

KARTA TOŻSAMOŚCI

WPROWADZENIE

Obecnie przedstawiam całemu Zakonowi dokument „Karta Tożsamości”. Pragnęliśmy, aby to był dokument, który by poruszał różne punkty niezbędne do ukazania szpitalnictwa, do którego pełnienia zostaliśmy wezwani dzisiaj jako Zakon Szpitalny Św. Jana Bożego u progu Trzeciego Tysiąclecia, aby nadal wcielać proroczego ducha Św. Jana Bożego.

Dokument ten był przewidziany w programie Zarządu na sześćciolecie. Celem jego opracowania zostały mianowane trzy odrębne grupy, które dwukrotnie spotkały się razem w Rzymie i wyznaczyły niewielką komisję do opracowania wkładu członków tych trzech grup, zredagowania i przeredagowania tekstu, który obecnie trzymasz w ręku.

Program Zarządu na sześćciolecie przewidywał szereg działań, których nie można było urzeczywistnić, ponieważ nie było możliwe opracowanie tego tekstu w przewidzianym czasie.

Rada Generalna uznała, że zamiast przygotowywania nowej pracy na Kapitułę Generalną wspólnoty i grupy współpracowników winny zgłębiać Kartę Tożsamości w toku lat 1999 – 2000, wraz ze wskazaniem Komisji Przygotowawczej do Kapituły, w taki sposób, aby prócz zgłębiania dokumentu przygotowywać program do dyskusji i zatwierdzenia na LXV Kapitułę Generalną.

Z ideą tą zgodzili się zarówno członkowie Komisji wyznaczonej celem opracowania tekstu, jak i Przełożeni Wyżsi Zakonu zgromadzeni w Rzymie w dniach 30 listopada – 4 grudnia 1999 roku.

Dokument ten porusza różne ważne rozdziały dla naszego posłannictwa:

- Temat szpitalnictwa w ujęciu filozoficznym i teologiczno-biblijnym celem ukazania postaw Jana Bożego i tradycji Zakonu oraz sformułowania zasad, w świetle których chcemy dzisiaj realizować nasze Szpitalnictwo.
- Etyczny wymiar istoty ludzkiej oraz opiekuństwa. Są tu przedstawione zasady ogólne, na których opiera się nasza etyka, oraz konkretne sytuacje, na które jako szpitalnicy winniśmy odpowiedzieć w duchu Św. Jana Bożego.
- Temat kultury szpitalnictwa, z podkreśleniem przede wszystkim znaczenia formacji i badań, aby móc odpowiedzieć na wyzwania Trzeciego Tysiąclecia.
- Potrzeba wprowadzenia do naszych struktur zarządzania charyzmatycznego. Winniśmy posługiwać się prawami przedsiębiorczości, lecz czynić to na sposób charyzmatyczny. Winniśmy to czynić zgodnie z wartościami, które do zarządzania wnoszą naśladowanie Chrystusa i Św. Jana Bożego. Winniśmy to czynić opierając się na nauce społecznej Kościoła.

Uważamy więc, że z Kapituły Generalnej wyjdziemy z praktycznym programem, który nam pomoże przeżywać najbliższe sześćciolecie, odpowiadając na wymogi naszego Charyzmatu w XXI wieku.

Oficjalnie opublikujemy ten dokument w dniu Św. Jana Bożego, w roku jubileuszowym, w dniu Pojednania, ażeby podkreślić jego znaczenie dla praktykowania Szpitalnictwa dzisiaj.

Niechaj Św. Jan Boży pomoże nam pojednać się w naszym życiu osobistym, abyśmy byli zdolni przekazywać pojednanie w naszym życiu szpitalniczym.

Br. Pascual Piles

Przełożony Generalny

I. ZASADY, CHARYZMAT I POSŁANNICTWO ZAKONU SZPITALNEGO ŚW. JANA BOŻEGO

1.1. Planując w przyszłość w świetle naszych zasad

Ludzkość wkracza w XXI wiek pełna zarazem lęków i nadziei. Poczyniliśmy imponujące postępy w zrozumieniu i opanowaniu naszego świata, który dziś jawi się jako wielka wioska – „globalna wioska” - lecz równocześnie nadal trwają, a nawet nasilają się, cierpienia jednostkowe i zbiorowe, spowodowane przez wojny, egoizm klasowy lub grupowy i przez ograniczenia naszej ludzkiej natury, która przypomina nam o ciągłej obecności cierpienia, choroby i śmierci.

Zakon Szpitalny Św. Jana Bożego jest częstką tej „globalnej wioski”. Jest nas 1 500 braci, około 40 000 współpracowników jako pracowników i wolontariuszy, i około 300 000 współpracowników-dobrodziejów. Jesteśmy obecni na pięciu kontynentach, w 46 krajach, w ramach 21 prowincji zakonnych, 1 wiceprowincji, 6 delegacji generalnych i 5 delegacji prowincjonalnych; i nasze apostołstwo na rzecz chorych, ubogich i cierpiących prowadzimy w 293 dziełach. Chociaż jesteśmy członkami tego samego ciała, Zakonu, żyjemy jednak w bardzo różnorodnych sytuacjach. Jedni znajdują się w ośrodkach i społecznościach wysoce technicyzowanych, natomiast inni w społeczeństwach na drodze rozwoju; niektórzy żyją w krajach cieszących się atmosferą pokoju, podczas gdy innych nękają przemoc i wojna, albo leczą skutki przemocy z niedawnej przeszłości; jedni cieszą się w swoim społeczeństwie wolnością, gdy tymczasem wolność innych i ich podstawowe prawa są poważnie naruszone; jedni poświęcają się działalności ściśle szpitalnej, a inni koncentrują się na tematach społecznych i niedoli; jedni próbują pomagać żyć, podczas gdy działanie innych polega na pomocy w umieraniu zgodnością. Chociaż wszyscy pracujemy z myślą o integralnej pomocy chorym i ubogim, poświęcamy się osobno czy to ku zdrowiu fizycznemu czy umysłowemu, albo stwarzaniu godnych warunków życia ludzi. Jedni z nas znajdują się na Północy, inni na Południu; jedni w kulturach Wschodu inni w kulturach Zachodu¹.

U początku trzeciego tysiąclecia naszej ery mężczyźni i kobiety na każdej szerokości geograficznej zadają sobie pytania o przyszłość naszego społeczeństwa, naszych instytucji, nas samych. Również my wszyscy, którzy stanowimy Zakon Szpitalny Św. Jana Bożego, myślimy o przyszłości, w której będzie możliwe budowanie najbliższego tysiąclecia w służbie człowiekowi, który cierpi, człowiekowi, który znajduje się w nędzy i stara się o pomoc, by mógł zrealizować osobiste życiowe przeznaczenie.

Czasami, kiedy planuje się przyszłość, można popełnić błąd pomijania przeszłości; nie ze złej woli, po prostu z powodu zaniedbania, z braku uwagi, z powodu pragnienia urzeczywistnienia nowych rzeczy. Kiedy indziej potrzeba głębokich zmian i przezwyciężenia sytuacji rozłamu wymaga zaniechania zamierzeń przeszłości, gdyż nowe czasy wymagają nowych odpowiedzi, wolnych od ciężaru przeszłości, ażeby twórczo budować przyszłość.

Należy planować przyszłość wychodząc od teraźniejszości, mając na uwadze wszystko, co w przeszłości było pozytywne; w takiej sytuacji znajduje się Zakon Szpitalny, który stara się planować swoją przyszłość, opierając się na refleksji, na realizacji własnych zasad i wartości.

Prawdopodobnie znajdują się takie obszary i formy działania Zakonu, które będą wymagały zmiany, i może w niektórych miejscach ta zmiana winna być radykalna, jeżeli chcemy być obecni w tym trzecim tysiącleciu, pełniąc służbę ludziom i przekazując aktualne orędzie. Nie ulega wątpliwości, że cały Zakon Szpitalny Św. Jana Bożego musi oprzeć się na tych wartościach, które cechują naszą Instytucję.

Te wartości należy inkulturować, uaktualnić ich język, dopasować je do różnych miejsc w świecie, gdyż jedynie w ten sposób osoby, które zetkną się z naszymi dziełami, będą mogły je poznać i przyjąć.

Niżej podajemy numer 43 Statutów Generalnych Zakonu, który zawiera następujące zasady:

„Konsekwencją tej katolickiej tożsamości wyznaniowej są następujące podstawowe zasady, które nadają kierunek działalności w naszych ośrodkach i określają jej charakterystyczne cechy:

- żyjąc i pracując w szpitalu lub innym dziele, powinniśmy przede wszystkim zajmować się osobą, którą się opiekujemy;
- popierać i bronić praw chorego i potrzebującego, mając na uwadze jego osobistą godność;
- zaangażować się w sposób zdecydowany w obronę i polepszenie warunków życia ludzkiego;
- uznać prawo osoby, którą się opiekujemy, do tego, aby była odpowiednio poinformowana o stanie swego zdrowia;
- zachowywać tajemnicę zawodową, starając się, aby ją szanowali i ci, którzy kontaktują się z chorymi i potrzebującymi;
- bronić prawa do śmierci z godnością, szanując i spełniając słuszne pragnienia i potrzeby duchowe konających, mając świadomość, że życie ludzkie ma swój doczesny koniec, ale swą pełnię osiąga w Chrystusie;
- szanować wolność sumienia osób, którymi się opiekujemy, oraz naszych współpracowników, okazując jednak stanowczość w uznawaniu i szanowaniu tożsamości naszych ośrodków szpitalnych;
- doceniać i popierać kwalifikacje i profesjonalność naszych współpracowników, pobudzać ich do aktywnego udziału w posłannictwie Zakonu i wprzęgając ich w proces decyzji w naszych dziełach apostolskich ze względu na ich zdolności i obszary odpowiedzialności;
- sprzeciwiać się żądzy zysku; dlatego przestrzegać i wymagać poszanowania słusznych norm finansowych”ⁱⁱⁱ.

Uważamy, że to my, Bracia i Współpracownicy, jesteśmy najważniejszym „kapitałem” Zakonu dla pełnienia jego posłannictwa. Dlatego w naszych stosunkach zobowiązujemy się przestrzegać i popierać zasady sprawiedliwości społecznej. My, Bracia Szpitalni, chcemy dzielić się naszym charyzmatem z tymi, którzy inspirować się duchem św. Jana Bożego.

Jeżeli szanuje się nasze zasady, zawsze jesteśmy otwarci i popieramy współpracę z organizmami zarówno Kościoła jak i społeczeństwa w zakresie naszej Misji, zwracając uwagę w sposób uprzywilejowany na bardziej opuszczone warstwy społeczneⁱⁱⁱ.

Powyższe zasady mają swoje korzenie w Założycielu i kształtowały się one z biegiem czasu dzięki refleksji i dobrym czynom ich następców. W taki sam sposób i my, biorąc pod uwagę tradycję, winniśmy zastanawiać się nad określeniem misji Zakonu Szpitalnego.

Zasadą, która leży u podstaw działania Jana Bożego, jest jego pragnienie „czynić dobrze wykonane dobro: nie ograniczać się do bezdusznej opieki, zaniedbując jakość, lecz wiążąc poczucie miłości chrześcijańskiej ze sprawiedliwością, ażeby zapewniać chorym i potrzebującym służbę skuteczną i wykwalifikowaną pod względem naukowym i technicznym”^{iv}.

1.2. Charyzmat Zakonu

Jan Boży był człowiekiem *charyzmatycznym*: jego sposób działania przyciągał uwagę tych, którzy go znali, jego wpływ rozciągał się poza Granadę, ku wioskom i miastom Andaluzji i Kastylii. Ten jego „charyzmat” przekraczał jego osobę: nie chodziło tu tylko o ludzkie postawy i gesty, które wyrażając się w miłości do chorych i ubogich, budziły podziw i pobudzały do współpracy z jego Działem.

W znaczeniu teologicznym Charyzmat jest formą obecności Ducha Świętego, który wzbogaca człowieka wierzącego i uzdalnia go do służby dla innych. Zakonnik poświęca się praktykowaniu szczególnego charyzmatu, jako daru otrzymanego od Ducha Świętego, przez pielęgnowanie łaski, żywotne spotkanie z Bogiem i otwarcie się, czyli służbę Ludzkości.

Charyzmat szpitalnictwa, którym Duch Święty ubogacił Jana Bożego, wcielił się w niego jak zarodek, rozwijający się w mężczyznach i kobietach, co z upływem czasu przedłużało miłosierną obecność Jezusa z Nazaretu, służąc za jego przykładem ludziom cierpiącym.

Konstytucje naszego Zakonu określają *charyzmat* w sposób następujący:

„Na mocy tego daru jesteśmy konsekrowani przez działanie Ducha Świętego, który nas czyni w szczególny sposób uczestnikami miłości miłosiernej Ojca. Owocem tego doświadczenia jest postawa życzliwości i oddania, która czyni nas zdolnymi do pełnienia misji głoszenia i zakładania Królestwa Bożego wśród ubogich i chorych; przemienia nasze życie i sprawia, że poprzez nasze życie objawia się szczególna miłość Ojca wobec najsłabszych, którym staramy się nieść pomoc na wzór Chrystusa”^v.

Brat konsekruje się i żyje w komunii z innymi, którzy usłyszeli wezwanie do ukazywania tego samego charyzmatu. Lecz miłość skierowana do wewnątrz (komunia) winna wyrażać się na zewnątrz jako wymóg posłannictwa, które określa się jako wyzwolicielska pomoc pozostałym członkom Kościoła lub w ogólności osobom potrzebującym.

W Charyzmacie Jana Bożego bezpośrednio uczestniczą Bracia Szpitalni konsekrowani w szpitalnictwie; i na podobieństwo „promieniowania” mają w nim udział również współpracownicy: „Kto zna Jana Bożego (...), doznaje, że w jego życiu wytwarza się rodzaj Światła, które pobudza w nim zaproszenie do praktykowania szpitalnictwa w naśladowaniu Jana czy jego Braci. (...) Wierni świeccy, którzy czują się zaproszeni do praktykowania szpitalnictwa, uczestniczą w charyzmacie Jana Bożego, otwierając się na duchowość i posłannictwo Braci, wcielając ją w swoim osobistym powołaniu.

Poziom uczestnictwa jest, naturalnie, bardzo zróżnicowany: jedni poczuja się bardziej związani z Zakonem przez duchowość; inni natomiast przez pełnienie jego misji. Ważne jest to, że dar szpitalnictwa, otrzymany przez Jana Bożego, stwarza więzi komunii między Braciami i Współpracownikami, która ich pobudza do rozwijania swego powołania i bycia dla ubogiego i potrzebującego wyrazem miłosiernej miłości Boga do ludzi^{vi}.

2. Posłannictwo Zakonu

Nasze Konstytucje określają *posłannictwo* Zakonu w następujący sposób:

„Zachęcenii otrzymanym darem (...) oddajemy się na służbę Kościoła poprzez opiekę nad chorymi i potrzebującymi, a zwłaszcza nad najuboższymi^{vii}”.

To ogólne ujęcie dla całego Zakonu winno ukonkretniać się w każdym dziele Instytucji.

Jeżeli wyjdziemy z założenia, że każde dzieło jest specyficzne i stara się odpowiedzieć na potrzeby ludzi w konkretnym miejscu i czasie, i jeżeli dążymy do tego, ażeby naszym posłannictwem było: EWANGELIZOWANIE ŚWIATA CIERPIENIA PRZEZ ROZWIJANIE DZIEŁ I ORGANIZACJI ZDROWOTNYCH I/LUB OPIEKI SPOŁECZNEJ, KTÓRE ŚWIADCZĄ CAŁOŚCIOWĄ POMOC OSOBIE LUDZKIEJ, wówczas w każdym konkretnym miejscu wypada odpowiedzieć na pytania:

Po co istnieje ten ośrodek?

Do kogo zwraca się nasza służba?

Kto z nas ma pełnić tę służbę?

Jakie są najodpowiedniejsze struktury?

W ten sposób możemy wcielać zasady, które pragniemy rozwijać, i posłannictwo, które chcemy pełnić w społeczeństwie.

Jedynie wtedy, kiedy wcielimy te zasady, czyli kiedy będą one przyświecać naszej służbie człowiekowi choremu i biednemu w każdym zakątku świata, przyczynimy się do dzieła Zakonu Szpitalnego Św. Jana Bożego.

Dlatego drugim ważnym krokiem będzie określenie w każdym ośrodku użytkownika, człowieka chorego i potrzebującego, którym mamy się opiekować. Nadto winniśmy iść dalej, poza użytkownika wewnętrznego, ażeby zastanawiać się nad użytkownikiem zewnętrznym: nie tylko samym chorym, lecz także członkami jego rodziny i spokrewnionymi.

Należy określić sposób postępowania wobec społeczności i środowiska, w którym żyjemy, i inne zasady związane z funkcjonowaniem Ośrodka.

Usługi świadczone przez ośrodek winny być dynamiczne i rozwijać się, gdyż takie jest nasze społeczeństwo, a człowiek, któremu służymy, podlega ustawicznej zmianie.

2. BIBLIJNO-TEOLOGICZNE PODSTAWY SZPITALNICTWA

2.1. Filozoficzne i religijne podejście do cierpienia

2.1.1. Człowiek w obliczu cierpienia

„Czym jest człowiek? Jaki jest sens cierpienia, choroby, śmierci, które istnieją nadal, choć dokonał się tak wielki postęp? (...) Co nastąpi po tym życiu ziemskim?”^{viii}

Ludzkie cierpienie budzi zasadnicze pytanie, na które różne systemy filozoficzne i wierzenia religijne w różny sposób próbowały odpowiedzieć, nie mogąc jednak całkowicie usunąć zasłony tajemnicy, która je spowija.

Zasadnicze odpowiedzi na to nurtujące pytanie możemy ująć w pięciu aspektach.

Pierwszą postawę możemy określić jako *magiczną* czy *mityczną*. Odnosi się ona do całkowicie niezrozumiałej i nieuchronnej rzeczywistości cierpienia. Często tę rzeczywistość odnosi się do mitu, iż cierpienie jest „karą” ze strony bóstwa, lub do panowania złych bóstw nad dobrymi. W każdym bądź razie wszystko nabiera wymiaru nadprzyrodzonego, dlatego nadprzyrodzone mogą być również środki zdolne do wyzwolenia człowieka od cierpienia (czarownicy, obrzędy ezoteryczne). Pojęcie to, występujące u tzw. „ludów pierwotnych” stanowi dawną pozostałość w wielu koncepcjach religijnych.

Drugą odpowiedzią, która poczynając od starożytnej filozofii epikurejskiej rozwijała się w historii aż po indywidualistyczny hedonizm naszego wieku, jest *negacja*. Wszystkie bolesne rzeczywistości życia stanowią ograniczenie dla osiągania przyjemności, i dlatego dobrą jest rzeczą nie martwić się cierpieniem, próbując wykorzystać teraźniejszość, jak tylko to jest możliwe. Chodzi tu rzeczywiście, jak powiedzieliby psychoanalitycy, o „oddalenie” cierpienia i trwogi, którą budzi jego obecność. W tym kulturowym podłożu zapuszczają korzenie liczne formy współczesnej „rozpaczy”, które negując bolesną rzeczywistość, dochodzą do zanegowania samego życia, gdy nie udaje się utrzymać jego egzystencjalnego ciężaru.

Inna postawa, przeciwna poprzedniej, polega na heroicznej *akceptacji* cierpienia. Została ona usystematyzowana filozoficznie przez stoicyzm, tak iż przymiotnik „stoicki” stał się synonimem człowieka, który bez narzekań przyjmuje wielkie cierpienia. Ta odważna akceptacja była bardzo ceniona przez chrześcijaństwo, gdyż w jego podejściu teologicznym nie były obce elementy pochodzenia stoickiego, które zdawały się godzić z przyjęciem Krzyża przez Jezusa i z postawą męczenników. W gruncie rzeczy ten wpływ nie był wcale pozytywny i stał się wzorcem dla pseudochrześcijańskiej egzaltacji cierpienia, którą nazwano „doloryzmem” (cierpiętnictwem), z którego nie zdołaliśmy całkowicie się wyzwolić.

Czwartym rodzajem podejścia do cierpienia jest jego *unicestwienie* drogą wewnętrzną, która stopniowo prowadzi do usunięcia wszelkiej namiętności i wszelkiego cierpienia fizycznego i psychicznego. Osiągnąwszy swój najwyższy wyraz w buddyzmie, jest ona obecna również w innych filozofiach i religiach wschodnich, które dzisiaj budzą zachwyt w świecie zachodnim. Niesienie pomocy tym, którzy cierpią, jest szczególnie widoczne w religii buddyjskiej, która czyni „współczucie” jednym z powszechnych narzędzi zbliżających człowieka do bóstwa, jakkolwiek pomoc niesiona cierpiącemu człowiekowi polega raczej na przezwyciężaniu

pragnień tkwiących u źródeł cierpienia aniżeli na „rozwiązywaniu” problemów materialnych i innego rodzaju, które mogą być przyczyną cierpienia.

Ostatnia perspektywa, o której będziemy szczegółowiej mówić w następnym punkcie, stanowi najwyższy wyraz chrześcijaństwa, a możemy ją określić jako *dowartościowanie*. Nie usuwając całkowicie zasłony tajemnicy i nie chcąc zamieniać cierpienia w rzeczywistość z samej siebie pozytywną, chrześcijaństwo przedstawia „rację” cierpienia, przemieniając jego absurdalność w możliwe narzędzie dobra dla samego siebie i dla innych. Proces racjonalizacji cierpienia może również prowadzić u danej jednostki do zwyczajnej psychologicznej sublimacji cierpienia.

W każdym bądź razie obok tych interpretacji nie możemy pomniejszać *absolutnie osobistego* wymiaru cierpienia, który nie odpowiada żadnemu uogólnieniu, gdyż ma jedynie sens w egzystencjalnym świecie każdej jednostki. W tej perspektywie cierpienie staje się elementem biograficznym, którego najgłębszej tajemnicy nigdy nie będzie można odsłonić ani też sprowadzić do pożądanej racjonalności.

2.1.2. Cierpienie i cierpiący w chrześcijaństwie

W rozumieniu judeo-chrześcijańskim cierpienie, jako zło, którego jest ono wyrazem, nie należy do pierwotnego planu Stworzenia, innymi słowy, nie pochodzi od Boga. W odróżnieniu od tego, co dzieje się w innych religiach, nie oznacza to, że jego źródła należy szukać w jakimś bogu zła. Cierpienie i zło, którego jest wyrazem, należy do sytuacji człowieka, lecz równocześnie wyraża tajemnicę rzeczywistości, jakiej Bóg nie chce, z której się nie cieszy, i z której chce jedynie wykupić. Jest to rzeczywistość negatywna, raczej „nieobecność” aniżeli obecność, jak to odczuwał już św. Augustyn.

Pismo święte w tym celu ucieka się do mitycznego obrazu sytuacji człowieka, pozbawionej wszelkiego cierpienia i do której wkracza zło, ponieważ człowiek nie jest posłuszny przykazaniu Boga, czyli w rzeczywistości odtrąca Jego miłość. Obraz węży staje się symbolem bałwochwalstwa, czyli „nieufności Bogu”, kiedy nad Niego przedkłada się rzeczywistość stworzoną, która staje się jego własnym bóstwem.

Przez wieki ten „ontologiczny” związek między winą i cierpieniem jako karą Izrael rozumiał w sensie „osobistym”, upatrując w każdym cierpieniu karę za grzech (ta mentalność często jest żywotna jeszcze dzisiaj). Uwydatniając paradoks „szczęśliwości bezbożnika” i „cierpienia człowieka sprawiedliwego” mędrcy Izraela uważali, że bezbożny zostanie ukarany w swojej potomności i że sam sprawiedliwy, który cierpi, wynagradza za winy swoich rodziców.

Pierwszy dramatyczny krzyk przeciwko takiemu rozumieniu tego problemu wznosi się w księdze Hioba. Z wrażliwością, która nas zdumiewa ze względu na swoją nowoczesność, Hiob buntuje się przeciw podobnemu rozumieniu cierpienia i domaga się od Boga wyjaśnienia, dlaczego człowiek „sprawiedliwy”, jak on, musi cierpieć w sposób tak nieproporcjonalny do swoich możliwych win. Odpowiedź Boga nie jest wyraźna, lecz zasadniczo konkretyzuje się w wezwaniu do akceptacji tajemnicy bez chęci jej wyjaśnienia i bez wyrzekania się wiary w Boga, który pragnie jedynie dobra swoich dzieci.

Ta wielka typologia „cierpiącego sprawiedliwego” uroczyście występuje w postaci „cierpiącego sługi JHWH”, osoby, w której późniejsza tradycja upatrywała obraz Chrystusa, który „dźwiga” cierpienia ludu, wyzwalając go od nich. To „przebłaganie zastępcze” ściśle ujmowane przez Pawła w Rz 3,25 jako „ukaranie” jednego człowieka w zamian za cały lud, należy rozumieć w duchu starożytnych ofiar przebłagania, w których całopalenie ofiary zamieniało się w narzędzie przebłagania Boga. Ofiara Chrystusa i, z tytułu przynależności do Jego ciała mistycznego, cierpienie wierzących (a w perspektywie Rz 8, 19 i Ef 1,7-10 – również całego świata) staje się w ten sposób narzędziem przebłagania Bożego.

2.1.3. Ewangeliczne orędzie wyzwolenia

Subiektywny wymiar wyzwolenia, przez które Jezus Chrystus w swoim ciele wyzwala człowieka od grzechu i tym samym od wszystkich jego skutków, nabiera praktycznego znaczenia w Jego uczynkach. Uzdrawienia chorych, przyjmowanie wykluczonych, obrona ubogich stanowią istotną część Jego posłannictwa. Jego działanie na rzecz biednych i najędźniejszych staje się szczególnym znakiem Jego mesjańskości (por. Mt 11,3-5). W ten sposób nabiera pełnego znaczenia integralne wyzwolenie człowieka przez Boga, czego już historycznym doświadczeniem i symbolicznym świadectwem było Wyjście.

Postawa Jezusa wobec chorego nie tylko jest znacząca, lecz nadto stanowi przykład. Jezus głęboko uczestniczy w cierpieniu chorego i jego rodziców (por. Mt 14,14; 15,32; Łk 7,13; J 11,36); nie krytykuje jego woli wyzdrowienia; często jako pierwszy podejmuje inicjatywę (por. Mk 10,49; Łk 8,49; J 5,6); przeczy jakimukolwiek związkowi między grzechem indywidualnym a aktualną chorobą (por. J 9,1-3); uzdrawia całego chorego człowieka (por. Mt 9,1-7). Jego dzieło nie ogranicza się do zwykłego gestu cudotwórczego, ale kieruje się ku integralnemu dobru człowieka, jego *salus* (zbawieniu) a nie tylko *sanitas* (zdrowiu).

Troska o ubogiego nabiera więc różnorodne znaczenia a przede wszystkim staje się nowym znakiem przymierza między człowiekiem i Bogiem. Miłość Boża na nowo proponuje pakt między Stwórcą i Stworzeniem, miłość, która „przybywa uzdrawiać” ubogiego, chorego, wykluczonego, który napełniony tą miłością powraca do życia. Powierzając wiernym dalszy ciąg tej troski, odkrywamy „charyzmatyczną” podstawę szpitalnictwa, nad którego biblijnymi korzeniami niezbędna jest bardziej organiczna refleksja.

2.2. Szpitalnictwo w Starym Testamencie

2.2.1. Gościnność Boga

Mówiąc o gościnności, mamy na myśli na ogół przyjęcie innej osoby w naszym domu. Jeśli jednak chcemy zrozumieć głębsze teologiczne znaczenie tej ludzkiej postawy, należy na pierwszym miejscu uchwycić teologiczny wymiar gościnności.

Nie jest zuchwalstwem upatrywanie w rzeczywistości trynitarniej najgłębszego korzenia życia Bożego, które staje się gościnnością. Gościnnością Ojca, który w swojej istocie przed wiekami „czyni miejsce”, aby zrodzić Syna, ale także gościnnością Syna, który przyjmuje w sobie rodzicielski dar Ojca. Wreszcie gościnnością Ducha Świętego, która zamienia się we wzajemność ojcowsko-synowskiego daru, a zatem w osobistą tożsamość przyjmującej miłości.

Ten trynitarny wymiar gościnności nie dotyczy jedynie istoty Bożej, ale także Jego zamieszkania w człowieku, który staje się przedmiotem przyjmującej boskości (por. J 13,20). Samo uczestnictwo w Eucharystii w dawnym kanonie łacińskim porównywano do przyjęcia Jezusa pod swój dach, a Ducha Świętego nazywano „gościem duszy”^{ix}.

W płaszczyźnie immanencji samo Stworzenie jawi się jako owoc tego pierwotnego przyjęcia ze strony Boga, który w swej istocie rodzi, a więc przyjmuje projekt, który realizuje się poza sobą@. Jest to gościnność, która w swym akcie bycia taką, przyciąga/porywa bóstwo, sprowadzając je do wymiaru historycznego i zatem zamienia czas, jeszcze przed człowiekiem@, w swojego gościa. Otóż stworzenie człowieka jest tym gdzie Bóg najlepiej objawia swoją „postawę gościnności”, pozostawiając w swoim stworzeniu przestrzeń dla obecności i dla panowania człowieka i jeszcze przed jego stworzeniem przyjmując go w swym stwórczym umyśle, którego ślad człowiek nosi w sobie.

A za Stworzeniem idzie Przymierze, w jego rozlicznych wyrazach usymbolizowanych w najróżnorodniejszy sposób w relacji biblijnej. Będąc właściwie spotkaniem Boga z człowiekiem, przymierze, o którym mówi nam Pismo święte, zamienia się w spotkanie między Bogiem a Jego gościem, ale także między człowiekiem a jego boskim Gościem. Chociaż gościnność wyraża się przez ontologicznie inne rzeczywistości, w przymierzu staje się ona wzajemna, wzajemnym obdarowaniem się. I za każdym razem kiedy – w historii indywidualnej czy zbiorowej – to przymierze zostaje zburzone, przebaczenie Boga i pojednanie z człowiekiem staje się świadectwem niewyczerpalnego uciekania się do coraz to nowego przyjęcia.

2.2.2. Pojęcie gościnności

Kontekstem kulturowym Starego Testamentu jest świat semicki nacechowany napięciem między przyjmowaniem gościa i równocześnie pewnym podejrzeniem wobec niego jako elementu „zagrożenia” dla tożsamości ludu. To, co w każdym bądź razie jednoczy postawę Izraela wobec kogoś innego, jest fakt traktowania go jako obcego. W związku z tym mamy co najmniej trzy terminy, które wskazują na postawy odmienne. Pierwszym terminem jest ZAR, który oznacza kogoś, kto należy do innego szczepu albo plemienia, który jest obcym w danym kraju, a czasami nawet wrogiem (Pwt 25,5; Hi 15,19; Iz 615; 25, 2.5). Drugim jest GER, który wskazuje na obcego mieszkającego w jakimś kraju (Izraelici w Egipcie, Kananejczycy w Izraelu); trzecim jest TOSAB, który oznacza cudzoziemca, który przez pewien czas mieszka w innym kraju (J 23,4; Pwt 14,21). Ta różnorodność terminologiczna świadczy o różnorodności postaw wobec obcego, w zależności od sytuacji, w jakiej się znajduje. W syntezie możemy powiedzieć, że Izrael czynił rozróżnienia między obcymi narodami, cudzoziemcami rezydującymi w kraju i przejściowymi obcokrajowcami. Właśnie wobec tych ostatnich stosowano gościnność w najwyższej formie. Pomyślmy o relacji Rdz 19,1-8 w której Lot jest gotowy ofiarować ludziom z miasta swoje córki, byle tylko nie ruszali goście. W rzeczywistości u źródeł tej /nierówności/odmienności/różnicy w postępowaniu tkwił może ten sam cel: przezwyciężenie groźby, którą cudzoziemiec stanowił dla wspólnoty i jej tożsamości, czy to traktując go jako wroga i uniemożliwiając mu życie, czy to otaczając go własną opieką. Oznaki tej dwuznaczności odnajdujemy w późniejszym łacińskim odczytywaniu tego pojęcia na gruncie wspólnego terminu *hospes* (gość) i *hostis* (wróg).

Naturalnie, jakkolwiek rozumienie gościnności było bardzo szczególne i trafne/stosowne/odpowiednie, @ nie powinniśmy zapominać o gościnności, którą Izrael stosował wobec swoich obywateli. Ów „bliźni” (którego pojęcie całkowicie zmienił Jezus) był wyznawcą tej samej religii, rodakiem. Praktykowanie gościnności wobec niego było podstawowym obowiązkiem jako wobec członka tego ludu, którego tożsamość była nie tylko etniczna lecz także i nade wszystko religijna. We wspólnym wybraństwie Izrael odkrywał wymogi gościnności wobec wszelkich kategorii osób (pomyślmy o sierotach i wdowach), którzy jej potrzebowali.

2.2.3. Racje gościnności

Gościnności w kontekście Starego Testamentu, jak i we wszystkich kulturach starożytnych, nie należy rozumieć w kategoriach zwykłego przyjęcia gościa, czyli, daniu mu wyżywienia i noclegu, ale raczej jako radykalne „włączenie” gościa w środowisko własnego kręgu@ interesów, pod swoją ochronę przed wrogami, pod swoją opiekę, ze swoim głębokim szacunkiem@, z troską o jego osobę wobec różnych ewentualnych potrzeb.

Racje tej opieki (prócz racji gościnności wobec współobywateli, o której mówiliśmy wcześniej) są różne. Przede wszystkim jest powód kulturowy, który Izrael podziela z sąsiednimi ludami. Chodzi o ideę, zgodnie z którą w cudzoziemcu/pod cudzoziemcem@, który szuka gościnności może ukrywać się bóstwo. Pod wpływem monoteizmu bóstwa zamieniają się w aniołów. Widzimy to wyraźnie w Hbr 13,2: „Nie zapominajmy też o gościnności, gdyż przez nią niektórzy, nie wiedząc, aniołom dali gościnę”.

Druga racja jest bardziej szczególna i odnosi się do historii Izraela. „Wędrujący Aramejczyk”, jakim był Abraham, ojciec ludu wybranego, żył jako cudzoziemiec i jako taki żył też Izrael na ziemi egipskiej. Dobrze więc rozumie sytuację cudzoziemca i wie, jak bardzo potrzebuje on gościnności. Jeżeli ma pokusę pogardzenia nim, słyszy upomnienie Pisma świętego: „Przybysza, który się osiedlił wśród was, będziecie uważać za obywatela. Będziesz go miłował jak siebie samego, bo i wy byliście przybyszami w ziemi egipskiej” (Kpł 19,34; por Wj 22,20; 23,9).

Wreszcie jest motywacja religijna (którą rozwija Nowy Testament), czyli przykład Boga. Jes to przede wszystkim Bóg, który przyjmuje obcego i domaga się gościnności wobec niego (por. Pwt 10,18), któremu należy dać część dóbr przeznaczonych dla Boga samego (por. Pwt 26,29). Fakt, że również Izrael w ten sposób postępuje oznacza jedynie pełnienie woli Bożej, jest jedną z dróg wierności Prawu (por. Kpł 16,29; 18,26; 19, 10,33).

2.2.4. Ważniejsze odniesienia

Wśród ważniejszych wydarzeń przypomnijmy odwiedziny Abrahama przez trzech mężczyzn pod dębem w Mamre. Niezależnie od patrystycznego odczytania tego wydarzenia odnoszonego do Trójcy Świętej, które zapewne nie odpowiada pierwszemu zamysłowi świętego autora, jest znamienne, że Abraham uznaje w gościu swego „Pana”. Zanim jeszcze dowiedział się o powodach tej wizyty, i wśród wielości współmówców, on domyśla się „odwiedzin” Boga. Wszystkie jego czyny są konsekwentne i można je odczytać w kluczu jawnie teologicznym: upada na ziemię (kult), osobiście przygotowuje baranka i mleko (ofiara), wierzy słowom trzech

mężczyzn (wiara), błaga ich, aby nie niszczyli Sodomy (modlitwa). Innymi słowy: gościnność staje się okazją spotkania z Bogiem.

Przykładny i wychowawczy, w zamierzeniach świętego autora, jest epizod życia wdowy z Sarepty, która spełnia obowiązki gościnności wobec Eliasza, dzieląc się z nim ostatnim kęsem pożywienia, które miała dla siebie i swego syna. I nie tylko to, ale ponadto na mocy gościnności prorok ten ją uzdrawia (por. 1 Krl 17,20). Jest to sytuacja w pewnym sensie analogiczna, powiedzmy, do opowieści dotyczącej prostytutki Raab, która ukrywa zwiadowców wysłanych przez Jozuego do Jerycha i w zamian za to otrzymuje od nich nietykalność dla siebie i dla swojej rodziny (por. Rdz 2,1-12). Związek między życiem osoby przyjmującej a życiem osób przyjmowanych możemy zobaczyć w księdze Tobiasza, który mówi, iż dał dziesięcinę ze swych dóbr wdowom, sierotom i cudzoziemcom (por. Tb 1,8): gościnność, która polega/ jest gestem przyjęcia do życia drugiego człowieka, jest wynagrodzona samym darem życia.@

Do gościnności wobec wszelkich kategorii potrzebujących wzywa w poetycki sposób księga Mądrości Syracha: „Bądź ojcem dla sierot, jakby mężem dla ich matki, a staniesz się jakby synem Najwyższego i miłować cię On będzie bardziej niż twoja matka” (Syr 4,10). Gościnność, do której wzywa nas Pismo święte, zbliża nas do osoby przyjmowanej, i równocześnie pozwala nam doznać macierzyńskiej czułości Boga. Nie zapominajmy o silnym ładunku kobiecości zawartym w pojęciu miłosierdzia. Hebrajski termin *rachamin*, istotnie odnosi się etymologicznie do łona matki, które poszerza się, aby przyjąć nowe życie. Gościnność i miłosierdzie są w ten sposób związane dwumianem@, który zamienia się w obraz miłosiernego Boga „miłośnika życia” (por. Mdr 11,26).

Właśnie w tej perspektywie mieści się gościnność dla chorego czyli postawa wobec niego i konkretne gesty przyjęcia. Przykładem w związku z tym jest postać archanioła Rafała, który właściwie jako „lekarstwo Boże” jest obecnością, która przyjmuje i uzdrawia. Jego postać staje się metaforą nie tylko „medycznego rozwiązania” problemu, by nazwać to w jakiś sposób, ale także towarzyszenia choremu, wykluczonemu, konającemu, ubogiemu, dla którego jedynym lekarstwem jest tylko przyjacielska obecność.

Adresatem tej postawy gościnności jest również zmarły, jak to podkreśla księga Tobiasza, wiążąc ją ściśle z tradycyjnie rozumianą gościnnością (Tb 2, 1-4). Istotnie, Tobiasz posyła swego syna w poszukiwaniu ubogiego, aby go zaprosił na posiłek. Ale on spotyka jedynie zmarłego współziomka, porzuconego na placu. Wówczas nie ma żadnych wątpliwości: pozostawia swoje jedzenie i udaje się go pochować. W pewnym sensie ten gest staje się przyjęciem ubogiego.

Wreszcie, nie należy zapominać przekazu, który zawiera wymiar gościnności w historycznym pochodzeniu Mesjasza. Jest to historia Rut, kobiety cudzoziemskiej, która towarzyszy synowej Noemi na jej ziemi ojczystej, gdzie wychodzi za męża za Booza, na którego polu zbożowym pracuje. Z tego związku urodzi się dziadek Dawida. Obu małżonków spotka nagroda i będą przodkami Jezusa, ponieważ ich gościnność była wzajemna: przyjęcie przez Booza cudzoziemki, ale także przyjęcie przez Rut obcego kraju, dla którego opuszcza własny kraj: gościnność, dar wzajemnego przyjęcia porzuca własne bezpieczeństwo, aby w nowości spotkania uzyskać nowe bezpieczeństwo. **Gościnność instytucjonalna**

Szczególnie interesujący jest wybór sześciu miast, które „winny służyć za schronienie zarówno Izraelitom, jak i obcym, oraz tym, którzy osiedlili się pośród was”. Instytucja miast schronień stanowi moment, w którym gościnność indywidualna i/lub wspólnotowa zamienia się w strukturalną. Do gościnności wezwana jest już nie tylko osoba, ani też lud z pojedynczymi czynami, ale cała wspólnota staje się „instytucją, która przyjmuje”. Miasto zamienia się stając się obrazem całego przyszłego organizmu poświęconego całkowicie przyjmowaniu drugiego człowieka w stanie potrzeby i daniu mu wszystkiego, czego potrzebuje, nie tylko chwilowej gościnności, lecz miasta z całym systemem danych biograficznych w którym mógłby on żyć.

2.3. Gościnność w Nowym Testamencie

2.3.1. Perspektywa ewangeliczna

Zanim zbadamy konkretne gesty gościnności ze strony Jezusa, należy się zastanowić nad wymiarem „gościnności” zawartym w wierze chrześcijańskiej, czyli we Wcieleniu. Maryja staje się wielkim „gościem Boga”, przyjmując Go w swoim łonie, podczas gdy Emmanuel „Bóg z nami” staje się wielkim Gościem całej ludzkości. Nieprzypadkowo przyjęcie ze strony Maryi, poetycko wyrażone w Zwiastowaniu, natychmiast wszędzie /zakiełkuje/ przerodzi się w gest wspaniałego przyjęcia i gościnności: odwiedziony Elżbiety i jej przyjęcie jako matki Jezusa.

Do treści i motywów gościnności, które widzieliśmy w Starym Testamencie, Nowy Testament dodaje nowość orędzia i dzieł Jezusa. Przyjęcie drugiego człowieka, zwłaszcza potrzebującego, w świetle Ewangelii uzyskuje potrójną perspektywę.

Pierwsza wynika z *utożsamienia się Chrystusa z ubogimi* (por. Mt 25, 31-45). Przyjmując ubogiego, przyjmuje się Chrystusa, ażeby kochać Chrystusa, należy kochać ubogich, to, co czynimy (lub czego nie czynimy) ubogiemu, to czynimy (lub nie czynimy) Chrystusowi. Mamy tu prawdziwą przemianę ubogiego w Jezusa, nie mniej wymowne co przemienienie, o którym nam przypomina słynny epizod z życia św. Jana Bożego^x.

Drugą perspektywę tworzy *sąd eschatologiczny*. Oparty wyraźnie na miłości (a nie na formalnym przestrzeganiu przykazań) sąd ten w należnie rozumianej gościnności będzie miał jedno ze swoich kryteriów. Szeroko rozumiejąc ten termin, możemy powiedzieć, że gościnność, czyli przyjęcie drugiego człowieka, uczynienie zeń przedmiotu naszych starań, stanowi duszę całego orędzia eschatologicznego.

Wreszcie, niewidzialny Bóg Starego Testamentu, który był obrońcą @bronił obcego, sierotę i wdowę, staje się widzialny w Chrystusie, którego życie całkowicie wyniszczyło się w służbie drugim. Jego słowa nie są zwykłym wezwaniem, ale stają się ciałem w Jego własnej działalności, która staje się *wzorowym odniesieniem dla wszystkich chrześcijan*. Byłoby rzeczą niemożliwą syntetyczne ujęcie gestów gościnności, czyli przyjęcia, ze strony Chrystusa. Ograniczymy się do przypomnienia przede wszystkim postawy życzliwości, z jaką odnosił się do chorego, nie ograniczając się do uzdrowienia z choroby, ale obejmując całe jego egzystencjalne świat. Dotyka trędownego, burząc mur oddzielenia, który go wykluczał, przywraca wzrok niewidomemu, otwierając oczy wszystkich na mylne przekonanie o związku między winą jednostki i chorobą, wskrzesza syna wdowy z Nain, wzruszony sytuacją tej kobiety. A następnie przyjmuje prostytutki, a wraz z nimi krytyki tych, którzy uważają, że dobrze myślą, staje się gościem celników, zasiadając z nimi za stołem, przyjmuje wrogość swej

wioski, czyny swoich oprawców, których usprawiedliwia, zdradę lub obojętność swoich przyjaciół, upodlenie Krzyża.

Chrystus jest „wielkim przyjmującym w historii” i wraz z nim wezwani do konfrontacji są ci wszyscy, którzy chcą kroczyć drogami gościnności.

2.3.2. Filoksenia

Różnorodna terminologia Starego Testamentu, chociaż przełożona w Nowym Testamencie właściwymi i zróżnicowanymi słowami, została w jakiś sposób przewyciężona przez specyficzny termin, który właściwie oznacza gościnność: „filoksenia”, czyli miłość do cudzoziemca. Ten ostateczny związek między gościnnością a miłością (philoxenia i agape) jest charakterystyczną cechą, która odróżnia gościnność nowotestamentową.

Możemy więc powiedzieć, że „filoksenia” stanowi jakby termin „techniczny” wniesiony do słownictwa chrześcijańskiego na oznaczenie szczególnej postawy wobec braci w ogólności i najbardziej potrzebujących w szczególności. Nieprzypadkowo zawarta jest ona w „przykładach” Mateusza dotyczących miłości w opowiadaniu dotyczącym wzmiankowanego już sądu eschatologicznego (Mt 25, 35); Paweł włącza „filoksenię” do wezwań odnoszących się do praktykowania miłości (Rz 12,13); to samo czyni Piotr, podkreślając obowiązek wzajemności (1 P 4,9); list do Hebrajczyków traktuje ją jako nieodłączną od „filadelfii”, czyli miłości do braci. Wszyscy winniśmy ją praktykować, lecz równocześnie jest ona szczególnym przywilejem biskupa (1 Tm 3,2; 5,10; Tt 1,8).

Pismo święte pozwala dostrzec, w jaki sposób ogólny wymóg miłości może przekształcić się w specyficzny charyzmatyczny wyraz ze strony niektórych osób powołanych do tego.

2.3.3. Gościnność i ewangelizacja

Obok tego wymiaru, który ściśle wiąże gościnność z miłością, istnieje inny szczególny nowotestamentowy motyw do oceny tej cnoty: wymogi ewangelizacji nigdy nie są oddzielone od nakazu uzdrawiania: „uzdrawiajcie chorych... i mówcie im: ‘Przybliżyło się do was królestwo Boże’” (Łk 10,9; por. Mt 10, 7-8). Prawie jak w nowoczesnych „misjach ludowych”/popularnych domy chrześcijan zamieniają się w prawdziwe „ośrodki słuchania”. Ten obowiązek przyjęcia/gościnności wskazany jest w sposób szczególny w 3 J 7-8: „Przecież wyruszyli w drogę dla imienia Jego nie przyjmując niczego od pogan. Powinniśmy zatem gościć takich ludzi, aby wspólnie z nimi pracować dla prawdy”. Na temat tej praktyki mamy różne nowotestamentowe świadectwa (Rz 16,4; Flm 22) i dzięki tej strategii ewangelizacji często nawracały się prawie całe rodziny (por. Dz 16). W ten sposób gościnność staje się narzędziem ewangelizacji, tak w perspektywie świadectwa jak i słowa, i struktury gościnności zamieniają się dla wspólnoty w znak i miejsce integralnego /pełn/ całkowitego wyzwolenia ewangelicznego.

2.3.4. Dobry Samarytanin

Wielką przypowieścią o gościnności, jest przypowieść o Dobrym Samarytaninie, w którym tradycja chrześcijańska upatrywała Chrystusa i chrześcijański ideał^{xi}. Znamienny jest przede wszystkim motyw, z którego wykwita/ wynika 0wy@ ta przypowieść, a mianowicie prośba

skierowana do Jezusa na temat tego, co należy rozumieć przez bliźniego. W hebrajskim pojęciu tego czasu „bliźnim”, a zatem zasługującym na miłość Izraela, był tylko współobywatel lub osoba związana szczególnymi więzami (krwi, przyjaźni, itd.). Przy pomocy tej niesłyszanej przypowieści Jezus, aby ukazać, kto jest „bliźnim”, czyli najbliższym, wybiera „najdalszego” znienawidzonego wroga – Samarytanina.

Przypowieść ta jest ciekawa, ponieważ zawiera elementy do metodologii gościnności, która może być dla nas aktualnym przykładem. Przyjęcie ранego Samarytanin przedkłada ponad swoje interesy osobiste (jest w podróży, zatrzymuje się, opóźnia swoje zobowiązania) i czyni to nie zwracając uwagi na postępowanie innych (nie tylko kapłana i lewity ale także samych Samarytanów). Spełnia w ten sposób to, co uważa za swój obowiązek, nie rezygnując z tego dlatego, że „wszyscy tak czynią”.

Potem stara się wykorzystać najlepsze swoje środki. Wiąże rany, jak może, czyści je i stosuje jedyne lekarstwa, jakie ma, wsadza ранego na swoją uprzęż i szuka dla niego miejsca, gdzie mógłby go zostawić.

Wreszcie tworzy strukturę pomocy, a czyniąc to, angażuje w to wspólnotę. Gospoda staje się w ten sposób prototypem wszelkiej rzeczywistości społecznej, która, odpowiednio wystarana przez tego, kto otrzymał charyzmat szpitalnictwa, zamienia się w instytucję przyjmującą/gościnną. Czynią to, Samarytanin ze zdrowym pragmatyzmem troszczy się o zdobycie funduszy na opiekę nad chorymi, czyli daje swoje pieniądze, staje się pośrednikiem prawdziwej solidarności społecznej.

Zakończenie przypowieści stanowi wieczne zaproszenie, które stało się historią w życiu św. Jana Bożego i wszystkich tych, którzy przyjęli dar charyzmatu szpitalnictwa: *idź ty sam i zobacz.*

3. CHARYZMAT SZPITALNICTWA U ŚW. JANA BOŻEGO W ZAKONIE SZPITALNICZYM

1. Charyzmat szpitalnictwa u św. Jana Bożego

Charyzmat gościnności oznacza dar Ducha Świętego dla kościelnego posłannictwa na rzecz ubogich i potrzebujących. Nasz Założyciel praktykował ten charyzmat i wynikające z niego posłannictwo w swoim charakterystycznym stylu, który zapoczątkował oryginalną „kulturę” szpitalniczą o wielkiej żywotności. „Kultura szpitalnicza Jana Bożego stanowi oryginalny, profetyczny wkład w odnowę Kościoła i społeczeństwa^{xii}.

Dla Rodziny Szpitalniczej winna ona służyć jako zaczyn, który ożywia służbę Zakonu na całym świecie. Oto kilka jej głównych rysów.

3.1.1. Szpitalnictwo miłosierne

Szpitalnictwo św. Jana Bożego wyrosło z chrześcijańskiego doświadczenia miłosierdzia Bożego wobec naszego Założyciela. Bóg ukazał mu jego stan jako grzesznika oraz swoje wielkie miłosierdzie i miłość, która ochoczo przebacza i pragnie komunii życia wszystkimi Bożymi dziećmi. To doświadczenie stanowi podstawę i źródło, z którego wypływa bogactwo gościnności św. Jana Bożego: „Gdybyśmy brali pod uwagę, jak wielkie jest miłosierdzie Boga, nigdy, dopóki byłoby to możliwe nie przestalibyśmy czynić dobra”^{xiii}.

Wyobrażamy sobie św. Jana Bożego jako człowieka dogłębnie miłosiernego, współczującego, potrafiącego zrozumieć, przebaczyć i pomóc; i jest to słuszne, ale jest to owoc jego sumienia i jego ustawicznego przeżywania miłosierdzia i przebaczenia Bożego w stosunku do niego samego. Traktował on życie i sprawy Boże jako niezwykle dary miłosierdzia Bożego: „Jezus Chrystus stosuje wobec nas tak wielkie miłosierdzie, dając nam pożywienie, napoje, odzież i wszystkie rzeczy bez naszej zasługi”^{xiv}.

Jak czytamy u de Castro w rozdziałach VII, VIII i IX, dobrem najbardziej upragnionym w okresie nawracania się i wypraszaniem przez naszego Założyciela było przebaczenie i miłosierdzie Boże. Wzdychał i błagał miłosierdzia Pańskiego, a gdy je otrzymał, nawrócił się w jego pośrednika wobec wszystkich potrzebujących.

Miłosierna gościnność św. Jana Bożego niewątpliwie najbardziej zwraca uwagę z powodu jego nadzwyczajnych działań na rzecz wszystkich kategorii ludzi potrzebujących i cierpiących.

Możemy w sposób absolutny twierdzić, że głębokie doznanie miłosiernego szpitalnictwa Boga wobec niego przemieniły go w szpitalnika miłosiernego wobec wszystkich, bez wyjątku i – jak możemy powiedzieć – bez granic. Nie można się doliczyć ludzi potrzebujących i cierpiących których św. Jan Boży objął swoją opieką. Lista osób z Granady i okolic, którym dopomógł św. Jan Boży, którą przedstawia Castro w rozdziale XII, oraz lista, którą przedstawia sam Święty w drugim liście do Gutierre Lasso, są z sobą zbieżne i obejmują prawie wszystkie ówczesne warstwy.

3.1.2. Szpitalnictwo solidarne

Doznanie i objawienie się mu miłosierdzia Bożego wobec niego spowodowało dwie odpowiedzi: jedną była kenosis (wyniszczenie), upokorzenie pokutne, bardzo uwidocznione w źródłach^{xv}, a następnie miłosierna gościnność wobec wszystkich potrzebujących, cierpiących i grzeszników^{xvi}. Francisco de Castro opisuje, jak Jan Boży w dniu swego nawrócenia wyzwolił się z wszystkiego, co posiadał, aby zostać naśladowcą Jezusa Chrystusa. Píše ponadto:

„Chodził zawsze po mieście i wszelkich drogach boso, i bez nakrycia głowy, i z ogoloną brzytwą brodą i głową, i bez koszuli czy innego ubioru poza parcianym płaszczem i szarawarami z ratyny; chodził zawsze pieszo, nie używając żadnego bydła pociągowego, choćby jak był zmęczony; o dnia, w którym zaczął służyć naszemu Panu, nawet podczas deszczowych i śnieżnych burz, nie nakrywał głowy; a przy tym wszystkim przejmował się nawet lekkimi pracami swoich bliźnich, i starał się im pomóc tak, jakby to była dla niego wielka nagroda”^{xvii}.

Jego pierwszy dom, w którym zaczął przyjmować ubogich tak samo jak on, był bardzo ubogi. Zwięźle opisuje nam to Castro:

„Jan Boży, postanowiwszy prawdziwie troszczyć się o pociechę i pomoc dla ubogich, porozmawiał z z paroma pobożnymi osobami, które wspierały go w jego pracach; i dzięki ich pomocy i serdeczności wynajął miejską Halę Rybną w pobliżu placu Bivarramba, gdzie zbierał opuszczonych, chorych, kalekich, jakich napotkał, i kupił nieco mat z rogożyny i parę starych płaszców, ażeby mieli gdzie spać”^{xviii}.

Możemy stwierdzić, że św. Jan Boży sam stał się jednym z owych chorych i ubogich, przyjmując ich i troszcząc się o ich potrzeby. Pomimo swoich ograniczeń leczył ich bogactwem charyzmatu szpitalnictwa, którego udzielił mu Pan. Nigdy nie odmówił pomocy potrzebującym, pomagał im czym tylko mógł przy swoim ubóstwie.

3.1.3. Szpitalnictwo komunii

Jako pośrednik między bogatymi i ubogimi, między warstwami obfitującymi w dobra a potrzebującymi św. Jan Boży praktykował szpitalnictwo komunii.

Dzięki św. Janowi Bożemu zbieranie jałmużny stało się dziedzictwem i duchowym bogactwem Zakonu, od którego Zakon nie może się odciąć niezależnie od metod, jakie stosuje w poszczególnych epokach i środowiskach kulturowych. Należy ją jako obieg dóbr celem budowy solidarnego społeczeństwa.

Kiedy wieczorami wołał na ulicach: „Bracia, na miłość Boską, czyńcie dobro ze względu na siebie samych”, chciał niepokoić i prowokować sumienia, ażeby nie zasypiały wśród nędzy swoich braci. Nawoływał do chrześcijańskiego dzielenia się dobrami.

Kiedy pisał listy dziękczynne za otrzymane dary, wyrażał swój ból z powodu cierpień ludzi nieszczęśliwych, którym mógł pomóc jedynie dzięki pożyczkom spłacanym z trudnością, chciał budować wspólnotę komunii, w której wszyscy ludzie czuliby się braćmi, kochanymi, wspomaganiymi, pogodzonymi z Bogiem, jak właśnie czuł się on sam. Wiedział, że gdyby wszyscy doświadczyli głęboko miłosierdzia Bożego, jak tego pragnął, Kościół i społeczeństwo

rzeczywiście zmieniałyby się w rodzinę dzieci Bożych, w których mieszka życie Boże i komunია, zaspokajając potrzeby ubogich.

3.1.4. Szpitalnictwo twórcze

Jest nie do wiary to, w jaki sposób w mieście posiadającym prawie dziesięć szpitali domy dla ubogich wrażliwość św. Jana Bożego odkryła tak wielu biednych i opuszczonych chorych.

Jeszcze bardziej zdumiewa, w jaki sposób zdołał odkryć nowy sposób praktykowania szpitalnictwa. Po prostu wyprzedzał tych, którzy winni byli kroczyć przed nim, rozwiązując problemy chorych, ubogich i potrzebujących.

Jego szpitalnictwo było odpowiedzią dla tych, którzy nie znaleźli gościnności (opuszczeni), i odpowiedzią na nowe potrzeby, na które inni nie byli wrażliwi (cierpiący z powodu poczucia winy, nienawiści lub zemsty). Św. Jan Boży widział całe cierpienie – ciała i ducha^{xix}.

3.1.5. Szpitalnictwo integralne (holistyczne)

Możemy twierdzić, że jedną z charakterystycznych cech gościnności św. Jana Bożego jest integralność zabiegów obejmujących całą cierpiącą osobę. Dla niego cierpiącym i potrzebującym było nie tylko ciało i dusza, grzesznik czy grzesznica, kłamca czy niegodziwiec. Wszyscy stanowili osoby, byli jego braćmi i siostrami, wszyscy zasługiwali na pomoc i przebaczenie z jego strony i jego współbraci. Dlaczego? Dlatego, że tak samo czyni Bóg, śpiesząc z pomocą dla wszystkich potrzebujących^{xx}, przebacząc i zbawiając^{xxi}. I ponieważ na widok ich cierpień jemu „pękało serce”^{xxii}.

Możemy dzisiaj powiedzieć, że szpitalnictwo św. Jana Bożego było równocześnie zapobiegawcze, ratunkowe, lecznicze, rehabilitacyjne i kształcące dla sierot, dzieci podrzuconych, i prostytutek i dla tych, którym pomagał pozbyć się winy, zrealizować plan kształcenia i włączenia się do społeczeństwa. W swoim szpitalu oferował łóżko, żywność, ciepło, miejsce dla pielgrzymów; lekarstwa, pielęgniarzy, lekarzy, kapelanów i pomoce duchowe dla chorych^{xxiii}.

Praktyka szpitalnicza św. Jana Bożego przekonuje nas, że chińska anegdota o wędce (*Jeśli dasz człowiekowi rybę, nakarmisz go na jeden dzień, jeśli dasz mu wędkę – na całe życie*) nie może być rozumiana jako dylemat wykluczający (albo... albo...). Aby gościnność przychodziła z pomocą tym, którzy cierpią, winna być praktykowana w perspektywie łączenia posług: i... i..., w zależności od miejsca, czasu i osoby.

3.1.6. Szpitalnictwo pojednawcze

Św. Jan Boży był wyrozumiały i traktował wszystkich – grzeszników, ciemężycieli i uciskanych tak, jak Jego potraktował Bóg: pomagał im, przebywał z nimi, leczył rany fizyczne i duchowe. Często leczył najpierw rany moralne i duchowe, jako warunek osiągnięcia harmonii i wyleczenia ciała.

W świecie tak podzielonym i rozdartym przez tyle ideologii, fundamentalizmów, dyskryminacji etnicznych rodzących nienawiść, urazy i chęć zemsty, zdolność przebaczenia, pojednywania i budowania mostów braterstwa u św. Jana Bożego zasługuje na poznanie i praktykowanie

w życiu Rodziny Szpitalniczej. Pośród wszystkich, pośród swoich podopiecznych i współpracowników był on głębokim lekarzem ran, napięć i konfliktów.

Również on, podobnie jak Chrystus, leczył rany. Jego biografowie podkreślają, jak poczuł się zraniony separacją swoich rodziców, samotnością, niepowodzeniami życia wojskowego, ale głównie swoimi winami, obelgami, cierpieniami z powodu tylu długów zaciągniętych na pomoc dla ubogich, chorych, jego braci. Te doświadczenia egzystencjalnych ran czyniły go szpitalnikiem od leczenia i pojednywania między sobą nieprzyjaciół i tych, którzy potem mieli zostać jego współpracownikami, jak to było z Antonem Martinem i wielu innymi.

Swej dobroczyńcy, księżnej Sessy, powiedział, że leczył się ranami ukrzyżowanego Chrystusa, i radził jej postąpić tak samo:

„Kiedy czuję się strapiony, najlepszym dla mnie lekarstwem i pociechą jest spojrzenie na ukrzyżowanego Jezusa”^{xxiv}.

„Przejdźcie w myśli mękę Jezusa Chrystusa naszego Pana... a napełni was wielką pociechą”^{xxv}.

Dzięki temu doprowadził do tego, że Anton Martin przebaczył i pojednał się z Pedro Velasco i mogło obu ich zdobyć, ażeby, jako pierwsi bracia, byli bezpośrednimi współpracownikami jego szpitala.

I zjednoczony z męką Chrystusa co piątki leczył rany prostytucji u wielu kobiet zniszczonych takim rodzajem życia. Dzięki swemu charyzmatowi miłosiernego szpitalnictwa przebaczył kobiecie, którą wyciągnął z prostytucji, a która go obrażała: „Wcześniej czy później będę musiał ci wybaczyć, dlatego wybaczam ci już teraz”^{xxvi}. I w ten sposób nawrócił ją powtórnie, o czym ona sama zaświadczy podczas pogrzebu Świętego.

Kiedy oskarżono go przed arcybiskupem, iż w swoim „Domu Bożym” przyjmuje niegodziwych, oświadczył, że to on jest jedynym niegodziwcem, i że „Bóg jednakowo znosi złych i dobrych, i codziennie sprawia, że słońce wschodzi dla wszystkich, a więc nie jest rzeczą rozsądną wyrzucać opuszczonych i udręczonych z własnego domu”^{xxvii}.

3.1.7. Gościnność rozbudzająca wolontariat i współpracowników

Bezgraniczna miłosierna miłość św. Jana Bożego była tak witalna, że rozbudzała miłość, miłość chrześcijańską i współpracę; w tym promiennym szpitalnictwie uczestniczyło coraz więcej ludzi.

Ta charyzmatyczna moc otrzymana od Boga, której św. Jan Boży był nadzwyczaj wierny, sprawiła, że święty rozpałał ogień szpitalniczy w innych. Pomagali mu oni wśród ubogich i chorych na różnych poziomach solidarności i współpracy.

Możemy odróżnić kilka poziomów współpracowników: są tacy, którzy pomagają swoimi regularnymi działaniami lub jałmużnami, i tacy, którzy stają się stałymi współpracownikami, jak na przykład Angulo i wielu innych wymienionych w jego listach przez Castro i w dokumencie z Procesu przeciwko Hieronimom. Niektórzy przyjmowali wolontariat św. Jana Bożego, całkowicie utożsamiając się z jego charyzmatem.

Wśród najściślejszych współpracowników znajdujemy jego pierwszych towarzyszy czyli braci habitowych, dobroczyńców, którzy uznali dzieło św. Jana Bożego za swoje. I to poczucie przynależności do szpitala i dzieła św. Jana Bożego rozbudzało z kolei wielką siłę solidarności. To utożsamienie się z charyzmatem prowadziło do tego, że wielu współpracowników dzieła św. Jana Bożego broniło jego oryginalności własnymi dobrami i własnymi osobami^{xxviii}. To poczucie przynależności do Rodziny Św. Jana Bożego pozostaje wzorem aktualnym dzisiaj i na przyszłość.

3.1.8. Szpitalnictwo profetyczne

Jedną z najbardziej oryginalnych cech szpitalnictwa św. Jana Bożego była proroczość. Wędrujący bez środków cudzoziemiec z opinią szaleńca, oddany całkowicie Chrystusowi i ludziom cierpiącym, otworzył nowe drogi w Kościele i społeczeństwie.

Jego postawa szpitalnicza zdumiewała, zaskakiwała, lecz działała jak latarnia, wskazując nowe drogi pomocy i człowieczeństwa wobec ubogich i chorych. Stworzył z niczego alternatywny model obywatela, chrześcijanina, szpitalnika służebnego najbardziej opuszczonym. To profetyczne szpitalnictwo stało się zaczynem odnowy w niesieniu pomocy i w Kościele. Wzór św. Jana Bożego służył też jako krytyczne sumienie i wrażliwy przewodnik wśród nowych postaw i praktyk pomocy wobec biednych i zepchniętych na margines.

3.2. Szpitalnictwo w historii Zakonu

3.2.1. Szpitalnictwo św. Jana Bożego od pierwszych braci poprzez wieki

Pierwsi bracia^{xxix}, towarzysze św. Jana Bożego, mieli udział w jego charyzmacie, praktykowali go i szerzyli. Akt założenia szpitala Antoniego Martina z Madrytu mówi o opłakanym stanie „chorych z zaraźliwymi ranami”. Antoni Martin w swym testamencie stwierdza, że Jan Boży postawił go u steru szpitala, na swoim miejscu, zamiast siebie samego^{xxx}.

Jego towarzysze wymieni są jako świadkowie szpitalnicy, bardzo bliscy w swojej posłudze ubogim i chorym, którymi się opiekują. Osoba Jana, pokorna, skromna i uniżona aż do dobrowolnego wyniszczenia (Kénosis), która wyrzeka się wszelkiego zaszczytu, aby znaleźć się na poziomie ubogich i im służyć, pozostaje wzorem dla swych towarzyszy i współpracowników.

Świadkowie pierwszych lat Zakonu oświadczają zgodnie, że „bracia z wielką miłością i otwartością przyjmowali wszystkich ubogich, bez wyjątku, cudzoziemców i ludzi miejscowych, wyleczalnych lub nieuleczalnych, szaleńców i zdrowych na umyśle, dzieci i sieroty. A czynili to, naśladując swego Założyciela, Jana Bożego. Przyjmowali wszystkich, zarówno Maurów jak i starych chrześcijan”^{xxxii}.

Od tego pierwszego etapu Zakonu Szpitalnego już przez pięć wieków historii istnieją Bracia i współpracownicy św. Jana Bożego. Jedni już zmarli, inni żyją, bądź to w wielkim rozgłosie, bądź niezauważeni. Wszyscy dają bezcenne świadectwo wierności charyzmatowi szpitalnictwa^{xxxii}.

Z drugiej strony, od pierwszych dziesięcioleci istnienia Zakonu *opiekuńcza obecność na polach bitew*, w wojskach i pośród żołnierzy w czasie pokoju zamieniła się w jedną ze stałych usług szpitalniczych Zakonu w Hiszpanii, we Włoszech, Portugalii, Francji.

Działalność Zakonu wyraziła się także w innych dwóch formach: *służbie ratunkowej* podczas epidemii i w szpitalach na terytoriach misyjnych, gdzie niektóre stały się „szpitalami z nauczaniem doktryny”^{xxxiii}.

Drugą formą, która rozwinęła się w różnych krajach, były *szkoły medycyny i chirurgii* oraz *kursy dla pielęgniarzy* mające na celu przygotowanie członków i współpracowników Zakonu. W XIX i XX wieku, wraz z rozwojem psychiatrii, która stała się wyspecjalizowaną gałęzią medycyny, Zakon założył i prowadzi *specjalne ośrodki dla chorych umysłowo*. Rozwinęły się one w XIX w. zwłaszcza we Francji dzięki Paulowi de Magallon; wraz z odrodzeniem się Zakonu po rewolucji 1789 roku i w Portugalii, Hiszpanii i Ameryce dzięki Benedyktowi Menni. Po restauracji XIX wieku niektóre prowincje (niemiecka, polska, austriacka i włoska) założyły dzieła wyłącznie dla chorych psychicznie, dzieci, młodzieży i dorosłych. Prowincje Irlandii, Anglii i Australii. wyspecjalizowały się w służbie chorym psychicznie i poczyniły ważne rozróżnienia w diagnozowaniu osób jako chorych umysłowo, zmieniając terminologię odnoszącą się do nich celem uszanowania ich godności i ich praw jako osób.

Pomoc dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej fizycznie rozwinął szczególnie Benedykt Menni w Hiszpanii, i do niedawna była ona bardzo pilne, a dzisiaj znajduje różne formy w niektórych ogólnych awangardowych szpitalach pediatricznych i w ośrodkach rehabilitacji.

Formą charyzmatu św. Jana Bożego, która rozwinęła się w ostatnich dziesięcioleciach, są *schroniska nocne* dla bezdomnych, *ośrodki dla starców* i *ośrodki dla osób z trudnościami poznawczymi lub upośledzonych psychicznie*.

Jednym z aspektów, który Zakon zawsze rozwijał, jest *wymiar misyjny*. Można powiedzieć, że ekspansja misyjna Zakonu sięga samych jego początków. Pierwszym z zakładów, które powstały w Ameryce, Afryce, Azji, była fundacja w Cartagena (Kolumbia) w roku 1596.

Po epoce, w której Zakon przygasł, odrodziły się misje w Ameryce, Afryce, Azji i Oceanii. Zakon chce prowadzić nadal ewangelizację świata zdrowia, jak to czynił św. Jan Boży i jak uczy nas Jezus Chrystus.

3.2.2. Obecność aktualna

Wymogi nowej ewangelizacji, które stawia Kościół na początku trzeciego tysiąclecia, prowadzą Zakon do postawienia sprawy Nowego Szpitalnictwa. „Nowe szpitalnictwo” winno się wyrażać w dwóch aspektach: w dziełach odnowy we wspólnocie i w nowych odpowiedziach na istniejące potrzeby.

Począwszy od Kapituły Generalnej 1976 roku, a zwłaszcza od Nadzwyczajnej Kapituły Generalnej z roku 1979, Zakon poczynił znaczne wysiłki celem odnowy niesienia pomocy. Rozwój nastąpił w różnych dziedzinach. Warto przypomnieć te najważniejsze.

Humanizacja i duszpasterstwo zaznały w ciągu ostatnich dwudziestu lat ożywienia bardzo potrzebnego celem dorównania wielkim osiągnięciom technicznym szpitali i celem odpowiedzi na konkretne cierpienia chorych i ich krewnych. Pomoc w stylu św. Jana Bożego była zawsze integralna, holistyczna, włączając zawsze w porządek dzienny troskę duszpasterską i duchową.

Wymiar humanizacji i duszpasterstwa wraz z niezbędną stałą formacją braci i współpracowników może przyczynić się do odnowy obecności Zakonu w ośrodkach tradycyjnych, ażeby stał ostoją dla nowego szpitalnictwa i nowej ewangelizacji.

W ostatnich latach wniesiono wkład w humanizację przez kształcenie w zakresie bioetyki, etyki służby zdrowia i jej zastosowania w służbie chorym.

Modernizacja struktur w świetle nowych potrzeb i wymogów technicznych oraz ludzkich, wraz z nowymi kryteriami zarządzania, kiedy przyjmuje się nowe priorytety i realizuje się określone programy, przyczyniła się do odnowy wielu naszych szpitali i ośrodków.

Ewolucja, którą przeżyły nasze tradycyjne ośrodki, objęła wszystkie dziedziny. Innowacje techniczne w dziedzinie nauk medycznych odbijają się w ustawicznych zmianach dokonujących się w naszych ośrodkach. Struktury materialne tych ośrodków przeżyły wiele zmian z powodu włączania nowych ekip technicznych, z powodu ewolucji technik pomocowych i z powodu nowych metod pracy, przede wszystkim pracy w ekipach o różnych specjalnościach. Wszystko to po to, ażeby lepiej i w sposób bardziej globalny pomagać choremu jako osobie.

Najbardziej znacząca zmiana dotyczyła integracji współpracowników. Do niedawna wspólnota braci przy pomocy niektórych świeckich zapewniała służbę chorym. Dzisiaj *współpracownicy są głównymi bohaterami* w dziełach i nie ma dziedziny, w której nie byliby obecni, zajmując nawet wiele stanowisk w kierownictwie i zarządzaniu.

Do współpracowników-pracowników dochodzi w naszych ośrodkach coraz większa liczba wolontariuszy, którzy pracują w sferze humanizacji i posługi duszpasterskiej.

Obecność tych nowych sił w ośrodkach przynosi wspaniałe wyniki, przede wszystkim dzięki formacji.

W ten sposób przyszłość dzieł zależy od ciągłej aktualizacji narzędzi technicznych, metod pracy, kierownictwa i zarządzania a także od najnowocześniejszych technicznych środków przekazu i informatycznych. Rozwija się również dziedzina badań naukowych z programami realizowanymi we współpracy z kompetentnymi wydziałami uniwersyteckimi.

Bracia winni być przewodnikami etyczno-moralnymi, krytycznym sumieniem, twórczym i innowacyjnym fermentem i profetycznym znakiem dobrej nowiny dla współczesnych ubogich, dla chorych i dla potrzebujących z każdej kultury i religii.

3.2.3. Nowe formy obecności

Od lat nowatorskie formy w Zakonie wypływają z uwrażliwienia na nowe potrzeby społeczeństwa i są nowymi odpowiedziami naszego charyzmatu na potrzeby już istniejące.

W niektórych przypadkach powraca się do form występujących już w praktyce św. Jana Bożego: chodzi o większą otwartość na wspólnotę, na rodziny i na ich potrzeby.

Nasze szpitalnictwo coraz bardziej wychodzi ze szpitali i z ośrodków opieki i rozciąga się na zapobieganie i wychowanie do zdrowia, na rehabilitację, na włączenie się chorych w społeczeństwo, na zdrowie wspólnoty. Św. Jan Boży gorliwie opiekował się sierotami, ich wychowaniem i formacją, starał się o powrót prostytutek do normalnego życia.

Dzisiaj Zakon obejmuje swoim działaniem szpitale dzienne (ośrodki otwarte lub szpitale dzienne), pomoc w domu chorego, ambulatoria z wieloma specjalnościami, i odpowiada na potrzeby nowego rodzaju chorych: narkomanów, chorych na AIDS, chorych konających, itd.

Cierpienia spowodowane przez samotność, opuszczenie, rozpacz i pustkę egzystencjalną spotykają się z pomocą w postaci telefonów zaufania, biuletynów i ulotek z orędziem ludzkim i chrześcijańskim, czasopism o tematyce refleksyjnej, formacji etycznej i szpitalniczej.

Jedną z dróg, dzięki której Zakon zamierza odpowiedzieć na nowe potrzeby społeczeństwa, jest integracja braci i współpracowników w dziełach, projektach i inicjatywach Kościoła i innych organizmów społecznych i międzynarodowych w dziedzinie opieki zdrowotnej, badań i opieki. Ta integracja występuje między grupami lub prowincjami, między ich fundacjami czy stowarzyszeniami we współpracy z organizmami pozarządowymi, z rządami innych krajów, przede wszystkim rozwijających się.

Charyzmat św. Jana Bożego jest tak bogaty i posiada taką żywotność, że kiedy bracia i współpracownicy pozwalają Duchowi Świętemu, aby ich prowadził, i są uwrażliwieni na potrzeby wyłaniające się w społeczeństwie, szpitalnictwo okazuje się obecne skutecznie pomimo brakujących zasobów ludzkich i duchowych.

4. ZASADY PRZYŚWIECAJĄCE NASZEMU SZPITALNICTWU

Zgodnie z wezwaniem Kościoła do coraz większego uświadamiania sobie misji ewangelizacyjnej każdej grupy i każdego dzieła kościelnego, Zakon projektując nowe formy szpitalnictwa czuje się zobowiązany do wyraźnego rozwijania swojej tożsamości w świetle tego, co nazywamy „Kulturą Zakonu”. W tę kulturę szpitalniczą jesteśmy zaangażowani wszyscy, Bracia i Współpracownicy wcielając w życie zasady, które przyświecają naszemu szpitalnictwu.

4.1. Godność osoby ludzkiej

4.1.1. Poszanowanie godności osoby ludzkiej jako istotna cecha postawy prawdziwie chrześcijańskiej. Stworzenie mężczyzny i kobiety na obraz Boży (Rdz 1,27) nadaje im niezaprzeczalną godność. Spośród wszystkich żyjących istot jedynie istota ludzka jest podobna do Boga, wezwana do obcowania z Nim. Jedynie ona może słuchać i odpowiadać Bogu. Godność każdej istoty ludzkiej wobec Boga jest podstawą jej godności wobec ludzi i wobec siebie samej. Jest to ostateczna racja równości, zasadniczego braterstwa wszystkich ludzi, niezależnie od ich rasy, narodowości, płci, pochodzenia, wykształcenia i klasy społecznej. Z tego powodu jedna istota ludzka nie może posługiwać się drugą jak rzeczą; winna natomiast traktować ją jako istotę autonomiczną i odpowiedzialną za siebie samą oraz okazywać jej szacunek.

Z godności istoty ludzkiej wobec Boga wynika również prawo i obowiązek szacunku i miłości do samego siebie. Winniśmy zatem uważać siebie za wartość dla siebie samych i w sposób odpowiedzialny zatroszczyć się o swoje zdrowie. Z godności każdej istoty ludzkiej wobec Boga wynika także, iż winniśmy kochać bliźniego jak siebie samego i że życie człowieka jest zasadniczo święte i nienaruszalne, ponieważ w twarzy każdego człowieka mamy odbłask chwały Bożej (Rdz 9,6).

4.1.2. Poszanowanie winno być powszechne. Poszanowanie godności osoby ludzkiej, stworzonej na obraz Boży, wymaga, ażeby każdy bez wyjątku traktował swego bliźniego jako „drugiego ja”, dbając przede wszystkim o jego życie i środki niezbędne, ażeby żył godnie^{xxxiv}. Wymaga to głoszenia godności każdego człowieka, niezależnie od anomalii, na które cierpi, od jego ograniczeń lub zepchania na margines społeczny.

To poszanowanie godności osoby ludzkiej występuje w filozofii i w rosnącej świadomości międzynarodowej o szerokiej gamie praw człowieka.

Powszechny charakter poszanowania godności człowieka występuje w twierdzeniu Kanta, iż osoby ludzkie mają wartość absolutną, są celami samymi w sobie, obdarzonymi godnością i niewymienialne za żadną cenę. Wnioskiem etycznym z tego twierdzenia jest to, iż jako osoby wszyscy ludzie są sobie równi i zasługują na jednakowy wzgląd i szacunek. Godność przynależy do istoty ludzkiej przez to, że jest podmiotem praw i obowiązków^{xxxv}.

4.1.3. Głęboka postawa otwarcia się wobec chorych i potrzebujących i skuteczne postępowanie z nimi. Zważywszy, że wartość i godność osoby ludzkiej bywa łatwiej kwestionowana i ignorowana w przypadku cierpienia, słabości i śmierci, Zakon Szpitalny, dbając o chorego

jako takiego oraz o potrzebujących, daje świadectwo tego, co oznacza i jaką wartość ma istota ludzka i głosi wszystkim ludziom wspaniałe dziedzictwo wiary i nadziei zawarte w Ewangelii.

Postawa Jezusa wobec najsłabszych i zepchniętych na margines społeczeństwa stanowi dla Zakonu Szpitalnego, za przykładem św. Jana Bożego, wezwanie do zaangażowania się w obronę i popieranie ich podstawowych praw opartych na poszanowaniu godności ludzkiej.

Mając na uwadze różnorodność form, przez które Zakon wyraża dzisiaj swój charyzmat, wydaje się nam, że istnieją pewne dziedziny, które w perspektywie nowego Szpitalnictwa są szczególnie znamiennymi znakami ewangelicznymi:

- *Ludzie bezdomni: jako znak wymiaru bezwarunkowego daru, któremu prawie zaprzecza nasze społeczeństwo kierujące się kryteriami skuteczności i wydajności,*
- *Chorzy w fazie terminalnej: których przyjmuje się i którymi się opiekuje w „hospicjach” lub ośrodkach zabiegów paliatywnych, jako miejscach, gdzie podkreśla się wartość życia w momencie śmierci.*
- *Chorzy na AIDS: ażeby przezwyciężać nieracjonalny lęk i uprzedzenia.*
- *Narkomani: ażeby kochać człowieka, który nie umie kochać.*
- *Emigranci: aby przyjmować Jezusa przybysza w prawdziwym duchu Szpitalnictwa.*
- *Starzy: aby głosić wartość życia w jego całokształcie.*
- *Osoby chronicznie chore i niepełnosprawne: jako wyraz wartości i godności osoby ludzkiej.*

Wszystkie miejsca, gdzie istnieje ubóstwo, choroba, cierpienie winny być dla nas, Braci i Współpracowników św. Jana Bożego, uprzywilejowane, abyśmy praktykowali i żyli Ewangelią miłosierdzia^{xxvi}.

4.2. Poszanowanie życia ludzkiego

4.2.1. *Życie jako podstawowe dobro osoby ludzkiej i zasadniczy warunek korzystania z innych dóbr. Nie tylko nie może być ono podporządkowane żadnemu innemu dobru, ale ze względu na nie należy uznawać równe prawa każdego człowieka.*

Właściwe każdemu człowiekowi dążenie do realizowania się rozumiane jako dar, ale także jako zadanie do spełnienia – zakłada zachowanie podstawowego dobra życia jako warunek „sine qua non” spełnienia posłannictwa otrzymanego wraz z życiem, co ujmuje następująca zasada etyczna: osiągnąć cel, dla którego zostaliśmy stworzeni, dążyć do własnej doskonałości czy solidarnego realizowania się człowieka w społeczeństwie.

Życie ludzkie, które dla wierzącego człowieka jest darem Bożym, należy szanować od samego jego początku aż do naturalnego końca. Ponieważ jest ono niezbywalnym prawem do życia, najmocniejszym fundamentem prawa do zdrowia, jak i pozostałych praw osoby ludzkiej, żaden wzgląd nie uzasadnia stosowania aborcji czy aktywnej eutanazji.

4.2.2. *Ochrona i pomoc dla osób upośledzonych fizycznie, umysłowo i psychicznie. W każdym człowieku niepełnosprawnym fizycznie lub umysłowo winniśmy widzieć członka wspólnoty ludzkiej, istotę cierpiącą, a nade wszystko bardziej aniżeli ktokolwiek inny potrzebującą pomocy i oznak naszego szacunku, które by mu pomagały uwierzyć w swoją wartość jako osoby*

ludzkiej. Jest to bardzo ważne w naszych czasach z tego powodu, że nasze społeczeństwo okazuje się coraz bardziej nietolerancyjne wobec ludzi ograniczonych przez ułomność, niezdolność lub niepełnosprawność^{xxxvii}.

Zakon Szpitalny winien wyróżniać się gotowością i służbą, ażeby w miarę możliwości osiągnąć praktyczną i namacalną realizację zasad integracji, normalizacji i personalizacji. Zasada integracji sprzeciwia się tendencji do izolowania, segregowania i zaniedbywania ludzi niepełnosprawnych. Zasada normalizacji zakłada wysiłek rehabilitacji osób niepełnosprawnych, stwarzając dla nich środowisko możliwie jak najbardziej normalne. Zasada personalizacji podkreśla, że w trosce o niepełnosprawnych na pierwszym miejscu stoi godność, samopoczucie i rozwój osoby we wszystkich jej wymiarach, że należy chronić i popierać jej zdolności fizyczne, psychiczne, duchowe i moralne.

4.2.3. Pomagać życiu, stwarzając i współpracując w stwarzaniu instancji, które by pomagały przezwycięzać nędzę, głód, chorobę. W nowej ewangelizacji Zakon Szpitalny winien unaocznić Ewangelię życia, wzmagając wszelkie wysiłki celem usunięcia niesprawiedliwych i niehumanitarnych struktur, stwarzając możliwości godnego życia tam, gdzie panuje nędza, choroba, wykluczenie lub brak opieki.

W naśladowaniu Chrystusa wedle charyzmatu św. Jana Bożego ochrona i rozwój życia ludzkiego winny się dokonywać przez służbę w miłości, która powinna wyrażać się w świadectwie osobistym i instytucjonalnym, w różnych formach wolontariatu, w animacji społecznej i w zaangażowaniu politycznym.

Służba pomocy życiu winna obejmować wszystkie jego etapy, od rodzącego się życia do braterskiego wspomagania każdego cierpiącego z powodu choroby, wykluczenia czy potrzeby, z poszanowaniem, obroną i popieraniem godności osoby ludzkiej. Na szczególną uwagę zasługuje człowiek w końcowej fazie życia.

Służbę pomocy życiu należy świadczyć przez rozwijanie działań w dziedzinie zapobiegania, leczenia chorób i rehabilitacji osób niepełnosprawnych. W tym sensie nigdy nie uczyni się dosyć w zakresie pomocy ułomnym celem ich pełnego uczestnictwa w życiu i w rozwoju społeczeństwa, do którego należą, celem stworzenia klimatu społecznego, w którym zostaliby przyjęci w pełni jako członkowie wspólnoty o szczególnych potrzebach, które należy zaspokoić.

4.2.4. Obowiązek i granice w trosce o własne życie. Życie jest podstawowym dobrem osoby ludzkiej i zasadniczym warunkiem korzystania z pozostałych dóbr, ale nie jest dobrem absolutnym. Można je poświęcić dla innych lub dla szlachetnych ideałów, które nadają sens samemu życiu. Życie, zdrowie, cała doczesna działalność winny być podporządkowane celom duchowym.

Nie uznajemy skrajnie absolutnego panowania człowieka nad życiem: nie możemy dokonywać czynów, które oznaczają całkowite i niezależne panowanie nad nim, jak na przykład jego zniszczenie. Tak samo możemy głosić pożyteczne panowanie nad własnym życiem, troskę o nie, ale nie za wszelką cenę. Życie, oczywiście, jest święte, ale również ważna jest jakość tego życia, czyli możliwość po ludzku biorąc sensownego życia. Nie ma obowiązku utrzymywania życia sztucznymi metodami, w warunkach szczególnie bolesnych.

Nie wszystkie zabiegi, które przedłużają życie biologiczne, okazują się po ludzku korzystne dla pacjenta jako osoby. Ludzie nie mają obowiązku przyjmować nadmierne środki celem zachowania życia. W każdym razie można ocenić, czy dane środki są proporcjonalne lub nadmierne, mając na uwadze warunki fizyczne i moralne chorego i uwzględniając: typ terapii, stopień trudności i ryzyko, jakie ona z sobą niesie; czy jest rozumna nadzieja poprawy; poziom ludzkiej jakości (perspektywy pacjenta) zachowanego życia; czasu dalszego życia; utrapień (własnych i rodziny), które pociągnie za sobą leczenie i niezbędne wydatki.

4.2.5. Obowiązek nienastawiania na życie innych. *Życie ludzkie jest święte, ponieważ od samego początku jest owocem stwórczego działania Boga i pozostaje w szczególnym związku ze Stwórcą, jego jedynym celem. Bóg jest Panem życia od samego jego początku aż do jego końca; nikt w żadnej sytuacji nie może przypisywać sobie prawa do zabijania w sposób bezpośredni istoty ludzkiej^{xxxviii}. Ponieważ charyzmat szpitalniczy dotyczy przyjęcia każdej osoby, Zakon opowiada się przeciwko karze śmierci w każdej sytuacji.*

Eutanazje w prawdziwym i właściwym znaczeniu, czyli: działanie lub jego pominięcie, które ze swej natury i w swojej intencji powoduje śmierć celem zaprzestania wszelkiego bólu jest ciężkim pogwałceniem Prawa Bożego. „Pokusa eutanazji jawi się jako jeden z najbardziej niepokojących objawów «kultury śmierci», szerzących się zwłaszcza w społeczeństwach dobrobytu”^{xxxix}.

4.2.6. Obowiązek ochrony zasobów biosfery. *Ochrona całości stworzenia przejawia się we wzrastającym zainteresowaniu środowiskiem naturalnym. Równowaga ekologiczna i umiarkowane i równe korzystanie z zasobów światowych są ważnymi czynnikami sprawiedliwości dla wszystkich wspólnot naszej obecnej „globalnej wioski”; są również kwestią sprawiedliwości wobec przyszłych pokoleń, które odziedziczą po nas to, co dla nich pozostawimy. Nieumiarkowane wykorzystywanie zasobów naturalnych i środowiska degraduje jakość życia, niszczy kultury i pogrąża ubogich w nędzę^{xl}. Winniśmy popierać postawy strategiczne, które przyczyniają się do tworzenia odpowiedzialnego stosunku do środowiska naturalnego w świecie, w którym żyjemy i którego jesteśmy jedynie zarządcami.*

Ponieważ nasze struktury są miejscami zużywania najróżnorodniejszych materiałów, możemy dawać konkretne i znaczące przykłady troski o środowisko, powołując komitety dla tych celów, przedkładając korzystanie z materiałów rozkładalnych biologicznie i nadających się do przetwarzania, oraz uwrażliwiając wszystkich, Braci i Współpracowników, jako pracowników służby zdrowia, przez kursy i seminaria^{xli}.

4.3. Promocja zdrowia i walka z bólem i cierpieniem

4.3.1. Obowiązek dbałości o rozwój zdrowia ludności. *Wśród działań sprzyjających zdrowiu ludności należy wyróżnić informację publiczną i programy edukacyjne, które sprzyjają zdrowym stylom życia i zmniejszają możliwe do uniknięcia niebezpieczeństwa dla zdrowia, łącznie z paleniem papierosów, zażywaniem alkoholu i innych narkotyków, postępkami seksualne zwiększające ryzyko zarażenia się AIDS i chorobami przekazywanymi drogą płciową; złe odżywianie się i brak aktywności fizycznej oraz nieodpowiedni poziom immunizacji w dzieciństwie.*

W wielu krajach wychowanie do zdrowia stanowi jeden ze środków zmniejszenia zachorowań i umieralności dziecięcej przez karmienie piersią i informowanie rodziców o niebezpieczeństwach zakażenia wody i nieodpowiedniego wyżywienia^{xlii}.

4.3.2. Etyczny obowiązek troski o większe zainteresowanie pacjentami. *Wszyscy pracujący w dziedzinie zdrowia mamy etyczny obowiązek starania o większe zainteresowanie się pacjentami w każdym momencie i wiązania tej odpowiedzialności z większą troską i zaangażowaniem się na rzecz poprawy i ochrony zdrowia ludności^{xliii}.*

4.3.3. Opowiedzenie się po stronie ubogich, wykluczonych i cierpiących jako ewangeliczny nakaz sprawiedliwości. *W świecie, w którym panuje cierpienie i nędza (większość ludności świata) posłannictwo uobecniania św. Jana Bożego jawi się jako szczególnie ważne z tego powodu, że przygniatające ubóstwo – z powodu niesprawiedliwych struktur społecznych, które wykluczają ubogich – rodzi systematyczną przemoc przeciw godności mężczyzn, kobiet, dzieci, nienarodzonych, co jest niedopuszczalne w Królestwie chcianym przez Boga.*

„Zakon nasz istnieje, aby ewangelizować ubogich, aby im towarzyszyć i przynosić ulgę w cierpieniach w duchu św. Jana Bożego. (...) Zaznaczyły się pewne wysiłki dostosowania naszego życia i struktur do służby człowiekowi zepchniętemu na margines: szpitale dzienne, schroniska, opieka nad chorymi na AIDS, narkomanami i chorymi terminalnymi, pomoc strefom marginesu przez istniejące już ośrodki... Oczywiście, te wysiłki wymagają działania bardziej harmonijnego z perspektywy człowieka ubogiego, tak aby sam Zakon w stylu swego życia wyraźnie utożsamiał się z tym wyborem i przez swoją formę życia, swoją służbę, swoje nauczanie i krytykę bardziej zaznaczał się w Kościele i w strukturach społeczeństwa^{xliv}.

4.3.4. Właściwe leczenie chorych wobec przesady terapeutycznej. *Chociaż jesteśmy ukierunkowani na poprawę zdrowia, nasze szpitale nie mogą traktować śmierci jako zjawiska obcego, które należy odrzucić, ale jako integralną część biegu życia, szczególnie ważną dla pełnej i nadprzyrodzonej realizacji chorego. Zatem należy zaspokoić prawo każdego chorego do tego, aby mu nie utrudniano, ale wręcz ułatwiano odpowiedzialne przyjęcie, zgodnie z jego religią i sensem życia, momentu swojej śmierci^{xlv}. Temu sprzeciwiałoby się ukrywanie przed nim prawdy, izolowanie go bez prawdziwej i pilnej potrzeby od normalnych związków z przyjaciółmi, rodziną, wspólnotą religijną i ideową. Jedynie w ten sposób stanie się możliwa humanizacja medycyny w tych decydujących chwilach życia.*

4.3.5. Opieka paliatywna. *Instytucje Zakonu Szpitalnego, które opiekują się chorym w zaawansowanym stadium choroby, winny dysponować, w miarę możliwości, jednostkami opieki paliatywnej, mającej na celu ulżenie cierpieniu w końcowej fazie choroby i równocześnie zapewnienie pacjentowi odpowiedniej opieki ludzkiej^{xlvi}.*

4.4. Skuteczność i dobre zarządzanie

4.4.1. Obowiązek uświadamiania ludności, iż środków zdrowotnych nie można traktować w duchu zwyczajnej konsumpcji. *We wszystkich krajach popyt na świadczenia zdrowotne przekracza możliwości kraju co do zapewnienia tych świadczeń. Ważnym obowiązkiem jest przyczynianie się do budzenia w społeczeństwie świadomości, iż świadczenia opieki lekarskiej nie mogą być traktowane jako zwyczajna konsumpcja. Są one wkładem środków ludzkich, pozwalającym na ulżenie cierpieniu człowieka i stwarzającym możliwości powrotu ludzi do owocnej*

pracy lub życia we własnych domach, albo obniżenia kosztów opieki. Dlatego wydatki na świadczenia lekarskie mają pozytywny wpływ na obniżenie innych kosztów społecznych.

4.4.2. Administracja i skuteczne zarządzanie środkami. Zawód lekarski winien obejmować odpowiedzialną i owocną administrację środków opieki leczniczej, co wiąże się z wykorzystywaniem skutecznych metod diagnostycznych i terapeutycznych, które wymagają również stosowania realistycznych wskaźników jakości i parametrów.

4.4.3. Przedsiębiorcza instytucja szpitalna winna zmierzać do leczenia człowieka rozumianego integralnie. Cała przedsiębiorcza instytucja szpitalna winna być nastawiona na leczenie człowieka rozumianego integralnie, czyli w jego wymiarach psychosomatycznych, społecznych i duchowych, które razem współdziałają na rzecz humanizacji opieki zdrowotnej.

W szpitalu-przedsiębiorstwie nakład na stwarzanie klimatu ludzkiego i humanizującego przyczynia się do rentowności środków i sprzyja wydajności i owočnosti samej pracy^{xlvii}.

4.4.4. Wkład w tworzenie klimatu ludzkiego i humanizującego jako pomoc do osiągnięcia opłacalności środków. Podobnie jak w innych przedsiębiorstwach, wkład w tworzenie w szpitalu klimatu ludzkiego i humanizującego przyczynia się do rentowności środków włożonych w poprawę warunków pracy profesjonalistów i innych pracowników służby zdrowia. Ze swej strony wszyscy oni mogą przyczyniać się do tworzenia warunków bardziej ludzkich dla pacjentów, ażeby oni humanizowali sami siebie^{xlviii}.

Wśród udoskonaleń, które należy poczynić, szczególną uwagę należy zwrócić na aktualizację wiedzy i umiejętności przez stałą formację, dostosowaną do sytuacji czasu i miejsca.

4.4.5. Prawa i obowiązki pracowników. Istnieje prawo pracy dla pracowników najemnych zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem. Do specjalisty w zakresie prawa pracy należy znalezienie formuły techniczno-prawnej łączącej prawo do sprzeciwu sumienia z prawem do pracy na podstawie umowy o pracę przy kolejnych jego zmianach i wchodzeniu w życie nowych układów zbiorowych. Troska, jaką Zakon winien poświęcać szczególnie prawom pracownika, nie może nie być okazywana kosztem jego własnej egzystencji, co przeczyłoby samej sprawiedliwości społecznej.

4.5. Nowe szpitalnictwo i nowe wymogi: Trzeci i Czwarty Świat

Coraz większa przepaść dzieli kraje tak zwanej rozwiniętej Północy i kraje Południa na drodze rozwoju. Obfitości dóbr i usług dostępnych w niektórych częściach świata, zwłaszcza na rozwiniętej Północy, odpowiada niedopuszczalne zacofanie Południa, a jest to właśnie strefa, w której żyje większa część ludzkości. Gdy patrzymy na gamę różnych dziedzin: produkcję i podział żywności, higienę, zdrowie i mieszkania, dostęp do wody pitnej, warunki pracy, zwłaszcza dla kobiet, długość życia i inne wskaźniki ekonomiczne i społeczne, ogólny obraz trzeciego świata okazuje się przygnębiający, zarówno gdy rozpatrujemy go w samym sobie, jak i w relacji do danych z bardziej rozwiniętych krajów świata^{xlix}.

Również w krajach rozwiniętych siły ekonomiczne i społeczne wykluczają od dobrodziejstw społeczeństwa miliony ludzi, którzy stanowią tak zwany czwarty świat: ubóstwo czy nędza „mężczyzn, kobiet i dzieci, które żyjąc w bardzo ciężkich warunkach fizycznych i psychicznych

utraciły swoją podmiotowość prawną, gdyż ich prawa nie są zabezpieczone należną ochroną prawną i społeczną. Konkretnymi przykładami są wieloletni bezrobotni, młodzież bez żadnej możliwości zatrudnienia, dzieci ulicy wyzyskiwane i zdane na swój los, samotni i opuszczeni starcy, byli więźniowie, ofiary narkomanii, chorzy na AIDS, imigranci w ogólności, a potajemni imigranci w szczególności... wszyscy oni są skazani na życie w straszliwym ubóstwie, na marginesie społecznym i o niskiej kulturze”^l.

4.5.1. Solidarność i współpraca. Ewangelia Jezusa Chrystusa jest orędziem wolności i wyzwolenia. Wyzwolenie to oznacza przede wszystkim wyzwolenie z radykalnej niewoli grzechu. Naturalnie, domaga się ono wyzwolenia z różnorodnych niewoli natury kulturalnej, ekonomicznej, społecznej i politycznej, które w ostateczności wynikają z grzechu i stanowią liczne przeszkody, które uniemożliwiają ludziom życie w godności^{li}.

„Solidarność jest cnotą wybitnie chrześcijańską. Urzeczywistnia ona podział dóbr duchowych jeszcze bardziej niż materialnych. Zasada solidarności jest bezpośrednim wymaganiem braterstwa ludzkiego i chrześcijańskiego. Solidarność przejawia się przede wszystkim w podziale dóbr i w wynagrodzeniu za pracę. Problemy społeczno-gospodarcze mogą być rozwiązywane jedynie za pomocą różnych form solidarności: solidarności między bogatymi i biednymi, solidarności pracujących, solidarności między pracodawcami a pracownikami w przedsiębiorstwie, solidarności między narodami i ludami. Solidarność międzynarodowa jest wymaganiem natury moralnej. Od niej jest w pewnym stopniu uzależniony pokój na świecie”^{lii}.

4.5.2. Współpraca i Współpracownicy: prawa i obowiązki. Dokument LXIII Kapituły Generalnej dostatecznie jasno wytycza to, czego domaga się od Braci i współpracowników św. Jan Boży^{liii}. Podkreślmy następujące aspekty:

- Humanizować się, by humanizować innych i być świadkami świętości w radykalizmie błogosławieństw za przykładem św. Jana Bożego, ubogiego wśród ubogich, sługi i proroka.
- Pomoc dla człowieka w różnych aspektach: leczenie chorych, serdeczna gościnność dla przewlekłe chorych, szczególna troska o ludzi najsłabszych i najbardziej potrzebujących, towarzyszenie ludziom w ostatnich chwilach życia – przemieniając działania lecznicze w działania ewangelizacyjne.
- Winniśmy ukazywać naszą kulturę gościnności jako alternatywę do kultury wrogości, która nie tylko panuje w stosunkach między narodami, krajami i grupami etnicznymi, ale również w stosunkach międzyosobowych. Winniśmy wykazać nową zdolność do przyjmowania, tworzenia otwartych wspólnot wiary, ażeby były otwarte dla wszystkich ludzi, z którymi mamy do czynienia: chorymi, rodzinami, współpracownikami, przyjaciółmi. Każdy Ośrodek powinien być małym Kościołem domowym, zdolnym do tworzenia komunii chrześcijańskiej, w której radość jednego jest radością drugiego, a cierpienie jednego jest cierpieniem drugiego człowieka. Dzisiaj bardziej niż kiedykolwiek w stosunkach ludzkich Brat św. Jana Bożego winien być świadkiem Boga „miłośnika życia” (Mdr 11,26), który miesza się ze swoim ludem i swoją obecnością czyni ziemię gościną, a człowieka prawdziwie człowiekiem.

- Doceniać i rozwijać zalety specjalistów i wolontariuszy, którzy współpracują z Zakonem, i włączać ich w służbę oraz ewangelizację podopiecznych w naszych dziełach oraz w pewnych momentach włączać ich w życie Wspólnoty.
- Przygotowywać specjalistów akceptujących filozofię i wartości Zakonu do pełnienia funkcji kierowniczej i animatorskiej w naszych dziełach.

4.5.3. *Wolontariat. Dar i utożsamienie.* „Wolontariuszem jest człowiek, który oprócz własnych obowiązków zawodowych i statusu w sposób ciągły i bezinteresowny poświęca część swego czasu na prace nie dla swojej korzyści ani swoich bliskich (w odróżnieniu od stowarzyszenia) lecz na rzecz innych ludzi lub zbiorowych zadań społecznych, według projektu, który nie sprowadza się do samej tylko interwencji (w odróżnieniu od dobroczynności) lecz zmierza do usunięcia lub zmiany przyczyn nędzy lub wykluczenia społecznego”^{liv}.

Nasza filozofia jest tożsama z filozofią innych typów wolontariatu. Jedyną podstawową rzeczą, która wyróżnia ten wolontariat jest fakt, że jest on działaniem szpitalniczym lub socjalnym, prowadzonym w Ośrodkach Zakonu w duchu św. Jana Bożego.

W naszym wolontariacie występuje:

- *Zasada dobrowolności:* wolontariusze uczestniczą w nim dobrowolnie, ponieważ chcą.
- *Zasada bezinteresowności:* ich poświęcenie się jest owocem wymogu wewnętrznego, zaangażowania osobistego. Nie ma zewnętrznego wymogu, który by ich zmuszał.
- *Zasada solidarności:* wypływa z potrzeby uczestniczenia w potrzebie drugiego człowieka.
- *Zasada komplementarności:* podejmuje się zadania, których nie realizuje społeczeństwo, ubogacając je, krzewiąc w ten sposób sprawiedliwość społeczną.
- *Zasada osobistej integracji:* prawie zawsze jest się nastawionym na dawanie, ale bardzo często słyszymy, że więcej się otrzymuje.
- *Zasada przygotowania:* wymaga odpowiedniej formacji, która zapewni wiedzę historyczną, wymiar apostołski i wartości Instytucji i umiejętność znalezienia się w każdej sytuacji.
- *Zasada stowarzyszeniowa:* pracuje się w sposób skoordynowany, tworząc grupę, bez indywidualizmu.
- *Zasada ewangeliczna:* chociaż nasz wolontariat jest akonfesjonalny, zasadza się na Ewangelię i na formie poświęcenia się ubogim, cierpiącym i potrzebującym, jaką praktykował św. Jan Boży. Miejscem pełnienia wolontariatu są Ośrodki Wyznaniowe; bezinteresowność w służbie i utożsamienie się z charyzmatem Zakonu – streszczają podstawy naszego wolontariatu^{lv}.

4.4. Ewangelizacja, inkulturacja, posłannictwo

4.6.1. *Wizja całości.* Ewangelizacja stanowi właściwe powołanie Kościoła, jego najgłębszą tożsamość. Istnieje on, aby ewangelizować, czyli dawać świadectwo, nauczać i głosić Dobrą Nowinę Jezusa Chrystusa. Jako rdzeń i centrum swojej Dobrej Nowiny Jezus głosi zbawienie, ów wielki dar Boży, jakim jest wyzwolenie człowieka od wszystkiego, co go uciska, ale które przede wszystkim jest wyzwoleniem od grzechu^{lvi}.

Ewangelizacja wypływa z misyjnego nakazu samego Jezusa Chrystusa: „Idźcie więc i nauczajcie wszystkie narody. A oto Ja jestem z wami przez wszystkie dni, aż do skończenia świata” (Mt 28. 19-20; por Mk 16, 15-18; Łk 24,46-49; J 20,21-23).

Ażeby spełnić to przykazanie, należy Ewangelię wcielać, przekładać (a nie przekłamać) na różne kultury^{lvii}. Ewangelizacja jest nie do pomyślenia bez inkulturacji.

Rozdarcie między Ewangelią i kulturą stanowi niewątpliwie wielki dramat naszego czasu, podobnie jak było w innych okresach^{lviii}. Z drugiej strony, sekularyzacja doprowadziła do nastania kultury niewiary, która sprowadza świat do immanencji i w której prawdy dotyczące transcendencji stają się bez znaczenia kulturowego i społecznego. W tej sytuacji ci, którzy chcą być chrześcijanami nie wyrzekając się swoich czasów, nie porzucając kultury, w której żyją, potrzebują dokonać wysiłku inkulturacji chrześcijaństwa w kulturach powstałych w epoce nowożytnej.

Inkultuacja umożliwia niesienie Ewangelii do wewnątrz każdej kultury, wnosząc jej własne bogactwo w historyczne ucieleśnienie Ewangelii. Oznacza to, że Ewangelia, wcielając się konkretnie, przeżywa silne przemiany w stosunku do poprzednich form inkulturacji. W ten sposób inkultuacja pozwala „przewracać kryteria oceny, hierarchię dóbr, postawy i nawyki myślowe, bodźce postępowania i modele życiowe rodzaju ludzkiego, które stoją w sprzeczności ze słowem Bożym i planem zbawczym”^{lix}.

W swoim właściwym procesie inkultuacja winna się kierować dwoma zasadami: zgodności z Ewangelią różnych kultur i jedności z Kościołem powszechnym^{lx}.

4.6.2. Ewangelizacja, inkultuacja i posłannictwo Zakonu. W świecie, w którym człowiek współczesny wierzy bardziej świadkom aniżeli nauczycielom, wierzy bardziej w doświadczenie aniżeli w doktrynę, bardziej w życie i fakty aniżeli teorii^{lxi}, Zakon znajduje się w uprzywilejowanej sytuacji dla ewangelizacji i inkulturacji wiary przez fakt obecności w różnych kulturach, w 46 krajach świata na 5 kontynentach. Kultura techniczna, prawdopodobnie najbardziej oporna wobec wartości chrześcijańskich, jest także wrażliwa na żywe świadectwo konkretnego oddania się człowiekowi.

Charyzmat Zakonu w pełni włącza nas w to zaangażowanie, zważywszy, że pomoc człowiekowi we wszystkich jego aspektach jest naszym posłannictwem: leczenie chorych, serdeczne przyjęcie przewlekłe chorych, szczególna troska o najsłabszych i najuboższych lub towarzyszenie tym, którzy przeżywają swoje ostatnie chwile.

Jedynie wierność charyzmatowi umożliwi ewangelizację i inkultuację świata techniki, w której mają się zderzyć „kultura wrogości” z nowym szpitalnictwem.

W przyszłości winniśmy odpowiedzieć sobie na pytanie, w jaki sposób przemieniać działania lecznicze w autentyczne działania ewangelizacyjne, jak przemieniać miejsca naszej pracy w znaczące miejsca ewangelizacji. Humanizacja i ewangelizacja winny stanowić dla nas niepodzielną jedność, ponieważ „gdzie nie ma miłosierdzia, nie ma Boga, chociaż jest On na każdym miejscu”^{lxii}.

5. ZASTOSOWANIE DO KONKRETNÝCH SYTUACJI

5.1. Opieka integralna i prawa chorych

Nasz wkład w społeczeństwo będzie wiarygodny, w miarę jak potrafimy wykorzystać postęp techniczny i rozwój nauk i wzbogacić się o ich osiągnięcia; stąd waga ustawicznego, czujnego unowocześniania naszej opiekuńczej posługi pod względem technicznym i zawodowym.

Na tej podstawie winniśmy zapewnić opiekę uwzględniającą wszystkie wymiary osoby ludzkiej: biologicznej, psychicznej, społecznej i duchowej. Jedynie taka postawa, która bierze pod uwagę wszystkie te wymiary, przynajmniej jako kryterium pracy i jako cel do osiągnięcia, może być uznawana za opiekę integralną.

W tej właśnie dziedzinie Zakon w swoich dziełach stworzył wielką tradycję; jego poziom opieki wyróżniał go przez całe lata. Już pierwsze Konstytucje kładły nacisk na formę traktowania chorych i tak ten aspekt wybijał się w ciągu całej historii.

5.1.1. Spotkanie z chorym, potrzebującym i jego środowiskiem rodzinnym

Zwracanie uwagi na potrzeby człowieka jest kluczowym elementem służby zdrowia i służby społecznej, włączając w to potrzeby dotyczące ducha, transcendencji i życia religijnego.

Człowiek jest istotą opartą na stosunkach; w miarę jak nawiązujemy kontakt z innymi ludźmi, umacniamy się jako osoby; gdy udaje się nam przekształcić ten kontakt w spotkanie, wtedy osiągamy pełnię naszego wymiaru relacji.

Stąd waga spotkania, słuchania, akceptacji, przyjęcia, umiejętności skanalizowania aspektów pozytywnych i negatywnych występujących w każdej osobie, która żyje i odczuwa potrzebę innych ludzi.

Choroba, niezależnie od jej zewnętrznego przejawu jest wyrazem ograniczenia, słabości człowieka i w tej szczególnej okoliczności jako ludzie wyraźnie lub pośrednio domagamy się pomocy. Każdy człowiek w swoich ograniczeniach i w cierpieniu poszukuje kogoś, z kim mógłby podzielić się swoim stanem, na kogo mógłby zrzucić dźwigany ciężar.

Stąd potrzeba, abyśmy wszyscy, którzy tworzymy Zakon Szpitalny, Bracia i Współpracownicy nabywali i wzrastali w następujących cechach:

5.1.1.1. Otwartość. Na nowe potrzeby społeczeństwa, na nowe kryteria działania, na owe niepokoje człowieka, na inne kultury, inne światy.

Otwarty jest ten człowiek, który potrafi przyjmować to, co społeczeństwo i świat mu oferują i potrafi odróżnić to, co uważa za pozytywne w tej ofercie, aby je sobie przyswoić.

Otwarta jest taka Instytucja, która również potrafi zachować się w taki sam sposób; chociaż w tym przypadku potrzebny jest dialog między ludźmi, aby w sposób pełny rozpoznać to, co jest pozytywne dla wszystkich.

5.1.1.2. Przyjęcie. Przyjmować tego, kto przybywa z duchem miłości i nadziei, który mu pozwoli ufać w człowieka i w Instytucję, którzy zatroszczą się o niego.

Bardzo ważny jest pierwszy kontakt. Może on otworzyć lub zamknąć bramy. W sytuacji chorego, który jest potrzebujący, ten pierwszy kontakt nabiera jeszcze większego znaczenia.

Odczucie, że w potrzebie jest się akceptowanym i przyjmowanym, jest dla chorego zasadniczym elementem poczucia bezpieczeństwa i ufności w ludzi, którzy się nim opiekują.

5.1.1.3. Umiejętność słuchania i dialogu. Pozwolić, ażeby człowiek opowiedział o swojej sytuacji, swoich niepokojach, swoich lękach, swoich obawach i żeby mógł odczuć w nas echo nadziei i pogody ducha; zarówno w chwilach radości jak i w trudnych sytuacjach.

Ażeby chory był przekonany, że jego zwierzenia nie popadają do dziurawego worka, że są przyjmowane, szanowane, brane pod uwagę. Wypowiada on tę jedyną rzecz, którą potrafi wypowiedzieć w danej chwili; jest bardzo prawdopodobne, że odsłania przed nami swoje wnętrza.

Będą takie sytuacje, kiedy to, czego domaga się lub pragnie chory, nie jest najodpowiedniejszą dla niego rzeczą. Na gruncie naszej refleksji winniśmy być zdolni zrozumienia chorego i zapewnienia, ażeby nasze działanie zrozumiał także chory; także w tych przypadkach, kiedy dochodzi do odrzucenia naszych kryteriów działania.

5.1.1.4. Postawa służby. Winniśmy być zawsze do dyspozycji chorego i jego bliskich, zawsze gotowi służenia mu naszą techniką, naszą nauką i naszą osobą, gotowi do służenia jego integralnemu dobru.

Czasem nie możemy spełnić tego, czego domaga się chory, ale na podstawie naszej postawy wobec tych spraw, będzie on mógł stwierdzić, czy pragniemy jego dobra czy naszej wygody.

5.1.1.5. Prostota. Pokora człowieka, który wie, że świadczy pomoc potrzebującemu, który stawia sobie za podstawowy cel unikanie sytuacji zależności.

Prostota człowieka, który wychodzi na poszukiwanie prawdy, dobra dla wszystkich, także w tak złożonych strukturach, jak szpitale.

5.1.2 Prawa chorych

Prawa chorych wpisują się w szeroki wachlarz podstawowych praw człowieka. Z punktu widzenia praw człowieka prawo do zdrowia znajduje się wśród tak zwanych praw drugiej generacji, czyli praw typu gospodarczego i społecznego. Wraz z rozwojem nauki wokół tego tematu w latach sześćdziesiątych zwiększyło się zainteresowanie dla praw ludzi chorych, mając na uwadze to, że chory jako osoba ludzka jest podmiotem tych samych praw powszechnych, lecz z powodu jego sytuacji nabierają one w jego przypadku pewnych osobliwości, co wymaga większej wrażliwości i solidarności. Powstały deklaracje krajowe, regionalne i lokalne.

Zakon przyjmuje prawa uznane, czyli proklamowane i z punktu widzenia opieki integralnej podkreśla następujące prawa:

5.1.2.1. Poufność. Poufność obejmuje trzy wartości ściśle z sobą powiązane w stosunkach opiekuńczych: intymność, sekret i zaufanie. Szacunek dla osób wymaga poszanowania intymności^{lxiii} pacjenta, czyli tej szczególnej sfery, w której ktoś odkrywa się przed sobą samym, uznaje się, potwierdza swoją tożsamość. Poszanowanie intymności każdego umożliwia współżycie społeczne w różnorodności jednostek. Zasłona sekretu chroni wzajemnego poszanowania i otwiera drogę ufności, dostęp do głębi drugiego człowieka.

Wzajemny szacunek i zaufanie pozwalają dzielić się własnymi sekretami przy gwarancji, że nigdy nie zostaną zdradzone. Na tym polega obowiązek tajemnicy zawodowej, kiedy jest oczywiste i pozostaje samo przez się zrozumiałe zobowiązanie, że w wykonywaniu zawodu nie będzie się rozpowiadać tego, co się wie.

Obowiązek zachowania tajemnicy współistnieje z obowiązkiem ujawnienia jej, kiedy nie ma innego sposobu uniknięcia niesłusznej szkody dla drugiej osoby i/lub społeczeństwa, na przykład, ażeby uniknąć zarażenia lub innej choroby zagrażającej zbiorowości.

Postępująca specjalizacja i technicyzacja medycyny mnożą przypadki praktykowania jej przez ekipę. Mamy wówczas do czynienia z tajemnicą wspólnie podzielaną, co wymaga szczególnej troski ze strony wszystkich, ażeby nie naruszyć należnego szacunku dla intymności chorego.

Personel pracujący w szpitalach lub domach opieki społecznej winien być uwrażliwiony na różne możliwości naruszenia praw zaufania i intymności. Oto kilka przykładów: rozmowy w miejscach publicznych o pacjentach; łatwy dostęp do dokumentacji klinicznej osób nieupoważnionych. Na szczególną uwagę zasługują wszystkie rejestry pacjentów zdiagnozowanych lub leczonych sporządzone w nowoczesnych systemach komputerowych.

Aby ułatwić poszanowanie intymności pacjentów, ośrodki winny w miarę możliwości posiadać trwałą lub mobilną strukturę, jak pokoje indywidualne, miejsca do skupienia się, firanki lub parawany, itd., co pozwoli na odizolowanie chorego zgodnie z jego potrzebami. Należy także mieć na uwadze wiek i powagę choroby tych, którzy dzielą ten sam pokój.

Chory będzie może starał się o to, aby podczas badania lub wizyty lekarskiej, bądź też podczas zabiegów pielęgniarskich, być sam lub z taką osobą, z którą pragnie. Należy jednak mieć pod uwagę to, że każdy szpital, a nade wszystko typu szkolnego lub uniwersyteckiego, jest miejscem kształcenia i że nieodzowna jest jego współdziałanie w tym zakresie.

5.1.2.2. Prawdomówność. Prawo chorego do poznania prawdy jest niejako równoległe do omówionego wyżej jego prawa do tajemnicy. Oba te prawa się dopełniają i stanowią mocne oparcie dla niezbędnego zaufania, ale też oba mogą być niezgodne z podstawową przyczyną relacji lekarz-chory: ze sprawą odzyskania zdrowia. W każdej sytuacji konkretna decyzja winna brać pod uwagę dobro chorego człowieka, traktowanego w jego całości, nie zaniedbując sprawy zdrowia jako dobra społecznego.

Prawo każdego człowieka do poznania prawdy o sprawach, które go dotyczą, i odpowiadający temu obowiązek poinformowania go, tkwi u podstaw współżycia. Nie tylko kłamstwo, ale także brak szczerości niszczy zaufanie, tak potrzebne dla stosunków międzyosobowych, zważywszy dwuznaczność naszej cielesnej zewnętrznosci (okno-maski). Lecz zaufanie jest szczególnie ważne w stosunku między lekarzem a chorym; dlatego tak wielkie znaczenie ma jego

prawdomówność, prawdomówność powiązania zawsze z odpowiedzialnością ponieważ nie dotyczy faktów wyłącznie obiektywnych, lecz rzeczywistości brzemiennej w treści subiektywne, przede wszystkim kiedy prognoza dotyczy przyszłego wyglądu fizycznego człowieka chorego, albo jego funkcjonalności (wolność i zdolność ruchów), albo utraty życia, albo innych możliwych prawd, z którymi równie trudno jest się pogodzić.

Najpierw należy uważać za priorytetowe prawo do poznania przez chorego prawdy o stanie swego zdrowia, lecz nie kosztem tego, co mu się należy jako osobie. Czasami powody prawdziwej miłości każą milczeć: mówiąc wyrządzilibyśmy mu niepotrzebną szkodę; lecz nie jest rzeczą uczciwą milczenie jako zwyczajna ucieczka przed własnym kłopotem. Prawda może zawsze pomóc choremu, jeżeli się ją wyczuwa w sposobie mówienia. Lekarz nie przestrzega obowiązku powiedzenia prawdy, jeżeli nie bierze pod uwagę możliwego konfliktu z innymi szczególnie interesami chorego a zwłaszcza z interesem jego zdrowia, co jest przyczyną zaistniałego między nim a chorym związku.

Nie można stworzyć stereotypowych recept do powszechnego stosowania w rozwiązywaniu poszczególnych przypadków. Lekarz winien mówić prawdę, ale nie szkodząc tym samym niepotrzebnie zdrowiu lub innym wartościom człowieka chorego. Jego ostatecznym celem jest integralnie rozumiane dobro chorego.

Na to, co należy powiedzieć choremu wpływają: dzielność pacjenta i jego siła ducha, jego przekonania osobiste i równowaga psychiczna, jak i rodzaj stosunku istniejącego między lekarzem i chorym. Nie należy również pomijać sytuacji finansowej i rodzinnej lub społecznej, w jakiej znajdzie się pacjent po poradzie lekarskiej. Szczególne znaczenie ma jednak diagnoza i prognoza.

Gdy chodzi o choroby nieszkodliwe obiektywnie i subiektywnie, chorego uspokaja pewność, iż niczego przed nim się nie ukrywa. Ilekroć choroba jest uleczalna, narzuca się konieczność odpowiedniej informacji, ażeby skłonić pacjenta do współpracy, a jest ona absolutnie niezbędna, gdy bez współpracy chorego przebieg choroby może doprowadzić do fatalnych skutków.

Prawo chorego do dowiedzenia się prawdy jest pilne przede wszystkim wtedy, kiedy trzeba podjąć odpowiedzialną decyzję. Do lekarza należy ułatwienie jej podjęcia; nie może go w niej wyręczać i winien starać się o to, ażeby nie rzutować na niego własnych kompleksów i zahamowań. Należy wybrać odpowiedni moment, ażeby jak najlepiej przekazać prawdę w taki sposób, żeby chory zrozumiał ważne racje trafności decyzji. Czasami również pacjent wymaga czasu, by uświadomić sobie te dane.

Pewną informację o nieuchronnej i bliskiej śmierci należy udzielić choremu, ażeby mógł przygotować się do ostatniego aktu swego życia. Obowiązek ten zakłada zdolność pacjenta do uświadomienia sobie i właściwego zrozumienia swojej roli w tej decydującej chwili. Zwykle pomocne jest pozostawienie pewnej nadziei („kawałka otwartego nieba”, jak to mówią niektórzy), lecz nie należy zapominać, że pomagając choremu pogodzić się z rzeczywistością bez zafałszowania, możemy otworzyć przed nim drogę dla innego rodzaju nadziei, która pozwoli mu przyjąć prawdę z większą ulgą i zrealizować się w pełni jako osoba ludzka. Dzieje się to również w przypadku ludzi, którzy nie wierzą w życie wieczne, lecz którzy potrafili nadać

jakiś sens swemu życiu i swoim stosunkom z innymi. Dwuznaczne wyrażenie: „prawo pacjenta do śmierci” posiada prawdziwy sens: żadnej jednostki ludzkiej nie można pozbawić prawa do przeżycia własnej śmierci, koronując w ten sposób poprzez nią realizację samego siebie.

Nie przekazujemy zatem prawdy jedynie wtedy, gdy wiemy, iż drugi człowiek jest niezdolny do jej przyjęcia. Prawo do prawdy nie obowiązuje wtedy, kiedy by pogrążała człowieka w fatalistycznej rozpacz i prowadziła do unicestwienia jego bytu osobowego: kiedy może ona zostać przyjęta jak skazanie na niesłuszną i bezsensowną śmierć.

Podmiotem prawa do poznania prawdy jest sam chory, o ile jest dorosłym i panem samego siebie. Kiedy chory nie jest zdolny do podjęcia własnej odpowiedzialności, ponieważ nie osiągnął niezbędnej dojrzałości lub z jakiegoś innego powodu, niezbędną informację należy przekazać temu, kto winien lub może podejmować decyzje w jego imieniu, jako powiernik, jak najbardziej zainteresowany dobrem pacjenta. Gdyby pacjent był zdolny do tego, jego krewnym lub bliskim należy powiedzieć tylko to, czego by on sobie życzył, według naszego rozsądku.

Zarówno zaspokajając prawo do prawdy jak i przestrzegając obowiązek dochowania tajemnicy, należy mieć na uwadze należyty szacunek dla wolności własnego sumienia człowieka chorego, a także lekarza. Tutaj zwrócimy uwagę jedynie na nakazy wpływające z sumienia chorego.

„Sumienie jest najtajniejszym ośrodkiem i sanktuarium człowieka, gdzie przebywa on sam z Bogiem, którego głos w jego wnętrzu rozbrzmiewa”^{lxiv}. Również ateista odczuwa jego absolutne nakazy. Wymaga ono całkowitego posłuszeństwa. Tak kapłan jak i lekarz, pełniąc swą funkcję, porusza się w pobliżu tego sanktuarium i winien dołożyć szczególnych starań, żeby go nie naruszyć. Ani państwo, ani nawet Kościół, dążąc do dobra wspólnego, nie mogą występować przeciw wolności sumienia.

Lekarz nigdy nie może zmuszać sumienia pacjenta. Obowiązkiem lekarza jest troska o zdrowie pacjenta, choćby potępiał działania, które spowodowały chorobę (choroba weneryczna, zakażenie spowodowane przez źle przeprowadzoną aborcję, itd.) i nie jest dozwolone wykorzystywanie jego zależności do „moralizowania”. Nic jednak nie stoi na przeszkodzie temu, ażeby pomóc pacjentowi w zapewnieniu spokoju sumienia – jeżeli to ma sprzyjać procesowi uzdrowienia lub humanizacji zgonu – ale winien to czynić z jak największym szacunkiem dla jego wolności, pomimo jego błędnych pojęć. Winien ponadto ułatwić choremu dostęp do kapłana lub innych osób, które mogłyby mu pomóc przeżyć sensownie chorobę i nawet swoją śmierć, niezależnie od jego ideologii lub wyznania religijnego.

5.1.2.3. Autonomia. Docenianie i szacunek dla autonomii, zwłaszcza w sferze zdrowotnej, jest zdobyczą czasów współczesnych. Jeszcze bowiem przed kilkudziesięcioma laty w stosunkach między lekarzem a pacjentem występował wielki paternalizm, z powodu którego na ogół zawsze decydował lekarz, a pacjent żywił wobec niego ufność, świadom, iż nie posiada ani niezbędnej wiedzy ani kompetencji, żeby obrać możliwie najlepszy sposób leczenia. Z drugiej strony, był całkowicie przekonany, że lekarz zawsze będzie działał dla jego dobra.

Pacjent „ponowoczesny” myśli już inaczej. Jest świadom swoich praw, wśród których priorytetowe jest prawo do życia i prawo do ochrony zdrowia. Jest nadto świadomy, iż tylko on jest jedynym podmiotem tych praw, których ochrony nie może powierzyć innym, przynajmniej, dopóki posługuje się rozumem.

Zmiana perspektywy zastąpiła dawny paternalizm przesadnym, kontraktualizmem, który powoduje, że stosunek między lekarzem a pacjentem jest rozumiany jako zwyczajny „kontrakt”, w którym oboje winni przestrzegać wszystkich punktów. Jest oczywiste, że przezwyciężenie takiego nastawienia winno prowadzić do autentycznego przymierza terapeutycznego, w którym lekarz współpracuje z pacjentem, ażeby osiągnąć jego większe dobro, szanując wybory każdego. Ażeby to można było skutecznie w możliwie jak najlepszej formie, jest rzeczą podstawową zrozumienie, czym jest autonomia pacjenta.

W klasycznej interpretacji jakiś wybór można uważać za autonomiczny, jeżeli przestrzega się trzech warunków. Pierwszym jest *intencjonalność*. Chodzi o wybór całkowicie „dobrowolny”, a nie tylko niewyraźnie pożądaný. Po drugie, winna występować *świadomość* tego, na co się decyduje. I wreszcie wybór winien być wyrażony *bez zewnętrznej kontroli*. To oznacza, że nie może być żadnej formy przymusu (nawet takiego, który może wynikać z wpływu, jaki lekarz wywiera na pacjenta albo ze strachu co do możliwego przerwania leczenia z jego strony) a tym bardziej manipulacji (jak na przykład fakt zniekształcenia prawdy, chociażby się to czyniło dla domniemanego dobra pacjenta). Często do tych kryteriów dodaje się unikanie „perswazji”, jakkolwiek roztropniej jest sądzić, że zamiar wyważonej i pełnej szacunku perswazji trzeba by traktować jako coś należącego, jeśli to się czyni dla dobra pacjenta.

Jest oczywiste, że te kryteria, które dotyczą autonomii pacjenta realizują się w akcie lekarskim, zarówno diagnostycznym jak i terapeutycznym, o czym będzie mowa dalej.

5.1.2.4. Wolność sumienia. Prawo do wolności sumienia zawarte w 18 artykule *Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka* wchodzi w skład większości konstytucji współczesnych państw i jest on wymagany jako dar i jako projekt, do realizacji. Z tej sfery nie wyklucza się religijnego wymiaru egzystencji. W tym przypadku należy przypomnieć, że Deklaracja *Dignitatis humanae* Soboru Watykańskiego II stwierdza właśnie, że „osoba ludzka ma prawo do wolności religijnej”.

Realizacja tej wolności jest, oczywiście, uwarunkowana ogólną zasadą odpowiedzialności osobistej i społecznej, czyli tym, że każdy człowiek lub grupa społeczna ma obowiązek liczenia się z prawami i obowiązkami innych i to wszystko dla dobra wspólnego. Te uwarunkowania konkretyzują się w potrzebie reglamentacji prawnej, która by zapewniała konkretnie tę wolność religijną i broniła jej przed niewłaściwym prozelityzmem.

Każdy człowiek i wszystkie Kościoły mają prawo do wyrażania swojej wiary. Prawo do wolności religijnej obejmuje prawo dawania tego świadectwa, zawsze w poszanowaniu sprawiedliwości i godności sumienia innych ludzi. „Prozelityzm” jednakże jest korupcją tego świadectwa, zważywszy, że jest nadużyciem i postępowaniem impertynenckim, stanowiącym zamach na wolność religijną bliźniego. Według Światowej Rady Kościołów i Sekretariatu do Spraw Jedności Chrześcijań do głównych nagannych postaw należą:

- wszelkiego rodzaju nacisk fizyczny, moralny lub społeczny, który prowadzi do wyobcowania lub pozbawienia rozumowania osobistego, wolnej woli i całkowitej autonomii oraz odpowiedzialności jednostki;
- wszelka korzyść materialna lub doczesna, oferowana otwarcie lub w formie pośredniej w zamian za przyjęcie wiary od jej świadka;

- wszelka korzyść, wypływająca z przyjęcia czyjegoś credo w stanie ubóstwa, w jakim może się znaleźć człowiek otrzymujący to świadectwo albo w jego słabej pozycji społecznej lub przy braku wykształcenia;
- wszystko, co może budzić podejrzenie co do dobrej wiary człowieka;
- wszelka aluzja, która wyraża brak sprawiedliwości lub miłości wobec wierzących z innych wspólnot chrześcijańskich czy innych religii niechrześcijańskich celem pozyskania zwolenników; obraźliwe ataki, które ranią uczucia innych chrześcijan czy członków innych religii.

5.1.3. Programy humanizacji i duszpasterstwa

5.1.3.1. Programy humanizacji. O ile jest pewne, że jeśli szpital nie potrafi rozwijać się wraz z postępem nauki i techniki, to może pozostać na jego uboczu i tym bez możliwości niesienia pomocy, tak samo jest pewne, że nauka i technika niosą z sobą swoje niebezpieczeństwa.

Stały rozwój, ciągle pojawianie się nowych ekip i technik pracy pociągają za sobą niebezpieczeństwo pozostawienia na uboczu osoby ludzkiej, zarówno profesjonalisty jak i pacjenta; gdyż w wielu procesach pracy przestają oni odgrywać ważną rolę i przechodzą do roli drugorzędnych, pozostając przy przestarzałych technikach. Pomyślmy na przykład o wszystkich służbach diagnostyki, o przetwarzaniu informacji, itd., gdzie dawniej specjalista był niezbędny, a obecnie pojawiły się takie ośrodki, gdzie jego rola jest drugorzędna lub zbyteczna.

Cały ten rozwój nie jest neutralny; nie pozostaje na marginesie wrażliwości człowieka, lecz zawiera niebezpieczeństwo pozostawienia samego człowieka na marginesie. Gdy chodzi o chorego, bierny podmiot całego tego profesjonalnego działania, może wyraźniej zdać sobie sprawę z pogłębienia się tej izolacji, segregacji, despotyzmu technologicznego, który głosi: wszystko ze względu na chorego, wszystko dla chorego, ale bez chorego.

Dlatego jest rzeczą nieuchronną wprowadzenie do tych ośrodków i dzieł programów humanizacji. Mamy na myśli włączenie programów, a nie usług humanizacji.

Należy się postarać, ażeby wszyscy profesjonaliści, którzy zapewniają służbę opiekuńczą, czuli się powołani do czuwania nad chorym i jego rodziną. Na tym ma polegać humanizacja w dziełach św. Jana Bożego: postarać się, ażeby wszyscy profesjonaliści pracowali z uwagi na chorego, dla chorego i wraz z chorym, stosując jak najlepsze środki techniczne w służbie osoby pielęgowanej.

5.1.3.2. Duszpasterstwo zdrowia i opieki społecznej. Chory lub potrzebujący ma zniszczone zdrowie, co prowadzi do kryzysu całej osoby.

Jesteśmy przekonani, że wiara w Jezusa Chrystusa jest źródłem zdrowia i życia. Chodzi o to, ażeby człowiek przeżywający kryzys mógł związać się z wymiarem wiary, jeżeli ją posiada, ażeby z tego spotkania z wiarą wytrysnęło źródło zdrowia integralnego.

Jedną z wielkich wartości naszego społeczeństwa jest wymiar pluralistyczny. Minęły czasy, kiedy narzucały się reżimy polityczne, władze, a również wiary i religie. Dzisiaj uznajemy, że

wiara jest darem i jako taki można ją przyjąć lub odrzucić; można ją pozostawić na uboczu, lub można ją pielęgnować, ażeby wzrastała i dojrzewała.

W naszych dziełach postawiliśmy na pluralizm profesjonalistów; wobec tego są tacy ludzie, którzy ten dar wiary otrzymali i pielęgowali go, i tacy, którzy tego nie uczynili. Podobnie w naszych ośrodkach są tacy, którzy otrzymali dar wiary i pomagali mu wzrastać, i tacy, którzy jej nie otrzymali. Wszystkim pragniemy służyć i wszystkim chcemy pomagać; z wszystkimi możemy przejść drogę, która im pozwoli zastanowić się nad historią swojego życia, korzystając z tej chwili kryzysu, którą oznacza utrata zdrowia.

Gdy pogodzą się z ograniczeniami i zależnością, które zakłada choroba lub nędza, winniśmy im pomóc w zrozumieniu swojej przeszłości, swej egzystencji i sensu swego życia. Należy to czynić ze szczególną wrażliwością i szacunkiem, w takim rytmie, który może znieść chory lub potrzebujący; inaczej mówiąc, w rytmie, który on dopuści. W przypadku ludzi, którzy posiadają dar wiary, ten proces refleksji możemy przeprowadzić w sposób otwarty i jasny; zawsze w zależności od stopnia osiągniętego przez nich wzrostu i dojrzałości.

Nasze ośrodki zdrowotne i socjalne są dziełami Kościoła i dlatego ich posłannictwem jest ewangelizacja poprzez pielęgnację i integralną opiekę nad chorymi i potrzebującymi, za przykładem św. Jana Bożego. Integralna opieka oznacza troskę o duchowy wymiar osoby ludzkiej jako istoty organicznie związanej z innymi wymiarami istoty ludzkiej: z biologicznym, psychicznym i socjalnym.

Wymiar duchowy jest szerszy od wymiaru ściśle religijnego, jakkolwiek go obejmuje. Wielu ludzi spotyka Boga w odpowiedziach na wielkie pytania życia, inni natomiast nie, ponieważ wiara w ich życiu nie ma wielkiego znaczenia i dlatego tych odpowiedzi szukają w innych sferach. Bóg nie ma dla wszystkich osób jednakowego znaczenia, inaczej Go rozumieją i inaczej przeżywają.

Winniśmy podchodzić do wszystkich chorych i potrzebujących z poszanowaniem dla ich godności i wolności i zaspokajając ich potrzeby duchowe, pozostawiając im swobodę działania, zapewniając im w miarę możliwości to, czego potrzebują.

Wiadomo, że choroba, wykluczenie i ubóstwo stanowią okazję do stawiania sobie wielu pytań na temat sensu życia i zbawczej obecności Boga. Dlatego na różne sposoby winniśmy pomagać chorym, kiedy potrzeba, w znalezieniu odpowiedzi na wszystkie te sytuacje. Taki jest sens naszej troski o duszpasterstwo zdrowia i ludzi opuszczonych.

Duszpasterstwo jest działaniem ewangelizacyjnym polegającym na towarzyszeniu ludziom, którzy cierpią, niesieniu im słowem i świadectwem Dobrej Nowiny o zbawieniu, jak czynił to Jezus Chrystus, zawsze z poszanowaniem przekonań i wartości danych osób.

Pierwszorzędną rolę *Śłużby Duszpasterskiej* jest zaspokajanie duchowych potrzeb ludzi chorych i potrzebujących, ich rodzin oraz własnych specjalistów z Ośrodków. To wymaga odpowiedniej struktury, środków i programu gwarantującego realizację tego posłannictwa. ***Ekipa Duszpasterska składa się z przygotowanych i całkowicie oddanych pracy w Ośrodku osób, którym pomagają inne osoby zaangażowane w projekt, chociaż poświęcające część swego czasu, w formie wolontariatu. Winna ona mieć plan duszpasterski oraz konkretny***

program związany z potrzebami Ośrodka i osób pod jego opieką. Winien mieć wytyczne dla swojej działalności duszpasterskiej, zarówno pod względem filozoficznym jak i teologicznym i pastoralnym. Na gruncie tych wytycznych należy opracować program duszpasterski, starając się odpowiedzieć na prawdziwe potrzeby duchowe chorych i ich rodzin oraz własnych profesjonalistów. Należy wyznaczyć ich cele, ich działania i kryteria oceny, rozróżniając różne dziedziny i typy osób korzystających z Ośrodka, programując dla każdej dziedziny konkretne i należne duszpasterstwo.

Ekipa Duszpasterska winna właściwie troszczyć się o swoją formację, ażeby dorównywać postępowi, umacniać się pod względem profesjonalnym i duchowym i móc lepiej służyć ludziom. Dobrą pomocą dla Ekipy Duszpasterskiej może służyć *Rada Duszpasterska*, złożona z grupy profesjonalistów Ośrodka, jakkolwiek nie wyłącznie, wrażliwych na sprawy duszpasterskie, której zasadniczą funkcją jest refleksja i ukierunkowywanie pracy ekipy.

5.2. Szczególne problemy naszej działalności duszpasterskiej

5.2.1. Płciowość i prokreacja

5.2.1.1. Prokreacja odpowiedzialna. Prokreacja jest drogą współdziałania Boga z człowiekiem, który w sposób wolny staje się narzędziem aktu stwórczego przez rodzenie, z czego wynika wielka wartość ludzkiej płodności, która z tego względu jest powierzona odpowiedzialnej prokreacji ludzkiej parzy^{lxv}. Ta odpowiedzialna prokreacja każe, ażeby para była wrażliwa na podwójne, jednoczące i prokreacyjne znaczenie małżeńskiej płciowości. W pełnieniu tego tak ważnego zadania para małżeńska winna się kierować światłem słowa Bożego i nauczaniem Kościoła, poznanym w sposób odpowiedzialny, oraz własnym osobistym sumieniem.

W Ośrodkach Zakonu należy rozwijać wszelkie tego rodzaju struktury, które zgodnie ze swymi formami i metodami, odpowiednimi dla danych sytuacji zdrowotnych i kulturowych różnych krajów, mogą rozbudzać odpowiedzialność prokreacyjną, łącznie z odpowiednim *counseling* (poradnictwem).

Tymi kryteriami winny się również kierować służby profesjonalne pracowników służby zdrowia zarówno w ambulatoriach jak i w ramach hospitalizacji.

5.2.1.2. Przerywanie ciąży. Życie ludzkie jest powszechnie uznaną wartością, jakkolwiek bywa traktowane z różną wrażliwością historyczną i kulturową. Poszanowanie i ochrona życia ludzkiego jest podstawą wszystkich profesji i organizacji służby zdrowia.

Ochronę życia należy zapewnić od samego początku aż do naturalnego wygaśnięcia niezależnie od sposobu i okoliczności zapłodnienia, stanu zdrowia przed i po narodzeniu, od jego powiązań i akceptacji społecznej. Co więcej, każdy przypadek niedomagania egzystencjalnego, za przykładem św. Jana Bożego, stanowi powód do indywidualnego i wspólnotowego zaangażowania w obronę daru, który Bóg powierzył trosce człowieka.

Z traktowania życia ludzkiego jako nienaruszalnego wynika zasada etyczna, którą należy szanować niezależnie od złożonych kwestii teologicznych co do momentu „animacji” (zarówno czy następuje w momencie poczęcia czy też w następnej fazie). Według wyważonego i mądrego stanowiska *Donum vitae* i *Evangelium vitae*, istota ludzka winna być szanowana „jako osoba” od samego momentu poczęcia^{lxvi}.

Nienaruszalność życia ludzkiego wyklucza zatem fakt, ażeby w dziełach Zakonu Szpitalnego można było praktykować dobrowolną aborcję i jakąkolwiek inną interwencję, która faktycznie niszczy życie w jego pierwszych fazach albo uniemożliwia jego naturalny rozwój.

Tak samo należy czynić wszystko, co jest możliwe, ażeby procedury diagnostyki prenatalnej nie miały jako jedyne celu przerwania ciąży w przypadku ujawnienia deformacji płodu. Przeciwnie, zaangażowanie się na rzecz życia i przyjęcie najsłabszego i potrzebującego, jak to jest w przypadku płodu zdeformowanego, w wierności wobec charyzmatu św. Jana Bożego wymaga konkretnego i rzeczywistego przyjęcia. Jest to tym bardziej konieczne w sytuacji, kiedy dominująca kultura i polityka wielu państw dążą do zanegowania życia płodu, który w jakiś sposób jest „niedoskonały”. Przeprowadzanie w dziełach Zakonu takiej diagnostyki wymaga, ażeby same dzieła ustanowiły wykwalifikowane ośrodki poradnictwa dla par i rodzin z problemami spowodowanymi przez narodzenie się dziecka zdeformowanego.

Zgodnie z tymże kryterium jest rzeczą niezbędną, ażeby potępienie dobrowolnej aborcji nie pociągało za sobą pogardy wobec tych, którzy ją przeprowadzają. Przeciwnie, nasze dzieła winny z miłością przemienić się w Ośrodki przyjmowania życia i „przywracania” do życia osób, które często bywają głęboko wstrząśnięte przez fakt przeprowadzenia przerwania ciąży. Potępienie błędu nie może się przekształcić w potępienie osoby, która popełnia błąd, lecz winno dzięki miłości prowadzić do przemiany osoby popełniającej błąd w człowieka świadomego swego błędu, ufne go jednak w Boże przebaczenie.

Zakaz przeprowadzania dobrowolnego przerywania ciąży nie wyklucza możliwości dokonywania zabiegów przy użyciu lekarstw lub operacji chirurgicznych celem ratowania zdrowia matki, które mogą pociągać za sobą nawet śmierć płodu, pod warunkiem, że nie chce się bezpośredniego tej śmierci, nie doprowadza się do niej przez sam zabieg a sam ten zabieg jest niezastąpiony^{lxvii}.

5.2.1.3. Reprodukacja wspomagana. Wiele bezpłodnych par ucieka się do technik reprodukcji wspomaganej jako skutecznej drogi przezwyciężenia problemu, który nie zależy od ich woli.

Ośrodek Zakonu w żadnej mierze nie może oferować tej usługi, jeżeli nie jest ona wysoko wykwalifikowanej jakości i nie cieszy się uznaniem. W takim przypadku uważamy za etycznie do przyjęcia pomoc dla par przy użyciu technik reprodukcji wspomaganej, które pozwolą na sukces prokreacyjny wewnętrznego zjednoczenia miłosnego małżonków^{lxviii}, z wykorzystaniem gamet pary w poszanowaniu dla życia embrionu.

Jeżeli okoliczności polityki zdrowotnej wymagają innych zabiegów, należy rozstrzygać na rzecz rozwiązań dopuszczalnych albo szukać alternatyw. Wspaniałą pomoc mogą świadczyć w tej dziedzinie Komitety Etyki i Bioetyki.

5.2.2. Darowanie organów i przeszczepów

5.2.2.1. Rodzaje przeszczepów. Nowoczesne możliwości zapewniane dzięki przeszczepom stanowią jedno z największych wyzwań etycznych naszych czasów, zważywszy, że wymagają od nas osiągnięcia nowej wizji solidarności międzypersonalnej. W tym duchu Zakon Szpitalny przyłącza się do wysiłków całej zbiorowości w celu urzeczywistnienia i szerzenia „kultury darowania”. Wagi darowania nigdy nie można stracić sprzed oczu, niezależnie od aspektów

biologicznych, które mogą sprawiać, że zgoda na przeszczep po śmierci jest bardziej lub mniej wyraźna.

Jest oczywiste, że należy prowadzić prace typu kulturalnego, ażeby przezwyciężyć pewne opory, które jeszcze występują w odniesieniu do przeszczepów organów zmarłego, z powodu błędnej koncepcji świętego charakteru ludzkiego ciała^{lxix}. W tym duchu podwójna rola Zakonu jako organizmu o charakterze kościelnym z jednej strony i jako struktura służby zdrowia z drugiej strony, może przyczynić się do przezwyciężenia tych oporów. Nie możemy bowiem przemieniać w słusznego kultu zmarłych, który w pobożności chrześcijańskiej jest bardzo bogaty, w kult trupów.

Innym problemem są przeszczepy między istotami żyjącymi. Jako gest bardzo wielkiej a czasami heroicznej ofiary i ze względu na swoje nadzwyczajne cechy nie można takiego przeszczepu traktować jako obowiązek etyczny podobny do darowania *post mortem* (po śmierci). Należy on do tych nadzwyczajnych aktów, które nie są wymagane, ale które odznaczają się wielką i godną podziwu wielkodusznością.

5.2.2.2. Śmierć mózgu. Ażeby było można wyjąć organy trupa, powstaje delikatny problem stwierdzenia śmierci mózgu. Jest oczywiste, że można wyjąć organ człowiekowi rzeczywiście zmarłemu. Aktualnie istnieją rygorystyczne kryteria do stwierdzenia jego śmierci. Jednostka jest umarła, kiedy na podstawie pewnych parametrów klinicznych i/lub pomiarowych nie występuje żadna czynność, w sposób nieodwracalny, zarówno kory mózgowej jak i rdzenia mózgowego^{lxx}. Kryteria te są wystarczające, są uznane przez międzynarodową wspólnotę naukową i nie można ich podważać na podstawie bardziej lub mniej sensacyjnych wiadomości upowszechnianych przez środki przekazu. Śmierć bowiem jest procesem a nie jednym wydarzeniem; dlatego końcem ziemskiego życia nie jest śmierć całości organizmu (który w niektórych częściach pozostaje żywy nawet po zaprzestaniu działania mózgu) ale śmierć organizmu jako całości.

5.2.2.3. Wykorzystanie tkanek embrionalno-płodowych. W niektórych przypadkach, zwłaszcza w przypadkach chorób hematologicznych lub neurologicznych, już od pewnego czasu wykorzystuje się przeszczep tkanek płodowych (tkanki wątrobowe, mózgowe, itd.). Gdy zważymy, że na ogół istoty, od których pobiera się tkanki są płodami po dobrowolnej aborcji, pojawia się delikatny problem „wykorzystania” tych istot, możliwej „instrumentalizacji” aborcji i ważności zgody podpisanej przez matkę. Wykorzystanie tkanek embrionalno-płodowych, po ocenie ryzyka i korzyści, nie powinno samo w sobie stanowić problemu etycznego. Należy jednak unikać jakiegokolwiek cichego nakłaniania do aborcji lub do uznawania tych płodów za „odrzuty życia”, z którymi można cokolwiek czynić. Zawsze należy szanować ich godność jako istot ludzkich, i w ten sam sposób ich wykorzystanie, jakkolwiek może uratować życie ludzi, nie może służyć jako uzasadnienie aborcji^{lxxi}

5.2.3. Chorzy chroniczni i terminalni

5.2.3.1. Eutanazja. Poszanowanie życia od samego jego początku obejmuje całą egzystencję człowieka aż do jej naturalnego końca^{lxxii}. Przez słowo eutanazja rozumiemy zarówno śmierć wywołaną czy pożądaną przy pomocy procedur, które świadomie i dobrowolnie mogą ją spowodować – eutanazja aktywna - jak i przez pominięcie lub powstrzymanie się od procedur,

dzięki którym można ich uniknąć. Tą ostatnią określa się niewłaściwie bierną, co jest słowem dwuznacznym i niewłaściwym: albo chodzi o dobrowolne zakończenie życia – dokonane tak przy pomocy procedur jak i z ich pominięciem – albo chodzi jedynie o uniknięcie niepotrzebnej męki powodowanej przez bezużyteczną terapię – a w tym przypadku nie ma eutanazji.

Gdy zastosujemy zasadę podwójnego skutku, stosowaną już w odniesieniu do dobrowolnej aborcji, nie stanowi aktu eutanazji zabieg, który ma na celu poprawę stanu patologicznego jednostki (jak na przykład eliminację bólu), ale który może również prowadzić w sposób nieuchronny i niepożądany do możliwego przyspieszenia śmierci.

Obowiązek zapewnienia wszystkim godnej śmierci obejmuje w każdym bądź razie opiekę aż do ostatniej chwili życia. Wielka różnica, która istnieje między leczeniem (ang. *cure*) a opieką (*care*) powoduje, że nie powinno być chorych bez opieki, jakkolwiek niektórzy są nieuleczalni. Właściwe karmienie pozajelitowe, czystość ran, higiena ciała, właściwe warunki środowiskowe należą do koniecznych praw, których nie można pozbawiać żadnego chorego do ostatniej chwili jego życia.

5.2.3.2. Testament życia. „Testament życia” (*living will*) stanowi dokument wyrażający wolę osoby, ażeby poszanowano jej wartości i jej przekonania w przypadku, gdy pewnego dnia z powodu zranienia lub choroby nie będzie mogła jej wyrazić. Konkretnie, wymaga się poszanowania prawa, ażeby w tych okolicznościach nie być poddanym nieproporcjonalnym lub zbędnym terapiom; ażeby nie przedłużano w sposób niedorzeczny procesu umierania i ażeby przynoszono ulgę cierpieniom przy pomocy odpowiednich leków, chociaż to pociąga za sobą krótsze życie.

Nie ulega wątpliwości, że ujęty w ten sposób i jako deklaracja postanowień testament życia jest rzeczą dobrą i wskazaną. Wyraża on bowiem wolę pacjenta co do formy, jak chce być traktowany przez lekarzy przy końcu swego życia. Obecnie testament życia nie ma żadnego znaczenia prawnego. Z tego powodu szeroka warstwa społeczeństwa usilnie i słusznie domaga się jego ochrony prawnej tak, iż w razie kontrowersji można by uciec się do sądu i rozstrzygnąć spór na podstawie konkretnego ustawodawstwa.

Kościół w żaden sposób nie może akceptować czynnego spowodowania śmierci, chociażby taka była wola chorego wyrażona w sposób wolny. Różnica między testamentem życia możliwym do przyjęcia przez katolików a innymi rodzajami dokumentów polega na ograniczeniu możliwości dysponowania własnym życiem przy pomocy interwencji osób trzecich, aż do bezpośredniego spowodowania śmierci, w przypadku choroby lub nieuleczalnego i trwałego kalectwa.

Prócz testamentu życia należy wziąć pod uwagę inne formy ochrony praw chorego, kiedy z powodu niemocy pacjenta muszą interweniować osoby trzecie. Prowadzi to do prawnego uznania osoby prawnej opiekuna uprawnionego do podjęcia decyzji medycznych. Osoba ta, wybrana przez pacjenta winna mieć prawo do decydowania, jak gdyby była samym pacjentem, o działaniach, które najlepiej mogą zapewnić jej dobro rozpatrywane w formie całościowej.

5.2.3.3. Proporcjonalność zabiegów i nadmiar terapii. Nasze szpitale chociaż są zwrócone ku popieraniu zdrowia, nie mogą traktować śmierci jako zjawiska obcego, które należy odsunąć

na margines, ale jako składową część życia, podstawową dla pełnego i transcendentnego zrealizowania się chorego. Zatem każdy chory winien mieć zapewnione prawo, aby mu nie utrudniano, co więcej, winien otrzymać pomoc, ażeby w sposób odpowiedzialny, zgodnie ze swoją religią i sensem życia przyjął wydarzenie własnej śmierci^{lxxiii}. Temu sprzeciwiałby się fakt ukrywania przed nim prawdy albo pozbawiania go bez ważnej i rzeczywistej potrzeby jego zwyczajnych stosunków z rodziną, przyjaciółmi, wspólnotą religijną lub ideową. Jedynie w ten sposób można przeprowadzać, także w ostatecznych chwilach życia, humanizację medycyny.

Jest oczywiste, że to pociąga za sobą fakt w pełni odpowiedzialnego i godnego przeżywania chwili własnej śmierci. Skoro z jednej strony nie można jej bezpośrednio spowodować, z drugiej strony nie należy przesadzać z zabiegami, które nie wpływają skutecznie na trwanie życia lub jego jakość, przedłużając jedynie konanie przy niepotrzebnym nadmiarze terapii. Wszyscy mają prawo do śmierci z godnością i pogodą ducha bez niepotrzebnych udręk, po zastosowaniu tych wszystkich terapii, które wydają się być rzeczywiście proporcjonalne^{lxxiv}.

5.2.3.4. Terapie paliatywne. Możemy powiedzieć, że człowiek od samego początku stosował zabiegi uśmierzające, uczestnicząc w „terminalnej” (końcowej) fazie chorego, pomagając mu wszelkimi dostępnymi środkami a także wspierając go, pocieszając, towarzysząc mu aż do śmierci. Dziś mamy znakomicie opracowaną koncepcję tych zabiegów, które na poziomie operacyjnym odbywają się w odpowiednich strukturach (w hospicjach, w jednostkach zabiegów paliatywnych, itd.), co pomaga nam nie pozostawiać samemu sobie pacjenta, który cierpi na nieuleczalną chorobę. Zabiegi uśmierzające jawią się więc jako „zabiegi całościowe”, stosowane wobec człowieka w ramach ogólnie rozumianej pomocy, przy zaspokojeniu wszystkich potrzeb pielęgnacyjnych^{lxxv}.

W rzeczywistości terapia paliatywna jest dokładnie tym, co należy uczynić dla chorego terminalnego. Nie wymaga ona leczenia, gdyż to jest niemożliwe, lecz chodzi o przeprowadzenie szeregu zabiegów (często nawet technicznie skomplikowanych), aby zapewnić choremu dobrą jakość życia przez czas, jaki jeszcze mu pozostaje.

W świetle tych zasad instytucje Zakonu Szpitalnego, które opiekują się pacjentami w terminalnej fazie ich choroby, winny przystosować, w miarę możliwości, jednostki terapii paliatywnej mające sprawić, ażeby ulżyć pacjentowi w tej fazie końcowej, i równocześnie winny zagwarantować należne ludzkie towarzyszenie mu.

5.2.4. Problemy związane z eksperymentami na istotach ludzkich

5.2.4.1. Eksperymentowanie kliniczne. Badania zawsze stanowiły jeden z głównych „motorów” postępu medycyny. Im to, obok niektórych szczęśliwych odkryć, jak antybiotyki lub promieniowanie X, zawdzięczamy aktualne osiągnięcia nauki. Obecnie badań nie przeprowadza się już w zamkniętym laboratorium czy tylko na zwierzętach, ale także bezpośrednio na człowieku. Ta eksperymentalna metoda nie jest już sprawą wyboru niektórych badaczy, lecz zamieniła się w nieuniknioną konieczność, przede wszystkim gdy chodzi o nowe lekarstwa. Po zbadaniu w laboratorium a następnie na zwierzętach każde lekarstwo winno być po raz pierwszy wypróbowane na człowieku. Nie chodzi, oczywiście, o traktowanie człowieka jako królika doświadczalnego, lecz o postawienie terapii na poziom, z którego mogliby skorzystać sama jednostka, na której przeprowadza się doświadczenia, i/lub inni. To może nastąpić jedynie pod pewnymi ścisłymi warunkami, które już zostały ustalone w różnych

Kartach i deklaracjach intencji^{lxxvi}. A zważywszy, że tego typu badania są przeprowadzane przede wszystkim w strukturach szpitalnych, jest rzeczą ważną, ażeby nasze Ośrodki były poinformowane i troszczyły się o te warunki.

Pierwszym warunkiem jest to, ażeby wszelki eksperyment wpływał z *domniemania pożytku*. Na przykład, wprowadzenie na rynek nieistniejącego przedtem lekarstwa albo lepszego od innych z różnych powodów: większej skuteczności, mniejszego ryzyka, niższych kosztów, większej łatwości stosowania, itd.

Jakikolwiek eksperyment winien być przeprowadzany *za zgodą zainteresowanego*. Ażeby zgoda była ważna, winna być wyrażona w sposób wolny. Oznacza to, iż nie można wywierać żadnego nacisku, ani bezpośredniego, ani typu „moralnego”, jak na przykład wpływ autorytetu lekarskiego albo lęk przed tym, że nie będzie się leczonym w odpowiedni sposób.

Ponadto człowiek, który się zgadza, winien być „poinformowany”, że uczestniczy w eksperymencie klinicznym, jakie jest ryzyko i jakie korzyści, alternatywy, gwarancje pewności, itd. Wstępnym warunkiem rzeczywiście świadomej zgody jest to, ażeby pacjent znał prawdę o stanie swojej choroby. To nie oznacza, że takiego uświadamiania prawdy nie można czynić stopniowo, rozkładając je w czasie i przy udziale krewnych. Ale też nie należy uparcie gwałcić sumienia chorego, który wyraził życzenie, iż nie chce znać prawdy. Podobnie prawda ta nie musi być detaliczna i obejmować wszystkie szczegóły wszelkich możliwych skutków ubocznych: wystarczy, aby była adekwatna.

Celem zapewnienia jednolitej formy wyrażenia zgody byłoby wskazane, ażeby Domy lub Prowincje wypracowały właściwy protokół do stosowania w klinicznych przypadkach różnych Ośrodków. Jest rzeczą podstawową, ażeby wszyscy pracownicy służby zdrowia wiedzieli, że pytanie o zgodę nie jest procedurą prawną zabezpieczającą lekarza, lecz należy do prawa pacjenta, i jako takie zakłada szczególny obowiązek etyczny w wypadku samych pracowników.

5.2.4.2. Badania na osobach upośledzonych lub grupach bezbronnych. Powyższe odnosi się oczywiście do eksperymentów klinicznych na osobach prawnie i etycznie kompetentnych, czyli będących w stanie doskonale zrozumieć to, co się im mówi i czyni, i dołnych wyrazić w pełni świadomą zgodę. Lecz eksperymenty nie dotyczą jedynie tych osób ani nie mogą się do nich ograniczać. Wykluczałoby się w ten sposób takich pacjentów jak dzieci, chorzy umysłowo lub znajdujący się w śpiączce, którzy również potrzebują nowych odkryć terapeutycznych. Właśnie z tego powodu należy myśleć o odpowiednich formach „ochrony” powierzonych osobom, które z racji swoich uczuciowych więzów z pacjentem lub z racji swojej funkcji instytucjonalnej, jak się zakłada, mieliby się zawsze troszczyć o dobro danego pacjenta. Pod tymi warunkami i po ocenie ryzyka, na jakie jest narażony pacjent, porównując je z potencjalnymi korzyściami, można prowadzić eksperyment w sposób dozwolony.

Ponadto w możliwych eksperymentach przeprowadzanych na osobach zdrowych wyłania się szczególnie problem. Ktoś może nie być gotów do poddania się tego rodzaju eksperymentom bez uzyskania czegoś w zamian. W większości przypadków bowiem ludzie ci są więźniami, którym obiecuje się zmniejszenie kary. Czasami tę formę uzasadnia się, przedstawiając ją jako rodzaj „świadczenia”, które w ten sposób więźniowie płacą społeczeństwu. Innym razem takimi jednostkami są studenci, którzy w jakiś sposób bywają wynagradzani za wyświadczoną przysługę, a w wielu innych przypadkach chodzi o prawdziwych „królików doświadczalnych”

z ludzi, werbowanych w krajach Trzeciego Świata w zamian za nędzną opłatę. W tych przypadkach brak jest podstawowego wymogu wolności w momencie zgody na eksperyment, a nadto tego rodzaju postępowanie narusza godność ludzka. Dlatego w naszych Ośrodkach należy zawsze czuwać, ażeby możliwe eksperymenty na ludziach zdrowych były przeprowadzane po uzyskaniu absolutnie wolnej zgody z odpowiednim zapewnieniem o braku znaczącego ryzyka.

5.2.4.3. Płody i embriony. Gdy chodzi o eksperymenty prenatalne, mogą występować dwa zasadnicze przypadki. Pierwszym jest eksperymentowanie na embrionach będących rezultatem metod zapłodnienia *in vitro*. Czyni się tak często, posługując się argumentami typu pseudohumanitarnego, twierdząc, że lepiej jest „wykorzystać” embrion w ten sposób aniżeli go zniszczyć lub zamrozić. Drugi przypadek dotyczy eksperymentu przeprowadzanego na kobietach ciężarnych, które zabiegały o przerwanie ciąży. Również w tym przypadku można by więc „wykorzystać” płód, który w jakiś sposób skazany jest na śmierć. W rzeczywistości te względy, chociażby jak pożyteczne było takie badania dla innych istot ludzkich, sprawiają, że, chociaż w dobrej sprawie, traktuje się osobę ludzką jako narzędzie, kiedy człowiek nie jest już *celem*, lecz po prostu *środkiem*^{lxviii}.

Innym natomiast przypadkiem jest terapia eksperymentalna, jakkolwiek z całym ryzykiem, jakie pociąga za sobą, którą stosuje się celem możliwej korzyści płodu, na którym prowadzi się eksperyment. Jest oczywiste, że ta korzyść winna być potencjonalnie większa aniżeli wtedy, gdyby się nie przeprowadziło tego eksperymentu albo zastosowało inną terapię.

5.2.4.4. Komitety Badań Klinicznych i Komitety Etyki. Celem popierania badań szpitale organizują Komitety Badań Klinicznych jako które rozwijają różne dziedziny badań klinicznych i farmakologicznych. Komitety te są również instancjami formacyjnymi, które inspirują i sprzyjają momentom refleksji, informacji, innowacji i uwrażliwiania w dziedzinie opiekuńczej, naukowej, dydaktycznej i administracyjnej.

Z drugiej strony Komitety Etyki, które właściwą rzeczą jest powołać we wszystkich Prowincjach naszego Zakonu, jawią się dzisiaj jako organy dla obrony autonomii pacjenta i poszanowania jego praw. W strukturze takich komitetów winna istnieć odpowiednia reprezentacja a nade wszystko winny być osoby kompetentne w płaszczyźnie etyki.

Nie wszystkie kraje mają prawodawstwo w tej dziedzinie i często oblicze tych Komitetów jest różne. W niektórych krajach istnieją Komitety „narodowe”, a w innych są jedynie szpitalnicze; niektóre zajmują się jedynie badaniami, a inne tylko problemami klinicznymi; jedne są całkowicie niezależne, inne zaś związane z jakąś instytucją, itd.

W każdym bądź razie można powiedzieć, że na ogół Komitety Etyki spełniają trzy funkcje:

Pierwszą jest *zatwierdzanie*. Do tych Komitetów należy badanie prób eksperymentalnych, zarówno o charakterze lekarskim jak i chirurgicznym. W tej dziedzinie Komitety winny wypowiadać wyważone zdanie, biorące pod uwagę wszystkie warunki godziwości, które pozwalają na sam eksperyment (powód badania, proporcja ryzyka i korzyści, ochrona pacjenta, świadoma zgoda, itd.).

Na drugim miejscu Komitety te mają funkcję *doradczą* w przypadku, kiedy są wyraźnie pytane o zdanie przez osoby trzecie (personel sanitarny, pacjenci, instytucje zewnętrzne) na temat problemów o wielkiej wadze etycznej czy proszone o rozwiązanie sytuacji konfliktów sumienia pracowników służby zdrowia.

Wreszcie, Komitety posiadają funkcję *kulturalną*, zważywszy, że mogą tworzyć wytyczne w sprawie postępowania etycznego lub popierać poprzez różne inicjatywy (zjazdy, publikacje, itd.) poszerzanie kompetencji etycznej personelu i instytucji służby zdrowia.

Ponadto Komitety mogą być uważane za prawdziwe narzędzia formacji celem etycznego uwarunkowania zakonników i współpracowników.

5.2.5. Problemy etyczne związane z medycyną prognostyczną

5.2.5.1. Komunikowanie diagnozy. Współczesne możliwości zapewniane przez medycynę prognostyczną prowadzoną w naszych Ośrodkach stawiają problemy etyczne, które dotychczas nie istniały. Pierwszym z nich jest problem komunikowania diagnozy. Komu powinno się ją przekazywać? Czy osobie zainteresowanej? Jego rodzinie? Oby? Ogólne kryterium etyczne jeśli chodzi o fakt komunikowania prawdy pacjentowi mówi nam, że pierwszorzędnym właścicielem tego prawa jest sam chory, niezależnie od powagi choroby. Właśnie w bardzo ciężkich przypadkach prognostyki problem ten jawi się jako najpilniejszy.

Od tej zasady nie powinna odbiegać sprawa chorób genetycznych. Jednak wyżej wymienione pytania stawia przed nami osobliwość wielu z tych chorób, których występowanie kliniczne mogłoby rzutować na członków rodziny. W tym dokumencie jest rzeczą niemożliwą pogłębienie tego tematu, możemy jedynie doradzać po prostu wnikliwe badanie różnych sytuacji, aby mieć na uwadze „prawa” wszystkich zainteresowanych, dając absolutne pierwszeństwo choremu (który nie powinien być ograbiony z tego, co go głęboko dotyczy), ale mając również na uwadze, jeśli jest to potrzebne w danym przypadku, słuszne wymogi członków rodziny.

5.2.5.2. Dziedzictwo genetyczne i ochrona tajemnicy. W przyszłym rozwoju nauk medycznych rysuje się na horyzoncie całkowite poznanie dziedzictwa genetycznego człowieka, nie tylko w zakresie dotyczącym jego struktury fizjologicznej, lecz również, i to bardziej się liczy, w zakresie możliwych patologii. O ile jest to z jednej strony niezbędną przesłanką przyszłych korekt (inżynieria genetyczna), o tyle z drugiej strony ta możliwość stawia nowe pytania etyczne.

Pierwszy problem dotyczy tajemnicy tych danych, które przechowywane w „bankach genetycznych” mogą stanowić niebezpieczny czynnik deformacji lub zwykłej inwazji w życie jednostki. W gruncie rzeczy problem ten nie różni się od problemu, jaki pociąga za sobą wdarcie się do archiwum klinicznego lub informatycznego. Po prostu mamy tutaj do czynienia ze starym problemem, tylko wyrażonym w innych kategoriach, jakim jest sekretny charakter danych osobistych. Może w tym przypadku najbardziej zwraca uwagę głębia i „intymność” możliwej inwazji tego typu, która wdiera się w największe tajniki ludzkiej struktury. Lecz również do tej sytuacji winny odnosić się kryteria obowiązujące gdzie indziej.

Z tym problem ściśle wiąże się problem swego rodzaju „karty tożsamości genetycznej” jednostki, ostatni cel rozwijającej się medycyny prognostycznej, o której tyle się mówi. Jakie problemy spowoduje to narzędzie? W jaki sposób na psychikę jednostki wpłynie wiadomość, że jest nosicielem różnych chorób genetycznych, które chociaż nie zawsze objawiają się klinicznie, tkwią jako choroby potencjalne? W jaki sposób wpłynie to na dobór pary małżeńskiej? W zasadzie dotychczas zawsze mówiło się, że należy zapobiegać chorobom genetycznym przez badania przedmałżeńskie. To może być ostatecznym i niezbitym narzędziem. Czy te badania mogą warunkować wybory uczuciowe jednostki? Niewątpliwie chodzi o wizję odległą, ale winniśmy zacząć przygotowywać się do niej.

Innym, ostatnim, bardziej pragmatycznym, jakkolwiek nie mniej ważnym aspektem, który dotyczy implikacji typu zawodowego i ubezpieczeń. Nie jest wykluczone, że pewnego dnia pracodawca może poprosić osobę ubiegającą się o zatrudnienie (jak to dzisiaj bywa z zaświadczeniem lekarskim) o „kartę tożsamości genetycznej”, co może powodować odmowę zatrudnienia kandydatów, którzy okażą się nieodpowiedni, w danej chwili lub w przyszłości. To będzie powodować poważną formę dyskryminacji pracowniczej i w obliczu tej możliwości filozofia pielęgnacji w naszych Ośrodkach winna przewidzieć miary, które by chroniły pracowników, którzy mogą się stanowić „nowych ubogich” w przyszłości.

5.2.6. Problemy etyczne w sytuacjach marginesu

5.2.5.1. Narkomani. Chociaż u wszystkich ludów i w każdym okresie istniały formy uzależnienia fizycznego i/lub psychicznego od różnych substancji, często na tle magiczno religijnym, dopiero dzisiaj problem ten przybrał olbrzymie wymiary społeczno-etyczne. Zasadniczymi powodami są: szerokość tego zjawiska, jego występowanie w młodszych warstwach ludności oraz szkodliwość indywidualna i społeczna, którą pociąga za sobą zażywanie tych substancji.

Ten bardzo złożony problem wymaga interwencji Zakonu Szpitalnego na różnych szczeblach. Przede wszystkim w różnych typowo leczniczych dziedzinach, których dotyczy: pierwsza pomoc, pozbycie się nałogu, leczenie medyczne komplikacji. Ponadto istnieją terapie psychologiczne i wychowawcze celem ostatecznego przezwyciężenia uzależnienia psychicznego. O ile stosunkowo łatwo jest pokonać uzależnienie fizyczne, nie można tego powiedzieć o uzależnieniu psychicznym. Jeżeli bowiem nie daje się mocnej propozycji, która może wypełnić pustkę wartości, powodującą uciekanie się do narkotyków, człowiek nigdy nie wygra bitwy z nadużywaniem narkotyków. To jest powodem, który sprawia, że Kościół jest obecny w tym świecie z różnymi strukturami (przysięgi, wspólnoty terapeutyczne), które pozwoliły na rehabilitację i włączenie się do społeczeństwa narkomanów.

Ponadto nie należy pozostawiać na uboczu społecznego wymiaru tego zaangażowania Zakonu Szpitalnego, które w pełni odpowiada jego charyzmatowi. Niewątpliwie, narkomania stanowi część owych „nowych” form ubóstwa, o których tyle się mówi i w które Zakon winien czuć się zaangażowany^{lxxviii}.

Jak wiadomo, wspomniane działania winny być prowadzone nie w opozycji do służb i interwencji publicznych, ale w sposób komplementarny. Nie oznacza to, że trzeba koniecznie zgadzać się ze środkami prawnymi lub socjalnymi, których nie uważa się za zgodne z charyzmatycznym posłannictwem naszych dzieł.

Narkomania w niektórych aspektach może się upodobniać do innych form uzależnienia, jak na przykład alkoholizm. Istotnie, problem alkoholizmu w różnych krajach przybiera rozmiarów wyższych aniżeli narkomania. Ponadto warstwy społeczne nim dotknięte są bardziej różnorodne, co stanowi dodatkowy bodziec, aby Zakon skutecznie zaangażował się w tę dziedzinę.

5.2.6.2. *Chorzy na AIDS*. Szerzenie się obecnie tej patologii i osobliwości społeczne, które ona pociąga za sobą, wymagają skutecznej odpowiedzi ze strony naszego Zakonu. Możemy ją ująć w różnych działaniach.

Pierwsze działanie winno być typu kulturalnego, kiedy nie wchodzi się w postawy wewnętrzne i unika zachowań dyskryminacyjnych. Zwłaszcza w tych sytuacjach o charakterze leczniczym, w których osoba seropozytywna czy z AIDS z różnych powodów znajdzie się w szpitalach ogólnych (pogotowie ratunkowe, potrzeba operacji chirurgicznej, itd.), dzieląc hospitalizację z innymi chorymi i odwiedzającymi.

Postawa przyjęcia winna wyrażać się w formie odpowiedniejszej i jako forma praktykowania charyzmatu, w strukturach przeznaczonych dla tego rodzaju chorych czy pielęgnowania chorych w końcowej fazie choroby. Ponadto w perspektywie naszej spuścizny historycznej nie powinniśmy zapominać, że właśnie opieka nad chorymi dotkniętymi różnymi chorobami zakaźnymi wyróżniała w przeszłości, nawet w formie heroicznej, wielu naszych braci szpitalnych.

Obok faktu troszczenia się o tych chorych Zakon winien przyczyniać się do zapobiegania tej patologii, które opiera się przede wszystkim na odpowiednim nauczaniu wartości. W przypadku gdy te strategie okażą się nieskuteczne lub niedostateczne, wszelkie możliwe ograniczanie szkody winno się dokonywać z realną świadomością, iż te środki, z uwagi na ich zawodność, nie stanowią absolutnej gwarancji zapobieżenia zarażeniu się.

Ponadto w miarę możliwości byłoby stosowne, ażeby Zakon współpracował również w badaniach prowadzonych przez inne organizmy i instytucje służby zdrowia celem odkrycia nowych środków leczniczych lub zapobiegawczych, ażeby ostatecznie pokonać tę chorobę.

Wreszcie należy zadbać, ażeby głęboka wyrozumiałość ludzka, przyjęcie, odrzucenie wszelkiego spychania na margines i całej rzekomej „kary boskiej” w postaci tej choroby, nie wyrażały się w usprawiedliwianiu postępów, które leżą u jej źródeł.

5.2.6.3. *Niepełnosprawni fizycznie i psychicznie*. Jakkolwiek wydaje się, że współczesne społeczeństwo zwróciło swoją uwagę na niepełnosprawnych, zarówno przez akceptację osoby „odmiennej” jak i przez zastosowanie środków takich jak na przykład zniknięcie „barier budowlanych”, to jednak w płaszczyźnie kulturalnej trwa nadal odrzucenie tej rzeczywistości. Obejmuje to cały zakres form - od eugeniki prenatalnej do żądania eutanazji celem wyeliminowania zdeformowanego noworodka lub niepełnosprawnego człowieka dorosłego.

Nie byłoby jednak sensu krytykowanie tego, gdyby równocześnie nie podkreślało się potrzeby gościnności i miłości, które społeczeństwo winno żywić wobec swoich upośledzonych członków. Społeczeństwo stworzone prawdziwie na miarę człowieka nie może się opierać się

na „mocnych”, ale także na „słabych”. Dlatego, oprócz szczególnych dzieł dla niepełnosprawnych Zakon winien odgrywać rolę świadka.

Częste występowanie łącznie niepełnosprawności fizycznej i psychicznej podbudowuje racje przedstawione w poprzednim punkcie. Z drugiej strony, jeżeli niepełnosprawność jest jedynie fizyczna, tym bardziej należy występować na rzecz rehabilitacji integralnej. W tym sensie samo społeczeństwo wymaga również rehabilitacji, zważywszy, że często jest niezdolne do widzenia w niepełnosprawnym *osoby* ze szczególnymi problemami.

5.2.6.4. Chorzy umysłowi i niepełnosprawni psychicznie . Od samego początku stanowią oni kategorię chorych szczególnie pielęgowanych w naszych dziełach, gdy weźmiemy pod uwagę biografię naszego Założyciela. Na ich temat zdobyliśmy ważny bagaż doświadczenia i kompetencji, który często był prekursorem idei i rozwiązań stosowanych obecnie w publicznej służbie zdrowia. Poza specyficznymi problemami wynikającymi z kroków legislacyjnych w różnych krajach istnieją także pewne problemy etyczne.

Pierwszy problem jest w jakiś sposób wspólnym mianownikiem wszystkich pozostałych i dotyczy zdolności przyzwolenia. Przewyciężenie paternalizmu przeszłości i aktualne docenianie autonomii pacjenta zakładają naturalnie również chorych umysłowych. Zakładają to jeszcze bardziej, zważywszy na ograniczenia korzystania z tej autonomii decyzji. Mogłaby więc pojawić się pokusa powrotu do dawnego paternalizmu, jakkolwiek nie tylko w tym wypadku, i to w celach pozytywnych. To nie powinno mieć miejsca, z wyjątkiem sytuacji, kiedy w stanie konieczności lub z braku innych osób (krewnych, opiekunów, komitetów etyki), z którymi razem mogłaby dokonywać wyboru, nie ma rzeczywiście innej możliwej alternatywy. We wszystkich pozostałych przypadkach winien decydować pacjent, w miarę jak jego sytuacja na to pozwala albo wspomniane wyżej osoby, które ze względu na swe związki lub na rolę, jak się zakłada, zawsze będą czuwać nad dobrem pacjenta.

W niektórych przypadkach problem ten jawi się w sposób oczywisty: w stosowaniu leków psychotropowych, w terapii wstrząsowej, w sytuacji zahamowania fizycznego i pozbawienia wolności. Czyniąc to, należy wziąć dostatecznie pod uwagę ogólne przyzwolenie, przynajmniej samo przez się zrozumiałe, wyrażone przez osobę do tego upoważnioną, w chwili starania się o hospitalizację.

Szczególnie delikatny problem dotyczy praktyki seksualnej. Niezbędnym warunkiem dla tej praktyki jest jej dobrowolne życzenie. Zarówno u chorego umysłowo, jak i u niepełnosprawnego psychicznie istnieją różne stopnie ograniczenia tej wolności, podczas gdy nadal pozostają bodźce seksualne. O ile z jednej strony wydaje się nieposzanowaniem godności człowieka jakakolwiek interwencja, która okalecza jakąś z jego funkcji (w tym przypadku funkcję reprodukcyjną), z drugiej strony jednostka nie tylko nie jest w stanie w sposób wolny korzystać z tej zdolności, ale spełniając tę funkcję przy niezmiennym jej potencjale biologicznym, mogłaby doprowadzić do ciąży. Właśnie dlatego, starając się zachowywać zawsze jak największy szacunek dla człowieka w jego pełnej tożsamości cielesnej, należy w sposób odpowiedzialny unikać tego, ażeby chory umysłowo lub niepełnosprawny psychicznie z powodu szczególnych warunków życia, w jakich może się znaleźć, nie mógł wyrządzić szkody sobie samemu i innym ludziom.

W każdym bądź razie i niezależnie od tych szczególnych problemów, struktury psychiatryczne i socjalne Zakonu winno zawsze cechować traktowanie chorych umysłowo i niepełnosprawnych psychicznie w duchu głębokiego humanizmu. Z jednej strony odzwierciedla to ustawiczne charyzmatyczne zaspokajanie owej szczególnej wrażliwości wykazanej przez św. Jana Bożego, a z drugiej strony mamy tu nowego rodzaju profetyzm w dziedzinie, która wymaga ciągłej humanizacji. Humanizacja bowiem nie powinna ograniczać się do zagwarantowania choremu umysłowemu czy niepełnosprawnemu psychicznie odpowiedniej przestrzeni życiowej, środowiska zadowalającego pod względem higienicznym, wyżywienia dobrej jakości, właściwej wolności poruszania się, możliwości utrzymywania związków uczuciowych z rodziną, itd., ale winna pozytywnie poszerzać „realizację” osoby ludzkiej. W tym celu należy wykorzystać wszystkie jej zdolności i wszystkie jej możliwości. Proces ten winien prowadzić do dowartościowania osobowości, które, pomimo jej braków, zawsze ukazują oblicze osoby ludzkiej stworzonej na obraz i podobieństwo Boże.

5.2.6.5. *Starzy*. Liczba osób starych, która we współczesnym społeczeństwie stale wzrasta, pociąga za sobą wzrost patologii wraz z zadaniami leczniczymi, a również powoduje specyficzne problemy o charakterze socjalno-opiekuńczym. Obiektywne trudności niektórych rodzin co do zapewnienia opieki osobie starej albo egoistyczne odrzucenie jej przez innych, często zmuszają starego człowieka do zamieszkania w domu dla starych. W Zakonie w różnych częściach świata istnieje już wiele struktur tego rodzaju.

Wiele dróg życiowych może prowadzić starego człowieka do domu starców. Zakon, nie ma żadnego prawa osądzać rodzin, które podjęły taką decyzję, lecz winien uczynić wszystko, co jest możliwe, ażeby sprzyjać związkom uczuciowym między starszym człowiekiem a jego własną rodziną, pomagając usuwać możliwe przeszkody.

Pobyt osoby starszej w Domu zarządzanym przez Zakon nie należy traktować jedynie jako rozwiązania problemu mieszkania, lecz winien być głęboko naznaczony jego duchem charyzmatycznym. Winno to oznaczać dowartościowanie „trzeciego wieku”, którego nie może cechować złuda wiecznej młodości, lecz który należy przeżywać jako etap szczególny i odmienny, z wszystkimi bogactwami i wszystkimi problemami, które z sobą niesie, podobnie jak inne okresy życia. Jest oczywiste, że ten wiek przeżywa się z poczuciem utraty (siły fizycznej, roli społecznej, ukochanych osób, pracy, domu, itd.). To poczucie należy sobie przyswajać i kompensować je przez poczucie wzbogacenia (doświadczenie, wspomnienia spełnionego dobra, itd.). Z perspektywy wiary ten okres życia winien uzyskać sens długiej wigilii przygotowawczej do spotkania z wiecznością.

5.2.6.6. *Problemy wylaniające się*. Przez ten termin chcemy zaznaczyć różne typy zepchnięcia na margines czy „nowych postaci ubóstwa”, z których pewne już występują i znajdują odpowiedź w Zakonie w płaszczyźnie opiekuńczej, inne dopiero się pojawiają, stanowią wyzwanie dla naszej wyobraźni i naszego zaangażowania etycznego.

Pierwszy taki problem stanowią *migranci i uchodźcy*, są to zjawiska o znacznym rozwoju. Z jednej strony związane z nimi problemy są przede wszystkim porządku społecznego (integracja kulturalna i religijna, problemy zatrudnienia, itd.). Z drugiej strony stanowią one dziedzinę, w której charyzmat szpitalnictwa może wyrazić się w konkretnej formie. Odpowiedzi w tym zakresie mogą być różne, zaproponowane w twórczym duchu, który potrafi

śłuchać natchnień Ducha Świętego, a również spowodowane przez sytuację każdego kraju czy konkretnego środowiska. Obok gościnności może być także wymagana opieka medyczna dla tych osób, które nie mogą korzystać z żadnej pomocy publicznej. Zakon winien działać także w tych przypadkach, stwarzając nowe struktury lub znajdując odpowiedniejsze rozwiązania w innych strukturach opiekuńczych.

Podobną sytuację przeżywają inne osoby, które nazywa się: bezdomnymi, włóczęgami, squatters, a które łączy razem nędza tak absolutna, że nie mają żadnego rodzaju mieszkania i są zmuszeni żyć na ulicy, pod krużgankami, w poczekalniach dworcowych. Wydaje się, że pomimo tylu minionych wieków widok tej części cierpiącej ludzkości, jest bardzo podobny do tego, który stawał przed oczyma św. Jana Bożego czy św. Jana Wielkiego. Dlatego każdego rodzaju interwencja opiekuńcza na ich korzyść (materialna, mieszkaniowa, zdrowotna, itd.) mieści się w absolutnej ciągłości charyzmatycznej.

Obok tych sytuacji nie wyklucza się, że Zakon w najbliższych latach będzie wezwany do większego zajęcia się problemami i chorobami, które rodzi współczesne społeczeństwo: zaburzenia w jedzeniu - anoreksje, bulimie, zaburzenia w zachowaniu się, maltretowanie kobiet, gwałcenie dzieci, osoby ze skłonnościami samobójczymi, samotni, itd. Właściwa troska o potrzeby cierpiącego człowieka nie może przesłaniać „nowych postaci cierpienia”, które z biegiem czasu mogą się pojawić i na które Zakon winien być przygotowany, ażeby odpowiedzieć na nie twórczo i z miłością.

5.3. W zarządzaniu i kierownictwie

5.3.1. Zarządzanie

5.3.1.1. Organizacja i zastosowanie środków. Nasz Założyciel potrafił wyprzedzać pomoc swojej epoki a czynił to na podstawie kryteriów organizacji i zastosowania środków. Podobnie jak on, również my jesteśmy powołani do wnoszenia wkładu w postęp naszego społeczeństwa. W naszych czasach, jeszcze bardziej niż dawniej, organizacja i zarządzanie winny być szczególnymi dziedzinami tego wkładu.

Zawołaniem naszych Ośrodków winno brzmieć: umieć właściwie przeznaczać środki, którymi dysponujemy, dając pierwszeństwo specyficznym aspektom Instytucji. Na poziomie ośrodka zagwarantować jego funkcjonowanie. W płaszczyźnie usług i sekcji – zapewnienie integralnej opieki nad chorym i potrzebującym.

Winna istnieć równowaga między wynagrodzeniem i wykształceniem profesjonalistów, uzyskiwaniem niezbędnych produktów do poprawnego funkcjonowania, dostosowaniem technologicznym i należnym popieraniem humanizacji; jeżeli któraś z tych dziedzin nie będzie domagać, możemy wejść na drogę rozbicia, podziału i kryzysu.

Poczynając od wymiaru lokalnego, regionalnego i nie tracąc sprzed oczu naszego powszechnego powołania w podejmowaniu decyzji winna występować troska o równość, chociaż w niektórych sytuacjach może się to okazać trudne.

Pierwszorzędnym zadaniem zarządzających jest uzyskanie tych środków, a więc znaczna część ich czasu i pracy winna być poświęcona tej funkcji. Winni oni wiedzieć, gdzie i jak powinni

być obecni, ażeby bronić dzieła realizowanego przez ośrodek, i równocześnie starać się rozwijać to dzieło i jego projekty.

5.3.1.2. Profesjonalność. Ponieważ dążymy do opieki integralnej i mamy odpowiedzieć na nasze powołanie w ramach naszych dzieł, jest rzeczą niezbędną, ażeby nasza profesjonalność była poza wątpliwościami.

Dzięki profesjonalnej odpowiedzi, zgodnej z etycznymi zasadami zawodu i filozofią Instytucji, możemy zapewnić tożsamość naszym dziełom, do której zmierzamy. Niezbędnymi podstawami profesjonalizmu są zasoby techniczne i ludzkie.

5.3.1.3. Kompetencja techniczna. Podobnie ośrodek winien dbać o to, ażeby jego wyposażenie techniczne i technologiczne było odpowiednie do jego poziomu pielęgnacyjnego. Jedynie techniczna kompetencja pozwoli nam na wniesienie konkretnego pożądanego wkładu.

Ustawiczne zmiany technologiczne wymagają dodatkowych wysiłków, ażeby nie pozostawać w tyle. Profesjoniści winni być zobowiązani do zdobywania dostatecznego wykształcenia technicznego i winni je aktualizować w miarę rozwoju nauki.

5.3.2. Organizacja

5.3.2.1. Właściwe wyrażanie posłannictwa dzieła w narzędziach organizacyjnych. Nasze posłannictwo w każdym z ośrodków jest bardzo bogate i wielorakie; a więc nasza forma organizacyjna winna podążać w kierunku pluralizmu. Nie wszystkie dziedziny zadań są do pogodzenia z tym samym systemem organizacji.

W miarę jak nasza organizacja będzie przepojona filozofią naszego posłannictwa, będziemy się starać, ażeby każdy ośrodek, wszyscy profesjoniści ją podzielali.

Wprowadzone już w życie oddzielenie funkcji przełożonego i zarządcy dowiodło, że jest ono właściwe i skuteczne, i aktualnie jest niezbędne w zarządzaniu wieloma naszymi dziełami. Przełożony Wspólnoty i zarządzający Dziełem winni tworzyć zespół wraz z innymi członkami Kierownictwa.

Pierwszorzędną funkcją tej ekipy kierowniczej jest praca interdyscyplinarna i zachęcanie do tej formy pracy pozostałe ekipy istniejące w ośrodku.

5.3.2.2. Obrona pluralizmu. Różnorodność poglądów i kultur stanowią odpowiednią drogę do uznania pluralistycznego człowieczeństwa, które stanowimy.

Winniśmy ustanowić zakresy i elementy organizacyjne, które pozwolą wyrazić tę wielość i popierać postawy osobiste, które umożliwią jedność w tej wielości.

Nasze wartości, kultura każdego z Dzieł winny być miejscem, gdzie nabierze kształtu ten wymiar wielości.

5.3.2.3. Oddelegowanie. Uczestnictwo. Objęcie funkcji. Winniśmy pracować w tym kierunku, ażeby każdy dział mógł wykonywać wszystkie funkcje, do których jest zdolny, od najniższego do najwyższego szczebla.

Winniśmy umożliwić obejmowanie tych funkcji i wprowadzać elementy organizacyjne, które to umożliwią.

Winniśmy dbać o to, ażeby takie oddelegowanie prowadziło do podejmowania funkcji przez nas wszystkich, którzy tworzymy ośrodek.

5.3.2.4. *Decentralizacja / Centralizacja.* Winniśmy zmierzać w tym kierunku, ażeby każda osoba z kierownictwa troszczyła się o inicjatywy i niepokoje swoich współpracowników.

Winniśmy wprowadzić programy pracy umożliwiające współpracownikom awans w zakresie funkcji, które często zastrzegamy jedynie dla przełożonych.

Profesjonalista winien wzrastać w swoich funkcjach, ekipa pracownicza winna mieć możliwość poszerzania pola swego działania, szczebel pośredni winien mieć więcej możliwości podejmowania inicjatywy, winien wzrastać zakres odpowiedzialności zespołu kierowniczego.

Zasada pomocniczości, tak bardzo związana z tradycją chrześcijańską, winna być podstawowym elementem pełnienia funkcji w naszych Dziełach.

Zakon chce sprzyjać właściwej decentralizacji połączonej z prawidłową centralizacją, zgodnie z zasadami, które staramy się popierać.

5.3.2.5. *Nowe formuły prawne.* Naszym punktem odniesienia było zawsze prawo kanoniczne. Obok niego jednak możliwe są formuły, pozwalające na nowe sposoby kierowania, delegowania, uczestnictwa.

Tradycyjnie nasze dzieła mieściły się w formule prawne Ośrodka jako własności Zakonu Szpitalnego; nowe czasy, w których żyjemy, wymiar, jaki uzyskują dzieła, dynamizm, stały rozwój służby zdrowia i służb socjalnych sprawiają, że w tym temacie wskazane jest nie przywiązywać się do przeszłości.

Fundacja, Stowarzyszenie, instytucja bez dążenia do zysku czy organizacje pozarządowe stanowią formuły prawne, które mogą być bardziej przystosowane do rzeczywistości, a nawet bardziej odpowiednie. Wykazało to konkretne doświadczenie niektórych dzieł. Winniśmy szukać najodpowiedniejszych form dla każdego czasu i miejsca.

5.3.2.6. *Praca w zespole.* Jeśli chcemy troszczyć się o człowieka i jego potrzeby, możemy to osiągnąć jedynie wtedy, gdy czynimy to zespołowo.

- W kierownictwie. Kiedy najwyżsi odpowiedzialni ośrodka będą stanowić zespół, potrafią inspirować i ożywiać pozostałe grupy ośrodka, ażeby również one to uczyniły. Pokusa sukcesu osobistego jest bardzo wielka, a łańcuchowe skutki tej pokusy również.
- W kierownictwie szczebla pośredniego. Również oni winni się odznaczać pracą zespołową, która im pozwoli zająć się niepokojami niższego szczebla i przedstawić je szczeblom wyższym; w taki sam sposób powinny docierać do szczebla niższego plany pracy kierownictwa.

- W służbach opiekuńczych i nieopiekuńczych. Kiedy wszystkie osoby opiekujące się tym samym chorym lub potrzebującym potrafią pracować w formie zespołowej, przyjdą mu z pomocą integralną.

W bardziej złożonych ośrodkach nie możemy wszyscy tworzyć jednej, tej samej ekipy, ale możemy stanowić część zespołu powołanego integralnego rozwiązania potrzeb chorego, łączącego wszystkich, którzy to umożliwiają.

5.3.3. Polityka personalna

5.3.3.1. Kryteria ogólne. Zakon Szpitalny św. Jana Bożego jako organizacja:

- Jest zasadniczo dziełem ludzkim jako owoc wysiłku ludzkiego i składa się z osób, które stanowią jego element zasadniczy.
- Jest świadomy, że jego dzieła są przedsięwzięciami o charakterze szczególnym, gdyż stanowią instytucję nie mającą na celu zysku łączy swoje cele przedsiębiorcze z odpowiedzialnością społeczną, finansową i jako instytucji kościelnej.
- Jest otwarty na aktualne prądy w przedsiębiorczości – socjologię, public relations, psychologię – dostosowując się do czasów współczesnych, wprowadzając niezbędne zmiany organizacyjne z konieczności zarządzania dziełami kierującymi się kryteriami przedsiębiorczości, tj. wydajności i skuteczności, potrafiąc jednak zachować filozofię i styl wraz z właściwą sobie kulturą.
- Wymaga w swoich dziełach personelu i dlatego stawia sobie zadanie zapewnienia między organizacją a pracownikami takiego stosunku, który zaspokoi potrzeby i prawa obu stron, ustanawiając mechanizmy ułatwiające wspólne działanie wszystkich dla osiągnięcia swoich celów i aspiracji.

Wobec powyższego, staje się niezbędne wyraźne wykazanie szczerzej gotowości regulowania stosunków z personelem pracowniczym, zawsze w świetle obowiązującego prawodawstwa, Doktryny Społecznej Kościoła i zachowując prawa chorego i potrzebującego, który jest zasadniczym celem naszych dzieł.

5.3.3.2. Stosunki z pracownikami. Mając na uwadze to, iż człowiek jest podstawowym elementem każdej organizacji, należy dążyć do tego, ażeby kierowanie zasobami ludzkimi było zwrócone ku nadawaniu kierunku, motywowaniu, pociąganiu i integrowaniu pracowników w formie zgodnej z ich potrzebami i celami Zakonu, zawsze z zachowaniem kryteriów sprawiedliwości społecznej.

Działanie kierownicze obejmuje zarządzanie personelem, gdyż bez tego nie można prowadzić żadnego dzieła czy działalności. Dlatego zarządzanie zasobami ludzkimi wymaga obecnie stanowisk kierowniczych o odpowiednim poziomie kompetencji zawodowej oraz o odpowiednich zdolnościach w dziedzinie stosunków ludzkich.

Aspektem, który domaga się wzmocnienia we wszystkich ośrodkach Zakonu, są kanały komunikacji. Należy zaprowadzić komunikację z odpowiednią strukturą, rozwijając

odpowiednie kanały, aby dotrzeć do wszystkich szczebli organizacji i do wszystkich pracowników. Przynajmniej należy zadbać o drożność kanałów komunikacyjnych i o zapewnienie informacji prawdziwej i zrozumiałej.

Innym ważnym punktem w Zakonie i jego ośrodkach winno być przyjęcie i wprowadzenie każdej osoby, która rozpoczyna pracę, jak i towarzyszenie jej w pierwszych etapach ich pracy.

5.3.3.4. Dobór i najem personelu. Zespół ludzi należy dobierać, mając na uwadze ich kwalifikację techniczną i ludzką, upewniając się, czy motywacje, postawy i zachowanie szanują zasady Zakonu.

Stosowne jest, ażeby każdy ośrodek posiadał jasne normy postępowania co do doboru personelu, a jest pożądane, ażeby wspomniany proces doboru był publicznie znany: stanowisko do obsadzenia, daty, normy, itd.

Należy zwrócić szczególną uwagę na następujące kryteria najmu:

- **Personel techniczny:** celem przypisania danej osoby do stanowiska pracy należy wymagać, ażeby posiadała tytuł zawodowy wymagany przez obowiązujące prawodawstwo. Niezależnie od tytułu należy starannie zadbać o to, ażeby posiadała ona odpowiednie zdolności i kompetencje zawodową do wykonywania określonej pracy.
- **Profil ludzki:** należy doceniać takie zalety ludzkie, jak wrażliwość i nastawienie na stosunki międzyludzkie, równowaga emocjonalna, poczucie odpowiedzialności i zdolność podejmowania decyzji, powołanie lecznicze i/lub do opieki społecznej.
- **Profil etyczny:** jest rzeczą konieczną, ażeby osoby pracujące w ośrodkach popierały zasady etyczne swojego zawodu i szanowały oraz popierały zasady Instytucji.
- **Wymiar religijny:** należy zadbać o to, ażeby postawa tych osób sprzyjała umacnianiu opieki religijnej w ośrodku.

5.3.3.5. Ubezpieczenie pracy. Wychodzimy z założenia, że wszystkie nasze działania w dziedzinie pracy winny być dostosowane do prawodawstwa obowiązującego w każdym kraju, pod warunkiem, że nie narusza to zasad Zakonu.

Niezależnie od specyficznych wymogów w tej dziedzinie, które mają na celu głównie i zasadniczo dobro instytucji, i w ostateczności dobro podopiecznych, należy unikać sytuacji niestałości i niezainteresowania osób zatrudnionych, oferując natomiast takie warunki bezpieczeństwa i stabilności, które są niezbędne dla lepszego wykonywania pracy osobistej.

Jest także oczywiste, że dynamika funkcjonowania ośrodków zdrowotnych i socjalnych otwartych o każdej porze zmusza do zaprowadzenia skomplikowanej siatki zastępstw, co utrudnia zapewnienie stabilności zatrudnienia osób, które zajmują dane stanowiska przejściowo. Także jednak w tych sytuacjach należy badać systemy, które mogłyby położyć kres niestabilności pracowniczej.

5.3.3.6. *System wynagrodzenia*. Śluszne wynagrodzenie za wykonywaną pracę jest kluczowym problemem etyki społecznej. Wynagrodzenie jest elementem, na który pracownicy kładą największy nacisk.

Spółeczna Doktryna Kościoła traktuje pracę jako konkretny, jakkolwiek nie jedyny, sprawdzian sprawiedliwości społecznej.

Nie jest łatwo ustalić godziwą płacę, gdyż wpływają na nią takie czynniki jak sytuacja gospodarcza krajów, wymogi rozmaitych rynków – w tym także zdrowotnego i socjalnego – sytuacja każdego ośrodka, oczekiwania i potrzeby każdego pracownika, itd.

To wszystko zobowiązuje nas do wynagradzania pracowników przez możliwe płace, jakkowiek przy świadomości, że czasami płace te nie spełniają oczekiwań pracownika. Niezależnie jednak od konkretnych wynagrodzeń, należy rzeczywiście starać się o poprawę zarówno finansowej jak i socjalnej sytuacji pracowników; komfort i dobre poczucie pracowników zawsze będzie pozytywnym czynnikiem dobrego poczucia i komfortu chorych i potrzebujących.

5.3.3.7. *Motywacja*. Motywacja pracownika zależy od stopnia zaspokojenia jego podstawowych potrzeb i od przyjęcia atrakcyjnych elementów, które przedsiębiorstwo lub organizacja oferują celem umożliwienia rozwoju ludzkiego i profesjonalnego pracowników.

Motywacja personelu jest podstawowym środkiem osiągnięcia jednego z podstawowych celów całej organizacji, rozwoju ludzkiego i zawodowego osób zatrudnionych.

Na stopień zadowolenia i motywacji w pracy mają podstawowy wpływ *systemy wynagrodzenia* – płace, dodatki, premie, itd. – *warunki pracy* - środowisko, bezpieczeństwo, klimat, praca w zespole, itd. – i *bodźce indywidualne* – bezpieczeństwo, stałość zatrudnienia, zainteresowanie, realizacja samego siebie, itd. Należy poczynić niezbędne wysiłki celem uzyskania odpowiedniego poziomu tych trzech podstawowych aspektów, które zaspokajają potrzeby pracownika.

Zakon przywiązuje dużą wagę do promocji osoby jako środka motywacji. Jest to szczególne pole do interwencji ekip kierowniczych, zwłaszcza kierownictwa personalnego. Należy zapewnić, ażeby osoby te mogły widzieć w naszych ośrodkach swoją przyszłość w płaszczyźnie zawodowej i płaszczyźnie powołania. W tym celu należy rozważyć odpowiednie środki: dla jednych winna to być formacja; dla innych badania; inni będą preferować nauczanie, itd.

5.3.3.8. *Zbieżność wartości nas wszystkich, którzy stanowimy Ośrodek*. Jedną z cech naszego społeczeństwa jest wielość; należałoby powiedzieć, że kończy się epoka, kiedy narzucano jedną kulturę. Od pewnego czasu w wielu naszych dziełach wprowadza się formy zarządzania, kierowania, pracy opiekuńczej, które starają się uwzględnić tę różnorodną rzeczywistość.

Jest rzeczą pilną, abyśmy podążali w tym kierunku, ażebyśmy wszyscy zaangażowali się w projekt jednoczenia wysiłków i kultur; winniśmy być zdolni do integrowania różnych elementów kulturowych w naszych ośrodkach. Każdy projekt zgodności zakłada przyłączanie: wartości nigdy nie osiąga się przez narzucanie. Prawdopodobnie będzie rzeczą konieczną ustalenie pewnego minimum, którego nie można zmienić; lecz na tym gruncie należy pracować

nad osiągnięciem kultury z wartościami specyficznymi, popieranymi i przyjmowanymi przez wszystkich.

W miarę jak współpracownicy uzyskają możliwość wyrażania swoich kryteriów, swoich wartości, będą starać się angażować na rzecz dojścia do wspólnego projektu. Ważną również jest rzeczą, ażeby mogli się czuć odpowiedzialni za tematy, obszary, dziedziny, do których zostali przeznaczeni.

5.3.3.9. Tworzyć kulturę przynależności do Ośrodka, Prowincji, Zakonu. Obecne badania w zakresie nauk administracyjnych odkryły znaczenie dla instytucji rozwijania „kultury danej organizacji” zgodnej z jej misją i wartościami. Zakon Szpitalny jako Instytucja od samego swego założenia pogłębia tę linię postępowania.

Może w przeszłości zachowywaliśmy postawy paternalistyczne lub protekcyjnistyczne wobec profesjonalistów, co było podświadomym odbiciem defensywnej postawy naszej kultury. Nie tracąc wszystkich wartości, które ta kultura posiada, winniśmy przewyciężyć postawę defensywną a odpowiednim środkiem jest wprowadzenie profesjonalnego wydziału zasobów ludzkich, który by potrafił kierować i zapewnić osiągnięcie takiej wspólnej kultury.

Niezbędnym elementem tego procesu jest poszanowanie i stosowanie obowiązującego prawodawstwa pracy, zwłaszcza dotyczącego bezpieczeństwa pracy i zdrowia pracowników.

Czynnikiem dynamizującym jest obrona praw pracowników.

Sytuacja personalna, radość z wykonanego zadania, zadowolenie, które odczuwa się na widok osiągniętych celów; w sumie pogodność, pokój wewnętrzny, który napędza człowieka, kiedy czuje się właściwie osadzony w swoim zawodzie, w swojej pracy; że dzięki temu wraz z kolegami z pracy przyczynia się do budowy naszego świata, do poprawy zdrowia, do lepszych usług socjalnych – to wszystko należy wśród nas rozwijać.

Należy zwracać uwagę na to, ażeby unikać wśród nas takich sytuacji pracowniczych, które stanowiłyby przeszkodę w integrowaniu profesjonalistów. Oczywiście, z biegiem czasu jako ludzie przyzwyczajamy się i tracimy bodźce; do odpowiedzialności kierownictwa należy dbałość i zachęcanie osób, ażeby takie sytuacje nie zdarzały się, a w skrajnych przypadkach może będzie konieczne podjęcie odpowiednich decyzji/

A więc dzieło, w którym nie daje się gwarancji pewnej stabilności, nigdy nie będzie odpowiednim miejscem do zachęcania współpracowników, ażeby się angażowali we wspólny projekt.

Zakon wspiera i broni pracowników w sprawach sądowych, z wyjątkiem przypadków wyraźnego zaniedbania zawodowego. W obliczu roszczeń sądowych, które niestety dotyczą naszych ośrodków, wymagana jest zasada uczciwości wobec praktyki instytucjonalnej @ i wyraźna pomoc dla zainteresowanych osób.

Podobnie, jeżeli chcemy zapewnić kulturę właściwą w naszych dziełach, jest rzeczą niezbędną tworzenie konkretnych form postępowania w chwilach trudności i napięć, które mogą wystąpić

w stosunkach pracowniczych; również w konflikcie może istnieć właściwa forma osiągnięcia rozwiązania.

5.3.4. Polityka gospodarcza i finansowa

5.3.4.1. Instytucja nielukratywna. Instytucja zawsze określała się jako nielukratywna, czyli nie mająca na celu gromadzenia bogactw.

Ewentualnie uzyskane środki należy przekazać własnemu ośrodkowi, ażeby w każdej chwili jego urządzenia, jego ekipy, jego metody pracy były zgodne i odpowiadające swemu umiejscowieniu i zakatalogowaniu.

5.3.4.2. Dobroczynny charakter społeczny. Początek Instytucji tkwi w dobroczynności, w wielkodusznej współpracy wielu osób, ażeby dzieło mogło spełniać swoją misję. Winniśmy popierać ten wymiar miłości chrześcijańskiej, ażeby kontynuować pierwotną inicjatywę Instytucji.

Nadszedł czas nadania naszej solidarności wymiaru bardziej powszechnego. W naszym świecie coraz bardziej zaznaczają się nierówności i różnice stają się coraz większe; ten dobroczynny wymiar naszych dzieł może znaleźć aktualne pole we współpracy między ośrodkami lub między krajami w dziedzinie zdrowia czy opieki społecznej.

5.3.4.3. Równowaga finansowa. Sztuka zarządzania jest sztuką przeznaczania środków na różne potrzeby. W przypadku Ośrodków jest to przeznaczanie zasobów na różne wydatki, które umożliwiają służbę.

Należy podejmować decyzje co do asygnacji dla każdej z części, lecz gwarantując funkcjonowanie ośrodka; albo, co oznacza to samo, jego równowagę finansową.

Jeżeli przez niewłaściwe przeznaczenie środków doprowadzimy ośrodek do niewydolności finansowej, narazimy na niebezpieczeństwo przyszłość dzieła i wszystkich osób, którzy je stanowią.

5.3.4.4. Jawność w zarządzaniu. Jeżeli będzie się realizować całokształt wartości, które chcemy krzewić w naszych dziełach i które nadają sens naszemu posłannictwu, nie będzie rzeczą niestosowną, gdy profesjonaliści ośrodka, użytkownicy, społeczeństwo, administracja publiczna uznają rzeczywistość naszych ośrodków.

Na tym zasadza się jawność naszego zarządzania; jeśli są jasne zasady i jeżeli staramy się je wcielać w życie, jest to dodatkowy powód do tego, aby były one znane.

Dane liczbowe ośrodka – działalność, wpływy, wydatki, wynik, inwestycje, stan finansowy – stanowią jedynie część całej rzeczywistości ośrodka a zatem także mogą być znane.

Odpowiednim sposobem podania do wiadomości sytuacji naszych ośrodków, sprzyjania jawności i pobudzania współodpowiedzialności może być opracowanie rocznego sprawozdania z działalności każdego Dzieła.

5.3.5. Odpowiedzialność społeczna

5.3.5.1. Służba społeczeństwu jako czynnik uzasadniający istnienie dzieł. Każda Instytucja, każde dzieło narażone jest na niebezpieczeństwo zamknięcia się w sobie i pozbawienia się społecznej racji swego istnienia.

Nic dziwnego, że spotykamy takie instytucje, które w tym odizolowaniu się projektują dzieła, które już nie są potrzebne, albo których nikt się nie domaga. Tak nie może być u nas, racja istnienia naszych dzieł polega na służbie, jaką świadczą i dlatego winny być otwarte na zmianę i rozwój, ażeby ich służba była aktualna.

W tym duchu Konstytucje zaznaczają, że winniśmy czuć się zarządcami dóbr a nie właścicielami, ze szczególnym zadaniem właściwego wykorzystania zasobów w Dziełach.

5.3.5.2. Poszanowanie i zastosowanie prawodawstwa. W naszym dążeniu do wnoszenia specyficznego wkładu w społeczeństwo jest rzeczą niezbędną zapewnienie poszanowania i stosowania prawa.

Jeżeli traktujemy prawo jako wspólne minimum, które normuje nasze życie społeczne, winniśmy się wyróżniać w jego stosowaniu. Co więcej, w miarę naszych możliwości, winniśmy wychodzić poza to minimum i starać się wprowadzać w życie nasze kryteria ponad to, co zakłada prawo.

Może zaistnieć taka sytuacja, że prawo może być przeciwne naszej tożsamości i wartościom, które popiera Instytucja; w tym przypadku powołując się na pluralizm, który chcemy krzewić w naszym społeczeństwie, w zastosowaniu prawa w naszym Dziele opieramy się na własnym sumieniu.

5.3.5.3. Obowiązek sprawiedliwości społecznej w przyznawaniu środków. Nie jest łatwo w naszym społeczeństwie zapewnić równy podział środków. Grupy nacisku z jednej strony,

i wielkie nierówności z drugiej, mogą przechylać wagę w sposób dość niesprawiedliwy.

Niezbędny jest wysiłek zarządzania i wychowania w wartościach, ażeby nie zawsze panowało prawo silniejszego. Należy mieć na uwadze osobliwości i różne rzeczywistości, ale zawsze z myślą o sprawiedliwym podziale zasobów.

W sposób szczególny winniśmy być wrażliwi na uniwersalny wymiar naszego życia i naszych dzieł. Winniśmy przyznać, że w światowym podziale zasobów istnieją oznaki niesprawiedliwości; nie bądźmy współuczestnikami tego niesprawiedliwego podziału. Z perspektywy misji uniwersalnej i uniwersalnej wizji problemów starajmy się pracować na rzecz solidarności.

To jest pole do stosowania Doktryny Społecznej Kościoła i w miarę, jak będziemy rozwijać to pole, będziemy przyczyniać się do tego, ażeby ta doktryna społeczna poszerzała się jako kompendium chrześcijańskich wartości w naszym społeczeństwie.

5.3.5.4. Funkcja oskarżycielska w sytuacjach, które tego wymagają. Winniśmy wnosić naszą refleksję i głos oskarżenia w te sytuacje, które wyraźnie są niesprawiedliwe.

Nie ograniczamy się do protestów; oprócz sygnalizowania braków wnosimy sugestie i wskazania.

Nasza funkcja oskarżycielska osiągnie szczytowy wyraz, jeżeli potrafimy wnosić konkretne rozwiązania a nadto zdołamy wprowadzić je w życie.

5.3.6. Obecność społeczeństwa w Ośrodku

5.3.6.1. Użytkownicy. Stowarzyszenia użytkowników i krewni. Tradycyjnie użytkownika służby zdrowotnej i społecznej nazywaliśmy pacjentami; nadeszły czasy, kiedy pacjent chce być aktywny i jest rzeczą pozytywną, by pełnił on czynną rolę.

W chwili obecnej występują dwa rodzaje stowarzyszeń użytkowników.

- Ogólne stowarzyszenia użytkowników o ważnej treści rewindykacyjnej a często z pewną skłonnością do korzystania z drogi sądowej.
- Stowarzyszenia szczególne, związane z określoną chorobą o objawach chronicznych albo ciężkim przebiegu.

Oba rodzaje mogą się znaleźć w naszych ośrodkach

Jest bardzo prawdopodobne, że te pierwsze będą występować z jakąś skargą lub reklamacją; winniśmy się starać, aby dać tym ludziom możliwość wypowiedzenia się, kiedy mogą poczuć się ważnymi partnerami społecznymi, by w sposób stały mogli współpracować z naszą formą pracy a my będziemy mogli uczynić ich uczestnikami naszej pracy, którą wykonujemy.

Drugie winny znaleźć w naszych ośrodkach uprzywilejowane wsparcie, zwłaszcza u swoich początków. W naszej dynamice społecznej jedynie grupy osób mogą osiągnąć pewne cele i czasami trudno jest na początku stworzyć taką grupę; ośrodek zawsze stanowi platformę, która winna pomagać w przezwyciężeniu owych początkowych trudności.

W obu przypadkach dialog i postawa otwarta mogą sprawić, że obie strony – ośrodek i stowarzyszenie – poznają sytuację, w której żyją, możliwości, ograniczenia, a nawet błędy.

Niestety, nie zdołamy uniknąć skarg i procesów sądowych – wielu przypadkach wyłącznie w celach zysku – lecz możemy wypracować różne formy stosunków opartych na wzajemnym zaufaniu.

Właściwą drogą wyznaczającą obecność obywatela w dziełach jest uruchomienie usług opiekuńczych dla użytkownika z zastosowaniem różnych form dla wyrażenia jego opinii.

5.3.6.2. Pracownicy. Pracownicy mają swoje organy przedstawicielskie chronione przez prawo i z ich pomocą winno się kształtować stosunki pracownicze między współpracownikami a Instytucją.

W miarę jak uznamy, że Instytucja jest rzeczywistością stworzoną przez wszystkich i z ich udziałem, dobrą rzeczą będzie wypracowanie sposobów, form i stylów związania się z nią, które nie odrzucając wcześniejszych założeń, stworzą miejsce dla tego nowego projektu, który pragniemy zrealizować w każdym dziele św. Jana Bożego.

Dla jednych takim związaniem się mogą być ramy stosunku pracowniczego w formie wyłączności; ci znajdują sposób związania się na gruncie ram prawnych.

Inni poczują motywację związania się w odpowiedzi na powołanie, co wykracza poza stosunek pracowniczy; dobrze by było stworzyć formalne i nieformalne drogi, ażeby wzrastało ich solidarne oddanie się chorym i potrzebującym.

Wreszcie niektórzy potraktują swoją obecność w dziele jako wyraz swego oddania się wierze; również oni winni mieć swoje miejsce, gdzie będą mogli wyrazić w grupie to, motywuje ich w życiu, by służyć chorym i potrzebującym i być obecnymi w dzieł św. Jana Bożego.

Z wyjątkiem pierwszego przypadku, który zostaje określony w formie prawnej, pozostałe sytuacje są czymś, co można stworzyć w każdym ośrodku, gdyż będzie to najtrafniejsza forma związania się, która umożliwia dzieło św. Jana Bożego.

5.3.6.3. Dobroczyńcy. Oni to pozwolili naszemu Założycielowi rozwinąć swoje dzieło; potrafili oni poprzeć wszystkie niezliczone zobowiązania, które Jan Boży podejmował w swojej służbie dla chorych i potrzebujących.

Przez całe wieki oni stale wspierali nasze dzieło; w jednych krajach bardziej niż w innych; lecz do czasu ukształtowania się „państwa dobrobytu” większość naszych dzieł żyło z wielkodusznych ofiar osób, które zaufały Zakonowi Szpitalnemu i jego służbie dla ludzi cierpiących.

Dzisiaj większość ośrodków nie jest zależna od ich wkładów finansowych, jak to było dawniej; osoby te jednak pozostają zasadnicze w tym, co się tyczy solidarności i miłości. Zasadnicza sprawa pozostaje taka sama i w pełni zobowiązująca: człowiek postanawia być solidarny z innym człowiekiem i czyni to przez Zakon Szpitalny.

Forma może się zmieniać, rzeczywiście się zmieniła i nadal się zmienia; lecz w nas tkwi możliwość okazywania tej solidarności w sposób możliwie jak najbardziej sprawiedliwy, a w miarę możliwości zwiększania jej.

Nadszedł czas, kiedy w imię większej skuteczności solidarności nadajemy jej bardziej kolektywny charakter, co nam pozwala pomagać w większym stopniu tam, gdzie zachodzi potrzeba.

Jest to temat otwarty dla refleksji, dyskusji i twórczego podejścia w poszukiwaniu nowych form zdobywania funduszy i nowych form skuteczniejszej akcji solidarności.

Był to i pozostaje temat mocno zakorzeniony w kulturze wielu dzieł, a nawet Prowincji, i zadaniem wszystkich jest starać się o dalszy jego rozwój; prawdopodobnie nowe środki przekazu będą drogą do pokazania tego trudu, przede wszystkim celem wzmocnienia związania się tych osób z dziełem.

5.3.6.4. Wolontariusze. Zakon zawsze umiał poruszać się w świecie altruistycznej współpracy, w jednych przypadkach będącej wyrazem solidarności, a w innych wyrazem miłości chrześcijańskiej.

Nasz Założyciel zdołał rozwinąć swoje dzieło dzięki wielkodusznej współpracy wielu ludzi; jednych poprzez pomoc finansową – dobroczyńcy – inni poprzez dobrowolną bezpłatną pracę i wysiłek.

Zakon potrafił odpowiedzieć na nowe ruchy wolontariatu; nawet w niektórych konkretnych krajach był pionierem we włączaniu wolontariuszy do ośrodków. Winien jednak ustawicznie dostosowywać się i być na bieżąco, by nie pozostać w tyle z przestarzałymi ideami i strukturami.

Każdy ośrodek jest inny i potrzeba rozwijać twórczą postawę, oryginalność w zakresie wolontariatu. Różnorodność w tym przypadku może być dowodem wzbogacenia się.

Proces ukierunkowania i doboru kandydatów w profilu wolontariatu, ich zadań w ośrodku, czas przez nich poświęcany, wymagana formacja, itd. stanowią temat do przedyskutowania w Zakonie i w każdym ośrodku.

Podobnie może nadszedł czas, że Stowarzyszenia Wolontariuszy i ich członkowie będą mieli możliwość wyrażenia swych uwag zarządowi ośrodka; mogą oni mieć inne spojrzenie na to, co dzieje się w centrum; byłoby dobrze poznać te poglądy przy pomocy odpowiedniego medium.

5.3.6.5. Kościół lokalny. Stanowimy Instytucję wyjętą spod władzy miejscowego Ordynariusza; jest to punkt wyjścia, który winniśmy mieć na uwadze. Lecz jest także oczywiste, że jeśli Zakon chce wnieść znaczny wkład w nadchodzący wiek, winien to czynić w skoordynowanym i wspólnym wysiłku z Kościołem.

Jeżeli wszyscy jako lud Boży stanowimy Kościół i wszyscy jesteśmy wezwani do tworzenia części tego ludu, winniśmy się zastanowić, w jaki sposób umożliwić to działanie ludu Bożego. Miejscem, w którym jest łatwiej to wyrażać, jest diecezja i wspólnota parafialna.

Może będzie potrzebny długi okres czasu, byśmy jako pasterze, zakonnicy i świecy związali się z tym samym projektem.

Nie chodzi o wyrzeczenie się tożsamości ani projektów duszpasterskich; każdy na swoim miejscu winien pracować nad wspólnym projektem duszpasterskim; w przeciwnym razie albo nie będzie on wspólny, albo nie będzie projektem.

5.3.6.6. Administracja publiczna. Nasze dzieła w swojej działalności mają ukierunkowanie publiczne i w wielu miejscach udało się je włączyć do publicznej służby zdrowia lub służb socjalnych.

Sytuacja ta pociąga za sobą bardziej ułożone stosunki z administracją publiczną, co pozwala nam mieć dostęp do informacji na temat aktualnej sytuacji, projektów i planów na przyszłość i co nam pozwala informować o naszej sytuacji i naszych projektach.

Należy rozwijać te stosunki i związki z administracją publiczną; z naszej strony będzie to wymagać uczciwości, jasności i jawności. Uczciwości jako wyrazu zgodności z naszymi zadaniami, których bronimy, jasności naszego stanowiska i naszych dążeń; wreszcie jawności naszych kryteriów co do przeznaczenia środków, które otrzymujemy.

W tym, co się tyczy stosunków instytucjonalnych, Zakon winien się zastanowić nad rolą, jaką mu wypada zajmować. Mamy tu dwa skrajne niebezpieczeństwa: żeby te stosunki nie stały się dla nas pułapką i żeby nie dopuścić, aby w dynamice, którą one pociągają za sobą, z biegiem czasu nie rozmyła się nasza tożsamość; albo odcięcie się od nich i dopuszczenie do tego, że ośrodek i jego projekt opiekuńczy rozmyją się z powodu oderwania od rzeczywistości.

Jedna rzecz jest oczywista: objęcie funkcji stosunków instytucjonalnych wymaga dostatecznie szerokiej formacji profesjonalnej, ludzkiej i religijnej; w przeciwnym przypadku nasza obecność byłaby przeciwwskazana; jeszcze jedna rzecz jest oczywista: jeżeli chcemy coś powiedzieć, winniśmy to powiedzieć w języku naszego społeczeństwa.

5.3.7. Ocena

Aby być wiernym posłannictwu, ażeby realizować i odnawiać posłannictwo, wypada, żebyśmy co pewien czas przyjrzeni się, w jakiej mierze wprowadzamy w życie nasze plany działania.

Winniśmy zobaczyć, jak w zarządzaniu, w kierownictwie i w opiece wcielamy filozoficzne zasady Zakonu i jego ogólne kryteria.

5.3.7.1. Zwracanie uwagi na znaki czasu. Nasze społeczeństwo jest rzeczywistością bardzo dynamiczną; nauka znajduje się w ustawicznym rozwoju i codziennie pojawiają się nowe metody pracy, nowe techniki profesjonalne i nowe wyposażenia techniczne.

Przesłanie, zasada filozoficzna jest aktualna w miarę, jak jest przekazywana przez media, metody i techniki danej chwili; w przeciwnym przypadku nasza propozycja pozostaje bezużyteczną mową.

W tym procesie jest rzeczą niezbędną ocena odpowiedniości środków, które oferuje nam społeczeństwo, gdyż może się zdarzyć, że próbując osiągnąć większą skuteczność, posłużymy się środkami, które będą przeciwne filozofii Instytucji.

5.3.7.2. Odpowiedź na potrzeby człowieka i społeczeństwa. W tym ustawicznym rozwoju społeczeństwa również człowiek się zmienia; nie możemy odróżnić, czy zmiana społeczeństwa ciągnie za sobą człowieka, czy to zmiana człowieka pociąga za sobą zmianę społeczeństwa.

Pewne jest, że w tej wspólnej zmianie społeczeństwa i człowieka pojawiają się:

- nowe choroby, którym należy stawić czoła;
- nowe formy zachorowań człowieka, które wymagają od nas nowych metod opieki;
- nowe problemy rodzinne, którym winniśmy umieć pomagać, przyświecać, towarzyszyć;
- nowi potrzebujący, którzy wymagają od nas twórczej postawy i solidarności, jeżeli chcemy dać skuteczną odpowiedź;
- nowe formy braku solidarności, które domagają się nowych odpowiedzi solidarnej w płaszczyźnie instytucjonalnej.

Odpowiedzieć na potrzeby ludzi za pomocą aktualnych mediów i form, zachowując styl i wartości Zakonu, być wiernymi Nowemu Szpitalnictwu jako syntezie naszego apostołskiego projektu.

6. FORMACJA, SZKOLNICTWO I BADANIA

6.1. Formacja

6.1.1. *Formacja techniczna, ludzka i charyzmatyczna*

Prócz tego, co powiedzieliśmy w innych rozdziałach niniejszego dokumentu, chcemy tutaj podkreślić niektóre szczególne aspekty odpowiedzialności za nowoczesną formację członków Zakonu i Współpracowników. Nie będziemy tu podkreślać potrzeby formacji ludzkiej skierowanej ku pobudzaniu do poznawania samego siebie i pogłębianiu tego wszystkiego, co jest związane z człowiekiem i społeczeństwem, niezbędnej, aby być czynnikiem humanizacji w dziełach Zakonu.

Niektóre znamiona naszych czasów są określa tempo rozwoju nauki w ogólności, a biomedycyny w szczególności; szybkość i łatwość komunikacji; globalizacja problemów; mentalność naukowo-techniczna w ujmowaniu rzeczywistości i koncepcji człowieka – redukcjonizm naukowy; fundamentalizmy religijne – redukcjonizm duchowy; stwierdzenie, że jedyny kryterium etycznym, które możemy uważać za przyjmowane globalnie, przynajmniej w płaszczyźnie teoretycznej, jest poszanowanie godności osoby ludzkiej, co wymaga tego, by jej nie traktować jako narzędzie do osiągnięcia jakiegoś celu, chociażby wydawał się najwznioślejszym. Fakt ten nie jest nowy, nabiera jednak szczególnej wagi w stosunkach zawodowych służby zdrowia z osobą chorą.

Od 70 lat jesteśmy bowiem świadkami bardzo głębokiej zmiany stosunku lekarz-pacjent, która wystąpiła w ostatnich wiekach wraz z nabywaniem stopniowo świadomości, że pacjent zdrowy umysłowo i wolny winien być uznawany za autonomiczny podmiot moralny w decyzjach dotyczących zdrowia. Na pierwszym miejscu jawi się właściwa informacja dla pacjenta. Również lekarz, przynajmniej w świecie zachodnim, utracił jedyną i dominującą rolę. Dzisiaj musimy mówić o stosunkach między ekipą opiekuńczą, pacjentem i otoczeniem społecznym. Dwuznaczny charakter niektórych technologii w dziedzinie postępu ludzkiego, których nawet jak najbardziej właściwe zastosowanie prowadzi do straszliwych konfliktów między wartościami życiowymi i wartościami duchowymi; wzrastająca w opiece rola pielęgniarstwa, techników w laboratoriach wymagają poważniejszej formacji aniżeli dawniej. Poziom opieki integralnej, czy to w szpitalach, czy w pogotowiu ratunkowym albo w ośrodkach socjalnych, znacznie zależy od stopnia formacji pracowników służby zdrowia.

Z jednej strony formacja techniczna i profesjonalna, a z drugiej strony formacja humanistyczna i etyczna, winny przebiegać równolegle przez cały czas ciągłej formacji, która przy uaktualnianiu wiedzy umożliwiającej prawidłową integralną opiekę zdrowotną, zgodnie z aktualnymi kryteriami, czasami będzie wymagać, żeby położyć większy nacisk na jeden aspekt, a czasami na drugi.

Zadaniem każdego Ośrodka winno być prowadzenie programów formacyjnych na wszystkich poziomach i na nie należy przeznaczyć odpowiednią część budżetu.

Podczas gdy uzupełnianie wiedzy naukowej i technicznej na ogół nie będzie wymagać nadmiernego wysiłku motywacyjnego, będzie potrzeba więcej motywacji do formacji

filozoficznej lub w zakresie charyzmatycznych kryteriów Zakonu Szpitalnego. Należy ją traktować jako wspaniałą okazję rozbudzania poczucia przynależności i jako narzędzie uaktualniania wartości, składające się na kulturę i tożsamość Zakonu, którą winno popierać kierownictwo ośrodków, włączając ją w pełni do planu formacyjnego ośrodka.

Jest rzeczą ważną, ażeby jedna osoba śledziła na bieżąco programy i eksperymenty realizowane w innym regionie, w innej części globu, aby mieć możliwość dostosowania ich do własnego miejsca i ośrodka. Zważywszy, że raczej do rzadkości należą wychowawcy potrafiący zrozumieć i pogodzić problematykę lekarską z dziedzinami współczesnej myśli filozoficznej, teologicznej, duszpasterskiej, będzie trzeba poczynić wysiłki, aby utworzyć ekipy ze specjalistami z różnych przedmiotów oraz wypracować wspólny program. Program ten winien być realistyczny, skuteczny i owocny. Tę funkcję doskonale mogą pełnić komitety etyki szpitalnej.

W czasach, kiedy Kościół szczególnie przeżywa potrzebę ‘dialogu międzyreligijnego’, ażeby w ślad za Vaticanum II, synowie Kościoła „uznawali, chronili i wspierali dobra duchowe i moralne, a także wartości społeczno-kulturalne [innych religii] i wspólnie strzegli i rozwijali sprawiedliwość społeczną, dobra moralne oraz pokój i wolność”^{lxxxix}, okazuje się rzeczą niezbędną, ażeby prócz odpowiedniej formacji profesjonalnej i technicznej, zadbać o poważniejszą formację w dziedzinie charyzmatu Zakonu, filozofii i teologii, zwłaszcza skoncentrowanej na osobie i tajemnicy Jezusa Chrystusa.

Wielkie prądy myśli filozoficznej^{lxxx} i teologicznej winny być podstawowymi filarami w formacji, w której charyzmat Zakonu i jego głęboka znajomość winny zawsze inspirować postawy i postępowanie na korzyść ubogich i potrzebujących.

W ten sposób będzie można nawiązywać poczwórny dialog niezbędny w sytuacji pluralizmu religijnego^{lxxxi}:

- Dialog życia, w którym ludzie starają się żyć w duchu otwartości i dobrego sąsiedztwa, dzieląc się swymi radościami i cierpieniami, swoimi problemami i troskami ludzkimi.
- Dialog działania, w którym chrześcijanie i pozostałe osoby współpracują w zakresie integralnego rozwoju i wolności ludzi.
- Dialog doświadczenia religijnego, w którym ludzie zakorzenieni we własnych tradycjach religijnych dzielą się swymi wartościami religijnymi, na przykład w tym, co się tyczy modlitwy i kontemplacji, wiary i dróg poszukiwania Boga i Absolutu.
- Dialogu teologicznego, w którym eksperci starają się głębiej zrozumieć poszczególne spuścizny religijne i doceniają własne wartości duchowe.

6.1.2. Komitety Etyki jako narzędzie formacji.

Chociaż ten temat poruszaliśmy w V rozdziale tego dokumentu, spojrzymy na niego z punktu widzenia badań i formacji, które prowadzą te komitety.

W dziedzinie klinicznej słowo bioetyka zostało związane z pojęciem dialogu interdyscyplinarnego jako metody pracy i od roku 1978 z normalnymi zasadami współczesnej bioetyki: z autonomią, pożytecznością, szkodliwością i sprawiedliwością. W świetle

antropologicznych wzorców personalizmu o inspiracji chrześcijańskiej, stanowią one przykład zasady poszanowania godności osoby ludzkiej, służenia dobru pacjenta rozpatrywanego integralnie oraz solidarności.

Potrzeba zapewnienia ochrony istot ludzkich, uczestniczących w eksperymentach lub badaniach klinicznych oraz znaczenie i naukowa poprawność protokołu badań zapoczątkowały instytucjonalizację kompetentnych komitetów celem wypełnienia tych zadań. Są to Komitety Etyczne Badań Klinicznych oraz Komitety Bioetyki. W literaturze amerykańskiej terminom tym odpowiadają: Institutional Review Boards i Institutional Ethics Committee. Te ostatnie nazywają się także Clinical Ethics Committees.

Komitety Etyczne Badań Klinicznych mają odmienny skład, funkcjonowanie i legalny status w różnych krajach. Wszystkie one winny szanować i czuwać nad wypełnianiem określonych Norm Dobrej Praktyki Klinicznej. Decyzje tych komitetów są prawnie wiążące. Członkowie Komitetu Etycznego Badań Klinicznych winni posiadać kwalifikacje do rewizji projektów badawczych, oceniając na pierwszym miejscu, czy dysponuje się dostatecznymi danymi naukowymi, badaniami farmakologicznymi i toksykologicznymi na zwierzętach, które by zagwarantowały, że ryzyka, jakie niesie z sobą proponowany eksperyment dla danej osoby, są dopuszczalne, a osoba ta została właściwie poinformowana i dobrowolnie bierze udział w eksperymencie. Do innych aspektów, które trzeba wziąć pod uwagę, należą: zważenie czy problem, który chce się badać jest ważny czy banalny; czy zaproponowany projekt eksperymentu odpowiada zakładanym celom; czy istnieje pewność, że pokryje się straty i szkody, które jako konsekwencja eksperymentu klinicznego mogą wynikać dla osoby, na której miano by go przeprowadzić.

Nie ulega wątpliwości, że udział w tych komitetach ma znaczenie pedagogiczne i jest wzbogacający. W każdym bądź razie dialog bioetyczny w szpitalach ma ważną rolę pedagogiczną w dyskusji komitetów etyki opiekuńczej nad konkretnymi przypadkami. Wspomniane komitety ze względu na skład interdyscyplinarny, metodologię informacji formacji, ze względu na wzajemny szacunek, wagę przypadków do przedyskutowania, potrzebę znalezienia rozwiązań pojawiających się konfliktów wartości oraz ustalania w jakiś sposób norm postępowania w podobnych przypadkach same w sobie są formacyjne.

Funkcja szkoleniowa jest bardzo ważna. Na pierwszym miejscu jest to „locus” formacji własnych członków komitetu. Na drugim, chociaż bardzo ważnym, miejscu mamy programowanie szkolenia bioetycznego w Prowincji, w Ośrodkach, i jego wprowadzanie. Dialog interdyscyplinarny jako metodologia pracy jest niezbędny. Na ogół podejmowanie decyzji winno być za zgodą etyczną a nie ze względów czysto strategicznych. Konsultanci do konkretnych przypadków – lekarze, pielęgniarki, psychologowie... – winni być członkami „ad hoc” w dyskusjach komitetu, ażeby decyzje miały moc moralnie wiążącą. Skład członków komitetu może się zmieniać w zależności od szpitala, ośrodka opiekuńczego lub socjalnego.

W ostatecznej instancji komitety etyki opiekuńczej stanowią coś tak dawnego jak sama konsultacja kolegiarna i coś tak stosunkowo niedawnego, jak zaprowadzenie ekip leczniczych oraz medycyny zwróconej na pacjenta traktowanego jako autonomiczny podmiot, który nie traci swych praw przez fakt bycia hospitalizowanym. Komitety funkcjonujące właściwie mogą

być skutecznymi narzędziami celem określenia „lex artis” szpitala z odpowiednimi implikacjami prawnymi.

Komitet winien ustanowić, jaki jest system wartości odwoławczych w przypadku konfliktu: inspiracja chrześcijańska; prawa człowieka; zawodowe kodeksy etyczne, krajowe lub międzynarodowe, itd. Komitet etyki opiekuńczej winien być przebadany pod względem spójności swoich decyzji.

Jest rzeczą nieuchronną zapewnienie funkcjonowania komitetu w różnych sprawach, wśród których szczególne znaczenie ma komitet dla rozwiązywania pilnych przypadków.

W tym punkcie chcemy uściślić niektóre aspekty. Uważamy za ważną rzecz na pierwszym miejscu analizowanie niezbędnych przesłanek dla poprawnego podejmowania decyzji etycznej: a) właściwej historii klinicznej; b) kompetencji profesjonalnej do naukowego dyskutowania nad przypadkiem klinicznym; c) kontroli jakości.

Po ustaleniu problemu klinicznego i możliwych alternatyw leczenia przechodzi się do rozpatrzenia etycznych wymiarów, które dotyczą problemów związanych z jakością życia, z punktu widzenia profesjonalnego i z perspektywy pacjenta / rodziny, których systemy wartości należy szanować. W medycynie, która uważa się za integralną, winny być brane szczególnie pod uwagę czynniki pozakliniczne, głównie ekonomiczno-społeczne.

Przyzwolenie ze strony osób trzecich w przypadku niezdolności pacjenta, dotyczy problemów bardzo trudnych do rozwiązania w neonatologii, psychiatrii, u chorych w stanie śpiączki, u niepełnosprawnych umysłowo, itd. W tych przypadkach, gdzie często występuje problematyka graniczna, okazuje się szczególnie pożyteczny komitet etyki opiekuńczej w służbie medycyny o wysokiej jakości naukowo-technicznej i ludzkiej.

Formacja do rozwiązywania konfliktów w badaniach klinicznych wymaga następujących podstawowych elementów: 1) zdolności i kompetencji profesjonalnej aby można było zrozumieć problem postawiony z perspektywy w której dana osoba pracuje; 2) zastanowienia się nad własną postawą etyczną i nad minimum jej racjonalnego uzasadnienia. Tu należy poczynić rozróżnienie między faktem samym w sobie (zgodna postawa w życiu między być i działać) a możliwością jego interpretacji. Ta winna się opierać na programach formacji z antropologii i etyki filozoficznej i/lub teologicznej. 3) Metodologii do rozwiązywania konfliktów w klimacie dialogu, który nie wyklucza konfrontacji.

Tu odnosimy się jedynie do ostatniego punktu. Nie ulega wątpliwości, że wcześniej wymienione zasady bioetyczne są narzędziami pedagogicznymi, które okazują się pożyteczne w dialogach komitetów etyki opiekuńczej. W dyskusji nad zasadami, które wchodzą w konflikt, i ich hierarchią rozwiązanie problemów może koncentrować się na konkretnym przypadku (na przykład priorytet zasady autonomii lub zasady pożyteczności) czyli na analizie kazuistycznej. Uważamy, że to jest najodpowiedniejsze w dyskusji nad przypadkami klinicznymi.

6.2. Nauka

6.2.1. Nauka – stałą cechą Zakonu

Nauka w Zakonie zakorzeniona jest w Założycielu, św. Janie Bożym, który, *zanim zaczął nauczać, sam dał się nauczać*: w Guadalupe – jak mówi powiedzenie z końca XV wieku, znane w całej Hiszpanii: „Obyś nie musiał przez całe życie odbywać praktyki anatomii w Guadalupe...”.

„Guadalupe kształtuje jego poglądy naukowe i charytatywne; najnowsi badacze wysoko oceniają poziom ‘Szkół Medycyny’... , która posiadała narzędzia nieznane jeszcze w żadnym szpitalu Hiszpanii oraz zapewniała *lekcje teoretyczne i praktyczne* dla początkujących”^{lxxxii}.

Pierwszy naśladowca św. Jana Bożego, Antón Martín, był szczególnie wyczulony na naukę. Około roku 1553 nosił się z myślą założenia w Madrycie „Szkół Cyrulików Młodszych” dla swego szpitala „Miłości Bożej. Zrealizował ją jego następca, Pedro Delgado^{lxxxiii}.

„Ta Szkoła Chirurgii zdobyła wielkie uznanie i wielu chciało praktykować w jej klinikach i pobierać nauki..., zwłaszcza *osoby, które pragnęły przygotować się do egzaminu przed Trybunałem Lekarskim jako chirurdzy*. Szpital Antona Martina był jedynym szpitalem w Madrycie, który uczył różnych specjalności medycznych”^{lxxxiv}.

W miarę jak Zakon zaczął się szerzyć, najpierw w Hiszpanii, a następnie w Europie i Ameryce Łacińskiej, wreszcie na wszystkich pięciu kontynentach, zawsze starał się rozwijać pedagogię szpitalną. Jego nauczania, co prawda, było głównie *bardziej ustne aniżeli spisane*, w języku praktycznym, dostępnym dla wszystkich. Ale opracował on także ważne *podręczniki* z różnych specjalności.

Zakon dawał wyraz swojej trosce o nauczanie w wielu zakładanych szkołach o różnym poziomie kształcenia.

6.2.2. Szkolenie – nakazem aktualnym

W roku 1956 Światowa Organizacja Zdrowia określiła szpital jako m. in. „*ośrodek kształcenia personelu medycznego, opiekuńczego i badawczego*”.

Od tego czasu wszystkie państwa w swoim ustawodawstwie o służbie zdrowia traktują szkolenie jako imperatyw: nie ma takiego systemu opiekuństwa, który by nie poświęcał szkoleniu szerokiego miejsca. Nauczanie tego, co się robi dzień po dniu i przekazywanie tego wspólnocie – za pomocą któregoś z licznych środków przekazu, którymi dysponujemy – jest takim samym zadaniem jak pielęgnacja, zapobieganie i badanie.

W ramach struktury opiekuństwa szkolnictwo nabiera coraz większego znaczenia. Jeżeli nie będziemy pokazywać społeczeństwu w postaci nauczania tego, co robimy, nie odpowiemy w żywy sposób na to, czego inni od nas wymagają. Stąd obowiązek przewidywania w rocznych budżetach ośrodków należytej części na szkolnictwo oraz wola potwierdzania wobec instytucji publicznych i/lub prywatnych, iż jesteśmy otwarci na „powołanie nauczycielskie”, które tkwi u samych początków Instytucji.

W wymiarze przyszłości szkolnictwo należy do obowiązków każdego Ośrodka. Będzie to uwierzytelnienie naszej umiejętności bycia w społeczeństwie. Podstawowy element zapewnienia jakości opieki, który wymaga wysiłku. Zadanie nauczania wszystkich myślenia i działania w nowy sposób dla dobra cierpiącego człowieka.

6.3. Badania

6.3.1. Przekazywanie optyki Zakonu.

Opiekuńcza, techniczna i naukowa działalność Zakonu Szpitalnego przyniosła w ciągu pięciu wieków różnorodny i cenny wkład na rzecz zdrowia i życia. Sam Jan Boży za radą swego nauczyciela Jana z Avila rozpoczął swoją „przygodę szpitalniczą” od kształcenia się w Baeza i Guadalupe. Jak twierdzą niektórzy, ojciec nauczyciel, znany z zainteresowań naukowych, doskonale znał szpitale w Guadalupe prowadzone przez ojców Hieronimów i posłał tam Jana jako pielgrzyma i ucznia szpitalnego, aby się dowiedział, jak funkcjonuje szpital^{lxxxv}. Po powrocie z Granady zrealizował swój projekt służby chorym. Historia, z uwagi na jego wkład w opiekę, zorganizowaną w dwóch szpitalach z awangardowymi metodami na owe czasy, uznaje go jako Założyciela nowoczesnego szpitala.

W procesie rozwoju dynamicznego dziedzictwa św. Jana Bożego w czasie i przestrzeni Bracia i Współpracownicy Szpitalni doskonalili jego metody, gromadząc swoje doświadczenie i poszerzając wiedzę. „Można ogólnie powiedzieć, że rozwój Zakonu odzwierciedla rozwój psychiatrii i neurologii”^{lxxxvi}.

To Bracia Szpitalni założyli pierwszy szpital dla epileptyków w całej Europie^{lxxxvii}. Począwszy od pierwszych szpitali dopełniali swój trud leczenia działalnością formacyjną: z tegoż wieku XVI mamy wiadomość o pierwszych szkołach dla chirurgów założonych przy szpitalach Zakonu^{lxxxviii}. Szkoły z chemii, farmacji, medycyny i pielęgniarstwa powstały i zaczęły działać w czasach późniejszych.

Z drugiej strony wybitni bracia i inni mniej znani, byli lekarzami, chirurgami, dentystami, pielęgniarzami, niektórzy stanowią wspaniałe przykłady związku między charyzmatem szpitalniczym a duchem naukowym i badawczym^{lxxxix}.

Zakon Szpitalny jest instytucją o wielowiekowej obecności w świecie służby zdrowia i służb socjalnych; dlatego może i powinien sprzyjać dążeniu do ciągłego doskonalenia opieki przez popieranie badań. Nie rezygnując z żadnej dziedziny badań, może najważniejsze winny dotyczyć opieki integralnej, humanizacji, bioetyki w dziedzinach klinicznych, epidemiologii, zarządzania i nauczania, zarówno w zakresie medycyny jak i pielęgniarstwa, duszpasterstwa, dialogu międzyreligijnego w zakresie służby ubogim i potrzebującym, wartości instytucji w ogólności, itd.

Twórcze pogłębienie tego dokumentu, jakość zasobów ludzkich, jakimi się dysponuje w każdej sytuacji i motywacja współpracowników w rozwoju wymiaru innowacyjnego Zakonu Szpitalnego, który charakteryzował go w ciągu wieków, winny wyznaczać kierunki pracy, które wydają się najodpowiedniejsze.

6.3.2. Popieranie badań w Trzecim Świecie

Ciągły postęp nauki i zaangażowanie pracowników służby zdrowia nie tylko w działalność o charakterze opiekuńczym ale także o charakterze eksperymentalnym, sprawiają, że konieczne jest dzisiaj popieranie badań. Postęp medycyny poprzedziła odpowiednia i szeroka działalność

badawcza (teoretyczna, laboratoryjna, na zwierzętach i na człowieku). Dlatego integralna pomoc choremu i potrzebującemu wymaga koniecznie przejścia przez te wstępne fazy.

Chociaż tradycyjnie działalność Zakonu polegała głównie na bezpośredniej opiece nad chorymi i potrzebującymi, w obliczu nowych faktów społecznych i zdrowotnych jako niezbędny warunek jawi się badanie, kiedy nie czeka się na „innych” specjalistów, lecz w pełni podejmuje się prace badawcze, które można wykonywać i rozwijać w Ośrodkach.

To dzieje się już od szeregu lat z wielkim dobrodziejstwem dla chorych i z zadowoleniem ze strony współpracowników całkowicie włączonych w kręgi badań międzynarodowych i uczestniczących w „postępie zdrowotnym”, którym zainteresowana jest cała wspólnota.

Do zasadniczych środków realizacji tej działalności należą: doświadczenie kliniczne, zjazdy instytutów badawczych, związanie się z międzynarodowymi programami badawczymi, konkretna i wyłączna kwalifikacja niektórych współpracowników w tej dziedzinie.

Celem owocniejszego rozwoju badań można także utworzyć stowarzyszenia, które mają na celu ich prowadzenie bardziej organiczne, skoordynowane i interdyscyplinarne, również z wkładem specjalistów „zewnętrznych” w Ośrodku.

Szczególny problem dotyczy przeznaczenia środków finansowych. Nie chodzi tu o środki „zabrane” choremu, lecz przeciwnie, o środki spożytkowane dla jego leczenia, chociaż one nie zwracają się bezpośrednio, gdyż często w pierwszej chwili wydaje się, że włożone środki nie przyniosły oczekiwanych wyników.

Właśnie dlatego Zakon nie tylko docenia i popiera badania eksperymentalne w swoich Ośrodkach lecz może także popierać instytucje, których właściwym zadaniem jest prowadzenie badań. Należy to mieć na uwadze, gdy na to pozwala specyfika określonego Ośrodka, także przy przygotowywaniu odpowiednich umów z rządami, które przeznaczają na badania część (choćby skromną) swoich budżetów.

7. INTEGRALNOŚĆ OSOBY JAKO PODSTAWA DZIAŁANIA

7. 1. Integralność jako projekt życia

7.1.1. *Życ według wartości, które kształtują człowieka*

Przez integralność osobową rozumiemy zalety moralne osoby, której postępowanie jest zgodne z wyznawanymi przez nią zasadami i wartościami: „*Operari sequitur esse*” (działanie podąża za istnieniem). Integralność ta wymaga niepodzielnego serca, prawości w działaniu i wierności pośród prób i trudności. W ostateczności należy powiedzieć, że człowiek integralny jest człowiekiem, który żyje zgodnie z przykazaniem miłości, danym nam przez Jezusa: „Kochajcie się wzajemnie, jak Ja was umiłowalem”.

Jedność umysłu i serca, harmonia między odczuwaniem i działaniem wymaga bardziej lub mniej długiego procesu dojrzewania ludzkiego, psychologicznego i duchowego, w zależności od jednostki, stopnia jej powołania do służby i wielkoduszności jej odpowiedzi. Działanie w zjednoczeniu z Bogiem, według charyzmatu św. Jana Bożego jest zadaniem całego życia.

Jeżeli w naszym działaniu kierujemy się tylko lub przeważnie użytecznością społeczną, skutecznością, eliminując wymiar świadectwa miłości do Chrystusa, według charyzmatu św. Jana Bożego, burzimy naszą integralność jako projekt życia i nasze dzieła nie będą miały siły ewangelizacyjnej, którą winny posiadać. Jest się osobą integralną przez to, kim się jest, co się mówi i czyni.

7.1.2. *Człowiek świadkiem Transcendencji Miłości*

Przeznaczeniem człowieka jest życie Boże: „*Inquietum est cor meum donec requiescat in Te*” (niespokojne jest moje serce, dopóki nie spocznie w Tobie). Naśladowanie Jezusa Chrystusa, pełnia objawienia Bożego jest drogą człowieka do pełni realizacji samego siebie. Naśladowanie Jezusa Chrystusa w stylu św. Jana Bożego, utożsamiając się z ubogimi i potrzebującymi jest wzorem Zakonu Szpitalnego.

Bezwarunkowe oddanie się innym jako znak miłości Bożej wymaga pewnego stopnia dojrzałości ludzkiej i duchowej: Wewnętrzne doświadczenie Boga, przekonanie, iż Bóg nas kocha, znajomość siebie samego i akceptacja samego siebie stanowią warunki uzyskania tożsamości, ufności i wolności, które są niezbędne dla apostołstwa. Modlitwa jest niezbędna celem ożywiania, zjednoczenia i integrowania życia duchowego i działalności.

Doświadczenie miłosierdzia Bożego wobec nas i bezwarunkowej miłości Boga daje nam miarę miłości i stosunku, jaki winniśmy żywi wobec potrzebującego, pomagając mu budować jego życie i cenić swoją godność oraz odkrywać jemu jego własną zdolność do miłości. Doświadczenie bezwarunkowej miłości pomaga ludziom w odkrywaniu ich własnego powołania jako dzieci Bożych.

Ewangelia Chrystusowa ukazując człowiekowi jego cechę jako osoby wolnej, powołanej do komunii z Bogiem powoduje uświadomienie sobie głębi wolności ludzkiej. Wyzwolenia od

wszelkiej niewoli, wyzwolenia od grzechu, wyzwolenia do głoszenia Ewangelii, wyzwolenia do wzrastania w wolności według Ducha.

7.2. Sumienie jako motor naszego działania

W głębi swego sumienia człowiek odkrywa istnienie prawa, którego on sobie nie narzuca, ale któremu winien być posłuszny, i którego głos rozbrzmiewa, kiedy trzeba, w głębi serca, zwracają mu uwagę, iż winien kochać i czynić dobro i że winien unikać zła; zrób to, unikaj tego. Gdyż człowiek ma w swoim sercu wypisane prawo Boże, dla którego posłuszeństwo stanowi o godności człowieka i na podstawie którego będzie osobiście sądzony^{xc}.

Godność osoby ludzkiej zakłada i wymaga prawości sumienia moralnego. Sumienie moralne obejmuje poznawanie zasad moralności („sinderesis”), ich zastosowanie do konkretnych sytuacji przez praktyczne rozpoznawanie prawdy i dobra i wreszcie osąd konkretnych czynów, których należy dokonać lub już się popełniło. Prawa o dobru moralnym zawarta w prawie rozumu jest poznawana praktycznie i konkretnie przez roztropny nakaz sumienia. Roztropny jest człowiek, który kieruje się tym nakazem lub osądem^{xc1}.

Człowiek ma prawo do działania w sumieniu i wolności, ażeby osobiście podejmować decyzje moralne. „Nie wolno więc go zmuszać, by postępował wbrew swojemu sumieniu. Ale nie wolno mu też przeszkadzać w postępowaniu zgodnie z własnym sumieniem, zwłaszcza w dziedzinie religijnej”^{xcii}.

Światłem na naszej drodze kształtowania sumienia jest Słowo Boże; winniśmy je przyswajać sobie w wierze i modlitwie oraz wcielać je w życie. Winniśmy także badać nasze sumienie, wpatrując się w krzyż Pana. Wspierają nas dary Ducha Świętego, pomagają nam świadectwo i rady innych i kieruje nami powaga nauczania Kościoła.

W sytuacji trudnych problemów, kiedy konkretne przypadki wymykają się etycznym normom wypowiedzi Magisterium, może nam przynieść światło refleksja osobista i wspólnotowa, której wyrazem są komitety etyczne. W przypadkach szczególnie konfliktowych, kiedy jest niezbędna hierarchizacja wartości wchodzących w konflikt, istotnymi warunkami oceny postępowania są kompetencja zawodowa; uległość i szacunek dla Magisterium, duch dialogu.

Zważywszy, że najważniejsze problemy etyczne prawa naturalnego nie mają wyraźnej odpowiedzi w Piśmie świętym, należy kłaść nacisk na przekonujące uzasadnienie rozumowe, które nie opiera się na argumentach z autorytetu. Bez tego warunku będzie coraz trudniej człowiekowi współczesnemu, świadomemu swojej autonomii i odpowiedzialności, w sposób wolny wyrazić swoją zgodę.

7.3. Sumienie i prawość moralna

7.3.1. Służba człowiekowi choremu i potrzebującemu jako „conditio sine qua non”.

Termin „sługa”, używany przez pierwszą wspólnotę kościelną, formalizuje i określa sytuację wierzącego, który z miłości oddaje się do dyspozycji swoich braci. Ta postawa jest jeszcze bardziej widoczna w trosce wspólnoty kościelnej o chorych i potrzebujących.

W gruncie rzeczy najbardziej autorytatywni świadkowie przeszłości (przysięga Asafa, modlitwa Majmonidesa, przysięga Hipokratesa, itd.) podkreślali etyczny obowiązek służenia pracownika służby zdrowia, a sama idea służby socjalno-zdrowotnej jest wspólna wielu systemom ideowym i kulturalnym. W chrześcijaństwie jednak idea ta nabiera szczególnej wagi przez odniesienie do Chrystusa, „diakona” Ojca wobec ludzi, sługi Bożego w służbie braci. Polikarp (koniec I wieku) nazwie Go „diakonem, sługą wszystkich”.

Właśnie dlatego w Zakonie, który szpitalnictwo uczynił swoim szczególnym charyzmatem, wymiar służenia staje się czymś, czego nie można się wyrzec i co wyraża rację bytu jego własnych dzieł i wewnętrzną postawę współpracowników.

W tej perspektywie liczne różne powołania stanowią charyzmatyczne bogactwo. W ten sposób sytuacje życiowe, stany życia, środowisko pracy stają się okazjami do „posługi”. Tam, gdzie zaangażowanie zawodowe i życiowe pociąga za sobą bezpośrednie uczestniczenie w egzystencjalnych potrzebach drugiego człowieka, jak to jest w przypadku Zakonu Szpitalnego, służba staje się prawdziwą wytyczną działania.

7.3.2. Stopnie osobistego zaangażowania w posłannictwo Zakonu

7.3.2.1. Bracia. Są to, jak wiadomo, osoby najbardziej radykalnie zaangażowane w Zakon przez swoją profesję zakonną. Termin ten (profesja) stosuje się także na określenie pracy zawodowej. Obie te sytuacje cechują trzy wymiary: otwarcie i formalnie zadeklarowana wiara w rzeczywistość egzystencjalną, którą się obiera, przynależność do szczególnej grupy społecznej, która tę rzeczywistość zamieni w rację swego istnienia; zobowiązanie do wyrażania w życiu wyznawanej rzeczywistości.

Pierwszy wymiar – wiara – dotyczy sfery rozumowej i urzeczywistnia się, jeśli tak można powiedzieć, w „wierze w szpitalnictwo”. Nie można żyć ani działać w stylu św. Jana Bożego, czyli ucieleśniać konkretnie charyzmatu szpitalnictwa, jeżeli nie wierzy w to szpitalnictwo. Chodzi więc o odnowę świadectwa, które wypływa z głębi powołania, codziennie się odnawiając i codziennie na nowo wypowiadając własne „tak” dla szpitalnictwa.

Drugi wymiar – przynależność – dotyczy środowiska relacji, czyli poczucia przynależności, a konkretniej, wspólnotowego wymiaru swego życia. Życie jest przede wszystkim zwierciadłem powołania, które, nie usuwając wymiaru personalistycznego, w którym Bóg „wzywa nas po imieniu”, realizuje się we wspólnocie. Ponadto w jego odpowiedzi zawarta jest zgoda na szczególną przynależność wspólnotową, która się realizuje: w tym, co się tyczy jego życia, w organicznej strukturze Zakonu; w tym co się tyczy jego działania, w życiu braterskim i we wspólnym zaangażowaniu szpitalnym.

Wreszcie wymiar woli – zobowiązanie – wyraża się w profesji ślubów. W związku z tym należy podkreślić bardziej jego wymiar ofiarniczy aniżeli ascetyczny, traktując śluby bardziej jako „dar” aniżeli jako „wyrzeczenie się”. W tej perspektywie to zaangażowanie może stanowić przykład do naśladowania tych wartości również przez współpracowników, tworząc taki wymiar wspólnoty, który wykracza poza środowisko zwyczajnej pracy razem wykonywanej. W ten sposób Brat może dzielić ze świeckim posłuszeństwo jako akceptację sytuacji życia, u której podstawy można dopatrywać się woli Bożej; ubóstwo jako dar z dóbr doczesnych,

czasu, intelektu, serca; czystość jako ofiara z własnego ciała i specyficznych mocy mężczyzny i kobiety; i szpitalnictwo jako wyraz gościnności i służby osobie chorej i potrzebującej.

7.3.2.2. *Współpracownicy.* Do tego grona możemy zaliczyć tych wszystkich, którzy pracując w dziełach Zakonu i przy zachowaniu własnej tożsamości uczestniczą w inicjatywach i dziełach rozwijanych przez Zakon, służą jego celowi. „Różne są poziomy tego uczestnictwa: są osoby, które czują się bardzo związani z Zakonem przez duchowość; inne natomiast uczestniczą w nim, rozwijając jego posłannictwo. Ważne jest jednak to, że dar szpitalnictwa, otrzymany przez św. Jana Bożego stwarza między Braciami i Współpracownikami więź łączności, która dla obu może być bodźcem do rozwijania swego powołania chrześcijańskiego i do tego, aby być dla chorego i potrzebującego widzialnym znakiem miłosiernej miłości Boga”^{xciii}.

Niezależnie od swojej wiary współpracownicy naszych Ośrodków przyczyniają się określonej realizacji prac prowadzonych przez dzieło jako uczestnicy jego zadań. Podejmują oni z Zakonem stosunek zasadniczo pracowniczy, gdyż są w znacznej mierze wielkimi realizatorami służby pełnionej przez dzieło wobec społeczeństwa. Dzięki swej liczebności i obiektywnemu rozwojowi struktury wnoszą oni znaczący wkład w dzieła Zakonu, nie dążąc jednak do głębokiego uczestnictwa w jego charyzmacie w stylu i sposobach, które uważają za nie odpowiadające ich sytuacji życiowej. Szanując ich wartości i nie zniewalając ich sumień, byłoby jednak rzeczą wskazaną zapewnienie im wszystkich elementów niezbędnych, ażeby mogli podążać drogą, która z czasem może ich doprowadzić do dobrowolnego podjęcia bardziej bezpośredniego utożsamienia się z posłannictwem Zakonu.

Wrażliwi i bardziej zaangażowani współpracownicy, którzy pragną utożsamić się z posłannictwem Zakonu, w pełni uczestniczą w charyzmacie św. Jana Bożego, który w nich żyje i rozszerza się nie mniej aniżeli u Braci. Właśnie dlatego w gronie tych współpracowników zostały zrealizowane (i należy sobie życzyć aby nadal się realizowały) szczególne formy stowarzyszeniowe, które bardziej bezpośrednio wyrażają w stylu życia świeckiego posłannictwo Zakonu. W tej perspektywie współpraca między Braciami i Współpracownikami przestaje być okazjonalnym i spontanicznym faktem zasadniczej przynależności do życia Zakonu w sensie pełnej integracji.

Chodzi tu o perspektywę bardzo cenioną przez Kościół powszechny: „Dzisiaj dość liczne instytuty pod wpływem nowych okoliczności dochodzą do przekonania, że ludzie świeccy mogą mieć udział w ich charyzmacie. Są oni zatem zapraszani do głębszego uczestnictwa w duchowości i misji danego instytutu. Można powiedzieć, że w nawiązaniu do historycznych doświadczeń różnych zakonów świeckich i trzecich zakonów rozpoczyna się dziś nowy i bardzo obiecujący rozdział w dziejach realizacji między osobami konsekrowanymi a laikatem”^{xciv}.

8. BUDOWAĆ PRZYSZŁOŚĆ Z NADZIEJĄ

8.1. Wyzwania chwili

W refleksji nad przyszłością, a, właściwiej mówiąc, nad stosunkiem między duchem twórczym a duchem czasu, winniśmy zwracać uwagę na pewną sprzeczność i ją przewycięzać: czas, nad którym chcemy się zastanawiać, nie jest abstrakcyjną przestrzenią umysłową, lecz jest zdeterminowany przez chwilę obecną

Epoka, w której żyjemy, przygotowuje przyszłość: wartości, które stanowią podstawę naszego świadectwa, zawierają zarodki przyszłości. Dlatego zaangażowania i świadectwa nie można przenosić w domniemywaną przyszłość, co by nam utrudniało pełnienie naszych teraźniejszych obowiązków.

W trzecie tysiąclecie winniśmy wkraczać z odwagą powołania i z profetyczną odwagą podejmowania nowych ról i świadectw^{xcv}. W świecie Szpitalnictwa nadzieja jako zapowiedź zbawienia prowadzi do możliwej przyszłości tylko wtedy, gdy stwarza struktury zdrowotne, przyjmujące człowieka, który dzisiaj cierpi. Stwarzać – znaczy zapoczątkowywać i rozwijać procesy pobudzające wiernych do miłowania Boga i wyrażania ich miłości w czasie.

Wierzyć w szpitalnictwo oznacza ustawicznie pobudzać i dawać świadectwo żywej miłości do cierpiącego brata, miłości, która działa, która buduje. Ustawiczne zajmowanie się projektowaniem – myśleniem o przyszłości, bez stwarzania i wytwarzania NOWYCH RZECZY, może usadzić nas poza historią.

Natomiast epoka, w której żyjemy, nakazuje nam ocenę, a zatem wybór i dawanie konkretnych i właściwych odpowiedzi na problemy stawiane przez wzrastający pluralizm kulturowy, przez ruch praw człowieka, przez wyzwanie ekologii, przez starzenie się ludności, przez wzrost ubóstwa w dawnych i nowych formach, przez pragnienie pokoju i przez ograniczenie wydatków finansowych na funkcjonowanie państwa socjalnego.

Jak powiedzieliśmy w innych punktach tego dokumentu jako parametr naszej obecnej działalności zakonnej i zawodowej narzuca się bioetyka, ponieważ narzuca powszechny punkt widzenia naszej postawie i naszym wyborom, które zawsze zmierzają do rozwoju człowieczeństwa w człowieku.

Człowiek, jak poucza nas św. Jan Boży, nie jest nieznacznym przedmiotem w panoramie przyrody, lecz pierwotnym punktem odniesienia całego stworzenia^{x cvi}. Ażeby ukazać wizję przyszłości naszego szpitalnictwa, winniśmy dogłębnie rozpatrzyć wymogi potrzebującego człowieka, wiążąc etykę i duchowość z właściwą antropologią.

Dzisiaj, Bracia i Współpracownicy, winniśmy być prorokami nadziei, godności cierpiącego człowieka, miłości, która czasami zostaje zgaszona przez technikę i prawa rynku, które opanowały świat służby zdrowia i opieki.

W przeszłości bardzo często zastępowaliśmy lub wyprzedzaliśmy działania państwa; dzisiaj w obronie chorych i potrzebujących winniśmy wkraczać w te działania i do organizacji rynku

wraz z kulturą i duchem św. Jana Bożego. Zakon winien wprowadzać w życie nauczanie społeczne Kościoła, posługując się odpowiednimi technikami, które pozostawiają miejsce dla twórczej miłości i duchowości Zakonu.

To wszystko może prowadzić do przemyślenia obecności Zakonu w niektórych konkretnych dziełach, ale też może pozwolić na odnowę u początków tego tysiąclecia.

Budować przyszłość oznacza stanowić zaczyn w cieście ludzkości, nie godząc się na rolę niemych obserwatorów przez ograniczone okna, które czasami uważamy za cały świat.

Posłani do ewangelizacji świata służby zdrowia, głosimy, że pośród nas jest zbawienie i wyraża się ono w przyjęciu Chrystusa w postaci brata; całe dzieło szpitalne jest znakiem nadziei osiągnięcia prawdziwego zbawienia.

8.2. Prorocza moc szpitalnictwa

Aby praktykować nowe szpitalnictwo, winniśmy na nowo określić naszą obecność w świecie zdrowia, który się zmienia, wklajając nas w szaleńczy ruch, który zagraża zniszczeniem nas, nie chce pozwolić byśmy określili nasze projekty i strategie realizacji. Nie chodzi o „ratowanie dzieł” lecz o umożliwianie głoszenia Ewangelii przez praktykowanie Charyzmatu Szpitalnictwa jako służby Bogu w ludziach potrzebujących. Wysłuchawszy tylu wezwań do zmiany, dzisiaj jesteśmy wezwani do przezwyciężenia zmiany: winniśmy zapoczątkować proces mający doprowadzić do nowego odnalezienia się i do nowego odnalezienia Szpitalnictwa.

Pokładać nadzieję lub chcieć być „doskonałymi” w zmianie oznacza nie słuchać Boga, który przemawia przez naszą osobistą historię a nie tylko przez historię dzieł. Czas, dzień jutrzejszy nie będą działać na naszą korzyść, jeżeli nie będziemy odważnie i w pełni żyć dniem dzisiejszym.

Prorocza moc nie wyraża się po prostu w zdolności odczytywania znaków czasu, ale także i nade wszystko w umiejętności sprostania teraźniejszości i „odczytywania przyszłości” w perspektywie Bożej.

„Chociaż ze słownika Zakonu i jego projektów nie znikła odnowa i jest upragniona przez wszystkich, winniśmy wystosować usilny apel na temat jej potrzeby i szukać środków do jej realizacji”^{xcvii}.

Refleksja nad odnową w duchu proroczym każe nam myśleć o tylu rzeczach, które wymagają krytycznego odróżniania. Odnowienie szpitalnictwa oznacza zapewnienie jakościowych usług dla potrzeb ludzkich, poprawną ocenę środków finansowych, branie pod uwagę wymogów sprawiedliwości społecznej, dbałość o formację Braci i Współpracowników, dostosowanie struktur organizacyjnych...

Jako opcja priorytetowa narzuca się prawdziwy wysiłek „nowej formacji” Braci i Współpracowników. Nie możemy ograniczać się do formacji zaściankowej: potrzebne jest otwarcie się na cały świat. Narzuca się więc ocena różnorodnych doświadczeń Prowincji

Zakonu, z wymianą kulturową i pastoralną, celem nowego bodźca, nowego entuzjazmu, które potrafią natchnąć do nowej ewangelizacji i nowego szpitalnictwa.

To wszystko jednak może nie wystarczyć do zapoczątkowania prawdziwego ruchu innowacji, które by mogły przetrwać. Dlatego, kierując się prawdziwym umiłowaniem naszej charyzmatycznej posługi, nie powinniśmy się ograniczać do zwyczajnych propozycji poprawek w sytuacjach, które wykazały braki i niedostosowanie. Winniśmy sięgać do rdzenia problemów, ponownie zakwestionować to, co jest najtrudniejsze do zakwestionowania, czyli samych siebie jako osoby, jako Braci lub jako współpracowników, naszej mentalności, naszego sposobu patrzenia na wspólnotę szpitalną i na Ośrodki.

Bracia winni tworzyć nową kanwę wspólnoty, w której rola „właścicieli” równa się funkcji „animatorów, z większym przekonaniem i konsekwentnością otwierając się na tych, którzy chcą przyłączyć się do nich za pomocą ściślejszych więzów.

Odnowa wymagana przez nowe szpitalnictwo, ponowne odkrycie naszej obecności w dziedzinie zdrowia polega raczej na nowym ujęciu nie tylko widzialnych struktur lecz także niewidzialnych i kulturowych. Winniśmy myśleć o przemianie, która pozwoli na zachowanie w czasie osiągnięć, niezależnie od zmian zewnętrznego kontekstu zdrowotnego^{xcviii}.

Ostatecznym celem członków Zakonu Szpitalnego jest uobecnianie w swym apostołstwie miłości Chrystusa, który wzywa ich do poświęcenia swego życia ewangelizacji ubogich i chorych^{xcix}. Z perspektywy nowej ewangelizacji Kościół wzywa ich dzisiaj do sprawdzenia:

- czy ich apostołstwo posiada prawdziwy styl ewangelizacyjny we wszystkich swych postaciach;
- w jakiej mierze wspólnoty w swojej działalności apostołskiej są świadome swojej roli ewangelizacyjnej;
- do jakiej stopnia poszczególne jednostki widzą siebie i oceniają w wymiarze świadków Ewangelii;
- w jakiej mierze potrafią być animatorami kierującymi się Ewangelią i zakorzenionymi w niej, a równocześnie wrażliwymi na nauki o człowieku i organizacji
- do jakiego stopnia potrafiły zharmonizować wymiar apostołski z wymiarem kontemplacyjnym.

Wreszcie, jest rzeczą ważną, ażeby odkryli radość, która spowija proroka rozentuzjasmowanego tym, że usłyszał głos Boga: „Uwiodłeś mnie, Panie, a ja pozwoliłem się uwieść” (Jr 20,7).

Wspólny udział w zarządzaniu, wspólne dawanie świadectwa, wspólne posłannictwo i duchowość stanowią konieczny krok w pełnieniu posługi zdrowia i zbawienia, które w sposób proroczy głosimy cierpiącej ludzkości.

Winniśmy przekonać się w praktyce co do konkretnych rzeczy, że wprowadzenie współuczestnictwa dotyczy osób i narzuca zrewidowanie systemu hierarchicznego, który

często warunkował stosunki między Współpracownikami i Braćmi oraz pomiędzy samymi Braćmi.

Współuczestnictwo winno iść własną drogą, która dotyczy aspektów kulturowych i komunikacji, związanych z organizacją i wymaga dojrzewania bardziej nowoczesnych stosunków w przedsiębiorstwie-szpitalu i we wspólnocie szpitalnej.

Oznacza to, że wszyscy będą poddani ustawicznej konfrontacji w sprawie konkretnych problemów, jak wydajność, lepsze wykorzystanie struktur technicznych, jakość pracy i usługi, uznanie centralnego miejsca człowieka chorego. Należy ze wszelkich sił starać się o zadowolenie pacjenta, z taką samą pomysłowością i wytrwałością, z jaką dąży się do stworzenia zadowalającego środowiska pracy.

Współuczestnictwo może zwiększać zadowolenie pracowników i użytkowników, jeżeli będzie wsparte przez rozwój profesjonalny, przez system ekonomiczny bliższy wymogom współuczestnictwa, przez opiekę wrażliwą na duchową formację wszystkich w wierności charyzmatowi szpitalnictwa.

Co więcej, na innym poziomie współuczestnictwo pociąga za sobą większe szerzenie się informacji i większą komunikację interaktywną w stosunku do tego, co było dotychczas.

8.3. Ludzko-boska żywotność charyzmatu szpitalniczego

Nic nie może gwarantować nam sukcesu w obliczu przyszłych wyzwań lub zachowania zdobywcy, jeżeli człowiek nie będzie zakorzeniony w ufności w Ojca. W pełnej przekonania i integralnej odpowiedzi na wezwanie Boga winniśmy angażować całe nasze jestestwo i wszystkie nasze siły w służbę człowieczeństwu.

Pod tym względem charyzmat szpitalniczy jest łaską wylaną przez nas na cierpiących ludzi i zobowiązuje nas do stania się moralnymi przewodnikami dla świata służby zdrowia. Być przewodnikiem moralnym zakłada jedność życia w codziennym postępowaniu, w spełnianiu naszych zadań, w naszym dziele jako pozytywnych i proponujących ewangelizatorów świata służby zdrowia.

Ugruntowani w wierności Chrystusowi człowiekowi-Bogu, zbawicielowi człowieka, winniśmy sprzyjać poszanowaniu godności człowieka, uznawaniu transcendentnego sensu i przeznaczenia każdej istoty ludzkiej.

Tutaj wylania się wymiar duchowy, właściwiej mówiąc, wymiar teologiczny charyzmatu szpitalnictwa. Ludzka żywotność charyzmatu, to co w naszym stylu jest widzialne, winna być przejawem tego co w naszym związku z Bogiem jest niewidzialne. W świetle tego, jak uznajemy postać Boga i „sens” jego działania w historii, w przyrodzie, w życiu ludzi, określamy Jego rolę w naszym życiu osobistym.

Wzorzec działania apostoelskiego, który winniśmy tworzyć i realizować winien mieć swoją podstawę w teologii służby. Skoro bowiem opcja naszego powołania zwraca się ku przynoszeniu ulgi w cierpieniu, winniśmy określić nasz sposób rozumienia tego zadania jako bezcennej służby Bogu. Napisano bowiem:

„Gdy Syn Człowieczy przyjdzie w swej chwale i wszyscy aniołowie z Nim... wtedy odezwie się Król do tych po prawej stronie: Pójdźcie, błogosławieni Ojca mego, weźcie w posiadanie królestwo, przygotowane wam od założenia świata! Bo byłem głodny, a daliście Mi jeść; byłem spragniony, a daliście Mi pić; byłem przybyszem, a przyjęliście Mnie; byłem chory, a odwiedziliście Mnie; byłem w więzieniu, a przyszliście do Mnie. Wówczas zapytają sprawiedliwi: Panie, kiedy widzieliśmy Cię głodnym i nakarmiliśmy Ciebie? Kiedy widzieliśmy Cię przybyszem i przyjęliśmy Cię? lub nagim i przyodzialiśmy Cię? Kiedy widzieliśmy Ciebie chorym lub w więzieniu i przyszliśmy do Ciebie? A Król im odpowie: Zaprawdę, powiadam wam: Wszystko, co uczyniliście jednemu z tych braci moich najmniejszych, Mnieście uczynili” (Mt 25,31-40).

To jednak, co według Ewangelii było tak ściśle związane z umysłowością Kościoła pierwotnego – duch komunii i żywe poczucie świadectwa – trudniej jest urzeczywistnić w epoce nowoczesnej. Gdyż nasze widzenie świata, współczesna kultura, doprowadziły nas do wykluczenia zależności spraw ziemskich od Boga.

Dlatego, ażeby móc przekształcić nasze życie jako Braci i Współpracowników i rzeczywiście być „przejrzystymi”, żywymi świadkami miłosiernej miłości, jest konieczne zrewidowanie naszego sposobu działania i myślenia^c.

Dlatego nie można już dłużej odkładać utworzenia naszego własnego, skutecznego modelu teologii służby: pojęcie służby tkwi w centrum chrześcijańskiej tradycji.

W ogromnej złożoności współczesnego społeczeństwa poszukiwanie modelu teologii służby wymaga ryzykownego skoku, który doprowadzi nas do znalezienia czegoś nowego. Jesteśmy wezwani do przemyślenia w nowy sposób zasadniczego, podstawowego, zawsze osobliwego związku między wiarą chrześcijańską a formami służby religijnej, politycznej czy intelektualnej świadczonej światu przez społeczną praktykę chrześcijańską.

Potrzebna jest nowa odwaga podjęcia ryzyka otwarcia się, które włączy w jedyny ruch Boga, całkowicie innego, i człowieka, całkowicie podobnego do nas. Teologia skoncentrowana na gościnności Boga w człowieku i człowieka w człowieku. Jedynie na tym ryzykownym otwarciu się jako wspañalej przygodzie może zasadzać się nasza służba.

I w ten sposób człowiek chory, człowiek cierpiący i istota potrzebująca dzięki wierze w Boga stają się źródłem życia. Praktykowanie charyzmatu szpitalniczego winno więc oznaczać w pewnym sensie pozostawienie miejsca dla drugiego i pozwolenie mu żyć wraz z nami i w nas.

Przełożenie tych zasad czy tego ryzyka przygody na czyny zmieni i zrewolucjonizuje nasz byt, będziemy dawać świadectwo, które może zachwycić młodych ludzi naszych czasów i może nadać naszym ośrodkom rysy, jakich dla swego szpitala pragnął nasz Założyciel.

Postawa zwykłej gotowości, ale także walka o miejsce „dla innych”; w naszej modlitwie, w naszych słowach, w konkretnym wykonywaniu naszych zawodów, w przyjmowaniu, w opiece i w towarzyszeniu chorym i potrzebującym.

I w ten sposób szpitalnictwo staje się miejscem teologicznym, w którym Bóg, który nas przyjmuje od samego początku, inspiruje gesty gościnności, dzięki którym czuje się przyjętym przez ludzi i dzięki którym obecny jest w świecie.

PRZYPISY

ⁱ Por. PILES FERRANDO, Pascual, Przełożony Generalny Zakonu Szpitalnego Św. Jana Bożego, *List Okólny na Sześćściecie 1994-2000*, Rzym 1994 nr 1.

ⁱⁱ ZAKON SZPITALNY ŚW. JANA BOŻEGO, *Statuty Generalne*, Rzym 1997, nr 43 (cyt. na podstawie *Statutów Generalnych* z r. 1984, nr 53- przyp. tłum.) ⁱⁱⁱ Por. LXIII KAPITUŁA GENERALNA, *Nowa ewangelizacja i szpitalnictwo u progu trzeciego tysiąclecia*. Bogota, 1994 #5.6.3.

^{iv} ZAKON SZPITALNY – KURIA GENERALNA, *Bracia i Współpracownicy zjednoczeni w służbie i popieraniu życia*, Rzym, 1992 #13. ^v *Konstytucje*, Rzym 1984, 2b.

^{vi} *Bracia i Współpracownicy zjednoczeni...* Dz. cyt., nr 115-116.

^{vii} *Konstytucje*, Rzym, 1984, 5.

PRZYPISY DO ROZDZIAŁU II

^{viii} SOBÓR WATYKAŃSKI II, *Konstytucja duszpasterska Gaudium et spes*, nr 10, 1964.

^{ix} Por. Veni Creator Spiritus.

^x Tradycja odnosząca się do chwili, kiedy Jan Boży umywał nogi biedakowi, a ten przemienił się w postać Jezusa.

^{xi} Por. JAN PAWEŁ II, *Salvifici doloris*, 1984, rozdział VII.

PRZYPISY DO ROZDZIAŁU III

^{xii}

Zakon Szpitalniczy posiada dzisiaj bogatą dokumentację dla badań i pogłębiania zasadniczych i żywotnych cech szpitalniczego charyzmatu św. Jana Bożego. Dokumentacja ta umożliwia dotarcie do samego źródła szpitalniczego charyzmatu św. Jana Bożego i do jego charakteru.

W porządku chronologicznym i merytorycznym dysponujemy sześcioma listami św. Jana Bożego, ponad trzy listy św. Jana z Avila napisane do niego. Listy te są dostępne w wydaniach krytycznych i dają nam bezpośredni portret św. Jana Bożego. Dzięki nim widzimy i rozkochujemy się w postaci, żywym członku i naśladowcy pierwszego Szpitalnika w historii, Jezusa Chrystusa. Pozwalają nam one podpatrzeć jego pasję dla człowieka potrzebującego i cierpiącego, dla Kościoła – jego Matki i Matki wszystkich jego dzieci.

Drugim co do znaczenia źródłem jest niewątpliwie Biografia Świętego napisana przez Franciszka de Castro i opublikowana w 1585 roku: *Historia de la vida y sanctas obras de Juão de Dios y de la instituciõ de su Orden, y principio de su hospital, en Granada en casa de António Librixa, Año de MDXXXV*. Ukazuje ona w sposób głębokie, oparte na podstawie historycznej studium ludzkiej i duchowej drogi Świętego, w której podkreśla się Bożą gościnność wobec niego, jako źródło jego bezgranicznej gościnności wobec wszystkich ubogich i chorych. Od roku 1995 Rodzina Szpitalnicza dysponuje nowym źródłem o życiu i szpitalnictwie św. Jana Bożego. Chodzi tu o dokumentację pochodzącą z Archiwum Deputacji Prowincjalnej z Granady, która stanowi część procesu „między Braćmi Szpitalnymi Jana Bożego a Ojcami i konwentem klasztornym Św. Hieronima”. Dokumentacja ta nosi datę 12.03.1570 (ale proces zaczął się w 1572 roku) i składa się ze 171 kart rękopisu, które zostały przepisane przez José SÁNCHEZ MARTINEZA i opublikowane w jego książce: *Kénosis y Diakonia en el itinerario espiritual de San Juan de Dios*, Madryt 1995. Spośród 17 świadków, którzy odpowiadają na 26 pytań, 10 znało św. Jana Bożego. Ta i inna dokumentacja, którą posługuje się Sánchez w innej pracy o tym samym procesie, stanowi trzecie pod względem ważności źródło do badania gościnności św. Jana Bożego. Z drugiej strony opieramy się na pierwszych konstytucjach szpitala w Granadzie i na trzech podstawowych bullach:

1. Licet ex debito Piusa V (1 stycznia 1572)
2. Etsi pro debito Sykstusa V (1 października 1586)
3. Piorum Virorum, breve Pawła VI (12 kwietnia 1608).

Mają one decydujące znaczenie, ponieważ dokumenty te przybliżają nam św. Jana Bożego i zasady teologiczne i prawne naszego szpitalnictwa. Do nich należy dodać prośby Przełożonych Generalnych o łaski i zatwierdzenia, które spowodowały powstanie tych bulli. Uważa się je za źródła na temat naszego szpitalnictwa.

Z pierwszych konstytucji przypomnijmy:

1. Regla y Constituciones para el Hospital de Ioan de Dios, desta ciudad de Granada... 1585 (Reguła i Konstytucje dla Szpitala Jana Bożego, w tymże mieście Granadzie)
2. Constituciones hechas en el primer Capitulo General en Roma año de 1587 (Konstytucje sporządzone na pierwszej Kapitule Generalnej w Rzymie w roku 1587);
3. Costitutioni et ordini da osservarsi dagli Frati dell' Ordine di Giovanni di Dio... 1585 (Konstytucje i polecenia do przestrzegania przez Braci Zakonu Jana Bożego);
4. Costitutioni del devoto Giovanni di Dio, d'Italia, 1598 (Konstytucje pobożnego Jana Bożego, z Włoch) 5. Regla del Bienaventurado Padre San Agustín de la Orden de Juan de Dios, Madryt 1612 (Reguła Błogosławionego Ojca Św. Augustyna z Zakonu Św. Jana Bożego).

Dokumentacja współczesna jest obfita, ale – żeby nie przesadzać - chcemy przypomnieć jedynie niektóre najbardziej znaczące tytuły, które ukazały się po Kapitule Generalnej 1976 roku, podając je w porządku chronologicznym:

- P. Marchesi, *Las bases de renovación* (1978).
- P. Marchesi, *La Humanización* (1981).
- *La dimensión apostólica de la Orden de San Juan de Dios* (1982).
- *Konstytucje Zakonu Szpitalnego Świętego Jana Bożego* (1984).
- P. Marchesi, *Szpitalnictwo Bonifratrów ku Rokowi 2000* (1986).
- *Declaraciones LXII Kapituły Generalnej* (1988).
- B. O'Donnell, *Siervo y Profeta* (1990). - *Juan de Dios sigue vivo* (1991).
- *Hermanos de San Juan de Dios y Colaboradores juntos para servir y promover la vida* (1992). - *La nueva Evangelización la nueva Hospitalidad* (1994).
- P. Piles, *La fuerza de la caridad* (1995).
- P. Piles, *Juan de Dios: llamada a la nueva Hospitalidad* (1996).
- P. Piles, *Dejaos guiar por el Espíritu* (1996).
- *La dimensión Misionera de la Orden Hospitalaria*. Profetas en el mundo de la salud (1997).

Badania i dociekania na temat życia, duchowości i szpitalnictwa św. Jana Bożego, przeprowadzone w ciągu wieków i ostatnio, stanowią ważki wkład w pogłębienie tematu rozważanego w niniejszej „Karcie tożsamości”. Aby nie przeciążyć, ograniczamy się do najbardziej znaczących pozycji bibliografii.

xiii

I list św. Jana Bożego do Księżnej de Sessy (1DS.), 13. Na ten temat zob. GAMEIRO, A. *Koinonía, filoxenia y martyria em S. João de Deus e na sua Orden nascente*, praca doktorska, Rzym, w druku.

xiv

II List św. Jana Bożego do Księżnej Sessy (2DS), 18.

xv

Por. SÁNCHEZ MARTINEZ, José. *Kénosis y Diakonía en el itinerario espiritual de San Juan de Dios*, Madryt, 1995.

xvi

Por. II list św. Jana Bożego do Gutierre Lasso (2 GL). Listy te nie są pełne. W rozdziale XVI Castro próbuje dodać jeszcze innych potrzebujących. Święty pomagał ludziom przeżywającym bardzo ostre choroby moralne. Znamy jego troskę i miłosierdzie wobec prostytutek, więźniów, wykluczonych, Maurów, i „nowych chrześcijan” pochodzenia żydowskiego, niewolników, i innych wykluczonych ze społeczeństwa, jak nieuleczalnie chorych.

xvii

CASTRO, dz cyt., rozdział XVII.

xviii

Tamże, rozdział XII.

xix

Por. 2 GL, 8. xx I list św. Jana Bożego do Gutierre Lasso (1 GL), 2.

xxi

List św. Jana Bożego do Luis Bautista (LB), 19.

xxii

1 DS, 15.

xxiii

Castro w rozdziałach XII – XX swojej książki przedstawia różne wymiary szpitalnictwa św. Jana Bożego.

xxiv

2 DS, 15. xxv

1 DS, 9

xxvi

CASTRO, Tamże, rozdział XV.

xxvii

Tamże, rozdział XX.

xxviii

Tę solidarność wyrażającą się w utożsamieniu się z dziełem widzimy w listach do Gutierre Lasso i do Księżnej Sessy, w biografii Castro i w świadkach Procesu, a obejmuje ona tuziny współpracowników..

xxix

W *Proceso a los Jerónimos* (por. SÁNCHEZ, dz. cyt.), wcześniejszym od biografii Castro, mówi się o obfityści postaw szpitalniczych braci habitowych św. Jana Bożego. Jan z Avila (Angulo) podaje ich imiona: Antoni Martín, Piotr Grzesznik, Alonso Retigano i Dominik Benedykt.

xxx ORTEGA LÁZARO, L. , o.h. , Antón Martín..., s. 17-18 i 31.

xxxi

Oświadczenia w Sporze między braćmi „szpitala św. Jana Bożego” a „ojcami z konwentu klasztoru św. Hieronima”, (1572-73). W: SÁNCHEZ MARTINEZ, José, dz. cyt., s. 181-188 i 285.

xxxix

Uważamy za ważne przybliżenie, chociażby po części, niektórych postaci spośród braci, którzy odznaczyli się wartościami szpitalnictwa. Na pierwszym miejscu zasługują na wspomnienie święci, błogosławieni i słudzy Boży: św. Jan Wielki, św. Ryszard Pampuri, błog. Benedykt Menni i liczni Błogosławieni Męczennicy. Wśród błogosławionych i tych, których proces beatyfikacji jest w toku, mamy: Franciszka Camacho, Antoniego Martina, Józefa Olallo Valdés, Eustachego Kuglera i grupę męczenników, którzy w historii Zakonu ponieśli męczeństwo i cierpienia za Chrystusa i za szpitalnictwo w Brazylii, Kolumbii, Chile, Polsce, na Filipinach, we Francji, Hiszpanii i ostatnio także w innych krajach.

Wielu braci „założycieli”, „odnowicieli” wspólnot i dzieł Zakonu zasługuje na lepsze poznanie ze względu na to, że były to postaci pełne żywotności i odznaczające się naszym charyzmatem. Bracia: Jan Bonelli (Francja); Gabriel Ferrara i Jan Casinetti (Włochy i Niemcy), Franciszek Hernández (Ameryka). Z późniejszego okresu zasługuje na wspomnienie: o. Jan Maria Alfieri (Włochy), Paweł de Magallon (Francja). Eberhard Hacke i Magnobon Markmiller (Niemcy), błog. Benedykt Menni (Hiszpania, Portugalia i Meksyk).

Na polu badań naukowych odznaczyli się niektórzy bracia, którzy pozwalają nam poznać rozwój naszego charyzmatu.

Wielu innych braci wyróżniło się jako lekarze, chirurdzy, aptekarze, botanicy, dentyści, ale jest rzeczą niemożliwą wymienienie ich wszystkich. W niniejszym dokumencie podajemy kilka nazwisk w rozdziale VI, poświęconym tematowi formacji i badań naukowych w Zakonie, przypis 11.

Do tych braci, którzy byli prorokami Szpitalnictwa, winniśmy dodać współpracowników, którzy w biegu historii oddali w służbę Zakonu swoje wartości i zdolności.

xxxiii

ANTIA, Juan Grande, w: *Labor Hospitalario-Misionera de la Orden de San Juan de Dios en el mundo, fuera de Europa*, zbiorowa, Madryt 1929:

„Bracia Szpitalni od czasu Filipa II do Fernanda VII byli włączeni w wojskową służbę zdrowia, szczególnie podczas ekspedycji do Indii (Ameryki) i w czasie wojen oraz epidemii.

Ponadto około stu *Szpitali z Doktryną* w Ameryce, w których leczyli się Hiszpanie, wojskowi i tubylcy, zapoznawało z doktryną setki *Indian*. W każdym z nich były także apteki i przychodnie świadczące pomoc dla wszystkich. W *Szpitalach z Doktryną* Indianie odzyskiwali nie tylko zdrowie ciała, lecz także zdrowie duszy; zawsze wierni, żarliwi Synowie św. Jana Bożego, zgodnie z zawołaniem Ojca i Starszych, które ciągle pozostaje zawołaniem dobrego szpitalnika: *Przez ciało do dusz*”.

PRZYPISY DO ROZDZIAŁU IV

xxxiv

Por. Sobór Wat. II, Konst. *Gaudium et spes* (GS), 27.

xxxv

Pojęcie godności i praw człowieka jest ściśle związane z Powszechną Deklaracją Praw Człowieka. 1948; Międzynarodowym Paktem Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, 1966; Międzynarodowym Paktem Praw Obywatelskich i Politycznych, 1966; i z ostatnim Porozumieniem w sprawie praw człowieka i biomedycyny, 1997. Jakkolwiek w tych deklaracjach nie jest jasne, na czym polega i na czym się opiera godność człowieka, wszystkie one uznają ją jako przynależną do każdej istoty ludzkiej i uznają również równe i niezbywalne prawa wszystkich członków rodziny ludzkiej jako podstawę wolności, sprawiedliwości i pokoju w świecie.

xxxvi

Por. LXIII KAPITUŁA GENERALNA, *Nowa Ewangelizacja i Szpitalnictwo u progu trzeciego tysiąclecia*, Bogota, 1994, nr 5.6.1.

xxxvii

Międzynarodowa Organizacja Zdrowia jako ułomność określa utratę lub anomalię struktury lub funkcji psychologicznej, fizjologicznej lub anatomicznej. Niezdolność oznacza osłabienie lub brak zdolności do wykonania jakiejś czynności w sposób albo ze skutkiem, które uważa się za normalne. Niepełnosprawność oznacza brak sprawności u określonej jednostki spowodowany ułomnością lub niezdolnością, albo ograniczający lub przeszkadzający wykonywanie normalnych działań dla tej jednostki – z uwzględnieniem wieku, płci i czynników kulturalnych i społecznych (Alastair Anderson, „Simplemente otro ser umano”. *Salud Mundial* 34, Styczeń 1981, 6.

xxxviii

JAN PAWEŁ II, Enc. *Evangelium vitae* (EV). 5.

xxxix

Por. tamże, EV, 64-65.

xl

Por. PAWEŁ VI, Adhort. apost. *Octogesima adveniens*, 21; JAN PAWEŁ II, EV, 27, 42.

xli

Nowa Ewangelizacja i Szpitalnictwo..., dz. cyt., 5.6.3. Konkretnie sytuacje.

xlii

Światowe Stowarzyszenie Medyczne, *Projekt deklaracji o promocji zdrowia*, 10.75/94, sierpień 1994.

xliii

Tamże.

xliv

Nowa Ewangelizacja i Szpitalnictwo... Dz. cyt., 3.6.3.

xlv

Por. EV, 15.

xlvi

Por. tamże, EV, 44

xlvii

Por. JAN PAWEŁ II, Enc. *Centesimus annus*, 40, 20, 32.

xlviii

Por. MARCHESI, Pierluigi, *Humanizacja*, 1981.

xlix

Por. JAN PAWEŁ II, Enc. *Sollicitudo rei socialis*, 14.

l

Kard. MARTINI, Carlo Maria, List pasterski na Dwulecie Pastoralne 1992-1993.

li

KONGREGACJA NAUKI WIARY, *Instrukcja o chrześcijańskiej wolności i wyzwoleniu*, Rzym 1986.

lii

Katechizm Kościoła Katolickiego, nr 1939-1948.

liii

Nowa Ewangelizacja i Szpitalnictwo, Dz.cyt. 4.4.

liv

CÁRITAS. Por. M. del Carmen Furés, *El voluntariado en nuestra sociedad*, w: *Labor Hospitalaria*, 1985, 198(4), 206.

lv

PILESS F., Pascual, *Origen y trayectoria del Voluntariado en la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios*. Krajowy Kongres Wolontariuszy św. Jana Bożego, 18-20 października 1995.

lvi

Por. PAWEŁ VI, Enc. *Evangelii nuntiandi* (EN) 9, 14.

lvii

Kultura oznacza sposób, w jaki grupa osób żyje, myśli, odczuwa, organizuje się, świętuje i podziela życie. W u podstaw każdej kultury tkwi pewien system wartości, znaczeń, poglądów, które wyrażają się na zewnątrz w języku, gestach, symbolach, obrzędach i stylach życia.

lviii

EN, 20; Por. SOBÓR WAT. II, Konst. *Gaudium et spes*, 43.

lix

EN, 19.

lx

Por. JAN PAWEŁ II, Enc. *Redemptoris missio*, 54.

lxi

Tamże, 42.

lxii

ŚW. JAN BOŻY, *List do Ludwika Baptisty*, 15; Por. *Nowa Ewangelizacja i Szpitalnictwo...*, 4.3.

lxiii

Niektórzy wolą termin „prywatność”, która stanowi szerszy, bardziej globalny zespół aspektów osobowości, które brane osobno mogą być pozbawione wewnętrznego znaczenia, które jednak spójnie między sobą

powiązane odzwierciedlają portret osobowości jednostki, który ta jednostka ma prawo zachować jako zastrzeżony.

lxiv

SOBÓR WAT. II, Konst. *Gaudium et spes*, (GS) 16.

lxv

Por. JAN PAWEŁ II, Enc. *Evangelium vitae* (EV), 44.

lxvi

KONGREGACJA NAUKI WIARY, Instrukcja *Donum vitae*, 22 II 1987, nr 2.

lxvii

Por. PAPIESKA RADA DS. DUSZPASTERSTWA SŁUŻBY ZDROWIA, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, nr 142.

lxviii

Tamże, 21c.

lxix

Tamże, 87.

lxx

Tamże, 129.

lxxi

Tamże, 146.

lxxii

Por. EV, 57.

lxxiii

KONGREGACJA NAUKI WIARY, *Deklaracja o eutanazji*, 5 V 1980; por. *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, nr 119.

lxxiv

Por. *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, nr 119-120.

lxxv

Por. EV, 65.

lxxvi

W związku z tym można zobaczyć: Kodeks Noryberski, Deklaracja Helsińska, Deklaracja Genewska, *Good Clinical Practice*, itd. Ponadto kryteria Magisterium zawiera *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, nr 75-82.

lxxvii

Por. EV, nr 63.

lxxviii

Por. MARCHESI Pierluigi, *Szpitalnictwo Bonifratrów ku rokowi 2000*. Rzym 1987, Dodatek III.

PRZYPISY DO ROZDZIAŁU VI

lxxix

Sobór Wat. II, Dekl. *Nostra aetate*, 2n.

lxxx

Por. JAN PAWEŁ II, Enc. *Fides et ratio* (1999), rozdz. I.

lxxxi

Papieska Rada ds. Dialogu Międzyreligijnego i Kongregacja Ewangelizacji Narodów, *Dialog i głoszenie* (1991), nr 210-250.

lxxxii

JAVIERRE, José María, *Juan de Dios, loco en Granada*, Sígueme, Salamanca 1996.

lxxxiii

PLUMED MORENO, C, „Jornadas Internacionales de Enfermería” San Juan de Dios, 1992.

lxxxiv

ALVAREZ SIERRA, José, *José Martín y el Madrid de los Asturias*, 1961.

lxxxv

JAVIERRE, tamże, s. 413.

lxxxvi

RUMBAUD, Ruben D., *John of God: his place in the history of Psychiatry and Medicine*, 1978, s. 115.

lxxxvii

ALVAREZ SIERRA, José, *Influencia de San Juan de Dios y de su Orden en el progreso de la Medicina y de la Cirugía*, Talleres Arges, Madryt, 1950, s. 148.

lxxxviii

RUSSOTTO Gabriele, *San Giovanni di Dio e il suo Ordine Ospedaliero*, Rzym 1969, t. II, s. 124.

lxxxix

Cytowana praca Gabriela Russotto zawiera 73 strony nazwisk z szeroką dokumentacją.

Wśród najznakomitszych **lekarzy i chirurgów** wybijają się br. Gabriel Ferrara (Włochy), br. Alonso Pabón (Hiszpania), br. Bernard Fyrtam (Austria), br. López de la Madera (Hiszpania), o. Konstantyn Scholz (Śląsk), br. Ambroży Guivebille (Austria), o. Łazarz Nobel (Niemcy), br. Matias del Carmen Verdugo (Chile), Br MiguelISla (Kolumbia), o. Probo Martini (Niemcy, Czechy, Śląsk), Bertradd Schroeder (Austria), o. Norbert

Boccius (Węgry, Czechy), br. Manuel Chaparro (Chile), o. Ludwik Pierzyna (Polska), br. Elizeusz Talochon (Francja), o. Odilon Wolf (Czechy), br. Justo Sarmiento (Ameryka), o. Faust Gradischeg (Austria), o. Giovanni Luigi Portalupi (Włochy), o. Benedykt Nappi (Włochy), o. Celestyn Opitz (Czechy), o. Prosdocimo Salerio (Włochy), o. Celso Broglio (Włochy), o. Jan Boży Sobel (Śląsk), o. Francis de Sales Whitaker (Irlandia i Anglia). Listę tę kończy św. Ryszard Pampuri.

Wśród najsłynniejszych **farmaceutów i botaników** Zakonu wymieńmy: o. Augustyn Stromayer (Czechy), o. Innocenzio Monguzzii (Włochy), o. Ottavio Ferrario (Włochy), o. Gallicano Bertazzi (Włochy), o. Anastasio Pellicia (Włochy) i o. Antoni Matia dell'Orto (Włochy).

Wśród najsłynniejszych **dentystów** mamy: br. Jan Boży Pelizzoni (Włochy) i o. Giovanni Battista Orsenigo (Włochy), bardzo znany w Rzymie.

W Kolumbii br. Miguel de la Isla (wiek XVIII) był lekarzem, profesorem medycyny i odnowicielem wydziału medycyny Uniwersytetu w Rosario. W Chile br. Manuel Chaparro wprowadził metodę szczepienia, do tej pory nieznaną nawet w Europie, zastosował ją podczas epidemii ospy w latach 1765 – 1772.

Należy podkreślić, że w roku 1821 br. Ottavio Ferrario, farmaceuta, odkrył jodoform, chociaż przypisuje się to pewnemu Francuzowi, który miał tego dokonać tegoż roku. W roku 18922 br. Ferrario jako pierwszy zrobił wyciąg z chininy, wyodrębniając aktywne pierwiastki chininy.

xc

SOBÓR WAT. II, Konst. *Gaudium et spes*, 16.

xc

Katechizm Kościoła Katolickiego (KKK), Rzym 1992, nr 1780.

xcii

Tamże, KKK, nr 1782.

xciii

KURIA GENERALNA, *Bracia i Współpracownicy zjednoczeni w służbie i krzewieniu życia*, Rzym, 1991, nr 116.

xciv

JAN PAWEŁ II, Adhort. apost. *Vita consecrata*, 199y, nr 54.

xcv

Pierwszy zarys znajdziemy w dokumencie: *Szpitalnictwo Bonifratrów ku rokowi 2000*, przedstawionym Braciom w kwietniu 1987 roku.

xcvi

Por. 2. list św. Jana Bożego do księżnej Sessy.

xcvii

LXIII KAPITUŁA GENERALNA, *Nowa ewangelizacja i Szpitalnictwo u progu Trzeciego Tysiąclecia*, Bogota 1994, nr 3.3. punkt ostatni.

xcviii

Cały ładunek propozycyjny tych słów zawarty jest na stronie końcowej dokumentu: *Nowa Ewangelizacja i Szpitalnictwo...*, dz. cyt., 5.6.

xcix

Por. *Konstytucje*, nr 41.

c Por. *Konstytucje*, nr2.