

Michael Wilson

ZDROWIE, POSTAWY I WARTOŚCI

MEDYCZYNY MODEL ZDROWIA

Ministerstwa Zdrowia zajmującego się chorobą nie musiał dopiero wymyślać autor ponurych przyszłościowych wizji: ono już istnieje.

Angielskie rozumienie zdrowia opiera się na znajomości chorób. Służba Zdrowia zajmuje się zapobieganiem chorobie, jej stwierdzaniem i leczeniem. Instytucje służby zdrowia — a zwłaszcza szpitale kształcące przyszłych lekarzy — wychodzą z tego samego założenia: zdrowie to wykorzenienie choroby.

Trudno nawet mówić o zdrowiu nie wspominając o chorobie — nasze pojmowanie zdrowia sprowadza się do „niechorowania”. Ten kliniczny model zdrowia decyduje o podejściu do choroby i pragmatycznym pojmowaniu leczenia. Wspaniałe osiągnięcia naszego wieku — jak przeszczepienie serca — i wielkie przedsięwzięcia prowadzące do objęcia całej ziemi siecią szpitali — wypływają z pragnienia pokonania choroby i ulżenia cierpieniom ludzkim. Lecząc jednocześnie rosnące wymagania sprawności technicznej zamieniają zdrowie w wytwarzany mechanicznie produkt. Warto więc podroczyc się nieco, zaatakować, choćby nie całkowicie na serio, owe wierzenia, które decydują o naszym pojmowaniu zdrowia i choroby, a wyrażają się w stylu pracy szpitalnej i całym lecznictwie. Wierzenia mówią czasem bardzo kosztowne konsekwencje.

Twierdzą, że nasz system opieki zdrowotnej cierpi na skutek paradoksalnego założenia, że zdrowie osiąga się przez eliminację choroby. W miarę jak rośnie nasza umiejętność wykrywania defektów ludzkiej biologii

i zachowania organizmu, choroby stają się coraz bardziej skomplikowane. W końcu w ramach medycznego modelu zdrowia nie sposób już znaleźć rozwiązania problemu choroby. System lecznictwa oparty na znajomości choroby nie produkuje zdrowia. Można w nim tylko wykrywać coraz więcej chorób, a nieraz tworzyć potrzeby, które się potem ma zaspokajać.

Szpitale nigdy nie dojdą do stanu zadowalającego zaopatrzenia tak w przyrzady, jak i w personel. Im gorliwiej szukamy chorób, tym więcej ich będziemy znajdować, a w efekcie trzeba będzie jeszcze bardziej rozwijać techniczne zaplecze i coraz dłużej kształcić coraz liczniejszy personel. Biorąc pod uwagę obecne możliwości technologiczne, proces ten nie ma żadnej granicy — chyba że w którymś momencie ludzie dojdą do wniosku, że życie to coś więcej niż utrzymywanie się w stanie wolności od choroby.

Błędne było przypuszczenie Beveridge'a, iż po pewnym okresie nadrabiania dawnych zaniedbań koszt utrzymania brytyjskiej National Health Service będzie się zmniejszać. Wręcz przeciwnie, od roku 1948 koszt ten stale rośnie. Jest to logiczna konsekwencja przyjętej filozofii¹.

SZPITALA

Najnowocześniejszy zespół szpitalny w Birmingham nosi nazwę „Medical Centre”. Warto zbadać założenia leżące u podstaw tworzenia takich ośrodków. Typ szpitala, jaki społeczeństwo buduje, wiernie oddaje dominujące w nim postawy wobec życia, śmierci, choroby, zdrowia. Glina i słoma, beton i szkło swym ukształtowaniem zdradzają, co człowiek myśli o sobie, jak pojmuje życie i śmierć, jak reaguje na chorobę — czy

¹ Donald Macmillan, *The Infinity of Demand w: National Health Service Reorganisation, Issues and Prospects*, wyd. K. Barnard i K. Lee, Nuffield Centre for Health Services, University of Leeds 1974, s. XII.

stara się przede wszystkim zwalczyć chorobę, czy też pierwszą troską jest zapewnienie choremu opieki; czy cierpiącego skazuje się na wygnanie, czy przeciwnie: docieka przyczyn cierpienia i stara się je łagodzić. Budynki szpitalny jest zwierciadłem rozpowszechnionej w społeczeństwie koncepcji człowieka. Przekonania decydują o architekturze.

Szpital jest jedną z instytucji kształtujących przekonania — jest w tym porównywalny ze środkami masowego porozumienia: podobnie jak one narzuca pewne postawy wobec życia i wobec śmierci, wpaja określoną hierarchię wartości. Człowiek musi reagować na przeżycia, także reagować refleksją — dlatego szpital jest wielką areną, na której mężczyźni i kobiety muszą moralnie stawić czoło najcięższym kryzysom ludzkiego życia². Każda choroba uświadamia nam naszą kruchość — życie jest skarbem w glinianym naczyniu. Ludzka reakcja na doświadczenie choroby, śmierci czy uzdrowienia jest czymś ogromnie ważnym. Doświadczenia te są sprawą na pewno istotną (bywa, że łamią nie tylko jednostki, lecz rodziny i narody). Z tej racji uważam, że najważniejszą funkcją społeczną szpitala nie jest ani — tak ważne samo w sobie — wyleczenie, ani opieka, ani badania naukowe, lecz uczenie się: „Podstawowym zadaniem szpitala jest umożliwić pacjentom, ich rodzinom i personelowi wykorzystanie doświadczenia choroby i śmierci, tak by uczyli się budować zdrowe społeczeństwo.”³

IDEOLOGIA SZPITALNA

Czy się z tym zgodzimy, czy nie — procesy uczenia się w szpitalach niewątpliwie stale zachodzą, mają miejsce już teraz. Czemu więc się uczymy?

² T. D. Hunter, *Self-run Hospitals*, „New Society”, wrzesień 1967, s. 356—358.

³ M. Wilson, *The Primary Task of the Hospital*, „The Hospital” vol. 66, październik 1970, s. 346.

Nie jest łatwo poddać świadomej krytycznej refleksji najbardziej podstawowych założeń, na których opiera się pielęgniarstwo i medycyna szpitalna. Założenia te są bardzo mocne, bo wiążą się z akceptowanymi wartościami. Dzięki temu zapewniają ludziom emocjonalną satysfakcję — a także czynią zadość przesądom personelu, pacjentów i ich rodzin. Założenia te z wielką siłą wpajane są każdemu, kto zetknie się z życiem szpitalnym — mogą być niemal nazwane „szpitalną ewangelią”... Oto krótki ich przegląd.

1. „Wyleczenie choroby jest ważniejsze niż troska o ludzi”

W Anglii zasada ta ma doniosłe praktyczne konsekwencje: ostre epizodyczne choroby — zwłaszcza te, które zabijają mężczyzn w średnim wieku — mają wysoki priorytet budżetowy w porównaniu z potrzebami oddziałów zajmujących się przypadkami, w których nadzieja na kliniczne wyleczenie jest niewielka lub w ogóle jej nie ma — jak instytucje zajmujące się opóźnionymi umysłowo, chronicznie chorymi psychicznie, czy szpitale geriatryczne. Tu z reguły brak pieniędzy i brak personelu, prestiż jest niski (stąd, rzecz charakterystyczna, tu właśnie najczęściej zatrudnia się pielęgniarki i lekarzy imigrantów).

2. „Zapewnienie zdrowia jest funkcją ekspertów”

W szpitalu wszystko obraca się wokół poszczególnego pacjenta. Medycyna szpitalna potrafi określić chorobę pacjenta; skupić uwagę badawczą i możliwości terapeutyczne na konkretnym uszkodzeniu systemu. Specjalizacja jest jej siłą i doprowadziła do ważnych odkryć.

Mniej chętnie mówi się o ujemnych skutkach specjalizacji. Jednym z nich jest fakt, że znaczenie słowa „amatorski” stało się pejoratywne. Coraz bardziej liczymy na to, że „eksperci” w dziedzinie zdrowia coś dla nas i za nas zrobią.

Pacjenci z wielu przyczyn przechodzą psychiczną regresję. Może ona być elementem przystosowania do życia po załamaniu. Ale mocna autorytatywna postawa personelu, obok zaufania do tych, którzy wiedzą, co robią, także wywołuje bierność pacjenta. Czasami jest to pożądaný stan rzeczy. Ale w jego efekcie powstaje społeczeństwo, którego członkowie coraz mniej czują się odpowiedzialni za swoje zdrowie i oczekują łatwych technicznych rozwiązań każdego bolesnego problemu. Fachowość i samowystarczalność personelu sprawiają, że członkowie rodziny czują się przy chorym zbędni. Szpital potrafi wyleczyć bez udziału rodziny.

A przecież w rzeczywistości bardzo mało jest pacjentów, w stu procentach skazanych na bierność. Większość mogłaby wziąć na siebie odpowiedzialność za współdziałanie w procesie leczenia. Oddziały, na których zorganizowano terapię grupową (prowadzącą do rozwoju poczucia wspólnoty), dowiodły, że w szpitalu można dać głos pacjentom, że można im dać szansę aktywnego udziału.

Jest to szczególnie ważne, ponieważ entuzjastyczne realizowanie postulatu pracy zespołowej może jeszcze wzmocnić siłę oddziaływania szpitala na pacjenta, który może czuć się wręcz zmiażdżony — jeśli nie jest traktowany jako członek zespołu.

Przykład krajów rozwijających się wskazuje, do czego prowadzi nacisk na lecznictwo szpitalne. Na przykład w Nigerii: „Trzy czwarte ludności żyje na wsi, lecz trzy czwarte środków przeznaczonych na lecznictwo przypada miastom, gdzie mieszka trzy czwarte lekarzy. Trzy czwarte ludzi umiera na choroby, którym można by zapobiec tanim kosztem, lecz trzy czwarte budżetu medycyny idzie na szpitale.”⁴

Nie ma recepty na to, jak być lekarzem, pielęgniarką czy asystentką społeczną. Styl pracy zawodowej musi być dostosowany do potrzeb aktualnych w naszej sy-

⁴ D. Morley, cytowany przez M. Kinga, *Medicine in Red and Blue*, „The Lancet” 1972, vol. 1, nr 7752, s. 679.

tuacji. Dzisiejszy styl uprawiania przez nas medycyny nie odpowiada potrzebom społeczeństwa.

3. „Śmierć jest najgorszą rzeczą, jaka może człowieka spotkać”

Jesteśmy przesyleni bojaźnią śmierci. Praktykowanie medycyny i pielęgniarstwo, znajduje się pod wpływem tego lęku i społecznych oczekiwań — ochrony przed śmiercią. Odkładamy myślenie o śmierci na koniec życia, ponieważ nie widzimy w niej nic ludzkiego. Personel szpitalny przyjmuje to społeczne tabu i przeżywa każdą śmierć jako niepowodzenie. Stąd fałszywe oczekiwanie pacjentów i bezsensowne kliniczne wysiłki reanimacji także w wypadkach, gdy nie ma ona ani szans, ani sensu. Nie chce się uznać Śmierci, tego wielkiego, nieusuwalnego i nieuleczalnego faktu. A zarazem wierzy się w jej panowanie nad życiem. Sartre żywo ukazuje, jakie to przynosi skutki: życie traci sens. Medycyna partycypuje w bezsensie; sposób bycia lekarza jest przecież kształtowany przez kulturę społeczeństwa. A przecież samo przedłużenie życia jeszcze nie jest dobrem — to tylko możliwość dobra lub zła. Człowieczeństwo to coś więcej niż dobre samopoczucie. Nie jest winą lekarza, jeśli jego umiejętność przedłużania biologicznego życia w gruncie rzeczy wyostreza i komplikuje problem jakości życia, jeśli ocaleni przez niego ludzie żyją w nędzy, pozbawieni poczucia godności. Ale czasem można dojść do wniosku, że może lepiej umrzeć młodo, w pełni życia, niż dożyć starości, jeśli ma to być starość martwa.

Ponad sto lat temu Darwin wykazał znaczenie biologicznej śmierci w ewolucji gatunków. Teilhard de Chardin nazywa śmierć „wielką dźwignią życia”. Nie powinniśmy bać się końca życia, lecz raczej zamierania jakości naszego życia, które może mieć miejsce właśnie w tej chwili.

Czy to nie dziwne, że ludzie mogą umierać wcześniej, niż umierają ich ciała,

że w oczach kobiet blednie dusza —
dokąd oni odchodzą?
Dziwne, lecz tak rzeczy się mają⁵.

Patrząc w kategoriach społecznych — społeczeństwo „zabija” (czyli traktuje w sposób oznaczający śmierć) tych, którym odmawia aprobaty, których się boi, w których widzi zagrożenie. W ten sposób społeczeństwo wyklucza z siebie (czyli zabija, nieraz dosłownie) przez swoją postawę, przez dyskryminację czy przez zamknięcie (a nawet egzekucję) ludzi niepożądanych — złych, szalonych, a także Murzyna, wdowę, trędowatego, człowieka z marginesu, niedorozwiniętego umysłowo, buntownika, umierającego i nędzarza. Medycyna zaś przykładą rękę do kształtowania — lepiej lub gorzej — postaw społecznych wobec chorych i wobec odbiegających od „normy”, a także wobec śmierci.

Przedstawiliśmy trzy spośród założeń leżących u podstaw naszych stylów zawodowych w zakresie służby zdrowia, stylów właściwych zachodniemu światu. Nie poddajemy tych idei świadomej refleksji i krytyce, dlatego z tak wielką siłą są one wpajane wszystkim wkraczającym w szpitalne życie, a poprzez nich — całemu społeczeństwu.

Nazwaliśmy szpital areną szkoleniową. Opisałiśmy kilka spośród udzielanych lekcji, a przede wszystkim dominujące przeświadczenie, że zdrowie osiąga się przez wykluczenie choroby. To jest nieprawda. Ale trudno spojrzeć na sytuację innymi oczyma. Nasze postrzeganie, język, instytucje i typy opieki zdrowotnej są ukształtowane zgodnie z klinicznym modelem zdrowia. Musimy więc zapytać od nowa: co to jest zdrowie?

Jak pojmować będziemy chorobę, jeśli za punkt wyj.

⁵ Walter James, *Reflection*, Oxford Book of Modern Verse, wyd. W. B. Yeats, 1936, nr 269.

ścia weźmiemy rozumienie zdrowia, zamiast — jak dotychczas — budować wiedzę o zdrowiu w oparciu o rozumienie choroby? Jakie praktyczne wnioski przyniesie to w zakresie praktyki szpitalnej, do czego zmusi ta głęboka rewolucja pojęć — będąca prawdziwym intelektualnym nawróceniem?

ZDROWIE

W różnych epokach i w różnych kulturach ludzie pojmowali zdrowie rozmaicie. Zawsze jednak słowo to oznaczało drogę, perspektywę tego, co by można nazwać „dobrym życiem”.

„Koncepcja zdrowia u Indian Nawajo jest bardzo różna od naszej. Dla nich zdrowie oznacza poprawne stosunki pomiędzy człowiekiem i jego środowiskiem — środowiskiem nadprzyrodzonym, światem wokoło i innymi ludźmi. Zdrowie kojarzy się z dobrem, błogosławieństwem i pięknem — wszystkim, co pozytywnie ceni się w życiu... W odróżnieniu od nas Nawajo nie czyni rozróżnienia pomiędzy religią a medycyną, dla niego to dwa aspekty tej samej rzeczy.”⁶

Żydowska koncepcja szalom (dosłownie „pokój”) jest bardzo podobna: „Nie można zobiektywizować i określić, czym jest szalom. Nie można doznawać szalomu w odosobnieniu. To jest wydarzenie społeczne, osiągnięcie pewnego stanu międzyludzkich stosunków. Trzeba znajdować i wypracowywać szalom w konkretnych sytuacjach.”⁷

Zdrowie jest pojęciem zrelatywizowanym do kultury określonego narodu. Nie można podać absolutnej definicji zdrowia, lecz można rozpoznawać i opisywać jego ideę obserwując, jak różni ludzie dążą do jej realizacji.

Inne pojęcie zdrowia ma praktyczne zastosowanie

⁶ Margaret Mead, *Culture, Health and Disease*, Tavistock 1966, s. 25.

⁷ G. Davies, *Worship and Mission* (SCM), 1966, s. 130.

w wojsku. Jeśli w jakiejś jednostce wzrasta ilość chorych, dowódca zaniepokoi się o jej morale i sięgnie po środki zmierzające do jego podźwignięcia. Zainteresuje się wtedy nie tylko warunkami pełnienia służby, lecz także zrewiduje jej funkcje i zatroszczy się o to, by te zadania były rozumiane. Praca nad podniesieniem morale jest wynikiem innej koncepcji choroby niż ta, jaką przyjmuje służba zdrowia. Reakcja jest inna — widząc wzrost nasilenia chorób, służba zdrowia starałaby się zwiększyć ilość łóżek szpitalnych i personelu. Prace Revansa wykazały, że różny wskaźnik zachorowań wśród pielęgniarek różnych szpitali jest skorelowany z poziomem morale charakteryzującym daną instytucję⁸. Ten sam autor studiował problem morale w związku z wypadkami w kopalniach.

Na przestrzeni ostatnich dwudziestu pięciu lat medycyna społeczna wywarła głęboki wpływ na nasze myślenie o zdrowiu, dowodząc, że zdrowie nie tylko ma aspekt społeczny, lecz poprzez swój związek z gospodarką wodną, żywieniem i przymusowymi szczepieniami — posiada także aspekt polityczny. Ustalenie priorytetów zakłada wybór polityczny: polityczny, ponieważ zdrowie dotyczy jakości naszego wspólnego życia, życia rodziny, miasta, narodu, wspólnoty międzynarodowej; wybór — ponieważ środki są ograniczone.

W podobny sposób psychiatrzy wprowadzili nowy zespół kryteriów, pozwalających oceniać indywidualny i społeczny dobrobyt. Oceniając zdrowie społeczeństwa, musimy brać pod uwagę czynniki osobowe — jak akceptacja, uprzedzenia, przesady, zdolność przystosowania się do zmian społecznych, stosunek do starości i śmierci, trwałość małżeństwa i życia rodzin-

⁸ J. Revans 1) *Standards for Morale* (OUP) 1964; 2) *Management, Morale and Productivity* w: „Proceedings of the National Industrial Safety Conference”, (ROSPA: London) 1963, s. 84.

nego. W tych kryteriach zawierają się pewne założenia etyczne.

Zdrowie jest więc czymś sytuacyjnym, wiąże się z tym, co dany naród uważa za pełnię życia. Dążąc do zdrowia, ludzie muszą wybierać, ponieważ zasoby świata są ograniczone. Zdrowie jest więc sztuką etyczno-polityczną.

Badając kwestię niezadowolenia z pracy w przemyśle, Herzberg wyróżnił dwa zespoły czynników (nie oddzielając ich zresztą od siebie)⁹. Niezadowolenie z pracy wiąże się z jej warunkami — zarobkami, stołówką, rozkładem godzin pracy itd. Chodzi tu o zaspokojenie podstawowych biologicznych potrzeb robotnika. Herzberg nazwał je czynnikami adamowymi. Z drugiej strony zadowolenie z pracy wiązało się z osobnym zbiorem czynników trudniejszych do uchwycenia: wiązały się one z naturą samej pracy, uczestnictwem w decydowaniu, z kwestią efektywności pracy, szansami na przyszłość, typem kierownictwa. Te czynniki autor nazwał abrahamowymi (ponieważ Abraham był osobą o wiele bardziej przedsiębiorczą i ludzką). Nie wiążą się one z potrzebami człowieka jako stworzenia, lecz z jego istotą i celem.

Cały szereg czynników tak adamowych, jak abrahamowych ma związek ze zdrowiem.

Są więc adamowe wymagania natury higienicznej — pożywienie, woda, dach nad głową, okrycie; tu jest też miejsce na wolność od choroby. W tym szerszym kontekście społecznym potrzeby lecznictwa konkurują z pracą nad zaspokojeniem innych podstawowych potrzeb biologicznych: a więc z troską o zasoby wodne, rolnictwo, budownictwo mieszkalne, odnowę środowiska, transport i oświatę. Wszystko to składa się na satysfakcję biologiczną. Lecz obfitość we wszystkich tych dziedzinach jeszcze nie gwarantuje ani zdrowia, ani wysokiego morale.

⁹ F. Herzberg, *Work and the Nature of Man*, 1968, Staples Press.

Człowiek nie może żyć samym chlebem. Są także ludzkie potrzeby abrahamowe, związane z pragnieniem harmonii w stosunkach z bliźnimi, odpowiedzialności i godności własnej, sensowności działań, porozumienia i ofiarności.

W Anglii potrzeby adamowe są zaspokajane z nawiązką, a jednak mówi się o chorym społeczeństwie. Wieś afrykańska cierpi na skutek chorób pasożytniczych i innych, a także braku wszelkiej higieny, ale mieszkańcy wyróżniają się dwoma cechami: hojnością wobec gości, dzieleniem się tym, co mają (choć jest tego tak niewiele), umiejętnością świętowania i tańca. To właśnie mogą być kryteria zdrowia społeczności. Pobudzają one do pytania: jaki stopień podstawowej higieny trzeba osiągnąć, by zapanowało zdrowie? Formułuję to pytanie, bo ze zdrowiem jest podobnie jak z opowiadaniem dowcipu: nie wiadomo, czy ludzie będą się śmiać. Można w pełni zaspokoić potrzeby higieniczne, ale to jeszcze nie znaczy, że ludzie będą zdrowi. Zdrowie przychodzi jako niespodzianka, dar, a nie jako wynik naszej zapobiegliwości.

CHOROBA

Co możemy teraz powiedzieć o chorobie w świetle tego, co stwierdziliśmy na temat zdrowia?

Wszyscy wiedzą, że wiele chorób powstaje na skutek zakłóceń w stosunkach rodzinnych. Niektóre szpitale przyjmują nieraz całe rodziny lub delegują fachowca dla dokonania wglądu w sytuację rodzącą zaburzenia, co zresztą jest lepszym rozwiązaniem. Choroba może także być sygnałem szerszych napięć społecznych. W szpitalu afrykańskim, gdzie pracowałem, trzy schorzenia były najpospolitsze: niedożywienie, zakażenie weneryczne i gruźlica. Pacjentami byli robotnicy z terytoriów północnych, którzy przebyli ponad tysiąc kilometrów w poszukiwaniu pracy. Byli wyzyskiwani

jako prowizoryczna siła robocza, a ich choroby były symptomami nędzy, zatłoczenia i oderwania od rodziny.

Także choroby stressowe mogą być interpretowane raczej w kategoriach społecznych niż indywidualnych, jako sygnały chorobliwego stylu życia. Wszyscy mamy udział w tym cierpieniu, choć tylko niektórzy dźwigają jego ciężar.¹⁰

Samobójstwa, wypadki, otyłość, palenie — wszystko to czynniki wpływające na zły stan zdrowia narodu. Jest w nich element osobistej odpowiedzialności i mogą być uważane poniekąd za wskaźniki moralne.

Można by dowieść, że gdy mówimy o chorobie, opisujemy w istocie pewien kompleks ludzkich reakcji na sytuację, w których patologia somatyczna jest tylko jednym z elementów. Badania przeglądowe wykazują, że wielu spośród ludzi, którzy funkcjonalnie czują się dobrze, w istocie uległo takim samym somatycznym zmianom patologicznym, jak chorzy w szpitalu. Równie ważne są przyczyny, dla których ludzie chorują właśnie wtedy, a nie kiedy indziej. Zola opisał liczne indywidualne, społeczne i rasowe różnice w reakcji na pewne objawy¹¹. Lekarz zajmuje się wyłącznie leczeniem zmian patologicznych, nie wchodząc w to, dlaczego pacjent teraz właśnie poczuł się chory; na skutek tego rośnie prawdopodobieństwo, że ów pacjent w pewnym momencie przerwie leczenie i uzdrowiciel straci szansę rozwinięcia swej sztuki.

W takim podejściu do choroby ujawnia się odrzucenie stanu choroby, odmowa przyjęcia bolesnych doświadczeń i cierpienia, w których widzi się zjawiska wewnętrznie złe.

McMurray pisał: „Nie można rozwijać zdolności wi-

¹⁰ G. Bally, *Comments on an Address „Illness and Health in the Community of Mankind”*, „Study Encounter”, „World Council of Churches”, 1966, vol. II, s. 152.

¹¹ I. K. Zola, *Pathways to the Doctor — from Person to Patient*, „Social Science and Medicine”, I, 1973, s. 677—689.

dzenia piękna nie rozwijając zarazem zdolności widzenia brzydoty; chodzi przecież o jedną i tę samą zdolność. Zdolność odczuwania radości jest też zdolnością doświadczenia bólu. Bardzo szybko przekonujemy się, że każdy wzrost naszej wrażliwości na to, co w świecie miłe, powiększa także prawdopodobieństwo cierpienia. Życie stawia nas tu wobec dylematu.”¹²

Nie wzywam tu do rezygnacji w obliczu choroby: byłoby to zdradą wobec ludzkości i jej dążeń. Upominam się natomiast o rozróżnienie pomiędzy niszczącym a twórczym cierpieniem, o głębszą diagnozę roli cierpienia i bólu w dorastaniu do bycia bardziej ludzkim. Zdrowie pozytywnie mieści w sobie cierpienie jako sposób twórczego przetworzenia wrogich i niszczących uczuć. Wydaje się, że samo istnienie zdrowego społeczeństwa wymaga obecności ludzi gotowych ponieść konsekwencje własnych i cudzych szaleństw. Musimy dźwigać jedni drugich ciężary. „W rzeczywistości nie może być pełnego zdrowia bez dzielenia ciężaru choroby. Doskonała opieka zdrowotna, w której kwalifikacje, organizacja i wyposażenie wyeliminowałyby potrzebę poświęcenia, jest logiczną niemożliwością.”¹³

Szpitala nie mogą podjąć problemom, jakie stawia przed nimi życie. Zmienia się typ chorób i potrzeby chorych. Jednym ze znaczących faktów jest rozwój stowarzyszeń ochotniczych mających na celu pomoc określonym kategoriom chorych: Alcoholics Anonymous, (stowarzyszenie trzeźwości), Samaritans (samobójstwa), Richmond Fellowship (choroby psychiczne), Gingerbread (rodziny pozbawione jednego z rodziców), Cyrenejscy (włóczędzy). Wszystkie te organizacje udzielają długoterminowej bardzo cennej opieki osobistej. Ludzie pragną osobistego leczenia. Potrzebujemy usług technicznych, które inni mogą zapewnić,

¹² J. McMurray, *Reason and Emotion*, 1935, Farber, s. 46.

¹³ R. A. Lambourne, w wykładzie wygłoszonym do studentów w Birmingham.

ale także potrzebujemy po prostu tych innych ludzi, potrzebujemy bliźnich¹⁴.

Musimy traktować poważnie wszystkie przypadki dysharmonii społecznej, których symptomem są choroby stressowe; pacjent potrzebuje pomocy w swoim środowisku, w domu i w pracy, stałego wsparcia w okresie, gdy przetrawia trudne doświadczenia. W tym momencie musimy zmienić nasze postrzeganie choroby. Choroba mówi, ma głos. Trzeba odejść od idei terapii, przejść do idei uczenia się. Choroba jest lekcją, a słowo „doktor” oznacza nauczyciela.

Na oddziałach terapii wspólnotowej można już tak widzieć lekarza — jako interpretatora i nauczyciela. W Nigerii dr Morley pokazał, że lekarz może być przede wszystkim nauczycielem.¹⁵ W swej przychodni dla małych dzieci (do pięciu lat) działał przede wszystkim jako nauczyciel wspomagający pielęgniarkę w jej roli klinicznej i zarazem oświatowej w stosunku do matek z dziećmi. Podobnym eksperymentem są angielskie pielęgniarki-asystentki, które uwalniają lekarzy ogólnych od znacznego obciążenia podstawowymi czynnościami leczniczo-opiekuńczymi¹⁶. Mamy też instruktorów zdrowia — jest to rzadki zawód przynależny do służby zdrowia, którego adepci pracują wśród zdrowych w sytuacjach niekryzysowych¹⁷.

Nikt nie może przewidzieć, w jakim kierunku pójdzie dalszy rozwój opieki zdrowotnej w świecie zachodnim. Doszliśmy do kryzysu i dobrze będzie, jeśli zdolamy rozsądnie przewidzieć i wykonać jeden krok naprzód. Nadchodzi ważne przemiany filozoficzne.

¹⁴ M. Wilson, *Violence and Non-violence in the Cure of Disease and the Healing of Patients*, „The Christian Century”, 1970, 87, 24, s. 756.

¹⁵ D. Morley, *Paediatric Priorities in the Developing World*, 1973, Butterworth, rozdz. 19.

¹⁶ W. Smith and J. B. O'Donovan, *The Practice Nurse — a New Look*, „British Medical Journal”, 1 Dec. 1970, s. 4673.

¹⁷ June Clark, *A Family Visitor*, London 1973, Royal College of Nursing.

Próbowałem wskazać ich kierunek. Sądzę, że chodzi ostatecznie o nasze widzenie dobra i zła. Niewiarygodny postęp wiedzy i technologii medycznej od czasu wojny dał wszelkie argumenty ludziom uważającym chorobę za wroga ludzkości, który może być pokonany.

Oczywiście chcąc dopomóc ludzkości, będziemy nadal szczepić, operować, podawać leki i tępić choroby, choć coraz częściej będą nas tu wyręczać przyrządy. Ale w miarę jak eliminuje się choroby wyraźnie zakaźne, coraz bardziej występują na jaw schorzenia usytuowane głębiej, w osobie ludzkiej, w jej ustosunkowaniu do innych. Większości chorób nie można traktować jako czegoś, co może być usunięte czy leczone w oderwaniu od osoby. Wszyscy razem jesteśmy jednocześnie zdrowi i chorzy. Jeśli mamy cieszyć się zdrowiem, trzeba wprowadzić wewnętrzną harmonię.

Stoimy więc w obliczu choroby, którą trzeba znieść, od której trzeba się uczyć. Mamy ją zrozumieć i przetworzyć w zdrowie. Myślę o chorobie jako symptomie społecznego zła. Aby sobie z nią radzić, potrzebujemy nie tylko technologii, lecz drugiego człowieka.

Tak rozumiana choroba nie zawsze jest wrogiem zdrowia.

Z tego, co powiedziałem o zdrowiu w chorobie, wynikają pewne praktyczne wnioski. Chociaż nasza kultura skłania do szukania rozwiązań definitywnych, rozwiązań raz na zawsze, tu takich rozwiązań nie ma. Jest raczej wiele małych postulatów do zrealizowania w różnych dziedzinach.

WNIOSKI PRAKTYCZNE

1. Musimy zmienić nasze pojmowanie zdrowia i nasze rozumienie choroby. Zreformowanie tych przeświadczeń jest konieczne dla wyeliminowania sprzeczności tkwiących w naszych systemach opieki zdrowotnej,

sprzeczności prowadzących do stałego rozrastania się tych systemów i powiększania kosztów ich utrzymania. Zresztą nawet pomijając kwestie finansowe, i tak mamy prawo wybrać taki styl troski o zdrowie, który bardziej sprzyjałby rozwojowi człowieczeństwa. To wymaga zmiany perspektywy, przyjęcia, że jesteśmy częściowo odpowiedzialni za całość, a nie całkowicie odpowiedzialni za jakąś jej małą cząstkę.

2. Lekarze stają wobec kryzysu tożsamości zawodowej. Praca lekarza oscyluje między dwoma biegunami: terapii i nauczania. Dziś na Zachodzie trzeba przesunąć punkt ciężkości w stronę nauczania. Lekarze, którzy znaleźli się w krajach stojących u początku drogi rozwoju gospodarczego, już odważnie stawiają czoło tej konieczności. Bardzo ciekawe są sprawozdania i refleksje o ich pracy¹⁸.

Zmiany potrzebne na Zachodzie winny być nie mniej radykalne. Częściowo wiążą się one z dowartościowaniem i nową koncepcją pielęgniarstwa i opieki społecznej. Pracownicy zatrudnieni w tych dziedzinach mogą w wielu sprawach być raczej kolegami niż pomocnikami lekarza.

3. Nowa świadomość roli szpitala w wychowaniu do zdrowia mnie oznacza, że trzeba od razu organizować nowe oddziały „szkoleniowe”. Chodzi o wykorzystanie istniejących możliwości dialogu, dyskusji grupowych itp. Tak wygląda praca psychiatrów na oddziałach, gdzie prowadzi się terapię wspólnotową — tak pacjenci, jak i personel uczą się tu razem. Seminaria z umiejętnościami prowadzone przez dr Kübler-Ross wykazały, że bardzo często to właśnie pacjent może personel czegoś nauczyć¹⁹. Dr Kübler-Ross po prostu wykorzystuje w pełni kliniczne możliwości uczenia się. Wychowanie do zdrowia nie jest czymś specjalnym, czymś, co mo-

¹⁸ R. Sibley, *The Koje Do Project — Progress and Problems*, „Contact” nr 5 (Christian Medical Commission, WCC) 1971.

¹⁹ E. Kübler-Ross, *On Death and Dying*, 1969, Tavistock.

gą robić tylko ci, którzy to lubią. Tu chodzi o sam sens zdrowia i sens choroby w drodze człowieka ku wielkości.

Illekróć lekarz styka się z pacjentami i ich rodzinami, mamy gotową okazję do nauczenia się czegoś. Personel szpitalny musi tylko wykorzystać posiadany materiał kliniczny, aby dzięki doświadczeniu choroby i śmierci uczyć się budować zdrowe społeczeństwo. Służba zdrowia jest w istocie służbą informacyjną. Informacja o stanie społeczeństwa, o symptomach i sygnałach świadczących, co w nim szwankuje, może być niekiedy nawet ważniejsza od leczenia tych symptomów, które na dłuższą metę może tylko maskować rzeczywiste zło. Coraz gwałtowniejsze występowanie chorób stressowych jest społecznym ostrzeżeniem, którego nie wolno zacierać ani kamuflować środkami uspokajającymi, by jego waga nie dotarła do świadomości zainteresowanych.

4. Niewątpliwie takie pojmowanie choroby zakłada położenie silniejszego nacisku na opiekę nad pacjentami w ich środowisku. Prace Balinta ukazują, jak pacjent i lekarz współkształtują przebieg i zejście choroby²⁰. Zrozumienie tego faktu ma największe znaczenie w tych stadiach choroby, gdy pacjent tkwi jeszcze w swym normalnym środowisku, choroba zaś jest jeszcze względnie nieokreślona. Hospitalizacja na ogół sprzyja wykryciu choroby w postaci zespołu klinicznego, który gotów jest przyjąć zarówno pacjent, jak i personel. Wiemy już niemało o kształtowaniu chorób przez instytucje.

5. Gdy społeczeństwo zaczyna szerzej pojmować zdrowie, służbie zdrowia przyznaje się należne uprawnienia w zakresie zapobiegania, diagnozy i leczenia chorób. Ale planowanie zdrowia należy do szerszego społeczeństwa. W dyskusji o zdrowiu obok pracowni-

²⁰ M. Balint, *The Doctor, his Patient and the Illness*, 1957, Pitman Medical.

ków szpitala powinny brać udział gospodynie domowe, artyści, duchowni, nauczyciele, specjaliści z zakresu odnowy środowiska, architekci i inżynierowie przemysłowi, działacze związkowi itp. W takim kontekście technika szpitalna może służyć społeczeństwu zgodnie z kryteriami, jakie ono wybiera. Po reformie brytyjskiej Health Service wprowadzono komitety lokalne, stanowiące forum opinii publicznej.

6. Dwaj lekarze ogólni w Anglii prowadzili przez całe lato ciekawy eksperyment: co czwartek wieczór spotykali się z grupą pacjentów w okolicznościach towarzyskich, aby przedyskutować z nimi swoją pracę. Doprowadziło to do wypracowania zupełnie nowej koncepcji lokalnego ośrodka zdrowia²¹. Projekt takiego ośrodka jest bardzo czułym wskaźnikiem pojmowania „zdrowia”. Ośrodek Zdrowia zorganizowany w Peckham trzydzieści lat temu i nowoczesne ośrodki zdrowia są zupełnie różne w swych celach i strukturze²². Nowoczesny ośrodek to poliklinika, dobrze wyposażona, o dużych możliwościach diagnostycznych, zapobiegawczych i leczniczych. Ośrodek Zdrowia w Peckham służył podniesieniu jakości życia w zaniedbanej dzielnicy — był miejscem spotkań pomiędzy rodzinami, posiadał bibliotekę, restaurację, basen, scenę i ogród do zabawy dla dzieci. Część lecznicza była podporządkowana ogólnemu celowi. Przekonania kształtują budynki, lecz budynki także kształtują przekonania²³. Plan ośrodka zdrowia wpływa na postawy i poglądy tych, którzy go używają; ludzie dorastają, korzystając z określonych instytucji, i przejmują ich filozofię. Nowe projekty tworzone z prawdziwym wyuczuciem mogą zmodyfikować postawy użytkowników.

²¹ T. Cull and A. Bird, *Patient-Doctor Seminars*, „Journal of the Royal College of General Practitioners”, 1974, s. 247—250.

²² L. H. Crocker and I. H. Pearse, *The Peckham Experiment*, 1943, Allen and Unwin 1943.

²³ M. Wilson, *The Hospital — a Place of Truth* (Institute for the Study of Worship and Religious Architecture, Univ. of Birmingham, England) 1971, s. 125.

7. Caplan wyróżnia w społeczeństwie szczególny typ ludzi, których nazywa „nosicielami kultury”. To są ci, co nadają ton ulicy, miastu czy oddziałowi szpitalnemu. To, co oni mówią i jak się zachowują, bardzo silnie kształtuje opinię publiczną. Tacy właśnie ludzie mogą wprowadzić zmiany w podejściu do podstawowych zagadnień, takich właśnie jak idea zdrowia²⁴.

Wielką rolę mogą odgrywać dobrowolni honorowi współpracownicy biorący udział w życiu szpitala i całej społeczności. Ale dzisiaj niestety trzeba świadectwa ukończenia specjalnych kursów, by móc odwiedzać swoją babcię! Tymczasem ludzie, którzy w zwykłym kontakcie z dobrym szpitalem nabyli zdrowej orientacji w kwestiach choroby i śmierci, a także zdrowego życia, mogliby bez żadnych tytułów — czy z tytułu „bliźniego” — być ogromnie przydatni dla całej społeczności.

8. Związek pomiędzy morale a zachorowalnością (zaobserwowany w wojsku i w internatach szkół pielęgniarstwa) zasługuje na bliższe zbadanie. Dwa czynniki są tu ważne: liczba członków danej zbiorowości i typ kierownictwa. Możliwość rozumienia sytuacji i udziału w odpowiedzialności za wykonanie zadań ma wpływ na ożywiający ludzi poczucie sensowności działalności.

9. Skoro zdrowie jest sprawą wymagającą wyboru wartości, wymaga ono rozwoju wrażliwości etycznej. W oderwaniu od wartości, zdrowie staje się przedmiotem arbitralnych manipulacji czy to klinicznych, czy politycznych.

T. S. Eliot pisał: „Pierwszym ważnym stwierdzeniem jest, iż żadna kultura ani nie powstała, ani nie rozwinęła się bez religii; zależnie od punktu widzenia obserwatora kultura wydaje się wytworem religii lub religia wytworem kultury”²⁵.

²⁴ G. Caplan, *An Approach to Community Mental Health*, 1961, Tavistock.

²⁵ T. S. Eliot, *Notes Towards the Definition of Culture*.

Związek pomiędzy religią a kulturą jest tak ważny, ponieważ stanowi on podstawę wyborów etycznych, a także rysuje pewną wizję przyszłości, która nadaje kierunek naszej obecnej pracy. Potrzebujemy wykładów (jeśli nie katedry) na temat „zdrowie i wartości ludzkie”, a jeszcze bardziej potrzebujemy ludzi uwrażliwionych na zagadnienia etyczne, stawiających sobie tego rodzaju pytanie w swoim życiu zawodowym. Bardzo łatwo bowiem ześliznąć się na pozycję; w której fakty kliniczne i sytuacja finansowa wyręcza nas w decyzji; tak niestety pojmujemy sprawność działania, bo to bywa wygodne.

Książę Edynburga powiedział w swym przemówieniu wygłoszonym w Austrii: „Dopóki nie zostanie wykazane, iż nauka, technika i rozwój gospodarczy mogą zastąpić religię, dostarczając ludziom niezbędnej motywacji, która stworzyła wszystkie wielkie cywilizacje przeszłości, należy sądzić, że nasza kultura wciąż korzysta z napędu, jakim jest nasze chrześcijańskie dziedzictwo.

Do istoty większości religii ... należy fakt, że dostarczają one jedynej zadowalającej alternatywy wobec oportunistycznego osądu i decyzji co do najważniejszych kwestii, jakie każde pokolenie musi rozwiązywać.”²⁶

Jestem zdania, że najważniejszą kwestią, jaką my teraz musimy podjąć, jest nasze pojmowanie zdrowia.

²⁶ H. R. H. the Duke of Edinburgh, *Universities and the Diffusion of Culture*, „Frontier” 1974, 17, 3, 137.