

Przegląd Religioznawczy 1(299)/2026

The Religious Studies Review

ISSN: 1230-4379

e-ISSN: 2658-1531

www.journal.ptr.edu.pl

MONIKA OLIWA-CIESIELSKA

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Wydział Socjologii

e-mail: moliwa@amu.edu.pl

<https://orcid.org/0000-0002-1041-9812>

DOI: 10.34813/ptr1.2026.10

Zaspokajanie potrzeb religijnych w domach pomocy społecznej i placówkach leczniczych. Wybrane aspekty prawne i aksjologiczne

Fulfilling religious needs in social welfare homes and healthcare facilities.
Selected legal and axiological aspects

Abstract. The article addresses the issue of meeting the religious and spiritual needs of people staying in 24-hour care institutions, such as social welfare homes (DPS) and healthcare facilities (including hospitals). Its aim is to analyse the normative and axiological foundations of pastoral care and its importance for preserving the subjectivity and dignity of the individual in extreme situations such as old age, chronic illness, and institutional isolation. The study employs desk research and critical analysis of legal documents regulating the inclusion of the religious dimension of services. The analysis reveals that the contemporary social welfare and healthcare systems are evolving towards a more holistic paradigm, where spirituality protects against the biomedical and economic reduction of a person to a 'disease unit,' 'social case,' or 'economic cost.' The analysis demonstrates that spirituality is not only a private sphere of experience, but an integral part of the standard of services provided. The study proves that pastoral care takes into account not only the religious, Catholic aspect, but also the universal human aspect.

Keywords: pastoral care, religious freedom, religious needs, residential care institutions (24-hour care)

Wstęp

Punktem wyjścia do analizy religijności i posługi duszpasterskiej w domach pomocy społecznej jest aksjologiczne założenie ustawy o pomocy społecznej. System ten ma umożliwiać osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych oraz funkcjonowanie „w warunkach odpowiadających godności człowieka”. Zapis ten ma nie tylko znaczenie deklaratywne, ale także wyznacza ważny standard traktowania mieszkańca jako podmiotu, osoby, o którą należy się troszczyć nie tylko w wymiarze cielesnym, oraz jako odbiorcy świadczeń opiekuńczych. W odniesieniu do fundamentalnych ujęć prawnych uwidacznia się znaczenie potrzeb tożsamościowych i duchowych, w tym religijnych, jako elementów dobrostanu i autonomii jednostki.

Należy zwrócić uwagę na konieczność wypełniania gwarancji prawnych w sposób profesjonalny i przez osoby do tego przygotowane. Pomijanie potrzeb metafizycznych może bowiem negatywnie wpływać na ogólny proces leczenia lub adaptacji w instytucji. Istotna jest tu jednoznacznie określona posługa kapelana, która jest traktowana nie tylko jako opcjonalne wsparcie religijne, lecz jako element kompleksowej opieki nad pacjentem i mieszkańcem, czyli osobami, które z racji problemów społecznych, fizycznych lub psychicznych znajdują się pod opieką instytucji całodobowego pobytu (są leczone w placówkach medycznych lub są mieszkańcami domów pomocy społecznej – DPS).

Regulacje prawne jako punkt wyjścia do respektowania potrzeb religijnych

Realizację potrzeb religijnych osób mieszkających czy przebywających w instytucjach sprawujących nad nimi stałą opiekę zapewnia rama praw podstawowych, w szczególności konstytucyjna wolność sumienia i religii oraz prawo do praktyk i „pomocy religijnej” w miejscu pobytu (Konstytucja RP, 1997, art. 53 ust. 1–2). Dotyczy to także instytucji całodobowego pobytu, zwłaszcza jeśli osoba nie może samodzielnie zaplanować uczestnictwa w praktykach religijnych. Prawo do opieki duchowej wynika z konstytucyjnej wolności sumienia i religii, rozumianej nie tylko jako sfera przekonań, ale także jako prawo do uzewnętrzniania religii (kult, modlitwa, obrzędy, praktykowanie, nauczanie). Normatywny sens tego ujęcia jest precyzyjny, a w sytuacji przebywania w instytucji (szpital, DPS) realizacja wolności religijnej wymaga nie tylko „tolerowania” praktyk, lecz także stworzenia warunków do ich wykonywania.

Na poziomie prawnym kluczowe jest założenie aksjologiczne ustawy o pomocy społecznej – pomoc ma umożliwiać osobom i rodzinom przezwyciężanie

trudnych sytuacji życiowych oraz funkcjonowanie „w warunkach odpowiadających godności człowieka”. W DPS oznacza to standard podmiotowego traktowania mieszkańca, a więc troskę wykraczającą poza wymiar *stricte* opiekuńczy, obejmując potrzeby tożsamościowe i duchowe, w tym religijne, jako element dobrostanu i autonomii jednostki (Ustawa o pomocy społecznej, art. 3 ust. 1).

Ustawodawca doprecyzowuje tę aksjologię na poziomie organizacji DPS, stanowiąc, że dom świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne „w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających”, przy czym organizacja domu oraz zakres i poziom usług mają uwzględniać w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców (Ustawa o pomocy społecznej, art. 55 ust. 1–2). Ustawa nie zawiera zatem „katalogu praktyk religijnych”, lecz klauzule generalne, które wymuszają praktyczne uzgadnianie działania instytucji z wolnością sumienia i praktyk (np. dostępu do duchownego, uczestnictwa w obrzędach, możliwości rozmowy duszpasterskiej w warunkach poufności).

Prawo wpisuje DPS w logikę pluralizmu instytucjonalnego, dopuszczając prowadzenie domów także przez Kościół katolicki oraz inne kościoły i związki wyznaniowe (na zasadach zezwoleń i nadzoru) (Ustawa o pomocy społecznej, art. 57 ust. 1 pkt 2). Przepis ten jednocześnie legitymizuje obecność podmiotów wyznaniowych w systemie i wzmacnia standard niedyskryminacyjny – praktyki religijne mogą być obecne, ale nie mogą prowadzić do presji, wykluczenia ani ograniczania praw osób o innych lub niereligijnych przekonaniach. dopełnieniem tej ramy są przepisy „materialne”, wiążące funkcjonowanie DPS z obowiązkiem zaspokajania potrzeb mieszkańców. Ustawa nakłada na dom obowiązek ponoszenia wydatków związanych z całodobową opieką oraz zaspokojeniem „niezbędnych potrzeb bytowych i społecznych” mieszkańców (Ustawa o pomocy społecznej, art. 58 ust. 1). W praktyce pozwala to ujmować religijność jako element potrzeb „społecznych” (sens, rytuały, wspólnotowość), o ile wynika to z sytuacji konkretnej osoby, co wzmacnia zasada „indywidualnych potrzeb”.

Wątek religijny pojawia się w ustawie także w przepisie nakazującym sprawienie pogrzebu „zgodnie z wyznaniem zmarłego” (Ustawa o pomocy społecznej, art. 44). Jest to istotne zwłaszcza w kontekście sytuacji terminalnych w DPS, ponieważ uznaje ona „wyznanie” za kategorię prawnie znaczącą także wtedy, gdy jednostka nie może wyrażać już swoich potrzeb. Warto podkreślić, że ustawa przewiduje dalszą konkretyzację standardów w aktach wykonawczych, a minister właściwy określa (w drodze rozporządzenia) sposób funkcjonowania wybranych typów DPS oraz standard podstawowych usług. Pełny obraz praw i praktyk religijnych w DPS przejawia się zatem na poziomie ustawy (jako klauzule wolności, intymności, godności i bezpieczeństwa) oraz

standardów i regulaminów instytucjonalnych, które przekładają je na procedury (np. zasady odwiedzin duchownych, organizacja nabożeństw, warunki dyskretnej rozmowy, rozwiązania dla osób innych wyznań).

Standard usług w zakresie praktyk religijnych w instytucjach całodobowych (DPS i lecznictwo stacjonarne)

Rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej określa zaspokajanie potrzeb religijnych jako element standardu usług wspomagających, które każdy DPS ma zapewniać niezależnie od typu domu, oraz wskazuje obowiązek „umożliwienia zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych” – samo zestawienie obydwu może być zaskakujące (Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej, § 5 ust. 1 pkt 3 lit. c). Tym samym religijność zostaje przesunięta z poziomu „dobrej praktyki” do poziomu świadczenia standardowego. Standard ten ujęto w dwóch uzupełniających się wymiarach: 1) infrastrukturalnym – wymagając zapewnienia „miejsca kultu religijnego zgodnego z wyznaniem mieszkańca”, jeżeli nie ma on realnej możliwości uczestniczenia w nabożeństwach poza domem (§ 6 ust. 1 pkt 2 lit. j), oraz 2) relacyjno-wolnościowym – poprzez zagwarantowanie „możliwości kontaktu z kapłanem i udziału w praktykach religijnych, zgodnie z wyznaniem mieszkańca” (§ 6 ust. 1 pkt 10 lit. e). Analogiczny standard przewidziano dla usług wsparcia krótkoterminowego (§ 6a ust. 5 pkt 4).

W aktach prawnych sfera religijna nie jest w DPS redukowana do tradycji ani uznaniowej życzliwości personelu, lecz zostaje wpisana w porządek organizacyjny domu jako dostęp (kontakt z duchownym), miejsce (warunki kultu) i możliwość uczestnictwa. Jednocześnie w realiach pluralizmu podmiotowego systemu – gdzie dopuszcza się prowadzenie domów także przez kościoły i związki wyznaniowe – granica między wsparciem a presją światopoglądową wymaga ciągłego podtrzymywania standardu poszanowania różnicowania mieszkańców.

Równoległą, bardziej „medyczo-instytucjonalną” konkretyzację praw do opieki duchowej przynosi ustawodawstwo skupione na pacjencie: „Art. 36. Pacjent [...] ma prawo do opieki duszpasterskiej. Art. 37. W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia [...] [podmiot] jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania. Art. 38. Podmiot leczniczy ponosi koszty realizacji praw pacjenta [...]” (Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, 2024, art. 36–38). W odniesieniu do Kościoła katolickiego te same zasady zawiera norma konkordatowa, prze-

widująca warunki wykonywania praktyk religijnych i korzystania z posług religijnych w zakładach opieki zdrowotnej i społecznej, w tym udział w mszy w niedziele i święta oraz posługi indywidualne, wraz z mechanizmami kierowania kapelanów i zawierania umów (Konkordat między Stolicą Apostolską i Rzeczpospolitą Polską, 1993/1998, art. 17 ust. 1–3).

Na tym tle w przepisach powtarza się ten sam zestaw obowiązków instytucji, a ustawodawca nie poprzestaje na deklaracji „prawa do religii”, tylko przekłada je na instrumenty organizacyjne (dostęp, miejsce, możliwość uczestnictwa).

Znaczenie tej „architektury prawnej” nie dotyczy sytuacji marginalnych, lecz zjawisk masowych. Infrastruktura leczenia stacjonarnego w Polsce w 2024 r. obejmowała 888 szpitali ogólnych (bez szpitali jednodniowych), w których hospitalizowano 7574,8 tys. pacjentów, oraz 64 szpitale psychiatryczne, w których w trakcie roku przebywało 196,9 tys. pacjentów (GUS, 2025b). Mniejsza liczba osób funkcjonuje w DPS:

Według stanu w dniu 31 grudnia 2024 r. w Polsce działały 2232 zakłady stacjonarne pomocy społecznej, które posiadały łącznie 134,1 tys. miejsc. Przebywało w nich 124,5 tys. mieszkańców, w tym 61,6 tys. kobiet (GUS, 2025a).

Skala ta pokazuje, że normatywne rozstrzygnięcia w zakresie opieki duchowej dotyczą sytuacji społecznie oczekiwanych, a nie incydentalnych.

W praktyce DPS wolność religijna mieszkańca musi być interpretowana według reguł instytucjonalnych. Choć wolność religijna mieszkańca DPS jest czymś więcej niż „możliwością praktyk” rozumianą wąsko jako dostęp do obrzędów, to szeroki zakres rodzi pytanie, jak tę wolność bezproblemowo realizować.

Jak podkreśla się w doktrynie, niemożliwe jest bezkrytyczne uznanie wolności mieszkańców. Dom pomocy społecznej jest zakładem administracyjnym, w którym obowiązuje władztwo zakładowe. Zachowanie tego władztwa jest niezbędne do zapewnienia porządku i dyscypliny oraz realizacji celów zakładu (Bielecki, 2018, s. 113).

Napięcie między wolnością a schematem organizacyjnym wyznacza praktyczny wymiar realizacji potrzeb religijnych także wtedy, gdy są one normatywnie „wpisane” w standard usług.

Napięcie między świeckim a religijnym kontekstem zaspokajania potrzeb w instytucji pomocy

W refleksji nad religijnością i praktykami religijnymi w instytucjach opieki długoterminowej warto zaakcentować, że „wsparcie duchowe” osób w podeszłym

wieku nie daje się zredukować do psychologicznej techniki dobrostanu ani do frekwencji w obrzędach. Według Aldony Molesztak duchowość jest ujmowana jako konstrukt wielowymiarowy i metodologicznie „oporny”, uchwytny w swoich konsekwencjach dla życia jednostki, lecz trudny do jednoznacznego zdefiniowania i zmierzenia, ponieważ przekracza porządek czysto poznawczy (Molesztak, 2015, s. 133–136). W pomocy społecznej troska o człowieka jest realizowana przez instytucje świeckie, ale także przez podmioty wyznaniowe. To właśnie na tym poziomie ujawnia się napięcie między postulatem opieki holistycznej a świeckimi ramami organizacji usług społecznych. W pomocy społecznej wobec osób wymagających całodobowego wsparcia szczególnie widać, że duchowość – wraz z wynikającymi z niej oczekiwaniami – nie funkcjonuje „poza” instytucjami, lecz jest w nie wpisana. Jednocześnie instytucje te muszą wykazywać zarówno wrażliwość na potrzeby religijne, jak i neutralność światopoglądową.

W systemie pomocy społecznej odpowiedzialność ustrojowa i finansowa spoczywa na państwie, które pozostaje gwarantem dobrej organizacji wsparcia oraz odpowiednich standardów jego świadczenia. Nie oznacza to jednak, że państwo wykonuje wszystkie zadania wyłącznie za pomocą własnych struktur. Przeciwnie, współczesny model pomocy społecznej opiera się na współdziałaniu sektorów, w ramach którego realizacja części usług może być powierzana podmiotom pozarządowym, w tym organizacjom o profilu wyznaniowym, a niekiedy również podmiotom prywatnym. Taki model nie znosi jednak odpowiedzialności państwa, lecz prowadzi do jej instytucjonalnego rozproszenia na poziomie wykonawczym, przy zachowaniu publicznego charakteru samego zadania. Innymi słowy, wielość wykonawców (i różnorodność podejść do kwestii religii) nie zmienia tego, że odpowiedzialność gwarancyjna pozostaje po stronie państwa. W instytucjach całodobowego pobytu ujawnia się paradoks normatywny współczesnej pomocy społecznej. Z jednej strony państwo, działające w warunkach konstytucyjnej bezstronności światopoglądowej, nie może ograniczać się do organizowania wyłącznie świeckiej infrastruktury opieki. Bezstronność państwa nie przyjmuje postaci eliminacji religii z przestrzeni instytucjonalnej, lecz postać gwarancyjną – państwo ma obowiązek chronić różne potrzeby mieszkańców, w tym potrzeby religijne. Bezstronność nie oznacza więc „milczenia” instytucji wobec religii, lecz zakaz uprzywilejowania jednego światopoglądu, a zarazem obowiązek zapewnienia wolności sumienia i religii.

Z drugiej strony podmioty kościelne i wyznaniowe uczestniczące w wykonywaniu zadań z zakresu pomocy społecznej nie mogą ich realizować wyłącznie w ramach własnej logiki konfesyjnej; takie też są oczekiwania społeczne (Kalinowski, Szot, 2019, s. 78). Wchodząc w sferę zadania publicznego, zachowują własną tożsamość aksjologiczną, a przy tym są zobowiązane do

„operacyjnej” dekonfesjonalizacji świadczenia. Oznacza to, że pomoc musi być udzielana według kryterium potrzeby, a nie przynależności wyznaniowej, stopnia religijności czy światopoglądu osoby wymagającej wsparcia. W tym sensie religijnie zakorzeniony podmiot, aby działać jako realizator zadania publicznego, musi praktykować instytucjonalną uniwersalność, a jego wartości, kerygmat i duchowość mogą stanowić zasób motywacyjny i organizacyjny, ale nie mogą wyznaczać kryteriów dostępu do pomocy ani różnicować standardu świadczenia.

Paradoks ten szczególnie widać na poziomie regulacji administracyjno-prawnej. Nawet gdy DPS prowadzi Kościół lub inny podmiot wyznaniowy, placówka ta funkcjonuje w systemie publicznego nadzoru, zezwoleń i standaryzacji (zezwoleń na prowadzenie DPS wydaje wojewoda właściwy ze względu na położenie domu). Tym samym działalność takiej placówki nie ma charakteru określonego przez wartości religijne, lecz jest zadaniem publicznym, poddanym kryteriom powszechnej dostępności, kontroli państwa oraz ocenie zgodności ze standardami opieki.

Można tu zatem mówić o mechanizmie podwójnej korekty instytucjonalnej. Po pierwsze, państwo koryguje własną neutralność światopoglądową o obowiązek realnego zabezpieczenia wolności religijnej mieszkańca instytucji. Po drugie, podmiot wyznaniowy koryguje własną wyznaniowość o obowiązek równego, niedyskryminacyjnego świadczenia pomocy w ramach zadania publicznego. To właśnie ta wzajemna korekta – a nie prosty podział na „sferę świecką” i „sferę religijną” decyduje o spójności systemu pomocy społecznej w warunkach pluralizmu światopoglądowego.

Jednocześnie, co ważne, gdy opieka nad osobami zostaje włączona w projekt usług społecznych, finansowania, kontraktowania, standaryzacji i rozliczalności – duchowość ujawnia się jako kategoria szersza niż „obsługa potrzeb religijnych” w sensie wąsko proceduralnym. Dotyczy bowiem sfery sensu, tożsamości i biograficznej integralności, a zarazem jest realizowana w warunkach instytucjonalnych. W praktyce oznacza to, że duchowość jest formalnie uznawana za element potrzeb mieszkańca, lecz operacyjnie bywa słabiej zinstytucjonalizowana niż potrzeby opiekuńcze, pielęgnacyjne czy bytowe.

Duchowość może być rozumiana jako zasób sensu, ciągłości biograficznej i godności, szczególnie gdy życie człowieka wiąże się z utratą sprawności, wzrostem zależności oraz przymusem instytucjonalizacji. Wsparcie duchowe nie sprowadza się zatem wyłącznie do praktyk religijnych (takich jak liturgia czy sakramenty), lecz obejmuje także szersze ramy interpretacyjne, które pomagają jednostce integrować doświadczenie straty, choroby i zależności w spójną narrację o sobie. Jest to istotne zwłaszcza w instytucjach całodobowego pobytu, gdzie codzienność organizacyjna może (nawet niecelowo) redukować osobę

do odbiorcy świadczeń, które podtrzymują widoczną jakość życia, podczas gdy wymiar duchowy uznaje za obszar osobisty.

Opieka nad ciałem, zdrowiem i bezpieczeństwem socjalnym podlega procedurom finansowania, standaryzacji i kontroli jakości. Natomiast wsparcie duchowe bywa przesuwane na obrzeża formalnie definiowanej usługi, choć z perspektywy mieszkańca DPS czy pacjenta szpitala często pozostaje najważniejsze dla jakości życia. Badania wskazują, że obok czynników bytowych (leki, dostęp do lekarza, samodzielność) ważne są także wskaźniki dotyczące relacji z Bogiem, w tym „przekonanie o obecności Boga” oraz praktyki modlitewne (Bukalski, Żurek, 2018, s. 41, 45).

Duchowość – z powodu niejasnego statusu rozliczania jej jako usługi – zostaje zakwalifikowana jako sprawa prywatna. Nawet jeśli instytucja wywodzi się z obszaru religijnego, działa niejako pod presją publicznego „zawieszenia” własnego języka transcendencji. Problem polega więc nie na samej obecności religii w instytucji, lecz na tym, że wymiar duchowy bywa normatywnie uznawany, a zarazem organizacyjnie marginalizowany. To napięcie stanowi jedno z głównych wyzwań współczesnej pomocy społecznej w warunkach oczekiwania neutralności światopoglądowej.

Posługa duszpasterska jako „obecność kompetentna” w instytucjach opieki całodobowej

Posługę kapelana charakteryzuje m.in. projekt dokumentu „Status kapelana jednostek leczniczych, domów pomocy społecznej i podobnych instytucji”, zwracając w nim uwagę na „stałą troskę duszpasterską”; wskazując, że oprócz religijnego i katolickiego wymiaru sprawuje on opiekę duchową „[w] wymiarze ogólnoludzkim wyrażającym się w odniesieniu człowieka do prawdy, dobra, piękna, w poszukiwaniu sensu i znaczeń życia, cierpienia, śmierci oraz w wybieraniu określonej hierarchii wartości”. Określa także wymóg „współpracy w ramach interdyscyplinarnego zespołu” (Konferencja Episkopatu Polski, s. 1).

Powyższe ujęcie uznaje rolę kapelana nie jako „dodatku” do instytucji, lecz elementu infrastruktury wsparcia, którego sens ujawnia się szczególnie w warunkach izolacji instytucjonalnej i doświadczeń granicznych. Współczesna refleksja nad systemem opieki w instytucjach medycznych i pomocowych, takich jak szpitale, hospicja czy domy pomocy społecznej, ewoluuje w stronę paradygmatu holistycznego. Kapelan staje się zatem gwarantem podmiotowości osób, które ze względu na stan zdrowia lub wiek znajdują się w sytuacji izolacji instytucjonalnej. Głównym argumentem za niezbędnością duszpaster-

stwa w procesie terapeutycznym jest przyjęcie założenia o integralności ludzkiej natury. Dokumenty źródłowe definiują to w następujący sposób:

Opieka duszpasterska realizowana przez kapelana jest wyrazem całościowego podejścia do osoby, rozumianej jako jedność cielesno-duchowa (Konferencja Episkopatu Polski, s. 2).

Powyższe sformułowanie stanowi fundament krytyki modelu czysto biomedycznego, który redukuje pacjenta do sumy procesów fizjologicznych. „Jedność cielesno-duchowa” oznacza, że cierpienie somatyczne jest nierozzerwalnie związane z kondycją psychiczną i duchową. W projekcie tym wskazano, że waga posługi kapelańskiej objawia się w jej wielowarstwowości, która wykracza poza ramy konfesyjne. Opieka duchowa jest realizowana w trzech wymiarach: 1) ogólnoludzkim: koncentrującym się na poszukiwaniu sensu życia, cierpienia i śmierci; 2) religijnym: dotyczącym relacji człowieka z Bogiem; 3) katolickim: realizowanym poprzez wspólnotę Kościoła i życie sakramentalne (Konferencja Episkopatu Polski, s. 1). Taka struktura pozwala kapelanowi na niesienie wsparcia również osobom poszukującym lub przeżywającym kryzysy egzystencjalne, co czyni jego obecność istotną dla całej społeczności instytucji.

Maria Łuszczyńska ukazuje problem wsparcia instytucjonalnego w DPS w kontekście naturalnego napięcia dla instytucji opiekuńczych – placówki nie są w stanie strukturalnie odtworzyć środowiska rodzinnego, toteż ryzykują redukcję mieszkańca do „adresata usług”. Jednak również społeczność lokalna bywa obciążona takim ryzykiem, ponieważ nie jest w stanie na pewnym etapie starości zaspokoić potrzeby aktywizacji, a wszelkie inne działania (opiekuńcze) mogą być postrzegane jako wykluczające (Łuszczyńska, 2018, s. 49–50). Opieka w instytucji musi być zatem profesjonalna.

W projekcie o posłudze kapelana zwrócono uwagę na predyspozycje do takiej pracy i istotne kompetencje – kapelan musi dysponować nie tylko formacją duchową, ale także odpowiednimi przymiotami ludzkimi oraz przygotowaniem do pracy w sytuacjach szczególnie trudnych (Konferencja Episkopatu Polski, s. 2). Jego rola rozciąga się również na rodzinę pacjenta, co jest istotne w systemie opieki całodobowej, gdzie bliscy często zmagają się z poczuciem winy lub lękiem przed utratą. Niezwykle ważna jest też rola kapelana jako doradcy w sytuacjach skomplikowanych etycznie. Do jego obowiązków należy wsparcie w podejmowaniu decyzji dotyczących np. „uporczywej terapii” oraz pomoc w nadawaniu chrześcijańskiego sensu przeżywanemu cierpieniu (Konferencja Episkopatu Polski, s. 4).

Kapelan pełni funkcję mediatora między wymogami klinicznymi a sumieniem pacjenta. Jednak sama deklaracja prawa lub „wola ustawodawcy” nie gwarantuje realnej jakości wsparcia duchowego. Żeby potrzeba duchowości

była zaspokojona i realizowana, nie wystarczy jedynie wola ustawodawcy. Potrzebne jest także profesjonalne przygotowanie osób świeckich do roli pracowników rozumiejących wymiar transcendentny, a także profesjonalne przygotowanie osób konsekrowanych (kapłanów posługujących np. w DPS, szpitalach), którzy rozumieją, że pod ich opieką duchową jest zupełnie inny wierny niż mieszkaniowiec na terenie parafii. W całodobowej opiece, gdzie zarówno fizyczny obszar życia, jak i swoboda wyborów jest ograniczona, choćby przez sytuację zdrowotną, obszar duchowy powinien tym bardziej odpowiadać na indywidualne potrzeby człowieka. W tej perspektywie sednem problemu nie jest więc pytanie o formalne „umożliwienie praktyk”, ale pytanie o organizację, zasoby i standardy posługi.

Można zauważyć w tej sferze napięcie typowe dla systemów pomocowych – między indywidualizacją wsparcia duchowego a koniecznością wspólnotowego charakteru towarzyszenia osobom wspieranym. Biorąc pod uwagę jakość tej pomocy, a nie tylko okazjonalność, deklaratywna powszechność „pomocy duchowej” nie przesądza o jej treści i jakości. Ograniczony czas na działania duszpasterskie w instytucjach pomocowych nie sprzyja budowaniu silnych więzi z osobą duchowną. Tymczasem skuteczność wsparcia duchowego zależy od zasobów i organizacji posługi, dlatego placówki wymagają „dobrze przygotowanych” kapłanów obejmujących troską zarówno chorych i ich rodziny, jak i personel medyczny (Wielebski, 2012, s. 287). W tym kontekście szczególnie ważny jest postulat profesjonalizacji posługi, rozumianej jako przygotowanie interdyscyplinarne i ciągle doksztalcanie (Wielebski, 2012, s. 288, 289).

Wątek profesjonalizacji warto połączyć z pytaniem o realne miejsce kapelana w zespołach instytucjonalnych. Czy posługujący w instytucjach pomocy społecznej (np. w DPS) mają świadomość, że nie są dodatkiem do zespołów działających dla mieszkańców, ale stanowią ważne ogniwo systemu wsparcia jednostki?

Tekst „W służbie chorym i potrzebującym. Poradnik dla kapłanów służby zdrowia” wskazuje, że sprawujący opiekę duchową kapłan wspiera zespół medyczny w staraniach o wyzdrowienie pacjenta, a także dba o godne przeżywanie końca życia. Może też pomagać w diagnozowaniu stanu psychicznego pacjenta, wspierać zespół medyczny w jego wyczerpującej pracy, współpracować z rodziną osoby chorej, przekazywać trudne informacje o stanie zdrowia. Wymogi profesjonalnego podejścia osób wspierających duchowo muszą obejmować także wiedzę i wykształcenie np. z obszaru bioetyki, medycyny, psychologii (Bernaciński, 2021, s. 14–15).

Istotne w posłudze duchowej jest przejście od modelu samotnego kapelana do zespołowej opieki duszpasterskiej z udziałem osób zakonnych i świeckich wolontariuszy (Krakowiak, Janowicz, 2012, s. 155–156). W tym ujęciu problem

nie sprowadza się jedynie do „braku księży”, lecz do organizacji pracy, w tym obecności kapelana w instytucjach wsparcia, co znacznie ogranicza jego pracę, dyspozycyjność i jakość posługi (Krakowiak, Janowicz, 2012, s. 155). „Chory nie może odczuć, że odwiedziny duszpasterskie odbywają się w atmosferze pośpiechu” (Krakowiak, Janowicz, 2012, s. 155). Wsparcie duchowe (niezależnie od instytucji) zostaje przedstawione jako praktyka relacyjna wymagająca czasu, dyspozycyjności i kompetencji komunikacyjnych, dlatego podkreśla się potrzebę systematycznej formacji, uregulowania statusu kapelana oraz interdyscyplinarnego wykształcenia (teologia pastoralna, psychologia, bioetyka), które pozwala realnie współpracować z dyrekcją, personelem i wolontariuszami, a tym samym wpisać opiekę duchową w instytucjonalną infrastrukturę jakości opieki nad przewlekle chorymi i starszymi (Krakowiak, Janowicz, 2012, s. 154–158).

Kolejnym wątkiem – szczególnie ważnym z perspektywy mieszkańca – jest instytucjonalne „wpisanie” kapelana w strukturę opieki, a więc uznanie, że troska duchowa nie może zależeć wyłącznie od okazjonalnych wizyt (Gwoździewicz, 2020, s. 114). Wsparcie duchowe stanowi bowiem realną alternatywę komunikacyjną w instytucji – część mieszkańców częściej wybiera rozmowę z duszpasterzem niż kontakt z psychologiem, ponieważ są przekonani, że duszpasterz lepiej rozumie problemy sumienia i duchowości (Gwoździewicz, 2020, s. 118). Nie chodzi jednak o przełożenie duchowości na „psychologiczną korzyść”, lecz o podtrzymywanie nadziei i poczucia sensu, odwoływanie się do duchowych strategii radzenia sobie, które może redukować lęk, wzmacniać nadzieję i pomagać podtrzymać poczucie wartości życia pomimo cierpienia związanego z chorobą i jej leczeniem (Matecka, 2022, s. 162–163). Dla mieszkańca DPS oznacza to możliwość interpretacji własnej sytuacji, która nie redukuje cierpienia do objawu, lecz pozwala zachować sensotwórczą narrację o sobie, szczególnie w warunkach przewlekłej choroby i starości, gdy „problem egzystencjalny” jest stałym tłem życia.

W perspektywie zmiany społecznej rosnąca laicyzacja przestawia akcent z posługi jako rutynowej obsługi praktyk na pracę w warunkach zróżnicowania postaw i oczekiwań. W kontekście misji Kościoła katolickiego, którego celem jest głoszenie Ewangelii, także niewierzącym – ważne jest łączenie nauczania wszystkich z poszanowaniem niechęci do bycia nauczany. Proporcje osób oczekujących posługi duszpasterskiej i osób obojętnych religijnie będą się w niedalekiej przyszłości zmieniać ze względu na laicyzację społeczeństwa. Za kilka lat do DPS będą prawdopodobnie trafiać osoby, które nie były wychowane w wierze religijnej, co wpłynie na rolę kapelana w instytucji, a z perspektywy świadczącego posługę będzie stanowić nowe wyzwanie (Gwoździewicz, 2020, s. 115).

W Polsce brakuje badań dotyczących jakości posługi duszpasterskiej nie tylko w kontekście jej znaczenia, ale także stopnia zaangażowania w indywidualną relację z osobami chorymi oraz przebywającymi i mieszkającymi w instytucjach całodobowego pobytu (niezależnie od czasu pobytu – szpitalach czy DPS).

Podsumowanie

Prawo do zaspokajania potrzeb duchowych w instytucjach całodobowego pobytu można rozumieć jako mechanizm ochronny, przeciwdziałający scenariuszowi, w którym osoba o decyzyjności ograniczonej przez stan zdrowia zostaje zredukowana do koniecznych aspektów pomocy. Opieka duszpasterska jest elementem szerszej troski o podmiotowość, realizowanej głównie przez relację i uznanie biografii, a dopiero wtórnie przez rytuał. W tym kontekście profesjonalna posługa jest możliwa, jeśli jest sprawowana przez interdyscyplinarnie przygotowanych kapelanów.

Konieczne jest przeniesienie duchowości z obszaru „prywatnych preferencji” do obszaru społecznie sankcjonowanych oczekiwań wobec instytucji. Z perspektywy relacji władzy pominięcie tego wymiaru powinno być traktowane jako deficyt opieki. Ma to znaczenie, jeśli przyjmuje się, że opieka duchowa w znacznym stopniu chroni przed redukcją osoby do kosztu i procedury, przywracając jej należną perspektywę personalistyczną. Ostatecznie instytucja respektująca to prawo nie tylko „umożliwia praktyki”, ale także tworzy warunki, by człowiek w sytuacji słabości, np. w chorobie, pozostał decyzyjny mimo różnych problemów w funkcjonowaniu społecznym, które nie powinny być powodem ograniczania jego wewnętrznej wolności.

Literatura

- Bernaciński, Ł., Furman, F., Przebierała, W. (2021). *W służbie chorym i potrzebującym: Poradnik dla kapelanów służby zdrowia*. Warszawa: Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris.
- Bielecki, M. (2018). Zakres wolności religijnej w domach pomocy społecznej. Uwagi na kanwie wyroków WSA w Lublinie z 11 grudnia 2012 r. (II SA/Lu 897/12) i WSA w Gliwicach z 12 kwietnia 2016 r. (IV SA/Gl 757/15). *Przegląd Prawno-Ekonomiczny*, 43(2), 103–120.
- Bukalski, S., Żurek, A. (2018). Psychospołeczne korelaty satysfakcji z życia osób w podeszłym wieku. W: M. Cholewa, M. Duda, P. Kroczyk (red.), *Pięknie jest być starszym. O starości interdyscyplinarnie* (s. 27–48). Kraków: Scriptum.

- Gwoździwicz, T. (2020). Posługa kapelana w domu pomocy społecznej. *Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne*, 53 (1), 110–122.
- Kalinowski, M., Szot, L. (2019). Pomoc duchowo-religijna w placówkach opieki zdrowotnej. *Roczniki Teologiczne*, 66(10), 77–94.
- Krakowiak, P., Janowicz, A. (2012). Nowe propozycje opieki ze strony zespołowego duszpasterstwa służby zdrowia i pomocy społecznej. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2 (2), 153–159.
- Łuszczynska, M. (2018). Posługa duszpasterska w domu pomocy społecznej na tle procesów społecznego starzenia się. W: M. Cholewa, M. Duda, P. Kroczyk (red.), *Pięknie jest być starszym. O starości interdyscyplinarnie* (s. 49–66). Kraków: Scriptum.
- Matecka, M. (2022). Duchowość i religijność w radzeniu sobie z chorobą przewlekłą. W: E. Baum, A. Nowak, M. Nowosadko, K.B. Głodowska (red.), *Duchowe uwarunkowania opieki nad pacjentem* (s. 161–169). Poznań: Termedia.
- Molesztak, A. (2015). Duchowość a zadowolenie z życia seniorów. W: A. Fabiś, A. Błachnio (red.), *Duchowość jako kategoria egzystencji i transcendencji w starości* (s. 133–146). Kraków: Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie.
- Wielebski, T. (2012). Duszpasterstwo chorych w Polsce: Między ideałem a rzeczywistością. *Warszawskie Studia Pastoralne*, 16, 266–297.

Akty prawne i dokumenty

- GUS (2025a). Zakłady stacjonarne pomocy społecznej w 2024 r. [Informacja sygnałna]. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoeczna/zaklady-stacjonarne-pomocy-spoecznej-w-2024-r-%2C18%2C9.html>.
- GUS (2025b). Zdrowie i ochrona zdrowia w 2024 r. / Health and health care in 2024. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2024-r-%2C1%2C15.html?pdf=1>. (Główny Urząd Statystyczny)
- Konferencja Episkopatu Polski (2024). Status kapelana jednostek leczniczych, domów pomocy społecznej i podobnych instytucji. Wskazania do wykorzystania przez biskupów diecezjalnych. Rada Prawna KEP.
- Konferencja Episkopatu Polski (b.r.m.w.). Status kapelana jednostek leczniczych, domów pomocy społecznej i podobnych instytucji. Wskazania do wykorzystania przez biskupów diecezjalnych. Projekt przedstawiony przez Przewodniczącego Zespołu KEP ds. Służby Zdrowia, zmodyfikowany przez Radę Prawną KEP. https://www.diecezja.kielce.pl/sites/default/files/status_kapelana.pdf.
- Konkordat między Stolicą Apostolską i Rzeczpospolitą Polską, podpisany w Warszawie dnia 28 lipca 1993 r. (Dz.U. 1998 Nr 51, poz. 318). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19980510318>.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997 Nr 78, poz. 483 ze zm.). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19970780483>.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (t.j. Dz.U. 2025, poz. 51).

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. 2025, poz. 1214 ze zm.). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20250001214>.

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2024, poz. 581). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20240000581>.