



GAZETA

GDAŃSK

AMG

ISSN 1506-9745

Rok 11 nr 3 (123)

Marzec 2001

Cena 3 zł

IX ŚWIATOWY DZIEŃ CHOREGO

11 LUTEGO 2001



*Kochane dzieci,
Razem z wami
proszę Chrystusa
o zdrowie
dla każdego z was,
a zwłaszcza
dla najbardziej
dotkniętych chorobą.
Codziennie
w sposób szczególny
modłę się za was,
za waszych bliskich
i opiekunów,
lekarzy i pielęgniarzy.
Przyjmijcie
błogosławieństwo,
które wam ofiaruję.*

Fot. Arturo Mari

John Paul II

Z ŻYCIA UCZELNI

Współpraca AMG z Polpharmą

W dniu 25 stycznia 2001 r. została podpisana umowa o współpracy między Akademią Medyczną w Gdańsku a Zakładami Farmaceutycznymi Pol-



Rozmowy w Polpharmie. Od lewej: mgr K. Lubawska, mgr J. Łońska, prezes S. Lubawski, dyrektor dr W. Kuźmierkiewicz, rektor prof. W. Makarewicz, prorektor prof. R. Kaliszan

pharma S. A. w Starogardzie Gdańskim. Współpraca obejmuje badania naukowe, podstawowe i kliniczne, działania informacyjno-promocyjne, szkolenie specjalistów, kształcenie doktorantów i inne. Oficjalna uroczystość odbyła się w Polpharmie w obecności przedstawicieli zarządu i kierowników jednostek rozwojowych firmy oraz władz Uczelni z JM Rektorem oraz zaproszonych kierowników jednostek AMG bezpośrednio współpracujących z Polpharmą. Zaproszenie przyjęli profesorowie R. Kaliszan, K. Krajka, H. Lamparczyk, J. Petruszewicz oraz dr med. A. Sa-met.

Ze strony AMG umowę podpisał rektor prof. Wiesław Makarewicz i dyrektor administracyjny dr Sławomir Bautembach, a Polpharmy S. A. – p.o. prezesa Zarządu Stefan Lubawski i członek Zarządu, dyrektor ds. badań i rozwoju dr Wojciech Kuźmierkiewicz.

Na zakończenie spotkania gości z AMG zapoznano z najnowocześniejszym obiektem przemysłu farmaceutycznego w Europie – Oddziałem „Formy Suche II”.

prof. Roman Kaliszan
prorektor ds. nauki



IX Światowy Dzień Chorego. Sesja naukowa w AMG Pacjent i pracownik służby zdrowia wobec zagrożenia bezduszością, 10.02.2001 r. Powyżej goście i uczestnicy Sesji, poniżej kawiarnia połączona z salą internetową w nowo otwartym Ośrodku Duszpasterstwa Akademickiego przy AMG

zob. str. 8



Do Absolwentów AMG z 1951 r.

Uroczystość odnowienia dyplomów rocznika absolwenckiego 1951 Wydziału Lekarskiego AMG pod patronatem JM Rektora i Dziekana Wydziału, przy współudziale Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Medycznej w Gdańsku odbędzie się w dniu 11 maja br.

Zainteresowani uczestnictwem proszeni są o zgłoszenie do 31 marca danych osobowych (imię, nazwisko, datę i miejsce urodzenia, adres i numer telefonu) pod adresem:

Dziekanat Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku, Dział ds. Dydaktycznych, ul. M. Skłodowskiej-Curie 3a, 80-210 Gdańsk. Kontakt: p. Barbara Kozierowska - tel. (058) 349-10-05.

Wycieczka do Wilna

Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów AMG ponownie zaprasza do uczestnictwa w wycieczce autokarowej do Wilna, która odbędzie się w dniach od 20 maja (niedziela) do 24 maja (czwartek). Całkowity koszt - z 4 noclegami, 3 posiłkami dziennie, opłaceniem biletów do zwiedzanych obiektów, przewodnika i ubezpieczeniem = równowartość 210 USD od osoby.

Zgłoszenia przyjmuje do dnia 17 kwietnia p. Grażyna Zedler w Biurze Organizacji i Zarządzania AMG - tel. 349-12-12.

KALENDARIUM REKTORSKIE

17.01.01 – IV Konferencja szkoleniowo-naukowa na temat: Działalność transplantacyjna Ośrodka Gdańskiego w 2000 r. W programie m.in.: prof. Bolesław Rutkowski podsumował dotychczasową działalność transplantacyjną, a prof. Zbigniew Ślodziński omówił realizację programu transplantacji wątroby. W konferencji uczestniczył rektor prof. W. Makarewicz.

19–20.01.01 – Trzecie Gdańskie Spotkania Kardiochirurgiczne. Dyskutowano na temat perspektyw rozwoju chirurgicznego leczenia chorób serca, ze szczególnym uwzględnieniem technik małoinwazyjnych w kardiochirurgii. Obecni byli kardiochirurdzy ze wszystkich ośrodków w Polsce, a także wielu gości z zagranicy. W Spotkaniach uczestniczył prorektor prof. R. Kaliszan. Uroczysta kolacja po obradach odbyła się w refektarzu Muzeum Narodowego w Gdańsku; obecny był także rektor prof. W. Makarewicz.

22.01.01 – spotkanie opłatkowe emerytów NSZZ „Solidarność” AMG i SPSK nr 1, 2, 3, w którym uczestniczył rektor prof. W. Makarewicz.

19.01.01 – w Akademii Pedagogicznej w Słupsku spotkanie Rady Rektorów woj. pomorskiego. W spotkaniu udział wzięli minister MEN prof. Edmund Wittbrodt. Dyskutowano na temat aktualnych problemów szkolnictwa wyższego. Omawiano

także zagadnienie – Matura 2002. W spotkaniu uczestniczył rektor prof. W. Makarewicz.

25.01.01 – Stowarzyszenie Absolwentów AMG zorganizowało spotkanie z posłem na Sejm RP dr. Władysławem Szkopem. Temat wystąpienia: *Szanse i zagrożenia reformy ochrony zdrowia*. Po odczycie odbyło się walne zgromadzenie Stowarzyszenia. W spotkaniu uczestniczył rektor prof. W. Makarewicz oraz liczne grono profesorów naszej Uczelni.

1.02.01 – rektor prof. W. Makarewicz, jako członek Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych, wzięł udział w spotkaniach z prezydiami klubów parlamentarnych – PSL i SLD. Celem wizyt w klubach parlamentarnych było m.in. przedstawienie stanowiska rektorów uczelni medycznych w sprawie szpitali klinicznych w odniesieniu do poselskiego projektu zmiany ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. W tym samym dniu odbyło się kolejne spotkanie KRUM z udziałem ministra zdrowia prof. Grzegorza Opali i wiceministra edukacji prof. Jerzego Zdrady, poświęcone omówieniu projektu ustawy *Prawo o szkolnictwie wyższym* oraz statusu medycznych uczelni wyższych, w tym szpitali klinicznych.

10.02.01 – Duszpasterstwo Akademickie przy współpracy AMG zorganizowało sesję naukową w związku z

W numerze...

IX Światowy Dzień Chorego	1
Współpraca AMG z Polpharmą	2
Do Absolwentów AMG z 1951 r.	2
Wycieczka do Wilna	2
Kalendarium Rektorskie	3
Z Senatu AM w Gdańsku	4
Nagrody PTFarm.	5
Uwagi o miejscu i roli AMG w regionalnym systemie ochrony zdrowia	6
Otwarte spotkanie władz rektorskich	7
Sesja naukowa Pacjent i pracownik służby zdrowia wobec zagrożenia bezdusznością	8
Sprawiedliwość i miłosierdzie warunkami powszechnej dostępności do współczesnej opieki medycznej	9
Rozmyślenia o bólu	12
Obosieczny miecz globalizacji	18
Przeobrażenia współczesnej medycyny a niezmiennie potrzeby człowieka chorego	22
Szacunek dla podmiotowości chorego – w świetle zasad deontologii lekarskiej	24
IX Światowy Dzień Chorego w Gdańsku ..	26
Posiedzenia. Towarzystwa	27
Nowy profesor tytularny	28
Z ukosa... ..	29
W prostych słowach	29
O potrzebie powołania Zakładu Etyki i Deontologii Medycznej	30
Kadry AMG i SPSK nr 1	31
Przeczytane	31
Karnawał Milusińskich	32
Nasze dzieci na zimowisku	32

W dniu 1 lutego 2001 r. zmarła

Jadwiga TAFIŁOWSKA

wieloletnia sekretarka i przyjaciółka Kliniki Gastroenterologii AM w Gdańsku.

W dniu 13 lutego 2001 r. zmarł

dr hab. Stanisław ŻOŁNIEROWICZ

pracownik Katedry i Zakładu Biochemii AMG oraz Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii UG-AMG w latach 1979–2000. Utalentowany pracownik nauki i nauczyciel akademicki, wybitny specjalista w dziedzinie biochemii i biologii molekularnej, o znaczącym międzynarodowym dorobku naukowym. Wielokrotny stypendysta ośrodków naukowych Szwajcarii, USA i Danii, w ostatnich latach laureat prestiżowego grantu badawczego Fundacji Howarda Hughesa. Środowisko akademickie Trójmiasta poniosło niepowetowaną stratę. Odszedł Człowiek niezwykłej skromności i dobroci, otaczany powszechnym szacunkiem.

W dniu 17 lutego 2001 r. zmarł

dr med. Jerzy JAKESCH

wybitny internista i geriatra. Uczestnik pionierskiego zespołu twórców Akademii Medycznej w Gdańsku. W latach 1947–1956 asystent Kliniki Chorób Zakaźnych, następnie asystent i adiunkt II, a później I Kliniki Chorób Wewnętrznych. Wychowawca i nauczyciel pierwszych pokoleń studenckich i lekarskich naszej Uczelni. Wieloletni ordynator (1956–1980) Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Wojewódzkiego im. Kopernika w Gdańsku. Znakomity lekarz, wspaniały nauczyciel, człowiek wielkiej kultury.

GAZETA AMG

Redaguje zespół:

prof. dr hab. Marek Hebanowski, prof. dr hab. Brunon Imieliński (red. naczelny), prof. dr hab. Roman Kaliszan, prof. dr hab. Marek Latoszek, mgr Józefa de Laval (z-ca red. naczelnego), dr Emilia Mierzejewska, dr Aleksander Stanek, sekretarz red.: mgr Danuta Gołębiewska, red. tech.: mgr Tadeusz Skowrya.

Adres redakcji: Biblioteka Główna AMG, Gdańsk, ul. Dębinki 1, tel. 349-10-40; e-mail: gazeta@amg.gda.pl; www: http://www.amg.gda.pl/NAMG/GAZETA_AMG

Druk: Drukonsul. Nakład: 600 egz.

Wydanie dofinansowane przez KBN

Redakcja zastrzega sobie prawo niewykorzystania materiałów nie zamówionych, a także prawo do skracania i adiustacji tekstów oraz zmiany ich tytułów.

Warunki prenumeraty:

Cena rocznej prenumeraty krajowej wynosi 36 zł, pojedynczego numeru 3 zł; w prenumeracie zagranicznej – 3 USD.

Należność za prenumeratę należy wpłacać na konto Akademii Medycznej w Gdańsku z dopiskiem: prenumerata „Gazety AMG”:

Wielkopolski Bank Kredytowy S.A.
Oddz. Gdański 10901098-488-128-00

Z SENATU AM W GDAŃSKU

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 29 stycznia 2001 r.

Na wstępie obrad rektor prof. Wiesław Makarewicz powitał prof. Annę Balcerską – nowego członka Senatu reprezentującego Wydział Lekarski.

Następnie Senat pozytywnie zaopiniował wniosek prof. Jerzego Krechniaka dotyczący zmian w regulaminie pracy Zespołu ds. oceny władz uczelni i profesorów Senackiej Komisji Spraw Nauczycieli Akademickich. Regulamin został poszerzony o punkt 4, mówiący: „*Zespół dokonuje okresowej oceny osób posiadających tytuł naukowy profesora zgodnie z § 91 p.8 Statutu.*”

Na wniosek prorektora ds. nauki prof. Romana Kaliszana przeprowadzono wybory uzupełniające do Komisji Spraw Nauczycieli Akademickich. Mandat członkowski do VII Zespołu oceny władz Uczelni i profesorów uzyskała prof. Eugenia Częstochowska, natomiast nowym członkiem V Zespołu Wydziału Farmaceutycznego został prof. Wojciech Ciosowski.

Senat przyjął stanowisko w sprawie zasad rekrutacji na studia w roku 2002. Począwszy od roku 2002, według rozporządzenia MEN, rekrutacja będzie odbywać się na podstawie egzaminu maturalnego. Akademii Medycznej nie muszą stosować się do tego rozporządzenia, ponieważ podlegają Ministerstwu Zdrowia. W związku z powyższym Senat wystąpił z propozycją, zgodnie z uchwałą prorektorów ds. dydaktycznych podjętą 04.11.2000 r. we Wrocławiu, aby około

70% punktów w procesie rekrutacyjnym pochodziło z egzaminu testowego, opracowanego metodą tradycyjną przez Komisję Egzaminów Medycznych, natomiast około 30% punktów kandydaci otrzymaliby za oceny z egzaminów maturalnych z przedmiotów: biologia, chemia, fizyka, język obcy kongresowy według następującego schematu: oceny w zakresie 4, 5, 6 mnożone byłyby przez 2, ocena 3 nie kwalifikuje do mnożenia, za ocenę 2 nie przyznaje się punktu, ocena z języka nie podlega mnożeniu. Kandydaci na kierunku lekarski i stomatologiczny powinni wybrać do zdawania na egzaminie maturalnym 2 z trzech przedmiotów: biologia, chemia lub fizyka. Dla kandydatów na kierunek farmaceutyczny obligatoryjnym przedmiotem na egzaminie maturalnym powinna być chemia, a drugim przedmiotem może być fizyka lub biologia. W następnych kolejnych latach udział punktów z ocen maturalnych będzie zwiększany o 10%. W przypadku stwierdzenia porównywalnej wartości selekcyjnej egzaminu tradycyjnego testowego i egzaminu maturalnego Uczelnia planuje zrezygnować z egzaminu testowego, nie wcześniej jednak niż w 2005 roku.

Senat podjął uchwały:

- w sprawie powołania nowych kierunków dziennych studiów licencjackich: Pielęgniarstwo/Położnictwo oraz Fizjoterapii w Wydziale Nauk o Zdrowiu, a także w sprawie powołania Oddziału Medycyny Laboratoryjnej przy Wy-

dziale Farmaceutycznym AMG i określeniu limitów przyjęć. O przyjęciu na I rok studiów licencjackich w ramach określonego limitu miejsc na wybrany kierunek, decydować będzie liczba osiągniętych punktów otrzymanych w drodze konkursu świadectw dojrzałości (80%) oraz w wyniku rozmowy kwalifikacyjnej (20%). Przyjęcie na I rok studiów magisterskich na kierunek analityka medyczna odbywać się będzie na podstawie pisemnego zintegrowanego egzaminu testowego obejmującego przedmioty: chemia i biologia, a jedynym warunkiem przyjęcia będzie uzyskanie przez kandydata takiej liczby punktów, aby odpowiadająca im lokata mieściła się w limicie miejsc. Ustalono następujące limity przyjęć:

1. Wydział Nauk o Zdrowiu na kierunku:
 - pielęgniarstwo i położnictwo – 60 miejsc
 - fizjoterapia – 30 miejsc
2. Oddział Medycyny Laboratoryjnej Wydziału Farmaceutycznego na kierunku:
 - analityka medyczna (studia 3-letnie licencjackie) – 30 miejsc
 - analityka medyczna (studia 5-letnie magisterskie) – 25 miejsc;

– w sprawie powołania Zamiejscowego Wydziału Lekarskiego w Izraelu. Senat w pełni zaaprobował rezultaty prowadzonych od pół roku prac przygotowawczych i dotychczasowych uzgodnień ze stroną reprezentującą inwestorów izraelskich w sprawie współpracy przy uruchomieniu studiów lekarskich dla obcokrajowców w Izraelu i wyraził wolę powołania w tym celu w Izraelu Zamiejscowego Wydziału Lekarskiego AMG. Senat upoważnił rektora do wszczęcia kroków formalnych mających na celu uzyskanie zgody na to przedsięwzięcie ze strony ministra właściwego do spraw zagranicznych i ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego zgodnie z wymogami art. 64 ust. 5 i 8 ustawy z dnia 2.09.1990 roku – o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 65, poz. 385 z późniejszymi zmianami).

Senat zajął stanowisko w sprawie wypłat wynagrodzeń i stypendiów z pośrednictwem bankowych kont osobistych. W celu zminimalizowania kosztów ochrony wartości pieniężnych oraz zapewnienia bezpieczeństwa obrotu gotówkowego Senat wyraził opinię, że wszelkie decyzje związane z wykonywaniem dyspozycji pieniężnych winny zmierzać do stosowania obrotu bezgotówkowego. Występowanie obrotu gotówkowego winno być



obchodami IX Światowego Dnia Chorego. Temat sesji – *Pacjent i pracownik służby zdrowia wobec zagrożenia bezduszością*. W oficjalnej części sesji powitania licznie zgromadzonych uczestników wygłosili: rektor prof. W. Makarewicz, ks. abp dr Tadeusz Goćkowski oraz prowincjał ks. dr Tomasz Skibiński. Sesję rozpoczął kardynał Fiorenzo Angelini z Watykanu wykładem: *Sprawiedliwość i miłosierdzie warunkami powszechnej dostępności do współczesnej opieki medycznej*. W kolejnych wystąpieniach: prof. Stefan Chwin, ks. dr med. Henryk Hoser oraz profesorowie AMG Janina Suchorzewska i Stefan Raszeja poruszali interesujące zagadnienia, zwłaszcza dla wszystkich stykających się na co dzień z cierpiącym człowiekiem. Sala wykładowa im. prof. Hillera z trudem mieściła wszystkich słuchaczy. W godzinach popołudniowych odbyła się projekcja filmu reż. Krzysztofa Zanussiego *Życie jako*

śmiertelna choroba... oraz dokonano uroczystego otwarcia ośrodka Duszpasterstwa Akademickiego przy AMG.

14.02.01 – rektor prof. W. Makarewicz, na zaproszenie Gdańskiego Klubu Biznesu, wziął udział w spotkaniu, którego celem było omówienie tematu: *Potrzeby i możliwości powołania w Trójmieście szkoły wyższej o statusie międzynarodowym w powiązaniu z ewentualnym utworzeniem parku technologicznego*.

17.02.01 – w Hotelu Marina w Gdańsku odbył się *Bal Kardiologa 2001*. Na zaproszenie Instytutu Kardiologii AMG oraz Biura Organizacji Kongresów w balu wziął udział rektor prof. W. Makarewicz. Bal został zorganizowany pod honorowym patronatem Marszałka Województwa Pomorskiego, Prezydenta Sopotu oraz Prezesa Gdańskiego Klubu Biznesu.

Opracowała dr Emilia Mierzejewska

ograniczone do niezbędnego minimum. Pracownicy Uczelni, doktoranci i studenci, kierując się dobrem Uczelni powinni założyć osobiste rachunki bankowe dla realizacji wypłat wynagrodzeń, stypendiów i innych świadczeń w formie bezgotówkowej.

Senat podjął uchwałę w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącej zrzeczenia się przez Akademię Medyczną w Gdańsku prawa użytkowania wieczystego gruntów i własności budynków na rzecz szpitali klinicznych. Senat wyraził opinię, że zaproponowane rozwiązanie godzi w podstawowe interesy Akademii. Propozycja ta jest sprzeczna z realizowanym od ponad roku, strategicznym celem wszystkich państwowych uczelni medycznych w Polsce, jakim jest przejęcie funkcji organu założycielskiego w stosunku do szpitali klinicznych. Senat upoważnił Rektora do przedstawienia powyższej uchwały Ministrowi Zdrowia oraz przestania jej do Marszałka Sejmu i wszystkich klubów parlamentarnych Sejmu RP.

W sprawach bieżących Senat:

- podjął uchwałę protestacyjną w sprawie niedostatecznych nakładów na szkolnictwo wyższe w projekcie budżetu na rok 2001. Od kilku lat Uczelnia nasza otrzymuje dotacje realnie niższe, nie równoważące nawet skutków inflacji. Utrzymujący się taki stan rzeczy jest wielce niepokojący. Zagroza przyszłości polskiej nauki i wyższego szkolnictwa medycznego. Uchwała protestacyjna została skierowana do Sejmowej Komisji Zdrowia, Marszałka Sejmu i Kancelarii Premiera RP;
- zajęł stanowisko w sprawie usytuowania szpitali klinicznych. Szpitale kliniczne powinny być podporządkowane rektorom akademii medycznych i jako integralna całość podlegać wspólnie jednemu resortowi. W istniejącej sytuacji społecznej i politycznej za bardziej realistyczny Senat uznał nadzór ze strony Ministra Zdrowia.

Prorektor ds. klinicznych prof. S. Mazurkiewicz poinformował o rozmowie z dyrektorem Pomorskiej Kasy Chorych dr. Andrzejem Steczyńskim. Spotkanie odbyło się w siedzibie Pomorskiej Kasy Chorych i dotyczyło problemów ogólnych związanych z polityką finansowania usług medycznych.

Prorektor ds. nauki prof. R. Kaliszan poinformował o podpisaniu porozumienia o współpracy z firmą POLPHARMA S. A. Akademia Medyczna w Gdańsku rozwijać będzie współpracę polegającą m.in. na szkoleniu personelu POLPHARMY, farmakologicznej, mikrobiologicznej i klinicznej ocenie leków, opinowaniu projektów i zamierzeń badawczo-rozwojowych, udostępnianiu bazy lokalno-

wej na potrzeby konferencji i seminariów. Zakłady Farmaceutyczne POLPHARMA S. A. będą m.in. współdziałać w organizacji szkolenia personelu technicznego i inżynierskiego, zgłaszać tematy prac badawczych i usługowych, propozycje tematów prac dyplomowych i doktorskich, przyjmować studentów na praktyki szkoleniowe itd.

Prorektor ds. dydaktyki i spraw studenckich prof. A. Rynkiewicz poinformował o wizycie i rozmowach z przedstawicielami firmy International Medical Institute w sprawie umowy o rekrutacji studentów z USA na 4-letni, anglojęzyczny program studiów lekarskich w AMG. W przygotowaniu znajduje się ostateczna wersja umowy dwustronnej dotyczącej rekrutacji absolwentów szkół amerykańskich (*college*). Firma International Medical Institute nie tylko dokona rekrutacji, ale również będzie nadzorować wybranych przez siebie studentów: początkowo będzie to do 10 osób, docelowo 20 osób rocznie. Firma zobowiązuje się również dostarczyć podręczniki i wzory egzaminów, co może być bardzo pomocne w staraniach o amerykańską akredytację naszej Uczelni.

Prorektor ds. nauki prof. R. Kaliszan przedstawił informacje na temat wyników przeprowadzonej kontroli NIK realizacji grantów KBN. Kontrola dotyczyła grantów autorskich. Szczegółowej kontroli poddano 5 losowo wybranych projektów z ogólnym wynikiem pozytywnym. Protokół kontroli zawiera szereg ważnych zaleceń, z którymi zostaną zapoznani wszyscy zainteresowani.

Następnie rektor prof. W. Makarewicz poinformował:

- o rozmowach z profesjonalną firmą typu SMO (Site Management Organization) w sprawie akwizycji i kompleksowego nadzoru nad badaniami klinicznymi leków w jednostkach AMG.

Firma ta, oprócz kompleksowego nadzoru, będzie mogła generować nowe kontrakty dla Uczelni. Prof. Jacek Jassem i dr hab. Janusz Jaśkiewicz zgodzili się podjąć roli przedstawicieli rektora w dalszych negocjacjach;

- o powołaniu Komisji Rektorskiej w sprawie wyprowadzenia w roku 2002 wszystkich dotychczasowych użytkowników budynku „Starej Anatomii”. Stan techniczny tego budynku jest fatalny i wymaga możliwie szybkiego kapitalnego remontu. Należy szukać sposobu wyprowadzenia stamtąd wszystkich jednostek. W tym celu Rektor powołał Komisję Rektorską w składzie: przewodniczący: prof. Julian Świerczyński, członkowie: prof. Jan Stępiński i dr hab. Zofia Szerkowska;
- o spotkaniu z przedstawicielami Rady Naukowej Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni i przedstawieniu oferty integracji IMMiT z AMG. Według projektu integracji Instytut zachowa w strukturze AMG znaczny zakres autonomii łącznie z prowadzeniem wydzielonej działalności gospodarczej. W oparciu o Instytut zostanie poszerzona oferta dydaktyczna AMG i utworzone nowe kierunki studiów.

Na zakończenie obrad prof. E. Częstochowska wystąpiła z wnioskiem o zajęcie stanowiska przez Rektora w sprawie projektu założenia Fundacji przez Klub Seniora AMG i możliwości zaadaptowania budynku przy ul. Do Studzienki na Dom Seniora. Rektor prof. W. Makarewicz zadeklarował poparcie dla starań o założenie Fundacji wyrażając opinię, że w tej sprawie musi również zająć stanowisko Senat Uczelni. Sprawa ewentualnego wykorzystania na ten cel budynku przy ul. Do Studzienki może być przedmiotem późniejszych ustaleń.

mgr Grażyna Sadowska

NAGRODY POLSKIEGO TOWARZYSTWA FARMACEUTYCZNEGO

Dnia 15 grudnia 2000 r. w siedzibie Zarządu Głównego PTFarm. w Warszawie odbyła się uroczystość wręczenia dorocznych nagród Towarzystwa. W gronie laureatów znaleźli się pracownicy Wydziału Farmaceutycznego naszej Uczelni.

Medalem im. Ignacego Łukasiewicza za wybitne zasługi dla farmacji polskiej uhonorowany został dr hab. Feliks Gajewski, prof. nzw. AMG, z Katedry i Zakładu Technologii Chemicznej Środków Leczniczych, były długoletni przewodniczący Oddziału Gdańskiego PTFarm. Wśród 5 osób, którym przyznane zostały nagrody naukowe za najlepsze rozprawy habilitacyjne o tematyce szczególnie ważnej dla nauk farmaceutycznych, znalazł się dr hab. Antoni Nasal, adiunkt Katedry i Zakładu Biofarmacji i Farmakodynamiki, wyróżniony za pracę *Modelowanie właściwości farmakokinetycznych ksenobiotyków w oparciu o dane chromatograficzne wyznaczone na nowych fazach stacjonarnych ze szczególnym uwzględnieniem immobilizowanej sztucznej błony biologicznej (IAM) oraz immobilizowanej kwaśnej α_1 -glikoproteiny*.

dr hab. Antoni Nasal

UWAGI O MIEJSCU I ROLI AMG

W REGIONALNYM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Niedawne publikacje w *Rzeczypospolitej* („Był sobie szpital”, 5.02.2001) i *Dzienniku Bałtyckim* („Szukanie ratunku” 14.02.2001) adresowane do szerokiej publiczności czynią wrażenie, że dynamiczny rozwój Szpitala Gdańskiego jest koniecznym warunkiem zabezpieczenia wysoko specjalistycznych usług medycznych dla Trójmiasta i województwa pomorskiego.

Nie mam nic przeciwko sektorowi prywatnemu usług medycznych, także szpitalnych, lecz istota sprawy leży w widzeniu problemu we właściwych proporcjach i zgodnej z dobrze pojętym interesem społecznym dystrybucji, wysoce przecież niedostatecznych publicznych środków finansowych, pomiędzy różne, konkurujące ze sobą na tym rynku podmioty. Zasadniczą wadą, a nawet patologią obecnego systemu jest uśrednianie wartości hospitalizacji i procedur medycznych, a nie wycenianie ich w oparciu o rachunek rzeczywistych kosztów. Powinno o tym, w pierwszym rzędzie, pamiętać Pomorska Kasa Chorych i władze samorządowe odpowiedzialne za kształtowanie polityki zdrowotnej w naszym regionie.

Stawiam tezę, że przez wiele najbliższych lat podstawowym gwarantem bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli naszego województwa, a w niektórych przypadkach i regionu, będą nadal szpitale kliniczne Akademii Medycznej w Gdańsku i dlatego zasługują one na baczniejszą uwagę, przychylność i zdecydowane wsparcie ze strony decydentów. Wiele z procedur wykonywanych w tych szpitalach jest dziś całkowicie unikalnych. Ponadto, w tych szpitalach z natury rzeczy, w łączności z działalnością naukową i dydaktyczną będzie dokonywał się rozwój medycyny, będą wprowadzane do praktyki nowe leki i nowe technologie medyczne – dlatego nawet z perspektywy regionalnego systemu ochrony zdrowia, nie można na nie patrzeć wyłącznie jako na przedsięwzięcia komercyjne. Szpitale kliniczne są także ważnym i głównym miejscem kształcenia wysoko wyspecjalizowanych lekarzy, niezbędnych także dla rozwoju placówek w sektorze prywatnym.

Pragnę skupić się pokrótce na trzech dziedzinach medycyny, chirurgii naczyniowej i neurochirurgii, które były przedmiotem wyżej wspomnianych publikacji prasowych oraz leczeniu choroby wieńcowej i zawału mięśnia sercowego – na który to temat trwa obecnie ożywiona kampania prasowa.

Chirurgia naczyniowa w AMG ma tradycję sięgającą lat 60. Od 1973 roku wy-

konano tu łącznie 11 292 operacje, z czego w 2000 roku 420 operacji, głównie ze wskazań życiowych, takich jak operacje tętniaków aorty brzusznej (79), operacje udrożnienia tętnic szyjnych (154) oraz operacje naprawcze tętnic kończyn dolnych (wyłącznie w stadium III i IV choroby). Te liczby, w opinii konsultanta krajowego prof. W. Noszczyka, stawiają zespół chirurgiczny kierowany przez dr. Czesława Kwiatkowskiego w ścisłej krajowej czołówce. Doceniając potrzebę zwiększenia liczby wykonywanych zabiegów Oddział Chirurgii Naczyniowej Kliniki Kardiologii zostanie w 2001 roku powiększony o 16 łóżek z zamiarem przekształcenia go w najbliższym czasie w samodzielny klinię.

W Klinice Neurochirurgii AMG kierowanej przez prof. Pawła Słoniewskiego wykonano w 2000 roku 1025 operacji, z czego tylko 576 było zakontraktowanych umową z Pomorską Kasą Chorych. Ta liczba wykonanych operacji stawia naszą klinię w ścisłej krajowej czołówce. Jako jedyna placówka w Polsce wykonuje pełen zakres operacji na podstawie czaszki, operuje wszystkie patologie zatoki jamistej (jako jeden z trzech ośrodków w Europie) i wykonuje tzw. *by-passy* zewnątrzczaszkowe. W roku 2000 wykonano w klinice 157 operacji zaklipsowania tętniaków naczyń mózgowych i jako w jednym z dwóch ośrodków w kraju przeprowadza się tu operacje tętniaków tętnicy podstawnej mózgu w krążeniu pozaustrojowym. Klinika Neurochirurgii AMG jako pierwsza w Polsce i jedna z pierwszych w Europie wprowadziła operacje endoskopowe dyskopatii łędźwiowej. Zakupiony dla kliniki i uruchomiony w ostatnich miesiącach, jako aktualnie jedyny w Europie Środkowej, ultranowoczesny, wyrafinowany, skomputeryzowany system tzw. „neuronawigacji” stworzył możliwość zwiększenia o 30–40 % marginesu bezpieczeństwa przeprowadzanych operacji neurochirurgicznych. O kompetencjach kliniki świadczy dobitnie fakt, że w roku 2000 wykonano tu zabiegi w obrębie podstawy czaszki u ponad 100 pacjentów z terenu innych niż Pomorska Kasa Chorych.

W odniesieniu do toczącej się aktualnie w prasie kampanii na rzecz uruchomienia w Gdańsku ciągłego, 24-godzinnego systemu leczenia ostrych stanów niedrożności naczyń wieńcowych serca metodą koronarografii i przeszłonkowej angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA) to jestem głęboko przekonany, że jedyną, racjonalną lokalizacją tych zabiegów może być Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1

AMG. Bezpieczeństwo pacjentów jest tu zagwarantowane przez skupienie w jednym miejscu pracowni kardiologii interwencyjnej, oddziału intensywnego nadzoru kardiologicznego i kliniki kardiologii. Wszystkie te jednostki dysponują ogromnym doświadczeniem i kadrą o najwyższych kwalifikacjach. W roku 2000 wykonaliśmy w AMG 1500 operacji kardiologicznych, 2712 koronarografii i 761 zabiegów angioplastyki naczyń wieńcowych. Nie ma w Trójmieście drugiego ośrodka o porównywalnych możliwościach i doświadczeniu. Aktualnie, w stanach zagrożenia życia, zabiegi te już są wykonywane w trybie nagłym, także nocą oraz w niedziele i święta. Uruchomienie więc systemu dyżuru 24-godzinnego jest więc raczej problemem organizacyjnym, uzależnionym od uzyskania odpowiedniego odrębnego kontraktu z Pomorską Kasą Chorych i pokrycia nakładów finansowych na niezbędne wyposażenie aparaturowe i dodatkowy personel.

Na koniec kilka uwag ogólnych. Sektor prywatny w lecznictwie powinien być zgodny z nazwą „prywatny”, a nie funkcjonować na zasadzie pompy ssącej publiczne pieniądze, którymi zarządzają Kasy Chorych, do zupełnie i naprawdę prywatnej kieszeni. Sloganem, który ma to usprawiedliwiać, jest rzekomo dobro pacjenta! W imię doraźnych, prywatnych korzyści następuje nieefektywne ekonomicznie rozproszenie środków publicznych m. in. na zakup często istniejącego już gdzie indziej drogiego sprzętu, któremu nie będzie można zapewnić długofalowego, należytego wykorzystania. Rozumiem, że potrzebne są mechanizmy wymuszające restrukturyzację sektora publicznego. Ale nadmierne dzielenie tego „tortu”, jakim są pieniądze podatnika, których i tak w systemie jest za mało, skutkuje postępującą degradacją placówek publicznych, które są chronicznie niedoinwestowane, a ich personel źle opłacany, co pozbawia je możliwości normalnego funkcjonowania.

Rozwój szpitali prywatnych, konkurencja na rynku, ma swoje niewątpliwe zalety ale trzeba je tworzyć bardzo ostrożnie, a przy braku specjalistów regionalnych czy wojewódzkich kto ma ocenić pracę takich ośrodków? Kasy Chorych nie są do tego powołane. Zagubionego, cierpiącego pacjenta urzekną luksusowe warunki pobytu w szpitalu, reklama – niejednokrotnie wprowadzająca pacjenta w błąd. Kto natomiast oceni rzeczy najważniejsze dla pacjenta – prawidłowość wskazań do zabiegu operacyjnego, jakość i wyniki leczenia?

prof. dr hab. Wiesław Makarewicz
rektor

OTWARTE SPOTKANIE WŁADZ REKTORSKICH

z pracownikami i studentami Uczelni
w dniu 01.03.2001 r.

Polityka kadrowa Uczelni doceniająca młodą kadrę naukową, wymierna ocena jakości procesu dydaktycznego i fachowa promocja Uczelni – to główne tematy dyskutowane w trakcie spotkania.

W dniu 1 marca br. odbyło się otwarte spotkanie władz rektorskich z pracownikami i studentami naszej Uczelni. Było to pierwsze tego typu spotkanie z władzami Uczelni odbywające się na półmetku bieżącej kadencji. Spotkanie było odpowiedzią na wniosek dotyczący lepszego informowania o bieżących działaniach władz, postawiony na grudniowym posiedzeniu Senatu przez Zespół oceny członków władz Uczelni i profesorów Senackiej Komisji Spraw Nauczycieli Akademickich.

W pierwszej części spotkania rektor i prorektorzy przedstawili informacje o bieżących i planowanych działaniach władz Uczelni.

W trakcie dyskusji licznie zgromadzeni pracownicy i studenci zgłosili wiele wniosków i uwag, które mogą posłużyć jako cenny materiał do planowania dalszej strategii kierowania Akademią. Najczęściej poruszane tematy w dyskusji i płynące z niej wnioski to:

- **prace związane z planowanym utworzeniem wydziału zamiejscowego w Izraelu.** W odpowiedzi na uwagi krytyczne i wypowiedzi sceptyczne rektor prof. Wiesław Makarewicz zapewnił, że Uczelnia nie ponosi w tym względzie żadnego ryzyka finansowego a trwające prace, również te, związane z przygotowaniem do uruchomienia studiów z wykładowym językiem angielskim, oprócz wymiernych korzyści finansowych w przyszłości, mogą ułatwić proces akredytacyjny.
- **propozycja integracji Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej z AMG.** Projekt spotkał się z aprobatą zebranych. Zabierający głos wyrazili przekonanie, że nasza Uczelnia powinna zajmować się również dziedzinami medycyny rozwijanymi przez Instytut. Przemawia za tym, poza innymi względami, nasze położenie geograficzne.
- **polityka kadrowa Uczelni promująca rozwój kadr.** Był to jeden z tematów najszerzej dyskutowanych. W ciągu kilku najbliższych lat odejdzie na emeryturę około 20 profesorów naszej Uczelni. Aktywność władz Uczelni powinna sprzyjać kreowaniu nowych profesorów. Należy przeprowadzić rozeznanie kadry, kto jest w stanie sięgnąć po profesurę w najbliższych latach. Władze powinny dopingować młodych ludzi do zdobywania stopni naukowych.
- **wymierna kontrola jakości procesu dydaktycznego.** Problem, pojawiający się ostatnio w dyskusjach coraz częściej, jest ściśle związany z polityką kadrową Uczelni. Jakość kształcenia zależy od ludzi i nadzoru bezpośredniego. Zdaniem przedstawicieli studentów, studenci powinni mieć większy wpływ na ocenę pracowników zajmujących się dydaktyką. W trakcie dyskusji wskazano na niedostatki ankiet oceniających proces dydaktyczny. Ankiety nie dają możliwości wyróżnienia pracowników za pracę dydaktyczną. Uczelnia powinna posiadać jednostkę w randze samodzielnej pracowni, zajmującą się dydaktyką medyczną. Powinien powstać Zakład Dydaktyki monitorujący i kontrolujący jakość procesu dydaktycznego.
- **fachowa promocja Uczelni.** Siła oddziaływania mediów we współczesnym świecie jest ogromna. To one mają decydujący wpływ na postrzeganie instytucji i osób przez ogół społeczeństwa. Fachowa promocja może bardzo pozytywnie wpłynąć na kształtowanie wizerunku Uczelni w mediach. Zgłoszony został wniosek o utworzenie Działu Promocji lub rozszerzenie o tę

dziedzinę kompetencji Działu Współpracy z Zagranicą, z przeznaczeniem odpowiednich środków finansowych na ten cel i zatrudnieniem odpowiedniego personelu.

Pozostałe problemy i wnioski omawiane w trakcie dyskusji:

- **współpraca z ośrodkami medycznymi, naukowymi w Królewcu (Kaliningrad).** Gdańsk posiada wielowiekowe tradycje współpracy z tym miastem. Prowadzimy już praktyki wakacyjne dla studentów z Grodu. Zainteresowanie młodzieży z tych terenów Akademią jest bardzo duże. Posiadamy kilku młodych pracowników naukowych którzy rekrutują się z tego środowiska.
- **negocjacje z Kasami Chorych.** W rozmowach z Kasą Chorych należy wspomagać dyrektorów szpitali. Rektor i władze Uczelni nie powinny pozostawiać decyzji tylko w gestii dyrektorów i kierowników jednostek. Władze Uczelni powinny mieć wpływ na przebieg negocjacji.
- **pensum dydaktyczne.** Uczelnia winna dążyć do standardu europejskiego. Bardzo ważny jest poziom prowadzonych zajęć. Należy uwzględnić możliwość przeprowadzania zajęć zintegrowanych, interdyscyplinarnych.
- **kształcenie podyplomowe jako element kształcenia lekarzy.** Przedstawiona została opinia, że jest to nie mniej ważny element działalności Uczelni niż wprowadzenie studiów licencjackich. Problemy związane z tym zagadnieniem nie są jednak możliwe do rozwiązania na poziomie Uczelni. Są oczekiwania aktywności w tym względzie władz Uczelni na poziomie MZ i KRASP.
- **oszczędne gospodarowanie środkami Uczelni.** Postawiono wniosek o przeprowadzenie oceny kierowników jednostek pod kątem oszczędnego gospodarowania środkami. Obecnie główny problem to deficyt środków finansowych. Należy zwrócić szczególną uwagę na oszczędne gospodarowanie posiadanymi środkami, co powinno znaleźć odbicie w ocenie przeprowadzanej przez Komisję oceny władz Uczelni i profesorów. Wielce pożądany byłby szerszy udział Uczelni w programach Unii Europejskiej.
- **problem ochrony własności intelektualnych i danych osobowych.** Wykłady często są nagrywane i sprzedawane, co jest postępowaniem nielegalnym. Władze powinny podjąć odpowiednie kroki przeciwdziałające takim procederom. Kolejny problem, to publiczne ogłaszanie wyników egzaminów na tablicach ogłoszeniowych. Niektórzy zainteresowani nie życzą sobie takiego eksponowania informacji o sobie. Wyjściem z sytuacji, jeżeli chodzi o egzaminy wstępne, może być umieszczenie na formularzu zgłoszeniowym klauzuli o możliwości przetwarzania danych osobowych kandydata.
- **zajęcia kliniczne.** Aktywność dydaktyczna w klinikach skumulowana w zbyt krótkim czasie. Większość zajęć klinicznych odbywa się w godzinach 9.00–13.00 przez 5 dni w tygodniu. Baza kliniczna jest zasadniczo przygotowana do możliwości kształcenia w tym trybie tylko około 100 studentów na danym roku. Faktycznie studiuje na poszczególnych latach klinicznych ponad 200 studentów. Powoduje to znaczne niedogodności dla pacjentów ale także dla studentów i nauczycieli akademickich oraz obniża poziom kształcenia.

Na zakończenie dyskusji prof. Andrzej Myśliwski w imieniu obecnych podziękował za zorganizowanie spotkania, które pozwoliło na szeroką dyskusję nad najważniejszymi problemami Uczelni. Posiedzenia rad wydziałów są z reguły poświęcone sprawom personalnym i organizacyjnym, brak czasu na dyskusję na tematy ogólne. Spotkanie dowiodło, że idea sformułowania misji Uczelni, o czym szerzej pisze rektor prof. Wiesław Makarewicz w lutym wydaniu *Gazety AMG*, jest wartościowa. Rektor zwrócił się z prośbą do redakcji *Gazety AMG* o udostępnienie tam tego czasopisma uczelnianego na publikację napływających opinii, które będą gromadzone i analizowane.

mgr Grażyna Sadowska



Sesja naukowa przygotowana przez Duszpasterstwo Akademickie i Akademię Medyczną w Gdańsku w ramach obchodów IX Światowego Dnia Chorego

10.02.2001 r.

Pacjent i pracownik służby zdrowia wobec zagrożenia bezduszną

Program

- 9.00 Oficjalne rozpoczęcie sesji naukowej: powitania: JM Rektor AMG, JE Metropolita Gdański i Prowincjał Księży Pallotynów
- 9.30 JE Kardynał Fiorenzo Angelini z Watykanu, współtwórca obchodów Światowego Dnia Chorego: „Sprawiedliwość i miłosierdzie warunkami powszechnej dostępności do współczesnej opieki medycznej”
- 11.00 Stefan Chwin, prozaik, profesor UG: „Rozmyślenia o bólu...”
- 12.00 Ks. dr med. Henryk Hoser SAC, misjonarz z Rwandy: „Obojętny miecz globalizacji – refleksje nad szansami zdrowia publicznego w świecie”
- 13.00 Prof. dr hab. med. Janina Suchorzewska: „Przeobrażenia współczesnej medycyny a niezmiennie potrzeby człowieka chorego – impresje z 50-letniej pracy lekarza”
- 14.00 Prof. dr hab. med. Stefan Raszeja: „Szacunek dla podmiotowości chorego w świetle zasad deontologii medycznej”
- 16.00 Krzysztof Zanussi, reżyser: Przesłanie do uczestników poprzedzające projekcję filmu: „Życie jako śmiertelna choroba...”
- 18.00 Msza św. w kościele ks. Pallotynów. Homilia – ks. dr med. Henryk Hoser SAC
- 19.00 Zaproszenie do Ośrodka Duszpasterstwa Akademickiego „Źródło”.

Referaty wygłoszone podczas sesji na następnych stronach

Zdjęcia z sesji przygotował
Dariusz Omernik

Fiorenzo Angelini

SPRAWIEDLIWOŚĆ I MIŁOSIERDZIE WARUNKAMI POWSZECHNEJ DOSTĘPNOŚCI DO WSPÓŁCZESNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ

W ostatnio opublikowanym Liście Apostolskim *Nova millennii ineunte* Jan Paweł II wymieniając potrzeby, na które powinna być uczulona chrześcijańska wrażliwość, zapytuje, „jak to możliwe, że w naszej epoce są jeszcze ludzie (...) nie mający dostępu do najbardziej podstawowej opieki lekarskiej?”

Powołując się na tradycję miłosierdzia, które przybierało w ubiegłych dwóch tysiącach lat różnorodne formy, Ojciec Święty stwierdza: *„Potrzebna jest dziś nowa wyobraźnia miłosierdzia, której przejawem będzie nie tyle i nie tylko skuteczność pomocy, ale zdolność bycia bliżnim dla cierpiącego człowieka, solidaryzowanie się z nim tak, aby gest pomocy nie był odczuwany jako poniżająca jałmużna, ale jako świadectwo braterskiej wspólnoty dóbr”*.

Jeśli po dwóch tysiącach lat chrześcijaństwa jest jeszcze tak bardzo nagląca potrzeba miłości, aby zaradzić najbardziej nagłym potrzebom ogromnej części ludzkości, to jest to spowodowane zbyt powolnym umacnianiem się sprawiedliwości na wszystkich polach, a zwłaszcza w dziedzinie służby zdrowia.

Historycznie rzecz biorąc, miłosierdzie przez długie lata przyjmowało formę troskliwej opieki przede wszystkim w dziedzinie opieki sanitarnej i równocześnie kształtowało pedagogię sprawiedliwości. I tak, jak nie będzie sprawiedliwości, jeśli nie będzie jej ożywiało, krzewiło i szerzyło miłosierdzie, tak też sama tylko miłość nie może zastąpić sprawiedliwości.

Konieczna ludzka solidarność znajduje swoje pełne potwierdzenie w spotkaniu sprawiedliwości i miłości; bez sprawiedliwości miłość przestaje być roztropną; natomiast sprawiedliwość bez miłości, ze względu na ludzką słabość, nie osiągnie swojego celu, jak mówi o tym historia.

Potwierdza to również dobitnie nauka Soboru Watykańskiego II: „Najpierw trzeba zadośćuczynić wymaganiom sprawiedliwości, by nie ofiarować jako darów miłości tego, co się należy z tytułu sprawiedliwości”.

Pozostaje więc zawsze celem nadrzędnym „rozwój porządku społecznego, opartego na prawdzie, budowanego na sprawiedliwości i ożywianego miłością”.

Medycyna miejscem próby spotkania sprawiedliwości i miłości

Jest rzeczą znaną, że według tradycyjnej nauki o inspiracji chrześcijańskiej, sprawiedliwość może mieć potrójne znaczenie. Pierwsze znaczenie bardzo szeroko-

kie, czyli dobroci, drugie bardziej specyficzne, czyli cnoty, dzięki której oddaje się każdemu to, co mu się należy i w końcu dobroci moralnej, której towarzyszy obecność w nas taski.

Ponieważ dominujące pojęcie sprawiedliwości jest rozumiane jako cnota, dzięki której oddaje się każdemu to, co mu się należy, dlatego problem staje się bardzo delikatny, gdy chce się określić zakres tej należności.

W rzeczywistości sprawiedliwość ma na celu osiągnięcie tego, co się komuś należy, nie zaś tego, co według uznania należy dać lub nie dać. Z trudności zdefiniowania należności rodzi się tendencja przyznania drugiemu jakiegoś minimum, do tego stopnia, że wyrażenie „sprawiedliwość społeczna”, uznawane jest przez autorów jako relatywnie „nowe”, ponieważ dopiero we współczesnej epoce wprowadzono jasną definicję podstawowych praw człowieka. Należy jednak dodać, że ich zasadnicza akceptacja natrafia na dotkliwą negację w wielu częściach świata.

Jest prawdą, że jeśli miłość nie pobudza, nie podtrzymuje i nie ożywia sprawiedliwości, to sama sprawiedliwość pozostaje nieureczywistniona i w całej swej treści jest nie do urzeczywistnienia. Jest to prawdziwe zwłaszcza wtedy, gdy chodzi o podstawowe prawo człowieka do zdrowia i do opieki sanitarnej, dla której granica „należności” jest bardzo jasna i jednocześnie nie może być proporcjonalnie udzielana, jeśli się ją uznaje jako należność wynikającą ze sprawiedliwości, a nie z miłości.

Chory nie jest biedakiem lub pozbawionym dachu nad głową, któremu sprawiedliwość nakazuje, aby otrzymał minimum utrzymania; chory prosi, by mu uratowano życie i zachowano jego jakość. Chory jest potrzebującym, który prosi i któremu należy się maksymalna opieka.

Dlatego nieodzowne i konieczne staje się w medycynie powiązanie sprawiedliwości z miłością. Istotnie ochrona i ratowanie zdrowia jako podstawowy wymóg odnosi się do wszystkich istot ludzkich, jednakowo i niezależnie od ich warunków społecznych, politycznych, kulturowych, religijnych i ekonomicznych. Podczas gdy dla potwierdzenia innych praw granice



mogą być natury wyłącznie materialnej i ekonomicznej, nie jest tak w wypadku służby zdrowia, która dotyczy życia i odnosi się do całej osoby w jej wymiarze fizycznym, psychicznym i duchowym.

Ponieważ do nauk medycznych należy współpraca z Bogiem w obronie i rozwoju stworzenia, medycyna, która chciałaby być rzeczywiście ludzką, musi odnosić się do osoby w jej całościowym wymiarze ciała i duszy. Wynika z tego, że staje się ona dziełem nie tylko sprawiedliwości lecz także miłości.

Nie chodzi jedynie o stwierdzenie zasady. Chodzi również o fakt historyczny, często zapomniany lub niewystarczająco doceniany. Jest rzeczą podstawową uświadomić sobie, że w historii Kościoła pierwszy czyn wynikający z miłości w służbie sprawiedliwości miał miejsce na polu służby zdrowia. „Zdrowia” pojętego jako to wszystko, co odnosi się do zapobiegania, diagnozy, terapii, rehabilitacji dla lepszej równowagi psychofizycznej osoby i służby zdrowia pojętej jako to wszystko, co odnosi się do polityki, prawodawstwa i planowania na polu sanitarnym, właściwych każdemu państwu.

Służba chorym jako podstawowy obowiązek ludzki wynikający ze sprawiedliwości ożywianej przez miłość, i jako prawo wszystkich istot ludzkich, bez żadnej różnicy, została wprowadzona w sposób organiczny przez Kościół, jako aspekt integralny jego misji w nawiązaniu do polecenia Chrystusa „aby głosili Królestwo Boże i uzdrawiali chorych” (Łk 9, 1-2).

Dlatego od samego początku Kościół interpretował nakaz głoszenia i uzdrawiania, ewangelicznego przepowiadania orędzia i opieki nad cierpiącymi, jako swoje nierozłączne zadanie.

Ta rzeczywistość, zanim zaczęto głosić Ewangelię, była niemal nieznana, zwłaszcza w praktyce, chociaż teoretycznie była uznawana lub przynajmniej zarysowana w Przysiędze Hipokratesa i sporadycznie praktykowana w społeczności przedchrześcijańskiej.

Po zakończeniu prześladowań i nadejściu ery kostantyniańskiej, Kościół z zaskakującą szybkością zaangażował się na polu medycyny w wymiarze społecznym.

Studium na temat najstarszych form „diakonii” potwierdza, że miały one wyraźny charakter medyczno-opiekuńczy. Do pierwszych diakonii dołączają się, począwszy od Wschodu „*xenodokie*”, czyli hospicja, które zapoczątkowały przyszłe szpitale. Sławna „*Basiliada*” założona przez Świętego Bazylego w pobliżu Cezarei tworzyła autentyczne miasteczko szpitalne, podobnie jak hospicjum założone w Betlejem przez św. Hieronima.

Zajęłoby zbyt dużo miejsca prześledzenie, choćby pokrótce, historii opieki zdrowotnej w działalności Kościoła. Ograniczę się jedynie do przedstawienia jednego szczegółu o wielkim znaczeniu. Wiele zostało napisane na temat „cieni” podboju, kolonizacji i ewangelizacji tak zwanego Nowego Świata z okazji 500-letniej rocznicy tego wydarzenia. Natomiast odnośnie jego „blasków” często ograniczano się jedynie do przypomnienia wielkich postaci misjonarzy. Ostatnie studia, o czym miałem okazję mówić w moim referacie wygłoszonym w Santo Domingo w 1992 roku, dokładnie ukazały niezwykle zaangażowanie pierwszych misjonarzy w połączenie przepowiadania Ewangelii ze społeczną służbą na rzecz zdrowia wszystkich potrzebujących, bez żadnych dyskryminacji.

Współczesna medycyna w służbie wszystkim

Jestem przekonany, że olbrzymi rozwój nauki i sztuki medycznej wspomagany przez wspaniałe zdobycze współczesnej techniki ukazuje jeszcze bardziej nierozłączny związek pomiędzy sprawiedliwością i miłością na rzecz opieki zdrowotnej, która służyłaby rzeczywiście wszystkim. Właśnie dlatego „nowe granice otwarte przez rozwój nauki i przez jej możliwość technicznego i terapeutycznego zastosowania odnoszą się do delikatnego zakresu życia ludzkiego u jego początków i do jego głębokiego znaczenia”.

W społeczności, która dążyła do klasowego zepchnięcia na margines chorego lub przynajmniej niektórych kategorii chorych, Chrystus w przepowiadaniu zbawienia uprzywilejował kontakt z chorymi.

Kościół powołany do naśladowania Chrystusa, tym bardziej jest powołany dzisiaj do urzeczywistniania tego w społeczności, która przynajmniej w sposób abstrakcyjny i na mocy regulującego prawa, przeznacza ogromną część swoich zasobów na rzecz służby zdrowia. Co więcej, pragnę powiedzieć, że w podkreślaniu decydującej wagi miłości w spełnianiu obowiązku sprawiedliwości w odniesieniu do podstawowego prawa ludzkiego do zdrowia, Kościół ma dzisiaj bardziej rozległe pole do spotkania na wielu płaszczyznach.

Wśród dzieł sprawiedliwości, służba tym, którzy cierpią jest pierwszą, ponie-

waż jest najbardziej nagłą i odnosi się do największej liczby adresatów.

Aby postawić obok siebie miłość i owe dzieła sprawiedliwości, nie jest konieczna żadna ideologia, ponieważ zdrowie i choroeba nie mają charakteru ideologicznego, politycznego, kulturowego lub religijnego, skierowanego przeciw czemuś lub komuś. Miłość i sprawiedliwość w służbie zdrowiu, a tym samym ludzkiemu życiu są najważniejszym i najbardziej skutecznym ekumenizmem czynu, będącym najbardziej pewnym terenem spotkania i porozumienia między ludźmi i narodami.

Wystarczy jeden przykład. Dzisiaj w Afryce, chociaż katolicy stanowią jedynie czternaście procent ludności, to właśnie katolickie instytucje służby zdrowia reprezentują siedemnaście procent wszystkich struktur służby zdrowia na tym kontynencie.

Inauguracja katolickiego ośrodka formacji dla potrzeb służby zdrowia jest okazją do refleksji, która nie dotyczy tylko naszego kręgu. Istnienie „katolickich” ośrodków służby zdrowia nie oznacza, że są one odrębne od pozostałych, nie noszących tej kwalifikacji, lecz pociągą za sobą obowiązek, w miarę możliwości, bycia lepszym od innych, to znaczy rozwinięcia takiego działania, aby być wzorem i pociągać do działania także inne struktury sanitarne. Właśnie dlatego obowiązki sprawiedliwości spełniane przez katolicki szpital lub katolicki ośrodek medyczny chcą zawsze iść w parze z miłością.

Współczesna medycyna w służbie wszystkim odczuwa coraz bardziej nagłą potrzebę niesienia miłości oprócz wypełnienia obowiązku sprawiedliwości. Racje tego założenia są liczne. Ograniczę się jedynie do przytoczenia niektórych z nich.

Działalność medyczno-sanitarna jako powołanie i misja

Działalność medyczno-sanitarna jest powołaniem, ponieważ jest odpowiedzią na transcendentne wezwanie do wypełnienia misji, która wpisuje się w samą misję Chrystusa, czyli służbę Bogu w służbie człowiekowi. Innymi słowy, działalność medyczno-sanitarna jest służebnym narzędziem obfitej miłości Boga do człowieka i równocześnie dziełem miłości względem Boga, przejawiającej się w miłosiernej trosce o człowieka, w której sam Chrystus jest obecny w chorym i cierpiącym (por. Mt 25, 31–40).

Dlatego tak wyraźnie zarysowana jest analogia między służbą terapeutyczną pracownika służby zdrowia i służbą kapłańską, wielokrotnie ukazana w papieskich dokumentach, szczególnie od Piusa XII aż do Jana Pawła II.

Należy mieć na uwadze, że pojęcie pracownika służby zdrowia, szczególnie we współczesnej organizacji służby medyczno-sanitarnej obejmuje „lekarzy, farmaceutów, pielęgniarki i pielęgniarzy, kapłanów, zakonników, zakonnice, personel administracyjny i wolontariuszy”, bez których

wspólnej i skoordynowanej działalności nie mogłoby być mowy o skutecznym procesie leczenia. Zwłaszcza w publicznej organizacji służby zdrowia, która nabiera coraz częściej charakteru przedsiębiorstwa, coraz bardziej konieczna jest współpraca tych, którzy są odpowiedzialni za jej różne sektory.

Brak tej zespalającej współpracy jest z pewnością jedną z poważniejszych przyczyn mniej humanistycznego aspektu współczesnej medycyny.

Kolejnym elementem uwidaczniającym poważne następstwa zaangażowania w medycynę pozbawioną miłości jest brak świadomości transcendentnego znaczenia życia. Należy tę świadomość jak najszybciej przywrócić.

Przywrócenie transcendentnego znaczenia życia

Jesteśmy dzisiaj świadkami sekularyzacji wprowadzonej przez społeczność materialistyczną i hedonistyczną, która umocniła tendencję zepchnięcia na margines cierpiących i pogłębienia w nich lęku, nieufności i zniechęcenia. Środki społecznego przekazu najczęściej lekceważą tych, którzy cierpią i wspominają o nich jedynie wtedy, kiedy chodzi o podkreślenie skandalu lub pokazanie wydarzeń nadzwyczajnych.

Społeczeństwo konsumpcyjne, idąc w kierunku medycyny zupełnie uspołecznionej, czyni opiekę zdrowotną coraz mniej ludzką ze względu na kryzys wartości transcendentnych, które towarzyszą człowiekowi. Stąd ten aspekt medycyny, który jest dostrzegany coraz częściej, domaga się jej dogłębnej personalizacji, która w rzeczywistości jest niemożliwa bez pomocy miłości.

Zaniedbuje się coraz bardziej odwoływanie się do rzeczywistej wartości terapeutycznej wiary i modlitwy. Tam, gdzie wrażliwość ludzka nie zniknęła zupełnie, miłość zastępuje się szeroką filantropią, która w miejsce współuczestnictwa wprowadza współczucie.

Chory staje się coraz częściej praktyką do wykonania czy numerem, a nie bratem czy siostrą, który chce spotkać dobrego Samarytanina, troszczącego się nie tylko o konkretną chorobę, lecz o jego sytuację jako człowieka cierpiącego, by stać się jego „bliźnim” w miłości (por. Łk 10, 29–37).

Działalność pracowników służby zdrowia posiada duże znaczenie dla służby życiu i opiera się na międzyosobowej relacji, która powinna wyrazić się w spotkaniu między „zaufaniem” człowieka naznaczonego cierpieniem i „świadomością” drugiego człowieka, czyli pracownika służby zdrowia, biorącego na siebie jego potrzeby, wychodzącemu mu naprzeciw, aby się nim opiekować, leczyć go i wyleczyć. To domaga się miłości, otwartości, troski, zrozumienia, współuczestnictwa, życzliwości, dialogu, osobistego uczestnictwa w konkretnej sytuacji poszczególnego pa-

cjenta, a nie tylko naukowej i zawodowej kompetencji. Stąd rodzi się naglący postulat odpowiedniej formacji moralnej i duchowej pracowników służby zdrowia.

Doniosłość formacji moralnej i duchowej

Jeśli obrona i promocja życia są tere-
nem akcji, na którym medycyna jest we-
zwana do działania, wynika stąd ścisły
związek pomiędzy kompetencją zawodową
a etyczną i moralną wizją ludzkiej osoby.

Jesteśmy wezwani do przyjęcia posta-
wy moralnej wobec:

- obrony życia poczętego i przerywania ciąży;
- odpowiedzialnego macierzyństwa/ojco-
stwa i egoistycznej kontroli demogra-
ficznej;
- medycyny przeszczepów i takiego za-
stosowania biologii genetycznej, która
zagroza istocie osoby ludzkiej;
- problemów, które dręczą osoby nie-
pełnosprawne;
- ratowania ofiar narkomanii;
- uznania prawa do godnej śmierci prze-
ciw eutanazji;
- humanizacji medycyny wobec biurokra-
cji i utraty poczucia osobowości;
- prawa wszystkich, bez żadnego wyjątku
i dyskryminacji do opieki zdrowotnej.

Formacja moralna i także duchowa
chrześcijańskiego i katolickiego pracow-
nika służby zdrowia powinna dokonywać się
razem z przygotowaniem zawodowym.

Gdy w roku 1969 zapoczątkowałem w
Rzymie roczny kurs „Medycyna i moral-
ność”, pobudziło mnie do tego przedsię-
wzięcia przeświadczenie o coraz więk-
szym dystansie pomiędzy przygotowa-
niem naukowym i technicznym pracow-
ników służby zdrowia a ich przygotowaniem
lub formacją moralną.

Następnie, będąc odpowiedzialnym za
duszpasterstwo służby zdrowia w Koście-
le powszechnym, dołożyłem wszelkich sta-
rań, aby na wydziałach medycyny znalazło
się miejsce na katedrę formacji etycznej i
duchowej przyszłych lekarzy. Rozpoczą-
łem wydawanie czasopisma naukowego,
ukazującego się w kilku językach *Doletium
hominum - Kościół a zdrowie w świecie*.
Zorganizowałem w każdym roku konferen-
cję międzynarodową na tematy, które na
polu medycznym pociągają za sobą wybo-
ry na rzecz życia. Ponadto przygotowałem
i wydałem, z pomocą bardzo dobrych fa-
chowców „Kartę Pracowników Służby
Zdrowia”, która w imię cywilizacji życia
określa dyrektywy, z którymi powinni za-
poznać się wszyscy ci, „którzy się poczuwają
do wypełniania podstawowego obowiązku
promowania i obrony życia”.

Dobre przyjęcie tego tekstu, opubliko-
wanego w różnych językach, potwierdziło
konieczność faktu, że wszyscy ci, którzy
działają na polu służby zdrowia powinni
wykonywać swój zawód biorąc pod uwagę
pierwzoplanowe znaczenie życia, a zaan-
gażowanie w jego promowanie i obronę

jest wyznacznikiem powszechnej cywiliza-
cji.

Musimy obiektywnie stwierdzić, że tak-
że wśród najbardziej przygotowanych pra-
cowników służby zdrowia, troska o ko-
nieczność doskonalenia wiedzy w materii
poznawania nowych możliwości technicz-
nych medycyny pobudza ich do zapomnia-
nia o konieczności odpowiedniego przygo-
towania etycznego i moralnego.

Niegdyś – mówię to nie bez żalu – to
przygotowanie etyczne i moralne było,
przynajmniej częściowo, wyrównywane
przez solidne przygotowanie humanistycz-
ne. Sprawiało to, że lekarz w codziennym
zestknięciu się z cierpiącymi wyczuwał do-
skonałe potrzebę wizji równocześnie rozu-
mowej i transcendentalnej własnej misji.

Bardziej niż w przeszłości, dzisiaj zdro-
wy rozsądek powinien uświadomić czło-
wiekowi, by nie pozostawał więźniem
osiągniętych zdobyczy, odstawiających
zarazem ludzkie ograniczenia. Tylko szer-
sze spojrzenie – duchowe i transcendent-
ne – pomoże należycie kontrolować ludzką
egzystencję.

Jedynie racjonalna analiza braków rów-
nowagi, niedomagań i chorób, które drę-
czą współczesnego człowieka, twórcy i za-
razem ofiary technologicznego postępu,
jest w stanie kształtować inne pojęcie tego
samego zdrowia: pojęcie bardziej cało-
ściowe i zrozumiałe. Zakłada to diagnozę
antropologiczną, która dosięgnie ducha
pacjenta, czyli odkryje przyczynę choroby
ponad mechanizmy zjawisk fizycznych i
psychicznych.

W odpowiedzi na pytania stawiane przez
te problemy postuluję odpowiednią forma-
cję moralną i duchową pracowników służ-
by zdrowia, bez której nie znajdą oni odwa-
gi do dawania należytego świadectwa.

Odwaga świadectwa

Chrześcijanin w działalności medycz-
no-sanitarnej jest powołany do dawania
codziennego świadectwa Chrystusowi.

Wymaga to od pracownika służby zdro-
wia, bardziej niż w przeszłości, podejmo-
wania decyzji, które mogą także żądać wy-
sokiej ceny, czy to w zakresie osobistego
sukcesu, czy pozycji społecznej.

Pierwszy raz – i to dokonano się w na-
szej epoce – wspaniałe postacie lekarzy
zostały wyniesione do chwały ołtarzy: Mi-
kołaj Stenone, Józef Moscati i Ryszard
Pampuri. Dali oni wzorowy przykład pra-
cowników służby zdrowia.

Nie będę przypominał ich życiorysów,
lecz chciałbym przypomnieć wam dzisiaj
niektóre ich myśli zachowane aż do na-
szych czasów, mogące być pomocą w re-
alizowaniu zasad deontologicznych dla
pracownika służby zdrowia, starających
się dać świadectwo wiary w Chrystusa. Są
to świadectwa, w których działalność me-
dyczno-sanitarna jest inspirowana przez
sprawiedliwość i miłość.

Mikołaj Stenone (1638–1686) napisał:
„Celem prawdziwego badacza anatomii

jest takie spojrzenie na cudowną całość or-
ganizmu, że ciało podniesione zostaje do
szlachetnej godności duszy, a w konse-
kwencji poprzez fenomen obydwu wznosi
się do poznania i umiłowania ich Stwórcy”.

I jeszcze: „Badacz anatomii nie powi-
nien przypisywać sobie tego, co odkrywa
lub co przedstawia, bo on sam jest dzie-
łem Bożym, a Bóg nie tylko patrzy, lecz
równocześnie sam działa. Bez Boga mo-
żesz przypisać jedynie sobie błędy”.

Od świętego Józefa Moscati pochodzą
wspaniałe słowa: „Nie nauka, lecz miłość
przemieniła świat”, do swoich kolegów le-
karzy zaś powiedział: „Zapamiętajcie so-
bie, że macie się zająć nie tylko ciałem,
lecz również duszą”.

Ryszard Pampuri napisał w liście: „Po-
winienem zajmować się z większą uwagą,
miłością i spokojem studiami i troską o
chorych, którzy są mi powierzeni w sposób
specjalny i wyjątkowy, a z których będę mu-
siał się rozliczyć w sposób szczególny
przed Panem. Z tej racji będzie mi także
łatwiej zająć się studiami zawodowymi”.

Obowiązek sprawiedliwości, który pra-
cownik służby zdrowia wypełnia w swoim
zawodzie znajduje pełną aktualizację, je-
śli jest podtrzymywany przez miłosierdzie.

Wychowanie w tej szkole domaga się
pokory i wyrzeczenia. Nie oznacza to rezy-
gnacji z dążeń do sukcesu zawodowego,
jeśli jest ono wytrwałym dążeniem i nagro-
dą za bezinteresowne zaangażowanie, a
nie owocem pychy i ekonomicznego do-
chodu.

Nasz epoka, szczególnie na polu medy-
cyny i zdrowia nie osiągnie tak bardzo po-
żądanych celów sprawiedliwości bez
szczególnego udziału miłości.

Nie można służyć cierpiącemu człowie-
kowi nie miłując go i właśnie dlatego me-
dycyna i duszpasterstwo służby zdrowia
stoją blisko siebie i poruszają się po tym
samym torze.

Jest moim życzeniem, aby także w tym
Centrum Medycznym to współdziałanie
było urzeczywistniane z odwagą i konse-
kwencją.

Działalność medyczno-sanitarna może
być uważana za szczególne zadanie apo-
stolatu świeckich.

Ja, który miałem szczęście i taskę speł-
niać całe moje postugiwanie kapłańskie i
biskupie wśród chorych i pracowników
służby zdrowia, otrzymałem od wielu wzo-
rowych lekarzy wielką lekcję przede
wszystkim tego, iż dostrzegali oni swój za-
wód jako misję sprawiedliwości, umieli ją
ubogacić i uzupełnić udziałem ogromnej
miłości. Także wobec nich jestem dłużni-
kiem radości i godności mojego kapłań-
stwa.

W tym duchu wypraszam dla tego nowe-
go ośrodka duszpasterstwa akademickie-
go, za pośrednictwem Maryi Dziewicy
„Uzdrowienia Chorych” daru umiejętności
przekazywania przez służbę chorym i cier-
piącym obrazu samego Oblicza Jezusa,
lekarza dusz i ciał.



Stefan Chwin

ROZMYŚLANIA O BÓLU

Sens bólu w kulturze współczesnej

Pani dr med. Elżbiecie Adamkiewicz-Drożyńskiej z Oddziału Chemioterapii Dziecięcej Kliniki Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii AMG

Ciemność bólu

To się zdarzyło w czasach mojej młodości. Na moich oczach umierała bardzo mi bliska kobieta. Ponieważ nie wstawiała z łóżka od wielu tygodni, miała na plecach i pod kolanami głębokie odleżyny. Trzeba było smarować gencjaną, robić specjalne okłady, przewijać. Kiedyś ją odwracali w łóżku, leciała nam przez ręce. Była zupełnie nieprzytomna. „Panie doktorze – któregoś wieczora zapytałem lekarza, który się nią opiekował – czy ją boli?”. Nie odwrócił nawet głowy: „Nie, chyba nie. Ona teraz już chyba nic nie czuje. Zrobiłem zastrzyk”. Potem mył ręce w miednicy, starannie, palec po palcu i długo, w milczeniu wycierał ręcznikiem wilgotne dłonie.

Właśnie wtedy przeraziłem się. „Chyba”? Przeraziło mnie to jedno słowo. „A więc teraz, w tej chwili, gdy tak nad nią stoimy, ona może odczuwać ból, chociaż jest nieprzytomna? Ten stan nieprzytomności, wcale nie zmniejsza jej cierpienia, tylko ukrywa je przed nami?” Nie było żadnych łez, łkań, ciężkich oddechów. Nic. Nieprzytomny sen. Trudno sobie wyobrazić coś bardziej potwornego niż to bezobjawowe cierpienie w stanie nieprzytomności. Od tego momentu najbardziej przeraża mnie cierpienie kogoś, z kim nie ma żadnego kontaktu. Cierpienie człowieka, który jest nieświadomą siebie, żywą raną.

Ja czegoś podobnego nie potrafię sobie tego wyobrazić i nikt z nas nie potrafi sobie tego wyobrazić „od środka”. Bo zwykłe wierzymy, że jak człowiek traci przytomność, to już wtedy przestaje cokolwiek czuć. Tak właśnie to jest pokazywane na filmach: człowiek torturowany mdleje i wtedy następuje chwila ulgi: ból znika razem ze świadomością. Ale wcale nie jest pewne, że tak jest naprawdę. Dlatego najbardziej boję się długotrwałego „przewlekłego” umierania w śpiączce. Jest to stan najstraszniejszy, jaki można sobie wyobrazić, bo wykluczający możliwość odebrania sobie życia. A życie paradoksalnie, jak pisał Emil Cioran w jednym z esejów, tylko wtedy jest cokolwiek warte, tylko wtedy jest naprawdę ludzkie, kiedy możemy je sobie odebrać. Zwierzę tego nie potrafi.

Cała moja najnowsza powieść *Esther* wyrosła z tamtego dawnego, strasznego

go doświadczenia, o którym nie potrafię zapomnieć i z którym nie potrafię sobie poradzić. Jest to powieść o młodości chłopca i mężczyzny do umierającej kobiety. Tę filozoficznym przedstawionych wydarzeń jest wielkie zatamianie duchowe na przełomie XIX i XX wieku, które stało się prawdziwym początkiem naszej nowoczesności i którego skutki ciągle nas dotykają.

Samotność cierpiącego człowieka

Kiedyś, w mocnych ramach cywilizacji chrześcijańskiej, cierpienie nie wykluczało człowieka ze wspólnoty. Przeciwnie, ból przybliżał do cierpiącego Chrystusa. Wszyscy byliśmy braćmi i siostrami cierpiącego Boga. Dzisiaj, kiedy kultura współczesna oddala się od obrazu Boga Cierpiącego, człowiek zostaje sam na sam ze swoją męką. Cierpienie wciąż kojarzymy z samotnością Chrystusa, Boga, który dobrowolnie zgodził się przyjąć krzyż, był samotny na Drodze Krzyżowej, lecz wiemy też, że samotność Chrystusa nie była tak wielka jak samotność człowieka, którego wiara słabnie. Chrystus zawsze czuł, że jest obserwowany, wiedział, że będzie bohaterem wielkiej Opowieści, która zostanie spisana przez uczniów i stanie się fundamentem wielomilionowego Kościoła. Właściwie nigdy – może poza pobytem na pustyni, gdzie zresztą rozmawiał z Diabłem – nie był sam. Towarzyszyli mu apostołowie i matka.

Cierpiący człowiek, który nie został obdarzony łaską mocnej wiary, ma poczucie, że jego cierpienie wynika z procesów naturalnych, jest absolutnie bezcelowe i nie jest żadną karą czy zasługą. On jest w swoim cierpieniu zamknięty jak poranione zwierzę w żelaznej klatce. Chrystus wiedział z całą pewnością, że cierpienie, jakiego doznaje, jest ważnym elementem jego zbawicielskiej misji na Ziemi. Człowiek często nie potrafi zrozumieć, jaki sens mają jego cierpienia w ogólnym planie życia. Cierpienie się pojawia, wdzierają w nas i bardzo trudno je zracjonalizować. Nic o nim nie wiemy, nic nie potrafimy z nim zrobić, nie rozumiemy, dlaczego akurat nas dotknęło. Ukrzyżowany Chrystus miał chwilę zwątpienia w Bożą łaskę, ale nigdy nie pytał tak, jak pytają chorzy na raka: „dlaczego



właśnie ja?” W tym sensie był najgłębszym przeciwieństwem człowieka cierpiącego w samotności. Wiedział dokładnie, po co cierpi i znał przyszłość, której nieznajomość jest dla wielu ludzi cierpiących przyczyną prawdziwych udręczeń.

Świadomość, że nasze cierpienia nie mają żadnego sensu, może się stać źródłem rozpacz. Kto traci związek z wielkimi symbolami cierpienia, które dawały ludziom poczucie sakralnego uczestnictwa w misterium bólu powszechnego, ten zostaje zamknięty w izolacji własnej tortury. We współczesnej cywilizacji zanika język, jakim mówiono dawniej o cierpieniu. To znaczy taki język, który ukazywał cierpienie jako ofiarę i postannictwo – głębokie doświadczenie duchowe, które łączy ludzi we wspólnym losie.

Bez potu, łez i krwi

Ten proces bardzo wyraźnie objawia się na przykład w sztuce religijnej. W Kościołach nie umieszcza się już drastycznych obrazów przedstawiających cierpienie, których było bardzo wiele w dawnych świątyniach. Dziś Chrystus powinien cierpieć dyskretnie jak bohaterowie „kina rodzinnego”. Żadnej krwi ściekającej po twarzy, po brzuchu i nogach. Wystarczy porównać, jak było przedstawiane ukrzyżowanie w malarstwie gotyckim – przede wszystkim na obrazach Grunewalda – i jak jest przedstawiane dzisiaj. Ciało Chrystusa często jest sprowadzane do uproszczonego, zgeometryzowanego motywu. Żaden z malarzy nie eksponuje – tak jak to było na przykład w sztuce baroku – narzędzi męki, którymi Chrystus był torturowany. Na żadnym obrazie nie pokazuje się wykrzywionej straszliwym bólem twarzy Boga biczanego. Żaden malarz nie przedstawia też męczenników w chwili

męczeństwa, co pokazywano bardzo często w dawnej sztuce. Ukamienowanie św. Szczepana, przeszywanie strzałami nagiego św. Sebastiana, ukrzyżowanie św. Piotra... Takich obrazów, które oglądałem co niedziela w kościele mojego dzieciństwa, nikt już nie maluje, bo żaden proboszcz takich obrazów nie powiesiłby w głównej nawie swojego kościoła. Maksymilian Kolbe przedstawiany jest w promieniach chwały, a nie w agonii bunkra głodowego.

Ta zmiana obrazów bólu dotyczy nie tylko sztuki, lecz i szerzej pojętej współczesnej mentalności. Ludzie nie chcą dzisiaj oglądać w kościołach prawdziwie cierpiącego Chrystusa i Kościół – jak można sądzić – dostosowuje się w jakimś stopniu do tych wymagań. Zresztą zmienia się też samo wyobrażenie Boga. Księża w kościele mojego dzieciństwa mówili o Bogu straszliwie torturowanym i sprawiedliwie karzącym ludzkość za grzechy. Teraz mówi się o Bogu-miłości, który być może zechce wybaczyć wszystkim.

Ból jako „choroba wstydliva”

Ból stał się czymś wstydliwym. Wizerunek człowieka cierpiącego – nie tylko Chrystusa – znika z otaczającej nas przestrzeni, co jest szczególnie widoczne w kolorowych pismach dla kobiet i młodzieży. Oglądając telewizję czy czytając kolorowe magazyny, można czasem uwierzyć, że ludzie cierpiących z bólu po prostu nie ma na świecie. Z jednej strony kultura masowa gloryfikuje opiekę nad chorymi i „sprawnymi inaczej”, a więc opiekę z konieczności „przewlekłą”, z drugiej jednak cierpienie „przewlekłe” współczesna wyobraźnia wyrzuca poza granice świata ludzi przyzwoitych, to znaczy poza granice cywilizacji euroamerykańskiej. Najwłaściwszym miejscem dla przewlekłych cierpień i chorób są malownicze, brudne dzielnice Trzeciego Świata. Ból i brud kolorowych to jedno.

Telewizja uczy, że należy cierpieć krótko i efektywnie. Cierpienie w kreowanym przez kolorowe magazyny świecie zdrowia, seksualnej wydolności i finansowego sukcesu uchodzi za rzecz „nieładną”, o ile przekracza stosowny limit czasu. Kultura masowa brzydzi się przede wszystkim cierpieniem długotrwałym i monotonnym. Nie ma w nim miejsca dla „nudnych cierpień” i „nudnej, długotrwałej opieki nad chorym”. Dopuszczalne są tylko efektowne poparzenia, okaleczenia przez zbrojeńca zwłoki, poranione ciała katowanych dzieci. W niektórych serialach króluje co prawda sentymentalna apoteoza opieki nad obłożnie chorym – ale tylko wtedy, gdy chory jest miłym, przystojnym osobnikiem w czystej pościeli. Najlepiej pokazywać szpital, w którym nie ma zapachu ciała i krwi.

Obok tego kultura masowa stwarza fałszywy obraz ciała bezbolesnego, to znaczy ciała absolutnie nieczułego na ciosy. Przemoc, którą się w ten sposób pokazuje i w kreskówkach dla dzieci, i w filmach sensacyjnych, nie wzbudza w nas żadnego współczucia, tylko furję zemsty i żądzę błyskawicznej „likwidacji” przeciwnika. Ciało jest uderzanym, przewracanym, kopanym przedmiotem. Ono „nic nie czuje”. Mówimy zwykle, że krwawe kino akcji pokazuje przemoc bez żadnych ograniczeń, ale nie jest to prawda. W istocie to kino boi się pokazać, jak naprawdę wygląda ranny, chory człowiek. Płacz z bólu jest równie wstydlawy jak choroba weneryczna. Kult sukcesu zaś narzuca każdemu obowiązek bycia zdrowym, sprężystym i wiecznie młodym. Dziś sporo ludzi ulega tej presji i wstydzi się cierpieć starości, czego dawniej, w wieku XIX na przykład, nie było.

Nowoczesny obraz ciała cierpiącego człowieka

Zmiany w europejskim myśleniu o bólu wiążą się nie tylko z tym, jak zmieniała się europejska wrażliwość religijna. Wiążą się też z tym, jak zmieniał się w ludzkiej świadomości obraz ciała.

Zmiana ta zaczęła się pod koniec wieku XVIII, kiedy medycyna i nauki przyrodnicze wkroczyły bardzo zdecydowanie w obręb ludzkiego organizmu i odstąpiły biologiczny mechanizm naszego funkcjonowania. Takie fakty, jak odkrycie przez Galvaniego zjawiska „elektryczności zwierzęcej” czy „magnetyzmu” wpłynęły bardzo silnie na sposób myślenia o człowieku. Słynne dzieło Geoffreya de la Mettrie, zatytułowane *Człowiek-maszyna*, które wówczas powstało, przedstawiało człowieka jako żywą maszynę biologiczną. Obraz ten wkrótce przeniknął do wyobraźni zbiorowej, co prawdziwie przerażało pisarzy romantycznych. Ciało zostało odarte z tajemnicy. Okazało się, że jest ono tylko „organizmem biologicznym”, niczym więcej. I jeśli dzisiaj nawet mówimy, że nie znamy jeszcze mechanizmu powstawania pewnych chorób, to jednak używając technicznego określenia „mechanizm”, w istocie jesteśmy przekonani, że wcześniej czy później uda nam się ten „mechanizm” rozszyfrować. Myślenie o ludzkim ciele w kategoriach dobrze lub źle funkcjonującego „mechanizmu” biochemicznego stało się powszechne.

Łączyła się z tym zmiana obrazów samego bólu. Myśląc o doznawanym przez nas bólu, zawsze go przecież jakoś sobie wyobrażamy. Dawniej człowiek miał poczucie, że ból przemieszcza się we wnętrzu ciała, „zamieszkuje” i „opuszcza” organy, „przeptywa” z miejsca na miejsce, tak jakby był żywą, płynną, niebezpieczną istotą, która nas udręcza. Jego

ściśła lokalizacja była niezmiernie trudna nawet dla lekarzy. Nie było tak naprawdę wiadomo, co nas dokładnie boli. Wszystko rozgrywało się w tajemniczych głębiach organizmu. Ból miał w odczuciu człowieka naturę zagadkowego, niebezpiecznego ciała astralnego, jakiejś świetlistej istoty, która porusza się w ciele i bardzo utrudnia nam życie.

Postępy przyrodoznawstwa sprawiły, że ten piękny, choć, niestety, nieprawdziwy, nasycony znaczeniami symbolicznymi obraz, kojarzący przedstawienia bólu z tradycyjnymi przedstawieniami duszy, zniknął z ludzkiej świadomości. Zastąpił go obraz bólu jako „iskrzenia” impulsów elektrycznych. I to wyobrażenie, którego korzenie tkwią w kulturze Oświecenia, nadal jest obecne w naszej świadomości, chociaż medycyna niekonwencjonalna broni się przed nim, jak tylko może, trzymając się wciąż tradycyjnych wyobrażeń. Jej popularność świadczy o tym, że wielu ludzi wciąż tęskni za dawnym przednaukowym obrazem człowieka.

Przed wszystkim ból został przez nauki przyrodnicze definitywnie „zamknięty” w ludzkim ciele. Dzisiaj mamy poczucie, że znajduje się on tylko tam – „wewnątrz” organizmu. Nie zawsze tak było: Ból długo był uważany za istotę samodzielną, mógł przebywać poza nami i na nas „zstępować”. Kiedyś człowiek miał bardzo silne poczucie, że ból jest „zsyłany” na niego. Że, jak niewidzialna, skrzydlata istota demoniczna, przylatuje skądś i zagnieżdża się w nas, można go więc poprzez praktyki magiczne „wygnać z ciała”. Teraz ból odczuwamy po prostu jako skutek nieprawidłowego funkcjonowania biologicznego „mechanizmu” ciała, nic nadto. Że jeśli nas coś boli, to znaczy, że coś się w nas zepsuło, że jesteśmy „zjadani” przez drobnoustroje, które „uszkadzają” nam system nerwowy i „drażnią” zakończenia nerwów.

Ból jako kara

W tym sensie nauki przyrodnicze oddzieliły doświadczenie bólu od sfery doświadczeń moralnych. Dawniej głęboko wierzono, że ból jest „karą”, skutkiem grzechu. Dzisiaj ta wiara słabnie. Człowiek „nowoczesny” myśli o swoim cierpieniu inaczej. Nie musi być żadnego grzechu, żeby pojawiła się choroba, ból i śmierć. Ból jest skutkiem „błędu” w biochemicznym funkcjonowaniu ciała. Oczywiście taki obraz bólu i ciała wyraźnie łączył się z kryzysem wyobrażeń religijnych i trzeba uczciwie powiedzieć, że zastrzeżenia Kościoła wobec robienia sekcji zwłok wcale nie były takie pozbawione sensu, chociaż hamowały rozwój nauk medycznych. Kościół niepokoił się nie bez racji tym, jak wpłynie na człowieka odarcie ludzkiego ciała z tajemnicy

przez nowoczesne nauki przyrodnicze. Medyczno-biologiczna reifikacja obrazu ludzkiego ciała, jaka nastąpiła pod wpływem postępów naukowego poznania, już na przełomie wieku XVIII i XIX bardzo głęboko wpłynęła na europejską mentalność i to nie zawsze korzystnie. Odkrycia naukowe dawały człowiekowi nadzieję i równocześnie tę nadzieję odbierały.

Czas bólu i czas bez bólu

Potoczna świadomość widzi dzisiaj człowieka cierpiącego przede wszystkim przez pryzmat „technologii” medycznej. Dlatego cierpienie odczuwamy jako skutek „awarii” ciała, co prowadzi oczywiście do przeświadczenia, że „awarię” należy natychmiast usunąć, bo przecież „awaria” z definicji jest pozbawiona jakiegokolwiek sensu. Jeśli jakaś część organizmu źle działa, powinna być natychmiast naprawiona. I tak też pojmujemy rolę lekarza. Ceni się go przede wszystkim za skuteczną szybkość. Zmienia się tym samym sposób odczuwania czasu i przez lekarza i przez człowieka cierpiącego. Ból należy jak najszybciej „ogłuszyć”, „stłumić”, „wygasić” środkami farmakologicznymi. Należy też jak najszybciej usunąć jego przyczyny. W dawnych wiekach było inaczej. Czas cierpienia, z konieczności wydłużony, uważano za domenę życia moralnego. Ból otwierał człowieka na wewnętrzną przemianę, bo trzeba było cierpienie „oswoić”, „zrozumieć”, a nawet „przyjąć”.

Współczesna medycyna nie myśli w tych kategoriach, chociaż czasem zdarzają się przypadki, że pacjentowi odmawia się „pochnopnego” – jak to się mówi – podania silnych środków przeciwbólowych. Sam kiedyś usłyszałem: „Jak pana będzie naprawdę boleć, to panu podamy. Trzeba trochę pocierpieć”.

Nauka przyjmowania na siebie cierpienia i znoszenia go w pokorze była przez całe stulecia podstawą procesu edukacyjnego. Wszystkie rytuały inicjacji polegały na zadawaniu adeptowi „ran symbolicznych”, a więc cierpienie, które miały go nauczyć, w jaki sposób człowiek dorosły powinien znosić ból. Współczesny ideał edukacji bardzo zdecydowanie odrzuca takie wyobrażenia. Jednak w kulturze masowej przetrwały pozostałości dawnych rytuałów. Widać to dobrze w filmach opartych na schemacie wtajemniczenia. I tu także, jak w społeczeństwach „barbarzyńskich”, mistrz, guru, przewodnik uczy adepta znoszenia cierpienia. Są to jednak wyłącznie efektowne cierpienia hartujące zdrowego wojownika, a nie cierpienia „przewlekłe” uczące, jak cierpieć i umierać w obłożnej chorobie. Tej sztuki nikt nas nie uczy, bo może to jest sztuka dużo trudniejsza od najbardziej nawet morderczego treningu kung fu.

Ból i samobójstwo

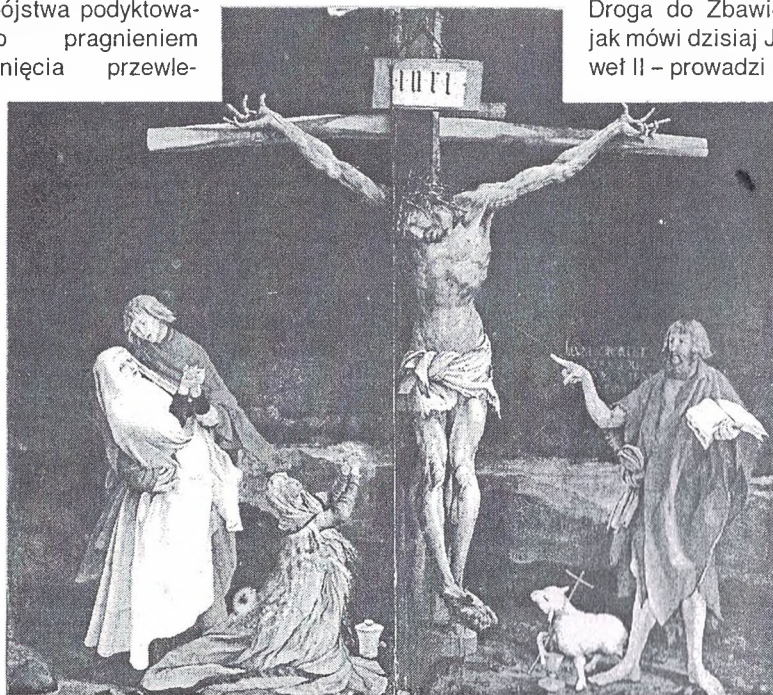
Wszystko to sprawia, że sporo ludzi dzisiaj uważa, że pewne cierpienia – szczególnie cierpienia „przewlekłe” nie rokujące poprawy – usprawiedliwiają samobójstwo. To przekonanie pojawiło się zresztą już u starożytnych Greków i Rzymian, którzy w odróżnieniu od chrześcijan, traktowali samobójstwo jako w pewnych okolicznościach nie tylko w pełni uzasadnione, lecz i wzniosłe. Uważano, że jeśli ból jest nie do zniesienia i głęboko poniża osobę cierpiącą, rozumnym wyjściem z takiej sytuacji będzie dobrowolna śmierć. Tak uważał Platon czy Seneka. Ale wokół samobójstwa narodziło wiele nieporozumień. Wbrew romantycznemu stereotypowi, że samobójstwa popełniają w „malowniczym” stylu przede wszystkim ludzie młodzi, często z bólu życie odbierają sobie właśnie ludzie starzy udęczeni przewlekłym cierpieniem. To są zdarzenia bardzo przynębiające. W wieku XX i na początku XXI sporo ludzi uważa śmierć za stan absolutnej bezbolesności po męce życia, a więc stan w jakimś sensie „pozytywny”. Wiele dzieł sztuki XIX i XX wieku dawało taką wizję śmierci. Moderniści pisali o tym tysiące razy przedstawiając śmierć jako Wielką Ulgę.

Od czasów świętego Augustyna Kościół powtarzał, że nie ma strasliwszego grzechu niż targnięcie się na własne życie. (Ale Tertulian na przykład uważał, że właśnie Chrystus popełnił altruistyczne samobójstwo dla dobra ludzkiego rodzaju...) Dzisiaj Kościół co prawda nie zmienia zdania, lecz jednak dużo łagodniej niż przed wiekami odnosi się do ludzi odrzucających dar życia. A powszechne postawy wobec samobójstwa, szczególnie wobec samobójstwa podyktowanego pragnieniem uniknięcia przewle-

kłych cierpień nie do zniesienia, są coraz bardziej liberalne nie tylko w krajach zachodnich, lecz i w Polsce. Ludziom – i jest to niewątpliwie tyleż skutek postępującej desakralizacji naszego życia, co skutek zmiany duchowego klimatu chrześcijaństwa w drugiej połowie XX wieku – coraz trudniej odnaleźć mocne, nie budzące wątpliwości uzasadnienia dla konieczności utrzymywania przy życiu osób, które zostały trwale „ukrzyżowane” na całe lata przez udęczający ból. Ma to rozmaite przyczyny. Jedno z nich jest, jak sądzę, wycofywanie się Kościoła z radykalnej, surowej, dorystycznej teologii Krzyża, to znaczy takiej teologii, która kładła nacisk na konieczność „naśladowania” przez człowieka – tak jak o tym pisał św. Tomasz a Kempis – męki Chrystusa w życiu codziennym.

Ukrzyżowany bez Ukrzyżowania

We współczesnym, zmieniającym się Kościele Męka Chrystusa przestaje być centralnym wzorem życia dla chrześcijanina. Nie mówię o doktrynie Kościoła, tylko o tym, w co ludzie realnie wierzą. Wiele ludzi odwraca się dziś od Krzyża, chociaż nie przestaje wierzyć w Ukrzyżowanego. Ciało Cierpiące, którym fascynowali się gotyccy rzeźbiarze i malarze, znika z kościelnych obrazów i obrazków, jakie się wiesza dzieciom nad łóżkiem. Jego miejsce zajmuje Ukrzyżowany bez Ukrzyżowania, Bóg, który swoim widokiem ma nie stresować wiernych. Coraz mniej, jak się wydaje, ludzi wierzy dziś w Krzyż i w Piekło, to znaczy w to, że Bogu naprawdę zależy na tym, by człowiek poprzez tysięczne, udęczające cierpienia własnej, prywatnej Drogi Krzyżowej doświadczył się Zbawienia. Droga do Zbawienia – jak mówi dzisiaj Jan Paweł II – prowadzi przede



Grünwald, fragment ołtarza w Issenheim. Krucyfiks

wszystkim przez Miłość, a nie przez tortury życia i czyściciele katusze. Równie trudny do wyobrażenia dla ludzi początku XXI wieku jest Bóg, któremu zależy na tym, by ludzie, którzy dopuścili się ciężkich grzechów, przez całą wieczność byli torturowani w piekle. Wyobrażenia współczesna, pod wpływem doświadczeń Holocaustu, odrzuca obraz piekła jako gigantycznego obozu koncentracyjnego, gułagu, z którego nikt nigdy nie wyjdzie.

Dzisiaj ludziom coraz trudniej uwierzyć, że ból – szczególnie przewlekły ból nieuleczalnej choroby – może być doświadczeniem duchowo wzbogacającym. Przeciwnie: atmosferę przełomu XX i XXI wieku naznaczyła bardzo silnie ideologia „życia bez stresu”. Ból uważa się dziś przede wszystkim za źródło trwałych urazów niszczących osobowość. Dawniej było inaczej. Przez wiele wieków cywilizacja europejska – dostrzegł to Freud – wznosiła swoje największe dzieła na fundamencie rozważań nad tajemnicą cierpienia, cierpienia, które miało – jak wierzone – budować i wzmacniać duszę człowieka. Kiedy zapytałem Czesława Miłosza, czy jego zdaniem cierpienie jest prawdziwym źródłem twórczości, zdecydowanie zaprzeczył. Twórczość – mówił – rodzi się z radości istnienia, a nie – jak to sobie romantyczni pisarze wyobrażali – z druzgoczących cierpień. To jest bardzo istotna zmiana w stosunku do wyobrażeń wieku XIX. Romantycy byli przekonani, że jeśli artysta nie cierpi, to nic dobrego dla jego twórczości z tego nie wyniknie. Freud jednak – idąc niewątpliwie śladami Nietzschego – swoją słynną rozprawę zatytułował, co znamienne: „Kultura jako źródło cierpień”, a nie: „Cierpienie jako źródło kultury”. Dziś współczesna psychologia uważa ból za doświadczenie paraliżujące ludzką twórczość. Współczesne modele edukacji, wskazujące na konieczność eliminacji bolesnego stresu z procesów wychowania, opierają się na przeświadczeniu: że cierpienie jest nietwórczym stanem egzystencji.

Daleki Hiob

Współczesne chrześcijaństwo coraz rzadziej używa takich określeń jak „być w rękę Boga, który zsyła na nas cierpienie, by wypróbować naszą wierność”, określeń, które charakteryzują Boga jako surowego, patriarchalnego władcę. Znacznie więcej się mówi o tym, że Bóg – Dobry Ojciec, Przyjaciół Ludzi – swoją wybaczącą miłością otwiera przed człowiekiem drogę do zbawienia. Ta zmiana języka wprowadza jednak istotne komplikacje do teologii cierpienia.

Nie tylko ludzie niewierzący, ale też wielu ludzi wierzących uważa dziś za dopuszczalne łagodzenie cierpień środkami farmakologicznymi, nawet jeśli wcho-

dzą w grę bardzo silne narkotyki. W tym sensie uważa się, że ból należy przepędzić z życia do szpitalnych sal, gdzie mają się nim zająć fachowcy od biochemii. Idea pokornego znoszenia cierpień, która przez stulecia była jedną z centralnych idei chrześcijaństwa, we współczesnej cywilizacji permissywnej traci swoją dawną moc. Bo niby dlaczego mamy się męczyć jak Hiob, skoro możemy sięgnąć w każdej chwili po środki przeciwbólowe? Zapewne na razie więcej jest rodzajów bólu niż tabletek i nawet, gdybyśmy chcieli je tykać przy każdej okazji, zawsze jakiś ból zostanie. Problemem chrześcijaństwa współczesnego jest jednak nie to, czy moralność chrześcijańska zezwala, by bez ograniczeń stosować środki przeciwbólowe, lecz jak należy się odnieść do samej idei (i praktyki) „likwidowania” cierpień moralnych przy pomocy środków farmakologicznych.

Człowiek to zresztą robił zawsze. Czy jednak można się zgodzić na przykład na to, byśmy wyrzuty sumienia, które odbierają nam sen, „załatwiali” od ręki przy pomocy – jak pisała Szymborska w jednym ze swoich wierszy – pastylki na uspokojenie? Gdzie jest granica, której w słusznej obronie człowieka przed bólem nie należy przekraczać, by nie doprowadzić do farmakologicznej destrukcji całego świata doznań moralnych? Bo jeśli człowiek zechce uznać, że wszelka refleksja moralna nad sobą (która – jeśli jest prawdziwa – bywa bardzo bolesna) jest „niepotrzebnym stresem”? Po cóż się „niepotrzebnie” denerwować?

Myślenie takie znajduje oparcie we współczesnej psychologii. W XX wieku dokonała się prawdziwa ekspansja psychoterapii na tereny dotąd zajęte przez chrześcijański rytuał spowiedzi. Dzisiaj nie tylko cywilizacja masowa mówi do człowieka: „Udręcza cię sumienie? Zrób sobie odłot! Odpręż się! Bądź na luzie!”. Każdy rozsądny psychoterapeuta – rozsądny to znaczy taki, który chce mieć pacjentów – powie to samo: „Co się dręczysz? Wyluzuj się!” Żadna psychoterapia nie kończy się tak jak kończy się spowiedź – zaleceniem samoukarania, pokuty i spłacenia win. Przeciwnie: zdarza się, że psychoterapeuta przekonuje pacjenta, że wyrzuty sumienia są chwilową dolegliwością psychiczną, z której pacjent powinien się „wyleczyć”.

Żyć bez stresu!

Iluż to dzisiaj psychiatrów mówi: Pozbądź się „niepotrzebnie frustrującego cię kompleksu winy!” Poczucie winy, dawniej traktowane jako fundament trudnej przemiany moralnej człowieka, zostaje postawione w stan podejrzenia, a nawet bywa uznawane za przejaw patologii. Żyć „bez winy i wstydu”! Kto stale żyje

w moralnym napięciu czujnego sumienia – taką sugestią podpowiadają rozmaite orientacje psychoterapeutyczne – ten pożąda cierpień, powinien zatem – jako „osobowość neurotyczna” – poddać się leczeniu. Więcej luzu! Filozofia „New Age”, która przyciąga także młodych chrześcijan, sprzyja takim nastawieniom, bo chce mieć Boga, który nie sprawia nam żadnych kłopotów, który nie stawia człowiekowi żadnych surowych wymagań moralnych i oczywiście nie dotyka nas cierpieniem. Ten Bóg jest tylko dobrym Duchem rozświeclającym nasze życie a także jasnością, w której roztopi się, kiedy nadejdzie stosowna pora, nasze „życie po życiu”. Taki opiekuńczy, ale nie żądający od nas niczego Bóg nie uzależnia naszego Zbawienia od dobrych uczynków, a więc od trudnej pracy nad sobą, lecz od zdolności duszy do radosnych, mistycznych uniesień.

„Próba Krzyża” i „próba twardości”

Taki Bóg, w którego wierzy dziś sporo ludzi, nie wydaje nas na próby. Religijna idea próby cierpienia, która stanowiła jeden z fundamentów cywilizacji europejskiej, nie przemawia już do wyobraźni tak jak dawniej. Bardzo to martwiło już Dostojewskiego. On rozróżniał bardzo wyraźnie próbę sakralną bólu, próbę Krzyża, prawdziwą, wzbogacającą człowieka i zdegradowaną próbę bólu, charakterystyczną dla wyobrażeń moralnych człowieka nowoczesnego. Dlatego w *Biesach* pojawiła się postać Stawrogina. Stawrogin był w pojęciu Dostojewskiego obrazem fałszywego Chrystusa nadchodzącego XX wieku. Pozornie, poddając się okrutnym próbom cierpienia, „naśladował” mękę Chrystusa. W rzeczywistości dążył jednak do świeckiej doskonałości człowieka całkowicie obojętnego na ból i śmierć, utracił bowiem – jak uważał Dostojewski – dar pokory dziecka Bożego. Jego celem było więc pełne pychy, świeckie samozbawienie, samoubóstwienie ludzkiej istoty w akcie przecięcia praw natury, praw, które skazują nas na upokarzający lęk przed bólem. Dostojewski uważał, że w tę stronę pójdzie cywilizacja przyszłości i chyba nie bardzo się mylił. Współczesna kultura masowa jest przeniknięta do głębi kultem dla rytualnej, świeckiej próby bólu. „Twardziel” z kina akcji jest późnym, zdegradowanym wnukiem Stawrogina. Obojętnie znosi ból, by potwierdzić – choć o tym nie wie – swoją – jak by powiedział Gombrowicz – bosko-ludzką potęgę obojętności w szafowaniu własnym życiem (i – niestety – życiem innych ludzi) w obliczu pustego nieba.

Mitycznym bohaterem kultury masowej jest Rambo w rękach Vietcongu, który bez drgnienia rzęsy znosi przypalanie

żywcem. Jego twarz jest wspaniale nie-ruchoma, chociaż w oczach żarzy się ogień udręki. Kultura masowa nie traci łątności z dawnymi wyobrażeniami właśnie poprzez stałe odnawianie dawnych rytuałów inicjacji, choć są to w istocie rytuały zdegradowane i tylko pozornie nadają sens cierpieniu, tak jak to czyniono niegdyś. Autorzy niezliczonych „filmów akcji” uczą nas, że dojrzałość człowieka mierzy się zdolnością do „chłodnego” znoszenia tortur. W ten sposób kultura masowa zwraca się przeciw etyce współczucia, chociaż zwykle czyni to niejawnie, bez bluźnierczych ostentacji. Sakralnej próbie krzyża przeciwstawia próbę twardości, która w swojej istocie jest dokładnym przeciwieństwem aksjologii Ukrzyżowania.

Hiob i hospicjum

Efektem tego jest fakt, że wyobraźnia współczesna często odwraca się od Hioba, choć z pewnością dla wielu ludzi Hiob pozostanie nadal wielkim wzorem moralnym. Wielu jednak ludzi czyta dziś *Księgę Hioba* z głęboką, bolesną ironią.

Ale też *Księgę Hioba* coraz trudniej ludziom przyjąć bez żadnych wątpliwości. I tych wątpliwości przybywa. Czuję to, gdy rozmawiam choćby z moimi studentami. Przecież to jest – mówią mi – opowieść o nagim, ciężko chorym człowieku, pokrytym ropiejącymi wrzodami, który został rzucony na stertę gnoju i śmieci, i do którego przychodzą z wizytą znajomi i ci znajomi siadają wokół niego, i zachęcają go, by po tym wszystkim zachował miłość do Boga. To jest bardzo trudne do przyjęcia. Mnie też to zawsze raziło, chociaż dobrze wiem, że historia Hioba to nie jest żadna opowieść realistyczna, tylko emblematyczny obraz „samoukarania grzesznika”. Więc choć to wszystko wiem, wciąż, czytając *Księgę Hioba*, nie przestaję pytać: Dlaczego oni cały czas gadają do Hioba, zamiast natychmiast wziąć się do opatrywania jego ran i do pielęgnowania go w chorobie! Niech już wygłaszają te swoje przemowy, ale niech chociaż zostanie zachowana przyzwoitość! Niech najpierw go zdejmą z tej kupy gnoju, niech mu przemijają rany winem, niech go ubiorą w czystą bieliznę, niech go położą do łóżka w hospicjum, niech go nakarmią, a potem niech rozpoczną swoje pouczenia! To jest bardzo okrutna opowieść. Ale rozumiem, że straciłaby na swojej sile, gdyby była bardziej ludzka.

Skala bólu

Postawę Hioba, a więc jego pokorną zgodę na ból, trudno człowiekowi współczesnemu zrozumieć. Jeśli ból, jak sporo ludzi uważa dzisiaj, jest rzeczywiście tylko czysto biologiczną, pozbawioną sensu przemocą, jakiej w przerażeniu

ulega nasze źle funkcjonujące ciało, czyż nie zasługuje on po prostu na natychmiastowe stłumienie? Wielkim problemem, przed którym wciąż staję bezradnie ludzka myśl, nie jest jednak samo istnienie bólu, a więc pytanie: „Dlaczego ból? Skąd ból?”, jak zwykle bywa formułowane podstawowe pytanie teodycei. Prawdziwym problemem teodycei jest skąd bólu istniejącego na Ziemi i sposób jego doznawania przez żywe istoty. Karamazow wściekał się na myśl o niewinnym, niczym nie usprawiedliwionym cierpieniu dziecka. Ale prawdziwe oburzenie może wzbudzić nie tyle sam fakt cierpienia dziecka, ile rozmiar cierpienia dziecka chorującego na raka.

I to jest najważniejsza sprawa. Buntować się przeciw cierpieniu jest pozbawione sensu, bo niewątpliwie cierpienie nas jakoś doskonalą. Umiejętność godnego znoszenia cierpienia jest dowodem ludzkiej dojrzałości. Pozostaje jednak pytanie, do czego Bogu jest potrzebne takie morze cierpienia i to cierpienie zupełnie potwornych, upokarzających szczególnie stare, obłożnie chore kobiety. Głęboko niesprawiedliwe nie jest to, że człowiek cierpi, lecz to, że najstraszniejsze cierpienia spadają na człowieka w starości, kiedy człowiek staje się kruchy i bezbronny jak dziecko. Problemem nie jest więc pytanie „dlaczego musi nas boleć?”, lecz pytanie „dlaczego musi nas boleć tak strasznie?” Zdarzają się przypadki, kiedy ból przekracza wszelką wyobraźną miarę. To właśnie istnienie takiego bólu bez miary jest prawdziwym problemem teodycei.

Z pewnością wielu ludzi może ból odczuwać jako doświadczenie oczyszczające, ale zdarzają się i tacy, których takie doświadczenie bólu bez miary po prostu zdruzgotuje i zwróci przeciw Bogu. Komuś, kto jest poza religią bardzo trudno wyobrazić sobie, co to znaczy wziąć na siebie Krzyż. Ale takie cierpienie Krzyża, które przekracza ludzką miarę, może człowieka zniszczyć nawet, gdy jest głęboko wierzący. Zdarzają się i takie przypadki, gdy człowiek przystępuje z najlepszą wolą do znoszenia cierpienia choroby, a potem załamuje się pod ciężarem, który przekracza ludzkie możliwości. To jest wielka tajemnica, dlaczego Bóg dopuszcza do takich cierpienia, którym ludzie ze swojej natury nie są w stanie sprostać i zamiast zachować pokorę Hioba, wybuchają bluźnierstwami, bo nie mogą znieść tego, co ich spotyka..

Niewdzięczność cierpiącego

Bardzo to przygnębiająca strona cierpienia, że w jakimś momencie, kiedy cierpienie przekracza ludzką miarę, człowiek cierpiący traci więź emocjonalną z bliskimi, że cierpienie zabija w nim

uczucia przyjaźni, sympatii, miłości. Cóż zaś mówić o cierpieniach chorych psychicznie. Rodziny, które opiekują się ludźmi dotkniętymi wyniszczającym bólem, bardzo dotkliwie odczuwają fakt, że ze strony chorego nie ma żadnej wdzięczności, żadnej emocjonalnej odpowiedzi, tak jakby cierpienie zatrzaśnięto udręczonemu człowiekowi w szklanej kuli. Żadnego dostępu. Może to tylko znieść ktoś, kto chorego bardzo kocha, albo kto ma niezwykle silne poczucie moralnego obowiązku. Czasem pojawia się też moment całkowitego skupienia się cierpiącego na sobie, odgradzenia się od innych, może nawet moment pewnej obraźliwej pychy wobec tych, którzy nie cierpią, czy nawet lekceważenie wobec nich. Poczucie, że jest się jakoś wyróżnionym przez ból, bardzo utrudnia kontakt z osobą, która cierpi i która czasem jest dumna, że spotkało ją coś naprawdę ważnego, podczas gdy zwykli ludzie żyją – jak uważa – tylko pozornym, zupełnie śmiesznym, „głupim” życiem bez żadnej wartości.

Duma z powodu cierpienia znowu od-syła nas do Hioba. W pewnym momencie Hiob dochodzi do wniosku, że poprzez cierpienie jest wybrańcem Boga. Ale to jest racjonalizacja religijna bólu. Człowiek niewierzący nie jest w stanie tego zrozumieć. Nawet, jeśli czuje się wyróżniony przez cierpienie, to raczej wyróżniony negatywnie, a to tylko pogłębia jego depresję, bo on nawet nie może zapytać tak jak człowiek religijny – który takie pytanie kieruje do Boga – „dlaczego właśnie ja?”, „dlaczego właśnie mnie to spotyka?” Człowiek niewierzący nie ma komu takiego pytania postawić. Ale ja myślę, że i dla człowieka wierzącego taka racjonalizacja bólu jest trudna do przyjęcia. Przecież Bóg ma tysiące innych sposobów, by człowieka wyróżnić swoim zainteresowaniem.

Pozareligijny sens bólu

Czy możliwa jest jednak jakaś pozareligijna racjonalizacja bólu? Ależ robimy to wszyscy i bez przerwy, choć oczywiście z różnym skutkiem! Ileż to ludzie mają sposobów na to, by ból nazwać i symbolicznie skolonizować! To zresztą jeden z wielkich tematów sztuki XX wieku. Bardzo pod tym względem ciekawa jest twórczość Aleksandra Wata, który w swojej poezji i w *Dzienniku bez samogłosek* wahał się między religijną a mitologiczną racjonalizacją swojego bólu, sięgając do odległych, i często sprzecznych obszarów symboliki antycznej i judaistycznej, biologicznej i militarnej. *Proces Kafki* jest klasycznym przykładem opowieści o tym, jak ktoś poza orbitą myślenia religijnego zaczyna zbliżać się do doświadczenia choroby, śmierci, bólu i próbuje zbudować

wać obraz własnego życia w taki sposób, żeby to doświadczenie nabrało sensu parabolicznego. Kafka gra cały czas na dwuznaczności słowa „proces”, pokazując równocześnie makabryczne postępowanie sądowe, które „miażdży” jego bohatera, i towarzyszący temu postępowaniu „postępujący” proces chorobowy, rozwijający się z dnia na dzień gruzlicę. Ale już twórczość Gombrowicza bardzo daleka jest od takiego sposobu myślenia. W eseju o *Dantem* Gombrowicz bardzo zdecydowanie zwrócił się nie tylko przeciw podstawowym wyobrażeniom chrześcijańskiej racjonalizacji bólu, ale i przeciw wielkim figurom symbolicznym europejskiej mitologii cierpienia.

Wyobrażenia – przede wszystkim wyobrażenia religijne, ale nie tylko ona – czyni ból możliwym do zniesienia wtedy, gdy potrafi mu nadać sens. Kiedy wiemy, że cierpimy, możemy sobie na przykład mówić, że cierpimy za kogoś lub za coś, ofiarowując swój ból za jakąś sprawę czy ideę. To ludziom czasem bardzo pomaga. Że jeśli ja teraz cierpię, to – jak w naczyniach połączonych – tego cierpienia komuś ubywa. Może to jest mitologia absurda, ale są ludzie, którzy bardzo mocno w to wierzą i ja uważam tę wiarę za bardzo piękną, nawet jeśli nie ma ona żadnych podstaw.

Stres jako wartość

Nie należy oczywiście przesadzać z karceniem nowoczesnych społeczeństw za to, że korzystają z osiągnięć farmakologii tagodząc ludzkie cierpienia. Jeśli można ból usunąć, to właściwie dlaczego tego nie robić? Oczywiście z takiego punktu widzenia, zachowanie Chrystusa jest całkowicie niepojęte, bo przyjął na siebie ból, którego z całą pewnością mógł uniknąć, ale czyż unikanie cierpienia nie jest „racjonalne”?

Ale jest też druga strona sprawy. Bardzo jestem na przykład nieufny wobec idei „wychowania bezstresowego”, według której należy eliminować jakiegokolwiek cierpienia z procesu edukacji. Jest w tym oczywiście sporo racji, bo silny stres rzeczywiście hamuje rozwój. Niemniej od tysięcy lat praca człowieka nad sobą była zawsze związana z cierpieniem przezwyciężania samego siebie. Teraz jednak nie mówi się do ucznia: „staraj się przezwyciężyć samego siebie”, tylko: „bądź sobą”. Jest to różnica zasadnicza. Idea doskonalenia siebie zakładała, że jest to bardzo trudny, właśnie bolesny proces, bo człowiek musi „ze słabością łamać się za młodu”, „wykuwając” – jak pisał Leopold Staff – piękny kształt swojej duszy. Tymczasem jesteśmy dziś, jak myślę, świadkami wyraźnego upadku idei trudnego, cierpliwego

doskonalenia samego siebie. To jest wyraźne w atmosferze panującej w szkołach, także w atmosferze panującej na europejskich uniwersytetach. I jeszcze jedno: edukacja nastawiona na eliminację cierpienia stresu może formować ludzi niezdolnych do życia w stresie, a tym właśnie – życiem w permanentnym stresie – jest, niestety, nasze życie prawdziwe, to znaczy takie, kiedy bierzemy odpowiedzialność za siebie i innych.

Uznawanie bólu za pozbawiony sensu, „niepotrzebny” dodatek do naszej egzystencji godzi też w etos ofiary, jeden z fundamentów moralnych chrześcijaństwa. Idea wychowania bezstresowego wyklucza mówienie dziecku, że dojrzałość polega m.in. na tym, że dla dobra drugiego człowieka rezygnujemy z części swoich praw, co nieuchronnie łączy się z cierpieniem. Pojęcie „wyrzeczenia”, „Krzyża”, tak jak pojęcie „pokuty”, znikają dziś z języka wielu ludzi jako „nieładnie brzmiące”. Unikają go jak ognia kolorowe pisma kobiece i magazyny dla młodzieży.

Życie bez bólu

W tej chwili trudno powiedzieć, że rzeczywiście będziemy umieli do końca wyeliminować ból z naszego życia. Chcielibyśmy, ale to jest jeszcze dość odległa perspektywa, choć może nawet dość prawdopodobna. W jednym z esejów napisałem, że świat bez bólu nie jest całkowicie niewyobrażalny, bo rzeczywiście postępy farmakologii są tak oszałamiające, że możemy już dziś sobie wyobrazić środki chemiczne tak mocne, że „wygaszające” najstraszliwsze nawet cierpienia.

Na razie nie potrafię sobie wyobrazić owego człowieka przyszłości, który całkowicie poradził sobie z bólem. Jak będzie wyglądało jego życie? Kto wie, może to nie będzie takie złe życie. Z pewnością jakaś część człowieczeństwa zostanie pewnie utracona, ale może nie będzie to aż tak katastrofalne, jak nam się w tej chwili wydaje. Teraz jesteśmy przywiązani do wyobrażeń cywilizacji chrześcijańskiej, w której centrum znajduje się obraz Człowieka Ukrzyżowanego. Dlatego wydaje się nam, że ta zmiana pozbawiłaby nas tego, co zawsze wydawało się najistotniejsze i co nas jakoś upodabniało do Stwórcy. W każdym razie nasza sztuka, która wokół tajemnicy bólu krążyła i krąży nieustannie, będzie dla owych ludzi przyszłości kompletnie niezrozumiałą, mroczną fantazją, podobnie zresztą jak nasza religia. Ale chrześcijaństwo bardzo zmieniło się i nadal zmienia się na naszych oczach, ktoś więc z nas może powiedzieć, jak będzie ono wyglądało za lat sto, albo więcej?...

Fryderyk Nietzsche próbował wytyczyć zupełnie inną drogę, budując bardzo radykalne przeciwstawienie ciała ukrzyżowanego i ciała radosnego. Świat zachodni w tej chwili, jak się wydaje, idzie w stronę tego drugiego wyobrażenia. Cywilizacja permissywna, nastawiona przede wszystkim na wyzwolenie człowieka z zakazów, które go dotąd ograniczały, nie chce słyszeć o tym, że „cierpienie jest źródłem kultury”. Droga została już więc przed nami wytyczona, ale jak wszystkie drogi nie wiadomo, dokąd nas ona zaprowadzi.

Ja sam jestem bardzo przywiązany do wyobrażeń chrześcijaństwa o naturze i miejscu cierpienia w życiu człowieka, więc z niepokojem obserwuję, jak to wszystko się na moich oczach rozsypuje. Ale też staram się nie patrzeć na ten proces jednostronnie. To jest zresztą wielkie pytanie naszego czasu, na które wciąż nie znamy odpowiedzi: Czy rodzimy się po to, by codziennie „naśladować” Drogę Krzyżową, podejmując – nawet jeśli jesteśmy niewierzący – trud wielkiej, niezwykle bolesnej pracy nad przeobrażeniem siebie, tak jak o tym pisali religijni mistycy, a bywali oni w swoich wymaganiach bardzo okrutni, czy raczej rodzimy się „dla słońca” i „luzu”, bo ani Bóg – który cierpiał za nas, a zatem wyzwolił nas z obowiązku cierpienia – ani żaden świecki imperatyw nie stawia nam żadnych wymagań ponad miarę, tylko po prostu zachęca nas do zwyczajnego życia bez żadnych hipermoralnych pretensji?

Dzisiejsze chrześcijaństwo wycofuje się, jak myślę, z rozmaitych dawnych radykalizmów i dopuszcza, aczkolwiek na razie bez oficjalnego przyzwolenia Watykanu, nawet rzecz tak trudną do wyobrażenia sobie dla wielu ludzi jak zbawienie cierpiącego Szatana na końcu czasów, co przyjmuję z uczuciami mieszanymi. Myśl bowiem, że te straszliwe udręki, które ludzie ludziom zadawali, że te morza bólu, zadawanego ludziom przez ludzi, zostaną niezapłacone, otóż ta myśl bardzo mnie wzburza, ale może to nie jest takie nierozsądne wierzyć, że kara zagrobowa nie będzie wiecznym cierpieniem bez miary, lecz dostosowana do zakresu win skończy się w stosownym czasie i w wielkim finale, kiedy czasu już nie będzie, wszyscy – oczyszczeni, przemienieni, lepsi i pogodzeni na wieki – spotkamy się na łąkach niebieskich w słońcu wieczności? I ci, którzy krzyżowali, i ci, którzy byli krzyżowani. I ci, którzy dręczyli, i ci, którzy byli dręczeni.

Wiem, nasze serce się przed tym wzbrania.

Lecz jeśli to serce nie ma racji?



Henryk Hoser

OBOSIECZNY MIECZ GLOBALIZACJI

Refleksje nad szansami zdrowia publicznego w świecie

FAKTY

Nim przejdę do systematycznego przedstawienia tematu, pozwolę sobie przytoczyć trzy wydarzenia. Niosą one w sobie ogromny ładunek tragizmu obecnego we współczesnym świecie, w jego konwulsyjnym istnieniu. Pokazują nadto złożoność sytuacji, przekraczają nasze uproszczone wyobrażenia lub opinie, towarzyszące odbieraniu informacji.

Maj 1994, nad Jeziorem Wiktorii, w Środkowej Afryce. Służby administracyjne Ugandy wyławiają z wody ok. 40 tys. zwłok, które spłynęły rzeką Akagera, górnym dopływem Nilu, z Rwandy ogarniętej samobójczym szaleństwem. Dzieje się to w obecności kamer największych stacji telewizyjnych świata, z CNN i BBC na czele. W odległości 6 tys. km dalej, w Kairze, blisko ujścia Nilu do Morza Śródziemnego, egipskie władze miejskie nakazują zwiększyć dawkę chloru w oczyszczalniach wód tej wielkiej rzeki. Gest symboliczny i mediatyczny zarazem, skoro na taką odległość od miejsca skażenia nie zachodzi obawa o jego skutki zdrowotne.

Wrzesień 1994, prowincja Kivu we wschodnim Zairze (dzisiaj RDC). Wzdłuż drogi przecinającej ciągnące się po horyzont obozy uchodźców, liczące blisko milion osób, samochody ciężarowe zbierają co rano wyłożone zwłoki zmarłych na cholere. Jednocześnie w bananowym zagajniku, w pobliżu miasta Goma, koparka drążyła szeroką trasę, do której wywrotki wsypywały ciała ok. 18 tys. ofiar epidemii. Francuski żołnierz, operator koparki, wydobyl z masy zwłok poruszające się jeszcze ciało pięcioletniego chłopca, ratując mu życie w ostatniej chwili. Oddziały amerykańskie, izraelskie, a nawet japońskie montowały ogromne cysterny na wodę i polowe oczyszczalnie wody z jeziora, zanieczyszczonej chorobotwórczymi fekaliami. Telewizorze na całym świecie oglądali te sceny i nerwowe zaaferowanie ekip kilkudziesięciu organizacji pozarządowych, przybyłych z wielu krajów, by nieść humanitarną pomoc.

Listopad 1997, tropikalne lasy w dorzeczu rzeki Kongo. Przez gęstą dżunglę przebijają się oszalała ze strachu ludność cywilna, ścigana przez ruchliwe, sprawne i dobrze wyszkolone oddziały wojskowe. Trwający dniem i nocą marsz bez jedzenia, picia, dachu nad głową i chwili wytchnienia. Bo trudno nazwać liście

drzew pożywieniem, a wodę z kałuży – napojem. Wrogo nastawiona przez wojenną propagandę ludność mijanych wiosek bezlitośnie przepędza uciekających. Dzieci, kobiety, starsi padają masowo, wdeptani w błoto, wchłonięci przez zarośla. W licznych zasadzkach słychać terkot broni maszynowej i huk rozrywanych granatów. Ani śladu organizacji pozarządowych, ani śladu dziennikarzy i ekip telewizyjnych. Przy zamkniętej kurtynie trwa polowanie z nagonką na ludzką „zwierzynę”. W tropieniu skupisk tej „zwierzyny” bardzo pomogły amerykańskie satelity szpiegowskie. W taki to sposób zginęły, przy milczącej zgodzie tzw. wspólnoty międzynarodowej, setki tysięcy osób; według wstępnych szacunków nikt nie zdoła ich dokładnie zliczyć.

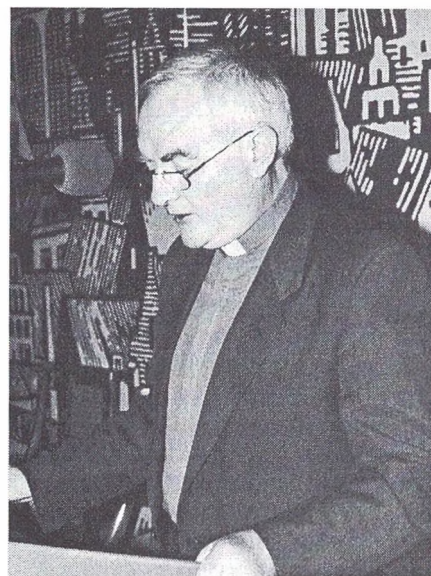
Zacytowałem zaledwie trzy epizody najnowszej historii, kontynentalnej dziś, wojny afrykańskiej. Były one przedstawione przez massmedia jako skutki konfliktów plemiennych. Dopiero późniejsze, wnikliwe opracowania, opierające się na licznych i wszechstronnych źródłach ujawniły, że na rzeczywiste konflikty o charakterze etnicznym nakładają się interesy ościennych państw, działających nie tylko z politycznym przyzwoleniem wielkich mocarstw, ale realizujących ich międzynarodową strategię, używających ich logistyki, sprzętu i kadry. W taborach tzw. rebeliantów jechali przedstawiciele głównie północnoamerykańskich firm handlu złotem, diamentami, rzadkimi metalami i pierwiastkami promieniotwórczymi.

Na przykładzie tych wydarzeń dostrzec można światowe implikacje lokalnych wydarzeń, jak planetarne sieci informacyjne, jak globalne działania, decydujące o obecności lub braku: massmediów, organizacji humanitarnych, czy przebiegu operacji wojskowych.

WYJAŚNIENIE TERMINÓW

Na określenie istniejących lub powstających zjawisk i procesów w skali światowej przyjmowane są dwa pojęcia: **mondializacji** i **globalizacji**, przy czym ich zakres znaczeniowy nie pokrywa się całkowicie.

Mondializacja, słowo używane bardziej w krajach języka francuskiego niż w krajach anglosaskich, stosowane jest najpierw w odniesieniu do ekonomii rynkowej. Oznacza zespół procesów legislacyjnych, technicznych, informatycznych,



finansowych, które pozwalają na swobodny przepływ dóbr, usług, towarów, kapitałów i ludzi. Taki całkowicie nieograniczony obieg może realizować się tylko w wymiarze światowym, „transgranicznym”, stąd termin – **mondializacja**. Szybko zaczął on być stosowany w innych niż ekonomia dziedzinach, jak w przypadku mondializacji kultury. Określenie „świat” nie utożsamia się tutaj z kryteriami geograficznymi, ale z całością różnych zakresów ludzkiej działalności, gdy mówimy np. o świecie teatru i filmu, czy świecie sportu.

Słowo globalizacja natomiast wprowadza nowy odcień znaczeniowy, sygnalizując ewolucję ogarniającą wszystkie kraje i obejmującą wszystkie wymiary życia zbiorowego, wszystkie aspekty szczegółowe w zakresie działalności ekonomicznej, społecznej, kulturalnej czy zdrowia publicznego. Mówi się o globalizacji handlu, transportu, telekomunikacji, wchodzących w jeden system. Globalizować, to znaczy tworzyć jedność, łączyć z sobą, a zatem i stwarzać współzależność. Z punktu widzenia semantyki mondializacja bardziej opisuje, stwierdza, globalizacja natomiast tworzy spójny system.

DYNAMIKA GLOBALIZACJI

Obserwowana dzisiaj mondializacja nie jest całkowicie nowym zjawiskiem, a raczej kolejną fazą i przyspieszeniem uniwersalizmu, wyzwolonego przez stary kontynent – Europę. Najczęściej umiejscawia się początek pierwszej mondializacji przy końcu XV wieku, w 1492 r., a okres jej trwania kończy się wraz z wybuchem I wojny światowej. Pierwsza zatem mondializacja odpowiada czasom nowożytnym i zasługuje na określenie: „Europa poza Europą”. Dokonywała się ona w przekonaniu o wyższości cywilizacji europejskiej, wprowadziła wręcz zasadę

jedności całego świata, początek ideologii dawnej i nowej mondializacji: uniwersalizm wiedzy, władzy i etyki.

Odkrycia geograficzne, dokonane w czasie podróży „dookoła świata” niósł za sobą bardzo znaczne poszerzenie wiedzy przyrodniczej i antropologicznej oraz przygotowały dalsze kroki na drodze europejskiej ekspansji. Militarny podbój świata, przyspieszony przez rywalizację mocarstw kolonialnych, nie znał ograniczeń: Hiszpanie i Portugalczycy, Holendrzy, Francuzi i Anglicy, na końcu Niemcy, Amerykanie i Rosjanie, wszyscy poszerzali swój stan posiadania do granic możliwości. Podbite tereny były poddane zależności politycznej przez rozwój administracji kolonialnej, kontroli wojskowej z siecią garnizonów i eksploatacji ekonomicznej wyrażającej się handlem surowcami i tzw. towarami kolonialnymi.

Europejski uniwersalizm etyczny opierał się na chrześcijaństwie, filozofii Oświecenia i wreszcie doprowadził do uchwalenia Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka i Obywatela. Postulował on jedność etyki i ludzkiej natury mimo różności kultur i egzystencjalnych warunków. W ten sposób mondializacja europejska przygotowała podstawy obecnej fazy tego procesu, wytwarzając bogactwo krajów rozwiniętych i rozpowszechniając kulturę europejską, która stała się uniwersalną, aż do utraty własnej tożsamości. Dzisiejsza mondializacja jest też konsekwencją rewolucji przemysłowej z końca XVIII wieku, przynosząc całą listę nie tych samych, ale analogicznych konsekwencji, wśród których znajdują się nowe obszary nędzy, ludzi zmarginalizowanych, współczesne wydanie proletariatu.

Ostatnia faza mondializacji zaczęła się w połowie lat siedemdziesiątych. Stany Zjednoczone upokorzone przegraną wojną w Wietnamie (Sajgon padł w 1975 roku) doznały pierwszej poważnej porażki po spektakularnych zwycięstwach końca II wojny światowej. By odzyskać nadwyrężoną supremację, wprowadzając nową strategię, opartą na mechanizmach ekonomicznych. USA decydują się zagrać kartą liberalizmu gospodarczego, znosząc w maksymalny sposób przeszkody reglamentacyjne i celne, wyzwalając ekspansję wielkich przedsiębiorstw i centrów finansowych, a więc amerykańskich. Pozwoliło to na obniżenie bezrobocia wewnętrznego i na sfinansowanie kolosalnej siły militarnej, korzystającej z ostatnich osiągnięć technologicznych. Kompleks zbrojeniowy nie tylko zapewniał pracę dla obsługującego go przemysłu, ale i przyczynił się do ekonomicznego wyczerpania głównego przeciwnika, jakim był ZSRR, narzucając program „wojen gwiazdnych”. Pierwszym zatem motorem napędowym

tej fazy była polityczna wola największego mocarstwa światowego.

Operacja ta byłaby niemożliwa bez jednoczesnej rewolucji informatycznej, która pozwoliła na przepływ i obróbkę niespotykanej dotąd ilości informacji. Znaczenie informatyki w mondializacji porównuje się do roli maszyny parowej w rewolucji przemysłowej XIX wieku. Bez niej globalizacja byłaby niemożliwa i nie do pomyślenia.

Trzecim wreszcie motorem globalizacji jest świat finansów i ekonomii, częściowo już wzmiankowany. Lata siedemdziesiąte XX wieku cechowały się stagnacją ekonomiczną, po zakończeniu reparacji zniszczeń wojennych. Z punktu widzenia politycznego i ideologicznego ruchu wyzwolenie w Ameryce Łacińskiej, pogrążanie się Amerykanów w Wietnamie, wstrząsy studenckie i robotnicze roku 1968 mocno osłabiły stary system kapitalistyczny, jak też odejście dolara od parytetu złota. W tym to kontekście wielkie międzynarodowe koncerny anglosaskie wywarły presję na Kongres i Prezydenta Stanów Zjednoczonych, by doprowadzić do deregulacji, prowadzącej z kolei do masowego otwarcia rynków światowych oraz stworzenia mechanizmów ekspansji i dominacji, dużo skuteczniejszych niż interwencje bezpośrednie.

PRZYCZYNY I PERSPEKTYWY NIERÓWNOŚCI

Mondializacja została wylansowana przez najsilniejsze państwo, dla jego własnych korzyści i interesów. Inne kraje, włączyły się w ten proces z większym lub mniejszym zaangażowaniem i nierówno rozłożonymi szansami. Europa była już częściowo przygotowana przez istnienie Wspólnego Rynku, który jest obecnie czynnikiem deregulacji w tonie kontynentu. Podobnie zorganizowały się kraje Dalekiego Wschodu, tworząc organizacje regionalne, jak *Asia Pacific Economic Cooperation (APEC)*. Organizują się też kraje Ameryki Południowej. Natomiast Afryka, wstrząsana wojnami i dezintegracją pozostaje coraz bardziej w tyle i na marginesie wymiany światowej.

W odróżnieniu jednak od przeszłości granice zasobności i nędzy przebiegają wewnątrz poszczególnych krajów i różnice w dostępie do dóbr materialnych nie przestają narastać. Dominująca powszechnie logika przedsiębiorstw, wyrażająca się w imperatywie dochodowości i szybkiego zysku przyczynia się do wzmocnienia silnych i osłabienia słabych. Problem rozwoju krajów opóźnionych nie jest bynajmniej rozwiązany przez ekonomię mondializacji. I pozostaje faktem, że w 1960 r. 20% ludności światowej żyjącej w krajach najbogatszych miało dochód 30 razy większy od 20% ludności

żyjącej w krajach najbiedniejszych, to w 1995 roku ich dochód był 82 razy wyższy.

Ostatni kwartał XX wieku oznacza koniec ideologii Trzeciego Świata. Była to polityka wzajemnej solidarności wobec istnienia dwóch zwalczających się bloków. Po konferencji w Bandoeng (1955) Trzeci Świat był nośnikiem bardziej sprawiedliwego rozwoju, z poszanowaniem kultury i tożsamości poszczególnych krajów. Ta ideologia nie oparła się jednak próbie czasu. Zejście ze sceny charyzmatycznych przywódców pierwszej fazy dekolonizacji, a zwłaszcza realia mondializacji uczyniły iluzorycznymi próby oddzielnych modeli rozwoju. Dawne kraje sojusznice z grupy tzw. krajów niezaangażowanych stały się konkurentami w zdobywaniu miejsca na rynku światowym. Wystarczy masowa wyprzedaż bawełny chińskiej lub brazylijskiej kawy, by światowe ceny tych produktów gwałtownie spadały rujnując skromne dochody mniejszych producentów tych samych towarów. Kraje te nie są też w stanie oprzeć się dyktatowi światowych centrów regulacji finansowej, jak Międzynarodowy Fundusz Walutowy, czy Bank Światowy.

Kraje opóźnione w rozwoju muszą liczyć się z konsekwencjami globalizacji, z istnieniem bezwzględnej konkurencji, z decyzjami krajów najbogatszych i ich instrumentami nacisku, wreszcie z wpływem silnych krajów w ich własnych regionach. Nie są one tylko ofiarami sytuacji zewnętrznej, ale także szeregu czynników o charakterze wewnętrznym. Do epidemii, katastrof naturalnych dołącza się patologia społeczna w postaci korupcji i niestabilności politycznej.

I znowu Afryka jest tutaj smutnym przykładem i gromadzi wszystkie wskaźniki opóźnienia w rozwoju:

- deficyt żywności
- zła eksploatacja bogactw naturalnych
- nadmierne wydatki na broń
- ograniczone i niekompletne uprzemysłowanie
- hipertrofia i pasożytnictwo administracji państwowej
- sytuacja zależności ekonomicznej
- poważne nierówności społeczne
- rozpad tradycyjnych struktur społecznych
- chroniczne bezrobocie i zatrudnianie nieletnich
- wysoki stopień zachorowalności
- powolny lub nieistniejący wzrost środków utrzymania
- ciągle wzrastająca liczba uchodźców:

1951 r.	1 mln
1952 r.	2 mln
1980 r.	8 mln
1989 r.	12 mln
1990 r.	17,5 mln
1999 r.	40 mln

DOSTĘP DO SŁUŻBY ZDROWIA

Oficjalny dokument Światowej Organizacji Zdrowia, tzw. Deklaracja z Alma-Ata, ogłoszona 12 września 1978 roku stwierdza, co następuje:

Uderzające różnice w sytuacji sanitarnej poszczególnych ludów, tak między krajami rozwiniętymi i będącymi na drodze rozwoju, jak i w obrębie tego samego kraju, są politycznie, społecznie i ekonomicznie niedopuszczalne i stanowią wspólną troskę wszystkich krajów. (art III).

Przeszło dwadzieścia lat po ogłoszeniu tej deklaracji, lat ogromnych przemian w nurcie mundializacji i globalizacji, warto spojrzeć na aktualny stan „prawa do opieki zdrowotnej”. Okazuje się, że spośród wszystkich dziedzin, w których ujawniają się nierówności społeczne (dochody, mieszkania, edukacja etc.), zdrowie jest tą, gdzie różnice między krajami bogatymi i biednymi są najbardziej uderzające, jak to pokazuje zamieszczona poniżej tabelka.

Średnia długość życia mieszkańca Gambii jest o 42 lata niższa niż Francuza. Noworodek w Afganistanie ponosi ryzyko śmierci przed osiągnięciem 1. roku życia 40 razy wyższe niż noworodek japoński. Podobne przykłady można mnożyć w nieskończoność. Nierówności społeczne i geograficzne nie zawsze są uchwytne w statystykach Narodów Zjednoczonych czy Banku Światowego, dotyczących średniej długości życia lub śmiertelności dzieci. Poważne różnice pojawiają się po uwzględnieniu miejsca zamieszkania (miasto-wieś), okolicy, warstwy społeczno-ekonomicznej, poziomu wykształcenia, płci itd. Na przykład, śmiertelność do 5 roku życia w Senegal, w latach 1973–1978 wynosiła średnio 320 ‰, z różnicami od 172 ‰ w rejonie Dakaru do 427 ‰ w Casamance. W Rwandzie w latach osiemdziesiątych różnice te wahały się od kilkudziesięciu do kilkuset promili w zależności od okolicy. Te uwagi wskazują na wielką złożoność problemu.

Jeśli chodzi o zachorowalność, wielu patologiom można by zapobiec środkami medycznymi i na nich opiera się wiele programów zdrowia publicznego (rehydratacja doustna, poszerzony program szczepień, edukacja w zakresie żywienia, oświata sanitarna). Tymczasem, rozwiązania techniczne są z trudem stosowa-

wane, niekiedy niemożliwe i trzeba szukać innych rozwiązań.

Patologia krajów południowych tworzy swoisty kompleks chorobowy, na który składają się wielość czynników pasożytniczych (poliparazytyzm), choroby zakaźne i zły stan odżywienia. Elementy nie tylko się dodają, i pomnażają się wykazując daleko posuniętą synergii. Szczególna zakaźność w środowiskach gdzie koncentrują się nosiciele i czynniki wektorowe, brak higieny życia, niedostatek środków, ignorancja i brak organizacji, określają specyfikę problemów zdrowia publicznego w Trzecim Świecie. Różnice w dostępie do struktur i możliwości leczenia są bardzo znaczne, ale nie zawsze determinujące w wymiarze kolektywnym, właśnie ze względu na złożoność sytuacji.

Do lat sześćdziesiątych istotny spadek śmiertelności był przypisywany postępowi sanitarnemu. Walka z przenosicielem najbardziej rozpowszechnionej choroby, jaką jest malaria przyniosła spektakularne rezultaty w wielu krajach. Obecnie staje się oczywiste, że trwały postęp w zakresie zdrowia ludności jest niemożliwy bez poprawy ogólnego poziomu życia. A zatem obniżenie różnic nierówności zdrowia indywidualnego i publicznego zależy od lepszego podziału dóbr, postępu oświaty i poprawy warunków życia.

Nierówność rozdziału dóbr materialnych jest łatwo dostrzegalna w analizie wydatków na potrzeby zdrowotne. Na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych średnia wydatków w tej dziedzinie wynosiła w skali światowej 5,4% produktu krajowego brutto. Uwzględniając jednak, że w przeliczeniu na mieszkańca, produkt ten waha się od 445 \$ w krajach najbiedniejszych do 29.240 \$ w krajach najbogatszych, szanse jednych i drugich są nieporównywalne. W 1985 roku obroty rynku farmaceutycznego wynosiły 100 miliardów dolarów; z tego na kraje biedne przypadało jedynie 300 milionów dolarów.

W POSZUKIWANIU ROZWIĄZAŃ

Mondializacja i globalizacja przyczyniają się do przyspieszenia zmian i ukierunkowania leżących u ich podstawy procesów. Dawne bloki: wschodni, zachodni i krajów niezaangażowanych przestały istnieć. Podział świata przebiega obecnie według schematu północ – południe. Rzeczywistość polityczna, gospodarcza, typ patologii są różne w poszczególnych

hemisferach, przy czym granice są umowne: „południe” obejmuje w istocie trzy czwarte globu, „północ” zaledwie jedną czwartą. Na północy dominują choroby sercowo-naczyniowe, nowotworowe, zwyrodnieniowe, choroby związane z przekarmieniem i siedzącym trybem życia, patologia urazowa wypadkowa i cała grupa tzw. chorób cywilizacyjnych (depresje, alkoholizm, nikotynizm i od niedawna narkotyki). Na południu natomiast patologią dominującą są choroby zakaźne i inwazyjne (malaria, ciężkie postaci odry, ostre zapalenie opon mózgowych, gruźlica, bilharzioza, filariozy...) na tle niedoborów pokarmowych (głód kaloryczny prowadzący do marazmu) i inne formy niedożywienia białkowego (kwashiorkor), awitaminozy, niedobór jodu (wole endemiczne) itd.

Schematyzując można powiedzieć, że na północy szerzy się patologia człowieka starego, bogatego i zamieszkującego w mieście, w kontekście życia zorganizowanego i w przesycie. Południe natomiast, to schorzenia człowieka młodego, biednego, zamieszkującego wieś, zagrożonego niedożywieniem i żyjącego w społeczeństwie destabilizowanym. Południe jest też narażone, a zwłaszcza Afryka, na narastającą epidemię AIDS, który to zespół stał się piątą w kolejności przyczyną śmiertelności w świecie.

Instancją powołaną do regulacji problemów zdrowia w świecie jest istniejąca od 1948 roku, wyspecjalizowana instytucja systemu ONZ – Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Z jej budżetem „oficjalnym”, ale głównie dzięki budżetowi „równoległemu” Organizacja jest w stanie realizować liczne programy specjalistyczne, dotyczące szeregu aspektów problemu zdrowia. Są to m.in. poszerzony program szczepień (1974), specjalny program badań i formacji w zakresie chorób tropikalnych (TDR), światowy program walki z AIDS (1987), program walki z chorobami biegunkowymi (1978).

WHO jest również promotorem programów globalnych, którym ton nadała już wzmiankowana Deklaracja z Alma-Ata, sformułowana w 1978 roku, jako element nadrzędnego celu: zdrowie dla wszystkich w roku 2000. Jest to pierwszy program prawdziwie globalny. Wprowadzając pojęcie leczenia podstawowego w systemie trzystopniowym, zakłada on korelację zdrowia i rozwoju, społeczne uczestnictwo, samokontrolę indywidualną i rodzinną służby zdrowia, wszystko w perspektywie krajowej polityki zdrowotnej.

Dzisiaj możemy już powiedzieć, że wiele z tych programów odniosło sukces tylko częściowy, a wielkie zamiary konferencji w Alma-Ata powszechnego dostępu do systemu opieki zdrowotnej okazały się iluzoryczne. Przyczyn niepowodzenia

Schematyczne porównanie wydatków na potrzeby zdrowotne w krajach bogatych i biednych (%)

	LUDNOŚĆ	DOCHODY	WYDATKI NA ZDROWIE	LEKARZE	LICZBA ŁÓŻEK
Kraje uprzemysłowione	25	85	95	75	85
Kraje ubogie	75	15	5	25	15

jest bardzo wiele: brak woli politycznej, brak środków, niedostosowanie programów do warunków i kultur miejscowych, nierealistyczne założenia i brak wpływu na dużą liczbę czynników korelatywnych.

Konferencja z 1978 roku jest jednak istotnym zwrotem w filozofii WHO i zdecydowanym krokiem w kierunku liberalnej globalizacji. Wprowadza bowiem nowe kryterium zdrowia, zmieniając jego definicję, zresztą nie po raz pierwszy. Otwiera też nową epokę „nauk politycznych” w zakresie zdrowia publicznego, przenosząc akcent na przymiotnik „publiczne” i obejmując aspekty psychiczne, fizyczne, społeczne, ekonomiczne i polityczne życia zbiorowego. Nie osoba chorego jest głównym celem działań, lecz „organizm społeczny”, zdrowie zbiorowości, jej spójność i sprawność. Jednocześnie ciągle nabiera znaczenia aspekt ekonomiczny zdrowia publicznego.

Dlatego też, wg dr. A. Hammada, dyrektora wykonawczego WHO ds. polityki zdrowia i rozwoju, taki był powód utworzenia w 1994 r. grupy ekspertów, by zbadać w kontekście międzydiscyplinarnym centralną rolę komponenty zdrowia w procesie rozwoju, a zwłaszcza jak pogodzić wymogi zdrowia i rynku. Już od 1991 roku WHO postuluje nowy „paradygmat zdrowia”, dodając do swej roli pomocy technicznej wobec rządów, **rolę normatywną**.

W pełnieniu tej roli pomaga istniejąca od 1949 r. przy WHO w Genewie organizacja pozarządowa, zwana Radą Międzynarodowych Organizacji Nauk Medycznych – CIOMS. Rada ta zajmuje się,

na zlecenie WHO, analizą i refleksją nad etycznymi aspektami działalności tej agencji ONZ, rozszerzając pole swych inwestycji na aspekty socjalne, administracyjne i prawne. Natomiast we współpracy z Bankiem Światowym został opracowany i wprowadzony nowy wskaźnik, jakim jest skorygowany czynnik inwalidztwa, w przeliczeniu na rok życia – AVCI, który uwzględnia zarówno lata aktywności stracone przez przedwczesny zgon, jak i lata stracone ze względu na niezdolność do pracy. Wskaźnik ten i inne podobne, pozwalają wypracować strategię polityki zdrowia w kategoriach produkcji, konsumpcji i wypłacalności pacjenta, ocenić koszt leczenia w perspektywie strat i zysków oraz prawdopodobieństwa wyleczenia. Te właśnie oceny będą decydowały o przyznawaniu środków na określony typ badań naukowych, czy finansowanie szczegółowych programów prewencji i leczenia. Konsekwencje takiej polityki mogą okazać się dramatyczne dla pewnych grup chorych, czy krajów zmarginalizowanych.

Zdrowie stanie się „produktem” podporządkowanym ekonomii rynkowej. Nowa strategia „zdrowia dla wszystkich” będzie zależała od nowych kryteriów opłacalności. Są nimi najpierw środki finansowe będące do dyspozycji w danym społeczeństwie, grupie społeczeństw czy kategoriach społecznych. Skala priorytetów dotyczy również jednostek w zależności od tego, czy są one aktywne, a więc przydatne, czy nieaktywne, a więc zbędne. Oceniać też trzeba prawdopodo-

bieństwo w zakresie prognozy, stąd chroniczne choroby starości nie będą uważane za priorytetowe.

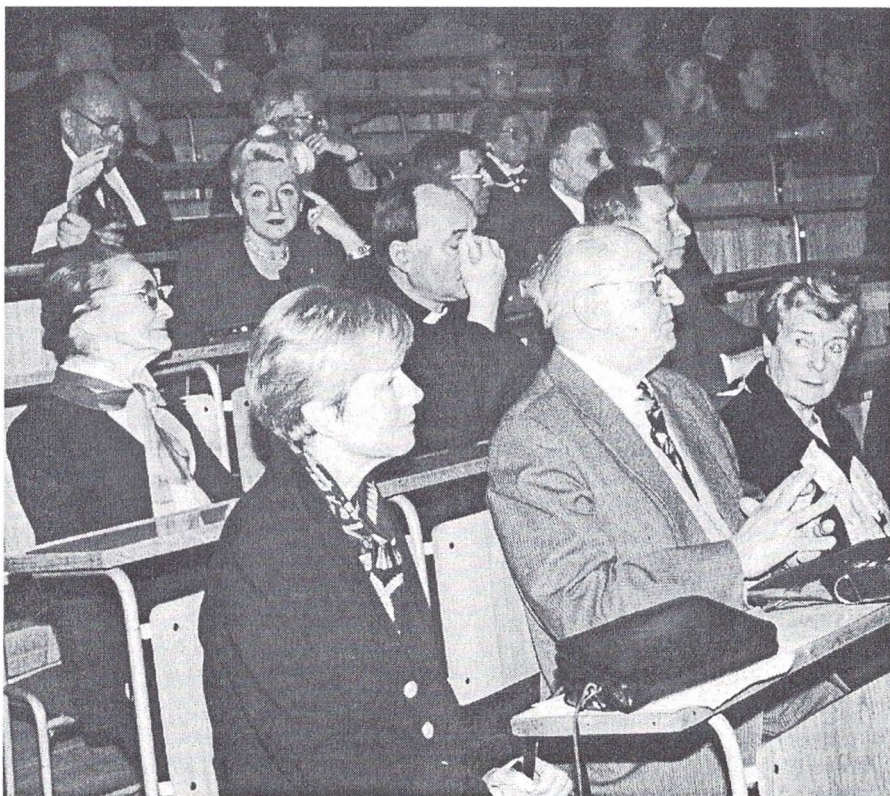
Do „nowego paradygmatu”, o którym tak często mówił dyrektor generalny WHO dr Hiroshi Nakajima, zalicza się ścisła kontrola ilościowa i jakościowa w dziedzinie przekazywania życia. W konsekwencji, w centrum zainteresowania jest ciągle „zdrowie reprodukcyjne”. Kontrola liczby urodzin i postawa eugeniczna stają się „nadrzędną racją” ciała społecznego. W ten sposób „zdrowie publiczne” jest uważane za rodzaj podmiotu praw mającego pierwszeństwo przed wymogami zdrowia jednostki. Tym można tłumaczyć zainteresowania etyczne WHO, które są nie mniej zaskakujące dla ludzi ukształtowanych przez moralność judeo-chrześcijańską i przez etykę zawodową, deontologię hipokratejską.

Przytoczone na wstępie wydarzenia są elementem tworzenia „nowego porządku światowego”. Nikt nie jest w stanie przewidzieć, jaki on będzie, jakie przybierze kontury i formy, jaką przyniesie możliwość jedności rodzaju ludzkiego. Tradycja biblijna zawiera dwa modele uniwersalizmu, dwie różne dynamiki poszukiwania jedności.

Pierwszym jest model Wieży Babel. Budowniczości miasta, którego wieża miała sięgnąć nieba, ponoszą podwójną konsekwencję: pomieszanie języków uniemożliwiające porozumienie i rozproszenie po powierzchni ziemi. Założona tu koncepcja jedności jest totalitarnym uniformizmem, zasadzonym na redukcji różnic, zaprzeczającym podmiotowości. Nie odróżniając Ziemi od Nieba (taka jest bowiem metafora wieży) gromadzi ludzi zuniformizowanych, uprzedmiotowionych. Efekt jest odwrotny od zamierzonego: ludzie nie będący w stanie się porozumieć i zrozumieć pogrążają się w konfliktach i przemocy.

Odwrotnością tego jest model Zestania Ducha Świętego (Zielone Świątki), można by rzec – model wieczernikowy. Uczestnicy tego wydarzenia stają się zdolni rozumieć osoby mówiące różnymi językami, bez konieczności upodobnienia się jednych do drugich, z całym zachowaniem podmiotowości i osobowej autonomii. Wydarzenie wieczernikowe nie odwołuje się do ekonomii, siły materialnej czy politycznej, ale stawia na porozumienie i zrozumienie ludów w ich różnorodności, stojących wobec prawdy o świecie, a „prawda wyzwala”.

Obecna mondializacja niesie w sobie elementy obydwu modeli i ich dynamiki. Dalszy kształt danego nam świata i jego trwałość, zależą będzie od tego, czy człowieka uda się uratować przed nim samym.



Janina Suchorzewska

PRZEOBRAŻENIA WSPÓŁCZESNEJ MEDYCyny A NIEZMIENNE POTRZEBY CZŁOWIEKA CHOREGO

Impresje z 50-letniej pracy lekarza

Propozycję czynnego uczestnictwa w sesji naukowej z okazji IX Światowego Dnia Chorego przyjął jako zaszczytne wyróżnienie, tym bardziej, że znalazłam się w gronie osób wielkiego autorytetu. To wyróżnienie przyjął nie jako reprezentant świata nauki, profesor tej Uczelni, ale jako osoba, która przez blisko pół wieku była blisko cierpiącego, chorego człowieka. Dlatego też moje wypowiedzi będą miały charakter bardziej osobisty. W gronie moich przedmówców mogę i pragnę mówić jedynie z pozycji lekarza, który mógł śledzić swoją, zmieniającą się z upływem lat, relację lekarz–pacjent, konfrontować ją z relacją swoich nauczycieli i mistrzów, a także z relacją swoich kolegów, w końcu zaś z relacją własnych uczniów. Od wszystkich tu wymienionych nauczyłam się bardzo wiele, ale największą nauką było w tej materii moi pacjenci, wśród których przyszło mi pracować. Tak więc moje wystąpienie, w którego tytule starałam się zawrzeć jego charakter, nie będzie miało filozoficznego ujęcia, bo nie mam niezbędnej do tego wiedzy, nie będzie historycznym przeglądem – bo nie jestem historykiem, nie będzie też relacją opartą na naukowych przesłankach psychologicznych, które za czasów moich studiów lekarskich nie były przedmiotem nauczania, czego bardzo żałuję. Tak więc będą to wybrane z wielu refleksje i przemyślenia. Refleksje te są wynikiem bardzo zróżnicowanych doświadczeń, niejednokrotnie nieomal sprzecznych pomiędzy sobą, bowiem każdy chory odrębnie przeżywa swoją chorobę, a tym samym przynosi nam różne doświadczenia. Aby mogła mówić o oczekiwaniach człowieka dotkniętego chorobą, podejmuję próbę uporządkowania zdobywanej w ciągu wielu lat pracy wiedzy o potrzebach chorego. Wiedza ta, a wraz z nią kształtowanie się poglądów, ulegała zmianie na skutek uwarunkowań historycznych, postępu nauk medycznych i niewątpliwie własnego dojrzewania w zawodzie lekarza.

Moje lekarskie pokolenie, w ciągu jednego zaledwie życia zawodowego mogło przeżyć wręcz rewolucyjne przeobrażenia w medycynie. Przeobrażenia następowały zarówno w wyniku postępu pro-

wadzonych badań naukowych i dzięki nim, odkrywaniu nieznanych przedtem przyczyn i istoty procesów patologicznych, ale również w wyniku lawinowego postępu technicznego. Moje pokolenie lekarzy mogło przeżyć podczas życia zawodowego czas, w którym dysponowaliśmy trzema antybiotykami (bo to przecież pół wieku temu przyznano nagrodę Nobla za wyodrębnienie penicyliny) i dożyć czasów, w których setki z kilkuset poznanych antybiotyków wykorzystywane jest do celów leczniczych.

Rozwój nowoczesnych zasad resuscytacji pozwolił nam uwierzyć i przekonać się, że ustanie pracy serca nie jest równoznaczne z pojęciem nieodwracalnej śmierci człowieka. Pokolenie to zaczynając pracę zawodową wykonywało znieczulenia do operacji eterem, wylewanym bez żadnej kontroli dawkowania, na serwetki przykładane do ust chorego, aż do czasów dostępności całej gamy środków anestetycznych, podawanych pod kontrolą elektronicznej precyzyjnej aparatury, umożliwiającej dawkowanie w zależności od stężenia środka we krwi chorego.

To pokolenie mogło przeżyć czasy, kiedy zastosowanie kurary dla zwiótczenia mięśni umożliwiło chirurgowi dokonywanie precyzyjnych operacji na niedostępnych przedtem narządach takich, jak płuca i serce.

Fundamentalne przemiany w diagnostyce zarówno laboratoryjnej, jak i obrazkowej, pozwalające na precyzyjne oznaczanie hormonów mediatorów i markerów różnych stanów patologicznych oraz ich genetycznych uwarunkowań, pozwoliły lepiej rozpoznawać chorobę i jej zapobiegać. Mikroskop elektronowy pozwolił wnikać w tajemnice wnętrza komórki. Konwencjonalna radiologia została zastąpiona przez najnowsze rozwiązania tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego czy ultrasonografii.

Obserwujemy procesy metaboliczne, wyliczamy zużycie tlenu, przepływ krwi w różnych obszarach naszego ciała, zbieramy tysiące nowych informacji. Czy to nie fascynujące? Jakże często stajemy zafascynowani nowym odkryciem, nową aparaturą, która przy pomocy mikroprocesorów pozwala zastępować i kontrolo-



wać pracę poszczególnych narządów, realizując zaprogramowaną ich czynność.

Na tle niewątpliwie wielkich osiągnięć jawią się pytania.

- Czy wraz ze wspnianym postępem medycyny, zarówno w diagnostyce, jak i leczeniu, zmieniły się oczekiwania chorego?
- Czy daleko idący postęp przytłumia lęk i poczucie zagrożenia związane nieodłącznie z chorobą?
- Czyż nie powinien budzić większych nadziei na wyzdrowienie, na ograniczenie bólu i cierpienia?

Przecież powinien zwiększać zaufanie do lekarza, który mając takie możliwości będzie może lepiej rozpoznawał chorobę i osiągał lepsze wyniki terapeutyczne.

Zastanówmy się jednak, czy chory człowiek zamknięty samotnie w tubie rezonansu magnetycznego odczuwa mniejsze zagrożenie i lęk nieodłącznie towarzyszący chorobie? Czy rzeczywiście zwalczając chwilowe przerażenie przed nieznaną mu maszyną uspokaja się na myśl, że właśnie to badanie da mu szansę na właściwie przeprowadzone leczenie i powrót do zdrowia? I tak pojawia się nowa wątpliwość, czy znakomita rozbudowa technik diagnostycznych nie spowoduje przerzucenia zainteresowania leżącego na wyniki badań, które w wielu przypadkach już dziś stają się ważniejsze niż wywiad, rozmowa z chorym i bezpośredni z nim kontakt.

Nie chciałabym upraszczać problemu, dając jednoznaczną odpowiedź na zadane pytanie, ani też posługiwać się dość oczywistym i banalnym stwierdzeniem, że odczucia w tym zakresie uzależnione są od wielu czynników, a przede wszystkim od odrębnych reakcji każdego człowieka. Niektóre jednak z tych odczuć są dla wielu chorych wspólne. Warunkiem zrozumienia i spełnienia potrzeb czło-

wieka dotkniętego chorobą jest znajomość jego odczuć. Wszystkie te odczucia zalicza się do emocji negatywnych. Najsilniejszy z nich to lęk, którego źródła mogą być różnorodne. Zasadniczym jego źródłem jest sama choroba, jej rodzaj, przewidywany przebieg i szansa na jej wyleczenie. W ostro występującej chorobie chory lęka się, czy dokonał właściwego wyboru lekarza i zaproponowanej mu metody leczenia. Bardzo często źródłem lęku jest „nieznane”. Zdarzają się jeszcze sytuacje wywodzące się z wieloletniej zasady anonimowości, kiedy to na pytanie – kto mnie będzie operował? – odpowiadać należało – chirurg. Czy uświadamialiśmy sobie wtedy, co czuł pacjent w sytuacji, kiedy odbierano mu przy znieczuleniu świadomość, a w tym czasie nieznany mu chirurg decydował czy wyciąć mu cały żołądek czy pół, całe płuco czy tylko jeden płąt. Czy uświadamiamy sobie, jak wielki musi być lęk w takiej sytuacji człowieka operowanego? Nagłe przymusowe oderwanie od codziennego życia i związanych z nim obowiązków może być kolejnym źródłem niepokoju. Gdy choroba kwalifikowana jest co najmniej jako poważna i ma charakter przewlekły, źródła lęku ulegają rozszerzeniu. Jest ich bardzo wiele: chory lęka się cierpienia, bólu, braku kontroli nad własnym ciałem, uzależnienia od pomocy innych, poczucia, że jest ciężarem dla rodziny, która może nie zaakceptuje jego choroby. Jakże często jest to lęk przed utratą dotychczasowej pozycji zawodowej, społecznej i rodzinnej.

W miarę zaawansowania choroby rozwija się poczucie osamotnienia, bezsilności i bezradności oraz narasta lęk przed opuszczeniem. Do zagrożeń w sferze życia rodzinnego i zawodowego dochodzi bardzo często brak zaufania do służby zdrowia, szczególnie w okresie jej przekształceń, co w sposób istotny nasila objawy lęku.

Pomimo zróżnicowania ludzkiej osobowości, jak i różnic wynikających z istoty samej choroby, obserwuje się reakcje zmieniające się w poszczególnych etapach choroby. W przewlekłej chorobie w pierwszym etapie dominuje zaprzeczenie. Jest ono uwarunkowane faktem, że człowiek nie jest nigdy gotowy nie tylko na przyjęcie śmierci, ale i choroby. Zaprzecza – bo nie może uwierzyć w realność choroby. Obserwowałam wielu pacjentów, których reakcje na wiadomość o chorobie mogę określić jako „psychiczne porażenie”. Nawet w chorobach dobrze rokujących też nie obserwuje się przyzwolenia, a człowiek nią dotknięty mówi „nie teraz – w tym tygodniu mam tyle spraw do załatwienia”. Nigdy ten czas nie łączy się z rzeczywistą psychiczną akceptacją.

Kolejnym etapem jest mechanizm obronny – bunt i gniew – pytanie dlaczego?, dlaczego teraz?, dlaczego ja? Pytanie, które zadawało mi tylu chorych, a na które nie ma przecież odpowiedzi. Po okresie tego największego napięcia emocjonalnego, związanego z pierwszym etapem choroby, rozpoczyna się mozolny etap poszukiwania równowagi. Może on przebiegać w kierunku negatywnym, którym jest bierna akceptacja choroby z izolacją od innych spraw ludzkich, zamknięciem się w sobie, poczuciem opuszczenia, często depresją. Pozytywne poszukiwanie równowagi, to po prostu umiejętność chorowania wyrażająca się opanowaniem i uspokojeniem. Jeżeli w tym okresie przypadają najważniejsze etapy leczenia, to chory, przejawiając przemyślane działanie zmierzające do odzyskania zdrowia, do realizowania – pomimo choroby – swojej roli w rodzinie i społeczeństwie, ma znacznie większe szanse na korzystny wynik leczenia. Gdy choroba nie zostaje całkowicie zwalczona następuje etap, w którym chory uwalnia się od szeregu uzależnień chorobowych, przestaje stawiać chorobę w centrum swojej uwagi i uzależniać od niej swoje reakcje. Znajomość przytoczonych odczuć chorego w różnych etapach choroby, które pomimo odrębnych osobowości są dla wielu wspólne – jest niezwykle istotna dla lekarza czy pielęgniarki, ponieważ wraz z nimi zmieniają się, bądź modyfikują potrzeby chorego.

Niewątpliwie najważniejszym oczekiwaniem chorego jest zgodne z aktualną wiedzą skuteczne działanie, przywracające pełny powrót do zdrowia. Gdyby tylko jednak na tym poprzestać, to czy nie powstałby jedynie model związku oparty na rzeczowym świadczeniu usług, w którym liczą się użyte w leczeniu instrumenty oraz uzyskane wyniki. Czy w dobie wielkich przemian i postępu taki model, ubogi w treści emocjonalne, może być akceptowany? Oczekiwania chorego nie ograniczają się jedynie do przywrócenia zdrowia, bądź częściowego opanowania choroby z zapewnieniem dobrej jakości życia, ale koncentrują się również na wspomaganiu odczuwanym przez niego cierpieniu. Pacjent po prostu pragnie naszej troski o niego i nie chce być traktowany jak silnik oddawany do przeglądu lub naprawy „w warsztacie”, w którym, jakże często nieznane są osoby świadczące usługi, ani też ich jakość.

Rzeczywiste oczekiwania chorego zapewne nie mogą być spełnione bez zapewnienia kontaktu interpersonalnego, którego istotą jest wrażliwość na ludzkie cierpienie. Pytanie, które wielokrotnie zadawałam sobie i swoim pacjentom, to pytanie rozstrzygające przyczynę zagrożenia i związanego z nim

lęku. Bo tak naprawdę trudno powiedzieć, czy człowiek odczuwa lęk przed śmiercią, czy przed umieraniem. Moje doświadczenia wskazują, że większość ludzi naprawdę boi się cierpienia – nie tylko tego związanego z fizycznym bólem i innymi doznaniem wywodzącymi się z podłoża somatycznego, ale boją się osamotnienia, bezradności, upokorzenia. Niejednokrotnie byłam zaskakiwana wypowiedziami chorych, z których wynikało, że realizacja drobnych, możliwych często do usunięcia potrzeb przywracała im spokój, tłumiąc reakcję stresową.

W czasach, które mają zapewnić pacjentowi pełną autonomię gwarantowaną nie tylko prawem, ale i względami etycznymi, relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem ulega zmianie. Pacjent uzyskał prawo do pełnej informacji o chorobie oraz prawo do decydowania o proponowanym mu leczeniu. Należy się jednak zastanowić, czy rozszerzenie wiedzy o chorobie ułatwia proces leczenia i poprawia relację pomiędzy lekarzem a pacjentem. Czy rzeczywiście poszerzenie wiedzy o chorobie jest potrzebą chorującego? To kolejne pytanie i kolejny brak jednoznacznej odpowiedzi. Korzyści są niewątpliwie – utrzymanie godności człowieka przez umożliwienie mu decydowania o sobie – aspekt głęboko etyczny oraz możliwość aktywnego uczestniczenia chorego w procesie leczenia, to najważniejsze z nich.

Z drugiej natomiast strony piętrzą się trudności, od których bardzo chętnie uciekamy. Trudności wymagające od lekarza indywidualnego dostosowania informacji o chorobie do potrzeb każdego chorego. Dotyczy to w szczególności informacji o chorobach poważnie rokujących. Rzeczywiste oczekiwania chorych są tu bardzo zróżnicowane i często nie pokrywają się z wypowiedzianymi oświadczeniami. Sprostanie tym nieznany często oczekiwaniom i potrzebom jest zadaniem niezwykle trudnym. Podstawowym warunkiem zadośćuczynienia im jest pogłębienie więzi z pacjentem, wzajemne zrozumienie, zaufanie i przekazywanie nadziei. Zrozumienie oparte być musi na znajomości przeżyć chorego, jego obaw i lęków związanych z chorobą. Bez tej wiedzy nie można mówić o zrozumieniu. Prawdziwe zrozumienie zaś to odczuwanie, to coś, co łączy się ściśle z wrażliwością na cierpienie. Ta wrażliwość nie może jednak dominować w naszych działaniach, powinna współdziałać z wiedzą, rozumem i doświadczeniem lekarskim.

Wrażliwość, o której mówię, ma wyraźny związek z powołaniem lekarskim. Powołanie to dzisiaj niemożne określenie. Czasem doznaję wrażenia, że mówiąc o powołaniu popełniam



Stefan Raszeja

SZACUNEK DLA PODMIOTOWOŚCI CHOREGO

— W ŚWIELE ZASAD DEONTOLOGII LEKARSKIEJ

Paternalizm a partnerstwo

Człowiek zwracający się do lekarza znajduje się w sytuacji szczególnej, mianowicie w położeniu, które niektórzy określają jako sytuację graniczną. Rozumie my przez to okoliczności, które sprawiają, że człowiek w bolesny dla siebie sposób doświadcza granic swoich możliwości, granic swej egzystencji. Jest więc bezradny.

Taką sytuacją jest stan choroby, stan niemocy, zwłaszcza stan zagrożenia śmiercią. Ten właśnie stan skłania człowieka chorego do szukania pomocy u lekarza. Czyni to z reguły pełen ufności i szacunku dla wiedzy i doświadczenia przedstawicieli służby zdrowia. Potencjalni pacjenci pragną jednak, aby leczący ich lekarze kierowali się nie tylko umysłem, ale także „sercem”, czyli etosem, pozwalającym im na uczciwą, ofiarną pracę, współczucie i troskę.

A jak przedstawia się relacja odwrotna? Odpowiedź na pytanie, jak powinna ona wyglądać, znaleźć można zgłębiając treści zawarte w etyce lekarskiej, a w szczególności tej jej części, którą nazywamy deontologią.

Deontologia lekarska jest nauką o powinnościach lekarza, prezentującą zasady wynikające z ustalonych i akceptowanych norm moralnych. Jak więc w tym świetle przedstawia się stosunek lekarza do zgłaszającego się do niego lub znajdującego się pod jego opieką pacjenta?

Na wstępie trzeba przypomnieć, że jest to szczególnie przypadek relacji między osobami. Spośród żywych istot tylko człowiek obdarzony jest zdolnością abstrakcyjnego rozumowania i świadomego rozróżniania dobra od zła. Godność wynikająca z tej wyjątkowości domaga się więc uznania podmiotowości każdego człowieka, jego niezależności, prawa do wolności wyboru i samodzielnego decydowania o sobie. Brak antropologicznej



refleksji w medycynie może sprawić, że doskonałość metody leczenia, zapomni ona o swoich najważniejszych celach.

Oczywiście że zasada autonomii człowieka nie obowiązuje we wszystkich okolicznościach. Tak na przykład jej ograniczenie wynikać może z faktu niezdolności człowieka do podejmowania swobodnych i racjonalnych wyborów w określonej sytuacji. Dotyczy to osób z zaburzoną świadomością, chorobą umysłową czy po prostu niedojrzałością (małe dzieci). Niezależność i wolność wyboru nie może również naruszać wolności innych osób.

➔ nietakt: kto dziś mówi o powołaniu? Czym ono jest w dzisiejszym zautomatyzowanym świecie? Jak je zdefiniować? Mamy bowiem dziś do czynienia z zanikiem dawnych ideałów i negowaniem istnienia dawnych wartości. Powoduje to szkody społeczne, rodzinne, narodowe, odbijając się na wszystkich dziedzinach życia. Wartości rynkowe dominując, wkraczają w obszary takie jak medycyna, nauka, sztuka. Gdzie znaleźć teraz miejsce dla powołania lekarskiego czy pielęgniarskiego? Do istoty powołania lekarskiego dochodziłam długo, mozolnie, błędząc wśród różnorodnych definicji i określeń. Ale kiedy obserwując pielęgniarki pracujące wśród najczęściej chorych, zadawałam sobie pytanie, co w nich jest, że potrafią tak pracować, tak pielęgnować, gdy dostrzegałam coś znacznie więcej niż tylko fachowe gesty rąk, to rozumiałam, że istotą powołania musi być miłość do drugiego człowieka. Na niej tak naprawdę mogą opierać cierpiący ludzie swoje oczekiwania, wymagający nie tylko określonych działań natury technicznej, ale zrozumienia, współczucia i serdeczności. Nadal bowiem aktualne jest słynne stwierdzenie Paracelsusa, które mówi: „Najwyższą wartością leczenia jest miłość do chorego.

To miłość daje natchnienie sztuce leczenia”.

Nie sposób, choćby skrótowno, nie wspomnieć o oczekiwaniach społecznych, związanych z wprowadzonym nowym systemem ochrony zdrowia. Z wprowadzoną 2 lata temu reformą łączyło wielkie nadzieje. Zarówno pracownicy ochrony zdrowia, jak i z niej korzystający. Jak dotąd realizacja reformy daleko odbiega od oczekiwań i potrzeb. Sytuacja ludzi chorych nie ulega poprawie z czysto ekonomicznych względów. Powstała bowiem jawna sprzeczność pomiędzy możliwościami współczesnej medycyny a ograniczeniami wynikającymi z ogromnego wzrostu kosztów generowanych przez ten postęp. Oczekiwania na wysokie standardy usług i poprawę dostępności do nich, nie mogą być powszechnie spełniane z powodu niedostatecznych nakładów na ich realizację. W sytuacji tej jawią się nowe zagrożenia – dla realizacji oczekiwań i potrzeb chorego. Wprowadzane limity świadczonej usługi i finansowanie ich niezgodnie z rzeczywistymi kosztami, będzie powodować niepowetowane szkody. Medycyna może się stawać ściśle wylczonym zbiorem procedur i standardów postępowania. Już dziś wymaga się od pracowników ochrony

zdrowia wysokiego standardu usług, nie zapewniając środków niezbędnych dla ich uzyskania. Pacjenci obawiają się jutra, mając tego świadomość pracownicy ochrony zdrowia już dzisiaj stoją wobec istotnych dylematów etycznych. Ponieważ nie starczy dla wszystkich – to kogo wybierać i kto ma wybierać? To problem świata – jakże tragiczny! Świata, w którym prawo zaczyna sankcjonować, pod symbolem miłosierdzia, eutanazję, którą w dodatku mają wykonywać ci, którzy podjęli się ratowania życia i przywracania zdrowia, a nie zabijania.

Dostrzega się niepokojące objawy nieuczciwej konkurencji i zanika dobrze pojmowana solidarność zawodowa. Lekarze zamiast pogłębiać więź z pacjentem zmierzają, w ochronie własnej, do precyzyjnych regulacji prawnych, stając się bardziej urzędnikami, a nie osobami uprawiającymi sztukę medyczną. Bez-duszość jawi się więc jako coraz większe zagrożenie. Ważnym jest, aby uświadamiać sobie już dzisiaj te zagrożenia. Świadomości ich bowiem pozwoli przeciwdziałać im tak, aby medycyna pozostała nadal sztuką, a wciąż niezmiennie oczekiwania i potrzeby cierpiącego człowieka, pomimo wszystkich przemian, mogły być spełniane. □

W praktyce lekarskiej spotykamy się z jeszcze jednym rodzajem ograniczenia wolności człowieka, takim mianowicie, który wynika z paternalizmu i temu zagadnieniu chciałbym poświęcić swoje rozważania. Paternalizm sam w sobie bywa nieraz bardzo szlachetny. Tak jest na przykład w tych przypadkach, w których ograniczenie autonomii ma na celu wyłącznie dobro osoby podopiecznej, jej szczęście i jej potrzeby. Przykładem najbardziej oczywistym jest stosunek ojca do dziecka. Zakres stosowania zasady paternalistycznej rzutującej na ograniczenie wolności człowieka bywa jednak kwestionowany, a niekiedy wręcz potępiany. Wątpliwości tego typu wpływają na różnicę poglądów wśród etyków.

A jak układały się w tym względzie relacje pomiędzy lekarzem a pacjentem w przeszłości?

Otóż tradycyjne zasady postępowania lekarskiego odzwierciedlane w dawnych kodeksach deontologicznych minimalizowały rolę pacjenta w procesie leczenia. Przysięga Hipokratesa mówi wiele o powinnościach lekarza, nic zaś o prawach pacjenta. Przez wieki obowiązujący model stosunku lekarza do pacjenta akcentował wielki autorytet lekarza, przy biernym podporządkowaniu się pacjenta. Zakładano, że lekarz wie, co jest najlepsze dla pacjenta i ma prawo w jego imieniu decydować o całym procesie postępowania diagnostycznego i leczniczego, nie pytając go nawet o zgodę. Takie rozumowanie wyrażało w praktyce skrajnie paternalistyczną postawę. Nie było w tym jednak nic dziwnego, gdyż taki model relacji obowiązywał również powszechnie w społeczeństwie, nie tylko w medycynie. Przez stulecia paternalizm w medycynie był powszechnie aprobowany, a nawet oczekiwany przez chorych.

W ostatnim półwieczu nastąpiły bardzo głębokie zmiany w dziedzinie etyki lekarskiej. Złożyło się na to wiele przyczyn. Najważniejsze to po pierwsze: druga wojna światowa z najczarniejszymi kartami w historii medycyny w czasach faszyzmu i później z powszechnie potępianym kierowaniem dysydentów sowieckich do zakładów psychiatrycznych; po drugie: dynamiczny postęp nauk przyrodniczych, powodujący nowe problemy i zagrożenia w zakresie poszanowania praw człowieka i integralności ludzi chorych, a wreszcie po trzecie: demokratyzacja życia publicznego, polegająca na przyznawaniu coraz większych praw i wolności jednostce.

Hipokrates nie mógł przewidzieć w V wieku p.n.e. etycznych dylematów, jakie dziś wiążą się ze współczesną genetyką i transplantologią, a w dobie współczesnej Deklaracji Praw Człowieka uchwalonej przez ONZ nikt z pewnością nie chce

czuć się ubezwłasnowolniony po przyjęściu do szpitala, nie może też tracić prawa do decydowania o swoim życiu, oczekuje rzetelnej informacji na temat stanu swego zdrowia i wymaga poszanowania swojej godności osobistej.

Wszystkie te procesy spowodowały, że początkowo w Stanach Zjednoczonych, później w Europie Zachodniej, a wreszcie i u nas rozwinęła się w medycynie doktryna etyczna oparta na partnerstwie. Istotą tych zmian jest przede wszystkim wzrost znaczenia chorego, który staje się pełnoprawnym podmiotem, równorzędnym lekarzowi, wspólnie z nim świadomie podejmującym decyzje, dotyczące własnego zdrowia. Lekarz przestaje być wyrocznią, a staje się doradcą, pomagającym choremu wybierać właściwe kierunki postępowania. Można powiedzieć, że postęp wiedzy medycznej nauczył mądrych lekarzy pokory wobec niezbadanej w pełni natury i własnej niedoskonałości. To wszystko znalazło też wyraz w treści nowoczesnych kodeksów etyki lekarskiej.

Nasz kodeks uchwalony przez III Krajowy Zjazd Lekarzy w grudniu 1993 roku poszanowaniu praw pacjenta poświęcił szereg artykułów, w szczególności artykuły: 12 i 13.

Pierwszy z tych artykułów mówi o prawie pacjenta do życzliwego i kulturalnego traktowania oraz o poszanowaniu przez lekarza godności osobistej pacjenta i jego intymności. Z tego wynika, że intymne, kulturalne traktowanie winno być immanentną cechą każdego lekarza, niezależnie od warunków, w jakich wypadło mu spełniać swoje obowiązki. A warunki te mogą istotnie stwarzać poważne utrudnienia w zagwarantowaniu intymności pacjenta. Mam tu na myśli sytuację, w której chory przebywa w sali wieloosobowej albo na korytarzu szpitalnym.

Treść artykułu 13 naszego kodeksu poświęcona jest z kolei w całości zasadzie partnerstwa w relacji lekarz-pacjent. Szacunek dla podmiotowości chorego wyraża się przede wszystkim w konieczności świadomego udziału pacjenta w podejmowaniu decyzji lekarskich. Udział ten tylko wtedy można uznać za świadomy, gdy lekarz potrafi w sposób przystępny, wyczerpujący przedstawić choremu jego sytuację zdrowotną, możliwości leczenia i prawdopodobne konsekwencje proponowanego postępowania. Rzeczą lekarza jako eksperta w dziedzinie medycyny jest przekonanie pacjenta o słuszności przedstawionej propozycji. A przecież pogląd pacjenta na ryzyko zabiegu nie musi być zbieżny z poglądem lekarza. Paternalistyczne próby nakłaniania pacjenta do przyjęcia punktu widzenia lekarza, np. przez niedoinformowanie chorego, są naganne.

Większość współczesnych lekarzy otworzyła już przed pacjentami tajniki swojej wiedzy, tłumacząc im możliwości i ograniczenia swojej sztuki. Nie spowodowało to utraty autorytetu, a wręcz przeciwnie, spotkało się z uznaniem ze strony chorych, którzy oczekują bliskich, szczerych i życzliwych relacji z ludźmi, którym powierzają swoje życie i zdrowie.

Uważam, że wynikające z szacunku dla podmiotowości chorego partnerstwo w medycynie nie jest wymogiem tylko etycznym, lecz również profesjonalnym. Dobre porozumienie z chorem decyduje o skuteczności działań i zaleceń lekarskich. Medycyna to dużo więcej niż usunięcie zniszczonego narządu, wszczepienie rozrusznika serca lub sztucznej soczewki oka. Leczenie posiada rozliczne aspekty psychologiczne, a także moralne. Leczenie człowieka to nie to samo co naprawa zepsutego telewizora. Nie wykluczam, że właśnie koncentrowanie się wielu lekarzy wyłącznie na „technicznych” aspektach leczenia jest główną przyczyną „powodzenia” wielu nieuzasadnionych, tzw. paramedycznych metod leczenia.

Partnerstwo zawsze wymaga dojrzałości obu stron, stąd jest to także problem socjologiczny. Przerzucenie na pacjenta części odpowiedzialności za podejmowane decyzje wymaga odpowiedniego przygotowania społeczeństwa. Zwolennicy paternalizmu uważają, że przeciętny pacjent nie posiada wystarczającej wiedzy, aby świadomie dokonywać wyborów, decydujących o ich zdrowiu i życiu. Ten argument może w określonych przypadkach być słuszny, ale postawa okazywania społeczeństwu intelektualnej wyższości nie licuje z etosem zawodu lekarza, jest nieetyczna i na dłuższą metę bardzo niebezpieczna dla samej społeczności lekarskiej. Oczywiście, potrzebna jest edukacja medyczna społeczeństwa, podobnie jak promocja podstaw zdrowotnych i proces ten potrwa jeszcze przez lata, ale środowisko lekarskie musi w nim aktywnie uczestniczyć.

Choćby nie wiem jak zażarty i długotrwały był spór o wyższość paternalizmu nad partnerstwem, jego wynik jest już przesądzony. Lekarz służy określonej społeczności, określonym pacjentom, a ci oczekiwali będą od niego przede wszystkim szacunku dla ich podmiotowości. Prawidłowy model relacji lekarz – pacjent to model partnerski, w którym obie strony dążą do wspólnych celów w oparciu o podobną hierarchię wartości, wzajemne zaufanie i respekt dla godności partnera.

Chciałbym tu dodać kilka uwag wiążących się z faktem, że inspiratorem i organizatorem dzisiejszej konferencji i w ogóle Światowego Dnia Chorego jest Kościół. W historii konkretny



IX ŚWIATOWY DZIEŃ CHOREGO W GDAŃSKU

Relacja współorganizatora

Od października 2000 roku grupa robocza pod przewodnictwem JE Metropolity Gdańskiego przygotowywała obchody Dnia Chorego. Zakres uroczystości rozrastał się wraz ze śmiałymi pomysłami świeckich i duchownych. Owocem tej pracy były uśmiechy ponad 20.000 dzieci przebywających w szpitalach całej Polski, a także słowa współtwórcy Dnia Chorego – Kardynała Fiorenzo Angeliniego, który uznał, iż obchody w Gdańsku zostały zorganizowane nie na regionalnym, ale na międzynarodowym poziomie!

Sesję naukową *Pacjent i pracownik służby zdrowia wobec zagrożenia bezduszością* zorganizowaną przez Duszpasterstwo Akademickie Księży Pallotynów i Akademię Medyczną w Gdańsku rozpoczął długoletni przewodniczący Rady ds. Służby Zdrowia JE Fiorenzo Angelini. Obok Kardynała referaty wygłosili superior Regii Francuskiej i długoletni misjonarz, ks. Henryk Hoser SAC, przedstawiciele świata kultury: prof. Stefan Chwin i Krzysztof Zanussi (wykorzystujący technikę wideo dla przekazania swojego przesłania do uczestników sesji). W interdyscyplinarnym dialogu mieli swoje ważne miejsce profesorowie Akademii Medycznej w Gdańsku: prof. Janina Suchorzewska i prof. Stefan Raszeja. Radosną niespodzianką była duża frekwencja i udział osób reprezentujących różne dziedziny wiedzy i profesje związane z troską o człowieka.

W sobotę, 10 lutego, dokonano także otwarcia Ośrodka Duszpasterstwa Akademickiego „Źródło”, zlokalizowanego w dawnym domu katechetycznym. Kardynał dokonując poświęceń, życzył duszpasterzom i wszystkim uczestnikom duszpasterstwa troski o własne dusze po

to, by być dobrym lekarzem całego człowieka – jako nierozdzielnej całości psychofizyczno-duchowej. Ks. abp Gocłowski podziękował Księżom Pallotynom za wszystkie lata posługi środowisku służby zdrowia Trójmiasta i wdzięczny za odnowiony Ośrodek Duszpasterstwa Akademickiego życzył Pallotynom, by było to miejsce spotkania i formacji studentów, lekarzy i wszystkich pracowników służby zdrowia. Za poświęcenie i ciepłe słowa podziękował ks. prowincjał Tomasz Skiński SAC. Po przemówieniach były wspólne ze studentami śpiewy, a także lampka szampana i chwile rozmowy.

Już w sobotę wieczorem, nowo poświęcony ośrodek wypełnił się po brzegi. Po liturgii wieńczącej sesję wszyscy zostali zaproszeni do kawiarni „U Źródła”, a stamtąd około 100 osób udało się do sali na spotkanie z ks. Henrykiem Hoserem SAC, słuchanym chętnie przez lekarzy i studentów medycyny, przez wszystkich, których zainteresował temat jego wykładu, poświęcony procesom globalizacji.

Niedziela obfitowała w wydarzenia związane z różnymi formami celebracji Dnia Chorego. W liturgii o godzinie 10.00

w oliwskiej katedrze, kardynał Angelini złożył w darze ręcznie malowaną świecę, którą każdego roku zapala w miejscach celebracji Światowego Dnia Chorego. Mszę świętą celebrowali abp Józef Kowalczyk, nuncjusz apostolski i Metropolita Gdański.

Zaraz po liturgii purpuraci udali się do Kliniki Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii AMG, aby spotkać się z dziećmi i wręczyć im kolorowe prezenty. Podobne prezenty zostały w tym dniu wręczone dzieciom przebywającym w szpitalach całej Polski przez hierarchów kościelnych, osobistości życia politycznego i publicznego, a także lekarzy, kapelanów i pracowników służby zdrowia. Inicjatywa wyprodukowania, dystrybucji i medialnej obsługi IX Światowego Dnia Chorego była wspólnym dziełem grupy roboczej, współpracującej ściśle z wydawnictwem MAKmed i Caritas gdańską.

Po południu odbyła się w sopockim kościele „Gwiazdy Morza” kolejna uroczysta eucharystia pod przewodnictwem kardynała Angeliniego, w której wzięło udział ponad 1000 osób niepełnosprawnych i ich opiekunów z Trójmiasta. O godzinie 18.00 rozpoczął się koncert w Operze Bałtyckiej w Gdańsku. Przybyli nań Minister Zdrowia RP, przedstawiciele Sejmu, Senatu oraz władze miasta i województwa. Podczas koncertu rozstrzygnięto Konkurs na Lekarza, Pielęgniarkę i Wolontariusza Roku. Wśród wybranych przez pacjentów laureatów wyróżniono wspólnotę „Bure Misie” opiekującą się niepełnosprawnymi umysłowo.

Podczas koncertu odbyła się prapremiera *Credo na sopran, saksofon, chór i orkiestrę* Marka Kuczyńskiego. Koncert poprowadził Krzesimir Dębski, wśród wykonawców byli: Olga Pasiecznik, Adam Wendt i Krzysztof Szmyt, Schola Cantorum Gedanensis i Polska Filharmonia Kameralna. Koncert transmitowało Polskie Radio.

Kardynał Fiorenzo Angelini, który osobiście przygotowywał centralne obchody Dnia Chorego na wszystkich kontynentach, w swoim pozdrowieniu wygłoszonym w Operze Bałtyckiej podziękował Metropolii Gdańskiej za tak szeroki zakres obchodów Dnia Chorego, które nie zostały ograniczone do kościołów, ale objęły też uczelnie wyższe, szpitale, świat kultury i komunikacji masowej. Podsumowując wydarzenia w Gdańsku powiedział: „To nie regionalny obchód Dnia Chorego, to nie obchód o charakterze ogólnopolskim, ale to przykład dla całego świata, jak należy świętować dzień poświęcony szczególnej pamięci o chorych i pracownikach służby zdrowia”.

ks. Piotr Krakowiak SAC
duszpasterz akademicki przy AMG

➡ kształt medycyny zawsze istotnie wynikał z podstawowych przesłanek filozoficznych, którym żyło dane społeczeństwo. Otóż medycyna europejska wyrasta niewątpliwie ze starogreckiej medycyny Hipokratesa i Galena, ale jednocześnie z chrześcijańskiej nauki o miłości bliźniego, zwłaszcza słabego i chorego. Człowieka chorego jako bezcenną i niepowtarzalną osobę odkryto dopiero chrześcijaństwo, które wzywało do miłości bliźniego, do miłości, jaka przedtem nie była znana w żadnej kulturze, również greckiej. Medycyna inspirowana ideą miłości, tak znakomicie przedstawionej w przypowieści „O dobrym Samarytaninie” roświetla starogrecki obraz lekarza, pojmowanego wyłącznie jako pomocnika natury. Obdarowanie miłością drugiego człowieka, zwłaszcza słabego i chorego, oznacza w istocie rzeczy akceptację jego podmiotowości. Ten ele-

ment w działalności lekarzy przez wiele wieków był pomijany. Dziś znajdujemy szereg enuncjacji przedstawicieli Kościoła, przypominających o słuszności postulatów uszanowania woli pacjenta. W oficjalnym nauczaniu Kościoła słychać pouczenia, że lekarz powinien przekraczać postawę paternalistyczną oraz inżynierską w stosunku do chorego. W wydanej w 1995 roku przez Stolicę Apostolską Karcie Pracowników Służby Zdrowia czytamy:

„Relacja lekarz – pacjent jest relacją ludzką: dialogiczną, a nie przedmiotową. Pacjent nie jest anonimowym indywiduum, wobec którego stosuje się zdobycze medycyny, lecz odpowiednią osobą, wezwaną do współuczestnictwa w poprawie stanu własnego zdrowia i wyleczenia z choroby. Winien mieć możliwość osobistego wyboru, a nie być jedynie zdany na decyzje i wybory innych osób”.

POSIEDZENIA * TOWARZYSTWA * ZEBRANIA

**Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej
Oddział Gdański**

zaprasza na posiedzenie naukowo-szkoleniowe, które odbędzie się dnia 2 marca o godz. 10.00 w sali wykładowej Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego ul. Smoluchowskiego 18.

W programie:

1. Zebranie sprawozdawczo-wyborcze Oddziału – wybór władz Oddziału i delegatów na Walny Zjazd w Poznaniu
2. *Praktyczne wykorzystanie systemów kontroli w laboratorium* – mgr B. Kortas, Zakład Analityki Klinicznej AMG.

**Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy
Chorób Zakaźnych Oddział Gdański**

informuje, że posiedzenie naukowo-szkoleniowe odbędzie się w dniu 7 marca o godz. 11.00 w sali wykładowej im. W. Bin-cera Kliniki Chorób Zakaźnych AMG, ul. Smoluchowskiego 18.

W programie:

1. *Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego w ropnym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych* – kol. I. Bonin, E. Michalska
2. *Etiologia ropnych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych w materiale Kliniki Chorób Zakaźnych AMG* – kol. H. Trocha, T. Smiatacz, M. Kowalik, M. Hlebowicz, L. Weyna
3. *Ocena zaburzeń krzepnięcia w ropnym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych* – kol. M. Kowalik
4. *Ropne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane przez Streptococcus suis* – kol. M. Hlebowicz, M. Dubicka.

**Polskie Towarzystwo Alergologiczne
Oddział Gdański**

zaprasza do wzięcia udziału w sympozjum naukowym w dniu 9 marca o godz. 11.15 w sali wykładowej im. Rydygiera, ul. Dębinki 7. W programie:

1. *Astma trudna oporna na leczenie* – prof. M. Szmidi, Klinika Ftyzjopneumonologii AM w Łodzi
2. Prezentacja leków Astra Zeneca – sponsora spotkania oraz poczęstunku.

**Polskie Towarzystwo Dermatologiczne
Oddział Morski**

informuje, że posiedzenie naukowo-szkoleniowe odbędzie się dnia 14 marca o godz. 12.00 w sali im. Reichera. W programie:

1. *Rzadkie odmiany pęcherzyc* – dr med. M. Sztaba-Kania
2. *Leki kortykosteroidowe w leczeniu dermatoz zapalnych* – dr med. A. Wilkowska.

**Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne
Oddział Gdański**

zaprasza członków i sympatyków na zebranie naukowo-szkoleniowe w dniu 15 marca o godz. 12.15 do sali wykładowej nr 2 Wydziału Farmaceutycznego AMG, Al. Gen. J. Hallera 107, na którym prof. R. Piękoś, kierownik Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej AMG, wygłosi referat *Jod – jodyna – jodofory*.

**Zarządy Oddziałów Gdańskich Polskiego
Towarzystwa Lekarskiego
i Polskiego Towarzystwa Onkologicznego**

zawiadamiają, że zebranie naukowo-szkoleniowe nt. „Problemy onkologii” odbędzie się w sali im. L. Rydygiera dnia 16 marca o godz. 12.00. W programie *Nowe aspekty w leczeniu raka sutka* – kol. J. Jaśkiewicz, kol. A. Renkielska.

**Sekcja Aptek Szpitalnych Oddziału Gdańskiego
Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego**

zaprasza członków i sympatyków na zebranie naukowo-szkoleniowe w dniu 20 marca o godz. 13 do sali wykładowej nr 2 Wydziału Farmaceutycznego AMG, Al. Gen. J. Hallera 107, na którym mgr farm. E. Dąbrowska, asystent Katedry i Zakładu Farmacji Stosowanej AMG, wygłosi referat *Przygotowanie roztworów cytostatyków w aptece szpitalnej*.

**Polskie Towarzystwo Pediatryczne
Oddział Gdański**

informuje, że posiedzenie naukowo-szkoleniowe odbędzie się w dniu 20 marca o godz. 11.15 w sali wykładowej Wojewódzkiego Szpitala im. M. Kopernika, ul. Nowe Ogrody 1/6.

W programie:

1. *Bóle serca u dzieci i nagła śmierć sercowa* – dr J. Aleszewicz-Baranowska, dr J. Ulewicz-Filipowicz, dr R. Owczuk, Klinika Kardiologii Dziecięcej i Klinika Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii
2. *Kardiologiczne przyczyny omdleń* – dr M. Tomaszewski, Klinika Kardiologii Dziecięcej.

**Polskie Towarzystwo Ginekologiczne
Oddział Gdański**

zawiadamia, że dnia 23 marca o godz. 10.00 w Instytucie Położnictwa i Chorób Kobiety AMG, ul. Kliniczna 1a odbędzie się posiedzenie szkoleniowo-naukowe. W programie:

1. *Poród miednicowy jako problem położniczy w aspekcie drogi porodu w wieloczynnikowej analizie jego bliskich i odległych wyników* – dr med. K. Preis, II Klinika Położnictwa i Ginekologii AMG
2. *Znaczenie badań ultrasonograficznych i testów biochemicznych (testu potrójnego) w wykrywaniu wad wrodzonych płodu u pacjentek wysokiego i niskiego ryzyka* – lek. M. Świątkowska-Freund, II Klinika Położnictwa i Ginekologii AMG.

**Gdańska Okręgowa Izba Aptekarska oraz
Stowarzyszenie Farmaceutów Katolickich Polski**

zapraszają na wykład *Postępy w leczeniu nerkozastępczym*, który wygłosi dr med. M. Renke z Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych AMG.

Wykład odbędzie się w dniu 31 marca o godz. 9.00 w sali wykładowej nr 2 Wydziału Farmaceutycznego AMG, Al. Gen. Hallera 107.

NOWY PROFESOR TYTULARNY

**PROF. ZBIGNIEW
NOWICKI****KIEROWNIK****ZAKŁADU PSYCHIATRII BIOLOGICZNEJ****KATEDRY CHOROÓB PSYCHICZNYCH**

Zadanie, przed którym stawia Redakcja *Gazety AMG* autorów niniejszego cyklu, nie należy do łatwych, ponieważ z jednej strony trzeba uzasadnić otrzymanie tytułu naukowego, z drugiej zaś należy zachować konieczny umiar, by ustrzec się przed wywołaniem u Czytelników wrażenia o braku skromności autora.

Przy okazji pisania tego tekstu zrodziły się refleksje, dla których nie było atmosfery w trakcie przygotowywania „papierków” dokumentujących przebieg dotychczasowej drogi życiowej.

Z pełnym przekonaniem mogę stwierdzić, że rzadko dzieje się tak, by sukces nie był wynikiem splotu różnych okoliczności, które najkrócej można określić jako szczęście. Zwykle termin ten odnosimy do pojedynczych faktów naszego życia, nie zaś procesu, jakim jest wieloletni okres pracy zawodowej. W tym drugim przypadku konieczne wydaje się być ich uzupełnienie o życzliwość otoczenia, tolerancję, zrozumienie itp.

W moim przypadku wszystkie te okoliczności towarzyszyły mi i nadal są obecne w moim życiu.

Urodziłem się przed 63 laty w dzisiejszej dzielnicy Bydgoszczy – Fordonie, obciążony dziedzicznie po trochu „przekleństwem”: „obyś cudze dzieci uczył” oraz w znacznie mniejszym stopniu – medycyną. W przepisany terminie, jednakże bez nadzwyczajnych sukcesów, ukończyłem Liceum im. M. Kopernika w Bydgoszczy. Zaraz też dostałem się na studia w naszej Akademii Medycznej. I w tym czasie, bodaj pierwszy raz w sposób świadomy, doświadczyłem szczęścia, bo tylko prymusi i szczęściarze przekraczali – i wtedy, progi uczelni medycznych. Ze skrucą stwierdzić muszę, że obok studiów zajmowały mnie różne rzeczy, w tym sport i działalność społeczna w Zrzeszeniu Studentów Polskich. Z perspektywy czasu uznaję je za ważne, z uwagi na doświadczenia, jakie z tej działalności wyniosłem, a które zaowocowały w późniejszym okresie mojego życia.

Pracę zawodową rozpocząłem bezpośrednio po ukończeniu stażu podyplomowego

poprzez powołanie do odbycia okresowej służby wojskowej w latach 1965–1967. Z faktu, że służbę tę odbywałem w Gdańsku, a ponadto pod zwierzchnictwem światłego dowódcy, z którego inicjatywy rozpocząłem specjalizację z psychiatrii wynika, że dobry duch i wówczas towarzyszył moim poczynaniom.

Na pewno wielkim szczęściem dla mnie było zetknięcie się z psychiatrią w Klinice Chorób Psychiczych naszej Uczelni, kierowanej wówczas przez wspaniałego naukowca i klinicystę prof. Tadeusza Bilikiewicza. Dzięki wybitnym zaletom umysłu i walorom swojej osobowości, prof. T. Bilikiewicz zaszczeplił w swoich uczniach zaciekawienie tą dyscypliną jako nauką i ważną dziedziną medycyny klinicznej. Jestem bodaj jedenastym z uczniów Profesora, którzy osiągnęli wyżyny w tej dyscyplinie medycyny. Z wielu prawd, jakie wynieśliśmy z obcowania z Profesorem, jedną pozwalam sobie przytoczyć ze względu na jej aktualność w odniesieniu do pisanego tekstu: „Człowiek – mawiał Profesor – składa się w 50% ze skromności i w 50% z pychy”.

Moim kolejnym nauczycielem, który przejął klinikę po prof. T. Bilikiewiczu był prof. Paweł Gałuszko, który pokierował moim dalszym „dojrzałym” już życiem zawodowym. Pod Jego kierunkiem obroniłem – w roku 1974 – pracę doktorską „Znaczenie rozszerzonych jam przegrody przeżroczystej w psychopatologii”.

W 1977 roku prof. Gałuszko ze zrozumieniem odniósł się do inicjatywy ówczesnych władz naszej Uczelni wyrażając zgodę na oddelegowanie mnie do pracy w administracji Uczelni. Od jesieni tego roku przez okres 8 lat pełniłem funkcję dyrektora administracyjnego Akademii. Nie oznaczało to jednak zerwania łączności z macierzystą kliniką, w

której nadal aktywnie uczestniczyłem w procesie dydaktycznym, kontynuowałem pracę naukową i pełniłem dyżury.

Byłbym niewdzięcznikiem, gdybym w kategoriach życzliwości i zaufania dla mnie i moich poczyniń na stanowisku dyrektora administracyjnego nie określił stosunku Ich Magnificencji Rektorów, z którymi dane mi było w okresie tym współpracować. A był to okres trudny, głównie ze względu na spolaryzowanie – w pewnym okresie – „ośrodków władzy” w Uczelni. W jednym z listów gratulacyjnych znalazłem sformułowanie – „za pracę w administracji tytułów nie dają, a jednak o wysiłku tym warto pamiętać”.

Wracając do pracy naukowej, mimo formalnego pozostawania poza kliniką, już w tamtych latach skryształizowały się moje zainteresowania problematyką snu. Z tego zakresu pochodzi wiele prac, których uwieńczeniem była praca habilitacyjna „Przydatność kliniczna badań poligraficznych snu w endogennych zespołach depresyjnych” (1990). Przywołując owe 50% pychy pragnę dodać, że praca została nagrodzona przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej i jest, zdaniem recenzentów, jak dotąd, jedyną pracą tej rangi w kraju, poświęconą problematyce snu.

Zagadnieniem związanym ze snem pozostaję wierny także na niwie organizacyjnej będąc członkiem założycielem Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem (1992), przez szereg lat jego wiceprzewodniczącym, a ostatnio przewodniczącym. Niezależnie od tej funkcji mam zaszczyt być redaktorem naczelnym czasopisma *SEN*, nowości na rynku wydawniczym, którego pierwszy numer ukaże się w bieżącym roku.

Szczegółowej oceny mojego dorobku naukowego i osiągnięć w działalności dydaktycznej i organizacyjnej dokonały odpowiednie gremia w oparciu o opinie recenzentów, stąd pozwolę sobie jedynie na ogólną ich charakterystykę.

Moje zainteresowania naukowe koncentrują się na problematyce związanej z biologicznymi metodami leczenia i diagnostyką chorób psychicznych oraz na zagadnieniach związanych z przebiegiem snu w kontekście racjonalizacji terapii depresji i objektywizowania kryteriów diagnostycznych, głównie przy wykorzystaniu polisomnografii.

Zagadnieniom terapii zaburzeń psychicznych poświęciłem 45 prac. Na wczesny okres pracy naukowej przypada 29 publikacji na temat skuteczności terapii w oparciu o kryteria kliniczne. Późniejsze i aktualnie publikowane prace – 16 pozycji – dotyczą także innych aspektów związanych z terapią, m.in. badań

Z ukosa...

Ze zdumieniem dowiedziałem się z prasy, że nauczyciel i lekarz nie jest pracownikiem publicznym i to niezależnie od tego, gdzie jest zatrudniony. Nie żeby mnie to dotknęło ambicjonalnie. Choć może? Pracownik publiczny, to trochę jakby zahacza o maksymę *pro publico bono*... A nie da się zaprzeczyć, że to w naszym zawodzie rozpoczęcie działalności (niektórzy mówią, zwłaszcza gdy chodzi o płace – sprawowanie powołania) uwarunkowane jest złożeniem przysięgi. Składają się na nią same wzniosłe określenia, jakby właśnie z uwagi na dobro publiczne. Wzorują się na przysiędze Hipokratesa przeróżne profesje, wprowadzając różnorakie ślubowania i pasowania: a to na górnika, a to na czeladnika piekarskiego, aż po ślubowanie urzędnika państwowego i nauczyciela właśnie. A jednak okazuje się, że z punktu widzenia naszego prawa istnieje między tymi dwoma ostatnio wymienionymi profesjami zasadnicza różnica. Otóż urzędnik jest funkcjonariuszem publicznym, a nauczyciel (także akademicki) – nie. Żeby było weselej – dotyczy to także lekarza. Ma to swoją drugą (dla niektórych dobrą) stronę. Jaką? Wszystko zaczęło się od potwierdzonego faktu przyjęcia łapówki przez nauczyciela za promocję do następnej klasy, czy za lepszą ocenę – wszystko jedno. Okazało się, w postępowaniu sądowym (*sic!*), że nie ma na niego paragrafu, ponieważ... nie jest funkcjonariuszem publicznym, a tylko taki za podobny podły czyn podpada pod znany paragraf. Przy okazji wyszło na jaw, że to samo dotyczy lekarzy. Nadejdzie więc czas rehabilitacji i odszkodowań, jako że w niedalekiej przeszłości (jak zakodowała moja dobra i nie krótka pamięć) skazywano prawomocnym wyrokiem lekarza za przyjęcie butelki koniaku i ówczesnych 100 tys. zł (obecnie 10 zł). Oto jak wyglądał okres błędów i wypaczeń! Okazuje się bowiem, że wbrew mediom, piętnującym pazerność lekarzy, którzy za „usługę”, opłaconą już przez PUBLICZNĄ placówkę ochrony zdrowia, mogą sobie bezkarnie pobierać dodatkowe „honorarium” (nazywane wulgarnie przez te media „łapówką”) i może im za to Temida *nakukać* (jak mówi Wojciech Mann). Nic to, że w publicznym szpitalu, pu-

blicznymi narzędziami i lekami, przy wykorzystaniu personelu opłacanego przez publiczną placówkę – hulaj dusza! Leci kasa... i to – nie opodatkowana. A że są tacy, którzy tego nie uprawiają? No cóż – śmierć frajerom! Odium i tak spada na cały lekarski stan. To tylko biedne pielęgniarki, wegetujące często na granicy ubóstwa poseł J.M. Rokita może piętnować za „łapówki”, jak nazywa dodatkowe (wprawdzie nieformalne) wynagrodzenie pobierane za harówkę w postaci prywatnego dyżuru przy ciężko chorym, kosztem własnego wolnego czasu. Nie wiem, czy Pan Poseł tak zupełnie bezinteresownie odsiaduje swoje długie, nocne „awuesowskie” rozmowy... (o parytetach... hi, hi, hi).

Nie pierwsza to wykazana niedoskonałość naszego prawa. *Dura lex sed lex* – mawiali starożytni Rzymianie, co w opisanej sytuacji należy tłumaczyć: *durne prawo, ale prawo*.

B.I.L.

W prostych słowach

Temida z papier-mâché

W styczniu miały miejsce dwa zdarzenia świadczące dobitnie o tym, że „decydenci” próbują winą za problemy wynikające z przekształceń w systemie opieki zdrowotnej obarczyć lekarzy, wykorzystując w tym celu mass media. Inna sprawa, że dziennikarze chętnie drapują się w togi sędziowskie, chcąc koniecznie udowodnić, że są czwartą władzą. Oba wydarzenia wiążą się z problemem medycyny ratunkowej.

W pierwszym z nich karetka reanimacyjna miotła się „po mieście” nie mogąc znaleźć miejsca dla ofiary wypadku, w drugim – lekarz pogotowia „napuścił” prasę na koleżankę (!??) z Izby Przyjęć, która niemożność przyjęcia pacjenta na oddział tłumaczyła strajkiem pielęgniarek. W obu przypadkach sprawa zakończyła się szybkim ukaraniem „winnych” – w pierwszym dyrektorów dwóch szpitali, w drugim – wspomnianej le-



nad nową formą terapii solami litu, monitorowania leczenia poziomem śródka przeciwdepresyjnego w surowicy krwi; 11 z nich poświęcono poszukiwaniu czynników predykcyjnych w oparciu o nowoczesne metody badawcze (analiza widma mocy sygnału EEG, polisomnografia, poziom stężenia hormonu).

Problematyka diagnostyki zaburzeń psychicznych znalazła odzwierciedlenie w 29 publikacjach, z których większość dotyczy oceny objawów psychopatologicznych w zestawieniu z wynikami obiektywnych badań pomocniczych – poligraficznych, obrazowych, laboratoryjnych.

Pozostały dorobek obejmujący 10 pozycji dotyczy różnych zagadnień z zakresu psychiatrii, w tym współredakcję publikacji o charakterze podręcznika „Zaburzenia snu”.

Połączony w okresie studiów bakcyl spolecznikowski sprawia, że nie stroniłem od tej działalności w okresie pracy zawodowej. Przez wiele lat pełniłem funkcję sekretarza, a następnie prezesa Oddziału Polskiego Towarzystwa Psy-

chiatrycznego. Równie długi okres pełniłem funkcję rzecznika odpowiedzialności zawodowej przy Okręgowej Komisji Kontroli Zawodowej. Byłem konsultantem wojewódzkim w b. województwie elbląskim, aktualnie funkcję tę sprawuję w województwie warmińsko-mazurskim.

Szczególnie cenię sobie zaszczyt, jaki spotkał mnie w 1993 r. kiedy to ze wskazania prof. Zdzisława Wajdy, rektora, powierzono mi sprawowanie funkcji prorektora ds. klinicznych. Byłem też pełnomocnikiem Jego Magnificencji ds. organizacji studiów pielęgniarskich. W osobie Pana Rektora Wajdy znalazłem potwierdzenie mojej tezy o tolerancji i życzliwości, jakie mi towarzyszą. Bowiem pod koniec kadencji władz Uczelni w 1996 r. znalazłem zrozumienie dla moich ambicji naukowych i zgodę na pominięcie mojej kandydatury w kolejnych wyborach władz. Sądzę, że bez tego nie pisałbym niniejszego tekstu.

W łańcuchu pomyślnych zbiegów okoliczności w moim życiu istotnym ogniwem było i jest współdziałanie w ramach

Katedry Chorób Psychiczych z moimi zwierzchnikami i zarazem starszymi kolegami – prof. Adamem Bilikiewiczem i prof. Stefanem Smoczyńskim, którzy mieli mnie w opiece i doprowadzili do „zwycięskiego końca”.

Na osobną choćby wzmiankę zasługuje atmosfera naszego domu, która szczególnie zapanowała w nim od zawsze, a którą w dużej mierze zawdzięczam żonie Jadwidze (profesorowi naszej Uczelni). Nie dość, że dzięki preferowaniu naszych spraw zawodowych w hierarchii obowiązków osiągnęliśmy wiele, to jeszcze z nieskrywaną dumą mówimy o naszych córkach, które z powodzeniem kontynuują tradycje rodzinne (starsza jest lekarzem-okulistą, młodsza – psychologiem-nauczycielem akademickim).

Kończąc nieco przydługi artykuł nie mogę nie przestrzec młodszych Czytelników przed oczekiwaniem na „szczęśliwe sploty okoliczności”, bowiem każdemu szczęściu trzeba jednak dopomagać.



Stefan Raszeja

O POTRZEBIE POWOŁANIA ZAKŁADU ETYKI I DEONTOLOGII MEDYCZNEJ

Jaką rolę spełnia deontologia lekarska w życiu zawodowym lekarza? Czy w ogóle jest potrzebna? Jeden ze znawców tematu, Raanan Gillon z *British Medical Journal* utrzymuje, że lekarze raczej niechętnie podejmują zagadnienia dotyczące etyki medycznej. Lekarze dogmatycy są głęboko przekonani, że znają właściwe rozwiązania i żadne dodatkowe analizy nie są im potrzebne; z kolei lekarze agnostycy uważają problematykę etyki medycznej za materię zbyt skomplikowaną; wreszcie lekarze sceptycy uznają kwestie moralne za sprawę prywatną i gotowi są uwzględnić wyłącznie sądy własnego sumienia.

Otóż sprowadzanie pojęcia zdrowia i choroby w praktyce medycznej do sfery biologicznej nie uwalnia lekarzy, a także pozostałych pracowników medycznych od zajmowania się innymi stronami życia pacjenta. Już choćby sam fakt, że lekarze dysponują społecznymi środkami finansowymi i na tej podstawie przydzielają poszczególnym chorym odpowiednie świadczenia, wymaga od nich nie tylko wiedzy i doświadczenia, ale również określonych zasad etycznych. Klasycznym przykładem może być ustalanie kryteriów, na podstawie których sporządza się listę oczekujących na przeszczep nerki. Ale analogiczne sytuacje zdarzają się w każdej innej specjalności medycznej.

Tak więc nie powinniśmy mieć wątpliwości, że w procesie kształcenia lekarzy i innych zawodów medycznych niezbędne jest oparcie się na trzech filarach: po pierwsze na wiedzy – ogromnej, specjalistycznej wiedzy, którą studenci, a później młodzi lekarze muszą opanować, po drugie na doświadczeniu, a właściwie na sztuce opanowania umiejętności praktycznych, często manualnych, w celu wytworzenia w pacjencie pożądanego stanu, po trzecie – na głębokiej refleksji etycznej, współmiernej do godności człowieka chorego.

Osobiście uważam, że bardzo pomocnym w budowie tego trzeciego filaru byłby Zakład Etyki i Deontologii Medycznej.

Niestety, jak dotąd, nie udało mi się w pełni przekonać nasze władze o konieczności jego powołania w ramach naszej Uczelni, z rozszerzeniem wykładów i seminariów z deontologii, jak to ma miejsce już w niektórych innych akademiach medycznych.

Z referatu wygłoszonego przez kardiologa Fiorenzo Angeliniego w ramach sesji naukowej zorganizowanej przy współpracy naszej Uczelni w dniu 10.02. br. dowiedzieliśmy się, że m.in. z jego inicjatywy na większości wydziałów medycznych na świecie znalazło się miejsce na katedry „formacji etycznej” przyszłych lekarzy i innych przedstawicieli zawodów me-

dycznych. Identyfikacja apel do naszej Akademii Medycznej przestała swego czasu Najwyższą Izba Lekarska. A przecież celem ogólnym nauczania deontologii podczas studiów medycznych jest takie ukształtowanie postaw wychowanków, by korzystając w pełni z nabytej wiedzy przyrodniczej, nie tracili wrażliwości wobec chorego i cierpienia, i by na każdym kroku w swej działalności szanowali podmiotowość chorego. Tak też rozumiałem swoje zadania 25 lat temu, gdy na prośbę mego wielkiego poprzednika prof. Tadeusza Kielanowskiego podjąłem się kontynuowania jego dzieła, prowadząc wykłady i zapraszając do nich wielu wybitnych klinicystów.

Już ponad 100 lat temu znakomity moralista, lekarz i filozof, Władysław Biegański, tak mówił do profesorów medycyny:

„Reformujcie system nauczania medycyny; nie o wiedzę nam tylko chodzić powinno, lecz i o serce. Rozwijajcie w uczniach współczucie, wszczepiajcie w nich poczucie obowiązku, uczucie, że choroba, to nie tylko mniej lub więcej ciekawy przypadek patologiczny, lecz nieszczęśliwy człowiek, nasz bliźni; nauczajcie przy tym nie słowami lecz własnym przykładem, a sądy honorowe będą zbyteczne”. Słowa te, mimo upływu 100 lat nic nie straciły na aktualności, bo dobrze przygotowane i ze swadą przedstawione wykłady z zakresu etyki lekarskiej mogą oczywiście przybliżyć szereg zagadnień deontologicznych adeptom zawodu lekarskiego; nie mogą jednak zastąpić bezpośredniego oddziaływania własnym postępowaniem kadry nauczającej.

Sądzę, że należałoby dążyć do tego, by omawiana tematyka była na stałe włączana do wykładów i zajęć praktycznych, prowadzonych przez przedstawicieli poszczególnych dyscyplin medycznych, w szczególności klinicznych. Taki postulat zakłada, że wszyscy nauczyciele akademicy posiadają odpowiednią wiedzę z etyki i deontologii i potrafią ją zrealizować w życiu zawodowym. Na ten temat krążą w naszej społeczności różne zdania. Tak więc nie tylko zwiększenie godzin dydaktycznych dla studentów Wydziału Lekarskiego, Studium Doktoranckiego, Oddziału Pielęgniarstwa i Oddziału Stomatologicznego, dla studentów Wydziału Farmaceutycznego, ale również stworzenie ośrodka konsultacyjnego dla samych nauczycieli akademickich czyni niezbędnym powołanie odrębnej jednostki dydaktycznej z tego zakresu. Tylko wówczas zbudujemy trzeci filar, pożądaną w procesie kształcenia lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych.

➡ Cisną mi się na klawiaturę dwa pytania. *Primo*: od kiedy to massmedia pełnią funkcję rzecznika odpowiedzialności zawodowej dla lekarzy? Poza tym, przed wydaniem wyroku przez niezawisły sąd, w tym przypadku – lekarski, w cywilizowanych krajach stosuje się zasadę domniemania niewinności. *Secundo*: czy przypadkiem całe zamieszanie nie jest wywołane brakiem w Polsce sieci oddziałów ratunkowych? Pogotowie Ratunkowe zaczyna pomału funkcjonować tak jak powinno (np. powstały „bazy” karetek reanimacyjnych na trasach wylotowych z Gdańska), wciąż jednak brak w szpitalach oddziałów nastawionych wyłącznie na przypadki „ostre”. Kwestia odpowiedniej ustawy wlece się w Parlamencie od dawna, zaś koledzy rozpoczynający specjalizację z Medycyny Ratunkowej nie mają nawet wyznaczonych opiekunów, bo zakończono szkolenie dopiero około stu lekarzy tej specjalności. Wygląda na to, że władzom państwa nie zależy na szybkim powstaniu struktur odpowiedzialnych za ratowanie życia i zdrowia w nagłych przypadkach. A przecież osiągnięcie pewnych standardów w tej dziedzinie medycyny może być ważne dla ukochanej Unii Europejskiej. „Wessi” nie muszą w Polsce być operowani z powodu przepuklin, ale świadomość, że w razie wypadku drogowego mogą być skazani na wędrowanie od Annasza do Kajfasza lub ponad stukilometrowe „safari” Lublinem II nie będzie dla nich przyjemna. Na pewno więc na rozsądny program dostosowawczy nie zabrakłoby, *excuse le mot*, „kapusty brukselskiej” (przypomnę: straciliśmy sporo unijnych funduszy całkiem niedawno). Proponowałbym zatem dziennikarzom, by nie rzucali się na lekarzy jak ogary (ktoś bowiem steruje ich prosto „w las”), tylko skupili się na rzeczywistych problemach. Ale to wymaga gruntownego poznania tematu, na co, w pogoni za tanią sensacją, brak im nie tylko czasu, lecz zwyczajnie chęci i umiejętności.

Kamil Jankowski



KADRY AMG

Z dniem 1.01.2001 r. powierzono mgr **Annie Natęcz** stanowisko głównego specjalisty kierującego zespołem pracowników Działu Dydaktyki i Spraw Studenckich.

Z dniem 31.01.2001 r. został zwolniony Krzysztof Szymański kierownik Działu ds. Aparatury. Z dniem 1.02.2001 r. mgr **Teresa Golder** zajęła stanowisko p.o. kierownika Działu ds. Aparatury.

Tytuł naukowy profesora otrzymał:

prof. dr hab. n. med. Zbigniew Nowicki

Na stanowisko adiunkta przeszli:

dr med. Jacek Brożek

dr med. Sławomir Burakowski

dr med. Ninela Irga

dr n. med. Katarzyna Turczyńska

Na stanowisko starszego wykładowcy przeszła:

dr med. Bożena Kowalska

Jubileusz długoletniej pracy w AMG obchodzi:

25 lat

mgr Henryka Łapkowska

Na emeryturę przeszły:

dr med. Maria Górską-Dubowik

mgr inż. Irena Janiuk-Szewczyk

Z Uczelni odszedł:

lek. Cezary Warężak

KADRY SPSK NR 1

Jubileusz długoletniej pracy w SPSK nr 1 obchodzą:

40 lat

Eugenia Malinowska

35 lat

Janina Tułodziecka

30 lat

dr med. Arkadiusz Cyran

dr med. Małgorzata Mrugańska-Sabińska

25 lat

Maria Drożdżewska

Barbara Dziekańska

Eugenia Kurylonek

Regina Niklas

Jaromir Nowak

Ewa Puchalska

20 lat

Grażyna Bocian

Celina Matysik

Jerzy Przysłski

Hanna Smoczyńska

dr med. Krystyna Suchecka-Rachoń

Barbara Tarasiewicz

Lucyna Walkusz

Zofia Wieteska



Gdańsk, 15.02.2001

Do Redakcji Gazety AMG

Z wielką uwagą i zacięciem przeczytałam w 2 numerze Gazety AMG z br. tekst pięknego wykładu prof. Olgierda Narkiewicza, wygłoszonego w czasie podniosłej uroczystości wręczenia Panu profesorowi tytułu doktora honoris causa naszej Uczelni.

Był on ilustrowany też szeregiem fotografii, m.in. zdjęciem 6 osób siedzących przy stole. Ponieważ zamieszczone zostały jedynie 3 nazwiska: prof. St. Hillera, prof. M. Reichera i prof. W. Mozołowskiego, zaspakajając ciekawość Czytelników identyfikuję 3 pozostałe osoby: pierwszy z lewej: prof. Brunon Nowakowski, kierownik Zakładu Higieny, drugi z lewej – prof. Sergiusz Schilling-Siengalewicz, kierownik Zakładu Medycyny Sądowej USB i pierwszy z prawej – prof. Emil Leyko, kierownik Zakładu Farmakologii USB.

Łączę serdeczne gratulacje dla prof. O. Narkiewicza i wyrazy szacunku dla Redakcji Gazety AMG.

dr med. Anna Danuta Dybicka
były adiunkt Kliniki Chorób Oczu AMG

Przeczytane... o nudzie

– „Mój niezapomniany profesor dyrygentury Walerian Bierdiajew często mówił – najgorsza w muzyce jest nuda, zresztą nie tylko w muzyce.

Nuda najgorsza jest w życiu. Człowiek młody, silny i zdrowy, który wszedł w nudę, może tylko wielkim trudem uratować swe życie psychiczne i fizyczne.”

Ile naszej młodzieży się nudzi? I co dalej?

Pamiętam jak dziś / Henryk Czyż. – Warszawa: Tryton, 1991.

Opracował prof. Romuald Sztaba



Karnawał Milusińskich

20 stycznia 2001 r. w Domu Technika w Gdańsku odbyła się zabawa karnawałowa dla dzieci pracowników AMG. Zainteresowanie było tak duże, że imprezę podzielono na dwie tury. Na sali roilo się od księżniczek, cygarek, kowboi, biedronek i myszek - nie sposób wymienić wszystkich przebierańców. Bal prowa-



dził zespół „Bajlandia”, który wystąpił z nowym, ciekawszym programem. Dużym powodzeniem cieszył się występ „Wirusa” i „Krasnali”. Wodzirej - Mikołaj potrafił zachęcić do tańca wszystkie dzieci - nawet te, które z uporem trzymały się maminej spódnicy. Nagrodą za dobrą zabawę były wspaniałe paczki. Szkoda, że taki bal zdarza się tylko raz w roku Do zobaczenia za rok.

31.01.2001. SRC

PRZEDPOWIEDNIE

- Przejazd do Karpacza, z p. pod dozwolone dawciarskie „A” na której odbywały się: „MISTRZOSTWA ŚWIATA MUNDIOLÓW NARCIARSTWIE KLASYCZNYM”.
- SKOKI NARCIARSKIE.
- Na żywo - byliśmy świadkami „Narciarzy w powietrzu. Niektórzy z uczestników mogą mogli obserwować i oglądać



Nasze dzieci na zimowisku 27.01-8.02.2001

w Sosnowce Górnej k. Karpacza i na Słowacji, w miejscowości Beluskie Slatiny. Łącznie 65. dzieci jeździło na nartach, zwiedzało okoliczne miejscowości, odbyło całodienne wycieczki do Pragi, Wiednia i Bratysławy.

