołów chrześcijańskich pacjenci mogą prosić ponadto o spowiedź oraz komunię/ wieczerzę, a także o namaszczenie chorych (przybierające różny kształt w zależności od wyznania).

Zdecydowana większość wspomnianych praktyk religijnych jest realizowana na sali chorych, przy łóżku osoby hospitalizowanej. Wynika to z kilku nakładających się na siebie uwarunkowań. Po pierwsze, w Polsce istnieje norma kulturowa wytworzona zachowaniem duchownych i wiernych Kościoła rzymskokatolickiego, która polega na wykonywaniu praktyk religijnych w salach chorych. Po

drugie, z wypowiedzi osób biorących udział w badaniu wynika, że wizyta w szpitalu osoby duchownej wyznania innego niż rzymskokatolickie organizowana jest często w sytuacji, gdy stan chorego jest poważny – hospitalizacja związana jest z długotrwałą i/lub ciężką chorobą, znacząco ograniczającą czy wręcz uniemożliwiającą poruszanie się.

W 95% przypadków taka rzecz [odrębne pomieszczenie] nie jest potrzebna, jako że człowiek, który jest w szpitalu raczej jest przykuty do łóżka i nie będzie nigdzie chodził, więc moje odwiedziny ograniczają się do bycia przy łóżku, do modlitwy przy łóżku, rozmowy przy łóżku. Nawet bym nie brał takiej osoby gdzieś indziej. (Kościół Zielonoświątkowy w RP)

Jeśli chory jest w dobrym stanie, choroba nie jest ciężka, to zwykle się nas nie wzywa. To jest rzecz normalna, wtedy tylko rodzina odwiedza, to jest krótki pobyt w szpitalu. Natomiast kiedy my jesteśmy wzywani do szpitali, to to już są sytuacje poważniejsze albo już ludzie wiedzą, że ciężko będzie tej osobie szpital opuścić. Nie mówimy tego przy pacjencie, ale przygotowujemy się z rodziną na śmierć i rozmawiamy o tym, jak to będzie wyglądało. (Liga Muzułmańska w RP)

W takich okolicznościach zakres posługi uzależniony jest od wyobrażonego poziomu akceptacji dla realizacji praktyk religijnych w sali ze strony pozostałych przebywających tam osób.

Miałem kiedyś takie spotkanie z panem na oddziale paliatywnym, który miał świadomość tego, że to jest już koniec. Poprosiła mnie jego rodzina o spotkanie z nim. Ja tam warunków nie miałem, tam było sporo ludzi. Ja się zawsze próbuję jakoś dostosować do tej sytuacji, próbuję temu człowiekowi pomóc, zarazem wiedząc, że jest dookoła sporo osób z zewnątrz. Trzeba na to znaleźć jakieś techniki, niestety. (...) Nie zdarzyło mi się, żeby ktoś zakłócał, mówił, że sobie nie życzy, ale ja mam świadomość tego, że tak może być i staram się to przeprowadzić delikatnie, oczywiście. (Kościół Chrześcijan Wiary Ewangelicznej w RP)

Jeżeli po prostu nie ma takiej możliwości [wyjścia z sali chorych], bo pacjent jest leżący, no to wtedy przedstawiam się i pytam się osób obok leżących, czy to by nie przeszkadzało i tak dalej, żeby porozmawiać. (...) jeżeli jest taka opcja, że ktoś tam ogląda jakiś serial czy mecz, nie można poprosić o wyciszenie, bo

też nie chcemy być intruzami (...) Z reguły nie robimy rumoru. (Kościół Adwentystów Dnia Siódmego w RP)

Osoby sprawujące posługę duchową wyznań mniejszościowych odwiedzające chorych radzą sobie z tą sytuacją na różne sposoby. **Część z nich decyduje się na wykonywanie praktyk wynikających z wyznawanej religii w sposób jak najmniej dostrzegalny czy kłopotliwy dla innych osób hospitalizowanych.** W wypowiedziach tych osób wyraźnie wyczuwalne jest przekonanie, że jako wierni Kościołów czy związków wyznaniowych innych niż rzymskokatolicki, stanowiących niewielką liczebnie mniejszość, powinni ograniczać zakres indywidualnych i grupowych rytuałów religijnych do niezbędnego minimum oraz przeprowadzać je jak najbardziej dyskretnie. Może to wynikać z obawy bądź przed negatywnymi komentarzami i innymi przejawami nietolerancji ze strony osób identyfikujących się z religią dominującą, bądź w obawie przed wzbudzeniem zainteresowania nierzadko skutkującego koniecznością odpowiadania na pytania, wątpliwości, dociekania. Osoby z mniejszości wyznaniowych deklarują, że zdarza im się, że chcą wtopić się w tłum, być postrzegani jako „normalni”, a nie jako „inni”, „dziwni”. Jako przykłady tej postawy można przytoczyć pojawiające się podczas wywiadów wzmianki o rezygnacji z części rytuałów, przeprowadzaniu niektórych praktyk w ukryciu czy też o modlitwach przeprowadzanych szeptem.

W zasadzie nie robimy wokół tego szumu. Jesteśmy też ludźmi, nasza odmienność też może być dla innych dziwna. Po prostu staramy się jakoś nie zaburzać życia innym ludziom, bo rozumiemy, że mamy inne spojrzenie na życie. (Kościół Adwentystów Dnia Siódmego w RP)

Czasami, ale to rzadko, chorzy chcą uczestniczyć w Wieczery Pańskiej. Rzadko, dlatego że chyba często nie czują się komfortowo. Jeśli pacjent jest leżący, znajduje się na sali, gdzie obok są inni pacjenci. Wierny przeważnie nie chce przeszkadzać w ten sposób. (Kościół Chrześcijan Baptystów w RP)

To jest praktykowane półszepem najczęściej. Nie chcemy też zakłócać spokoju innych. Czasami przychodzimy na salę, jest włączony telewizor – też nikomu nie mówimy, by go wyłączył, każdy ma prawo do jego oglądania. (Kościół Ewangelicznych Chrześcijan w RP)

Niektóre wspólnoty przyjmują czasem jednak strategię odwrotną do opisanej powyżej – postrzegają swoją obecność w szpitalu jako **okazję do zmanifestowania**

swojego istnienia oraz element tworzenia pozytywnego wizerunku mniejszościowej społeczności. Wśród osób biorących udział w badaniu, postawę taką częściej przyjmowali przedstawiciele protestanckich wyznań ewangelikalnych, które nierzadko charakteryzuje szczególne nastawienie misyjne. Badane osoby duchowne i wierni tych Kościołów, co do zasady, nie postrzegali konieczności sprawowania posługi przy łóżku chorego jako niedogodności, lecz raczej jako szansę na wzbudzenie zainteresowania innych osób pacjenckich. Oczywiście, postawa ta dotyczyła wyłącznie elementów posługi, takich jak wspólna modlitwa czy czytanie Biblii, które można bez przeszkód realizować w obecności innych osób, także spoza Kościoła.

Ja generalnie samą tę rozmowę duszpasterską i cały ten element zachęcenia przeprowadzane na sali, gdzie są też inni chorzy ludzie uważam za wartość dodaną, bo a nuż to zachęci kogoś innego. Jeżeli ktoś by mi zwrócił uwagę, że nie chce być świadkiem takiej rozmowy, to wtedy bym się nad tym zastanawiał. Ale raczej się ludzie przysłuchują, raczej starają się z tego coś wyłapać. Jak to się mówi: „Jak trwoga, to do Boga”. Najczęściej wśród chorych nie ma chojraków. (Kościół Chrystusowy w Polsce)

Ogólnie to my się też nie krępujemy rozmawiać przy ludziach i nawet się cieszymy, że możemy przy innych porozmawiać, złożyć świadectwo czy się pomodlić. (Kościół Zielonoświątkowy w RP)

Innym powodem odprawiania rytuałów religijnych w salach chorych jest bardzo częsty **brak w szpitalach przestrzeni dedykowanej do tego typu praktyk, dostępnej dla mniejszości wyznaniowych.** W zdecydowanej większości placówek nie ma odrębnego miejsca dedykowanego do przeprowadzania spotkań z duchownymi i/lub odprawiania praktyk religijnych przez wyznania inne niż rzymskokatolickie. W związku z powyższym, osoby identyfikujące się z mniejszościowymi Kościołami i związkami wyznaniowymi, nawet jeśli nie mają ograniczeń w poruszaniu się często i tak skazani są na przyjmowanie wizyty osoby duchownej w przestrzeni wieloosobowych sal chorych. Podczas gdy wspólna modlitwa czy czytanie tekstów religijnych w takich warunkach są względnie mało problematyczne, to już sakramenty, takie jak np. komunia/ wizerza czy spowiedź są dla wielu wiernych źródłem dyskomfortu, gdyż wymagają skupienia i odosobnienia, które trudno jest osiągnąć w sytuacji dzielenia pokoju z innymi chorymi. Jeszcze większe trudności są udziałem osób identyfikujących się z religiami niechrześcijańskimi, które zobowiązane są na przykład do

rytualnych ablucji czy innych czynności wymaganych z uwagi na obowiązujące ich zasady religijne.

Osoby hospitalizowane i duchowne radzą sobie z tym problemem na różne sposoby, najczęściej prosząc inne osoby o opuszczenie sali na czas trwania wspomnianych praktyk lub poszukując zacisznych miejsc na terenie placówki/ oddziału (korytarze, ogród szpitalny). Wielokrotnie podkreślano, że rozwiązania te mają charakter doraźny, prowizoryczny i przy okazji każdej wizyty muszą być wymyślane na nowo, aby dostosować się do sytuacji aktualnie panującej w szpitalu, co nieraz stanowiło wyzwanie. Co więcej, podejmowane działania tylko nieznacznie poprawiają komfort osób pacjenckich – zapraszanie innych z sali jest często trudne i niekomfortowe, a nawet niemożliwe, natomiast poszukiwanie innego, spokojnego miejsca na realizację praktyk religijnych może rodzić frustrację i nie zawsze jest skuteczne (niemożność opuszczenia oddziału, duży ruch na korytarzach, brak krzeseł/ miejsc do siedzenia).

Podsumowując, brak odosobnionego miejsca, w którym można w ciszy i spokoju wypełniać praktyki religijne jest jedną z bolączek, jakich doświadczają osoby wyznań innych niż rzymskokatolickie podczas pobytu w szpitalu.

Jeśli wychodzimy na korytarz i nawet jeśli tam jest jakaś wnęka, gdzie możemy usiąść, to to przeważnie również jest niekomfortowe, bo jednak jest to przestrzeń otwarta i ludzie, którzy po korytarzu chodzą widzą, co się dzieje. Myślę, że Wieczera ma charakter bardzo osobisty, intymny. (...) człowiek mimo wszystko jest narażony na jakieś spojrzenia i tym podobne. To oczywiście nie jest inwazyjne, nikt nie pyta, co my robimy, ale są wierni, których to może krępować. (Kościół Chrześcijan Baptystów w RP)

Generalnie to szpitale nie są przygotowane na odwiedziny duchownych innych wyznań. (...) Byłoby lepiej, gdyby było jakieś pomieszczenie, gdzie mógłbym sobie usiąść – zakładając, że chory, o którym mówimy, może, oczywiście, chodzić. Byłem na kardiologii, u takiego starszego pana. On mógł chodzić, to poszliśmy na korytarz i tam usiedliśmy, żeby porozmawiać. Bo często ludzie chcą takiej spokojnej i szczerzej rozmowy. Tego czasami nie da się zapewnić na sali, na której leży kilka osób. (Kościół Chrześcijan Wiary Ewangelicznej w RP)

Brak przestrzeni dedykowanej realizacji praktyk religijnych, z której mogliby skorzystać wierni mniejszościowych wspólnot religijnych, to także bardzo wyraźny przykład uprzywilejowanej pozycji Kościoła rzymskokatolickiego.

W wielu szpitalach funkcjonuje kaplica rzymskokatolicka, do której wierni tego Kościoła zwykle mają swobodny dostęp. Wskazywano, że przygotowanie podobnego miejsca dla osób innych wyznań byłoby przejawem dobrej woli oraz szacunku dla religijnej różnorodności. W trakcie wywiadów pojawił się **pomysł tworzenia w przestrzeni szpitali odrębnego pomieszczenia, pozbawionego charakteru otwarcie religijnego, które mogłoby być użytkowane wspólnie przez osoby z różnych mniejszości wyznaniowych** i na bieżąco dostosowywane (np. w zakresie sprzętów i symboli religijnych) przez te mniejszości do aktualnych potrzeb.

Jeżeli jest miejsce, w którym możemy porozmawiać w cztery oczy, to staramy się z tego korzystać, pod warunkiem, że chory jest na chodzie. Na korytarzu, przy stoliku, czasem na zewnątrz – do ogródka, jak najbardziej. Wtedy możemy bez skrępowania rozmawiać o sprawach osobistych, tak że staramy się z tego korzystać. (...) Trzeba kombinować, szczególnie w przypadku Kościołów wyznania nierzymskokatolickiego. Duchowni Kościoła rzymskokatolickiego mają większe możliwości. Są poinformowani, mają kaplicę w szpitalach. Dla nas nie jest przystosowane żadne takie pomieszczenie. (Kościół Ewangelicznych Chrześcijań w RP)

Generalnie, gdyby było takie pomieszczenie, to byłoby fajnie. Zdarzają się czasem takie przypadki, że ktoś chciałby odbyć spowiedź, tak jak w Kościołach tradycji katolickiej. To taką spowiedź odbyć w sali przy innych chorych, to jest to raczej trudne. Ponieważ wiadomo, człowiek się krępuje, gdzieś tam dochodzi wstyd. Coś takiego jest trudne. Znaczący jest to do zrobienia np. jeśli są inni pacjenci chodzący i można ich poprosić, żeby zostawili nas samych w cztery oczy. Jest to do zrealizowania. No ale jeśli są leżące, to już takiej możliwości nie ma. (Kościół Starokatolicki Mariawitów w RP)

Ja też starałem się medytować, wychodziłem na korytarz. Siadałem sobie wieczorem, kiedy już było ciemno na korytarzu i sobie medytowałem. (...) [Osobne pomieszczenie] To by było super rozwiązanie, gdzie można by było w ciszy i spokoju, jeden drugiemu nie przeszkadzając, praktykować to, co każdemu religia każe praktykować. (Związek Ajapa Yoga)

Case study – negatywne reakcje personelu medycznego na wybrane rytuały i praktyki religijne

Warto wspomnieć, że niektóre rytuały praktykowane przez mniejszościowe Kościoły i związki wyznaniowe spotykały się z negatywną reakcją personelu medycznego. Powodem takich reakcji może być znaczna odmienność tych rytuałów od znanych i silnie zakorzenionych w świadomości społecznej praktyk Kościoła rzymskokatolickiego.

Przykładem może być tutaj rytuał chrztu noworodków obowiązujący w Staroprawosławnej Cerkwi Staroobrzędowców. Elementem, który wzbudził wątpliwości personelu medycznego jest trzykrotne, pełne zanurzenie dziecka w zimnej wodzie. W relacjonowanym przypadku rodzice ze względu na ryzyko zgonu chcieli ochrzcić dziecko w szpitalu. Informacja o sposobie sprawowania chrztu spowodowała gwałtowną, negatywną reakcję lekarzy i pielęgniarek. Ostatecznie przekonanie personelu do wyrażenia zgody na ten rytuał wymagało dużo czasu i zaangażowania ze strony członków tej mniejszościowej wspólnoty. Zdaniem duchownego Staroprawosławnej Cerkwi Staroobrzędowców, który relacjonował ten przypadek, nie była to sytuacja odosobniona.

Jak przyjeżdżam do szpitala to informuję w jaki sposób odbędzie się sakrament chrztu i wtedy zaczynają się schody. (...) Jest to bulwersacja, złość, wręcz mówienie nawet przez pielęgniarki, że jest to chore, że świadomie narażamy dziecko na śmierć i tym podobne. (...) Tak naprawdę opiera się to głównie tylko na szpitalu, ewentualnie zgłaszane jest to na piśmie do dyrektora, że taka sytuacja miała miejsce. Całe szczęście problem udaje się rozwiązać na miejscu i od razu w danej sytuacji. Bo sytuacja jest i dla nas i dla rodziców bardzo ważna. Dochodzimy często do porozumienia, ale taka debata trwa około godziny, półtorej godziny, żeby przekonać kadry do tego, żeby można było udzielić sakramentu chrztu. (Staroprawosławna Cerkiew Staroobrzędowców)

Innym przykładem rytuału, na temat którego personel medyczny wydaje się mieć niewielką wiedzę, co może prowadzić do jego negatywnych reakcji jest praktykowane w judaizmie obrzezanie noworodków płci męskiej. Rytuał ten jest z reguły wykonywany poza placówkami ochrony zdrowia, jednak w przypadku domowych wizyt położnych, mających miejsce po porodzie oraz w sytuacji komplikacji pozabiegowych, kiedy rodzice zgłaszają się z dzieckiem do lekarza na konsultację personelowi medycznemu zdarza się reagować gwałtownie i interpretować rytuał obrzezania tylko jako okaleczanie dziecka. Jedną z rozmówczyń

przyczała historię swojej znajomej, która zetknęła się z brakiem zrozumienia ze strony lekarzy i pielęgniarek, gdy zgłosiła się do szpitala z podejrzeniem infekcji po zabiegu obrzezania. Po stronie personelu pojawiły się podejrzenia krzywdzenia dziecka, czego następstwem było powiadomienie o zaistniałej sytuacji opiekę społeczną.

Jak moja znajoma, kiedy po obrzezaniu [jej syna] doszło do infekcji, poszła do szpitala, to chciano wezwać opiekę społeczną. Dlatego, że przyszła według ludzi z okaleczonym dzieckiem. Jeszcze ona dodatkowo poinformowała, że obrzezanie zostało wykonane w domu. (...) Ona mówi, że dla niej to było bardzo traumatyczne przeżycie, bo ona chciała skonsultować z lekarzem, czy jest wszystko dobrze. Zamiast dostać pomoc, zostać poinformowana, że jest wszystko dobrze, (...) to ona jednak została poproszona na bok, że jednak trzeba z nią porozmawiać, że opieka społeczna musi zostać zawiadomiona. (Żydówka)

Przyczyną braku zgody na przeprowadzenie praktyk religijnych w warunkach szpitalnych bywa także brak zrozumienia dla ich znaczenia dla osoby hospitalizowanej (postrzeganie ich jako „fanaberii” chorego lub jego rodziny). Jako przykład może posłużyć zwyczaj obcinania włosów noworodkom występujący w obrębie kilku tradycji kultury islamu. W opisaney podczas wywiadu sytuacji personel nie wydał zgody na przeprowadzenie tego rytuału, pomimo iż nie był on w żaden sposób inwazyjny dla dziecka, które miało być mu poddane.

Chcieliśmy też obciąć [dziecku] te włosy. Nie jest to obowiązek religijny, tylko tradycja, coś miłego, coś dla dziecka. Taką pierwszą się daje ofiarę, jałmużnę dla potrzebujących. Chcieliśmy te włosy obciąć, ale ci lekarze nie rozumieli tego zupełnie. Pamiętam, patrzyli się tak: „O co w ogóle chodzi?!” (...) Że moje dziecko jest wcześniakiem, a ja tu przychodzę z jakimiś fanaberiami – tak trochę się czułam. W sumie tego nie zrobiliśmy. Gdybym czuła, że jest to obowiązek religijny, to bym parła ku temu. To był taki moment, kiedy chcieliśmy coś zrobić, a nie zrobiliśmy przez brak zrozumienia. (Muzułmanka)

Wskazane sytuacje zdają się dowodzić, że akceptacja dla praktyk religijnych wyznań innych niż rzymskokatolickie jest w dużej mierze ograniczona do praktyk znanych personelowi szpitali. Zaobserwowano mniejszy stopień tolerancji dla praktyk innych niż te kojarzone z religią dominującą. W przypadkach takich, jak wymienione powyżej, skuteczne przeprowadzenie danego rytuału jest

uzależnione od stopnia determinacji osób przynależących do mniejszościowego Kościoła lub związku wyznaniowego.

Reakcje osób hospitalizowanych oraz personelu na obecność w szpitalu osób chorych i duchownych wyznań nierzyskokatolickich oraz osób bezwyznaniowych

Osoby uczestniczące w badaniu twierdziły, że stosunek zarówno personelu szpitali, jak i przebywających na oddziałach chorych do obecności osób wyznania innego niż rzymskokatolickie (osób pacjenckich lub duchownych) oraz osób bezwyznaniowych **określić można jako poprawny**.

Raportowano jednak także reakcje jednoznacznie negatywne, w postaci na przykład oceniających komentarzy czy ostantacyjnego okazywania wrogości.

Wieczorem weszła pielęgniarka, taka od zabiegów, od kroplówek. Podłączyła mi tę kroplówkę, popatrzyła na ten napis [na plakacie Dni Świeckości] i skomentowała to w tak obrzydliwy sposób, że... ja byłam tak słaba, że nie byłam w stanie nawet zareagować, ale ona mnie dobiła tym. (...) kobieta mówiąca o kobietach w sposób najgorszy, jaki możesz sobie wyobrazić. Nawet nie będę ci cytować. (...) Tak na głos, że ona nie popiera i zaczęła komentować moje poglądy. (Ignostyczka)

Jedna z uczestniczek badania opowiedziała także podczas rozmowy o przypadku wywierania presji przez pielęgniarkę na osobę hospitalizowaną (matkę respondentki) w kierunku jej „nawrócenia” na religię rzymskokatolicką.

W nocy pojawiła się nowa pielęgniarka, która przy okazji zmiany opatrunków zaczęła ją wypytywać, czy jest Żydówką. Moja mama w półśnie [odpowiedziała], że tak, a ona [pielęgniarka] mówi: „Acha, Żydzi strasznie cierpieli podczas Holokaustu”. (...) I że Jezus też cierpiał na krzyżu. (...) no to jaki jest problem, żeby jednak Żydzi się z tym Jezusem w tym cierpieniu połączyli. (...) mama mówi, że to było dosyć trudne, nieprzyjemne, frustrujące, że jest tak wyrwana ze snu i tak dojechana, że ktoś wjeżdża w jej cierpienie, jej matki, która przeżyła Holokaust, i Jezusa na krzyżu i że to powinna połączyć. (Żydówka)

W opinii części osób badanych postawa niechęci i rezerwy może mieć swoje źródło z jednej strony w traktowaniu oczekiwania posługi duchowej innej od tej,

którą oferuje szpital (w postaci kapelana rzymskokatolickiego) jako „fanaberii pacjenta”, z drugiej z kolei we wciąż funkcjonujących w polskim społeczeństwie **negatywnych stereotypach** dotyczących mniejszości religijnych.

Wiadomo, że kiedy się należy do jakiejś mniejszości to jesteśmy bardzo różnie postrzegani, to zależy od konotacji czy to religijnej czy też narodowej. Są takie stereotypy. Bardzo często kojarzą Kościół z jakąś kwestią albo z jakąś częścią świata. (...) Albo ktoś nas wyzywał od Ukraińców albo od Ruskich, tak jak anglikanów często zwali Niemcami. (Polski Autokefaliczny Kościół Prawosławny)

Żyjemy w państwie, gdzie teoretycznie jest wolność sumienia i wyznania, jednak wspieramy taką mentalność małomiasteczkową, wiejską, w której postrzega się inne wyznania, nawet nurtu chrześcijańskiego, jako coś niepolskiego, nienarodowego, niebezpiecznego wręcz. (...) Postrzega się nas często zaściankowo, egzotycznie, czasem niebezpiecznie. (Kościół Ewangelicznych Chrześcijan w RP)

[Opis badania USG w ciąży] Jedna pani – to chyba była położna, która robiła takie przygotowania – powiedziała taką uwagę, że: „pani to musi z tym mężem”. Że jako że jestem muzułmanką, to ten mąż musi być, bo ona przecież bez męża nigdzie nie pójdzie”. To było bardzo odczuwalne w tym komentarzu. (...) W tej sytuacji człowiek sam nie wie, jak się zachować. Raz, że ja się nie czuję, że muszę się tłumaczyć, bo nawet jak mój mąż musi być obok mnie jak jestem badana przez lekarza mężczyznę, to jaki jest problem? Większość mam chciałaby, aby mąż był przy USG. Wtedy nie czułam się jeszcze tak źle fizycznie, więc wiedziałam, czego chcę i co mogę wyegzekwować. Natomiast jeżeli czujesz się bardzo źle i chcesz pomocy tu i teraz, to te nadużycia są bardzo łatwe do zrobienia. Jeżeli taka osoba natrafi na kogoś mniej asertywnego, to może ona zrobić dużo złego w psychice tej osoby. (Muzułmanka)

Pojawiły się także relacje wskazujące na zdarzający się brak wiedzy personelu medycznego na temat poszczególnych wyznań, np. diety muzułmanów oraz wyglądu ortodoksyjnych Żydów.

[U lekarza pediatry] Zawsze czułam jej takie wątpliwości wobec wszystkiego, co mówię. Np. jak później był początek rozszerzania diety to ona pytała, co dziecko je. To ja jej mówię... A ona: „A mięso? A mięso?”. Tak się dopytywała. Gdy powiedziałam, że próbuję, ale ogólnie to nie lubi mięsa, to stwierdziła,

że tak nie może przecież być. Wyczułam, że ona chce jakiejś mojej deklaracji. (...) Czułam, że nie wynika to z jej troski o jakiś super rozwój i rozszerzenie diety. Mówiła ciągle o jedzeniu ze słoiczków, że to mięsko przebadane, zdrowe. Nie powiedziała tego wprost, ale w tych jej pytaniach czułam, że trochę dąży do tego, że ja powiem, że to musi być mięso muzulmańskie specjalnie. (Muzułmanka)

Innym razem z kolei, ten sam syn, byłam z nim też w szpitalu, bo miał w nosie fasolę. Pamiętam, że była moja mama, ja w chustce, w długich [ciuchach], mój były mąż w cicit – we frędzlach i jedna kobita do drugiej mówi „a, chyba wegetarianie”. Czyli coś jej tu było, że fasola w nosie, jacyś tacy hipisi, ale widać było, że patrzyli na moją mamę, która też ma ciemne włosy, taka chusta na mnie, ta chusta i długie, mąż też w jakichś..., wszyscy weszliśmy jak jakaś... I to było widać. Ja tylko czekałam, aż oni stwierdzą, że jesteśmy Romami, Cyganami. Ale ta fasola w nosie jednak ich zwiódła na wegetarian. Więc ja odpowiedziałam, że akurat nie jesteśmy wegetarianami i to jakby w ogóle był koniec, ona już w ogóle nie miała pojęcia z kim mają do czynienia. (Żydówka)

Osoby uczestniczące w badaniu przynależące do mniejszościowych związków wyznaniowych podkreślały, że w ich przekonaniu częstotliwość pojawiania się tego typu przejawów nietolerowania różnorodności religijnej w ostatnich latach zmniejszyła się. Może to być efekt coraz głębszego zakorzenienia się w lokalnych społecznościach i stopniowego przełamywania negatywnych stereotypów, z drugiej być może wzrostu świadomości praw mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych.

Teraz już jest lepiej, bo kiedyś jeszcze, jak w szkole uczyłem, to były takie wykrzyki: „O, pop, pop idzie!”. Ale potem to inaczej się stało i jest teraz bardzo miło (...) Bardzo dobrze się układa, są spotkania ekumeniczne z biskupami (...), były wspólne spotkania oplatkowe w szpitalach. Nie raz mnie proszono o błogosławieństwo, o wystąpienie... Tak że bardzo dobrze się układa, nie ma problemów na gruncie wyznaniowym. (Polski Autokefaliczny Kościół Prawosławny)

To nie są te czasy, kiedy się zwalczało mniejszości religijne. Tym bardziej, że jesteśmy państwem prawa i prawo musi być respektowane. Ja się nie spotkałem z odrzuceniem nas. Jeżeli chodzi o instytucje, to nie miało to miejsca. (Kościół Chrystusowy w Polsce)

Obydwie te grupy są świadome tego, że w sytuacji stwierdzenia naruszeń wolności wyznania, istnieje możliwość nie tylko interweniowania, ale także wykorzystania różnych form nacisku, w tym upublicznienia sprawy w mediach.

Przed 2016 było wiele takich komentarzy nacechowanych pejoratywnie. Natomiast teraz, w czasach, gdy można lekarza oskarżyć o różne rzeczy, mimo wszystko się ci ludzie pilnują (...). To chodzi o to, że wcześniej, kiedy były składane skargi, to one gdzieś znikają, nikt na to nie zwracał uwagi. Teraz nawet, jeśli ktoś politycznie próbuje coś zakryć, można pójść do telewizji, jakichś mediów i nagłośnić tę sytuację. Z tego prawdopodobnie wynika pewien strach u lekarzy, że muszą się pilnować. Wcześniej rzeczywiście były takie, może nie obraźliwe, ale co najmniej oschłe odpowiedzi, traktowanie ludzi trochę bardziej, że tak powiem, przedmiotowo. Kolejny pacjent-cyferka. Natomiast teraz, jako że ludzie przychodzą i czasem nawet nagrywają lekarzy, to lekarze się boją, mimo wszystko. (Liga Muzułmańska w RP)

Stwierdzono, że zarówno wśród osób hospitalizowanych, jak i personelu medycznego najczęstszą reakcją na fakt odprawiania na salach chorych praktyk religijnych wyznań innych niż rzymskokatolickie jest **reakcja neutralności**. Osoby te przyjmują do wiadomości, że takie sytuacje mają miejsce i starają się nie ingerować w przebieg realizowanych praktyk (zachowują ciszę, a jeśli to możliwe wychodzą z pokoju). Zwykle różnorodność wyznaniowa osób pacjenckich nie jest w żaden sposób komentowana, a kwestia wyznania jest traktowana jako wewnętrzna sprawa każdego człowieka.

Niektórzy się z uwagą przysłuchują, niektórzy wychodzą, jak mogą, a ci, co nie mogą to muszą brać w tym udział, no bo nie mają innego wyjścia. Ale my się nie narzucamy w jakiś taki sposób, staramy się robić to dyskretnie. To jest taka sytuacja przymusowa dla wszystkich. Nikt tam nie jest z własnej woli i tyle. Nie spotkałem się nigdy z wrogością, czy ostantacyjnym okazywaniem niechęci. (Kościół Ewangelicznych Chrześcijan w RP)

Ten stosunek jest bardzo różny. Najczęstszą postawą, która w tej chwili jest w naszych czasach, jest obojętność. Może dlatego, że wiara jest rozumiana jako rzecz osobista, o której się nie rozmawia. To myślę, że jest coraz częstsza postawa. (Kościół Ewangelicznych Chrześcijan w RP)

Wiedza o tym, że osoba pacjencka należy do mniejszościowego Kościoła lub związku wyznaniowego stawała się często przyczynkiem do rozmów na temat wiary oraz elementów odróżniających wyznanie, które reprezentuje od religii dominującej. Do rozmów takich dochodzi pomiędzy osobami hospitalizowanymi, ale także pomiędzy chorymi a personelem szpitala. Twierdzono, że często osoby podejmujące temat wiary oraz sposobów jej praktykowania **wyrażały życzliwe zainteresowanie** oraz chęć poznania perspektyw innych niż własna. Zdarzają się sytuacje, kiedy osoby przebywające w szpitalu identyfikujące się jako rzymscy katolicy proszą osoby duchowne należące do mniejszości chrześcijańskich o wspólną modlitwę, czytanie Biblii czy błogosławieństwo. Otwartość na wyznaniową różnorodność w obrębie wyznań tradycji chrześcijańskich wydaje się coraz bardziej powszechna. Według jednego z badanych, pozytywna ewolucja postaw w stosunku do chrześcijańskich Kościołów mniejszościowych może mieć swoje źródło w kryzysie, jaki w ostatnich latach dotknął Kościół rzymskokatolicki (poszukiwanie nowych sposobów na wyrażanie i praktykowanie wiary). Twierdzono, że dla wielu osób hospitalizowanych kontakt z osobą duchowną lub osobą chorą innego wyznania (niejednokrotnie pierwszy raz w życiu) jest akceptowalną drogą do otrzymania wsparcia duchowego w obliczu choroby.

W większości przypadków są to reakcje zaciekawienia, że coś się dzieje, bo osoby wyznań ewangelicznych mają kontakt ze Słowem Bożym, zwykle mają przy łóżku Biblię i ją czytają. To wzbudza zainteresowanie. Ja bym powiedział, że jest raczej przychylna ciekawość niż jakaś nieprzychylność. (Kościół Boży w Polsce)

Często te wizyty duszpasterskie w szpitalu później były takim wyzwalczem rozmów, dyskusji, jak to u nas jest, na czym polegają różnice. Ludzie z zainteresowaniem często pytali i dowiadawali się jakichś rzeczy. Tego typu historie są na porządku dziennym. (...) Ludzie też są coraz bardziej otwarci i przez różne sytuacje, z którymi mamy ostatnio do czynienia szczególnie ostatnimi laty widzą, że sama instytucja Kościoła [rzymskokatolickiego] przechodzi pewien kryzys. Chyba przez to są teraz bardziej otwarci, szukają. Szczególnie ci, którzy się identyfikują jako osoby wierzące szukają innych form wyrazu, niekoniecznie przez Kościół rzymskokatolicki. (Kościół Chrześcijan Wiary Ewangelicznej w RP)

Pojawiły się także sygnały, że życzliwego zainteresowania doświadczają także osoby praktykujące religie niechrześcijańskie.

Często spotykamy się ogólnie z dużą ciekawością. Ludzie patrzyli, jak to wygląda, słuchali recytacji Koranu po arabsku. Mówili, że piękny język, piękna recytacja, piękna tradycja. Natomiast złych doświadczeń na ten moment nie było. Mi się wydaje, że jednak empatia u ludzi bierze górę. (Liga Muzułmańska w RP)

Wyzysk epistemiczny

Jak wspomniano w podrozdziale „Praktyka realizacji obowiązku zagwarantowania osobom hospitalizowanym możliwości kontaktu z osobami duchownymi podczas pobytu w szpitalu”, wyzysk epistemiczny w stosunku do osób duchownych z mniejszości wyznaniowych jest stosowany przez personel szpitali już na wstępnym etapie wizyty tych osób u hospitalizowanych wiernych. Podczas wywiadów relacjonowano jednak także przypadki wyzysku epistemicznego, jakiemu poddawane były osoby pacjenckie należące do mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych podczas pobytu w szpitalu lub innego rodzaju kontaktów z placówkami ochrony zdrowia (np. wizyta w przychodni).

Wyzysk ten przejawia się w oczekiwaniach, przez osoby z grupy dominującej, uzyskania wyjaśnień i zadawania wielu pytań, które mogą wynikać z ciekawości, ale też tylko udawać zainteresowanie osobą pacjenką oraz zasadami religijnymi danej wspólnoty wyznaniowej. Często są to pytania powierzchowne, niepróbujące zgłębiać istoty rzeczy, a czasem tylko pozornie związane z tożsamością i światopoglądem osoby pytaney. Wielokrotne bycie osobą, do której kierowane są tego typu pytania rodzi frustrację i niechęć do wchodzenia w konwersację. Przykłady przedstawionego powyżej mechanizmu znaleźć można w wypowiedziach osób badanych opisujących zarówno swoje kontakty z osobami pracującymi w ochronie zdrowia (w tym z kapelanami szpitalnymi), jak i z innymi osobami hospitalizowanymi.

Kolejnym przykładem niech będą refleksje respondentek, które zrelacjonowały kilka trudnych sytuacji, jakich doświadczyły. Wielokrotnie podkreślały one, że zachowania personelu, noszące znamiona wyzysku epistemicznego, nie tylko rodzą dyskomfort, lecz także mogą być bardzo obciążające psychicznie.

[opis pobytu na oddziale położniczym szpitala] Jak przyszła nowa pani, która mnie jeszcze nie знаła, to zawsze pojawiało się pytanie, skąd jestem. Jak z Polski, to skąd mąż? To też takie kolejne pytanie. No rzeczywiście, mój mąż nie jest z Polski. Wtedy też dziwnie się czułam, kiedy mówiłam, że mąż jest

z Egiptu. To znów to: „Acha...”. Ja widzę na twarzy tej kobiety, co ona sobie myśli, kiedy powiedziałam, że z Egiptu. Jak mówię, ja nie mam potrzeby, aby tłumaczyć, że ja muzułmanką jestem od wielu, wielu lat przed, zanim poznałam męża. I to nie jest z tym związane. Wiadomo, że tego nie robię. W sumie nie powinno mnie to interesować czy obejść, że ta osoba sobie myśli inaczej. Ale jest to jakiś dyskomfort, jakieś wrażenie, że ta osoba bierze sobie prawo widzenia całego twojego życia czy ocenienia twojego życia właśnie po tym jednym czy po dwóch pytaniach. I takiego założenia, że wie, o co chodzi. (Muzułmanka)

[o nakryciu głowy] Na badaniach, na których byłam to raz ginekolożka się mnie spytała, czy mam raka, czy o co mi chodzi. Odpowiedziałam, że nie mam raka, po prostu zakrywam głowę. Już nie chciało mi się tłumaczyć, bo uznałam to pytanie za niestosowne samo w sobie. Nie tak się zadaje pytanie o ewentualną chorobę. (...) [Często słyszymy o tej presji, by ciągle tłumaczyć...] Tak, tak. Dlatego też pan mnie pyta, czy tłumaczyłam co to jest koszerne. Szczerze mówiąc, jestem tak zmęczona tłumaczeniem co ja jestem za jedna. (Żydówka)

Jedna z respondentek opowiadała też o presji, jakiej doświadczyła podczas pobytu w szpitalu ze strony innych pacjentek oddziału położniczego w związku z zakrywaniem włosów chustą. Wypowiadane uwagi, zadawane pytania – w jej odczuciu – nie miały na celu głębszego zrozumienia tradycji islamu, a skłonienie jej do „tłumaczenia się” ze swojej wiary, udawadniania, że to, co robi w zakresie ubioru ma sens. Ze względu na fakt przebywania w szpitalu i złego stanu zdrowia, taka atmosfera napięcia była dla niej bardzo trudna.

Dla mnie to było takie naturalne, że jak byłam na oddziale czy u siebie w pokoju, gdzie były same kobiety, to nie nosiłam hidżabu, tylko ewentualnie jak wychodziłam gdzieś dalej, to zarzucałam chustę. I też tam raz czy dwa razy jakaś pani mnie dopytała, że raz zarzucam tę chustę, a raz nie. (...) ja się wtedy okropnie czułam, więc nie czułam potrzeby, aby komuś tłumaczyć, nawet jak miał dobre intencje, dlaczego ja raz założę chustę, a potem ją zdejmę. (...) Miałam czasem takie poczucie, że może nie jest to nic negatywnego, ale że jestem jakby w obowiązku, że mam coś wyjaśnić tym osobom, co też nie jest związane wprost z jakimiś procedurami. (...) były gdzieś takie sytuacje czy zapytania, że czułam jakieś takie oczekiwanie mojego wytłumaczenia czegoś. Że powinnam się wytłumaczyć z czegoś, co robię. To były takie odczucia negatywne w trakcie pobytu. (Muzułmanka)

Osoby deklarujące przynależność do wyznań mniejszościowych radzą sobie z sytuacją wyzysku epistemicznego na różne sposoby. **Część z nich podczas wizyty w szpitalu czy innej placówce ochrony zdrowia decyduje się przyjmować postawę „ukrywania tożsamości”**, czyli niewyróżniania się spośród innych osób hospitalizowanych, nieinformowania o swojej wyznaniowej odmienności. W ten sposób próbują oni uniknąć pytań i dociekań ze strony osób wyznających religię dominującą – personelu i innych osób hospitalizowanych.

Ja na przykład w miejscach publicznych, w których się nie czuję komfortowo ukrywam. To jest też kolejny powód, dlaczego nie mówiłam o tym, że jem koszernie, bo ktoś by wiedział, że jestem Żydówką. Dlatego, że mi się nie chce tłumaczyć, dlatego, że nie chcę, żeby ktoś przyszedł do mnie i mnie namawiał na Jezusa. Też nie chcę, żeby ktoś na mnie krzywo patrzył, no tak jak z moją mamą. Też nie tłumaczyłam: „My jesteśmy Żydami, moja mama nie potrzebuje świętego obrazka”, tylko po prostu go chowałam. Więc ja w sytuacjach tego typu nie lubię, żeby lekarze, współpracownicy, wiedzieli, że jestem Żydówką, bo nie czuję się z tym komfortowo. (Żydówka)

Czasem komuś trudno się jest przyznać, że jest innego wyznania. Czasami duchowni, że tak powiem duchowni są dosyć natarcywi. Ktoś mówi np. „nie chcę przyjąć komunii świętej, bo jestem innego wyznania”, to niektórzy duchowni rozumieją. A niektórzy wręcz nalegają, tłumacząc... a że nie ma np. księdza pod ręką innego wyznania itd. Więc bywają tacy troszkę mało wyrozumiali. (Kościół Starokatolicki Mariawitów w RP)

Natomiast powiem, że sam jak byłem w szpitalu, a w ramach tego, że jestem duchownym i osobą dosyć gorliwie praktykującą, to po prostu różnego rodzaju swoje medytacje dokonywałem w ten sposób, że kładłem się na boku, udawałem, że śpię. Po co mam zwracać uwagę innych na siebie, jeżeli potrafie leżąc medytować tak samo, jak mogę siedząc. Nie ma powodu by robić problem i zwracać na siebie uwagę, czy mieć jakieś żądania. Jeżeli powtarzam jakieś mantry, to różaniec trzymam pod koldrą i nikt tego nie widzi. Raczej była to chęć nie prowokowania innych do tego, żeby mieli jakieś domysły, dopytywania, może sympatie, może antypatie. Potrzeba duchowa czy religijna jest czymś bardzo osobistym, nie ma potrzeby tym epatować na zewnątrz. (Polska Unia Buddyjska)

Jak ja chciałam zrobić kidusz nad chlebem na szabat, to robiłam po cichu w swoim łóżku, bo nie było na to przestrzeni. I w ogóle brak w szpitalach przestrzeni prywatnych. (Żydówka)

Zasady religijne

Dieta, post

Wśród osób badanych dominuje przekonanie, że publiczne **placówki ochrony zdrowia są w zdecydowanej większości nieprzygotowane na żywienie osób pacjenckich przestrzegających diet religijnych**, co dla części osób hospitalizowanych stanowić może duże wyzwanie. Twierdzono, że szpitalna dieta często zawiera dania mięsne, głównie na bazie wieprzowiny i drobiu, a w piątki jadłospis najczęściej komponowany jest w zgodzie z tradycją rzymskokatolicką i obejmuje posiłki bezmięsne lub dania z ryb.

Tymczasem diety i posty będące integralnym elementem tożsamości religijnej są różnorodne. Jednym zasady religijne zabraniają spożywania produktów mięsnych w ogóle, innym tylko niektórych jego rodzajów albo nakazują powstrzymanie się od przyjmowania określonego rodzaju pokarmów w określone dni tygodnia. Menu oferowane w placówkach ochrony zdrowia zwykle jest ograniczone do najwyżej kilku wariantów związanych w pierwszej kolejności z potrzebami zdrowotnymi osób hospitalizowanych, ale może obejmować też np. dietę wegetariańską. Brak jest systemowych rozwiązań skutkujących możliwością przestrzegania wielu diet o charakterze religijnym. Do poszukiwania możliwych sposobów rozwiązania tej sytuacji zmuszone są same osoby hospitalizowane, a stosowane przez nie strategie obejmują przede wszystkim jedzenie niepełnych, niepełnowartościowych posiłków (np. tylko ziemniaki + dodatki warzywne) oraz spożywanie dań dostarczanych z zewnątrz, np. przez rodziny chorych.

Szpitala często nie są przygotowane na to, że będzie pacjent, który nie je wieprzowiny. Zdarzało się nawet tak, że były trzy albo cztery dni pod rząd, kiedy na obiad były potrawy z wieprzowiną, więc dawali pacjentom tylko ziemniaki na przykład, jakiś zestaw sałatek. (Związek Ajapa Yoga)

Pacjenci deklarowali, że byli tam [w szpitalu] często głodni, bo same ziemniaki dostawali, bo nie było mięsa po prostu, więc jedli ziemniaki. (Liga Muzułmańska w RP)

Jeżeli jest tydzień męk Chrystusa, a on u staroobrzędowców jest zazwyczaj w innym okresie niż w Kościele rzymskokatolickim, to w tym tygodniu nie spożywamy w ogóle nabiału, ryby, mięsa. Jest to trochę rygorystyczny post i zazwyczaj wtedy rodziny przywożą z domu jedzenie. Nie robimy kłopotu dla szpitala, ale nie korzystamy z posiłków szpitalnych, osoby odmawiają posiłków. (Staroprawosławna Cerkiew Staroobrzędowców)

Część osób hospitalizowanych godzi się z taką sytuacją, inne próbują **zgłaszać swoje potrzeby dietetyczne i prosić o** – choćby częściowe – dostosowanie jadłospisów. Osoby badane deklarowały, że osoby pacjenckie rzadko posługują się w tym celu argumentami religijnymi. Przywoływano sytuacje, kiedy osoby niejedzące wieprzowiny nie informowały o kontekście religijnym swojej diety, tylko prosiły o dostarczenie posiłków wegetariańskich. Wychodziły one z założenia, że będzie to bardziej zrozumiałe dla personelu oraz mniej problematyczne do przygotowania.

W szpitalach wiadomo, jak jest. Jak ktoś chce mieć bez mięsa, to poprosi o dietę wegetariańską. Chociaż nie ma gwarancji, że tam nie ma tłuszczu wieprzowego. (Karaimka)

Chciałbym, żeby nie było problemu z dietą dla chorego. (...) Osoby, które nie są obłożnie chore i nie muszą spożywać nabiału i mięsa, powinny zachować ścisły post w środy i w piątki. Super byłoby, gdyby była taka praktyka w szpitalach i gdyby była taka możliwość, ale już rozmawialiśmy z lekarzami w tej sprawie. Jest to zazwyczaj niemożliwe, ponieważ do szpitali najczęściej dostarczane są posiłki z zewnętrznych źródeł i są one przygotowywane na bieżąco. (Staroprawosławna Cerkiew Staroobrzędowców)

[Pacjenci] Mówią, że bardzo proszą, by w ich pokarmach nie było wieprzowiny. Wymieniają wieprzowinę, jakieś króliki, zające. No i wtedy też, przeważnie, to jest zapisywane i z tym nie ma problemu. No bo są też muzułmanie, którzy też nie jedzą, powiedzmy, potraw nieczystych, określonych przez Biblię. Z tym w większości przypadków nie ma problemów. Ale zdarzają się. Albo przez nieodpatrzenie, albo gdy jest catering zamiast gotowania posiłków na miejscu. (Kościół Adwentystów Dnia Siódmego w RP)

Jedna z rozmówczyń zwróciła uwagę na powszechny – jej zdaniem – wśród personelu szpitali brak wiedzy na temat specyfiki diet przestrzeganych z uwagi na nakazy religijne. Zdaniem respondentki, osoby pracujące w placówkach ochrony zdrowia nie znają np. pojęcia koszerności, w związku z czym nie wykazują zrozumienia dla osób odmawiających spożywania szpitalnych posiłków. Jako osoba hospitalizowana miała ona bardzo negatywne doświadczenia związane z natarczym namawianiem przez personel do akceptacji proponowanej przez szpital diety, pomimo wielokrotnego informowania, że – ze względów religijnych – wolno jej spożywać wyłącznie posiłki kosherne.

Jeżeli będą Żyd/ Żydówka religijni [w szpitalu], to po prostu nie zjedzą tego jedzenia, dlatego że w Polsce nie ma ani jednego szpitala, który oferuje kosherne jedzenie. To się spotyka z niezrozumieniem. (...) ja miałam na porodówce taką sytuację, że pielęgniarki były mocno zaniepokojone, były przekonane, że albo jestem na diecie i chcę się odchudzać po ciąży, albo że jestem niejadkiem. I pamiętam, że one bardzo nachalnie ingerowały w to, żebym może jednak coś zjadła, przekonując, że to jest zdrowe, że nie muszę się odchudzać. Jakby żaden argument pod tytułem: „W porządku, ale to jest niekoszerne i to nie jest według mojej diety religijnej” do nich w ogóle nie przemawiał. W ogóle nie było przestrzeni, one nie rozumiały. (Żydówka)

Pojawiły się także wypowiedzi wskazujące na brak wiedzy personelu szpitali na temat składników pożywienia dopuszczalnych w diecie wegetariańskiej. Z relacji kilku osób udzielających wywiadu wynika, że osoby odpowiedzialne za szpitalne menu często nie rozumieją, jakie ograniczenia żywieniowe wiążą się z byciem wegetarianinem czy wegetarianką, co może prowadzić do proponowania posiłków niezgodnych z ich światopoglądem.

Problemem zawsze jest żywienie. Polska mentalność nie rozumie, co to jest wegetarianizm i jest on mylony ze wszystkim innym. Ciężko nieraz wytłumaczyć [pracownikom szpitala], co to jest wegetarianizm. (Związek Ajapa Joga)

Różne historie słyszałam jak przygotowywane jest mięso dla osób niejeżdzących wieprzowiny. W jaki sposób kuchnia do tego podchodzi albo tego nie rozumie, że np. coś zasypie się panierką czy przyprawami i nie będzie wiadomo co to jest. Samo rozróżnienie między dietą normalną, a wegetariańską czy wegańską już jest problematyczne. (Karaimka)

Spotkałam się z totalnym brakiem zrozumienia wobec wegetarianek w szpitalach. Teraz, jak rodziłam syna, czyli 2020 rok, dieta wegetariańska była czymś trudnym do zrozumienia w szpitalu polskim. Zupa na mięsie, kawałki mięsa, reakcja „ale to jest tylko kawałek mięsa”. To znaczy, że nie rozumiemy co to dieta wegetariańska. (Żydówka)

Tylko kilka osób uczestniczących w badaniu wspomniało, że **kwestia diety została z nimi poruszona już na etapie przyjmowania do szpitala** – jako jeden z elementów kwestionariusza zbierającego podstawowe informacje na temat osoby hospitalizowanej. **Takie postępowanie jednogłośnie uznano za dobrą praktykę**, która powinna być wdrożona we wszystkich placówkach publicznej ochrony zdrowia, w których chorzy przebywają długoterminowo. Dzięki temu ciężar „walki” o respektowanie różnorodności wynikającej z wyznawanej religii zostałyby zdjęty z barków osób przebywających w szpitalu, nie musiałyby one dłużej pełnić roli petentów w trudnej dla nich sytuacji życiowej, jaką jest dłuższy pobyt w placówce medycznej. Aby było to możliwe, konieczne byłyby systemowe zmiany na poziomie organizacji żywienia w szpitalach, prowadzące do możliwości realizacji potrzeb osób posiadających religijnie motywowane wymagania co do posiłków (faktyczna możliwość dostarczania pacjentom pełnowartościowych posiłków wegetariańskich i innych, zgodnych z wymaganiami poszczególnych związków wyznaniowych).

Na samym początku zostali poinformowani [personel szpitala], że jako muzułmanie jadamy tylko mięso halal (którego, oczywiście, szpital nie był w stanie dostarczyć). Więc poprosiliśmy o posiłki wegetariańskie – obiady, śniadania i kolacje. Zgodzono się na to i przez cały pobyt dostawałam tylko wegetariańskie jedzenie. (Liga Muzułmańska w RP)

Wiem, że jak szedłem do szpitala, to jest przeprowadzany wywiad i oni się po prostu pytają o dietę. Bo wie pan, też ludzie mają różne diety. I to tam się po prostu mówi, że wegetarianizm i po prostu nie spożywamy mięsa, ryb i jajek. Ale jakoś tak powiem panu, że nigdy przez to nie miałem jakichś nieprzyjemności czy tam ktoś dziwnie mówił, patrzył się, czy coś. (Radha Govind Society in Poland)

Położne były bardzo sympatyczne, zwłaszcza przy przyjęciu. Pytały się o wszystko, np. o dietę. Miałam wybór, mogłam wybrać np. dietę wegetariańską. (...) Był to element tego formularza [przyjęcia do szpitala]. Więc opcja diety

tam była i to był duży plus. Jak mam wspomnienia sprzed 10 lat, to nie miałam takiej możliwości. (Muzułmanka)

Powinno być tak, że każdy ma prawo zgłosić, że oczekuje takiego lub innego rodzaju posiłków i to jest kwestia własnego wyboru. Czyli nawet nie-buddysta, jeśli poprosi o posiłek wegetariański, też powinien mieć do tego prawo. (Polska Unia Buddyjska)

Przyjmowanie preparatów zawierających krew i substancje krwiopochodne, składniki odzwierzęce oraz alkohol

Osoby badane zaznaczały, że niektóre Kościoły i związki wyznaniowe (w realizowanych badaniach muzułmanie oraz Adwentyści Dnia Siódmego) nie akceptują – z powodów religijnych – przyjmowania leków zawierających alkohol lub składniki odzwierzęce (np. insulina wieprzowa, żelatyna wieprzowa)²⁵.

Gdy osoba przynależąca do takiej mniejszości przebywa w szpitalu, odmowa przyjęcia proponowanego leczenia często powoduje (szczególnie w sytuacji zagrożenia życia) zdecydowaną reakcję personelu medycznego, który próbuje przekonać osobę chorą do zmiany decyzji. Jak wspominał jeden z respondentów, w rozmowy z takimi wiernymi angażują się czasem – także na prośbę personelu – osoby duchowne. W wywiadach podkreślano, że w przypadku braku możliwości zastąpienia przepisanego leku innym, spełniającym wymogi określonego wyznania, osoba hospitalizowana powinna poddać się procedurze medycznej ratującej zdrowie, ponieważ wiernym tych wspólnot nie wolno samowolnie rezygnować z leczenia.

Jeżeli nie ma substytutu, który by działał tak samo, jak ten lek z alkoholem, to muzułmanin ma nawet obowiązek przyjąć ten lek, bo musi ratować swoje życie. Natomiast najczęściej wynika to po prostu z braku wiedzy. Podobnie z lekami opartymi na żelatynie wieprzowej, działa to na tej samej zasadzie. (...) Jeżeli była sytuacja, w której ktoś nie chciał leków przyjmować, to wtedy reakcje [personelu] rzeczywiście były ostrzejsze. Często było tak, że albo nie było substytutu w szpitalu, a też szpitalowi nie opłaca się sprowadzać jednej

²⁵ Dla porządku warto zasygnalizować też przykład Świadców Jehowy, którzy odmawiają transfuzji krwi i przyjmowania substancji krwiopochodnych. Ponieważ jednak nie zdecydowali się oni na uczestnictwo w omawianych tu badaniach, brak cytatów ilustrujących doświadczenia osób z tego związku wyznaniowego.

partii danego preparatu dla danego pacjenta. I były wtedy tłumaczenia, że tak ma wyglądać leczenie pacjenta, że lekarz też odpowiada za stan zdrowia pacjenta, że te leki trzeba przyjmować. Wtedy ja osobiście nie reagowałem, ale słyszałem, że czasem w takich sytuacjach przychodzili lekarze muzułmanie i tłumaczyli tym pacjentom, jak wygląda sytuacja i że te leki muszą przyjmować. (Liga Muzułmańska w RP)

Niewątpliwie wskazane jest prowadzenie działań zwiększających uwrażliwienie personelu medycznego na temat substancji pochodzenia zwierzęcego znajdujących się w lekach oraz preparatów na bazie krwi czy alkoholu, a także dostępnych na rynku zamienników tych medykamentów.

W przypadku leków przepisywanych podczas wizyty w przychodni, osoby pacjenckie wybierają różne strategie radzenia sobie z problemem obecności w lekach składników niedozwolonych z powodów religijnych.

Jedni decydują się na rozmowę z osobą wypisującą receptę na temat zawartości np. w lekach określonych składników. Nie zawsze w takich sytuacjach niechęć do stosowania preparatów zawierających składniki odzwierzęce jest uzasadniana wyznawaną religią – z przeprowadzonych rozmów wynika, że przedstawianym argumentem jest praktykowanie wegetarianizmu lub weganizmu.

Lekarze, u których się leczę wiedzą, że jestem wegetarianinem oraz że pewnych rzeczy nie stosuję i nie zapisują mi tego. (Związek Ajapa Yoga)

Ja akurat się pytam [o obecność składników odzwierzęcych w lekach]. (...) nieraz lekarz jest zdziwiony, gdy go o to pytam. Po prostu mówię, że jestem wegetarianinem i nie chciałbym, by w leku było coś związane ze zwierzęcym mięsem. Jakoś nigdy nikt się mnie nie pytał o religię pod tym kątem. Nigdy nikt nie dociekał. (Radha Govind Society in Poland)

Inni nie podejmują tego tematu w rozmowie z osobami wypisującymi receptę i później proszą o informację w aptece. Często wydaje się samodzielne sprawdzanie składu przepisanych preparatów przed ich zakupem, a w sytuacji, gdy zawierają one nieakceptowalne dodatki, poszukiwanie zamienników, samodzielnie lub z pomocą osoby pracującej w aptece.

Z lekarzami nigdy nie rozmawiałam na ten temat. Jeśli mam na recepcie lek i widzę, że jest on w żelowej otoczce, to zawsze się pytam aptekarki czy tam jest żelatyna i czy jest jakiś zamiennik bez. W większości przypadków udało

się to załatwić u farmaceuty. Nawet jak był to lek na receptę, to ona była w stanie dać zamiennik nie w żelowej kapsułce. (Liga Muzułmańska w RP)

Ubiór i wygląd

Kwestie związane z ubiorem były poruszane podczas wywiadów z osobami deklarującymi przynależność do społeczności muzułmańskiej lub żydowskiej w Polsce. Rozmowy dotyczyły praktyki zakrywania włosów przez kobiety należące do tych tradycji religijnych, w tym także w sytuacji pobytu w szpitalu. Jak wynika z wypowiedzi osób uczestniczących w relacjonowanej tu części procesu badawczego, widok kobiet noszących nakrycie głowy wywoływał zróżnicowane reakcje personelu medycznego.

W tej części procesu badawczego muzułmanki nie raportowały przypadków negatywnych uwag personelu medycznego dotyczących tego elementu ich ubioru.

Sygnalizowano natomiast problemy związane z umieszczaniem niekiedy pacjentek muzułmanek w salach koedukacyjnych oraz na korytarzach. W ich przypadku sytuacja taka, oprócz zrozumiałego w tej sytuacji dyskomfortu, rodziła także dodatkową niedogodność w postaci potrzeby ciągłego zakrywania włosów, także podczas snu.

Zdarzają się o tyle problemy, że czasami kobieta, która się zakrywa, jest umieszczana w pokoju z mężczyznami, więc dla niej niekomfortowe jest, że ona musi być ciągle w tej chustce, spać w tej chustce. Bywały takie przypadki w sytuacji przeładowania oddziałów. Albo że na przykład łóżko stało na korytarzu. Bo to też się zdarza. To było dla niej o tyle niekomfortowe, że spać musiała w chustce, nie mogła jej sobie swobodnie ściągnąć. (Liga Muzułmańska w RP)

Specyficzną sytuacją jest przebywanie w szpitalu po porodzie, w którą wpisany jest niekompletny ubiór (np. podczas karmienia). W takich okolicznościach problematyczne stają się także wizyty w salach poporodowych mężczyzn z rodzin innych pacjentek – każde takie odwiedziny wiążą się z koniecznością pełnego nakrycia włosów i reszty ciała przez pacjentki muzułmanki, co w połogu może być trudne, a na pewno wymaga dużego wysiłku fizycznego i psychicznego. Stąd pojawiające się prośby kobiet wyznających islam o osobne pokoje na czas przebywania w szpitalu po porodzie, a w sytuacji braku takiej opcji, o wydzielenie, na przykład parawanem, przeznaczonej dla nich części sali.

Musimy zakrywać włosy i całe ciało powinno być odpowiednio zakryte. Robimy to, ale – jak Ci mówiłam – ponieważ nie jesteś w najlepszej kondycji po porodzie, jesteś osłabiona, zmęczona, więc nie masz ochoty cały czas się zakrywać. Kiedy karmisz dziecko, musisz odkryć trochę siebie, a jeśli wchodzi mężczyzna, to już jest problem. (Liga Muzułmańska w RP)

Rozmówczynie podkreślały, że personel szpitali położniczych stara się pomagać w zaspokajaniu tego typu potrzeb w miarę swoich możliwości.

Jedna z moich koleżanek została przyjęta na poród i z jakiegoś powodu nie mogła dostać osobnego pokoju, nie wiem dlaczego – może nie było wolnego pokoju czy coś w tym rodzaju – więc dzieliła pokój z jakąś inną panią. Ale – jeżeli dobrze pamiętam – między nimi postawiono parawan, więc nie mogły się widzieć. (Liga Muzułmańska w RP)

Jedna z kobiet ze społeczności żydowskiej opowiadała z kolei o negatywnych reakcjach ordynatora oddziału położniczego jednego ze szpitali na chęć zakrywania przez nią włosów chustą przez cały okres pobytu w placówce, także podczas porodu. Lekarz ten, w sposób ostentacyjny, okazywał swój krytyczny stosunek do tej decyzji pacjentki oraz brak zrozumienia dla zasad religijnych leżących u podstaw tej decyzji. Noszenie chusty postrzegane było przez niego jako fanaberia, którą należy na różne sposoby zwalczać. W opinii respondentki, ordynator był w swoich działaniach bardzo natarchywy i wywierał na pacjentce silną presję w kierunku rezygnacji z zakrywania włosów.

Usłyszałam od ordynatora, że jako mniejszość mam obowiązek zachowywać się jak większość, mam ściągnąć nakrycie głowy. To był jeden argument, a drugi, że jak przychodzimy do kogoś do domu to przyjmujemy zwyczaj tego domu. Narracja ordynatora w szpitalu położniczym. (...) widać było, że jemu to się bardzo kłóci z jakimś... czymś. Przychodził, znowu przychodził, widział, że ja nadal to mam na głowie i znowu nalegał, żebym ściągnęła chustkę, ja nadal mówiłam, że nie widzę najmniejszego powodu, bo w porodzie nie przeszkadza. I potem te 3 dni już spędziłam w chustce na głowie i już nikt nie zadawał o to pytań. (Żydówka)

Podczas rozmów podkreślano, że pomimo znacznego wzrostu poziomu akceptacji dla kobiety w chustce, jaki dokonał się na przestrzeni ostatnich lat, wciąż zdarzają się przypadki negatywnych reakcji na zakrywanie włosów przez

muzułmanki czy Żydówki ze strony niektórych pacjentek, z którymi dzieliły one szpitalne sale. Niektóre osoby postrzegają chusty jako symbol opresji wobec kobiet, co może skutkować przejawami agresji słownej. Jak twierdzono, sytuacje takie rzadziej mają miejsce w dużych miastach, których mieszkańcy częściej mają styczność z różnorodnością religijną i kulturową.

[Czy pojawiały się jeszcze jakieś inne komentarze odnośnie ubioru?] Tak, od pacjentek. Raczej od innych pacjentek, mężczyźni nigdy się tak nie odezwali do muzułmanki, ale pacjentki mówiły, że „po co ta szmata na głowie?“, czy tego typu rzeczy. To też zależy od miasta. Kraków jest na pewno dużo bardziej otwarty niż Lublin, z którego ja pochodzę. (Liga Muzułmańska w RP)

W rozmowie z przedstawicielem Staroprawosławnej Cerkwi Staroobrzędowców poruszona została ponadto kwestia golenia mężczyznom bród podczas pobytu w szpitalu. Respondent twierdził, że wierni jego Kościoła ze względów religijnych nie godzą się na usunięcie zarostu z twarzy, jednak – jak wynika z ich relacji – czasem golenie jest wykonywane bez ich wiedzy i zgody (kiedy pacjent jest pod narkozą). Pojawił się apel o uszanowanie przez lekarzy wynikającego z przekonań religijnych zwyczaju niegolenia brody oraz zaproponowanie alternatywnego rozwiązania (np. maska ochronna).

Problemem jest też noszenie brody przez staroobrzędowców, głównie osoby starsze, które noszą brody. Często jest tak, że lekarze muszą zgolić brodę do operacji. Tutaj się pojawia ogromny problem. Jest to w mentalności staroobrzędowców nie do przebrnięcia. Jest to obowiązek wynikający z Biblii, z Księgi Kapłaństwa. Staroobrzędowcy robią to bardzo niechętnie i czasami nawet tłumaczą, że broda była im zgolona jak dostali narkozę i już na stole operacyjnym. Nie wiem, ile w tym jest prawdy, ale takie historie były zgłaszane w ostatnich latach. (...) Być może ten problem dałoby się rozwiązać za pomocą jakiejś ochronnej maseczki, maty. Cokolwiek byłoby lepszym rozwiązaniem niż golenie brody. Mówimy tu o sytuacjach przeszczepu serca, wszczepiania zastawek. Ja rozumiem, że lekarze muszą zachować czystość przy operacji i całą estetykę, ale może dobrze byłoby, gdyby szpital zaproponował jakieś inne rozwiązanie. (Staroprawosławna Cerkiew Staroobrzędowców)

Płeć personelu, a oczekiwania osób pacjenckich wynikające z wyznawanej religii

Mniejszościami religijnymi reprezentowanymi w badaniu, w których istnieją zasady precyzyjnie regulujące relacje pomiędzy płciami, w tym także pomiędzy płcią osoby badanej i badającej, jest islam oraz judaizm (takie oczekiwanie charakteryzuje niektóre z nurtów ortodoksyjnego judaizmu).

Ze względu na praktykę zakrywania ciała przez muzułmanki i zasady regulujące kontakty z mężczyznami, oczekuje się, aby opieką medyczną otaczał te pacjentki kobiecy personel (lekarki, pielęgniarki, położne, itp.). Zasada ta dotyczy wszelkich kontaktów z personelem placówek ochrony zdrowia, począwszy od wizyty w przychodni, a skończywszy na pobycie w szpitalu. Wyznawczynie islamu zazwyczaj nie mają problemów z przestrzeganiem tej reguły na etapie konsultacji lekarskich, chociaż – jak wspominała jedna z respondentek – znalezienie publicznej przychodni oferującej porady specjalistów płci żeńskiej czasem wymagają od nich dużo czasu i wysiłku. W sytuacji gdy umówienie się do lekarki jest w danym momencie niemożliwe, muzułmanki spotykają się z lekarzem mężczyzną w obecności osoby bliskiej (np. męża), co czasami skutkuje przykrymi komentarzami ze strony personelu medycznego. Niejednokrotnie wymienione przeszkody mogą kończyć się rezygnacją z korzystania z publicznych placówek ochrony zdrowia i przeniesieniem się pacjentki do sfery usług prywatnych, w której wybór lekarek jest łatwiejszy.

Mnie się to nie przytrafiło, bo jak już Ci mówiłam, mam ubezpieczenie w (...), a tam jest dużo lekarek. Więc dla mnie było dobrze. Ale znam kilka innych dziewczyn, które są stąd lub z innych krajów i też mają takie problemy. W niektórych ośrodkach zdrowia nie ma lekarek i jest to bardzo uciążliwe dla moich znajomych. Ciągłe pytają mnie i inne osoby, czy w danym ośrodku jest lekarka, czy nie, bo chciałyby mieć lekarza kobietę. (Liga Muzułmańska w RP)

Dostęp do żeńskiego personelu medycznego podczas pobytu w szpitalu jest kwestią bardziej skomplikowaną. Chociaż pielęgniarstwo czy położnictwo to profesje bardzo mocno sfeminizowane, to obsada lekarska, na niektórych oddziałach, bywa zdominowana przez mężczyzn. Jak wynika z wypowiedzi badanych muzułmanek, w przypadku konieczności uzyskania pomocy medycznej i braku dostępności lekarek, korzystały one z pomocy lekarzy mężczyzn, ponieważ priorytetem dla nich była ochrona własnego zdrowia i życia. Co ciekawe, opisywana rozmówczyni nie informowała personelu szpitala o oczekiwaniach związanych

z płcią lekarzy wynikających z wyznawanej religii – założyła ona, że nie może mieć wpływu na obsadę medyczną oddziału, na którym się znalazła ani na grafik jego pracowników.

Problem był taki, że jeżeli w ogóle chodzi o lekarzy, to kobieta chyba była tylko jedna na ten cały oddział. Było czterech mężczyzn i jedna kobieta. Wiedziałam, że nie zawsze ona będzie do mnie przychodzić. Oni też się zmieniali. Natomiast z tym nie mam problemów, jeżeli nie mam dostępu do lekarzy kobiet. (Muzułmanka)

Jedynym lekarzem mężczyzną był ten, który dał mi znieczulenie zewnątrzoponowe. Tak mnie bolało, że przyszedł i dał mi znieczulenie. Powiedziałabym, że to była pilna sytuacja, ponieważ odczuwałam taki ból, że nie mogłam sobie z nim poradzić. W takiej sytuacji prawdopodobnie lepiej byłoby pójść i znaleźć lekarkę, ale zgodziłabym się na każdego, kto był dostępny w tym czasie, w moim szczególnym przypadku. Może był jedynym dostępnym lekarzem? Tego nie wiem. (Liga Muzułmańska w RP)

Umieranie i śmierć / Postępowanie z ciałem zmarłego

Zasady postępowania z ciałem osoby zmarłej w szpitalu w przypadku następujących Kościołów i związków wyznaniowych reprezentowanych w badaniu – Ligi Muzułmańskiej, Staroprawosławnej Cerkwi Staroobrzędowców oraz członkini Karaimskiego Związku Religijnego – znacznie różnią się od zasad obowiązujących w religii rzymskokatolickiej. Odmiennosć ta skutkuje różnego rodzaju problemami w kontakcie z administracją szpitala bliskich osoby zmarłej, chcących przygotować ciało do pochówku zgodnie z własną tradycją religijną.

Z perspektywy wyznawców islamu, kluczowe jest **jak najszybsze przekazanie zwłok przez szpital i niezwłoczne zorganizowanie pogrzebu**, jako że prawo muzułmańskie nakazuje pochówek tak szybko, jak to możliwe, najlepiej w ciągu 24 godzin od śmierci²⁶. Wynika to z przekonania o konieczności umożliwienia przejścia duszy zmarłego do kolejnego etapu istnienia, które to przejście nie powinno być odwlekane w czasie. W trakcie wywiadów podkreślano,

²⁶ Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U.2020. 1947) w Art. 9. [Terminy chowania zwłok] zawiera zapis regulujący chowanie zmarłych: 1. Zwłoki osób zmarłych nie mogą być chowane przed upływem 24 godzin od chwili zgonu z wyjątkiem określonym w ust. 3.

że muzułmanie pragnący szybko odebrać ciało zmarłego spotykają się ze strony administracji szpitali z niezrozumieniem. Źródłem nieporozumień jest zwykle brak wiedzy na temat zasad organizacji pogrzebu wiernych tradycji muzułmańskiej. Zdaniem osób biorących udział w badaniu jest to zjawisko powszechne. Sygnalizowano, że bliscy zmarłych muszą każdorazowo apelować do personelu szpitala i tłumaczyć, z czego wynika ich pośpiech. Pracownicy szpitali nie zawsze wychodzą naprzeciw zgłoszonym prośbom, pomimo braku istotnych przeciwwskazań do szybkiego wydania ciała (np. sekcja zwłok). Podkreślano, że wsparcie ze strony personelu szpitali i chęć pomocy są tutaj bardzo potrzebne, by w zgodzie z obowiązującymi przepisami polskiego prawa maksymalnie przyspieszyć procedurę odebrania ciała. Tłumaczono, że sam fakt śmierci osoby bliskiej jest wydarzeniem traumatycznym, a brak możliwości postępowania z ciałem zmarłego w zgodzie z nakazami wyznawanej religii może jeszcze tę traumę pogłębiać. Zwracano uwagę, że edukacja personelu medycznego i administracyjnego szpitali w zakresie potrzeb związanych z religijnymi zasadami organizacji pochówków byłaby bardzo cenna i ułatwiłaby muzułmanom i muzułmankom pożegnanie swoich zmarłych zgodnie z wyznawanymi zasadami.

Zależy nam na tym, żeby jak najszybciej otrzymać akt zgonu i żeby szpital jak najszybciej skontaktował się z firmą pogrzebową. Bo często jest tak, że jakieś ciało przebywa cztery, pięć dni w tej takiej lodówce, zamrażarce i niektóre szpitale nie rozumieją, w czym jest problem. Zwłaszcza, jak jest taka nagła śmierć, kiedy ktoś nie ma przygotowanego miejsca, grobu i tak dalej. Nie ma wtedy zrozumienia, dlaczego się ludziom tak śpieszy. W tradycji polskiej nie ma takiego pośpiechu – za trzy, cztery dni, tydzień się pochowa zmarłego. A w islamie jest inaczej. Najlepiej pochować zmarłego tego samego dnia, najpóźniej następnego. Ten człowiek, według islamu, nie powinien być tyle czasu niepochowany. Problemy z biurokracją, papiery, akt zgonu, kopie aktu zgonu [trzeba] gdzieś tam dostarczyć, w kilka różnych miejsc. To są problemy, które rzeczywiście się pojawiają, z przedłużaniem się tego czasu. (Liga Muzułmańska w RP)

W trakcie badania zebrano wypowiedzi osób reprezentujących tylko kilka wyznań na temat zasad przygotowań ciała osoby zmarłej do pochówku. W grupie tej znaleźli się muzułmanie, Żydzi oraz staroobrzędowcy. W omówionych przypadkach wyjaśniano, że ciało osoby zmarłej należy obmyć zgodnie z wytycznymi religijnymi, a następnie odpowiednio ubrać (np. u muzułmanów w biały cafun, a u staroobrzędowców w specjalny strój). Co ważne, cała procedura powinna być

wykonywana przez osoby wyznania zgodnego z wyznaniem osoby zmarłej. Islam dodatkowo zaleca, aby była to osoba z rodziny, najlepiej tej samej płci. W trakcie wywiadów wyjaśniano, że w sytuacji, gdy ceremonia przygotowania zmarłego do pochówku jest przeprowadzana przez osoby bliskie, to opóźnienie w szybkim przekazaniu ciała niesie dodatkowe ryzyko doświadczania kolejnych obciążeń psychologicznych związanych ze zmianami wyglądu ciała osoby zmarłej). Przeprowadzone rozmowy ujawniły istnienie napięć związanych z jednej strony z chęcią przestrzegania motywowanych religijnie zasad przygotowywania ciała do pogrzebu, a z drugiej z obowiązującym prawem i praktyką w tym zakresie.

Dlatego właśnie niektóre z osób badanych raportowały doświadczanie dużych trudności w dostępie osób bliskich do zwłok przechowywanych w szpitalnych chłodniach. Twierdzono, że personelowi brak jest wytycznych, jak postępować w sytuacji pojawiania się takich oczekiwań. Czasami, pomimo próśb i tłumaczeń, nie udaje się uzyskać zgody na przygotowanie ciała do pochówku przez osoby bliskie lub osoby, które potrafią to zrobić zgodnie z zasadami danej religii. O takich sytuacjach wspominał duchowny Staroprawosławnej Cerkwi Staroobrzędowców dodając, że pozostawienie kwestii przygotowania ciała w rękach osób pracujących w chłodni skutkuje zrobieniem tego w sposób niekanoniczny, nieakceptowany z powodów religijnych.

Pracownicy nie chcą tego zrobić [dopuszczać rodziny do osoby zmarłej]. Tak jest im wygodniej. Mają zlecenie, umyją zwłoki, ubiorą. Czasami idziemy na rękę i pozwalamy myć ciało osobie innego wyznania i przekazujemy ubrania. Ale kończy się to w ten sposób, że osoba, która ubiera, ubiera w zupełnie nieodpowiedni sposób. Tam są różańce, które trzeba ułożyć na odpowiednią rękę, tam są paski, którymi przywiązuje się zmarłego. To wszystko wynika z kanonu Cerkwi. Nikt tego kanonu nie zna, nikt nie chce tego kanonu się nauczyć, nikt nawet nie pyta o takie rzeczy, bo nie jest to takie proste. (...) Wiem, że rodziny wielokrotnie przekonują pracowników ze skutkiem pozytywnym. Pracownicy zgadzają się, wpuszczają dwie osoby do umycia zwłok, do ubrania i raczej tak się to odbywa. Ale zawsze pojawiają się trudności, nie jest to takie proste. (Staroprawosławna Cerkiew Staroobrzędowców)

W rozmowie z wyznawczynią judaizmu pojawił się wątek kostnic przygotowanych na obsługę zmarłych Żydów (mających umowy z lokalnymi gminami żydowskimi). W takich miejscach rodzina jest dopuszczana do wykonywania wymaganych nakazami religijnymi czynności przy ciele zmarłego (np. obmycie zwłok).

Jeżeli chodzi o umierające osoby, no to mogą być inne procedury, jeżeli chodzi o zwłoki. Bo to też jest kwestia szpitala, ta opieka około zmarłego. (...) gminy żydowskie wyznaniowe w Polsce mają jakieś tam porozumienia z kostnicami w danym miejscu i ewentualnie danej żydowskiej rodzinie jest sugerowane, żeby to ciało się znalazło w tych kostnicach. (...) wybieramy te kostnice, które zgodzą się na to, żebyśmy przyszli to ciało umyć. (Żydówka)

Jeden z wyznawców islamu zwracając uwagę na **problematyczność przeprowadzania sekcji zwłok sformułował argument o tym, że jego zdaniem** ciała zmarłych wciąż odczuwają ból, którego należy im – w miarę możliwości – oszczędzić. W związku z powyższym, aby nie zadawać cierpienia osobom nieżyjącym, sugerował unikanie wszelkiej pośmiertnej ingerencji w ich ciała.

Jest jeszcze jeden punkt, kiedy osoba umiera w szpitalu. Chodzi o pośmiertne sekcje dokonywane bez większego powodu. Jest to również zabronione w islamie, bo wierzymy, że nawet jeśli ta osoba nie żyje, (...) to ciało wciąż może czuć ból. A osoba, która odeszła, nie powinna odczuwać bólu, nadal powinniśmy otaczać ją szacunkiem. (...) sekcja zwłok lub szycie, wszystko to jest bardzo bolesne dla pacjentów. Jest to więc coś, czego należy unikać. Chyba że to oczywiście sprawa policyjna, jakieś przestępstwo się wydarzyło. (Liga Muzułmańska w RP)

Generalnie osoby wyznające islam uważają, że autopsja zmarłego może być wykonana wyłącznie w sytuacji, gdy jest to wymagane przez prawo (np. w związku z policyjnym dochodzeniem). Autopsje wykonywane z pobudek naukowych lub w celu ustalenia przyczyny śmierci bywają nieakceptowalne i traktowane jako beczeszczenie zwłok. Respondent zwrócił uwagę na powszechną akceptację dla przeprowadzania sekcji zwłok w społeczeństwie polskim. Zdarza się, że autopsje są bowiem postrzegane jako rutynowa procedura medyczna, co stoi w zdecydowanej sprzeczności z zasadami religii muzułmańskiej. Jak się wydaje, edukacja i zwiększanie wrażliwości personelu medycznego na ten problem są także bardzo ważne.

Słyszałem, że sekcja zwłok to normalna rzecz [w Polsce] i tutaj to nie przeszkadza. Ale jeśli chodzi o wyznawców islamu, to nie jest to dobra rzecz. (Liga Muzułmańska w RP)

Islam zabrania kremacji osób zmarłych. Zakaz ten stanowił kwestię sporną na przykład w trakcie pandemii Covid-19. Jak wspomniał jeden z uczestników badania, zdarzyło się, że rodzina osoby zmarłej na koronawirusa była nakłaniana do skremowania jej ciała ze względów epidemiologicznych. Kremacja jest jednak w przypadku osób wyznających islam niedopuszczalna.

Tak słyszałem od ludzi, innych muzułmanów, że były momenty, w których niektórzy muzułmanie, którzy zmarli również na covid, tak jakby były pewne naciski na rodzinę, żeby to ciało zostało skremowane, a nie pochowane w sposób, nazwijmy go, naturalny. Islam nie dopuszcza kremacji. Więc tu były jakieś dziwne sceny. (Liga Muzułmańska w RP)

Poród i opieka okołoporodowa / opieka nad noworodkiem

Podczas większości wywiadów osoby uczestniczące w badaniach nie zgłaszały szczególnych zasad związanych z religią, które powinny być przestrzegane podczas porodu, opieki okołoporodowej czy też opieki nad noworodkiem.

Osoby badane z kręgu kultury islamu mówiły natomiast o rytuałach związanych z przywitaniem na świecie dziecka, jakie odprawiane są przez rodziców krótko po porodzie, co zwykle ma miejsce jeszcze w szpitalu. Jednym z nich jest *azan* – wezwanie do modlitwy, szeptane do prawego ucha noworodka, zwykle przez ojca dziecka. W kilku przedstawionych relacjach stwierdzono, że wykonywanie *azanu* nie było utrudniane przez personel placówek ochrony zdrowia. Jedna z rozmówczyń opisała sytuację, w której lekarze zgodzili się na odprawienie tego krótkiego rytuału, pomimo iż jej córka przebywała w inkubatorze i dostęp do niej był bardzo ograniczony. W tej konkretnej sytuacji personel szpitala uszanował tę potrzebę modlitwy nad noworodkiem i nie ingerował w sposób, w jaki była ona wykonywana.

To był ten azan, to mój mąż zrobił tę modlitwę. Oni mu nie utrudniali tego. On był w inkubatorze, ale był ten moment, że mógł ją wziąć na ręce i nie było z tym problemów. To było na duży plus, bo ona musiała być w inkubatorze, a i tak umożliwili. (Liga Muzułmańska w RP)

Sygnalizowano, że problemy mogą pojawiać się przy okazji próby odprawienia rytuałów, które są dla personelu niezrozumiałe, zbyt odległe od tego, co postrzegają oni jako normę religijną. Mowa tutaj na przykład o rytuale *tahnik*,

czyli natarcia dźwięków niemowlęcia daktylami. Jest to – według tradycji z kręgu kultury muzułmańskiej – zalecane szczególnie wcześniakom, a w praktyce polega na podaniu noworodkowi rozdrobnionego daktyla do ssania. Podobnie ma się sytuacja ze zwyczajem obcinania kosmyka włosów nowonarodzonemu dziecku

Są zalecenia Proroka, na przykład, że dziecko, zwłaszcza wcześniak, po porodzie powinno się mu dać daktyla do ssania. Nie do zjedzenia, a do ssania. Niektórzy lekarze, którzy nie znają tej metody bądź jej nie akceptują, mogą się na nią nie zgodzić, natomiast to jest sunna, czyli zalecenie, ale nie obowiązek muzułmanina. Więc jeżeli lekarz na to nie pozwoli, muzułmanin też nie powinien robić z tego afery, gdyż to nie jest jego obowiązek. (Liga Muzułmańska w RP)

Jedna z badanych przedstawicielek społeczności żydowskiej zwróciła uwagę na rezerwę ortodoksyjnych Żydów (mężczyzn) do towarzyszenia kobietom podczas porodu. Sygnalizowała, że nie należy w takiej sytuacji zachęcać ich do porodów rodzinnych.

Może być tak, że bardzo ortodoksyjni Żydzi zdecydują się nie być przy kobiecie podczas porodu. Może być tak, że nie zdecydują się być i wtedy będą stali z tyłu. Więc jakby to jest istotne, żeby ich nie zachęcać „chodź pan, popatrz tutaj, od przodu”, bo tego się u nas nie robi, po prostu. Jeżeli mężczyzna jest podczas porodu, to najbliżej gdzie będzie, to tutaj z tyłu, koło głowy. (Żydówka)

Święcenie soboty

Jako jeden z problemów, z jakimi mierzą się osoby z mniejszości religijnych na etapie rejestracji do placówek publicznej ochrony zdrowia, można podać przykład wiernej Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego. Informowała ona podczas rejestracji na zabiegi w ramach ambulatoryjnej oferty uzdrowiskowej (zleconej przez lekarza pierwszego kontaktu, finansowane przez NFZ) na brak możliwości uczestniczenia w zabiegach zaplanowanych na sobotę, która przez ten Kościół uznawana jest za dzień święty – wtedy m.in. należy powstrzymać się od pracy czy wysiłku fizycznego. W opisanej sytuacji pacjentka została poinformowana, że oferta obejmuje sześciodniowy cykl zabiegów (od poniedziałku do soboty) i nie ma możliwości wprowadzenia zmian do tego harmonogramu. Pomimo licznych interwencji na piśmie (w samym uzdrowisku, w NFZ, u Rzecznika Praw

Pacjenta) i powoływania się na ustawowo zagwarantowane prawo adwentystów do świętowania soboty jako dnia wolnego w związku z pracą lub nauką, respondentce nie umożliwiono wykorzystania przysługującego jej pakietu zabiegów w inny dzień tygodnia. W efekcie powyższego całkowicie zrezygnowała ona z proponowanych zabiegów, gdyż w przeciwnym razie musiałaby zapłacić za zabiegi sobotnie, z których nie mogła skorzystać. Jak twierdziła, najbardziej dolegliwe jest dla niej poczucie braku systemowych rozwiązań ułatwiających świętowanie soboty, a wynik próśb i interwencji zależy od poziomu indywidualnej wrażliwości personelu na potrzeby religijne wyznawców tej religii. Pomimo istnienia umowy Państwo – Kościół Adwentystów Dnia Siódmego w RP, regulującej stosunki wzajemne, zdarzają się przypadki nieszanowania jej zapisów²⁷.

Oni w tym funduszu [zdrowia] w ogóle nie sprawdzali tych ustaw dotyczących porozumienia Kościół – Państwo. Powiem panu tak: takie sytuacje to mieliśmy, bo nawet nasz prawnik miał takie interwencje. Było to na Śląsku i było to na wschodzie kraju. I tam po napisaniu różnych odwołań, oni to po prostu uwzględnili. Tylko Fundusz w Krakowie, czyli Małopolska, nie daje żadnych takich możliwości. (...) Jesteśmy legalnym Kościołem, mamy podpisaną ustawę z Państwem i byłam w stu procentach pewna, że jak to napiszę [pismo wyjaśniające], to Fundusz to rozpatrzy i będzie sprawa załatwiona. (...) Czuję się czasami drugiej kategorii obywatelem. (Kościół Adwentystów Dnia Siódmego w RP)

²⁷ Ustawa z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. 1995 Nr 97 poz. 481). Art. 18. 1. Wiernym przebywającym w szpitalach i sanatoriach, w domach pomocy społecznej i w zakładach karnych oraz osobom tymczasowo aresztowanym i nieletnim przebywającym w okręgowych ośrodkach wychowawczych, zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich – zapewnia się prawo do wykonywania praktyk religijnych, w tym udział w nabożeństwach i innych praktykach religijnych oraz w nauczaniu kościelnym i spotkaniach o charakterze wychowawczo-religijnym z osobami duchownymi lub świeckimi tego wyznania, a także świętowania soboty i przestrzegania zasad dietetycznych, oraz umożliwia się umieszczanie symboli religijnych, uwzględniających potrzeby religijne wiernych.

Klauzula sumienia

Większość osób duchownych biorących udział w badaniu przyznało, że nie posiadają wiedzy o przypadkach odmów świadczeń medycznych z powodu powołania się na klauzulę sumienia lub powołania się na bardziej ogólne argumenty o charakterze światopoglądowym czy też religijnym.

W przypadku niektórych wyznań (np. protestantyzm ewangelikalny, staroobrzędowcy) może to być spowodowane faktem dużej spójności ideologicznej z Kościołem rzymskokatolickim, a niejednokrotnie nawet bardziej radykalnymi poglądami na kwestię dostępu do niektórych procedur medycznych (negatywny stosunek do aborcji, zakaz stosowania procedury in-vitro czy antykoncepcji itp.). W związku z tym wierne części mniejszościowych Kościołów i związków religijnych mogą nie informować swoich duchownych o doświadczanych trudnościach w tym zakresie.

Jeżeli chodzi o Kościół ewangeliczny, to on jest w swojej strukturze bardzo mocno zbliżony do Kościoła rzymskokatolickiego. Mogą mieć problem z powoływaniem się na tę klauzulę osoby, które nie są żadnego wyznania. (Kościół Boży w Polsce)

Myślę, że my stoimy tutaj po stronie lekarzy, którzy są za tą klauzulą sumienia. Aborcja dla nas jest czymś złym. My nie jesteśmy w konflikcie z tą klauzulą, wręcz przeciwnie. (Kościół Ewangelicznych Chrześcijan w RP)

O swoich negatywnych doświadczeniach związanych z motywowaną światopoglądowo odmową dostępu lub namawianiem do rezygnacji z przyjmowania określonych leków czy stosowania procedur medycznych wspomniało natomiast kilka respondentek.

[Czy kiedykolwiek odmówiono pani procedury medycznej, powołując się na klauzulę sumienia lekarza?] Tak, tak, tak, oczywiście. Jak się chciałam zapisać do ginekolożki, to od razu mi powiedziano, że antykoncepcja nie wchodzi w grę. Więc ja powiedziałam, że akurat jestem w ciąży, ale z zasady i tak nie pójdę, dziękuję. Bo jakby nie szłam po antykoncepcję, tylko szłam po badanie lekarskie i zdecydowałam, że absolutnie nie pójdę, dlatego że antykoncepcja jest dozwolona w judaizmie i nie ma czegoś takiego jak klauzula sumienia. No aborcja też czasem musi być wykonana, żeby ratować życie matki, a życie narodzone jest ważniejsze od życia nienarodzonego, więc w tym wypadku

póki dziecko w łonie matki, to życie matki jest ważniejsze. I w takiej sytuacji powiedziałam, że nie w takim razie. Jak chciałam się zapisać do lekarki, to usłyszałam „tylko ostrzegam, nie w sprawach antykoncepcji, bo klauzula sumienia ginekologiczne nie pozwala”. No to powiedziałam „to dziękuję, nie interesuje mnie to, w ogóle”. (Żydówka)

Kolejna respondentka zrelacjonowała sytuację, w której osobę jej bliską próbowano odwieść od przyjmowania leków uspokajających. W jej wypowiedzi pojawił się także wątek braku dostępu do leczniczej marihuany oraz wzmacniania informacji o niemożności zastosowania określonej procedury medycznej argumentami religijnymi.

Moja mama, jak miałam raka trochę to źle znosiła, bo wiadomo, dla mamy to zawsze jest problem duży, to chciała od lekarki pierwszego kontaktu środki uspakajające. To ta spytała ją, czy ona jest pewna, że ona chce się tak ogłuszyć, bo skoro Bóg dał jej taki krzyż, to powinna go nieść. Bo chodzi o to, że to, co Bóg dał człowiekowi, trzeba przeżyć na pełnej świadomości. Takie ogłuszanie się, już nawet psychotropy czy środki odurzające są zabronione w tym światopoglądzie. (Ateistka)

Taka marihuana jest już demonem, która (lecznicza) bardzo pomaga. [A z jakich powodów lekarze odmawiają podawania leczniczej marihuany?] Właśnie z powodów religijnych, że to jest złe, że otumanianie, że jakaś zła używka. I to jest zawsze takie niemedyczne tłumaczenie. (Ateistka)

Poniższe cytaty zawierają z kolei relację z rozmowy z lekarzem na temat planów usunięcia piersi i jajników w związku z chorobą nowotworową – lekarz sformułował wtedy argumenty o charakterze społecznym i teologicznym, nie medycznym.

Jak dostałam tego raka to się połapałam, że dobrze by było abym miała usunięte obydwie piersi i najlepiej jajniki, ze względu na taką prewencję. I mówię, że chciałabym coś takiego, że bardzo proszę. (...) Dzieci i tak nie chcę mieć, jeszcze przy moich schorzeniach. Na to pan doktor mówi z oburzeniem, że ja nie wiem co mówię i co jeśli ja kiedyś spotkam mężczyznę, który będzie chciał mieć dziecko? Nad nim też taki duży krucyfik wisiał. (Ateistka)

W dalszej rozmowie respondentka poprosiła lekarza o podanie argumentów medycznych – ten zacytował wtedy starotestamentalną „Pieśń nad pieśniami”.

Interesujące wnioski przyniosła natomiast rozmowa respondentki z innym lekarzem o tej procedurze.

Jeden lekarz powiedział mi uczciwie, że mogę sobie pojechać do Unii Europejskiej (czyli rozumiem, że nie jesteśmy w Unii), że mogą mi to zrobić nawet w ramach funduszu. Ja w Polsce żyję i płacę tu podatki i chyba opłaciłam już taki zabieg. Pan się zaśmiał i powiedział, że to nie lata siedemdziesiąte. I powiedział też uczciwie, że w latach 70 czy 80 oni sami by mi taki standardowy zabieg zaproponowali. Natomiast w tej chwili nie. A dlaczego? No to spojrzal wymownie, za ścianą była dyżurka, a w niej siedzi ksiądz z pielęgniarkami. Takie szczere rozmowy też miałam. (Ateistka)

Inna respondentka podzieliła się z kolei swoim negatywnym doświadczeniem z próby zakupu w aptece antykoncepcji awaryjnej.

W aptece miałam taki problem. (...) Wyraźnie, z taką moralną wyższością, odmówiono sprzedaży EllaOne. Powiedzieli: „My takich rzeczy tu nie mamy”. (Ignostyczka)

Podsumowanie

Przeprowadzone wywiady pozwalają na sformułowanie generalnego wniosku: **wolność sumienia i wyznania osób korzystających z publicznej ochrony zdrowia w Polsce nie jest realizowana na odpowiednim poziomie. Dochodzi do szeregu naruszeń, a niekiedy także poważnych nadużyć.**

- W przeprowadzonych wywiadach z osobami reprezentującymi mniejszościowe Kościoły i związki wyznaniowe, a także z osobami bezwyznaniowymi podkreślano wysoki status kapelanów rzymskokatolickich w publicznych szpitalach. Przejawiał się on m.in. w nieskrępowanym dostępie kapelanów szpitalnych do tych osób hospitalizowanych, do których dostęp jest w szpitalu ograniczany (np. oddziały intensywnej opieki medycznej, izolatki). Pojawiły się także relacje wskazujące na to, że kapelani mieli wgląd do dokumentacji medycznej osób hospitalizowanych. Wielokrotnie podkreślano, że kapelani często nie respektują niechęci osób przebywających w szpitalu do kontaktu

z duchownym, a nawet próbują taki kontakt nawiązać, pomimo wyraźnego wyrażania sprzeciwu.

- Raportowano, że zachowanie kapelanów wywołuje u szeregu osób hospitalizowanych duży dyskomfort, a także stwarza sytuację przymusu określania swojej przynależności wyznaniowej lub ujawnienia jej braku podczas wizyt kapelana w salach chorych. Zwracano uwagę, że niekiedy zachowanie kapelanów bywa nachalne, opresyjne, agresywne (np. nietolerowanie odmowy uczestnictwa w sakramentach, komentowanie i kwestionowanie wyborów religijnych lub światopoglądowych oraz definiowanie, np. ich jako heretyckich czy wrogich Kościołowi rzymskokatolickiemu). Sygnalizowano także, że osoby hospitalizowane nie mają możliwości uniknięcia biernego uczestnictwa w rzymskokatolickich rytuałach religijnych organizowanych poza kaplicą szpitalną, np. modlitwa przy łóżku innego chorego w sytuacji, gdy ten może chodzić.
- Przykładem poważnych naruszeń są przypadki udzielania osobom przebywającym w szpitalu rzymskokatolickich sakramentów chrztu lub namaszczenia chorych, bez ich zgody lub bez zgody rodziny, nawet pomimo przekazania informacji, że osoba hospitalizowana jest innego wyznania niż rzymskokatolickie lub bezwyznaniowa. Takie sytuacje mogą się pojawiać z powodu braku odpowiednich procedur uniemożliwiających zaistnienie takich przypadków.
- Postulowano konieczność edukowania duchownych Kościoła rzymskokatolickiego pracujących w szpitalach w zakresie wolności sumienia i wyznania, które przysługują każdej osobie, również w sytuacji pobytu w placówce medycznej. Cenne byłoby także propagowanie postaw otwartości na różnorodność wyznaniową i światopoglądową.
- Kolejnym elementem dominacji Kościoła rzymskokatolickiego w przestrzeni placówek ochrony zdrowia (przychodnie, szpitale) jest powszechna obecność rzymskokatolickiej symboliki religijnej. Szereg osób uczestniczących w badaniu uznawało opresyjny charakter takiej sytuacji z uwagi na nieuchronność obcowania z tą symboliką. Rekomendowano rezygnację z umieszczania symboli i przedmiotów o charakterze religijnym w placówkach ochrony zdrowia, za wyjątkiem miejsc przeznaczonych do realizacji kultu religijnego (kaplice). Ta postulowana zasada nie powinna ograniczać możliwości indywidualnej ekspresji religijnej osób hospitalizowanych w przestrzeni osobistej, w sposób nienaruszający wolności innych osób.
- Często zwracano uwagę na wyłącznie rzymskokatolicki charakter zdecydowanej większości kaplic szpitalnych oraz brak miejsc do realizacji praktyk religijnych dla osób innych wyznań. Sytuacja taka jest postrzegana jako przejaw dyskryminacji. Z perspektywy osób biorących udział w badaniu optymalnym

rozwiązaniem byłoby stworzenie w szpitalach miejsc modlitwy wolnych od symboli religijnych i przyjaznych dla osób wyznających różne religie.

Relacje osób badanych składają się na obraz przestrzeni szpitalnej jako wielowymiarowo i systemowo zdominowanej przez Kościół rzymskokatolicki.

- Osoby duchowne biorące udział w badaniu raportowały nieprawidłowości w realizacji prawa osób hospitalizowanych wyznań innych niż rzymskokatolickie do posługi duchowej. Wydaje się, że brakuje procedur gwarantujących oraz ułatwiających osobom duchownym sprawowanie posługi albo procedury te nie są przestrzegane. Efektem tej sytuacji jest konieczność stosowania przez te osoby szeregu strategii ułatwiających im dostęp do hospitalizowanych wiernych.
- Warto zauważyć, że częstą postawą osób duchownych oraz deklarujących przynależność do mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych, a także osób bezwyznaniowych jest strategia unikania konfrontacji z dominującą większością. Osoby te deklarują niechęć do „kruszenia kopii” i „upominania się o swoje prawa”, mimo że są ich świadome. Taka strategia wynika bądź z przeświadczenia, że polskie społeczeństwo nie jest gotowe do zmian mogących nadać placówkom publicznej ochrony zdrowia charakter bardziej równościowy w zakresie traktowania osób hospitalizowanych różnych wyznań oraz deklarujących się jako bezwyznaniowi, bądź z przeświadczenia, że interwencja może przynieść negatywne konsekwencje dla osoby zgłaszającej problem.
- Zaobserwowano, że osoby badane z mniejszościowych Kościołów i związków wyznaniowych stosunkowo często przyjmowały postawę akceptacji dla dominującego statusu religii rzymskokatolickiej oraz tolerowania konsekwencji, które ich zdaniem wynikają z mniejszościowego statusu ich wyznania.
- Wywiady zawierają opinie na temat braku zasad regulujących finansowanie udzielania posługi duchowej mniejszościowych związków religijnych. Posługa ta jest najczęściej realizowana na zasadzie wolontariatu. Osoba duchowna realizująca prawo osoby hospitalizowanej do uzyskania posługi duchowej podczas pobytu w placówkach ochrony zdrowia, musi pokrywać związane z tym koszty ze środków własnych lub swojej wspólnoty.
- Finansowanie ze środków publicznych kapelanów Kościoła rzymskokatolickiego i niefinansowanie podobnej działalności osób duchownych innych wyznań stanowi przykład nierównego traktowania. Wyrównanie tej dysproporcji zmieniłoby wprowadzenie rozwiązań albo gwarantujących otrzymywanie wynagrodzenia i pokrywanie kosztów związanych z udzielaną posługą także przez osoby duchowne innych wyznań, albo wprowadzenie zasady

samofinansowania kosztów posługi duchowej przez wszystkie Kościoły i związki wyznaniowe, w tym także Kościół rzymskokatolicki.

- Odmienny status duchownych różnych religii (zatrudnienie kapelanów rzymskokatolickich w strukturze szpitali i częsty brak takiego umocowania w przypadku osób reprezentujących inne wspólnoty religijne) sprawia, że możliwość sprawowania posługi przez osoby duchowne innych wyznań w placówkach ochrony zdrowia miewa charakter uznaniowy (raportowano przypadki utrudniania wejścia na oddział szpitalny, konieczności tłumaczenia się, a nawet formułowanie zakazu kontaktu z chorymi bez podania przyczyny).
- Osoby duchowne innych wyznań niż rzymskokatolickie zmuszane są do przyjmowania strategii umożliwiających lub ułatwiających dotarcie do swoich wiernych (np. posługa sprawowana *incognito*, posługa wyłącznie w godzinach przeznaczonych na odwiedziny, zakładanie przez duchownych niektórych wyznań chrześcijańskich koloratki podczas wizyty w szpitalu).
- Zwracano także uwagę na fakt, że wierni mniejszościowych Kościołów i związków religijnych często sami muszą zadbać o organizację wizyty osoby duchownej swojej wspólnoty religijnej. Jako przykład dobrej praktyki często przytaczano umieszczanie w publicznej przestrzeni placówek ochrony zdrowia danych kontaktowych osób duchownych różnych wyznań. Działanie to ma charakter symbolicznego gestu pokazującego otwartość personelu szpitali na sprawowanie posługi duchowej przez osoby duchowne różnych wyznań, a także pełni funkcję edukacyjną poprzez uświadomienie istnienia lokalnych mniejszościowych wspólnot religijnych.
- Raportowano, że znaczna część przebywających w szpitalu osób wyznających inne religie niż rzymskokatolicka stara się ukrywać fakt swojej przynależności religijnej z obawy, np. przed nieprzychylnym traktowaniem, kosztami emocjonalnymi związanymi z koniecznością tłumaczenia się z własnych wyborów światopoglądowych oraz odpowiadania na pytania innych osób (zjawisko wyzysku epistemicznego). Strategia ta często prowadzi do ograniczenia indywidualnych praktyk religijnych do niezbędnego minimum.

W wywiadach poruszano kwestię niektórych zasad religijnych obowiązujących w mniejszościowych wspólnotach religijnych, które mogą generować trudności podczas pobytu w placówkach ochrony zdrowia.

- Jednym z najczęściej raportowanych trudności jest chęć przestrzegania diety wynikającej z wyznawanej religii. Trudności w tym zakresie wynikają zarówno z braku procedur gwarantujących otrzymywanie tylko akceptowanych posiłków, braku wiedzy na temat specyfiki poszczególnych diet, braku możliwości

zapewnienia osobom hospitalizowanym spożywania wyłącznie akceptowanych przez nich posiłków czy z traktowania potrzeb dietetycznych wynikających z wyznawanej religii jako fanaberii. Brak systemowych rozwiązań pozwalających na dostosowanie diety do potrzeb religijnych osób hospitalizowanych skutkuje koniecznością poszukiwania przez te osoby rozwiązań na własną rękę. Podczas wywiadów przytoczono przykład dobrej praktyki, polegającej na zbieraniu informacji o praktykowanej diecie podczas przyjmowania do szpitala (np. w formie oświadczenia woli).

- Poruszono także kwestię zasad religijnych, takich jak na przykład: zakaz przyjmowania preparatów zawierających krew i substancje krwiopochodne, składniki odzwierzęce oraz alkohol, nakazy w zakresie ubioru i wyglądu, regulacje dotyczące kontaktów kobiet z mężczyznami, związane z okresem ciąży i narodzinami dziecka, a także zasady związane z postępowaniem z ciałem osób zmarłych. Każda z wymienionych przykładowych zasad spotyka się niekiedy z niezrozumieniem ze strony personelu szpitala, bywa przyczyną nieprzychylnych komentarzy, a czasami wiąże się z próbami narzucenia osobom pacjencim wyznań mniejszościowych niezgodnego z ich wiarą i światopoglądem postępowania.

Bibliografia

Berenstain Nora, 2016, Epistemic Exploitation, Ergo”, Volume 3, No. 22, <https://doi.org/10.3998/ergo.12405314.0003.022> [dostęp 10.01.2023].

Ustawa z dnia 13 maja 1994 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. 1994 Nr 73 poz. 323).

Ustawa z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. 1995 Nr 97 poz. 481).

Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U.2020.1947).

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2009 Nr 52 poz. 417. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20090520417> [dostęp 10.01.2023].

Ustawy z dnia 4 lipca 1991 r. o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego (Dz.U. 1991 Nr 66 poz. 287).

Doświadczenia personelu medycznego pracującego zagranicą. Raport z badań jakościowych

Nota metodologiczna

W ramach projektu „Wolność sumienia i wyznania pacjentów w systemie opieki zdrowotnej”, finansowanego przez Islandię, Lichtenstein i Norwegię z Funduszy EOG w ramach programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy, przeprowadzono dodatkowo pięć wywiadów z osobami pracującymi za granicą w placówkach ochrony zdrowia. Wywiady te pozwoliły spojrzeć na doświadczenia personelu medycznego innych krajów związane z wolnością myśli, sumienia i wyznania pacjentów i pacjentek w placówkach ochrony zdrowia, a także zidentyfikować stosowane strategie, służące respektowaniu tych wolności.

Wywiady zrealizowano z:

- lekarzem psychiatrą pracującym w Szwecji,
- pielęgniarką onkologiczną pracującą w Stanach Zjednoczonych,
- położną pracującą we Włoszech,
- lekarką kardiochirurgką pracującą w Wielkiej Brytanii,
- lekarzem ogólnym i osteopatą pracującym we Francji.

Szkolenia personelu medycznego

W trakcie wywiadów osoby badane zapytano o ich doświadczenia związane z procesem szkoleń, w których zobowiązani byli uczestniczyć w trakcie procesu nostryfikacji polskich dyplomów. Wprawdzie doświadczenia kilku osób nie pozwalają na opis mechanizmu nostryfikacji dyplomów czy charakterystykę szkoleń realizowanych w trakcie procesu uzyskiwania specjalizacji, niemniej warto zauważyć, że

w ramach tych procedur często musiano dodatkowo zrealizować lub powtórzyć pozamedyczne elementy szkolenia – te obejmowały m.in. zagadnienia związane z komunikacją z osobą pacjencką oraz tematykę różnic kulturowych.

Wszystkie pozamedyczne części [zrealizowane w Polsce] nie zostały zaliczone i byłem zobowiązany do zrobienia wszystkich kursów pozamedycznych jeszcze raz. I tam między innymi wchodziła też komunikacja, etyka, przepisy szwedzkie dotyczące na przykład prawa zachowania tajemnicy, czyli kiedy można odsłonić tajemnicę, kiedy nie można, jak przepisy regulują kontakt z pacjentem, na co można sobie pozwolić, na co nie i tak dalej. To była część mojego kursu w Polsce, potem miałem jeszcze raz takie kształcenie w Szwecji. No i był kurs dotyczący różnic kulturowych, który był specyficzny dla psychiatrii międzykulturowej, natomiast nie był obowiązkowy. (Szwecja)

Osoby biorące udział w badaniu zapytano o różnice w procesie kształcenia w Polsce i kraju, w którym aktualnie pracują. Generalnie twierdzono, że w Polsce w ramach procesu edukacji medycznej było mniej szkoleń ukierunkowanych np. na komunikację interpersonalną w miejscu pracy czy szkoleń obejmujących aspekty formalno-prawne. Niektóre z osób biorących udział w badaniu jeszcze w Polsce, samodzielnie, zadbały o uzupełnienie wykształcenia w tym zakresie.

Ja z komunikacją spotkałam się już w Polsce, jak pracowałam, ale nie na poziomie szkoły położnych, ponieważ to nie była jeszcze [wtedy] szkoła uniwersytecka. Był taki przedmiot jak psychologia i socjologia (...) gdzie uczyliśmy się podstawowych spraw dotyczących psychologii, ale przede wszystkim to nie był przedmiot wiodący, po pierwsze. Po drugie, były to naprawdę podstawowe sprawy, więc ja na przykład z komunikacją musiałam się skonfrontować tutaj, z tym, jak się komunikuję z osobami w służbie zdrowia. (Włochy)

W Polsce ja nie przypominam sobie w ogóle takich zajęć ukierunkowanych na przykład na współpracę czy rozmowę z współpracownikami. W jaki sposób można funkcjonować w roli, trochę zarządzanie i komunikacja między ludźmi, komunikacja z pozycji szefa, ale też różne aspekty formalno-prawne, które w Polsce były trochę odsunięte na bok. Jakichś kursów specjalnych nie kojarzę na ten temat. (Szwecja)

Respondentka z USA przyznała, że szkolenia z tzw. umiejętności miękkich, związanych z komunikacją z osobami pacjenckimi, w tym także wyznającymi

różne religie, to element wymagań, które osoby pracujące w ochronie zdrowia są zobowiązane cyklicznie spełniać.

To jest coś, co się robi rocznie, bo na te rzeczy zawsze był nacisk, odkąd pamiętam. Ameryka jest zbudowana z ludzi różnych narodowości (...), jeśli gdzieś ci ludzie wszyscy się spotkają, to w szpitalu, niezależnie od koloru skóry, wyznania religijnego czy orientacji seksualnej. A teraz, widzę te ostatnie lata, wszędzie jest na to duży nacisk. Tak samo w Polsce. Bo Polska, jak wyjeżdżałam, pod 95% było katolików, teraz widzimy ludzi z różnych krajów. Zmienia się ten świat globalnie, wszędzie. W Ameryce zawsze tak było. (USA)

Respondentka przyznała, że na straży praw mniejszości etnicznych, wyznaniowych czy seksualnych od lat stoją określone regulacje prawne, niemniej w ciągu ostatnich kilku lat na te kwestie zwraca się szczególnie dużą uwagę. Z powyższego wynikają też obowiązki uczestnictwa w tematycznych kursach i szkoleniach.

Te kursy są wymagane, to jest coś, co musi być przeprowadzone i co jest bardzo respektowane. Można za takie rzeczy być pociągniętym do odpowiedzialności prawnej i do odpowiedzialności swojej organizacji, jeżeli się nie przestrzega kogoś wiary, czy te rasistowskie wszelkiego rodzaju sprawy, również na sprawy orientacji seksualnej. To wszystko zawsze było. Teraz może od 4 lat jest bardzo duży na to nacisk. Oczywiście też wykorzystywania w pracy takich, wiadomo, tych wszystkich rzeczy, które nie są odpowiednie, jak traktujemy drugiego – oczywiście chodzi też o dyskryminację kobiet w pracy (różnorodność zwłaszcza w płacach), na to też jest w ostatnich latach duży nacisk. I zatrudnianie na stanowiskach kierowniczych, że dawniej jednak więcej biali dominowali, teraz musi to być²⁸, że mamy co miesiąc sprawdzany score, ile mamy ludzi, którzy są innego koloru skóry, którzy są na stanowiskach kierowniczych, ile mamy kobiet, które są na stanowiskach kierowniczych. To jest bardzo duży trend, ale tak myślę, 4–5 lat. (USA)

Respondentka z Wielkiej Brytanii, dopytywana o proces szkoleń obowiązujących ją w trakcie rozwoju zawodowego, podkreśliła dystans dzielący ochronę zdrowia w Polsce i w Wielkiej Brytanii w zakresie komunikacji interpersonalnej.

²⁸ Cytowania zamieszczone w raporcie zawierają niekiedy obcojęzyczne wtrącenia, którymi posługiwały się w trakcie wywiadu osoby badane. Zdecydowano o pozostawieniu tych kategorii w ich oryginalnej wersji językowej.

Powiem szczerze, że zawsze mnie to zaskakuje i nie wiem, kiedy to się zmieni, jeżeli chodzi o służbę zdrowia. Jeżeli nie zmieni się komunikacja służby zdrowia z pacjentami na każdym poziomie, począwszy od lekarza ordynatora, po pielęgniarkę, po położną, po sprzętacza. Mamy naprawdę dużo do nadrobienia, jeżeli chodzi o poziom komunikacji. I całą komunikację z rodziną i z pacjentem w Polsce. Być może ktoś by powiedział, że jestem oderwana od polskiej rzeczywistości, bo już 10 lat nie pracuję w Polsce. Pracuję i szkolę się w Anglii. Co było najśmieszniejsze, kiedy zaczęłam przygodę w Anglii, to miałam problemy z komunikacją tam. Wynikało to z tego, że nasza komunikacja nawet jako studentów na medycynie czy lekarzy, jak byłam szkolona była zupełnie inna niż komunikacja tam. Moja komunikacja na początku była określona jako poor czyli słaba. Musiałam sobie nad tym bardzo dużo popracować, ponieważ tam zupełnie inaczej wygląda ta komunikacja pacjent-lekarz. Pierwsze trzy lata musiałam nad tym bardzo dużo popracować. I teraz jak przyjeżdżam, bo rodzice chorują czy brat, to byłam świadkiem bardzo złej komunikacji, ale to też wynikało z zaniedbań lekarskich. To nie jest wina jednostek, ja bym nie obwinięła lekarzy czy pielęgniarek, to jest po prostu system, który musi być zmieniony i muszą być pewne akta, nakazy z NFZ czy nawet w ministerstwie, które nakazują jakąś komunikację czy prawo i są później nadzorowane i wyegzekwowane z poszczególnych jednostek szpitalnych, oddziałów. I to jest właśnie różnica pomiędzy Polską a Anglią. Tam jest akt Equality and Diversity²⁹, to jest równość i różnorodność, który jest wprowadzony przez ministerstwo i przez NHS czyli odpowiednik naszego NFZ. (Wielka Brytania)

Lekarka z Wielkiej Brytanii relacjonowała też, że w ramach systemu szkoleń medycznych jest zobowiązana odbyć jednodniowe szkolenie stacjonarne oraz szkolenie online, które obok elementów takich jak, np. bezpieczeństwo pracy, praca z dziećmi czy problematyka molestowania dzieci zawierają także tematykę z zakresu równości i różnorodności. Takie szkolenia są wymagane na każdym etapie rozwoju zawodowego – są obowiązkowe i kończą się testem sprawdzającym wiedzę z zakresu szkolenia.

Musiałam mieć takie szkolenia z komunikacji na moim CV, ponieważ za to dostawanie dostawało się punkty na interview, aby awansować dalej. Na

²⁹ The Equality Act 2010 to ustawa Parlamentu Wielkiej Brytanii, która uzupełnia i aktualizuje wcześniejsze akty prawne regulujące kwestie równego traktowania i stanowiące podstawę obowiązującego prawa antydyskryminacyjnego. Zob. <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/contents> [dostęp 02.06.2023].

każdym interview o staż czy specjalizację, czy miejsce konsultanta jest stacja dedykowana komunikowaniu się z pacjentem, czy komunikacji ogólnie. I ma się zadania, pytania, czasem ma się aktorów, którzy odgrywają problematycznych pacjentów z różnych mniejszości narodowych. Musimy sobie z nimi poradzić. I oczywiście są schematy. Książki nasze o komunikacji, które zawsze mają equality and diversity, że tak powiem rozdziały tej różnorodności, gdzie się o tym edukuje. Jeżeli chodzi o pracę lekarza to się przewija od tego początku stażu do skończenia specjalizacji. To się przewija w naszych szkoleniach. (Wielka Brytania)

Lekarz z Francji zwrócił z kolei uwagę na prawidłowość związaną z miejscem prowadzenia praktyki lekarskiej. Twierdził, że w Paryżu więcej szkoleń obejmujących tematykę komunikacji z osobami pacjenckimi różnych wyznań wykonują ci lekarze, którzy pracują w miejscach zdominowanych przez osoby wyznania muzułmańskiego.

Ja jestem z centrum Paryża, więc mam mniej niż ktoś, kto jest tam, gdzie jest więcej muzułmanów czy innych wyznań. W Paryżu ja raczej problemu nie mam. (Francja)

Respondentka z Włoch, w ramach procesu doskonalenia zawodowego, zobowiązana jest cyklicznie zaliczyć określoną liczbę kursów i szkoleń. Zwróciła uwagę, że w ostatnich latach szkolenia w większym stopniu zaczęły obejmować tematykę komunikacji.

I ostatnio właśnie te kursy, to są nie tylko kursy zawodowe dotyczące po prostu wykonywanego zawodu, ale również kursy dotyczące komunikacji czy to jest komunikacja z pacjentem, czy to jest komunikacja z kolegami, czy to jest komunikacja innego rodzaju. (Włochy)

Jako przykład podała kursy z zakresu karmienia piersią, które obejmowały także tematykę komunikacji.

Zrobiłam wiele różnych kursów na temat karmienia piersią, jednak w tych ostatnich kursach, które są kursami państwowymi (...). Ten kurs był bardzo dobrze zorganizowany ze względu na to, że brało się pod uwagę nie tylko sam fakt karmienia piersią, technikę i tak dalej, ale brało się pod uwagę matki, które pochodzą z różnych części świata i kulturę, i ich przyzwyczajenia. Jak

podchodzi się do tego typu sytuacji. Omawiano, jak powinna wyglądać komunikacja z takimi osobami, ponieważ to są osoby, które nie rozmawiają, nie mówią przede wszystkim, zwłaszcza kobiety nie mówią w języku włoskim, dlatego że to są osoby, które często siedzą w domu i nie mają kontaktu ze światem zewnętrznym. (Włochy)

Z kolei pielęgniarka z USA, zapytana o zakres obowiązkowych szkoleń dla personelu medycznego, podkreśliła, że ważnym ich elementem jest także uwrażliwianie personelu na potrzeby osób pacjenckich, wynikające z wyznawanej religii. Zwróciła także uwagę, że zapewnienie osobom hospitalizowanym odpowiedniego miejsca do wykonywania praktyk religijnych oraz modlitwy to obowiązek szpitala.

W tych szkoleniach jest przede wszystkim to, że nie wszyscy jesteśmy tacy sami, że mamy prawo do swojej własnej religii i to musi być respektowane. I szpital musi zapewnić każdej religii miejsce, że może być ta religia praktykowana. Także na przykład dla muzułmanów mamy pokój, gdzie oni wiadomo o tej dwunastej godzinie muszą się pomodlić i mogą tam... Czy mamy masę lekarzy, którzy są muslim. Że oni mogą wyjść do takiego pokoju i mogą się w tym czasie pomodlić. Mamy też miejsce, taki mały pokój, w którym można odprawić mszę. On jest tak zrobiony, że jest taki neutralny – można tam odprawić mszę katolicką, można odprawić mszę protestancką, można się iść tam pomodlić i zobaczymy, że jest tam krzyż z Jezusem, ale zobaczymy też, że są tam też te świece, które są dla ludzi wyznania żydowskiego. Tak samo jak robimy świąteczne dekoracje to robimy choinkę i będziemy robili w kierunku Jezusa Chrystusa, ale też będziemy świętować wyznania muzułmańskie, gdzie ludzie mają prawo do tego..., że wiemy, że oni na przykład nie jedzą w okresie tego swojego, w maju jest chyba to ich święto, że oni nie jedzą 30 day³⁰ i żebyśmy wiedzieli, że coś takiego następuje. I też mamy dla ludzi wyznania żydowskiego, którzy mają tam chanukę, czy jak to się tam nazywa, mamy te dekoracje, mamy te świece i wiemy też, że w tym momencie jest coś takiego, że oni świętują swoje święto w tym momencie. (USA)

Respondentka wyjaśniła, że podczas cyklicznych szkoleń, które personel szpitala odbywa rokrocznie pojawiają się także treści uwrażliwiające na potrzeby osób różnych wyznań i religii oraz tematyka równego traktowania. Wypowiedzi

³⁰ Post ramadan stanowiący jeden z filarów islamu.

respondentki na ten temat mają charakter neutralny i nacechowane są troską o nieingerowanie w przekonania i wierzenia osób hospitalizowanych.

*Generalna edukacja na temat, że ci ludzie nie mogą być dyskryminowani i uczą cię takiego zachowania. Przede wszystkim słuchać. Nie wyrażać opinii. A ta twarz, jak powinna wyglądać – nie ma przewracania oczami. I gdzie możesz zadzwonić, jeżeli potrzebujesz więcej informacji. (...). **A jak się zdarzy taka sytuacja, że pielęgniarka jednak przewraca oczami, albo chaplain³¹ zachęca do uczestnictwa w jakiejś na przykład mszy, to co pacjent wtedy może zrobić?** Nie ma takich sytuacji. Po prostu nie ma. W tym kraju nie ma takiej sytuacji. My jesteśmy bardzo neutralni. My dostarczamy informację, a pacjent daje nam odpowiedź, czy chce iść dalej. Jeżeli mówi „nie, dziękuję”, my kończymy w tym momencie. Nie ma żadnego takiego „moja religia jest lepsza”, „ty byłeś wierzący, teraz nie jesteś, ale teraz umierasz, więc może zapewnimy ci jednak tego księdza, bo to jest ten moment”. Nie. Ty mówisz, że „mogę ci zapewnić chaplain-a, on z tobą porozmawia. Mogę zadzwonić po księdza katolickiego, czy w tym momencie to jest dobry moment?”. Pacjent mówi „nie” i my w tym momencie odchodzimy. To w ogóle nie ma dalszego drążenia w tym temacie. (USA)*

Zaobserwowano, że w poszczególnych krajach w procesie szkolenia lub doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarek różna jest skala obecności treści związanych z religią.

W relacjach lekarza ze Szwecji charakterystyczna była stosunkowo niewielka ilość odniesień do religii – te pojawiały się niejako przy okazji przedstawiania tematyki międzykulturowości. Respondent tłumaczył, że w Szwecji zetknął się z postawą, którą określił jako „założenie, że wszyscy ludzie są areligijni”.

³¹ Kapelan (chaplain) w wielu amerykańskich szpitalach pełni funkcję dalece wykraczającą poza działalność kapelana w polskich szpitalach. Jego aktywność jest ukierunkowana na potrzeby duchowe i emocjonalne osób różnych wyznań i religii. Osoby te mogą pośredniczyć w kontaktach z osobami duchowymi różnych wyznań i religii. Relacje respondentki potwierdzają opisy działalności kapelanów w innych amerykańskich szpitalach, np.: „Nasi kapelani to przeszkoleni klinicznie opiekunowie duchowi, którzy specjalizują się w opiece duchowej i emocjonalnej oraz udzielaniu wsparcia pacjentom i ich rodzinom. Zwracają uwagę na indywidualne potrzeby każdej osoby i pozostają wrażliwi na różnice kulturowe, rasowe, wyznaniowe, związane z tradycją religijną oraz orientacją seksualną.” Zob. https://www.uchicagomedicine.org/patients-visitors/visitor-information/spiritual-care?fbclid=IwAR3GAsF77_1YMkpD3D3vq5GUimF4at7PXZM6zRv2Vqs5EGVNwuZGZRcbtk [dostęp 10.06.2023].

Można powiedzieć, że za dużo o religii się generalnie w Szwecji nie mówi. Więc tak dużo nie było na ten temat. (...) oni generalnie zakładają, że wszyscy ludzie są areligijni. (...) To jest kraj ateistyczny od kilku pokoleń, więc ludzie często nie mają pojęcia. (Szwecja)

Respondentka z Włoch deklaruwała, że manifestowanie religijności przez osoby hospitalizowane nie przeszkadza personelowi jej szpitala, o ile nie utrudnia wykonywania pracy.

Jeżeli manifestowanie religijności nam nie przeszkadza w wykonywaniu czynności, to dla nas to nie ma znaczenia. (Włochy)

Niektóre z osób biorących udział w badaniu sygnalizowały, że w ich placówkach medycznych istnieje praktyka organizowania dla personelu szkoleń o tematyce równościowej i antydyskryminacyjnej, na jaką jest w danym momencie zapotrzebowanie. Impulsem często bywa pojawienie się skargi ze strony osoby pacjenckiej lub wskazanie na konkretny problem przez osobę pracującą w szpitalu, w formie raportu złożonego pracodawcy.

Respondent ze Szwecji wyjaśnił, że jeżeli przedmiotem przykładowej skargi była jakaś wypowiedź o charakterze dyskryminacyjnym wobec osób migranckich, to w reakcji na nią kierownictwo placówki organizowało kurs dla personelu szpitala, który był związany z treścią takiej wypowiedzi.

Jest obowiązkowy kurs dla wszystkich pracowników, który dotyczy dyskryminowania ze względu na różne wartości. Głównie dyskryminację, jeżeli chodzi o imigrantów. To chyba w tym momencie weszło w taki cykl, że oni to powtarzają co jakiś 2–3 lata. Chodzi o dyskryminację migrantów, mniejszości seksualnych, ale skupili się na migrantach, bo nikt mniejszości seksualnych w Szwecji nie dyskryminuje. Ale wyszły takie sytuacje z imigrantami, więc kierownictwo wykupiło taki pakiet kursów. [...] Te szkolenia międzykulturowe były dla wszystkich. Dla całego personelu, który ma kontakt z pacjentem. (Szwecja)

Respondent wyliczył elementy takiego szkolenia stanowiącego reakcję na zgłoszony problem.

O tym, że ludzie pochodzą z różnych kultur, że to oznacza, że inaczej myślą, ale też, że sam status, to że człowiek jest migrantem i że przeprowadził się do innego kraju, co to robi z głową i jak się funkcjonuje, jak się przeprowadziło

do innego kraju i niewiele się z tego rozumie, co się dzieje naokoło. Trochę o traumie i innym podejściu... innym zrozumieniu roli lekarza, roli policji, roli różnych instytucji. Ogólnie w tej grupie ludzi, którzy są z innego podłoża kulturowego. No i też w tym wszystkim było o religii, o tym w jaki sposób religia jest ważna w różny sposób dla różnych ludzi. (Szwecja)

Podobnie raportowała respondentka z Wielkiej Brytanii, która przyznała, że uczestnictwo w kursach dotyczących problematyki komunikacji z osobami pacjenckimi jest generalnie obowiązkowe, ale kursy takie organizuje się także w efekcie pojawiających się problemów w komunikacji.

Niektóre [szkolenia] są obowiązkowe, a czasami jest to kwestia samorozwoju albo np. mam skargę od pacjenta, że czegoś nie wytłumaczyłam, albo on uważa, że byłam niemila. To nie ma tak jak w Polsce, że ktoś tam pogada. To jest wszystko brane poważnie, to jest wszystko zaraportowane. Ja idę do swojego przełożonego, jest dyskusja, jest pisemna odpowiedź. Jest moja refleksja w formie pisemnej. Ktoś Ci może powiedzieć "musisz się zapisać na kurs, idź na ten jedno, dwudniowy, będziesz miała certyfikat", szkolenia są zapewniane non stop. Dodatkowe i obowiązkowe. (Wielka Brytania)

Dodatkowo respondentka zwróciła uwagę, że w ramach polityki równości i różnorodności szpital cyklicznie publikuje na swojej stronie lub w ramach wewnętrznej sieci Intranet m.in. informacje o różnych religiach i wynikających z tego oczekiwaniach wobec personelu placówki, a także dane kontaktowe do osób mogących służyć informacjami w tym zakresie.

Albo mamy takie dni dedykowane dotyczące tych równości, różnorodności w szpitalu. Jest np. dzień, gdzie to jest ogłoszone na internecie i mówi się o różnych religiach. Zawsze jest taki dzień, dwa dni czy miesiąc i na tych stronach szpitalnych, tych głównych się przewijają... linki do różnych szkoleń, informacji i na temat kto jest zatrudniony i jak to wygląda. Każdy szpital ma tę swoją stronę (dostępną w ramach wewnętrznego intranetu), gdzie jest ta cała sekcja zadedykowana equality and diversity. Tam są różne linki do pomocy, rzeczy do zgłoszenia, rzeczy do znalezienia o różnych religiach. Tam wszystko jest. Ta strona internetowa szpitala, gdzie co mogą znaleźć, z kim się skontaktować, kto jest odpowiedzialny i gdzie szukać pomocy. (Wielka Brytania)

Warto wskazać tutaj na refleksję lekarza psychiatry ze Szwecji, który dopytywany o to, co jest istotne w procesie kształcenia personelu medycznego wskazywał na wzbudzenie postawy otwarcia na różnorodność, czyli budowanie dyspozycji do równego traktowania osób pacjenckich bez względu na ich wyznanie i światopogląd. Respondent zwrócił też uwagę na duże znaczenie gotowości lekarza do zdobywania wiedzy oraz uwzględniania w procesie leczenia kontekstu kulturowego i religijnego, który może mieć niebagatelne znaczenie. Wielokrotnie tłumaczył, że pomimo tego, że w społeczeństwie szwedzkim religia ma „niski priorytet”, to placówki medyczne starają się uwzględniać kontekst religijny i dopasować do oczekiwań osoby pacjenckiej.

Nie sądzę by była potrzeba szczegółowego uczenia co i która religia jakby, jakie przepisy, czy jakie rzeczy są tabu, a jakie nie są tabu. Fajnie by było mieć jedną bazę danych, która się tym zajmuje, ale to można w Wikipedii wyczytać na dobrą sprawę. A poza tym w większości wypadków pacjenci sami wiedzą albo ich rodziny. Natomiast myślę, że raczej takie uwrażliwienie na to, że to może być ważne, i że ludzie mogą mieć inaczej. (...) W ogóle można powiedzieć, że w Polsce, zwłaszcza jak pamiętam, jak to było za moich czasów, wtedy była jedna obowiązująca religia. (...) Z drugiej strony, zawsze była jakaś forma szacunku dla innych religii. Natomiast wiadomo było, że była jedna religia katolicka, jak ktoś jest innej religii to wielkie zaskoczenie, wszyscy zastanawiają się, co z tym zrobić. Może przydałaby się jakaś forma szacunku dla wszystkich religii i trochę takiej otwartości, żeby się nie bać zapytać, żeby mieć świadomość, że to może wpłynąć na różne procedury medyczne, czy na dawkowanie leków, na insulinę. Wręcz zadawać wprost takie pytania. Bo tej wiedzy ja trochę na kursach miałem, na przykład co było dla mnie zaskoczeniem, bo dla niektórych czasem oczywiste, bo że insulinę trzeba dawkować, no to wszyscy wiedzą, że dawkuje się po posiłkach, to wiadomo. Ale jak dawkować insulinę u kogoś, kto ma ramadan i je tylko od zachodu słońca, do godziny 12 w nocy? Trzeba być świadomym, że takie rzeczy mogą wystąpić. Nie bać się pytać pacjenta i jakąś ogólną wiedzę na ten temat, z różnych kultur i jak różne kultury przeżywają medycynę. Również, na przykład jak różne kultury odbierają rolę lekarza i jakie mają oczekiwania w stosunku do medycyny i jak stosują się do zaleceń. Bo to też jest czasami tak, że pacjenci słuchają lekarza i w ogóle nie życzą sobie, żeby lekarz pytał ich, jaką terapię chcą wybrać, zwłaszcza z Afryki czy z krajów arabskich, jeżeli zapytam „jak uważasz, jaka tabletką byłaby dla Ciebie najlepsza?” to on zmieni lekarza, bo stwierdzi, że ja się do niczego nie nadaję, ja mam mu powiedzieć „masz zażywać tę tabletkę i będziesz zdrowy”. Czy na przykład to,

że pacjenci zażywają leki tylko i wyłącznie, jak są chorzy, ale jak są zdrowi to nie potrzebują leków i je odstawiają, cała gigantyczna praca, żeby wytłumaczyć, że nasze leki na nadciśnienie, czy nasze leki przeciw psychozie się zażywa cały czas i się ich nie odstawia. (Szwecja)

Pytania o wyznanie osób hospitalizowanych

Osoby biorące udział w badaniu zapytano, czy istnieją praktyki pozyskiwania (np. podczas przyjęć do szpitala) informacji o wyznawanej religii osób hospitalizowanych.

Osoby badane z Francji, Szwecji, Włoch stwierdziły, że takich danych formalnie się nie pozyskuje. Nie pyta się także osób pacjenckich, czy będą sobie życzyły kontaktu z osobą duchowną.

Natomiast dwie osoby przyznały, że w trakcie przyjęcia do szpitala zadawane są pytania o dietę, co pośrednio może przynosić także informację o przynależności wyznaniowej.

[O dietę] Wszystkich się pyta, ponieważ istnieją również inne diety związane ze zdrowiem i kulturalne, że tak powiem – ze względu na kulturę i ze względu na religię. Więc jest dietetyk, jeżeli nie ma dietetyka, to jest asystent jakiś którego mamy, który po prostu pyta „Jest pani uczulona na coś, jaką dietę pani ma, czy jakich pokarmów pani nie je?”. (Włochy)

[Zapisujemy] Dieta „bez”. Nie jest w ogóle brana pod uwagę kwestia religijna. Pacjent mówi o tym, że on nie je mięsa ze względu na to, że jest muzułmanem, ale dla nas to nie jest istotne. Dla nas jest istotne to, że nie je tego mięsa. Więc nie jest zaznaczane to, że on jest muzułmaninem. (Włochy)

Respondent ze Szwecji zapytany o pozyskiwanie informacji o wyznaniu osób hospitalizowanych przyznał, że takie dane zwykle nie są zbierane. Równocześnie stwierdził, że jako lekarz psychiatra zadaje podczas wywiadów lekarskich pytanie o wyznawaną religię, uznając, że ta kwestia jest istotna w procesie leczenia.

W większości wypadków na pewno bardziej nas to interesuje, czy pacjent mówi po szwedzku i jaki jest jego język oryginalny – trzeba się dogadać. No i oczywiście są pytania standardowe o jedzenie. Żeby nie było dyskryminacji

z powodów religijnych, to z reguły pada pytanie „jaką masz dietę?” i z reguły przy tym wychodzi czy ktoś jest z islamu, czy buddystą, hinduistą, czy jest wegetarianinem. Chodzi o to, żeby nikogo nie urazić. Bardzo często Szwedzi nie lubią zadawać pytań wprost o religię, ale z drugiej strony chcą zadbać, żeby nikt nie poczuł się urażony, żeby osoba innego wyznania nie dostała na przykład wieprzowiny na talerzu i dlatego pytają o tę dietę. Natomiast my bardzo często, znaczy ja jak zbieram wywiad, to zawsze pytam o religię, bo uważam, że jakby to jest spora część pacjenta. (Szwecja)

Respondent ten zaznaczył, że zadaje pytania o wyznanie z równoczesnym podkreśleniem, że osoby pytane nie mają obowiązku udzielać takiej informacji, że to jest kwestia prywatna, która może pozostać nieujawniona.

Też wychodzimy z założenia, że nie ma obowiązku odsłaniania swojej tożsamości religijnej i dużo osób uważa to w Szwecji za pytanie trochę niegrzeczne, zapytanie wprost o religię. Więc na przykład ja jak stawiam pytanie, to zawsze stawiam na początku, że „uważamy, że to jest ważne, żebyś odpowiedział, nie musisz odpowiedzieć, jeżeli uważasz, że to jest dla ciebie jakoś zagrażające, czy że miałbyś się obrazić z tego powodu, ale chcielibyśmy się dowiedzieć jaką masz religię”. Staramy się raczej bardziej w Szwecji ostrożnie do takich spraw podchodzić i temat religii jest też tematem tabu. To jest rzecz prywatna, o której się nie mówi. (Szwecja)

Natomiast respondentka z Wielkiej Brytanii przyznała, że w karcie pacjenta mogą być wpisane m.in. informacje o wyznaniu, narodowości oraz języku, którym posługuje się osoba hospitalizowana.

Tak każdy pacjent, który jest zarejestrowany ma wpisane jego wyznanie, jego narodowość. To w każdej karcie pacjenta mamy zapisane. Tak samo osoby, z którą mamy się kontaktować i numery. To są dane osobowe, nawet jak ja wypełniam swój formularz zatrudnienia, to każdy wypełnia tak samo to wszystko. Jest rubryczka, że nie musisz tego podawać, jeśli nie chcesz, ale zawsze jest zapytanie o twoją narodowość i wyznanie i preferencje i język, w jakim się komunikujesz, w jakim potrafisz rozmawiać. W karcie pacjenta to jest zawsze wpisane. Ja otwieram, bo mamy wszystko teraz online, i widzę w jakim języku się kontaktuje, jaki jest jego narodowy język, w jakim potrafi rozmawiać. Robimy też zawsze adnotację, że pacjent nie komunikuje się w języku angielskim, że potrzebny jest tłumacz. To ułatwia nam pracę. (Wielka Brytania)

Respondentka ze Stanów Zjednoczonych przyznała, że system rejestracji do szpitala obejmuje zapisanie także wyznania osoby przyjmowanej, co sprawia, że informacja ta jest łatwa do znalezienia przez personel placówki.

Świadków Jehowy mamy bardzo dużo. To my znamy Świadków Jehowy, bo wszystko jest elektroniczne w Ameryce, więc (...) jak wpisuję pacjenta imię, to już mam napisane, że on jest Świadek Jehowy. (USA)

Respondentka wyjaśniła, że dane pozyskiwane podczas wywiadów towarzyszących przyjęciu do szpitala to nie tylko informacje o wyznawanej religii, ale też wynikające z tego potrzeby o charakterze duchowym/religijnym (np. zgłaszana jest chęć przyjęcia komunii).

Jakiej jest religii, czy potrzebuje komunii (ma taką opcję, że mogą zaznaczyć). I to wszystko elektronicznie już idzie do chaplain-a. (...) Czy on chce, na przykład, czy chce mieć przedłużane życie. (...) „Czy ty, w razie jak zatrzyma się serce, przestaniesz oddychać, czy mamy tobie pozwolić w tym momencie odejść w szpitalu”, albo że jesteś, że „wszystko chcesz mieć zrobione”, to znaczy, że my zawołamy specjalny taki zespół ludzi i my po prostu podejmiemy akcję reanimacyjną. Czyli pacjent zostanie zaintubowany, pacjent zostanie podjęty, że my mu będziemy robić, że go zreanimujemy, resuscytację. „Do not resuscitate”. I to jest jedno z moich pytań przy admission. I w momencie jak mi on powie „ja nic nie chcę, bo mam taką chorobę, że ja już jestem starszy, chcę umrzeć”, wtedy ja też wołam tego chaplain-a, bo oni się też zajmują tą końcówką życia. I on przychodzi, rozmawia z pacjentem, podpisują papiery, ja wprowadzam to do komputera, lekarz to podpisuje, zakładamy taką specjalną obrączkę pacjentowi na rękę, żebyśmy to wiedzieli. Bo jeżeli jest taka sytuacja, to wszystko się dzieje bardzo szybko. I mamy to też w komputerze. Wiemy, to jest na pierwszej stronie, że widzimy „do not resuscitate”, po prostu pacjent chce umrzeć bez tych dramatycznych akcji, bez przenoszenia go na intensywną, na unity, gdzie on będzie oddychał przez wentylator. I w tym pomagają nam właśnie ci chaplain-i, gdzie ich rola jest nie tylko, żeby zająć się spirytualnym życiem. Oni też mają więcej rzeczy. Czasami wyedukowania rodziny na ten temat, co się dzieje z pacjentem i, że jak to jest w religii. Bo wiele religii jest takich, że musisz ratować do końca, tak jak w hinduizmie. African Americans dla nich w ogóle coś takiego, żeby pozwolić pacjentowi nawet bardzo choremu [umrzeć], który ma raka rozlanego wszędzie i praktycznie nie ma żadnych szans na przeżycie, my musimy walczyć

do końca. A są ludzie, z takich białych, którzy nie chcą, żeby było robione nic. Żeby po prostu dać mu spokojnie umrzeć. I to jest właśnie jeszcze ta różnica religijna. I wiemy, że African Americans to walczymy do końca, nie ma to żadnego sensu, ale tak u nich jest. Oni nie mogą podjąć decyzji, że poddajemy się, umieramy. My takie rzeczy po prostu wiemy, bo pracując w tym wiemy i zawsze chaplain nam w tym pomaga i rozmawia z tymi ludźmi. I on tak jakby to wszystko tłumaczy, tak bardziej spirytualnie dla nich. (USA)

Symbole religijne oraz przedmioty o charakterze religijnym

Zaobserwowano różną skalę obecności treści religijnych w szpitalach w poszczególnych krajach.

Lekarz z Francji twierdził, że w jego kraju w szpitalach brak jest symboli religijnych. Natomiast, jeżeli osoba hospitalizowana sobie tego życzy, to może umieścić przy swoim łóżku symbole swojej religii. Wyjaśnił, że nikt nie będzie miał tego za złe.

Położna z Włoch twierdziła, że w szpitalu, w którym pracuje pacjentki miewają swoje różańce, obrazki lub inne przedmioty związane z wyznawaną religią. W części sal są też krzyże na ścianach. Zdarza się także, że taki krzyż jest zdejmowany przez osobę hospitalizowaną, a potem ponownie zawieszany – respondentka nie wiedziała wprawdzie, kto zawiesza zdjęte krzyże, ale twierdziła, że nie zajmuje się tym personel szpitala. Podzieliła się też refleksją, że tak krzyże na ścianach, jak i choinki w okresie świątecznym traktuje jako przejaw kultury, a nie religii.

Więc ja byłam w tamtej sytuacji [zdejście krzyża ze ściany przez jedną z osób hospitalizowanych], ten krzyż komuś przeszkadzał, ktoś go zdjął i ja w tamtej sytuacji mówiłam, że w zasadzie nie powinien być, bo państwo jest oddzielone od Watykanu i interwencja Kościoła nie powinna być w placówkach publicznych ani żaden przejaw Kościoła, no ale ten krzyż został potem powieszony z powrotem na tej ścianie. Ale ja się upieram, że to jest kultura, że to nie jest chrześcijaństwo. (Włochy)

Lekarz ze Szwecji wyjaśnił, że w jego szpitalu brak jest symboli religijnych, a szpital jest uznawany za świecki. Symbole religijne mogą się pojawić jedynie wtedy, gdy przyniosą je osoby hospitalizowane.

To by też nikomu do głowy nie przyszło, żeby mieć jakiegokolwiek religijne symbole na ścianach w świeckim szpitalu. (...) państwo jest areligijne z definicji. (Szwecja)

Respondenta dopytywano też o to, czy w szpitalach podejmowane są działania chroniące świeckość, np. ograniczające aktywność duchownych w obrębie szpitala? W odpowiedzi stwierdził, że brak jest takiej potrzeby, ponieważ manifestowanie religijności w przestrzeni publicznych placówek ochrony zdrowia należy do rzadkości.

Nie ma takiej potrzeby. Przede wszystkim religia w Szwecji jest bardzo marginalna. Po prostu nie ma takiej potrzeby. Myślę, że gdyby ktoś zaczął nawracać innych albo pojawił się ktoś ze Świadków Jehowy, to pewnie chciałby rozdáwać innym pacjentom broszurki, to prawdopodobnie personel by poprosił, by tego nie robić, mówiąc o tym, że to jest świecki szpital i można to robić poza terenem szpitala. (...) Szwecja jest bardzo odstającym krajem i na to nas uczulali, Szwedów zwłaszcza, żebyśmy nie zapominali, że Szwecja jest bardzo areligijnym krajem. Tu też nie ma jakiś osób przeciwko religii, trudno być przeciwko czemuś, co nie istnieje. (Szwecja)

Respondentka z Wielkiej Brytanii twierdziła z kolei, że w pokojach osób hospitalizowanych zwykle nie ma symboli zawieszonych na ścianach. W przypadku oddziałów, w których zwraca się szczególną uwagę na ryzyko infekcji (np. oddziały intensywnej terapii) osoby tam przebywające nie mogą mieć nawet prywatnych przedmiotów o charakterze religijnym, np. obrazków.

Na przykład na intensywnej terapii nie można, bo jest po prostu ryzyko infekcji. Generalnie rzeczy przy łózkach pacjentów są zabierane i trzymane w schowku, gdyż to też jest ryzyko infekcji. Jeżeli pacjent leży dłużej w szpitalu, to pozwala mu się na trzymanie jakiś zdjęć, kartki czy obrazka. Nikt mu tego nie zabierze i może to mieć przy łóżku. Nie ma w salach ani na zewnątrz żadnych obrazów, krzyży. (Wielka Brytania)

Kaplice szpitalne

Osoby badane zapytano o obecność kaplic w placówkach szpitalnych. Lekarz ze Szwecji przyznał, że w szpitalu, w którym pracuje jedynym miejscem nacechowanym religijnie jest kaplica szwedzkiego Kościoła luterańskiego, który do 2000 roku posiadał status Kościoła państwowego. Wyjaśnił, że lokal, w którym znajduje się kaplica należy do placówki medycznej – szpital udostępnia miejsce na kaplicę, a Kościół opiekuje się kaplicą. Stwierdził też, że posługa kapłanów i kapłanek szwedzkiego Kościoła luterańskiego jest finansowana przez Kościół.

Co istotne, kaplica została zaplanowana jako miejsce dla wszystkich, dlatego jej wystrój jest minimalistyczny. Respondent określił go jako „maksymalnie neutralny”. Co więcej, poinformował, że kaplica została zaprojektowana jako miejsce dla osób przynależących do różnych wyznań, choć przyznał, że „jak na razie nikt nie wyraził chęci wieszania religijnych symboli”.

(...) jest kaplica należąca oficjalnie i obsługiwana przez szwedzki Kościół (...), która jest – jak to w szwedzkim Kościele – dość otwarta dla wszystkich. Każdy może wejść, każdy może się pomodlić, każdy może zapytać... Ja nawet nie wiem, czy są jakieś symbole religijne w tej kaplicy, bo oni starali się to zrobić tak neutralnie, jak się tylko da. (Szwecja)

Tłumaczył też, że kaplica jest otwarta dla wszystkich – określił to miejsce jako „pokój modlitw”. Przyznał, że bardzo by się zdziwił, gdyby zakazano korzystania z kaplicy osobom innych wyznań.

Nie ma żadnej kaplicy innych wyznań, nikt nie zgłaszał potrzeby również. Więc pytanie, co by szefostwo zrobiło, gdyby ktoś wyszedł z taką propozycją, ale jak na razie nie ma. (Szwecja)

Respondent wyjaśnił, że w Szwecji brak jest przepisów regulujących funkcjonowanie związków religijnych w szpitalu – „wszystko opiera się na tradycji i dobrej woli”. Są natomiast przepisy regulujące możliwość spotkania z osobami duchownymi w więzieniach – „służby więzienne mają obowiązek zapewnić księdza albo odpowiednik w zależności od religii. Szpital nie musi”.

Natomiast respondent z Francji przyznał, że kaplice często znajdują się w starych francuskich szpitalach, w nowych natomiast nie są już budowane, co związane jest z zasadą laickości państwa. W szpitalach nie ma też wyodrębnionych

miejsc do odbywania praktyk religijnych przez osoby wyznań niechrześcijańskich, np. muzułmanów.

W niektórych starych szpitalach są kaplice. Można się pomodlić, jak ktoś chce i każdy może wejść, nawet muzułmanin. (Francja)

Położna z Włoch przyznała, że w jej kraju duchowni rzymskokatoliccy są zatrudniani w szpitalach. W placówkach tych zwykle znajdują się też kaplice.

Ja myślę, że we wszystkich szpitalach są kaplice, głównie są to kaplice chrześcijańskie, jak nie katolickie. Są to kaplice, w których mogą się modlić wszyscy, ale jest symbol krzyża. Czasem przechodzę koło takiej kaplicy, jak idę do pracy i owszem są ławki, jak w kościele i jest krzyż, ale to jest miejsce, gdzie mogą się modlić. To nie jest miejsce, w których modlą się muzułmanie ani Żydzi, na pewno. Jest kapelan i on jest do usługi, że tak powiem. (Włochy)

Respondentka z Wielkiej Brytanii, zapytana o kaplice szpitalne, stwierdziła, że są to miejsca o charakterze wyznaniowym. I choć zwykle są związane z wyznaniem dominującym na danym obszarze, to w szpitalach dba się także o miejsca modlitw, z których mogą korzystać osoby identyfikujące się z innymi religiami.

Te kapliczki są wyznaniowe, ale tak jak mówię, zawsze jest miejsce do modlitwy dla muzułmanów. (...) Ale jeżeli pacjent zażyczy sobie innego wyznania, to też jest to dostępne. Tylko te kapliczki są w wyznaniu, które przeważa, dominującą religią. W niektórych szpitalach była taka kapliczka muzułmańska, tak samo jak była chrześcijańska. W niektórych były protestanckie, katolickie. Nigdy się nie pytałam z czego wynika jaka. Wydaje mi się, że wielu pacjentów czy lekarzy, pielęgniarek poprosiło i to się stworzyło na życzenie. (Wielka Brytania)

Respondentka ze Stanów Zjednoczonych kaplicę, która znajduje się w jej szpitalu, opisała terminem „uniwersalna”. Stwierdziła, że w tym miejscu „może się odbyć każde nabożeństwo”. Przyznała też, że w trakcie dwudziestoletniej pracy w tej placówce zauważyła stopniowe odchodzenie od *stricte* wyznaniowego charakteru kaplicy. O ile najpierw kaplica miała bardziej rzymskokatolicki wystrój, to z biegiem czasu stał się on bardziej uniwersalny, choć, jak wynika z opisu, ciągle silnie zakorzeniony w estetyce i symbolice chrześcijańskiej. Respondentka przyznała, że osoby wyznające islam mają inne miejsce do modlitwy.

Jak ja zaczęłam pracę 20 lat temu to to był katolicki bardziej [kaplica] i tam odbywały się na przykład co niedzielę msze katolickie. Ale teraz zmienili to, że nie ma takiego odczucia, że jest to dla katolików, już nie. Bo są tam wszystkie inne wota, nawet dla grekokatolików, jakieś ikony, krzyż, świece. Także można się zawsze przyjść, pomodlić, dużo ludzi przychodzi przed pracą, po pracy, dużo rodzin pyta, gdzie można iść i się pomodlić. (USA)

Miejsca modlitw dla osób wyznających islam

Osoby badane zapytano też o istnienie w placówkach medycznych miejsc modlitw dla osób wyznających islam.

Lekarze z Francji i Szwecji stwierdzili, że na terenie szpitala brak jest wydzielonego pomieszczenia, które mogłoby służyć muzułmanom i muzułmankom jako miejsce modlitwy. Respondent ze Szwecji przyznał, że zwykle osoby te wykorzystują „kącik na korytarzu”, choć zdarza się także, że modlą się w kaplicy luterańskiej, co w Szwecji nie jest zjawiskiem niecodziennym.

Na terenie szpitala nie mają jakichś miejsc spotkań. Zdaje się, że raz widziałem nawet, jak ktoś tam się modlił z muzułmanów, akurat w tym samym miejscu, bo kaplica jest otwarta, każdy może wejść i się pomodlić. (...) Czasami, jak jestem na dyżurze, widzę jak się ktoś modli, mają taki swój kącik, ale to na korytarzu. Niestety nie mają jakiejś swojej własnej, ale chyba założenie jest takie, że mogą korzystać z jakby pokoju modlitw, który jest dość neutralny. Plan był taki, że to ma być dla wszystkich. (...) W wielu miastach szwedzkich Kościół udostępnia swoje kościoły dla muzułmanów, jak nie ma meczetu na przykład. I nie widzą w tym problemu. (Szwecja)

Respondentka z Włoch również przyznała, że w jej miejscu pracy osoby wyznające islam nie mają wydzielonych miejsc do modlitw.

Jeśli chodzi o muzułmanów, to w szpitalu to raczej nie ma takiego miejsca, żeby mogli się modlić. Oni często wychodzą w momencie, kiedy mają się modlić, idą w jakieś miejsce, gdzie mogą się modlić. (...) Często się zdarza, że kobiety pochodzenia wschodniego, czyli z Bliskiego i Dalekiego Wschodu posługują się telefonem, na którym albo mają zarejestrowane modlitwy i pieśni religijne, albo się łączą z jakimś... Ja myślę, że czasem się łączą przez Internet albo

z jakąś placówką, gdzie odbywają się modlitwy, albo mają nagrywane i zdarza się, że wchodzę i to wcale nie tak rzadko, że wchodząc do pokoju słyszę śpiewy i modlitwy z telefonu. Kobiety się modlą, w pokoju. (Włochy)

Natomiast pielęgniarka ze Stanów Zjednoczonych przyznała, że w szpitalu, w którym pracuje osoby wyznające islam mają wydzielone miejsce modlitwy. Podobnie relacjonowała lekarka z Wielkiej Brytanii.

Muzułmanie mają osobny swój pokój, ponieważ oni muszą mieć ten dywanik i ten dywanik musi być zwrócony w odpowiednią stronę świata. No to oni mają w innym miejscu taki swój pokój, gdzie jest dużo lekarzy. Pacjentów nie możemy wyprowadzić z oddziału, żeby oni tam poszli się pomodlić. Pacjenci często modlą się po prostu z rodziną u siebie w pokojach, zwracają się w kierunku tej strony świata, gdzie powinni się odwrócić. Pacjent nie może wyjść z oddziału, bo to za duża odpowiedzialność jest dla szpitala, bo może mu się coś stać na schodach, także oni nie wychodzą. Ale rodziny, zawsze im mówię, gdzie jest ten pokój, oni sobie tam idą, znajdują go i tam się modlą. (USA)

Jest oddzielne miejsce. Nie wiem czy we wszystkich. W tych, w których pracowałam w większości zawsze jest albo kapliczka, albo miejsce, gdzie ktoś może sobie pójść i zrobić co zechce. Nawet jak nie ma na intensywnej terapii i ta kapliczka jest gdzieś dalej, to mamy np. miejsce dla rodzin pacjentów, którzy mogą sobie tam przyjść. I jeżeli ktoś chce tam się pomodlić w spokoju, to też udostępnia się to na ten czas. Albo niektóre szpitale, większość w zasadzie ma taką małą kapliczkę, albo miejsce dla muzułmanów, którzy chcą się pomodlić. To jest zazwyczaj w każdym szpitalu. (Wielka Brytania)

Posługa duchowa w szpitalach

Osoby badane generalnie przyznawały, że w ich krajach duchowni odwiedzają tylko te osoby hospitalizowane, które o to poproszą. Nie obserwują znanego im z Polski zjawiska, gdzie duchowni rzymskokatolicy odwiedzają „rutynowo wszystkich”.

Tu, jeśli ktoś poprosi księdza to ma prawo. (...) Takie mam wrażenie, że to rzadki problem. Taki ksiądz jak dojdzie do jakiegoś łóżka, do kogoś kto wyraził

taką prośbę, że ktoś np. umiera, no to raczej nikt nie stawia sprzeciwu. Jeśli chodzi o katolickie. Jeśli chodzi o jakiegoś imama to może byłoby inaczej. (...) jakoś ksiądz jest być może bardziej tolerowany (Francja).

W Szwecji obecność duchownych szwedzkiego Kościoła luterańskiego w przestrzeni szpitala jest bardzo dyskretna – respondent pomimo wielu lat pracy w jednej placówce, nie wiedział, że osoby duchowne odwiedzają wiernych. Dowiedział się o tym dopiero po rozmowie z pastorką. Ta wyjaśniła, że odwiedziny najczęściej odbywają się w godzinach popołudniowych, by „nie przeszkadzać”.

Pastor chodzi po szpitalu (o czym nie wiedziałem), ale robią to dyskretnie i się nie narzucają. Czasami sami oferują rozmowę. Nigdy mi się pacjenci nie skarżyli. Im nie chodzi o nawracanie, bardziej o to, żeby wysłuchać, pocieszać – niezależnie od religii pacjenta, są otwarci na wszystkich. (...) [pastorka] nigdy nie spotkała się z jakimś nieprzyjaznym traktowaniem ani od personelu, ani od pacjentów. Większość w Szwecji ma obojętny stosunek do religii – to po prostu nie budzi emocji, raczej wzruszenie ramion. (Szwecja)

Respondent wyjaśnił, że placówka szpitalna wprawdzie nie pośredniczy w kontaktach pomiędzy osobami pacjenckimi a duchownymi, ale personel pomaga, jeżeli zostanie o to poproszony, dysponuje bowiem listą osób duchownych, z którymi można się kontaktować (opisywana lista to inicjatywa o charakterze lokalnym). Podkreślono, że podczas posługi duchowej obowiązują takie same zasady odwiedzin u osób hospitalizowanych, jak w przypadku innych odwiedzających.

[Pacjent] może albo sam zadzwonić, ale na oddziałach wystarczy pogadać z pielęgniarką (...) – jest po prostu lista dyżurnych telefonów. Problemy się zaczynają, jak ktoś jest bardziej egzotycznego wyznania. To wtedy czasami nie mamy dostępu. Czasami mamy dostęp do [numerów] telefonów – na przykład do katolickiego księdza nie ma problemu zadzwonić, wiemy, gdzie on jest, czy lokalnego imama też wiemy. Wiemy, że jak ktoś ma taką potrzebę to da się załatwić. Pacjent musi wyjść z inicjatywą. Nie ma czegoś takiego, że ktoś przychodzi z zewnątrz i zaczyna mówić, bez naszej zgody, pacjenta zgody, z pacjentami. (Szwecja)

Położna z Włoch dopytywana o odwiedzanie pacjentek przez kapelanów szpitalnych przyznała, że teraz rzadziej widuje ich w szpitalu, co może mieć związek

z ograniczeniami wizyt podczas pandemii, ale także z negatywnymi reakcjami personelu i pacjentek. Te związane były ze specyfiką oddziałów położniczych, gdzie kobiety podczas wizyt kapelanów „czuły się podglądane” – nie respektowano ich prawa do prywatności.

Kiedyś, jeszcze jakiś czas temu to ten kapelan chodził po szpitalu i odwiedzał chorych. W tym momencie dużo mniej. Kapelani na sali porodowej w zasadzie są źle widziani, ze względu na to, że kobiety są obrażone. I również na położnictwie nie są dobrze widziani. Niezadowolenie personelu z tego względu, że no w końcu kobiety mają prawo do prywatności. Bo kapelani, księża, w zasadzie ja pamiętam, z Polski jeszcze, ale tutaj też mi się zdarzyło – po prostu wchodzi, mówią „dzień dobry”, ale wchodzi. Po prostu wchodzi. Nie to, że pukają, „dzień dobry jestem księdzem, mogę wejść?”. Nie, nie pukają, wchodzi, mówią „dzień dobry”. Stawiają osobę przed faktem, że istnieją, że weszli i muszą być przyjęci w jakiś sposób. To są sytuacje śmieszne, bo jak się to zdarza na położnictwie po południu, no to powiedzmy sobie może być, ale jak się to zdarza w godzinach porannych, no to nie jest mile widziany. Na położnictwie mówię. Na innych oddziałach, no to nie mogę na ten temat powiedzieć, bo nie wiem, ale na położnictwie no to jest raczej krępujące. To się zmieniło ostatnio. Ostatnie 2, 3 lata to były lata z covidem, więc nikt nie mógł wejść poza ojcem dziecka czy osobą, która towarzyszyła kobiecie podczas porodu. Więc, no to się zmieniło, ale ja nie wiem, czy to będzie w dalszym ciągu tak samo jak było kiedyś. Zobaczymy, jak będzie. Teraz się nie pojawiają, nie będą pojawiać. Teraz na porodówki w ogóle nie wchodzi. (Włochy)

Położna zapytana o odwiedzanie pacjentek przez osoby duchowne innych wyznań przyznała, że nie raportowano problemów związanych z takimi wizytami.

Zdarzyło mi się widzieć duchownych innych wyznań, ale rzadko. Na przykład pastor Kościoła protestanckiego przyszedł odwiedzić, razem z całą grupą osób z Kościoła, który przyszedł odwiedzić. No, kilka razy mi się to zdarzyło, ale to nie jest częste. (Włochy)

Respondentka podkreśliła też bezdyskusyjne prawo osoby hospitalizowanej do kontaktu z wybraną osobą duchowną.

Istnieją prawa pacjenta, istnieją prawa pacjentek i trzeba ich przestrzegać. Jeżeli pacjent chce tego typu kontaktu, nie można mu tego zabronić. Jeżeli to

jest sprawa, którą można odsunąć na moment, w którym łatwiej, ze względu na sprawy organizacyjne, głównie oddziałów czy szpitala, no to można taką sytuację kontaktu z księdzem odsunąć. Ale są również sytuacje, w których ten ksiądz jest potrzebny już. W tym sensie, że go wymaga od razu. (Włochy)

Respondentka dopytywana, czy istnieją systemowe rozwiązania w placówkach szpitalnych ułatwiające osobom hospitalizowanym nawiązanie kontaktu z osobami duchownymi przyznała, że personel szpitala nie zajmuje się tym.

Jest kaplica i tam się tym zajmują, my się tym nie zajmujemy. Mamy podejście do tego bardzo neutralne. Znaczy nie to, że nie akceptujemy. Owszem, akceptujemy wszystkie aspekty życia kobiety, ale (...) jeżeli kobieta mnie poprosi o kontakt z księdzem, to ja mogę tylko wysłać do kaplicy w tym momencie i nigdzie indziej. (Włochy)

Respondentka z Wielkiej Brytanii w podobny sposób wypowiedziała się o zasadach odwiedzin pacjentów i pacjentek przez osoby duchowne.

Tam jest tak, że kapłan podejdzie do tej osoby, która o to poprosi. Nie ma czegoś takiego, że kapłan będzie podchodził do wszystkich po kolei, albo że będzie zakładał [że ktoś jest wyznania rzymskokatolickiego]. Takie rzeczy będą wtedy bardzo nie na miejscu. Ponieważ wiadomo, że tam są choćby katolicy i protestanci. To już jest pierwsza rzecz. To nie jest tak, że kapłan sobie przychodzi na oddział. Przychodzi tylko wtedy, kiedy jest wezwany do określonego pacjenta na określone życzenie. To nie jest tak, że on sobie przychodzi. Pamiętam, jak byłam stażystką [w Polsce], to rzeczywiście był kapłan, który sobie chodził po tym oddziale w niedziele. Tak, pamiętam teraz, bo pochodzę z Białegostoku, gdzie są prawosławni i katolicy. Przychodził ksiądz i batuszka i tam chodzili. W Anglii czegoś takiego nie ma. W ogóle nie ma czegoś takiego, że ktoś sobie wejdzie do szpitala po prostu tak, a tym bardziej kapłan. Zazwyczaj to jest kwestia, że jest on zawołany na życzenie pacjenta i jest dostępny w określonych godzinach. (Wielka Brytania)

Respondentka ze Stanów Zjednoczonych opowiadała o zakresie obowiązków osób pełniących funkcje kapelanów szpitalnych – te daleko wykraczają poza jedno wyznanie. Przyznała, że w szpitalu, w którym pracuje kapelan swoją opieką obejmuje osoby identyfikujące się z różnymi religiami.

Od początku było, że mieliśmy taką osobę jak chaplain, który jest w stanie „pokryć” wszystkie religie. Taka uniwersalna religia, że on potrafi zrozumieć muzułmanów, katolików, protestantów, ludzi niewierzących i też takich, jak ktoś potrzebuje mieć wsparcie duchowe – ta osoba, ten chaplain to zapewnia. On jest zatrudniony. Nasz szpital jest duży, 700 łóżek, jest kilku ich zatrudnionych, że 24 godziny, jeśli pacjent ma takie rozterki, potrafimy zapewnić mu opiekę. (...) My mamy być wrażliwi, że takie osoby są, że mają różne potrzeby kulturalne i w takie detale nie musimy wchodzić, bo ten chaplain... to jest ta komórka, gdzie nawet jak ja nie za bardzo wiem o co chodzi temu pacjentowi, to nie jest moja rola. Moją rolą jest zadzwonienie, że mam takiego pacjenta, rodzina chce się spotkać z chaplain-em, chce się pomodlić albo chce, żeby zorganizował coś dla nich, w ich religii i oni się już tym zajmują. (USA)

To jest wszystko w szpitalu i szpital to organizuje. To właśnie ta komórka tych wyznań spirytualnych, ci chaplaini, oni się tym zajmują. Ale na przykład, gdy ja mam pacjenta katolickiego i on chciałby dostać katolickiego księdza, dzwonię do nich i pytam się, czy jest jakiś ksiądz, żeby go skontaktowali, czy ktoś przyjdzie, bo chce pacjenta zobaczyć. Oni też są tacy uniwersalni, bo mogą na przykład podać komunię i dużo mamy takich wolontariuszy, że codziennie rano na oddziale ktoś idzie i pyta się pacjentów, czy chce ktoś komunię. My nie raz wiemy, bo pacjent mówi „jestem katolikiem, chciałbym mieć komunię”. Możemy do nich zadzwonić, więc oni będą codziennie przychodzić. Oni zajmują się też sprawą śmierci, także to już my, pielęgniarki i lekarze wycofujemy się. Jeżeli ktoś umiera, dzwoniemy po chaplain-a, on przychodzi i on pyta się tej rodziny, jakie są ich potrzeby. Czy potrzebują zobaczyć księdza katolickiego, czy ktoś potrzebuje namaszczenie lub jakiś inny obrządek i dalszy proces z tym, żeby po prostu został tak jakby zorganizowany pochówek, gdzie te zwłoki mają być wysłane. No to ci chaplain-i się zajmują tym. (USA)

Respondentka twierdziła, że osoby te posiadają kierunkowe wykształcenie teologiczne lub religioznawcze, ale nie muszą być osobami duchownymi. Wielokrotnie podkreślała, że ich wsparcie i posługa duchowa kierowane są do osób różnych wyznań.

Jak ja do nich dzwonię, to oni bardzo dobrze znają wszystkie religie. To będzie teologia i religioznawstwo. Tego rodzaju. (...) Ta otoczka spirytualna jest bardzo duża w szpitalu i w zasadzie ten proces takiego healing zaczyna się od nas i od nich. U nas wydaje mi się, że jest przynajmniej z 15 zatrudnionych na

700 pacjentów. Bo oni muszą pokryć 7 dni w tygodniu, 24 godziny, oni pracują w nocy, oni pracują w dzień, oni przychodzą, rozmawiają z pacjentami, oni mają dużo wolontariuszy, z którymi organizują to, że jest ta komunia rozdawana w szpitalach, że te wszystkie obrządkie dla pacjentów są zapewnione i oni kierują tymi sytuacjami kryzysowymi, jak ktoś umiera, jak przychodzi ktoś z wypadków, że trzeba z tą rodziną nieraz się modlić, uspokoić, rozmawiać. Także oni mają bardzo dużą rolę w szpitalu. (USA)

Do obowiązków takiej osoby należy także zorganizowanie modlitw dla personelu, jeżeli pojawi się taka prośba. Taka modlitwa zwykle ma charakter uniwersalny i uczestniczą w niej osoby różnych wyznań. Respondentka opisała wspólną modlitwę zorganizowaną przez kapelana w intencji jednej z pracownic.

Myśmy na przykład ostatnio, nasza koleżanka z pracy jest katolikiem, bo to jest Filipinka, miała operację i też zadzwoniliśmy do chaplaina, czy by nie mógł przyjść do nas i zorganizować taką modlitwę. No to on po prostu się modli i każda z nas, wiadomo, że jest wiele religii, bo pracujemy z grupą różnych ludzi, wierzą, nie wierzą, są katolikami, protestantami, wierzą w Lorda. I ta modlitwa jest taka uniwersalna, gdzie trzymają się za ręce i on po prostu powiedział kilka słów modlitwy do Boga, która praktycznie jest tak uniwersalna, że jest dobra w każdej religii. Bo też mamy koleżankę muzułmankę i też się z nami modliła. Oni to potrafią jednak tutaj zorganizować, że jest to modlitwa dla wszystkich, że nikt się nie czuje, że ja nie mogę w tej modlitwie uczestniczyć, bo ona nie jest dla mnie. (USA)

Praktyki religijne w szpitalach

Osoby biorące udział w badaniu pytano także o indywidualne lub zbiorowe praktyki religijne odprawiane w szpitalach.

Respondent ze Szwecji przyznał, że w jego szpitalu osoby hospitalizowane mają pojedyncze pokoje, jeżeli zatem chcą się pomodlić lub odprawić jakiś obrzęd religijny, mają ku temu odpowiednie warunki.

U nas są indywidualne [pokoje], więc problem można powiedzieć jest rozwiązany. Jak to jest w innych szpitalach, nie wiem. Raz widziałem taką sytuację, nawet nie że ksiądz, ale diakon i cała rodzina czuwała przy umierającym

pacjencie. Śpiewali psalmy i mieli swój własny krzyż. To był jakiś szwedzki Kościół mniejszościowy, nie główny szwedzki, jacyś zielonoświątkowcy czy coś takiego, tu jest dużo tak zwanych wolnych Kościołów. Nikt im nie przeszkadzał, byli w swoim pokoju. Trochę głośno było, słychać było, że śpiewają czasami, ale mieli prawo, chcieli pożegnać godnie swojego krewnego, nikt jakby tego nie zabraniał. (Szwecja)

Respondentka z Wielkiej Brytanii przyznała, że gdy stan chorego jest poważny, zwykle przebywa on w jednoosobowej sali i tam ma miejsce na przykład sakrament spowiedzi.

Położna z Włoch zapytana o modlitwy, medytacje lub obrzędy odprawiane w szpitalu opowiedziała o muzułmańskim rytuale szeptania narodzonemu dziecku modlitwy do ucha przez jego ojca oraz o podawaniu dziecku miazgi daktyla do ust.

Medytacje zdarzają się. Na przykład modlitwa muzułmanów do ucha dziecka; Były też jakieś rytuały związane na przykład, ale to są kulturalne, niezwiązane z religią absolutnie, na przykład muzułmanie z Maroka podają zaraz po urodzeniu dziecka miazgę daktyla, bo jest bardzo słodki, żeby... to jest kulturalna sprawa. Zdarzyło mi się coś takiego, zaobserwowałam coś takiego, co nie jest zgodne ze wszystkimi procedurami, więc się zastanowiłam, co z tym faktem zrobić w ogóle. Do buzi miazga daktyla. To jest bardzo słodkie, tym prawdopodobnie to kulturalnie jest zakorzenione w tych krajach, dlatego że nie ma innej metody na pustyni na przykład, jeśli dziecko nie ssie piersi zaraz po porodzie, no to jest takie ryzyko, że spadnie cukier i to dziecko będzie w złym stanie, więc może to jest związane z faktem... Nie mam pojęcia, może gest, może to jest faktycznie związane z tego typu obserwacją... (...) Byłam postawiona przed faktem. (Włochy)

Przywołała także inne zachowania zakorzenione kulturowo, z którymi spotyka się w swojej pracy na oddziale położniczym. Jednym z nich był zwyczaj niemycia się w trakcie połogu:

Kobieta po porodzie nie myje się przez jakiś czas. (...) I to długo trwa w czasie, przez cały połów prawdopodobnie, cały miesiąc czy 40 dni jakoś tak, bo połów mniej więcej trwa tyle. Nie myją się, nie myją włosów. (Włochy)

Dopytywana, w jaki sposób radzą sobie z tym problemem przyznała, że starają się zachęcić takie pacjentki do umycia się. Równocześnie jednak troszczą się o to, by nie ranić uczuć takich kobiet.

W miarę możliwości wysyłamy je pod prysznic. Oczywiście, nie to, że bierzemy je za rękę, idziemy z nią pod prysznic. To są trudne sytuacje. Żeby nie obrazić uczucia związane z religijnością i z szacunkiem do ich kultury, to raczej się nie interweniuje. Interwencja następuje w momencie, kiedy ten brak higieny jest w jakiś sposób zagrożeniem, jeśli chodzi o stan zdrowia. (Włochy)

Kolejnym zachowaniem definiowanym jako wywodzące się z kultury kraju pochodzenia pacjentek jest stosowanie wywarów ziołowych działających przeciwbólowo.

Kobiety chińskie, Chinki, podczas porodu, ale może raczej podczas pierwszej fazy porodu, czyli w czasie fazy rozwierającej się, rozwierania, przyjmują jakiś wywar z jakichś roślin. To nie tyle, że wszystkie. Kobiety, które tego potrzebują, więc ja nie wiem, jakie one mają tam, w jaki sposób one klasyfikują potrzebę przyjęcia tego wywaru, w jakim celu. W zasadzie, to jest wywar, który jest przeciwbólowy. Więc prawdopodobnie, w momencie, kiedy ból staje się bardzo intensywny proszą o tego typu mieszankę. I przychodzi pani starsza, Chinka, i im daje coś takiego, tylko że to się nigdy nie odbywa na oczach personelu, nigdy. Jeśli chodzi o to, Chińczycy są bardzo uważni, kryją się bardzo. (Włochy)

Respondentka dopytywana o sytuacje konfliktowe związane z odprawianiem modlitw lub rytuałów przez pacjentki przyznała, że niekiedy w kilkuosobowych salach zdarzało się, że pacjentki „manifestowały niezadowolenie w związku ze zbyt głośnymi modlitwami”. W takiej sytuacji zazwyczaj personel stara się „wygasić problem, sytuację problematyczną”. Zwykle konflikt najpierw próbuje rozwiązać personel niższego szczebla, następnie wyższego, a niekiedy w rozwiązanie sporu angażuje się cały zespół. W trudnych sytuacjach proszony jest też o pomoc psycholog szpitalny.

Lekarka z Wielkiej Brytanii zapytana o zasady regulujące odprawianie modlitw czy ich odtwarzanie w kilkuosobowych salach stwierdziła, że jeżeli pacjenci przeskadzaliby innym osobom na tyle, że te zgłosiłyby skargę, to taka osoba z pewnością zostałaby przeniesiona do izolatki. Twierdziła jednak, że wieloosobowa sala nie jest przeciwskazaniem do głośnego odtwarzania nagrań modlitw.

*Z grzeczności można się zapytać pacjentów. Jakby komuś to przeszkadzało i ktoś by to powiedział, to podejrzewam, że tak, wtedy taki pacjent przeniesiony byłby do izolatki. Ale że nie można przy innych, to raczej wątpię. Nawet, jak mamy na intensywnej terapii wiernego z islamu, którzy lubią sobie włączać te modlitwy i np. mamy długoterminowych chorych, to np. włączamy im te modlitwy na speakerze głośnomówiącym, jeżeli chcą nawet w wieloosobowej sali. **Na speakerze głośnomówiącym?** – Tak na speakerze głośnomówiącym, np. na intensywnej terapii, no bo jestem kardiochirurgiem, więc ja widzę pacjentów na oddziale albo intensywnej terapii. Był taki pacjent na intensywnej, który co wieczór włączał sobie na speakerze właśnie takie modlitwy przy innych pacjentach. I tam wszyscy tego słuchali. Niektórzy byli niezadowoleni, ale słuchali. No bo koleś chciał, to włączył i każdy musiał to tolerować. Jesteś w miejscu publicznym, jeśli Ci się nie podoba, to możesz pójść do prywatnego. W prywatnym szpitalu, bo tam też pracowałam, to kogo chcesz i kiedy, to ci przyprowadzą. Bo pamiętam, że mieliśmy pacjenta, który twierdził, że ma duchy w pokoju i chciał abyśmy wezwali egzorcystę. To ściągnęliśmy egzorcystę katolickiego, protestanckiego i jeszcze spirytualistycznego i trzech egzorcystów mu ten pokój wyświęcali, bo powiedział, że ma duchy w pokoju. To była taka śmieszna historia. Ale naprawdę w prywatnym szpitalu sprowadzili wszystkich dostępnych kapłanów, którzy się tym zajmowali, żeby ten pokój wyświęcić. (...) nie wiedziałam, dlaczego trzech a nie jednego, no bo nie wiedzieliśmy jakiego egzorcystę, ten pacjent też nie wiedział, dlatego wezwaliśmy trzech. A generalnie on chyba był Arabem ten pacjent. (Wielka Brytania)*

Respondentka dopytywana o sposoby rozwiązywania problemów związanych z zakłócaniem ciszy innym przez osobę, która odtwarza głośno nagrania modlitw lub programy religijne przyznała, że w sytuacji pojawiania się skargi najpewniej osoba zakłócająca ciszę zostałaby poproszona o korzystanie ze słuchawek. Podkreśliła jednak, że priorytetem jest zwykle rozwiązanie kompromisowe i troska o to, by nie ograniczać swobody wyznania osób hospitalizowanych.

Jest też opcja słuchawek. I jeśli w tym momencie ktoś by się poskarżył, to takiemu pacjentowi znajdzie się słuchawki. Jeśli chodzi o TV przy łóżku, to każdy telewizor ma słuchawki. Każdy może sobie coś tam słuchać. To jest taka kwestia. Podejrzewam, jak ktoś by się poskarżył, to byśmy mu znaleźli słuchawki. Tak by się raczej skończyło niż ograniczać jego wolę do modlitwy czy do tego wyznania. W Anglii zawsze się znajduje rozwiązanie czy kompromis,

aniżeli ogranicza się czyjąś swobodę wyznania. Z racji tego aktu [Equality Act], to jest pilnowane i szanowane. Jeśli jest skarga, to jest naprawdę wielka rzecz. Więc stara się zapewnić każdemu prawo do wygłaszania czy do wyznania swojej wiary. (Wielka Brytania).

Dieta wynikająca z wyznawanej religii lub światopoglądu

Osoby badane dopytywano o wyzwania dla placówki medycznej związane z przestrzeganiem diet wynikających z religii lub światopoglądu oraz o skargi ze strony osób pacjenckich związane z przestrzeganą dietą.

Respondent ze Szwecji przyznał, że w jego miejscu pracy takie skargi się nie pojawiają. Wyjaśnił, że system jest zorganizowany w taki sposób, że po przekazaniu informacji o przestrzeganej diecie osoba hospitalizowana otrzymuje takie posiłki, które może spożywać. Respondent wyjaśnił też, że szpital stara się przygotowywać posiłki, które mogą być akceptowane przez kilka grup religijnych. Natomiast w indywidualnych przypadkach szpital stara się dopasować menu indywidualnie.

Głównym wskazaniem do diety są wskazania medyczne. Ale w sprawach religijnych, to żeby było „minus wieprzowina”, starają się też to tak dopasować, że na przykład jak jest „minus wieprzowina”, to żeby było to też koszerne, żeby wszystkie wyznania, które nie jedzą wieprzowiny to objęło, starają się jakoś ekonomicznie to ustawić. Więc chyba jest tylko to i wegetariańska, ale ja też nie kojarzę, by któraś religia miała jakieś bardzo specyficzne wymagania. Natomiast, jeśli ma bardzo specyficzne wymagania, o których my nie wiemy, to się dopasowuje indywidualnie. (Szwecja)

Nieco inny obraz nakreślił respondent z Francji, który stwierdził, że w jego kraju brak jest systemowych regulacji dotyczących diet w szpitalach publicznych. Te pojawiają się w szpitalach prywatnych. Osoby hospitalizowane, które przestrzegają określonej diety wynikającej z zasad religii sami troszczą się o unikanie określonych potraw. Twierdził też, że w przypadku osób identyfikujących się z judaizmem i islamem sytuacja jest o tyle prostsza, że częstą praktyką jest zasada niepodawania w szpitalach posiłków zawierających wieprzowinę.

Z kolei respondentka z Wielkiej Brytanii wyjaśniała, że w jej miejscu pracy istnieje system ustalania diety osób hospitalizowanych na początku przyjęcia do szpitala. Następnie osoby te mają możliwość wybrania sobie jadłospisu i zamawiania określonych potraw. System ten przypomina zamawianie potraw w restauracji – osoby pacjenckie otrzymują bowiem menu, w którym znajdują się np. potrawy wegańskie czy *halal*.

*Każdy pacjent dostaje menu z rana. Każde menu zawiera halal czyli jedzenie muzułmańskie, postne, wegańskie, wegetariańskie i on sobie z tego wybiera to, na co ma ochotę. Rano robi sobie listę na śniadanie, obiad i kolację. I potem dostaje wszystko co sobie zażyczy. **Codziennie rano, nie raz podczas przyjęcia do szpitala?** Tak, codziennie rano, każdy pacjent dostaje menu, to jest karta dań. To jedzenie jest słabej jakości, ale jest różnorodność. Jeżeli pacjent chce halal kurczaka, to dostanie halal kurczaka. I to menu zmienia się co kilka dni, czy codziennie, już nie pamiętam. [...] Niektóre szpitale mają bardzo dobrą stołówkę, oczywiście zależy to od szpitala, ale każdy szpital ma menu z różnymi opcjami i te wszystkie preferencje dietetyczne, które uwzględniają religijne nakazy, zakazy są uwzględniane jak najbardziej. (Wielka Brytania)*

Respondentka ze Stanów Zjednoczonych przyznała, że dieta osoby przyjmowanej do szpitala jest identyfikowana podczas procedury przyjmowania. Przyznała, że w jej szpitalu dietę osoby hospitalizowanej opisuje się w kategorii alergii – taki system ewidencji diety uznaje się za najbardziej skuteczny.

Na przykład, jeżeli chodzi o dietę, to wpisujemy zawsze w alergię, że pacjentka, na przykład, tak jakby pacjentka miała alergię na mięso wieprzowe, prawda. I to ona nie ma alergii, że coś jej się stanie, ale żeby w kuchni nie dostała po prostu jedzenia, którego ona nie będzie jadła. I to wiemy, że to nie jest alergia. (...) Możemy wpisać, że pacjent ma regularną dietę albo ma dietę, którą lekarz zaleci, na przykład przy cukrzycy, albo przy chorobach serca. Ale możemy też zapisać bardziej specyficznie, że ktoś nie je wieprzowiny albo na przykład ktoś ma jeszcze inne rzeczy, że nie je czegoś tam, bo też są jakieś powody religijne. To wpisujemy, żeby po prostu na tej tacy nie pojawiło się coś... Właściwie, te dietetyczne rzeczy to dotyczą tylko muzułmanów, ten pork, to możemy wpisać po prostu komunikację do kuchni, „nie podawać pork-u”, ale jeżeli wpisujemy to w alergię, to oni to bardziej widzą i bardziej się to wtedy nie przytrafi, że coś przemycą na tę tacę przypadkowo. (USA)

Ubiór wynikający z wyznawanej religii

Osoby uczestniczące w badaniu zapytano o doświadczenia związane z ubiorem osób hospitalizowanych, który związany jest z jej przynależnością religijną.

Respondent ze Szwecji relacjonował, że najczęściej spotyka się z nakryciem głowy pacjentek muzułmanek – podkreślił, że mogą one nosić chusty, jeżeli tylko chcą. Nikt im z tego powodu nie robi jakichkolwiek przykrości.

Pacjenci chodzą jak chcą, z tym w ogóle nie ma dyskusji. Dzisiaj miałem pacjentkę w chuście, normalne. (Szwecja)

Przyznał, że nawet pielęgniarki muzułmanki posiadają służbowy strój obejmujący też chusty, które są prane w szpitalnej pralni.

Są ubiory, łącznie z chustami, bodajże to chyba nawet są w pralni szpitalnej, bo wiem, że są pielęgniarki, które chodzą w chustach. I jak cały, że tak powiem strój jest przeznaczony do jednorazowego użytku i pod koniec dnia ma zostać wyprany, to u nas zdaje się też te chusty mają, bo one są pod kolor do reszty. Więc podejrzewam, że one dostają chusty z pralni. Nie wiem, jak to rozwiązali, ale w każdym razie są. W Szwecji musi być równo. Więc jeżeli wszyscy mają dostać strój do pracy, który jest jednorazowy i prany codziennie, to dotyczy to wszystkich. Więc jeżeli w ramach tego stroju ma wchodzić chusta, to pralnia musi załatwić chustę. Dużo koleżanek chodzi w chustach, jedna lekarka, która jest Szwedką, ale się przetrzuciła na islam i zawsze chodziła w chuście, nie ma z tym problemu. (Szwecja)

Inaczej problem stroju związanego z wyznawaną religią przedstawił lekarz z Paryża. Powołał się on na zasady świeckości obowiązujące we Francji i opowiedział historię swojego pacjenta, którego poprosił o nieprzychodzenie na wizyty w tradycyjnym stroju noszonym przez mężczyzn w krajach muzułmańskich. Lekarz wyjaśnił, że poprosił o to także z uwagi na lekarzy pochodzenia żydowskiego, którzy także pracują w tym samym miejscu. Tłumaczył, że wszystkich pacjentów stara się traktować tak samo, ale równocześnie oczekuje od nich, że nie będą manifestować swojej religijności, np. poprzez strój.

*Grzecznie mu powiedziałem, aby już nie przychodził w takiej sukni i on wtedy powiedział, "no niestety ja taki jestem i nie będę już przychodził do pana". **Czyli on zrezygnował, tak?** Zrezygnował, ja byłem nawet jego lekarzem rodzinnym.*

(...) Tutaj wszystkich leczymy, jeśli ktoś nie przychodzi w [tradycyjnym stroju muzułmańskim], to sava. (Francja)

Lekarz wyjaśniał, że we Francji, w przypadku muzułmanek, akceptowane jest tylko dyskretne nakrycie głowy, zakazane jest natomiast całkowite zasłanianie twarzy. Tłumaczył, że zasady te wynikają z laickości Republiki Francuskiej.

Jak jest takie dyskretne, to nie ma problemu. Ozdobne czasem, voilà. Nie może być kompletnie zamaskowane (...) Twarz musi być odsłonięta cała. Włosy może są schowane, ale to nikomu nie przeszkadza. (Francja)

Z kolei położna z Włoch przyznała, że pacjentki noszące nakrycie głowy z powodów religijnych mogą je zachować podczas pobytu na oddziale położniczym. Zasadę tę wyjaśniała powinnością szanowania wolności każdej z takich osób.

To nie jest tylko szacunek. To jest danie wolności osobie. Osoba może się ubrać tak, jak chce. Kobiety, które pochodzą z Indii czy Pakistanu przychodzą ubrane w specyficzny sposób. Te kobiety zazwyczaj noszą spodnie pod swoim ubraniem i welon. Kobiety mogą się ubierać tak jak chcą. Nie jest to brane pod uwagę. Nie przeszkadza nam to. [Może] zachować chustę, może, bo to nikomu nie przeszkadza. (Włochy)

Dopytywana o możliwość zachowania nakrycia głowy podczas akcji porodowej rozróżniła pobyt na oddziale porodowym od pobytu na oddziale operacyjnym, gdzie nakrycie głowy jest zdejmowane.

Tak, zachować chustę, może, bo to nikomu nie przeszkadza. Czasami może dojść do takiej sytuacji, że istnieje na przykład zagrożenie życia dziecka i kobieta idzie podczas porodu, przywozi się ją na salę operacyjną, więc się ją przygotowuje do tego, jak jest czas, do tej interwencji, więc no ten welon jest zdjęty. Dlatego, że sala porodowa to jest jedna rzecz, natomiast sala operacyjna to jest inna rzecz. Więc nie było z tym nigdy żadnego problemu. Ten welon został zdjęty i założona była po prostu koszula, po to, żeby móc wejść do czystej sali operacyjnej, gdzie są też sterylne instrumenty. Więc dla nas to nie ma znaczenia, jak jest ubrana kobieta. (Włochy)

Podobnie wypowiedziała się respondentka z Wielkiej Brytanii. Wyjaśniła, że osoby przebywające w szpitalu mogą pozostać w stroju, którego noszenie wynika z wyznawanej religii. Podkreśliła, że nawet w przypadku zabiegów operacyjnych, osoba hospitalizowana może otrzymać na czas operacji sterylny czepek chirurgiczny, który pozwoli jej zachować nakrytą głowę.

Tak oni to zachowują. Jeśli badam taką pacjentkę, to wszystko zostaje tak jak ona chce. Jeśli już muszę to ściągnąć, to jest to zrobione prywatnie. A jeśli pacjent sobie zażyczy, że chce nawet na operację, to daje mu się taki specjalny czepek chirurgiczny, sterylny, który mu zapewnia samo okrycie głowy. (Wielka Brytania)

Leki i terapie nieakceptowane z powodów religijnych

W trakcie wywiadów poruszano problematykę nieakceptowania określonych leków lub terapii z powodów religijnych lub światopoglądowych.

Lekarz pracujący w Szwecji relacjonował, że zdarzają się osoby (często wegetarianie), które proszą o zamianę leków zawierających żelatynę wieprzową na nieposiadające takiego składnika.

Część pacjentów jest bardzo strict, jeżeli chodzi o wegetarianizm, gdzie też w Szwecji to przybiera wariant religijny. W związku z tym co jakiś czas mam pacjentów, którzy na przykład odkrywają, że w pokrywie tabletki jest żelatyna z wieprzowiny, albo coś takiego. Wtedy żądają by zmieniać te tabletki. Nie jest to jakiś problem, o ile znajdziemy jakieś lekarstwo, które coś takiego posiada, czasami nie ma wariantów alternatywnych. Pamiętam, że kiedyś przestawiłem na krople z tego powodu, bo w kroplach nie było żadnych dodatków. (...) Najważniejsze jest to, by pacjent zażywał leki. (Szwecja)

Lekarz wyjaśnił, że z reguły stara się dobrać takim osobom leki niezawierające nieakceptowanych przez nich składników odzwierzęcych. Zaznaczył, że systemowo odchodzi się od produkcji leków z takimi dodatkami, z uwagi na ich większy potencjał alergizujący. Podobnie sygnalizował lekarz z Francji, tłumacząc, że przemysł farmaceutyczny nie używa już żelatyny wieprzowej.

Pacjent może pójść do apteki i sam spytać. Tyle że często pacjenci albo się boją odezwać, albo w aptece mogą też być ludzie niekompetentni. Z reguły mi jest trochę szybciej i łatwiej wyszukać taki zamiennik, niż w aptece. (...) Natomiast bardzo się odchodzi od tego typu produktów w ogóle, z różnych przyczyn, bynajmniej nie religijnych, bo chodzi też o alergizację. Różne, bardziej syntetyczne produkty są mniej alergizujące. I na przykład insuliny wieprzowej czy innych produktów bazujących na świniach się już długo nie używa. Problem się sam rozwiązał. (Szwecja)

Warto zaznaczyć, że charakteryzująca respondenta ze Szwecji postawa to akceptacja i gotowość pomocy pacjentom i pacjentkom zgłaszającym konkretne oczekiwania wobec składu leków.

Podobnie raportowała położna z Włoch, która zwróciła uwagę na zamianę żelatyny wieprzowej na żelatynę rybią.

Nie zdarzyło mi się, żeby były tego typu protesty, ale to też jest ciekawe, żelatyna wieprzowa jest chyba, ja to czytałam nawet, jest zastąpiona żelatyną z ryb w lekach, ale i ja nie wiem i do jakiego stopnia i czy to tylko żelatyna z ryb czy jakaś inna żelatyna. (...) Te industria farmaceutyczne już tak bardzo się wyczuliły, również na inne nietolerancje, jeśli chodzi o pokarmy. Jest gluten i tak dalej, więc leki bardzo często ostatnio są produkowane w ten sposób, żeby mogły być przyjmowane przez wszystkich. Taka jest filozofia. (Włochy)

Wśród raportowanych przez osoby badane sytuacji znalazły się także odmowy przyjmowania transfuzji krwi przez Świadków Jehowy. W takich sytuacjach często deklarowano stosowanie preparatów krwiozastępczych.

Kiedyś mieliśmy problemy z krwią u pacjentki ze Świadków Jehowy, ale to też standard. Też nie ma problemu, są środki krwiozastępcze, to się daje coś innego. Nie jest to tak dobre jak krew, ale się to daje. (Szwecja)

Podobnie deklarował lekarz z Francji, który także zetknął się z odmowami przyjmowania transfuzji krwi przez Świadków Jehowy.

Jeżeli można uniknąć transfuzji to się inaczej leczy. Respektuje się, jak ktoś nie chce transfuzji. To piszę i transfuzji nie robią. Chyba, że jest naprawdę emergency, to się robi mimo wszystko, żeby ratować człowieka, chyba. (Francja)

Z kolei lekarka z Wielkiej Brytanii wyjaśniła, że do wykonywania zabiegów operacyjnych Świadkom Jehowy przygotowywany jest specjalny zespół chirurgów.

Świadkowie Jehowy nie akceptują preparatów z krwi, więc jak najbardziej nie używamy ich. Są różne inne metody, które możemy zrobić. (...) Są określeni chirurdzy, którzy się tego podejmują, leczenia takich pacjentów. Bo przy tych pacjentach chirurg musi zaakceptować jakieś wyższe ryzyko, musi się odpowiednio przygotować, cały zespół jest poinformowany, to wszystko jest w kartotece i to się zawsze respektuje i się nie podaje, tylko się robi zachowawcze leczenie przed, a w trakcie operacji robi się autotransfuzję własną krwią. No i oczywiście są specjalne techniki operacyjne, które się wykonuje i dlatego nie wszyscy chirurdzy podejmują się takich operacji, tylko niektórzy. Ale jak najbardziej ci pacjenci są wysyłani do specjalnego zespołu, grupy i mają specjalny protokół. (Wielka Brytania)

Respondentka wyjaśniła też, że podczas standardowej procedury pozyskiwania zgody na operację, osoby hospitalizowane pytane są o zgodę, m.in. na transfuzję krwi oraz wszczepienie np. zastawek serca pochodzenia zwierzęcego.

Jeżeli zastawki będą świńskie, pochodzenia wieprzowego lub krowiego, to tak samo uwzględniamy wszystko. Jeżeli nie chcą, to tego nie możemy podać. To jest wszystko uwzględniane. Jeżeli mam pacjenta wyznania muzułmańskiego czy Świadka Jehowy to ja się pytam, czy (...) zgadza się pan na produkty krwi, na zastawkę wieprzową. (Wielka Brytania)

Respondentka ze Stanów Zjednoczonych zaznaczyła, że w przypadku Świadków Jehowy personel szpitala nie podejmuje dyskusji z taką osobą na temat ewentualnej transfuzji krwi – jej przekonania religijne są przyjmowane do wiadomości.

My też nie wchodzimy i nie mówimy mu, „słuchaj, ty naprawdę umrzesz bez tego”, nie ma takiej dyskusji, bo wiemy, że on jest Świadkiem Jehowy, proponujemy mu coś innego i po prostu zostawiamy to samemu biegowi. Ale na pewno, gdyby była taka sytuacja, że ten człowiek zacznie nam umierać, to on umrze. I nic nie zrobimy. (USA)

Płeć personelu, a oczekiwania osób pacjenckich wynikające z wyznawanej religii

Osoby biorące udział w badaniu zapytano o doświadczenia związane z oczekiwaniem ze strony niektórych hospitalizowanych, by badanie lekarskie i czynności pielęgniarskie wykonywała osoba tej samej płci, co osoba pacjencka.

W szpitalu lekarza ze Szwecji takie oczekiwania się zdarzają. Nie budzą one wprawdzie entuzjazmu personelu, ale podejmuje się starania, by je spełnić. Za ważniejsze uznaje się w tym przypadku budowanie zaufania osoby hospitalizowanej.

To się zdarza. Z reguły jest, bo to akurat w tym przypadku Szwedzi uważają, że to jest bardzo nie w porządku, że nie powinno się mieć możliwości wybierania lekarza czy pielęgniarek. Ale z reguły kończy się tylko na narzekaniu personelu, po czym wszyscy starają się to jakoś dopasować. (...) siłą rzeczy staramy się zawsze wygrać zaufanie pacjenta. Więc jeżeli zaczniemy my stawiać granice i mówić, że absolutnie nie i że masz tutaj spotykać lekarza kobietę, bo tak, no to w tym momencie pacjent nie będzie miał do nas zaufania i nie przyjdzie. Natomiast wbrew pozorom to się rzadko dzieje. Ja mam jednego pacjenta, który był bardzo negatywnie nastawiony do mężczyzn, na przykład pielęgniarzy, chciał, żeby tylko kobiety przychodziły robić zastrzyki, bo u niego w domu były nieletnie córki. I on sobie nie życzył, żeby jakkolwiek obcy mężczyzna się plątał u niego po domu. Bo to były zastrzyki do domu. Zmieniliśmy pielęgniarza, żeby chodziła kobieta. Nie mieliśmy z tym problemu. Gorzej by było, jakbyśmy nie mieli możliwości, ale mieliśmy. (Szwecja)

Respondentka z Włoch także przyznała, że personel stara się wyjść naprzeciw oczekiwaniom pacjentek i pacjentów, którzy uważają, że badanie powinien wykonywać lekarz tej samej płci, co osoba hospitalizowana. Stwierdziła, że w ten sposób unika się sytuacji konfliktowych.

Tak, niektórzy mają do tego podejście bardzo poważne, bardzo takie zasadnicze, że to jest moja żona i żaden mężczyzna nie będzie jej dotykał. Zdarzyło mi się, jeśli chodzi o to, w miarę możliwości lekarz mężczyzna jest zastąpiony przez lekarzkę kobietę. Ponieważ, żeby nie stwarzać sytuacji konfliktowych. (Włochy)

Natomiast lekarz z Francji przyznał, że spotyka się z oczekiwaniem, by pacjentki muzułmanki badała kobieta ginekolożka. Stwierdził, że zdarza się także, że na badanie do lekarza kobieta wchodzi wraz z mężem.

Mam koleżankę, która jest ginekologiem (...). Ona jest kobietą, to nie ma problemu, gdyby był mężczyzna to by było więcej [problemów]. (Francja)

Równocześnie respondent dopowiedział też, że lekarze raczej nie przestrzegają takiej zasady i w efekcie niekiedy pacjentki rezygnują z pomocy medycznej w danej placówce.

Czasem wiem, że są takie problemy, ale lekarze tego nie przestrzegają. Jak jest tylko na dyżurze mężczyzna, a jest jakieś pogotowie ginekologiczne no to, mężczyzna ma prawo badać. A jeśli nie to [pacjentka] odchodzi, chyba że jest emergency. (Francja)

Respondentka ze Stanów Zjednoczonych wspomniała o rodzinach muzułmańskich, które odwiedzają swoich bliskich przebywających w szpitalu i podczas takich wizyt pojawiają się właśnie oczekiwania związane z płcią personelu medycznego.

Oni są bardzo rodzinni i ta matka, która jest starsza, musi dostać taką opiekę od całej rodziny, bo ona jest wtedy najważniejsza. No więc przychodzą do szpitala. Jest ten problem, że teraz wśród pielęgniarek jest wielu mężczyzn, po prostu. To my już wiemy, że my się staramy nie przypisywać tej pacjentki dla chłopaka, który jest pielęgniarką. Czasami jest to niemożliwe, bo musi to wziąć na przykład chłopak, bo powiedzmy sobie, pacjentka wymaga podania chemii i tylko on może to zrobić. Z tym, że taki proces umycia tej kobiety, takie bardziej intymne rzeczy, on poprosi kogoś innego, żeby to zrobił. Bo ona nie może być dotknięta przez mężczyznę, prawda. Czy takie rzeczy, które wymagają jakiejś takiej bardziej kontaktu z ciałem, to tak jak mówię, on poda chemię, bo to są takie rzeczy, bo tego nikt inny nie umie... My się staramy, ale my jej nie możemy zrobić rzeczy, jeżeli jest tylko chłopak, który robi pewne rzeczy, to on to musi zrobić. To samo oni, pamiętam zawsze było problemem, jak pacjentka musiała iść na jakiś test, który miał być przeprowadzony. Oni sobie życzyli, by tu też była kobieta, nie mężczyzna. A gdy na przykład nie ma, dziś jest tylko mężczyzna, który to robi, czy szpital w ogóle nie ma kobiety, która robi pewne testy, to też się staramy, żeby te rzeczy, co może zrobić mężczyzna, zrobił, a z resztą, żeby ktoś mu asystował, albo ta rodzina była, żeby po prostu

patrzyła na to, żeby nie czuli się, że ta kobieta jest jakoś za bardzo pokazana, czy za bardzo dotykana. Żeby oni mieli nad tym pewną kontrolę. Oni już wiedzą takie rzeczy i zawsze im już pozwalamy, żeby byli przy tej pacjentce, żeby patrzyli, żeby nie czuli się, że jest coś zrobione za dużo. I były większe problemy może parę lat temu, ale teraz oni już wiedzą, że tak jest i oni po prostu też wchodzą i się asymilują do pewnych rzeczy. (USA)

Kontakt z osobami obcojęzycznymi

W trakcie wywiadów osoby badane wielokrotnie relacjonowały istnienie systemów ułatwiających komunikację z osobami pacjenckimi, które nie posługują się biegle językiem kraju, w którym są hospitalizowane.

We Włoszech raportowano korzystanie z pomocy osób, które pełnią rolę tłumaczy, a zarazem dostarczają personelowi informacji o religii i kulturze kraju pochodzenia osoby hospitalizowanej, a nierzadko wspierają je swoją obecnością.

Jest taka instytucja osoby, która tłumaczy, w zasadzie to nie jest tylko tłumacz, to jest osoba, która jest kulturalnie związana z tymi osobami. Czyli na przykład, jeżeli rodzi u nas kobieta, która pochodzi z Indii, czy z Pakistanu, to taką osobą, która nam pomaga, jest właśnie osoba, która pochodzi z Indii, która mówi dobrze po włosku i mieszka tutaj już długo. Wie, jak funkcjonuje nasza kultura i wie, jakie są procesy, które musi przejść rodzina czy ta kobieta, żyjąc w tym kraju, w danym miejscu. Więc to jest właśnie jeden z tego typu aspektów, które się nam podobają tam, gdzie pracują... Znaczą głównie tutaj w Toskanii w szpitalach istnieje już to od jakiegoś czasu. Na przykład w języku chińskim jest dużo tego typu tłumaczy, ale nie tylko. (Włochy)

Tłumacze są zatrudniani w szpitalach na podstawie systemu zamówień lub przetargów, w których biorą udział firmy i organizacje oferujące takie usługi. Zasady kontaktowania się z tłumaczami są sformalizowane, ale zwykle zakładają ich dostępność o różnych porach dnia, np. także w nocy, w sytuacji pojawienia się nagłej potrzeby.

[Te organizacje tłumaczy] służą nam bardzo dobrze, ponieważ istnieją sytuacje, w których możemy na przykład skontaktować się z nimi telefonicznie, mogą przyjść w danym momencie w ciągu dnia... Oczywiście wysła im

się pismo, faks, oni odpowiadają, że przyjdziemy o tej, tamtej godzinie. Istnieje jakaś tam procedura (...) ale można się z nimi kontaktować telefonicznie również w nocy, zwłaszcza w takich sytuacjach jak na sali porodowej lub na pogotowiu. Jest to bardzo ważne. (Włochy)

Respondentka podkreślała korzyści wynikające z możliwości korzystania z pomocy takich tłumaczy-doradców. Ich rola jest szczególnie istotna w przypadku hospitalizowania osób, które nie znają języka i nie posiadają wiedzy o standardach komunikacji czy zachowania obowiązujących w kraju hospitalizacji.

*Tak jak powiedziałam, [te] kobiety bardzo trudno uczą się języka włoskiego, bardzo trudno się asymilują, bardzo trudno się im po prostu wydostać z domu. To wynika z wielu kultur, które w jakiś sposób zatrzymują kobiety w domu. Kobiety zazwyczaj nie pracują, zajmują się właśnie tylko domem i w takim razie są odizolowane od świata. Jest to ważne dlatego, że to nie tylko ułatwia-
nie komunikacji, ale też wyjaśnianie różnych procesów związanych w moim przypadku z ciążą, ponieważ tłumacze przychodzą również do przychodni w momencie, kiedy jest wizyta. I nie, że wystarcza mąż. Nie wystarcza mąż. Trzeba mieć kontakt bezpośredni z osobą, z matką. Mąż w pierwszych kontak-
tach jest pomocny, ale najważniejsze jest to, by mieć kontakt z osobą najbar-
dziej zainteresowaną czyli kobietą, czyli z chorym na przykład na pogotowiu, czy na jakimś innym oddziale, to jest najważniejsze. Ostatnio właśnie bardzo są promowane kursy tego typu. (Włochy)*

*Zawód lekarza, pielęgniarki, położnej to jest zawód, który jest zawodem niesie-
nia pomocy. To jest niesienie pomocy i w tej relacji niesienia pomocy, musimy
być bardzo skoncentrowani na tym, jak te osoby odbierają nasze pytanie o coś
albo odpowiedź, która nam nie wystarcza, chcemy ją pogłębiać, czyli techniki,
które nam ułatwiają nie tylko zdobyć informacje, ale mieć zaufanie tej osoby.
Na przykład na sali porodowej to jest bardzo ważne mieć zaufanie osoby. Czyli
to są techniki pomocne do tego, by nasza interwencja była na odpowiednim
poziomie, zresztą tego wymaga od nas WHO. Są bardzo konkretne wymaga-
nia, jeśli chodzi o komunikację, jest to jedna z podstawowych spraw i podsta-
wowych umiejętności, jakie powinna mieć osoba, która pracuje w tych zawo-
dach. (Włochy)*

Lekarka z Wielkiej Brytanii także przyznała, że korzysta z pomocy osób tłumaczących w sytuacji, gdy osoba hospitalizowana nie potrafi precyzyjnie

komunikować się w języku angielskim. W takich przypadkach pomocą służą tzw. centra tłumaczenia, które oferują swoje usługi 24 godziny na dobę.

Jeżeli chodzi o języki to ja czasem leczę więcej obcokrajowców, niż Anglików np. w Londynie to tłumacze są. Przed pandemią każdy tłumacz był dostępny, każdego języka nawet dialektów indyjskich, to też są dostępni. Teraz to telefonicznie na każdym oddziale jest karta, gdzie jest napisane, że kontaktujemy się z centrum tłumaczenia i to jest zazwyczaj 24 h na dobę. Możemy się skontaktować z tłumaczem jakiegoś dialektu czy ustalić i zamówić telefonicznie, aby nam przetłumaczyli np. zgodę na operację, plan leczenia, cokolwiek mamy. Więc to jest dostępne zawsze i o każdej porze i na każdym oddziale i w każdym szpitalu. Tak, usługa tłumacza w różnych dialektach zawsze jest dostępna. (Wielka Brytania)

Respondentka z USA również przedstawiła system ułatwiający komunikację z osobami obcojęzycznymi – system ten obejmuje możliwość uzyskania pomocy od wielu osób tłumaczących dostępnych online, które mogą tłumaczyć w bardzo różnych językach.

A u nas nie ma też problemu z językiem, bo technologia jest fantastyczna. Dziś mamy taki malutki laptop, który jeździ na kółeczkach i jednym kliknięciem palca patrzę, mam tysiące języków. Wybieram w jakim języku chcę mówić i mam żywą osobę, która siedzi, nastawiam kamerę na pacjenta i to tłumaczenie mam w języku arabskim, w języku polski, ukraińskim, w bardzo specyficznych językach, gdzie jak nie mogę znaleźć języka, to mam jeszcze taką opcję, że rozmawiam z osobą, mówię, że potrzebuję bardzo specyficzny język hinduski, bo jak wiemy tych odłamów języka jest masę i ona mi mówi „poczekaj, ja spróbuję kogoś znaleźć”. Prawdopodobnie na całym świecie szukają z tą technologią i znajdzie mi ten specyficzny język, który na przykład żaden z moich hinduskich lekarzy czy koleżanek nie jest w stanie się porozumieć, jest bardzo specyficzny. I my znajdziemy taką osobę, która tłumaczy. I jest to fantastyczna sprawa, bo ja nastawiam kamerę i mamy to tłumaczenie, jest to inne tłumaczenie niż tłumaczy telefon, bo jest to żywa osoba, która siedzi, 24 godziny dobę, ona tłumaczy i może ona te bardzo specyficzne pytania zadać. I ja mogę dostać te odpowiedzi. Jest to fantastyczna rzecz. (USA)

Sytuacje konfliktowe związane z wyznawaną religią lub światopoglądem

Osoby biorące udział w badaniu dopytywano o sytuacje konfliktowe, które są związane z religią wyznawaną przez osoby hospitalizowane lub ich światopoglądem.

Lekarz psychiatra ze Szwecji przyznał, że takie sytuacje się zdarzają. Wyjaśnił, że zwykle są one związane ze specyfiką pracy w obszarze psychiatrii, a czasami bezpośrednio wynikają ze stanu zdrowia osób pacjenckich.

Położna z Włoch stwierdziła, że w zasadzie konfliktowych sytuacji mających u podłoża kontekst światopoglądowy czy religijny nie doświadczała. Wspomniała tylko o przedstawionej w niniejszym raporcie sytuacji, kiedy położna ochrzciła dziecko w sytuacji zagrożenia jego życia oraz o krytycznych reakcjach na przychodzenie duchownych rzymskokatolickich na oddziały położnicze. Zapytana, czy pojawiają się konflikty związane z namawianiem osób hospitalizowanych do przyjmowania sakramentów, negatywnymi reakcjami księży na odmowę przyjęcia sakramentów czy ich krytycznym reagowaniem na pacjentki innych wyznań (nawracanie, inicjowanie dyskusji teologicznych) w odpowiedzi żywiołowo wyjaśniła, że na oddziale szpitalnym nie ma miejsca dla takich zachowań.

Ja tego nie zaobserwowałam, ale jakbym kogoś takiego spotkała, to bym go wykopała normalnie z oddziału, ja. Dlatego, że to jest brak szacunku. To jest kompletny brak szacunku. Nie można czegoś takiego zrobić, podejść do osoby, której nie znasz i mówić mu o religii. To jest brak szacunku, bez względu na to, czy on by tego chciał, czy nie później. Szpital to nie jest miejsce, w którym tego typu rzeczy mogą się zdarzyć, nie masz żadnej relacji rodzinnej czy jakiegokolwiek innej między księdzem, czy jakimś kapłanem innej religii i pacjentem. Jeżeli pacjent nie wyraża zainteresowania, no to to jest molestowanie. Nie można tego zrobić. Ja muszę na to zareagować, gdyby coś takiego się działo, ponieważ to nie jest miejsce, w którym... Znaczący molestowanie jest zabronione, to nie jest tak, że ktoś może przyjść i mówić do kogoś, namawiać kogoś do czegoś. Bez względu na to, czy to religia, czy co innego. Może chciałabym sprzedać telefon. Przychodzi ktoś, „słuchaj, mam tutaj, może chcesz”? Nie, to nie jest miejsce, w którym się robi tego typu rzeczy. (Włochy)

Podobnie zareagowała na pytanie lekarka z Wielkiej Brytanii, która stwierdziła, że skargi czy interwencje rzadko związane są ze sferą religii. Wyjaśniła, że personel medyczny stara się spełniać prośby osób hospitalizowanych w tym zakresie, w jakim jest to tylko możliwe. W przedstawionej poniżej wypowiedzi

lekarki zwraca uwagę sposób reagowania na prośby związane z płcią osób personelu medycznego jako oczekiwania naturalnego, które nie podlega wartościowaniu i które należy spełnić.

Tam każdy jest wyrozumiały i tolerancyjny. Jest przyzwyczajony może do tego. Ale w szpitalu raczej nie było na tle religijnym jakiś wielkich problemów czy awantur. Są rzeczy, o które pacjenci czasem proszą. Muzułmanie ortodoksyjni proszą dla kobiet o kobiety lekarzy, a dla mężczyzn o mężczyzn lekarzy. Były takie rzeczy, to wtedy się spełnia te życzenia. Jeżeli on woli lekarza mężczyznę to on dostaje lekarza mężczyznę, jak woli kobietę to dostaje kobietę. I też się prosi o osobę towarzyszącą. Jeżeli jest już jakiś pacjent, który ma specjalne wymagania albo widzimy, że mu na czymś takim zależy, to zazwyczaj to spełniamy, bo np. że jeśli jestem sama, bo jest jakiś problem z kobietą wtedy biorę pielęgniarkę, która ze mną towarzyszy, żeby w razie czego był jakiś świadek, żeby dać komfort pacjentowi, żeby poczuł się bezpiecznie. Jeżeli są takie prośby to my je spełniamy. (Wielka Brytania)

Respondentka z Wielkiej Brytanii stwierdziła także, że nie spotkała się ze skargami na osoby duchowne pojawiające się w szpitalu. Przyznała jednak, że wchodzi one tylko do tych, którzy zgłosili chęć kontaktu z osobą duchowną swojego wyznania.

Duchowi nie przychodzą na salę, tylko na zamówienie pacjenta. I jest ta kapliczka, a jeśli już ktoś umiera, to jest w tej izolatce. Więc to wtedy też nie jest problem. (Wielka Brytania)

Respondentka z USA wspomniała z kolei o specyficznych oczekiwaniach osób hospitalizowanych, które przynależą do konkretnych społeczności religijnych, a które można scharakteryzować jako tzw. kultury kolektywne.

Na przykład African Americans często żyją w takich kościelnych społecznościach. (...) to są na przykład małe Kościoły, gdzie oni się lubią jak rodzina. Problem jest na przykład, że wszyscy chcą wiedzieć wszystko. I wydzwanają, chcą wiedzieć, dlaczego ten pacjent tu jest. (...) To też były dawniej problemy, bo po prostu nie dało się pracować. Bo dzwoni ktoś, jest babusia już taka starsza, to takie community kościelne jest bardzo z nią zżyte, chcą wiedzieć czemu jest w szpitalu, kiedy wyjdzie. „Nie mogę ci powiedzieć”, ona mówi „my ją znamy od 50 lat, ona jest członkiem naszego Kościoła, my jesteśmy

otwarcu na nasze problemy i potrzeby". I oni nie mogli zrozumieć, że my nie chcemy udzielić im informacji. No to się już zmieniło też, bo zakładamy takie, te password-y. Że jeżeli ona nie zna tego słowa czy numeru, który pacjent czy rodzina sobie zażyczył, my nie udzielamy tych informacji. Było to bardzo trudno, bo ci ludzie byli, zwłaszcza starsi, nie mogli tego zrozumieć. (...) Ale teraz już jest to lepiej, z wiedzą i w tym momencie po prostu nie udzielamy tej informacji. Prosimy, żeby zadzwonili do rodziny, do córki, do syna, do męża i dowiedzieli się od nich. (USA)

Respondentka zwróciła też uwagę na problematyczny, z punktu widzenia personelu medycznego, zwyczaj niektórych chorych polegający na spożywaniu posiłku z odwiedzającymi osobami, siedząc razem na podłodze. Zwyczaj ten także uznała za kulturowy.

Jest ta kultura, że oni siadają w kółku, rozkładają jedzenie na ziemi. Jeżeli ma się pacjenta na onkologii, który dostał chemię i jest bardzo podatny na infekcje, bo w tym momencie myśmy wszystkie te białe ciała zabili, więc widząc go, że nam je jedzenie z ziemi, z rodziną, palcami, no to wiemy, że jeżeli się dostanie jakąś chorobę, to on jej może nie przeżyć zaraz po chemii, bo nie ma tych ciałek odpornościowych, jego organizm nie będzie walczył. (...) No i mamy też naszych onkologów, którzy też są muzułmanami. No więc nam jest ciężko to im wytłumaczyć. Więc mówimy temu onkologowi, „powiedz mu, żeby tego nie robił”, bo jeżeli on zaczyna mieć gorączkę i zaczyna mieć infekcję, która może przerodzić się w taką sepsę, to my możemy tego pacjenta stracić. I nasi lekarze idą i mówią, „no nie jedz z tą rodziną z tej ziemi. Myj te ręce”. Takie proste rzeczy. I poprawia się to na moment, ale po chwili drzwi są zamknięte i znowu siedzimy wszyscy na ziemi i jemy, i ten onkolog mówi „no trudno”. Zobaczymy co się stanie, bo nie jesteśmy w stanie zmusić tego pacjenta do tego, żeby on nie siedział na tej ziemi. My dajemy całą tę naszą wiedzę, co wiemy, żeby on wiedział, co się może stać i jak ten jego organizm zareaguje, ale wybór jest jego. Wybór jest pacjenta. I wtedy nie czujemy się źle, żeśmy go nie zabezpieczyli przed infekcją. Wybór jest ciągle jego i jego rodziny. Ale on dostał informację od lekarza, który mówił w jego języku i który mu to wytłumaczył, ale wybór jest ciągle pacjenta. I potem już, jeżeli wiemy, że ten pacjent wie o tym, zostało wytłumaczone, to my już przestajemy sobie dalej ciągle na przykład zwracać mu na to uwagę. No jesz z ziemi, to jest twój wybór, masz prawo. (USA)

Niechciane praktyki religijne (udzielane bez wiedzy i zgody osób hospitalizowanych)

Osoby badane zapytano o sytuacje zmuszania osób hospitalizowanych do uczestnictwa w praktykach religijnych lub sprawowania rytuałów (np. udzielania sakramentów) bez wiedzy i zgody takich osób lub ich rodzin. W odpowiedzi stwierdzono, że takie sytuacje w ogóle się nie zdarzają. Jedyne respondenka z Włoch stwierdziła, że słyszała o jednym takim przypadku, kiedy położna ochrzciła dziecko.

Zdarzyło mi się słyszeć, że zostało ochrzczone dziecko, ale nie przez księdza, przez koleżankę, przez położną. Nie znam dobrze szczegółów. Wiem, że został ochrzczony. To jest tylko jedyna taka sytuacja, o której słyszałam. (Włochy)

Respondenka raportowała też, że jeszcze w trakcie nauki w szkole w Polsce, przyszłe położne były instruowane, że powinny chrzcić dzieci w sytuacji zagrożenia ich życia.

Ja pamiętam w szkole nas tego uczono w Polsce, żeby chrzcić dzieci. Ja pamiętam taka położna w Krakowie, która nam tłumaczyła, jak to zrobić w momencie, kiedy dziecko umiera na przykład. Ja bym powiedziała uratuj mu życie, a nie chrzczij. (Włochy)

Ale to była szkoła państwowa? *Państwowa, tak. Zdarzyło się coś takiego. (...) To było jakaś lekcja, już nie pamiętam o czym, ale utkwilo mi to, że się może zdarzyć, że dziecko umiera i po prostu trzeba je ochrzcić. No to jak to ochrzcić? Kto je ma ochrzcić? Ja? No tak, no dobrze, a trzeba się pytać matki o zgodę, no nie. No jak to nie? Jak to nie? (...) Trzeba dziecko ochrzcić, bo nawet jak matka się na to nie zgadza, no to jest w twoim poczuciu chrześcijaństwa... masz obowiązek to zrobić. Stare uczenie. (Włochy)*

Respondenka z USA zapytana o udzielanie sakramentów osobom nieprzytomnym bez wiedzy i zgody rodziny uznała takie sytuacje za niedopuszczalne.

(...) rodzina podejmuje tę informację. Jeżeli nie ma rodzina, jeżeli jest wystarczająco czasu, to pacjenta możemy wystosować, żeby miasto zapisało taką osobę, która podejmuje decyzje za takiego pacjenta. A jeżeli się to nie zdarza, no to po prostu nie robimy w tej kwestii nic, bo po prostu nie wiemy. Możemy

cały czas zadzwonić do chaplain-a i chaplain czasami ma więcej czasu i próbuje szukać w systemie więcej informacji, że może pojawi się jakiś telefon, czy coś. Ale nie, nie ma na siłę, żebyśmy kogoś namaścili czy pomodlili się przy nim na siłę. Po prostu zostaje to tak, jak jest i ta informacja idzie już do miasta i miasto, jeżeli ktoś umrze, już zajmuje się tą dalszą procedurą. Ale nie, nie będzie żadnego „bo mi się wydaje, że to był katolik”. Nie. (USA)

Klauzula sumienia

Osoby badane zapytano, czy w ich krajach obowiązuje klauzula sumienia. Lekarz ze Szwecji stwierdził, że w jego kraju brak jest regulacji o charakterze klauzuli sumienia, choć pojawiły się jednostkowe próby wprowadzenia możliwości odmówienia wykonania procedur medycznych ze względu na światopogląd. Próby te nie powiodły się.

Bezwzględnie nie ma, pielęgniarka rok temu chyba próbowała to przetestować. Znacząca położna, która miała prawo do robienia aborcji, poszła do sądu, że ona z powodów religijnych nie chce robić tych aborcji i straciła prawo wykonywania zawodu. Było w gazetach branżowych na ten temat. Wiadomo, że nie jest to takie oczywiste, czy można zmuszać ludzi do robienia aborcji, jeżeli to nie jest zgodne z ich sumieniem. Wszyscy twierdzili, że jest o czym rozmawiać, że to jest ciężka sprawa etyczna, ale rozstrzygnięcie poszło po takiej linii, że jeżeli ktoś uważa, że to jest nieetyczne, nie musi wybierać tego zawodu. Możesz zostać pielęgniarką anestezyjologiczną zamiast tego albo robić jakiś inny zawód, gdzie nie bierze udziału w takich rzeczach, które są niezgodne z jej sumieniem. W związku z czym sąd odrzucił jej argumenty i przegrała. Nie ma prawa wykonywania zawodu, jeżeli odmawia wykonywania aborcji, w tym wypadku. (Szwecja)

Respondentka z Włoch przyznała, że w jej kraju istnieje klauzula sumienia i ta, przede wszystkim, związana jest z wykonywaniem przerywania ciąży – dotyczy zatem głównie ginekologów oraz położnych. Wyjaśniła, że system jest zorganizowany w taki sposób, że lekarze i położne informują pracodawcę, czy kierują się w swojej działalności klauzulą sumienia, a następnie ich deklaracja staje się obowiązująca do czasu ewentualnej zmiany, która powinna zostać zgłoszona pracodawcy.

Podpisując umowę o pracę i rozmawiając z moją szefową ona mnie pyta, czy ja jestem za albo przeciw, a ja mówię, jestem za, więc od tej pory będziesz zawsze za, nie można zmienić opinii. Znaczący, można, ale (...) kiedy w pewnym momencie zmieniasz opinię, musisz ją uzasadnić w jakiś sposób. Dlatego, że to nie jest tak, że (...) przez większość swojego życia wykonywałeś, brałeś udział w przerywaniu ciąży, czyli w czym? Podawaniu głównie leków lub brania udziału na sali operacyjnej albo w jakiś inny sposób przykładałeś się do tego, że ta kobieta dokonała tego zabiegu. Więc, jeżeli przez całe życie tak było, no to musisz to uzasadnić (...). Tak jakbyś nie brał poważnie faktu, że istnieje prawo, w którym kobieta może zwrócić się do placówki publicznej o przerwanie ciąży. I ty w pewnym momencie mówisz, że nie, że ja tego nie będę robił, jak do tej pory to robiłeś. No to jest brane pod uwagę na poważnie, dlatego że państwo zapewnia kobietom tego typu usługę. Istnieją regiony we Włoszech, gdzie w szpitalach nie ma ani jednej osoby, która jest do dyspozycji, jeśli chodzi o tego typu procedury. Czyli kobiety są zmuszone, do wyjeżdżania do innych regionów. (Włochy)

Podobnie relacjonowała kwestię klauzuli sumienia respondentka z Wielkiej Brytanii. Wyjaśniła, że w przypadku aborcji do jej dokonania potrzebna jest zgoda dwójki lekarzy, prowadzącego i wykonującego zabieg. I wydania takiej zgody lekarz może odmówić właśnie z powodów pozamedycznych. Lekarka przyznała, że na początku swojego pobytu doświadczyła sytuacji, która wymagała podjęcia decyzji w sprawie aborcji. Respondentka odmówiła wtedy wydania zgody na wykonanie takiego zabiegu. W efekcie pacjentkę skierowano do innego lekarza.

Wtedy nie wiedziałam, co mam robić, a lekarz [współpracownik] powiedział: jesteś młoda, dopiero zaczęłaś, nie przejmuj się. Ktoś bardziej doświadczony porozmawia z nią, wyślę ją, da jej to skierowanie. (Wielka Brytania)

Klauzula sumienia nie jest natomiast wykorzystywana przez lekarzy w Wielkiej Brytanii do odmowy przepisania środków antykoncepcyjnych i antykoncepcji awaryjnej.

Tam się dostaje tabletki antykoncepcyjne. Tam są kliniki walk-in, czyli klinika z marszu, gdzie np. miałaś stosunek i potrzebujesz tabletki na usunięcie dziecka albo antykoncepcji, którą możesz dostać za darmo tego samego dnia bez płacenia. (Wielka Brytania)

Respondentka z USA zapytana o klauzulę sumienia odpowiadała, że istnieją precyzyjne procedury identyfikujące zaistnienie przesłanek do podania leku wywołującego poronienie, np. w sytuacji ciąży pozamacicznej. Jedynym znanym jej przypadkiem było odmówienie wykonania procedury właśnie z powodu niezastnienia wymaganych przesłanek. W kontekście rozważań o aborcji zwróciła także uwagę, że jej szpital nie wykonuje aborcji z powodów pozamedycznych, natomiast zabiegi takie wykonują kliniki aborcyjne. Przyznała, że nie słyszała, by lekarz odmówił wykonania jakiejś procedury medycznej z powodu swojego światopoglądu.

Nie słyszałam nigdy, żeby lekarz coś nie zrobił, tylko dlatego, że ma swój światopogląd, raczej nie. (USA)

Konsultacje z osobami duchownymi w procesie leczenia

Osoby badane zapytano, czy w szpitalu, w którym pracują kontekst religijny jest, w jakiś sposób, włączany w proces leczenia? Zapytano też, czy istnieją ku temu systemowe bariery, czy może udogodnienia?

Lekarz ze Szwecji przyznał, że w jego kraju religia generalnie nie jest traktowana jako coś ważnego i choć zezwala się osobom religijnym na jej praktykowanie, to zwykle nie jest ona włączana w proces leczenia. Równocześnie jednak respondent wyjaśnił, że w przypadku oddziaływań terapeutycznych kontekst religijny jest bardzo istotny. Przyznał, że zdarza mu się prosić o konsultację osoby duchowne m.in. po to, by zweryfikować informacje uzyskane od osób pacjentkich, a dotyczące np. obowiązków religijnych, których ci chcą spełniać. Takie konsultacje są szczególnie istotne w sytuacji, gdy osoba hospitalizowana wyznaje religię, która nie jest znana lekarzowi. Wtedy konsultacje z duchownym lub osobą znającą dany kontekst kulturowy lekarz uznał za bardzo pomocne w procesie diagnozowania i leczenia.

Nie za często [dochodzi do konsultacji z duchownym]. Częściej proponuję, ale bardzo często przynajmniej moi pacjenci nie chcą. Raz mi się zdarzyło mieć kontakt z kimś ze Świadców Jehowy... Nawet zaproponowałem potem pacjentce jakieś takie wspólne spotkanie, ale pacjentka nie chciała. Bardzo często można powiedzieć, że religia wchodzi w takie sprawy psychosocjalne,

więc to niekoniecznie ja, bardziej kurator czy pielęgniarka. Ale się zdarzało. (Szwecja)

Mieliśmy sytuację z pacjentem, który uparcie twierdził, że musi wstawać i modlić się chyba o 2:35 dokładnie. Ale z imamem to też trochę była taka rozmowa na zasadzie „no niby nie musi”, ale zależy który imam, z jakiego kręgu kulturowego. Dowiedziałem się zresztą, że w islamie bardzo zróżnicowane są przepisy religijne, diabeł tkwi w szczegółach. Też trochę na zasadzie, że to jest indywidualny wybór pacjenta. No oczywiście wiadomo, że w islamie, jak ktoś jest ciężko chory, to nie musi, jest niby zwolniony z tego. Ale pytanie co uznamy za „ciężko chory”, pacjent nie uważa się za ciężko chorego, nie szło mu wytłumaczyć. Ale wiem, że już mu przeszło. (...) [Konsultacje były] generalnie dla mnie po to, żeby dowiedzieć się, na ile to, co pacjent do mnie mówi zgodne jest z prawdą. Bo to jest też dla mnie jako psychiatry – czasami ja się czuję niepewnie, czy to co pacjent mówi należy do jego kontekstu kulturowego, czy to jest jego religia, czy to są urojenia, które sobie zbudował na podstawie religii. (...) W (...) religiach, które znamy, człowiek się czuje bezpiecznie, to im dalej od naszych religii, z którymi się człowiek urodził, tym gorzej. I tu trzeba czasem zaciągać pomocy fachowej. Miałem pacjentkę, która miała pierwotne wierzenia ludów Afryki. (...) Czy to jest choroba, czy to jest jakiś kulturowy stan? Natomiast nie szło tego sprawdzić z nikim. Natomiast na szczęście miałem kolegę z pracy, który był z tego samego kręgu kulturowego. Czasami usiłujemy znaleźć kogoś, kto nam może pomóc w tych sprawach i ma jakąś wiedzę na ten temat. (Szwecja)

Respondentka z Wielkiej Brytanii przyznała, że zdarzają się sytuacje, kiedy chęć przestrzegania diety przez osobę hospitalizowaną powoduje, że lekarze podejmują negocjacje najpierw z taką osobą lub jej rodziną. Jeżeli te nie przynoszą skutku, to kwestie sporne bywają konsultowane z duchownym danego wyznania.

Tak, jeżeli mamy jakieś problemy, jeżeli chodzi o wymagania diety... Zazwyczaj to się zaczyna od rodziny, prosi się, aby pomogli, wytłumaczyli. A jeżeli nie, to tak, prosi się tych duchownych, aby wytłumaczyli i pomogli. Możemy się skontaktować z kapłanem czy duchownym, który nam to ułatwia. Powiem, że nawet nigdy mi się nie zdarzyło, moja praca też jest specyficzna, bo na kardiologii zazwyczaj są nieprzytomni, a jak już są przytomni, to rzadko może się podnieść z łóżka, aby się modlić całą godzinę. Ja nie mam takich problemów. Specyfika mojej pracy nie pozwala im na to. Ale jak byłam młodszym lekarzem, robiłam staż to prosiło się kapłanów. (Wielka Brytania)

Osoby badane z USA, Włoch i Francji twierdziły, że w ich praktyce zawodowej nie pojawiają się sytuacje, w których potrzebowaliby konsultacji z osobami duchownymi.

Nie, nie ma tego typu współpracy. Ale jeśli chodzi o to, jeśli chodzi o religijność w szpitalu, no to jesteśmy bardzo jałowi. Wysterylizowani. Poza niektórymi przejawami. Ale również wśród kolegów, koleżanek, wśród personelu nie ma tego takiego, takiej religijności, takich dużych przejawów. Czasami ktoś mówi, że gdzieś tam był, albo coś tam widział w kościele, ale nie... Nawet święta Bożego Narodzenia czy Wielkanocy nie są tak obchodzone jak w Polsce. Ta religijność stała się już elementem kultury. (Włochy)

Za formę współpracy z organizacją religijną można uznać natomiast praktykę dostarczania do szpitala przez hospitalizowanych Świadków Jehowy określonego zaświadczenia, które zawiera informacje o wyznaniu oraz odmowę przyjmowania transfuzji krwi. Ta ścieżka ma charakter sformalizowany i bywa wykorzystywana przez Świadków Jehowy w różnych krajach.

Świadkowie Jehowy, oni doskonale wiedzą, jakie zaświadczenie mają przynieść do szpitala, by otrzymali pomoc, ale żeby nie było to coś, czego nie akceptują na przykład właśnie transfuzji krwi. (Włochy)

Podsumowanie

Przedstawione w niniejszym raporcie relacje dotyczą doświadczeń pojedynczych osób pracujących w pięciu placówkach medycznych w innych krajach, pełniących różne funkcje w systemie ochrony zdrowia, o odmiennym stażu i doświadczeniu zawodowym. Narracje te trudno uwspólniać z uwagi na wymienione różnice, a także pluralizm kontekstów kulturowych oraz regulacji prawnych właściwych dla poszczególnych krajów, niemniej warto podkreślić elementy wspólne wysłuchanych relacji, które mogą stanowić przykłady dobrych praktyk.

- Wielokrotnie twierdzono, że proces szkolenia personelu medycznego, który osoby badane musiały uzupełniać po wyemigrowaniu z Polski, zawierał zagadnienia związane z komunikacją w miejscu pracy oraz tematyką różnic kulturowych w ochronie zdrowia.

- W trakcie wywiadów zwracano uwagę, że w obszarze komunikacji w miejscu pracy oraz w zakresie tematyki różnic kulturowych ochrona zdrowia w Polsce wymaga szeregu zmian i przekształceń.
- W poszczególnych krajach proces szkolenia i doskonalenia zawodowego osób zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia w różny sposób odnosił się do problematyki różnorodności religijnej, choć system szkoleń zawsze zawierał treści antydyskryminacyjne i tematykę równego traktowania.
- System szkoleń o tematyce równościowej i antydyskryminacyjnej często jest standardowym elementem procesu doskonalenia zawodowego. Raportowano też istnienie procedur uruchamiania takich szkoleń w trybie *ad hoc*, w reakcji na pojawienie się konkretnych skarg lub nadużyć.
- W wypowiedziach osób badanych zwracała uwagę postawa bezdyskusyjnego szacunku dla różnorodności religijnej osób hospitalizowanych, a także gotowość do wspierania tych osób w związku z ich potrzebami wynikającymi z wyznawanej religii. Wypowiedzi na temat religijności osób pacjenckich zwykle miały charakter neutralny i były nacechowane troską o nieingerowanie w ich przekonania i wierzenia.
- Prośby i oczekiwania osób hospitalizowanych, wynikające z wyznawanej przez nich religii, są zwykle traktowane jako całkowicie naturalne i niepodlegające wartościowaniu. Dominuje postawa gotowości do spełniania takich potrzeb, nawet pomimo trudności mogących się z tym wiązać. Za kluczowe uznaje się w takim przypadku budowanie zaufania osoby pacjenckiej do personelu medycznego oraz minimalizowanie ryzyka pojawienia się sytuacji konfliktowych.
- Zapewnienie osobom hospitalizowanym możliwości spotkania z osobą duchowną oraz zagwarantowanie odpowiedniego miejsca do wykonywania praktyk religijnych uznawano za obowiązki placówki medycznej. Równocześnie dostrzeżono odwrotny proces – zjawisko rezygnacji z istnienia w takich placówkach kaplic lub przekształcania istniejących, z religijnie określonych, w religijnie neutralne (elementy religijne w takich miejscach bywają bardzo dyskretne).
- Wypowiedzi osób badanych często cechowało przekonanie, że budowanie w osobach zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia dyspozycji do równego traktowania osób pacjenckich, bez względu na ich wyznanie i światopogląd, to standard, do którego bezdyskusyjnie należy dążyć. Kilkakrotnie podkreślano też duże znaczenie uwzględniania kontekstu kulturowego i religijnego, jako wsparcie procesu leczenia i zdrowienia.

Rekomendacje

Rekomendacje wynikają z analizy obowiązującego stanu prawnego oraz wniosków z przeprowadzonych badań, które pokazały, że przestrzeń szpitali w Polsce jest wielowymiarowo i systemowo zdominowana przez Kościół rzymskokatolicki.

Rekomendacje zostały podzielone ze względu na podmioty, do których są bezpośrednio adresowane.

Rekomendacje dla Ministerstwa Zdrowia

- Wprowadzenie jednej ustawy, wspólnej dla zarejestrowanych w Polsce aktualnie oraz w przyszłości Kościołów i związków wyznaniowych. Ustawa taka, w sposób kompleksowy regulowałaby prawa i obowiązki wspólnot wyznaniowych, upraszczając i czyniąc w praktyce bardziej dostępną realizację konstytucyjnej zasady równouprawnienia Kościołów i innych związków wyznaniowych.
- Wprowadzenie zmiany terminologii stosowanej w aktach prawnych z kategorii zakorzenionych w tradycji chrześcijańskiej na rzecz terminologii inkluzywnej obejmującej także inne tradycje religijne oraz wsparcie humanistyczne dla osób bezwyznaniowych, np. zastąpienie terminów opieka duszpasterska, posługa duszpasterska terminami opieka duchowa, posługa duchowa.
- Wprowadzenie zmian na poziomie przepisów prawa, które będą gwarantowały równouprawnienie wszystkich Kościołów i związków wyznaniowych w Polsce.
- Ujednolicenie zasad regulujących finansowanie udzielania posługi duchowej. Należy wprowadzić rozwiązania pozwalające na otrzymywanie wynagrodzeń i pokrywanie kosztów związanych z udzielaną posługą przez osoby duchowne wszystkich zarejestrowanych związków wyznaniowych lub finansowania opieki duchowej z ich środków własnych.
- Zmiana charakteru kaplic szpitalnych z rzymskokatolickiego na neutralny wyznaniowo, czyli niezawierający symboli religijnych właściwych jednej religii, tak aby umożliwić korzystanie z przysługującym ich praw osobom pacjenckim różnych wyznań.

- Zbieranie danych o ilości osób mających podpisaną klauzulę sumienia. Prowadzenie monitoringu dostępności świadczeń zdrowotnych oraz ilości ich odmów ze względu na klauzulę sumienia. Prowadzenie analizy skutków funkcjonowania klauzuli sumienia.

Rekomendacje dla Narodowego Funduszu Zdrowia

- Monitoring dostępności świadczeń zdrowotnych, które zostały zakontraktowane w poszczególnych placówkach, a które mogą podlegać odmowie ze względu na klauzulę sumienia.
- Kontrola czy podlegające placówki nie powołują się na klauzulę sumienia jako obowiązującą całą placówkę (instytucję), co stanowi praktykę niezgodną z prawem. Możliwość odmowy wykonywania świadczeń zdrowotnych w oparciu o klauzulę sumienia ma wyłącznie osoba fizyczna, a nie prawna.
- Kontrola czy przypadki odmowy wykonywania świadczeń zdrowotnych w oparciu o klauzulę sumienia zostały przeprowadzone zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi, np. czy zostało to odnotowane w dokumentacji medycznej, czy podmiot leczniczy poinformował odnośnie miejsca realnej realizacji świadczenia.
- Wprowadzenie mechanizmu skutecznego i realnego dostępu do świadczeń, które mogą być objęte klauzulą sumienia, w czasie adekwatnym do sytuacji osoby pacjenckiej.

Rekomendacje dla placówek ochrony zdrowia

- Usunięcie z placówek ochrony zdrowia symboli i przedmiotów o charakterze religijnym, za wyjątkiem miejsc przeznaczonych do realizacji kultu religijnego (kaplice). Ta rekomendacja nie dotyczy ingerencji w możliwość indywidualnej ekspresji religijnej osób hospitalizowanych w przestrzeni osobistej, w sposób nienaruszający wolności sumienia i wyznania innych osób. Przestrzeń placówek ochrony zdrowia powinna być jak najbardziej przyjazna dla wszystkich, niezależnie od wyznawanej religii lub światopoglądu.
- W szpitalach brakuje miejsc do realizacji praktyk religijnych dla osób innych wyznań niż rzymski katolicyzm. W ramach aktualnie obowiązujących regulacji prawnych, nakładających obowiązek przeznaczenia odpowiedniego pomieszczenia na kaplicę szpitalną, należy dążyć do tworzenia kaplic o charakterze neutralnym wyznaniowo (wolnych od symboli religijnych i przyjaznych dla osób wyznających różne religie) lub ekumenicznych (dla chrześcijan różnych wyznań). W przypadku gdy w szpitalu istnieje wyłącznie kaplica

rzymskokatolicka lub ekumeniczna należy dążyć do organizowania osobnych miejsc modlitwy i medytacji dla osób wyznań niechrześcijańskich.

- W przypadku możliwości czasowego organizowania miejsca modlitwy i medytacji, np. poprzez udostępnienie pomieszczenia używanego na co dzień do innych celów, należy informować osoby hospitalizowane o takim rozwiązaniu.
- Sprawdzenie czy nie istnieją bariery utrudniające lub uniemożliwiające sprawowanie opieki duchowej przez osoby duchowne niezatrudnione w szpitalach, np. związane z wejściem na oddział szpitalny, koniecznością wyjaśnienia powodu przybycia do szpitala, a nawet zakazywaniem kontaktu osoby duchownej z hospitalizowanymi bez podania przyczyny.
- Umieszczanie w publicznej przestrzeni placówek ochrony zdrowia aktualnych danych kontaktowych osób duchownych różnych wyznań obecnych na danym terenie. Należy dążyć do zawierania umów/porozumień o współpracy ze związkami wyznaniowymi i do okresowego aktualizowania udostępnianych danych kontaktowych.
- Przestrzeganie zasady respektowania wymogu pozytywnego oświadczenia woli osoby hospitalizowanej jako warunku koniecznego dla wizyty osoby duchownej.
- Audyt sposobów realizacji posługi duchowej przez kapelanów szpitalnych, w szczególności w trakcie tzw. obchodów sal chorych, z uwagi na przypadki naruszeń polegających na indagowaniu wszystkich osób hospitalizowanych, także tych, które nie wyraziły pozytywnego oświadczenia woli, a nawet wyraziły sprzeciw wobec takiego kontaktu.
- Sprawdzenie czy prawo pacjenta do nieujawniania swojej przynależności wyznaniowej – prawo do milczenia o religii i światopoglądzie – jest respektowane przez personel szpitala, w tym kapelanów szpitalnych.
- Zwracanie szczególnej uwagi na konieczność poszanowania prywatności i godności osób hospitalizowanych przez kapelanów szpitalnych z uwagi na raportowane przypadki naruszeń w tym zakresie (np. brak należytej troski o zapewnienie prywatności podczas sakramentu spowiedzi, wchodzenie do sal chorych bez poszanowanie intymności i ochrony prywatności osób hospitalizowanych, ocenianie i komentowanie ich wyborów światopoglądowych oraz przynależności wyznaniowej).
- Audyt sposobów przechowywania dokumentacji medycznej, tak by nie była ona dostępna dla osób spoza personelu medycznego np. duchownych zatrudnionych w szpitalu.
- Reagowanie na sytuacje, gdy osoby hospitalizowane nie mają możliwości uniknięcia biernego uczestnictwa w praktykach religijnych przeprowadzanych

poza kaplicą szpitalną, np. modlitwa z kapłanem przy łóżku innego chorego w sytuacji, gdy ten może chodzić. Należy dążyć do tego by praktyki religijne, których sposób realizacji może być uznany za przymuszanie do uczestnictwa w nich innych osób, odbywały się wyłącznie w miejscu dedykowanym ich wykonywaniu.

- Przestrzeganie zasady respektowania wymogu pozytywnego oświadczenia woli osoby hospitalizowanej (lub innych uprawnionych osób) jako warunku koniecznego do udzielania rzymskokatolickich sakramentów (np. chrztu lub namaszczenia chorych). Niedopuszczalne jest ustalanie przynależności wyznaniowej np. osoby nieprzytomnej na podstawie dyskusyjnych przesłanek, takich jak np. posiadane symbole, przedmioty.
- Dążenie do standardu zapewnienia osobom przestrzegającym zasad żywienia wynikających z wyznawanej religii lub światopoglądu akceptowanych posiłków.
- Szkolenia osób zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia w zakresie wolności sumienia i wyznania oraz o tematyce antydyskryminacyjnej. Należy uwrażliwiać personel na oczekiwania i potrzeby osób pacjenckich wynikające z wyznawanej religii lub posiadanego światopoglądu (np. dieta i zasady żywienia, zakazy przyjmowania preparatów zawierających krew i substancje krwiopochodne, składniki odzwierzęce oraz alkohol, elementy ubioru i wyglądu, regulacje dotyczące kontaktów kobiet z mężczyznami, związane z okresem ciąży i narodzinami dziecka, a także zasady związane z postępowaniem z ciałem osób zmarłych).
- Informowanie osób pacjenckich o tym, kto z personelu medycznego danej placówki korzysta z klauzuli sumienia.

Rekomendacje dla organów prowadzących

- Kontrola czy podlegające placówki nie powołują się na klauzulę sumienia jako obowiązującą całą placówkę (instytucję), co stanowi praktykę niezgodną z prawem. Możliwość odmowy wykonywania świadczeń zdrowotnych w oparciu o klauzulę sumienia ma wyłącznie osoba fizyczna, a nie prawna.
- Audyt dostępności do świadczeń zdrowotnych, które mogą być objęte klauzulą sumienia.
- Audyt czy przypadki odmowy wykonywania świadczeń zdrowotnych w oparciu o klauzulę sumienia zostały przeprowadzone zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi, np. czy zostało to odnotowane w dokumentacji medycznej, czy podmiot leczniczy poinformował odnośnie miejsca realnej realizacji świadczenia.

- Audyt czy w placówkach realizowane są wolności sumienia i wyznania osób pacjenckich.
- Szkolenia osób zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia w zakresie wolności sumienia i wyznania oraz o tematyce antydyskryminacyjnej.

Rekomendacje dla uczelni kształcących na kierunkach medycznych

- Wprowadzenie do programów studiów kierunków: lekarskich, lekarsko-dentystycznych, farmacji, pielęgniarstwa, położnictwa oraz innych kierunków wydziałów lekarskich oraz nauk o zdrowiu, kursów zawierających informacje dotyczące komunikacji międzykulturowej, różnorodności kulturowo-religijnej osób pacjenckich oraz wpływu tych czynników na stan zdrowia i proces leczenia.

Zastrzeżenia prawne do publikacji, analizy prawnej, a także informacji zawartych na stronie internetowej Fundacji:

1. Treści zawarte w publikacji oraz analizie stanu prawnego a także treści udostępnione na stronie internetowej Fundacji na Rzecz Różnorodności Polistrefa:
 - a. Mają charakter wyłącznie informacyjny.
 - b. Zostały przygotowane z dołożeniem wymaganej staranności, jednak może zdarzyć się, że okażą się niekompletne, przedawnione lub mogą zawierać innego rodzaju błędy.
 - c. Nie stanowią wiążącej interpretacji ani wykładni prawa, nie są poradą prawną, ani opinią prawną i nie mogą być użyte dla ustalenia obowiązującego stanu prawnego, ani wykładni prawa w konkretnej sprawie.
2. Porada prawna, opinia prawna oraz pomoc prawna muszą każdorazowo uwzględniać indywidualne cechy i okoliczności danej konkretnej sytuacji/przypadku. Natomiast wskazane wyżej materiały mają charakter wyłącznie informacyjny, będąc wyrazem subiektywnego stanowiska ich autorów i autorek. W celu uzyskania porady prawnej, opinii prawnej lub pomocy prawnej w indywidualnej sprawie należy zwrócić się każdorazowo do prawnika/adwokata/radcy prawnego.
3. Fundacja ani autorzy materiałów nie ponoszą odpowiedzialności za zastosowanie się do informacji zawartych na stronie internetowej Fundacji i w opublikowanych materiałach, w tym, w szczególności, nie ponoszą odpowiedzialności za efekty decyzji i działań podjętych w oparciu o te informacje.
4. Fundacja ani autorzy nie ponoszą odpowiedzialności za treści zewnętrznych serwisów internetowych, do których zawarto odesłania w udostępnionych materiałach informacyjnych.



Iceland
Liechtenstein
Norway

**Active
citizens fund**

Publikacja powstała w ramach projektu “Wolność sumienia i wyznania pacjentów w systemie opieki zdrowotnej” finansowanego przez Islandię, Liechtenstein i Norwegię z Funduszy EOG w ramach Programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy.